



Dit rapport is een uitgave van het NIVEL in 2005. De gegevens mogen met bronvermelding (Dr. JHM te Brake, Drs. DM de Jongh, Dr. DH de Bakker, Dr. WLJM Devillé, *De werkbelasting van de medische dienst in penitentiaire inrichtingen*, NIVEL 2005) worden gebruikt. Gezien het openbare karakter van NIVEL publicaties kunt u altijd naar deze pdf doorlinken. Het rapport is te bestellen via [receptie@nivel.nl](mailto:receptie@nivel.nl).

Ga (terug) naar de website: <http://www.nivel.nl/>

## **De werkbelasting van de medische dienst in penitentiaire inrichtingen**

Dr. JHM te Brake  
Drs. DM de Jongh  
Dr. DH de Bakker  
Dr. WLJM Devillé



ISBN 9069057557

<http://www.nivel.nl>

[nivel@nivel.nl](mailto:nivel@nivel.nl)

Telefoon 030 2 729 700

Fax 030 2 729 729

©2005 NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt worden door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het NIVEL te Utrecht. Het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

# Inhoud

<b>Voorwoord</b>	<b>5</b>
<b>1 Inleiding</b>	<b>7</b>
1.1 Achtergrond	7
1.1.1 Het gevangeniswezen	7
1.1.2 De medische dienst	8
1.1.3 Aanleiding van het onderzoek	9
1.2 Onderzoeksvragen	11
1.2.1 Vraagstelling vooronderzoek	11
1.2.2 Vraagstelling hoofdonderzoek	11
1.3 Opzet rapport	13
<b>2 Methoden van onderzoek</b>	<b>15</b>
2.1 Inleiding	15
2.2 Vooronderzoek	15
2.3 Werken in een penitentiaire inrichting – Interviews	16
2.4 De werkzaamheden van verpleegkundigen en geneeskundigen – Tijdschrijven	17
2.5 Contacten met gedetineerden: vóórkomen, type en duur – Contactregistratie	18
2.6 Algemene werkbeleving van verpleegkundigen en geneeskundigen – Vragenlijsten	19
2.6.1 Verpleegkundigen	19
2.6.2 Geneeskundigen	23
<b>3 Werken in een penitentiaire inrichting</b>	<b>25</b>
3.1 Respons	25
3.2 Verwerking, analyse en rapportage	25
3.3 Kenmerken van het werken in een penitentiaire inrichting	26
3.3.1 Penitentiaire inrichting als werkplek	26
3.3.2 Medische dienst	27
3.3.3 De gedetineerde als patiënt	32
3.3.4 Veiligheid	33
3.4 Werkbelasting, verzwarende omstandigheden	33
3.4.1 Organisatie	35
3.4.2 Medische dienst	37
3.4.3 Contact met gedetineerde	40
3.5 Positieve werkbeleving	43
3.5.1 Kenmerken beroep	43
3.5.2 Patiëntenpopulatie	44
3.6 Conclusie	45
<b>4 De aard en omvang van de werkzaamheden van verpleegkundigen en geneeskundigen</b>	<b>47</b>
4.1 Responsanalyse	47
4.2 Verwerking resultaten	47
4.3 Totale tijdsbesteding verpleegkundigen	48

4.4	Totale tijdsbesteding geneeskundigen	50
4.5	Uitsplitsingen en vergelijkingen tussen verpleegkundigen en geneeskundigen	52
4.5.1	Verantwoorde medische zorg	52
4.5.2	Geslacht	53
4.5.3	Regime (percentage gedetineerden ‘Huis van Bewaring’)	55
4.5.4	Capaciteit inrichting	56
4.5.5	Medicatieverstrekking	57
4.5.6	Administratieve kracht	58
4.6	Conclusies	59
<b>5</b>	<b>Contacten met gedetineerden: vóórkomen, type, en duur</b>	<b>61</b>
5.1	Responsanalyse	62
5.2	Verwerking van de resultaten	62
5.2.1	Aanvullende bewerkingen en presentatie	62
5.2.2	Analysemethode	63
5.3	Verpleegkundigen	64
5.3.1	Contactregistraties verpleegkundigen: beschrijvende gegevens	64
5.3.2	Verpleegkundige zorg voor gedetineerden: contactfrequentie en totale duur	68
5.3.3	Verpleegkundige zorg voor gedetineerden: contacten met speciale hulpvragen en verzwarende omstandigheden	71
5.4	Geneeskundigen	74
5.4.1	Contactregistraties geneeskundigen: beschrijvende gegevens	74
5.4.2	Geneeskundige zorg voor gedetineerden: contactfrequentie en totale duur	77
5.4.3	Geneeskundige zorg voor gedetineerden: contacten met speciale hulpvragen en verzwarende omstandigheden	79
5.5	Conclusies	82
<b>6</b>	<b>Algemene werkbeleving van verpleegkundigen en geneeskundigen</b>	<b>85</b>
6.1	Responsanalyse	85
6.2	Werkbeleving verpleegkundigen	88
6.2.1	Verpleegkundigen: satisfactie	88
6.2.2	Verpleegkundigen: burnout en bevlogenheid	89
6.2.3	Verpleegkundigen: belastende aspecten in het werk	90
6.2.4	Verpleegkundigen: betrokkenheid bij beleid- en besluitvorming	91
6.2.5	Verpleegkundigen: gewenste aanpassingen	91
6.3	Werkbeleving geneeskundigen	92
6.3.1	Geneeskundigen: satisfactie	92
6.3.2	Geneeskundigen: burnout en bevlogenheid	93
6.3.3	Geneeskundigen: belastende aspecten in het werk	94
6.3.4	Geneeskundigen: betrokkenheid bij beleids- en besluitvorming	95
6.3.5	Geneeskundigen: gewenste aanpassingen	96
6.4	Conclusies	96
<b>7</b>	<b>Samenvatting en Conclusie</b>	<b>97</b>
	<b>Literatuur</b>	<b>103</b>
	<b>Bijlagen</b>	<b>105</b>
	<b>Lijst met afkortingen en begrippen</b>	

## Voorwoord

In dit rapport wordt het onderzoek beschreven dat is uitgevoerd onder verpleegkundigen en geneeskundigen binnen het gevangeniswezen in Nederland. Het is uitgevoerd in opdracht van de Dienst justitiële inrichtingen (DJI). Doel van het onderzoek was vast te stellen wat de werklast van de medische diensten in penitentiaire inrichtingen is. Tevens biedt het rapport een beschrijving van de dagelijkse gang van zaken op de medische diensten.

Verschillende methoden zijn gebruikt om de werklast in kaart te brengen: interviews, tijdschrijven, contactregistratie en schriftelijke enquêtes. Participatie aan dit onderzoek betekende dus een aanzienlijke extra werklast voor de deelnemende medische diensten! Desondanks bleek de respons buitengewoon groot. Daarvoor zijn wij de deelnemende verpleegkundigen en geneeskundigen onze dank verschuldigd. Zonder hen was dit onderzoek niet mogelijk geweest.

Ten behoeve van het onderzoek is ook een begeleidingscommissie samengesteld. Deze commissie bestond uit mevr. Maria Broeren, verpleegkundige Maashegge en lid LBJV, dhr. Jaap Hillmann, procesbegeleider Atos-KPMG, dhr. Arie van den Hurk, onderzoekscoördinator DJI, dhr. Rob Jansen, extern adviseur LHV/DHV ex WG3, mevr. Anita Johannisse, verpleegkundig adviseur DJI, dhr. Toon Matthee, arts P.I. Roermond en lid LPG, dhr. Joost den Otter, medisch adviseur afdeling gezondheidszorg DJI, mevr. Heleen Stevenson, dhr. Eite Veening, staffunctionaris deskundigheid BIG-beroepen DJI, en dhr. Theo Versteeg, penitentiair geneeskundige en lid van het bestuur van het LPG. Wij zijn de commissie dankbaar voor de deskundige en kritische begeleiding.

Onze dank gaan ook uit naar de directeuren van de locaties waarbinnen wij onderzoek hebben gedaan, en de hoofden van de medische diensten binnen deze locaties. Tenslotte willen we op deze plek Mieke van Leeuwe bedanken voor haar onmisbare hulp, niet alleen in logistieke zin, maar ook lay-out technisch. Ook gaat onze dank uit naar Peter Spreeuwenberg, die geholpen heeft een aantal statistische drempels te nemen.

Utrecht, juli 2005

Hans te Brake  
Daniëlle de Jongh  
Dinny de Bakker  
Walter Devillé



# 1 Inleiding

In opdracht van de Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI) heeft het NIVEL onderzoek opgezet en uitgevoerd naar de werkbelasting van de verpleegkundigen en geneeskundigen in de medische diensten in penitentiaire inrichtingen. Kennis hieromtrent is voor justitie o.m. nodig om een tarief voor de artsenzorg te kunnen onderbouwen. Deze rapportage biedt een overzicht van de uitkomsten van dit onderzoek. In dit eerste hoofdstuk zal een kader worden gegeven aan het onderzoek. In de eerste plaats zullen in 1.1 kort de achtergrond en organisatie van de DJI worden besproken, en de plaats die de medische dienst daarbinnen inneemt. In 1.2 wordt de aanleiding voor het huidige onderzoek besproken, gevolgd (in 1.3) door de opzet en vraagstellingen.

## 1.1 Achtergrond

De DJI is een agentschap van het ministerie van justitie. Het heeft als taak de door de overheid opgelegde vrijheidsbenemende straffen en maatregelen tot uitvoer te brengen. Daarmee is de DJI een belangrijke speler in de zgn. ‘strafrechtsketen’ (zie figuur 1.1). De status van agentschap geeft de organisatie een zekere mate van zelfstandigheid in de uitvoering van beleid.

Figuur 1.1 De belangrijkste spelers in de strafrechtsketen (bron: [www.dji.nl](http://www.dji.nl))



### 1.1.1 *Het gevangeniswezen*

In grote lijnen zijn er drie verschillende soorten justitiële inrichtingen te onderscheiden: 1) de sector gevangeniswezen (huizen van bewaring en gevangenissen); 2) de sector justitiële jeugd inrichtingen (opvang en behandelinrichtingen); en 3) de sector TBS (tbs-klinieken). Dit onderzoek richt zich op de medische diensten binnen de grootste van deze drie sectoren: het gevangeniswezen. Binnen het Gevangeniswezen kunnen verschillende soorten inrichtingen worden onderscheiden, de belangrijkste zijnde het huis van bewaring (HvB) en de gevangenis.

### *Het huis van bewaring (HvB)*

Iemand die door de politie wordt aangehouden kan in het politiebureau in een cel terechtkomen. Als daartoe voldoende aanleiding is, kan de rechter-commissaris besluiten de verdachte in een huis van bewaring te plaatsen. Dit heet voorlopige hechtenis. Daar moet hij wachten tot zijn rechtszaak voorkomt. Huizen van bewaring zijn altijd gesloten inrichtingen.

### *De gevangenis*

Als de rechter iemand tot gevangenisstraf heeft veroordeeld, gaat de veroordeelde over van het huis van bewaring naar de gevangenis. Hiervoor wordt een detentieplan in gang gezet, waarbij vragen rondom risico's, motivatie, arbeidsgeschiktheid en straftijd een rol spelen. Een selectiefunctaris beoordeelt welke beschikbare plaats het meest in aanmerking komt.

Er zijn gesloten, halfopen en open inrichtingen. Ook zijn er aparte inrichtingen voor vrouwen, mannen en jongvolwassen mannen, voor jeugdigen en voor psychische patiënten. Bij plaatsing in een inrichting probeert DJI dus de juiste persoon op de juiste plaats te krijgen. Daar wordt al in het huis van bewaring rekening mee gehouden. Daarnaast kent het Gevangeniswezen verschillende regimes en differentiaties voor bepaalde doelgroepen, zoals verslaafden en mensen die extra individuele begeleiding nodig hebben. In een aantal huizen van bewaring zijn plaatsen aangewezen voor vreemdelingenbewaring. Er is een Forensisch Observatie en begeleidingsafdeling (FOBA) voor gedetineerden met een acute psychiatrische crisis. En tenslotte zijn er verspreid over het land en met name in de grote steden speciale inrichtingen voor Strafrechtelijke opvang van verslaafden (SOV). In deze inrichtingen wordt een gericht programma geboden om verslaafden die veel overlast hebben veroorzaakt, gedwongen te laten afkicken en hen te begeleiden bij hun terugkeer in de samenleving.

#### **1.1.2 De medische dienst**

Gedetineerden in penitentiaire inrichtingen hebben hetzelfde recht op gezondheidszorg als iedere Nederlander. Aangezien zij zich in detentie bevinden is het tegelijkertijd evident dat zij niet gebruik kunnen maken van de reguliere voorzieningen die het Nederlandse gezondheidsstelsel biedt. Daarom zijn er binnen de penitentiaire inrichtingen medische diensten aanwezig die eerstelijnszorg bieden. De dienst bestaat in de kern uit penitentiair geneeskundigen en verpleegkundigen. Daarnaast is in veel inrichtingen een psycholoog in dienst, en op afroep is psychiatrische, fysiotherapeutische en tandheelkundige hulp beschikbaar (Inspectie voor de gezondheidszorg, 1999). Voorts is er vaak sprake van een afdelingshoofd en een administratieve kracht.

Het werken in een penitentiaire inrichting verschilt op een aantal punten van reguliere geneeskundige en verpleegkundige zorg. De patiënten zijn gedetineerd, verblijven in een (gesloten) inrichting, en de medische problematiek van gedetineerden kenmerkt zich door een grote verscheidenheid in ziektebeelden en achtergrond. Een ander bijzonder facet van het werken in een gesloten inrichting is de relatief lange "reistijd" om de medische dienst



te bereiken. Bij binnenkomst in een penitentiaire inrichting is een medewerker van de medische dienst vaak relatief veel tijd kwijt door controle bij de ingang d.m.v. detectiepoortjes, sluisen, het openen van alle deuren met sleutels en/of pas. Daarnaast heeft men te maken met een lange reistijd binnen de inrichting indien men zich van A naar B behoort te verplaatsen. Ook de bijzondere positie van de medische dienst in de penitentiaire inrichting moet genoemd worden. De medische dienst is slechts één van de afdelingen binnen een penitentiaire inrichting. Het is bovendien de enige afdeling die zich *niet* richt op detentie en beveiliging. Tenslotte is de medische dienst bij de dagelijkse werkzaamheden in grote mate afhankelijk van andere afdelingen die verantwoordelijk zijn voor de beveiliging van de gedetineerden. Zo zorgen penitentiair inrichting werkers (PIW) voor de begeleiding van gedetineerden naar de medische dienst. De voortgang van bijvoorbeeld het spreekuur wordt beïnvloed door de mate waarop de gedetineerden op het juiste tijdstip gebracht worden.

#### *Versobering en meerpersoonscellen*

In de periode van het onderzoek hadden alle geselecteerde inrichtingen te maken met een nieuw beleid, de versobering van het dagprogramma van gedetineerden. Het versoberde regime, zoals dit nieuwe beleid ook wel wordt genoemd, is vanaf oktober 2004 doorgevoerd in de penitentiaire inrichtingen. Het versoberde regime wordt gekenmerkt door een beperktere periode waarin activiteiten voor gedetineerden worden aangeboden gedurende de dag en door een toename van de periode dat gedetineerden op cel aanwezig zijn (16:00-7:45 uur). Een andere ontwikkeling is het meerpersoonscel-beleid (dat is ingevoerd vanaf september 2004). In vrijwel alle onderzochte inrichtingen is een deel van de oorspronkelijk éénpersoons cellen omgezet naar meerpersoonscellen.

### **1.1.3 Aanleiding van het onderzoek**

Het Gevangeniswezen is in de afgelopen 20 jaar sterk gegroeid. In 2003 waren er 14.000 plaatsen in penitentiaire inrichtingen, ongeveer 3,5 keer meer dan 20 jaar geleden. Cijfers van DJI geven aan dat op dit moment het aantal gevangenen zelfs boven de 17.000 ligt. Daarnaast is onder de gedetineerden het aandeel met ernstige aandoeningen als verslaving, hiv/aids en psychische stoornissen sterk toegenomen (Inspectie voor de gezondheidszorg, 1999).

In rapporten als 'Zorg ingesloten' (Commissie Van Dinter, 1995) en 'Zorg achter Tralies' (Inspectie voor de gezondheidszorg, 1999) worden overzichten gegeven van knelpunten in de medische zorg in het gevangeniswezen. Het gaat daarbij vooral om knelpunten als het ontbreken van een zorgvisie, een onduidelijke organisatiestructuur met name voor wat betreft het hoofd van de medische dienst, onvoldoende duidelijke taakomschrijvingen, onvoldoende aandacht voor de continuïteit van zorg, onvolledige patiëntendossiers, niet geprotocolleerd afhandelen van consultwensen van gedetineerden door verpleegkundigen en een nog niet ontwikkeld kwaliteitsbeleid. Daarnaast komen er signalen van zowel het verpleegkundig personeel als geneeskundigen over werkdruk, betaling, onduidelijke aansturing en haperende communicatie. Ook is het voor de instellingen moeilijk om nieuwe artsen te vinden en de avond-, nacht- en weekenddiensten te garanderen.

Naar aanleiding van het rapport ‘Zorg achter tralies’ heeft de Dienst Justitiële Inrichtingen een gezondheidszorgvisie geformuleerd. Deze luidt:

*‘Het respect voor de fundamentele rechten van ingeslotenen betekent voor DJI dat zij in haar inrichtingen ten behoeve van ingeslotenen voorziet in gezondheidszorg die gelijkwaardig is aan de gezondheidszorg in de vrije maatschappij’.*

Dit zogenoemde ‘equivalentieprincipe’ is leidend voor de verdere vormgeving van de medische dienst. Dat is verder uitgewerkt in het Project Verantwoorde Medische Zorg (VMZ) in penitentiaire inrichtingen en de organisatie daarvan (Dienst justitiële inrichtingen, 2003; Dienst justitiële inrichtingen, 2005). Beschreven wordt hoe de medische zorg in penitentiaire inrichtingen moet worden georganiseerd, bijvoorbeeld door het expliciteren van 14 werkprocessen. In tabel 1.1 is een omschrijving van elk van deze werkprocessen opgenomen.

Tabel 1.1 De 14 werkprocessen die zijn omschreven in het project Verantwoorde Medische Zorg (VMZ)

<b>Omschrijving</b>	
1	De gezondheidssituatie en historie van gedetineerden wordt door verpleegkundigen met behulp van een standaard intakeformulier in kaart gebracht.
2	De huisarts beoordeelt de gezondheidssituatie van alle binnenkomende gedetineerden aan de hand van de door de verpleegkundige aangeleverde dossiers en eventueel eigen onderzoek
3	De verpleegkundige verricht bij een vraag om medische zorg van een gedetineerde de toeleiding naar de respectievelijke spreekuren (verpleegkundig spreekuur, artsenspreekuur, consultatie andere zorgverleners, afhandelen herhaalrecepten/-verwijzingen), dit onder verantwoordelijkheid van de arts
4	De verpleegkundige voert het verpleegkundig spreekuur uit (volgens de verpleegkundige norm).
5	De inrichtingsarts voert het artsen-spreekuur uit volgens de huisarts-geneeskundige norm.
6	Alle ‘externe’ zorgaanbieders worden ondersteund door een verpleegkundige en door een medisch secretaresse; deze zorgen voor continuïteit (o.m. vervolgspraken) en coördinatie
7	De verpleegkundigen verrichten zorg en nazorg (b.v. uitvoeren controles)
8	Tijdens kantooruren wordt (gelijkwaardige) spoedeisende hulp geboden door verpleegkundige en huisarts.
9	Buiten kantooruren wordt spoedeisende hulp geboden door de huisartsenpost, een samenwerkingsverband van regionale PI-artsen met de GGD als vangnet.
10	De verpleegkundige zorgt voor coördinatie en afstemming in de zorgketen (overdracht bij ontslag en overplaatsing, aanwezigheid bij gedetineerdenoverleg, rapporteren aan leefafdelingen, management, controle op therapietrouw).
11	De huisarts verstrekt sociaal-medische adviezen ten aanzien van arbeidsongeschiktheid, afzondering en geschiktheid voor sport.
12	De verpleegkundige voert onder eindverantwoordelijkheid van de arts GVO-taken uit (voorlichting over infectieziekten, voedingsadviezen, vaccinatie).
13	De inrichtingsarts, de verpleegkundige, de psychiater en de psycholoog zijn betrokken bij de acute psychiatrie.
14	De verpleegkundige, de apothekersassistente en de PI-werker zorgen in overleg met de arts en toezichthoudend apotheker voor de geneesmiddelenverstrekking.

In veel gevallen vervullen de artsen hun aanstelling bij DJI naast het voeren van een reguliere huisartsenpraktijk. Tot op heden hebben de penitentiair geneeskundigen een

ambtelijke aanstelling. Dit heeft tot een grote diversiteit in aanstellingen en organisatievormen geleid, mede veroorzaakt doordat het moeilijk was om nieuwe artsen te vinden en de avond-, nacht- en weekenddiensten te regelen. In de toekomst zal de huisartsenzorg worden ingekocht. Op dit moment ontbreekt het echter aan kennis om voldoende onderbouwd een aanvraag voor een tarief (bijvoorbeeld bij het College Tarieven Gezondheidszorg - CTG) in te dienen. Onbekend is hoe hoog de werkbelasting voor geneeskundigen en verpleegkundigen in penitentiaire inrichtingen is en wat daarvoor bepalende factoren zijn. In de berekening van het tarief kan hier rekening mee gehouden worden, en ook voor het vaststellen van de gewenste bezetting van de medische dienst zijn dit soort gegevens van belang. Dit heeft geleid tot een vraag aan het NIVEL om daar onderzoek naar te doen.

## **1.2 Onderzoeksvragen**

Omdat het weinig zin heeft een tarief te baseren op een situatie die op afzienbare termijn tot het verleden behoort, wordt de werklastmeting gericht op de medische diensten in de inrichtingen (er kunnen meerdere medische diensten per inrichting zijn) die in voldoende mate volgens de werkprocessen werken. In een vooronderzoek is in kaart gebracht in hoeverre dat precies het geval is.

### **1.2.1 Vraagstelling vooronderzoek**

- 1 In welke mate wordt de medische zorg in de inrichtingen al georganiseerd volgens de 14 werkprocessen zoals opgesteld door het Project Verantwoorde Medische Zorg in penitentiaire inrichtingen?

Het al dan niet in 'voldoende mate' nakomen van de VMZ normen zal op basis van het vooronderzoek in overleg met de begeleidingscommissie van het onderzoek worden vastgesteld. De opzet en uitwerking van deze vraagstelling is niet centraal voor dit rapport. Het is echter wel een belangrijk voortraject waar de resultaten uit het hoofdonderzoek op gebaseerd zijn. Daarom zullen de opzet en resultaten van het vooronderzoek in hoofdstuk 2 kort aan de orde komen.

### **1.2.2 Vraagstelling hoofdonderzoek**

- 1 Wat is de omvang en aard van de patiëntgebonden en niet-patiëntgebonden werkbelasting voor de verpleegkundige en geneeskundige in penitentiaire inrichtingen in het gevangeniswezen die in voldoende mate werken volgens de werkprocessen van het project Verantwoorde medische zorg in penitentiaire inrichtingen?

Voor de vaststelling van de werklast zullen verschillende parameters worden gehanteerd. Voor de hand liggend is om in eerste instantie te kijken naar de bestede tijd (vraagstelling 1a). Dit wordt gedaan door de zowel de patiëntgebonden werktijd als de niet-patiëntgebonden werktijd vast te stellen. Dit zal uitgedrukt worden in uren per

gedetineerde per jaar. Omdat de verdeling van de bestede tijd nogal afhangt van de efficiency waarmee men tijd besteedt aan specifieke onderdelen van het werk (en praktisch gezien van de aanstelling die men heeft) wordt ook gekeken naar meer directe productieparameters (vraagstelling 1b). Dit wordt gedaan door de frequentie van spreekuurconsulten van geneeskundige/verpleegkundige per gedetineerde op jaarbasis vast te stellen, alsmede de gemiddelde duur van spreekuurcontacten van verpleegkundigen en geneeskundigen. Naast deze ‘objectieve’ parameters zijn ook ‘subjectieve’ parameters van belang. Gedacht kan daarbij worden aan verzwarende omstandigheden als communicatieproblemen en agressie (vraagstelling 1c). Daarom wordt bekeken wat het percentage consulten is waarbij verzwarende omstandigheden een rol spelen (zoals communicatieproblemen, agressie, verslaving en psychiatrische problematiek). Ook zal de arbeidstevredenheid (arbeidssatisfactie) worden bepaald, en het niveau van burnout en bevlogenheid in het werk.

De omvang van de werklust zal variëren. Dat kan te maken hebben met de omstandigheden, zoals de samenstelling van de gedetineerdenpopulatie van de gevangenis (b.v. mannen versus vrouwengevangenis), de infrastructuur ter plaatse (één of meerdere vestigingen). Lokale omstandigheden zouden in het tarief meegewogen kunnen worden. Zij zijn immers niet beïnvloedbaar door de medische dienst. Zo wordt in het huisartsenabonnementstarief voor ziekenfondsverzekerden rekening gehouden met de leeftijd van een patiënt en is er een opslag voor patiënten in stedelijke achterstandsgebieden. Daarnaast zijn er factoren die wél beïnvloedbaar zijn, die samenhangen met de wijze waarop de medische dienst is georganiseerd: de capaciteit, de teamsamenstelling, de taakafbakening tussen arts en verpleegkundige e.d. Organisatiefactoren en omstandigheden kunnen elkaar beïnvloeden. Zo kan in gevangenissen met een zware en ingewikkelde gedetineerdenpopulatie de medische dienst zodanig zijn georganiseerd dat de verpleegkundige zoveel mogelijk zelf afhandelt. De werklust van de arts blijft dan beperkt. De bepalende factoren van de werklust moeten dan ook in onderlinge samenhang worden gezien. We komen daarmee bij de tweede vraag in het onderzoek:

- 2 Wat zijn bepalende factoren voor de werklust in termen van de kenmerken van de penitentiaire locatie, kenmerken van de gedetineerden, kenmerken van de penitentiair verpleegkundigen en geneeskundigen en hun onderlinge taakafstemming/samenwerking?

Tenslotte is het van belang voor de beoordeling van de hoogte van het tarief om referentiepunten te hebben. Groepen waarvoor momenteel een vergelijkbaar soort tarief bestaat zijn asielzoekers en ziekenfondsverzekerden.

- 3 In hoeverre verschilt de werklust van verpleegkundigen en artsen in vergelijking tot referentiegroepen waarvoor al een tarief is vastgesteld zoals asielzoekers en ziekenfondsverzekerden?

### **1.3 Opzet rapport**

In hoofdstuk 2 zal de methode van onderzoek aan de orde komen. Daarbinnen zal ook de uitvoering van en resultaten uit het vooronderzoek worden besproken. Om antwoord te geven op de vraagstellingen uit het hoofdonderzoek (de aard en omvang van de werkbelasting) zijn verschillende methoden gebruikt, die zowel kwantitatief als kwalitatief van aard zijn. De kwantitatieve gegevensverzameling bestaat uit zowel tijdsregistratie als contactregistratie. Deze zijn aangevuld met kwalitatieve methoden: vragenlijsten en interviews. Na de beschrijving van de methode in hoofdstuk 2 zullen de resultaten uit de afzonderlijke gegevensverzamelingsmethoden in afzonderlijke hoofdstukken worden besproken. Om inzicht te krijgen in het werk van de medici op de medische diensten zullen in hoofdstuk 3 eerst de resultaten uit de interviews worden besproken. Daarna volgen in hoofdstuk 4, 5, en 6 respectievelijk het tijdschrijven, de contactregistraties en de vragenlijsten. In hoofdstuk 7 volgt een samenvatting van al deze resultaten. Aan de hand daarvan zal antwoord worden gegeven op de vraagstellingen.



## 2 Methoden van onderzoek

### 2.1 Inleiding

Het onderzoek is uitgevoerd in een aantal penitentiaire inrichtingen, die in een vooronderzoek zijn geselecteerd op grond van de mate waarin ze aan de voorschriften van VMZ voldeden. Dit komt in de volgende paragraaf aan de orde. Het hoofdonderzoek bestond in grote lijnen uit twee delen: een subjectief en een objectief gedeelte. Met subjectief wordt bedoeld dat in wordt gegaan op de ervaringen m.b.t. het werken op de medische dienst. Het doel van het objectieve gedeelte is om duidelijkheid te bieden over de werkelijke werkzaamheden.

Subjectief:	1	Interviews (paragraaf 2.3)
	2	Vragenlijsten (paragraaf 2.6)
Objectief:	1	Contactregistratie (paragraaf 2.5)
	2	Tijdschrijven (paragraaf 2.4)

In dit hoofdstuk wordt eerst kort ingegaan op het vooronderzoek, waarna de verschillende aspecten van het hoofdonderzoek worden beschreven.

### 2.2 Vooronderzoek

Om te bepalen welke medische diensten in voldoende mate voldeden aan de werkprocessen die zijn ontwikkeld in het project Verantwoorde Medische Zorg om mee te kunnen doen aan het hoofdonderzoek is een vooronderzoek uitgevoerd. Daartoe zijn alle hoofden van de medische diensten van penitentiaire inrichtingen in juli 2004 benaderd met een schriftelijke vragenlijst. De vragenlijst is ingevuld terugontvangen van 42 medische diensten, een respons van 80%. In de vragenlijst is niet rechtstreeks per werkproces gevraagd of men daaraan voldeed. Dit, omdat de werkprocessen soms erg algemeen waren omschreven (bijvoorbeeld 'De verpleegkundige voert het verpleegkundig spreekuur uit volgens de verpleegkundige norm') hetgeen het risico van sociaal-wenselijke antwoorden sterk zou verhogen. Er is daarom gekozen concrete vragen te stellen over de organisatie van de medische dienst, het op schrift staan van procedures en verantwoordelijkheden, de taakverdeling tussen verpleegkundigen en geneeskundigen en de samenwerking binnen de medische dienst en met andere disciplines binnen en buiten de penitentiaire inrichting. Gezorgd is daarbij dat er per werkproces altijd wel één of meerdere indicatoren aanwezig waren (zie bijlage 2.1 voor de gebruikte vragenlijst).

In overleg met de begeleidingscommissie zijn per werkproces afkappunten vastgesteld wanneer wordt gesteld dat de medische dienst aan dat werkproces voldeed, dan wel deels voldeed (zie bijlage 3 voor de verantwoording van deze scores). Gemiddeld bleken de

medische diensten aan 10 van de 14 werkprocessen te voldoen. Er is echter een flinke spreiding (tussen 5,5 en 13 – zie bijlage 4 voor een overzicht van de scores van alle locaties). van instellingen die aan op één na alle werkprocessen voldoen. In overleg met de afdeling Medisch Zorg zijn 17 medische diensten gekozen die worden uitgenodigd om mee te doen aan het hoofdonderzoek. Belangrijkste criterium bij de keuze was vanzelfsprekend de score op de werkprocessen. Uit het oogpunt van spreiding naar type inrichting zijn echter ook enkele lager scorende inrichtingen opgenomen.

### 2.3 Werken in een penitentiaire inrichting – Interviews

De medische teams zijn in eerste instantie geïnformeerd via schriftelijke informatie vanuit DJI en de onderzoekers. Om betrokkenheid van de onderzoekspopulatie te vergroten zijn alle medische teams van de inrichtingen bezocht door één van de onderzoekers om hen over het onderzoek te informeren en te instrueren. Tijdens deze bijeenkomst met het medische team was er veel tijd voor het bespreken van de contactregistratieformulieren en de tijdschrijfformulieren. Tevens werd uitgebreid ingegaan op vragen en mogelijke knelpunten.

De interviews zijn gehouden aan de hand van een vooraf opgestelde lijst met onderwerpen en subvragen (semi-gestructureerde interviews). Deze ‘topiclijsten’ zijn samengesteld aan de hand van oriënterende gesprekken met sleutelfiguren<sup>1</sup>. Naar aanleiding van de eerste bezoeken op de medische diensten en de eerste interviews is de ‘topiclijst’ ter verfijning nog enigszins bijgesteld. In bijlage 2.2 zijn de ‘topiclijsten’ opgenomen voor verpleegkundigen (2.2a) en geneeskundigen (2.2b). Het eerste deel van het interview had tot doel de specifieke situatie van de medische dienst en de inrichting in kaart te brengen, het tweede deel van het interview had tot doel inzicht te krijgen in de subjectieve werkbelasting van de geïnterviewde.

Dit kwalitatieve onderzoeksgedeelte is exploratief van aard. De nadruk ligt op het beschrijven van visies en ideeën van penitentiair geneeskundigen en verpleegkundigen betreffende werkbelasting, alsmede het in kaart brengen van specifieke inrichtingskenmerken. De verzamelde gegevens uit de interviews zijn tevens gebruikt voor het ontwikkelen van de contactregistraties, tijdschrijfformulieren en vragenlijsten. Daarnaast is gebleken dat de interviews een belangrijke bijdrage hebben geleverd aan het verzorgen van draagvlak voor het onderzoek.

In elk van de in het hoofdonderzoek opgenomen instellingen is een interview afgenomen met één penitentiair verpleegkundige en één penitentiair geneeskundige van het medische team. De keuze voor welke penitentiair geneeskundige en penitentiair verpleegkundige is overgelaten aan de betreffende medische dienst. De keuze voor de betreffende persoon werd gemaakt op basis van beschikbaarheid, affiniteit met het onderwerp werkbelasting en motivatie om mee te werken.

---

<sup>1</sup> Joost den Otter, Anita Johannisen, Maria Broeren (penitentiair verpleegkundige), Toon Matthee (penitentiair geneeskundige). Allen leden van de begeleidingscommissie



## 2.4 De werkzaamheden van verpleegkundigen en geneeskundigen – Tijdschrijven

Alle leden van het medische team binnen elk van de 17 inrichtingen is gevraagd gedurende twee weken elke werkdag bij te houden welke werkzaamheden zijn verricht. Voor de verpleegkundigen tussen 06:45 en 21:00, en voor de geneeskundigen tussen 7:45 en 17:00. Dit werd gedaan op tijdschrijfformulieren (TS), in bijlage 2.3 is een voorbeeld van een TS opgenomen. Aparte TS zijn ontwikkeld voor de verpleegkundige en de geneeskundige, maar in grote lijnen bestaan beide varianten uit dezelfde onderdelen.

Het TS was vormgegeven als boekje, waarin (dag)formulieren voor twee weken bijeen zaten. Elk van de leden van het medische team kreeg dus één boekje in te vullen. Bij elke zending naar de medische diensten werd een lijst met namen meegestuurd met daarop de namen van alle verpleegkundigen en artsen, gekoppeld aan een uniek nummer. Dit nummer kon op het voorblad van het TS boekje worden ingevuld. Na het voorblad volgde een korte uitleg over de werkwijze van registreren. Gevraagd werd gedurende de dag, per kwartier bij te houden welke (hoofd)activiteit men uitvoert, door het invullen van een bepaalde code (zie onder). Benadrukt werd dat het onderzoek zicht richt op de hoeveelheid tijd die elke activiteit kostte, en dus niet hoe laat een bepaalde activiteit werd uitgevoerd. Dit bood de mogelijkheid om ook de vele activiteiten die minder dan een kwartier duurden (wachten, overleg, reistijd) in te vullen door een globale optelsom te maken en het resultaat in te vullen. In de uitleg werd ook benadrukt dat alleen onderzoek werd gedaan naar de werktijden, en dat eventuele Avond- Nacht- en Weekend- (ANW) diensten dus niet in het onderzoek werden meegenomen. Hierna volgde een uitleg van de te gebruiken codes, en een voorbeeld van hoe het TS ingevuld zou moeten worden. In tabel 2.1 zijn de codes weergegeven die gebruikt konden worden. De exacte beschrijving van de codes is terug te vinden in bijlage 2.3 (de codes zijn vaak verschillend omschreven voor verpleegkundigen en geneeskundigen).

Tabel 2.1 Overzicht van de te gebruiken codes op de Tijdschrijfformulieren (TS)

V	Visite op cel	N	(Na)scholing
S	Spreekuur	P	Pauze
I	Intake	RB	Reistijd binnen de inrichting.
K	Klachtenafhandeling	RT	Reistijd tussen inrichtingen.
M*	Medicatie	OPM	Overige patiëntgebonden taken met patiënt aanwezig
G*	Groepsvoorlichting	OPZ	Overige patiëntgebonden taken zonder patiënt aanwezig
B*	Bijwonen spreekuur arts.	ON	Overige niet-patiëntgebonden taken
O	Overleg	A**	Achterwacht/bereikbaarheidsdienst.
W	Wachttijd		

\* Alleen op TS verpleegkundigen; \*\* Alleen op TS geneeskundigen

Voor elke locatie werden (meer dan) voldoende tijdschrijfboekjes opgestuurd, tezamen met de lijst met persoonlijke codes. De boekjes waren onopvallend gecodeerd naar locatie. In een begeleidende brief werd nog eens het doel van het onderzoek uitgelegd, en ook werd benadrukt dat de anonimiteit door NIVEL gegarandeerd werd (in verband met

de persoonlijke codes). Ook werd voorzien in retourenveloppen. Alle locaties werden na ongeveer een week registreren door één der onderzoekers gebeld, om na te gaan of er op enige wijze problemen waren ontstaan. Dit bleek nergens het geval.

## 2.5 Contacten met gedetineerden: vóórkomen, type en duur – Contactregistratie

Alle leden van het medische team binnen elk van de 17 inrichtingen is gevraagd gedurende de registratieperiode<sup>2</sup> voor elk medisch *face-to-face* contact met een gedetineerde een zg. contactregistratieformulier (CR) in te vullen. Daarbij was de regel: vul een CR in indien het een zorgcontact betreft dat in het medische dossier wordt opgenomen. Op het CR wordt het registratienummer van de gedetineerde (het zogenaamde gedetineerden, VIP of TULP-nummer) ingevuld. Door dit nummer te combineren met gegevens van DJI is het mogelijk aanvullende gegevens van de gedetineerde in kwestie te achterhalen: geslacht, leeftijd, regime en land van afkomst<sup>3</sup>. Bovendien zijn meerdere contacten met gedetineerden te achterhalen doordat het registratienummer uniek is voor één persoon.

In bijlage 2.4 is een voorbeeld van een CR opgenomen. De inhoud van het formulier is gebaseerd op de formulieren die eerder werden gebruikt in onderzoek naar verpleegkundige zorg bij asielzoekers (van Oort e.a., 2003) en bij reguliere huisartsen (Groenewegen e.a., 1992). Net als bij de TS werden verschillende versies ontwikkeld voor verpleegkundigen en geneeskundigen, die op punten verschilden. In grote lijnen bestond elk CR uit 4 onderdelen:

- 1 Als eerste werd de datum van het contact, het gedetineerdennummer en de persoonlijke code van de verpleegkundige of geneeskundige ingevuld. Deze laatste code is dezelfde als gebruikt werd bij de TS (zie 2.4). Bij de geneeskundigen kon op dit punt ook worden aangegeven of het contactformulier tijdens de bereikbaarheidsdienst is ingevuld.
- 2 Hierna werd gevraagd naar een aantal algemene contactgegevens: duur van het contact, het type contact, en de wijze van binnenkomst. Ook werd gevraagd of er derden aanwezig waren bij het contact, en of er een tolk werd gebruikt. Bij elk van deze vragen kon een optie worden aangekruist om het invullen te vergemakkelijken.
- 3 Vervolgens konden een aantal aspecten betreffende de contactreden en behandeling worden ingevuld. Naast de belangrijkste hulpvraag konden ook eventuele overige problemen (co-morbiditeit) van de gedetineerde worden opgegeven. De opties die hierbij werden geboden betreffen een aangepaste indeling van die is gebruikt in de toekomstverkenning eerstelijnszorg (de Bakker e.a., 2005). Ook eventuele verrichtingen en verwijzingen konden hier worden aangegeven.
- 4 In het vierde onderdeel kon worden aangegeven in hoeverre men tijdens dit contact belastende aspecten heeft ervaren. Indien van toepassing kon een of meerdere verzwarende omstandigheden worden aangekruist, maar ook kon op een 5-punts

---

<sup>2</sup> De registratieperiode was aanvankelijk 2 weken. Bij een aantal penitentiaire inrichtingen is dit later teruggebracht tot één week, naar aanleiding van de respons die (veel) hoger bleek te zijn dan verwacht. Registraties vonden plaats gedurende februari-maart 2005.

<sup>3</sup> Het betreft hier het geboorteland van de gedetineerde.

schaaltje worden weergegeven in hoeverre men dit contact daadwerkelijk als belastend heeft ervaren. Tenslotte werd gevraagd of men vond dat er voldoende tijd beschikbaar was voor dit consult.

Voor elke locatie werden (meer dan) voldoende CR opgestuurd, tegelijkertijd met de TS en de lijst met persoonlijke codes. Na enige dagen werd telefonisch geïnformeerd of er voldoende CR waren, en of er andere mogelijke problemen waren ontstaan. Elk CR was onopvallend gecodeerd naar locatie, en op de achterzijde voorzien van een uitgebreide invulinstructie.

## **2.6 Algemene werkbeleving van verpleegkundigen en geneeskundigen – Vragenlijsten**

Elk lid van het medisch team in de inrichtingen kreeg een uitgebreide vragenlijst toegestuurd die inging op de subjectieve werkbeleving. De vragenlijsten werden verstuurd in afzonderlijke enveloppen, direct gericht aan de verpleegkundigen of geneeskundigen, en vergezeld van een antwoortenvelop en een begeleidend schrijven. In de brief werd onder meer duidelijk gemaakt dat de gegevens door het NIVEL vertrouwelijk zouden worden behandeld. Door de persoonlijke aanschrijving, en door de bijgevoegde antwoortenvelop kon de respondent op eigen initiatief reageren.

Afzonderlijke vragenlijsten werden ontwikkeld voor verpleegkundigen en geneeskundigen. In beide vragenlijsten kwamen wel dezelfde algemene onderwerpen terug (zie bijlage 2.5). Omdat de huidige meting als nulmeting zou kunnen dienen voor een latere *monitoring* van de subjectieve werkbeleving, zijn de psychometrische kwaliteiten van de afzonderlijke onderdelen van de vragenlijst veel aandacht.

### **2.6.1 Verpleegkundigen**

#### **A: Algemeen / achtergronden**

In deze sectie werd gevraagd naar een aantal demografische - en achtergrond kenmerken. Achtereenvolgens werd gevraagd naar het geslacht, de leeftijd, het aantal jaar ervaring, de reden om voor dit werk te kiezen, en aanstelling. Zie ook bijlage 2.5.

#### **B: Hoe beleeft u uw werk?**

In deze sectie zijn een gestandaardiseerde vragenlijst voor burnout en zijn conceptuele tegenhanger, bevlogenheid opgenomen. Deze sectie is gelijk voor geneeskundigen en verpleegkundigen. De (in totaal 37) items van de verschillende vragenlijsten zijn door elkaar en in willekeurige volgorde opgenomen.

*Burnout:* De Maslach Burnout Inventory (MBI) is internationaal de meest gebruikte schaal om burnout te meten. In dit onderzoek is de Nederlandse versie gebruikt (die dan 'Utrechtse Burnout Schaal', of UBOS, heet). De UBOS bestaat uit 20 items die op een 7-punts Likertschaal beantwoord kunnen worden, waarbij 0 staat voor 'nooit', en 6 voor 'altijd/dagelijks'. In de schaal worden drie subschalen onderscheiden; Emotionele Uitputting (EU, 8 items); Depersonalisatie (DP, 5 items) en Persoonlijke Bekwaamheid

(PB, 7 items). De betrouwbaarheid van deze subschalen was met respectievelijk  $\alpha=0,87$ ,  $\alpha=0,72$ , en  $\alpha=0,82$  voldoende (een waarde boven 0,6 wordt over het algemeen als voldoende beschouwd). De betrouwbaarheid van de DP schaal kon nog worden verhoogd tot  $\alpha=0,77$  door item B36 buiten beschouwing te laten (“Ik heb het gevoel dat patiënten mij hun problemen verwijten”). Hoewel dit item inderdaad minder van toepassing is binnen deze onderzoeksgroep, is het voor de vergelijkbaarheid met eerdere resultaten wel opgenomen in de verdere analyses.

*Bevlogenheid*: Uit de definitie van bevlogenheid komen drie factoren naar voren; vitaliteit, toewijding en absorptie (Schaufeli e.a., 2002). Vitaliteit wordt gekarakteriseerd door een hoge mate van energie en doorzettingskracht in het werk, ook bij tegenslag. Vitale werknemers worden gekenmerkt door een hoog energieniveau en mentale veerkracht terwijl ze aan het werk zijn. Toewijding betreft het gevoel van belang te zijn, maar ook van trots, inspiratie en uitdaging. Absorptie, tenslotte, is afgeleid van de term *flow* (Csikszentmihalyi, 1990) die als volgt omschreven wordt: “... the state in which people are so involved in an activity that nothing else seems to matter; the experience itself is so enjoyable that people will do it even at great costs, for the sheer sake of doing it” (p.4). Waar Csikszentmihalyi het echter had over specifieke, korte piekervaringen, wordt met bevlogenheid een meer aanhoudende en doordringende beleving bedoeld, die zich tot de werksituatie beperkt (Schaufeli en Bakker, 2003).

Bevlogenheid wordt gemeten met de Utrechtse BEvlogenheidsschaal Schaal (UBES), die bestaat uit 17 items. Een voorbeeld van een item dat vitaliteit meet is item 1: “Op mijn werk bruis ik van energie”; item 2 is een voorbeeld van toewijding: “Ik vind het werk dat ik doe nuttig en zinvol”; en item 3 is een voorbeeld van absorptie: “Als ik aan het werk ben, dan vliegt de tijd voorbij”. De items kunnen op dezelfde manier beantwoord worden als de UBOS-items: op een 7-punts schaal die loopt van 0 ‘nooit’ tot 6 ‘altijd/dagelijks’. Gebruik is gemaakt van de totaalscore van de items. In tabel 2.2 worden de gevonden betrouwbaarheden weergegeven. De betrouwbaarheid die hier is gevonden is goed te noemen, en komen overeen met de cijfers die in de handleidingen van zowel de UBOS als de UBES worden genoemd.

Tabel 2.2 Betrouwbaarheid van de subschalen van de burnout vragenlijst (UBOS) en bevlogenheid (UBES) voor verpleegkundigen

	Betrouwbaarheid (Cronbach's $\alpha$ )	
	Dit onderzoek	Handleidingen <sup>1,2</sup>
Emotionele Uitputting	0,87	0,87
Depersonalisatie	0,73	0,66
Persoonlijke Bekwaamheid	0,82	0,79
Bevlogenheid	0,87	0,93

<sup>1</sup>UBOS (Schaufeli en van Dierendonck, 2000) <sup>2</sup>UBES (Schaufeli en Bakker, 2003)

### C: Taakafbakening

In deze sectie wordt nogmaals vastgesteld (maar nu bij ieder lid van het medisch team) in hoeverre wordt gewerkt volgens de werkprocessen van VMZ. Daarmee vormt het een replicatie van de bevindingen uit het vooronderzoek. Verder worden vragen gesteld over

de wijze waarop onderling gewerkt wordt, de wijze van medicatieverstrekking, de aanwezigheid van een administratieve kracht, over eindverantwoordelijkheid en aansturing.

#### **D: Werktevredenheid**

In deze sectie wordt in gegaan op de werk satisfactie, waarbij een onderscheid is gemaakt tussen algemene werkbeleving (D-A) en meer specifieke aspecten (D-B).

*D-A: Algemene werkbeleving:* Dit onderdeel gaat in op de algemene werkbeleving, en bestaat uit 4 stellingen waarbij op een 5-puntsschaal aangegeven kan worden in hoeverre men het hiermee (on)eens is. Na omscoring van twee (negatief verwoorde) items vormen de 4 vragen tezamen één algemene satisfactie-schaal. Deze schaal vertoont voldoende betrouwbaarheid (zie tabel 2.3).

*D-B: Specifieke werkaspecten:* In dit onderdeel werden 23 specifieke kenmerken van het werk voorgelegd. Bij elk aspect kon op een 5-puntsschaal aangegeven worden in hoeverre men met dit werkaspect tevreden was. Deze lijst van kenmerken is afkomstig uit de Maastrichtse Arbeidstevredenheidsschaal voor de Gezondheidszorg (MAS-GZ - Landeweerd e.a., 1996) en is gebruikt in een eerder onderzoek onder reguliere verpleegkundigen en verzorgenden (de Veer e.a., 2004). In totaal zijn 19 items uit deze lijst overgenomen, de overige items waren niet op de huidige onderzoekspopulatie van toepassing. Er kunnen 7 deelaspecten onderscheiden worden: tevredenheid met a) de leiding (3 items), b) promotiemogelijkheden (3 items), c) de kwaliteit van zorg (3 items), d) groeimogelijkheden (3 items), e) contacten met collega's (3 items), f) contacten met patiënten (2 items), en g) duidelijkheid over het werk (2 items). De betrouwbaarheid van de totale schaal en subschalen is weergegeven in tabel 2.3.

Tabel 2.3 Tevredenheid: betrouwbaarheid van de schalen voor algemene tevredenheid en deelaspecten voor verpleegkundigen

Schalen en subschalen	aantal items	Betrouwbaarheid ( $\alpha$ )	
		Dit onderzoek	Reguliere zorg <sup>1</sup>
<b>Algemene werktevredenheid</b>	4	0,75	nvt.
<b>Deelaspecten werktevredenheid</b>			
Tevredenheid met de leiding	3	0,90	0,89
Tevredenheid met promotiemogelijkheden	3	0,91	0,87
Tevredenheid met de kwaliteit van zorg	3	0,82	0,79
Tevredenheid met groeimogelijkheden	3	0,81	0,75
Tevredenheid met contacten met collega's	3	0,87	0,80
Tevredenheid met contacten met patiënten	2	0,62	0,64
Tevredenheid met duidelijkheid over het werk	2	0,69	0,64
Tevredenheid met het werk (totaal alle deelaspecten)	19	0,87	0,87

<sup>1</sup>De Veer e.a., 2004

De gevonden betrouwbaarheden zijn voldoende, en komen overeen met de resultaten uit de reguliere zorg (de Veer e.a., 2004). Een verbetering in de betrouwbaarheid van de totale schaal bleek mogelijk door de beide items uit schaal f (contacten met patiënten) achterwege te laten ( $\alpha=0,8691$  wordt dan  $\alpha=0,8727$ ). Inhoudelijk is dit verklaarbaar: gezien de aard van de patiëntenpopulatie is deze schaal wellicht minder van toepassing voor de tevredenheid van verpleegkundigen in penitentiaire inrichtingen. Gezien de zeer geringe verbetering, en omdat de vergelijkbaarheid mogelijk in het geding zou kunnen komen zijn beide items in de analyse meegenomen. Ter aanvulling op deze lijst zijn 4 items toegevoegd met aanvullende specifieke kenmerken die naar aanleiding van de interviews naar voren kwamen. Deze betroffen de tevredenheid met het inkomen (D-B11), beschikbare tijd voor nascholing (D-B12), zelfstandigheid (D-B16), en werkrelatie met geneeskundigen (D-B23)). Deze items zullen afzonderlijk worden gepresenteerd.

### **E: Werkomstandigheden**

In deze sectie worden een groot aantal mogelijk belastende factoren voorgelegd betreffende het beleid van DJI, de contacten met gedetineerden, de samenwerking met anderen en overige aspecten. Veel van deze aspecten zijn uit de interviews naar voren gekomen. Daarnaast wordt in deze sectie gevraagd naar de informatievoorziening binnen DJI, mogelijke aspecten die verbeterd zouden kunnen worden en waar men meer tijd voor zou willen hebben.

*E-A tm E-D:* Specifieke belastende aspecten werden voorgelegd onder de thema's 'beleid vanuit DJI', 'patiëntencontacten', 'samenwerking met anderen', en 'algemene aspecten'. In totaal betrof het 20 aspecten, waarbij de verpleegkundige op een 5-puntsschaal kon aangeven in hoeverre een aspect als belastend werd ervaren. Gezien het exploratieve karakter van dit onderdeel zullen de gemiddelde scores en standaarddeviaties van de afzonderlijke items worden gerapporteerd.

*E-E: Informatievoorziening* Dit onderdeel is gebaseerd op de schaal 'Beleving en Beoordeling van de Arbeid' (VBBA - Van Veldhoven en Meijman, 1994). Het bestaat uit 4 items die communicatie ofwel de informatievoorziening rondom het beleid in de organisatie meten. Naar aanleiding van het onderzoek van De Veer e.a. is deze schaal aangevuld met één aanvullend item. De verpleegkundige kon op een 4-puntsschaal aangeven in hoeverre elk van de 5 aspecten voor hem of haar van toepassing was. Score op de afzonderlijke items en de totaalscore zullen worden gepresenteerd.

*E-F: Gewenste aanpassingen* Als laatste onderdeel in deze sectie werd in dit onderdeel gevraagd van een zevental aspecten aan te geven in hoeverre deze zouden kunnen bijdragen om het werk op de medische dienst aantrekkelijker te maken. Deze vragen zijn gebaseerd op het onderzoek van De Veer e.a. Hier is echter gebruik gemaakt van een 5-punts Likert schaal waarop de verpleegkundigen aan konden geven in hoeverre men een bepaald aspect van belang vond (in tegenstelling tot de dichotome items in het oorspronkelijke onderzoek).

## F: Overige vragen

De vragenlijst wordt afgesloten met twee open vragen naar (1) belastende factoren die nog niet aan de orde zijn gekomen, en (2) aspecten die juist voldoening geven in het werk.

### 2.6.2 Geneeskundigen

De vragenlijst van geneeskundigen bevatte dezelfde secties als de vragenlijst van verpleegkundigen. Inhoudelijk waren er binnen de secties echter een aantal aanpassingen. Hieronder zullen alleen de aanpassingen per sectie aan bod komen.

#### A: Algemeen / achtergronden

Naast de demografische - en achtergrond kenmerken is in deze sectie ook gevraagd naar het aantal uur dat de geneeskundige gecontracteerd was (zowel voor aanwezigheid als bereikbaarheid en beschikbaarheid). Ook werd gevraagd, indien van toepassing, naar de grootte van de eigen praktijk (aantal ingeschreven patiënten).

#### B: Hoe beleeft u uw werk?

Deze sectie is identiek aan die van de verpleegkundigen. Zie tabel 2.4 voor de betrouwbaarheid van de afzonderlijke schalen onder geneeskundigen. Deze zijn voldoende, en komen goed overeen met de waarden uit de handleidingen. Alleen de betrouwbaarheid van de Emotionele Uitputting schaal is aanzienlijk lager dan de waarde die in de handleiding is aangegeven. Dit kan een gevolg zijn van het relatief laag aantal waarnemingen waar deze analyse op gebaseerd is. Uitschieters kunnen op die manier al snel een behoorlijke invloed hebben. Mede omwille van verdere vergelijkbaarheid is de schaal in de rapportage aangehouden.

Tabel 2.4 Betrouwbaarheid van de subschalen van de burnout vragenlijst (UBOS) en bevlogenheid (UBES) voor geneeskundigen

	Betrouwbaarheid (Cronbach's $\alpha$ )	
	Dit onderzoek	Handleidingen <sup>1,2</sup>
Emotionele Uitputting	0,62	0,87
Depersonalisatie	0,58	0,66
Persoonlijke Bekwaamheid	0,83	0,79
Bevlogenheid	0,86	0,93

<sup>1</sup>UBOS (Schaufeli en van Dierendonck, 2000) <sup>2</sup>UBES (Schaufeli en Bakker, 2003)

#### C: Taakafbakening

In deze sectie wordt nogmaals vastgesteld (maar nu bij ieder lid van het medisch team) in hoeverre wordt gewerkt volgens de werkprocessen van VMZ. Daarmee vormt het een replicatie van de bevindingen uit het vooronderzoek. Bij dit onderdeel is het de bedoeling gegevens op locatieniveau te verkrijgen. Verschillen tussen geneeskundigen en verpleegkundigen zijn er dus niet.

## D: Werktevredenheid

In deze sectie wordt ingegaan op de werk satisfactie, waarbij een onderscheid is gemaakt tussen algemene werkbeleving (D-A) en meer specifieke aspecten (D-B).

*D-A: Algemene werkbeleving:* Identiek aan het onderdeel bij verpleegkundigen. Zie tabel 2.5.

*D-B: Specifieke werkaspecten:* Ten opzichte van de verpleegkundige vragenlijst is een aanvullende selectie gemaakt. De schaal 'tevredenheid met promotiemogelijkheden' is weggefallen, en 'kwaliteit van zorg' en 'duidelijkheid over het werk' zijn beide teruggebracht tot één item. De schaal bestaat nu in totaal uit 13 items, zie tabel 2.5.

Tabel 2.5 Tevredenheid: betrouwbaarheid van de schalen voor algemene tevredenheid en deelaspecten voor geneeskundigen

Schalen en subschalen	aantal items	Betrouwbaarheid ( $\alpha$ )	
		Dit onderzoek	Reguliere zorg <sup>1</sup>
<b>Algemene werktevredenheid</b>	4	0,8	n.v.t.
<b>Deelaspecten werktevredenheid</b>			
Tevredenheid met de leiding	3	0,63	0,89
Tevredenheid met promotiemogelijkheden		- valt af -	
Tevredenheid met de kwaliteit van zorg	1	n.v.t.	n.v.t.
Tevredenheid met groeimogelijkheden	3	0,73	0,75
Tevredenheid met contacten met collega's	3	0,77	0,80
Tevredenheid met contacten met patiënten	2	0,84	0,64
Tevredenheid met duidelijkheid over het werk	1	n.v.t.	n.v.t.
Tevredenheid met het werk (totaal alle deelaspecten)	13	0,75	0,87

<sup>1</sup>De Veer e.a., 2004

## E: Werkomstandigheden

*E-A tm E-D* Deze onderdelen zijn vrijwel gelijk aan die van de verpleegkundigen. Aan onderdeel E-B werd de vraag toegevoegd 'de dubbele functie van behandelaar/arbo-arts die u als (huis)arts heeft', en aan onderdeel E-D werden aspecten betreffende de ANW diensten en het beklagrecht toegevoegd. In totaal bestaat dit onderdeel nu uit 33 items.

*E-E: Informatievoorziening* Identiek aan de verpleegkundige vragenlijst.

*E-F: Gewenste aanpassingen* De vraag over ondersteuning van leidinggevende valt af.

## F: Overige vragen

Identiek aan de verpleegkundige vragenlijst.



### **3 Werken in een penitentiaire inrichting**

In dit hoofdstuk worden de resultaten besproken van interviews met penitentiair verpleegkundigen en geneeskundigen. Deze gegevens kunnen antwoord geven op de vraag welke aspecten in het werk als belastend worden ervaren (vraagstelling 1c), maar ook wat (door de geïnterviewden) als bepalend wordt geacht voor de werklust (vraagstelling 2). Bovendien bieden de beschreven ervaringen inzicht in de dagelijkse gang van zaken op de medische dienst.

#### **3.1 Respons**

In de periode van 13 januari tot en met 7 maart 2005 zijn in totaal 32 interviews afgenomen en geanalyseerd. De interviews vonden allen plaats in de penitentiaire inrichting waar de desbetreffende persoon werkzaam was. De meeste gesprekken vonden plaats op de medische dienst, enkele gesprekken zijn gehouden in algemene vergaderruimten. Eén interview is telefonisch afgenomen. De gesprekken duurden tussen de 45 minuten en 75 minuten.

Vanuit vrijwel alle geselecteerde inrichtingen was men bereid mee te werken aan de interviews. Medische teams vonden het erg belangrijk dat duidelijk zou worden wat de mate van werkbelasting was. Door het belang van dit onderzoek in te zien gaf men aan zo nauwkeurig mogelijk aan het onderzoek mee te gaan werken. Wel benadrukte men dat de onderzoeksactiviteiten zouden bijdragen aan de werkbelasting tijdens de periode van het onderzoek zelf.

#### **3.2 Verwerking, analyse en rapportage**

Dit hoofdstuk is een weergave van de visie van penitentiair geneeskundigen en verpleegkundigen die geïnterviewd zijn. Ten bate van de leesbaarheid wordt niet bij elke paragraaf vermeld dat de uitspraken alleen gelden voor geïnterviewde penitentiair geneeskundigen en verpleegkundigen. Over het algemeen is dit hoofdstuk gebaseerd op de gezamenlijke visie van de geneeskundigen en verpleegkundigen, alleen indien er een duidelijk verschil is tussen penitentiair geneeskundigen en verpleegkundigen wordt dit gemeld.

Aan de hand van gemaakte aantekeningen zijn de interviews zo spoedig mogelijk na afloop uitgewerkt. Geïnterviewden kregen de mogelijkheid de interviewverslagen aan te passen of aan te vullen. Na accorderen van de interviews door de geïnterviewde, zijn deze ingevoerd in het kwalitatieve analyseprogramma Winmax en vervolgens geanalyseerd. De analyse gebeurt op basis van trefwoorden die in eerste instantie uit de interviews

komen. In het proces van analyse worden de trefwoorden vervolgens aangepast en steeds abstracter gedefinieerd. Er ontstaat een structuur van trefwoorden (codeboom) die gerelateerd is aan de onderzoeksvragen. De interviews worden verscheidende keren geanalyseerd in Winmax zodat de definitieve codeboom uiteindelijk in alle interviews is toegepast. Vervolgens zijn de trefwoorden gekoppeld aan thema's, per thema zijn interviewfragmenten onderling vergeleken en binnen de context van het interview bekeken.

De (uit praktische overwegingen genomen) keuze voor het maken van aantekeningen in plaats van het opnemen op band heeft invloed gehad op de kwaliteit van de interviewverslagen. Er is een mogelijkheid dat informatie hierdoor verloren is gegaan, alhoewel dit niet door de geïnterviewden werd aangegeven.

Het houden van semi-gestructureerde interviews heeft als beperking dat het niet mogelijk is kwantitatieve uitspraken te doen. De topiclijst heeft als handvat gediend voor de gesprekken met penitentiair geneeskundigen en verpleegkundigen. Onderwerpen die voor de geïnterviewde of de interviewer belangrijk waren werden verder uitgevraagd. Op deze manier werd de kennis uit voorafgaande interviews meegenomen naar de komende interviews. Daardoor zijn niet alle topics in alle gesprekken aan de orde gekomen.

In hoofdstuk 3 worden onderwerpen alleen weergegeven als deze door meer dan 10 geïnterviewden zijn gemeld. Citaten hebben betrekking op meerdere personen dan alleen de geciteerde.

### **3.3 Kenmerken van het werken in een penitentiaire inrichting**

Deze paragraaf beschrijft het werkkterrein van geneeskundigen en verpleegkundigen die werken in een penitentiaire inrichting. Daarbij wordt specifiek ingegaan op de huidige ontwikkelingen en de werkzaamheden van de medische dienst. Tevens komt de beleving van de medische dienst en het samenwerken aan bod.

#### **3.3.1 Penitentiaire inrichting als werkplek**

*Ontwikkelingen binnen dienst justitiële inrichting.*

Penitentiair verpleegkundigen en geneeskundigen benoemen dat de continue veranderende werkomgeving het werken binnen de DJI typeert. Men noemt bijvoorbeeld het regime van de inrichting dat binnen korte tijd kan veranderen, als mede het aantal gedetineerden in de inrichting. Men geeft aan dat flexibiliteit wel één van de eigenschappen is die goed van pas komt bij het werken in een penitentiaire inrichting.

*Werken binnen de dienst justitiële inrichtingen betekent werken in een snel veranderende organisatie. Van de één op andere dag is de populatie veranderd. Dat heeft ook nadelige gevolgen gehad voor de medische dienst. Je hebt ervaring en bent ingesteld op een bepaalde populatie, als dat zomaar*

*verandert, betekent dat erg veel, bijvoorbeeld werkdruk die omhoog gaat.  
(Penitentiair geneeskundige 103)*

Een medische dienst raakt ervaren en ingesteld op het specifieke regime en doelgroep van de penitentiaire inrichting. Indien binnen afzienbare tijd een regime van een inrichting verandert brengt dit de nodige onrust en investeringen in de nieuwe situatie met zich mee.

#### *Versobering dagprogramma*

Met name verpleegkundigen benoemen verschillende gevolgen van dit ingevoerde versoberde regime. Volgens hen is een toename van het gebruik van de medische dienst het gevolg. In de paragraaf verzwarende omstandigheden wordt ingegaan op de verhoogde belasting die door het versoberde regime wordt ervaren. Aangezien het dagprogramma van gedetineerden is veranderd zijn er ook gevolgen merkbaar voor het plannen van de werkzaamheden, zoals het spreekuur.

#### *Meerpersoonscel-beleid*

Een andere ontwikkeling is het meerpersoonscel-beleid dat is ingevoerd vanaf september 2004. Verpleegkundigen en penitentiair geneeskundigen vertellen veel van dit nieuwe beleid te merken. De werkdruk is volgens een deel van de geïnterviewden toegenomen vanwege een toename van het aantal gedetineerden in de inrichting en vanwege de extra werkzaamheden die het met zich mee heeft gebracht. In de paragraaf verzwarende omstandigheden zal hier dieper op in worden gegaan.

### **3.3.2 Medische dienst**

Het is per inrichting verschillend hoeveel uur per week een penitentiair geneeskundige aanwezig is. Ook de werktijden van verpleegkundigen verschillen. Verpleegkundigen beginnen vaak tussen 7.30 uur en 9.00 uur. In sommige inrichtingen is ook een avonddienst aanwezig om de nieuwe gevangenen, ook wel 'inkomsten' genoemd, te kunnen verwerken (intake).

#### *Werkzaamheden*

Binnen het Project Verantwoorde Medische Zorg is het primaire werkproces van de medische dienst in kaart gebracht. Er zijn 14 deelprocessen geformuleerd die gezamenlijk het primaire werkproces omvatten. Deze 14 processen vallen op de werkvloer in vele werkzaamheden uiteen. Binnen de medische teams is er een duidelijke taakafbakening tussen werkzaamheden van de penitentiair geneeskundige en die van de verpleegkundigen. Gezamenlijke verantwoordelijkheden betreffen veelal het participeren in overlegvormen als bijvoorbeeld het psycho-medisch overleg.

De 14 werkprocessen van de medische dienst zijn universeel te noemen en komen bij het huis van bewaring, de gevangenis en de verschillende regimes voor. Toch brengt elk type inrichting en regime ook specifieke werkzaamheden of aandachtspunten met zich mee. Specifiek voor het werken in een huis van bewaring zijn de grote hoeveelheid intakes die men doet. Het aantal nieuwe gedetineerden is in een huis van bewaring namelijk groter dan in een gevangenis. Daarnaast houdt men zich bezig met de begeleiding van een grote

groep verslaafden. In vergelijking met een huis van bewaring zegt een verpleegkundige in de gevangenis meer tijd kwijt te zijn met administratieve handelingen ten behoeve van het regelen van medisch transport. Afspraken met medici buiten de inrichting komen in een gevangenis namelijk meer voor. Daarnaast zijn ziektebeoordelingen een groot onderdeel van werkzaamheden in de gevangenis, aangezien het werken daar verplicht is.

Sommige inrichtingen hebben aparte afdelingen met een bijzondere populatie. Zo bevinden zich op een bijzondere zorg afdeling (BZA) en een intensieve begeleidingsafdeling (IBA) veel gedetineerden met psychiatrische problematiek. Specifieke werkzaamheden op deze afdelingen zijn extra aandacht voor observeren en begeleiding, het maken van gedragsrapporten, meer tijd nodig voor verpleegkundig spreekuur en het actief signaleren van problemen.

Penitentiair geneeskundigen en verpleegkundigen benadrukken enkele specifieke aspecten van een medische dienst in een penitentiaire inrichting. Zo ervaart men een hoge medische consumptie van de gedetineerden. Dit komt in eerste instantie door de hoeveelheid aan medische klachten die bestaan, daarnaast bezoeken gedetineerden de medische dienst uit verveling. Een ander specifiek aspect van het werken in een penitentiaire inrichting noemt men de hoeveelheid aan klachten die tegen hen wordt ingediend door gedetineerden.

### *Spreekuur*

Er zijn veel verschillen tussen inrichtingen in de manier waarop de zorg, en dan met name het verpleegkundig spreekuur, is georganiseerd. Verpleegkundigen zijn over het algemeen tevreden met de manier waarop de zorg georganiseerd is in de inrichting waarin zij werken. Keuze voor een bepaalde structuur lijkt historisch gegroeid te zijn. Soms zijn er per medische dienst verschillende soorten spreekuren die anders georganiseerd zijn, dit heeft dan vooral te maken heeft met verschillende regimes die in één inrichting aanwezig zijn en met persoonlijke voorkeuren. Bijvoorbeeld een inloopspreekuur en een spreekuur op vaste tijden. De plaats (op cel of op de medische dienst) waar men de gedetineerden ziet kan afwijken. Knelpunten die worden ervaren hebben vooral te maken met aanlevering van gedetineerden (door bewaking en PIW). Hierdoor zegt men veel tijd kwijt te zijn met wachten en bellen.

Grofweg is er een verdeling te maken in een verpleegkundig spreekuur en verpleegkundige afspraken die gedurende de dag ingepland worden.

Kenmerken van het verpleegkundig spreekuur zijn:

- gepland op een vast tijdstip
- vorm: open inloop of met afspraken
- plaats: medische dienst of op afdeling

Aanmelden op het spreekuur gebeurt via een intekenlijst op de afdeling of door een verzoek -of sprekersbriefje in te vullen.

Indien er geen verpleegkundig spreekuur is, worden gedurende de dag afspraken gepland met individuele gedetineerden. De verpleegkundige bepaalt (met de gedetineerde) welke tijd goed uitkomt. Zij ziet de gedetineerde op de medische dienst of op cel.

Voordeel van het verpleegkundig spreekuur is dat de vele gedetineerden waar PIW “medische” vragen over stellen, ingepland worden in het eerst volgende spreekuur. Bij losse afspraken op tijd zijn grenzen moeilijker aan te geven, waardoor men de ervaring heeft dat de PIW veelvuldig bellen met de medische dienst.

Het maken van individuele afspraken met gedetineerden heeft anderzijds voordelen. Verpleegkundigen noemen flexibiliteit en het beter kunnen afstemmen van afspraken met het dagprogramma van gedetineerden.

De verpleegkundige is in veel gevallen belast met het inplannen van het spreekuur of het maken van individuele afspraken met gedetineerden aan de hand van intekenlijsten of verzoekbriefjes. Zij dient daarbij rekening te houden met het schema aan activiteiten van de individuele gedetineerde. De verpleegkundige plant de gedetineerden in en verzorgt een overzicht voor de PIW. In sommige gevallen gaat de verpleegkundige naar de afdelingen toe om met de gedetineerde het verzoekbriefje te bespreken en een afspraak te plannen.

In een aantal inrichtingen vindt door de verpleegkundige screening plaats aan de hand van de verzoekbriefjes. Gedetineerden met een duidelijk medische hulpvraag worden vervolgens zonder tussenkomst van de verpleegkundige bij de penitentiair geneeskundige ingepland. In het geval van herhaalrecepten wordt een gedetineerde niet uitgenodigd, maar wordt medicatie geregeld.

De plaats waar verpleegkundigen de gedetineerde ziet is verschillend per inrichting en soms zelfs per verpleegkundige. Voordelen die genoemd worden van het zien van de gedetineerden op de medische dienst zijn het gebruik kunnen maken van faciliteiten (medisch apparaat, computer, etc), privacy voor de gedetineerde is gewaarborgd en efficiënter kunnen werken. Verpleegkundigen die werkzaam zijn in een (half) open inrichting ervaren een spreekuur op de medische dienst als prettiger omdat het minder laagdrempelig is dan spreekuur op afdeling. Gedetineerden kunnen zich in een (half) open inrichting vrij bewegen waardoor men zelf de medische dienst kan bezoeken. Een voordeel van het zien van gedetineerden op de afdeling of op cel is dat het bijdraagt aan een goed contact met gedetineerde en PIW. Tevens ontloopt men op deze manier de problemen met het aanleveren van gedetineerden (minder tijd kwijt met wachten op gedetineerden).

Penitentiair geneeskundigen houden spreekuur op de medische dienst. Men doet alleen een visite op cel als de gedetineerde niet mobiel is. Gedetineerden in de isoleercel of observatiecel worden door de penitentiair geneeskundige en verpleegkundigen altijd op cel bezocht. Gedetineerden van een streng beveiligd regime (LABG<sup>1</sup>, LAA<sup>2</sup>, EBI<sup>3</sup>) mogen vanwege veiligheidsoverwegingen niet naar de medische dienst komen en worden wel altijd op cel gezien.

---

<sup>1</sup> LABG = Landelijke Beheersafdeling Gevaarlijke Gedetineerden

<sup>2</sup> LAA = Landelijke afzonderingsafdeling

<sup>3</sup> EBI = Extra Beveiligde Inrichting

*Bijwonen spreekuur penitentiair geneeskundige, een verpleegkundige taak?*

In de interviews is gesproken over de aanwezigheid van de verpleegkundige bij het artsenspreekuur. Het bijwonen van het artsenspreekuur is in veel inrichtingen een verpleegkundige taak maar niet opgenomen in de 14 werkprocessen. Het is dan ook een discussiepunt. Penitentiair geneeskundigen en verpleegkundigen lijken positief te zijn ten opzichte van deze aanwezigheid van de verpleegkundige bij het artsenspreekuur. Het zijn in de interviews vooral penitentiair geneeskundigen die pleiten voor het behoud hiervan.

Taken van de verpleegkundige tijdens dit spreekuur van de penitentiair geneeskundige zijn bijvoorbeeld het uitvoeren van administratieve handelingen, agendabeheer en planning, assistentie bij verrichtingen, het bestellen van medicijnen en het schrijven van recepten.

Veel geïnterviewde penitentiair geneeskundigen en verpleegkundigen ervaren de aanwezigheid van de verpleegkundige bij het artsenspreekuur als een meerwaarde. De extra informatie die de verpleegkundige inbrengt tijdens het consult wordt belangrijk gevonden. Deze extra informatie over de gedetineerde verkrijgt de verpleegkundige uit observaties, uit contact met gedetineerde en tijdens het bijwonen van overlegvormen. Andere informatie die zij inbrengt is bijvoorbeeld specifieke kennis van DJI regels.

*Het voordeel is dat verpleegkundige de gedetineerden goed kent, de kwaliteit van het artsenspreekuur gaat daarmee omhoog. De extra kennis van de verpleegkundige draagt ook bij aan het verminderen van het uitspelen van artsen en verpleegkundigen tegen elkaar. Ziektewinst wordt hierdoor verminderd...afstemming met de verpleegkundige is essentieel. (Penitentiair geneeskundige 220)*

De penitentiair geneeskundigen benadrukken met name het belang van de goede afstemming met penitentiair verpleegkundigen wat door het bijwonen van het artsenspreekuur wordt bevorderd. Andere voordelen die zij noemen zijn een positieve beleving van het samenwerken en de bevordering van veiligheid. De penitentiair verpleegkundigen vinden vooral het educatieve aspect belangrijk en de voordelen die het oplevert ten aanzien van efficiëntie en tijdswinst. Het wordt als efficiënt ervaren aangezien tijdens het spreekuur bijvoorbeeld al gestart kan worden met administratieve handelingen (verwerking van het spreekuur) die de verantwoordelijkheid van de penitentiair verpleegkundige zijn en omdat verpleegkundige vragen gelijk beantwoord kunnen worden.

De redenen van een aantal penitentiair verpleegkundigen die het bijwonen van het artsenspreekuur niet als een meerwaarde te ervaren zijn de grote tijdsinvestering die het vraagt en de beperkte verpleegkundige inbreng die mogelijk is.

*Ik ervaar het wisselend per arts. Het heeft alleen een meerwaarde als ik mijn eigen inbreng kan hebben. Het alleen "mogen" invoeren van data in de computer ervaar ik niet als een meerwaarde. (Penitentiair verpleegkundige 1401)*

### *Beleving van de medische dienst*

Penitentiair verpleegkundigen en penitentiair geneeskundigen zijn overwegend positief over hun eigen medische dienst. Daarbij zijn er vrijwel geen verschillen te noemen tussen penitentiair geneeskundigen en verpleegkundigen. Voorbeelden van positieve kenmerken zijn:

- Professionaliteit
- Goede en open onderlinge sfeer, waarin zaken worden uitgesproken
- Prettige samenwerking tussen penitentiair geneeskundigen en verpleegkundigen en goede interne communicatie (voldoende overlegmomenten)
- De aanwezigheid van voldoende personeel.

Enkele penitentiair verpleegkundigen noemen ook de aandacht die men ervaart voor scholing als erg belangrijk.

In de interviews is tevens nagevraagd of men knelpunten ervaart ten aanzien van de medische dienst. Meer dan de helft van de geïnterviewden noemt een voorbeeld van iets dat men zou willen verbeteren. De meeste geïnterviewden wensen verbeteringen van de rapportage. Men geeft aan het erg belangrijk te vinden dat afspraken goed en helder worden gerapporteerd om zo eenduidig mogelijk te kunnen werken.

### *Samenwerking*

Een goede samenwerking binnen de medische dienst en met andere disciplines wordt belangrijk gevonden en is volgens veel geïnterviewden aanwezig. Hoewel slechts weinig bijzonderheden of knelpunten worden genoemd over samenwerken binnen het medisch team, werden enkele opmerkingen gemaakt. Zo blijken er in één team spanningen te bestaan tussen de penitentiair verpleegkundigen en noemen enkele penitentiair geneeskundigen en verpleegkundigen dat de samenwerking tussen de penitentiair geneeskundige(n) en verpleegkundigen beter kan, waarbij een goede taakafstemming belangrijk wordt geacht.

Samenwerking met de reguliere gezondheidszorg, ziekenhuizen maar ook met disciplines die binnen de penitentiaire inrichting komen, wordt over het algemeen als goed en prettig ervaren. Slechts enkele opmerkingen worden gemaakt over de samenwerking met de psychiater; die verloopt niet altijd vlekkeloos.

Verpleegkundigen en penitentiair geneeskundigen zien de samenwerking met PIW als erg belangrijk. Vertrouwen en goed contact noemt men de kern van een goede samenwerking.

*Goed contact en relatie met PIW-ers is essentieel. Je hebt als verpleegkundige hun informatie nodig om goed je werk te kunnen doen, aangezien je als verpleegkundige maar weinig op de afdelingen bent. Begeleiding en observatie zijn kerntaken van de PIW-ers. Een goede relatie met PIW-ers en goed doorhebben wat er bij de gedetineerden speelt en iets voor hen kunnen betekenen. Dit is van grote invloed op een positieve werkbeleving. (Penitentiair verpleegkundige 1604)*

Door goed contact te onderhouden lijken lastige zaken, als beroepsgeheim van de medische dienst (hoeveel informatie mag je geven aan PIW) en de vele niet-medische zaken die PIW bij medische dienst neer leggen, besproken en opgelost te worden. Sommige penitentiair verpleegkundigen gaan geregeld naar de afdelingen toe om op die manier het contact met PIW en gedetineerden te verbeteren. Desondanks ervaren penitentiair geneeskundigen en verpleegkundigen verscheidene knelpunten in de samenwerking met PIW. In paragraaf 3.4.2 worden deze knelpunten besproken.

### 3.3.3 *De gedetineerde als patiënt*

Veel voorkomende medische problematiek waar penitentiair geneeskundigen en verpleegkundigen mee te maken krijgen zijn naast algemene somatische problematiek, verslaving, infectieziekten, psychiatrische stoornissen en psychosociale problematiek. De psychosociale problematiek bestaat uit slaapproblemen, nek -en schouderklachten en andere spanningsgerelateerde klachten. Penitentiair geneeskundigen en verpleegkundigen geven aan dat dit veelal detentiegerelateerde klachten zijn.

*Gedetineerden zijn het na jaren vaak zat om binnen te zitten. Dat uit zich in slecht slapen, dag en nacht ritme wordt omgedraaid en een toename van rug- en nekklachten. (Penitentiair verpleegkundige 1003)*

Als kenmerkend voor gedetineerden die in het huis van bewaring verblijven, wordt, naast verslaving, de achterstand in medische zorg genoemd. Zoals verwaarloosde breuken en niet verzorgde tanden. Reden is de psychiatrische en/of verslavingsproblematiek die hier meespeelt. Uit de interviews komt naar voren dat de gedetineerde deze periode als chaotisch ervaart. Zij zijn sterk betrokken bij hun thuissituatie, die ingelicht moet worden over de detentie en zij houden zich bezig met allerlei zaken die geregeld moeten worden vanwege hun afwezigheid door de detentie.

Gedetineerden in de gevangenis zijn al langere tijd weg uit de eigen thuissituatie. Zij hebben daardoor vaak geen grip meer op die thuissituatie. Deze ontwrichting kan een negatieve invloed hebben op de al bestaande problematiek. Wel lijkt anderzijds de structuur die detentie in de gevangenis biedt een positieve invloed te hebben op gedetineerden.

Specifieke medische aspecten bij vrouwen zijn bijvoorbeeld zwangerschapsbegeleiding en zuigelingenverzorging. Daarnaast geeft men aan dat er verschil is met mannen, met name vanwege het meer claimende gedrag bij vrouwen.

*Vrouwen voelen zich ongelukkig en ervaren veel depressieve klachten. Om met enige regelmaat naar de medische dienst te kunnen vertalen zij depressieve klachten naar depressiviteit omdat er dan een indicatie is om door de medische dienst gezien te worden. Ook kunnen vrouwen veel meer een emotioneel appel doen op bewakers dan mannen. Zij benadrukken bijvoorbeeld naar bewakers dat het heel slecht met hen gaat en dat zij door de medische dienst gezien moeten worden. PIW-ers staan machteloos tegenover dit gedrag en leggen verantwoordelijkheid geheel bij medische dienst neer.*



*Gevolg: veel oneigenlijke werkzaamheden voor de medische dienst.  
(Penitentiair verpleegkundige 1208)*

### **3.3.4 Veiligheid**

Bij het werken in een penitentiaire inrichting komen penitentiair geneeskundigen en verpleegkundigen in aanraking met agressie. Verbaal geweld en (de dreiging van) fysiek geweld worden genoemd. Voorbeelden van verbaal geweld zijn bedreigingen, schelden en boos worden.

*Ik ervaar met name bedreigingen die tegen mij als persoon gericht zijn als erg belastend. Zoals "Ik weet waar je woont" Je hebt een dochter hè!" Ik ervaar dit soort bedreigingen als erg vervelend, het laat mij niet zomaar los.  
(Penitentiair geneeskundige 1708)*

De helft van de geïnterviewden geeft aan het omgaan met agressie als lastig of verzwarend te ervaren. In de paragraaf 3.4.3 wordt ingegaan op agressie als belastende factor. Ondanks het voorkomen van agressie en het in sommige gevallen ervaren van agressie als belastende factor, geven vele penitentiair geneeskundigen en verpleegkundigen aan de medische dienst als een veilige werkplek te ervaren.

*Ik kan goed omgaan met verbale agressie. Maar ik ervaar de (dreiging) van fysiek geweld als erg vervelend en moeilijk. Ik voel mij redelijk veilig. Ik draag altijd een pieper bij me, er zit een knop op voor "gewone" incidenten en één voor gijzelingen. Veiligheid ervaar ik niet als belastende factor.  
(Penitentiair verpleegkundige 1106)*

Er zijn verscheidene factoren die ertoe bijdragen dat het werken in een penitentiaire inrichting als relatief veilig wordt ervaren. Het dragen van een pieper en de aanwezigheid van een alarmknop in de ruimtes van de medische dienst geeft penitentiair geneeskundigen en verpleegkundigen de mogelijkheid om in onveilige of escalerende situaties zo snel mogelijk anderen in te schakelen. Daarnaast heeft men veel vertrouwen in het eigen team. Er zijn veelal goede onderlinge afspraken om de veiligheid te waarborgen.

## **3.4 Werkbelasting, verzwarende omstandigheden**

### *Algemene werkbeleving*

Vanuit de interviews ontstaat het beeld dat het werken in een penitentiaire inrichting overwegend als prettig wordt ervaren. "Boeiend" en "afwisselend" zijn termen die veel worden genoemd. In paragraaf 3.5 gaan we in op de aspecten die het werk juist leuk maken. In deze paragraaf richten we ons op zaken die het werken in een penitentiaire inrichting verzwaren of belastend maken. Hoewel het erop lijkt dat de werkbelasting van de geïnterviewden gematigd genoemd mag worden, ervaren enkele penitentiair verpleegkundigen en penitentiair geneeskundigen een hoge werkbelasting. De persoonlijke gevolgen voor de geïnterviewden, die een hoge werkbelasting aangeven, zijn bijvoorbeeld vermoeidheid, het overzicht kwijt raken, verminderde werkvreugde,

toegenomen irritatie naar collega's en gedetineerden, rennen op het werk, niet zorgvuldig kunnen werken, stress en het werk mee naar huis nemen.

Een aantal geïnterviewden heeft het gevoel dat de populatie van gedetineerden lijkt te veranderen en leggen een relatie tussen deze ontwikkeling en het ervaren van werkdruk. Men ervaart een toename aan gedetineerden met psychiatrische problemen en een toename aan complexe medische problematiek.

*Agressie is toegenomen en het werk is zwaarder geworden. De reden is het sobere regime dat is ingevoerd, gedetineerden krijgen in korte tijd meer activiteiten en zitten langer achter de deur. (Penitentiair verpleegkundige 1503)*

Oorzaken voor het ervaren van een hogere werkdruk dan gemiddeld of toename van de werkdruk zijn divers: toename van het aantal gedetineerden en toename van de werkzaamheden door het plaatsen van meerdere gedetineerden in één cel, veranderingen in het regime (versoberde regime, andere doelgroep) en vele veranderingen (o.a. invoering huisartsinformatie systeem (HIS) en toegeleiding). Daarnaast zijn er ook specifieke inrichtingsbepalende factoren die van invloed zijn op het ervaren van een hogere werkdruk. Voorbeelden zijn:

- Personeelstekort, ziekte, niet ingevulde vacatures
- Veel cursussen
- Verhuizing medische dienst
- Nieuwe penitentiaire inrichting, nieuwe locatie erbij, nieuw team
- Weinig structuur in organisatie medische dienst

#### *Gevolgen van werkbelasting*

Medische teams gaan verschillend om met een werkdruk. Gevraagd is waaruit naar voren komt dat men werkdruk ervaart of wat de gevolgen hiervan zijn. Enkele voorbeelden zijn:

- Werkzaamheden mee naar huis nemen of overwerken
- Spreekuur loopt uit
- Structureel overleg / nabesprekingen spreekuur / vergaderingen gaan niet door
- Geen verdieping mogelijk in medische problemen
- Geen koffiepauze of lunch
- Spreekuur wordt afgezegd

Er is veel draagvlak onder het merendeel penitentiair verpleegkundigen voor het opstarten en uitvoeren van gezondheidsvoorlichting en opvoeding (GVO). Het blijkt desondanks één van de werkzaamheden te zijn die er als eerste bij in schiet als het druk is. Het in de toekomst oppakken van groepsvoorlichting wordt dan ook erg belangrijk gevonden en dan met name ten aanzien van infectieziekten en drugs. Redenen waarom het tot nu toe niet of niet structureel uitgevoerd is:

- In het verleden te weinig personeel
- Momenteel hoge werkdruk
- Moeilijk in te plannen in het dagprogramma van gedetineerden door verkort dagprogramma
- Continuïteit is niet gewaarborgd

### 3.4.1 *Organisatie*

#### *Contact penitentiair geneeskundige en directie*

Het blijkt dat het merendeel van de penitentiair geneeskundigen knelpunten ervaart die op enige wijze te maken hebben met de organisatie. Slechts enkele penitentiair verpleegkundigen hebben hier opmerkingen over gemaakt. Deze knelpunten hebben voor een belangrijk deel hun oorsprong in het contact dat de penitentiair geneeskundige heeft met de directie. De communicatie met de directie wordt door een aantal penitentiair geneeskundigen als “niet open” beschreven, zij hebben het gevoel dat onvoldoende geluisterd wordt naar (medische) problemen die men aankaart.

*De organisatie van de penitentiaire inrichting legt geen prioriteit bij de medische zorg. Men staat niet open voor zaken die er spelen binnen de medische dienst, zoals hoge werkdruk. Dat de directie niet reageert op mijn meldingen heeft frustratie en boosheid tot gevolg. (Penitentiair geneeskundige 1609)*

Personeelszaken lijken niet altijd goed geregeld. Zo levert het inhuren van waarnemers nogal eens problemen op. Deze knelpunten op het gebied van personeelszaken hebben mogelijk te maken met verschillende verwachtingen en niet-éénduidige afspraken tussen penitentiair geneeskundigen en directie.

Kenmerken van het werken in een grote organisatie zijn bureaucratie en een beperkte mate aan invloed die men kan uitoefenen. De invloed die de bureaucratie, en de vele regels die dat met zich meebrengt, heeft op het werk van de penitentiair geneeskundige wordt door een deel van de penitentiair geneeskundigen als belastend ervaren.

#### *Veranderd regime*

Het merendeel van de penitentiair verpleegkundigen en een vierde van de geneeskundigen ervaren het versoberde regime en de daarmee verhoogde medische consumptie als een belastende factor.

*Door de reorganisatie zitten gedetineerden meer achter de deur en hebben zij minder contact met bewakers. Ook zijn er door de reorganisatie veel nieuwe bewakers en zij moeten het contact met gedetineerden nog opbouwen. Daardoor ontwikkelen gedetineerden meer klachten en gaan zij sneller naar de medische dienst. (Penitentiair verpleegkundige 810)*

Ook wordt gezegd dat het gebruik van de medische dienst als een uitje is toegenomen door de lange uren die gedetineerden op cel verblijven. Daarnaast speelt ook een rol dat het contact tussen PIW en gedetineerden is afgenomen door de langere periode op cel. PIW hebben minder tijd voor mentortaken, gedetineerden bezoeken daardoor de medische dienst nu ook voor problemen van een meer sociale aard.

De invoering van het meerpersoonscel-beleid lijkt gepaard te zijn gegaan met onrust. In eerste instantie onrust onder de gedetineerden. In een poging een uitweg te zoeken voor een meerpersoonscel bezochten veel gedetineerden de medische dienst om een contra-indicatie te verkrijgen. Deze verzoeken voor een contra-indicatie hadden, naast een toename van het aantal patiëntencontacten, voor de medische dienst de nodige onrust tot

gevolg. Vragen over wat medisch gezien als een contra-indicatie kan worden gezien en wie bevoegd is voor de beoordeling ervan, hielden penitentiair geneeskundigen en verpleegkundigen bezig. Medische diensten lijken dit in eerste instantie allen op hun eigen manier te hebben aangepakt. Ten tijden van de interviews leek de rust wat dit betreft in het merendeel van de medische teams teruggekeerd. Desondanks kwam dit nieuwe beleid bij de helft van de penitentiair verpleegkundigen en een vierde van de geneeskundigen als belastende factor ter sprake.

*Door het 2 op 1 cel beleid zijn de consulten met artsen toegenomen. Uren van artsen zijn daardoor wel uitgebreid. Ook is er meer onrust. Gedetineerden willen hier onderuit komen en zoeken daarvoor een medische reden. In consulten heeft dit vaak strijd tot gevolg. Soms dreigt men zelfs met moord op een medegedetineerde. Dit levert mij soms stress op. (Penitentiair geneeskundige 908)*

Niet in alle inrichtingen is de formatie bijgesteld zoals de penitentiair geneeskundige in het citaat vermeldt. Boosheid, agressie en dwingend gedrag van gedetineerden zijn toegenomen waardoor een verhoogde werkbelasting wordt ervaren.

#### *Kenmerken penitentiaire inrichting*

De werkomgeving in een huis van bewaring wordt door een aantal penitentiair verpleegkundigen en geneeskundigen omschreven als hectisch en chaotisch. Het verblijf van gedetineerden is relatief kort. Een huis van bewaring wordt dan ook gekenmerkt door zijn vele opnames en over- en uitplaatsingen. Deze hoge turnover is van sterke invloed op de werkbelasting die men ervaart vanwege de vele werkzaamheden die het met zich mee brengt en vanwege het ontstaan van pieken in werkdruk.

*Veel gedetineerden komen pas na 21:00 uur binnen, de late dienst is dan al naar huis. Dat betekent dat de ochtend extra druk is en dat de werkdruk hoog is, terwijl de avonddienst juist de ruimte heeft voor de intakes. (Penitentiair verpleegkundige 1401)*

Voorar arrestanten hebben een hoge mate van turnover en zijn daardoor extra belastend. Het verblijf van arrestanten is namelijk korter dan een gemiddeld verblijf van een gedetineerde in het huis van bewaring. Naast de hoge turnover is ook de het grote aantal verslaafden een specifieke belastende factor voor het huis van bewaring. In paragraaf 3.4.3 wordt dit besproken.

Het rechtstreeks contact met gedetineerden is voor sommige penitentiair verpleegkundigen in gevangenissen een belastende factor. Gedetineerden bezoeken in gevangenissen veelvuldig de medische dienst aangezien zij zich daar vrij kunnen bewegen. Daardoor worden werkzaamheden van de medische dienst nogal eens onderbroken. Daarnaast komt men de gedetineerden tegen op de gang en op de afdeling wat niet altijd als prettig wordt ervaren.

Ziektebeoordelingen komen veelvuldig voor in gevangenissen, in de volgende paragraaf 3.4.2 komen deze aan bod.

### 3.4.2 Medische dienst

#### *Samenwerking met penitentiair inrichting werkers*

Een goede samenwerking met PIW wordt, zoals eerder genoemd, als erg belangrijk ervaren. Tegelijkertijd ervaart het merendeel van de penitentiair verpleegkundigen en enkele geneeskundigen knelpunten in deze samenwerking. Zo ervaart men een oneigenlijk gebruik van de medische dienst door PIW. Dat wil zeggen dat PIW “gewone” problemen van gedetineerden als medisch bestempeld en gedetineerden naar de medische dienst verwijst. Daarbij gaat het om zaken als meer eten, dekbed wensen of een ander matras noodzakelijk achten.

*De samenwerking is wisselend. Wij worden veelvuldig gebeld voor niet echt medische zaken. Het zijn zaken waar PIW geen raad mee weten en daar wordt een medisch probleem van gemaakt. Ik ervaar dat als oneigenlijke taken. Dit wordt wel teruggekoppeld naar het paviljoenhoofd, maar het is moeilijk goede afspraken te maken. (Penitentiair verpleegkundige 402)*

Dagelijkse werkzaamheden leiden onder de vele telefoontjes die men krijgt van PIW, of door aanspreken op de gang of afdeling. Dat men niet alle vragen als relevant ervaart draagt bij aan de ervaren belasting. Zoals eerder besproken is een ander knelpunt in de samenwerking de aanlevering van gedetineerden naar de medische dienst. Oplossingen voor deze knelpunten lijken gezocht te moeten worden in de communicatie en taakafstemming, aangezien dit de kern van de problemen lijkt te zijn.

#### *Belastende werkzaamheden*

Als een parameter van werkbelasting is in de interviews gevraagd of er werkzaamheden zijn die men als belastend dan wel oneigenlijk ervaart. Het merendeel van de penitentiair geneeskundigen ervaart de bereikbaarheidsdienst als belastend en het grootste deel van de verpleegkundigen noemt administratieve handelingen oneigenlijk. Het geven van sociaal-medische adviezen, ook wel beoordelingen van arbeidsongeschiktheid en ziekmelding genoemd, wordt door een deel van de penitentiair geneeskundigen en verpleegkundigen als belastend dan wel oneigenlijk beschouwd. Ingediende klachten en klachtenafhandeling is belastend voor de helft van de penitentiair geneeskundigen.

#### *Bereikbaarheid en beschikbaarheid*

De bereikbaarheids- en beschikbaarheidsdiensten van penitentiair geneeskundigen zijn onder te verdelen in de bereikbaarheid en beschikbaarheid tijdens kantooruren (8.00 – 17.00 uur) en de Avond-, Nacht- en Weekenddiensten (ANW). In het merendeel van de penitentiaire inrichtingen wordt de bereikbaarheid en beschikbaarheid tijdens kantooruren verzorgd door penitentiair geneeskundigen van de betreffende inrichting. De Dienst Justitiële Inrichtingen streeft ernaar de ANW-diensten zoveel mogelijk bij de reguliere huisartsenpost onder te brengen. Toch zijn er nog veel penitentiair geneeskundigen die deze 24uurs zorg (samen met collega's) voor de betreffende inrichting verzorgen.

De belasting van de bereikbaarheid en beschikbaarheid van penitentiair geneeskundigen tijdens kantooruren en/of in de avond, nacht en weekenden heeft weinig te maken met de feitelijke belasting, het aantal telefoontjes dat men krijgt of het aantal visites dat een

penitentiair geneeskundige moet doen. De belasting van de bereikbaarheid en beschikbaarheid is een subjectieve belasting. Het gevoel van bereikbaar zijn is cruciaal in deze beleving. De belasting van de bereikbaarheidsdienst komt in het volgende citaat naar voren.

*Een bereikbaarheidsdienst betekent dat je dan niet ver weg kan van de penitentiaire inrichting. Je kan niet drinken en naar het theater en het heeft veel invloed op het privé leven. Er zijn gemiddeld 2 telefoontjes per dag van een verpleegkundige. Maar die telefoontjes zijn niet belastend. Het moment dat je bezig bent met eigen privé zaken of andere geneeskundige activiteiten en er wordt gebeld door DJI over een spoedcliënt dan is dit erg stressvol. (Penitentiair geneeskundige 307)*

De belasting van de bereikbaarheidsdienst tijdens kantooruren heeft naast hierboven genoemde facetten, als het ervaren van een constante zorg en de invloed op privé-leven en gezin, ook te maken met de moeilijke organisatie met andere werkzaamheden. Ook wordt de dreiging van een mogelijke spoedvisite belastend ervaren.

#### *Administratieve werkzaamheden*

Het merendeel van de penitentiair verpleegkundigen ervaart administratieve taken als oneigenlijk en soms belastend. Administratieve taken zijn onder andere het maken van afspraken voor gedetineerden, informatie opvragen bij andere gezondheidszorginstellingen, het regelen van vervoer en handelingen betreffende ontslag en verplaatsingen. De hoeveelheid tijd die de verpleegkundige hieraan besteed ervaart men als (te) groot en niet in evenwicht met andere verpleegkundige werkzaamheden. Men vindt het dan ook niet tot de verpleegkundige werkzaamheden behoren.

#### *Sociaal-medische adviezen*

In penitentiaire inrichtingen speelt de medische dienst een rol bij het verstrekken van adviezen ten aanzien van arbeidsongeschiktheid, afzondering en geschiktheid voor sport en overige activiteiten. Dit wordt ook wel sociaal medische advisering genoemd. Geneeskundigen en verpleegkundigen buiten een penitentiaire inrichting zijn hier vrijwel niet bekend mee. Formeel gesproken zijn dit adviezen aan de directie van de inrichting. Maar geneeskundigen en verpleegkundigen ervaren deze adviezen veelal als beoordelingen. In de praktijk heeft men met name te maken met het beoordelen van ziekmeldingen. Een deel van de penitentiair geneeskundigen en verpleegkundigen ervaart deze beoordelingen als belastend dan wel oneigenlijk vanwege het bijzondere karakter van het consult, vanwege de spanning en de conflicten die het gevolg kunnen zijn als de gedetineerde niet tevreden is met de uitkomst en vanwege de hoeveelheid tijd die het consult kost.

*Een arts heeft een controlerende functie in het beoordelen van ziekte inzake arbeid en sport. Het behalen van ziektewinst speelt hier een grote rol...Als arts ben je verantwoordelijk voor het besluit dat je neemt inzake ziekte van de gedetineerde. Door die verantwoordelijkheid kan er altijd een klacht dreigen. Dit zijn belastende factoren. Het zijn vaak niet prettige discussies. Waarbij je een gewoon consult in principe naar ieders tevredenheid afsluit, is dit bij het beoordelen van ziekte niet het geval. (Penitentiair geneeskundige 220)*

Er bestaan onduidelijkheden ten aanzien van de rol van de medische dienst: heeft men een adviserende taak of zijn het daadwerkelijk beoordelingen die men uitvoert? Daarnaast is er onduidelijkheid wie verantwoordelijkheid is voor het uitvoeren van deze taak, de penitentiair verpleegkundige of de penitentiair geneeskundige. In de praktijk blijkt dat penitentiair verpleegkundigen en geneeskundigen in verschillende inrichtingen hier mee “belast” zijn. Een aantal verpleegkundigen heeft moeite met de objectieve beoordeling van ziekmeldingen. In paragraaf 3.4.3 komen beoordelingen in relatie tot manipulatief gedrag ook aan de orde.

#### *Klachten(afhandeling)*

De helft van de penitentiair geneeskundigen ervaart de dreiging van klachten dan wel de afhandeling van klachten als belastend, slechts één penitentiair verpleegkundige noemt dit een belasting. Een penitentiair geneeskundige omschrijft het werken met gedetineerden, vanwege de dreiging van klachten, als het werken in een glazen kooi. Het relatief laagdrempelige recht van een gedetineerde tot het indienen van een klacht via de klachtenregeling van DJI (staat los van tuchtrecht), heeft tot gevolg dat men zich in het contact met gedetineerden bewust is van de dreiging van een klacht. Naast de laagdrempelige klachtenregeling wordt ook de verveling van gedetineerden en de vele tijd die zij hebben, genoemd als reden voor de grote hoeveelheid aan klachten die worden ingediend. In een gevangenis voor vrouwen noemt men dat een mannelijke arts extra “risico” loopt voor het krijgen van “seksueel geaarde” klachten als aanranding.

*Ik ben mij bewust van mogelijke klachten en werk daarom zo nauwkeurig mogelijk volgens de standaarden. Ik kan het omschrijven als defensief werken. Daarnaast registreer en rapporteer ik zo goed mogelijk. (Penitentiair geneeskundige 1101)*

Het is per persoon verschillend hoe men met deze dreiging van klachten omgaat en of het het medisch handelen beïnvloedt. Wel is het vanzelfsprekend dat men het erg belangrijk vindt om klachten zoveel mogelijk te voorkomen. Binnen het medisch team zo eenduidig mogelijk te werken en zorgvuldig rapporteren worden hierbij als essentieel omschreven.

*Het werken als huisarts met gedetineerden vraagt wel wat. Je bent continue bezig je attitude aan te passen...je moet altijd opletten dat er geen beklagzaak komt. Dat is belastend. Het is zoeken naar een evenwicht tussen grenzen stellen en goed medisch handelen, waarbij het uitgangspunt is dat je de gedetineerde niet te kort wilt doen. (Penitentiair geneeskundige 706)*

Er lijkt een relatie te liggen tussen manipulatief gedrag en klachten, zoals blijkt uit het volgende interviewfragment. In de volgende paragraaf zal verder in worden gegaan op manipulatief gedrag.

*Gedetineerden zijn erg ervaren in het uitspelen van personeel. Ik ervaar dat als erg lastig. Het is enorm belangrijk om een goede interne communicatie te hebben en een zeer goede verslaglegging. Dit is het geval bij ons maar het blijft altijd een valkuil. Het uitspelen van personeel ligt dicht bij het indienen van klachten. Je bent als verpleegkundige in een verpleegkundig consult bewust of een medische klacht (problematiek) echt is of dat iemand het als excuus gebruikt om iets anders voor elkaar te krijgen (onder dagprogramma*

*uitkomen, verveling, of als belangrijkste reden iets voor elkaar krijgen / je in de maling nemen, etc). Tijdsdruk in een spreekuur speelt mee in de manier waarop je medische klachten uitvraagt dan wel behandelt. Ik krijg geen voldoening uit dit soort contacten, zoals hierboven beschreven, op de manier zoals je soms voldoening uit je werk haalt in het ziekenhuis, "patiënten die je bedanken voor de goede zorgen". Ik vind het wel prettig als ik voldoening uit mijn werk haal. (Penitentiair verpleegkundige 108)*

Klachtenafhandeling is een tijdrovende bezigheid en daardoor genoemd als belastend. Tijdrovend door het vele papierwerk dat het reageren op een klacht met zich meebrengt en doordat men moet verschijnen bij de zitting. Ook is de klachtenafhandeling emotioneel belastend, een penitentiair geneeskundige geeft aan zich "gepakt te voelen" indien een onterechte klacht tegen hem wordt ingediend.

### **3.4.3 Contact met gedetineerde**

#### *Manipulatief gedrag en eisend gedrag*

*Het aantal gedetineerden op een spreekuur is niet van invloed op het ervaren van belasting. Het gaat met name om dwingend en eisend gedrag van de gedetineerde. Dit is iets dat regelmatig voorkomt. (Penitentiair geneeskundige 1009)*

Gedetineerden die manipulatief gedrag vertonen, ook wel dwingend of eisend gedrag genoemd, komen veel voor in de penitentiaire inrichting. De medische dienst heeft hier dan ook zeer zeker mee te maken en een ruime meerderheid van de penitentiair geneeskundigen en verpleegkundigen ervaart dat dit gedrag een negatieve invloed heeft op de werkbelasting. Manipulatief gedrag is kenmerkend voor de doelgroep met een verslaving, gedetineerden met bepaalde persoonlijkheidsstoornissen en psychopaten. Ook is genoemd dat claimend gedrag en simulatie van klachten kenmerkend is voor vrouwen. Daarnaast lijkt dit gedrag, uit de verhalen die zijn verteld, te maken te hebben met de detentie. Het feit dat gedetineerden van hun vrijheid zijn beroofd heeft tot gevolg dat zij over veel zaken geen controle meer hebben. Waar controle nog wel te verkrijgen is, zal men hier zijn best voor doen.

*Een ander groot verschil met het werken buiten de inrichting en iets dat belastend is, is dat je hier als arts een instrument bent voor de gedetineerden. Een instrument om iets te bereiken en dat is meer dan het verkrijgen van een goede gezondheid. Er ontstaat ook een machtsspel. (Penitentiair geneeskundige 609)*

Gedetineerden willen in de gesprekken iets "verkrijgen" van de hulpverlener, naast een medische behandeling of medicatie, is dat bijvoorbeeld een minder streng regime, bepaalde privileges of een gunstige ziektebeoordeling. Deze "eisen" of vragen waarbij men ziekte winst zoekt, beschouwen artsen en verpleegkundigen als "oneigenlijk", zoals ook de vraag voor ander of extra eten, dekbed in plaats van deken of een ander bed. Ook noemt men dat verveling en de behoefte aan aandacht de gedetineerden naar de medische dienst brengen.



Het manipulatieve gedrag kenmerkt zich door het gebruiken van (verbale) agressie en het dreigen met het indienen van een klacht. Ook simuleert de gedetineerde vaak medische klachten om ziekte winst te behalen.

In het huis van bewaring krijgt men op verschillende manieren te maken met dwingend en eisend gedrag. Ten eerste komt men in contact met gedetineerden die voor detentie onverzekerd waren en nu, op het moment van detentie verzekerd zijn en daardoor graag een totale revisie van hun gezondheidstoestand verwachten. Zij zoeken daarin vaak de grenzen van de mogelijkheden op en zijn daarin dwingend. Ten tweede is er een grote populatie verslaafden in een huis van bewaring. En ten derde wordt de intake genoemd als een patiëntencontact waarin veel dwingend en eisend gedrag voorkomt. In de intake worden de regels doorgesproken en bespreekt men de eventuele afbouw van medicatie. Daarnaast biedt dit gesprek de gedetineerden de kans om bepaalde (hoeveelheid) medicatie of medische afspraken voor te wenden. In de gevangenschappen zijn het met name de consulten waarin de beoordeling van ziekte centraal staat, vanwege de verplichting tot werken, waar men te maken krijgt met manipulatief gedrag. Daarnaast heeft men ook te maken met een populatie met verslavingsproblematiek en persoonlijkheidsstoornissen.

Hulpverleners in de penitentiaire inrichting zijn zich bewust van manipulatief gedrag en hebben veelal in het medisch team goede afspraken gemaakt om dit gedrag zo goed mogelijk te begrenzen. Goed rapporteren en eenduidig werken wordt als essentieel benoemd. In een individueel contact beoogt de hulpverlener duidelijke grenzen te stellen en men gaat niet zomaar mee in de “eis” van de patiënt. Dat er een spanningsveld ontstaat door het moeten onderscheiden van reële medische klachten van gesimuleerde medische klachten mag duidelijk zijn. Met name penitentiair verpleegkundigen ervaren het inschatten hiervan als belastend.

*Gesprekken waarin gedetineerden medische klachten aangeven maar iets anders beogen ervaar ik belastend. Daarbij is het niet het gedrag op zich wat ik als lastig ervaar maar het gaat om een bepaald verantwoordelijkheidsgevoel. Ik wil situaties goed kunnen inschatten, medisch goed handelen. Anders blijf ik er thuis mee in mijn hoofd zitten. (Penitentiair verpleegkundige 1604)*

Het aanwenden van medische klachten met ziekte winst als doel ervaren hulpverleners als vervelend. Omschrijvingen die zij gebruiken zijn “besodemieterd worden” “erin geluisd worden” “in de maling genomen worden”.

*Indien je iemand instuurt naar het ziekenhuis en achteraf blijkt dat de gedetineerde zijn klachten gesimuleerd heeft, dan gaat dat volkomen in tegen mijn beroepsethos. Het geeft mij een erg vervelend gevoel. (Penitentiair geneeskundige 706)*

Het niet meegaan in de “eis” van de gedetineerde levert spanning, boosheid en veelal een conflictsituatie op. Het zal duidelijk zijn dat onder invloed van tijd dit soort consulten als belastend worden ervaren. Het kost enkele hulpverleners moeite grenzen te stellen als men daarmee uitzicht heeft op een conflict.

*Het is altijd lastiger om nee te verkopen dan ja. Je wilt ruzie en conflict vermijden... Je wilt in een consult niet met je laten spelen. (Penitentiair geneeskundige 908)*

Het afsluiten van het patiëntencontact terwijl de patiënten nog ontevreden zijn, ervaart men als niet prettig en zelfs belastend. Daarnaast geeft het de hulpverlener geen voldoening.

*Ik ervaar consulten met reële problemen als minst belastend. Consulten die belastend zijn, zijn gesprekken waarin ik geen overeenkomst bereik met gedetineerden en patiënten ontevreden zijn. Bijvoorbeeld wanneer gedetineerden om een slaappil vragen en niet ingaan op jouw argumenten waarom zij die niet krijgen. Ik wil een consult graag prettig afsluiten, als dat niet lukt ervaar ik dat als niet prettig. (Penitentiair verpleegkundige 1306)*

Daarentegen zijn er ook hulpverleners die ontevreden patiënten niet als vervelend ervaren. Een andere penitentiair verpleegkundige (216) zegt hier het volgende over.

*Als verpleegkundige moet je als je hier werkt niet gedetineerden willen overtuigen. Het gevoel dat een patiënt altijd tevreden moet zijn kan hier niet. Maar je moet hen wel goed behandelen.*

Naast een vervelend en niet prettig gevoel leveren consulten waarin gedetineerden manipulatief gedrag vertonen veelal stress, frustraties en hoofdpijn op en kosten deze consulten veel energie.

#### *Agressie*

Agressie kan voorkomen in consulten waar manipulatief gedrag wordt geuit, maar ook in andere consulten. Agressie is een breed begrip. Wat iemand als belastend ervaart blijkt persoonlijk te zijn. Voor de één zijn dat verbale bedreigingen of verbaal geweld voor een ander is dat een woedende gedetineerde die fysiek geweld vertoont of de dreiging daarvan. Uit de interviews is gebleken dat de helft van de hulpverleners agressie als belasting ervaart.

*Het werken op een afdeling LABG betekent dat er veel agressie aanwezig is. Wij (verpleegkundigen) bezoeken de gedetineerden op cel met meerdere personen in verband met de veiligheid. Er is daardoor geen spreekuur op de medische dienst. Ik ervaar het werken met deze doelgroep als belastend, vanwege de problemen met de veiligheid. Het is namelijk een heel agressieve doelgroep. (Penitentiair verpleegkundige 402)*

De geïnterviewden geven verschillende redenen aan voor het vóórkomen van agressie bij de doelgroep.

- Eisen van medische zorg omdat men nu verzekerd is, veel nee verkopen als medische dienst
- Doordat gedetineerden opgesloten zitten, is er veel boosheid
- Door het vele manipulatieve gedrag en verslavingsproblematiek

*Agressie en bedreigingen komen maar een paar keer per jaar in een consult voor. Maar bedreigingen als “Ik kom je buiten wel tegen” hebben tot gevolg dat je je niet veilig voelt en je het wel mee naar huis neemt. (Penitentiair geneeskundige 1101)*

Het lijkt gebruikelijk om dit soort incidenten te rapporteren en de directie hiervan op de hoogte te stellen.

#### *Verslavingsproblematiek*

De helft van de penitentiair geneeskundigen en enkele verpleegkundigen ervaren de doelgroep verslaafden als belastend. Kenmerkend aan verslavingsproblematiek is, zoals eerder genoemd, het manipulatieve en eisende gedrag van de verslaafde. Medicatie wordt in detentie veelal afgebouwd wat de nodige discussies en “shopgedrag” tot gevolg heeft. In consulten komt verbaal geweld, strijd en spanning voor, ook kosten de consulten veel extra tijd.

*Er zijn veel mensen met verslavingsproblematiek. Als die mensen net binnenkomen is het de taak van de verpleegkundige om het beleid en de regels uit te leggen, terwijl dit beleid door de arts bepaald wordt. Bijvoorbeeld het beleid ten aanzien van medicatie (methadon protocol). Ik ervaar dit als lastig aangezien ik te maken krijg met de reactie van de gedetineerde op dit beleid (zielig gedrag, boosheid, manipulatie). Dit is een specifiek voorbeeld voor een inkomsten afdeling, in de gevangenis zijn deze zaken al gereguleerd. (Penitentiair verpleegkundige 1503)*

Verschillende penitentiair geneeskundigen zien in het werken met gedetineerden met verslavingsproblematiek het verschil met het werk in hun eigen huisartsenpraktijk.

*De geneeskunde in de eigen huisartsenpraktijk en in de penitentiaire inrichting zijn hetzelfde. Maar eisende en dwingende verslaafden maken het werken in de P.I. soms belastend. (Penitentiair geneeskundige 307)*

### **3.5 Positieve werkbeleving**

Naast de aanwezigheid van factoren die het werken in een penitentiaire inrichting verzwaren is in de gesprekken met hulpverleners ook ingegaan op factoren die het werken juist leuk maken. Daarnaast zijn ook factoren besproken die bijdragen aan het kunnen omgaan met werkdruk.

#### **3.5.1 Kenmerken beroep**

##### *Zelfstandigheid*

Penitentiair verpleegkundigen vinden de zelfstandigheid van hun functie in een penitentiaire inrichting erg prettig. Zij ervaren veel vrijheid in de uitvoering van hun werkzaamheden. Dat wordt als verschil genoemd met het werken in het ziekenhuis. Deze zelfstandigheid en verantwoordelijkheid komen onder andere doordat de penitentiair verpleegkundige “voor” de penitentiair geneeskundige gepositioneerd is. Tevens is in

sommige medische diensten de zorg zo georganiseerd dat verpleegkundigen “eigen” afdelingen van de penitentiaire inrichting onder hun hoede hebben. Deze vorm van organisatie biedt zelfstandigheid en wordt als prettig ervaren. Tevens voeren een aantal verpleegkundigen “geautoriseerde handelingen” uit, zoals bloedafnames en het uitschrijven van recepten wat bijdraagt aan het ervaren van de mate van zelfstandigheid en verantwoordelijkheid.

#### *Samenwerking*

In paragraaf 3.3.2 werd duidelijk dat een prettige samenwerking belangrijk wordt gevonden. Opnieuw komt dit naar voren bij het vragen wat men als positief ervaart aan het werken in de penitentiaire inrichting. Het gaat om samenwerking binnen het eigen medisch team en met andere collega's en disciplines. Collegialiteit en het kunnen terugvallen op collega's is belangrijk. Voor penitentiair geneeskundigen heeft het werken in een penitentiaire inrichting een extra meerwaarde.

*Het is leuk om in een team te werken, aangezien je als geneeskundige vaak solist bent. Om te werken in een penitentiaire inrichting moet je dan ook wel een teamplayer zijn. (Penitentiair geneeskundige 908)*

#### *Afwisseling*

Dat penitentiair geneeskundige en verpleegkundigen hun werkzaamheden in de penitentiaire inrichting als leuk en prettig ervaren heeft te maken met de grote mate aan afwisseling. Bij de penitentiair geneeskundige gaat het met name om de afwisseling van het werken in de penitentiaire inrichting met andere werkzaamheden (veelal eigen huisartsen praktijk). Het werken in twee verschillende settings betekent veel verschillen qua inhoud van het werk en verschillen in de doelgroep.

*Het is een bijzondere populatie, medisch gezien is er veel aan de hand, diverse problematiek. Van sportblessures tot verslaving, psychiatrie en HIV-infecties. (Penitentiair geneeskundige 609)*

Penitentiair verpleegkundigen benoemen met name de afwisseling van de inhoud van de werkzaamheden als positief en prettig. Het werken omvat naast meer medische werkzaamheden ook begeleidende aspecten en werkzaamheden op het gebied van administratie en planning. Tevens ervaart men het werken als “spannend” omdat van tevoren niet duidelijk is wat een dag zal brengen. Deze onvoorspelbaarheid wordt als positief benadrukt.

### **3.5.2 Patiëntenpopulatie**

Een interessante patiëntenpopulatie en boeiende problematiek maakt het werken in een penitentiaire inrichting aantrekkelijk voor het merendeel van de penitentiair geneeskundigen en verpleegkundigen. De diverse patiëntenpopulatie in deze specifieke gesloten setting met veelal de aanwezigheid van sociale problemen is uitdagend. Daarnaast is het contact met de gedetineerden voor sommigen erg belangrijk. Sommige geïnterviewden halen hun werkplezier vooral uit de affiniteit die zij hebben met een specifieke doelgroep (verslaafden, psychiatrische patiënten, jongeren, mannen).

Het werken op een medische dienst in een penitentiaire inrichting kenmerkt zich door de grote diversiteit aan ziektebeelden en pathologie (somatisch, psychisch, gedragsproblemen, sociaal). Deze variatie aan problemen maakt het werk inhoudelijk aantrekkelijk. Penitentiair geneeskundigen ervaren in deze diversiteit aan pathologie, zoals eerder genoemd, een prettige afwisseling met de eigen patiëntenpopulatie en penitentiair verpleegkundigen zien hierin een mogelijkheid tot verdieping en uitbreiding van hun kennis.

### 3.6 Conclusie

Het werken in een penitentiaire inrichting wordt door het merendeel van de geïnterviewde penitentiair geneeskundigen en verpleegkundigen als positief ervaren. Slechts enkele penitentiair geneeskundigen en verpleegkundigen ervaren een hogere werkbelasting dan gemiddeld. Vrijwel alle geïnterviewden zijn positief gestemd over het medisch team waarin zij werken.

Als verzwarende omstandigheden, ofwel belastende factoren, komen op organisatie niveau de volgende factoren ter sprake. Het merendeel van de penitentiair verpleegkundigen en een vierde van de geneeskundigen ervaren het ingevoerde meerpersoonscelebeleid als belastend. Het grootste deel van de penitentiair verpleegkundigen en een deel van geneeskundigen ervaren dat het versoberde regime de werkbelasting heeft verhoogd. De meerderheid van de penitentiair geneeskundigen ervaart knelpunten op het gebied van de organisatie, waarbij het matige contact met de directie een oorzaak lijkt te zijn. Tevens zijn specifieke kenmerken van het huis van bewaring en de gevangenis van invloed op de werkbelasting.

Op het niveau van de medische dienst wordt de samenwerking met penitentiair inrichtingwerkers (PIW) belastend genoemd. Belastende werkzaamheden zijn sociaal-medische adviezen, zoals bijvoorbeeld het beoordelen van ziekmeldingen. Penitentiair geneeskundigen ervaren de bereikbaarheidsdienst en klachten(afhandeling) als belastende werkzaamheden. Administratieve werkzaamheden worden door het merendeel van de penitentiair verpleegkundigen als oneigenlijke werkzaamheden beschouwd en daardoor ook door sommigen als belastend ervaren.

In het directe patiëntcontact zijn er veel factoren die een negatieve bijdrage leveren aan de subjectieve werkbelasting van penitentiair verpleegkundigen en geneeskundigen. Manipulatief en eisend gedrag van gedetineerden wordt door een ruime meerderheid van de geïnterviewden als belastend ervaren. Dit gedrag komt veelvuldig voor en lijkt kenmerkend voor gedetineerden in het algemeen en in het bijzonder voor gedetineerden met een verslavingsproblematiek en/of persoonlijkheidsstoornis. Andere belastende factoren in het contact met de gedetineerden zijn agressie en verslaving.

Opvallend is dat een aantal factoren waarvan verwacht kan worden dat zij tot een verhoogde belasting leiden (psychiatrische problematiek, communicatie problemen,

culturele verschillen in ziektebeleving, sterke verwaarlozing) in de interviews slechts in beperkte mate ter sprake kwam.

Factoren die een positieve bijdrage leveren aan de werkbelasting zijn het ervaren van een goede samenwerking binnen het medisch team en met andere disciplines en het feit dat werken binnen een penitentiaire inrichting afwisselend genoemd mag worden.

Penitentiaire verpleegkundigen waarderen in het bijzonder de grote mate aan zelfstandigheid die deze functie hen biedt. Tot slot is het de interessante patiëntenpopulatie en boeiende medische problematiek die bijdraagt aan het werkplezier dat het merendeel van de geïnterviewden ervaart.

## 4 De aard en omvang van de werkzaamheden van verpleegkundigen en geneeskundigen

Alle verpleegkundigen en geneeskundigen in de 17 locaties is gevraagd gedurende twee weken bij te houden hoeveel tijd is besteed aan patiëntgebonden taken en niet-patiëntgebonden taken. Zij hebben op elke werkdag een 'tijdschrijfformulier' ingevuld. In paragraaf 2.4 is deze opzet uitgebreid beschreven. De resultaten uit dit hoofdstuk geven een direct antwoord op de eerste onderzoeksvraag naar de omvang en de aard van de werkzaamheden op de medische dienst. Als eerste zal de respons worden besproken (4.1).

In 4.2 wordt uiteengezet hoe de eindresultaten zijn verwerkt, gevolgd door de resultaten voor verpleegkundigen (4.3) en geneeskundigen (4.4). In paragraaf 4.5 tenslotte, wordt een aantal uitsplitsingen gemaakt waarbij de resultaten van verpleegkundigen en geneeskundigen met elkaar worden vergeleken. Hiermee kan worden nagegaan welke factoren van invloed kunnen zijn op de bestede tijd (vraagstelling 2).

### 4.1 Responsanalyse

In totaal zijn er 1141 dagelijkse tijdschrijfformulieren ingevuld en ingevoerd in SPSS. Deze formulieren zijn ingevuld door in totaal 160 respondenten (88% respons, gemiddeld 6 formulieren per persoon). Zeker gezien het feit dat er ten tijde van het onderzoek nogal eens sprake was van vakantie en afwezigheid wegens het volgen van cursussen, is deze respons zeer hoog te noemen. Tabel 4.1 geeft de respons weer voor de locaties en voor verpleegkundigen en geneeskundigen afzonderlijk. Geteld zijn de respondenten die tenminste één formulier hebben ingevuld.

### 4.2 Verwerking resultaten

In het navolgende zijn de resultaten geaggregeerd over de locaties<sup>1</sup>. Als eerste is per locatie nagegaan hoeveel tijd werd besteed aan de afzonderlijke dagelijkse werkactiviteiten. Het totale aantal bestede uren per gedetineerde per jaar is als volgt berekend. Als eerste is het aantal maal dat een bepaalde activiteit voorkwam opgeteld. Vervolgens is dit getal gedeeld door 4 (om van kwartieren naar uren om te rekenen), en gedeeld door de administratieve bezetting in de inrichting ten tijde van het onderzoek (om het aantal uur per gedetineerde te krijgen). Deze uitkomst is tenslotte, om het aantal uur per

---

<sup>1</sup> Een alternatieve rekenmethode is gebruik te maken van het aantal uren dat per verpleegkundige en geneeskundige wordt besteed. Bij een dergelijke berekening moet rekening worden gehouden met de exacte (fte-) aanstelling. Deze informatie was echter niet (in voldoende betrouwbare mate) beschikbaar.

gedetineerde per jaar te krijgen, vermenigvuldigd met 26 (2 weken registratie maal 26 maakt een jaar).

Deze manier van berekenen heeft twee gevolgen. Ten eerste is het niet zo dat de gevonden cijfers staan voor de zorg die door één verpleegkundige wordt gegeven. In plaats daarvan moeten de cijfers beter worden gezien als het aantal uur zorg (per gedetineerde per jaar) dat door een verpleegkundige ‘unit’ wordt gegeven. Dit cijfer is dus onafhankelijk van hoe deze unit door verschillende verpleegkundigen wordt ingevuld. Ten tweede heeft non-respons een directe invloed op de hoogte van de gevonden cijfers. Zo is hierboven gebleken dat ongeveer 10% van de verpleegkundigen niet heeft gereageerd. Dit betekent dat de gevonden cijfers een onderschatting (van 10%) geven. Ter compensatie is de uitkomst van bovenbeschreven berekening verhoogd tot 100% (bij verpleegkundigen vermenigvuldigd met een factor 1,14; bij geneeskundigen met een factor 1,12).

Tabel 4.1 Respons op het tijdschrijven per locatie, uitgesplitst voor verpleegkundigen, geneeskundigen, en totaal

locatie	verpleegkundigen		geneeskundigen		totaal	
	N/Ntot	%	N/Ntot	%	N/Ntot	%
1	8/8	100%	2/2	100%	10/10	100%
2	16/18	89%	4/4	100%	20/22	91%
3	5/6	83%	2/2	100%	7/8	88%
4	3/3	100%	1/1	100%	4/4	100%
5	3/3	100%	1/2	50%	4/5	80%
6	8/8	100%	3/3	100%	11/11	100%
7	4/5	80%	1/3	33%	5/8	63%
8	13/13	100%	2/2	100%	15/15	100%
9	6/7	86%	3/3	100%	9/10	90%
10	7/8	88%	2/2	100%	9/10	90%
11	8/9	89%	1/1	100%	9/10	90%
12	6/11	55%	1/1	100%	7/12	58%
13	9/11	82%	3/3	100%	12/14	86%
14	9/10	90%	3/3	100%	12/13	92%
15	7/8	88%	1/2	50%	8/10	80%
16	7/8	88%	1/1	100%	8/9	89%
17	7/7	100%	3/3	100%	10/10	100%
<b>totaal</b>	<b>126/143</b>	<b>88,1%</b>	<b>34/38</b>	<b>89,5%</b>	<b>160/181</b>	<b>88,4%</b>

N=aantal respondenten; Ntot=totaal aantal leden binnen team

### 4.3 Totale tijdsbesteding verpleegkundigen

In tabel 4.2 zijn de resultaten weergegeven voor verpleegkundigen. Voor elk van de activiteiten staat achtereenvolgens weergegeven a) hoeveel uur de verpleegkundige unit daar per gedetineerde per jaar aan besteedt; b) de spreiding in dit gemiddelde over de 17 locaties (standaarddeviatie – SD); en c) het percentage van de totaal bestede tijd die deze activiteit inneemt. Een beschrijving van de afzonderlijke activiteiten is in hoofdstuk 2 (2.4) terug te vinden.



Uit tabel 4.2 blijkt dat in totaal door verpleegkundigen bijna 34 uur per gedetineerde per jaar wordt besteed aan patiëntgebonden en niet-patiëntgebonden taken. De patiëntgebonden taken beslaan met ruim 23 uur 70% van de totale bestede tijd. Hierbij moet echter worden aangetekend dat binnen deze categorie ook de ‘Overige Patiëntgebonden taken zonder patiënt’ vallen. Deze categorie werd als volgt omschreven: “Coördinatie en continuïteit van zorg. Bijvoorbeeld overdracht bij ontslag en overplaatsing, dossier werkzaamheden, regelen van transport, (telefonisch dan wel lijfelijk) contact met andere disciplines betreffende gedetineerden, uitwerken van het arts- dan wel verpleegkundig spreekuur, administratief ondersteunen van zorgaanbieders (bijvoorbeeld tandarts, optometrist, LAB etc.), etc.” Deze activiteiten betreffen veel administratie- en regelwerk, en nemen een zeer groot gedeelte (9 uur – 26%) van de patiëntgebonden tijd in beslag. Ook de ‘Overige niet-patiëntgebonden taken’ nemen een groot gedeelte van de bestede tijd in beslag. Deze laatste categorie is omschreven als “niet-patiëntgerelateerde overlegvormen, het bijhouden van literatuur, OR werkzaamheden, algemene administratie of e-mail, begeleiding stagiaires, managementtaken, etc.”. Het is opvallend dat een dergelijke algemene ‘restcategorie’ zo vaak voorkomt.

Gecombineerd nemen deze activiteiten, die niet direct met patiëntenbehandeling van doen hebben, 12,6 uur in beslag, dat is ruim een derde van de totale bestede tijd. Medicatieverstrekking, spreekuur, en overleg zijn daarna de activiteiten waar de verpleegkundige tijd aan besteedt. Overigens is het aantal uur dat aan (na)scholing wordt besteed vrij hoog: dit is waarschijnlijk een gevolg van de cursussen ‘gijzeling’ en het gebruik van microHIS, die door DJI ten tijde van het onderzoek werden gegeven. Het minst voorkomend bij de verpleegkundigen is de categorie ‘groepsvoorlichting’ (gezondheidsvoorlichting).

Tabel 4.2 Verpleegkundige activiteiten: totaal aantal uren per gedetineerde per jaar

	Gemiddeld over 17 locaties	SD	%
Bijwonen spreekuur arts	1,54	1,14	4,6%
Groepsvoorlichting	0,06	0,12	0,2%
Intake	1,12	0,83	3,3%
Klachtenafhandeling	0,19	0,36	0,6%
Medicatie	3,26	2,57	9,7%
Overleg	3,01	1,26	8,9%
Overige Patiëntgebonden taken MET patiënt	1,38	0,58	4,1%
Overige Patiëntgebonden taken ZONDER patiënt	8,64	2,88	25,6%
Spreekuur	2,99	1,36	8,9%
Visite op cel	1,34	1,05	4,0%
<b>subtotaal alle patiëntgebonden activiteiten</b>	<b>23,51</b>	<b>5,05</b>	<b>69,8%</b>
(Na)scholing	2,08	2,15	6,2%
Overige Niet-patiëntgebonden taken	3,99	2,11	11,8%
Pauze	2,80	1,09	8,3%
Reistijd binnen inrichting	0,74	0,51	2,2%
Reistijd tussen inrichtingen	0,27	0,32	0,8%
Wachttijd	0,31	0,41	0,9%
<b>subtotaal alle NIET-patiëntgebonden activiteiten</b>	<b>10,19</b>	<b>3,93</b>	<b>30,2%</b>
<b>Totaal</b>	<b>33,71</b>	<b>7,33</b>	<b>100,0%</b>

SD=standaarddeviatie; %=percentage van totaal

#### 4.4 Totale tijdsbesteding geneeskundigen

In onderstaande tabel 4.3 is de tijdsbesteding voor de geneeskundige unit weergegeven. De meeste tijd (ruim 5 uur per gedetineerde per jaar) wordt bij geneeskundigen als 'bereikbaarheid en beschikbaarheid' geregistreerd. Daarbij moet nog eens worden benadrukt dat deze cijfers zijn geregistreerd gedurende kantooruren (voor geneeskundigen tot 17:00u). Dat betekent dat avond, nacht en weekend (ANW-)diensten *niet* in dit cijfer zijn meegenomen. Indien deze 'bezigheid' niet in het totaal wordt meegenomen, is het percentage patiëntgebonden taken en niet-patiëntgebonden taken respectievelijk 73,8 % en 26,2%. Naast de tijd die besteed wordt in de bereikbaarheidsdienst, wordt de meeste tijd besteed aan het spreekuur. Daarna volgt (op enige afstand) de tijd die besteedt wordt aan 'Overige patiëntgebonden taken zonder patiënt'. Aan deze (administratieve) activiteiten wordt door geneeskundigen dus veel minder tijd besteed dan door verpleegkundigen (zie 4.2).

Tabel 4.3 Geneeskundige activiteiten: totaal aantal uren per gedetineerde per jaar

	Gemiddeld over 17 locaties	SD	%
Intake	0,01	0,02	0,1%
Klachtenafhandeling	0,04	0,07	0,5%
Overleg	0,34	0,28	4,1%
Overige Patiëntgebonden taken MET patiënt	0,03	0,04	0,4%
Overige Patiëntgebonden taken ZONDER patiënt	0,41	0,44	5,0%
Spreekuur	1,30	0,91	15,9%
Visite op cel	0,06	0,07	0,7%
<b>subtotaal van alle patiëntgebonden taken</b>	<b>2,17</b>	<b>1,26</b>	<b>26,6%</b>
(Na)scholing	0,32	0,59	4,0%
Overige Niet-patiëntgebonden taken	0,17	0,22	2,0%
Pauze	0,07	0,10	0,8%
Reistijd binnen inrichting	0,09	0,15	1,1%
Reistijd tussen inrichtingen	0,08	0,12	1,0%
Wachttijd	0,04	0,06	0,5%
<b>subtotaal van alle niet-patiëntgebonden taken</b>	<b>0,77</b>	<b>0,72</b>	<b>9,4%</b>
<b>Totaal van bovenstaande</b>	<b>2,94</b>	<b>1,72</b>	<b>36,0%</b>
<b>Bereikbaarheid en beschikbaarheid</b>	<b>5,24</b>	<b>0,72</b>	<b>64,0%</b>
<b>Totaal + bereikbaarheid en beschikbaarheid</b>	<b>8,18</b>	<b>3,78</b>	<b>100,0%</b>

SD=standaarddeviatie; %=percentage van totaal

Het opvallend hoge percentage tijd dat de geneeskundige ‘bereikbaar en beschikbaar’ is, was aanleiding om dit aspect nader te bekijken. Nagegaan is hoe de verdeling is van bereikbaarheidsdiensten over de verschillende geneeskundigen over de verschillende locaties. Daaruit kwamen twee zaken naar voren. Ten eerste bleek dat vaak slechts één of twee van de aanwezige geneeskundigen tijd had besteed aan bereikbaarheid en beschikbaarheid, en daarmee in één klap veel tijd voor heeft geschreven. Dit is logisch, gezien het feit dat over het algemeen slechts één geneeskundige bereikbaar hoeft te zijn voor een medische dienst. Ook de relatief grote hoeveelheid tijd is te verklaren: geneeskundigen zijn relatief weinig uren daadwerkelijk aanwezig op de medische dienst, terwijl men voor de bereikbaarheidsdienst een gehele (werk)dag beschikbaar moet zijn. Specifiek voor dit onderzoek geldt nog dat er locaties deelnemen met een relatief kleine capaciteit. Het ligt voor de hand dat in kleinere locaties minder aanwezigheid van de geneeskundige vereist is, wat de hoeveelheid tijd bereikbaarheid en beschikbaarheid groter maakt. Een tweede aspect dat naar voren kwam was dat een aantal locaties uit het onderzoek duidelijk opvallend weinig tijd besteden aan bereikbaarheid en beschikbaarheid. Bij navraag bleek dat binnen deze locaties een alternatief beleid werd gevoerd waarbij de bereikbaarheid en beschikbaarheid niet persé werd uitgevoerd door een geneeskundige van het betreffende medische team, maar door collega-artsen van andere afdelingen. In geval een dergelijke

afdeling niet in het onderzoek is meegenomen, is de consequentie dat er geen bereikbaarheid en beschikbaarheid is geregistreerd voor een locatie.

## **4.5 Uitsplitsingen en vergelijkingen tussen verpleegkundigen en geneeskundigen**

In deze paragraaf worden voor een aantal uitsplitsingen de resultaten van geneeskundigen en verpleegkundigen naast elkaar gezet. Voor de overzichtelijkheid zijn de resultaten daarbij beperkt tot het totaal patiëntgebonden taken, het totaal niet-patiëntgebonden taken en het totaal aantal bestede uren. De totale tabellen zijn wel in bijlage 1 opgenomen. Gezien de hierboven beschreven afwijkende positie van de bereikbaarheidsdiensten worden de resultaten van de bereikbaarheid en beschikbaarheid apart weergegeven. De uitsplitsingen zijn achtereenvolgens: niveau van verantwoorde medische zorg (4.5.1); geslacht (4.5.2); regime (4.5.3); en de capaciteit van de inrichting waarin de medische dienst zich bevindt (4.5.4). In 4.5.5 en 4.5.6 wordt nog specifiek ingegaan op de manier waarop medicatieverstrekking plaatsvindt, en het al dan niet aanwezig zijn van een administratieve kracht op de medische dienst. Deze laatste twee uitsplitsingen zijn alleen voor verpleegkundigen relevant, en zijn alle subcategorieën weergegeven.

### **4.5.1 *Verantwoorde medische zorg***

Hoewel de inrichtingen in het hoofdonderzoek zijn geselecteerd op de mate waarin zij voldoen aan de werkprocessen (zie hoofdstuk 1), bestaat er binnen de selectie nog variatie. Omdat het voldoen aan de 14 werkprocessen die zijn omschreven door VMZ een belangrijk uitgangspunt is in dit onderzoek, is nader bekeken of de mate waarin de locaties voldoen aan de werkprocessen een invloed heeft op de tijdsbesteding. Daartoe is een tweedeling gemaakt in de onderzochte locaties, gebaseerd op de gegevens die in het vooronderzoek zijn verkregen. In het vooronderzoek kreeg een locatie een punt toegekend indien volledig werd voldaan aan een werkproces, een half punt indien dit in enige mate het geval was en 0 punten indien in onvoldoende mate werd voldaan aan een werkproces. Aangezien er 14 werkprocessen worden onderscheiden valt een score te behalen tussen 0 en 14. Voor het onderhavige onderzoek is al een keuze gemaakt van instellingen die in sterke mate voldoen aan de 14 werkprocessen, en daarmee aan VMZ. Een indeling in 'laag' en 'hoog' moet daarom met enige voorzichtigheid worden geïnterpreteerd.

De totale VMZ-score van de in het hoofdonderzoek opgenomen locaties varieerde tussen 8 en 13 (gemiddeld 11,1). Door een afkappunt van 11,5 te nemen konden de 17 onderzochte locaties worden onderscheiden in een cluster 'laag' (score lager dan 11,5, N=8) en cluster 'hoog' (score hoger of gelijk aan 11,5, N=9). In tabel 4.4 zijn de activiteiten voor verpleegkundigen uitgesplitst voor het 'laag' en 'hoog' cluster.

Tabel 4.4 Verpleegkundige en geneeskundige activiteiten: percentage en totaal aantal uren per gedetineerde per jaar, uitgesplitst voor het niveau waarin aan VMZ wordt voldaan

	VMZ=laag (N=8)			VMZ=hoog (N=9)		
	%	gem.	SD	%	gem.	SD
<b>Verpleegkundigen</b>						
patiëntgebonden taken	69,1%	22,6	6,8	70,3%	24,4	3,0
niet-patiëntgebonden taken	30,9%	10,1	3,6	29,7%	10,3	4,4
Totaal	100%	32,6	8,6	100%	34,7	6,4
<b>Geneeskundigen</b>						
patiëntgebonden taken	75,1%	2,7	1,4	72,0%	1,7	1,0
niet-patiëntgebonden taken	24,9%	0,9	0,8	28,0%	0,7	0,7
Totaal	100%	3,7	2,0	100%	2,3	1,2

Uit tabel 4.4 komt naar voren dat de verpleegkundigen binnen de locaties die sterk(er) voldoen aan de VMZ criteria iets meer tijd besteden aan zowel patiëntgebonden als aan niet-patiëntgebonden activiteiten. Een nadere beschouwing van de subcategorieën van de patiëntgebonden taken (zie bijlage 1) wijst uit dat verpleegkundigen binnen de locaties die in sterke mate voldoen aan de VMZ-criteria, een groter aantal uren besteden aan patiëntgebonden taken zonder patiënt. Geen van deze resultaten bleek significant.

In tabel 4.4 zijn ook de activiteiten voor geneeskundigen opgenomen. Bij geneeskundigen wordt een tegengestelde trend gevonden als bij verpleegkundigen: binnen de locaties die sterk(er) voldoen aan de VMZ criteria wordt minder tijd besteed aan zowel patiëntgebonden als niet-patiëntgebonden activiteiten. Het aantal uur dat aan bereikbaarheid en beschikbaarheid wordt besteed (tabel 4.5) is hoger in de hoog-VMZ groep. Er bestaat een grote variatie tussen de locaties.

Tabel 4.5 Bereikbaarheid en beschikbaarheid van de geneeskundige: percentage en totaal aantal uren per gedetineerde per jaar, uitgesplitst voor het niveau waarin aan VMZ wordt voldaan

	VMZ=laag			VMZ=hoog		
	%	M	SD	%	M	SD
Bereikbaarheid en beschikbaarheid	52,9%	4,1	5,5	73,0%	6,3	6,5

#### 4.5.2 *Geslacht*

Een onderscheid tussen mannen en vrouwen op grond van de TS gegevens is moeilijk te maken, aangezien slechts op instellingsniveau bekend is of er vrouwelijke gedetineerden aanwezig zijn (en hoe groot dat gedeelte is). De gegevens uit de contactregistraties, beschreven in het volgende hoofdstuk, lenen zich beter voor analyses naar de effecten van het geslacht van de gedetineerde. In de huidige onderzoeksselectie bevond zich één

locatie waarbinnen zich zowel vrouwelijke als mannelijke gedetineerden bevonden en één locatie waarin alleen vrouwelijke gevangenen aanwezig waren. Ter indicatie zijn deze twee locaties in tabel 4.6 afgezet tegen de totale groep (N=15) locaties waarbinnen alleen mannelijke gedetineerden aanwezig zijn.

Tabel 4.6 Verpleegkundige en geneeskundige activiteiten: percentage en totaal aantal uren per gedetineerde per jaar, uitgesplitst voor het al dan niet aanwezig zijn van vrouwelijke gedetineerden

	alleen mannen (N=15)		mannen en vrouwen (N=1)		alleen vrouwen (N=1)	
	%	M	%	M	%	M
<b>Verpleegkundigen</b>						
patiëntgebonden taken	69,3%	22,6	69,7%	22,0	74,4%	38,8
niet-patiëntgebonden taken	30,7%	10,0	30,3%	9,6	25,6%	13,3
Totaal	100,0%	32,6	100,0%	31,5	100,0%	52,1
<b>Geneeskundigen</b>						
patiëntgebonden taken	73,2%	1,8	69,3%	5,5	89,1%	3,9
niet-patiëntgebonden taken	27,2%	0,7	30,5%	2,4	10,7%	0,5
Totaal	100,0%	2,5	100,0%	8,0	100,0%	4,4

Hoewel de verschillen in tabel 4.6 net zo goed een weerspiegeling kunnen zijn van (al dan niet toevallige) locale afwijkingen in beleid, zijn een aantal verschillen opvallend genoeg om te benoemen. De totale hoeveelheid patiëntgebonden taken is in de inrichting waarin alleen vrouwen gedetineerd zijn aanzienlijk hoger dan in de overige inrichtingen. Dit zou er op duiden dat vrouwen, per saldo, meer directe behandeling nodig hebben dan mannen. Weer is nader gekeken naar de subcategorieën patiëntgerelateerde taken (zie bijlage 1 voor de cijfers). Ten opzichte van de totaalpopulatie van mannen is de tijd die wordt besteed aan medicatieverstrekking zowel binnen de gecombineerde populatie als in de populatie die alleen uit vrouwen bestaat veel hoger. Ook de hoeveelheid tijd die aan klachtenafhandeling wordt besteed is aanzienlijk hoger in de inrichting waarin alleen vrouwen aanwezig zijn. Dit resultaat komt niet terug in de inrichting met een gecombineerde populatie.

Bij de geneeskundigen (ook in tabel 4.6) valt de grote hoeveelheid tijd op die besteed wordt in de locatie met zowel mannelijke als vrouwelijke gedetineerden. Uit de tabel lijkt wel naar voren te komen dat geneeskundigen in de instellingen met vrouwelijke gedetineerden meer tijd besteden aan de totale patiëntgebonden taken. In onderstaande tabel 4.7 is de verdeling in bereikbaarheid en beschikbaarheid-uren weergegeven. Uit deze gegevens komt geen duidelijk patroon naar voren; de gevonden verschillen zijn waarschijnlijk een weerspiegeling van lokaal beleid.

Tabel 4.7 Bereikbaarheid en beschikbaarheid van de geneeskundige: percentage en totaal aantal uren per gedetineerde per jaar, uitgesplitst voor het al dan niet aanwezig zijn van vrouwelijke gedetineerden

	alleen mannen (N=15)		mannen en vrouwen (N=1)		alleen vrouwen (N=1)	
	%	M	%	M	%	M
Bereikbaarheid en beschikbaarheid	64,9%	4,7	24,5%	2,6	79,2%	16,7

#### 4.5.3 Regime (percentage gedetineerden 'Huis van Bewaring')

Voor een onderscheid in regime bestaat eenzelfde probleem als bij een onderscheid tussen mannelijke en vrouwelijke gedetineerden: de TS gegevens kunnen alleen gekoppeld worden aan productgegevens op locatieniveau. Omdat alle locaties in de huidige selectie (ten dele) HvB bevatten, is gekozen om een selectie te maken op 'percentage HvB': dit is het percentage van het totale aantal cellen dat ten tijde van het onderzoek bezet was met 'HvB gedetineerden'. Op deze manier zijn 3 groepen gemaakt, die in tabel 4.8 tegen elkaar zijn afgezet. Op grond van deze gegevens lijkt er geen effect te bestaan van het percentage gedetineerden dat bestemming HvB heeft.

Tabel 4.8 Verpleegkundige en geneeskundige activiteiten: percentage en totaal aantal uren per gedetineerde per jaar, uitgesplitst naar aanwezigheid van HvB regime

	Laag (20-50%) N=4			Midden (51-93%) N=4			Hoog (100%) N=9		
	%	M	SD	%	M	SD	%	M	SD
<b>Verpleegkundigen</b>									
patiëntgebonden taken	70,8%	22,7	4,2	69,6%	25,4	9,9	69,4%	23,0	2,3
niet-patiëntgebonden taken	29,2%	9,4	3,1	30,4%	11,1	5,2	30,6%	10,2	4,1
Totaal	100%	32,1	7,3	100%	36,4	11,6	100%	33,2	5,7
<b>Geneeskundigen</b>									
patiëntgebonden taken	69,6%	2,1	0,7	85,3%	2,3	1,4	71,2%	2,2	1,5
niet-patiëntgebonden taken	30,1%	0,9	0,6	15,0%	0,4	0,3	29,1%	0,9	0,9
Totaal	100%	3,0	1,3	100%	2,7	1,7	100%	3,1	2,1

De verschillen in de bestede tijd bij geneeskundigen zijn klein tussen de groepen, hoewel het minste tijd wordt besteed binnen de locaties met een laag percentage HvB gedetineerden. Ook uit tabel 4.9 komt geen duidelijke trend naar voren.

Tabel 4.9 Bereikbaarheid en beschikbaarheid van de geneeskundige: percentage en totaal aantal uren per gedetineerde per jaar, uitgesplitst naar aanwezigheid van HvB regime

	Laag (20-50%) N=4			Midden (51-93%) N=4			Hoog (100%) N=9		
	%	M	SD	%	M	SD	%	M	SD
	Bereikbaarheid en beschikbaarheid	71,2%	7,3	6,0	64,5%	4,9	7,9	59,5%	4,5

#### 4.5.4 Capaciteit inrichting

In de onderzoekspopulatie varieerde de capaciteit van de instellingen tussen 123 en 749 gedetineerden (gemiddeld: 356). In tabel 4.10 is een onderscheid gemaakt tussen kleine (N=6, range 123-287), middelgrote (N=6, range 308-398), en grote (N=5, range 434-749) locatiecapaciteit.

Uit tabel 4.10 blijkt dat naarmate de inrichting groter wordt ook de patiëntgebonden taken minder tijd kosten. Deze trend bleek echter niet significant. Van de subcategorieën patiëntgebonden taken bleek de tijd voor 'patiëntgebonden zaken zonder patiënt' af te nemen naarmate de inrichting groter is. Dit kan bijvoorbeeld een gevolg zijn van een efficiëntere werkwijze in de grotere inrichtingen. Van de subcategorieën niet-patiëntgebonden taken bleek dat de 'reistijd tussen inrichtingen' korter wordt naarmate de inrichting groter is. De hoeveelheid 'wachtijd' daarentegen is hoger bij een grotere capaciteit.

Tabel 4.10 Verpleegkundige en geneeskundige activiteiten: percentage en totaal aantal uren per gedetineerde per jaar, uitgesplitst naar capaciteit inrichting

	klein (N=6)			midden (N=6)			groot (N=5)		
	%	M	SD	%	M	SD	%	M	SD
<b>Verpleegkundigen</b>									
patiëntgebonden taken	71,0%	26,7	6,3	70,4%	23,6	3,4	67,1%	19,7	1,9
niet-patiëntgebonden taken	29,0%	10,9	4,5	29,6%	9,9	3,6	32,9%	9,7	4,4
Totaal	100,0%	37,6	8,6	100,0%	33,5	6,9	100,0%	29,3	4,2
<b>Geneeskundigen</b>									
patiëntgebonden taken	81,7%	2,0	1,3	69,7%	1,8	0,9	71,5%	2,9	1,6
niet-patiëntgebonden taken	18,7%	0,5	0,7	30,3%	0,8	0,6	28,5%	1,1	0,9
Totaal	100%	2,5	1,4	100%	2,5	1,1	100%	4,0	2,4

Bij geneeskundigen blijkt weinig verschil in bestede tijd tussen de kleine en middelgrote locaties. Binnen de grote locaties wordt echter een aanzienlijke toename gevonden in het totaal bestede uren, hetgeen vooral veroorzaakt wordt een toename in patiëntgerelateerde



taken. Dit is een omgekeerde trend in vergelijking met verpleegkundigen. De verdeling van de bereikbaarheid en beschikbaarheid laat ook een zeker patroon zien (tabel 4.11): hoe groter de instelling, hoe kleiner het aantal uur dat aan bereikbaarheid en beschikbaarheid wordt besteed. Benadrukt moet echter worden dat geen van deze trends significant waren.

Tabel 4.11 Bereikbaarheid en beschikbaarheid van de geneeskundige: percentage en totaal aantal uren per gedetineerde per jaar, uitgesplitst naar capaciteit inrichting

	klein (N=6)			midden (N=6)			groot (N=5)		
	%	M	SD	%	M	SD	%	M	SD
Bereikbaarheid en beschikbaarheid	76,7%	8,1	8,0	66,0%	4,9	5,2	34,7%	2,1	2,0

#### 4.5.5 Medicatieverstrekking

De verstrekking van geneesmiddelen wordt steeds vaker geautomatiseerd. Dit houdt in dat de medicatie van een gedetineerde gesorteerd en (op patiëntniveau) verpakt aan de medische dienst wordt aangeleverd<sup>2</sup>. Bekeken is of het werken volgens de geautomatiseerde methode daadwerkelijk van invloed is op de tijd besteed aan medicatie.

Een indeling is gemaakt op grond van antwoorden uit de vragenlijsten (zie ook hoofdstuk 6). Er blijkt een trend zichtbaar (zie tabel 4.12). Het verschil tussen locaties die een geautomatiseerde distributiemethode gebruiken (gemiddeld 32,5 uur per gedetineerde per jaar) en de locaties waarin de verpleegkundigen zelf medicatie verzorgen (37,6 uur) was significant. Dit verschil wordt veroorzaakt door verschillen bij de patiëntgebonden taken, (uiteraard) vooral de tijd besteed aan medicatie. De tijd die aan medicatieverstrekking wordt besteed is binnen de geautomatiseerde locaties minder dan de helft van de tijd die in de overige locaties wordt besteed.

<sup>2</sup> Dit wordt wel 'Medicatie op rol' of 'Bliesteren' genoemd. De oplettende lezer zal opgevallen zijn dat in de vragenlijst (bijlage 2.5a) gevraagd wordt naar het werken volgens het 'Baxter' systeem. Baxter is een leverancier van voorverpakte medicatie, en kan aldus in veel gevallen als synoniem worden gezien voor bliesteren.

Tabel 4.12 Verpleegkundige activiteiten: totaal aantal uren per gedetineerde per jaar, uitgesplitst naar type medicatieverstrekking

	Baxter (N=13)			Anders (N=4)		
	%	M	SD	%	M	SD
Bijwonen spreekuur arts	4,9%	1,60	1,25	3,5%	1,33	0,76
Groepsvoorlichting	0,1%	0,03	0,10	0,4%	0,14	0,14
Intake	3,1%	1,01	0,85	4,0%	1,51	0,72
Klachtenafhandeling	0,2%	0,08	0,10	1,4%	0,54	0,67
Medicatie	7,3%	2,37	1,42	16,4%	6,16	3,51
Overleg	8,1%	2,64	1,15	11,2%	4,20	0,81
Overige Patiëntgebonden taken						
MET patiënt	4,7%	1,54	0,55	2,4%	0,89	0,36
Overige Patiëntgebonden taken						
ZONDER patiënt	27,9%	9,07	2,92	19,2%	7,22	2,59
Spreekuur	8,5%	2,77	1,39	9,8%	3,68	1,18
Visite op cel	4,1%	1,33	1,00	3,6%	1,35	1,36
<b>subtotaal van alle patiëntgebonden taken</b>	<b>69,0%</b>	<b>22,43</b>	<b>3,00</b>	<b>71,8%</b>	<b>27,02</b>	<b>8,86</b>
(Na)scholing	8,1%	2,63	2,17	0,8%	0,31	0,59
Overige Niet-patiëntgebonden taken	11,3%	3,66	1,99	13,4%	5,05	2,45
Pauze	7,4%	2,42	0,64	10,7%	4,04	1,40
Reistijd binnen inrichting	2,4%	0,78	0,54	1,7%	0,62	0,44
Reistijd tussen inrichtingen	0,9%	0,30	0,35	0,5%	0,19	0,21
Wachttijd	0,8%	0,28	0,45	1,1%	0,42	0,27
<b>subtotaal van alle niet-patiëntgebonden taken</b>	<b>31,0%</b>	<b>10,06</b>	<b>4,17</b>	<b>28,2%</b>	<b>10,63</b>	<b>3,54</b>
<b>Totaal</b>	<b>100,0%</b>	<b>32,49</b>	<b>5,39</b>	<b>100,0%</b>	<b>37,64</b>	<b>11,99</b>

#### 4.5.6 Administratieve kracht

Ook is nagegaan of de aanwezigheid van een administratieve kracht op de dienst van invloed is op de tijd die besteed worden aan niet-patiëntgebonden taken. In tabel 4.13 staan de resultaten samengevat. Op de locaties waar wel administratie aanwezig is blijkt aanzienlijk minder tijd te worden besteed. Dit wordt vooral veroorzaakt door de patiëntgebonden taken: binnen de locaties waarbinnen een administratieve kracht aanwezig is wordt vooral minder tijd besteed aan medicatie, patiëntgebonden taken zonder patiënt, en spreekuur.

Tabel 4.13 Verpleegkundige activiteiten: totaal aantal uren per gedetineerde per jaar, uitgesplitst naar aanwezigheid van administratieve kracht

	administratieve kracht aanwezig (N=10)			administratieve kracht niet aanwezig (N=5)		
	%	M	SD	%	M	SD
Bijwonen spreekuur arts	3,9%	1,21	0,63	3,1%	1,18	0,81
Groepsvoorlichting	0,1%	0,04	0,12	0,3%	0,11	0,14
Intake	4,1%	1,26	0,79	3,3%	1,26	0,90
Klachtenafhandeling	0,3%	0,10	0,10	1,1%	0,43	0,63
Medicatie	8,9%	2,74	1,40	14,0%	5,25	3,64
Overleg	8,6%	2,66	1,15	8,9%	3,36	1,57
Overige Patiëntgebonden taken MET patiënt	4,7%	1,45	0,70	3,0%	1,15	0,34
Overige Patiëntgebonden taken ZONDER patiënt	24,9%	7,66	2,74	25,2%	9,48	2,81
Spreekuur	8,4%	2,58	1,37	10,4%	3,90	1,31
Visite op cel	4,7%	1,45	1,09	3,6%	1,35	1,16
<b>subtotaal van alle patiëntgebonden taken</b>	<b>68,7%</b>	<b>21,14</b>	<b>2,62</b>	<b>73,0%</b>	<b>27,45</b>	<b>7,12</b>
(Na)scholing	7,1%	2,19	2,05	1,7%	0,64	0,92
Overige Niet-patiëntgebonden taken	11,9%	3,66	1,71	12,8%	4,83	2,12
Pauze	8,2%	2,51	0,76	9,2%	3,47	1,54
Reistijd binnen inrichting	2,4%	0,73	0,49	1,9%	0,71	0,56
Reistijd tussen inrichtingen	0,4%	0,13	0,17	0,8%	0,28	0,16
Wachttijd	1,4%	0,42	0,49	0,6%	0,21	0,18
<b>subtotaal van alle niet-patiëntgebonden taken</b>	<b>31,3%</b>	<b>9,64</b>	<b>3,63</b>	<b>27,0%</b>	<b>10,14</b>	<b>3,27</b>
<b>Totaal</b>	<b>100,0%</b>	<b>30,78</b>	<b>4,91</b>	<b>100,0%</b>	<b>37,59</b>	<b>9,79</b>

## 4.6 Conclusies

In dit hoofdstuk is een (eerste) antwoord gegeven op de vraag naar de omvang en aard van de werkzaamheden van verpleegkundigen en geneeskundigen. Gekeken is naar de totale werkbelasting van de verpleegkundige en geneeskundige units van de medische diensten in 17 locaties. Gevonden is dat verpleegkundigen gemiddeld bijna 34 uur per gedetineerde per jaar aan werkzaamheden hebben. Geneeskundigen besteden veel minder uur per gedetineerde per jaar op de medische dienst (nog geen 3 uur), en zij draaien ruim 5 uur bereikbaarheidsdienst. Deze gegevens kunnen, gezien de hoge respons, als representatief worden geacht voor de huidige onderzoeksgroep: medische diensten die al in grote mate voldoen aan de werkprocessen van het project VMZ.

Door een aantal uitsplitsingen te maken (naar de mate waarin aan VMZ wordt voldaan, verschillen tussen mannen en vrouwen, regime, en capaciteit) is getracht mogelijke invloeden van deze lokale verschillen na te gaan. Dit heeft geen eenduidige resultaten opgeleverd, vooral veroorzaakt door het relatief lage aantal locaties dat in het onderzoek is meegenomen. Wel zijn een aantal trends gevonden. De resultaten uit de contactregistratie, die in het volgende hoofdstuk worden behandeld, zijn geschikter om verschillen op deze aspecten aan te tonen (met name wat betreft de effecten van geslacht en regime).

Het kan geen kwaad nog eens te benadrukken dat de in dit hoofdstuk gepresenteerde cijfers gebaseerd zijn op de feitelijke werkzaamheden gedurende de onderzoeksperiode. Zoals in 4.2 uiteen gezet is geen rekening gehouden met de aanstelling van de respondenten. Daarom kan geen berekening van de formatie-uren worden gemaakt, en is gekozen voor een berekening van het totaal aantal uren dat een medische dienst (en daarbinnen de verpleegkundige en geneeskundige *unit*) heeft besteed aan diverse activiteiten.

## 5 Contacten met gedetineerden: vóórkomen, type, en duur

De aard en hoeveelheid van de tijdsbesteding van de verpleegkundige en geneeskundige in penitentiaire inrichtingen is in het vorige hoofdstuk aan de orde gekomen. In dit hoofdstuk wordt nader ingegaan op een specifiek aspect van de patiëntgebonden werkbelasting. Door ieder *face-to-face* contact met een gedetineerde door de verpleegkundige en geneeskundige te laten registreren, is een meer direct inzicht mogelijk in de daadwerkelijke productie en efficiëntie binnen het werk. Registratie vindt plaats op het contactregistratieformulier (CR). Hierop worden niet alleen kenmerken van het contact opgenomen (o.a. duur en type contact), maar ook de contactreden, de behandeling en mogelijke verwijzing, en de ervaren belasting van het contact. Bovendien wordt bij elk contact een uniek nummer van de gedetineerde geregistreerd (het zogenaamde ‘gedetineerdnummer’). Dit nummer maakt het mogelijk de contactgegevens te combineren met persoonlijke gegevens van de behandelde gedetineerde (o.a. geslacht, leeftijd, regime). In 2.5 komt de methodiek en achtergrond van de CR uitgebreid aan de orde, en in bijlage 2.4 zijn de registratieformulieren opgenomen. In 5.1 zal eerst de respons aan de orde komen. In 5.2 worden een aantal aanvullende bewerkingen en de analysemethoden worden besproken. Daarna worden in 5.3 en 5.4 de resultaten voor respectievelijk de verpleegkundigen en de geneeskundigen uitgewerkt.

Tabel 5.1 Respons op CR per locatie, uitgesplitst voor verpleegkundigen, geneeskundigen en totaal

locatie	Verpleegkundigen		Geneeskundigen		Totaal	
	N/Ntot	%	N/Ntot	%	N/Ntot	%
1	8/8	100%	2/2	100%	10/10	100%
2	16/18	89%	4/4	100%	20/22	91%
3	6/6	100%	2/2	100%	8/8	100%
4	3/3	100%	1/1	100%	4/4	100%
5	2/3	100%	2/2	100%	4/5	80%
6	8/8	100%	3/3	100%	11/11	100%
7	5/5	100%	2/3	67%	7/8	88%
8	13/13	100%	2/2	100%	15/15	100%
9	6/7	86%	3/3	100%	9/10	90%
10	7/8	88%	2/2	100%	9/10	90%
11	6/9	67%	1/1	100%	7/10	70%
12	5/11	45%	1/1	100%	6/12	50%
13	9/11	82%	2/3	67%	11/14	79%
14	8/10	80%	3/3	100%	11/13	85%
15	6/8	75%	2/2	100%	8/10	80%
16	8/8	100%	1/1	100%	9/9	100%
17	7/7	100%	3/3	100%	10/10	100%
<b>tot</b>	<b>123/143</b>	<b>86,0%</b>	<b>36/38</b>	<b>94,7%</b>	<b>159/181</b>	<b>87,9%</b>

## 5.1 Responsanalyse

Uit praktische overwegingen hebben niet alle locaties even lang geregistreerd. Al in een vroeg stadium werd duidelijk dat de contactregistraties een behoorlijke extra belasting voor de medische diensten vormden, en bovendien bleek uit de eerste retourzendingen van de CR formulieren dat het aantal geregistreerde contacten ver boven het verwachte (minimum) aantal zou liggen. Daarom is besloten de CR registratieperiode bij 5 locaties terug te brengen van 2 weken naar één week. Dit heeft uiteraard consequenties voor de berekening van het totale aantal geregistreerde contacten, dit wordt in 5.2 verder uitgewerkt. In totaal zijn 5602 CR geretourneerd. De totale respons is in tabel 5.1 weergegeven. Ook hier (net als bij de TS respons, besproken in 4.1) kan opgemerkt worden dat gezien het feit dat er ten tijde van het onderzoek nogal eens sprake was van vakantie en afwezigheid wegens het volgen van cursussen, deze respons zeer hoog is te noemen.

## 5.2 Verwerking van de resultaten

### 5.2.1 *Aanvullende bewerkingen en presentatie*

Nadat alle registratiegegevens waren ingevoerd in SPSS volgden een aantal aanvullende bewerkingen. De combinatie van de gedetineerdennummers met de achtergrondgegevens van de gedetineerden is gebeurd aan de hand van populatiebestanden die door DJI werden aangeleverd. Deze bestanden bestonden elk uit de combinatie van gedetineerdnummer (uniek voor een gedetineerde) en persoonlijke gegevens van de gedetineerde: geslacht, leeftijd, geboorteland, type regime, en indien van toepassing type bijzondere opvang. Omdat er binnen locaties erg veel verloop is, zijn in totaal drie bestanden gebruikt om zo veel mogelijk gedetineerdennummers te koppelen. Ten eerste een bestand waarin alle gedetineerdennummers waren opgenomen op een moment vóór de registratieperiode (A). Daarnaast is eenzelfde bestand gelegd dat gebaseerd was op een moment ná de registratie (B). Tenslotte is gebruik gemaakt van een 'uitstroombestand', bestaande uit de gedetineerdennummers van gedetineerden die tussen A en B op vrije voeten zijn gesteld. Op deze manier kon in totaal 92,4% van alle contacten worden getraceerd naar (de kenmerken van) een gedetineerde. Dit percentage verschilde niet tussen verpleegkundigen en geneeskundigen. Een kleine 60% van de 425 ongekoppelde registraties was duidelijk onjuist ingevuld (te weinig cijfers), en in 20% van de gevallen was er helemaal niets ingevuld.

De resultaten worden op drie verschillende manieren weergegeven. In de eerste plaats zal het vóórkomen van de verschillende aspecten van het contact als percentage worden gepresenteerd, gebaseerd op het aantal contacten per aspect gedurende de registratieperiode. Hierbij worden alle registraties (gekoppeld of niet) meegenomen in de analyses. Ook wordt rekening gehouden met de registratieperiode (één of twee weken), door de gevonden frequenties bij de locaties die één week registreerden te verdubbelen. Deze manier van analyseren levert een duidelijk *overall* beeld op van de uitkomsten van de registraties, en daarmee van de wijze waarop de werkbelasting gedurende de registratieperiode is verdeeld.

Met de gegevens over het totaal aantal contacten kunnen echter geen directe gevolgtrekkingen vanuit de populatie worden gemaakt; één gedetineerde kan meerdere malen in contact zijn geweest met de medische dienst. Omdat de gegevens uit dit onderzoek ook gebruikt moeten gaan worden voor formatieberekening op grond van populatieparameters, is het noodzakelijk de analyses niet alleen op *contactniveau* uit te voeren, maar ook op *gedetineerdenniveau*. Daarom zijn de vervolganalyses op een andere manier uitgevoerd, waarbij het uitgangspunt was na te gaan hoe vaak een gedetineerde één maal of vaker in contact is geweest met de medische dienst, en hoe lang de totale contactduur per gedetineerde was (dit is de optelsom van de duur van elk contact). Voor de contactfrequentie en contactduur is steeds een berekening gemaakt *per gedetineerde per jaar*. Dus het weergegeven aantal contacten is het aantal contacten dat per gedetineerde in een jaar tijd kan worden verwacht, bij de contactduur gaat het om het aantal uur dat de medische dienst per gedetineerde per jaar nodig heeft.

Naast het aantal registraties, de contactfrequentie, en de contactduur, is de werkbelasting nog op een derde manier onder de loep genomen. Het ligt in de lijn der verwachting dat ernstige aandoeningen als verslaving, SOA, HIV/Aids en sociale en psychiatrische problematiek een specifieke belastende factor vormen. In navolging van vraagstelling 1c is daarom het vóórkomen van deze ‘speciale groepen’ nader bekeken, door het percentage uit alle contacten te berekenen waarin deze aandoeningen voorkomen. Ook is nagegaan hoe vaak bij de contacten sprake was van verzwarende omstandigheden, zoals agressie, claimend gedrag, of communicatieproblemen. Hierbij is het percentage berekend van alle contacten waarbij één of meer van deze verzwarende omstandigheden werd aangekruist. Ook deze analyses zijn gedaan op *gedetineerdenniveau*.

### 5.2.2 *Analysemethode*

Bij de analyses op *gedetineerdenniveau* is een uitsplitsing gemaakt voor de persoonlijke kenmerken die op *contactniveau* gecombineerd konden worden aan een gedetineerde (geslacht, leeftijd, geboorteland, type regime, en indien van toepassing type bijzondere opvang). Om tot een berekening per gedetineerde per jaar te kunnen komen is bij deze berekeningen rekening gehouden met de grootte van de populatie waaruit de gedetineerde komt. Om dit laatste voor elke uitsplitsing te kunnen doen was het nodig om met verschillende ‘noemers’ te kunnen rekenen (bijvoorbeeld: hoeveel gedetineerden uit het Huis van Bewaring en de gevangenis zijn er in de onderzoekspopulatie als geheel, en hoeveel daarvan hebben 1 maal of vaker contact gezocht met de medische dienst). Daartoe is het registratiebestand, bestaande uit alle gedetineerden die één keer of vaker in contact zijn geweest met de medische dienst, aangevuld met een ‘restbestand’, bestaande uit gedetineerden die gedurende de registratieperiode *niet* in contact zijn gekomen met de medische dienst. Via DJI kon achterhaald worden wat de totale capaciteit van de 17 onderzoekslocaties was tijdens de periode van het onderzoek. Per locatie is een aselechte steekproef getrokken uit een totaalbestand van alle gedetineerden dat, gecombineerd met de geregistreerde gedetineerden, een volledig en representatief bestand opleverde ter grootte van de capaciteit van de locatie. Na het aanvullen is per locatie nagegaan of de

verhouding op de 6 kenmerken overeen kwam met de populatiegegevens van DJI – dit bleek het geval.

Zoals gezegd wordt in alle gevallen een correctie uitgevoerd voor het aantal weken registreren. Bij alle analyses op gedetineerdenniveau is daarnaast rekening gehouden met verschillen die bestaan enerzijds tussen de inrichtingen en anderzijds tussen verpleegkundigen en geneeskundigen onderling. Dit is gebeurd door *zg. multilevel analyses* toe te passen. Deze analyse geeft naast een aangepast gemiddelde ook een indicatie voor de betrouwbaarheid van dat gemiddelde. Of: in hoeverre kunnen we verwachten dat er grote verschillen bestaan tussen inrichtingen op een bepaald aspect. In de tabellen is de mate van betrouwbaarheid weergegeven door steeds achter het gemiddelde een minimale en een maximale waarde te zetten (dit zijn respectievelijk de ondergrens en de bovengrens van het 95% betrouwbaarheidsinterval). Hoe breder dit betrouwbaarheidsinterval, hoe groter de variatie tussen de inrichtingen. De multilevel analyses garanderen dat een zo correct mogelijk gemiddelde wordt gepresenteerd, dat representatief kan worden geacht voor de onderzochte locaties. Het betrouwbaarheidsinterval is indicatief voor de grootte van de afwijkingen van dit gemiddelde die in de locaties worden gevonden.

Tenslotte is bij de berekening van de gemiddelden op de uitsplitsingen rekening gehouden met de wederzijdse invloed die deze kenmerken op elkaar kunnen hebben, door de overige kenmerken als covariaten mee te nemen in een multivariate analyse. Er kan dus van uit worden gegaan dat gevonden verschillen op de kenmerken geheel onafhankelijk zijn van de verschillen die op andere kenmerken worden gevonden. Dit betekent ook dat de effecten van de verschillende kenmerken als het ware ‘opgeteld’ kunnen worden. Als bijvoorbeeld gevonden wordt dat vrouwelijke gedetineerden gemiddeld een uur langer contact hebben met de medische dienst dan mannelijke gedetineerden, en dat oudere gedetineerden 1 uur langer contact hebben dan jongere, kan geconcludeerd worden dat oudere vrouwelijke gedetineerden 2 uur langer contact hebben in vergelijking tot jongere mannen. Bij elke tabel zal een test op significantie worden uitgevoerd. Het ligt voor de hand om berekeningen in eerste instantie te richten op de aspecten die significante verschillen laten zien.

## **5.3 Verpleegkundigen**

### **5.3.1 Contactregistraties verpleegkundigen: beschrijvende gegevens**

In tabel 5.2 is een overzicht van de algemene contactgegevens weergegeven. Te zien is dat een gemiddeld contact in ruim drie kwart van de gevallen tussen de 1 en 10 minuten duurt. De gemiddelde contactduur is 7,5 minuten (SD=5,9). Ter vergelijking: in onderzoek naar verpleegkundige zorg bij asielzoekers werd een gemiddelde contactduur van 10 minuten vastgesteld (van Oort e.a., 2003).

In de helft van de contacten vindt het contact tijdens het spreekuur plaats, maar in 25% van de gevallen wordt de gedetineerde ook wel op cel bezocht. In meer dan de helft van de contacten is de gedetineerde zonder tussenkomst van anderen in contact gekomen met



de verpleegkundige. In de meeste gevallen is de verpleegkundige tijdens het contact alleen met de gedetineerde. Vrijwel nooit wordt gebruik gemaakt van een tolk.

Tabel 5.2 Algemene contactgegevens verpleegkundigen: vóórkomen en verdeling van de contacten, gebaseerd op de registratieperiode

		N*	%
Duur contact:	1 - 5 min.	1669	35,9%
	6 - 10 min.	1879	40,4%
	11 - 15 min.	703	15,1%
	16 - 20 min.	297	6,4%
	21 - 40 min.	93	2,0%
	langer	14	0,3%
Type contact:	spreekuur	2236	49,2%
	visite op cel	1146	25,2%
	visite op ISO	149	3,3%
	intake	650	14,3%
	spoedeisende hulp	60	1,3%
	overige	304	6,7%
Wijze van binnenkomst:	verzoek gedetineerde	2340	52,6%
	verzoek PIW (alleen VPK)	279	6,3%
	verzoek psycholoog	13	0,3%
	vanuit intake (alleen VPK)	677	15,2%
	n.a.v. vervolgspraak	578	13,0%
	anders	564	12,7%
Derden aanwezig?	nee, geen derden	3200	71,2%
	ja, alleen VPK	388	8,6%
	ja, alleen PIW	593	13,2%
	ja, alleen ANDER	252	5,6%
	ja, VPK+PIW	31	0,7%
	ja, VPK+PIW+ANDER	9	0,2%
	ja, VPK+ANDER	20	0,4%
Is er een tolk gebruikt?	ja, via tolkcentrale (tel)	13	0,3%
	ja, niet-professionele tolk	31	0,7%
	nee, niet gelukt	52	1,2%
	nee, niet nodig gehad	4284	97,8%

\* N waarden zijn aangepast voor registratietijd: daarbij is de frequentie verdubbeld bij de locaties die 1 week registreerden.

Tabel 5.3 Contactreden en behandeling verpleegkundigen: vóórkomen en verdeling van de contacten, gebaseerd op de registratieperiode

	N*	%
<b>Is er bij dit contact meer dan één hulpvraag behandeld?</b>		
Ja	1455	30,9%
<b>Belangrijkste hulpvraag gedetineerde</b>		
geen (directe) hulpvraag	968	20,6%
chronisch lichamelijke aandoeningen	883	18,8%
(acute) lichamelijke klachten of aandoeningen	1966	41,8%
psychische problemen	577	12,3%
sociale problemen	255	5,4%
verslaving	291	6,2%
SOA, HIV/AIDS, andere infecties	82	1,7%
vruchtbaarheid, zwangerschap en bevalling	8	0,2%
screening en preventie	134	2,8%
<b>Co-morbiditeit/overige problemen gedetineerde</b>		
chronisch lichamelijke aandoeningen	358	7,6%
lichamelijke klachten of aandoeningen	646	13,7%
psychische problemen	649	13,8%
sociale problemen	449	9,5%
verslaving	369	7,8%
SOA, HIV/AIDS, andere infecties	74	1,6%
vruchtbaarheid, zwangerschap en bevalling	5	0,1%
<b>Verrichtingen</b>		
Geen	616	13,1%
probleemverheldering	1659	35,3%
individuele voorlichting	1288	27,4%
medicatie / controle therapietrouw	1292	27,5%
begeleiding	1132	24,1%
coördinatie en continuïteit van zorg	816	17,3%
verpleegkundige controles	1311	27,9%
sociaal medisch advies (SMA)	308	6,5%
medische verrichtingen	428	9,1%
vervolgafspraak gemaakt	669	14,2%
(telefonisch) contact gehad met penitentiair geneeskundige	126	2,7%
(telefonisch) contact gehad met andere disciplines	206	4,4%
<b>Verwijzing</b>		
Geen	2952	62,8%
penitentiair geneeskundige	888	18,9%
psychiater	77	1,6%
psycholoog	151	3,2%
fysiotherapeut, optometrist, tandarts	175	3,7%
maatschappelijk werk / maatschappelijke dienstverlening	29	0,6%
collega penitentiair verpleegkundige	120	2,6%
medisch specialist	66	1,4%
Anders	269	5,7%

\* N waarden zijn aangepast voor registratietijd: daarbij is de frequentie verdubbeld bij de locaties die 1 week registreerden.

In tabel 5.3 staan de gegevens over contactreden en behandeling weergegeven. In een derde van alle contacten worden meerdere hulpvragen tijdens één consult behandeld. De meest voorkomende klachten vallen in de clusters acute lichamelijke klachten of aandoeningen en chronische lichamelijke aandoeningen. Bij bijna 21% van de contacten is er geen sprake van een directe hulpvraag – binnen deze categorie vinden vooral veel intakes en verpleegkundige controles plaats, maar ook individuele voorlichting en coördinatie van zorg. Bij ‘overige problemen van de gedetineerde’ wordt vaak ‘psychische problemen’ aangekruist. De verpleegkundige verrichtingen zijn divers. In meer dan een derde van de contacten gaat het om probleemverheldering, maar ook individuele voorlichting, medicatie/therapietrouw, begeleiding en controles beslaan een aanzienlijk onderdeel van de verrichtingen. In een kleine 19% van de gevallen verwijst de verpleegkundige door naar de geneeskundige. In aanzienlijk minder gevallen wordt direct doorverwezen naar fysiotherapeut, optometrist, tandarts of psycholoog. In meer dan 60% van de contacten wordt niet verwezen.

Tenslotte zijn in tabel 5.4 resultaten van de ervaren belasting weergegeven, zoals door verpleegkundigen tijdens het contact aangegeven op de registratieformulieren. Van de verzwarende omstandigheden komt een dwingend of claimend gedrag van de gedetineerde veruit het meeste voor; in meer dan 11% van alle contacten blijkt dit van toepassing. Nadere analyse wijst uit dat dit type gedrag bij alle typen contact het meeste voorkomt. Communicatieproblemen en (vooral) culturele verschillen in ziektebeleving komen vooral voor bij gedetineerden van niet-westerse afkomst. Agressief gedrag en wordt in 1,8% van de contacten als verzwarende omstandigheid aangemerkt. Hoewel dit in vergelijking tot de overige verzwarende aspecten een lage incidentie lijkt, moet het vóórkomen van agressie in absolute zin toch niet veronachtzaamd worden, zeker gezien het vaak belastende effect dat dit type contacten kunnen hebben.

Tabel 5.4 Ervaren belastende aspecten voor verpleegkundigen: vóórkomen en verdeling van de contacten, gebaseerd op de registratieperiode

	N*	%
<b>Verzwarende omstandigheden</b>		
geen (niets aangekruist op het formulier)	3671	78,0%
agressief gedrag gedetineerde	84	1,8%
dwingend / claimend gedrag gedetineerde	528	11,2%
niet medische (oneigenlijke) hulpvraag	175	3,7%
communicatieprobleem	216	4,6%
culturele verschillen in ziektebeleving	216	4,6%
Sterke verwaarlozing	77	1,6%
<b>In hoeverre heeft u dit contact als belastend ervaren?</b>		
in het geheel niet	1575	34,9%
Minder dan normaal	268	5,9%
normaal, gemiddeld	2070	45,9%
meer dan normaal	531	11,8%
in zeer sterke mate	67	1,5%
<b>Vond u dat u voldoende tijd beschikbaar had voor dit consult?</b>		
Ja	4302	91,5%

\* N waarden zijn aangepast voor registratietijd: daarbij is de frequentie verdubbeld bij de locaties die 1 week registreerden.

De belasting van een contact wordt overwegend als ‘normaal’ ervaren, of zelfs ‘in het geheel niet’ belastend. Ruim dertien percent van de contacten werden meer dan normaal belastend ervaren. In een kleine 10% van de contacten werd door de verpleegkundige aangegeven dat idealiter meer tijd zou zijn besteed aan het consult.

### 5.3.2 Verpleegkundige zorg voor gedetineerden: contactfrequentie en totale duur

Zoals in 5.2 uiteengezet wordt in deze paragraaf gekeken naar de belasting die op gedetineerdenniveau wordt gevonden. Als maat voor de werkbelasting die gedetineerden veroorzaken is hieronder gekeken naar de contactfrequentie en de totale contactduur per gedetineerde per jaar.

In tabel 5.5 is het aantal contacten per gedetineerde per jaar weergegeven. Het blijkt dan dat verpleegkundigen gemiddeld 18,8 contacten per gedetineerde per jaar hebben. Dat is een opvallend hoge contactfrequentie. Zo werd bij de verpleegkundige zorg in asielzoekerscentra een contactfrequentie van 6 gevonden (van Oort e.a., 2003); in vergelijking levert de gedetineerdenpopulatie dus een meer dan drie maal hogere werkdruk op. In de tabel zijn verder uitsplitsingen gemaakt voor geslacht, leeftijd, het land van afkomst van de gedetineerde, het type inrichting waarin de gedetineerde verblijft, het type bijzondere opvang waartoe de gedetineerde behoort (indien van toepassing) en de capaciteit van de inrichting. In de onderzoekspopulatie varieerde de capaciteit van de instellingen tussen 123 en 749 gedetineerden (gemiddeld: 356). Net als in hoofdstuk 4 is een onderscheid gemaakt tussen kleine (N=6, range 123-287), middelgrote (N=6, range 308-398), en grote (N=5, range 434-749) locatiecapaciteit.

Tabel 5.5 Contactfrequentie verpleegkundigen: aantal contacten per gedetineerde per jaar, uitgesplitst naar kenmerken van de gedetineerde en van de locatie. Bij elke uitsplitsing is gecorrigeerd voor de invloed van de overige variabelen

	Gemiddeld	95% betrouwbaarheids interval	N
Totaal	18,8	(15,6 - 22,0)	6037
<b>Geslacht</b>			
Man	18,9	(13,5 - 24,3)	5752
Vrouw	18,1	(12,7 - 23,5)	285
<b>Leeftijd**</b>			
<25 jaar	15,9	(13,4 - 18,4)	1528
25-40	18,3	(16,2 - 20,4)	3237
>40	22,9	(20,4 - 25,4)	1272
<b>Land van afkomst**</b>			
Nederland (incl. Indonesië & Nederlands Indië)	20,3	(17,8 - 22,8)	2821
Overig westers	19,3	(16,3 - 22,2)	479
Overig niet-westers	16,6	(14,2 - 19,1)	988
Marokko & Turkije	18,4	(15,9 - 20,9)	729
Nederlandse Antillen, Aruba & Suriname	17,4	(15,1 - 19,8)	907
onbekend en stateloos	12,0	(6,1 - 17,8)	113
<b>Type inrichting</b>			
HvB	19,3	(16,8 - 21,9)	4432
HvB vreemdelingen	15,3	(9,7 - 20,9)	550
gevangenis	18,8	(16,2 - 21,4)	920
Overig*	17,5	(12,0 - 23,0)	135
<b>Bijzondere opvang**</b>			
JoVo	14,0	(10,3 - 17,8)	376
VBA / IBA / FOBA	22,7	(17,4 - 27,9)	271
geen bijz. opvang	18,9	(15,2 - 22,6)	5390
<b>Capaciteit opvang</b>			
Klein (N=6, range 123-287)	18,2	(10,6 - 25,7)	1112
Midden (N=6, range 308-398)	19,5	(12,3 - 26,8)	2120
Groot (N=5, range 434-749)	18,6	(11,0 - 26,1)	2805

\* In deze restgroep vallen: SOV 1e en 2e fase, Penitentiair progr, en de gedetineerden waarvan de bestemming (nog) niet geregistreerd was (onbekend).

\*\* statistisch significante verschillen ( $p < 0.05$ )

Noot: een verklarende lijst van alle afkortingen is aan het einde van het rapport opgenomen.

Uit tabel 5.5 komt naar voren dat gedetineerden jonger dan 25 jaar minder contacten met de verpleegkundige hebben dan gedetineerden van 25 tot 40 jaar ( $p < 0.05$ ) of gedetineerden ouder dan 40 jaar ( $p < 0.01$ ). Vooral de oudste categorie gedetineerden heeft een duidelijk hogere contactfrequentie. Nederlandse gedetineerden hebben een iets hogere contactfrequentie ten opzichte van het gemiddelde, en dat gemiddelde verschilt significant van dat van gedetineerden uit de 'overig-niet westers' categorie ( $p < 0.01$ ). Hierbij kan wel worden opgemerkt dat de groep 'Nederland' bestaat uit mensen die in Nederland zijn geboren. Hieronder vallen dus bijvoorbeeld ook de zg. '2<sup>e</sup> generatie' uit een van de overige categorieën. Gedetineerden uit het 'Jong Volwassenen' regime blijken

significant minder in contact te komen met verpleegkundige zorg dan VBA/IBA/FOBA of gedetineerden die geen bijzondere opvang hebben. Verschillen op de overige uitsplitsingen bleken geen van alle significant.

Tabel 5.6 Totale duur van contacten met gedetineerden voor verpleegkundigen: aantal uren per gedetineerde per jaar, uitgesplitst naar kenmerken van de gedetineerde en van de locatie. Bij elke uitsplitsing is gecorrigeerd voor de invloed van de overige variabelen

	Gemiddeld	95% betrouwbaarheids interval	N
Totaal	2,4	(2,0 - 2,9)	6022
<b>Geslacht</b>			
Man	2,4	(1,5 - 3,3)	5737
Vrouw	2,8	(1,9 - 3,6)	285
<b>Leeftijd*</b>			
<25 jaar	2,0	(1,6 - 2,4)	1524
25-40	2,3	(1,9 - 2,6)	3230
>40	3,1	(2,7 - 3,5)	1268
<b>Land van afkomst*</b>			
Nederland (incl. Indonesië & Nederlands Indië)	2,7	(2,2 - 3,1)	2814
Overig westers	2,2	(1,7 - 2,7)	479
Overig niet-westers	2,1	(1,7 - 2,5)	987
Marokko & Turkije	2,6	(2,1 - 3,0)	728
Nederlandse Antillen, Aruba & Suriname	2,2	(1,8 - 2,6)	902
Onbekend en stateloos	1,6	(0,6 - 2,6)	112
<b>Type inrichting</b>			
HvB	2,5	(2,1 - 2,9)	4421
HvB vreemdelingen	2,1	(1,2 - 3,1)	548
Gevangenis	2,3	(1,9 - 2,7)	918
Overig	2,1	(1,1 - 3,0)	135
<b>Bijzondere opvang*</b>			
JoVo	1,5	(0,8 - 2,1)	374
VBA / IBA / FOBA	3,2	(2,3 - 4,0)	270
geen bijz. opvang	2,4	(1,8 - 3,1)	5378
<b>Capaciteit opvang</b>			
Klein (N=6, range 123-287)	2,1	(1,1 - 3,2)	1109
Midden (N=6, range 308-398)	2,7	(1,7 - 3,7)	2115
Groot (N=5, range 434-749)	2,3	(1,3 - 3,4)	2798

\* statistisch significante verschillen ( $p < 0.05$ )

Noot: een verklarende lijst van alle afkortingen is aan het einde van het rapport opgenomen.

Tabel 5.6 bevat de totale duur van de contacten met gedetineerden in uren, per gedetineerde per jaar, wederom uitgesplitst naar verschillende subaspecten. In totaal blijken verpleegkundigen op jaarbasis per gedetineerde gemiddeld 2,4 uur contact te hebben. Ook hier werden significante effecten gevonden van leeftijd (gedetineerden ouder dan 40 jaar nemen de meeste tijd in beslag), land van afkomst (Nederlandse,

Marokkaanse en Turkse gedetineerden nemen het meeste tijd in beslag), en bijzondere opvang (de tijdsbesteding aan Jong Volwassenen relatief is laag, die voor VBA/IBA/FOBA relatief hoog).

### **5.3.3 *Verpleegkundige zorg voor gedetineerden: contacten met speciale hulpvragen en verzwarende omstandigheden***

Speciale groepen zijn gedefinieerd als de contacten waarbij de hulpvraag of co-morbiditeit in de categorie ‘psychische problemen’, ‘sociale problemen’, ‘verslaving’, of ‘SOA, HIV/AIDS of andere infecties’ vielen. Weergegeven in tabel 5.7 is het percentage waarin verpleegkundigen te maken kregen met contacten uit deze speciale groepen. Weer worden verschillen gevonden op leeftijd, afkomst en bijzondere opvang. Speciale groepen komen het minst voor in de jongste leeftijdsgroep, en ongeveer in even sterke mate in de midden en hoog-leeftijdsgroep. Verder komen speciale groepen voornamelijk onder Nederlandse gedetineerden voor (het minst onder Marokkanen en Turken). Onder Jong volwassenen komt dit type hulpvraag niet veel voor. Tenslotte is er een (niet-significante) trend zichtbaar bij de capaciteit van de instelling: het percentage speciale groepen is hoger in grote instellingen. Dit kan een reflectie zijn van het (plaatsings-)beleid binnen DJI: alleen binnen grotere instellingen zijn relatief onafhankelijke afdelingen aanwezig voor verslaving en psychiatrie.

Tabel 5.7 Percentage ‘speciale groepen’\*\* uit de totale populatie dat in contact komt met verpleegkundigen, uitgesplitst naar kenmerken van de gedetineerde en van de locatie. Bij elke uitsplitsing is gecorrigeerd voor de invloed van de overige variabelen

	<b>Gemiddeld</b>	<b>95% betrouwbaarheids interval</b>	<b>N</b>
Totaal	14,3%	(10,8% - 18,8%)	6037
<b>Geslacht</b>			
man	14,3%	(9,6% - 20,6%)	5752
vrouw	15,2%	(10,3% - 21,8%)	285
<b>Leeftijd*</b>			
<25 jaar	10,4%	(8,4% - 12,8%)	1528
25-40	15,1%	(12,7% - 18,0%)	3237
>40	16,9%	(13,9% - 20,5%)	1272
<b>Land van afkomst*</b>			
Nederland (incl. Indonesië & Nederlands Indië)	16,8%	(13,7% - 20,5%)	2821
Overig westers	13,8%	(10,8% - 17,6%)	479
Overig niet-westers	12,1%	(9,7% - 14,9%)	988
Marokko & Turkije	11,9%	(9,5% - 14,8%)	729
Nederlandse Antillen, Aruba & Suriname	12,4%	(10,1% - 15,1%)	907
Onbekend en stateloos	9,5%	(5,3% - 16,5%)	113
<b>Type inrichting</b>			
HvB	14,6%	(11,8% - 17,9%)	4432
HvB vreemdelingen	15,8%	(10,2% - 23,6%)	550
Gevangenis	12,7%	(10,2% - 15,6%)	920
Overig	11,3%	(7,1% - 17,5%)	135
<b>Bijzondere opvang*</b>			
JoVo	8,1%	(5,2% - 12,4%)	376
VBA / IBA / FOBA	24,7%	(15,9% - 36,2%)	271
geen bijz. opvang	14,3%	(9,4% - 21,1%)	5390
<b>Capaciteit opvang</b>			
Klein (N=6, range 123-287)	11,7%	(5,8% - 22,1%)	1112
Midden (N=6, range 308-398)	13,0%	(6,7% - 23,8%)	2120
Groot (N=5, range 434-749)	16,5%	(8,4% - 29,9%)	2805

\* statistisch significante verschillen ( $p < 0.05$ )

\*\* ‘speciale groepen’ zijn gedefinieerd als de contacten waarbij de hulpvraag of co-morbiditeit in de categorie ‘psychische problemen’, ‘sociale problemen’, ‘verslaving’, of ‘SOA, HIV/AIDS of andere infecties’ vielen.

Noot: een verklarende lijst van alle afkortingen is aan het einde van het rapport opgenomen.

In tabel 5.8 staat het percentage van de verpleegkundige contacten waarin één of meer verzwarende omstandigheden voorkwamen. Onder verzwarende omstandigheden vallen agressief gedrag, dwingend / claimend gedrag, niet medische (oneigenlijke) hulpvragen, communicatieproblemen, culturele verschillen in ziektebeleving, en sterke verwaarlozing. Significante verschillen worden gevonden tussen de leeftijdscategorieën; hoe ouder de



gedetineerde, des te vaker is er sprake van één of meer verzwarende omstandigheid. In de leeftijdscategorie ouder dan 40 jaar komen dit soort zaken zelfs bijna twee maal zo vaak voor. Ook bij contacten met gedetineerden uit de categorie ‘overig westers’ en ‘overig niet-westers’ is vaak sprake van verzwarende omstandigheden. Zoals valt te verwachten is binnen deze categorieën vaak sprake van communicatieproblemen en (vooral bij niet-westerse nationaliteiten) culturele verschillen in ziektebeleving.

Tabel 5.8 Percentage contacten met verpleegkundigen uit de totale populatie waarin ‘verzwarende omstandigheden’\*\* aanwezig waren, uitgesplitst naar kenmerken van de gedetineerde en van de locatie. Bij elke uitsplitsing is gecorrigeerd voor de invloed van de overige variabelen

	Gemiddeld	95% betrouwbaarheids interval	N
Totaal	13,5%	(10,0% - 17,0%)	6037
<b>Geslacht</b>			
Man	13,3%	(6,1% - 20,5%)	5752
Vrouw	17,2%	(10,0% - 24,4%)	285
<b>Leeftijd*</b>			
<25 jaar	9,9%	(6,5% - 13,4%)	1528
25-40	13,3%	(10,4% - 16,2%)	3237
>40	17,3%	(13,9% - 20,8%)	1272
<b>Land van afkomst*</b>			
Nederland (incl. Indonesië & Nederlands Indië)	12,9%	(9,5% - 16,4%)	2821
Overig westers	15,3%	(11,1% - 19,4%)	479
Overig niet-westers	16,7%	(13,2% - 20,1%)	988
Marokko & Turkije	14,4%	(10,9% - 17,9%)	729
Nederlandse Antillen, Aruba & Suriname	10,5%	(7,3% - 13,8%)	907
Onbekend en stateloos	8,1%	(0,0% - 16,2%)	113
<b>Type inrichting</b>			
HvB	11,6%	(8,0% - 15,1%)	4432
HvB vreemdelingen	29,8%	(22,2% - 37,4%)	550
Gevangenis	12,6%	(9,1% - 16,2%)	920
Overig	15,0%	(7,3% - 22,7%)	135
<b>Bijzondere opvang</b>			
JoVo	10,7%	(5,5% - 16,0%)	376
VBA / IBA / FOBA	17,6%	(10,3% - 24,9%)	271
geen bijz. opvang	13,4%	(8,2% - 18,6%)	5390
<b>Capaciteit opvang</b>			
Klein (N=6, range 123-287)	14,5%	(6,2% - 22,7%)	1112
Midden (N=6, range 308-398)	12,0%	(4,0% - 19,9%)	2120
Groot (N=5, range 434-749)	14,2%	(5,9% - 22,4%)	2805

\* statistisch significante verschillen ( $p < 0.05$ )

\*\* Onder ‘verzwarende omstandigheden’ vallen agressief gedrag, dwingend / claimend gedrag, niet medische (oneigenlijke) hulpvragen, communicatieproblemen, culturele verschillen in ziektebeleving, en sterke verwaarlozing.

Noot: een verklarende lijst van alle afkortingen is aan het einde van het rapport opgenomen.

## 5.4 Geneeskundigen

### 5.4.1 Contactregistraties geneeskundigen: beschrijvende gegevens

De algemene contactgegevens voor geneeskundigen staan in tabel 5.9 weergegeven. De duur van het contact ligt overwegend tussen 6 en 10 minuten, in slechts een kleine 15% van de gevallen duurt een geneeskundig contact langer. De gemiddelde duur van een contact is 7,1 minuten (SD=3,8). Dit is lager dan werd gevonden bij asielzoekers (11,3 minuten, (van Oort e.a., 2003)), en bij reguliere huisartsenzorg (9,8 minuten, (van den Berg e.a., 2004)). Net als bij verpleegkundigen is de gemiddelde duur van een contact bij penitentiair geneeskundigen relatief laag.

Tabel 5.9 Algemene contactgegevens geneeskundigen: vóórkomen en verdeling van de contacten, gebaseerd op de registratieperiode

		N*	%
Duur contact:	1 - 5 min.	416	26,4%
	6 - 10 min.	924	58,7%
	11 - 15 min.	173	11,0%
	16 - 20 min.	51	3,2%
	21 - 40 min.	10	0,6%
Type contact:	spreekuur	1127	76,5%
	visite op cel	75	5,1%
	visite op ISO	33	2,2%
	telefonisch	16	1,1%
	intake	183	12,4%
	spoedeisende hulp	7	0,5%
	overige	32	2,2%
Wijze van binnenkomst:	verzoek gedetineerde	439	29,4%
	toegeleiding via verpleegkundige	692	46,4%
	toegeleiding via psycholoog	5	0,3%
	toegeleiding via psychiater	1	0,1%
	n.a.v. vervolgspraak	164	11,0%
	anders	174	11,7%
Derden aanwezig?	nee, geen derden	214	14,1%
	ja, alleen VPK	1183	78,0%
	ja, alleen PIW	17	1,1%
	ja, alleen ANDER	85	5,6%
	ja, VPK+PIW	18	1,2%
Is er een tolk gebruikt?	ja, via tolkcentrale (tel)	6	0,4%
	ja, professionele tolk	1	0,1%
	ja, niet-professionele tolk	3	0,2%
	nee, niet gelukt	33	2,3%
	nee, niet nodig gehad	1401	97,0%

\* N waarden zijn aangepast voor registratietijd: daarbij is de frequentie verdubbeld bij de locaties die 1 week registreerden.

Meer dan drie kwart van alle geneeskundige contacten vindt plaats tijdens het artsenspreekuur, gevolgd door intakes (12,4%) en visites op cel (5,1%). De gedetineerde komt in bijna de helft van de gevallen via toeleiding van een verpleegkundige in contact met de geneeskundige, maar in bijna een derde van de gevallen is de gedetineerde direct (via een spreekbriefje) in contact getreden met de arts. Bij ongeveer 4 van de 5 geneeskundige contacten was een verpleegkundige aanwezig. Een tolk wordt bijna nooit gebruikt.

Tabel 5.10 biedt een overzicht van de hulpvragen waar gedetineerden mee komen en de verrichtingen door de arts. Ongeveer 40% van de hulpvragen heeft te maken met een fysieke klacht (vaker van acute - dan van chronische aard). Psychische problematiek komt veel voor, maar eerder als co-morbiditeit dan als belangrijkste hulpvraag. De belangrijkste geneeskundige verrichting blijkt het voorschrijven van geneesmiddelen te zijn. In ruim een derde van de gevallen worden er medische verrichtingen gedaan, in bijna een vijfde van de gevallen vindt geen verrichting plaats. Bij meer dan 70% van de geneeskundige contacten wordt niet doorverwezen, indien dit wel gebeurt is het meestal naar een medisch specialist. Bij bijna 18% van de contacten is er geen directe hulpvraag; het betreft hier in de meeste gevallen intakes of incidentele verplichte controles (dit gebeurt bijvoorbeeld bij gedetineerden die in een isoleercel zitten). In bijna de helft van deze contacten worden medische verrichtingen uitgevoerd of geneesmiddelen voorgeschreven.

Tabel 5.10 Contactreden en behandeling geneeskundigen: vóórkomen en verdeling van de contacten, gebaseerd op de registratieperiode.

	N*	%
<b>Is er bij dit contact meer dan één hulpvraag behandeld?</b>		
Ja	582	36,4%
<b>Belangrijkste hulpvraag gedetineerde</b>		
geen (directe) hulpvraag	283	17,7%
chronisch lichamelijke aandoeningen	275	17,2%
(acute) lichamelijke klachten of aandoeningen	344	21,5%
psychische problemen	158	9,9%
sociale problemen	42	2,6%
Verslaving	75	4,7%
SOA, HIV/AIDS, andere infecties	12	0,7%
vruchtbaarheid, zwangerschap en bevalling	3	0,2%
screening en preventie	7	0,4%
<b>Co-morbiditeit/overige problemen gedetineerde</b>		
chronisch lichamelijke aandoeningen	190	11,9%
lichamelijke klachten of aandoeningen	205	12,8%
psychische problemen	259	16,2%
sociale problemen	142	8,9%
Verslaving	149	9,3%
SOA, HIV/AIDS, andere infecties	25	1,6%
vruchtbaarheid, zwangerschap en bevalling	8	0,5%
<b>Verrichtingen</b>		
Geen	351	21,9%
sociaal medisch advies (SMA)	151	9,4%
geneesmiddel(len) voorgeschreven	713	44,5%
medische verrichtingen	579	36,2%
diagnostiek aangevraagd	101	6,3%
opname geregeld	6	0,4%
vervolgafspraak gemaakt	168	10,5%
(telefonisch) contact gehad met verpleegkundige	9	0,6%
(telefonisch) contact gehad met andere disciplines	26	1,6%
<b>Verwijzing</b>		
Geen	1292	80,7%
Psychiater	29	1,8%
Psycholoog	38	2,4%
fysiotherapeut, optometrist, tandarts	52	3,2%
maatschappelijk werk / maatschappelijke dienstverlening	6	0,4%
penitentiair verpleegkundige	18	1,1%
medisch specialist	87	5,4%
Anders	63	3,9%

\* N waarden zijn aangepast voor registratietijd: daarbij is de frequentie verdubbeld bij de locaties die 1 week registreerden.

Het percentage verzwarende omstandigheden bij de geneeskundige contacten (zie tabel 5.11) is in alle gevallen lager dan bij verpleegkundigen werd gevonden. Wel wordt ook door de artsen een dwingend/claimend gedrag van de gedetineerde het meest genoemd.

Ook geneeskundigen ervaren de contacten in grote meerderheid als ‘geheel niet belastend’ of normaal belastend’, en ervaren voldoende tijd te hebben voor het consult.

Tabel 5.11 Ervaren belastende aspecten voor geneeskundigen: vóórkomen en verdeling van de contacten, gebaseerd op de registratieperiode

	N*	%
<b>Verzwarende omstandigheden</b>		
geen (niets aangekruist)	1355	84,6%
agressief gedrag gedetineerde	21	1,3%
dwingend / claimend gedrag gedetineerde	132	8,2%
niet medische (oneigenlijke) hulpvraag	37	2,3%
communicatieprobleem	50	3,1%
culturele verschillen in ziektebeleving	49	3,1%
sterke verwaarlozing	16	1,0%
<b>In hoeverre heeft u dit contact als belastend ervaren?</b>		
in het geheel niet	709	47,1%
minder dan normaal	56	3,7%
normaal, gemiddeld	593	39,4%
meer dan normaal	136	9,0%
in zeer sterke mate	10	0,7%
<b>Vond u dat u voldoende tijd beschikbaar had voor dit consult?</b>		
ja	1445	90,3%

\* N waarden zijn aangepast voor registratietijd: daarbij is de frequentie verdubbeld bij de locaties die 1 week registreerden.

#### 5.4.2 Geneeskundige zorg voor gedetineerden: contactfrequentie en totale duur

Uit de resultaten komt naar voren dat geneeskundigen gemiddeld 6,6 contacten per gedetineerde per jaar hebben. Dit is het dubbele van wat bij asielzoekers is gevonden (3,2 contacten per gedetineerde per jaar (van Oort e.a., 2003)), en deze frequentie is ook aanzienlijk hoger dan wat bij reguliere huisartsen is gevonden (3,9 contacten, (van den Berg e.a., 2004)).

De leeftijd van de gedetineerde is net als bij verpleegkundigen een belangrijke bepalende factor in het aantal contacten. Vooral gedetineerden jonger dan 25 jaar komen duidelijk minder vaak in contact in vergelijking met 25 tot 40 jarigen ( $p < 0.01$ ) en 40+ ( $p < 0.05$ ). Nederlanders komen vaker in contact met een arts dan overige nationaliteiten met uitzondering van Marokkanen en Turken ( $p < 0.05$ ). In tegenstelling tot de bevindingen bij verpleegkundigen heeft het type regime van gedetineerden een significant effect op het aantal contacten: gedetineerden uit HvB komen significant vaker in contact met artsen dan gedetineerden uit de gevangenis ( $p < 0.01$ ). In het gemiddelde van ‘HvB vreemdelingen’ zit te veel variatie om het verschil te kunnen duiden.

Op geen van de overige uitsplitsingen werd een significant verschil gevonden.

Tabel 5.12 Contactfrequentie geneeskundigen: aantal contacten per gedetineerde per jaar, uitgesplitst naar kenmerken van de gedetineerde en van de locatie.. Bij elke uitsplitsing is gecorrigeerd voor de invloed van de overige variabelen

	<b>Gemiddeld</b>	<b>95% betrouwbaarheids interval</b>	<b>N</b>
Totaal	6,6	(5,5 - 7,7)	6037
<b>Geslacht</b>			
Man	6,5	(4,1 - 9,0)	5752
Vrouw	7,3	(4,9 - 9,8)	285
<b>Leeftijd*</b>			
<25 jaar	5,0	(3,8 - 6,2)	1528
25-40	6,8	(5,8 - 7,8)	3237
>40	7,6	(6,4 - 8,7)	1272
<b>Land van afkomst*</b>			
Nederland (incl. Indonesië & Nederlands Indië)	7,4	(6,2 - 8,6)	2821
Overig westers	5,9	(4,4 - 7,3)	479
Overig niet-westers	5,3	(4,1 - 6,5)	988
Marokko & Turkije	6,3	(5,1 - 7,5)	729
Nederlandse Antillen, Aruba & Suriname	6,1	(5,0 - 7,2)	907
Onbekend en stateloos	5,0	(2,2 - 7,8)	113
<b>Type inrichting*</b>			
HvB	6,9	(5,7 - 8,2)	4432
HvB vreemdelingen	5,5	(2,9 - 8,1)	550
Gevangenis	5,5	(4,3 - 6,8)	920
Overig	6,2	(3,5 - 8,8)	135
<b>Bijzondere opvang</b>			
JoVo	5,4	(3,6 - 7,1)	376
VBA / IBA / FOBA	5,9	(3,4 - 8,4)	271
geen bijz. opvang	6,7	(4,9 - 8,5)	5390
<b>Capaciteit opvang</b>			
Klein (N=6, range 123-287)	5,9	(3,3 - 8,6)	1112
Midden (N=6, range 308-398)	5,3	(2,7 - 7,8)	2120
Groot (N=5, range 434-749)	7,7	(5,1 - 10,4)	2805

\* statistisch significante verschillen ( $p < 0.05$ )

Noot: een verklarende lijst van alle afkortingen is aan het einde van het rapport opgenomen.

Uit tabel 5.13 blijkt dat penitentiair geneeskundigen gemiddeld 0,8 uur contacttijd per gedetineerde per jaar hebben. De hoeveelheid tijd blijkt afhankelijk van het geslacht, de leeftijd en het land van herkomst van de gedetineerde: mannen kosten minder tijd dan vrouwen ( $p < 0.01$ ), en met een oplopende leeftijd kost de medische zorg voor gedetineerden meer tijd. De benodigde tijd is het hoogst voor Nederlanders, en (significant) lager voor de categorieën ‘overig niet-westers’ ( $p < 0.01$ ) en ‘Nederlandse Antillen, Aruba & Suriname’ ( $p < 0.05$ ).

Tabel 5.13 Totale duur van contacten met gedetineerden voor geneeskundigen: aantal uren per gedetineerde per jaar, uitgesplitst naar kenmerken van de gedetineerde en van de locatie. Bij elke uitsplitsing is gecorrigeerd voor de invloed van de overige variabelen

	<b>Gemiddeld</b>	<b>95% betrouwbaarheids interval</b>	<b>N</b>
Totaal	0,8	(0,6 - 0,9)	6022
<b>Geslacht*</b>			
Man	0,8	(0,4 - 1,1)	5737
Vrouw	1,2	(0,9 - 1,6)	285
<b>Leeftijd*</b>			
<25 jaar	0,6	(0,4 - 0,7)	1524
25-40	0,8	(0,7 - 0,9)	3230
>40	1,0	(0,8 - 1,1)	1268
<b>Land van afkomst*</b>			
Nederland (incl. Indonesië & Nederlands Indië)	0,9	(0,7 - 1,0)	2814
Overig westers	0,8	(0,6 - 1,0)	479
Overig niet-westers	0,6	(0,5 - 0,8)	987
Marokko & Turkije	0,8	(0,6 - 1,0)	728
Nederlandse Antillen, Aruba & Suriname	0,7	(0,5 - 0,8)	902
Onbekend en stateloos	0,8	(0,4 - 1,2)	112
<b>Type inrichting</b>			
HvB	0,8	(0,6 - 1,0)	4421
HvB vreemdelingen	0,7	(0,3 - 1,0)	548
Gevangenis	0,7	(0,5 - 0,8)	918
Overig	0,8	(0,4 - 1,1)	135
<b>Bijzondere opvang</b>			
JoVo	0,7	(0,4 - 0,9)	374
VBA / IBA / FOBA	0,6	(0,3 - 1,0)	270
geen bijz. opvang	0,8	(0,5 - 1,0)	5378
<b>Capaciteit opvang</b>			
Klein (N=6, range 123-287)	0,6	(0,3 - 1,0)	1109
Midden (N=6, range 308-398)	0,7	(0,3 - 1,0)	2115
Groot (N=5, range 434-749)	0,9	(0,6 - 1,3)	2798

\* statistisch significante verschillen ( $p < 0.05$ )

Noot: een verklarende lijst van alle afkortingen is aan het einde van het rapport opgenomen.

### 5.4.3 *Geneeskundige zorg voor gedetineerden: contacten met speciale hulpvragen en verzwarende omstandigheden*

Hulpvragen of co-morbiditeit uit 'speciale groepen' (psychische/sociale problemen, verslavingszorg en SOA, HIV/Aids) komen in gemiddeld 4,7% van de geneeskundige contacten voor (zie tabel 5.14), aanzienlijk minder vaak dan bij verpleegkundigen. Dit type klachten komt significant vaker voor bij vrouwen ( $p < 0.01$ ) en significant minder vaak bij gedetineerden jonger dan 25 jaar ( $p < 0.01$ ). Van de verschillende nationaliteiten blijken Nederlanders het meest met dit type hulpvragen te komen, daarmee significant verschillend van 'overig niet-westerse' nationaliteiten ( $p < 0.01$ ) en 'Nederlandse Antillen, Aruba & Suriname' ( $p < 0.01$ ). Geen van de overige verschillen was significant.

Tabel 5.14 Percentage ‘speciale groepen’\*\* uit de totale populatie dat in contact komt met geneeskundigen, uitgesplitst naar kenmerken van de gedetineerde en van de locatie. Bij elke uitsplitsing is gecorrigeerd voor de invloed van de overige variabelen

	<b>Gemiddeld</b>	<b>95% betrouwbaarheids interval</b>	<b>N</b>
Totaal	4,7%	(3,4% - 6,5%)	6037
<b>Geslacht*</b>			
Man	4,4%	(2,4% - 7,9%)	5752
vrouw	15,9%	(9,1% - 26,3%)	285
<b>Leeftijd*</b>			
<25 jaar	2,4%	(1,6% - 3,5%)	1528
25-40	5,5%	(3,9% - 7,7%)	3237
>40	6,3%	(4,3% - 9,2%)	1272
<b>Land van afkomst*</b>			
Nederland (incl. Indonesië & Nederlands Indië)	6,3%	(4,4% - 9,1%)	2821
Overig westers	4,3%	(2,8% - 6,4%)	479
Overig niet-westers	3,1%	(2,1% - 4,5%)	988
Marokko & Turkije	5,0%	(3,6% - 7,0%)	729
Nederlandse Antillen, Aruba & Suriname	3,0%	(2,0% - 4,4%)	907
Onbekend en stateloos	2,7%	(1,0% - 7,4%)	113
<b>Type inrichting</b>			
HvB	4,8%	(3,4% - 6,8%)	4432
HvB vreemdelingen	5,9%	(3,1% - 11,0%)	550
Gevangenis	3,8%	(2,6% - 5,3%)	920
Overig	3,2%	(1,3% - 7,9%)	135
<b>Bijzondere opvang</b>			
JoVo	4,4%	(2,1% - 8,7%)	376
VBA / IBA / FOBA	5,3%	(2,3% - 11,8%)	271
geen bijz. opvang	4,7%	(2,3% - 9,3%)	5390
<b>Capaciteit opvang</b>			
Klein (N=6, range 123-287)	3,2%	(1,4% - 6,9%)	1112
Midden (N=6, range 308-398)	4,0%	(1,8% - 8,7%)	2120
Groot (N=5, range 434-749)	6,1%	(2,8% - 12,9%)	2805

\* statistisch significante verschillen ( $p < 0.05$ )

\*\* ‘speciale groepen’ zijn gedefinieerd als de contacten waarbij de hulpvraag of co-morbiditeit in de categorie ‘psychische problemen’, ‘sociale problemen’, ‘verslaving’, of ‘SOA, HIV/AIDS of andere infecties’ vielen.

Noot: een verklarende lijst van alle afkortingen is aan het einde van het rapport opgenomen.

Tenslotte is in tabel 5.15 het percentage verzwarende omstandigheden weergegeven (ter herinnering: verzwarende omstandigheden bestaan uit: agressie, dwingend/claimend gedrag, oneigenlijke hulpvragen/ communicatieproblemen, culturele verschillen in ziektebeleving en/of sterke verwaarlozing). Gemiddeld werd in 3,7% van de geneeskundige contacten verzwarende omstandigheden geregistreerd, bijna 10% minder dan bij



verpleegkundigen. Hoewel er trends zichtbaar zijn bij geslacht (vaker verzwarende omstandigheden bij vrouwen) en leeftijd (minder bij lage leeftijdsgroepen), bleek geen van de verschillen significant.

Tabel 5.15 Percentage contacten met geneeskundigen uit de totale populatie waarin ‘verzwarende omstandigheden’\* aanwezig waren, uitgesplitst naar kenmerken van de gedetineerde en van de locatie. Bij elke uitsplitsing is gecorrigeerd voor de invloed van de overige variabelen

	Gemiddeld	95% betrouwbaarheids interval	N
Totaal	3,7%	(2,6% - 4,9%)	6037
<b>Geslacht</b>			
man	3,6%	(0,2% - 7,1%)	5752
vrouw	5,5%	(2,1% - 9,0%)	285
<b>Leeftijd</b>			
<25 jaar	2,6%	(0,7% - 4,4%)	1528
25-40	4,1%	(2,5% - 5,6%)	3237
>40	4,1%	(2,3% - 6,0%)	1272
<b>Land van afkomst</b>			
Nederland (incl. Indonesië & Nederlands Indië)	3,3%	(1,4% - 5,2%)	2821
Overig westers	4,4%	(2,1% - 6,6%)	479
Overig niet-westers	4,9%	(3,0% - 6,8%)	988
Marokko & Turkije	4,4%	(2,5% - 6,3%)	729
Nederlandse Antillen, Aruba & Suriname	2,8%	(1,0% - 4,5%)	907
Onbekend en stateloos	5,3%	(0,9% - 9,7%)	113
<b>Type inrichting</b>			
HvB	4,2%	(2,4% - 6,1%)	4432
HvB vreemdelingen	0,8%	(0,0% - 4,4%)	550
Gevangenis	3,3%	(1,5% - 5,2%)	920
Overig	2,3%	(0,0% - 6,5%)	135
<b>Bijzondere opvang</b>			
JoVo	2,5%	(0,0% - 5,3%)	376
VBA / IBA / FOBA	4,8%	(0,9% - 8,7%)	271
geen bijz. opvang	3,8%	(0,9% - 6,6%)	5390
<b>Capaciteit opvang</b>			
Klein (N=6, range 123-287)	3,1%	(0,3% - 6,0%)	1112
Midden (N=6, range 308-398)	2,4%	(0,0% - 5,1%)	2120
Groot (N=5, range 434-749)	5,0%	(2,1% - 7,8%)	2805

\* Onder ‘verzwarende omstandigheden’ vallen agressief gedrag, dwingend / claimend gedrag, niet medische (oneigenlijke) hulpvragen, communicatieproblemen, culturele verschillen in ziektebeleving, en sterke verwaarlozing.

Noot: een verklarende lijst van alle afkortingen is aan het einde van het rapport opgenomen.

## 5.5 Conclusies

In dit hoofdstuk zijn de resultaten van de contactregistratieformulieren besproken. Met de gegevens die hieruit naar voren zijn gekomen kunnen een aantal van de onderzoeksvragen beantwoord worden.

Door de frequentie van spreekuurconsulten van geneeskundige/verpleegkundige per gedetineerde op jaarbasis te berekenen, en de gemiddelde duur van spreekuurcontacten van verpleegkundigen en geneeskundigen, is nadere invulling gegeven aan het antwoord op de eerste vraagstelling naar de omvang en aard van de werkbelasting. Meer specifiek geven deze resultaten inzicht in de efficiency waarmee men tijd besteedt aan specifieke onderdelen van het werk (vraagstelling 1b). Het blijkt dat verpleegkundigen en (in mindere mate) geneeskundigen een hogere contactfrequentie hebben ten opzichte van de collega's buiten de penitentiaire inrichting. Daar staat tegenover dat de gemiddelde duur van deze contacten lager is.

Helaas zijn geen direct vergelijkbare cijfers beschikbaar waarmee de totale contactduur kan worden vergeleken. Een grove berekening hiervan is mogelijk door de gerapporteerde gemiddelde contactfrequentie te vermenigvuldigen met de gemiddelde contactduur<sup>1</sup>. Dan blijkt dat bij verpleegkundige zorg voor asielzoekers een totale contactduur van 1,0 uur wordt gevonden – minder dan de helft van wat penitentiair verpleegkundigen hebben. Voor reguliere populaties en asielzoekerpopulaties kosten de *face to face* contacten ongeveer 0,6 uur, ook dit is minder dan de 0,8 uur die bij penitentiair geneeskundigen werd gevonden. Per saldo kan dus geconcludeerd worden dat, waar het gaat om de directe contacten met patiënten, zowel verpleegkundigen als geneeskundigen meer tijd hebben in vergelijking tot de asielzoekerzorg en de reguliere huisarts. Maar het is vooral de verpleegkundige die 2 tot 3 maal meer contacten te verwerken krijgt. Hiermee is ook antwoord gegeven op de derde vraagstelling, naar de vergelijkbaarheid van de werklast bij penitentiair medische teams met referentiegroepen.

Indien de resultaten van dit hoofdstuk worden vergeleken met de cijfers die in het tijdschrijven (hoofdstuk 4) werden gevonden, komen duidelijke verschillen aan het licht.

De tijd die besteed wordt aan *face-to-face* activiteiten kan op grond van de tijdschrijfgegevens worden vastgesteld door de tijd besteed aan intakes, spreekuur en visite op te tellen. Voor verpleegkundigen wordt dan een tijd van  $(1,12+2,99+1,34=)$  5,45 uur per gedetineerde per jaar gevonden, bij geneeskundigen is dit  $(0,01+1,30+0,06=)$  1,37 uur (zie respectievelijk tabellen 4.2 en 4.3). Deze cijfers zijn aanzienlijk hoger dan gevonden in de contactregistratie. Er zijn verschillende verklaringen voor het gevonden verschil aan te voeren, die terug te voeren zijn op het verschil in de gebruikte methode. Zo verschilt de nauwkeurigheid van de metingen. Bij het tijdschrijven is gevraagd een algemeen beeld te schetsen van de dagelijkse tijdsbesteding. Meeteenheden zijn kwartieren, en het formulier zal vaak retrospectief zijn ingevuld (dwz. aan het einde van de dag wordt een inschatting gemaakt van het de hoeveelheid tijd die aan een activiteit is besteed). Daarbij is het waarschijnlijk dat bij het vaststellen van de hoeveelheid bestede tijd meer dan alleen de

---

<sup>1</sup> Bij deze berekening wordt geen rekening gehouden met meerdere contacten per gedetineerde, en is dus minder exact.

daadwerkelijke contacttijd in aanmerking wordt genomen; ook de reistijd en wachttijd kunnen, terugblikkend, tot de totale activiteit ‘spreekuur’ worden gerekend. Daarentegen wordt bij de contactregistratie alleen de tijd opgenomen die daadwerkelijk aan het contact is besteed. Een bijkomende verklaring heeft te maken met de gevoeligheid voor non-respons. Zodra een respondent verzuimt een contactregistratieformulier in te vullen, heeft dit een (reducerend) effect op de totale berekening. Hoewel de deelname van de respondenten zelf is vastgelegd (in 5.1), is hiermee nog niets gezegd over de kwaliteit van de deelname van deze respondenten. De contactregistratie is daarmee gevoelig voor onderregistratie (terwijl *overregistratie* bijna onmogelijk is). Bij het tijdschrijven is overregistratie wel mogelijk; gezien eerdergenoemde argumenten is dit zelfs aannemelijk te noemen bij rubrieken als ‘spreekuur’.

Vraagstelling 2 ging in op de bepalende factoren voor de werklust. In dit hoofdstuk is bekeken welke van een aantal kenmerken van de gedetineerden en de penitentiaire locatie van invloed zijn op de werkbelasting. In tabel 5.16 zijn de gevonden effecten van de verschillende uitsplitsingen op de contactfrequentie, contactduur, percentage speciale hulpvragen en percentage verzwarende omstandigheden nog eens samengevat voor verpleegkundigen en geneeskundigen. Het blijkt dan dat de leeftijd van de gedetineerde een duidelijk effect heeft: oudere gedetineerden komen vaker en gedurende langere tijd met de medische dienst in contact. Deze contacten gaan ook vaker samen met klachten van ernstige aard en (alleen bij de verpleegkundige contacten) andere verzwarende omstandigheden. Nederlandse gedetineerden zijn het meest belastend als gekeken wordt naar de contactfrequentie, de contactduur en het percentage ‘moeilijke’ hulpvragen. Bij de verpleegkundige contacten blijken verzwarende omstandigheden, vooral communicatieproblemen en culturele verschillen vooral bij de ‘overig westerse’ en ‘overig niet-westerse’ nationaliteiten voor te komen.

Tabel 5.16 Overzicht van de gevonden significante verschillen op gedetineerdenniveau in paragraaf 5.3 en 5.4

	Verpleegkundigen				Geneeskundigen			
	N cont	Duur	% spec	%overzw	N cont	Duur	% spec	%overzw
Geslacht						√	√	
Leeftijd	√	√	√	√	√	√	√	
Afkomst	√	√	√	√	√	√	√	
Type inrichting					√			
Bijz. opvang	√	√	√					
Capaciteit								

N cont = frequentie contacten per gedetineerde per jaar; Duur = totale duur per gedetineerde per jaar;  
 % spec = percentage speciale groepen (psychiatrie, sociale problemen, verslaving, HIV/AIDS);  
 % verzw = percentage waarbij verzwarende omstandigheden aanwezig waren.

Op de overige aspecten worden verschillen gevonden tussen verpleegkundigen en geneeskundigen. Alleen bij de geneeskundige contacten worden effecten gevonden van het geslacht van de gedetineerde: vrouwelijke gedetineerden kosten meer tijd, en hebben vaker ‘moeilijke’ hulpvragen in vergelijking tot mannen. Ook een effect van het type inrichting wordt alleen bij geneeskundige contacten teruggevonden: geneeskundigen hebben een hogere contactfrequentie met gedetineerden uit een HvB. Effecten van

bijzondere opvang worden alleen bij verpleegkundigen gevonden: steeds wordt gevonden dat JoVo-gedetineerden minder -, en VBA/IBA/FOBA-gedetineerden méér werkbelasting opleveren.

Met de resultaten uit dit hoofdstuk kan ook nader worden ingegaan op vraagstelling 1c. Het percentage contacten waarbij sprake is van verzwarende problematiek als psychiatrische problemen, sociale problemen, verslaving, SOA en HIV/Aids bedraagt voor verpleegkundigen ruim 14%. In vergelijking met asielzoekers komen psychische problemen bij gedetineerden bijna twee maal zo vaak voor, en ook sociale problemen komen iets vaker voor (als belangrijkste hulpvraag bij gedetineerden: 5,4%, bij asielzoekers: 4% - van Oort e.a., 2003). Tijdens de geneeskundige contacten komen de 'speciale groepen' minder frequent voor dan bij verpleegkundigen (bijna 5%), maar ook hier neemt de subcategorie psychische problemen (9,9%), maar ook sociale problemen (2,1%) een bijna twee maal zo grote plaats in als gevonden bij reguliere huisartsen (respectievelijk 5,1% en 1,1% - van der Linden e.a., 2004).

De vraag naar de omvang en aard van de werkbelasting van verpleegkundigen en geneeskundigen kan met de resultaten uit dit hoofdstuk ook op een meer subjectieve manier worden beantwoord. Zo blijkt dat bij bijna 14% van de verpleegkundige contacten één of meer verzwarende omstandigheid aanwezig is; bij geneeskundigen is dit bijna 4%. Zowel bij verpleegkundigen als bij geneeskundigen gaat het in de meeste gevallen om dwingend/claimend gedrag van de gedetineerde. Gezien deze belastende aspecten in het penitentiaire werk is het opvallend dat zowel verpleegkundigen als geneeskundigen aangeven de contacten in het algemeen als 'normaal' of zelfs 'in het geheel niet' belastend te ervaren. Ook vindt de overgrote meerderheid dat er voldoende tijd beschikbaar was voor het consult. In het volgende hoofdstuk zal nader worden ingegaan op de algemene werkbeleving op de medische dienst.

## **6 Algemene werkbeleving van verpleegkundigen en geneeskundigen**

Alle verpleegkundigen en geneeskundigen in de deelnemende medische diensten is een vragenlijst toegestuurd. In de vragenlijsten wordt nader ingegaan werkbelasting zoals die ervaren wordt. Deze meer subjectieve invalshoek geeft specifiek antwoord op vraagstelling 1c, en geeft aanvullende informatie over de werklust naast de objectieve gegevens die in beide voorgaande hoofdstukken aan de orde kwamen. Ook wordt in de vragenlijsten ingegaan op een aantal specifieke aspecten van het werken in een penitentiaire inrichting die bepalend kunnen zijn voor de ervaren werklust (vraagstelling 2). Na het behandelen van de gevonden respons (6.1) zullen achtereenvolgens de resultaten van de verpleegkundigen (6.2) en geneeskundigen (6.3) aan de orde komen. In paragraaf 6.4 volgen enkele conclusies.

### **6.1 Responsanalyse**

In totaal zijn 145 van de 181 verstuurd vragenlijsten ingevuld en geretourneerd (totale respons: 80,1%). In tabel 6.1 is de respons weergegeven voor alle locaties. Hoewel de responscijfers wat lager zijn dan die bij de TS en CR zijn gevonden zie (4.1 en 5.1) zijn deze cijfers voor een vragenlijst van deze omvang hoog (voor de geneeskundigen) of zelfs zeer hoog (verpleegkundigen) te noemen (Dillman, 1978).

Tabel 6.1 Respons op VL per locatie, uitgesplitst voor Verpleegkundigen, Geneeskundigen en Totaal

locatie	Verpleegkundigen			Geneeskundigen			Totaal		
	N	Ntot	%	N	Ntot	%	N	Ntot	%
1	8	8	100%	2	2	100%	10	10	100%
2	13	18	72%	4	4	100%	17	22	77%
3	6	6	100%	1	2	50%	7	8	88%
4	2	3	67%	1	1	100%	3	4	75%
5	2	3	67%	1	2	50%	3	5	60%
6	8	8	100%	3	3	100%	11	11	100%
7	5	5	100%	1	3	33%	6	8	75%
8	13	13	100%	1	2	50%	14	15	93%
9	6	7	86%	3	3	100%	9	10	90%
10	5	8	63%	0	2	0%	5	10	50%
11	9	9	100%	1	1	100%	10	10	100%
12	9	11	82%	1	1	100%	10	12	83%
13	9	11	82%	2	3	67%	11	14	79%
14	8	10	80%	2	3	67%	10	13	77%
15	6	8	75%	1	2	50%	7	10	70%
16	6	8	75%	0	1	0%	6	9	67%
17	4	7	57%	2	3	67%	6	10	60%
<b>Totaal</b>	<b>119</b>	<b>143</b>	<b>83,2%</b>	<b>26</b>	<b>38</b>	<b>68,4%</b>	<b>145</b>	<b>181</b>	<b>80,1%</b>

N=aantal respondenten op deze locatie; Ntot=totaal aantal leden binnen medisch team op deze locatie; %=percentage respons

Een aantal beschrijvende aspecten die uit de vragenlijst (sectie A, zie bijlage 2.5) naar voren kwamen staan weergegeven in tabel 6.2. Betreffende de sekseverdeling en de leeftijdsopbouw kunnen deze gegevens vergeleken worden met bronnen buiten de penitentiaire muren. Hoewel de groep verpleegkundigen overwegend uit vrouwen bestaat, is het percentage mannen in vergelijking met landelijke gegevens hoog. In een representatief steekproefkader (Welling e.a., 2002) werd gevonden dat het percentage mannen slechts 8,9% was; minder dan de helft van het percentage mannen onder penitentiair verpleegkundigen. De sekseverdeling bij geneeskundigen is niet minder scheef: slechts 3 van de 26 geneeskundigen is vrouw, terwijl in de reguliere huisartsenzorg 26% van de huisartsen vrouw is (Kenens en Hingstman, 2004). De leeftijdsopbouw van verpleegkundigen en geneeskundigen komt overeen met de gegevens gerapporteerd door Welling (2002) en Kenens en Hingstman (2004). In vergelijking tot geneeskundigen variëren verpleegkundigen meer in leeftijd, en zijn zij gemiddeld ruim 10 jaar jonger dan geneeskundigen.

Tabel 6.2 Beschrijvende aspecten van de verpleegkundigen en geneeskundigen die aan dit onderzoek deelnamen

	verpleegkundigen	geneeskundigen
Geslacht		
Man (%)	23 (19,3%)	23 (88,5%)
Vrouw (%)	95 (79,8%)	3 (11,5%)
Onbekend (%)	1 (0,8%)	0
Gemiddelde leeftijd (SD)	40,6 (9,5)	50,9 (4,5)
minimum	22	40
maximum	58	59
Gemiddeld aantal jaren werkervaring als...(SD)		
Verpleegkundige/geneeskundige	17,5 (9,9)	20,2 (6,2)
Binnen DJI	6,2 (6,3)	11,7 (7,2)
Binnen deze locatie	5,6 (5,2)	9,9 (6,6)
Gemiddelde aanstelling DJI (SD)	29,9 (6,5)	16,1 (10,5)
Genoemde redenen te gaan werken bij DJI (%)		
Kwam toevallig op mijn pad	68,6	88,5
Persoonlijke interesse in de doelgroep	19,3	19,2
Financiële vergoeding	0,8	3,8
Maatschappelijke betrokkenheid	2,5	3,8
Regelmatige werktijden	30,3	nvt.
Anders	10,1	3,8

Uit het aantal jaren werkervaring blijkt dat geneeskundigen veelal een langere werkgeschiedenis binnen DJI hebben, veelal ook binnen één en dezelfde locatie. Verpleegkundigen hebben gemiddeld een bijna 2 maal zo grote aanstelling als geneeskundigen. Naast de groep voor wie het werken binnen de penitentiaire inrichting 'toevallig op het pad kwam', heeft zowel bij verpleegkundigen als bij geneeskundigen bijna 20% voor dit beroep gekozen uit 'een persoonlijke interesse in de doelgroep'. Voor verpleegkundigen zijn daarnaast de regelmatige werktijden nog van belang.

Bij geneeskundigen is aanvullend nog gevraagd naar het aantal uren dat zij aanwezig moeten zijn op de locatie, en het aantal uren achterrecht. Gevonden werd dat zij gemiddeld 11 uur per week gecontracteerd zijn om aanwezig te zijn binnen de locatie, en gemiddeld 20 uur bereikbaarheidsdienst draaien. Hier werd een grote variatie gevonden: uren aanstelling varieerde tussen 2 en 45 (SD=10,7), uren bereikbaarheid en beschikbaarheid tussen 4 en 45 (SD=15,1). In totaal 15 geneeskundigen gaven aan naast de werkzaamheden op de medische dienst ook reguliere patiënten te behandelen (buiten DJI). Gemiddeld gaat het daarbij om 1915 patiënten, maar ook dit varieert behoorlijk (tussen 150 en 4500 patiënten, SD=1007).

## 6.2 Werkbeleving verpleegkundigen

### 6.2.1 Verpleegkundigen: Satisfactie

In tabel 6.3 zijn de resultaten op het gebied van werksatisfactie te zien voor verpleegkundigen (zie ook 2.6). De ‘Algemene werksatisfactie’ is gebaseerd op de mate waarin de verpleegkundige het eens was met een viertal stellingen. Antwoord kon worden gegeven op een schaal van 1 (‘helemaal mee oneens’) tot 5 (‘helemaal mee eens’). Het bij verpleegkundige gevonden gemiddelde ligt bij 4, wat staat voor ‘mee eens’. Dit is indicatief voor een hoge werktevredenheid.

Tabel 6.3 Tevredenheid: gemiddelde scores (SD) voor penitentiaire verpleegkundigen, waar mogelijk vergeleken met eerder onderzoek

	Dit onderzoek			Reguliere zorg <sup>1</sup>		
	N	Gem	SD	N	Gem	SD
<b>Algemene werksatisfactie</b>	118	3,9	0,7			
<b>Deelaspecten werktevredenheid</b>						
tevredenheid met leiding	118	3,4	0,8	396	3,3	0,9
tevredenheid met promotiemogelijkheden*	116	2,5	0,8	396	2,9	0,7
tevredenheid met kwaliteit van zorg	118	3,4	0,7	393	3,7	0,7
tevredenheid met groeimogelijkheden*	116	3,5	0,7	396	3,7	0,6
tevredenheid met contacten collega's	118	3,9	0,6	396	4,0	0,5
tevredenheid met patienten/clienten*	117	3,4	0,5	395	4,0	0,5
tevredenheid met duidelijkheid*	118	3,3	0,7	397	3,5	0,7
totale tevredenheid deelaspecten*	118	3,3	0,4	397	3,6	0,4
<b>Hoe tevreden bent u met...</b>						
uw inkomen voor het werk bij DJI	118	2,6	0,9			
de hoeveelheid tijd die u aan nascholing kunt besteden	117	3,4	0,9			
de mate waarin u zelfstandig kunt werken	117	4,2	0,5			
de werkrelatie met geneeskundigen	116	3,8	0,7			

<sup>1</sup>De Veer e.a., 2004

\*significant verschil met de reguliere zorg (p<0.05).

In tabel 6.3 zijn ook de resultaten opgenomen van de deelaspecten werktevredenheid. Ook hier kon een score worden gehaald tussen 1 (‘zeer ontevreden’) en 5 (‘zeer tevreden’). Voor de deelaspecten van werktevredenheid zijn ook vergelijkbare resultaten weergegeven van verpleegkundigen uit de reguliere zorg. Het blijkt dat penitentiaire verpleegkundigen relatief het laagst scoren op de tevredenheid met promotiemogelijkheden (‘neutraal’ tot ‘ontevreden’). Daarin wijken zij ook af van de resultaten uit de reguliere zorg. Ook de tevredenheid met groeimogelijkheden, patiënten, en duidelijkheid blijkt significant lager in vergelijking met de reguliere zorg. De verschillen zijn absoluut gezien (op een 5-puntsschaal) echter klein, met uitzondering met het verschil (van 0,6) op tevredenheid met de patiënt. Dit is wellicht een aanwijzing dat het werken



met gedetineerden een extra belasting vormt ten opzichte van de reguliere verpleegkundige zorg.

Tenslotte zijn in tabel 6.3 de resultaten van 4 items weergegeven (die op dezelfde 5-puntsschaal gescoord zijn als de deelaspecten). Daaruit blijkt een lager dan gemiddelde tevredenheid met het inkomen van het werk, maar een hoge tevredenheid met de mate van zelfstandigheid die wordt ervaren. Ook de werkrelatie met geneeskundigen krijgt een positieve score.

### 6.2.2 *Verpleegkundigen: Burnout en bevlogenheid*

De resultaten van de afzonderlijke burnout schalen, vergeleken met normscores, zijn weergegeven in tabel 6.4 (zie ook 6.2). De resultaten op depersonalisatie (D) zijn uitgesplitst voor mannen en vrouwen, zoals aangeraden in de handleiding van de burnout-vragenlijst (Schaufeli en van Dierendonck, 2000). De mate waarin bepaalde gevoelens en ervaringen voorkomen kon hier aangegeven worden op een schaal van 0 ('nooit') tot 6 ('altijd'). Op geen van de schalen is een grote afwijking te vinden ten opzichte van de reguliere zorg. Penitentiaire verpleegkundigen geven aan 'sporadisch' tot 'af en toe' gevoelens van emotionele uitputting (EU) en depersonalisatie (DP) te ervaren, en zich 'dikwijls' bekwaam te voelen op het werk.

In tabel 6.4 zijn ook de resultaten voor de bevlogenheidschaal opgenomen. Het blijkt dat men zich dikwijls 'bevlogen' voelt. Ook hierin wijkt de penitentiaire verpleegkundige niet af van de collega in de reguliere zorg.

Tabel 6.4 Gemiddelde score (SD) op de subschalen van de burnout vragenlijst (UBOS) en bevlogenheid (UBES) voor verpleegkundigen (range 0-6)

	Dit onderzoek			Norm: verpleegkundigen <sup>1</sup>		
	N	gemiddeld	SD	N	gemiddeld	SD
<b>Burnout</b>						
Emotionele uitputting	112	1,6	1,0	2313	1,6	0,9
Depersonalisatie mannen	22	1,4	0,7	884	1,3	0,7
Depersonalisatie vrouwen	94	1,3	0,8	1429	1,2	0,7
Persoonlijke bekwaamheid	115	3,9	0,7	2313	4,1	0,7
<b>Bevlogenheid</b>						
	104	3,7	0,7	2313	3,8	1,1

<sup>1</sup>UBOS handleiding (2000). <sup>2</sup>UBES handleiding (2003).

Tabel 6.5 Gemiddelde score op de afzonderlijke werkbelasting aspecten voor verpleegkundigen (range 1-5)

	N	Gem.	SD
<b>A5. praktische inperkingen als gevolg van 'soberder regime'</b>	<b>117</b>	<b>3,3</b>	<b>1,0</b>
<b>A4. opgelegde veranderingen (door DJI)</b>	<b>118</b>	<b>3,2</b>	<b>1,0</b>
<b>B5. niet-medische (oneigenlijke) hulpvragen</b>	<b>118</b>	<b>3,2</b>	<b>1,0</b>
B3. claimend en manipulatief gedrag van gedetineerden	118	3,1	0,9
A7. de "ondergeschikte rol" van de medische dienst binnen de PI	118	3,0	1,1
C4. vragen tussendoor van PIW'ers en/of bewakers	118	3,0	1,0
A6. meerdere gedetineerden op één cel	118	2,9	1,0
B8. verslavingsproblematiek van gedetineerden	118	2,9	0,9
B9. psychiatrische problematiek van gedetineerden	118	2,9	0,9
B10. beoordelen van ziekmeldingen gedetineerden	116	2,9	1,2
A1. het personeelsbeleid binnen de DJI	118	2,8	1,1
A2. belemmerende regelgeving binnen de inrichting	118	2,8	0,8
B4. agressief gedrag van gedetineerden	118	2,8	0,9
B7. culturele verschillen in ziektebeleving	118	2,8	0,8
D6. het verloop (de 'turnover') van gedetineerden	117	2,8	1,1
A3. onderdeel zijn van een grote organisatie	118	2,6	1,0
B2. complexe zorgvragen	118	2,6	0,8
A8. verplichtingen opgelegd door DJI	118	2,5	1,0
B1. problemen in de communicatie met gedetineerden	117	2,5	0,7
C1. de werkrelatie met PIW-ers en bewakers	118	2,5	0,9
D8. ziekteverzuim binnen de medische dienst	117	2,5	1,1
B6. onvoldoende kennis van de problematiek van gedetineerden	118	2,4	0,7
D7. de planning van de werkzaamheden (spreekuur, visites, etc.)	118	2,4	0,9
D5. het aantal contacten met gedetineerden	118	2,3	0,9
C2. onduidelijke werkverdeling tussen (huis)artsen en verpleegkundigen	118	2,2	0,8
C3. een moeizame samenwerking met de reguliere gezondheidszorg	117	2,2	0,8
D2. de lange 'reistijd' naar en binnen de inrichting	117	2,2	0,9
<b>D3. het gebruik van tolken</b>	<b>117</b>	<b>2,0</b>	<b>0,8</b>
<b>D4. gevoelens van onveiligheid</b>	<b>118</b>	<b>2,0</b>	<b>0,7</b>
<b>D1. de procedure omtrent de intake</b>	<b>118</b>	<b>1,9</b>	<b>0,7</b>

Noot: **vetgedrukt** zijn de items die meer dan 0,5 afwijken van het totale schaalgemiddelde (=2,64).

### 6.2.3 Verpleegkundigen: belastende aspecten in het werk

In tabel 6.5 zijn de resultaten van de werkbelastingaspecten weergegeven. Hier kon gescoord worden tussen 1 ('niet belastend' en 5 'in zeer sterke mate belastend'). In totaal werd gemiddeld iets onder het schaalgemiddelde gescoord: 2,64 (SD=0,5). In de tabel staat aangegeven welke aspecten opvallend afwijken van dat gemiddelde (dikgedrukt)

Het blijkt dat penitentiaire verpleegkundigen zich vooral belast voelen door de praktische inperkingen als gevolg van het 'sobere regime' en door de (door DJI) opgelegde veranderingen. Ook niet-medische hulpvragen van gedetineerden worden als extra belastend ervaren. Al deze scores lagen net boven 3 ('in enige mate belastend'). Zaken die juist minder dan gemiddeld belastend worden ervaren zijn de procedure over de intake, en het gebruik van tolken. Opvallend is dat ook 'gevoelens van onveiligheid' als

‘nauwelijks belastend’ worden ervaren. Deze aspecten kregen een score rond de 2 (‘nauwelijks belastend’).

#### 6.2.4 *Verpleegkundigen: betrokkenheid bij beleid- en besluitvorming*

Gevraagd is naar verschillende aspecten van de informatievoorziening over het beleid- en besluitvormingsproces. In tabel 6.6 staan de gemiddelde scores op de vijf aspecten weergegeven evenals een totaalscore. Gescoord kon worden tussen 1 (‘nooit’) en 4 (‘altijd’). Te zien is dat verpleegkundigen op alle aspecten tussen 2 (‘soms’) en 3 (‘vaak’) scoren. Het minst positief zijn de verpleegkundigen over de transparantie van de besluitvorming in de organisatie, en de mogelijkheid om de mening bij de directie kenbaar te maken. In vergelijking met de reguliere zorg wijken penitentiair verpleegkundigen op deze aspecten nauwelijks af.

Tabel 6.6 Verpleegkundigen: aspecten van informatievoorziening over belangrijke beleidsbeslissingen, in gemiddelde schaalesscores (range 1-5) en standaarddeviatie (SD)

	Dit onderzoek			Reguliere zorg <sup>1</sup>		
	N	Gem.	SD	N	Gem.	SD
Hoort u voldoende over de gang van zaken in de organisatie?	118	2,5	0,6	394	2,5	0,6
Wordt u van de belangrijke dingen in de organisatie goed op de hoogte gehouden?	117	2,6	0,7	392	2,6	0,7
Is de manier waarop de besluitvorming verloopt in uw organisatie duidelijk?	116	2,1	0,6	394	2,2	0,7
Is duidelijk bij wie u binnen de organisatie moet zijn voor welke problemen?	118	2,6	0,6	394	2,6	0,7
Kunt u uw mening over belangrijke beleidsbeslissingen aan de directie van uw organisatie kenbaar maken?	117	2,2	0,7	392	2,2	0,8
<b>Totaal</b>	<b>118</b>	<b>2,4</b>	<b>0,5</b>	<b>394</b>	<b>2,4</b>	<b>0,5</b>

<sup>1</sup>De Veer e.a., 2004.

#### 6.2.5 *Verpleegkundigen: gewenste aanpassingen*

Gevraagd is van een zevental aspecten aan te geven in hoeverre deze zouden kunnen bijdragen om het werk op de medische dienst aantrekkelijker te maken. Antwoord kon worden gegeven op een 5-punts schaal die liep van 1 (dit aspect kan het werk ‘niet’ aantrekkelijker maken) tot 5 (dit aspect kan ‘in zeer sterke mate’ het werk aantrekkelijker maken). In tabel 6.7 staan het percentage weergegeven van de verpleegkundigen dat bij een aspect aangaf dat dit in sterke of in zeer sterke mate het beroep aantrekkelijker zou maken. Het blijkt dat meer dan de helft van de verpleegkundigen vanuit de organisatie meer waardering zouden willen krijgen voor het werk van de medische dienst. Ook zou

een aanzienlijk gedeelte van de verpleegkundigen meer bij- en nascholing willen volgen en meer duidelijkheid willen hebben over het loopbaanperspectief. Van deze 7 punten wordt meer zelfstandigheid door de minste verpleegkundigen op het wensenlijstje gezet.

Tabel 6.7 Verpleegkundigen: percentage dat vindt dat een aspect in (zeer) sterke mate het beroep aantrekkelijker zou maken

	%	N	Ntot
meer bij- en nascholing willen volgen	44,1	52	118
een duidelijker loopbaanperspectief willen hebben	38,2	45	118
meer inspraak in het beleid van de afdeling/team willen	22,8	27	118
verlaging van de werkdruk willen	28,9	34	118
meer zelfstandigheid wensen	8,6	10	117
meer waardering willen binnen mijn organisatie voor het werk van de medische dienst	51,7	61	118
meer ondersteuning van mijn leidinggevende willen	26,3	31	118

## 6.3 Werkbeleving geneeskundigen

### 6.3.1 Geneeskundigen: *satisfactie*

De score op algemene werktevredenheid (tabel 6.8) geeft aan dat geneeskundigen een hoge werktevredenheid hebben. Ook op de deelaspecten wordt een bovengemiddelde tevredenheid gevonden. Het minst tevreden zijn geneeskundigen met duidelijkheid (het gaat daarbij om de tevredenheid met “de mate waarin er vaste en duidelijk omschreven regels zijn waaraan u zich kunt houden”), en tevredenheid met de leiding. In vergelijking met de resultaten die bij verpleegkundigen werden gevonden (zie tabel 6.3) wijken deze gemiddelden slechts weinig af. Tenslotte is gevraagd naar de tevredenheid met twee specifieke aspecten (inkomen en beschikbare tijd voor nascholing). In tegenstelling tot de verpleegkundigen zijn geneeskundigen redelijk tevreden met het inkomen, terwijl zij minder tevreden zijn met de tijd die aan nascholing besteed kan worden.

Tabel 6.8 Tevredenheid: gemiddelde scores (SD) voor penitentiaire geneeskundigen

	N	gem.	SD
<b>Algemene werksatisfactie</b>	25	4,2	0,5
<b>Deelaspecten werktevredenheid</b>			
tevredenheid met leiding	25	3,3	0,6
tevredenheid met kwaliteit van zorg	25	3,8	0,8
tevredenheid met groeimogelijkheden (één item)	24	3,8	0,6
tevredenheid met contacten collega's	25	4,0	0,5
tevredenheid met patiënten/cliënten	24	3,5	0,6
tevredenheid met duidelijkheid (één item)	25	3,2	0,6
totale tevredenheid deelaspecten	25	3,6	0,3
<b>Hoe tevreden bent u met...</b>			
uw inkomen voor het werk bij DJI	25	3,4	0,9
de hoeveelheid tijd die u aan nascholing kunt besteden	25	2,8	0,9

Tabel 6.9 Gemiddelde score (SD) op de subschalen van de burnout vragenlijst (UBOS) en bevlogenheid (UBES) voor penitentiair geneeskundigen en reguliere huisartsen

	Dit onderzoek			Huisartsen <sup>1</sup>		
	N	Gem.	SD	N	Gem.	SD
<b>Burnout</b>						
Emotionele uitputting	24	1,6	0,6	562	1,6	0,8
Depersonalisatie	24	1,4	0,6	562	1,3	0,7
Persoonlijke bekwaamheid	23	4,3	0,8	562	4,3	0,8
				<b>Norm: diverse beroepsgroepen<sup>2</sup></b>		
<b>Bevlogenheid</b>	23	3,8	0,7	2313	3,8	1,1

<sup>1</sup>NS2 (van den Berg e.a., 2004). <sup>2</sup>UBES handleiding (Schaufeli en Bakker, 2003).

### 6.3.2 Geneeskundigen: burnout en bevlogenheid

Tabel 6.9 geeft de geneeskundige scores op burnout en bevlogenheid weer. Hoewel de handleiding UBOS voorschrijft op de Depersonalisatieschaal een onderscheid te maken tussen mannen en vrouwen, is dit gezien het lage aantal respondenten (en het kleine aantal vrouwen hierbinnen), achterwege gelaten. In tabel 6.9 zijn ook vergelijkbare resultaten opgenomen uit de Tweede Nationale Studie (NS2), die in 2003 onder reguliere huisartsen in Nederland is uitgevoerd. In vergelijking met verpleegkundigen is alleen een hogere score te vinden op de schaal persoonlijke bekwaamheid.

De resultaten op de drie burnout schalen geven een beeld dat zeer in overeenstemming is met wat wordt gevonden in de reguliere huisartsenzorg. In absolute zin zijn de scores op emotionele uitputting, depersonalisatie en persoonlijke bekwaamheid positief te noemen. De geneeskundigen scoren even hoog op bevlogenheid als verpleegkundigen (geneeskundigen hebben 'dikwijls' gevoelens van bevlogenheid).

Tabel 6.10 Gemiddelde score op de afzonderlijke werkbelasting aspecten voor geneeskundigen (range 1-5)

	N	gem.	SD
<b>A4. opgelegde veranderingen (door DJI)</b>	<b>25</b>	<b>3,7</b>	<b>1</b>
<b>A5. praktische inperkingen als gevolg van 'soberder regime'</b>	<b>24</b>	<b>3,3</b>	<b>0,9</b>
<b>A1. het personeelsbeleid binnen de DJI</b>	<b>25</b>	<b>3,2</b>	<b>1,4</b>
B3. claimend en manipulatief gedrag van gedetineerden	25	3,1	0,9
A8. verplichtingen opgelegd door DJI	25	3,0	1,2
B5. niet-medische (oneigenlijke) hulpvragen	25	3,0	0,8
B8. verslavingsproblematiek van gedetineerden	25	3,0	1,0
B9. psychiatrische problematiek van gedetineerden	25	3,0	1,0
B11. de dubbele functie van behandelaar/arbo-arts	25	3,0	1,2
D10. de mate waarin gedetineerden gebruik maken van het beklagrecht	25	3,0	1,1
A2. belemmerende regelgeving binnen de inrichting	25	2,9	0,9
A6. meerdere gedetineerden op één cel	25	2,9	0,9
A3. onderdeel zijn van een grote organisatie	25	2,8	1,0
A7. de "ondergeschikte rol" van de medische dienst	25	2,8	1,1
B10. beoordelen van ziekmeldingen gedetineerden	25	2,7	1,1
B2. complexe zorgvragen	25	2,6	0,8
B4. agressief gedrag van gedetineerden	25	2,6	0,8
B7. culturele verschillen in ziektebeleving	25	2,6	0,8
D6. het verloop (de 'turnover') van gedetineerden	25	2,6	1,0
B1. problemen in de communicatie met gedetineerden	25	2,4	0,8
D5. het aantal contacten met gedetineerden	25	2,4	1,0
D9. ANW-diensten	23	2,3	1,2
D7. de planning van de werkzaamheden (spreekuur, visites, etc.)	25	2,2	1,0
D8. ziekteverzuim binnen de medische dienst	25	2,2	0,8
B6. onvoldoende kennis van de problematiek van gedetineerden	25	2,1	0,9
C4. vragen tussendoor van PIW'ers en/of bewakers	25	2,1	0,8
D2. de lange 'reistijd' naar en binnen de inrichting	25	2,1	0,8
D3. het gebruik van tolken	25	2,1	0,9
<b>C1. de werkrelatie met PIW-ers en bewakers</b>	<b>25</b>	<b>1,9</b>	<b>0,6</b>
<b>C2. onduidelijke werkverdeling tussen artsen en verpleegkundigen</b>	<b>25</b>	<b>1,8</b>	<b>0,6</b>
<b>C3. een moeizame samenwerking met de reguliere gezondheidszorg</b>	<b>25</b>	<b>1,8</b>	<b>0,8</b>
<b>D4. gevoelens van onveiligheid</b>	<b>25</b>	<b>1,8</b>	<b>0,7</b>
<b>D1. de procedure omtrent de intake</b>	<b>25</b>	<b>1,6</b>	<b>0,6</b>

Noot: **vetgedrukt** zijn de items die meer dan 0,5 afwijken van het totale schaalgemiddelde (=2,57).

### 6.3.3 Geneeskundigen: belastende aspecten in het werk

Gemiddeld scoren geneeskundigen ongeveer gelijk op de werkbelastingsaspecten als verpleegkundigen: 2,57 (SD=0,5). In tabel 6.10 zijn de afzonderlijke aspecten weergegeven. Geneeskundigen vinden net als verpleegkundigen dat opgelegde veranderingen (door DJI) en de gevolgen van de versoering het meest belastend zijn. Daarnaast wordt het personeelsbeleid binnen de DJI als bovengemiddeld belastend ervaren. Het niveau van de belasting op deze aspecten ligt tussen 3 ('in enige mate') en 4

(‘in sterke mate’). Als minst belastend worden gevoelens van onveiligheid en de intake procedure genoemd, net als bij verpleegkundigen. Ook de werkrelatie met PIW-ers en bewakers, onduidelijke werkverdeling tussen artsen en verpleegkundigen en een moeizame samenwerking met de reguliere zorg krijgen een ‘belasting-score’ lager dan 1 (‘nauwelijks’).

#### 6.3.4 Geneeskundigen: betrokkenheid bij beleids- en besluitvorming

In tabel 6.11 staan de gemiddelde scores op vijf aspecten weergegeven, evenals een totaalscore. Geneeskundigen blijken minder positief over de informatievoorziening dan verpleegkundigen. Dat blijkt vooral op de aspecten over de informatievoorziening over de gang van zaken in de organisatie, het op de hoogte gehouden worden van belangrijke zaken, en de duidelijkheid waar men moet zijn met problemen. Deze laatste aspecten kunnen natuurlijk veroorzaakt worden de relatief weinige tijd die geneeskundigen daadwerkelijk op de medische dienst aanwezig zijn (zeker in vergelijking met verpleegkundigen).

Tabel 6.11 Geneeskundigen: aspecten van informatievoorziening over belangrijke beleidsbeslissingen, in gemiddelde schaalscores (range 1-5) en standaarddeviatie (SD)

	N	gem.	SD
Hoort u voldoende over de gang van zaken in de organisatie?	25	2,0	0,6
Wordt u van de belangrijke dingen in de organisatie goed op de hoogte gehouden?	25	2,0	0,6
Is de manier waarop de besluitvorming verloopt in uw organisatie duidelijk?	25	1,9	0,5
Is duidelijk bij wie u binnen de organisatie moet zijn voor welke problemen?	25	2,2	0,8
Kunt u uw mening over belangrijke beleidsbeslissingen aan de directie van uw organisatie kenbaar maken?	24	2,3	0,7
Totaal	25	2,1	0,5

Tabel 6.12 Geneeskundigen: percentage dat vindt dat een aspect in (zeer) sterke mate het beroep aantrekkelijker zou maken

	%	N	Ntot
Meer bij- en nascholing willen volgen	16	4	25
Een duidelijker loopbaanperspectief willen hebben	40	10	25
Meer inspraak in het beleid van de afdeling/team willen	16	4	25
Verlaging van de werkdruk willen	16	4	25
Meer zelfstandigheid wensen	16,7	4	24
Meer waardering willen binnen mijn organisatie voor het werk van de medische dienst	9,5	2	21

### 6.3.5 *Geneeskundigen: gewenste aanpassingen*

In tabel 6.12 staat het percentage weergegeven van de geneeskundigen dat bij een aspect aangaf dat dit in (zeer) sterke mate het beroep aantrekkelijker zou maken. Een aanzienlijk percentage van de geneeskundigen geeft aan behoefte te hebben aan een duidelijker loopbaanperspectief. Het minst vaak wordt aangegeven dat meer waardering voor de medische dienst zou worden gewaardeerd. Opvallend genoeg werd dit laatste aspect door verpleegkundige het vaakst genoemd.

## 6.4 **Conclusies**

De resultaten uit dit hoofdstuk zijn in de eerste plaats van belang om inzicht te krijgen in de werkbeleving van verpleegkundigen en geneeskundigen (vraagstelling 1c). De gemeten werktevredenheid (arbeidssatisfactie) en subjectieve werklust (burnout) geven een positief beeld. Zowel verpleegkundigen als geneeskundigen hebben een hoge werktevredenheid, en beiden geven aan dat vooral de intercollegiale contacten prettig zijn. Verpleegkundigen zijn alleen over de promotiemogelijkheden minder tevreden, en in vergelijking met de geneeskundigen zijn zij ook minder enthousiast over het inkomen. In vergelijking met de reguliere zorg zijn verpleegkundigen minder tevreden met de contacten met patiënten. De subjectieve werklust, burnout, is in vergelijking met de reguliere zorg buiten de penitentiaire muren normaal. Voorts is gekeken of de mate van bevlogenheid verschilde met vergelijkinggroepen, dit bleek niet het geval. Al met al kan hieruit geconcludeerd worden dat de meer subjectieve werkervaring binnen de penitentiaire situatie slechts op een gering aantal punten, en dan in kleine mate, afwijkt van wat in de reguliere zorg wordt gevonden.

Betreffende vraagstelling 2, de bepalende factoren voor de werklust, is gevraagd naar een aantal specifieke zaken die belastend kunnen zijn in het dagelijks werk. Zowel bij verpleegkundigen als bij geneeskundigen worden ‘opgelegde veranderingen door DJI’ en ‘praktische inperkingen als gevolg van het soberder regime’ als meest belastend genoemd. ‘Gevoelens van onveiligheid’ komen voor beide disciplines als een van de minst belastende factoren voor, samen met ‘de procedure omtrent de intake’. Gevraagd naar de betrokkenheid bij beleid- en besluitvorming binnen de organisatie blijkt dat verpleegkundigen, meer dan geneeskundigen, vinden goed op de hoogte te worden gehouden over de gang van zaken en belangrijke dingen in de organisatie. In tegenstelling tot geneeskundigen, geven verpleegkundigen aan dat zij vanuit de organisatie meer waardering voor het werk zouden willen krijgen. Ook zouden zij meer bij- en nascholing willen krijgen. Bij geneeskundigen werd gevonden dat zij vooral een duidelijker loopbaanperspectief zouden willen hebben.



## 7 Samenvatting en Conclusie

Het doel van het onderzoek in dit rapport was om de werklust van geneeskundigen en verpleegkundigen binnen penitentiaire inrichtingen in kaart te brengen. Daarbij is uitgegaan van de locaties die in voldoende mate werken volgens de werkprocessen die in het project Verantwoorde Medische Zorg (VMZ) zijn omschreven. In een voorfase van het onderzoek is daartoe onderzoek gedaan naar de mate waarin de medische diensten in penitentiaire inrichtingen in Nederland werken volgens de 14 werkprocessen die in de VMZ zijn beschreven. Dit onderzoek is kort in hoofdstuk 2 aan de orde geweest. Op grond van de uitkomsten van het vooronderzoek is het hoofdonderzoek uitgevoerd bij de medische diensten op 17 locaties die, met enige onderlinge variatie, allen goed voldeden aan de werkprocessen. Het hoofdonderzoek naar werkbelasting op de medische diensten is op te splitsen in drie vraagstellingen:

### 1 Wat is de omvang en aard van de patiëntgebonden en niet-patiëntgebonden werkbelasting voor de verpleegkundige en geneeskundige?

Vraagstelling 1 is onderverdeeld in drie subvragen:

- a. Hoeveel uur per gedefinieerde per jaar wordt besteed aan patiëntgebonden en niet-patiëntgebonden taken;
- b. Wat is de productie die verpleegkundigen en geneeskundigen in die tijd leveren, uitgedrukt in de frequentie van spreekuurconsulten per gedefinieerde op jaarbasis en de gemiddelde duur van spreekuurcontacten;
- c. Wat zijn bijkomende (meer 'subjectieve') verzwarende omstandigheden als communicatieproblemen en agressie, uitgedrukt in percentage consulten waarbij verzwarende omstandigheden een rol spelen, en de algemene arbeidssatisfactie

### 2 Wat zijn bepalende factoren voor de werklust?

### 3 In hoeverre verschilt de gevonden werklust in vergelijking tot referentiegroepen?

#### *Methode*

Om antwoord te vinden op de vraagstellingen is een uitgebreid onderzoek opgezet. Om een algemeen beeld te kunnen vormen van de werkomstandigheden op de medische dienst zijn op elke medische dienst interviews gehouden met één verpleegkundige en één geneeskundige. Om de dagelijkse tijdsbesteding te kunnen vaststellen, is aan alle leden van de 17 medische teams gevraagd gedurende twee weken alle werkzaamheden bij te houden. Daarvoor zijn tijdschrijfformulieren (TS) beschikbaar gesteld die, mede op grond van de interviews, speciaal voor de omstandigheden binnen de penitentiaire inrichtingen zijn aangepast. Daarnaast is ook aan alle verpleegkundigen en geneeskundigen in het onderzoek gevraagd contactgegevens van elk *face-to-face* contact te registreren. Ook

hiervoor zijn contactregistratieformulieren (CR) gebruikt die aangepast waren voor gebruik binnen de penitentiaire omgeving. Tenslotte is elk lid van de medische teams een vragenlijst toegestuurd, waarin diverse aspecten van de algemene werkbeleving aan de orde kwamen.

Hieronder zal aan de hand van de gegevens uit al deze bronnen antwoord worden gegeven op de onderzoeksvragen. Onderzoeksvraag 3, betreffende de vergelijking met referentiegroepen, zal niet apart worden behandeld. Om resultaten een kader te kunnen geven worden de resultaten waar mogelijk direct vergeleken met referentiegroepen. De respons op het onderzoek was bijzonder goed, zeker gezien de hoge extra werkbelasting die deelname betekende. Respondenten werkten goed mee en waren overwegend positief. De resultaten kunnen met een dergelijke hoge respons dan ook zeker als representatief worden beschouwd voor de deelnemende locaties. Aangezien deze locaties in het vooronderzoek zijn geselecteerd op de werkwijzen volgens de werkprocessen van VMZ, kunnen de resultaten ook als representatief worden gezien voor andere medische diensten die werken volgens de VMZ-werkprocessen.

#### *Omvang en aard van de werkbelasting (vraagstelling 1)*

Verpleegkundigen besteden 34 uur per gedetineerde per jaar, waarvan ruim twee derde (23,5 uur) aan patiëntgebonden taken (vraagstelling 1a). Wel is het zo dat veel van de patiëntgebonden tijd op gaat aan werkzaamheden waarbij de patiënt niet aanwezig is (dwz veelal administratieve handelingen) en het patiëntgerelateerde overleg. Uit de interviews komt zelfs naar voren dat het merendeel van de verpleegkundigen administratieve werkzaamheden veelal als oneigenlijk beschouwt, en soms zelfs belastend noemt. In totaal kosten deze handelingen 11,6 uur. Het lijkt er op dat de locaties waarbinnen sterker wordt voldaan aan de voorwaarden van VMZ meer tijd nodig hebben, vooral voor de patiëntgebonden taken. De grootte van de locatie lijkt hier ook van invloed: verpleegkundigen besteden in locaties met een kleinere capaciteit meer tijd aan de (patiëntgebonden) taken. Geneeskundigen besteden gemiddeld 2,9 uur per gedetineerde per jaar op de medische dienst, waarvan ruim drie kwart aan patiëntgebonden taken, en het meeste aan het artsenspreekuur. Gemiddeld zijn zij ruim 5 uur per gedetineerde per jaar bereikbaar en beschikbaar. Bij geneeskundigen wordt een tegengestelde trend gevonden met betrekking tot de mate waarin aan VMZ wordt voldaan: binnen de locaties waarbinnen minder volgens de werkprocessen werd gewerkt werd *meer* tijd besteed aan zowel patiëntgebonden als niet-patiëntgebonden taken. Overigens moet opgemerkt worden dat er een behoorlijke variatie bestaat in de manier waarop het dienstverband van geneeskundigen is ingevuld. Dit wordt niet alleen gereflecteerd in de variatie van uren dat de geneeskundige aanwezig is op de afdeling, maar ook in verschillen in de organisatie van de bereikbaarheidsdiensten.

Verpleegkundigen hebben bijna 19 contacten per gedetineerde per jaar (vraagstelling 1b). Dat is een hoog aantal: in vergelijkbaar onderzoek onder asielzoekers werd een werklust van 6 consulten per patiënt vastgesteld (van Oort e.a., 2003). Het aantal consulten per gedetineerde voor de geneeskundige is ook relatief hoog: gemiddeld 6,6, terwijl in vergelijkbaar onderzoek onder huisartsen een contactfrequentie van 3,2 tot 3,9 wordt gerapporteerd (van den Berg e.a., 2004). Ook de totale duur van de contacten per

gedetineerde is hoger op de penitentiaire medische dienst. Verpleegkundigen hebben per gedetineerden 2,4 uur nodig op jaarbasis, bij asielzoekers was dit 1,0 uur. Geneeskundigen hebben 0,8 uur per gedetineerde per jaar contact, in het onderzoek onder huisartsen was dit 0,6. Op grond van deze cijfers is te concluderen dat de werklust, uitgedrukt in aantal en duur van de contacten, binnen de penitentiaire instelling duidelijk hoger is, en vooral voor de verpleegkundigen *aanzienlijk* hoger.

Het percentage contacten met ‘speciale groepen’ – gedetineerden met verzwarende problematiek als psychiatrie, sociale problemen, verslaving, SOA en HIV/Aids – is zowel voor verpleegkundigen als geneeskundigen hoog te noemen (vraagstelling 1c). Zeker voor wat betreft het percentage klachten dat psychische of sociale problemen betreft is dit percentage vaak het dubbele van wat buiten de inrichtingen wordt gevonden (zie hoofdstuk 6). Beide disciplines geven daarnaast aan dat vooral een dwingend/claimend gedrag van de gedetineerde als verzarend wordt beschouwd. Ook in de interviews werd vaak gesproken over de belasting van het manipulatieve gedrag van de gedetineerden. Dit type gedrag kan worden omschreven als gedrag waarmee de gedetineerde in het consult met de geneeskundige of verpleegkundige secundaire ziekte winst wil ‘verkrijgen’. Zo beoogt hij bijvoorbeeld medicatie, een medische behandeling, een dekbed en/of extra eten. Deze consulten typeren zich door een bepaalde spanning, strijd, conflicten en (de dreiging van) agressie. Wellicht tegen de verwachting in wordt agressief gedrag zowel door verpleegkundigen als geneeskundigen opvallend weinig genoemd als een belastend aspect tijdens de contacten.

Het totale percentage contacten met speciale groepen is veel hoger bij verpleegkundigen dan bij geneeskundigen (ruim 14% bij verpleegkundigen vs. bijna 5% bij geneeskundigen). Eenzelfde verhouding werd gevonden bij de percentages verzwarende aspecten (verpleegkundigen: 13,5% vs. geneeskundigen: 3,7%). Dit is een resultaat van de toegeleidingsfunctie van verpleegkundigen. Daardoor worden niet alle patiënten doorverwezen naar de geneeskundige. Verpleegkundigen hebben een belangrijke begeleidende taak bij gedetineerden met verslavingsproblematiek en/of psychiatrie. De gevonden verhoudingen hangen wellicht samen met het gevonden verschil in contactfrequentie en contactduur, die beide bij verpleegkundigen aanzienlijk hoger zijn dan bij geneeskundigen.

Op het gebied van de subjectieve beleving van het werk is gevonden dat de leden van het medisch team de consulten over het algemeen als niet -, of normaal belastend ervaren. Men ervaart bij veruit de meeste consulten voldoende tijd te hebben. Meer algemeen is gevonden dat de werksatisfactie van penitentiair verpleegkundigen en geneeskundigen goed tot zeer goed is. Afwijkend ten opzichte van verpleegkundigen in de reguliere zorg is de lagere tevredenheid met de gedetineerde als patiënt. Het minst tevreden is men met de promotiemogelijkheden en het inkomen, het meest met de contacten met collega's en de zelfstandigheid in het werk. Vanuit de interviews bleek tevens dat een goede samenwerking binnen het medisch team en met andere disciplines en de grote mate aan afwisseling in het werk een positieve bijdrage leveren aan de werkbelasting. Daarnaast is het de interessante patiëntenpopulatie en boeiende medische problematiek die voor de verpleegkundigen en geneeskundigen het werk op een positieve wijze beïnvloeden. Ook

het niveau van bevlogenheid en burnout onder verpleegkundigen was positief te noemen, en wijkt niet af van bestaande normen.

#### *Bepalende factoren voor de werklast (vraagstelling 2)*

Oudere gedetineerden blijken aanzienlijk meer werklast met zich mee te brengen dan jongere gedetineerden. Opvallend is dat dit in de interviews niet duidelijk naar voren komt. Ook het land van herkomst van de gedetineerde blijkt van invloed, waarbij vooral bij gedetineerden die in Nederland zijn geboren hogere contactfrequenties, langere contactduur en meer 'moeilijke' hulpvragen gevonden wordt. Verpleegkundigen ervaren in het contact met gedetineerden communicatieproblemen en culturele verschillen in de manier waarop een ziekte wordt beleefd of klachten worden gepresenteerd nogal eens als verzwarend. In de interviews is dit overigens vrijwel niet naar voren gekomen. Alleen bij geneeskundigen wordt gevonden dat vrouwen meer werklast (hogere contactduur en meer 'moeilijke' hulpvragen) veroorzaken. Dit is opvallend, omdat in de interviews (ook door verpleegkundigen) nogal eens naar voren kwam dat vrouwen meer werkbelasting opleveren. Ook uit het tijdschrijven leek een dergelijke trend (dat vrouwelijke gedetineerden 'lastiger' zouden zijn) naar voren te komen. De reden van deze tegenstrijdige resultaten is niet duidelijk. Ook opvallend is dat de effecten van het regime (HvB versus gevangenis) in de interviews meer dan eens aan de orde kwamen. Uit de contactregistraties of het tijdschrijven komen echter geen eenduidige resultaten naar voren die er op duiden dat het ene regime belastender is dan het andere. Alleen bij geneeskundigen wordt binnen een HvB regime een hoger aantal contacten gevonden.

Hierboven kwam al aan de orde dat uit de interviews naar voren komt dat verpleegkundigen de grote hoeveelheid aan administratieve werkzaamheden als oneigenlijk en soms zelfs belastend ervaren. Deze administratieve werkzaamheden gaan ten koste van de *core business*: het verlenen van zorg. De aanwezigheid van een administratieve kracht is inderdaad van invloed: het vermindert het aantal uur dat besteed wordt aan medicatie en patiëntgebonden taken zonder patiënt. Een belastend aspect dat alleen in de interviews werd genoemd is de samenwerking met penitentiair inrichting werkers (PIW'ers). Het geven van sociaal-medische adviezen, ofwel de beoordelingen van ziekte en arbeidsongeschiktheid, is een ander punt dat als zeer belastend wordt ervaren. Dit aspect hangt volgens de geïnterviewden sterk samen met dwingend en claimend gedrag. Geneeskundigen noemden nog de belasting van de bereikbaarheid- en beschikbaarheidsdiensten en de klachtenafhandeling.

Specifiek gevraagd naar de belasting van een aantal aspecten worden vooral de praktische gevolgen (inperkingen) van het versoberde regime genoemd, opgelegde veranderingen (door DJI) en niet-medische (oneigenlijke) hulpvragen. Al deze aspecten zijn in overeenstemming met de belastende aspecten die genoemd werden in de interviews.

#### *Conclusie*

Geconcludeerd kan worden dat verpleegkundigen en geneeskundigen die in penitentiaire inrichtingen werken een duidelijk verhoogde contactfrequentie en -duur hebben in vergelijking met de reguliere zorg. Vooral de frequentie en duur van de contacten is hoog. Tegelijkertijd kan vastgesteld worden dat de leden van de medische teams een hoge

werktevredenheid hebben, een laag niveau van burnout en een hoge bevoegenheid tonen in het werk. Dit geeft aan dat verzwarende omstandigheden niet per definitie belastend zijn. Een verklaring kan in dit geval wellicht gevonden worden in een sterke affiniteit met de doelgroep (die ook een zekere ‘gewenning’ aan de bezwarende aspecten impliceert). Tevens kan de bijzonder positieve manier waarop men over het algemeen het eigen medische team ervaart een belangrijke tegenhanger zijn van de ervaren belasting. Tenslotte is het waarschijnlijk dat de capaciteit van de penitentiaire verpleegkundige zorg hoger is dan in de reguliere zorg.

Deze conclusie kan gegeneraliseerd worden voor de zorg die in goede mate voldoet aan de werkprocessen van de VMZ. De selectie van de locaties heeft echter plaatsgevonden op grond van de (a-priori) opgestelde lijst van werkprocessen. Door een beschrijving te geven van de werkprocessen in de locaties, kunnen de resultaten van dit onderzoek (specifiek van het tijdschrijven) ook als *reality check* beschouwen van de werkelijke gang van zaken. Een aantal afwijkingen van de ideale VMZ-situatie vallen daarbij op. Zo is de toegeleiding van de verpleegkundige naar de arts niet optimaal: slechts in minder dan de helft van de gevallen komt de patiënt op deze manier bij de geneeskundige terecht. Ook komt artsbezoek op cel nog relatief vaak voor. Niet expliciet in de werkprocessen opgenomen, maar wel opvallend is dat de verpleegkundige meestal bij het artsensprekkuur aanwezig is.

Met dit onderzoek zijn voor het eerst de werkomstandigheden binnen de medische teams in penitentiaire inrichtingen in kaart gebracht. De implementatie van de werkprocessen is op dit moment nog in volle gang, en uit de interviews kwam naar voren dat de medische wereld achter de gevangensismuren per saldo aan veel (maatschappelijke en beleidsmatige) veranderingen onderhevig is. Om de effecten van deze veranderingen goed in beeld te houden, is het van belang de werkervaring van de medische teams te blijven monitoren. Idealiter zou dit moeten gebeuren zonder dat dit extra werkzaamheden oplevert (en daarmee de werkbelasting verhoogt). Wellicht is het in de toekomst mogelijk om de contactregistraties automatisch te laten plaatsvinden, via het op steeds meer plekken geïnstalleerde MicroHis. Ook zouden gegevens over het eigen functioneren regelmatig moeten worden teruggekoppeld naar de medische teams zelf. Op deze manier kan de uitzonderlijke balans tussen een hoge werklast en een grote werktevredenheid in stand worden gehouden.



## Literatuur

Bakker DH de, Polder JJ, Sluijs EM, Treurniet HF, Hoeymans N, Hingstman L et al. *Op één lijn: toekomstverkenning eerstelijnszorg 2020*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2005

Berg MJ van den, Kolthof ED, Bakker DH de, Zee J van der. *Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk: de werkbelasting van huisartsen*. Utrecht: NIVEL, 2004

Commissie Van Dinter. *Zorg ingesloten. De organisatie van de medische zorg in de penitentiaire inrichtingen van het gevangeniswezen*. Den Haag: Ministerie van Justitie, Dienst Justitiële Inrichtingen, 1995

Csikszentmihalyi M. *Flow. The psychology of optimal experience*. New York: Harper and Row, 1990

Dienst justitiële inrichtingen sg. *Rapportage van de ontwerpfase van het project "Verantwoorde medische zorg in penitentiaire inrichtingen en de organisatie ervan"*. Den Haag: OBT bv, 2003

Dienst justitiële inrichtingen sg. *Rapportage van de implementatiefase van het project "Verantwoorde medische zorg in penitentiaire inrichtingen en de organisatie ervan"*. Den Haag: OBT bv, 2005

Dillman D. *Mail and Telephone surveys. The total design method*. New York: John Wiley & Sons, 1978

Groenewegen PP, Bakker DH de, Velden J van der. *Nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk: basisrapport: verrichtingen in de huisartspraktijk*. Utrecht: NIVEL, 1992

Inspectie voor de gezondheidszorg. *Zorg achter tralies: een onderzoek naar kwaliteitsaspecten van de gezondheidszorg in penitentiaire inrichtingen*. Den Haag: Inspectie voor de Gezondheidszorg, 1999

Kenens R, Hingstman L. *Cijfers uit de registratie van huisartsen: peiling 2004*. Utrecht: NIVEL, 2004

Landeweerd J, Boumans N, Nissen J. *Arbeidsvoldoening bij verplegenden en verzorgenden. De Maastrichtse arbeidssatisfactieschaal voor de gezondheidszorg. Handboek verpleegkundige innovatie.*, 1996

Linden MW van der, Westert GP, Bakker DH de, Schellevis FG. *Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk: klachten en aandoeningen in de bevolking en in de huisartspraktijk*. Utrecht: NIVEL, 2004

Oort M van, Deville W, Bakker D de. *Monitoring huisartsenzorg aan asielzoekers*. Utrecht: NIVEL, 2003

Schaufeli W, Bakker A. *Utrechtse Bevlogenheidschaal (UBES)*. Utrecht: Universiteit Utrecht, Sectie Psychologie van Arbeid, Gezondheid en Organisatie, 2003

Schaufeli W, Salanova M, Gonzalez-Roma V, Bakker A. *The measurement of engagement and burnout: A two sample confirmatory factor analytic approach*. Journal of Happiness Studies, 2002; 3: p.71-92

Schaufeli W, Dierendonck D van. *Utrechtse Burnout Schaal (UBOS)*. Lisse: Swets & Zeitlinger B.V., 2000

Veer AJE de, Francke AL, Poortvliet EP. *De aantrekkelijkheid van het beroep 2003: een peiling onder het Panel Verpleegkundigen en Verzorgenden*. Utrecht: NIVEL, 2004

Veldhoven M van, Meijman T. *Het meten van psychosociale arbeidsbelasting*. Amsterdam: NIA, 1994

Welling BJM, Hutten JBF, Francke AL. *Opzet van het panel verpleegkundigen en verzorgenden: haalbaarheidsstudie*. Utrecht: NIVEL, 2002



## **Bijlagen**

- Bijlage 1    Aanvullende gegevens bij hoofdstuk 4
- Bijlage 2    Onderzoeksmaterialen
- Bijlage 3    Verantwoording score op de 14 werkprocessen van het project VMZ in het Vooronderzoek
- Bijlage 4    Scoreoverzicht vooronderzoek

## Bijlage 1 Aanvullende gegevens bij hoofdstuk 4



Bij paragraaf 4.5.1 Verpleegkundige en geneeskundige activiteiten: totaal aantal uren per gedetineerde per jaar, uitgesplitst voor het niveau waarin aan VMZ wordt voldaan

### Verpleegkundigen

	VMZ=laag			VMZ=hoog		
	%	M	SD	%	M	SD
Bijwonen spreekuur arts	4,3%	1,41	0,65	4,7%	1,64	1,48
Groepsvoorlichting	0,2%	0,06	0,13	0,2%	0,06	0,11
Intake	3,8%	1,24	0,84	2,9%	1,02	0,86
Klachtenafhandeling	0,8%	0,25	0,50	0,4%	0,13	0,19
Medicatie	12,2%	3,97	2,89	7,6%	2,63	2,22
Overleg	10,0%	3,26	1,43	8,0%	2,78	1,12
Overige Patiëntgebonden taken MET patiënt	4,4%	1,45	0,75	3,8%	1,32	0,40
Overige Patiëntgebonden taken ZONDER patiënt	21,1%	6,88	2,66	29,4%	10,20	2,13
Spreekuur	7,8%	2,54	1,43	9,8%	3,38	1,25
Visite op cel	4,6%	1,50	1,00	3,4%	1,19	1,13
subtotaal van alle patiëntgebonden taken	69,1%	22,56	6,80	70,3%	24,36	2,96
(Na)scholing	6,4%	2,10	1,45	6,0%	2,07	2,72
Overige Niet-patiëntgebonden taken	12,4%	4,06	2,24	11,3%	3,92	2,13
Pauze	8,0%	2,62	1,01	8,5%	2,96	1,18
Reistijd binnen inrichting	2,1%	0,68	0,55	2,3%	0,79	0,50
Reistijd tussen inrichtingen	0,5%	0,17	0,18	1,0%	0,36	0,39
Wachttijd	1,4%	0,44	0,54	0,5%	0,19	0,21
subtotaal van alle niet-patiëntgebonden taken	30,9%	10,08	3,64	29,7%	10,29	4,39
<b>Totaal</b>	<b>100,0%</b>	<b>32,64</b>	<b>8,62</b>	<b>100,0%</b>	<b>34,65</b>	<b>6,36</b>

### Geneeskundigen

	VMZ=laag			VMZ=hoog		
	%	M	SD	%	M	SD
Intake	0,3%	0,01	0,02	0,0%	0	0,01
Klachtenafhandeling	1,1%	0,04	0,07	1,7%	0,04	0,08
Overleg	11,2%	0,41	0,24	11,6%	0,27	0,3
Overige Patiëntgebonden taken MET patiënt	1,4%	0,05	0,05	0,9%	0,02	0,03
Overige Patiëntgebonden taken ZONDER patiënt	16,2%	0,59	0,55	10,8%	0,25	0,26
Spreekuur	43,3%	1,58	1,07	44,8%	1,04	0,7
Visite op cel	1,6%	0,06	0,06	2,2%	0,05	0,08
subtotaal van alle patiëntgebonden taken	75,1%	2,74	1,38	72,0%	1,67	0,96
(Na)scholing	11,2%	0,41	0,71	10,8%	0,25	0,5
Overige Niet-patiëntgebonden taken	5,8%	0,21	0,25	5,6%	0,13	0,19
Pauze	1,9%	0,07	0,1	2,6%	0,06	0,11
Reistijd binnen inrichting	1,9%	0,07	0,1	4,3%	0,1	0,18
Reistijd tussen inrichtingen	2,5%	0,09	0,15	3,4%	0,08	0,09
Wachttijd	1,6%	0,06	0,05	1,3%	0,03	0,07
subtotaal van alle niet-patiëntgebonden taken	24,9%	0,91	0,8	28,0%	0,65	0,65
<b>Totaal</b>	<b>100,0%</b>	<b>3,65</b>	<b>1,99</b>	<b>100,0%</b>	<b>2,32</b>	<b>1,23</b>

## Bijlage 1 Aanvullende gegevens bij hoofdstuk 4

Bij paragraaf 4.5.2 Verpleegkundige en geneeskundige activiteiten: totaal aantal uren per gedetineerde per jaar, uitgesplitst voor het al dan niet aanwezig zijn van vrouwelijke gedetineerden

### Verpleegkundigen

	alleen mannen (N=15)		mannen en vrouwen (N=1)		alleen vrouwen (N=1)	
	%	M	%	M	%	M
Bijwonen spreekuur arts	4,4%	1,43	7,1%	2,22	4,7%	2,44
Groepsvoorlichting	0,1%	0,04	1,2%	0,38	0,1%	0,06
Intake	3,3%	1,09	0,8%	0,25	4,9%	2,56
Klachtenafhandeling	0,3%	0,11	0,1%	0,03	2,9%	1,49
Medicatie	8,0%	2,62	17,7%	5,58	20,1%	10,47
Overleg	8,9%	2,92	6,1%	1,93	10,4%	5,41
Overige Patiëntgebonden taken MET patiënt	4,2%	1,37	6,3%	1,98	1,8%	0,95
Overige Patiëntgebonden taken ZONDER patiënt	27,1%	8,84	22,4%	7,07	13,8%	7,20
Spreekuur	9,1%	2,96	4,3%	1,36	9,6%	5,00
Visite op cel	3,7%	1,22	3,7%	1,18	6,2%	3,21
subtotaal van alle patiëntgebonden taken	69,3%	22,60	69,7%	21,97	74,4%	38,79
(Na)scholing	6,5%	2,13	7,2%	2,26	2,3%	1,19
Overige Niet-patiëntgebonden taken	11,7%	3,81	10,9%	3,44	13,8%	7,20
Pauze	8,2%	2,69	8,9%	2,81	8,4%	4,40
Reistijd binnen inrichting	2,4%	0,77	2,6%	0,83	0,5%	0,24
Reistijd tussen inrichtingen	0,9%	0,29	0,1%	0,03	0,3%	0,18
Wachttijd	1,0%	0,33	0,6%	0,18	0,2%	0,12
subtotaal van alle niet-patiëntgebonden taken	30,7%	10,03	30,3%	9,55	25,6%	13,33
Totaal	100,0%	32,62	100,0%	31,52	100,0%	52,12

### Geneeskundigen

	alleen mannen (N=15)		mannen en vrouwen (N=1)		alleen vrouwen (N=1)	
	%	M	%	M	%	M
Intake	0,4%	0,01	0,6%	0,05	0,0%	0
Klachtenafhandeling	1,2%	0,03	2,0%	0,16	0,0%	0
Overleg	12,0%	0,3	5,3%	0,42	18,6%	0,82
Overige Patiëntgebonden taken MET patiënt	1,2%	0,03	0,4%	0,03	0,0%	0
Overige Patiëntgebonden taken ZONDER patiënt	12,0%	0,3	6,7%	0,53	41,4%	1,82
Spreekuur	44,0%	1,1	52,8%	4,2	29,3%	1,29
Visite op cel	2,0%	0,05	1,6%	0,13	0,0%	0
subtotaal van alle patiëntgebonden taken	73,2%	1,83	69,3%	5,52	89,1%	3,92
(Na)scholing	9,2%	0,23	26,8%	2,13	0,0%	0
Overige Niet-patiëntgebonden taken	7,2%	0,18	0,3%	0,02	1,4%	0,06
Pauze	2,8%	0,07	1,0%	0,08	0,0%	0
Reistijd binnen inrichting	3,6%	0,09	1,6%	0,13	0,0%	0
Reistijd tussen inrichtingen	2,8%	0,07	0,3%	0,02	9,3%	0,41
Wachttijd	1,6%	0,04	0,8%	0,06	0,0%	0
subtotaal van alle niet-patiëntgebonden taken	27,2%	0,68	30,5%	2,43	10,7%	0,47
Totaal	100,0%	2,51	100,0%	7,96	100,0%	4,39

Bij paragraaf 4.5.3 Verpleegkundige en geneeskundige activiteiten: totaal aantal uren per gedetineerde per jaar, uitgesplitst naar aanwezigheid van HvB regime

### Verpleegkundigen

	Laag (20-50%) N=4			Midden (51-93%) N=4			Hoog (100%) N=9		
	%	M	SD	%	M	SD	%	M	SD
Bijwonen spreekuur arts	3,2%	1,01	0,18	3,3%	1,21	0,94	5,8%	1,91	1,38
Groepsvoorlichting	0,4%	0,12	0,15	0,1%	0,02	0,03	0,1%	0,05	0,12
Intake	2,8%	0,89	0,56	4,6%	1,67	0,70	3,0%	0,98	0,94
Klachtenafhandeling	0,5%	0,17	0,26	1,3%	0,47	0,68	0,2%	0,07	0,10
Medicatie	12,5%	4,00	2,49	12,6%	4,58	4,02	7,1%	2,34	1,65
Overleg	9,8%	3,14	1,32	9,0%	3,29	1,57	8,5%	2,83	1,23
Ov. patiëntgeb. taken met patiënt	3,3%	1,07	0,54	4,3%	1,57	0,90	4,3%	1,44	0,42
Ov. patiëntgeb. taken zonder patiënt	24,4%	7,83	2,86	21,5%	7,84	4,01	28,2%	9,35	2,50
Spreekuur	11,8%	3,80	1,37	8,5%	3,11	1,49	7,7%	2,57	1,29
Visite op cel	2,1%	0,69	0,58	4,4%	1,61	1,07	4,5%	1,50	1,16
totaal patiëntgebonden taken	70,8%	22,72	4,17	69,6%	25,36	9,89	69,4%	23,04	2,34
(Na)scholing	1,6%	0,51	1,00	4,9%	1,79	1,77	8,8%	2,91	2,38
Overige Niet-patiëntgeb. taken	12,4%	3,97	2,11	13,7%	5,00	2,45	10,7%	3,54	2,07
Pauze	11,3%	3,64	1,49	7,2%	2,63	1,19	7,5%	2,50	0,72
Reistijd binnen inrichting	2,0%	0,63	0,44	2,6%	0,94	0,88	2,1%	0,71	0,37
Reistijd tussen inrichtingen	0,7%	0,21	0,21	0,7%	0,24	0,13	0,9%	0,31	0,42
Wachttijd	1,3%	0,42	0,27	1,2%	0,45	0,76	0,6%	0,20	0,25
totaal niet-patiëntgeb. taken	29,2%	9,38	3,12	30,4%	11,06	5,16	30,6%	10,17	4,07
Totaal	100,0%	32,11	7,26	100,0%	36,41	11,57	100,0%	33,21	5,70

### Geneeskundigen

	Laag (20-50%) N=4			Midden (51-93%) N=4			Hoog (100%) N=9		
	%	M	SD	%	M	SD	%	M	SD
Intake	0,7%	0,02	0,03	0,0%	0,00	0,01	0,3%	0,01	0,02
Klachtenafhandeling	2,4%	0,07	0,06	0,0%	0,00	0,00	1,3%	0,04	0,09
Overleg	17,9%	0,53	0,32	16,9%	0,45	0,37	6,5%	0,20	0,14
Overige patiëntgeb. taken MET patiënt	1,7%	0,05	0,06	0,8%	0,02	0,04	0,7%	0,02	0,04
Overige patiëntgeb. taken ZONDER patiënt	14,2%	0,42	0,27	24,4%	0,65	0,82	9,5%	0,29	0,26
Spreekuur	30,4%	0,9	0,19	41,7%	1,11	0,41	51,0%	1,56	1,18
Visite op cel	2,7%	0,08	0,07	1,1%	0,03	0,04	1,6%	0,05	0,07
subtotaal van alle patiëntgeb. taken	69,6%	2,06	0,74	85,3%	2,27	1,44	71,2%	2,18	1,48
(Na)scholing	1,4%	0,04	0,09	5,6%	0,15	0,18	17,3%	0,53	0,77
Overige niet-patiëntgeb.taken	11,5%	0,34	0,3	2,3%	0,06	0,07	4,6%	0,14	0,20
Pauze	6,8%	0,2	0,14	1,1%	0,03	0,05	0,7%	0,02	0,04
Reistijd binnen inrichting	4,4%	0,13	0,13	0,4%	0,01	0,01	3,3%	0,10	0,18
Reistijd tussen inrichtingen	5,1%	0,15	0,09	3,8%	0,10	0,20	1,6%	0,05	0,07
Wachttijd	1,0%	0,03	0,06	1,9%	0,05	0,06	1,6%	0,05	0,07
subtotaal van alle niet-patiëntgebonden taken	30,1%	0,89	0,58	15,0%	0,40	0,28	29,1%	0,89	0,88
Totaal	100,0%	2,95	1,28	100%	2,67	1,66	100%	3,06	2,05

## Bijlage 1 Aanvullende gegevens bij hoofdstuk 4

Bij paragraaf 4.5.4 Verpleegkundige en geneeskundige activiteiten: totaal aantal uren per gedetineerde per jaar, uitgesplitst naar capaciteit inrichting

### Verpleegkundigen

	klein (N=6)			midden (N=6)			groot (N=5)		
	%	M	SD	%	M	SD	%	M	SD
Bijwonen spreekuur arts	6,0%	2,27	1,57	3,1%	1,03	0,61	4,3%	1,26	0,57
Groepsvoorlichting	0,0%	0,01	0,02	0,2%	0,06	0,12	0,4%	0,12	0,17
Intake	2,0%	0,76	1,05	4,7%	1,56	0,69	3,5%	1,03	0,56
Klachtenafhandeling	0,7%	0,27	0,60	0,3%	0,10	0,11	0,7%	0,20	0,21
Medicatie	8,8%	3,29	3,66	9,4%	3,16	2,42	11,4%	3,34	1,48
Overleg	8,2%	3,07	1,64	9,0%	3,01	1,22	10,0%	2,94	1,04
Ov. patiëntgeb. taken met patiënt	3,6%	1,37	0,35	3,6%	1,20	0,45	5,5%	1,62	0,89
Ov. patiëntgeb. taken zonder patiënt	29,2%	10,96	2,46	26,0%	8,72	1,99	19,6%	5,76	1,48
Spreekuur	9,0%	3,40	1,69	9,2%	3,09	1,22	8,1%	2,37	1,13
Visite op cel	3,4%	1,26	1,05	4,9%	1,65	1,43	3,5%	1,04	0,42
totaal patiëntgebonden taken	71,0%	26,66	6,34	70,4%	23,58	3,43	67,1%	19,66	1,89
(Na)scholing	6,4%	2,39	2,38	6,4%	2,14	2,53	5,7%	1,66	1,75
Overige niet-patiëntgeb. taken	11,8%	4,42	2,72	11,2%	3,77	1,93	12,8%	3,74	1,89
Pauze	7,6%	2,84	0,91	8,8%	2,94	1,56	8,8%	2,58	0,73
Reistijd binnen inrichting	1,9%	0,71	0,58	1,8%	0,60	0,24	3,3%	0,96	0,68
Reistijd tussen inrichtingen	1,4%	0,51	0,37	0,5%	0,17	0,25	0,3%	0,10	0,11
Wachttijd	0,1%	0,05	0,06	0,9%	0,31	0,26	2,1%	0,61	0,60
totaal niet-patiëntgeb. taken	29,0%	10,91	4,50	29,6%	9,92	3,56	32,9%	9,65	4,40
Totaal	100,0%	37,57	8,55	100,0%	33,50	6,90	100,0%	29,31	4,21

### Geneeskundigen

	klein (N=6)			midden (N=6)			groot (N=5)		
	%	M	SD	%	M	SD	%	M	SD
Intake	0,0%	0,00	0,00	0,0%	0,00	0,00	0,8%	0,03	0,02
Klachtenafhandeling	1,6%	0,04	0,10	0,4%	0,01	0,03	1,8%	0,07	0,08
Overleg	13,0%	0,32	0,28	11,4%	0,29	0,37	10,5%	0,42	0,16
Overige patiëntgebonden taken MET patiënt	0,4%	0,01	0,02	1,2%	0,03	0,05	1,3%	0,05	0,05
Overige patiëntgeb. taken ZONDER patiënt	15,0%	0,37	0,72	16,5%	0,42	0,22	10,5%	0,42	0,29
Spreekuur	51,2%	1,26	0,71	37,8%	0,96	0,51	44,0%	1,76	1,38
Visite op cel	0,4%	0,01	0,03	2,0%	0,05	0,08	2,8%	0,11	0,04
subtotaal van alle patiëntgeb. taken	81,7%	2,01	1,25	69,7%	1,77	0,90	71,5%	2,86	1,58
(Na)scholing	6,1%	0,15	0,35	11,0%	0,28	0,54	14,5%	0,58	0,87
Overige niet-patiëntgeb. taken	1,2%	0,03	0,05	11,8%	0,30	0,24	4,3%	0,17	0,25
Pauze	0,0%	0,00	0,00	2,8%	0,07	0,10	3,8%	0,15	0,12
Reistijd binnen inrichting	3,7%	0,09	0,23	2,0%	0,05	0,05	3,0%	0,12	0,11
Reistijd tussen inrichtingen	6,1%	0,15	0,16	2,0%	0,05	0,08	1,0%	0,04	0,07
Wachttijd	1,2%	0,03	0,08	1,2%	0,03	0,04	2,0%	0,08	0,04
subtotaal van alle niet-patiëntgeb. taken	18,7%	0,46	0,67	30,3%	0,77	0,58	28,5%	1,14	0,87
Totaal	100%	2,47	1,44	100%	2,54	1,12	100%	4,00	2,39

## **Bijlage 2   Onderzoeksmaterialen**

**Bijlage 2.1            Vragenlijst vooronderzoek**

**Bijlage 2.2a            Topic lijst interviews penitentiair verpleegkundigen**

**Bijlage 2.2b            Topic lijst interviews penitentiair geneeskundigen**

**Bijlage 2.3a            Formulier tijdschrijven (TS) verpleegkundigen**

**Bijlage 2.3b            Formulier tijdschrijven (TS) geneeskundigen**

**Bijlage 2.4a            Formulier contactregistratie (CR) verpleegkundigen**

**Bijlage 2.4b            Formulier contactregistratie (CR) geneeskundigen**

**Bijlage 2.5a            Vragenlijst verpleegkundigen**

**Bijlage 2.5b            Vragenlijst geneeskundigen**





Drieharingstraat 26  
Postbus 1568  
3500 BN Utrecht  
Telefoon 030 27 29 700

---

**Vooronderzoek werkprocessen medische zorg  
in penitentiaire inrichtingen**

---

## **Toelichting**

De vragen in deze enquête worden gesteld in het kader van een vooronderzoek naar de werkprocessen medische zorg in penitentiaire inrichtingen. Hiermee hopen wij zicht te krijgen op de actuele stand van zaken aangaande medische zorg in penitentiaire inrichtingen.

Graag zien wij de vragenlijst ingevuld door het hoofd van de medische dienst, dan wel degene die het beste overzicht heeft over de organisatie van de medische dienst.

De vragen hebben betrekking op de organisatie van de medische zorg, procedures, reguliere overlegvormen, en taken van penitentiair geneeskundigen en verpleegkundigen in uw inrichting.

Tenzij anders staat aangegeven, dient u bij elke vraag één antwoord aan te kruisen.

Mocht u nog aanvullende opmerkingen hebben in relatie tot de vragen in deze vragenlijst, dan kunt u hiervoor de laatste bladzijde gebruiken.

Graag invullen en terugsturen in bijgaande antwoordenvolp vóór 15 juli.

Inlichtingen bij DJI: 070 3704973

---

**Basisgegevens**


---

Naam inrichting: .....

Deze vragenlijst is ingevuld door:

Naam: .....  
 Functie: .....  
 Telefoon: .....  
 Email: .....

1 Hoe is de medische dienst georganiseerd?

Centrale spreekuren

Spreekuur per gebouw/locatie

Anders nl. ....

2 Kunt u in onderstaand overzicht de personele formatie van de medische dienst invullen?

Naam (ook evt. vacatures aangeven)*	Functie	Geboortedatum	Gemiddeld aantal uren per week	In dienst van DJI
				Ja/nee
				Ja/nee
				Ja/nee
				Ja/nee
				Ja/nee
				Ja/nee
				Ja/nee
				Ja/nee
				Ja/nee
				Ja/nee
				Ja/nee
				Ja/nee
				Ja/nee
				Ja/nee
				Ja/nee

\* indien gehuwd ook meisjesnaam invullen

3 Kunt u in onderstaand overzicht aangeven hoeveel gedetineerden onder de verantwoordelijkheid van uw medische dienst vallen en hoe dat over de producten is verdeeld?

	mannen	vrouwen
HVB		
POI/ZBBI		
HOI/BBI		
PI		
IBA		
FOBA		
BZA		
Totaal		

---

## Organisatie en Procedures

---

De onderstaande vragen hebben betrekking op de organisatie van spreekuren en het vastleggen van procedures.

- 4 Hoe is het spreekuur van de penitentiair verpleegkundige(n) georganiseerd?  
Geen spreekuur, alleen visites op cel  
Spreekuur met afspraken op tijd  
Anders, namelijk: .....
- 5 Hoe vaak per week en hoe lang heeft een penitentiair verpleegkundige gemiddeld zelfstandig spreekuur? ..... keer per week ..... uur directe spreekuurtijd en ..... uur voorbereiding en uitwerking
- 6 Zijn de penitentiair verpleegkundigen verbonden aan vaste units?  
Ja  
Nee  
Anders, namelijk: .....
- 7 Zijn de taken en verantwoordelijkheden van penitentiair verpleegkundigen op papier vastgelegd?  
Ja  
Min of meer  
Nee
- 8 Hoe is het spreekuur van de penitentiair geneeskundigen(en) georganiseerd?  
Geen spreekuur, alleen visite op cel  
Spreekuur met afspraken op tijd  
Anders, namelijk: .....
- 9 Hoe vaak per week en hoe lang heeft een penitentiair geneeskundige gemiddeld spreekuur?  
..... keer per week ..... uur directe spreekuurtijd en ..... uur voorbereiding en uitwerking
- 10 Is de verpleegkundige aanwezig op het artsenspreekuur?  
altijd  
nooit  
soms wel, soms niet
- 11 Staan gedetineerden op naam ingeschreven bij een vaste penitentiair geneeskundige?  
Ja  
Nee  
Anders, namelijk: .....
- 12 Zijn de taken en verantwoordelijkheden van penitentiair geneeskundigen op papier vastgelegd?  
Ja  
Min of meer  
Nee

13 Wie verleent de spoedeisende hulp (Avond-, Nacht en Weekend dienst) buiten kantooruren?  
 Huisartsenpost  
 Samenwerkingsverband regionale PI-artsen  
 Anders, namelijk: .....

14 Zijn voor de volgende activiteiten afspraken en procedures op papier vastgelegd?

**Ja      Min of  
          meer      Nee**

- Intake
- Informatieoverdracht van penitentiair verpleegkundige naar penitentiair geneeskundige
- Verwijzing gedetineerde door penitentiair verpleegkundige naar penitentiair geneeskundige
- Verwijzing gedetineerde door penitentiair verpleegkundige naar andere zorgaanbieders zonder consultatie arts
- Overdracht naar externe zorgaanbieders
- Geneesmiddelenverstrekking (incl. herhaalrecepten)
- Verstrekken van sociaal-medische adviezen
- Aansturing en supervisie penitentiair geneeskundigen
- Inschakelen tolk
- Spoedeisende hulp tijdens kantooruren
- Spoedeisende hulp buiten kantooruren
- Spoedoverleg penitentiair verpleegkundige met penitentiair geneeskundige of psychiater
- Spoedconsult door penitentiair geneeskundige of psychiater
- Zorg in geval van acute psychiatrische problemen
- Zorg in geval van psychische problemen
- Continuïteit van zorg (ketenzorg)
- Medische/verpleegkundige verslaglegging
- Collectieve preventieve gezondheidsvoorlichting
- Voorkomen verspreiding besmettelijke ziekten

---

**Intake**

---

15 Bij wie vindt een intake door een penitentiair verpleegkundige plaats?  
 Standaard bij alle nieuw gedetineerden  
 Bij een deel van de gedetineerden, namelijk bij: .....  
 .....  
 Anders, namelijk: .....  
 .....

16 Bij wie vindt een intake door een penitentiair geneeskundige plaats?  
 Standaard bij alle nieuw gedetineerden  
 Bij degenen waarvoor de arts dit nodig acht  
 Bij degenen die worden voorgedragen door de penitentiair verpleegkundige op basis van de verpleegkundige intake  
 Anders, namelijk: .....  
 .....



- Adviseren mantelzorg
- Waarborgen continuïteit van zorg, intern
- Waarborgen continuïteit van zorg, extern

---

## Overleg en samenwerking

---

Overlegvormen kunnen verschillen tussen instellingen. In onderstaande tabel kunt u aangeven welke overleggen er regulier plaatsvinden in uw inrichting met óf verpleegkundigen óf artsen, zowel intern als extern.

19 Wie overleggen **regulier**, op **vaste tijden** met elkaar?

Overleg partners	Frequentie in uren	Voornaamste onderwerp
Verpleegkundige(n) met geneeskundig(en)	.....uur per week .....uur per maand niet van toepassing	bespreking van patiënten organisatorische zaken afspraken over beleid/procedures .....
Verpleegkundigen onderling	.....uur per week .....uur per maand niet van toepassing	bespreking van patiënten organisatorische zaken afspraken over beleid/procedures .....
Geneeskundigen onderling	.....uur per week .....uur per maand niet van toepassing	bespreking van patiënten organisatorische zaken afspraken over beleid/procedures .....
Detentieberaad <sup>1</sup> met: PIW verpleegkundige(n) geneeskundige psycholoog arbeidskundige sportinstructeur .....	.....uur per week .....uur per maand niet van toepassing	bespreking van gedetineerden organisatorische zaken afspraken over beleid/procedures .....
PMO (multidisciplinair) geneeskundige verpleegkundige(n) psycholoog psychiater op afroep .....	.....uur per week .....uur per maand niet van toepassing	bespreking van patiënten organisatorische zaken afspraken over beleid/procedures .....
Ander overleg: ..... ..... ..... ..... .....	.....per week, of .....per maand, of anders, nl ..... per ..... niet van toepassing	bespreking van patiënten organisatorische zaken afspraken over beleid/procedures .....

<sup>1</sup> Of vergelijkbaar overleg in de inrichting met zowel medisch als niet-medisch personeel

**Heeft u nog opmerkingen en/of aanvullingen?**

**Einde vragenlijst.  
Wilt u hem in de bijgevoegde antwoordenvolop retourneren.  
Een postzegel is niet nodig.  
Hartelijk dank voor uw medewerking!**



## **Bijlage 2.2a      Topic lijst interviews penitentiair verpleegkundigen**

Planning: 60 minuten (45 min en 15 uitloop), uitwerking 21/2 uur.

Doel: In kaart brengen van de plaatselijke situatie waarbij de organisatie van de medische dienst en inhoud van de zorgverlening een speerpunt vormen.  
Inzicht verkrijgen in subjectieve factoren die penitentiair verpleegkundigen ervaren inzake werkbelasting

Vooraf:

- verslaglegging en autorisatie bespreken.

### **Voorbereiding**

Inzicht hebben in de specifieke kenmerken van de penitentiaire locatie en specifieke kenmerken van de gedetineerden

- Vooronderzoek bekijken. Per inrichting de uitkomsten uitdraaien
- Verschillende regime / producten:.....
- Aantal gedetineerden per regime.....
- Samenstelling populatie (doelgroep, geslacht etc).....
- Aantal gedetineerden per cel (2 op 1 cel?).....
- Structuur en grootte medische dienst (1 medische dienst per PI of meerdere? Of één medische dienst voor diverse vestigingen, afdelingen, locaties)

### **Organisatie van de Medische dienst**

#### **Algemeen**

Verschillende regimes?  
BZA, VBA, observatiecel, isoleercel aanwezig?  
Spreekuur (organisatie, werkwijze, hoe vaak, tijdsduur)  
Visite op cel (indicatie, welke werkzaamheden)  
Toegeleiding

#### **Kerntaken**

Wat zijn de belangrijkste kerntaken van de verpleegkundigen per regime?  
Ervaart u knelpunten of bijzonderheden t.a.v. deze kerntaken?  
Hoe ervaart u het om als verpleegkundige bij het artsenspreekuur aanwezig te zijn?  
Welke activiteiten voert de verpleegkundige uit indien zij bij het artsenspreekuur aanwezig is?

#### **Medische dienst / samenwerking**

Wat loopt er nu juist heel goed bij deze medische dienst?  
Wat ervaart u als knelpunten ten aanzien van deze medische dienst?

#### **Zijn er bijzonderheden of knelpunten te noemen t.a.v. :**

- Samenwerking ((huis)artsen, andere verpleegkundigen, andere disciplines)
- Samenwerking en doorverwijzing naar reguliere gezondheidszorg
- Afstemming werkzaamheden vpk en (huis)arts

**Doelgroep**

Wat typeert volgens u het werken met deze doelgroep, gedetineerden?

Welk type hulpvragen / problematiek zijn typerend voor uw inrichting (specifieke hulpvraag, zelfzorg achterstand, etc)?

**Veranderingen / bijzonderheden**

Veranderingen binnen DJI of deze PI die van invloed zijn op de werklast?

Zijn er bijzonderheden, discussies die momenteel spelen en van invloed zijn op uw werk?

**Werkbeleving**

Hoe ervaart u de werklast tav werkzaamheden voor de verschillende regiems?

Hoe ervaart u de werkdruk?

Op welke momenten of tijdens welke situaties?

**Zijn er werkzaamheden waar u niet aan toe komt? Zo ja, welke?**

Zijn er werkzaamheden in het huidige takenpakket die u als oneigenlijk beschouwt?  
(reden oneigenlijk, tijd)

Welke werkzaamheden ervaart u als meest belastend?

**Welke factoren zijn met name bepalend voor de duur van het consult?**

Welke factoren maken voor u een consult belastend?

**Wat maakt dat het voor u prettig is om hier te werken?**

Wat zijn minder prettige kanten om hier te werken?

**Welke factoren zijn van negatieve invloed op de werklast?**

Wat ervaart u als positieve factoren t.a.v. werkdruk?

**Wat heeft u nodig om goed te kunnen functioneren in uw werk?**

Wat ziet u als uitdagingen in uw werk?

**Afsluiting**

Zijn er nog belangrijke zaken die nu nog niet besproken zijn?

Zo ja, welke?

## **Bijlage 2.2b      Topic lijst interviews penitentiair geneeskundigen**

Planning: 60 minuten (45 min en 15 uitloop), uitwerking 21/2 uur.

Doel: In kaart brengen van de plaatselijke situatie waarbij de organisatie van de medische dienst en inhoud van de zorgverlening een speerpunt vormen.  
Inzicht verkrijgen in subjectieve factoren die penitentiair geneeskundigen ervaren inzake werkbelasting

Vooraf:

- O      verslaglegging en autorisatie bespreken.

### **Voorbereiding**

Inzicht hebben in de specifieke kenmerken van de penitentiaire locatie en specifieke kenmerken van de gedetineerden

- O      Vooronderzoek bekijken. Per inrichting de uitkomsten uitdraaien
- O      Verschillende regime / producten:.....
- O      Aantal gedetineerden per regime.....
- O      Samenstelling populatie (doelgroep, geslacht etc).....
- O      Aantal gedetineerden per cel (2 op 1 cel?).....
- O      Structuur en grootte medische dienst (1 medische dienst per PI of meerdere? Of één medische dienst voor diverse vestigingen, afdelingen, locaties)

### **Organisatie van de Medische dienst**

#### **Algemeen**

Verschillende regimes?

BZA, VBA, observatiecel, isoleercel aanwezig?

Spreekuur (organisatie, tijden, vpk aanwezig)

Visite op cel

Bereikbaarheidsdienst tijdens kantooruren (bijzonderheden tav buiten kantooruren?)

#### **Kerntaken**

Wat zijn de belangrijkste kerntaken van (huis)artsen per regime?

Ervaart u knelpunten of bijzonderheden t.a.v. deze kerntaken?

Hoe ervaart u de aanwezigheid van een verpleegkundige bij het artsenspreekuur?

#### **Medische dienst / samenwerking**

Wat loopt er nu juist heel goed bij deze medische dienst?

Wat ervaart u als knelpunten ten aanzien van deze medische dienst?

#### **Zijn er bijzonderheden of knelpunten te noemen t.a.v. :**

- O      Samenwerking (verpleegkundigen, andere (huis)artsen, andere disciplines)
- O      Samenwerking en doorverwijzing naar reguliere gezondheidszorg
- O      Afstemming werkzaamheden in PI en andere werkzaamheden (eigen praktijk, GGD, etc)
- O      Afstemming werkzaamheden verpleegkundige en (huis)arts

**Doelgroep**

Wat typeert volgens u het werken met deze doelgroep, gedetineerden?

Welk type hulpvragen / problematiek zijn typerend voor uw inrichting (specifieke hulpvraag, zelfzorg achterstand, etc)?

**Veranderingen / bijzonderheden**

Veranderingen binnen DJI of deze PI die van invloed zijn op de werklust?

Zijn er bijzonderheden, discussies die momenteel spelen en van invloed zijn op uw werk?

**Werkbeleving**

Hoe ervaart u de werklust t.a.v. werkzaamheden voor de verschillende regiems?

Hoe ervaart u de werkdruk?

Op welke momenten of tijdens welke situaties?

**Zijn er werkzaamheden waar u niet aan toe komt? Zo ja, welke?**

Zijn er werkzaamheden in het huidige takenpakket die u als oneigenlijk beschouwt?  
(reden oneigenlijk, tijd)

Welke werkzaamheden ervaart u als meest belastend?

**Welke factoren zijn met name bepalend voor de duur van het consult?**

Welke factoren maken voor u een consult belastend?

**Wat maakt dat het voor u prettig is om hier te werken?**

Wat zijn minder prettige kanten om hier te werken/

**Welke factoren zijn van negatieve invloed op de werklust?**

Wat ervaart u als positieve factoren tav werkdruk?

**Wat heeft u nodig om goed te kunnen functioneren in uw werk?**

Wat ziet u als uitdagingen in uw werk?

**Afsluiting**

Zijn er nog belangrijke zaken die nu nog niet besproken zijn?

Zo ja, welke?

CODE VERPLEEGKUNDIGE:

---

## Tijdschrijven verpleegkundigen

Monitoring werkbelasting medische teams in penitentiaire inrichtingen

---

In dit boekje vindt u tijdschrijf-formulieren voor twee weken,  
d.w.z. 10 werkdagen (2 maal maandag t/m vrijdag)



NIVEL  
Drieharingstraat 26  
Postbus 1568  
3500 BN Utrecht

Onderzoekers:  
Daniëlle de Jongh, Telefoon 030-2729685  
Hans te Brake, Telefoon 030-2729854

## Tijdschrijven verpleegkundigen

Om een volledig beeld te krijgen van de dagelijkse tijdbesteding van penitentiair verpleegkundigen willen wij u vragen gedurende twee weken uw dagelijkse tijdsbesteding bij te houden. Het gaat hierbij om de doordeweekse dagen (maandag t/m vrijdag). In dit boekje zijn de tijdschrijf-formulieren voor deze twee weken gebundeld.

Het gaat in de registratie om uw feitelijke tijdsbesteding. Het is belangrijk dat u elke dag dat u in de registratieperiode werkt, het tijdschrijfformulier invult.

Op het tijdschrijfformulier kunt u elke dag per kwartier uw werkzaamheden registreren. Het is de bedoeling dat u daarbij steeds slechts één code invult. Kies daarbij voor uw belangrijkste bezigheid gedurende dit kwartier. Op de volgende pagina vindt u een overzicht van de te gebruiken codes.

Indien u regelmatig taken verricht die (veel) minder tijd in beslag nemen dan een kwartier, kunt u de activiteiten voor de ochtend en de middag groeperen. Het gaat er namelijk niet om hoe laat de activiteit precies plaatsvindt, maar om de hoeveelheid tijd die u dagelijks per activiteit kwijt bent.

Het gaat om uw werkzaamheden waarvoor geldt dat deze plaatsvinden van maandag tot en met vrijdag. Ook werkzaamheden tijdens eventuele avonddienst vragen wij u te registreren tot 21:00 uur. Indien u ook na 21:00 uur nog werkzaam bent kunt u zelf de eindtijd van uw dienst op het formulier invullen. Alleen in dit laatste geval is het mogelijk meerdere codes in één hokje in te vullen.

Indien u naast uw verpleegkundige werkzaamheden ook werkzaam bent als coördinator of hoofd van de medische dienst, kunt u die werkzaamheden registreren bij Overige Niet- patiëntgebonden taken (code ON).

Indien u in de registratieperiode een cursus volgt voor de DJI, vragen wij u dit ook te registreren (code N).

Op pagina 4 vindt u een voorbeeld van een ingevuld registratieformulier van een volledige werkdag.

Mocht u vragen hebben over dit onderzoek, dan kunt u contact opnemen met de onderzoekers, op de voorblad van het tijdschrijfformulier vermeld.

**ALVAST ONZE HARTELIJKE DANK VOOR UW MEDEWERKING!!**

## Overzicht te gebruiken codes:

- B** **Bijwonen spreekuur arts.** De periode dat u aanwezig bent bij het artsenspreekuur, onafhankelijk van de werkzaamheden die u uitvoert.
- G** **Groepsvoorlichting**
- I** **Intake.** Alle medische en administratieve activiteiten (ook overdracht) die een intake met zich meebrengt, alsmede het opvragen van informatie bij externe behandelaars en/of instellingen, vorige detentie.
- K** **Klachtenafhandeling.** Alle werkzaamheden als gevolg van het indienen van een klacht door een gedetineerde.
- M** **Medicatie.** Alle werkzaamheden betreffende geneesmiddelenverstrekking. Zoals bestellen, uitzetten, controleren en verstrekken.
- N** **(Na)scholing.** Volgen van scholing dan wel cursussen voor de DJI.
- O** **Overleg.** Patiëntgerelateerde overlegvormen. Bijvoorbeeld gedetineerdenoverleg, patiëntenbespreking n.a.v. spreekuur, etc.
- P** **Pauze**
- RB** **Reistijd binnen de inrichting.** De tijd benodigd om van de ene plek binnen de inrichting naar de andere te komen.
- RT** **Reistijd tussen inrichtingen.** De tijd benodigd om van de ene inrichting naar de andere inrichting te komen. Niet altijd van toepassing.
- S** **Spreekuur.** Alle werkzaamheden die tijdens het verpleegkundig spreekuur uitgevoerd worden. Denk aan probleemverheldering, individuele voorlichting, begeleiding, verpleegkundige controles, etc.
- V** **Visite op cel.** Ook bezoek aan BZA, ISO (isoleercel), etc.
- W** **Wachttijd.** Tijd die in het teken staat van wachten. U kunt geen andere werkzaamheden uitvoeren.
  
- OPM** **Overige patiëntgebonden taken met patiënt aanwezig.** Coördinatie en continuïteit van zorg. Bijvoorbeeld contacten met gedetineerden die buiten het spreekuur vallen, uitvoeren van verpleegkundige zorg en handelingen, spoedgevallen, ondersteunen van zorgaanbieders (bijvoorbeeld tandarts, optometrist, LAB.), etc.
- OPZ** **Overige patiëntgebonden taken zonder patiënt aanwezig.** Coördinatie en continuïteit van zorg. Bijvoorbeeld overdracht bij ontslag en overplaatsing, dossier werkzaamheden, regelen van transport, (telefonisch dan wel lijfelijk) contact met andere disciplines betreffende gedetineerden, uitwerken van het artsen- dan wel verpleegkundig spreekuur, administratief ondersteunen van zorgaanbieders (bijvoorbeeld tandarts, optometrist, LAB etc.), etc.
- ON** **Overige niet-patiëntgebonden taken.** Bijvoorbeeld niet-patiëntgerelateerde overlegvormen, het bijhouden van literatuur, OR werkzaamheden, algemene administratie of e-mail, begeleiding stagiaires, managementtaken, etc.

TIJD	CODE
6:45	P
7:00	O
7:15	O
7:30	S
7:45	S
8:00	S
8:15	OPZ
8:30	↓
8:45	↓
9:00	M
9:15	
9:30	
9:45	
10:00	
10:15	
10:30	
10:45	○
11:00	↓
11:15	
11:30	
11:45	↓
12:00	P
12:15	P
12:30	B
12:45	
13:00	
13:15	↓
13:30	OPZ
13:45	
14:00	
14:15	↓
14:30	ON
14:45	
15:00	
15:15	↓
15:30	P
15:45	
16:00	
16:15	
16:30	
16:45	

TIJD	CODE
17:00	
17:15	
17:30	
17:45	
18:00	
18:15	
18:30	
18:45	
19:00	
19:15	
19:30	
19:45	
20:00	
20:15	
20:30	
20:45	
21:00 -	
.....	

### Tijdschrijfformulier Penitentiair VERPLEEGKUNDIGE

VOORBEELD

DATUM: VRIJDAG   2005

VOORBEELD

Code verpleegkundige

VOORBEELD

#### CODES (vul in elk hokje slechts één code in):

- B Bijwonen spreekuur arts
- G Groepsvoorlichting
- I Intake
- K Klachtenafhandeling
- M Medicatie
- N (Na)scholing
- O Overleg
- P Pauze
- RB Reistijd binnen inrichting
- RT Reistijd tussen inrichtingen
- S Spreekuur
- V Visite op cel
- W Wachtijd

OPM Overige Patiëntgebonden taken met patiënt

OPZ Overige Patiëntgebonden taken zonder patiënt

ON Overige Niet patiëntgebonden taken

In het begin van dit boekje vindt u een uitgebreide uitleg over deze codes en de manier waarop dit formulier ingevuld wordt.

#### Toelichting op dit voorbeeld:

Dit formulier werd vrijdag 28 januari 2005 ingevuld door een verpleegkundige met code 3.

De werkdag begon om 7:00 met een patiëntenoverleg dat duurde tot 7:30. Daarna volgde een verpleegkundig spreekuur tot 8:15. Van 8:15 tot en met 9:00 houdt de verpleegkundige zich bezig met het afhandelen van het verpleegkundig spreekuur. Zij regelt medische zaken t.b.v. een overplaatsing en heeft telefonisch contact met PIW'ers. Van 9:00 tot 10:45 verwerkt zij alle medicatiewijzigingen. Van 10:45 tot 12:00 woonde deze verpleegkundige het gedetineerdenoverleg bij. Daarna een halfuur pauze. Van 12:30 tot 13:30 woont zij het artsenspreekuur bij, gevolgd door een uur waarin zij transport organiseert voor gedetineerden i.v.m. afspraken bij specialisten. Van 14:30 tot 15:30 is zij bezig met algemene administratie ten behoeve van de inrichting. Om 15:30 werd de werkdag beëindigd.



TIJD	CODE
6:45	
7:00	
7:15	
7:30	
7:45	
8:00	
8:15	
8:30	
8:45	
9:00	
9:15	
9:30	
9:45	
10:00	
10:15	
10:30	
10:45	
11:00	
11:15	
11:30	
11:45	
12:00	
12:15	
12:30	
12:45	
13:00	
13:15	
13:30	
13:45	
14:00	
14:15	
14:30	
14:45	
15:00	
15:15	
15:30	
15:45	
16:00	
16:15	
16:30	
16:45	

TIJD	CODE
17:00	
17:15	
17:30	
17:45	
18:00	
18:15	
18:30	
18:45	
19:00	
19:15	
19:30	
19:45	
20:00	
20:15	
20:30	
20:45	
21:00 - .....	

**Tijdschrijfformulier Penitentiair VERPLEEGKUNDIGE**

DATUM: MAANDAG   2005

Code verpleegkundige:

**CODES (vul in elk hokje slechts één code in):**

- B Bijwonen spreekuur arts
- G Groepsvoorlichting
- I Intake
- K Klachtenafhandeling
- M Medicatie
- N (Na)scholing
- O Overleg
- P Pauze
- RB Reistijd binnen inrichting
- RT Reistijd tussen inrichtingen
- S Spreekuur
- V Visite op cel
- W Wachtijd

- OPM Overige Patiëntgebonden taken met patiënt
- OPZ Overige Patiëntgebonden taken zonder patiënt
- ON Overige Niet patiëntgebonden taken

In het begin van dit boekje vindt u een uitgebreide uitleg over deze codes en de manier waarop dit formulier ingevuld wordt.



CODE GENEESKUNDIGE:

---

## Tijdschrijven geneeskundigen

Monitoring werkbelasting medische teams in penitentiaire inrichtingen

---

In dit boekje vindt u tijdschrijf-formulieren voor twee weken,  
d.w.z. 10 werkdagen (2 maal maandag t/m vrijdag)



NIVEL  
Drieharingstraat 26  
Postbus 1568  
3500 BN Utrecht

Onderzoekers:  
Daniëlle de Jongh, Telefoon 030-2729685  
Hans te Brake, Telefoon 030-2729854

## Tijdschrijven geneeskundigen

Om een volledig beeld te krijgen van de dagelijkse tijdbesteding van penitentiair geneeskundigen willen wij u vragen gedurende twee weken uw dagelijkse tijdbesteding bij te houden. Het gaat om uw werkzaamheden waarvoor geldt dat deze plaatsvinden van maandag tot en met vrijdag, tussen 7:45 en 17:00 uur. In dit boekje zijn de tijdschrijf-formulieren voor twee weken gebundeld.

Het gaat in de registratie om uw feitelijke tijdbesteding. Het is belangrijk dat u elke dag dat u in de registratieperiode werkt, het tijdschrijfformulier invult.

Op het tijdschrijfformulier kunt u elke dag per kwartier uw werkzaamheden registreren. Het is de bedoeling dat u daarbij steeds slechts één code invult. Kies daarbij voor uw belangrijkste bezigheid gedurende dit kwartier. Op de volgende pagina vindt u een overzicht van de te gebruiken codes.

Indien u regelmatig taken verricht die (veel) minder tijd in beslag nemen dan een kwartier, kunt u de activiteiten voor de ochtend en de middag groeperen. Het gaat er namelijk niet om hoe laat de activiteit precies plaatsvindt, maar om de hoeveelheid tijd die u dagelijks per activiteit kwijt bent.

Avond-, Nacht- en Weekenddiensten (ANW) van geneeskundigen worden in dit onderzoek niet meegenomen. Indien u ook na 17:00 uur nog werkzaam bent kunt u zelf de eindtijd van uw dienst op het formulier invullen. Alleen in dit laatste geval is het mogelijk meerdere codes in één hokje in te vullen.

Indien u naast uw geneeskundige werkzaamheden ook werkzaam bent als coördinator of hoofd van de medische dienst, kunt u die werkzaamheden registreren bij Overige Niet- patiëntgebonden taken (code ON).

Indien u in de registratieperiode een cursus volgt voor de DJI, vragen wij u dit ook te registreren (code N).

Op pagina 3 vindt u een voorbeeld van een ingevuld registratieformulier van een volledige werkdag.

Mocht u vragen hebben over dit onderzoek, dan kunt u contact opnemen met de onderzoekers, op de voorblad van het tijdschrijfformulier vermeld.

**ALVAST ONZE HARTELIJKE DANK VOOR UW MEDEWERKING!!**

## Overzicht te gebruiken codes:

- A** **Achterwacht/bereikbaarheidsdienst.** Periode van de dag dat u niet aanwezig bent in de P.I. maar wel bereikbaar bent. Maandag tot en met vrijdag (tussen 7:45 en 17:00 uur).
- I** **Intake.** Alle medische en administratieve werkzaamheden (ook overdracht) die een intake met zich meebrengt.
- K** **Klachtenafhandeling.** Alle werkzaamheden als gevolg van het indienen van een klacht door een gedetineerde.
- N** **(Na)scholing.** Volgen van scholing dan wel cursussen voor de DJI.
- O** **Overleg.** Patiëntgerelateerde overlegvormen. Bijvoorbeeld gedetineerdenoverleg, patiëntenbespreking n.a.v. spreekuur, etc.
- P** **Pauze**
- RB** **Reistijd binnen de inrichting.** De tijd benodigd om van de ene plek binnen de inrichting naar de andere te komen.
- RT** **Reistijd tussen de inrichtingen.** De tijd benodigd om van de ene inrichting naar de andere inrichting te komen. Niet altijd van toepassing.
- S** **Spreekuur.** Alle werkzaamheden die tijdens het spreekuur uitgevoerd worden. Inclusief het (telefonisch) adviseren van de verpleegkundige tijdens achterwachtdienst indien ook daadwerkelijk een hulpvraag behandeld wordt (tussen 7:45 - 17:00 uur).
- V** **Visite op cel.** Ook bezoek aan BZA, ISO (Isoleercel), etc.
- W** **Wachttijd.** Tijd die in het teken staat van wachten. U kan geen andere werkzaamheden uitvoeren.
  
- OPM** **Overige patiëntgebonden taken met patiënt aanwezig.** Bijvoorbeeld contacten met gedetineerden op de medische dienst die buiten het spreekuur vallen, spoedgevallen, etc.
- OPZ** **Overige patiëntgebonden taken zonder patiënt aanwezig.** Bijvoorbeeld schrijven van verwijsbrieven, dossierwerkzaamheden, lezen van lab- en röntgenuitslagen, telefonisch overleg met bijvoorbeeld specialisten of advocaten. Het beoordelen van een gedetineerde aan de hand van het dossier (bijvoorbeeld uitschrijven recepten, consult arts noodzakelijk), etc.
- ON** **Overige niet-patiëntgebonden taken.** Bijvoorbeeld niet-patiëntgerelateerde overlegvormen, het bijhouden van literatuur, managementtaken, algemene administratie of e-mail, OR werkzaamheden, etc.

TIJD	CODE
7:45	P
8:00	P
8:15	O
8:30	
8:45	
9:00	▼
9:15	S
9:30	
9:45	
10:00	
10:15	
10:30	
10:45	
11:00	▼
11:15	OPZ
11:30	OPZ
11:45	OPZ
12:00	ON
12:15	P
12:30	P
12:45	I
13:00	
13:15	▼
13:30	A
13:45	
14:00	
14:15	
14:30	
14:45	
15:00	
15:15	
15:30	
15:45	
16:00	
16:15	
16:30	
16:45	▼
17:00- .....	P

### Tijdschrijfformulier Penitentiair GENEESKUNDIGE

VOORBEELD

DATUM: VRIJDAG   2005

VOORBEELD

Code geneeskundige:

VOORBEELD

#### CODES (vul in elk hokje slechts één code in):

A Achterwacht- of bereikbaarheidsdienst

I Intake

K Klachtenafhandeling

N (Na)scholing

O Overleg

P Pauze

RB Reistijd binnen inrichting

RT Reistijd tussen inrichtingen

S Spreekuur

V Visite op cel

W Wachttijd

OPM Overige Patiëntgebonden taken met patiënt

OPZ Overige Patiëntgebonden taken zonder patiënt

ON Overige Niet-patiëntgebonden taken

In het begin van dit boekje vindt u een uitgebreide uitleg over deze codes en de manier waarop dit formulier ingevuld wordt.

#### Toelichting op dit voorbeeld:

Dit formulier werd vrijdag 28 januari 2005 ingevuld door geneeskundige met code 1.

De werkdag van de geneeskundige begon om 8:15, met een patiëntenoverleg dat duurde tot 9:15. Daarna volgde een spreekuur tot 11:15. Van 11:15 tot 12:00 hield deze geneeskundige zich bezig met het schrijven van verwijsbrieven. Daarna een kwartier lezen van binnengekomen e-mail. Van 12:15 tot 12:45 pauze, gevolgd door drie kwartier (schriftelijk) geneeskundige intakes. Van 13:30 tot 17:00 was de geneeskundige niet meer aanwezig in de P.I maar had achterwachtendienst. Om 17:00 werd de werkdag beëindigd.

TIJD	CODE
7:45	
8:00	
8:15	
8:30	
8:45	
9:00	
9:15	
9:30	
9:45	
10:00	
10:15	
10:30	
10:45	
11:00	
11:15	
11:30	
11:45	
12:00	
12:15	
12:30	
12:45	
13:00	
13:15	
13:30	
13:45	
14:00	
14:15	
14:30	
14:45	
15:00	
15:15	
15:30	
15:45	
16:00	
16:15	
16:30	
16:45	
17:00- .....	

## Tijdschrijfformulier Penitentiair GENEESKUNDIGE

DATUM: MAANDAG   2005

Code geneeskundige:

**CODES (vul in elk hokje slechts één code in):**

- A Achterwacht- of bereikbaarheidsdienst
- I Intake
- K Klachtenafhandeling
- N (Na)scholing
- O Overleg
- P Pauze
- RB Reistijd binnen inrichting
- RT Reistijd tussen inrichtingen
- S Spreekuur
- V Visite op cel
- W Wachtijd

- OPM Overige Patiëntgebonden taken met patiënt
- OPZ Overige Patiëntgebonden taken zonder patiënt
- ON Overige Niet-patiëntgebonden taken

In het begin van dit boekje vindt u een uitgebreide uitleg over deze codes en de manier waarop dit formulier ingevuld wordt.

Bijlage 2.4a Formulier contactregistratie (CR) verpleegkundigen  
REGISTRATIEFORMULIER PENITENTIAIR VERPLEEGKUNDIGE

	contactdatum:	2005
REGISTRATIENUMMER GEDETINEERDE:		CODE VERPLEEGKUNDIGE:

**ALGEMENE CONTACTGEGEVENS** (kruis steeds één antwoord aan)

duur contact:	type contact:	wijze van binnenkomst:	waren er derden aanwezig bij dit consult?	is er een tolk gebruikt?
1-5 min.	spreekuur	verzoek gedetineerde	nee	ja, via tolkcentrale (telefonisch)
6-10 min.	visite op cel	verzoek PIW	ja, verpleegkundige	ja, professionele tolk was aanwezig
11-15 min.	visite op ISO	verzoek psycholoog	ja, PIW'er	ja, niet-professionele tolk was aanwezig
16-20 min.	intake	vanuit intake	ja, anders, namelijk:	
21-40 min.	spoedeisende hulp	n.a.v. vervolgspraak	.....	nee, niet gelukt
langer, nl.:	overige, namelijk:	anders, namelijk:		nee, niet nodig gehad
..... min.	.....	.....		

**CONTACTREDEN EN BEHANDELING**

is er bij dit contact meer dan één hulpvraag behandeld?  
ja    nee

belangrijkste hulpvraag gedetineerde (kruis één antwoord aan):  
geen (directe) hulpvraag (bijvoorbeeld intake)  
chronisch lichamelijke aandoeningen  
(acute) lichamelijke klachten of aandoeningen  
psychische problemen  
sociale problemen  
verslaving  
SOA, HIV/AIDS, andere infecties  
vruchtbaarheid, zwangerschap en bevalling  
screening en preventie

co-morbiditeit /overige problemen gedetineerde  
(indien van toepassing, meerdere antwoorden mogelijk):  
chronisch lichamelijke aandoeningen  
lichamelijke klachten of aandoeningen  
psychische problemen  
sociale problemen  
verslaving  
SOA, HIV/AIDS, andere infecties  
vruchtbaarheid, zwangerschap en bevalling

verrichtingen (meerdere antwoorden mogelijk):

geen  
probleemverheldering  
individuele voorlichting  
medicatie / controle therapietrouw  
begeleiding  
coördinatie en continuïteit van zorg  
verpleegkundige controles  
sociaal medisch advies (SMA)  
medische verrichtingen  
vervolgspraak gemaakt  
(telefonisch) contact gehad met penitentiair geneeskundige  
(telefonisch) contact gehad met andere disciplines

verwijzing (meerdere antwoorden mogelijk):

geen  
penitentiair geneeskundige  
psychiater  
psycholoog  
fysiotherapeut, optometrist, tandarts  
maatschappelijk werk / maatschappelijke dienstverlening  
collega penitentiair verpleegkundige  
medisch specialist  
anders, namelijk: .....

**ERVAREN BELASTING**

verzwarende omstandigheden  
(indien van toepassing, meerdere antwoorden mogelijk):  
agressief gedrag gedetineerde  
dwingend / claimend gedrag gedetineerde  
niet medische (oneigenlijke) hulpvraag  
communicatieprobleem  
culturele verschillen in ziektebeleving  
sterke verwaarlozing

in hoeverre heeft u dit contact als belastend ervaren? (kruis één antwoord aan)

in het geheel niet  
minder dan normaal  
normaal, gemiddeld  
meer dan normaal  
in zeer sterke mate

vond u dat u voldoende tijd beschikbaar had voor dit consult?

ja  
nee

**BIJZONDERHEDEN KUNT U HIERONDER KORT VERMELDEN:**





## INVULINSTRUCTIE REGISTRATIEFORMULIER PENITENTIAIR VERPLEEGKUNDIGE

Wij willen u vragen gedurende 2 weken of 10 werkdagen ieder 'face to face' contact met een gedetineerde zo volledig mogelijk op het registratieformulier in te vullen. Daarbij gaat het om elk contact met een gedetineerde waarvoor geldt dat:

- deze plaatshad tijdens een werkdag (ma t/m vr - eventueel ook tijdens avonden registreren)
- het een hulpvraag of intake betreft dat in het medisch dossier van de gedetineerde is opgenomen

Hieronder vindt u nadere instructie voor de meeste rubrieken op het formulier. Wij gaan er van uit dat de overige rubrieken voor zich zullen spreken.

**contactdatum:** Datum waarop het contact plaats had.

**REGISTRATIENUMMER GEDETEINEERDE** Het unieke identificatienummer van de gedetineerde. Dit nummer staat ook bekend als 'TULP-nummer' of 'detentienummer'. Via dit nummer kunnen een aantal beschrijvende kenmerken (geslacht, geboortedatum, land van herkomst en regime) van de gedetineerde worden achterhaald.

**CODE VERPLEEGKUNDIGE:** Voor aanvang van de registratieperiode wordt aan ieder lid van het medisch team een persoonlijke code toegekend. De code die bij uw naam hoort vindt u op een apart formulier, dat u is toegezonden. De koppeling tussen uw naam en deze code is alleen bij de NIVEL-onderzoekers bekend: wij garanderen uw anonimiteit. Het is van groot belang dat u bij het invullen steeds de juiste code invult.

**! HET IS VAN GROOT BELANG DAT DEZE NUMMERS JUIST WORDEN INGEVULD!  
HET NIVEL WAARBORGT DE CORRECTE ONGANG MET VERTROUWELIJKE  
GEGEVENS (zie toegestuurde 'disclaimer') !**

### ALGEMENE CONTACTGEGEVENS

**duur contact:** Duur van het contact in minuten.

**type contact:** spreekuur: face-to-face contacten met de gedetineerde tijdens het spreekuur; visite op cel: indien u de gedetineerde hebt bezocht in zijn cel; visite op ISO: indien u de gedetineerde hebt bezocht in een isoleercel; intake: verpleegkundige intake waarbij de penitentiair verpleegkundige de gezondheidssituatie en historie van de binnengekomen gedetineerde in kaart brengt; spoedeisende hulp: acute medische hulp (tijdens of na spreekuur, in spreekkamer of op de cel); overige: alle overige face-to-face contacten met gedetineerden die buiten het spreekuur vallen bijv. verpleegkundige controles en individuele voorlichting. Leidraad hierbij is dat het contact leidt tot een aantekening in het medisch dossier van de gedetineerde.

**wijze van binnenkomst:** verzoek gedetineerde: gedetineerde komt zonder tussenkomst van iemand op het spreekuur van de verpleegkundige; n.a.v. vervolgspraak: gedetineerde is al eerder op het spreekuur van de verpleegkundige geweest.

**waren er derden aanwezig bij dit consult?** Geeft u hier aan of er naast u en de gedetineerde nog anderen aanwezig waren bij het consult.

**is er een tolk gebruikt?** Geeft u hier aan of er een tolk gebruikt is. Onder niet-professionele tolk wordt bijvoorbeeld een vertalende PIW'er of medegedetineerde verstaan.

### CONTACTREDEN EN BEHANDELING

**is er bij dit contact meer dan één hulpvraag behandeld?** Indien u meerdere hulpvragen heeft behandeld, kunt u hier 'ja' aankruisen. Indien de gedetineerde in het consult meer

dan één reden heeft voor het aanvragen van een consult, vult bij de volgende vraag alleen de belangrijkste hulpvraag in.

**belangrijkste hulpvraag gedetineerde:** U vult bij dit item de hoofdklacht van de gedetineerde in (zie hierboven). De indeling is gebaseerd op ICPC-clusters.

**co-morbiditeit /overige problemen gedetineerde:** Indien van toepassing kunt u hier alle (achterliggende) problemen van de gedetineerde aangeven die u relevant acht voor de medische zorg.

**verrichtingen:** Het gaat hierbij om handelingen en verrichtingen die in uw eigen spreekkamer plaatsvinden. U kunt meerdere antwoorden aankruisen: sociaal medisch advies: adviezen betreffende arbeidsongeschiktheid, afzondering en geschiktheid voor sport en overige activiteiten; diagnostiek aangevraagd: laboratoriaaanvraag (bloedonderzoek, urineonderzoek, cytologisch onderzoek, faecesonderzoek en ander laboratoriumonderzoek), functieonderzoek (ECG, EEG en andere functieonderzoeken), of diagnostisch onderzoek: (röntgenonderzoek, echoscopisch onderzoek, endoscopisch onderzoek); (telefonisch) contact gehad met geneeskundige of andere disciplines: het gaat hier om de (telefonische) contacten die u tijdens of direct na het contact met de gedetineerde bent aangegaan n.a.v. (één van de) contactred(en).

**verwijzing:** U vult deze rubriek in als u naar aanleiding van het contact besluit de gedetineerde te verwijzen. Het gaat hierbij om het uitschrijven van een verwijzing, waarbij het er voor de registratie niet toe doet of de verwijzing gerealiseerd is. U kunt meerdere antwoorden aankruisen: maatschappelijk werk / maatschappelijke dienstverlening: reclassering valt hier ook onder; medisch specialist: alle tweedelijns specialismen *exclusief* psychiater en psycholoog;

### ERVAREN BELASTENDE ASPECTEN VOOR DIT CONTACT

**verzwarende omstandigheden:** Hier kunt u invullen of er tijdens het contact sprake was van verzwarende omstandigheden (met betrekking tot de hulpverlening). U kunt meerdere antwoorden aankruisen.

**ervaren belasting:** Hier kunt u invullen in hoeverre u dit contact persoonlijk als belastend heeft ervaren, variërend van 'in het geheel niet' tot 'in zeer sterke mate'. Dit kan van dag tot dag, van contact tot contact verschillen; probeert u a.u.b. zo goed mogelijk uw gevoel te omschrijven. Denk daarbij niet te lang na; het gaat om uw eerste reactie.

**vond u dat u voldoende tijd had voor dit consult?:** Ook bij deze vraag gaat het om uw eerste indruk: zou u onder ideale omstandigheden misschien meer tijd hebben besteed aan de hulpvraag van deze gedetineerde?

## REGISTRATIEFORMULIER PENITENTIAIR GENEESKUNDIGE

ingevuld tijdens bereikbaarheidsdienst/achterwacht	contactdatum:			2005
REGISTRATIENUMMER GEDETINEERDE:		CODE GENEESKUNDIGE:		

## ALGEMENE CONTACTGEGEVENS (kruis steeds één antwoord aan)

duur contact:	type contact:	wijze van binnenkomst:	waren er derden aanwezig bij dit consult?	is er een tolk gebruikt?
1-5 min.	spreekuur	verzoek gedetineerde	ja	ja, via tolkcentrale (telefonisch)
6-10 min.	visite op cel	toegeleiding via verpleegkundige	nee	ja, professionele tolk was aanwezig
11-15 min.	visite op ISO	toegeleiding via psycholoog	ja, verpleegkundige	ja, niet-professionele tolk was aanwezig
16-20 min.	telefonisch	toegeleiding via psychiater	ja, PIW'er	
21-40 min.	intake	n.a.v. vervolgspraak	ja, anders, namelijk:	nee, niet gelukt
langer, nl.:	spoedeisende hulp	anders, namelijk:		nee, niet nodig gehad
..... min.	overige, namelijk:			

## CONTACTREDEN EN BEHANDELING

is er bij dit contact meer dan één hulpvraag behandeld?

ja nee

belangrijkste hulpvraag gedetineerde (kruis één antwoord aan):

geen (directe) hulpvraag (bijvoorbeeld intake)  
 chronisch lichamelijke aandoeningen  
 (acute) lichamelijke klachten of aandoeningen  
 psychische problemen  
 sociale problemen  
 verslaving  
 SOA, HIV/AIDS, andere infecties  
 vruchtbaarheid, zwangerschap en bevalling  
 screening en preventie

co-morbiditeit /overige problemen gedetineerde

(indien van toepassing, meerdere antwoorden mogelijk):

chronisch lichamelijke aandoeningen  
 lichamelijke klachten of aandoeningen  
 psychische problemen  
 sociale problemen  
 verslaving  
 SOA, HIV/AIDS, andere infecties  
 vruchtbaarheid, zwangerschap en bevalling

verrichtingen (meerdere antwoorden mogelijk):

geen  
 sociaal medisch advies (SMA)  
 geneesmiddel(len) voorgeschreven  
 medische verrichtingen  
 diagnostiek aangevraagd  
 opname geregeld  
 vervolgspraak gemaakt  
 (telefonisch) contact gehad met verpleegkundige  
 (telefonisch) contact gehad met andere disciplines

verwijzing (meerdere antwoorden mogelijk):

geen  
 psychiater  
 psycholoog  
 fysiotherapeut, optometrist, tandarts  
 maatschappelijk werk / maatschappelijke dienstverlening  
 penitentiair verpleegkundige  
 medisch specialist  
 anders, namelijk:

## ERVAREN BELASTENDE ASPECTEN VOOR DIT CONTACT

verzwarende omstandigheden (indien van toepassing, meerdere antwoorden mogelijk):

agressief gedrag gedetineerde  
 dwingend / claimend gedrag gedetineerde  
 niet medische (oneigenlijke) hulpvraag  
 communicatieprobleem  
 culturele verschillen in ziektebeleving  
 sterke verwaarlozing

in hoeverre heeft u dit contact als belastend ervaren? (kruis één antwoord aan)

in het geheel niet  
 minder dan normaal  
 normaal, gemiddeld  
 meer dan normaal  
 in zeer sterke mate

vond u dat u voldoende tijd beschikbaar had voor dit consult?

ja nee

## BIJZONDERHEDEN KUNT U HIERONDER KORT VERMELDEN:

## INVULINSTRUCTIE REGISTRATIEFORMULIER PENITENTIAIR GENEESKUNDIGE

Wij willen u vragen gedurende 2 weken of 10 werkdagen ieder 'face to face' contact met een gedetineerde zo volledig mogelijk op het registratieformulier in te vullen. Daarbij gaat het om elk contact met een gedetineerde waarvoor geldt dat:

- deze plaatshad tijdens een werkdag (ma t/m vr)
- deze plaatshad tijdens uw aanwezigheid op de medische dienst of tijdens bereikbaarheidsdiensten / achterwacht
- het een hulpvraag of intake betreft dat in het medisch dossier van de gedetineerde is opgenomen

Hieronder vindt u nadere instructie voor de meeste rubrieken op het formulier. Wij gaan er van uit dat de overige rubrieken voor zich zullen spreken.

ingevuld tijdens bereikbaarheidsdienst/achterwacht: Kruis dit hokje aan indien het te beschrijven contact tijdens bereikbaarheidsdienst plaats had.

**REGISTRATIENUMMER GEDETEINEERDE** Het unieke identificatienummer van de gedetineerde. Dit nummer staat ook bekend als 'TULP-nummer' of 'detentienummer'. Via dit nummer kunnen een aantal beschrijvende kenmerken (geslacht, geboortedatum, land van herkomst en regime) van de gedetineerde worden achterhaald.

**CODE GENEESKUNDIGE** Voor aanvang van de registratieperiode wordt aan ieder lid van het medisch team een persoonlijke code toegekend. De code die bij uw naam hoort vindt u op een apart formulier, dat u is toegezonden. De koppeling tussen uw naam en deze code is alleen bij de NIVEL-onderzoekers bekend: wij garanderen uw anonimiteit. Het is van groot belang dat u bij het invullen steeds uw persoonlijke code gebruikt.

**! HET IS VAN GROOT BELANG DAT DEZE NUMMERS JUIST WORDEN INGEVULD!  
HET NIVEL WAARBORGT DE CORRECTE ONGANG MET VERTROUWELIJKE  
GEGEVENS (zie toegestuurde 'disclaimer') !**

### ALGEMENE CONTACTGEGEVENS

**duur contact:** Duur van het contact in minuten.

**type contact:** spreekuur: face-to-face contacten met de gedetineerde tijdens het spreekuur; visite op cel: indien u de gedetineerde hebt bezocht in zijn cel; visite op ISO: indien u de gedetineerde hebt bezocht in een isoleercel; telefonisch: registreert u alleen als u door de telefoon op de hulpvraag van de gedetineerde bent ingegaan; intake: geneeskundige intake waarbij de penitentiair geneeskundige de gezondheidssituatie van de binnengekomen gedetineerde beoordeelt aan de hand van de door de verpleegkundige aangeleverde dossiers en eventueel eigen onderzoek; spoedeisende hulp: acute medische hulp (tijdens of na spreekuur, in spreekkamer of op de cel); overige: alle overige face-to-face contacten met gedetineerden die buiten het spreekuur vallen bijv. verpleegkundige controles en individuele voorlichting. Leidraad hierbij is dat het contact leidt tot een aantekening in het medisch dossier van de gedetineerde.

**wijze van binnenkomst:** verzoek gedetineerde: gedetineerde komt zonder tussenkomst van iemand op het spreekuur van de huisarts; toegeleiding: na doorverwijzing van verpleegkundige, psycholoog of psychiater; n.a.v. vervolgfafspraak: gedetineerde is al eerder op het spreekuur van de huisarts geweest.

**waren er derden aanwezig bij dit consult?** Geeft u hier aan of er naast u en de gedetineerde nog anderen aanwezig waren bij het consult.

**is er een tolk gebruikt?** Geeft u hier aan of er een tolk gebruikt is. Onder niet-professionele tolk worden bijvoorbeeld een vertalende PIW'er of medegedetineerde verstaan.

### CONTACTREDEN EN BEHANDELING

**is er bij dit contact meer dan één hulpvraag behandeld?** Indien u meerdere hulpvragen heeft behandeld, kunt u hier 'ja' aankruisen. Indien de gedetineerde in het consult meer dan één reden heeft voor het aanvragen van een consult, vult bij de volgende vraag alleen de belangrijkste hulpvraag in.

**belangrijkste hulpvraag gedetineerde:** U vult bij dit item de hoofdklacht van de gedetineerde in (zie hierboven). De indeling is gebaseerd op ICPC-clusters.

**co-morbiditeit /overige problemen gedetineerde:** Indien van toepassing kunt u hier alle (achterliggende) problemen van de gedetineerde aangeven die u relevant acht voor de medische zorg.

**verrichtingen:** Het gaat hierbij om handelingen en verrichtingen die in uw eigen spreekkamer plaatsvinden. U kunt meerdere antwoorden aankruisen: sociaal medisch advies: adviezen betreffende arbeidsongeschiktheid, afzondering en geschiktheid voor sport en overige activiteiten; diagnostiek aangevraagd: laboratoriumaanvraag (bloedonderzoek, urineonderzoek, cytologisch onderzoek, faecesonderzoek en ander laboratoriumonderzoek), functieonderzoek (ECG, EEG en andere functieonderzoeken), of diagnostisch onderzoek: (röntgenonderzoek, echoscopisch onderzoek, endoscopisch onderzoek); (telefonisch) contact gehad met verpleegkundige of andere disciplines: het gaat hier om de (telefonische) contacten die u tijdens of direct na het contact met de gedetineerde bent aangegaan n.a.v. (één van de) contactreden(en).

**verwijzing:** U vult deze rubriek in als u naar aanleiding van het contact besluit de gedetineerde te verwijzen. Het gaat hierbij om het uitschrijven van een verwijzing, waarbij het er voor de registratie niet toe doet of de verwijzing gerealiseerd is. U kunt meerdere antwoorden aankruisen: maatschappelijk werk / maatschappelijke dienstverlening: reclassering valt hier ook onder; medisch specialist: alle tweedelijns specialismen *exclusief* psychiater en psycholoog;

### ERVAREN BELASTENDE ASPECTEN VOOR DIT CONTACT

**verzwarende omstandigheden:** Hier kunt u invullen of er tijdens het contact sprake was van verzwarende omstandigheden (met betrekking tot de hulpverlening). U kunt meerdere antwoorden aankruisen.

**ervaren belasting:** Hier kunt u invullen in hoeverre u dit contact persoonlijk als belastend heeft ervaren, variërend van 'in het geheel niet' tot 'in zeer sterke mate'. Dit kan van dag tot dag, van contact tot contact verschillen; probeert u a.u.b. zo goed mogelijk uw gevoel te omschrijven. Denk daarbij niet te lang na; het gaat om uw eerste reactie.

**vond u dat u voldoende tijd had voor dit consult?:** Ook bij deze vraag gaat het om uw eerste indruk: zou u onder ideale omstandigheden misschien meer tijd hebben besteed aan de hulpvraag van deze gedetineerde?

# Vragenlijst Werkbeleving Penitentiair Verpleegkundige

Monitoring werkbelasting medische teams in penitentiaire instellingen

Code verpleegkundige:



NIVEL  
Drieharingstraat 26  
Postbus 1568  
3500 BN Utrecht

## INLEIDING

Voor u ligt de Vragenlijst Werkbeleving Penitentiair Verpleegkundige. Het doel van deze vragenlijst is meer inzicht te verkrijgen in de werkbeleving van de verpleegkundigen binnen Nederlandse penitentiaire inrichtingen.

Deze vragenlijst gaat uitgebreid in op uw persoonlijke beleving van het werk binnen het penitentiaire medische team, en moet als aanvulling worden gezien op de contactregistratieformulieren en tijdregistratieformulieren, die u eerder heeft ingevuld.

Wij willen benadrukken dat de door u verstrekte informatie **strikt vertrouwelijk** zal worden behandeld.

Wij zouden u zeer erkentelijk zijn als u de vragenlijst binnen 14 dagen na ontvangst (en uiterlijk 13 april 2005) wilt retourneren. U kunt deze vragenlijst terugsturen in de bijgevoegde antwoordenvelophe; een postzegel is niet nodig.

Voor meer informatie kunt u contact opnemen met de onderzoekers:

Drs. Daniëlle de Jongh, cultureel antropologe  
telefoon 030-2729685, e-mail: d.dejongh@nivel.nl

Drs. Hans te Brake, sociaal psycholoog  
telefoon 030-2729854, e-mail: h.tebrake@nivel.nl

U zult in het boekje de volgende secties aantreffen:

**A. Algemeen/achtergronden**

**B. Hoe beleeft u uw werk?**

**C. Taakafbakening**

**D. Werk tevredenheid**

**E. Werkomstandigheden**

- waar gesproken wordt van 'patiënten' kunt u ook 'gedetineerden' lezen.
- bij elke sectie, of onderdeel daarvan, vindt u een korte instructie; lees deze goed door.
- er zijn geen goede of foute antwoorden; u kunt invullen wat volgens u het best passende antwoord is.
- denk niet te lang na bij het invullen; het gaat doorgaans om uw eerste reactie.

**WIJ DANKEN U BIJ VOORBAAT VOOR UW MEDEWERKING!**

## A Algemeen/achtergronden

Deze eerste sectie bevat een aantal algemene vragen over uw persoonlijke en professionele achtergrond.

1 Wat is uw geslacht?

Man  Vrouw

2 Wat is uw leeftijd?

..... jaar

3 Hoeveel jaar heeft u werkervaring als verpleegkundige? (rond af op hele jaren)

..... jaar als verpleegkundige;

..... jaar als verpleegkundige binnen de DJI;

..... jaar als verpleegkundige binnen de DJI op deze locatie.

4 Wat was destijds de belangrijkste reden dat u besloot te gaan werken binnen de zorg voor gedetineerden?

kwam toevallig op mijn pad

persoonlijke interesse in de doelgroep

financiële vergoeding

maatschappelijke betrokkenheid

regelmatige werktijden

anders, namelijk .....

5 Hoeveel uur per week bent u als verpleegkundige aangesteld binnen de DJI ?

..... uur

## B. HOE BELEEF U UW WERK?

In deze sectie worden u uitspraken voorgelegd die betrekking hebben op hoe u uw werk beleeft en hoe u zich daarbij voelt. Bij elke uitspraak kunt u aangeven hoe vaak het voorkomt dat deze uitspraak op u van toepassing is. U kunt dit aangeven door steeds het best passende cijfer te omcirkelen. Hierbij staat "0" voor 'Nooit van toepassing' en "6" voor 'Altijd van toepassing'. Hieronder staat de betekenis van de cijfers weergegeven.

0	1	2	3	4	5	6
<b>Nooit</b>	<b>Sporadisch</b> (een paar keer per jaar of minder)	<b>Af en toe</b> (eens per maand)	<b>Regelmatig</b> (een paar keer per maand)	<b>Dikwijls</b> (eens per week)	<b>Zeer dikwijls</b> (een paar keer per week)	<b>Altijd</b> (dagelijks)

1 Ik voel me mentaal uitgeput door mijn werk.

0 1 2 3 4 5 6

2 Ik vind het werk dat ik doe nuttig en zinvol.

0 1 2 3 4 5 6

3 Aan het einde van een werkdag voel ik me leeg.

0 1 2 3 4 5 6

4 Als ik aan het werk ben, dan vliegt de tijd voorbij.

0 1 2 3 4 5 6

5 Ik voel me vermoeid als ik 's morgens opsta en er weer een werkdag voor me ligt.

0 1 2 3 4 5 6

6 Ik kan me gemakkelijk inleven in de gevoelens van de patiënten.

0 1 2 3 4 5 6

7 Op mijn werk bruis ik van energie.

0 1 2 3 4 5 6

8 Ik heb het gevoel dat ik sommige patiënten te onpersoonlijk behandel.

0 1 2 3 4 5 6

9 Ik ben enthousiast over mijn werk.

0 1 2 3 4 5 6

10 De hele dag met mensen werken vormt een zware belasting voor mij.

0 1 2 3 4 5 6

0	1	2	3	4	5	6
<b>Nooit</b>	<b>Sporadisch</b> (een paar keer per jaar of minder)	<b>Af en toe</b> (eens per maand)	<b>Regelmatig</b> (een paar keer per maand)	<b>Dikwijls</b> (eens per week)	<b>Zeer dikwijls</b> (een paar keer per week)	<b>Altijd</b> (dagelijks)

11 Als ik werk vergeet ik alle andere dingen om me heen.

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---

12 Ik weet de problemen van de patiënten adequaat op te lossen.

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---

13 Als ik werk voel ik me fit en sterk.

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---

14 Ik voel me "opgebrand" door mijn werk.

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---

15 Mijn werk inspireert mij.

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---

16 Ik heb het gevoel dat ik het leven van andere mensen op een positieve manier beïnvloed door mijn werk.

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---

17 Als ik 's morgens opsta heb ik zin om aan het werk te gaan.

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---

18 Ik heb het idee dat ik onverschilliger ben geworden tegenover andere mensen sinds ik dit werk doe.

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---

19 Ik maak me zorgen dat mijn werk mij gevoelsmatig afstompt.

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---

20 Wanneer ik heel intensief aan het werk ben, voel ik mij gelukkig.

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---

21 Ik voel me gefrustreerd door mijn werk.

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---

22 Ik ben trots op het werk dat ik doe.

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---

23 Ik denk dat ik me teveel inzet voor mijn werk.

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---



0	1	2	3	4	5	6
<b>Nooit</b>	<b>Sporadisch</b> (een paar keer per jaar of minder)	<b>Af en toe</b> (eens per maand)	<b>Regelmatig</b> (een paar keer per maand)	<b>Dikwijls</b> (eens per week)	<b>Zeer dikwijls</b> (een paar keer per week)	<b>Altijd</b> (dagelijks)

24 Ik ga helemaal op in mijn werk.

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---

25 Het kan me niet echt schelen wat er met sommige patiënten gebeurt.

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---

26 Als ik aan het werk ben, dan kan ik heel lang doorgaan.

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---

27 Met mijn patiënten kan ik gemakkelijk een ontspannen sfeer scheppen.

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---

28 Mijn werk is voor mij een uitdaging.

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---

29 Het werken met patiënten vrolijkt me op.

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---

30 Ik heb in dit werk veel waardevolle dingen bereikt.

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---

31 Mijn werk brengt mij in vervoering.

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---

32 Ik voel me aan het einde van mijn Latijn.

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---

33 Op mijn werk beschik ik over een grote mentale (geestelijke) veerkracht.

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---

34 In mijn werk ga ik heel rustig om met emotionele problemen.

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---

35 Ik kan me moeilijk van mijn werk losmaken.

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---

36 Ik heb het gevoel dat patiënten mij hun problemen verwijten.

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---

37 Op mijn werk zet ik altijd door, ook als het tegenzit.

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---

## C. TAAKAFBAKENING

Deze sectie gaat in op de taken die binnen de Medische dienst worden verricht. Zijn uw taken en verantwoordelijkheden precies omschreven, en is de verdeling van taken tussen u en de geneeskundige(n) duidelijk? De volgende 14 vragen gaan hier uitgebreid op in.

1 Zijn uw taken en verantwoordelijkheden op papier vastgelegd?

ja

min of meer

nee

2 Zijn de volgende activiteiten, afspraken en procedures op papier vastgelegd?

	Ja	Min of meer	Nee	
a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Intake
b	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Informatieoverdracht van penitentiair verpleegkundige naar penitentiair geneeskundige
c	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Verwijzing gedetineerde door penitentiair verpleegkundige naar penitentiair geneeskundige
d	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Verwijzing gedetineerde door penitentiair verpleegkundige naar andere zorgaanbieders zonder consultatie arts
e	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Overdracht naar externe zorgaanbieders
f	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Geneesmiddelenverstrekking (incl. herhaalrecepten)
g	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Verstrekken van sociaal-medische adviezen
h	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aansturing en supervisie penitentiair geneeskundigen
i	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Inschakelen tolk
j	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Spoedeisende hulp tijdens kantooruren
k	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Spoedeisende hulp buiten kantooruren
l	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Spoedoverleg penitentiair verpleegkundige met penitentiair geneeskundige of psychiater
m	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Spoedconsult door penitentiair geneeskundige of psychiater
n	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zorg in geval van acute psychiatrische problemen
o	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zorg in geval van psychische problemen
p	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Continuïteit van zorg (ketenzorg)
q	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Medische/verpleegkundige verslaglegging
r	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Collectieve preventieve gezondheidsvoorlichting
s	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Voorkomen verspreiding besmettelijke ziekten

- 3 Hieronder staat een lijst met activiteiten die gericht zijn op de medische zorg door verpleegkundigen en geneeskundigen in de penitentiaire inrichting. Wilt u voor elke activiteit aangeven in hoeverre deze in uw inrichting behoort tot de taken van penitentiair verpleegkundigen dan wel de geneeskundigen?

In hoeverre behoort deze activiteit tot de taak van de ...

	verpleegkundige			geneeskundige			
	volledig	enigszins	niet	volledig	enigszins	niet	
a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alle gedetineerden bij binnenkomst zien
b	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Opstellen risicoprofiel van de gezondheid van gedetineerde bij binnenkomst
c	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Inschatten suïciderisico gedetineerde
d	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Routinematig controles verrichten (pols, gewicht, bloedsuiker, HB, etc.)
e	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aanmaken van het medisch dossier
f	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Informatie opvragen van externe behandelaars en/of instellingen, w.o. de eigen huisarts
g	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Opstellen van zorgplan
h	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bijhouden van medisch dossier volgens SOEP-registratie
i	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Controle geneesmiddeleninteractie
j	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Afhandelen van herhaalreceptuur
k	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Afhandelen van herhaalverwijzingen
l	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Spoedeisende hulp tijdens kantooruren
m	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Spoedeisende hulp buiten kantooruren
n	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Verstrekken van sociaal-medische adviezen (arbeidsongeschiktheid, afzonderingsadvies, geschikte sport, etc.)
o	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Adviseren aan directie bij acute psychiatrische problemen
p	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Adviseren aan directie bij psychosociale problemen
q	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Advisering en begeleiding van chronische patiënten
r	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Geven van gezondheidsvoorlichting (GVO) (voedingsadviezen, besmettingspreventie, SOA etc.)
s	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EHBO (sportblessures, automutileren, etc.)
t	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Controle bij plaatsing in observatiecel
u	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Controle therapietrouw
v	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Coördineren informatieoverdracht naar externe zorgaanbieders (bij ontslag, overplaatsing, consult)
w	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Verpleegkundige nazorg (wondcontrole, gipscontrole etc.)
x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Begeleiding bij afbouw medicatie
y	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Waarborgen continuïteit van zorg, intern
z	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Waarborgen continuïteit van zorg, extern

4 Indien van toepassing, in welke vorm vindt de patiëntenbespreking tussen u en de geneeskunige(n) plaats? Meer dan één antwoord is mogelijk.

- niet van toepassing: er vindt geen patiëntenbespreking plaats
- structurele voor- of nabespreking huisartsenspreekuur
- ad hoc met geneeskundige

5 De planning en organisatie van het verpleegkundig spreekuur wordt uitgevoerd door:

- verpleegkundige
- PIW'er
- administratieve kracht

6 Welke van de volgende medische disciplines zijn minimaal 1 keer per week aanwezig binnen deze penitentiaire inrichting? (meer dan één antwoord is mogelijk)

Wilt u voor elke discipline ook aangeven of u daar systematisch ondersteunende werkzaamheden voor uitvoert?

	ondersteuning?	
<input type="checkbox"/> psycholoog	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
<input type="checkbox"/> psychiater	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
<input type="checkbox"/> optometrist	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
<input type="checkbox"/> tandarts	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
<input type="checkbox"/> diabetes verpleegkundige	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
<input type="checkbox"/> fysiotherapeut	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
<input type="checkbox"/> maatschappelijk werk	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
<input type="checkbox"/> apothekerassistente	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee

7 Is er een administratieve kracht aanwezig op deze medische dienst?

- ja
- nee

8 Wordt bij de medicijnverstrekking gebruik gemaakt van het zg. 'Baxter' systeem?

- ja
- nee, verpleegkundigen zetten medicatie uit
- nee, maar van een ander systeem nl. ....

9 Hoe vindt u de telefonische bereikbaarheid van de huisarts tijdens de achterwachtdienst (gedurende kantooruren)?

- zeer slecht
- 
- 
- 
- 
- 
- zeer goed

10 Hoe vaak twijfelt u of een verwijzing van een gedetineerde naar de huisarts medisch noodzakelijk is ?

- heel vaak
- regelmatig
- soms
- (bijna) nooit

- 11 Hoe vaak vraagt een gedetineerde om een consult bij de huisarts, ondanks dat u dat als verpleegkundige niet medisch noodzakelijk acht?
- heel vaak
  - regelmatig
  - soms
  - (bijna) nooit
- 12 Wie vindt u eindverantwoordelijk voor de toegeleiding van gedetineerden naar de huisarts? (meer dan één antwoord mogelijk!)
- verpleegkundige
  - huisarts
  - DJI
- 13 Op welke aspecten heeft u behoefte aan inhoudelijke aansturing door de (huis)arts? (meer dan één antwoord mogelijk!)
- geen behoefte
  - medisch uitvragen van klachten
  - interpretatie van de hulpvraag
  - urgentiebepaling van de hulpvraag
  - medisch-technische verrichtingen
  - anders, namelijk .....
- 14 Wordt hieraan volgens u in de praktijk voldoende aandacht besteed door de (huis)arts?
- ja
  - nee
- 15 In welke vorm zou inhoudelijke aansturing van de (huis)arts volgens u plaats moeten vinden? (meer dan één antwoord mogelijk!)
- feedback binnen het kader van patiëntgebonden bespreking
  - feedback binnen casuïstiekbespreking
  - anders, namelijk .....

## D. WERK TEVREDENHEID

In deze sectie willen wij nagaan in hoeverre u tevreden bent met uw werk als penitentiair verpleegkundige. De sectie bestaat uit twee onderdelen.

A. De volgende vier uitspraken gaan in op uw algemene werkbeleving. Voor elke uitspraak kunt u aangeven in hoeverre u het er mee eens bent. U kunt daarbij een getal tussen 1 en 5 omcirkelen, volgens onderstaande betekenis.

1	2	3	4	5
helemaal mee oneens	mee oneens	deels eens, deels oneens	mee eens	helemaal mee eens

1 Mijn werk interesseert me nog evenveel als altijd.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

2 Het idee dat ik dit werk nog tot mijn pensioen moet doen benauwt me.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

3 Ik heb plezier in mijn werk.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

4 Ik moet weerstand bij mezelf overwinnen om mijn werk te doen.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

B. De volgende 23 aspecten gaan in op meer specifieke zaken van de werk tevredenheid. Bij elk van de aspecten kunt u aangeven hoe tevreden u daarover bent, volgens onderstaande betekenis.

1	2	3	4	5
zeer ontevreden	ontevreden	neutraal	tevreden	zeer tevreden

*Hoe tevreden bent u met...*

1 de mate waarin het werk u het gevoel geeft dat u werkelijk iets kunt

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

2 de mate waarin u uw patiënten graag mag

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

3 de mate waarin u uw kundigheden en mogelijkheden kunt gebruiken

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

4 de mate waarin uw leidinggevende op de hoogte is van de gang van zaken binnen uw team /afdeling

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

1	2	3	4	5
zeer	ontevreden	neutraal	tevreden	zeer
ontevreden				tevreden

*Hoe tevreden bent u met...*

- 5 de mate waarin er vaste en duidelijk omschreven regels zijn waaraan u zich kunt houden
- |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|
- 6 de mate waarin u het gevoel hebt dat de leiding van het team goed verloopt
- |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|
- 7 de mate waarin het werk het beste uit u haalt waartoe u in staat bent
- |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|
- 8 de mate waarin u te maken hebt met collega's die u graag mogen
- |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|
- 9 de mate waarin de leidinggevende zijn/haar vak goed verstaat
- |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|
- 10 de mate waarin u te maken hebt met patiënten die u graag mogen
- |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|
- 11 uw inkomen voor het werk bij DJI
- |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|
- 12 de hoeveelheid tijd die u aan nascholing kunt besteden
- |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|
- 13 de mate waarin u uw collega's graag mag
- |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|
- 14 de mate waarin u individuele zorgverlening aan uw patiënten kunt geven
- |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|
- 15 de mate waarin u in uw werk kunt laten merken dat u uw collega's sympathiek vindt
- |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|
- 16 de mate waarin u zelfstandig kunt werken
- |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|

1	2	3	4	5
zeer	ontevreden	neutraal	tevreden	zeer
ontevreden				tevreden

*Hoe tevreden bent u met...*

17 de mate waarin u over het algemeen tijd hebt goede zorg te verlenen

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

18 de mate waarin u als verpleegkundige goede promotiemogelijkheden hebt in deze organisatie

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

19 de mate waarin u mogelijkheden hebt om vooruit te komen in deze organisatie

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

20 de mate waarin er een rechtvaardig promotiebeleid in deze organisatie wordt gevoerd

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

21 de mate waarin u verteld wordt wat er van u verwacht wordt

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

22 de mate waarin u het gevoel hebt psychosociale begeleiding aan uw patiënten te geven

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

23 de werkrelatie met geneeskundigen

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---



## E. WERKOMSTANDIGHEDEN

In deze sectie willen wij u vragen naar de aspecten die een goede uitoefening van het werk verstoren en daardoor spanningen kunnen veroorzaken. Geeft u alstublieft aan wat voor u geldt.

Wanneer een aspect niet aanwezig is of geen spanningen oplevert kunt u code "1" (niet) kiezen. Het kan ook zijn dat een aspect niet daadwerkelijk voor is gekomen, maar dat de gedachte dat het mogelijk een keer voorkomt u zeer veel zorgen baart. In dat geval kunt u "5" (in zeer sterke mate) omcirkelen. De betekenis van de cijfers wordt hieronder weergegeven.

1	2	3	4	5
niet	nauwelijks	in enige mate	in sterke mate	in zeer sterke mate

A. *Dit eerste onderdeel gaat in op het beleid vanuit DJI*

*In welke mate voelt u zich belast door...*

1 het personeelsbeleid binnen de DJI

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

2 belemmerende regelgeving binnen de inrichting

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

3 onderdeel zijn van een grote organisatie

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

4 opgelegde veranderingen (door DJI)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

5 praktische inperkingen als gevolg van 'soberder regime'

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

6 meerdere gedetineerden op één cel

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

7 de "ondergeschikte rol" van de medische dienst binnen de penitentiaire inrichting

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

8 verplichtingen opgelegd door DJI (bijvoorbeeld volgen van bepaalde cursussen, fysieke weerbaarheidstest ondergaan)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

1	2	3	4	5
niet	nauwelijks	in enige mate	in sterke mate	in zeer sterke mate

B. *Onderstaande 10 vragen gaan in op belastende aspecten die gerelateerd zijn aan patiëntcontacten*

*In welke mate voelt u zich belast door...*

1 problemen in de communicatie met gedetineerden

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

2 complexe zorgvragen

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

3 claimend en manipulatief gedrag van gedetineerden

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

4 agressief gedrag van gedetineerden

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

5 niet-medische (oneigenlijke) hulpvragen

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

6 onvoldoende kennis van de problematiek van gedetineerden

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

7 culturele verschillen in ziektebeleving

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

8 verslavingsproblematiek van gedetineerden

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

9 psychiatrische problematiek van gedetineerden

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

10 beoordelen van ziekmeldingen gedetineerden

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

1	2	3	4	5
niet	nauwelijks	in enige mate	in sterke mate	in zeer sterke mate

C. *De volgende vragen gaan over de samenwerking met anderen*

*In welke mate voelt u zich belast door...*

1 de werkrelatie met PIW-ers en bewakers

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

2 onduidelijke werkverdeling tussen (huis)artsen en verpleegkundigen

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

3 een moeizame samenwerking met de reguliere gezondheidszorg

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

4 vragen tussendoor van PIW'ers en/of bewakers

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

D. *Dit onderdeel (8 vragen) gaat in op algemene aspecten binnen de medische dienst*

*In welke mate voelt u zich belast door...*

1 de procedure omtrent de intake

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

2 de lange 'reistijd' naar en binnen de inrichting

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

3 het gebruik van tolken

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

4 gevoelens van onveiligheid

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

5 het aantal contacten met gedetineerden

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

6 het verloop (de 'turnover') van gedetineerden

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

7 de planning van de werkzaamheden (spreekuur, visites, etc.)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

8 ziekteverzuim binnen de medische dienst

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

- E. Dit onderdeel gaat over een vijftal aspecten van informatievoorziening op uw werk. Zou u achter iedere deelvraag het hokje willen aankruisen dat voor u van toepassing is? U kunt steeds een cijfer tussen 1 en 4 omcirkelen, volgens de onderstaande betekenis:

1	2	3	4
nooit	soms	vaak	altijd

- 1 Hoort u voldoende over de gang van zaken in de organisatie?
- |   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|
- 2 Wordt u van de belangrijke dingen in de organisatie goed op de hoogte gehouden?
- |   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|
- 3 Is de manier waarop de besluitvorming verloopt in uw organisatie duidelijk?
- |   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|
- 4 Is duidelijk bij wie u binnen de organisatie moet zijn voor welke problemen?
- |   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|
- 5 Kunt u uw mening over belangrijke beleidsbeslissingen aan de directie van uw organisatie kenbaar maken?
- |   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|

F. Dit onderdeel gaat in op mogelijke aanpassingen die het werk binnen de medische dienst aantrekkelijker zouden kunnen maken. U kunt steeds een cijfer tussen 1 en 5 omcirkelen, volgens de onderstaande betekenis:

1	2	3	4	5
niet	nauwelijks	enigszins	in sterke mate	in zeer sterke mate

*Om de uitoefening van mijn beroep aantrekkelijker te maken zou ik...*

1 meer bij- en nascholing willen volgen

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

2 een duidelijker loopbaanperspectief willen hebben

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

3 meer inspraak in het beleid van de afdeling/team willen

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

4 verlaging van de werkdruk willen

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

5 meer zelfstandigheid wensen

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

6 meer waardering willen binnen mijn organisatie voor het werk van de medische dienst

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

7 meer ondersteuning van mijn leidinggevende willen

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

G. Voor welke van de onderstaande werkzaamheden zou u meer tijd beschikbaar willen hebben? U kunt een getal tussen 1 en 5 omcirkelen, volgens onderstaande betekenis.

1	2	3	4	5
niet	nauwelijks	enigszins	in sterke mate	in zeer sterke mate

*Ik zou meer tijd beschikbaar willen hebben voor...*

1 het spreekuur

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

2 de visites op cel

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

3 de intakes

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

4 PMO

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

5 overig overleg (naast PMO)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

6 uitzetten en controleren van de medicatie

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

7 groepsvoorlichting

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

## F. OVERIGE VRAGEN

- 1 Overige factoren die leiden tot een verhoogde werkdruk, die eerder in de vragenlijst niet voorkwamen.

a. ....

b. ....

c. ....

- 2 Kunt u tot slot drie aspecten in het dagelijks werk noemen die u niet als belastend ervaart, maar die u juist voldoening geven?

a. ....

b. ....

c. ....

**WIJ DANKEN U ZEER HARTELIJK VOOR UW MEDEWERKING!**

# Vragenlijst Werkbeleving Penitentiair Geneeskundige

Monitoring werkbelasting medische teams in penitentiaire instellingen

Code geneeskundige:



NIVEL  
Drieharingstraat 26  
Postbus 1568  
3500 BN Utrecht



Voor u ligt de Vragenlijst Werkbeleving Penitentiair Geneeskundige. Het doel van deze vragenlijst is meer inzicht te verkrijgen in de werkbeleving van de geneeskundigen binnen Nederlandse penitentiaire inrichtingen.

Deze vragenlijst gaat uitgebreid in op uw persoonlijke beleving van het werk binnen het penitentiaire medische team, en moet als aanvulling worden gezien op de contactregistratieformulieren en tijdregistratieformulieren, die u eerder heeft ingevuld.

Wij willen benadrukken dat de door u verstrekte informatie **strikt vertrouwelijk** zal worden behandeld.

Wij zouden u zeer erkentelijk zijn als u de vragenlijst binnen 14 dagen na ontvangst (en uiterlijk 13 april 2005) wilt retourneren. U kunt deze vragenlijst terugsturen in de bijgevoegde antwoordenvolp; een postzegel is niet nodig

Voor meer informatie kunt u contact opnemen met de onderzoekers:

Drs. Daniëlle de Jongh, cultureel antropologe  
telefoon 030-2729685, e-mail: d.dejongh@nivel.nl

Drs. Hans te Brake, sociaal psycholoog  
telefoon 030-2729854, e-mail: h.tebrake@nivel.nl

U zult in het boekje de volgende secties aantreffen:

- A. Algemeen/achtergronden**
- B. Hoe beleeft u uw werk?**
- C. Taakafbakening**
- D. Werk tevredenheid**
- E. Werkomstandigheden**

- waar gesproken wordt van 'patiënten' kunt u ook 'gedetineerden' lezen.
- bij elke sectie, of onderdeel daarvan, vindt u een korte instructie; lees deze goed door.
- er zijn geen goede of foute antwoorden; u kunt invullen wat volgens u het best passende antwoord is.
- denk niet te lang na bij het invullen; het gaat doorgaans om uw eerste reactie.

**WIJ DANKEN U BIJ VOORBAAT VOOR UW MEDEWERKING!**

## A Algemeen/achtergronden

Deze eerste sectie bevat een aantal algemene vragen over uw persoonlijke en professionele achtergrond

1 Wat is uw geslacht?

Man  Vrouw

2 Wat is uw leeftijd?

..... jaar

3 Hoeveel jaar heeft u werkervaring als (huis)arts? (rond af op hele jaren)

..... jaar;

..... jaar binnen de DJI;

..... jaar binnen de DJI op deze locatie.

4 Wat was destijds de belangrijkste reden dat u besloot te gaan werken binnen de zorg voor gedetineerden?

- kwam toevallig op mijn pad
- persoonlijke interesse in de doelgroep
- financiële vergoeding
- maatschappelijke betrokkenheid
- anders, namelijk .....

5 Hoeveel uur per week bent u als (huis) arts aangesteld binnen de DJI? Gaat u daarbij uit van de locatie waarbinnen u deze vragenlijst heeft ontvangen ("huidige inrichting"). Als u voor meerdere inrichtingen werkt, kunt u ook aangeven hoeveel uur u daar werkzaam .

..... uur in de huidige inrichting ..... uur in de overige inrichtingen

6 Hoe zijn, gemiddeld genomen, de gecontracteerde uren in de "huidige inrichting" verdeeld ?

..... uur per week aanwezigheid in de P.I.

..... uur bereikbaarheids- of achterwacht dienst (tijdens kantooruren)

7 Indien van toepassing, hoeveel reguliere patiënten staan er bij u ingeschreven?. Indien niet van toepassing kunt u '0' invullen.

..... reguliere patiënten (exclusief gedetineerden)

**Bij het invullen van het vervolg van deze vragenlijst kunt u uitgaan van de situatie op de locatie waarbinnen u deze vragenlijst heeft ontvangen.**

## B. HOE BELEEFT U UW WERK?

In deze sectie worden u uitspraken voorgelegd die betrekking hebben op hoe u uw werk beleeft en hoe u zich daarbij voelt. Bij elke uitspraak kunt u aangeven hoe vaak het voorkomt dat deze uitspraak op u van toepassing is. U kunt dit aangeven door steeds het best passende cijfer te omcirkelen. Hierbij staat "0" voor 'Nooit van toepassing' en "6" voor 'Altijd van toepassing'. Hieronder staat de betekenis van de cijfers weergegeven.

0	1	2	3	4	5	6
<b>Nooit</b>	<b>Sporadisch</b> (een paar keer per jaar of minder)	<b>Af en toe</b> (eens per maand)	<b>Regelmatig</b> (een paar keer per maand)	<b>Dikwijls</b> (eens per week)	<b>Zeer dikwijls</b> (een paar keer per week)	<b>Altijd</b> (dagelijks)

1. Ik voel me mentaal uitgeput door mijn werk.

0 1 2 3 4 5 6

2. Ik vind het werk dat ik doe nuttig en zinvol.

0 1 2 3 4 5 6

3. Aan het einde van een werkdag voel ik me leeg.

0 1 2 3 4 5 6

4. Als ik aan het werk ben, dan vliegt de tijd voorbij.

0 1 2 3 4 5 6

5. Ik voel me vermoeid als ik 's morgens opsta en er weer een werkdag voor me ligt.

0 1 2 3 4 5 6

6. Ik kan me gemakkelijk inleven in de gevoelens van de patiënten.

0 1 2 3 4 5 6

7. Op mijn werk bruis ik van energie.

0 1 2 3 4 5 6

8. Ik heb het gevoel dat ik sommige patiënten te onpersoonlijk behandel.

0 1 2 3 4 5 6

9. Ik ben enthousiast over mijn werk.

0 1 2 3 4 5 6

10. De hele dag met mensen werken vormt een zware belasting voor mij.

0 1 2 3 4 5 6

0	1	2	3	4	5	6
<b>Nooit</b>	<b>Sporadisch</b> (een paar keer per jaar of minder)	<b>Af en toe</b> (eens per maand)	<b>Regelmatig</b> (een paar keer per maand)	<b>Dikwijls</b> (eens per week)	<b>Zeer dikwijls</b> (een paar keer per week)	<b>Altijd</b> (dagelijks)

11 Als ik werk vergeet ik alle andere dingen om me heen.

0 1 2 3 4 5 6

12 Ik weet de problemen van de patiënten adequaat op te lossen.

0 1 2 3 4 5 6

13 Als ik werk voel ik me fit en sterk.

0 1 2 3 4 5 6

14 Ik voel me "opgebrand" door mijn werk.

0 1 2 3 4 5 6

15 Mijn werk inspireert mij.

0 1 2 3 4 5 6

16 Ik heb het gevoel dat ik het leven van andere mensen op een positieve manier beïnvloed door mijn werk.

0 1 2 3 4 5 6

17 Als ik 's morgens opsta heb ik zin om aan het werk te gaan.

0 1 2 3 4 5 6

18 Ik heb het idee dat ik onverschilliger ben geworden tegenover andere mensen sinds ik dit werk doe.

0 1 2 3 4 5 6

19 Ik maak me zorgen dat mijn werk mij gevoelsmatig afstompt.

0 1 2 3 4 5 6

20 Wanneer ik heel intensief aan het werk ben, voel ik mij gelukkig.

0 1 2 3 4 5 6

21 Ik voel me gefrustreerd door mijn werk.

0 1 2 3 4 5 6

22 Ik ben trots op het werk dat ik doe.

0 1 2 3 4 5 6

23 Ik denk dat ik me teveel inzet voor mijn werk.

0 1 2 3 4 5 6

0	1	2	3	4	5	6
<b>Nooit</b>	<b>Sporadisch</b> (een paar keer per jaar of minder)	<b>Af en toe</b> (eens per maand)	<b>Regelmatig</b> (een paar keer per maand)	<b>Dikwijls</b> (eens per week)	<b>Zeer dikwijls</b> (een paar keer per week)	<b>Altijd</b> (dagelijks)

24 Ik ga helemaal op in mijn werk.

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---

25 Het kan me niet echt schelen wat er met sommige patiënten gebeurt.

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---

26 Als ik aan het werk ben, dan kan ik heel lang doorgaan.

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---

27 Met mijn patiënten kan ik gemakkelijk een ontspannen sfeer scheppen.

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---

28 Mijn werk is voor mij een uitdaging.

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---

29 Het werken met patiënten vrolijkt me op.

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---

30 Ik heb in dit werk veel waardevolle dingen bereikt.

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---

31 Mijn werk brengt mij in vervoering.

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---

32 Ik voel me aan het einde van mijn Latijn.

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---

33 Op mijn werk beschik ik over een grote mentale (geestelijke) veerkracht.

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---

34 In mijn werk ga ik heel rustig om met emotionele problemen.

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---

35 Ik kan me moeilijk van mijn werk losmaken.

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---

36 Ik heb het gevoel dat patiënten mij hun problemen verwijten.

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---

37 Op mijn werk zet ik altijd door, ook als het tegenzit.

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---

## C. TAAKAFBAKENING

Deze sectie gaat in op de taken die binnen de Medische dienst worden verricht. Zijn uw taken en verantwoordelijkheden precies omschreven, en is de verdeling van taken tussen u en de verpleegkundige(n) duidelijk? De volgende 8 vragen gaan hier uitgebreid op in.

1 Zijn uw taken en verantwoordelijkheden op papier vastgelegd?

Ja

Min of meer

Nee

2 Zijn de volgende activiteiten, afspraken en procedures op papier vastgelegd?

	Ja	Min of meer	Nee	
a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Intake
b	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Informatieoverdracht van penitentiair verpleegkundige naar penitentiair geneeskundige
c	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Verwijzing gedetineerde door penitentiair verpleegkundige naar penitentiair geneeskundige
d	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Verwijzing gedetineerde door penitentiair verpleegkundige naar andere zorgaanbieders zonder consultatie arts
e	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Overdracht naar externe zorgaanbieders
f	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Geneesmiddelenverstrekking (incl. herhaalrecepten)
g	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Verstrekken van sociaal-medische adviezen
h	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aansturing en supervisie penitentiair geneeskundigen
i	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Inschakelen tolk
j	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Spoedeisende hulp tijdens kantooruren
k	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Spoedeisende hulp buiten kantooruren
l	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Spoedoverleg penitentiair verpleegkundige met penitentiair geneeskundige of psychiater
m	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Spoedconsult door penitentiair geneeskundige of psychiater
n	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zorg in geval van acute psychiatrische problemen
o	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zorg in geval van psychische problemen
p	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Continuïteit van zorg (ketenzorg)
q	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Medische/verpleegkundige verslaglegging
r	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Collectieve preventieve gezondheidsvoorlichting
s	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Voorkomen verspreiding besmettelijke ziekten

- 3 Hieronder staat een lijst met activiteiten die gericht zijn op de medische zorg door verpleegkundigen en geneeskundigen in de penitentiaire inrichting. Wilt u voor elke activiteit aangeven in hoeverre deze in uw inrichting behoort tot de taken van penitentiair verpleegkundigen dan wel de geneeskundigen?

In hoeverre behoort deze activiteit tot de taak van de ...

	verpleegkundige			geneeskundige			
	volledig	enigszins	niet	volledig	enigszins	niet	
a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alle gedetineerden bij binnenkomst zien
b	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Opstellen risicoprofiel van de gezondheid van gedetineerde bij binnenkomst
c	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Inschatten suïciderisico gedetineerde
d	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Routinematig controles verrichten (pols, gewicht, bloedsuiker, HB, etc.)
e	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aanmaken van het medisch dossier
f	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Informatie opvragen van externe behandelaars en/of instellingen, w.o. de eigen huisarts
g	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Opstellen van zorgplan
h	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bijhouden van medisch dossier volgens SOEP-registratie
i	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Controle geneesmiddeleninteractie
j	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Afhandelen van herhaalreceptuur
k	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Afhandelen van herhaalverwijzingen
l	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Spoedeisende hulp tijdens kantooruren
m	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Spoedeisende hulp buiten kantooruren
n	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Verstrekken van sociaal-medische adviezen (arbeidsongeschiktheid, afzonderingsadvies, geschikte sport, etc.)
o	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Adviseren aan directie bij acute psychiatrische problemen
p	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Adviseren aan directie bij psychosociale problemen
q	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Advisering en begeleiding van chronische patiënten
r	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Geven van gezondheidsvoorlichting (GVO) (voedingsadviezen, besmettingspreventie, SOA etc.)
s	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EHBO (sportblessures, automutileren, etc.)
t	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Controle bij plaatsing in observatiecel
u	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Controle therapietrouw
v	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Coördineren informatieoverdracht naar externe zorgaanbieders (bij ontslag, overplaatsing, consult)
w	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Verpleegkundige nazorg (wondcontrole, gipscontrole etc.)
x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Begeleiding bij afbouw medicatie
y	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Waarborgen continuïteit van zorg, intern
z	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Waarborgen continuïteit van zorg, extern

- 4 Indien van toepassing, in welke vorm vindt de patiëntenbespreking tussen u en de verpleegkundigen plaats? Meer dan één antwoord is mogelijk.
- niet van toepassing: er vindt geen patiëntenbespreking plaats
  - structurele voor- of nabespreking huisartsensprekuren
  - ad hoc met verpleegkundige
- 5 De uitwerking en afhandeling van het artsen spreekuur wordt grotendeels gedaan door (kruis één antwoord aan):
- (huis)arts zelf
  - verpleegkundige
  - administratieve kracht
- 6 Hoe vindt de verwijzing door de verpleegkundige over het algemeen plaats?
- a. De verwijzing naar de (huis)arts is over het algemeen:
- te vroeg                   te laat
- b. De hulpvraag is over het algemeen:
- zeer onduidelijk                   zeer helder geformuleerd
- c. Zijn de klachten geëigend om de (huis)arts te consulteren?
- bijna nooit                   bijna altijd geëigend
- 7 In welke mate heeft u vertrouwen in de competenties van de verpleegkundige in het algemeen om de toegeleiding uit te voeren?
- zeer weinig                   zeer veel
- 8 Hoe ervaart u het contact met de praktijkverpleegkundige in het algemeen?
- zeer onaangenaam                   zeer aangenaam
- 9 Hoe verloopt de communicatie als er iets mis is gegaan in de samenwerking?
- zeer onaangenaam                   zeer aangenaam



## D. WERK TEVREDENHEID

In deze sectie willen wij nagaan in hoeverre u tevreden bent met uw werk als penitentiair geneeskundige. De sectie bestaat uit twee onderdelen.

- A. De volgende vier uitspraken gaan in op uw algemene werkbeleving. Voor elke uitspraak kunt u aangeven in hoeverre u het er mee eens bent. U kunt daarbij een getal tussen 1 en 5 omcirkelen, volgens onderstaande betekenis.

1	2	3	4	5
helemaal mee oneens	mee oneens	deels eens, deels oneens	mee eens	helemaal mee eens

- 1 Mijn werk interesseert me nog evenveel als altijd.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

- 2 Het idee dat ik dit werk nog tot mijn pensioen moet doen benauwt me.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

- 3 Ik heb plezier in mijn werk.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

- 4 Ik moet weerstand bij mezelf overwinnen om mijn werk te doen.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

- B. De volgende 22 aspecten gaan in op meer specifieke zaken van de werk tevredenheid. Bij elk van de aspecten kunt u aangeven hoe tevreden u daarover bent, volgens onderstaande betekenis.

1	2	3	4	5
zeer ontevreden	ontevreden	neutraal	tevreden	zeer tevreden

*Hoe tevreden bent u met...*

- 1 de mate waarin het werk u het gevoel geeft dat u werkelijk iets kunt

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

- 2 de mate waarin u uw patiënten graag mag

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

- 3 de mate waarin u uw kundigheden en mogelijkheden kunt gebruiken

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

- 4 de mate waarin uw leidinggevende op de hoogte is van de gang van zaken binnen uw team /afdeling

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

1	2	3	4	5
zeer ontevreden	ontevreden	neutraal	tevreden	zeer tevreden

*Hoe tevreden bent u met...*

5 de mate waarin er vaste en duidelijk omschreven regels zijn waaraan u zich kunt houden

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

6 de mate waarin u het gevoel hebt dat de leiding van het team goed verloopt

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

7 de mate waarin het werk het beste uit u haalt waartoe u in staat bent

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

8 de mate waarin u te maken hebt met collega's die u graag mogen

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

9 de mate waarin de leidinggevende zijn/haar vak goed verstaat

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

10 de mate waarin u te maken hebt met patiënten die u graag mogen

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

11 uw inkomen voor het werk bij DJI

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

12 de hoeveelheid tijd die u aan nascholing kunt besteden

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

13 de mate waarin u uw collega's graag mag

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

14 de mate waarin u individuele zorgverlening aan uw patiënten kunt geven

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

15 de mate waarin u in uw werk kunt laten merken dat u uw collega's sympathiek vindt

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

16 de hoeveelheid tijd die u per gedetineerde beschikbaar heeft

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

1	2	3	4	5
zeer ontevreden	ontevreden	neutraal	tevreden	zeer tevreden

*Hoe tevreden bent u met...*

17 de uitrusting en de faciliteiten waarover u beschikt binnen de inrichting

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

18 het respect dat u van gedetineerden krijgt

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

19 de collegiale verhoudingen binnen het medisch team

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

20 uw werk in het algemeen (bij DJI en eventuele andere werkzaamheden)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

21 de werkrelatie met verpleegkundigen

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

22 het contact met de directie van de P.I.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

## E. WERKOMSTANDIGHEDEN

In dit onderdeel willen wij u vragen naar de aspecten die een goede uitoefening van het In deze sectie willen wij u vragen naar de aspecten die een goede uitoefening van het werk verstoren en daardoor spanningen kunnen veroorzaken. Geeft u alstublieft aan wat voor u geldt.

Wanneer een aspect niet aanwezig is of geen spanningen oplevert kunt u code "1" (niet) kiezen. Het kan ook zijn dat een aspect niet daadwerkelijk voor is gekomen, maar dat de gedachte dat het mogelijk een keer voorkomt u zeer veel zorgen baart. In dat geval kunt u "5" (in zeer sterke mate) omcirkelen. De betekenis van de cijfers wordt hieronder weergegeven.

1	2	3	4	5
niet	nauwelijks	in enige mate	in sterke mate	in zeer sterke mate

A. De volgende 8 vragen in op het beleid vanuit DJI

*In welke mate voelt u zich belast door...*

1 het personeelsbeleid binnen de DJI

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

2 belemmerende regelgeving binnen de inrichting

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

3 onderdeel zijn van een grote organisatie

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

4 opgelegde veranderingen (door DJI)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

5 praktische inperkingen als gevolg van 'soberder regime'

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

6 meerdere gedetineerden op één cel

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

7 de "ondergeschikte rol" van de medische dienst binnen de penitentiaire inrichting

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

8 verplichtingen opgelegd door DJI (bijvoorbeeld volgen van bepaalde cursussen, fysieke weerbaarheidstest ondergaan)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

1	2	3	4	5
niet	nauwelijks	in enige mate	in sterke mate	in zeer sterke mate

B. *Onderstaande 11 vragen gaan in op belastende aspecten die gerelateerd zijn aan patiëntcontacten*

*In welke mate voelt u zich belast door...*

1 problemen in de communicatie met gedetineerden

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

2 complexe zorgvragen

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

3 claimend en manipulatief gedrag van gedetineerden

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

4 agressief gedrag van gedetineerden

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

5 niet-medische (oneigenlijke) hulpvragen

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

6 onvoldoende kennis van de problematiek van gedetineerden

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

7 culturele verschillen in ziektebeleving

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

8 verslavingsproblematiek van gedetineerden

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

9 psychiatrische problematiek van gedetineerden

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

10 beoordelen van ziekmeldingen gedetineerden

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

11 de dubbele functie van behandelaar/arbo-arts die u als (huis)arts heeft

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

1	2	3	4	5
niet	nauwelijks	in enige mate	in sterke mate	in zeer sterke mate

C. *De volgende vragen gaan over de samenwerking met anderen*

*In welke mate voelt u zich belast door...*

1 de werkrelatie met PIW-ers en bewakers

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

2 onduidelijke werkverdeling tussen (huis)artsen en verpleegkundigen

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

3 een moeizame samenwerking met de reguliere gezondheidszorg

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

4 vragen tussendoor van PIW'ers en/of bewakers

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

D. *Dit onderdeel (10 vragen) gaat in op algemene aspecten binnen de medische dienst*

*In welke mate voelt u zich belast door...*

1 de procedure omtrent de intake

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

2 de lange 'reistijd' naar en binnen de inrichting

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

3 het gebruik van tolken

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

4 gevoelens van onveiligheid

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

5 het aantal contacten met gedetineerden

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

6 het verloop (de 'turnover') van gedetineerden

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

7 de planning van de werkzaamheden (spreekuur, visites, etc.)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

1	2	3	4	5
niet	nauwelijks	in enige mate	in sterke mate	in zeer sterke mate

*In welke mate voelt u zich belast door...*

8 ziekteverzuim binnen de medische dienst

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

9 ANW-diensten

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

10 de mate waarin gedetineerden gebruik maken van het beklagrecht

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

E. *Dit onderdeel gaat over een vijftal aspecten van informatievoorziening op uw werk. Zou u achter iedere deelvraag het hokje willen aankruisen dat voor u van toepassing is? U kunt steeds een cijfer tussen 1 en 4 omcirkelen, volgens de onderstaande betekenis:*

1	2	3	4
nooit	soms	vaak	altijd

1 Hoort u voldoende over de gang van zaken in de organisatie?

1	2	3	4
---	---	---	---

2 Wordt u van de belangrijke dingen in de organisatie goed op de hoogte gehouden?

1	2	3	4
---	---	---	---

3 Is de manier waarop de besluitvorming verloopt in uw organisatie duidelijk?

1	2	3	4
---	---	---	---

4 Is duidelijk bij wie u binnen de organisatie moet zijn voor welke problemen?

1	2	3	4
---	---	---	---

5 Kunt u uw mening over belangrijke beleidsbeslissingen aan de directie van uw organisatie kenbaar maken?

1	2	3	4
---	---	---	---

F. Dit onderdeel gaat in op mogelijke aanpassingen die het werk binnen de medische dienst aantrekkelijker zouden kunnen maken. U kunt steeds een cijfer tussen 1 en 5 omcirkelen, volgens de onderstaande betekenis:

1	2	3	4	5
niet	nauwelijks	enigszins	in sterke mate	in zeer sterke mate

*Om de uitoefening van mijn beroep aantrekkelijker te maken zou ik...*

1 meer bij- en nascholing willen volgen

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

2 een duidelijker loopbaanperspectief willen hebben

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

3 meer inspraak in het beleid van de afdeling/team willen

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

4 verlaging van de werkdruk willen

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

5 meer zelfstandigheid wensen

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

6 meer waardering willen binnen mijn organisatie voor het werk van de medische dienst



G. Voor welke van de onderstaande werkzaamheden zou u meer tijd beschikbaar willen hebben? U kunt een getal tussen 1 en 5 omcirkelen, volgens onderstaande betekenis.

1	2	3	4	5
niet	nauwelijks	enigszins	in sterke mate	in zeer sterke mate

*Ik zou meer tijd beschikbaar willen hebben voor...*

1 het spreekuur

1 2 3 4 5

2 de visites op cel

1 2 3 4 5

3 de intakes

1 2 3 4 5

4 PMO

1 2 3 4 5

5 overig overleg (naast PMO)

1 2 3 4 5

**F. OVERIGE VRAGEN**

1 Overige factoren die leiden tot een verhoogde werkdruk, die eerder in de vragenlijst niet voorkwamen.

a. ....

b. ....

c. ....

2 Kunt u tot slot drie aspecten in het dagelijks werk noemen die u niet als belastend ervaart, maar die u juist voldoening geven?

a. ....

b. ....

c. ....

**WIJ DANKEN U ZEER HARTELIJK VOOR UW MEDEWERKING!**

### Bijlage 3 Verantwoording score op de 14 werkprocessen van het project VMZ in het vooronderzoek

wp	omschrijving	Indicatoren	Score
1	De gezondheidssituatie en historie van gedetineerden wordt door verpleegkundigen met behulp van een standaard intakeformulier in kaart gebracht.	- intake op schrift - intake standaard bij alle gedetineerden - verpleegkundige ziet alle gedetineerden bij binnenkomst - verpleegkundige maakt medisch dossier aan verpleegkundige vraagt informatie op bij behandelaars	+ voldoet aan alle criteria +- mist er één - mist meerdere
2	De huisarts beoordeelt de gezondheidssituatie van alle binnenkomende gedetineerden aan de hand van de door de verpleegkundige aangeleverde dossiers en eventueel eigen onderzoek	- intake op schrift - verpleegkundige maakt medisch dossier aan - geneeskundige doet NIET de intake standaard bij elke gedetineerde	+ voldoet aan alle criteria +- mist er één - mist meerdere
3	De verpleegkundige verricht bij een vraag om medische zorg van een gedetineerde de toeleiding naar de respectievelijke spreekuren (verpleegkundig spreekuur, artsenspreekuur, consultatie andere zorgverleners, afhandelen herhaalrecepten/-verwijzingen), dit onder verantwoordelijkheid van de arts	- verwijzing gedetineerde door pv naar andere zorgaanbieders zonder consultatie arts op schrift	+ ja +- min of meer - nee
4	De verpleegkundige voert het verpleegkundig spreekuur uit (volgens de verpleegkundige norm).	- pv doet niet standaard visites op cel - pv is (soms) aanwezig op artsenspreekuur - pv adviseert en begeleidt chronisch zieken - pv geeft GVO - pv doet EHBO - pv controleert therapietrouw - pv doet verpleegkundige nazorg - pv waarborgt continuïteit intern - pv waarborgt continuïteit extern	+ mist hooguit 1 criterium (maar niet eerste 2) +- mist 2 criteria (maar niet eerste 2) - mist meer dan 2 criteria of één van de eerste 2
5	De inrichtingsarts voert het artsenspreekuur uit volgens de huisartsgeneeskundige norm.	- pg doet niet alleen visites op cel - pv is (SOMS) aanwezig op artsenspreekuur	+ indien aan beide criteria is voldaan - alle overige gevallen
6	Alle 'externe' zorgaanbieders worden ondersteund door een verpleegkundige en door een medisch secretaresse; deze zorgen voor continuïteit (o.m. vervolgspraken) en coördinatie	- overdracht naar externe zorgaanbieders op schrift - pv adviseert mantelzorg - pv waarborgt continuïteit extern - er is overleg tussen pv's onderling	+ voldoet aan alle criteria +- mist 1 criterium - mist meerdere
7	De verpleegkundigen verrichten zorg en nazorg (b.v. uitvoeren controles)	- pv adviseert en begeleidt chronisch zieken - pv geeft GVO - pv doet EHBO - pv coördineert informatie-overdracht naar externe zorgaanbieders - pv doet verpleegkundige nazorg	+ voldoet aan alle criteria +- mist 1 criterium - mist meerdere
8	Tijdens kantooruren wordt (gelijkwaardige) spoedeisende hulp geboden door verpleegkundige en huisarts.	- spoedeisende hulp tijdens kantooruren op schrift - spoedoverleg pg met pg of psychiater op schrift - pv doet spoedeisende hulp tijdens kantooruren	+ voldoet aan alle criteria +- mist 1 criterium - mist meerdere

Bijlage 3 Verantwoording score

wp	omschrijving	Indicatoren	Score
9	Buiten kantooruren wordt spoedeisende hulp geboden door de huisartsenpost, een samenwerkingsverband van regionale PI-artsen met de GGD als vangnet.	- spoedeisende hulp buiten kantooruren op schrift - pg doet spoedeisende hulp buiten kantooruren	+ voldoet aan alle criteria +- mist 1 criterium - mist meerdere
10	<b>De verpleegkundige zorgt voor coördinatie en afstemming in de zorgketen (overdracht bij ontslag en overplaatsing, aanwezigheid bij gedetineerdenoverleg, rapporteren aan leefafdelingen, management, controle op therapietrouw).</b>	Aan dit werkproces zijn geen criteria toegekend	Alle inrichtingen kregen een +
11	De huisarts verstrekt sociaal-medische adviezen ten aanzien van arbeidsongeschiktheid, afzondering en geschiktheid voor sport.	- pg verstrekt sociaal-medische adviezen	+ volledig taak pg +- grotendeels taak pg - overige
12	De verpleegkundige voert onder eindverantwoordelijkheid van de arts GVO-taken uit (voorlichting over infectieziektes, voedings-adviezen, vaccinatie).	- pv doet GVO	+ voldoet aan criterium - rest
13	De inrichtingsarts, de verpleegkundige, de psychiater en de psycholoog zijn betrokken bij de acute psychiatrie.	- spoedoverleg pv en pg/psychiater op schrift - spoedconsult door pg of psychiater op schrift - zorg in geval van acute psychiatrische problemen op schrift - zorg in geval van psychische problemen op schrift	+ voldoet aan alle criteria +- voldoet aan deel - niets op schrift
14	De verpleegkundige, de apothekersassistente en de PI-werker zorgen in overleg met de arts en toezichthoudend apotheker voor de geneesmiddelenverstrekking.	- geneesmiddelenverstrekking op schrift	+ voldoet aan dit criterium - voldoet niet

**wp=werkproces**

## Bijlage 4 Scoreoverzicht vooronderzoek

Nr	WP 1	WP 2	WP 3	WP 4	WP 5	WP 6	WP 7	WP 8	WP 9	WP 10	WP 11	WP 12	WP 13	WP 14	SCORE WP
1	+	+	+-	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	13,5
2	+	+-	+	+	+	+-	+	+	+	+	+	+	+	+	13,0
3	+	+	+-	+	+	+	+	+	+	+	+-	+	+	+	13,0
4	+	+-	+	+-	+	+	+-	+	+	+	+	+	+	+	12,5
5	+	+	-	+	+	+	+	+	+	+	-	+	+	+	12,0
6	+	+	-	+	+	+	+	+	+	+	-	+	+	+	12,0
7	+	+-	+-	+	+	+	+	+	+-	+	+	+	+-	+	12,0
8	+	+-	+-	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	-	12,0
9	+	+	+-	+-	+	+-	+	+	+	+	+-	+	+	+	12,0
10	+	+	-	+	+	+-	+	+	+	+	-	+	+	+	11,5
11	+	+	+-	+	+	+	+	-	+	+	+-	+	+-	+	11,5
12	+-	+	+	+	+	+	+	+-	+-	+	+-	+	+-	+	11,5
13	+-	+-	+	+	-	+	+	+	+	+	+	+	+-	+	11,5
14	+-	+	-	+	+	+	+	+-	+	+	+	+	+-	+	11,5
15	-	+	-	+	+	+	+	+	+	+	-	+	+	+	11,0
16	+-	+-	+-	+	+	+-	+	-	+	+	+	+	+-	+	10,5
17	+	+-	+-	+	+	+-	+	+	+-	+	-	+	+-	+	10,5
18	+	+	-	+	+	-	+	+	+-	+	-	+	+	+	10,5
19	+	+	-	+-	+	-	+	+	+	+	-	+	+	+	10,5
20	+	+	-	-	+	-	+	+	+-	+	+	+	+	+	10,5
21	+	+	-	+	+	+-	+	-	+-	+	+	+	+-	+	10,5
22	+-	+	-	+-	+	+	+-	+-	+	+	+	+	+-	+	10,5
23	+	+	+-	+	+	+-	+	+-	+-	+	+-	+	-	+	10,5
24	+	+	-	+	+	+-	+	+-	+	+	+	+	-	-	10,0
25	+	+	-	+-	+	-	+	+-	+-	+	+	+	+-	+	10,0
26	+-	+-	-	+	-	+-	+	+	+	+	-	+	+	+	9,5
27	+	+	-	+	+	+	+	-	+	+	-	+	+-	-	9,5
28	+-	+-	-	+	+	+	+	+-	+	+	-	+	-	+	9,5
29	+	+	+-	-	+	+-	-	+-	+	+	+-	+	+-	+	9,5
30	-	+-	+-	+	-	+	+	+-	+-	+	+-	+	+	+	9,5
31	+-	+-	-	+-	+	-	+	+	+	+	+-	+	+-	-	8,5
32	+-	+-	-	+-	+	-	+	+	+-	+	+-	+	+-	-	8,0
33	+-	-	-	+	+	+	+	-	+-	+	-	+	-	+	8,0
34	+-	+-	-	+-	+	+-	+	-	+	+	+	+	-	-	8,0
35	+-	-	-	+	+	-	+	+-	+-	+	+-	+	+-	-	7,5
36	+	+-	-	+	-	+-	+	-	+-	+	+-	+	-	-	7,0
37	+-	+-	+-	-	+	-	-	+-	+-	+	+	+-	+-	-	6,5
38	+-	-	-	+	+	-	+	-	-	+	-	+	-	+	6,5
39	-	-	-	+-	-	-	+	-	+-	+	+	+	-	+	6,0
40	+-	+-	+	-	+	-	-	-	+	+	+-	+-	-	-	6,0
41	-	+-	-	-	+	-	+-	-	+-	+	+	+	-	-	5,5
42	-	-	-	-	+	+-	-	-	+-	+	+	+-	-	+	5,5
	<b>0,7</b>	<b>0,7</b>	<b>0,3</b>	<b>0,8</b>	<b>0,9</b>	<b>0,6</b>	<b>0,9</b>	<b>0,6</b>	<b>0,8</b>	<b>1,0</b>	<b>0,6</b>	<b>1,0</b>	<b>0,5</b>	<b>0,7</b>	<b>9,65</b>

(+ = voldoet = 1 punt ; +- = voldoet min of meer = 0,5 punt, - = voldoet niet = 0 punt; gearceerd zijn de medische diensten die zijn geselecteerd voor het hoofdonderzoek

## Bijlage 4 Scoreoverzicht vooronderzoek

## **Afkortingen en begrippenlijst**

### **BGG**

Beperkt Gemeenschapsgeschied

### **BIBA**

Beveiligde individuele begeleidingsafdeling

### **Bruikbare capaciteit**

Het aantal plaatsen in een justitiële inrichting dat daadwerkelijk voor de opname van justitiabelen gebruikt kan worden. Bij oplevering vormen alle plaatsen van een nieuwbouwinrichting samen de formele capaciteit. Na een periode van 'droogdraaien' volgt een gefaseerde instroom van justitiabelen in de inrichting. De bruikbare plaatsen zijn de formele plaatsen minus de plaatsen die door technische herstelwerkzaamheden of vernieling tijdelijk buiten gebruik zijn geraakt. Ook is het mogelijk dat capaciteit van de inrichting niet in gebruik is om organisatorische of regime-inhoudelijke redenen, bijvoorbeeld als gevolg van bestemmingswijzigingen die gekoppeld zijn aan gefaseerde uitstroom en nieuwe instroom van justitiabelen.

### **BZA**

Bijzondere zorgafdeling

### **EBI**

Extra Beveiligde Inrichting

### **FOBA**

Forensische Observatie Begeleidingsafdeling

### **Formele capaciteit**

Het aantal plaatsen waarover een inrichting bouwkundig in de optimale situatie kan beschikken.

### **Gesloten gevangenis bijzondere opvang**

Gevangenis of afdeling van een gevangenis die bestemd is voor een specifieke groep veroordeelde gedetineerden die tijdens hun detentie zeer specifieke begeleiding nodig hebben. Dergelijke begeleiding is niet beschikbaar in een reguliere gevangenis.

### **Gesloten gevangenis regulier**

Gevangenis waar gedetineerden die tot een vrijheidsstraf veroordeeld zijn 24 uur per dag verblijven. Het beveiligingsniveau is normaal.

### **Gesloten gevangenis uitgebreid en extra beveiligd**

Gevangenis met een meer dan normaal tot maximaal beveiligingsniveau. Dit wordt bepaald door het gevoerde beveiligingsbeleid en de mate waarin materiële beveiligingsvoorzieningen aanwezig zijn. De tot een vrijheidsstraf veroordeelde gedetineerden die hier geplaatst zijn, vormen een verhoogd of extreem vlucht- of maatschappelijk risico. De Landelijke Afdelingen

## Lijst met afkortingen en begrippen

Beheersproblematische Gedetineerden zijn uitgebreid beveiligde afdelingen binnen gevangenissen, terwijl de EBI in Vught als gehele inrichting extra beveiligd is.

### **Gevangenisstraf**

Door de rechter opgelegde vrijheidsstraf.

### **Geweldsmisdrijf**

Misdrijf waarbij geweld of dreiging met geweld tegen personen is gebruikt. Voorbeelden zijn bedreiging, mishandeling, doodslag, moord, aanranding, verkrachting, diefstal met geweld en afpersing.

### **Halfopen inrichting**

Een halfopen inrichting is een gevangenis waar de mate van beveiliging beperkt is en waar de tot vrijheidsstraf veroordeelde gedetineerden één keer per vier weken weekendverlof krijgen.

### **Heenzending**

1. Directe vrijlating van een preventief gehechte wegens plaatsgebrek, onmiddellijk na het bevel voorlopige hechtenis.
2. Vrijlating van een preventief gehechte, enige tijd na het bevel voorlopige hechtenis vanuit het politiebureau, omdat niet tijdig naar een huis van bewaring kan worden overgeplaatst wegens plaatsgebrek.
3. Vrijlating van een lichtere preventief gehechte uit een huis van bewaring in ruil voor plaatsing van een zwaardere.

### **HOI**

Half Open Inrichting

### **HvB**

Huis van Bewaring

### **Hvb bijzondere opvang**

Huis van bewaring dat -of een afdeling daarvan die- bestemd is voor een specifieke groep gedetineerden die tijdens hun detentie zeer specifieke begeleiding nodig hebben. Dergelijke begeleiding is niet beschikbaar in een regulier huis van bewaring. Voorbeelden van bijzondere opvang zijn:

- verslaafdenbegeleidingsafdeling (VBA),
- individuele begeleidingsafdeling (IBA),
- forensische observatie- en begeleidingsafdeling (FOBA),
- Penitentiair Selectiecentrum en
- Penitentiair Ziekenhuis.

### **Hvb regulier (=standaard)**

Huis van bewaring waarin de meeste gedetineerden na een bevel tot bewaring vanuit het politiebureau in eerste instantie worden geplaatst. Dit heet voorlopige hechtenis. In het standaardregime staat, naast de wettelijk omschreven activiteiten, arbeid centraal in het dagprogramma.

### **Hvb sober regime**

Huis van bewaring met een minimaal aanbod van activiteiten in een dagprogramma van maximaal acht uur. Gedetineerden mogen in dit regime niet langer dan zestig dagen verblijven; in geval van vervolgvonnissen geldt een totaal van negentig dagen. Voor een sober regime komt slechts een aantal



categorieën justitiabelen in aanmerking: personen die hun boetes niet hebben betaald, die zich eerder aan een detentie hebben onttrokken of herhaaldelijk kleine delicten plegen. De laatste groep wordt als 'overlastcategorie' aangeduid.

**Hvb uitgebreid en extra beveiligd**

Huis van bewaring met een meer dan normaal tot maximaal beveiligingsniveau, bepaald door het gevoerde beveiligingsbeleid en de mate waarin materiële beveiligingsvoorzieningen aanwezig zijn. De hier geplaatste gedetineerden vormen een verhoogd of extreem vlucht- of maatschappelijk risico. De Landelijke Afzonderingsafdelingen en de Landelijke Afdelingen Beheersproblematische Gedetineerden zijn uitgebreid beveiligde afdelingen binnen huizen van bewaring, terwijl de EBI in Vught als gehele inrichting extra beveiligd is.

**Hvb vreemdelingen**

Huis van bewaring voor de tenuitvoerlegging van een vrijheidsbenemende maatregel, waarbij een vreemdeling die niet langer in Nederland mag verblijven, wordt vastgehouden tot uitzetting mogelijk is.

**IBA**

Individuele begeleidingsafdeling

**JoVo**

Jong Volwassene

**Justitiële inrichting**

Organisatie die vrijheidsbenemende straffen en/of maatregelen uitvoert. De uitvoering vindt plaats in een penitentiaire inrichting, justitiële jeugdinrichting of TBS-inrichting.

**LAA**

Landelijke afzonderingsafdeling

**LABG**

Landelijke Beheersafdeling Gevaarlijke Gedetineerden

**OBS**

Observatiecel

**Open inrichting**

Een open inrichting is een gevangenis met een zeer beperkt beveiligingsniveau waar tot vrijheidsstraf veroordeelde gedetineerden overdag op of buiten het terrein werkzaam zijn en wekelijks met weekendverlof gaan.

**Penitentiair programma**

Een programma van samenhangende activiteiten dat gericht is op reïntegratie in de maatschappij. De deelnemer penitentiair programma verblijft tijdens deze laatste detentiefase buiten de penitentiaire inrichting. Alleen gedetineerden met een straf van minimaal een jaar kunnen in aanmerking komen voor een penitentiair programma. Het programma kan maximaal zes maanden duren.

Lijst met afkortingen en begrippen

**PI**

Penitentiare Inrichting

**PIW'er**

Penitentiair Inrichtingswerker

**POI**

Penitentiare Open Inrichting

**Product (categorie)**

Inrichtingen en afdelingen van inrichtingen die zijn bedoeld voor een zelfde specifieke penitentiare doelgroep met een nauw omschreven mate van beveiliging en bejegening en met een concreet doel voor ogen, tegen vastgestelde kosten per capaciteitsplaats.

**SOV**

Strafrechtelijke Opvang Verslaafden

**TBS**

Terbeschikkingstelling

**VBA**

Verslaafden begeleidingsafdeling

**Vreemdelingeninrichting**

Zie: hvb vreemdelingen