

ERGO COACH

mini-pocket



**KENNIS
IS DE
BASIS**

KENNIS IS DE BASIS

© Project Gezond & Zeker, Stichting RegioPlus, 2010

Zoetermeer, RegioPlus, 2010

Tekst

Knibbe JJ, Knibbe NE

Eindredactie

Angelique van Beuzekom / Your Life Media

Vormgeving

Paul Eversdijk / Vrije Stijl

Illustraties

Auke Herrema

Druk

Klomp Grafische Communicatie

Deze publicatie is te downloaden op www.gezondenzeker.nl.

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag zonder uitdrukkelijke voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever gebruikt worden voor andere gedrukte, geprinte of digitale (in welke vorm dan ook) uitgaven.

**ERGO
COACH**
mini-pocket

VOORWOORD

Als projectleider van Gezond & Zeker en daarvoor natuurlijk van het Project Ergocoaches, ervaar ik dagelijks waar de duizenden ergocoaches die ons land telt, zich mee bezig houden. Dat is dag in, dag uit, hard werken om van zichzelf en hun collega's geen nieuwe patiënten te maken. En dat met veel bezieling en enthousiasme. Je merkt het al als je rondloopt op de Gezond & Zeker Kennisdagen. Je proeft dan de sfeer, de inzet en het enthousiasme en de drang om de zorg ergonomischer te maken. Want uiteindelijk had Florence Nightingale natuurlijk helemaal gelijk: als je niet goed voor jezelf zorgt, dan kun je ook niet goed voor je cliënt zorgen. Jullie enthousiasme wordt gelukkig nog steeds door onze overheid gedeeld, want ook dit jaar worden ergocoaches in de zorg landelijk ondersteund met bijeenkomsten, brochures, het Ergocoach Paspoort en nog veel meer praktisch materiaal. Met deze Ergocoach mini-pocket is aan deze schat van informatie weer een nieuwe bron van informatie toegevoegd.

Want het blijkt nog altijd hard nodig om aandacht te geven aan fysieke belasting in de zorg. We weten dat er in de toekomst een tekort aan verzorgenden

en verpleegkundigen dreigt: de bevolking vergrijsht niet alleen, maar ook de zorgverleners. Bovendien 'ontgroenen' we in Nederland ook nog eens: er zijn minder jongeren die onze plaats in de zorg straks over kunnen nemen. Het is dan ook van het grootste belang dat we er voor zorgen zelf aan het werk te blijven en niet uitvallen als gevolg van bijvoorbeeld rug- of schouderklachten. Daarnaast blijkt vaak dat ergonomischer werken door bijvoorbeeld hulpmiddelen te gebruiken ook nog eens efficiënter is en voor een betere kwaliteit van zorg zorgt. Wat willen we dan nog meer?

Gebruik dit boekje dan ook samen met al het andere materiaal dat door het project Gezond & Zeker is ontwikkeld om je taak als ergocoach te vergemakkelijken. Vaardigheden, zowel fysieke als coachingsvaardigheden, leer je slecht uit boeken. Die moet je je eigen maken op trainingen en workshops op onze Kennisdagen, maar vooral door gewoon aan de slag te gaan. Om zo met elkaar te zorgen voor minder fysieke belasting in de zorg.

Annemarie Klaassen
Projectleider Gezond & Zeker

RegioPlus, Zoetermeer, 2010



INHOUDSOPGAVE

1	WAT IS EEN ERGOCOACH?	10	5	OPLOSSEN	92
1.1	Functie en taken van de ergocoach	12	5.1	Vaardigheden	94
1.2	Waarom ergocoaches?	13	5.2	Hulpmiddelen	99
1.3	Voorwaarden	16	5.3	Goed gebruik van hulpmiddelen	105
1.4	Wat kost een ergocoach?		5.4	Haptonomie	110
	Wat verdien je ermee?	20	5.5	Zelfredzaamheid	114
			5.6	Basiszorg	122
2	HET BEWEGINGSAPPARAAT	24	6	COACHEN EN COMMUNICEREN	128
2.1	Rondom de rug	26	6.1	Coach tip 1: Passieve ergonomie	130
2.2	Rondom de schouder	35	6.2	Coach tip 2: De Voilà! methode	134
3	AFSPRAKEN	44	6.3	Coach tip 3: De 80-20 regel	144
3.1	Werkpakket fysieke belasting	47	7	SPECIALE THEMA'S	146
3.2	Mobiliteitsklassen	50	7.1	Zorg voor bariatrische cliënten	148
3.3	Praktijkrichtlijnen	57	7.2	Valpreventie	155
3.4	Transferprotocollen in zorgdossiers	68	7.3	Decubitus	161
4	TOETSEN	74	8	INCONTINENTIE	176
4.1	BeleidsSpiegel	77	8.1	Incontinentie en de ergocoach	178
4.2	TilThermometer	79	8.2	Goede analyse	179
4.3	Rug- of RisicoRadar	84	8.3	Mobiliteit om incontinentie te voorkomen	184
4.4	Huishoudelijke zorg meter oftewel de HZ-Meter	87	8.4	Kies een goed inco product	187
4.5	WerkPlekCheck	89	8.5	Alles in beeld?	190



WAT IS EEN ERGOCOACH?

Als ergocoach beschik je over meer kennis van ergonomisch werken dan je collega's. Want het is jouw taak om je collega's te coachen om gezond te werken. Je moet weten waar je het over hebt, maar je bent natuurlijk geen ergo-
noom, wetenschapper of paramedicus. Van deze mensen mag je veel verwachten op dit gebied. Toch moet je als ergocoach beschikken over basiskennis. Daarmee ben je een betere gesprekspartner voor je collega's en leidinggevenden. Wat moet je daarvoor allemaal weten? Dat vind je allemaal in deze Ergocoach mini-pocket, 'Kennis is de basis'.

1.1 FUNCTIE EN TAKEN VAN DE ERGOCOACH

Er zijn meerdere functieomschrijvingen van ergo-coaches in omloop. Tot op de dag van vandaag is er geen standaard hierover vastgelegd. Wel zien we een aantal elementen vaak terugkomen in de taken die ergocoaches uitvoeren: adviseren, stimuleren, signaleren en actie ondernemen. Centraal staat het, zeer laagdrempelig, gevraagd en ongevraagd geven van advies aan collega's. Het ondernemen van actie kan bestaan uit het oplossen van het knelpunt, maar ook het doorspelen van het knelpunt naar bijvoorbeeld een werkgroep of preventiemedewerker. Ergocoaches spelen een belangrijke rol bij het vertalen van algemeen beleid naar concreet ergonomisch werken in de praktijk. Zij geven daarbij ondersteuning en feedback aan collega's. Omgekeerd hebben ze ook een rol als het gaat om het signaleren en vertalen van praktische problemen naar eventuele aanpassingen in het algemene beleid. In dat opzicht vormen ze ook de ogen en oren van bijvoorbeeld de Werkgroep fysieke belasting, Til- of Transfercommissie, ERGO commissie, etc. die in veel instellingen aanwezig is als verbijzondering van een Arbocommissie.

'Ergocoaches zijn teamleden die naast hun uitvoerende taken een extra verantwoordelijkheid op zich hebben genomen op het gebied van ergonomie.'

1.2 WAAROM ERGOCOACHES?

Als jouw organisatie zou willen investeren in de inzet van ergocoaches, dan moet daar natuurlijk wel een goede reden voor zijn. We geven je er zes.

1 Klachten aan het bewegingsapparaat.

Rugklachten en andere klachten aan het bewegingsapparaat (nek, schouder, knie, etc.) komen nog steeds te veel voor bij zorgverleners en het verzuim door dit soort klachten aan het bewegingsapparaat is hoog. Grofweg zegt 60% van de zorgverleners de afgelopen 12 maanden last gehad te hebben van de rug. Het gemiddelde in Nederland, over alle beroepsgroepen is ruim 40%. Dat maakt dat de zorg in de top drie van de zware beroepen staat.

2 De zorgzwaarte neemt toe.

Door vergrijzing van het personeel en de cliënten wordt het werk de komende jaren steeds zwaarder. Als deze trend zich voortzet zal in het jaar 2025 nog maar voor 60% van de cliënten volledige zorg beschikbaar zijn. Of anders gezegd, er is dan nog maar 60% zorg voorhanden voor alle cliënten. Dat betekent ook dat we heel zuinig moeten zijn op de gezondheid van de zorgverleners die nu aan het werk zijn. Ergocoaches helpen daarbij.

3 Ergocoaches helpen bij het in gang zetten en vasthouden van veranderingen.

Het opzetten van ergonomiebeleid vergt meestal een jaar of twee. Ergocoaches helpen mee om dat beleid, stapje voor stapje, voor elkaar te krijgen. En daarna voorkomen ze dat het weer inzakt. Als ergocoach zorg je er dus voor dat investeringen in goede arbeidsomstandigheden ook echt resultaat hebben.

4 Preventieve deskundigheid op de werkvloer.

Sinds 1 juli 2005 zijn zorgorganisaties verplicht om preventieve taken onder te brengen bij daarvoor benoemde medewerkers. Dat kun je bij een speciale Preventiemedewerker onderbrengen. Je noemt dan in feite de oude arbocoördinator Preventiemedewerker. Maar je kunt deze taken ook verdelen onder de ergocoaches.

LEER MEER ...

OVER DE PREVENTIEMEDEWERKER

- Gezond & Zeker folder Dossierinformatie voor ergocoaches nummer 3 'Jouw gezondheid is een collega waard'.

5 Professioneel maatwerk.

Ergocoaches zijn vooral zorgprofessionals. Dát is hun hoofdvak, ergonomie is een bijvak. Door deze mooie combinatie kunnen ze goed en alert reageren op alle situaties die zich rondom de zorgverlening voordoen.

6 Ergocoaches zijn succesvol.

Hoewel we daar als ergocoach natuurlijk zelf heilig in geloven, is er geen keihard bewijs dat het werk van ergocoaches effectief is. Wat we wel weten is dat zorginstellingen met ergocoaches een lager verzuim door rugklachten hebben². Ook worden in instellingen met ergocoaches de Praktijkrichtlijnen en richtlijnen voor bijvoorbeeld het onderhouden van hulpmiddelen beter opgevolgd.

1.3 VOORWAARDEN

Er zijn zeker voorwaarden waaraan voldaan moet worden om het werk van ergocoaches tot een succes te maken. In de eerste plaats moeten ergocoaches voldoende zijn toegerust voor hun taak. Zij moeten over voldoende kennis en vaardigheden beschikken in het gebruik van hulpmiddelen en werkmaterialen, maar ook voor wat betreft het uitvoeren van handmatige transfers en begeleidingsvormen, zoals haptonomie of PDL²². Ook moeten ze weten hoe ze hun collega's kunnen coachen tot gezond gedrag, zonder als politieagent met een opgeheven vingertje over de afdeling te lopen of te moeten gaan onderhandelen. Een handig hulpmiddel om te checken en bij te houden of jij als ergocoach beschikt over voldoende kennis en vaardigheden is het Ergocoach Paspoort. Dit paspoort staat op naam, er wordt in afgetekend over welke competenties jij beschikt. Dat aftekenen kan worden gedaan door bijvoorbeeld je leidinggevenden of degenen die je hebben opgeleid.

LEER MEER ...

OVER HET ERGOCOACH PASPOORT

Kijk op www.gezondenzeker.nl onder fysieke belasting.



Een tweede voorwaarde voor succes is dat de ergocoach zich gesteund en gewaardeerd weet door het management. Dit geldt niet alleen voor het hoger management, maar ook voor het middenkader, die de ergocoach in veel gevallen direct aanstuurt. Zij zullen de ergocoach in woord en gebaar moeten steunen.

'75% van de ergocoaches is van mening voldoende gesteund te worden door hun direct leidinggevenden!.'

Vervolgens moeten ergocoaches voldoende tijd hebben om hun functie in te vullen. In het begin van hun aantreden is er meestal wat meer tijd nodig dan later. Want in het begin gaat het om het in gang zetten van veranderingen en zal ook de scholing van de ergocoach tijd in beslag nemen. In een latere fase zien ergocoaches over het algemeen mogelijkheden om tijdens het uitvoeren van regulier werk hun taak als ergocoach uit te voeren. Dat neemt niet weg dat extra tijd noodzakelijk blijft, voor overleg, aanvullende scholing, het bezoeken van beurzen en niet te vergeten de jaarlijkse Ergocoachdagen, nu de Gezond & Zeker Kennisdagen.

'De gemiddelde ergocoach besteedt 1,2 uur per week aan hun taak, we laten de ergocoaches die de volle werkweek aan deze taak besteden, dan buiten beschouwing!.'

In het kader van de Arboconvenanten en voor de Verpleeg- en Verzorgingshuizen de CAO - Arbeid en Gezondheid, zijn door werknemers, werkgevers en de overheid de volgende afspraken gemaakt. Deze zijn later verwerkt in de 'Arbocatalogi':

- Wanneer er sprake is van kans op fysieke overbelasting moet er bij voorkeur in een zo klein mogelijke organisatorische eenheid (bijvoorbeeld een team) een aandachtsvelder fysieke belasting (bijvoorbeeld ergocoach) aanwezig zijn.
- Ergocoaches moeten specifieke scholing voor hun taak krijgen en geregeld met elkaar kunnen overleggen.
- Ergocoaches moeten voldoende tijd beschikbaar hebben voor de uitoefening van hun taak, de richtlijn is twee uur per week.

1.4 WAT KOST EEN ERGOCOACH? WAT VERDIEN JE ER MEE?

Omdat je de functie van ergocoach op meerdere manieren kunt invullen is het lastig om de kosten en de baten van het inzetten van ergocoaches in te schatten. Toch hebben keuzes over de intensiteit van de opleiding, het aantal ergocoaches in je organisatie en de uren die je mag besteden aan je ergocoach werk financiële gevolgen, die je management wil kunnen inschatten voordat ze aan de slag gaan met ergocoaches. Om jou en je leidinggevende daarbij te helpen is een zogenaamde 'businesscase' gemaakt over ergocoaches in de zorg. In dit rapport zijn de kosten en baten van het werken met ergocoaches tot in detail uitgewerkt. Maar omdat jouw instelling geen gemiddelde Nederlandse instelling is én je graag wilt zien wat de verschillende keuzes (aantal ergocoaches, intensiteit van opleiden, te besteden tijd, etc.) voor gevolgen hebben, is er ook een Excel rekenmodule gemaakt waarmee je zelf voor jouw zorgorganisatie kunt uitrekenen wat de kosten en de baten van het investeren in ergocoaches voor jouw organisatie zou betekenen. Je kunt de businesscase en de bijbehorende Excel rekenmodule gratis downloaden vanaf www.gezondenzeker.nl of van www.innovatiespiegel.nl.

Als je al met ergocoaches werkt zal je management na verloop van tijd ook willen weten wat jullie doen, wat het effect is en of het nog wel nodig is wat jullie doen. Daarom is het belangrijk bij te houden welke ergonomische verbeteringen jij en je ergocoach collega's doorvoeren. Gebruik daarvoor het ActieBlok, noteer daarop elke actie. Dat kunnen in jouw ogen kleine dingen zijn, bijvoorbeeld een andere tilband bij een bepaalde cliënt of het wat lager hangen van een opbergplank. Als je dat allemaal bijhoudt en dat kan heel eenvoudig met het ActieBlok, dan kun je altijd verantwoording afleggen aan je management en betrek je ze en passant bij jullie enthousiasme.

LEER MEER ...

OVER WAT ERGOCOACHES ZIJN EN KUNNEN

- Gezond & Zeker folder Dossierinformatie voor ergocoaches nummer 2 'Dragvlak creëren: niet alleen in naam maar óók in de praktijk'.
- Gezond & Zeker folder Dossierinformatie voor ergocoaches nummer 3 'De ergocoach en de preventiemedewerker 'Jouw gezondheid is een collega waard'.
- Gezond & Zeker folder Dossierinformatie voor ergocoaches nummer 12 'Ergocoach, wat is je rol?'.
- Cursus Handleiding voor de Ergocoach, www.betermetarbo.nl.
- het Basisboek voor de ErgoCoach. Elsevier Gezondheidszorg.²³
- Het AktieBlok is ook digitaal beschikbaar, je vindt het op www.gezondenzeker.nl.





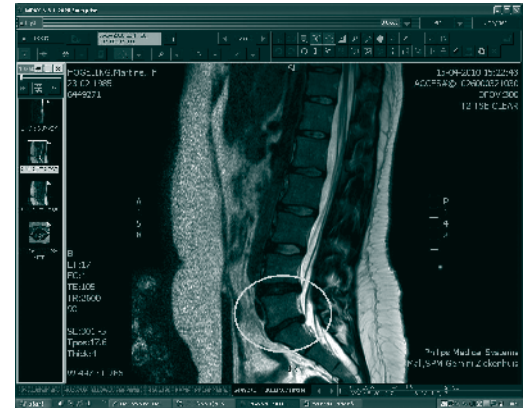
HET BEWEGINGS- APPARAAT

Als ergocoach probeer je de ergonomie op jouw afdeling, groep, wijk of locatie te verbeteren. Zo draag je bij aan makkelijker werken, minder ergernis, goede kwaliteit van zorg, een tevreden cliënt of patiënt, het besparen van tijd en lopen je collega's en jij minder kans op lichamelijke klachten. Dat laatste kan van alles zijn. Denk aan knieklachten, polsklachten, armklachten etc., maar meestal gaat het om rug- en schouderklachten. Omdat deze laatste klachten het meeste voorkomen bespreken we ze hieronder.

2.1 RONDOM DE RUG

Om rugklachten te voorkomen is het goed om te weten hoe je rug is opgebouwd. Je rug heeft 33 wervels, die vanaf je nek tot je stuitje in de vorm van een S op elkaar zijn gestapeld. Deze S heeft een lichte bolling in je bovenrug (de kyfose) en een lichte holte in je lage rug (de lordose). De 33 wervels zijn met elkaar verbonden met facetgewrichten en in het midden de tussenwervelschijven (de disci). Elke tussenwervelschijf heeft een zachte kern (nucleus) met daarin een gelatineachtige massa die is verpakt in een sterk omhulsel van bindweefsel. Je kunt het vergelijken met een opgeblazen ballon (de nucleus) in een doosje (de vertebrale eindplaten). Op deze manier kunnen de tussenwervelschijven als een soort schokbrekers functioneren tussen de wervels. De wervels vormen ook ringen. Doordat die ringen ook zijn gestapeld, ontstaat er in het midden een buis. Door die buis loopt het ruggenmerg wat zorgt voor de zenuwverbindingen tussen de hersenen en de rest van het lichaam. Deze hele constructie wordt stevig gemaakt door een korset van spieren, banden en pezen.

Zijn klachten aan de rug dus altijd te vinden in de wervels, de tussenwervelschijven, de facetgewrichten, de nucleï, de vertebrale eindplaten, het ruggenmerg, de spieren, banden of de pezen? Nee, grof-



Deze MRI afbeelding is van de rug van Martine Hogeling, werkzaam als verpleegkundige en ergocoach in het Gemini Ziekenhuis in Den Helder. Op de afbeelding zien we uitstulpingen van twee nucleï in haar lage rug. Dat was erg pijnlijk, zo pijnlijk dat Martine haar opleiding tot ergocoach tijdelijk moest onderbreken. We danken haar voor het gebruik van deze foto zodat iedere ergocoach van Martine's rug kan leren.

weg kunnen we zeggen dat 80% van de rugklachten a-specifiek is. De persoon in kwestie heeft klachten, maar er is geen eenduidige oorzaak te vinden. Ook niet met modern onderzoek zoals caudografie, contrastfoto's, CT-scan, botscan, of een MRI-scan. Je loopt dan het risico dat er gedacht wordt dat de

klachten 'tussen de oren zitten'. Dat kan, maar hoeft zeker niet. Het tegenovergestelde komt ook voor. Soms zijn er flinke aantoonbare afwijkingen, maar heeft de persoon in kwestie nergens last van. Bij 5% van de dertigjarigen worden bijvoorbeeld echte hernia's (een discus is beschadigd, de inhoud stulpt eruit en drukt op de zenuw of het zenuwweefsel) gevonden, zonder dat deze mensen klachten hebben. Er zijn ook klachten waarbij je wel een oorzaak vindt of eenduidige verschijnselen hebt. Je hebt dan bijvoorbeeld spit (acute spierkramp), te sterke lordose, een scoliose oftewel een scheve rug, ischias waarbij er sprake is van druk op de zenuwen, beschadiging of 'slijtage' van de gewrichten beter bekend als artrose of een hernia.

Deze hernia is de bekendste klacht. Eigenlijk moet je zeggen hernia (breuk) nucleï (kern) pulposi (uitstulping), oftewel HNP. Dat geeft ook meteen aan wat er aan de hand is. De tussenwervelschijf is beschadigd en het zachte materiaal van de nucleus stulpt eruit en drukt tegen de zenuwen of het zenuwweefsel. Dat kan goed zeer doen. Sommige mensen met een hernia kunnen zelfs alleen nog maar op handen en voeten lopen, hebben last van uitval ('mijn voet sleept') of een doof gevoel. Kenmerkend is dat de pijn vaak flink verergert bij druk of persen,

dan schiet het er echt in. Daarom wordt er ook wel gezegd: een HNP merk je bij Hoesten, Niezen of Persen. Dit soort beschadigingen van de tussenwervelschijf kunnen bijvoorbeeld ontstaan door te zwaar tillen. Door de hoge druk krijg je kleine scheurtjes (microfracturen). Die herstellen weer, maar er ontstaat wel littekenweefsel. En op den duur, als je bijvoorbeeld te zwaar blijft tillen, kan er zoveel beschadiging ontstaan dat het weefsel barst en de nucleus naar buiten stulpt⁹.

DYNAMISCHE EN STATISCHE BELASTING

Fysieke belasting wordt vaak onderverdeeld in dynamische en statische belasting. Bij dynamische belasting is het lichaam in beweging. Denk bijvoorbeeld aan het tillen van een waszak of het rijden met een etenswagen. Vaak gaat de eerste aandacht van ergocoaches uit naar de dynamische belasting. Dat is ook logisch, het springt direct in het oog en meestal is de dynamische belasting de directe aanleiding voor het ontstaan van klachten. Toch is ook de statische belasting een belangrijke veroorzaker van klachten aan het bewegingsapparaat. We spreken van statische belasting als je voor een langere periode in een houding zit of staat te werken. Statische belasting hoeft niet met het hele lichaam te zijn. Als je bijvoorbeeld een cliënt wast op een te laag bed dan wordt je rug statisch belast. Je armen niet, want die zijn continu in beweging. Uit onderzoek blijkt dat statische belasting in de zorg erg veel voorkomt. Veel zorgverleners staan meer dan een kwart van hun werktijd in een voorovergebogen of gedraaide houding. Dat is lang en erg belastend. Er staat voortdurend een hoge druk op de tussenwervelschijven. Het gewicht van eigen

romp, hoofd en armen is al ongeveer tweederde van je totale lichaamsgewicht (zo'n 40 kilo). De spieren moeten lang aangespannen blijven om die houding vast te houden, waardoor ze snel verkrampen. Na één minuut krijgen de meeste mensen al problemen. Je voelt dan een zeurende pijn opkomen. Het is dan ook niet vreemd dat er ook voor het langdurig in dezelfde, ongemakkelijke, houding werken Praktijkrichtlijnen bestaan. Uiteraard zowel voor de zorgverleners als voor medewerkers van de ondersteunende diensten. Ga er vanuit dat je niet langer dan ongeveer een minuut aangesloten met een meer dan 30 graden gebogen of gedraaide romp of nek mag werken. Voor zorgverleners kan dat betekenen dat je de cliënt op een in hoogte verstelbare douchestoel moet douchen. Of dat de aankleedtafel of werktafel in de keuken in hoogte verstelbaar moet zijn. Of dat je met een stasteun moet werken. De Praktijkrichtlijnen zijn hierover helder. Kijk in de box over Praktijkrichtlijnen voor de details. Maar er zijn ook wat minder grensverleggende oplossingen waar je aan kunt denken. Let bijvoorbeeld op de stand van je voeten.



Met een spreidstand sta je stabiel en word je als het ware een stukje kleiner. Werk altijd goed recht voor je, niet scheef. Is dat wel het geval, stap dan naar links of naar rechts of haal je werk dichterbij. Voorkom ook het werken met opgetrokken schouders. Je werkt dan in feite te hoog en je schouder- en nekspieren worden statisch belast. Het belangrijkste motto om statische belasting te voorkomen is afwisselen, afwisselen en nog eens afwisselen. Het nemen van micropauzes is daarvoor een handige manier. Dit zijn eigenlijk meer kleine onderbrekingen dan echte pauzes. Door een micropauze te nemen, komt de bloedsomloop weer even goed op gang en ontspannen de spieren zich.

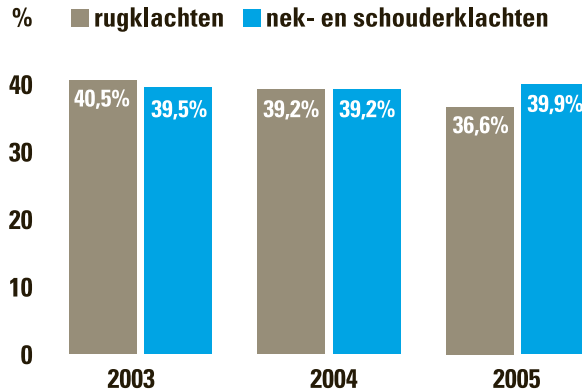
LEER MEER ...

OVER DE PRAKTIJKRICHTLIJNEN EN STATISCHE BELASTING

- Gezond & Zeker Praktijkinformatiefolder voor ergocoaches nummer 20 'Praktijkrichtlijnen'.
- Gezond & Zeker Praktijkinformatiefolder nummer 16: 'Werkhouding'.
- Watnektjeboekje, onder andere over statische belasting op de OK, www.betermetarbo.nl.

Al met al weten we maar van een klein percentage van de rugklachten wat er anatomisch of fysiologisch aan de hand is. Dat geldt ook voor de therapie, ook daar zijn nog heel veel onopgeloste vragen. De ene patiënt kan daarom zweren bij behandeling door een chiropractor, de ander bij de behandeling door een Mensendieck therapeut en de derde neemt pijnstillers en werkt gewoon door. Ook voor huisartsen is het kiezen van de juiste behandeling, of juist geen behandeling, vaak een lastige zaak en gaan behandelingen soms met vallen en opstaan. Huisartsen hebben wel richtlijnen voor het behandelen van rugklachten. Ze kiezen de behandeling waar het beste wetenschappelijke bewijs voor is. Soms betekent dat dat je het advies krijgt om door te werken met pijnstillers. Feitelijk weten we het

vaak niet goed en lijkt het soms op shoppen van therapie naar therapie. Gelukkig weten we wel een stuk beter hoe we rugklachten kunnen voorkomen: door ergonomisch te werken en je aan de Praktijkrichtlijnen te houden. En laat dat nou nét de nucleus zijn van jouw werk als ergocoach.



Percentages zorgverleners (V&V) die aangeven de laatste drie maanden last gehad te hebben van de rug of nek/schouders³.

2.2 RONDOM DE SCHOUDERS

Als we praten over 'klachten aan het bewegingsapparaat' dan denken we meestal aan rugklachten. Tot voor kort kwamen die ook het meeste voor. De laatste jaren zien we een prachtige daling van het percentage zorgverleners met rugklachten, maar blijft het percentage zorgverleners met nek- of schouderklachten stabiel. Bij schouderklachten heb je vooral pijn rond je schoudergewricht als je je bovenarm stilhoudt of een beetje beweegt. De pijn kan uitstralen naar je schouderbladen, nek, elleboog of zelfs naar je vingers. Door de pijn kun je je arm vaak niet goed meer bewegen. Dagelijkse handelingen zoals aan- en uitkleden of haren kammen kunnen opeens lastig worden. Ook 's nachts kan de pijn heel hinderlijk zijn, je ligt te woelen, slaapt slecht en komt in een neerwaartse spiraal terecht.

LEER MEER ... OVER MANOEUVREREN

Ken je de KarVragen en RijRegels? Je kunt deze vinden in de Gezond & Zeker folder Praktijkinformatie voor ergocoaches nummer 12, 'Rijden'. Vraag ook eens de KarVragen en RijRegels posters aan op www.gezondenzeker.nl.

LOS GEWRICHT



Het schoudergewricht is in feite de verbinding tussen je arm en je romp.

Daarbij draait de kop van je bovenarm in een soort kommetje van het schouderblad. We noemen zo'n soort gewricht waarmee je in dit geval je arm kunt draaien, een kogelgewricht. Het bijzondere van de schouder is dat je 'm ook in zijn geheel kunt heffen. Dat is mogelijk door een complex samenspel van het schouderblad,

het sleutelbeen (samen de schoudergordel), borstbeen, spieren, pezen en kapsels. Doe je schouder maar eens omhoog, dan voel je wat er allemaal mee omhoog gaat. Deze enorme beweeglijkheid maakt het schoudergewricht tot een 'los' en extra kwetsbaar gewricht.

DENK AAN DE RIJREGELS

Een van de RijRegels is dat je zo veel mogelijk gebruik maakt van je lichaamsgewicht. Leun naar voren als je duwt en hang naar achteren als je trekt. Hier heb je wel redelijk wat ruimte voor nodig. Je moet immers 'uitstappen'. Als je die ruimte niet hebt, of niet maakt, moet je vooral uit je armen en schouders werken om het object in beweging te krijgen of te houden. En dat kan gemakkelijk tot klachten aan de schouders leiden⁴. Ook kunnen de kleine, zogenaamde 'micro-manoeuvres' funest zijn voor je schouderregio. Denk bijvoorbeeld aan het manoeuvreren met tilliften in een toilet. Deze start-stop bewegingen (stukje naar voren, achteren, links, rechts) kunnen daar gemakkelijk oplopen tot 6 tot 10 handelingen per keer. Omdat het in de praktijk vaak ook nog op een vrij explosieve manier gebeurt, is de belasting nog groter. Een goede werktechniek (denk aan de RijRegels) en voldoende ruimte⁴ is essentieel.

KLEINE RUIMTES

Ook al is je werktechniek nog zo goed en ook al heb je nog zulke mooie hulpmiddelen; als je geen ruimte hebt om gezond te kunnen werken, heb je daar niet al te veel aan. Als ergocoach is het ook jouw taak om daar aandacht aan te besteden. Handig zijn de richtlijnen voor optimale ruimtes die je kunt vinden in werkpakketten fysieke belasting die voor elke branche beschikbaar zijn (zie Arbocatalogi). Als er sprake is van her-, ver- of nieuwbouw, probeer dan altijd, bijvoorbeeld samen met de andere ergocoaches en de arbocoördinator, inspraak te krijgen bij nieuwbouw of verbouwingen. In de thuiszorg bespreek je al bij de zorgstart met de cliënt hoe je omgaat met een te volle woonkamer of een te krappe douche. Is de ruimte een voldongen feit? Wees creatief! Denk bijvoorbeeld aan een andere inrichting, minder meubilair, plafondtilsystemen (die nemen minder ruimte in), in hoogte verstelbaar materiaal (je hebt minder ruimte nodig als je op een ideale werkhogte werkt) of flexibele ('klik-klak') voorzieningen in de badkamer die gemakkelijk te verschuiven of zelfs weg te halen zijn. Kijk hiervoor eens op www.zorginwoningen.nl. Deze internet-

applicatie laat je zien hoeveel ruimte er nodig is om goed te kunnen werken en te wonen. Ook architecten kunnen hiermee werken.

LEER MEER ...

OVER HET HANDIG OMGAAN MET KLEINE RUIMTES

- Gezond & Zeker Praktijkinformatiefolder nummer 10: 'Handige ruimtes'.
- Gezond & Zeker Praktijkinformatiefolder nummer 13: 'Ruimtegebrek'.
- www.zorginwoningen.nl voor meer informatie.

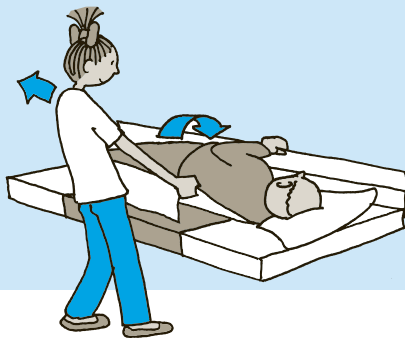
STRESS

Ook wordt er nogal eens een verband gelegd tussen stress op het werk en het krijgen van schouderklachten. Gestreste mensen zouden vaak met opgetrokken schouders werken, waardoor verkramping van de spieren ontstaat en je op den duur last van je schouders kunt krijgen. Let er maar eens op, bij jezelf en je collega's. Maar ook het tegenovergestelde kan belastend zijn en tot klachten leiden: hangende schouders. Je ziet dat vooral bij zittend werk, bijvoorbeeld met een computer of microscoop. Je armen hangen dan als het ware aan de schouders. En dat is een heel gewicht, probeer het maar eens te voelen door één arm slap te houden en die met je andere hand omhoog te houden. Een tijdje met loshangende schouders werken geeft natuurlijk niet, maar als het lang en vaak is kan dat tot ernstige problemen leiden. Zorg daarom altijd voor een goede ondersteuning van de armen.



BIJ 25 GRADEN MINDER SCHOUDERBELASTING

Bij cliënten die volledig passief zijn en bij cliënten die deels kunnen meehelpen, gebruik je een glijzeil. Dit zijn cliënten in de Mobiliteitsklassen C, D en E. Daarbij moet je wel een goede techniek hanteren. Hoewel het voor je lichaam beter is om te duwen, zijn er ook technieken waarbij je trekt aan het steeklaken of het glijzeil. Let daarbij goed op, want als je heel verticaal (omhoog) trekt, dan belast je je rug toch nog te veel. Maar als je puur horizontaal trekt, belast je je schouders weer te veel en raak je van de regen in de drup. Uit onderzoek⁹ blijkt dat je het beste grofweg onder een hoek van 25 graden kunt trekken.



LEER MEER ...

OVER DE ERGONOMIE VAN HET WERKEN MET DE COMPUTER EN SCHOUDERKLACHTEN DIE DAARDOOR KUNNEN ONTSTAAN

- Gezond & Zeker Praktijkinformatiefolder nummer 17: 'Beter beeldschermwerk'.
- De RSI module van de Arbocatalogus ziekenhuizen op www.betermetarbo.nl.
- De RSI module van de Arbocatalogus Gehandicaptenzorg op www.profijtvandarboleid.nl.

Voor het herstel van schouderklachten is het belangrijk dat je de schouder blijft gebruiken, ook al heb je pijn. Ga gewoon door met je dagelijkse bezigheden, maar doe geen dingen waarbij de pijn erger wordt. Maar als kleine bewegingen al erg pijnlijk zijn, is het beter de schouder tijdelijk rust te geven. Neem contact op met de huisarts als de klachten na twee weken niet minder worden of wanneer ze je na zes weken nog steeds hinderen bij je dagelijkse bezigheden.



AFSPRAKEN

Enkele jaren geleden zijn door de overheid en de sociale partners in de zorg de zogenaamde Arboconvenanten afgesloten. Voor de Verpleeg- en Verzorgingshuizen is iets vergelijkbaars gedaan in de vorm van een CAO Arbeid en Gezondheid. Hierin zijn afspraken gemaakt hoe deze verschillende branches arbeidsrisico's zoals agressie, toxische stoffen en fysieke belasting moesten aanpakken. De overheid stelde fondsen beschikbaar en de plannen moesten binnen een afgeronde periode worden uitgevoerd, de meeste branches hadden een paar jaar de tijd. Voor het thema fysieke belasting ging men uit van de zogenaamde bronaanpak. Dat betekent dat de fysieke belasting bij de bron aangepakt zou moeten worden.

Als een cliënt te zwaar is om te tillen, een zorgverlener bij het douchen te lang voorovergebogen moet werken of als een kar te zwaar is om te manoeuvreren, dan zou naar de bron (de cliënt, het douchen, de kar) gekeken moeten worden. Want als je dat zware tillen (tillift?), het niet ergonomische douchen (hoog-laag douchestoel?) en het zware manoeuvreren (motortje?) kunt oplossen, ben je de fysieke overbelasting echt kwijt. Het trainen van medewerkers die te zware objecten en cliënten konden tillen, iets wat tot die tijd heel gewoon was, was niet meer het uitgangspunt. Uit allerlei wetenschappelijk onderzoek bleek ook al dat dat helemaal geen zin had. Het werken op basis van de bronaanpak betekent dat je normen nodig hebt, waaraan je kunt zien wanneer iets te zwaar is. Die normen zijn dan ook in het kader van de Arboconvenanten geformuleerd. Dit zijn de Praktijkrichtlijnen fysieke belasting.

3.1 WERKPAKKET FYSIEKE BELASTING

Aan de hand van de Praktijkrichtlijnen fysieke belasting is voor elke branche een werkpakket ontwikkeld waarin deze richtlijnen staan. In deze werkpakketten vind je onder andere instrumenten om te checken of je wel volgens deze richtlijnen werkt en tips over hoe je die Praktijkrichtlijnen fysieke belasting in kunt voeren.

JOUW WERKPAKKET FYSIEKE BELASTING

VERPLEEG- EN VERZORGINGSHUIZEN

Werkpakket Fysieke Belasting www.arbocatalogusvvt.nl

GEHANDICAPTENZORG

Pakketje Gezond www.profijsvanarbobeleid.nl

THUISZORG

Zorg voor Thuiszorg www.arbocatalogusvvt.nl

ZIEKENHUIZEN

Beter! www.betermetarbo.nl

ACADEMISCHE ZIEKENHUIZEN

Cursusmap Ergocoach www.dokterhoe.nl

GGZ

Fysieke belasting in de GGZ www.arbocatalogusggz.nl

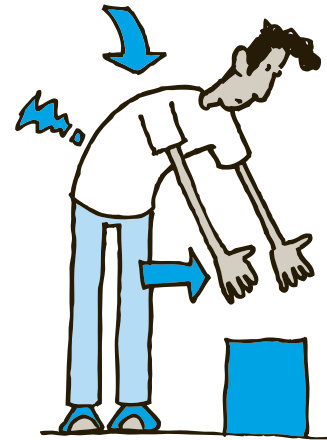
AMBULANCEZORG

0,1,2 Daar red je ruggen mee www.ambulancezorg.nl

Voor de Verpleeg- en Verzorgingshuizen is nooit een Arboconvenant afgesloten. Voor fysieke belasting en voor jou als ergocoach maakt dat weinig uit. De werkgevers- en werknemersverenigingen van de Verpleeg- en Verzorgingshuizen hebben namelijk een van de eerste Praktijkrichtlijnen afgesproken. Ook de instrumenten als de TilThermometer, RugRadar en BeleidsSpiegel en de PreGo! Tips zijn voor en door de Verpleeg- en Verzorgingshuizen ontwikkeld. Zie hiervoor het werkpakket fysieke belasting (www.arbocatalogusvvt.nl). Sinds 2009 zijn er voor alle zorgbranches zogenaamde Arbocatalogi gemaakt. Die lijken vaak als twee druppels water op de Arboconvenanten. Wat voor jou als ergocoach belangrijk is, is dat je alle instrumenten die voor jouw branche van toepassing zijn, nu overzichtelijk op één website kunt terugvinden. Ook is het goed om te weten dat de Arbeidsinspectie de Praktijkrichtlijnen fysieke belasting gebruikt om te toetsen of het werk dat jij en je collega's doen te zwaar is of niet.

Na het afsluiten van de Arboconvenanten en sinds de komst van de Arbocatalogi werkt de Arbeidsinspectie de hele zorg branchegewijs af en communiceert van tevoren met de zorgorganisaties hoe en wat ze precies gaan doen bij een inspectie.

De speerpunten die ze daarbij aangeven kunnen variëren. De Arbeidsinspectie kan aangekondigd en onaangekondigd langskomen. Als het over fysieke belasting gaat, vragen ze meestal als eerste naar een actuele TilThermometer. Want daaraan kun je vrij snel zien of jij en je collega's volgens de Praktijkrichtlijnen werken. Aan de hand daarvan zullen ze doorvragen naar de details. Aan de andere kant is het ook mogelijk de Arbeidsinspectie te vragen om de arbeidsomstandigheden in jouw zorgorganisatie te toetsen. Meestal is er dan sprake van een dreigend conflict en wordt het gezien als een laatste redmiddel.



Deze ontwikkelingen hebben er mede toe geleid dat er de laatste jaren een imposante hoeveelheid kennis is opgebouwd rondom de ergonomie in de zorg. Dat bouwwerk heeft twee pijlers: de Mobiliteitsklassen en de Praktijkrichtlijnen. De eerste pijler is de verdeling van cliënten in zogenaamde Mobiliteitsklassen op basis van hun mobiliteit. Bij het kiezen van het juiste hulpmiddel of de juiste transfertechniek is de mobiliteit van de cliënt zeer bepalend. Want naarmate de cliënt minder kan, is er meer begeleiding nodig en neemt de kans op fysieke overbelasting van de zorgverlener toe. De achterliggende oorzaak van de verminderde mobiliteit (MS, Reuma, Alzheimer, etc.) is hier minder van belang. Het gaat uiteindelijk om het resultaat van de aanvoering: verminderde mobiliteit. De indeling van cliënten in de Mobiliteitsklassen is enerzijds gekoppeld aan gangbare indelingen voor de mobiliteit van cliënten, anderzijds aan de gezondheidkundige gevolgen daarvan voor de fysieke belasting van zorgverleners. Voor de basisindeling van de mobiliteitsklassen kijk je in het schema waarin de vijf elkaar uitsluitende categorieën zijn weergegeven.

OMSCHRIJVING VAN DE MOBILITEIT VAN DE VIJF MOBILITEITSKLASSEN⁷



De cliënt is in staat om de handeling zelf uit te voeren, met of zonder het gebruik van hulpmiddelen of (speciale) aanpassingen.

Zelfstandig	Risico fysieke overbelasting	Cliënt actief?	Mobiliteit stimuleren gewenst?
JA	NEE	JA	JA

**MOBILITEITS-
KLASSE****B**

De cliënt is niet in staat om de handeling zelfstandig uit te voeren, maar de hulp die hierbij nodig is, brengt geen risico van fysieke overbelasting voor de zorgverlener met zich mee. De hulp kan bestaan uit aanwijzingen, maar ook uit bijvoorbeeld lichte hulp bij het opstaan. De hulp kan worden gegeven in combinatie met hulpmiddelen en/of aanpassingen (zoals een papegaai).

**MOBILITEITS-
KLASSE****C**

De cliënt is niet in staat om de handeling zelfstandig uit te voeren. De hulp die hierbij nodig is, zou (zonder maatregelen) risico van fysieke overbelasting voor de zorgverlener met zich meebrengen. Het is nodig gebruik te maken van hulpmiddelen die de taak van de zorgverlener fysiek gezien aanvaardbaar maken door deze taak (deels) over te nemen. De cliënt kan hieraan zelf wel een fysieke bijdrage leveren. Meestal is die eigen bijdrage zeer gewenst, zowel voor de cliënt zelf als voor de zorgverlener. De hulp die nu gegeven wordt is bijvoorbeeld de transfer met een actieve tillift of stalift.

Zelfstandig	Risico fysieke overbelasting	Cliënt actief?	Mobiliteit stimuleren gewenst?
NEE	NEE	JA	JA

Zelfstandig	Risico fysieke overbelasting	Cliënt actief?	Mobiliteit stimuleren gewenst?
NEE	JA	JA	JA



De cliënt is niet in staat om de handeling zelfstandig uit te voeren. De hulp die hierbij nodig is, brengt, zonder speciale maatregelen, risico van fysieke overbelasting voor de zorgverlener met zich mee. Het is nodig gebruik te maken van hulpmiddelen die de taak van de zorgverlener fysiek gezien aanvaardbaar maken door deze taak (deels) over te nemen. De cliënt kan hieraan zelf slechts een zeer beperkte of vrijwel geen fysieke bijdrage leveren. Toch blijft het van belang deze activiteit van de cliënt sterk te stimuleren. Dat is van belang voor zowel de cliënt als voor de zorgverlener. De hulp die nu gegeven wordt is bijvoorbeeld de transfer met een passieve tillift. Daarbij wordt medewerking en activiteit van de cliënt wel gestimuleerd. Het voorkomen van complicaties van immobiliteit (zoals contracturen of decubitus) is een aandachtspunt. Voor cliënten in de Mobiliteitsklassen A t/m D is het stimuleren of onderhouden van mobiliteit van belang. Dit geldt niet voor categorie E.

Zelfstandig	Risico fysieke overbelasting	Cliënt actief?	Mobiliteit stimuleren gewenst?
NEE	JA	NEE	JA



De cliënt is niet in staat om de handeling zelfstandig uit te voeren. De hulp die hierbij nodig is, brengt risico van fysieke overbelasting voor de zorgverlener met zich mee. Het is nodig gebruik te maken van hulpmiddelen die de taak van de zorgverlener fysiek gezien aanvaardbaar maken door deze over te nemen. Het stimuleren of onderhouden van mobiliteit is geen doelstelling. Het kan dan gaan om cliënten die terminaal zijn of zo moe dat het voor hen van belang is dat zij hun energie sparen om bijvoorbeeld bezoek te kunnen ontvangen of te lezen. Transfers vinden nu in veel gevallen plaats met behulp van een passieve tillift of een glijzeil. Daarbij wordt medewerking van de cliënt niet gestimuleerd. Het verlenen van optimale zorg en het voorkomen of beperken van de complicaties van immobiliteit, zoals decubitus, staat op de voorgrond.

Zelfstandig	Risico fysieke overbelasting	Cliënt actief?	Mobiliteit stimuleren gewenst?
NEE	JA	NEE	NEE

Het is ook mogelijk cliënten onder te verdelen in drie Mobiliteitsklassen. Vaak zijn die aangeduid met rood, oranje en groen. De laatste jaren zien we dat deze indeling steeds meer wordt verlaten en dat men kiest voor de indeling in vijf klassen. Je ziet de indeling in vijf Mobiliteitsklassen bijvoorbeeld terug in het GebruiksBoekje, het Hulpmiddelenboekje en de TilThermometer van de Gehandicaptenzorg. Ook de indeling die ArjoHuntleigh, een leverancier van hulpmiddelen bijvoorbeeld hanteert, gaat uit van vijf Mobiliteitsklassen. Deze zijn aangeduid met de namen Albert, Barbara, Carl, Doris en Emma (A tot en met E)⁶ en sluiten naadloos aan bij de hierboven beschreven vijf Mobiliteitsklassen. Als je nog gewend bent aan de drie klassen is het overgaan naar vijf klassen redelijk eenvoudig. De groene cliënten vallen namelijk in Mobiliteitsklassen A of B, de oranje in C en de rode in D of E.



groen



geel



rood

De drie mobiliteitsklassen, aangegeven met drie kleuren onderverdeeld in drie klassen⁸

3.3 PRAKTIJKRICHTLIJNEN

Een tweede pijler van het bouwwerk van ergonomie in de zorg bestaat uit de zogenaamde Praktijkrichtlijnen fysieke belasting. Die geven precies aan wanneer een bepaalde handeling, bijvoorbeeld het tillen van een waszak, het wassen van een cliënt op bed, of het aantrekken van steunkousen, te zwaar wordt. Met andere woorden, wanneer fysieke belasting over gaat in fysieke overbelasting. Wanneer dat laatste het geval is geven de Praktijkrichtlijnen aan hoe lang je dat mag volhouden of welk type (til)hulpmiddel er gebruikt moet worden. We schrijven met opzet 'moet' want de Arbeidsinspectie controleert op de naleving van deze Praktijkrichtlijnen. De Praktijkrichtlijnen zijn opgesteld voor de GGZ, ziekenhuizen, verpleeghuizen, verzorginghuizen, thuiszorg, gehandicaptenzorg en de ambulancezorg. Hoewel er per branche detailverschillen zijn, is de kern hetzelfde. Je kunt de Praktijkrichtlijnen voor je branche vinden in de op het internet beschikbare Arbocatalogus van jouw branche (kijk voor de adressen achterin deze pocket) of op www.gezondenzeker.nl.

De academische ziekenhuizen nemen hierin een wat afwijkende plaats in. Men werkt daar met het ALARA-principe. Dat staat voor As Low As Reasonably Achievable, met andere woorden: zo laag als redelijkerwijze bereikbaar is. In de praktijk betekent

dat, dat men er naar streeft de fysieke belasting van de zorgverleners zo laag als redelijkerwijs mogelijk is te houden. De academische ziekenhuizen hebben dan ook niet gekozen voor concrete Praktijkrichtlijnen zoals de andere branches in de zorg die wel hebben. Het gebruiken van instrumenten zoals de TilThermometer, BeleidsSpiegel en de Rug- of RisicoRadar is daarom ook lastig in de academische ziekenhuizen. Wel kunnen ergocoaches in academische ziekenhuizen probleemloos gebruik maken van alle oplossingen, tips en suggesties die in deze pocket, alle andere uitingen van het project 'Gezond & Zeker' en Arbocatalogi van de andere zorgbranches zijn te vinden. Specifieke informatie voor ergocoaches in de academische ziekenhuizen is te vinden op www.dokterhoe.nl.

Houd er rekening mee dat er twee soorten Praktijkrichtlijnen zijn: voor de medewerkers die direct contact hebben met cliënten (de zorgverleners) en de medewerkers die niet direct contact hebben met cliënten (ook wel medewerkers van de ondersteunende diensten genoemd). We hebben in deze mini-pocket de kern van Praktijkrichtlijnen voor zorgverleners en alle Praktijkrichtlijnen voor medewerkers met niet cliëntgebonden taken weergegeven. Aan de bekendheid van de Praktijkrichtlijnen

voor fysieke belasting moet in de zorginstellingen meestal nog het nodige worden gedaan. De meeste medewerkers in de zorg zijn niet op de hoogte van het bestaan, of hebben een vaag idee ervan. Ergocoaches kunnen aan de bekendheid van de Praktijkrichtlijnen een bijdrage leveren door deze steeds als uitgangspunt te nemen voor hun handelen.

PRAKTIJKRICHTLIJNEN IN HET KORT



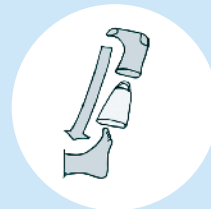
Als de cliënt kan (gaan) staan maar steun nodig heeft, enigszins kan steunen op één of twee benen, de bedoeling begrijpt en geen schouderproblemen heeft dan is er een stalift of een vergelijkbaar opstaphulpmiddel nodig.



Als de cliënt veel steun nodig heeft bij het uit de stoel of bed komen en niet of nauwelijks gewicht kan nemen op de benen en/of er zijn problemen met de schouders, dan is er een passieve tillift nodig.



Als de cliënt steun nodig heeft bij de transfers binnen de grenzen van het bed, daarbij zelf beperkt kan bewegen en/of zorg op bed nodig heeft, dan is altijd een elektrisch hoog-laag bed noodzakelijk en vaak ook een glijzeil of kleine hulpmiddelen (zoals een papegaai).



Als de cliënt hulp nodig heeft bij het aan- of uittrekken van steunkousen van drukklasse 2 of hoger, moet er een aan- en uittrekhulpmiddel worden gebruikt. Een glad kousje voldoet niet.



Als de cliënt wondverzorging krijgt, zorg dan voor een goede werkhoogte (gebruik een wondverzorgingskrukje, hoog-laag douchestoel, elektrisch hoog-laag bed of een vergelijkbare oplossing).



Gebruik een in hoogte verstelbare douchestoel, of een vergelijkbare oplossing, als de cliënt zittend wordt gedoucht.

TILSCHIJF EN STATMAN



De TilSchijf is een hard kunststof schijfje ter grootte van een cd. Met de TilSchijf krijg je een indruk van het al dan niet toelaatbaar zijn van een manuele cliënttransfer. Door het invoeren van het gewicht van de cliënt, de mate van medewerking, het type transfer, de (a) symmetrie van de romp en

het aantal tillers verschijnt er een kleur die aangeeft of de transfer veilig is of niet. De TilSchijf is geen meetinstrument, maar je kunt 'm goed gebruiken bij training en voorlichting. Ook is het een zinvol instrument bij het invullen van een Transferprotocol. De TilSchijf is onder andere gebaseerd op de NIOSH methode en geeft daarom uitslagen die conform de Praktijkrichtlijnen zijn.



De StatMan is een tweedimensionaal poppetje op A4 of A5 formaat. Je kunt de romp voorover buigen en de armen, schouders en ellebogen laten scharnieren. Door de gaatjes in het hoofd en de handen verschijnt een kleur die aangeeft of de betreffende (statische)

houding toelaatbaar is of niet, natuurlijk conform de Praktijkrichtlijnen. De StatMan is geen meetinstrument, maar je kunt 'm bijvoorbeeld goed gebruiken bij training en voorlichting. De StatMan is niet alleen te gebruiken in de zorg, maar is toepasbaar op in feite alle werk- en privésituaties waarbij sprake is van statische belasting. Meer informatie over de TilSchijf en StatMan vind je op www.diligent.nu.

PRAKTIJKRICHTLIJNEN VOOR MANOEUVREREN

Een speciale plaats binnen de Praktijkrichtlijnen is ingeruimd voor het manoeuvreren met zogenaamd 'rollend materiaal'. In gewoon Nederlands, dingen op wielen, denk aan rolstoelen, etenskarren, transportkarren, bedden en tilliften. De Praktijkrichtlijnen zijn daarover helder. Je mag niet meer dan 20 kilo duwen of trekken aan een rollend object. Omdat het lastig is te bepalen of je over deze grens heen gaat, zijn de zogenaamde KarVragen geformuleerd. Als je op deze zes vragen allemaal 'ja' kunt antwoorden, dan is het manoeuvreren waarschijnlijk niet te zwaar. Dat wil echter niet zeggen dat je ook altijd op een gezonde, ergonomische manier manoeuvreert. Dat gaat meestal niet vanzelf. Houd je daarom ook aan de RijRegels. Als je dat doet (en je hebt 'ja' gescoord op alle KarVragen) dan kun je er vrij zeker van zijn dat je je lijf niet overbelast bij het manoeuvreren.

KARVRAGEN

De kracht voor het verrijden moet beneden de 20 kilogram blijven. Dat is meestal het geval als de zes KarVragen allemaal met 'ja' worden beantwoord⁸:

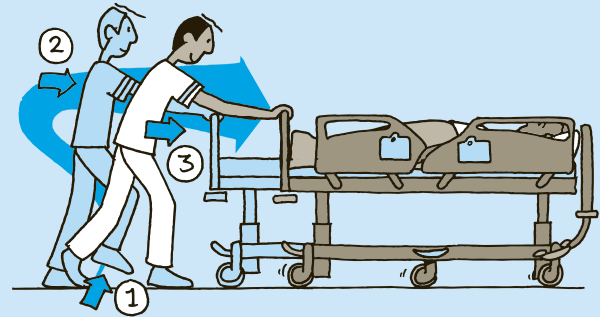
- 1 Heeft het object goede en soepel lopende wielen?
- 2 Hebben de wielen een doorsnede van 12 centimeter of meer?
- 3 Is het totaalgewicht van het object minder dan 300 kilo?
- 4 Kan overal over gladde, harde en horizontale vloeren gereden worden?
- 5 Zijn gedurende de hele transportweg drempels afwezig?
- 6 Zijn er handvatten of goede duwplaatsen op een juiste (instelbare) hoogte?



RIJREGELS

Ook al voldoet het object waarmee je wilt manoeuvreren aan de KarVragen, dan moet je nog steeds op een goede manier duwen en trekken. Houd je daarom aan zes RijRegels:

- 1 Maak gebruik van je lichaamsgewicht. Ga naar voren hangen als je duwt en naar achteren als je trekt.
- 2 Duw en draai nooit tegelijk; doe óf het een óf het ander. Zorg dat je handen en je voeten in dezelfde richting wijzen.
- 3 Als je draait, loop dan zelf om het object heen en neem het in die beweging met je mee. Het object zal dan soepel om zijn as draaien. Laat het object nooit om jou heen draaien: je verwringt dan je rug. Probeer het maar eens door te rijden met een vol winkelkarretje.
- 4 Plaats één voet op het onderstel of een richel als dat mogelijk is. Dat helpt bij het duwen. Als de zwenkwielen nog niet in de juiste richting staan, kun je ze op deze manier in de juiste rijrichting krijgen, zonder dat je met je armen hoeft te sjorren.
- 5 Beweeg gelijkmatig en rustig. Plotselinge bewegingen zijn slecht voor je lichaam en bij het manoeuvreren met een rolstoel ook onplezierig voor de cliënt.
- 6 'Keep them rolling': vermijd veelvuldig stoppen en starten wanneer je over langere afstanden moet rijden.



LEER MEER ... OVER MANOEUVREREN

- Gezond & Zeker folder Praktijkinformatie voor ergocoaches nummer 12, 'Rijden'.
- Gezond & Zeker folder Praktijkinformatie voor ergocoaches nummer 21, 'Rijden met rolstoelen'.
- Op www.proffijtvoorarbeleid.nl: daar vind je de RijRegels aan de hand van plaatjes en filmpjes uitgelegd.

Erg belangrijk voor een effectief preventiebeleid fysieke belasting is het zogenaamde Transferprotocol. Op een Transferprotocol staat per cliënt exact aangegeven hoe de transfers dienen te verlopen. In de praktijk zijn er meerdere namen in omloop, bijvoorbeeld Tilprotocol, Bewegingsprotocol of Mobiliteitsprotocol. We bedoelen daarmee steeds ongeveer hetzelfde: een formulier waarop voor elke individuele cliënt de afspraken staan over hoe fysiek belastende handelingen uitgevoerd moeten worden. In de Arbocatalogi is afgesproken dat een Transferprotocol standaard in elk zorgdossier moet zitten. De Arbeidsinspectie toetst dit, ook in hoeverre de afspraken actueel zijn.

Afhankelijk van het type zorg (kortdurend, langdurend) wordt het Transferprotocol bij de opname of intake ingevuld en regelmatig, bijvoorbeeld bij elke cliëntbespreking, langsgelopen. Bij de kortdurende zorg, bijvoorbeeld in een ziekenhuis, is een dergelijke procedure meestal niet zinvol. Daarom wordt er daar meer en meer gewerkt met bijvoorbeeld standaard post-operatieve protocollen waar ook de transferproblematiek in is verwerkt. Dit laatste type protocol is niet cliëntspecifiek maar aandoenings- of ingreepspecifiek. Denk bijvoorbeeld aan het revalidatieproces na een heupoperatie: dat is over het algemeen vrij standaard.

Met een goed ingevuld Transferprotocol worden zorgverleners tegen overbelasting beschermd en wordt de cliënt ook steeds op dezelfde, meest optimale wijze begeleid. De afspraken op basis van de Praktijkrichtlijnen zijn op deze manier teamafspraken geworden waarin tevens integraal de afspraken met de cliënt en zijn of haar eventuele mantelzorger verwerkt zijn. Ze zijn helder, concreet en toetsbaar. Deze eenduidigheid maakt ook het stap voor stap invoeren en bekrachtigen van de Praktijkrichtlijnen makkelijker. Het Transferprotocol vertaalt als het ware de Praktijkrichtlijnen naar de concrete situatie bij elke cliënt. Bijkomend voordeel is dat door het feit dat er bewust nagedacht en overlegd moet worden over de meest optimale techniek of het meest optimale hulpmiddel, er steeds meer kennis en ervaring wordt opgebouwd in de teams. Er moet immers iets ingevuld worden en dat moet veilig zijn. Een Transferprotocol maakt jouw taak als ergo-coach lichter en makkelijker.

'Zeker voor de mopperaars kan een Transferprotocol goed helpen: het is gewoon de afspraak. Je gaat toch ook niet elke keer overleggen en discussiëren over de noodzaak van schone lakens?'

KENMERKEN TRANSFER- PROTOCOLLEN¹⁰

- Concretiseren Praktijkrichtlijnen.
- Balans tussen kwaliteit van arbeid en kwaliteit van zorg.
- Past ARBO toe in elk zorgproces.
- Duidelijkheid en eenduidigheid in het handelen bij cliënt.
- De cliënt heeft meer gelegenheid mee te werken.
- De cliënt wordt steeds op dezelfde vertrouwde wijze begeleid.
- Helpt vallen en ongelukken voorkomen.
- (Verplicht) stilstaan bij elke (potentieel) fysiek zware handeling.
- Transferproblemen worden een teamprobleem.
- Invallers weten direct wat de bedoeling is als ze bij een cliënt zorg komen verlenen.
- Stimuleert bewustwording van risico's en kennisopbouw in organisatie. Je maakt mensen daardoor meer bewust van wat ze precies doen en deelt dat met elkaar.
- De variatie in werktechnieken tussen zorgverleners wordt minder (het gaat altijd op dezelfde manier).
- Niet alleen voor het wel of niet gebruiken van hulpmiddelen, ook voor manuele technieken en het wassen, douchen, baden.

LEER MEER ...

OVER HET GEBRUIK VAN TILHULPMIDDELEN

Doordat we veel gebruik maken van tilhulpmiddelen lopen we de kans de cliënt te gaan zien als een te tillen last of een 'D' die in een tillift moet. Maar het had je moeder, je opa of je buurman kunnen zijn. Om die gevoeligheid te behouden is het goed om de dvd 'Een tillift thuis' te bekijken, zie www.goedgebruik.nl.



Het invullen van de Transferprotocollen kan door de zorgverleners zelf, eventueel met assistentie van een ergocoach of gespecialiseerd paramedicus gedaan worden. Dit invullen gaat steeds vaker digitaal. Zo wordt het makkelijker om Transferprotocollen digitaal aan te passen, te voorzien van pictogrammen en centraal op te slaan. Slimme systeembeheerders koppelen de ingevulde Transferprotocollen op hun eigen intranet aan de TilThermometer zodat er altijd een actueel beeld is van de zorgbelasting en in hoeverre de zorgverleners werken conform de Praktijkrichtlijnen. Voor jou als ergocoach betekent dit dat je enig inzicht moet hebben in het beoordelen van de mooie grafieken en tabellen die hieruit rollen.

LEER MEER ...

MET DE VOLGENDE TILNASLAGWERKEN

- Handboek Transfers, www.diligent.nu.
- Tillen in de Thuiszorg, Elsevier Gezondheidszorg.
- Verplaatsingstechnieken, www.paraad.nl.
- GebruiksBoekje, www.goedgebruik.nl.

Spreek goed af wanneer een Transferprotocol ingevuld moet worden, door wie dat gebeurt, wie het protocol bijhoudt, waar het te vinden is en wie toeziet op de naleving daarvan. In de meeste instellingen is dat de eerstverantwoordelijke zorgverlener. De ergocoach ondersteunt dan gevraagd en ongevraagd. Gebruik daarbij een zogenaamd Tilnaslagwerk. Daar staan alle transfertechnieken, manueel en met hulpmiddelen, stap voor stap uitgelegd. Op het Transferprotocol hoeft je dan alleen het nummer of het pictogram van de techniek op te schrijven (of te plakken). De pictogrammen kun je desgewenst op een stickervel afdrukken, de stickertjes kun je vervolgens op je Transferprotocol plakken.

LEER MEER ...

OVER TRANSFERPROTOCOLLEN

- http://arbocatalogusvvt.nl/public/file/Transferprotocollen_hoe_en_wat.pdf¹⁰
- Arbocheck in de Thuiszorg.

Een werkpakket om zelf mee aan de slag te gaan in het kader van de Praktijkgeregels²⁴.

4

TOETSEN

In hoofdstuk 3 zijn we ingegaan op de Praktijkrichtlijnen. Aan de hand daarvan kun je toetsen of het werk dat jij en je collega's doen ergonomisch en gezond is. Om je te helpen bij die toetsing zijn er instrumenten ontwikkeld, de zogenaamde toetsingsinstrumenten. Want als ergocoach is het niet verstandig om uit de losse pols aan de slag te gaan. Voor jezelf en voor je collega's is het belangrijk om goed voorbereid te starten. Je wilt tenslotte richting geven aan je werk. Wat doe je wel? Wat doe je niet? En waar begin je mee? Ook wil je je leidinggevenden laten zien waar de knelpunten liggen zodat zij kunnen meedenken of zo nodig budget kunnen vrijmaken.

Daarom is het verstandig af en toe te toetsen in hoeverre jij en je collega's conform de Praktijkrichtlijnen werken. Daarvoor zijn vijf instrumenten beschikbaar. Als je deze instrumenten met regelmaat, bijvoorbeeld jaarlijks, afneemt, dan heb je zicht op de resultaten van je werk als ergocoach. Ook kun je aan je collega's en managers in cijfers duidelijk maken waar nog aan gewerkt moet worden. Onthoud dat hoe hoger je in de organisatie mensen wilt overtuigen, hoe meer je moet beschikken over goed cijfermateriaal. Deze vijf instrumenten kunnen je hierbij helpen. Meestal is het handig om ze met meerdere mensen samen en volgens een goede planning te gebruiken.

4.1 BELEIDSSPIEGEL

De BeleidsSpiegel is een checklist waarmee je het preventiebeleid fysieke belasting in je organisatie kunt beoordelen en spiegelen aan de landelijke afspraken. Waar liggen de sterke en zwakke punten van het beleid? En vooral: welke punten verdienen op dit moment voor jullie de prioriteit? Onderwerpen die worden gecheckt met de BeleidsSpiegel zijn bijvoorbeeld onderhoud van (til)hulpmiddelen, ruimte om te kunnen werken, intensiteit van de aangeboden training, ondersteuning van ergocoaches, etc. De BeleidsSpiegel kan zelfstandig worden gebruikt of bijvoorbeeld naar aanleiding van de Risico Inventarisatie & Evaluatie Zorg (de RI&E). De BeleidsSpiegel kan worden ingevuld door een functionaris die zich op beleidsniveau bezighoudt met de preventie van fysieke overbelasting in een zorgorganisatie, zoals een arbocoördinator, preventiemedewerker, (bedrijfs)fysio- of ergotherapeut, stafmedewerker, hoofd niet-cliëntgebonden taken en soms de ergocoach. De informatie uit de BeleidsSpiegel maakt de beleidsmatige risico's ten aanzien van fysieke overbelasting en hieraan gerelateerd verzuim en mogelijke arbeidsongeschiktheid inzichtelijk bij het management. De meeste branches hebben hun eigen BeleidsSpiegel. Ze zijn te verkrijgen via de branchespecifieke sites van de diverse Arbocatalogi.

Met de BeleidsSpiegel wordt inzicht verkregen in:

1. De noodzaak tot beleid. Is het nodig om een specifiek preventiebeleid fysieke belasting in de zorgorganisatie te voeren? Niet in alle organisaties, of bij alle disciplines, zijn er problemen door fysieke overbelasting.
2. De kwaliteit van het huidige beleid. Als het nodig is om preventiebeleid te voeren, is het de vraag of de kwaliteit van het huidige beleid dan voldoende is. Op welke punten is verbetering nodig?
3. De richting voor vervolgbeleid. Als eenmaal duidelijk is wat de verbeterpunten zijn, geeft de BeleidsSpiegel aan wat de vervolgstappen zijn om deze specifieke punten aan te pakken.

4.2 TILTHERMOMETER

De TilThermometer brengt in kaart hoeveel en aan welk type fysieke belasting zorgverleners blootstaan en in hoeverre er door de zorgverleners conform de Praktijkrichtlijnen wordt gewerkt. Je vult op de TilThermometer voor een afdeling of een hele zorginstelling in:

- bij welk percentage van de cliënten er assistentie wordt verleend,
- in welke mate die assistentie fysiek overbelastend is,
- bij welk deel van die fysieke overbelasting er volgens de Praktijkrichtlijnen wordt gewerkt.

Een uitslag van de TilThermometer kan bijvoorbeeld zijn dat in jouw instelling slechts 12 procent van de te zware transfers 'binnen de grenzen van het bed' is opgelost. Voor de verplaatsingen vanuit het bed naar elders is dat bijvoorbeeld 33 procent. Dit biedt concrete handvatten voor beleid: er is meer aandacht nodig voor de transfers 'binnen de grenzen van het bed'.

%

TILTHERMOMETER

100
90
80
70
60
50
40
30
20
10
0

1 binnen de grenzen van het bed (EHL bed)

1 binnen de grenzen van het bed (glijzeil)

2 vanuit bed, stoel e.d. naar elders

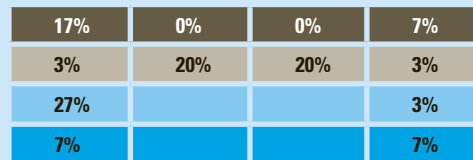
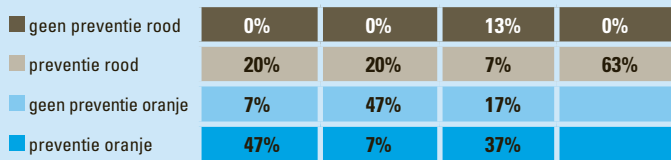
3 steunkousen aantrekken

4a zittend wassen, douchen

4b wassen op bed

4c elders liggend wassen

4c wondverzorging en/of zwachtelen



TOTALE HOOGTE IS ZORGZWAARTE

73%

73%

73%

63%

53%

20%

20%

20%

Je ziet hier voor acht handelingen de uitslag van de TilThermometer. Hoe hoger de staaf, hoe hoger de zorgzwaarte, met andere woorden hoe meer cliënten er zijn in Mobiliteitsklassen C, D en E. De delen van de staven die gestreept zijn geven de handelingen aan die conform de Praktijkrichtlijnen worden uitgevoerd. We zeggen dan dat daar 'preventie is gepleegd'. Voor zittend wassen en douchen is dat een groot deel, voor het aan- en uit-trekken van steunkousen maar een klein deel. Je ziet bij de meeste staven ook nog een licht en een donker deel. In het echt zijn die delen oranje en rood, maar dat is in dit boekje niet te zien. De lichte delen van elke staaf geven de handelingen weer die uitgevoerd worden met cliënten in Mobiliteitsklasse C. De donkere delen van elke staaf geven de handelingen weer die uitgevoerd worden met cliënten in Mobiliteitsklassen D of E.

De TilThermometer geeft je ook inzicht in veranderingen in de zorgzwaarte. Als de groep cliënten die assistentie nodig heeft, dat wil zeggen de cliënten in Mobiliteitsklassen C, D of E, naar verhouding sterk groeit binnen de instelling, terwijl geen extra hulpmiddelen worden gebruikt, dan zal de zorgzwaarte voor medewerkers stijgen. De TilThermometer stelt deze stijging in zorgzwaarte vast. Het is

daarom handig om de TilThermometer bijvoorbeeld jaarlijks te herhalen. Je hebt dan zicht op de zorgzwaarte én of het beleid van jou en je collega ergo-coaches goed aanslaat.

Er zijn voor alle zorgbranches eigen TilThermometers en handige rekenmodules beschikbaar. Met die rekenmodules hoef je niet zelf de uitslagen te gaan berekenen, dat gaat vanzelf. Het werkt onder Excel: een programma dat op de meeste computers geïnstalleerd is. De rekenmodules kun je ook op de site van de eigen Arbocatalogus vinden. Je vindt er meestal twee: één waarmee je kunt rekenen op afdeling- of teamniveau en één om op instellingsniveau mee te kunnen rekenen.

LEER MEER ...

OVER DE TOETSINGSINSTRUMENTEN

- Kijk in de Arbocatalogus van je branche.
- Kijk voor de adressen achterin deze pocket.

De Rug- of RisicoRadar is een instrument waarmee medewerkers zélf hun eigen werk kunnen beoordelen op fysieke overbelasting. Moet ik te veel tillen, staan, reiken of duwen? Het is belangrijk dat de medewerkers dit zélf doen, omdat ze zich daardoor bewust worden van de knelpunten in hun eigen werk. En die bewustwording is de eerste belangrijke, maar vaak ook de moeilijkste, stap naar een echte oplossing. Meestal wordt de Rug- of RisicoRadar gebruikt voor medewerkers van ondersteunende diensten, maar ook voor zorgafdelingen met medewerkers die wat minder direct cliëntencontact hebben kan het een handig instrument zijn.

De Rug- of RisicoRadar houdt het midden tussen een checklist en een dagboekje. Met de Rug- of RisicoRadar controleert de medewerker aan de hand van de Praktijkrichtlijnen of:

- er sprake is van een risicovolle activiteit,
- het knelpunt wel of niet urgent is,
- hij het zelf als een knelpunt ervaart,
- hij verbetermogelijkheden ziet.

De Rug- of RisicoRadar geeft ook suggesties voor oplossingen. De Rug- of RisicoRadar kan zowel op individueel als op groeps- of disciplineniveau,

bijvoorbeeld de keuken, schoonmaak, technische dienst, etc. worden ingevuld. Dat is handig omdat de groep medewerkers met niet-cliëntgebonden functies vaak een bonte verzameling is. Het heeft dan niet zoveel zin om de Rug- of RisicoRadars door alle medewerkers te laten invullen en ze vervolgens op één hoop te gooien. Je zult dan zien dat zitten door vrijwel niemand als probleem wordt ervaren. Wanneer je echter de receptiemedewerkers uit deze groep haalt, zie je dat het vele onafgebroken zitten, daar wel als knelpunt wordt ervaren.

Er zijn speciale 'Radarkarten' waarop de resultaten per individu of per groep grafisch inzichtelijk gemaakt kunnen worden. Die Radarkarten zijn ook digitaal beschikbaar. Dit is een eenvoudig 'Word' bestand met een radargafiek erin. Als je daarop dubbelklikt, zijn de gegevens in te voeren en krijg je vervolgens een mooie grafiek. De rode blokjes geven weer op welke punten deze medewerkers 'rood' en 'oranje' scoren op de Praktijkrichtlijnen. Ook iemand die niet zo goed met cijfers is, ziet direct wat er aan de hand is. Essentieel is natuurlijk om deze informatie terug te koppelen naar de medewerkers en ze te laten nadenken over de vraag hoe deze rode en oranje scores kunnen verdwijnen. Dat kan bijvoorbeeld via de Voilà! Methode, hierover meer

in deze mini-pocket. De Rug- of RisicoRadar, de Radar zelf en de Radarkaarten vind je onder andere in de Arbocatalogi van je eigen branche.

RADARDAGEN

Sommige instellingen organiseren Radardagen. Medewerkers kunnen op zo'n dag, met de informatie uit de door henzelf ingevulde Rug- of RisicoRadar, kiezen uit allerlei hele korte workshops. Afhankelijk van wat er uit jouw Rug- of RisicoRadar is gekomen, ga je naar een workshop over microvezels bij het schoonmaken, over de RijRegels of over het instellen van je pc werkplek.

4.4 HUISHOUDELIJKE ZORG METER OFTEWEL DE HZ-METER

De HZ-Meter checkt in hoeverre er door de medewerkers van de huishoudelijke zorg, als onderdeel van de Thuiszorg, conform de Praktijkrichtlijnen wordt gewerkt. Om welke werkzaamheden gaat het? Tillen of ramen lappen? En hoe vaak komen deze belastende werkzaamheden voor? Zijn er teams waar bepaalde problemen veel voorkomen? Zijn die problemen te groot of valt het wel mee? Met behulp van de HZ-Meter kun je antwoord op dit soort vragen krijgen. De HZ-Meter is een checklist die voor elke cliëntsituatie ingevuld en daarna gebundeld wordt. De fysieke belasting is onderverdeeld in tien taken: negen huishoudelijke zorgtaken en een tiende vraag om na te gaan of medewerkers ook betrokken zijn bij cliëntentransfers of lichamelijke zorg voor cliënten. Dat komt ook nog wel eens voor.

Wat levert het invullen van de HZ-Meter op? Het kan bijvoorbeeld zijn dat stofzuigen bij 20 procent van de cliënten een rode score oplevert. Idealiter is deze score natuurlijk nul. Verder kun je zien wat de oorzaken zijn van deze score. Voldoet het werkmateriaal bijvoorbeeld wel aan de Praktijkrichtlijnen? Het kan bijvoorbeeld zijn dat bij 60 procent van de cliënten waar stofzuigen als te zwaar (rood) wordt beoordeeld, de stofzuiger zelf niet voldoet.

Er is dan aandacht nodig voor de kwaliteit van de stofzuigers. De slangen kunnen stuk zijn, de zuigkracht te klein of ze kunnen onveilig zijn. Dan moet daar wat aan gedaan worden. Maar het kan ook zijn dat er wat moet worden geschaafd aan de stofzuigtechniek van jou of je collega.

Het is slim om de HZ-Meter regelmatig te gebruiken. Dan krijg je ook zicht op eventuele veranderingen en voor- of achteruitgang. Uit een eerste meting met de HZ-meter kan bijvoorbeeld blijken dat bij 50 procent van de cliënten het schoonmaken van het sanitair als 'oranje' of 'rood' wordt beoordeeld. Bij een tweede meting kan dit naar 40 procent zijn gedaald. Je weet dan dat de medewerkers minder risico lopen op fysieke overbelasting, maar dat er nog een hoop situaties zijn te verbeteren. De HZ-Meter is te downloaden vanaf de VVT Arbocatalogus, www.arbocatalogusvvt.nl. Daar vind je specifiek voor de Kraamzorg ook de Kraamradar.

4.5 WERKPLEKCHECK

De WerkPlekCheck is een instrument waarmee de Preventiemedewerker, Arbocoördinator, ergocoach, stafmedewerker of (bedrijfs)fysio- of ergotherapeut het noodzakelijke bewustwordingsproces bij de zorgverleners op gang kan brengen. Het is een eenvoudige checklist die door zorgverleners zelf ingevuld kan worden. De onderwerpen die gecheckt worden gaan over alle mogelijke fysiek belastende arbo-onderwerpen. De WerkPlekCheck vraagt naar de meeste bronnen van fysieke belasting, maar toetst niet altijd aan de Praktijkrichtlijnen (die waren er toen nog niet). Positief kan zijn dat het instrument wat breder is. Het vraagt namelijk niet alleen naar de standaard bronnen van fysieke belasting (zoals tillen, statische belasting, duwen en trekken, het aan- en uittrekken van steunkousen, etc.), maar bijvoorbeeld ook naar pauzeren, werktempo, psychische belasting, klimaat, licht, geluid en werksfeer. In de handleiding bij de WerkPlekCheck vind je de normen over wat wel en niet toelaatbaar is. Je kunt de WerkPlekCheck gebruiken als voorbereiding op een training. Medewerkers gaan, voorafgaande aan de training, binnen de eigen afdeling onderzoeken waar de problemen liggen. Zo kan de training precies aansluiten bij de knelpunten die ze zélf hebben gesignaleerd. Op deze manier worden bewustwording en commitment gestimuleerd. De WerkPlekCheck is te vinden in de Arbocatalogus van de GGZ, www.arbocatalogusggz.nl.

	DOELGROEP?	BEÏNVLOEDT MANAGERS?
BELEIDSSPIEGEL	Beleidsmakers	ja
TILTHERMOMETER	Zorgverleners	ja
RUG- OF RISICO-RADAR	Medewerker met niet-cliëntgebonden taken	ja
HZ-METER	Medewerkers huishoudelijke zorg (thuiszorg)	ja
WERKPLEKCHECK	Alle medewerkers	ja

TOELICHTING

- 1 Hoewel het mogelijk is dat de Rug- of Risico-Radar, de HZ-Meter of de WerkPlekCheck slechts door één medewerker wordt ingevuld (je hebt dan zicht op de situatie van die ene persoon), worden deze instrumenten vaak ingevuld door een groep medewerkers. Bijvoorbeeld van een bepaalde afdeling. Als iedereen de Rug- of RisicoRadar, de HZ-meter of de WerkPlekCheck invult, krijg je ook bewustwording bij al deze mensen en heb je een betrouwbaarder overzicht.

VERHOOGT BEWUSTWORDING BIJ UITVOERENDEN?	TOETST AAN DE PRAKTIJK-RICHTLIJNEN	INVULLEN ARBEIDSINTENSIEF?
nee	ja	nee (2)
enigszins	ja	nee (2)
ja (1)	ja	ja (3)
ja (1)	ja	ja (3)
ja (1)	nee	ja (3)

- 2 Het is voldoende om één BeleidsSpiegel en TilThermometer per zorgorganisatie, locatie of afdeling in te vullen. Dat kost niet zo veel tijd. Je kunt later makkelijk TilThermometers en/of BeleidsSpiegels van meerdere teams, locaties of afdelingen bij elkaar voegen.
- 3 Omdat de Rug- of RisicoRadar, de HZ-Meter of de WerkPlekCheck meestal per persoon wordt ingevuld is het vrij arbeidsintensief om overzicht te krijgen van een hele groep.



OPLOSSEN

In de voorgaande hoofdstukken zijn we ingegaan op de Praktijkrichtlijnen en hoe je je werk kunt toetsen aan deze richtlijnen. Op deze manier krijg je een helder beeld van de eventuele problematiek. In dit hoofdstuk gaan we in op de oplossingen om deze problematiek op te lossen. Daarbij gaan we eerst in op de vaardigheden, zoals goed tillen en manoeuvreren. Maar als de Praktijkrichtlijnen worden overschreden, ook al til, duw en trek je nog zo goed, dan zijn er andere oplossingen nodig.

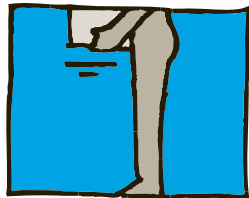
5.1 VAARDIGHEDEN

Als we kijken naar vaardigheden om klachten aan het bewegingsapparaat te voorkomen, is het goed kunnen tillen een eerste vereiste. Waarschijnlijk ten overvloede: goed te zwaar tillen bestaat niet. Goed tillen binnen de grenzen die de Praktijkrichtlijnen aangeven (maximaal 23 kilo onder ideale omstandigheden) wel.

De meesten van ons hebben als kind geleerd dat je door de knieën moet gaan en met een rechte rug moet tillen. Uit wetenschappelijk onderzoek blijkt echter dat het niet zo eenvoudig is. Soms is 'door de knieën' wel een goed advies maar soms ook niet. De perfecte tiltechniek bestaat eigenlijk niet. Hoe je het beste tilt, hangt af van de situatie en van wat je tilt. Wel zijn er goede tilprincipes. Leer om deze principes zelf toe te passen.



Goed getild



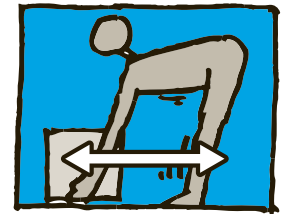
De belangrijkste tilprincipes zijn:

1. Korte lastarm: houd de last zo dicht mogelijk bij je

De lastarm is de horizontale afstand van de laderug tot het zwaartepunt (meestal het midden) van wat je tilt. Hoe groter de lastarm, des te hoger de belasting voor je rug. Houd de last daarom zo dicht mogelijk bij je: de lastarm is dan klein. Als tillen met een kleine lastarm betekent dat je met een gebogen rug moet tillen, dan is dat vaak toch de beste techniek. Dat komt echter niet zo vaak voor. Denk bijvoorbeeld aan iets wat niet zo zwaar is, maar wel groot. Omdat je knieën dan in de weg zitten als je door je knieën gaat kom je ver van de last af, is de lastarm groot en is de belasting op je rug groter dan wanneer je met een gebogen rug tilt. Zoals we al zeiden, dit komt niet zo vaak voor. De regel is 'maak de lastarm zo klein mogelijk'.



De lastarm is klein.



De lastarm is groot.

2. Niet draaien of zijwaarts buigen

Onderzoek laat zien dat de risico's van schuinere krachten (shear forces of afglijdkrachten) erg onderschat zijn. Op deze zijwaartse of draaibewegingen zou veel meer gelet moeten worden. De risico's kun je verkleinen door niet scheef, maar altijd met een zo symmetrisch mogelijke romp te tillen. Vermijd dus draaien met je romp, zijwaarts buigen of combinaties van die bewegingen, zéker wanneer je tilt.

Als je een handdoek draait én buigt (wringen dus) komt het water eruit omdat er op deze manier veel kracht op de handdoek komt. Zoiets gebeurt er ook als je je rug buigt en draait.

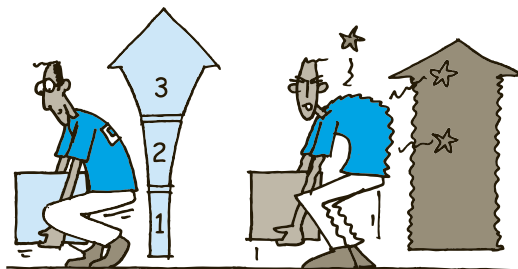
LEER MEER ...

OVER BASISILTECHNIKEN

- Gezond & Zeker folder Praktijkinformatie voor ergocoaches nummer 23: 'Tillen: de technieken'.
- Het DoeBoekje, www.doeboekje.nl.

3. Niet explosief tillen

Net als bij duwen of trekken, zet je bij tillen de beweging zo rustig mogelijk in gang. Wanneer je plotseling of met een ruk begint te tillen, ontstaan er enorme piekkrachten in je lichaam. Die kunnen er enorme klachten veroorzaken. Neem de tijd om de kracht rustig op te bouwen in drie tellen. We noemen dat ook wel de 1,2,3 regel.



4. Weet wat je tilt

Het klinkt misschien gek, maar onderzoek laat zien dat je rug minder belast wordt als je van tevoren goed weet hoe zwaar de last ongeveer zal zijn. Je lichaam kan zich dan beter voorbereiden. Als een last achteraf te zwaar blijkt, wordt je rug ineens te zwaar belast. Omgekeerd, als een last te licht blijkt te zijn, schiet je door met je tilbeweging. Je lichaam heeft zich verkeerd voorbereid en je rug wordt ook dan onnodig zwaar belast.

5. Tillen kost energie: zorg voor een goede conditie

Om gezond te tillen, heb je behoorlijk wat energie nodig. Vooral tillen met gebogen knieën kost veel energie; je moet dan immers, behalve de last, ook je hele lichaam weer omhoog tillen. Bij het tillen met een gebogen romp geldt dat veel minder. Mensen met een slechte conditie kiezen daarom vaak sneller voor tillen met gebogen romp, ook als het beter is om vanuit de knieën te tillen. Kortom: als je gezond wilt tillen, heb je een extra reden om je lichaam goed in conditie te houden.

6. Zorg voor sterke been-, buik- en rugspieren

Behalve een goede conditie heb je ook spierkracht nodig. Bij veel tiltechnieken gebruik je je beenspieren. Die moeten natuurlijk wél voldoende sterk zijn. Veel vrouwen ouder dan 45 jaar missen die spierkracht en tillen alleen daardoor al niet goed. Daarnaast spelen ook de buik-, bil- en rugspieren een belangrijke rol. Die zorgen ervoor dat je je romp kunt bewegen. Daarnaast vormen ze een natuurlijk steunkorset voor de wervelkolom. Ook die spieren kun je door oefening en training sterk maken en houden.

5.2 HULPMIDDELEN

Echter, wanneer de fysieke belasting, ondanks slimme (til)technieken, toch te hoog wordt (met andere woorden, wanneer de Praktijkrichtlijnen worden overschreden), dan is het gebruik van hulpmiddelen vaak een goede oplossing. Dat kunnen specifieke tilhulpmiddelen zijn, zoals een tillift of een hijskraantje, maar dat kan ook een steekwagentje of een papegaai zijn. Om te kunnen inschatten welke en hoeveel (til)hulpmiddelen je nodig hebt, kun je in de directe zorgverlening de TilThermometer afnemen. Je krijgt dan een indruk wat je volgens de Praktijkrichtlijnen nodig hebt. Maar er zijn natuurlijk ook hulpmiddelen die erg handig zijn, maar niet strikt noodzakelijk volgens de Praktijkrichtlijnen. Denk bijvoorbeeld aan een opstasteuntje aan het bed, of een opstaloprek. Ze kunnen de cliënt helpen meer zelfredzaam te zijn, wat weer kan leiden tot minder fysieke belasting. Als de cliënt het zelf doet, hoef jij het immers niet voor hem of haar te doen.

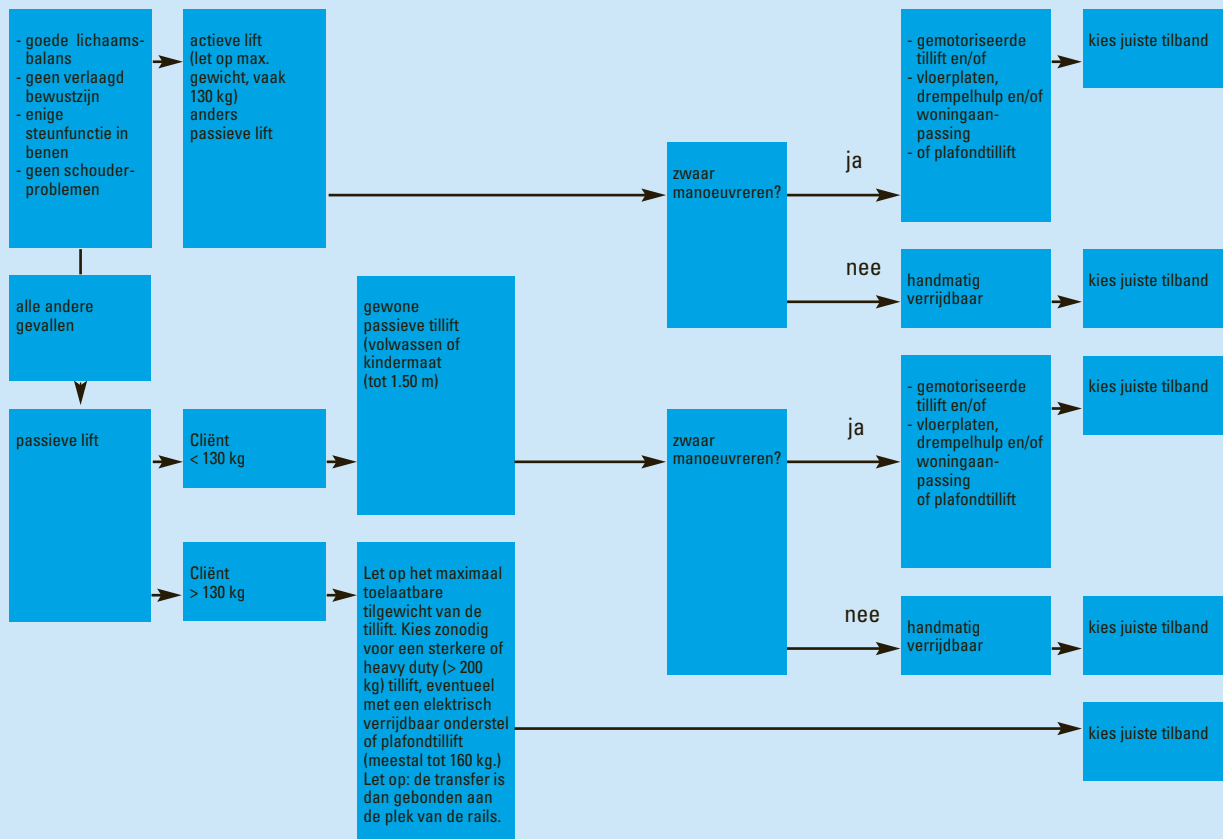
Een goed overzicht van hulpmiddelen die kunnen helpen om de fysieke belasting van de zorgverleners te verminderen en de zelfredzaamheid van de cliënten te verhogen, kun je vinden in het Hulpmiddelenboekje. Het Hulpmiddelenboekje is een klein, handzaam én populair zakboekje dat een overzicht van heel veel hulpmiddelen geeft. Je ziet welke hulpmiddelen er zijn, hoe ze eruit zien, wanneer ze wel en niet gebruikt kunnen worden, hoe ze te verkrijgen zijn en wat de belangrijkste onderhoudseisen zijn. Je vindt het Hulpmiddelenboekje op www.goedgebruik.nl.

Tilhulpmiddelen voor zorgverleners worden vaak onderverdeeld in grote en kleine hulpmiddelen. Kleine zijn dan bijvoorbeeld een wandelstok of een glijzeiltje. Bij de grote tilhulpmiddelen moet je vooral denken aan rolstoelen, bedden en tilliften. Bij de tilliften kunnen we grofweg een onderscheid maken in de actieve of statilliften en de passieve liften. Bij actieve of staliften komt de cliënt min of meer tot stand. Omdat de cliënt daarbij actief moet en kan zijn, wordt deze lift vaak een actieve lift genoemd. Uit onderzoek blijkt echter dat dit soort liften de activiteit van de cliënt niet echt stimuleert. Uit datzelfde onderzoek¹¹ blijkt echter ook dat de zorgverlener de activiteit van de cliënt in zo'n actieve lift wel

degelijk kan stimuleren. Dus niet door de lift zelf, maar vooral door de verbale en non-verbale stimuli van de zorgverlener tijdens de transfer ('ja goed zo, nog een klein stukje, even schrap zetten!'). Daarom noemen we de actieve liften liever gewoon staliften. Een passieve lift is echt voor passieve cliënten. Daarmee kun je vrijwel iedereen verplaatsen. Omdat deze lift geen enkele activiteit van de cliënt vereist, gebruiken we de passieve lift voor cliënten in Mobiliteitsklassen D en E. Staliften zet je vooral in bij cliënten in Mobiliteitsklasse C.

Deze indeling is heel grof. Je zult altijd nog goed moeten kijken of de lift die je op het oog hebt op basis van de Mobiliteitsklasse van de cliënt ook echt 'past'. Zo'n nadere bestudering en oordeel noemen we een passing. Daarom zijn in het Hulpmiddelenboekje ook de officiële indicatiecriteria opgenomen. Het kan heel goed zijn dat je daarbij een ergo- of fysiotherapeut nodig hebt. Bij zo'n passing komen heel specifieke, soms aandoeninggebonden, zaken aan de orde. Maar ook het gewicht van de cliënt, de ondergrond en de tilband speelt een rol. Dit schema kan je daarbij behulpzaam zijn.

KEUZESCHEMA TILLIFTEN



LEER MEER ...

OVER HET GEBRUIK VAN TILLIFTEN

- Gezond & Zeker folder Praktijkinformatie voor ergocoaches nummer 7: 'Slings voor passieve tilliften'.
- Gezond & Zeker folder Praktijkinformatie voor ergocoaches nummer 8: 'Van lig naar zit'.
- Gezond & Zeker folder Praktijkinformatie voor ergocoaches nummer 9: 'Hoe kies ik de juiste tillift?'
- Kijk naast het HulpmiddelenBoekje ook eens in het GebruiksBoekje.

OOK VOOR ONDERSTEUNENDE DIENSTEN

Ook voor medewerkers die niet-cliënt gebonden taken uitvoeren zijn allerlei hulpmiddelen beschikbaar om de fysieke belasting binnen de grenzen te brengen die de Praktijkrichtlijnen aangeven. Blader eens door het DoeBoekje. Dat staat vol met tips, hulpmiddelen en technieken, speciaal voor medewerkers van ondersteunende diensten. Ook het DoeBoekje vind je op www.goedgebruik.nl.

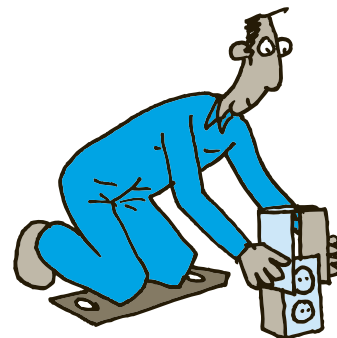
5.3 GOED GEBRUIK VAN HULPMIDDELEN

Naast het correct uitvoeren van de basis tilvaardigheden is het goed gebruiken van tilhulpmiddelen belangrijk om fysieke overbelasting te voorkomen. Alleen het beschikken over (til)hulpmiddelen is immers niet voldoende om fysieke overbelasting te voorkomen. Ze moeten wel gebruikt worden. Maar ook dat is niet voldoende. Ze moeten goed, dat wil zeggen veilig en optimaal, gebruikt worden.

LEER MEER ...

OVER MOGELIJKE OPLOSSINGEN

Als je op zoek bent naar oplossingen kijk je altijd even op www.gezondzeker.nl naar de PreGo! Tips. Hier vind je héél veel oplossingen voor héél veel problemen. En uh ... weet je een betere oplossing? Houd 'm niet voor jezelf en stuur 'm in.



15 TIPS OM HULPMIDDELEN GOED TE GEBRUIKEN

- 1** Til niet. Volg altijd de Praktijrichtlijnen en gebruik transferhulpmiddelen als de Praktijrichtlijnen dat aangeven.
- 2** Zorg dat je goed getraind bent in het gebruik van de hulpmiddelen. Vraag hulp bij je ergocoach of leidinggevende als je je onzeker voelt.
- 3** Volg altijd de afspraken op van het Transferprotocol in het zorgdossier en zorg dat die afspraken goed bijgehouden worden. Als je het niet eens bent met protocollaire afspraken, kaart dat dan aan bij je leidinggevende of ergocoach, maar ga nooit zelf op eigen houtje een andere techniek toepassen.
- 4** Nodig de cliënt uit en stimuleer hem met je stem, uitleg en houding om zelf actief te zijn en op een veilige wijze te doen wat hij zelf kan. Oefen het gebruik van transferhulpmiddelen met de cliënt en geef hem de kans eraan te wennen.
- 5** Geef voor elke handeling een heldere en concrete uitleg van datgene wat jij van de cliënt verwacht en omgekeerd, wat hij kan verwachten.
- 6** Zorg dat je de normale, natuurlijke of gebruikelijke manier van bewegen (bijv. zelf opstaan, omrollen, etc.) goed kent en help de cliënt die ook zo veel mogelijk te volgen.
- 7** Bereid de handeling goed voor. Dan kom je niet voor onnodige extra handelingen te staan en verloopt de handeling veiliger. Denk aan voldoende en veilige ruimte, een slimme volgorde en indeling, beweeg met de zwaartekracht mee en zet hulpmiddelen waarbij dat nodig is op de rem.
- 8** Voer handelingen altijd zo dicht mogelijk bij je lichaam uit en symmetrisch. Een korte lastarm scheelt veel belasting.
- 9** Voer handelingen nooit explosief uit, maar bouw de kracht rustig, liefst in drie tellen, op.
- 10** Duwen is voor je lichaam meestal beter dan trekken. Het verkleint de kans op pols- en nek- of schouderblessures.

- 11** Rond de handeling goed af en voorkom dat de cliënt opnieuw hulp nodig heeft. Voorkom bijvoorbeeld dat de cliënt onderuit zakt. Zorg dat de cliënt weet wat hij moet doen als hij opnieuw hulp nodig heeft.
- 12** Werk nooit met slecht onderhouden hulpmiddelen of hulpmiddelen waarvan je niet weet of ze zijn onderhouden. Bij tilliften moet in een logboekje zijn vastgelegd of de lift en de sling/tilband goed is onderhouden.
- 13** Houd altijd de gebruiksaanwijzing bij de hand en volg die. Die gaat boven de beschrijving in welke publicatie dan ook. Als er geen goede Nederlandstalige gebruiksaanwijzing is, zorg dan dat er een komt!
- 14** Modder niet door als het werken met een hulpmiddel niet goed gaat of als je eraan twijfelt of je het goed doet. Vraag in zo'n geval altijd advies aan een ergo-coach, een collega, de ergo- of fysiotherapeut of je leidinggevende.
- 15** Zorg goed voor jezelf! Een goede basisconditie en een uitgerust en fit lichaam helpen ook om veilig te werken en te zorgen. Alleen als je goed voor jezelf zorgt, kun je ook goed voor je cliënt zorgen!

LEER MEER ...**OVER HET GOED GEBRUIKEN VAN (TIL)HULPMIDDELEN**

- Lees voor meer informatie het GebruiksBoekje, dit kun je aanvragen op www.goedgebruik.nl.
- Gezond & Zeker folder Praktijkinformatie voor ergocoaches nummer 3: 'Draaien of kantelen in bed'.
- Gezond & Zeker folder Praktijkinformatie voor ergocoaches nummer 5: 'Goed gebruik van glijzeilen'.
- Gezond & Zeker folder Praktijkinformatie voor ergocoaches nummer 6: 'Douchen van Cliënten'.
- Gezond & Zeker folder Praktijkinformatie voor ergocoaches nummer 11: 'Bedden'.

Een speciale vorm van het goed uitvoeren van transfers, het goed gebruiken van (til)hulpmiddelen, en overige verzorgende handelingen komt voort uit de haptonomie. Als ergocoach kun je hiermee je voordeel doen. Haptonomie betekent letterlijk de leer van het voelen. Deze techniek heeft veel overlap met het streven naar zelfredzaamheid. Bij het haptonomisch handelen probeer je de cliënt zo te voelen en aan te raken dat hij zelf zo veel mogelijk kan bewegen. Zo kun je iemand dwingend aanraken, met een stevige, bijna knijpende hand. Dit kan leiden tot weerstand bij de cliënt, hij zal gaan tegenwerken. Als je iemand uitnodigend aanraakt, met een open, zachte hand, dan wordt de cliënt gestimuleerd zelf te bewegen. De zorgverlener leidt de cliënt, met zachte hand, in de gewenste richting, via de gewenste beweging.

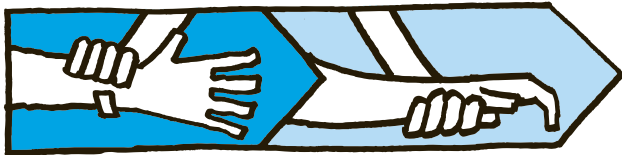
Je kunt de haptonomische principes ook terugvinden in de ruimte tussen jou en de cliënt. Als je bijvoorbeeld bij het opstaan weinig ruimte laat tussen jou en de cliënt, zal de cliënt niet worden gestimuleerd zelf op te staan. Probeer het maar eens. Het omgekeerde is ook waar, als je vrij ver van de cliënt af staat, kun je de cliënt onvoldoende sturen en zal hij ook niet opstaan. Het lijkt een beetje op stijldansen. Als de beide danspartners ver van elkaar zijn

verwijderd, ziet het er niet harmonisch uit. Dat is ook zo als ze heel dicht tegen elkaar aan dansen.

Wel zul je rekening moeten houden met individuele verschillen. Wat de één als dichtbij ervaart, hoeft de ander niet ook zo te ervaren. Dat is niet alleen in de zorg zo, ook in het 'gewone leven' zie je dat sommige mensen op feestjes heel dicht bij je gaan staan, anderen houden liever afstand. Die ruimte waar we het over hadden, die een cliënt nodig heeft om op te kunnen staan met jouw hulp, die kun je niet in centimeters aangeven. Dat zul je moeten (leren) aanvoelen. In het haptonomisch denken is het eerste contact cruciaal. Maak daar altijd heel bewust tijd voor. Maak een praatje, zorg voor oogcontact, noem de naam van de cliënt of leg je hand op de schouder van de cliënt en schat op basis van de reactie van de cliënt in hoe het met hem is. Doe dat rustig. Plotselinge handelingen, bijvoorbeeld ineens het licht aan doen, hard praten of de dekens onaangekondigd wegslaan, werken averechts. De tijd die je 'verliest' met dit eerste contact, win je later ruimschoots terug.

Houd het contact continu vast, als je het kwijtraakt omdat er bijvoorbeeld een collega binnenkomt, begin je opnieuw met contact maken. Dat geldt vooral

voor cliënten die neurologische problemen hebben, last hebben van geheugenproblemen of slecht zien. Als ze je even niet meer zien, bijvoorbeeld omdat je even naar de wastafel bent gelopen of zelfs maar naar de andere kant van het bed, kunnen ze denken dat er opeens iemand anders naast ze staat. Dat is verwarrend en beangstigend en verhoogt de weerstand die jij ondervindt tijdens de zorg.



‘Haptonomie: impuls geven, wachten en meebewegen’

LEER MEER ... OVER HAPTONOMIE

- Haptonomisch verplaatsen. Hoofdstuk 5 uit het ‘Basisboek voor de Ergocoaches’. Inga Mol, Elsevier Gezondheidszorg.
- Wat zeg je? De taal van het lichaam bij de verzorging van kinderen. Inga Mol, Elsevier Gezondheidszorg.
- Tillen in de thuiszorg. Inga Mol, Elsevier Gezondheidszorg(29).
- Gezond & Zeker Praktijkinformatiefolder voor veiligheidscoaches nummer 10, ‘Met haptonomie agressie voorkomen’.
- Haptonomie moet je vooral leren door het te doen.

Een ander aspect wat enige overlap vertoont met het onderwerp haptonomie, maar waarmee je ook het werken met (til)hulpmiddelen, de manuele transfers en de overige zorghandelingen ergonomischer kunt uitvoeren is de zelfredzaamheid. Het klinkt simpel en dat is het ook. Hoe meer cliënten zelf doen, hoe minder jij hoeft te doen. Maar dat niet alleen, hoe actiever de cliënt, hoe langer vitale lichaamsfuncties zoals bloedsomloop en ademhaling in stand blijven of verbeteren, hoe sneller het herstel, hoe minder kans op terugval, hoe meer gevoel voor eigenwaarde en ga zo maar door. Gelukkig geldt ook het omgekeerde: spierweefsel hoeft echt niet maximaal getraind te worden om op peil te blijven of om sterker te worden. Het gewone dagelijkse bewegen is een vrij effectieve manier om spierweefsel op peil te houden. De mate van zelfredzaamheid houdt ook verband met incontinentie. Wanneer iemand niet meer zelfstandig kan opstaan, neemt de kans op incontinentie met een factor 13 toe (zie hoofdstuk 8). Ook decubitus (zie hoofdstuk 7) kun je soms voorkomen door de zelfredzaamheid te verbeteren. Het stimuleren en onderhouden van de zelfredzaamheid zou een van de pijlers van het werk van de ergo-coach moeten zijn.

USE IT OR LOOSE IT!

Dat is soms lastig. Zorgverleners willen zorgverlenen en zijn snel geneigd een handeling over te nemen van de cliënt, die dat wellicht best zelf kan. De andere kant is ook waar: cliënten leggen zich ook letterlijk gemakkelijk neer bij hun rol als cliënt. We noemen dit ook wel PIP oftewel 'Pyama Induced Paralysis', een door de pyjama veroorzaakte 'verlamming'. Oftewel, als je in bed gaat liggen kun je schijnbaar opeens niets meer. Amsterdamse ambulance verpleegkundigen noemen dit verschijnsel waarbij de cliënt bij aankomst van de ambulance opeens niets meer kan ook wel 'circusverlamming'.

'Pak een flipover en schrijf dat met een paar collega's vol met tips over hoe je zelfredzaamheid bij jullie cliënten kunt vergroten. Je zult verbaasd staan over hoe snel je zo'n vel papier vol hebt. De daarin geïnvesteerde tijd krijg je direct terug als je de tips inderdaad in de praktijk brengt.'

Tips om meer medewerking van de cliënt te krijgen bij transfers:

- Tel hardop: veel cliënten zijn gevoelig voor ritme. Doe dat rustig, ondersteun dat met je stem en zeker ook de intonatie in je stem.
- Wacht (ook al ben je uitgeteld!) tot de cliënt zelf de beweging in gang zet en volg die beweging. Dat stelt de cliënt in staat om inderdaad een bijdrage te leveren en niet achter jouw snelheid aan te bewegen.
- Wees concreet, verbaal en non-verbaal.
- Vertel altijd precies wat je van plan bent en wat je van de cliënt verwacht. Vage aanduidingen als 'wit u even meewerken' of 'we gaan naar de fysio' zijn vaak niet duidelijk. Wees concreet, zeg bijvoorbeeld 'wilt u de papegaai even pakken' of 'wilt u uw voeten goed onder de stoel zetten'. Hoe concreet deze twee voorbeelden ook zijn, ondersteun ze altijd non-verbaal. Pak bijvoorbeeld zelf de papegaai vast terwijl je zegt 'wilt u de papegaai even pakken?' en leg de handen op de scheenbenen van de cliënt terwijl je zegt 'wilt u uw voeten goed onder de stoel zetten?'.

LEER MEER ... OVER ZELFREDZAAMHEID

- Lees de Gezond & Zeker folder Praktijkinformatie voor ergocoaches nummer 4: 'Zorgverleners met je handen op je rug'.
- Lees de Gezond & Zeker folder Dossierinformatie fysieke belasting nummer 4: 'Zelfredzaamheid van cliënten; redding voor cliënt en zorgverlener'.
- Meer informatie vind je in de Businesscase Zelfredzaamheid op www.informatiespiegel.nl, deze vind je ook, samen met veel meer informatie op www.gezondenzeker.nl.
- Kijk eens naar het Verbetertraject Zelfredzaamheid op www.goedgebruik.nl.

'De concepten haptonomie en zelfredzaamheid kunnen je helpen om het werken met hulpmiddelen en manuele transfers zo ergonomisch mogelijk uit te voeren. Maar ook bij het geven van basiszorg is het erg belangrijk om over goede vaardigheden en hulpmiddelen te beschikken. Ten eerste om de cliënt goed te verzorgen, maar natuurlijk ook om je eigen rug te sparen.'

STEUNKOUSEN

Het aantrekken van compressie- of steunkousen bij cliënten kan zwaar zijn. Niet voor niets is er een speciale Praktijkrichtlijn voor geformuleerd. Die geeft aan dat je voor het aan- en uittrekken van therapeutische elastische kousen een professioneel aan- en uittrekhulpmiddel moet gebruiken. Er zijn tegenwoordig prima hulpmiddelen op de markt, zowel voor steunkousen met open als met gesloten tenen. Toch is ook de techniek waarmee je de kousen aan- en uittrekt cruciaal om overbelasting van jouw lichaam te voorkomen. In de Gezond & Zeker Praktijkinformatiefolder voor ergocoaches nummer 14 'Steunkoushulpmiddelen', staat precies beschreven, hoe je dat het beste kunt doen.

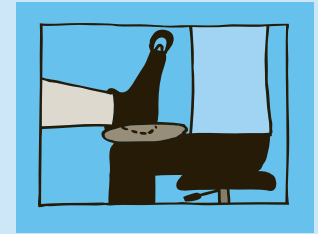
LEER MEER..

OVER HET AAN- EN UITDOEN VAN STEUNKOUSEN

- Gezond & Zeker Praktijkinformatiefolder nummer 14: 'Steunkoushulpmiddelen'.
- Gezond & Zeker Praktijkinformatiefolder nummer 15: 'Steun bij steunkousen'.
- Het GebruiksBoekje, www.goedgebruik.nl.

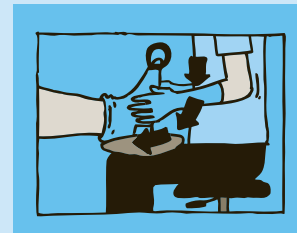


STAP 1



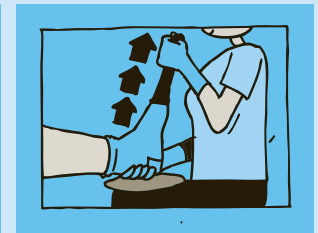
Schuif het aantrekhulpmiddel over de voet.

STAP 2



Schuif de kous over het aantrekhulpmiddel.

STAP 3



Verwijder het aantrekhulpmiddel door aan lus bij de tenen te trekken.

MANTELZORG

Een speciale vorm van zelfredzaamheid is het onafhankelijker leven door de hulp van een mantelzorger. We zien dat vooral in de thuiszorg. Maar ook mantelzorgers kunnen fysiek worden overbelast. Door het aanleren van goede tiltechnieken, maar vooral door het gebruik van hulpmiddelen kan deze fysieke belasting worden verminderd en kunnen zij hun belangrijke werk als mantelzorger langer volhouden. Om mantelzorgers daarbij te ondersteunen, heeft Gezond & Zeker een speciale brochure samengesteld. De informatie in deze folder is in de eerste plaats bestemd voor mantelzorgers zelf, maar ook voor zorgmedewerkers en ergocoaches die mantelzorgers willen ondersteunen. Lees de Gezond & Zeker Dossierinformatiefolder nummer 11: 'Mantelzorg en fysieke belasting'. Overigens zijn bijna alle Praktijkinformatiefolders van Gezond & Zeker ook voor mantelzorgers geschikt. De folders zijn gratis en je kunt ze ook voor mantelzorgers aanvragen.



Correcte vaardigheden zijn niet alleen van belang rondom de tiltechnieken en het gebruik van hulpmiddelen. Ook bij het uitvoeren van de basiszorg is het belangrijk te beschikken over de juiste werktechnieken. Met basiszorg bedoelen we de algemene zorg zoals die dagelijks aan bijna alle cliënten in meer of mindere mate wordt geboden. Denk maar aan wassen, aankleden, toiletgang, wondverzorging, baden, douchen, medicatie verstrekken, begeleiding bij eten en drinken en ga zo maar door²⁶.

MINDER TIJD VOOR BASISZORG

Statistieken en prognoses laten zien dat juist daar, in die basiszorg, grote knelpunten verwacht worden als het gaat om de beschikbaarheid van personeel om zorg van voldoende kwaliteit te kunnen blijven bieden in de nabije toekomst. Toekomstprognoses tot het jaar 2025 geven aan dat er bij ongewijzigd beleid ofwel in 2025 voor slechts 60% van de cliënten volledige zorg voorhanden is, ofwel op dat moment nog slechts 60% van de huidige zorg voor alle cliënten beschikbaar is¹². Dat betekent dat als je nu 4 uur op een ochtend hebt, je er dan nog maar ongeveer 2,5 hebt. Dat kan je je bijna niet voorstellen en dus moet er echt veel gebeuren. Omdat daar in die basiszorg kennelijk de achilleshiel voor de nabije toekomst ligt, is het verbeteren van die basiszorg van groot belang.

ERGOCOACH INNOVEERT IN DE BASISZORG

Als ergocoach ben je meestal ook uitvoerend zorgverlener. Dat betekent dat je goed thuis bent in de manier waarop er zorg wordt verleend en ook in de mogelijkheden om daarin verbetering of vernieuwing door te voeren. Innoveren dus. Als je aan innovaties denkt, wordt nog te vaak gedacht aan allerlei high-tech en ingewikkelde zaken. Toch laat onderzoek zien dat er juist in die dagelijkse basiszorg nog heel veel geïnnoveerd kan worden. Uiteraard met nieuwe producten en hulpmiddelen, maar zeker ook met slimme ideeën en slimmer werken. Dat gaat soms om hele simpele dingen. Denk aan de plaats waar 's nachts de schoenen van de cliënt staan, de manier waarop je medicijnen deelt of de manier waarop de bedden worden verschoond. Vaak kan het nèt even slimmer als je er eens even bij stilstaat.

LEER MEER ...

OVER DAGELIJKSE BASISZORG

Lees de Gezond & Zeker Dossierinformatiefolder voor ergocoaches nummer 10 'Op de werkvloer liggen de kansen'. Deze folder is ook te downloaden en te bestellen op www.gezondenzeker.nl.

INNOVATIEKANSENTELLER

Een handig instrument wat je kunt gebruiken is de InnovatieKansenTeller. Het is een eenvoudig Excel document wat je kunt vinden op www.innovatiespiegel.nl of www.gezondenzeker.nl. Op de horizontale as vul je de innovatie in, bijvoorbeeld een kleinere waszak. Daaronder de gegevens en de eventuele tijdsbesparing wordt vervolgens voor je uitgerekend. Zo kun je ook verschillende ideeën vergelijken en zien hoeveel je toch met kleine eenvoudige dingen kunt bereiken. Denk niet alleen aan producten of hulpmiddelen, maar ook aan andere eenvoudige zaken zoals afspraken over het alvast meenemen van spullen voor je collega of het afspreken met een collega dat die 's ochtends alvast het een en ander voorbereidt, waardoor anderen in één vloeiende handeling kunnen doorwerken. Vul de InnovatieKansenTeller samen met je team in en houd de resultaten niet binnen dat team. Het kan immers gaan om slimmigheden die in het ene team al ingeburgerd waren, terwijl een ander team, bij wijze van spreken één muur verder, daar nog niet van had gehoord.



'...we hebben met het team aan de hand van de InnovatieKansenTeller de dingen die we elke dag altijd op dezelfde manier doen eens op een rijtje gezet. Het is fantastisch om te zien dat een heleboel van die dingen veel handiger kunnen. Op een gegeven moment heb je er blijkbaar een blinde vlek voor en doe je het zo omdat je dat altijd doet. We doen een paar dingen nu anders, dat scheelt gedoe en tijd. Tijd die we liever voor de cliënten gebruiken. Volgend jaar doen we het weer!'

KLEINE VERSCHILLEN GROOT PLEZIER

Bij het invullen van de InnovatieKansenTeller zul je merken dat je ook met kleine aanpassingen, die bijvoorbeeld maar tien seconden opleveren, veel kunt bereiken. Juist omdat ze in die basiszorg zo vaak voorkomen: soms bij bijna alle cliënten en elke dag weer. Een innovatie die 10 seconden bespaart bij een handeling die twee keer per dag per cliënt voorkomt, zal voor een instelling met 150 cliënten al snel leiden tot een besparing van ruim 300 uur per jaar, oftewel bijna acht werkweken van een fulltime zorgverlener. Niet alle zorgverleners en managers zijn zich hiervan bewust.

‘Stop niet na de brainstormsessie met de InnovatieKansenTeller. Pak de beste ideeën op, maak concrete afspraken over ‘wie doet wat en wanneer’ en leg dit vast op het AktieBlok.’

LEER MEER ...

OVER VAARDIGHEDEN IN DE BASISZORG

- Gezond & Zeker folder Praktijk informatie voor ergocoaches nummer 1, ‘Wassen van cliënten’.
- Gezond & Zeker folder Praktijk informatie voor ergocoaches nummer 2, ‘Aan- en uitkleden van cliënten’.
- Gezond & Zeker folder Dossier informatie nummer 5, ‘Invoeren van innovaties’.
- Infosheets Loopbegeleiding, Visueel beperkt, Opstaan en Aan- en uitkleden, allen te verkrijgen op www.profijtvannarbobeleid.nl.
- Markante Marges, Effectieve innovaties in de directe zorg van het Platform Zorginnovatie.
- Voorbeeldig handelen. Basiszorg. Uitgeverij Bohn Stafleu van Loghum.
- Het AktieBlok ontvang je gratis wanneer je je registreert als ergocoach of als belangstellende op www.gezondenzeker.nl.



COACHEN EN COMMUNI- CEREN

Feitelijk is het veranderen van gedrag de kern van het werk van de ergocoach. Je wilt er voor zorgen dat je collega's op een goede manier (niet) tillen, hulpmiddelen gebruiken, veilig werken etc. Maar hoe je dat? Hoe zorg je er voor dat je niet aan een dood paard aan het trekken bent? Het goede voorbeeld geven? Er continu op blijven hameren? Posters ophangen? Elke week een Praktijkinformatiefolder uitdelen? Daar zijn boekenkasten over volgeschreven en het ei van Columbus is nog niet gevonden. We geven je in deze mini-pocket drie tips die (bijna) altijd werken.

6.1 COACH TIP 1: PASSIEVE ERGONOMIE

De slimste manier om ervoor te zorgen dat je collega's gezond werken is het werk zo aan te passen dat iedereen vanzelfsprekend gezond gaat werken. Je hoeft je collega's niet meer te overtuigen, voor te lichten, te stimuleren etc. We noemen dat een 'passief ergonomische aanpassing'. Want jij hoeft er geen energie meer in te stoppen: passief. Denk bijvoorbeeld aan het vervangen van slecht lopende karren door goed lopende. De karren worden op dezelfde manier gebruikt als de oude, maar nu met minder fysieke belasting en ergernis. Of aan het gebruiken van incontinentiemateriaal dat niet meer lekt, goed geslepen scharen of verblijfstillbanden. Als er zich een ergonomisch knelpunt voordoet bij een bepaalde handeling dan is de eerste vraag die je je als ergocoach zou moeten stellen 'is het wel nodig dat we dit doen?'. Heel vaak zul je dan 'ja' moeten antwoorden. De cliënten moeten inderdaad worden gewassen, de zware etenskarren moeten worden verreden en de gevallen cliënt zal van de grond geholpen moeten worden. Eigenlijk moet je je afvragen of sommige dingen wel echt nodig zijn en in wiens belang ze zijn. Durf die vraag te stellen. Zinloze gewoontes kun je beter afschaffen.



PreGo!

Kijk eens op www.gezondenzeker.nl naar de PreGo! Tips en zoek naar tips over coaching. Dan vind je veel bruikbare informatie, bijvoorbeeld deze tip over de effectiviteit van jezelf als ergocoach:

- 1** Durf jezelf te presenteren als ergocoach.
- 2** Probeer negatieve feedback over jou als ergocoach om te buigen naar iets positiefs. Het zegt meer over de ervaringen van de ander dan over jou. Benut deze informatie.
- 3** Praat over en zoek met je collega's naar oplossingen, niet naar problemen. Je helpt een collega niet door haar problemen op je schouders te nemen, wel om te helpen bij het oplossen.
- 4** Creëer de randvoorwaarden om als geheel team gezond te kunnen werken.
- 5** Leer individuele kwaliteiten van collega's te zien en te benutten.

- 6** Investeer in je benodigde vaardigheden als coach. Bewustwording kost tijd, mee kunnen denken dus ook.
- 7** Investeer in draagvlak bij je leidinggevenden en management. Goed kunnen coachen vereist draagvlak.
- 8** Gebruik de kennis en ervaring van je mede-ergocoaches. Je problemen delen of vragen stellen aan een collega is geen zwaktebod. Niet vragen ... dat is pas een gemis.
- 9** Weet waar je je ontbrekende kennis kunt halen.
- 10** Maak gebruik van bestaande netwerken en kennis om je visie als coach te verbreden.

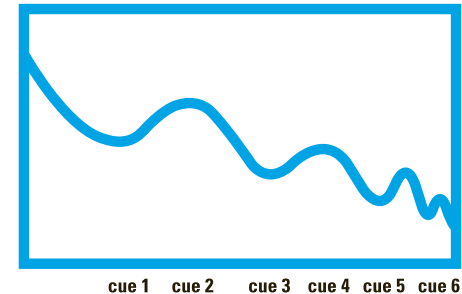
6.2 COACH TIP 2: DE VOILÀ! METHODE

Lang niet altijd zal het lukken om zo'n 'passief-ergonomische aanpassing' te verzinnen of in praktijk te brengen. De collega's zullen dan toch iets nieuws moeten gaan doen of, nog lastiger, iets ouds afleren. Het gezond werken met de pc gaat meestal niet vanzelf goed, daar is minimaal enige instructie bij nodig. In de praktijk zie je vervolgens vaak een terugval in het oude ongezonde gedrag. Zeker op de lange termijn is het moeilijk om gezond werken vol te houden. Onder het motto 'je kunt het niet vaak genoeg zeggen' geven we dan bijvoorbeeld een herhalingscursus of schrijven we een stukje in het personeelsblad. We noemen dat 'cues'. Meestal zijn de reacties erg positief ('het is goed om het weer eens te horen!'), maar het blijft toch niet definitief hangen. De goede adviezen gaan daarmee het ene oor in, om na een steeds korter wordende periode het andere weer uit te gaan. En dat is frustrerend, ook voor jou en je collega's.

Wat kunnen we doen aan deze terugval? Het klinkt vreemd maar allereerst schuilt er een gevaar in het feit dat jij als arbodeskundige heel goed, misschien zelfs te goed, weet wat de beste oplossing is voor het probleem van je collega's. Je collega's zijn echter nog niet zo ver. Wanneer je dan tóch probeert je advies door te drukken, uiteraard met correcte

argumenten, dan is de kans groot dat je collega's in eerste instantie jouw advies zullen opvolgen, daarna vervallen in het oude ongewenste gedrag of zelfs weerstand gaan ontwikkelen tegen jouw betwetergedrag. Er ontstaan dan twee kampen. 'Ik' doe er als ergocoach alles aan om duidelijk te maken dat 'zij' hun rug overbelasten als 'zij' op deze manier blijven tillen. En dat schiet niet op.

Gedragsverandering



Het draait uiteindelijk om de 'intrinsieke motivatie', de motivatie die puur vanuit jezelf komt. Collega's veranderen hun gedrag blijvend, alleen als zij dat zelf willen. Niet omdat jij als ergocoach dat wilt. Als dat laatste het geval is spreken we van extrinsieke motivatie.

Een goede methode om die intrinsieke motivatie voor elkaar te krijgen is de Voilà! methode²⁷. De Voilà! methode gaat ervan uit dat medewerkers zelf hun werk het beste kennen en daarom ook prima weten hoe ze problemen kunnen oplossen. Wel moeten ze de ruimte krijgen van hun managers om de problemen te signaleren en op te lossen.

In de praktijk betekent de Voilà! methode dat er op afdelingsniveau met enige regelmaat kleine (3 à 5 personen) korte (ongeveer 20 minuten) groepsbijeenkomsten worden georganiseerd. We noemen dat Huddles, naar analogie van de korte time-outs in het American Football. Tijdens een Huddle signaleren, prioriteren (op volgorde van belangrijkheid zetten) de medewerkers zelf knelpunten in hun werk en maken ze afspraken over hoe ze worden opgelost. Ze worden daarbij begeleid door een coach, bijvoorbeeld de ergocoach. Essentieel voor de coach is dat hij of zij niet meer voor de muziek uitloopt, de groep het tempo bepaalt, de coach de kar (waar de collega's van afvallen zodra hij 'm enthousiast begon te duwen) niet meer trekt, maar vooral het proces gaande houdt. Dat betekent wel dat jij als ergocoach je mond houdt, de juiste vragen stelt en het probleem (en de oplossing) neerlegt bij degenen van wie het probleem is (de zogenaamde probleemeigenaren). Dat zijn je collega's.

Een belangrijk stuk gereedschap van de Voilà! coach is het ActieBlok. Nu de collega's tijdens een Huddle de knelpunten hebben gesignaleerd, ze hebben geprioriteerd en ideeën hebben over hoe die opgelost zouden kunnen worden, is het tijd geworden afspraken te maken over 'wie wat wanneer gaat doen'. Deze afspraken kunnen worden genoteerd op het ActieBlok. Bij de volgende Huddle werken deze afspraken als een soort notulen van voorgaande Huddles. Daardoor zijn ze concreet, minder vrijblijvend en is er een deadline.



COACHEN IS COMMUNICEREN

In de PreGo! Tips op www.gezondzeker.nl vind je ook tips over communiceren. Zoals deze tien tips om communicatie te bevorderen:

1 Verwoord je advies volledig.

2 Geef belangrijke informatie in een rustige omgeving.

3 Praat niet binnensmonds, articuleer duidelijk.

4 Kijk je collega aan tijdens het geven van advies.

5 Houd rekening met de ervaringen van je collega in je advies: benoem de voordelen van de gebruiker.

6 Ben je ervan bewust dat je lichaam uitstraalt wat je in woord zegt.

7 Kijk naar de non-verbale reactie van je collega tijdens het uitspreken van je advies.

8 Luister actief naar het probleem van je collega.

9 Probeer door het stellen van vragen achter het daadwerkelijke probleem van je collega te komen.

10 Gebruik de juiste vragen: open of gesloten vragen om de benodigde informatie te krijgen.

Via de Voilà! methode kun je in korte tijd een hele serie verbeteringen doorvoeren waar jij als ergocoach in je eentje nooit aan toe was gekomen. Je doet het immers niet alleen, maar samen. Denk bijvoorbeeld aan het gebruiken van een stasteun bij het geven van eten aan een cliënt in een rolstoel, het geven van een training in het aanleggen van een baby bij borstvoeding, het anders indelen van een voorraadkast en het inzetten van glijzeilen. Leuk is dat de Huddles, die meestal zijn begonnen rondom het onderwerp ergonomie, na verloop van tijd steeds breder worden ingezet. Het gaat dan niet alleen meer over fysieke belasting, maar bijvoorbeeld ook over kwaliteit van zorg, bejegening, logistiek, klimaatbeheersing, werkdruk, zelfredzaamheid, etc. Het geven van ruimte en het vertrouwen aan de collega's om zelf met de eigen knelpunten aan de slag te gaan, werkt kennelijk als een soort vliegwiel. Essentieel is dat de medewerkers eerst, bijvoorbeeld bij een wat concreter onderwerp als ergonomie, hebben ervaren dat zij zelf het verschil kunnen maken. En dat er dus écht wat gebeurt!

VOORWAARDEN VOOR DE VOILÀ! METHODE

Ervaring met de Voilà! methode heeft geleerd dat er aan een aantal voorwaarden moet worden voldaan om succes te behalen:

1. Managers die ruimte en vertrouwen durven geven aan hun medewerkers om zelf hun werkplek te verbeteren.
2. Spontaniteit en reactievermogen zijn belangrijk. Als een collega een goed idee heeft moet dit vrij snel in meer of mindere mate gehonoreerd kunnen worden. Het mag niet verzanden in een bonnencultuur.
3. De resultaten van de Huddles moeten zichtbaar gemaakt worden. Je collega's zien op deze manier de successen van zichzelf en hun collega's die participeren in andere Huddles en worden zodoende gemotiveerd om door te gaan. Informatie die je daarvoor nodig hebt haal je van de ingevulde AktieBlok blaadjes. Daarop worden immers alle successen en mislukkingen bijgehouden. Communiceer dat vervolgens, bijvoorbeeld via een personeelskrant of op het prikbord, met je collega's.
4. Een goed opgeleide ergocoach. Dat betekent niet dat de ergocoach ook heel veel moet weten. Dat kan namelijk ook een valkuil zijn. Ergocoaches die wat minder intensief, of in elk geval wat minder gericht op pure kennis werken, zullen niet zo

vaak door hun collega's worden gezien als echte deskundigen. De collega's begrijpen goed dat hun ergocoach lang niet alles weet en zullen hem of haar minder snel passief aankijken in afwachting van de oplossing voor hun ergonomische problemen. De ergocoach kan dan makkelijker duidelijk maken dat er samen naar een oplossing gezocht moet worden. Omdat hij of zij maar een beperkte opleiding heeft zal de ergocoach ook zichzelf minder snel in de deskundigenrol duwen, een betweter worden en daardoor het draagvlak op de afdeling verliezen. Een ergocoach coacht. En met minder kennis kan dat gek genoeg soms makkelijker zijn.



DE VIJF VOILÀ STAPPEN:

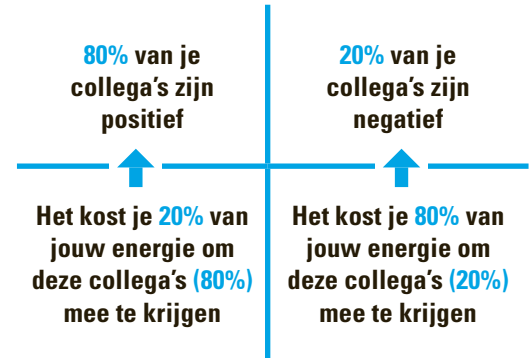
- 1 Inventariseer in een klein groepje (3 à 5 collega's) per functie of afdeling de knelpunten en noteer die ter plekke op de flipover.
- 2 Kies met deze groep hieruit net zoveel knelpunten als er aanwezig zijn.
- 3 Brainstorm kort (ongeveer 3 minuten per knelpunt) over hoe deze knelpunten opgelost zouden kunnen worden.
- 4 Spreek per knelpunt af wie welk probleem wanneer gaat oplossen.
- 5 Noteer dat op het ActieBlok.

Et ... Voilà!

6.3 COACH TIP 3: DE 80-20 REGEL

Veel mensen hebben de neiging zich druk te maken over de dingen die niet goed gaan en de dingen die goed gaan normaal te vinden. Ergocoaches zijn ook gewone mensen ... en maken zich druk over die paar collega's die niet enthousiast zijn, terwijl het gros van hun collega's positief is. Hoeveel procent van je collega's is echt negatief? 10%, 20%, 30%? Laten we zeggen 20%. Dat betekent dat 80% positief is. Ga aan de slag met deze mensen om jouw afdeling ergonomisch in orde te maken. Natuurlijk moet je ook die 20% daarbij betrekken, blijf ze ook informeren, maar loop er niet op stuk. Als je je realiseert dat je heel veel energie nodig hebt om die 20% te enthousiasmeren (en weinig energie om die 80% te enthousiasmeren), dan is de keuze snel gemaakt. Ook omdat het je 80% van jouw energie kost om 20% te enthousiasmeren en dus 20% van jouw energie om 80% te enthousiasmeren. Simpel gezegd, doe leuke dingen met leuke mensen. In de praktijk blijkt meestal dat die resterende 20% dan vanzelf ook wel komt.

I 'Verzorg de planten, niet het onkruid'



LEER MEER ...

OVER COACHING EN COMMUNICATIE

- Basisboek voor de ErgoCoach, Elsevier Gezondheidszorg²³.
- Hoe krijg ik mijn collega's zo ver? Praktijkblad Preventie²⁷.
- Gezond & Zeker Dossierinformatiefolder fysieke belasting voor ergocoaches, nummer 2 'Draagvlak creëren'.



SPECIALE THEMA'S

In dit hoofdstuk gaan we in op enkele speciale thema's waar jij als ergocoach regelmatig mee te maken hebt. Het gaat dan om de ergonomische aspecten rondom de zorg voor cliënten met extreem overgewicht (bariatrie), valpreventie en decubituspreventie. Incontinentiepreventie hoort daar natuurlijk ook bij, maar dat is zo'n wezenlijk en omvangrijk aspect van het zorgverlenen, en dus ook van jouw werk als ergocoach, dat we daar een apart hoofdstuk aan hebben gewijd.

De laatste jaren worden we in de zorg steeds meer geconfronteerd met de zorg voor extreem zware cliënten. Daarvoor is de term 'morbide obesitas' geïntroduceerd. Iemand met morbide obesitas heeft een Body Mass Index (BMI) van meer dan 40. Hij of zij is dan 'bariatrisch'. Bij een lengte van 170 cm zou deze persoon ongeveer 116 kilo wegen. Morbide obesitas is vaak niet alleen sociaal, fysiek en psychisch belastend voor de persoon in kwestie. Wanneer hij of zij zorg nodig heeft kan dat ook extra zwaar zijn voor de zorgverleners. Denk aan het optillen van een arm om wondverzorging te kunnen doen, het omrollen bij het wassen in bed of het tillen van een gevallen cliënt zonder tillift, omdat de beschikbare tillift het gewicht van de cliënt niet aan zou kunnen. Toch is het gewicht van de cliënt niet de doorslaggevende factor voor de belasting van de zorgverlener. Het gaat er om wat de cliënt nog kan. Een mobiele cliënt met een BMI van 40 levert immers weinig fysieke belasting op voor de zorg, terwijl een immobiele cliënt met een BMI van 25 (ongeveer 72 kilo bij een lengte van 170 cm) tot fysieke overbelasting kan leiden. Daarom zijn ook de bariatrische cliënten verdeeld in vijf Mobiliteitsklassen. Op deze manier is het beter mogelijk de specifieke bariatrische problematiek inzichtelijk te maken, de fysieke belasting voor de zorgverleners vast te stellen en gericht te denken in oplossingen.

LEER MEER ...

OVER DE BMI BEREKENEN

De Body Mass (BMI) wordt berekend door het lichaamsgewicht (in kilo's) te delen door de lichaamslengte (in meters) in het kwadraat. Probeer het maar eens bij jezelf.

Omdat de groep bariatrische cliënten de komende jaren steeds groter zal worden, moeten zorgorganisaties zich daar nu op voorbereiden. Een eerste stap is het doorlichten van de huidige situatie. Zijn bijvoorbeeld de tilliften sterk genoeg om cliënten die meer wegen dan bijvoorbeeld 150 kilo te verplaatsen? En zijn de deuren breed genoeg voor een bariatrisch bed? Een eerste checklist met dit soort voorwaarden die nodig zijn om voor de cliënt waardige en voor de zorgverlener fysiek niet te zware zorg te kunnen verlenen is te vinden in het boekje BMI40+. De checklist heet de ZorgorganisatieToets©.

Op korte termijn is het verstandig om te checken wat de maximale capaciteit is van de bij jou aanwezige (til)hulpmiddelen, meubilair, toiletten, douchebak, (douche)stoel, bad, weegschaal, operatietafel, steunen in het toilet, etc. Voorzie elk hulpmiddel van een stickertje met de maximale capaciteit in kilo's.

MOBILITEITSKLASSEN BARIATRISCHE CLIËNTEN

Indeling Bariatrische cliënten op basis van vijf klassen¹³.



Albert



Barbara



Carl



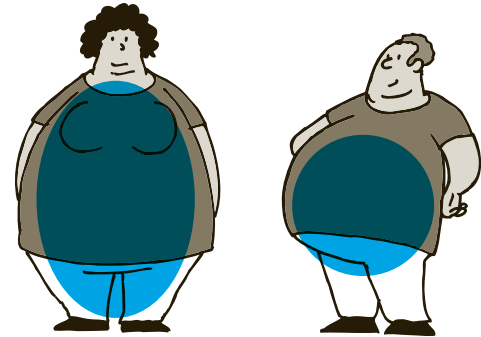
Doris



Emma

De kans op levengevaarlijke en mensonterende ongelukken is dan al een stuk kleiner. Voorkom daarbij echter stigmatiserende aanduidingen op deze stickers (zoals 'fat boy' of 'heavy duty').

Gelukkig zijn er inmiddels allerlei oplossingen beschikbaar. Denk aan extra brede en sterke tilhulpmiddelen, bedden, rolstoelen, weegunits etc. Deze speciale bariatrische hulpmiddelen zijn te koop of te leasen. Bij het laatste is een snelle beschikbaarheid essentieel. Er zijn leveranciers die garanderen dat dit soort hulpmiddelen binnen 12 uur ter plekke zijn. Net zo belangrijk is het op maat kunnen kiezen van het hulpmiddel. 'One size fits all' bestaat niet in de bariatrische zorg. Dit zien we ook heel duidelijk bij de keuze van de slings, de 'zak' waar de cliënt in ligt als hij in de tillift hangt. De slings moeten niet alleen meer kilo's aankunnen, ze moeten ook passen bij de gewichtsverdeling van bariatrische cliënten. Bij bariatrische cliënten met een peervorm, is een extra brede sling nodig. Bij cliënten met een appelvorm is er meer steun voor de benen in de lengterichting nodig. Ook kan het slim zijn de bedden, maar bijvoorbeeld ook de tilliften, te voorzien van een ingebouwde weegunit. De cliënt hoeft dan niet verplaatst te worden om gewogen te kunnen worden.



Andere oplossingen zijn bijvoorbeeld het voorzien van bedden, rolstoelen en tilliften van een motortje zodat je niet meer zo zwaar hoeft te manoeuvreren. Bij tilliften hoeft dat niet altijd, denk aan een plafondlift. Ook zal je over specifieke vaardigheden moeten beschikken bij de zorg voor bariatrische cliënten. Denk bijvoorbeeld aan:

- het instellen van de juiste hoogte van het bed. Door de omvang van de bariatrische cliënt is de werkhogte automatisch al wat hoger geworden.
- Het zeer consequent gebruik maken van de restmogelijkheden van de cliënt, want het geven van een beetje hulp aan een bariatrische cliënt zorgt ervoor dat de zorgverlener al relatief veel kracht moet leveren.

- Het contact maken met een volle hand (om pijnlijke trek- en schuifkrachten op de gevoelige huid te voorkomen) en speciale technieken voor het aanbrengen van de sling.

Dit soort specifieke vaardigheden zijn niet alleen nodig om de fysieke belasting voor de zorgverlener binnen de perken te houden, ook de gezondheid van de cliënt is erbij gebaat. Het is bijvoorbeeld uitermate belangrijk de bariatrische cliënt nooit 100% horizontaal te leggen. Dit kan ernstige gevolgen hebben voor de ademhaling en bloedcirculatie (hartfunctie). Bij een liggende, maar ook zittende houding wordt de romp van de cliënt door het eigen gewicht in elkaar gedrukt en raakt de cliënt benauwd.

LEER MEER ...

OVER DE ZORG VOOR BARIATRISCHE CLIËNTEN EN FYSIEKE BELASTING

- Lees het boekje BMI40+, www.arbocatalogusvvt.nl.
- Lees het GebruiksBoekje, www.goedgebruik.nl.
- Lees Zware Cliënten in de zorg. Een groeiend probleem. *Praktijkblad Preventie*²⁸

7.2 VALPREVENTIE

Door vallen neemt de mobiliteit van cliënten af, want deze moet herstellen van de val, kan bang zijn om nog een keer te vallen of herstelt niet volledig. Dat kan weer allerlei nare gevolgen hebben. Denk aan incontinentie, decubitus, vermindering gevoel van eigenwaarde, sociale problematiek, opname in een zorginstelling, etc. Het voorkomen van vallen is daarom erg cruciaal, vallen kan het begin zijn van een neerwaartse spiraal. En omdat mobiliteit hierbij een belangrijke rol speelt heb je daar als ergocoach dagelijks mee te maken. Er zijn allerlei alarmerende cijfers over vallen in omloop. We noemen er een paar. Thuiswonende ouderen lopen een groot risico, per jaar valt ongeveer 35 à 40% tenminste één keer. Als we kijken naar de algemene groep 'senioren' dan valt iedere zes minuten een senior dusdanig dat behandeling op de spoedeisende hulp noodzakelijk is. Van de 300.000 rollatorgebruikers komen er jaarlijks 1200 na een valpartij bij de eerste hulp terecht. De gevolgen van een val kunnen uiteindelijk ernstig zijn, bijna 60% van de 55-plussers die overlijdt vanwege letsel overlijdt na een val.

HEUPEN

Lang niet alle valpartijen leiden tot een heupfractuur. Maar als dat zo is, is het opletten geblazen. Niet alleen voor jou als ergocoach, maar feitelijk

voor al je collega's. De gevolgen van een heupfractuur kunnen namelijk ernstig zijn. In veel gevallen zie je dat er lang gerevalideerd moet worden, waarbij in die periode een vermindering van mobiliteit niet te vermijden is. Ook komen cliënten na deze revalidatie vaak niet op hun oude niveau terug en kunnen ze in een neerwaartse spiraal terecht komen. Ruim een kwart van de mensen met een heupfractuur komt dan ook binnen een jaar te overlijden.

STAP 1: IN KAART BRENGEN

Bij het in kaart brengen van het vallen wordt vaak gebruik gemaakt van de Melding Incidenten Cliënten registratie (MIC-registratie). Daarmee registreer je zelf hoeveel er in jouw organisatie wordt gevallen. Daarnaast biedt deze registratie ook inzicht in de oorzaken en gevolgen van deze valincidenten. Je weet dan of er een probleem is en of je er inderdaad aandacht aan moet besteden. Maar er zijn meer van dit soort lijsten. Google maar eens op 'Checklist vallen' en je vindt meerdere handige lijsten waarmee je risico's op vallen bij jouw cliënt kunt opsporen. Doe zo'n analyse zo veel mogelijk multidisciplinair. De inbreng van de meest betrokken arts, diëtist, ergotherapeut en fysiotherapeut zijn hierbij essentieel.

RISICOFACTOREN VOOR VALLEN

De checklisten waarmee je risico's voor vallen in kaart kunt brengen vertonen veel overlap. Vaak genoemde risico's zijn:

- Problemen met evenwicht
- Duizeligheid
- Slecht zien
- Incontinentie (haasten naar het toilet)
- Valangst
- Medicatie
- Omgeving (drempels, kleedjes, trapjes, etc.)
- Schoeisel
- Moeilijk lopen (loophulpmiddel)
- Pijn bij lopen en opstaan
- Verminderde cognitie (ruimtelijk inzicht wordt minder, minder vermogen tot uitvoeren van dubbeltaken)
- Het al eens eerder gevallen zijn

STAP 2: AAN DE SLAG MET OPLOSSINGEN

De oplossingen zijn natuurlijk zeer divers en hangen sterk af van de problematiek die je hebt aangetroffen, al dan niet aan de hand van een checklist. Het gaat dan bijvoorbeeld om zaken als goede (nacht-)verlichting, geen rommel op de grond, antislip in de natte ruimtes, handgrepen bij het toilet, geen losse kleedjes op de grond, geen snoeren op de grond, goed schoeisel (pantoffels zijn berucht), kritische evaluatie van de medicatie (bijwerkingen) en bloeddruk, goede bril, opruimen van de gang (zodat de cliënt niet hoeft te laven tussen rolstoelen, etenskarren en tilliften) en een dieet met voldoende calcium en vitamine D.

Het is verstandig cliënten die een verhoogd risico lopen om te vallen een individueel afgestemd oefenprogramma met aandacht voor het verbeteren van evenwicht en spierkracht aan te bieden. Fysio- en ergotherapeuten beschikken over een arsenaal aan bewegings- en balansoefeningen die valgevaarlijke cliënten kunnen helpen. Bij cliënten die niet valgevaarlijk zijn, kunnen ze voorkomen dat ze dat gaan worden. Sommige instellingen organiseren zelfs speciale rollatordagen waarbij cliënten soms van ergoaches op een hindernissenparcours een rollatorinstructie krijgen.

HULPMIDDELEN

Hulpmiddelen, denk bijvoorbeeld aan een rollator, wandelstok, trippelstoel of douchestoel, kunnen de cliënt stevigheid bieden en daarmee een valpartij voorkomen. Maar als het hulpmiddel niet goed wordt gebruikt, niet meer geschikt is voor de cliënt (bijvoorbeeld omdat hij achteruit is gegaan), of als het niet goed is onderhouden kan het hulpmiddel juist tot vallen leiden. Wees daar alert op. In het Hulpmiddelenboekje staat bij de mobiliteitshulpmiddelen (vierpoot, wandelstok, elleboogkrukken, okselkrukken, etc.) steeds de precieze indicatiestelling vermeld. Dat kan helpen om het hulpmiddel optimaal te laten 'passen' bij de problematiek van de cliënt. Er zijn tegenwoordig ook steeds meer technische snuffjes die je kunnen helpen om het vallen, of de nadelige gevolgen daarvan, te voorkomen. Denk bijvoorbeeld aan een bedalarmsysteem dat een signaal verzendt naar de zusterspost als een valgevaarlijke cliënt uit bed stapt. Er zijn ook alarmmatten die ongeveer hetzelfde doen, maar die je bijvoorbeeld ook op de grond kunt leggen. En als iemand ondanks alles toch valt, kan een heupbeschermer de gevolgen in een deel van de gevallen beperken.

VALPOLI

Steeds meer ziekenhuizen bieden een valpoli aan. Een deskundigenteam bestaande uit een verpleegkundige, fysiotherapeut en geriater zoekt systematisch naar de oorzaken van het vallen. Zijn er afwijkingen in de hersenen? Is het zicht wel goed? Is er voldoende spierkracht in de benen? Zeker voor chronischevallers kan dit een prima optie zijn.

LEER MEER ... OVER VALPREVENTIE

- Lees erover bij het project Blijf Staan op www.veiligheid.nl.
- www.valpreventie.be.
- www.zorgvoorbeter.nl en www.veiligheid.nl
- Het Hulpmiddelenboekje vind je op www.goedgebruik.nl.

7.3 DECUBITUS

Omdat mobiliteit, net als incontinentie, een grote rol speelt bij het ontstaan en verminderen van decubitus is het belangrijk dat jij als ergocoach daar ook de nodige kennis van paraat hebt. De percentages cliënten met decubitus lopen nogal uiteen. Aan de ene kant komt dat omdat de mobiliteit van onze cliënten natuurlijk enorm verschilt. Als jouw cliënten zichzelf zelfstandig kunnen redden en bijvoorbeeld regelmatig een eindje lopen, zal het probleem er nauwelijks zijn. Maar als je cliënten het grootste deel van de dag in rolstoel of bed door moeten brengen neemt het risico enorm toe. Vooral als ze dan zelf erg passief zijn en weinig gaan verzitten of verliggen. Daarnaast ken je vast ook de andere risicofactoren wel: een slechte lichamelijke conditie, slechte voedingstoestand, de aanwezigheid van incontinentie, medicijnen die de cliënt suf maken en ga zo maar door.

VOORKOMEN BETER DAN GENEZEN

Het voorkomen van decubitus staat altijd voorop. Herstel van nare doorligwonden kan immers wel, maar het is vaak een moeizaam, langdurig en vaak ook pijnlijk traject. Vooral bij mensen die geen goede basisconditie hebben. Voorkomen is vooral een kwestie van stug volhouden, alles in de gaten houden en trouw alle maatregelen nemen. In het

algemeen zijn natuurlijk de basisregels van toepassing zoals een goede beoordeling van de huid, de houding en de risicofactoren. En het goed en heel precies bijhouden van de veranderingen. Dagelijkse inspectie van de risicoplaatsen hoort daar bij. Denk dan vooral aan de uitstekende, benige lichaamsdelen zoals de hielen, de heupen, de stuit, de knieën, de wervels, bekkenranden en schouderbladen. Maar denk ook aan minder voor de hand liggende of zichtbare plaatsen, zoals het achterhoofd en de oren.

WISSELLIGGING EN VAN HOUDING VERANDEREN BLIJFT VAN GROOT BELANG

Over decubitus en datgene wat jij er aan kunt doen, kun je bijvoorbeeld op www.zorgvoorbeter.nl veel informatie vinden. Wij gaan natuurlijk vooral in op de bijdrage die jij als ergocoach kunt leveren. In 2009 zijn er wereldwijd nieuwe richtlijnen voor de preventie, diagnose en behandeling van decubitus vastgesteld. Maar nog altijd zijn het geven van wisselgigging en het vaak en goed van houding veranderen de allerbeste manieren om decubitus te voorkomen. Ook als er speciale AD-matrassen worden gebruikt.

HOU ZE IN BEWEGING

Probeer in eerste instantie zo lang mogelijk de zelfredzaamheid en beweging van de cliënt te bevorderen. Hulpmiddelen, een optimale zithoogte (om gemakkelijk zelf op te kunnen staan en weer te gaan zitten) en kleine bewegingen in bed kunnen helpen om decubitus te voorkomen. Als iemand door een net iets hogere zitting of betere leuning weer wel zelf op kan staan heb je een wereld gewonnen. Ook een goed bed, met meerdere verstelmogelijkheden, is waardevol. Vooral vierdelig verstelbare bedbodems, waarbij de stuit van de cliënt niet in elkaar wordt gedrukt, kunnen narigheid voorkomen. Bij een goed ingesteld bed heeft de cliënt minder de neiging om onderuit te zakken en heeft de huid niet de neiging om als het ware 'op te stropen'. Ook is het erg waardevol als de cliënt redelijk rechtop kan zitten, lekker om zich heen kan kijken en een gesprek op ooghoogte kan voeren. Leg de cliënt uit hoe hij zelf met behulp van de afstandsbediening de druk op bijvoorbeeld stuit en rug kan veranderen en vraag hem dat regelmatig te doen of help hem daarbij. Ook al is er nog geen sprake van niet weg-drukbare roodheid.

GRADEN

Er zijn verschillende classificatiesystemen die onderling een beetje verschillen. Meestal worden er vijf graden gehanteerd in oplopende ernst.

Graad 0

Geen verschijnselen: een normale gezonde huid.

Graad 1

Rode huid, waarbij de roodheid niet wegdrukbaar is. Dus als je er op drukt, wordt de huid niet bleker, zoals bij een gezonde huid, maar blijft dezelfde kleur houden. Er zijn speciale doorzichtige plaatjes van plastic waarmee je dat kunt controleren. Je kijkt dan door het plaatje of de huid lichter wordt.

Is dat niet zo, dan is dat een teken dat de huid aan het beschadigen is. Bij een donkere huid is dat lastiger vast te stellen dan bij een hele lichte huid, maar ook dan is het in principe goed te constateren.

Graad 2

Oppervlakkige wonden met een blaar en/of ontvelling.

Graad 3

Diepere wond, waarbij het weefsel eronder is aangetast.

Graad 4

Uitgebreide wond, waarbij je spier, pees of bot kunt zien.

Uiteraard kom je in actie zodra je Graad 1 constateert, maar eigenlijk moet je bij elke cliënt die in een risicogroep valt alert zijn en zo nodig je maatregelen nemen, ook voordat je Graad 1 constateert. Dat is beter voor de cliënt en het bespaart een hoop pijn en tijd. Decubituswonden vergen immers een langdurige en tijdrovende behandeling.

BEWEGING VAN CLIËNTEN

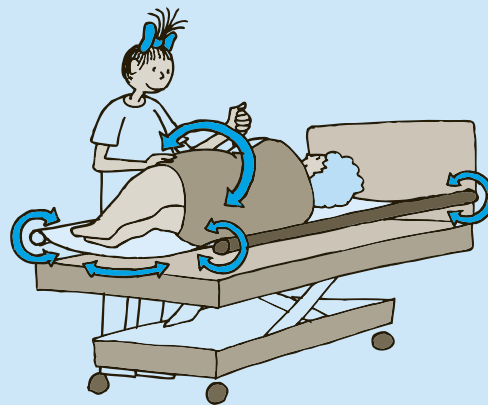
Bij bedlegerige cliënten is het van belang dat ze minstens elke paar uur van houding veranderen. In veel gevallen betekent dit dat ze daarbij geholpen moeten worden. Vaak wordt voor wisselgeving een schema van elke twee uur aangehouden, maar sommige richtlijnen geven eens per vier uur aan. Elke twee uur is uiteraard beter, maar praktisch moeilijker haalbaar. Realiseer je dat je ook bij een goed AD matras nog steeds wisselgeving moet geven.

ZIT DECUBITUS

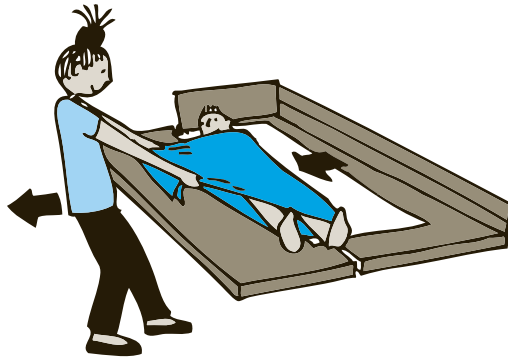
Wat ook nogal eens vergeten wordt is dat cliënten die in een stoel of rolstoel zitten, juist een vrij groot risico hebben om decubitus te ontwikkelen. Een veel groter deel van hun lichaamsgewicht rust immers op een kleiner deel: de stuit. En ze zitten ook nog eens erg lang achter elkaar. Ook voor hen is die houdingsverandering van groot belang. Als vuistregel wordt ook hier elke twee uur aangehouden. Maar hou ook vast aan het feit dat de cliënt zelf, elk kwartier, even gaat verzitten: van bil naar bil, iets meer naar voren, iets verder naar achteren. In elk geval zo dat er sprake is van een andere drukverdeling. Zelf doe je dat ook als je lang zit. Let maar eens op hoe vaak je dat zelf doet. Ook het even de druk

DRAAIBED

Er zijn ook speciale bedden die het kantelen en draaien makkelijk maken. Dat gaat namelijk vanzelf met een elektromotor. Ook hele kleine houdingsveranderingen zijn daardoor mogelijk zonder dat je de cliënt wakker hoeft te maken of aan hoeft te raken¹⁹. Het laken van zo'n draaibed zorgt bovendien voor een zeer gelijkmatige drukverdeling. Vooral als iemand veel pijn heeft kan dat een oplossing zijn.



ervan af halen helpt. Dat kan de cliënt doen door te gaan staan en weer te gaan zitten. Maar ook het even liften (jezelf opdrukken in de stoel, zo nodig een bil tegelijk) helpt zonder meer. De bloedtoevoer kan dan weer even goed op gang komen, afvalstoffen worden afgevoerd en nieuw en vers bloed kan in de huid komen.



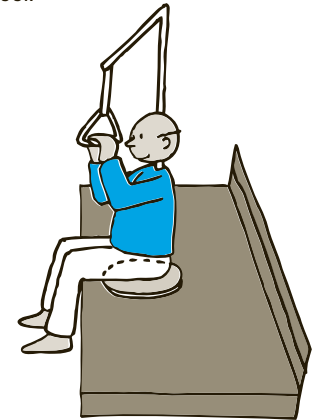
TIL- EN TRANSFERHANDELINGEN

Soms staat er in de richtlijnen voor decubituspreventie en behandeling doodleuk dat je de cliënt maar moet tillen in plaats van schuiven. Dat tillen is zelden echt nodig en natuurlijk niet verstandig. Blijf altijd de Praktijkrichtlijnen volgen, en dus tillen we in principe niet, noodsituaties daargelaten. Wat bedoeld wordt is natuurlijk dat je de huid van de

cliënt niet over de onderlaag (ver)schuift en ook dat er geen schuifkrachten onder de huid (tussen huid en bot bijvoorbeeld) ontwikkeld worden. Dat kun je met goede glijzeilen oplossen. Dit moeten dan zeilen zijn waarbij je zorgt dat de huid van de cliënt op het glijzeil ligt en dat het glijden tussen de beide lagen van het glijzeil makkelijk verloopt. Er mag zeker geen wrijving ontstaan tussen de huid van de cliënt en het glijzeil. Een extra laken kan daar ook bij helpen. De cliënt ligt dan in het laken en het laken blijft ten opzichte van de huid op dezelfde plek. Je kunt het ook oplossen met een tillift en sling. Je kunt door het juk van de tillift te kantelen de druk beter verdelen voor de cliënt. Een goed passende tilband (of sling) is daarbij essentieel.

DRAAISCHIJF OM OP TE ZITTEN

Je kunt ook een flexibele draaischijf onder het zitvlak leggen. Die draait mee en voorkomt die frictie. Dit is wel iets gevaarlijker omdat de schijf kan glijden. Dus spreek goed af bij wie je dit wel en niet kunt doen.



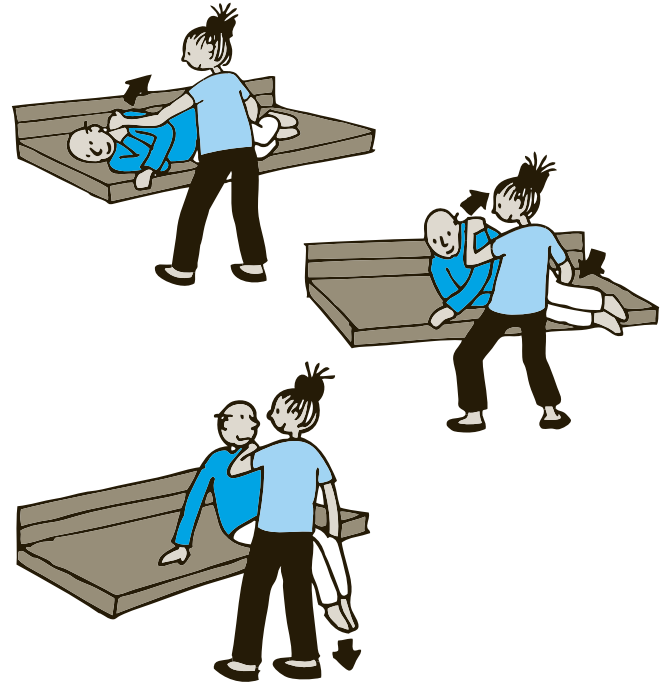
BILLENDANS

De billendans helpt om decubitus door langdurig in de stoel zitten te voorkomen. Vraag de cliënt zijn voeten stevig op de grond te zetten en vraag hem zijwaarts van links naar rechts heen en weer te wiebelen, terwijl hij de leuning van de stoel stevig vastpakt. Je merkt dan dat hij, al duurt dat soms even, afwisselend met zijn ene bil en dan zijn andere een beetje los komt van de zitting.



GAAN ZITTEN OP DE RAND VAN HET BED

Bij het gaan zitten op de rand van het bed kun je natuurlijk enorme wrijvingskrachten krijgen op de stuit: die verdraait dan en de huid heeft dan veel te lijden. Als je echter eerst de cliënt kantelt en dan opdrukt tot zit, voorkom je dat.



LATEN LIGGEN VAN SLINGS OF GLIJZEILEN

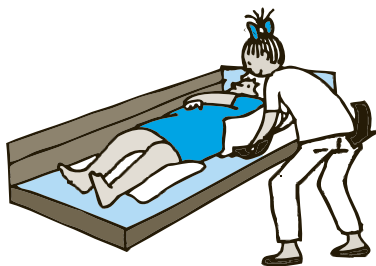
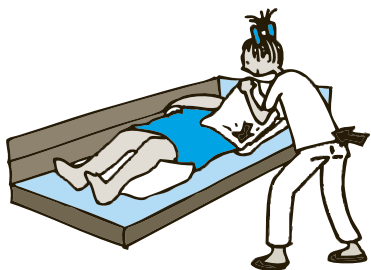
Het is aantrekkelijk om een sling of glijzeil onder de cliënt te laten liggen. Dat betekent immers een hoop minder gedoe en je kunt snel even een kleine houdingsverandering aanbrengeen en wisselgigging geven. Doe dat echter alleen als dat ook echt kan en gebruik goed absorberend materiaal. Gebruik dus alleen echte Verblifsbanden²⁰.

15-45 GRADEN KANTELING

Met de 15-45 graden kanteling zijn veel verschillende houdingen mogelijk met steeds net een iets andere drukverdeling. Deze 'kleine' wisselgigging helpt ook om decubitus te voorkomen. Elke keer een beetje kantelen is al genoeg, omdat dit al weer een andere drukverdeling geeft. Deze techniek biedt je veel meer mogelijkheden dan de standaard 'zijlig ene kant, zijlig andere kant en ruglig'. Daarbij kun je ook nog extra kussens gebruiken. Een poosje later (spreek af hoe vaak je dit doet) verander je door verder of juist iets terug te kantelen.

TECHNISCH COMPLEXER BED NIET ALTIJD BETER

Er zijn steeds meer complexe en technisch geavanceerdere bedden en matrassen op de markt. Hun leveranciers claimen dat zij het beste decubitusbed en -matras hebben. Als ergocoach kun je dat natuurlijk niet allemaal bijhouden. Weet in elk geval wel dat dat soort bedden niet altijd aandacht heeft voor de fysieke belasting van zorgverleners. Sommige bedden hebben bijvoorbeeld een speciale zorgstand waarmee het makkelijker wordt om verzorging op bed te bieden en sommige transfers uit te voeren. Nadeel is echter dat het gebruik van glijzeilen lastiger is en soms zelfs onmogelijk. Want de cliënt ligt in een kuiltje en je zult altijd hard moeten duwen of trekken om de cliënt daar uit te krijgen. Het kan namelijk ook veel simpeler en toch effectief. Dunne, opblaasbare matrassen kunnen effectief zijn en zeker in de beginfase (Graad 0, 1 en 2) een hoop ellende voorkomen. Ze zorgen voor een goede drukverdeling en liggen comfortabel voor de cliënt. Onderzoek laat zien dat deze eenvoudige oplossingen prima kunnen werken²¹.



Wisselliging met kleine kanteling ('0-45 graden')
Kijk in het GebruiksBoekje voor een gedetailleerde uitleg over hoe je wisselliging kunt geven.

DE DECUBITUSSPECIALIST

In veel instellingen en organisaties is een decubituspecialist aanwezig. Een soort ergocoach, maar dan met het aandachtsveld decubitus. Vaak is er dan ook een overkoepelende decubituscoördinator aanwezig die de hoofdlijnen van het beleid bewaakt en uitzet. Zorg dat je weet wie dat zijn in jouw team, want je hebt elkaar veel te bieden. Eén en één is in dit geval veel meer dan twee.

LEER MEER ... OVER DECUBITUS

- Volg het onderwerp decubitus op www.zorgvoorbeter.nl.
- Lees 'Decubitus, handwijzer voor verzorgenden, voorkomen beter dan genezen'. ZvB, Sting.
- 'Samenwerking en logistiek rond decubitus'. Nederlandse Vereniging van Verpleeghuisartsen, AVVV, NPCF, NVVA en Sting.
- Voor de Internationale richtlijnen over decubitus kijk je op: <http://www.epuap.org/guidelines/>.
- In het GebruiksBoekje vind je de wisselligingstechnieken, ga naar www.goedgebruik.nl.



INCONTINENTIE- PREVENTIE

Een heel hoofdstuk over het onderwerp incontinentiezorg lijkt wellicht wat vreemd in deze Ergocoach mini-pocket, maar het hoort er wel degelijk thuis. Daar zijn allerlei redenen voor. Allereerst omdat jij als ergocoach veel aan incontinentiepreventie kunt doen, daarnaast omdat juist hulpmiddelen en mobiliteit sterk van invloed zijn op het ontstaan van incontinentie. Wist je dat de kans om incontinent te worden 13 x zo groot wordt als de cliënt niet meer zelfstandig de transfer van stoel naar bed kan maken?

8.1 INCONTINENTIE EN DE ERGOCOACH

Juist jij als ergocoach hebt net meer kennis in huis over hoe je de opstabeweging langer kunt blijven maken en hoe je hulpmiddelen zo goed mogelijk kunt inzetten. Die opstabeweging neemt een sleutelpositie in als het gaat om continent te blijven en weer te worden. Ja maar... het is zo druk op de afdeling. Werkdruk is helaas wel een enorm probleem als het gaat om het verbeteren van de continëntiezorg. Paul van Houten, verpleeghuisarts uit Amsterdam¹⁴, heeft in zijn proefschrift de vinger op die zere plek gelegd. Hij benadrukt dat betere continëntiezorg wel kan, maar dat we eigenlijk te weinig personeel hebben om dat te realiseren. Hij geeft aan dat we met de huidige bezetting onze cliënten maximaal 3 à 4 keer per etmaal naar het toilet kunnen begeleiden. Voor veel cliënten is dat niet genoeg. Turf zelf maar eens hoe vaak je gaat. Veel kans dat je op een hoger aantal dan vier keer per etmaal uitkomt. Geen wonder dat onze cliënten het dan met drie keer per etmaal niet droog houden. De zorg rond de toiletgang staat vaak op nummer 1 in de top tien van lichamenlijk zwaarste handelingen. Dat klopt ook wel. Je staat vaak in een kleine ruimte, nogal onhandig en ondersteunt de cliënt aan één kant. In zo'n houding kan je rug vaak niet meer dan ongeveer acht kilo aan. Dat is natuurlijk bijna niets en dus kan zo'n manuele transfer alleen als de cliënt een vrij goede sta-functie heeft.

8.2 GOEDE ANALYSE

En dus zijn de werkdruk en de lichamelijke belasting toch weer de uitdaging. Er zijn gelukkig wel oplossingen die jou en je collega's tijd besparen en de lichamelijke belasting kunnen verlichten als het om continëntiezorg gaat. De eerste stap is altijd weer een goede analyse. Natuurlijk moeten er allerlei medische zaken in kaart worden gebracht zodra een cliënt incontinent lijkt te worden of dat al is. Hoewel jouw hulp daar vaak bij nodig zal zijn en je er op kunt wijzen als dat niet of nog niet is gebeurd, is dat in principe de taak van anderen. In de langdurende zorg komt meestal niet al te veel uit zo'n analyse. De oorzaak van de incontinentie ligt meestal in de slechte mobiliteit van de cliënt en de omstandigheden rondom de toiletgang. Daarom is het zo enorm belangrijk dat jij en je collega's in kaart brengen hoe vaak, wanneer en onder welke omstandigheden de cliënt continent of incontinent voor urine en/of feces is. Doe deze analyses bij opname en het liefst daarna ook regelmatig. Om je hierbij te helpen zijn er speciale dagboekjes, checklists en mobiliteitsprotocollen beschikbaar. Juist bij incontinentie is het van groot belang een goed beeld te krijgen van de mobiliteit van de cliënt. Want juist dát is één van de allerbelangrijkste factoren die incontinentie in de hand werkt. Een til- of transferprotocol invullen kan helpen, maar er zijn

ook meer uitgebreide formulieren die je kunnen helpen, namelijk het Mobiliteitsprotocol. Een Mobiliteitsprotocol gaat net een stapje verder dan de gewone Transferprotocollen.

ANALYSE INCONTINENTIE WORDT TE WEINIG GEDAAN

Wist je dat in de meeste zorginstellingen bij minder dan 5% van de cliënten de situatie rondom continentie en incontinentie, medisch en verpleegkundig, in kaart is gebracht? Dat is een slecht teken, want het betekent dat er ook weinig gericht beleid op dat vlak is. Een standaardaanpak werkt bij dreigende incontinentie of bestaande incontinentie niet goed: dat is maatwerk en kan pas als je precies weet wat er loos is. Vaak zijn het meerdere factoren die een rol spelen en moet je alles eerst goed in kaart brengen. In een landelijk verbeterproject steeg dit percentage in korte tijd naar meer dan 50%. Het kan dus wel degelijk. Zie verder voor meer informatie www.zorgvoorbeter.nl.

VOORBEELDEN

Er zijn veel voorbeeldformulieren en checklists over incontinentiepreventie te vinden, de meeste kun je zelfs gratis downloaden.

1. Op www.gezondenzeker.nl vind je een voorbeelddagboekje incontinentie

Dit dagboekje over incontinentie gaat verder dan alleen een ouderwetse 'vochtlijst'. Het is de bedoeling dat je ook goed let op allerlei bijkomende zaken. Het kan opvallen dat de cliënt altijd vlak na de koffie of voor het bezoek onrustig wordt of juist dan naar het toilet wil. Maar ook zaken als het gemak waarmee kleding kan worden verwijderd, de steun die nodig is om op te staan uit stoel of rolstoel zijn waardevol om te signaleren. En natuurlijk ook de manier waarop er geplast wordt. Zijn het bijvoorbeeld vaak kleine beetjes of in een keer een heleboel? Is het ondergoed steeds wat nat of helemaal niet? Is er haast en onrust om op tijd bij het toilet te komen? Wordt de cliënt overvallen door de noodzaak naar het toilet te gaan of zijn er al eerder signalen dat hij of zij naar het toilet wil? Schaamt de cliënt zich ervoor als hij nat is? Is de cliënt geholpen met een postoeel naast het bed, etc. Het dagboekje incontinentie helpt je om dit systematisch in kaart te brengen.

2. Op www.gezondzeker.nl vind je een checklist waarmee je de kans op incontinentie van een cliënt kunt bepalen

Voor cliënten die net op het randje zitten van wel of niet incontinent kan de checklist incontinentie helpen om het risico in te schatten. Houd er wel rekening mee dat het erg belangrijk is om juist actie te ondernemen in deze overgangperiode, of uiteraard liever eerder. Onderzoek laat namelijk zien dat de kans om de cliënt die al wat langer incontinent is, te helpen om weer continent te worden erg klein is, en ook nog eens kleiner wordt, naarmate de incontinentie langer bestaat. Wees alert en reageer direct op de kleinste signalen. Dat betekent ook dat als een cliënt bijvoorbeeld na een korte ziekte, zoals een griepje, tijdelijk incontinentiemateriaal is gaan gebruiken, je daarna alert bent op het weer volledig continent worden. Juist op dat soort momenten vallen cliënten nogal eens terug naar incontinentie, terwijl dat met een goede begeleiding te voorkomen is. Belangrijk is ook dat in deze checklist ook rekening is gehouden met het ontstaan van incontinentie voor feces. Vreemd genoeg wordt er vaker op urine-incontinentie gelet en minder op feces-incontinentie. Toch zijn ze onderling gerelateerd. Iemand die feces-incontinent is, is vaak ook incontinent voor

urine en de aanwezigheid van feces-incontinentie maakt de kans groot dat er snel ook incontinentie voor urine ontstaat.

3. Mobiliteitsprotocol

Het Mobiliteitsprotocol is een uitbreiding van het Transferprotocol, maar meer gericht op alles rond de toiletgang.



'Wist je dat de kans om incontinent te worden maar liefst 13 x zo groot wordt, als je niet meer zelfstandig de transfer van stoel naar bed kunt maken?'

Voorheen werd wel gedacht aan echte trainingsprogramma's voor ouderen. Spierkracht en uithoudingsvermogen werden getraind, maar het effect hiervan was maar beperkt. Het gaat bij ouderen juist vaak om allerlei kleine dingen die kunnen bijdragen aan mobiliteit en zelfstandigheid. Daarom is een uitgebreid Transferprotocol, zoals het Mobiliteitsprotocol zo zinvol. Dat gaat meer in op de mogelijkheden tot zelfredzaamheid rond de toiletgang. Op de punten waar de cliënt minder goed scoort wordt een gerichte aanpak ingesteld. Dat kan soms zo eenvoudig zijn als het kiezen voor een speciale klittenbandsluiting voor een broek wanneer de fijne motoriek van de cliënt niet goed meer is. Het kan een cliënt rust en vertrouwen geven dat hij of zij het weer zelf kan en niet bang hoeft te zijn om te laat te zijn bij het toilet.

HOOGTE ZITTING

Denk ook aan de stoelhoogte en de toilethoogte. Een paar centimeters hoger kunnen net het verschil betekenen tussen zelf opstaan of geholpen moeten worden. Een lagere hoogte geeft een vele malen grotere kans om incontinent te worden. Te hoog is echter onveilig en kan de kans op vallen groot maken. Ook is het uitplassen en ontlasten lastiger als de zitting van het toilet te hoog is. De hoek voor

de darmen wordt dan minder gunstig. Er bestaan daarom nu ook opstatoiletten met een opstamechanisme, vergelijkbaar met een opstastoel, waardoor de cliënt makkelijk het toilet op en af kan komen. Bij het ontlasten kan de bril dan zo laag mogelijk worden gezet. Er is onderzoek gedaan naar het opstatoilet en dat bleek weliswaar niet voor alle cliënten een oplossing¹⁵, maar zeker voor een deel van de groep een belangrijke sleutel naar continëntie en zelfstandige toiletgang. Met een goede indicatiestelling kun je zoiets in thuissituaties ook vergoed krijgen. Daarvoor heb je vaak wel het advies en de steun van een ergotherapeut nodig, bijvoorbeeld door een verwijzing voor enkelvoudige extramurale ergotherapie via huisarts of specialist.

KNIJPER

Je kent het wel. De kleding die elke keer weer zakt als je met de toiletgang van de cliënt bezig bent. Gebruik een speciale kledingklep, leverbaar bij sommige leveranciers van incontinentiemateriaal, of een simpele knijper om een rok omhoog te houden zodat je je handen vrij hebt om goed te kunnen werken.

TOILETVOORZIENINGEN

Behalve speciale toiletten zijn er ook (tijdelijke) aanpassingen zoals verhoogde toiletbrillen of een toiletstoel die je over het toilet kunt rijden en die zijleuningen heeft. Bedenk ook dat als het lastiger wordt om het toilet te bereiken, een postool bij het bed veel rust en veiligheid kan geven. Er zijn versies met en zonder wieltjes. Als er wieltjes zijn, moeten ze goed geremd kunnen worden omdat er anders weer valgevaar bestaat. Maar natuurlijk kunnen ook tilliften en opstahulpmiddelen net de sleutel betekenen naar continëntie.

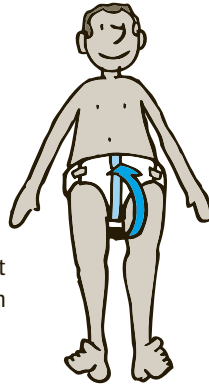


8.4 KIES EEN GOED INCO PRODUCT

Er zijn allerlei soorten incontinentiemateriaal. Je incontinentiespecialist kan je daarbij helpen als je door de bomen het bos niet meer ziet. Overweeg als ergocoach de volgende punten:

- Als je goed passend materiaal hebt dat in één keer goed zit, hoeft je bij het staand aantrekken minder gebogen te staan. Alleen al omdat je niet hoeft te kijken of het goed zit.
- Bepaalde producten kunnen zeer grote hoeveelheden urine zonder problemen aan. Het is daarbij niet de bedoeling dat je de cliënt er veel langer in laat zitten, maar er zijn ziektebeelden of problemen waarbij de cliënt veel urine produceert en deze soms in een keer in zeer grote hoeveelheden loost. Dat kan inhouden dat het bed, de kleding of wat dan ook toch nat wordt ondanks het gebruik van goed materiaal. Dat is vervelend en belastend voor de cliënt en voor jou.
- Er zijn ook systemen met een buikband. Die zijn goed aan te passen aan de lichaamsomvang, werken snel en makkelijk en jouw fysieke belasting is minder^{16,17}.

- Kies voor incontinentiemateriaal waarbij de cliënt zoveel mogelijk zelfstandig kan zijn (broekje, plakkers of juist een product met een buikband?).
- Er is incontinentiemateriaal met indicatoren die aangeven of een verband al dan niet al verzadigd is. Dat is handig om snel en zonder bukken in de gaten te hebben of een verband al vervangen moet worden.



AANLEGTECHNIKEN

Vergis je niet, de techniek van het aanbrengen van incontinentiemateriaal kan veel uitmaken. Zowel voor jouw fysieke belasting als voor de kans op lekkage en dus de kwaliteit van zorg voor de cliënt (en de tijd en belasting die dat weer kost). Kijk in het GebruiksBoekje voor slimme tips. Ook leveranciers geven vaak prima trainingen in het optimaal gebruiken van hun producten en die fijne kneepjes zijn goed om te weten.

BUIKBANDSYSTEMEN ACHTERSTEVOREN

De buikbandsystemen sluiten in principe aan de voorzijde. Toch kan het soms juist slim zijn om ze

achterstevoren te gebruiken. Voor de absorptiecapaciteit maakt dat niet uit. De voordelen zijn duidelijk:

1. Als je het verband in een tillift vast wilt maken kun je er beter bij.
2. Als je bij een liggende cliënt even wilt controleren of het verband nog goed zit is dat met een buikband makkelijker.
3. Als je wilt voorkomen dat de cliënt 'plukt' aan het verband of het voortdurend los wil trekken. De gladde voorzijde maakt dat lastig. Het geeft ook enige rust aan de cliënt.

BLAASSCAN

Een draagbare blaasscan kan voor zorgverleners en cliënten een eenvoudig en handig hulpmiddel zijn. Zo'n apparaatje geeft zicht op de hoeveelheid urine die er in de blaas zit. Dat helpt om de cliënt feedback te kunnen geven en zelfs iemand te kunnen trainen. Iemand die bijvoorbeeld al snel heel onrustig wordt omdat hij bang is urine te verliezen, terwijl je ziet dat er nog nauwelijks urine in de blaas zit, kun je geruststellen. Studies laten zien dat de inzet van zo'n hulpmiddel helpt en ook tijd kan besparen voor zorgverleners.

Als je bijvoorbeeld aan de hand van het dagboekje incontinentie, de checklist incontinentie, het Mobiliteitsprotocol én natuurlijk de medische gegevens alle informatie op orde hebt, kun je elke cliënt maatwerk bieden om goede (in)continentiezorg te bieden, daarover afspraken te maken en deze in het zorgplan op te nemen. Je kunt daarbij kiezen uit drie hoofdstrategieën. Alle drie zijn ze beslist de moeite waard, vullen ze elkaar prima aan en kunnen ze ook kosteneffectief zijn. Wil je meer weten over de kosten en de baten (of wil je leidinggevende dat weten), gebruik dan de businesscase die hierover gaat. Die kun je gratis downloaden vanaf www.innovatiespiegel.nl of www.gezondenzeker.nl. Deze businesscase bestaat uit een praktijkgericht rapport en een rekenmodule waarmee je de kosten en baten van de drie hoofdstrategieën voor je eigen organisatie globaal door kunt rekenen.

De eerste hoofdstrategie is gericht op het voorkomen of terugdringen van incontinentie. De tweede heeft als doel het optimaal omgaan met incontinentie door de selectieve inzet van hoogwaardig, ergonomisch verantwoord incontinentiemateriaal. En de derde strategie is erop gericht de nadelige gevolgen van incontinentie zoveel mogelijk te beperken. Alle strategieën worden in de praktijk nog te weinig

benut, maar het kan best zijn dat jouw organisatie bijvoorbeeld op het gebied van incontinentiemateriaal al wel heel ver is. Kijk dan goed naar de kansen die je wellicht nog laat liggen in de andere twee strategieën.

STRATEGIE I: BREDE PREVENTIEVE AANPAK

Instellingen kiezen bij het voorkomen en terugdringen van incontinentie nog vaak voor strategieën die voor een deel van de cliënten wel geschikt zijn, maar voor anderen juist niet. En er zou meer erkenning moeten komen voor de specifieke kenmerken van functionele incontinentie. Dat zijn de vormen waarvoor geen eenduidige medische oorzaak is en waaraan veel gedaan kan worden met zorginhoudelijke maatregelen of randvoorwaarden in de omgeving. Naar schatting is zeker tachtig procent van de incontinentievormen in verpleeg- en verzorgingshuizen een vorm van functionele incontinentie. Met de formulieren die we hierboven bespraken (dagboekje, checklist en Mobiliteitsprotocol) kun je nagaan in hoeverre dat ook bij jouw cliënten het geval is. Je kiest vervolgens één of een mix van de onderstaande vijf manieren. Bij alle vijf spelen mobiliteitsbevorderende maatregelen een grote rol. Denk dan aan de toegang tot het toilet, aangepaste kleding, voldoende hulpmiddelen, verlichting, etc.

DE MIX VAN 5

De vijf manieren om incontinentie te voorkomen of terug te dringen in het kader van strategie I zijn:

1. Direct ingaan op het verzoek van de cliënt om naar het toilet te gaan. Dit blijkt een belangrijke en de meest gebruikte methode. De kern is dat het rust en vertrouwen geeft, waardoor de vraag naar hulp af kan nemen en cliënten continent kunnen blijven of het weer worden. Maar als een cliënt niet kan voelen of er aandrang is of onvoldoende alert is op aandrang werkt deze aanpak niet.
2. Toiletschema's: vaste tijden en frequentie waarop iemand naar het toilet wordt gebracht. Deze manier is onder meer geschikt voor cliënten die geen aandrang meer voelen, geen gewoontes hebben, geen ritme in hun continentie hebben en psychisch niet meer in staat zijn om bewust te leren. Zij worden op vaste, frequente en regelmatigige tijden gebracht. Dit is sterk vergelijkbaar met, maar niet hetzelfde als een toiletronde. Het verschil is dat deze manier echt cliëntgebonden is, waarbij elke cliënt een eigen ritme heeft.
3. Voorstellen ('prompted voiding'). Deze manier is van toepassing op cliënten die nog wel een

beetje voelen dat hun blaas bijvoorbeeld bijna vol is, maar er verder niets meer mee doen. In het kort volg je daarbij de volgende vier stappen:

- a. Vraag de cliënt of hij/zij droog is en of hij/zij wil gaan.
- b. Help als dat zo is.
- c. Wees daar positief over.
- d. Vertel wanneer je de volgende keer weer komt vragen, geef aan dat de cliënt dat zelf ook kan aangeven en stimuleer hem/haar dat ook te doen.

Het is deze manier die vooral in de Amerikaanse literatuur positieve effecten laat zien, ook bij cliënten die al enige tijd incontinent zijn.

4. Gewoonteschema's. cliënten kunnen een persoonlijke regelmaat hebben, zonder dat ze zich daarvan bewust zijn. Als de cliënt duidelijke vaste gewoontes heeft wanneer hij/zij nat is, probeer daar dan op in te spelen in de vorm van een individueel aangepast schema. Dit ritme kun je zichtbaar maken met behulp van een dagboekje incontinentie.

5. Blaastraining. Dit geldt bijvoorbeeld voor cliënten die angstig zijn om urine te verliezen, daardoor onzeker worden en steeds vaker gaan. Of voor

cliënten met bijvoorbeeld zwakke bekkenbodemspieren. Zij moeten nog wel enigermate bewust om kunnen gaan met deze sensaties en ze proberen te trainen.

De invoering van een brede preventieve aanpak (strategie I) vergt veel tijd. Begin ook niet met alle cliënten tegelijk, maar bijvoorbeeld met een paar. Naar schatting ben je hier één tot twee jaar mee bezig om dit optimaal in te voeren. De effecten kunnen echter wel degelijk positief zijn voor de kwaliteit van zorg en (op termijn) ook financieel gunstig uitvallen. De kosten gaan hier wel voor de baat uit en dat maakt het een lastige strategie om te 'verkoppen' aan je management.

STRATEGIE II: VERANTWOORDE MATERIALEN

Hoogwaardig, ergonomisch verantwoord incontinentiemateriaal heeft veel voordelen voor de cliënten: de belasting voor de huid is lager, het draagcomfort is beter en de kans op lekkage wordt kleiner. Bovendien zijn sommige ontwerpen ergonomisch zo gemaakt dat een deel van de cliënten het materiaal weer zelf kan wisselen. Daarnaast leveren de ontwerpen de zorgverleners tijdsinstaat op en een verlaging van de fysieke belasting¹⁸. Belangrijk is dat per cliënt zorgvuldig gekeken wordt naar de juiste match, zodat er niet onnodig zwaar en duur

materiaal wordt ingezet bij cliënten die dat niet nodig hebben, of andersom. Bij een goede keuze kan dit tijd en geld besparen en de kwaliteit van zorg voor de cliënt verbeteren. Tevens vermindert hierdoor de fysieke belasting van de zorgverleners.

STRATEGIE III: INNOVATIEVE VERZORGINGS-METHODES

Wanneer de vaak wat kwetsbaardere, oudere huid in contact komt met urine en feces raakt deze snel beschadigd en kunnen er wonden ontstaan die niet alleen pijnlijk zijn, maar ook veel verzorging vergen en slecht genezen. Vochtletsel en verergering van dreigende of al bestaande decubitus ligt dan voor de hand. Met innovatieve huid- en wondverzorgingsmethodes, zoals speciale sprays, zijn goede tot zeer goede resultaten te bereiken. Die zijn niet alleen kwalitatief beter, maar kunnen ook veel tijd en fysieke belasting voor zorgverleners schelen. Soms spuit je dan een beschermend laagje over de huid dat een of meerdere etmalen kan blijven zitten. De huid eronder krijgt dan de rust om te genezen. Ook de speciale sprays die gebruikt worden voor het reinigen, neutraliseren scherpe stoffen uit urine en feces en geven de huid rust. Dat geldt ook voor de speciale voorverpakte en geïmpregneerde washandjes die hiervoor gebruikt kunnen worden. Een voordeel van de speciale sprays is ook dat aange-

koekte ontlasting die je alleen met wrijven en zo los kunt krijgen, langzaam oplost en makkelijk en zonder huidbeschadiging verwijderd kan worden. De verzorgende en niet irriterende stoffen in de sprays zorgen ervoor dat de huid niet of zo min mogelijk belast wordt.

Vaak is er in je organisatie ook een coach of aandachtsvelder rondom (in)continentie. Zorg dat je samen optrekt of elkaar in elk geval weet te vinden. Juist op dit terrein is er veel te winnen door goed samen te werken en kennis en ervaring uit te wisselen.

GEEF STRATEGIE I EEN KANS

De aanpak van incontinentie vergt in het begin meestal veel tijd en is niet zo eenvoudig. Maar dat geldt vooral bij het voorkomen en terugdringen van incontinentie (strategie I). De beide andere strategieën (II en III) zijn niet zo ingewikkeld om in te voeren en leiden toch snel tot positieve effecten. Het bijzondere is bovendien dat deze innovaties al op korte termijn kunnen leiden tot verlichting in de werkdruk en fysieke belasting en de kwaliteit van zorg gunstig beïnvloeden. Een gevaar is wel dat instellingen snel en alleen voor strategie II en III kiezen, omdat deze strategieën vrij snel wat opleveren. Dit kan inhouden dat de meer intensieve, maar uit oogpunt van zorg-

kwaliteit minstens zo belangrijke strategie I naar de toekomst wordt geschoven en vervolgens geen kans meer krijgt. Probeer de ruimte die je krijgt door strategie II en III in te zetten te gebruiken om strategie I ook een echte kans te geven.

LEER MEER ...

OVER INCONTINENTIE EN HET VOORKOMEN ERVAN:

- Gezond & Zeker Dossierinformatiefolder fysieke belasting nummer 7: 'Incontinentie in de zorg: kunnen als je moet'.
- Gezond & Zeker Dossierinformatiefolder fysieke belasting nummer 8: 'Incontinentie in de zorg: niet vanzelfsprekend'.
- Gezond & Zeker Dossierinformatiefolder fysieke belasting nummer 9: 'Incontinentie in de zorg: incontinentiemateriaal een vak apart'.
- Lees in het Gebruiksboekje de speciale pagina's over incontinentiemateriaal, www.goedgebruik.nl.
- Het Verbetertraject Continëntie ZonMw via www.zorgvoorbeter.nl.
- Businesscase incontinentie, te downloaden op www.gezondenzeker.nl of www.innovatiespiegel.nl.

1,2,3 regel

Geheugensteuntje om de kracht die nodig is bij het manoeuvreren rustig, in drie tellen, op te bouwen.

AktieBlok

Afsprakenformulier waarop je noteert ‘wie, wat, wanneer’ doet.

Arbocatalogus

Oplossingenboek (meestal in de vorm van een website) voor gezondheids- en veiligheidsrisico’s die werknemers lopen tijdens hun werk. Elke zorgbranche heeft zijn eigen Arbocatalogus.

Arboconvenanten

Overeenkomsten tussen sociale partners en overheid over maatregelen en werkmethoden om de arbeidsomstandigheden structureel te verbeteren.

Bariatric

De wetenschap en zorg voor cliënten met (extreem) overgewicht.

Basiszorg

Dagelijkse algemene zorg (wassen, aankleden, toiletgang, wondverzorging, baden, douchen, medicatie verstrekken, etc.).

BeleidsSpiegel

Checklist waarmee je het ergonomiebeleid in je organisatie kunt beoordelen en spiegelen aan de landelijke afspraken.

Billendans

Trucje waarbij de zittende cliënt heen en weer wiebelt van de ene op de andere bil om decubitus door langdurig in de stoel zitten te voorkomen.

Body Mass Index

Indicatie van overgewicht.

Businesscase

Onderzoeksrapportage waarbij de kosten en de baten van een innovatie tegen elkaar zijn afgewogen. Alle businesscases zijn samengevat in het boek Markante Marges.

CAO – AG

CAO Arbeid en Gezondheid, afgesloten voor de Verpleeg- en Verzorgingshuizen, waarin ook veel aandacht voor fysieke belasting.

Discus (disci)

Tussenwervelschijf(ven).

Dossierinformatie

Folder serie voor ergocoaches waarin wat dieper op de materie wordt ingegaan.

Ergocoach

Medewerker in de gezondheidszorg die naast zijn gewone werk het aandachtsveld ergonomie of fysieke belasting heeft.

Ergocoach paspoort

Individueel paspoort voor ergocoaches waarin hun competenties worden bijgehouden. Er is een paspoort voor zorgverleners en een paspoort voor medewerkers met niet-cliëntgebonden taken.

Ergonomie

Vakgebied waarin gestreefd wordt naar het zodanig inrichten van de werkplek dat de medewerker er gezond, veilig en efficiënt kan werken.

Gezond & Zeker

Project dat medewerkers in de zorg die zich bezig houden met het verminderen van fysieke belasting ondersteunt. Opvolger van Project Ergocoaches.

Haptonomie

‘Leer van het voelen’; in de zorg betekent haptonomisch handelen dat de zorgverlener probeert de cliënt zo te voelen en aan te raken dat de cliënt zo veel mogelijk zelf kan bewegen.

HZ-Meter

Checklist waarmee gecontroleerd kan worden of er door de medewerkers van de huishoudelijke zorg, als onderdeel van de Thuiszorg,

conform de Praktijkrichtlijnen wordt gewerkt.

Huddle

Groepsbijeenkomst op teamniveau waarin medewerkers (ergonomische) verbeterpunten signaleren, prioriteren en afspraken maken over hoe ze worden opgelost.

InnovatieKansenTeller

Instrument om potentie van innovaties op teamniveau af te wegen en te bespreken.

KarVragen

Zes vragen aan de hand waarvan je kunt controleren of het mogelijk is om conform de Praktijkrichtlijnen te manoeuvreren met een bepaald object.

Kraamradar

Soort RisicoRadar, maar dan specifiek voor de kraamzorg.

Kyfose

Lichte, natuurlijke, bolling in de bovenrug.

Lastarm

De horizontale afstand van de lage rug tot het zwaartepunt (meestal het midden) van het te tillen object.

Lordose

Lichte, natuurlijke holte in de lage rug.

Mantelzorg

Structurele, maar niet professionele zorg, die een naaste (familie, partner, buur, vriend) geeft aan zorgvrager.

MIC

Registratieformulier Melding Incidenten Cliënten.

Mobiliteitsklassen

Indeling van cliënten, in drie of vijf niveaus, op basis van hun mobiliteit.

Mobiliteitsprotocol

Uitbreiding van het Transferprotocol, is meer gericht op alles rond de toiletgang.

Morbide obesitas

Iemand met een Body Mass Index (BMI) van meer dan 40 heeft morbide obesitas.

Nucleus

Zachte kern van de tussenwervelschijf.

Opstatoilet

Toilet waarbij de bril de cliënt als het ware omhoog duwt bij het opstaan.

PDL

Het complex van handelingen, maatregelen en voorzieningen dat bijdraagt tot optimale begeleiding, verzorging en verpleging van mensen bij wie zelfzorgtekorten niet zijn terug te dringen.

Praktijkinformatie

Praktische folderserie voor ergocoaches met stap-voor-stap informatie en een toelichting.

Praktijkrichtlijnen

Landelijke richtlijnen voor de zorg over fysieke belasting die aangeven wanneer fysieke belasting overgaat in fysieke overbelasting.

Preventiemedewerker

Medewerker die zorg draagt voor de dagelijkse veiligheid en gezondheid binnen een bedrijf of zorginstelling.

Radarkaart

Kaarten waarop de resultaten van de Rug- of RisicoRadar per individu of per groep grafisch inzichtelijk gemaakt kunnen worden.

RI&E

De Risico-Inventarisatie en -Evaluatie is een inventarisatie van de gevaren binnen een bedrijf of zorginstelling met betrekking tot de veiligheid, de gezondheid en het welzijn van de werknemers.

RijRegels

Zes praktische regels over hoe je ergonomisch kunt manoeuvreren met rollend materiaal.

Risico- en RugRadar

Vragenlijst waarmee medewerkers zelf hun eigen werk kunnen beoordelen op fysieke overbelasting.

Statische belasting

Belasting van het lichaam die ontstaat door het langdurig in dezelfde houding werken. Wordt ook wel houdingsbelasting genoemd.

Steunkousen

Gangbare naam voor Therapeutische Elastische Kousen (TEK). Ze zijn bedoeld om extra druk te geven aan een ledemaat (arm of been), meestal om de ophoping van vocht, oedeem, tegen te gaan.

Tilnaslagwerk

Publicatie waarin alle transfertechnieken, manueel en met hulpmiddelen, stap voor stap worden uitgelegd.

TilThermometer

Brengt in kaart hoeveel en aan welk type fysieke belasting zorgverleners blootstaan en in hoeverre er door de zorgverleners conform de Praktijkrichtlijnen wordt gewerkt.

Til- of Transferprotocol

Op een Transferprotocol staat per cliënt aangegeven hoe de transfers dienen te verlopen. Zit meestal in zorgdossier.

Verblijfstilbanden

Speciale tilbanden voor passieve tilliften waarop de cliënt kan blijven zitten.

Voilà! methode

Praktische methode om medewerkers zelf enthousiast en medeverantwoordelijk te maken voor hun eigen arbeidsomstandigheden.

WerkPlekCheck

Vragenlijst over mogelijke fysiek belastende arbo-onderwerpen.

ZorgorganisatieToets

Checklist met voorwaarden die nodig zijn om voor de bariatrische cliënt waardige en voor de zorgverlener fysiek niet te zware zorg te kunnen verlenen.

INTERNETADRESSEN

www.ambulancezorg.nl

Arbocatalogus ambulancezorg

www.arbocatalogusggz.nl

Arbocatalogus GGZ

www.arbocatalogusvvt.nl

Arbocatalogus Verpleeghuizen, Verzorgingshuizen en Thuiszorg

www.betermetarbo.nl

Arbocatalogus Ziekenhuizen

www.dokterhoe.nl

Arbocatalogus Academische Ziekenhuizen

www.fcbwjk.nl

Arbocatalogus Kinderopvang

www.goedgebruik.nl

Webwinkel ergocoach materiaal (GebruiksBoekje, DoeBoekje, HulpmiddelenBoekje)

www.innovatiespiegel.nl

Informatie over innovaties in de zorg, met businesscases en rekenmodules

www.pregoplus.nl

Praktische tips over fysieke belasting in de zorg, is onderdeel van www.gezondzeker.nl

www.profiјtvanarbo.beleid.nl

Arbocatalogus Gehandicaptenzorg

www.zorgvoorbeter.nl

ZonMW Programma over verbeteren van zorg.

www.zorginwoningen.nl

Hoeveel ruimte is nodig om goed te kunnen werken?

Meer informatie, ook over trainingsbureaus, vind je op www.gezondzeker.nl.

1. Knibbe JJ, Knibbe NE. Ergocoaches Opnieuw In Beeld 2006. Regioplus, Zoetermeer, 2007.
2. Knibbe JJ, Knibbe NE, Geuze L. Ergocoaches In Beeld. LOCOmotion, Bennekom, 2004.
3. Knibbe JJ, Knibbe NE. Een hap uit een gegroeide olifant, vierde monitoring fysieke belasting in Verpleeg- en Verzorgingshuizen 2007. SOV&V, LOCOmotion, Bennekom, 2008.
4. Knibbe JJ, Knibbe NE. Van voor naar achter, van links naar rechts, onderzoek naar het manoeuvreren met zware objecten in de zorg. Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, LOCOmotion, 2004.
5. Iwaarden J van, Wiersum E, Knibbe NE. Condoomlaken. Eindrapport van het kleine Zorg voor Beter verbeterproject 'Condoomlaken'. ZonMw, Zorg voor Beter, Den Haag, 2008.
6. Knibbe JJ, Waaijer E. Mobility Gallery. A Classification tool for care planning. ArjoHuntleigh Sweden, 2006.
7. Knibbe JJ, Knibbe NE, Boomgaard J, Klaassen A, Mol I. Het Gebruiksboekje. LOCOmotion, Bennekom, 2006.
8. Knibbe JJ, Knibbe NE. Aanpak Fysieke Belasting. Werkpakket CAO AG. Sectorfondsen zorg en welzijn, Utrecht, 2002.
9. Knibbe NE, Knibbe JJ. Toch nog (rug)klachten. Wat nu? SAB-V&V, Den Haag, 2009.
10. Knibbe NE, Knibbe JJ. Transferprotocollen, hoe en wat? A+O VVT / LOCOmotion, 2009.
11. Knibbe JJ. Over opstaan en gaan zitten. Arjo Nederland BV, Tiel, 2004.
12. Mutsaers, H. Hoe denkt de gezondheidszorg over arbeidsbesparende technologie, STG, HMF, Leiden, 2008.
13. Mobility Gallery. A Classification tool for care planning. Knibbe JJ, Waaijer E. ArjoHuntleigh Sweden, 2006.
14. Houten P van. The relationship between incontinence, toileting skills and morbidity in nursing homes. Academisch Proefschrift. EMGO, Vrije Universiteit Amsterdam, 2008.
15. Boomgaard J, Knibbe NE. Kunnen als je moet. Eindrapport van het Zorg voor Beter project 'Opsta-toilet'. ZonMw, Zorg voor Beter, Den Haag, 2008.
16. Knibbe JJ, Knibbe NE. The value of an ergonomic design of incontinence pads. Proceedings 5th Annual Safe patient handling & Movement Conference. University of South Florida, Tampa, 2005.
17. Knibbe JJ, Knibbe NE. Zorgverlener minder belast door ergonomisch incontinentiemateriaal. Tijdschrift voor Ergonomie, 31, 1, 2006.
18. Knibbe NE, Knibbe JJ. Tijdscores werken met incontinentiemateriaal. LOCOmotion, Bennekom, 2007.
19. Boomgaard J, Knibbe NE. Draaibed 24/7. Eindrapport van het Zorg voor Beter project 'Draaibed'. ZonMw, Zorg voor Beter, Den Haag, 2008.
20. Homan D, Knibbe NE. Lekker laten zitten. Eindrapport van het Zorg voor Beter verbeterproject 'Verblijfstillanden'. ZonMw, Zorg voor Beter, Den Haag, 2008.
21. Fray M, Hignett S. The evaluation of a Prototype Handling Device to assist with horizontal lateral transfers. Loughborough University, UK, 2008.
22. Dijk, Gea C van. Passiviteiten Dagelijks Leven ®. Kwaliteit van leven is meer dan cijfers. Uitgeverij Mobicare, Oude-Tonge.
23. Mol I, Klaassen A, Boomgaard J, Knibbe J, Knibbe N. Basisboek voor de ErgoCoach. Elsevier Gezondheidszorg, Maarsse, 2005.
24. Klaassen A, Knibbe H, Boomgaard J, Timmermans K, Ven J van de. Arbocheck in de thuiszorg. Een werkpakket om zelf mee aan de slag te gaan in het kader van de Praktijkregels. Secorfondsen Zorg en Welzijn, Utrecht, 2004.

25. Knibe JJ, Knibbe NE, Vught F van, Markante Marges. Effectieve innovaties in de directe zorg Platform Zorginnovatie/Stichting RegioPlus, Zoetermeer, 2008.
26. Siereveld GH, Stipdonk C van, 't Woud J van. Voorbeeldig handelen. Basiszorg. Bohn Stafleu van Loghum, Houten 2009.
27. Knibbe NE, Knibbe JJ. Hoe krijg ik mijn collega's zo ver? Praktijkblad Preventie, mei 2010.
28. Knibbe NE, Knibbe JJ. Zware Cliënten in de zorg. Een groeiend probleem. Praktijkblad Preventie, december 2009.
29. Mol IM. Tillen in de thuiszorg. Elsevier Gezondheidszorg, Maarssen, 2001.

Hanneke Knibbe en Nico Knibbe geven leiding aan LOCOmotion, een onderzoeks- en adviesbureau gespecialiseerd in ergonomie in de zorg. Beiden zijn bewegingswetenschapper en daarnaast respectievelijk fysiotherapeut en voorlichtingskundige.



AANVULLENDE INFORMATIE

Deze uitgave is met de grootste zorgvuldigheid samengesteld. Noch de schrijvers, noch de uitgever stellen zich echter aansprakelijk voor eventuele schade als gevolg van eventuele onjuistheden en/of onvolkomenheden in deze uitgave. Mocht u in dit boekje onjuiste, onvolledige of achterhaalde informatie aantreffen, dan horen wij dat graag. Bij een eventuele volgende versie kunnen we daar rekening mee houden. Alle reacties zijn welkom bij info@gezondenzeker.nl.

Voor het figuur van de mobiliteitsklassen zoals ze zijn gevisualiseerd voor de Gehandicaptenzorg op de pagina's 51 t/m 55 geldt Copyright LOCOmotion 2010, zie ook (6).

Paragraaf 5.5 (Zelfredzaamheid) is mede ontwikkeld voor het ZonMw ZorgVoorBeter verbetertraject 'Zelfredzaamheid in de langdurige zorg'.

Hoofdstuk 8 (Incontinentie) is mede ontwikkeld op basis van het ZonMw ZorgVoorBeter project 'Inhoudelijke uitwerking (in)continentiebeleid: een extra en ondersteunende impuls'. De tekeningen zijn ontwikkeld door LOCOmotion en getekend door Auke Herrema in het kader van het ZonMw Verbetertraject Continëntie.

Deze publicatie is te downloaden op www.gezondenzeker.nl.

**GEZOND
& ZEKER**



In de Ergocoach mini-pocket 'Kennis is de basis' vind je alles wat je als ergocoach in de zorg moet weten. Met suggesties over informatie-materiaal, websites, een verklarende woordenlijst, etc. Als ergocoach hoef je de inhoud niet van begin tot eind door te nemen. Pak de kennis waar je op dat moment behoefte aan hebt.

www.gezondenzeker.nl

**GEZOND
& ZEKER**

