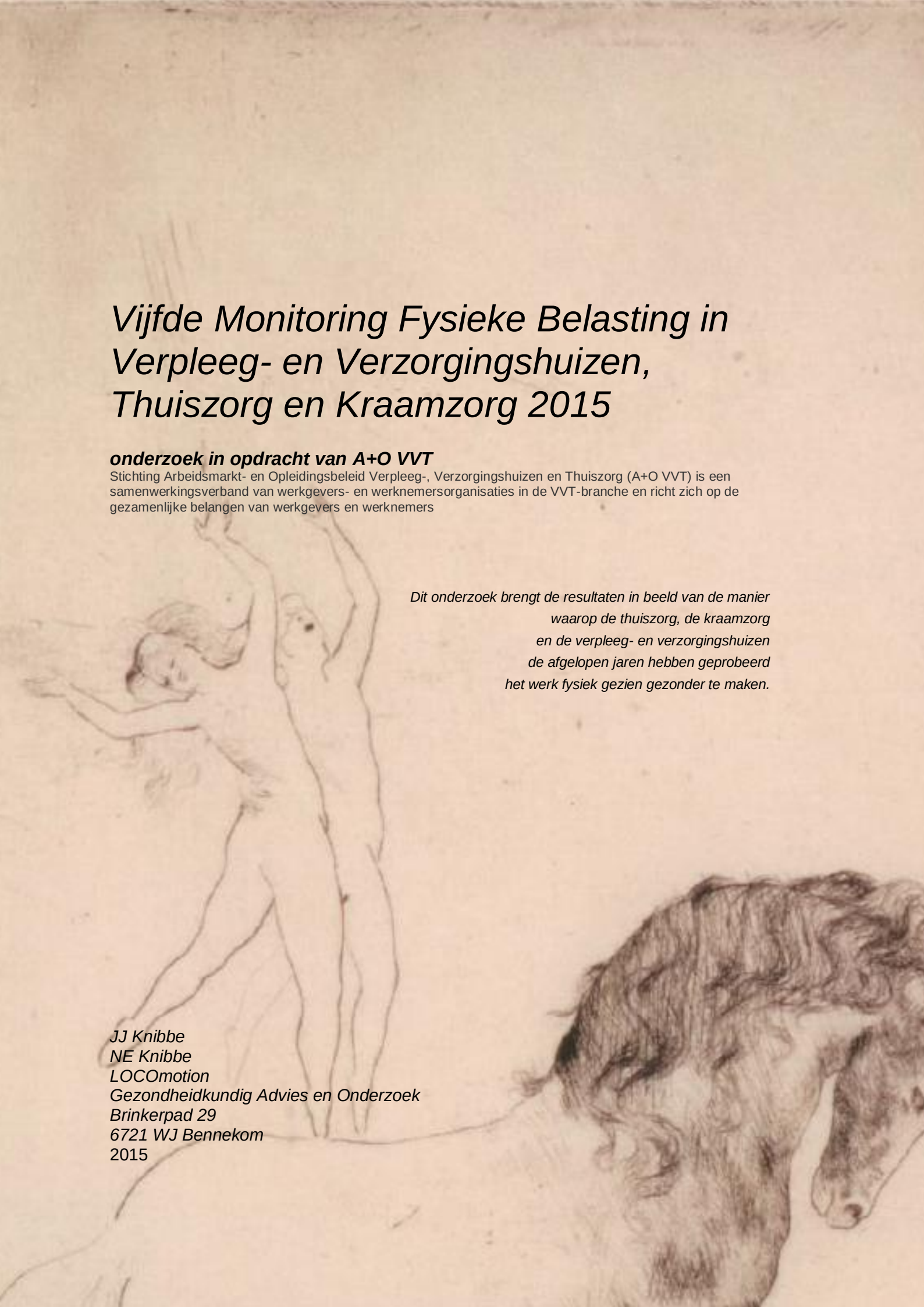




Vijfde Monitoring Fysieke Belasting in Verpleeg- en Verzorgingshuizen, Thuiszorg en Kraamzorg 2015

onderzoek in opdracht van A+O VVT

Stichting Arbeidsmarkt- en Opleidingsbeleid Verpleeg-, Verzorgingshuizen en Thuiszorg (A+O VVT) is een samenwerkingsverband van werkgevers- en werknemersorganisaties in de VVT-branche en richt zich op de gezamenlijke belangen van werkgevers en werknemers

*Dit onderzoek brengt de resultaten in beeld van de manier
waarop de thuiszorg, de kraamzorg
en de verpleeg- en verzorgingshuizen
de afgelopen jaren hebben geprobeerd
het werk fysiek gezien gezonder te maken.*

JJ Knibbe
NE Knibbe
LOCOmotion
Gezondheidkundig Advies en Onderzoek
Brinkerpad 29
6721 WJ Bennekom
2015

Inhoudsopgave

Samenvatting	2
Hoofdstuk 1. Inleiding	10
Hoofdstuk 2. De Arbocatalogus en fysieke belasting	15
Hoofdstuk 3. Aard en omvang van de problematiek: <i>klachten aan het bewegingsapparaat en knelpunten in de praktijk</i>	19
Hoofdstuk 4. De resultaten van de TilThermometer: <i>blootstelling aan fysieke belasting bij zorgverleners</i>	32
Hoofdstuk 5. De resultaten van de RisicoRadar: <i>blootstelling aan fysieke belasting bij medewerkers ondersteunende diensten</i>	52
Hoofdstuk 6. Kraamzorg: <i>Beleid en blootstelling aan fysieke belasting bij medewerkers kraamzorg</i>	69
Hoofdstuk 7. De resultaten van de BeleidsSpiegel: <i>preventiebeleid fysieke belasting van de instellingen in beeld</i>	75
Eindconclusie	96

Literatuurlijst

Voorpagina: Pablo Picasso, *En el Circo*, 1905-1906, Musée Picasso, Paris

Samenvatting

Voor u ligt een samenvatting van de resultaten van de vijfde monitoring rond het arbo-risico fysieke belasting in de thuiszorg, de kraamzorg en de verpleeg- en verzorgingshuizen. Eerdere metingen vonden plaats in 2001, 2003, 2005 en 2008. Voor de thuiszorg beperkte zich dat tot 2003/2004 en voor de kraamzorg zijn slechts zeer beperkt vergelijkingsgegevens voorhanden en is het in feite de eerste keer dat een dergelijke brede meting is uitgevoerd.

In het tweede half jaar van 2014 en begin 2015 is gemeten met verschillende meetinstrumenten. Daarbij is zoveel mogelijk gebruik gemaakt van reeds lopend onderzoek en instrumenten die instellingen al kennen en gebruiken. Deze instrumenten zijn ook opgenomen in de Arbocatalogus VVT en maken tevens sinds 2012 deel uit van de wereldwijde ISO TR 12296 waar inmiddels ook een CEN label aan is toegevoegd (NPR-CEN-ISO/TR 12296:2013). Daarnaast zijn de Praktijkrichtlijnen Fysieke Belasting, die dus al geruime tijd door sociale partners zijn omarmd, medio 2014 ook door de V&VN erkend. Daarmee maken ze deel uit van de volledige set richtlijnen van en voor zorgverleners.

Als eerste is voor het onderzoek gebruik gemaakt van een korte vragenlijst voor medewerkers met vragen over klachten aan het bewegingsapparaat, feiten en meningen over fysieke belasting en het instellingsbeleid. Ten tweede zijn de TilThermometer-, RisicoRadar, en KraamRadar-gegevens gebruikt om de blootstelling aan fysieke overbelasting in kaart te brengen. Tenslotte is aan instellingen gevraagd hun BeleidsSpiegels (en de speciaal ontwikkelde kraamvariant daarop) in te leveren. Daarmee is inzicht verkregen in de kwaliteit van het preventiebeleid in instellingen.

Voor elk van deze metingen is met wisselende steekproeven gewerkt om instellingen zo min mogelijk te belasten. De respons was voor alle meetinstrumenten voldoende tot goed, al zijn wel meerdere rappels nodig geweest om tot een voldoende respons te komen en is zeer regelmatig uitstel verleend voor het inleveren van gegevens. Er kan daarom voor een belangrijk deel vergeleken worden met eerdere gegevens en dan met name met de resultaten uit 2001, 2003 2005 en 2008 en uiteraard met andere (wetenschappelijke) bronnen. We vatten de resultaten nu samen.

Medewerkersvragenlijst

Klachten aan het bewegingsapparaat: problematiek licht toegenomen

Rugklachten

De resultaten uit het onderzoek (n=3.112, respons 64,4%) laten zien dat er op het gebied van de rugklachtenproblematiek voor uitvoerend zorgverleners een lichte verslechtering zichtbaar is. De in eerdere onderzoeksrondes ingezette verbetering heeft zich niet doorgezet en er is weer sprake van een lichte stijging en een verhoogde prevalentie¹ ten opzichte van de algemene bevolking van die leeftijd- en geslachtsverdeling (de rode lijn in onderstaande grafiek zijn RIVM gegevens uit de landelijke database). De resultaten zijn met name voor zorgverleners in de thuiszorg, gevolgd door die in de verpleeghuizen het minst goed: in beide gevallen ligt de prevalentie boven de 50%, hetgeen wil zeggen dat de helft van de betrokkenen het afgelopen

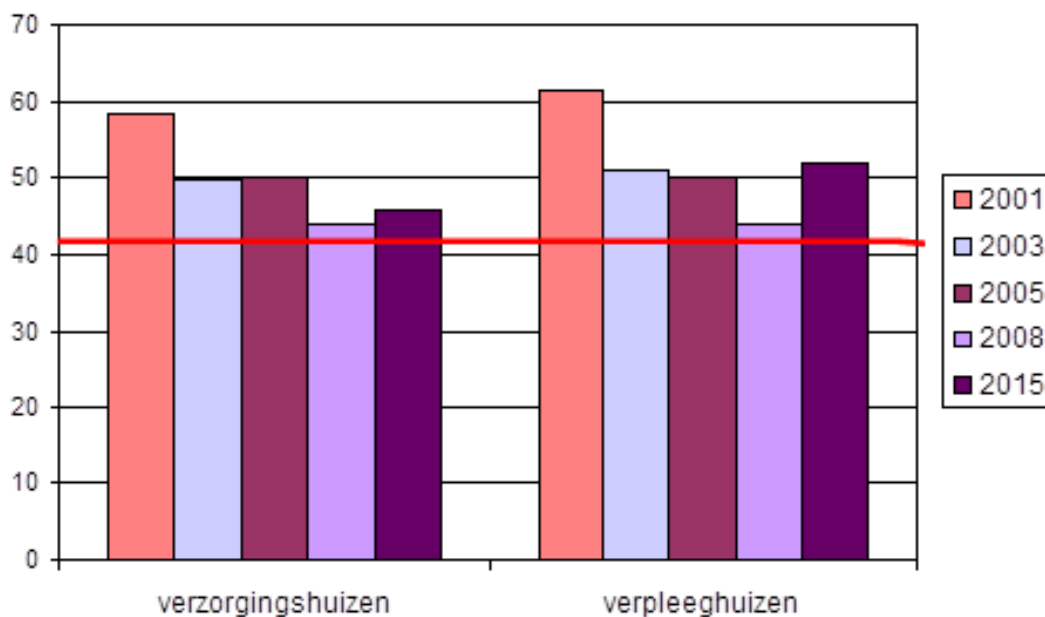
¹ Prevalentie is de algemene standaardmaat voor dit type gegevens en geeft in dit geval het percentage respondenten aan dat aangeeft de voorbije 12 maanden minimaal een keer last van de rug te hebben ondervonden.

jaar minstens één keer last van de rug heeft gehad. In die beide zorgbranches was de blootstelling aan fysieke belasting ook het grootst. Die blootstelling is daar ook het meest toegenomen in de afgelopen jaren.

Voor ondersteunende diensten wisselt het beeld (zeer) sterk per functie en per organisatie is de bandbreedte eveneens groot. Gemiddeld komt deze groep uit rond de 40-45%.

Voor de kraamzorg liggen de percentages zorgverleners met rugklachten in het voorbije jaar wel iets boven de prevalentie in de algemene bevolking, maar dat is een klein en verwaarloosbaar verschil (45-47%).

Er is ook verder gekeken naar de relatie met een aantal kenmerken van organisaties zoals de omvang van de instelling en de locatie (grootstedelijk of landelijk). Er leek alleen sprake van een trend naar een groter probleem in kleine organisaties, maar dit verschil bleek bij toetsing niet significant en we hechten daar zodoende geen betekenis aan.



Figuur 1: Ontwikkeling in prevalentie rugklachten laatste 12 maanden in de loop der tijd van de vijf monitoringsrondes.
NB: het laatste interval is 7 jaar en daarmee groter dan dat tussen de eerste vier rondes (N=3.112, 2015).

Het verzuim dat samenhangt met rugklachten is afgenomen van 6% in 2003 naar nu 2,6% van de groep over het afgelopen jaar. Dat houdt zodoende in, zeker gezien het feit dat de onderliggende problematiek juist is toegenomen, dat meer mensen doorwerken met rugklachten.

Andere klachten dan rugklachten

We zien vergelijkbare trends ook voor de overige klachten aan het bewegingsapparaat: en dan met name de nek/schouderklachten en arm-polsklachten. Het percentage mensen dat klachten meldt is toegenomen, terwijl het verzuim als gevolg daarvan ook hier is gedaald. Alleen voor knieklachten zien we die ontwikkeling niet. Het percentage mensen met knieklachten is licht toegenomen, maar het verzuim is gelijk gebleven.

Al met al een negatieve ontwikkeling rond de prevalentie van klachten, al blijft er sprake van een betere situatie dan bij de start.

Risicogroepen

In tegenstelling tot eerdere rondes vormen de jongere en minder ervaren krachten geen risicogroep met een verhoogde prevalentie meer.

Dit geldt wel tamelijk sterk voor de groep de ouderen, al ligt de grens waarbij die ontwikkeling zich inzet (voor 'ouder') nu net iets hoger (55-plus) dan voorheen (50-plus). De groep 55-plus laat een licht verhoogde prevalentie zien en zij verzuimen wel vaker voor de klachten (verzuim is hoger en langduriger). Externe bronnen zoals verzuimgegevens Vernet bevestigen dat deze groep 55-plussers een aparte risicogroep vormen voor langduriger verzuim. De gegevens van Vernet bevestigen ook het in de loop van de tijd aanzienlijk gedaalde verzuim voor de totale groep. We merken daarbij op dat dit sinds enige tijd wel leidt tot meer doorwerken met klachten, hetgeen ook wel *presenteïsme* wordt genoemd. Dit wordt vaak in verband gebracht met een lagere productiviteit. Het zal in elk geval leiden tot een blijvende hoge belasting voor de werknemer die al klachten heeft. En, als deze de zorg voor de zwaardere cliënten of bewoners overlaat aan collega's, zoals gerapporteerd wordt. Dan zal dit leiden tot extra belasting voor die collega's. Zij lopen daarmee een iets toegenomen risico op overbelasting.

Verzuim door of samenhangend met klachten aan het bewegingsapparaat

Het totale verzuimvolume (de som van de percentages verzuim veroorzaakt of samenhangend met klachten aan het bewegingsapparaat over de laatste 3 maanden voorafgaande aan het onderzoek), als grove indicator van het verzuim gerelateerd aan klachten aan het bewegingsapparaat, is ook ditmaal weer afgenomen en de ingezette daling zet zich verder door. Voorheen nam ook de prevalentie van klachten af. Deze ronde is dat dus niet het geval, al is het daarmee samenhangende verzuim wel verder gedaald. Men werkt dus, zoals hierboven ook vastgesteld, vaker door met klachten.

Medewerkers in ondersteunende diensten

Medewerkers in ondersteunende diensten scoren als groep ongeveer op het gemiddelde van de Nederlandse bevolking (40-45%) en lijken zodoende geen bijzondere risicogroep te vormen. Wel is deze groep uiteraard zeer divers samengesteld. Om die reden is net als in eerdere onderzoeks rondes een nadere uitsplitsing gemaakt, waarbij de uit eerder onderzoek bekende risicogroepen nader zijn bekeken. Dan blijken, net als in eerdere onderzoeken, met name de groepen medewerkers keuken, technische dienst/onderhoud en medewerker vervoer/magazijn een (licht) verhoogde prevalentie te laten zien (45-50%). Wel valt op dat dit bij sommige organisaties wel echt een forse prevalentie kan zijn (65+%). De bandbreedte voor deze groep is zeer fors, waarbij prevalenties van 65+% op instellingsniveau geen uitzondering bleken en aanleiding zouden moeten zijn tot preventief beleid, zeker omdat de belasting in die gevallen ook uitzonderlijk groot lijkt te zijn (vastgesteld op basis van de RisicoRadar gegevens van de betreffende instellingen; zie verder).

Ervaren fysieke belasting toegenomen

Er wordt een toename in de ervaren lichamelijke zorgzwaarte gemeld ten opzichte van eerdere jaren. Een derde tot de helft (46%) van de respondenten geeft aan dat het werk de voorbije 3 maanden zwaarder is geworden. Na een enigszins stabiele situatie over de jaren 2003 en 2005 zagen we in 2008 een lichte stijging die zich doorzet in 2015. Dit beeld wordt bevestigd in de metingen naar de blootstelling aan fysieke belasting met de TilThermometer (zie onder).

Beleid valt in de beleving van werknemers iets terug in kwaliteit

De mening van werknemers over het preventieve beleid in de eigen instelling was in 2003 en 2005 verbeterd, maar werd in 2008 minder goed en is ook nu iets verder gedaald. De boodschap is kort samengevat: er is en blijft sprake van verbetering ten opzichte van de

nulsituatie, maar er zijn wederom signalen van een lichte verslechtering op enkele punten en verdere verbetering blijft nodig. Het is een gegeven dat nu minder dan de helft (8% minder dan de vorige ronde) vindt dat de instelling voldoende aandacht aan preventie besteedt. Ook werkt nu een kleiner deel (19% minder) met bewoner/ cliëntgebonden til- of transferprotocollen, terwijl de Inspectie voor de Gezondheidszorg deze protocollen verplicht stelt en ze bewezen effectief zijn als onderdeel van een preventiebeleid (Koppelaar, Knibbe et al., 2012).

De mate van training van zorgverleners is gemiddeld genomen verslechterd in de beleving van werknemers zelf en ook feitelijk gezien als we de trainingsfrequentie bekijken. Wel verschilt dit enorm per instelling wanneer we de resultaten aggregeren op organisatie-niveau. Er zijn organisaties waar het vrijwel volledig ontbreekt aan training, terwijl deze in andere instellingen structureel en goed is. Daarnaast blijken de ruimtes waar men werkt als knelpunt te worden ervaren, vooral in de thuiszorg en ook relatief vaak in de kraamzorg. In beide gevallen gaat het natuurlijk om werk bij mensen thuis, waardoor men ook veel minder invloed heeft op deze werkruimte.

De steun voor de Praktijkrichtlijnen blijft groot (>70%). Bijna driekwart (72%) van de ondervraagde zorgverleners koppelt het bevorderen van zelfredzaamheid van cliënten aan preventief beleid fysieke belasting: een nieuwe en positieve ontwikkeling. Meer dan de helft ziet er tegenop om op oudere leeftijd in de zorg te blijven werken en een derde is aan het eind van elke werkdag/dienst 'erg moe'.

TilThermometer en RisicoRadar: de blootstelling aan fysieke belasting

Een tweede bron van gegevens bestond uit de TilThermometers die men heeft ingeleverd (respons 62%, n=12.544 cliënten). Ook ditmaal is aan een representatieve steekproef van instellingen gevraagd hun TilThermometers en, voor de ondersteunende diensten, RisicoRadars in te leveren. We kunnen op vrij betrouwbare wijze uitspraken doen over de huidige situatie en de verschillen met eerdere situaties. Een kanttekening is wel op zijn plaats bij de gegevens van de verzorgingshuizen omdat de situatie daar zo in beweging is en ook niet goed vergelijkbaar meer is met de situatie eind vorige eeuw en begin deze eeuw. Voor de KraamRadar is geen vergelijkingsmateriaal uit eerdere metingen beschikbaar.

Blootstelling aan fysieke belasting

Als we alle gegevens aggregeren voor de fysieke zorgzwaarte dan zien we een gestage toename van deze zorgzwaarte vanaf 2003 naar 2005 en 2008 en een klein sprongetje naar 2015. Echter als we het grotere interval tussen 2008 en 2015 daarin verwerken is er vrijwel sprake van een gestage, rechte lijn naar een verdere toename.

Hulpmiddelengebruik

Er is een verbetering zichtbaar in de mate waarin hulpmiddelen beschikbaar zijn en ingezet worden. Was er tussen 2005 en 2008 sprake van een afvlakking in de toename van het aantal hulpmiddelen en de inzet daarvan bij de bewoners voor wie dat noodzakelijk is, nu zien we een verdere verbetering. Wanneer we de toename in zorgzwaarte (die heeft geleid tot een toename in de blootstelling) in verwerken is het beeld echter beduidend minder gunstig en is er sprake van een netto toename van de blootstelling en daarmee van de risico's op het ontstaan van klachten in vergelijking met 2005 en 2008. Deze toename speelt vooral in de thuiszorg en in de verpleeghuizen. Dit wordt ook als zodanig door hen ervaren. Hiermee wordt de noodzaak van intensivering van preventief beleid verder ondersteund. Men moet meer inspanning leveren om de status quo te handhaven, levert ook meer inspanning, maar om een echte afname van de blootstelling aan fysieke belasting te realiseren die compenseert voor de toename in fysieke belasting moet er nog een tand(je) hoger geschakeld worden. Samengevat worden tilliften

(dekkingsgraad 61%), glijzeilen (42%), elektrische hoog-laag bedden (90%), steunkoushulpmiddelen (89%), douchestoelen (61%) en douchebrancards (88%) vaker ingezet. De grootste verdere verbetering is dus nodig op het gebied van glijzeilen gevolgd door tilliften. Opmerkelijk is dat het aantal steunkousdragende bewoners is toegenomen.

Forse verschillen tussen instellingen onderling

Voorts kan worden vastgesteld dat er opvallend forse verschillen zijn tussen instellingen onderling. Dit werd de vorige onderzoeksrunde al gesignaleerd, maar die bandbreedte is nu verder toegenomen, ook wanneer we de verzorgingshuizen (omdat zij zo sterk in beweging zijn door externe ontwikkelingen) uit het bestand filteren.

Die bandbreedte geldt ook voor de rode risico's: de risico's waarvoor het zeer evident is dat er sprake is van overbelasting. We hebben het dan over een norm van 2x de NIOSH norm, zoals die door de Gezondheidsraad wordt aanbevolen voor het handmatig tillen in arbeidssituaties. Sommige instellingen hebben een 100% groene score voor de rode risico's op een aantal bronnen. Andere instellingen zijn op enkele bronnen volledig rood en moeten in feite snel stappen zetten.

RisicoRadars: de blootstelling van medewerkers in ondersteunende diensten

Deze ronde was het de vierde maal dat de blootstelling aan fysieke belasting van medewerkers in ondersteunende diensten in kaart is gebracht. Zowel het onderzoek naar als de aanpak van fysieke overbelasting loopt daarmee in de tijd iets achter de aanpak voor de zorgverleners aan. We moeten constateren dat er maar weinig verbetering te zien is; er zit nauwelijks beweging in. Dit wisselt wel enigszins per groep medewerkers en, ook hier, per organisatie. Over de hele linie blijft verbetering zonder meer noodzakelijk. In de vorige rondes constateerden we dat de 'oude' CAO AG doelstelling om de blootstelling aan fysieke overbelasting met 30% te laten dalen in de groep medewerkers van ondersteunende diensten niet was gehaald. Deze ronde moeten we die conclusie opnieuw trekken. De groepen die de grootste problemen melden blijven:

- medewerkers huishoudelijke dienst
- medewerkers van de technische dienst
- medewerkers van de keuken
- transport en logistiek medewerkers.

Ook blijken zich rondom 'beeldschermwerk' en 'lang zitten' bij enkele groepen problemen voor te doen die in ernst ongeveer stabiel zijn gebleven tot iets afgenomen zijn in vergelijking met de vorige ronde.

De verpleeghuizen blijken voor deze groepen medewerkers gemiddeld genomen niet significant te verschillen van de groep werkzaam in verzorginghuizen of elders. De grootste problemen die uit dit deel van het onderzoek naar voren komen zijn:

- manoeuvreren/duwen/trekken
- tillen
- beeldschermwerk
- statische belasting: hoog werken, laag werken, gehurkt en geknield werken.

We zien ook hier wederom de grote bandbreedte: in sommige instellingen is alles goed op orde en in andere instellingen zien we een duidelijk minder goed beeld. Medewerkers zelf geven in dat geval ook aan dat zij van mening zijn dat verbetering noodzakelijk is.

Kraamzorg

Hoewel er nog geen vergelijkingsmateriaal vanuit de Kraamzorg zelf beschikbaar is, kunnen we wel in vergelijking met andere bestanden aangeven dat er sprake is van een licht verhoogde prevalentie van klachten aan het bewegingsapparaat. Dit is niet zorgwekkend, al zijn er wel enkele handelingen die in het gevarengedebied komen als het gaat om de blootstelling aan fysieke belasting. Het gaat dan om het tillen van kleine kinderen en de statische belasting bij de assistentie bij de partus, de zorg voor de kraamvrouw in de eerste dagen na de bevalling (zorg op bed, controles) en het begeleiden bij het geven van borstvoeding. Daarnaast zijn de ruimtelijke randvoorwaarden niet optimaal (bedden, ruimtes in kamers) en zou ook aan materialen zoals (slechte) stofzuigers, badjes etc. meer aandacht gegeven moeten worden omdat dit leidt tot onnodig zware belasting.

Kraamzorgorganisaties hebben hun beleid fysieke belasting redelijk tot goed op orde in vergelijking met de thuiszorg en de verpleeg- en verzorgingshuizen. Wel blijft er marge voor verbetering en daarnaast vormen de specifieke onderwerpen 'beleid voor oudere werknemers' en 'beleid rond cliënten met fors overgewicht' een aandachtspunt.

BeleidsSpiegel: het beleid fysieke belasting

Lichte verslechtering zichtbaar met enkele kleine lichtpuntjes

We vatten tenslotte enkele hoofdlijnen samen (rond de 247 organisaties namen deel, 53% respons). In vergelijking met 2001, 2003, 2005 en 2008 is er geen sprake van een verdere verbetering in de kwaliteit van het preventiebeleid. Er was sprake van een verbetering vanaf 2001-2005 waarna het zich afvlakte richting 2008. We zien nu, anno 2015, op enkele punten een lichte verslechtering.

Vooral verbetering op basisthema's, minder op specifieke thema's

De basisthema's krijgen nog steeds in de meerderheid van de instellingen aandacht: dat is en blijft een positieve ontwikkeling en is een teken dat men dit geborgd heeft. Op het gebied van specifieke thema's rond fysieke belasting blijft een lichte verbetering zichtbaar op thema's als de fysieke vormen van agressie/tegenwerken, vallen van bewoners, tillen van overledenen en het beleid voor werkhervatting na rugklachten en bescherming van zwangere werknemers. Op het gebied van het omgaan met de toenemende groep van zeer zware bewoners, onderhoud en werk voor ouderen zien we geen verbetering terwijl dit wel thema's zijn die qua belang toenemen, gezien de demografische trends, en nu marginaal structureel aandacht krijgen.

Aandachtsvelders fysieke belasting: ErgoCoaches

Een belangrijke sleutelgroep voor langere termijn beleid, de ErgoCoaches komt in ongeveer gelijke mate voor. De noodzaak ervan wordt niet altijd meer gevoeld. In instellingen met een goed lopend beleid is het belang van ergocoaches ook inderdaad minder groot, zo blijkt uit onderzoek naar de effectiviteit van ergocoaches. Daarnaast blijkt dat ongeveer de helft van de organisaties (47%) het beleid fysieke belasting heeft geïntegreerd met meer zorginhoudelijk beleid rond thema's als vallen, decubitus, incontinentie en vrijheidsbeperkende maatregelen.

Kleine subgroep die nog (erg) weinig doet

Er is zodoende ook hier sprake van een brede waaier in de kwaliteit van het instellingsbeleid. Instellingen die alles goed tot zeer goed op orde hebben en instellingen die nog nauwelijks beleid hebben. Dergelijke nog weinig actieve instellingen komen net als in voorgaande rondes in alle types (groot, klein, stedelijk, regionaal etc.) voor: er is niet een specifiek type al zien we iets minder goed beleid in de grote steden in het westen van het land. Een bijzondere plek

wordt nu ingenomen door de zeer kleine organisaties (< 10 medewerkers) in bijv. de thuiszorg en de kraamzorg. Ook zij hebben deelgenomen en ook hun beleid toont diezelfde variatie al is er daar wel minder sprake van geformaliseerd beleid. Daar staat weer tegenover dat (grote en kleine) instellingen met geformaliseerd beleid (op 'papier') lang niet altijd ook feitelijk beleid in de praktijk hebben.

Scholing en training

Medewerkers (zowel zorggebonden als overig) zijn gelijk tot iets beter geschoold in het gebruik van hulpmiddelen en andere manieren om fysieke belasting te beperken. De marge voor verbetering blijft hier echter fors en verbetering blijft nodig. In de beleving van zorgverleners zijn zij nog onvoldoende geschoold cq getraind. Ze vinden ook zelf minder vaak dat ze goed getraind zijn. De tijd zou ontbreken en de 'handen aan het bed' zouden te hard nodig zijn. Toch is en blijft dit een basisvoorwaarde voor gezond werken en zeker ook voor de veiligheid rond het werken met hulpmiddelen en cliënten. Wellicht dat nieuwe ontwikkelingen zoals e-learning, die bewezen een minder fors appèl doen op fysieke aanwezigheid hierbij kunnen ondersteunen. Uit ander onderzoek blijkt dat het gebruik van e-learning snel toeneemt, al moet wel opgemerkt worden dat het nooit een vaardigheidstraining 'in-het-echt' kan vervangen. Combinatievormen van beiden lijken effectief en qua kosten en tijdsinvestering efficiënt.

Inspectie voor de Gezondheidszorg

Enkele door de Inspectie voor de Gezondheidszorg van belang geachte thema's (protocollair werken, bijhouden van en toezien op naleving van afspraken in zorgdossiers, training en instructie en onderhoud van tilliften) laten een gestage verbetering zien sinds 2001 naar 2005. Vanaf 2008 naar nu is een stabilisatie zichtbaar waarbij op het punt van protocollair werken, onderhoud van tilliften en mogelijk ook training dus een verslechtering te zien is. Voor alle thema's en dus zeker voor protocollair werken, onderhoud en training is, in het belang van medewerkers en cliënten verdere verbetering en borging noodzakelijk. In de thuiszorg speelt rond onderhoud nog steeds het probleem dat niet altijd duidelijk is wie de eigenaar is van de tillift en dus verantwoordelijk is voor het onderhoud ervan. Dit leidt onmiskenbaar tot onveilige situaties voor zowel zorgverleners als cliënten.

Voor medewerkers in ondersteunende diensten blijft het beleid nog weinig uitgewerkt

Tenslotte zijn er weinig verbeteringen te zien als het gaat om het beleid voor ondersteunende diensten. Dat is en blijft vrij beperkt en basaal. Zeker voor de fysiek belaste functiegroepen (hoteldienst, keuken, TD/onderhoud en transport/logistiek) is dit een uitgesproken aandachtspunt. Een complicerende factor is dat het hier gaat om zeer specifieke oplossingen voor soms zeer kleine groepjes. Het ondersteunen van een aanpak hiervoor zal dit maatwerk moeten kunnen bieden.

In totaal duiden de resultaten op beleidsniveau gemiddeld genomen op een stabilisatie en lichte verslechtering in vergelijking met de vorige ronde. Een verdere verbetering is op meerdere punten noodzakelijk. Het geldt nadrukkelijk voor de kleine groep instellingen die nog weinig activiteiten vertoont, terwijl de fysieke belasting in deze instellingen daar wel degelijk, zowel zorggebonden als niet zorggebonden, aanleiding toe geeft.

Eindconclusie

In totaal laten de resultaten van deze vijfde onderzoeksronde een enigszins teleurstellend beeld zien met enkele lichtpuntjes.

Enerzijds is er nog steeds sprake van een duidelijk betere situatie dan een jaar of 15 geleden. Op het gebied van klachten aan het bewegingsapparaat en verzuim zijn de ontwikkelingen redelijk tot goed. Een laag verzuim, al werken wel meer mensen door met klachten en zijn die klachten in omvang en ernst iets toegenomen.

Ook hebben organisaties hard gewerkt aan de inzet van preventief beleid in de zin van de inzet van hulpmiddelen zoals tilliften, bedden, etc. De dekkinggraad daarvoor is toegenomen en geeft aan dat er hard en gericht gewerkt is. Anderzijds zijn er duidelijke tekenen van een toename in de blootstelling aan fysieke belasting door de toename in zorgzwaarte en van het stabiliseren en afvlakken van de benodigde en eerder ingezette verbeteringen in beleid (protocollair werken, scholing, training, onderhoud, ruimtelijke randvoorwaarden). Deze ontwikkeling zorgt momenteel netto voor een duidelijke toename van de blootstelling aan fysieke overbelasting voor medewerkers. De zichtbare en meetbare inspanningen van instellingen zijn momenteel niet toereikend om dit het hoofd te bieden.

Een speciale risicogroep die aandacht vraagt zijn de 55-plussers en met name hun statische belasting: het werken in moeilijke houdingen. Gezien de veranderingen in de zorgzwaarte neemt deze belasting de komende jaren verder toe en de dekkinggraad is op basis van de TilThermometer gegevens veel te laag voor veilig werken. Deze vorm van belasting bouwt zich op in het lichaam in de loop der jaren en is vooral de oorzaak van langdurig verzuim zoals we nu zien bij die groep. Omdat deze belasting zich langjarig opbouwt krijgt deze belasting ook wel de naam 'Silent Killer'. Dit houdt dus ook meteen in dat een aanpak ervan ook de jongeren moet omvatten om die opbouw van belasting te voorkomen. Als oplossing moet verder gekeken worden dan hoog-laag materiaal en kan gedacht worden aan moderne vormen van wondverzorging, incontinentieverzorging, wassen en douchen.

De ingezette lijnen van sociale partners blijven daarmee weliswaar succesvol, maar er zijn dus duidelijke signalen dat enerzijds de fysieke belasting voor medewerkers netto gezien toeneemt en anderzijds dat instellingen weliswaar verbeteringen hebben doorgevoerd (zie dekkinggraad hulpmiddelen) maar verder beleidsmatig nog onvoldoende actief zijn in hun inspanningen om de toename in zorgzwaarte het hoofd te bieden en zo het preventieve beleid verder uit te bouwen en te borgen. Bij ongewijzigd beleid is de kans reëel dat de prevalentie van klachten aan het bewegingsapparaat verder toe zal nemen en dat ook het verzuim of de uittrede van werknemers door de ervaren zwaarte van het werk toe zal nemen. Daarnaast is er nog altijd sprake van een kleine groep instellingen die nauwelijks preventief beleid voert en vormen medewerkers in ondersteunende diensten een blijvend aandachtspunt.

Hoofdstuk 1 Inleiding en onderzoeksvragen

1.1. Inleiding: beleid sociale partners op het gebied van fysieke belasting en de eerste vier monitoringsrondes

In de CAO Arbeid en Gezondheid (verder CAO AG) voor de verpleeg- en verzorgingshuizen 2001-2004 is destijds door werkgevers en werknemersorganisaties (toen Arcares en AbvaKabo, CFO-CNV bond, FHZ, Nu'91 en De Unie voor Zorg en Welzijn) afgesproken om de voortgang en de effecten van de invoering van CAO afspraken op branche niveau te monitoren. Dit geldt nadrukkelijk voor het arbo-risico fysieke belasting, dat een van de belangrijkste verzuimveroorzakers was en is. In de CAO AG was als centrale doelstelling opgenomen dat in de looptijd van de CAO de blootstelling aan fysieke overbelasting met 30% teruggedrongen zou moeten worden. Daarnaast werd aangegeven dat evaluatie en monitoring noodzakelijk is om na te gaan:

- of de doelstellingen gehaald worden,
- op welke punten een verdere stimulans of bijsturing nodig is,
- om welke redenen op bepaalde punten wellicht te weinig voortgang wordt geboekt en
- welke aanbevelingen voor vervolgbeleid gegeven kunnen worden.

De kernconclusies van de tussenmeting (2003)

Na de eerste metingen in 2001, vond in 2003 een tussenmeting plaats. Deze tussenmeting liet op meerdere punten een verbetering zien ten opzichte van de nulmeting. Vooral op het punt van de beleidsmatige randvoorwaarden voor een goed preventiebeleid was dit zichtbaar. We hebben het dan over onderwerpen als training in het gebruik van hulpmiddelen en het werken met protocollen. Op het niveau van de daadwerkelijke blootstelling aan fysieke belasting, de doelstelling van de CAO AG, waren kleine, maar slechts zeer beperkte veranderingen zichtbaar. Daarom werd geconcludeerd dat een verdere verbetering nodig zou zijn om de CAO doelstelling te realiseren. Het rapport kreeg dan ook de titel 'Op Koers' mee (Knibbe et al., 2003). In het rapport werden in dat kader drie kanttekeningen gemaakt. Allereerst zou de ingezette verbetering zich verder door moeten zetten om de doelstelling te kunnen halen. Ten tweede werd vastgesteld dat, in verhouding tot de zorgverleners, de medewerkers in ondersteunende diensten nog weinig aandacht kregen. Tenslotte bleek er een toename van de zorgzwaarte zichtbaar, die de inzet in het kader van de CAO AG zou kunnen temperen, waardoor relatief meer inspanningen nodig zouden zijn om de doelstelling te realiseren.

De derde meting: 2005

In 2004 was de looptijd van de CAO AG verstreken en daarom vond in 2005 een meting plaats. In totaal lieten de resultaten van deze afsluitende onderzoeksrunde een positief beeld zien van vooruitgang op meerdere punten: klachten aan het bewegingsapparaat bij medewerkers en de mening van medewerkers, de blootstelling aan fysieke belasting en preventiebeleid fysieke belasting. De CAO AG-doelstellingen bleken voor een niet onaanzienlijk deel gerealiseerd. De ingezette lijn was daarmee als succesvol te bestempelen. Er werd echter ook geconstateerd dat er voor de toekomst veel ruimte voor verdere verbetering was en ook de borging van de gerealiseerde veranderingen vormde een aandachtspunt. Tenslotte bleek dat een kleine groep instellingen nog geen actie had ondernomen. Vandaar dat dit rapport de titel meekreeg een

'Hap uit de Olifant', waarmee enerzijds de vooruitgang werd benadrukt en anderzijds de weerbaarheid en omvang van de problematiek werd onderstreept.

Meer in detail bleek dat voor zorgverleners gemiddeld genomen de CAO AG-doelstelling van 30% reductie van blootstelling aan overbelasting gerealiseerd was (verzorgingshuizen 35% reductie blootstelling en verpleeghuizen 28% reductie). De toename in zorgzwaarte speelde daarbij wel een sterk negatieve rol. Uit de resultaten van de TilThermometer bleek namelijk dat er vooral in de verpleeghuizen een behoorlijke toename was in de lichamelijke zorgzwaarte: bewoners hebben meer en meer hulp en begeleiding nodig. Deze ontwikkeling zou, zonder maatregelen, tot een toename in de blootstelling aan fysieke belasting hebben geleid. Vooral in de verpleeghuizen heeft dit het succes van de CAO-aanpak getemperd. Instellingen hebben immers eerst deze toename in blootstelling moeten compenseren alvorens aan de CAO AG-doelstelling van een afname van fysieke belasting te kunnen werken.

De vierde meting: 2008

In totaal lieten de resultaten van de vierde landelijke onderzoeksrunde een dubbel beeld zien. Enerzijds was er sprake van opmerkelijk positieve resultaten. Zeker op het gebied van klachten aan het bewegingsapparaat en verzuim waren de ontwikkelingen ronduit goed. Anderzijds waren er tekenen van een toename in de blootstelling aan fysieke belasting door de toename in zorgzwaarte en van het stabiliseren en afvlakken van de benodigde en eerder ingezette verbeteringen in beleid. Deze ontwikkeling zorgde voor een duidelijke toename van de blootstelling aan fysieke overbelasting voor medewerkers. De beleidsmatige inspanningen van instellingen waren onvoldoende om hier het hoofd aan te bieden.

De ingezette lijn is daarmee weliswaar succesvol gebleken, maar er waren dus op dat moment duidelijke signalen dat enerzijds de fysieke belasting voor medewerkers toenam en anderzijds dat instellingen minder actief geworden waren in hun inspanningen om het preventieve beleid verder uit te bouwen en te borgen. Benadrukt werd dat bij ongewijzigd beleid deze trends er voor zouden kunnen zorgen dat de prevalentie van klachten aan het bewegingsapparaat en het verzuim weer toe zouden kunnen nemen. Daarnaast bleek er op dat moment nog altijd sprake van een kleine groep instellingen die nauwelijks preventief beleid voert.

We bespreken nu de onderzoeksvragen die aan dit vijfde monitoringsonderzoek ten grondslag liggen. Het onderzoek werd uitgevoerd in 2014 met een uitloop naar begin 2015. .

1.2. Onderzoeksvragen voor de landelijke monitoring op het gebied van het arbo-risico fysieke belasting

De belangrijkste onderzoeksvragen voor de landelijke monitoring voor het ARBO risico fysieke belasting zijn in drie onderdelen te splitsen:

Klachten en verzuim

- 1a. Wat is de *prevalentie van klachten* aan het bewegingsapparaat bij werknemers, van het daaraan gerelateerde verzuim en wat is de mening van medewerkers over het preventiebeleid in hun instelling?
- 1b. Welke *veranderingen* zijn hierin te constateren in vergelijking met eerdere onderzoeken?

Blootstelling en zorgzwaarte

- 2a. Wat is de *mate van blootstelling* aan fysieke belasting onderverdeeld in de

- hoofdbronnen van fysieke belasting²?
- 2b. In welke mate worden voor deze onderscheiden hoofdbronnen de verschillende types *hulpmiddelen*³ ingezet om fysieke overbelasting te voorkomen?
 - 2c. In welke mate wordt de blootstelling aan fysieke belasting beïnvloed door de fysieke *zorgzwaarte* i.c. de mate van fysieke mobiliteit van bewoners in instellingen⁴?
 - 2d. Welke *veranderingen* zijn hierin te constateren in vergelijking met eerdere onderzoeken en wat is de rol van de veranderingen in de zorg hierin?

Preventief beleid

- 3a. In welke mate voeren instellingen *beleid* dat is gericht op het voorkomen van fysieke overbelasting? Hierbij moet onderscheid gemaakt worden naar de verschillende, minimaal noodzakelijke onderdelen van dit beleid beschreven in eerder onderzoek en vastgelegd in de BeleidsSpiegel⁵.
- 3b. Welke *veranderingen* zijn hierin te constateren in vergelijking met eerdere onderzoeken?

We zullen nu nader uitwerken hoe deze onderzoeksvragen beantwoord worden en in welk hoofdstuk u de antwoorden aantreft.

Ad 1. Klachten en verzuim

De gegevens over klachten en verzuim zijn via een korte vragenlijst verzameld die is uitgereikt aan een steekproef van medewerkers. Eerder werden dezelfde vragen gebruikt (Knibbe et al., 1997, 2001, 2008). Ze maakten ook integraal deel uit van de landelijke ‘medewerkersraadpleging’ (Werk in beeld (Wib), Messchendorp et al., 2002 en 2004). Het gaat hier om gevalideerde vragen over klachten aan het bewegingsapparaat, het daaraan gerelateerde verzuim, de ervaren fysieke belasting, de zorgzwaarte en de mening van medewerkers over preventiebeleid fysieke belasting (Knibbe et al., 1996, 2001, 2008). De vragen opgenomen in de Wib-vragenlijst weken op enkele kleine punten af van de lijsten gehanteerd in 2001, waardoor niet op alle punten een vergelijking met de nulsituatie, eerder onderzoek en de huidige meting mogelijk bleek. Voor zover de vergelijkingsmogelijkheid wel in het Wib-onderzoek is gehandhaafd, kunnen de gegevens ook vergeleken worden met het eerdere Wib-onderzoek uit 2002 en onderzoek dat voor die tijd in opdracht van de Stichting AWOB en AWO (thuiszorg) werd uitgevoerd (Knibbe & Friele, 1993, Friele et al., 1995, Knibbe et al., 1997 en de Sectorfondsen Zorg en Welzijn (Knibbe et al., 2001). De resultaten vindt u in hoofdstuk 3 van dit rapport.

Ad 2. Blootstelling aan fysieke overbelasting en fysieke zorgzwaarte

De gegevens die nodig zijn om de blootstelling aan fysieke overbelasting van zorgverleners in kaart te brengen zijn ook ditmaal verzameld middels de TilThermometer. De TilThermometer is

² De hoofdbronnen van fysieke belasting specifiek voor de verpleeg- en verzorgingshuizen zijn vastgesteld in eerdere onderzoeken (Knibbe et al., 1997 en Knibbe et al. 2001) en liggen ten grondslag aan de Praktijkrichtlijnen fysieke belasting genoemd in de CAO AG en opgenomen in het werkpakket Aanpak Fysieke Belasting.

³ Hulpmiddelen die hiervoor in aanmerking komen zijn gedefinieerd in eerder onderzoek en zijn opgenomen in de Praktijkrichtlijnen voor de verpleeg- en verzorgingshuizen.

⁴ De fysieke zorgzwaarte is op een valide wijze gerelateerd aan de mobiliteit van bewoners (zie Knibbe & Friele, 1999).

⁵ De BeleidsSpiegel is opgenomen in de CAO AG en werd ontwikkeld op basis van de vragenlijst gebruikt in de contextanalyses verpleeg- en verzorgingshuizen (Knibbe et al., 2001). De minimum en optimum standaarden voor beleid zijn vastgelegd in het Werkpakket Fysieke Belasting en worden aldaar per onderdeel toegelicht.

een *self-assessment* instrument dat verplicht werd gesteld in het kader van de CAO AG. Deze verplichting is inmiddels niet meer van kracht, maar dat neemt niet weg dat vrij veel instellingen nog steeds gebruik maken van het instrument. Met dit instrument kunnen instellingen primair zelf een vinger aan de pols houden voor wat betreft de risico's door de blootstelling aan fysieke belasting. Secundair daaraan worden de gegevens landelijk verzameld en dus benut voor landelijke monitoring. Analyse van de TilThermometer gegevens komt ook tegemoet aan het methodologische probleem dat de mate van blootstelling in de zorg niet valide en betrouwbaar te meten en te monitoren is middels vragenlijsten (zie o.a. Burdorf et al., 1999, 2000). Met de TilThermometer kan dit wel (Knibbe & Friele, 1999). De TilThermometer is inmiddels ook opgenomen in de CEN ISO/TR 12296.

In de TilThermometer wordt behalve de mate van blootstelling aan fysieke belasting, ook het gebruik van hulpmiddelen in kaart gebracht met daarnaast de ontwikkelingen in zorgzwaarte. Dat laatste is van belang om na te kunnen gaan welke invloed de toename van zorgzwaarte heeft op de fysieke belasting van werknemers en de activiteiten die landelijk en op instellingsniveau worden ingezet om de fysieke belasting terug te dringen. Er is immers sprake van een toename van deze zorgzwaarte door een afgenomen mobiliteit en zelfredzaamheid van bewoners. Bij de vorige monitoringsrondes werd een langzame maar gestage toename in zorgzwaarte geconstateerd en werd vastgesteld dat dit de inspanningen van instellingen op het gebied van preventiebeleid temperde. Het is nu dus opnieuw de vraag in hoeverre dit een rol speelt.

Hiermee zijn de onderzoeksvragen zoals beschreven onder 2 te beantwoorden. De resultaten vindt u in hoofdstuk 4.

Voor medewerkers in ondersteunende diensten zijn eveneens gegevens verzameld over de mate van blootstelling. Dit is nu niet meer gedaan met de RugRadar, maar met de iets verder doorontwikkelde RisicoRadar. Het is een instrument dat, net als de TilThermometer primair als self-assessment instrument is ontwikkeld, maar ook voor landelijke monitoring wordt gebruikt. Deze meting is een vierde meting. Er is dus pas later (2003) in het traject gestart met het verzamelen van gegevens van medewerkers in ondersteunende diensten. Dit instrument is niet verplicht gesteld als onderdeel van de CAO AG en de verzameling daarvan is daardoor iets lastiger. De resultaten vindt u in hoofdstuk 5.

Voor de nu ook participerende kraamzorg was een speciaal instrument beschikbaar: de KraamRadar. Deze is het afgelopen jaar ontwikkeld in opdracht van A+O VVT en dit maal is het de eerste keer dat deze gegevens systematisch zijn verzameld. Daardoor zijn er slechts in beperkte mate vergelijkingen mogelijk, al zijn er wel toetsingen mogelijk aan de normen voor fysieke belasting en vergelijkingen met de resultaten bij de andere beroepsgroepen (zorgverleners en ondersteunende diensten).

Ad 3. Preventiebeleid fysieke belasting

Een representatieve nulmeting van instellingsbeleid op het gebied van preventie fysieke overbelasting is zowel voor de thuiszorg als voor de verpleeg- als voor de verzorgingshuizen eerder uitgevoerd. De oorspronkelijke nulmeting vond plaats in de vorm van twee onderzoeken met enquêtes die op instellingsniveau zijn ingevuld. Rapportage van beide onderzoeken vond plaats als onderdeel van het stand der techniek onderzoek (Knibbe et al., 2001) en werd herhaald in 2003, 2005 en 2008. Voor de thuiszorg werd het onderzoek in 2004 uitgevoerd. De huidige resultaten van 2014/15 en een onderlinge vergelijking vindt u in hoofdstuk 6.

Gezien de complexiteit van de verschillende fases, de timing en onderdelen van het

monitoringsonderzoek wordt de meting zoals die nu is uitgevoerd in figuur 1 schematisch weergegeven. De steekproeven overlappen steeds, waardoor de belasting voor organisaties zo beperkt mogelijk gehouden is.

Figuur 1. Schematisch overzicht van de verschillende onderdelen van het monitoringsonderzoek

Vijfde meting Fysieke Belasting			
Kraamzorg, Thuiszorg en Verpleeg- en Verzorgingshuiszorg			
Onderwerp	Klachten en verzuim	Blootstelling fysieke belasting	Beleid
Instrument & type onderzoek	Vragenlijst medewerkers Steekproef allen	TilThermometers (zorgverleners) Steekproef	BeleidsSpiegel Steekproef
		RisicoRadar (medewerkers ondersteunende diensten) Steekproef	BeleidsSpiegel Kraamzorg Steekproef
		KraamRadar (medewerkers kraamzorg) Steekproef	

1.3. Opbouw onderzoeksverslag

Dit rapport is als volgt opgebouwd. Hoofdstuk 2 geeft in vogelvlucht een beeld van de maatregelen die de afgelopen jaren genomen zijn om fysieke belasting terug te dringen. Vervolgens biedt hoofdstuk 3 inzicht in de resultaten van de medewerkersvragenlijsten. Daarna volgen de hoofdstukken 4, 5 en 6 met de resultaten van de metingen naar de blootstelling aan fysieke belasting van achtereenvolgens de zorgverleners (TilThermometer, hoofdstuk 4) en medewerkers van ondersteunende diensten (RisicoRadar, hoofdstuk 5) en kraamzorgmedewerkers (KraamRadar, hoofdstuk 6). De mate waarin instellingen preventief beleid voeren komt in hoofdstuk 7 aan bod (resultaten BeleidsSpiegel). Een samenvatting met de belangrijkste conclusies treft u voor in dit rapport aan.

1.4. Dankzegging

We willen de medewerkers en instellingen die aan de verschillende onderdelen van dit onderzoek mee hebben gewerkt danken voor hun inzet, betrokkenheid en geduld. We spreken de hoop uit dat de resultaten zullen bijdragen aan een verdere verbetering van arbeidsomstandigheden, werkplezier en het werk- en zorgklimaat in de thuiszorg, de kraamzorg en de verpleeg- en verzorgingshuizen.

Hoofdstuk 2 Landelijke beleid gericht op het beperken van fysieke belasting

2.1. Inleiding

Introductie

In de Arbocatalogus VVT vormt fysieke belasting een van de belangrijkste onderwerpen. En terecht: het gaat immers om een arbo-risico dat verantwoordelijk is voor een fors deel van het verzuim. De richtlijnen en instrumenten in de catalogus moeten instellingen stimuleren en ondersteunen om een concreet preventiebeleid fysieke belasting te gaan voeren.

In dit hoofdstuk geven we een beschrijving van de speerpunten, de uitwerking daarvan in concreet beleid en activiteiten en de, ook wereldwijd, vrij unieke voorgeschiedenis van het beleid fysieke belasting zoals deze branche dat reeds enige tijd voert⁶.

Beleid fysieke belasting op basis van Praktijkrichtlijnen Fysieke Belasting

Wat wordt er nu precies verstaan onder zo'n beleid? Wat zijn de criteria voor een goed preventiebeleid? Als antwoord daarop zijn door de branche de Praktijkrichtlijnen Fysieke Belasting opgesteld in nauwe samenspraak met de praktijk. Dit zijn verantwoorde, praktijkgerichte en in de praktijk uitvoerbare afspraken over de manier waarop te zware fysieke belasting voorkomen kan worden. Deze richtlijnen geven iedereen duidelijkheid over de grenzen tussen toelaatbare en niet meer toelaatbare belasting tijdens het werk. Ze vormen daarmee de basis voor een effectief preventiebeleid in een instelling. Van belang is dat ze niet volledig dekkend zijn: ze dekken de vijf belangrijkste oftewel 'hoofdbronnen' van fysieke belasting.

De richtlijnen voor de *uitvoering* van handelingen zelf zijn gebaseerd op algemeen aanvaarde gezondheidkundige normen. Ze zijn ook te vinden in de Arbocatalogus VVT. Daarnaast zijn er richtlijnen die gaan over het *beleid* om die afspraken ook echt te kunnen uitvoeren. Om bijvoorbeeld met hulpmiddelen te kunnen werken, zullen er ook trainingen gegeven moeten worden in het gebruik van die hulpmiddelen. Zonder die trainingen heeft investeren in hulpmiddelen weinig zin en kan het zelfs gevaarlijk zijn. Vaardigheid in het gebruik blijkt ook in onderzoek een van de belangrijkste voorwaarden voor regelmatig gebruik. Ook zal de ruimte zich moeten lenen om met grotere hulpmiddelen te kunnen werken en zullen zaken als 'onderhoud van hulpmiddelen' goed geregeld moeten zijn. Dan hebben we het dus over allerlei randvoorwaarden om een preventiebeleid fysieke belasting te kunnen voeren. Deze richtlijnen zijn eveneens in het werkpakket verwerkt en opgenomen in de BeleidsSpiegel en de bijbehorende toelichting in de Arbocatalogus VVT (zie hoofdstuk 6 voor de huidige stand van zaken).

Alle Praktijkrichtlijnen zijn opgesteld voor zowel zorgverleners als medewerkers in ondersteunende diensten. Voor de Kraamzorg zijn destijds aparte richtlijnen opgesteld (Groene Praktijkregels) die inmiddels ook zijn opgenomen in de reguliere Arbocatalogus VVT.

⁶ Dit hoofdstuk overlapt daardoor voor een belangrijk deel met het zelfde hoofdstuk in eerdere metingen (Knibbe et al, 2003) en we verwijzen dan ook voor meer details naar die eerdere rapportage.

Nieuwe: CEN ISO/TR, beroepsinhoudelijke richtlijn en meer zelfredzaamheid

Behalve het integraal verwerken van deze richtlijnen in de Arbocatalogus en het in 2014 actualiseren daarvan zijn er nog drie relevante ontwikkelingen te melden sinds de vorige meting in 2008.

Allereerst zijn de Nederlandse richtlijnen en dan met name de VVT Praktijkrichtlijnen Fysieke Belasting zoals opgenomen in de Arbocatalogus inmiddels (2012) integraal opgenomen in vertaalde vorm in de CEN ISO/TR 12296. Daarmee gelden ze wereldwijd als een van de vier belangrijkste voorbeelden op dit vlak, hetgeen een erkenning is voor de aanpak zoals die is gekozen (zie ISO Geneva en Hignett et al., 2012).

Ten tweede zijn de Praktijkrichtlijnen ook als richtlijn erkend door de beroepsvereniging V&VN, Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland. Dit opent de weg naar afstemming van deze richtlijn op de andere richtlijnen en andersom. Dat kan gezien worden als een voordeel omdat bijvoorbeeld het beschermen van de gezondheid van zorgverleners wel eens haak kan staan op het beschermen van de gezondheid van de cliënt. Zo is het bijvoorbeeld uit oogpunt van het voorkomen van decubitus zaak dat er niet over het matras geschoven wordt omdat dat de huid van de cliënt kan beschadigen. Het advies luidt dan om te tillen, los van de ondergrond. Ergonomisch gezien luidt het advies precies andersom. Het onderling afstemmen van richtlijnen is dus van groot belang zodat zorgverleners niet met een dilemma opgezadeld worden en zodoende veelal hun eigen gezondheid in gevaar brengen en voor het belang van de cliënt kiezen.

Ten derde is er de afgelopen jaren een steeds sterkere trend naar het bevorderen van de zelfredzaamheid en autonomie van de cliënt. Ook hier is afstemming op het beleid fysieke belasting van groot belang. Het is goed mogelijk om dit optimaal af te stemmen zodat de cliënt maximaal zelfredzaam is en de zorgverlener niet overbelast wordt, maar dit is niet altijd eenvoudig. Als voorbeeld geldt dat een cliënt wellicht snel met een tillift verplaatst wordt, terwijl hij wellicht nog wel restfuncties heeft die gestimuleerd moeten worden. Een op maat gesneden aanpak kan dan toch ergonomisch en zorginhoudelijk verantwoord zijn.

2.2. De basisprincipes: een bronaanpak op basis van normen

Voor werkelijk effectief beleid blijkt het van belang te zijn om te werken met duidelijke grenzen. Voor alle activiteiten die te zwaar zijn moet een oplossing komen. We noemen dat ook wel een 'bronaanpak'. De bron van fysieke belasting zelf wordt dan aangepakt. In de praktijk heeft deze aanpak allerlei namen gekregen, zoals 'anti-tillen' of 'zero-lifting'. Uit onderzoek, ook in verpleeg- en verzorgingshuizen, blijkt het een effectieve aanpak te zijn (Knibbe et al., 2001, Hignett et al., 2003, Nelson et al., 2007, Hignett et al., 2012, Koppelaar et al., 2012). Een te zware handeling kan bijv. voorkomen worden door een bewoner die dat kan zodanig te stimuleren dat deze zelf de transfer naar het toilet maakt. Dat heeft niet alleen ergonomische voordelen, maar ook voor het behoud van zelfredzaamheid, wat, zoals we aangaven in toenemende mate van belang wordt geacht. Wanneer dat niet mogelijk is wordt er een tillift of een ander hulpmiddel gekozen. Uitsluitend training in handmatige vaardigheden in til- en transferhandelingen blijkt onvoldoende te helpen om klachten aan het bewegingsapparaat te voorkomen. Er worden dan immers systematisch algemeen aanvaarde grenzen voor fysieke belasting overschreden. En die grenzen, zoals zichtbaar wordt in de Praktijkrichtlijnen, worden vrij snel overschreden.

2.3. Bewoners

Uit deze beschrijving hierboven wordt ook duidelijk dat de bewoner (of thuis de cliënt) hierin een grote rol speelt. Tijdens de zorg voor bewoners vinden veel handelingen plaats die zwaar

kunnen zijn en afhankelijk van de mate van zelfredzaamheid van de bewoner zal dit zwaarder of minder zwaar zijn. Grofweg gezegd is het zo dat naarmate de bewoner minder kan, er meer begeleiding nodig zal zijn en dat ook de kans op fysieke overbelasting bij de zorgverlener toeneemt. Het stimuleren van zelfzorg bij bewoners is in toenemende mate een doelstelling in de zorg en is verwerkt in dit nieuwe monitoringsonderzoek. Dat betekent dat het stimuleren van zelfzorg zowel van belang is voor de kwaliteit van zorg als voor het optimaliseren van de arbeidssituatie. Dit houdt in dat er een direct verband is tussen de kwaliteit van zorg en de kwaliteit van het werk. Een goed preventiebeleid betekent dat kwaliteit van zorg en kwaliteit van werk hand in hand gaan. De praktijkrichtlijnen houden daar nu meer rekening mee dan de eerdere versies en in deze monitoringsronde is expliciet daarnaar gekeken.

2.4. Richtlijnen en instrumenten

Alleen praktijkrichtlijnen zijn echter niet voldoende. Alleen het signaleren van een probleem is niet genoeg. Het gaat erom dat er ook daadwerkelijk iets gebeurt. De praktijkrichtlijnen zijn dan ook uitgewerkt naar drie instrumenten die gebruikt kunnen worden om problemen rond fysieke belasting in kaart te brengen en om op basis daarvan een plan van aanpak te formuleren. Het eerste instrument is de BeleidsSpiegel, die het beleid fysieke belasting in kaart brengt; het tweede, derde en vierde zijn de TilThermometer, de RisicoRadar en de KraamRadar, die de mate van blootstelling aan fysieke overbelasting vaststellen⁷. Deze vier instrumenten zijn duidelijk herkenbaar (zie onder) in de wijze waarop het monitoringsonderzoek plaatsvindt. De resultaten kunnen ook direct door instellingen benut worden voor een plan van aanpak.

<i>Uitgangspunten:</i>	<i>Problematiek in kaart brengen met:</i>	<i>Resultaat:</i>
<i>Praktijkrichtlijnen</i>	- <i>TilThermometer (blootstelling)</i> - <i>RisicoRadar (blootstelling)</i> - <i>KraamRadar (blootstelling)</i> - <i>BeleidsSpiegel (beleidsniveau)</i>	<i>Plan van aanpak</i>

2.5. Een plan van aanpak gericht op afname blootstelling aan te zware fysieke belasting

De afspraken in de CAO AG waren destijds niet vrijblijvend. Centraal stond de inspanningsverplichting om de fysieke overbelasting van werknemers met 30% terug te dringen in een periode van 36 maanden. Een belangrijke voorwaarde voor het realiseren van een dergelijke doelstelling was het maken van een concreet en toetsbaar plan van aanpak. Belangrijk daarbij was dat de gesignaleerde verbeterpunten, waarvan vastgesteld wordt dat

⁷ In meer algemene zin sluiten de richtlijnen en de beide instrumenten ook aan bij de RI&E Zorg en Arbo scan. De RI&E Zorg is meer algemeen; deze instrumenten geven een specifiek beeld en bieden een verdiepingsslag. .

deze niet of niet binnen een periode van 36 maanden afdoende kunnen worden aangepakt, in een afzonderlijke paragraaf opgenomen moesten worden. Dit onder vermelding van de reden(en) waarom een (afdoende) aanpak niet (binnen een periode van 36 maanden) mogelijk is.

Het is van belang te benadrukken dat het beleid in de CAO AG dus op zich al een vervolgbeleid is op eerder in gang gezette activiteiten. Het startpunt voor de invoering van een bronaanpak ligt daarmee eerder, al is de schaal waarop er vanuit de CAO AG de activiteiten in gang zijn gezet beduidend forser en veel minder vrijblijvend.

Op basis van eerder onderzoek zijn met name door de inmiddels niet meer bestaande stichting AWOB in het verleden ook concrete implementatiestappen ondernomen. Behalve een subsidieregeling voor hulpmiddelen werden instellingen middels een werkboek 'De Zorg een Last?' gestimuleerd fysieke belasting aan te pakken. Het gebruik van dit werkboek werd bevorderd middels een serie regionale workshops.

Deze eerdere maatregelen zijn vloeiend overgegaan in het pakket van maatregelen zoals dat vanuit de CAO AG is genomen. Sinds 2000 overwogen sociale partners en de ministeries van VWS en SZW een arboconvenant te sluiten net zoals dat in alle andere zorgbranches is gebeurd. Een belangrijke stap in dit proces was het afsluiten van een intentieverklaring om te komen tot een arboconvenant. Dit heeft in de VVT (wel in de thuiszorg) niet zoals in andere zorgbranches geleid tot een werkelijk arboconvenant. Dat neemt niet weg dat op het gebied van fysieke belasting maatregelen genomen zijn die qua inhoud en doelstellingen vergelijkbaar tot meer ambitieus zijn met de maatregelen genomen in andere branches.

Een verschil met andere zorgbranches is wel dat er geen gebruik gemaakt kon worden van de subsidieregeling voor aanschaf van til- en transferhulpmiddelen die beschikbaar kwam zodra een convenant zou worden gesloten. Wel heeft de branche zelf uit andere bronnen een meer beperkte subsidie beschikbaar gesteld die als vervanging heeft gefunctioneerd. Verder hebben instellingen hun trainingen in het kader van fysieke belasting ook gerealiseerd via andere subsidiekanalen, zoals die voor scholing en opleiding.

Ook op dit moment worden meer en minder intensieve maatregelen genomen gericht op het fysiek aanvaardbaar maken van het werk in de zorg, al zijn er geen grote landelijke activiteiten of beleidsbeslissingen geweest vanaf 2005.

Hoofdstuk 3 Aard en omvang van de problematiek

*rugklachten en andere klachten aan het bewegingsapparaat
en de mening van werknemers over de zwaarte van hun werk*

3.1. Inleiding

Klachten aan het bewegingsapparaat

Veel werknemers in de CARE (thuiszorg, verpleeg- en verzorgingshuizen) en de Kraamzorg hebben te maken met lichamelijk zwaar werk. Het kan daarbij gaan om het tillen/transfers van passieve bewoners, maar ook om moeilijke houdingen bij het schoonmaken van kamers of de keuken, het verzorgen van babies in de kraamzorg of het lang achter een beeldscherm werken. Fysiek belastende werkzaamheden kunnen, wanneer ze te belastend zijn, leiden tot klachten aan het bewegingsapparaat. Klachten aan het bewegingsapparaat vormen één van de belangrijkste oorzaken van verzuim en arbeidsongeschiktheid. Eén derde tot één vierde van de verzuimgevallen wordt er aan toegeschreven.

Daarom zijn expliciete richtlijnen afgesproken voor fysiek belastend werk: de Praktijkrichtlijnen Fysieke Belasting. Een belangrijke en collectieve doelstelling is om door middel van het toepassen van deze richtlijnen een goed preventiebeleid in instellingen te bevorderen. Daardoor kan de blootstelling aan lichamelijk overbelasting teruggebracht worden, waardoor het aantal medewerkers met klachten aan het bewegingsapparaat af kan nemen. Zo kan ook het daarmee samenhangende verzuim en arbeidsongeschiktheid verminderd worden. Het blijkt dat deze aanpak op instellingsniveau ook inderdaad effectief is. Voor de details daarover verwijzen we naar de onderzoeken die als voorbereiding en monitoring zijn uitgevoerd (Knibbe et al., 2001, 2003, 2005 en 2008)⁸.

Monitoring en eerdere resultaten op het gebied van fysieke belasting

Naast het maken van afspraken is het belangrijk ook bij de medewerkers zelf een vinger aan de pols te houden. Daarom gaan we na hoe groot de problematiek rondom fysieke belasting is en of er sprake is van verbetering. Met betrekking tot fysieke belasting werden in eerdere medewerkersraadplegingen twee hoofdconclusies getrokken. Allereerst vond men dat fysieke belasting een sterke samenhang vertoont met de tevredenheid van de medewerker met het werk. Minder fysieke belasting betekende een grotere tevredenheid met het werk. Ten tweede concludeerden de onderzoekers dat maatregelen ter vermindering van fysieke belasting een belangrijk aandachtspunt vormen voor sociale partners voor de aanscherping van branche- en instellingsbeleid.

In de tweede medewerkersraadpleging (2004) bleek weinig verandering te constateren in vergelijking met 2002. Een uitzondering werd gemaakt voor werkdruk en lichamelijke belasting waarop men zowel significante als relevante verschillen constateerde. Verder bleek de door de onderzoekers samengestelde schaalscore voor lichamelijke gezondheid significant beter te zijn dan in 2002. Tenslotte werden er op de feitelijke vragen in algemene zin nauwelijks verschillen geconstateerd. Een uitzondering werd gemaakt voor een toename van het aantal medewerkers

⁸ De Praktijkrichtlijnen fysieke belasting en een samenvatting van het genoemde onderzoek zijn op te vragen.

dat met bewonergebonden til- of transferprotocollen werkte en de toegenomen snelheid waarmee vacatures vervuld werden. Opvallend was zodoende dat in dit zeer grootschalige onderzoek, nauwelijks verschillen werden gevonden, met uitzondering van de toch vrij duidelijke verschillen op het gebied van het arbo-risico fysieke belasting. Desondanks constateerden de onderzoekers op dat moment dat fysieke belasting een belangrijk aandachtsgebied blijft.

In 2008 ervaart men een toename in lichamelijke zorgzwaarte. Een derde tot de helft (43%) van de respondenten geeft aan dat het werk de voorbije 3 maanden zwaarder is geworden. Na een enigszins stabiele situatie over de jaren 2003 en 2005 zien we in 2008 een lichte stijging.

De mening van werknemers over het preventieve beleid in de eigen instelling was in 2003 en 2005 verbeterd, maar werd in 2008 minder positief. De steun voor de Praktijkrichtlijnen was onveranderd groot (73%) en er waren meer instellingen die met Ergocoaches werkten. Wel ziet de helft van de werknemers er tegenop om op oudere leeftijd in de zorg te blijven werken.

We zullen nu de resultaten van deze onderzoeksronde bespreken, waarbij opgemerkt zij dat het interval groter is dan tussen de eerdere onderzoeks rondes waar dit veelal 2-3 jaar bedroeg. Nu is dat meer dan dubbel zo lang: 7 jaar.

3.2. De vraagstellingen

In dit hoofdstuk staat de beantwoording van de volgende vraagstellingen centraal.

- 1a. *Wat is de prevalentie van klachten aan het bewegingsapparaat bij werknemers en het daaraan gerelateerde verzuim?*
- 1b. *Welke verschillen zijn hierin te constateren in vergelijking met eerder onderzoek?*
2. *Wat is de mening van werknemers over enkele belangrijke thema's rondom fysieke belasting en de aanpak ervan?*

Voor een gedetailleerd overzicht van de methode en de exacte vraagstellingen op het gebied van fysieke belasting verwijzen we naar de eerdere onderzoeken, de beide Werk in Beeld-rapportages en onze eerdere rapportages op basis daarvan (Knibbe et al., 1999, 2003, 2005 en 2008). In het kort is er gewerkt met de volgende groepen vragen rond fysieke belasting:

- (1) voorkomen van klachten aan het bewegingsapparaat,
- (2) de mening over preventiebeleid fysieke belasting zoals dat in de eigen instelling of organisatie wordt gevoerd.

In de eerste groep gaat het om gestandaardiseerde vragen die de mate waarin klachten aan het bewegingsapparaat voorkomen in kaart brengen. Aanvullend zijn vragen gesteld over de algehele 'lichamelijke belasting' die medewerkers in de instelling ervaren en over mogelijke veranderingen in de lichamelijke zwaarte van het beroep. Tenslotte zijn stellingen opgenomen aan de hand waarvan werknemers hun mening kunnen geven over de bekendheid met algemene richtlijnen op het gebied van fysieke belasting en over het (preventie)beleid fysieke belasting in de eigen instelling en enkele extra vragen over de forse veranderingen die zich momenteel voordoen in de zorg. De vragenlijst is ook dit maal kort gehouden om de belasting voor instellingen en medewerkers zo beperkt mogelijk te houden.

Het is van belang hier te melden dat een meer exact en betrouwbaarder beeld van de blootstelling aan fysieke belasting en de genomen maatregelen verkregen wordt via de instrumenten TilThermometer, RisicoRadar en KraamRadar (zie hoofdstuk 4, 5 en 6). Wel is het zo dat door de conclusies onderling te vergelijken meer zekerheid kan worden verkregen over uitkomsten. Wanneer bijvoorbeeld de uitkomsten van zowel de medewerkervragenlijst als de

TilThermometer dezelfde richting wijzen is dat een bevestiging van de conclusies in de vorm van convergerende validiteit.

3.3. Resultaten

De antwoorden op de onderzoeksvragen zullen in dit hoofdstuk nu achtereenvolgens besproken worden. Waar mogelijk worden referentiegegevens voor functiegroepen in de zorg, algemene beroepsgroepen en eerdere onderzoeksgegevens afkomstig van verpleeg- en verzorgingshuizen opgenomen. Het gaat dan vooral om eerder onderzoek, uitgevoerd in opdracht van de Stichting AWOB, ZonMw, Sectorfondsen Zorg en Welzijn V&V branche en het Sociaal Overleg Verpleeg- en Verzorgingshuizen (zie Knibbe & Friele, 1993, Friele (red.), 1996, Knibbe et al., 2001 en Knibbe et al., 2003, Knibbe et al., 2005, Knibbe et al., 2008, Hignett et al., 2012 Koppelaar et al., 2012).

21

3.3.1. Aantal respondenten en respons

Aan het huidige onderzoek hebben 3.112 medewerkers deelgenomen, waarvan 2.106 zorgverleners en daarbinnen weer 145 kraamverzorgenden. De overigen zijn medewerkers van ondersteunende diensten (n=1.006).

Voor wat betreft leeftijds- en geslachtsverdeling zijn er geen significante verschillen met de voorgaande rondes. De groep is gemiddeld 43,3 jaar en voor meer dan 90% (94%) vrouw. De meeste mannen komen voor in de groep medewerkers in ondersteunende diensten en het minst in de kraamzorggroep. In de thuiszorg en de verpleeghuizen zijn de werknemers gemiddeld iets ouder dan in de overige groepen.

De vragenlijsten zijn uitgezet onder een steekproef van instellingen, waarvan ook in wisselende combinaties andere gegevens zijn verzameld, onder meer met de TilThermometer, RisicoRadar, KraamRadar en BeleidsSpiegel. Er is voor deze wisselende combinaties gekozen om de belasting voor organisaties zo laag mogelijk te houden. Dit verklaart de soms grote verschillen in aantal participerende instellingen per onderzoeksinstrument. De respons op de vragenlijst is in elk geval berekend op 64,4% en was hoger onder uitvoerend zorgverleners (69,2%) en lager onder medewerkers van ondersteunende diensten (54,1%).

3.3.2. Klachten aan het bewegingsapparaat (prevalentievragen) en gerelateerd verzuim

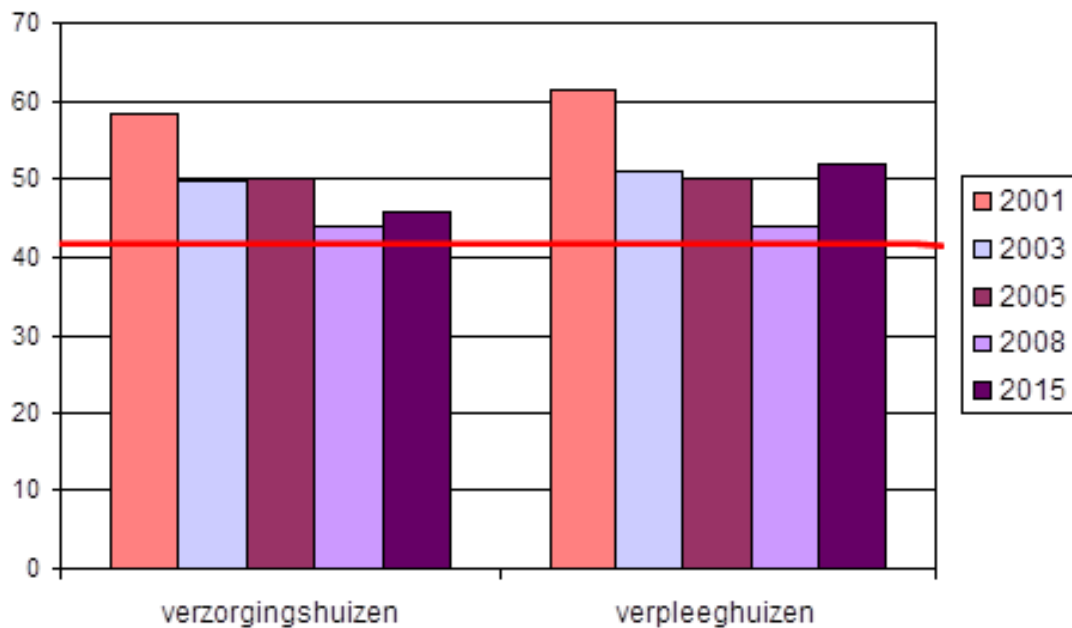
Rugklachten laatste 12 maanden

De belangrijkste vraag die gesteld is, luidt 'Heeft u de laatste 12 maanden last van uw rug gehad?'. Deze algemene vraag verwijst naar de *12-maandsprevalentie* en is een standaard vraag in epidemiologisch onderzoek (in dit geval afkomstig uit de NORDIC-standaard), die het mogelijk maakt onderzoeksuitkomsten onderling te vergelijken. Er zijn zodoende bijvoorbeeld ook gegevens bekend van het RIVM en van beroepsgroepen buiten de zorg die met een vergelijkbare vraagstelling zijn verzameld. Zo worden 12-maandsprevalenties gerapporteerd variërend van 27% voor onderhoudspersoneel, 34% voor kantoorpersoneel, 59% voor betonwerkers en tenslotte 65% voor vorkheftruckchauffeurs (Burdorf, 1992). Het gemiddelde voor de vrouwelijke, algemene bevolking schommelt rond de 40-42% (RIVM div, Picavet et al. 2000-2001).

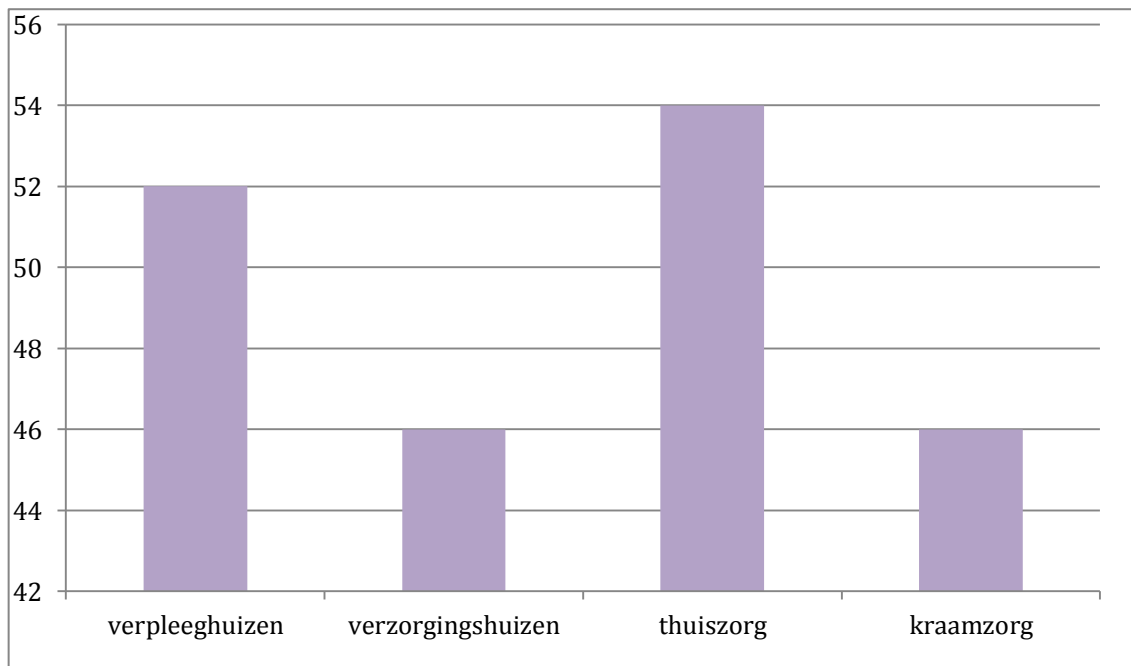
In vergelijking met de eerdere metingen en de referentiebestanden is er onder de uitvoerend zorgverleners (N=2.106) een lichte verslechtering te constateren. De 12-maandsprevalentie blijkt licht te zijn gestegen in vergelijking met de overige onderzoeksrondes (nu 49%, na 44,0%,

tweemaal rond de 50% en als eerste rond de 60% bij eerdere metingen)(zie figuur 3.1.). Dit is een indicatie dat er kennelijk een terugval aanwezig is. Deze is niet sterk en de situatie blijft beter dan het startniveau (60%), maar er is wel sprake van een lichte en significante achteruitgang.

Figuur 3.1. 12 maandsrugklachtenprevalentie bij uitvoerend zorgverleners in eerder onderzoek (Knibbe et al., 2001, 2003, 2005, 2007 en 2015. (Toelichting zie tekst: de horizontale lijn (42%) geeft het gemiddelde van de Nederlandse bevolking weer (Picavet et al., 2000/1))



Voor de subgroep 'thuiszorg' ligt het percentage nog relatief hoog, namelijk 54%. Het startniveau was daar echter ook hoger met meer dan 65-70% (Knibbe & Friele, 1993 en 1997). Helaas zijn er voor de thuiszorg geen tussentijdse landelijke metingen geweest. Vanuit de (inter)nationale onderzoeksliteratuur en de instellingsgebonden onderzoeken die met regelmaat door ons worden uitgevoerd is wel bekend dat de 12-maands prevalentie onder thuiszorgmedewerkers veelal hoger is dan die in de verpleeg- en verzorgingshuizen. Dat zien we hier dus ook. Internationaal (ISO, IPPHE) en op Europees niveau wordt er dan ook voor gepleit om specifiek aandacht te besteden aan de complexiteit van het werken bij iemand thuis (ErgoBank, 2015). Traditioneel heeft ons land veel aandacht aan ergonomie thuis besteed, maar gezien de hoge prevalentie is dat nog niet afdoende geweest. Verder in dit rapport zullen we nader inzoomen op mogelijke oorzaken hiervan.



Figuur 3.2. 12 maandsrugklachtenprevalentie bij uitvoerend zorgverleners in de vier onderzochte branches (N=2.106)

Voor de kraamzorg ligt het percentage slechts iets hoger dan gemiddeld. Het gemiddelde voor de Nederlandse vrouw ligt, zoals aangegeven rond de 40-42%. Voor de kraamzorg vonden we een percentage van 46%. Vergelijkingsmateriaal uit eerdere rondes ontbreekt, maar afgaande op dit percentage lijkt er geen sprake van een fors probleem. Wel merken we op dat de onderzoeksgroep in de kraamzorg relatief klein was ($n=145$), waardoor er een grotere onderzekerheidsmarge in de uitkomsten zal zitten in vergelijking met de uitkomsten voor de overige branches.

Subgroepen als risicogroep

We zien nu, in tegenstelling tot voorgaande rondes, niet dat de jongere en minder ervaren krachten een verhoogde prevalentie melden. Bij uitsplitsing per branche lijkt dit wel enigszins te gelden voor de jongste groep (< 25 jaar) in de verpleeghuizen, maar bij toetsing blijkt dit geen significant verschil te zijn.

Wel is er wederom sprake van een significant hogere prevalentie voor de oudere zorgverleners: de groep 55-plussers. Dat geldt overigens eveneens voor het daarmee samenhangende verzuim. Het verzuim door rugklachten in de leeftijdsgroep 55-plus is 1,3 keer zo groot dan dat in de leeftijdscategorie onder de 55 jaar. Dat geldt dus zowel voor de prevalentie van klachten als voor het daarmee samenhangende verzuim en het geldt voor alle zorgbranches. Alleen voor de kraamzorg kunnen we geen uitspraak doen omdat we deze uitsplitsing niet konden maken in verband met de kleine groepsgrootte.

Dit minder gunstige beeld bij de 55-plus groep geldt het sterkste in de verpleeghuisgroep en de thuiszorg.

Overigens wordt door Vernet en in de Sectorrapportage Zorg en Welzijn 2010-2012 gemeld dat het langdurig verzuim langzaam stijgt en dat dit het snelst stijgt onder de groep werknemers van 55 jaar en ouder. Dit is te zien als een verontrustende ontwikkeling gezien het feit dat deze leeftijdsgroep in omvang toeneemt door de vergrijzing van het personeelsbestand (Vernet Viewer voor de VVT Branche, 2014, Sectorrapportage Zorg en Welzijn 2010-2012).

Ondersteunende diensten

Medewerkers in ondersteunende diensten scoren net als alle eerdere rondes wederom als groep ongeveer op het gemiddelde van de Nederlandse bevolking en lijken zodoende geen bijzondere risicogroep te vormen. Maar omdat deze groep zeer divers is samengesteld is, net als in eerdere onderzoeks rondes, een nadere uitsplitsing gemaakt, waarbij de uit eerder onderzoek bekende risicogroepen nader zijn bekeken. Dan blijken ook nu de groepen medewerkers keuken, technische dienst/onderhoud en medewerker vervoer/magazijn een (licht) verhoogde prevalentie te laten zien (45-67%).

Wat in deze ronde opmerkelijk is, is dat de bandbreedte per organisatie fors kan zijn. We zien in enkele organisaties, als we de resultaten nesten per organisatie, een prevalentie richting of boven de 60-65% waar vergelijkbare functiegroepen in andere organisaties lager dan 40% scoren. Bij de hoge prevalenties zou dat direct aanleiding voor actie moeten zijn, zeker omdat de feitelijke belasting bij die groepen soms (uitzonderlijk) fors blijkt te zijn (zie verder de resultaten van de RisicoRadar). Het lastige is wel dat dit gaat om subgroepen bij enkele instellingen. Er zijn zodoende geen algemene, brancheoverstijgende, uitspraken over te doen anders dan het signaleren van die bandbreedte in klachten en bijbehorende blootstelling. Wel pleit dit er voor om wat actiever maatwerk voor dit soort groepen te leveren. Zeker gezien het feit dat we dus elke ronde weer, deze groepen op vrij vergelijkbare wijze in beeld krijgen en de RisicoRadar gegevens de resultaten van de vragenlijsten bevestigen en er dus geen verbetering zichtbaar is in de loop van de onderzoeks rondes.

Net als bij de zorgverleners zien we overigens bij de hoog-risicogroepen dat het verzuim door rugklachten hoger is bij de 55-plus groep. Een uitsplitsing per branche kon niet gemaakt worden omdat de groepsgrootte voor deze sub-analyse daar te klein voor was.

Andere klachten aan het bewegingsapparaat

Rugklachten vormen uiteraard niet het enige type klacht aan het bewegingsapparaat. Nek/schouder en armlklachten bleken in eerder onderzoek relatief veel voor te komen en qua volume het ziekteverzuim als gevolg van rugklachten te overtreffen.

Tabel 3.1. bevat een gedetailleerd overzicht van de huidige gegevens over vier soorten klachten aan het bewegingsapparaat bij werknemers over de laatste drie maanden, alsmede van het daarmee samenhangende ziekteverzuim in een periode van drie maanden. Ter vergelijking zijn hier ook de gegevens over rugklachten in de laatste drie maanden en het bijbehorende verzuim bovenaan in de tabel geplaatst. Het totale verzuimvolume (de som van de percentages verzuim), als grove indicator van het verzuim gerelateerd aan klachten aan het bewegingsapparaat, is sinds de vorige keer wederom iets verder afgenomen. De toen ingezette daling zet zich verder door. Dit is een opmerkelijke ontwikkeling gezien het feit dat de onderliggende klachten iets zijn toegenomen in ernst en omvang.

Deze ontwikkeling kan deels in lijn gezien worden met de conclusies uit de meest recente landelijke verzuim gegevens van Vernet en die van de sectorrapportage uit 2012 waar een daling en, begin 2015, een lichte stijging gezien wordt van het verzuim in zijn algemeenheid. In die rapportages wordt een lichte stijging geconstateerd van het langdurige verzuim en dan met name in de hoogste leeftijdscategorie.

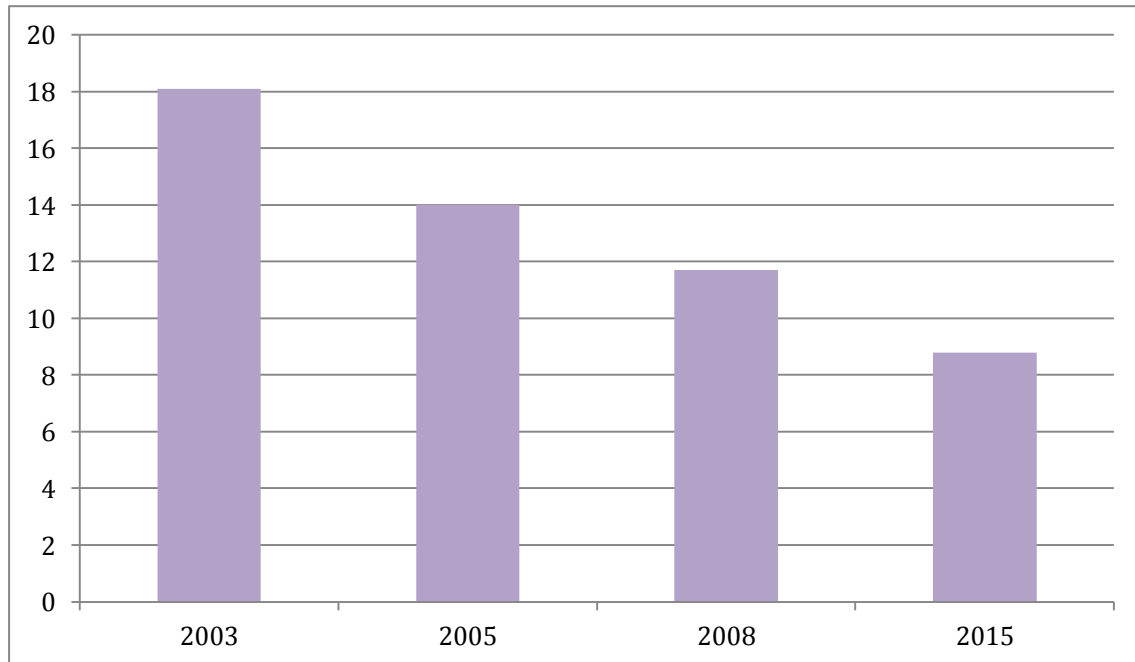
We zien in onze gegevens dat deze daling van het verzuim in combinatie met die toename in de

groep 55-plus ook aanwezig is. We zien echter eveneens dat de ernst van de onderliggende problemen niet is afgenomen en juist is toegenomen sinds 2008. Dit kan niets anders betekenen dan dat er kennelijk meer doorgewerkt wordt met klachten. Dit kan leiden tot een lagere productiviteit, zoals ook Bronkhorst (2014) aangeeft met de term 'presenteisme'. Men is wel op het werk, maar is minder productief door de klachten. Zij meldt dat 60% van de zorgverleners dit een of meerdere malen per jaar zou doen en dat dit met name speelt rond klachten aan het bewegingsapparaat. Onze gegevens in de loop van de tijd bevestigen dit beeld en ook dat het in feite altijd al aanwezig was. De nieuwe resultaten van deze laatste monitoringsronde die een periode van meer dan 15 jaar omvat, laten ook zien dat de neiging om door te werken met klachten toeneemt in de loop van de monitoringsperiode. We vinden immers geen aanwijzingen dat de klachten minder ernstig zouden zijn in termen van frequentie of duur. In tegendeel, er zijn indicaties van een lichte toename in ernst en omvang (duur, frequentie). Dit bevestigt dat de neiging om door te werken is toegenomen.

Tabel 3.1. Percentages zorgverleners met klachten aan het bewegingsapparaat in de laatste 3 maanden en daarmee samenhangend verzuim (N=2.106)

	2003	2005	2008	2015
<i>Prevalentie klachten laatste 3 maanden</i>				
Rugklachten	40,5%	39,2%	36,6%	39,2%
<i>verzuim als gevolg van</i>	6,0%	4,9%	4,8%	2,6%
Knieklachten	14,0%	14,7%	14,6%	18,6%
<i>verzuim als gevolg van</i>	1,7%	1,6%	1,7%	1,5%
Nek/schouderklachten	39,5%	39,2%	39,9%	43,0%
<i>verzuim als gevolg van</i>	5,1%	4,4%	3,6%	2,5%
Hand/polsklachten	22,0%	23,2%	22,5%	26,4%
<i>verzuim als gevolg van</i>	5,3%	3,1%	1,6%	2,2%
Totaal verzuim-volume	18,1	14,0	11,7	8,8

In tabel 3.1. is zichtbaar dat met name nek/schouder/ hand/pols klachten iets meer voorkomen en, gecombineerd, qua verzuimvolume het verzuim als gevolg van rugklachten overstijgen. De oorzaken van dit type klachten moeten eerder gezocht worden in allerlei vormen van statische belasting (bijv. tijdens wassen, aankleden, wondverzorging, douchen e.d. van bewoners) en manoeuvreren met zwaar materieel dan in het tillen of dragen van objecten of bewoners. Uit de resultaten van de metingen naar de blootstelling aan fysieke belasting blijkt bij meerdere functiegroepen statische belasting en het manoeuvreren met zwaar materieel een veel voorkomend knelpunt te zijn. Het is zonder meer aan te bevelen hier nauwgezet naar te kijken en in het implementatietraject hier rekening mee te houden. We komen hier later in het rapport (zie hoofdstuk 5) op terug. Overigens komt ook uit de analyses van Bronkhorst dat inderdaad juist die statische belasting sterk gecorreleerd is aan verzuim en tegelijkertijd ook dat het werken in ongemakkelijke houdingen (statische belasting) leidt tot doorwerken met klachten. Eerder liet ons onderzoek (Knibbe et al, 2008) en onderzoek van Jansen et al., 2004 en, uit Duitsland, van Freitag et al. (2011) zien dat statische belasting een factor van betekenis is en de sterkste samenhang vertoont met langdurig verzuim door rugklachten (RR van 3.18).



Figuur 3.2. Verzuim volume (%) in een periode van 3 maanden als gevolg van klachten aan het bewegingsapparaat bij uitvoerend zorgverleners (Knibbe et al., 2003, 2005, 2008 en 2015 (n=2.106) (toelichting zie tekst)

3.3.3. Algemeen oordeel fysieke belasting

De centrale stelling waar de medewerker op kon reageren luidt: “Ik vind mijn werk lichamelijk zwaar”. In tabel 3.2. is aangegeven hoeveel procent van de medewerkers vindt dat dit vaak of zeer vaak het geval is. Het blijkt dat dit is toegenomen in vergelijking met eerdere metingen. Behalve deze zeer algemene stelling konden de respondenten reageren op enkele meer specifieke stellingen. De resultaten geven ook enig zicht op de rol die vermoeidheid speelt als het gaat om invloed op de privé situatie en op het al dan niet tegemoet komen aan vroegere verwachtingen over de zwaarte van het beroep. Daarbij moet opgemerkt worden dat de gemiddelde leeftijd van zorgverleners gestaag toeneemt, waardoor de met veroudering samenhangende snellere vermoeidheid een rol kan spelen bij besluiten om bijvoorbeeld parttime te gaan werken of het beroep te verlaten. Zeker in deze tijd waarin elke zorgverlener zwaar telt, is het van belang dat de randvoorwaarden om langer door te werken optimaal zijn. Medewerkers blijken nu minder vermoeidheid/ belasting te ervaren dan de vorige meting liet zien, al blijven de resultaten aan de hoge kant als we vergelijken met landelijke referentiebestanden met vergelijkbare meetinstrumenten uit andere bronnen (Arbo-Monitor div).

Tabel 3.2. Mening van medewerkers over de lichamelijke zwaarte van hun werk in (n= 2.106)

	2003	2005	2008	2015
Ik vind mijn werk lichamelijk belastend	37%	31%	61%	54%
Aan het eind van een dienst/werkdag ben ik lichamelijk moe	68%	63%	47%	43%
Dit werk is veel zwaarder dan ik dacht toen ik dit vak koos	35%	29%	47%	geen gegevens

Vervolgens geven we in tabel 3.3. de resultaten op de vraag naar de ervaren toe- of afname van de lichamelijke zwaarte van het werk in de afgelopen drie maanden. Weergave hiervan is van belang omdat onderzoek laat zien dat met name de lichamelijke zorgzwaarte van bewoners en cliënten gestaag toeneemt. Eerder onderzoek stelde vast dat dit veroorzaakt wordt door de zeer hoge gemiddelde leeftijd van verpleeg- en verzorgingshuisbewoners, het stijgende percentage bewoners met meervoudige zorgproblemen en de toename van de gemiddelde hulpbehoefendheid (Knibbe et al, 2001, 2003, Van Westerhoven & Van Loveren-Huyben, 1997, Van Westerhoven, 1998). Ook nu geven landelijke gegevens aan dat de zorgzwaarte toeneemt en dat er uitgesproken verschuivingen zijn in de zorg. De sluiting van verzorgingshuizen is bijvoorbeeld weer van invloed op de zorgzwaarte thuis en in verpleeghuizen. Dergelijke toenames zijn ook direct van invloed op de fysieke belasting van zorgverleners en dat kan dus de effecten van een preventiebeleid drukken. Tabel 3.3. laat zien dat er, in vergelijking met de vorige metingen sprake is van een lichte stijging van de ervaren lichamelijke zwaarte van het werk. Er blijft netto (het percentage medewerkers dat het zwaarder vindt worden minus het percentage dat het werk lichter vindt worden) een voortdurende toename aanwezig in de beleving van de werknemers. Bijna de helft geeft immers aan dat het zwaarder is geworden en slechts zo'n maximaal 5% dat het lichter is geworden.

Behalve de *ervaren* zwaarte is uiteraard ook de meer objectieve toe- of afname van belang. Middels de resultaten van de TilThermometer krijgt u daar zicht op (zie hoofdstuk 4).

Tabel 3.3. Ervaren veranderingen in de lichamelijke zwaarte van het werk (%) (N=2.106)

Is er de laatste 3 maanden iets veranderd in de lichamelijke zwaarte van uw werk ?				
	2003	2005	2008	2015
ja, het is zwaarder geworden				
zorgverleners	40%	40%	43%	46%
ja, het is lichter geworden				
zorgverleners	4,3%	4,1%	4,0%	4,4%

3.3.4. Uitkomsten op vragen over preventiebeleid

In de vragenlijst zijn ook enkele vragen over *preventiebeleid* fysieke belasting verwerkt. De stellingen geven inzicht in het draagvlak voor en bekendheid met de preventieve aanpak. Landelijk kiest men immers voor duidelijke richtlijnen fysieke belasting: de Praktijkrichtlijnen. Deze richtlijnen zijn voor zowel ondersteunende diensten als voor zorgverleners opgesteld en

maken integraal onderdeel uit van de Arbocatalogus⁹. Ze geven aan wanneer een handeling gezondheidkundig nog verantwoord is en wanneer dat niet meer het geval is.

Een van de belangrijkste richtlijnen is die voor tilhandelingen. Deze richtlijn gaat uit van een maximaal verantwoord tilgewicht van 23-25 kg om nog handmatig te mogen tillen en is gebaseerd op een advies van de Gezondheidsraad. Verdere belangrijke beleidsthema's die zijn nagevraagd zijn voorlichting, training en hulpmiddelen, belemmeringen door gebrek aan de juiste (til)hulpmiddelen, het gebouw als werkomgeving, het werken met bewonergebonden til- of transferprotocollen. Van al deze thema's staat op basis van eerder onderzoek vast dat ze een belangrijke rol spelen bij de implementatie van preventiebeleid fysieke belasting en ook is bekend hoe instellingen zelf aangeven aan deze thema's te werken. Voor de details verwijzen we naar dat onderzoek (Knibbe et al., 2001). Samengevat bleek dat het in die periode (2001) ontbrak aan voldoende (til)hulpmiddelen en werkmaterialen, dat meer dan de helft van de instellingen werkte met bewonergebonden protocollen en dat het gebouw forse beperkingen veroorzaakte voor gezond werken. Nieuw toegevoegd is in 2014 een stelling over de invloed van de huidige veranderingen in de zorg en de invloed op de lichamelijke zwaarte van het werk. De helft (50%) bevestigt dat dit het geval is.

De huidige situatie en een vergelijking met de eerdere situatie staat beschreven in hoofdstuk 6 van dit rapport. Tabel 3.4. geeft aan hoe medewerkers daar momenteel zelf tegenaan kijken en welke mening ze daar voorheen over hadden.

Tabel 3.4. Resultaten op stellingvragen rondom preventiebeleid fysieke belasting (percentages 'mee eens', 'volledig mee eens') (N=3.112)

	2003	2005	2008	2015
Ik vind dat mijn instelling voldoende aandacht besteedt aan het voorkomen van rugklachten	50%	56%	47%	43%
Ik beschik over voldoende hulpmiddelen en werkmaterialen om veilig en gezond te kunnen werken	62%	67%	66%	61%
De huidige veranderingen in de zorg maken mijn werk lichameijk veel zwaarder	-	-	-	50%
Ik werk met bewonergebonden til- of transferprotocollen	59%	86%	70%	61%
Er is voldoende ruimte om goed te kunnen werken	53%	55%	30%	26%
Het maximale gewicht dat je op je werk zou mogen Tillen is (gem	63% heeft geen idee	63% vindt 25 kg het maximum	19 kg	18 kg

Was er in de eerste rondes sprake van verbetering, deze ronde zien we, net als in 2008 op enkele punten ook een verslechtering optreden. Zo werkt nu een kleiner deel (15% minder dan in 2005) met bewonergebonden til- of transferprotocollen. Wel is de kennis over waar de grens voor tillen ligt weer enigszins toegenomen. Opvallend daarbij is dat vrij veel mensen de grens

⁹ De Praktijkrichtlijnen zijn opgenomen in het werkpakket en eventueel te downloaden via internet.

lager leggen dan de uiterste grens van 25 kg.: nu gemiddeld rond de 18kg. Dit kan het mede het gevolg zijn van het feit dat mensen in de loop der tijd kritischer worden, naarmate ze langer met dit soort grenzen werken. Wel ziet iets minder dan de helft er tegenop om op oudere leeftijd in de zorg te blijven werken. De ruimte waarin men werkt wordt nu sterker als knelpunt ervaren. Dit geldt met name voor de thuiszorggroep.

De resultaten op enkele aanvullende en nieuwe stellingen, waarvoor alleen uit 2008 vergelijkingsmateriaal voorhanden is staan in tabel 3.5. weergegeven. Deze tabel laat zien dat er een brede steun is voor de Praktijkrichtlijnen (69%). Ook vindt men nu iets minder dan in 2008 dat men goed getraind is in het gebruik van hulpmiddelen en werkmaterialen. De aanwezigheid van ErgoCoaches wordt breed gesteund (80%). Elf (11%) procent van de medewerkers geeft wel aan dat er bij hen in de instelling geen ErgoCoaches zijn. Bij 69% zijn ze er langer dan een jaar en tenslotte geeft 8% aan dat ze er sinds kort (< 1 jaar) zijn.

Zodoende blijft de boodschap: er is een verbetering, maar er zijn signalen van een lichte verslechtering op enkele punten en er is nog verdere verbetering nodig. Zo is het signaal dat nu minder dan de helft vindt dat de instelling voldoende aandacht aan preventie besteedt een opmerkelijke ontwikkeling.

Tabel 3.5. Resultaten op resterende stellingvragen rondom preventiebeleid fysieke belasting verzorgings- en verpleeghuizen (percentages 'mee eens' en 'volledig mee eens') (N=2.106)

	2008	2015
Ik ben goed getraind in het gebruik van hulpmiddelen en werkmaterialen	74%	62%
Ik zie er tegenop om op oudere leeftijd in de zorg te blijven werken	49%	49%
Ik ben blij dat er Praktijkrichtlijnen zijn	73%	69%
Ik vind het belangrijk dat er Ergocoaches in mijn instelling zijn	84%	80%

3.4. Conclusies en discussie

Brancheconclusies

Op brancheniveau zijn de volgende conclusies te trekken. De ervaren blootstelling aan fysieke belasting concentreert zich ook nu met name bij zorgverleners en dan met name de thuiszorg en verpleeghuizen. Dat blijkt ook uit de mate waarin klachten aan het bewegingsapparaat voorkomen. Deze meetronde is er geen verbetering, maar een lichte verslechtering te zien als het gaat om de standaard kernmaat voor rugklachten: de twaalfmaands-prevalentie ('Heeft u in de voorbije 12 maanden last van uw rug gehad?'). Konden we de vorige ronde vaststellen dat dat er een duidelijke en significante verbetering aanwezig was ten opzichte van de nulmeting, nu is dat niet meer het geval. Er was toen nog slechts sprake van een zeer licht verhoogde prevalentie ten opzichte van de algemene bevolking van die leeftijd- en geslachtsverdeling. Nu zien we een verslechtering, al blijft er een duidelijk en significant verschil met de nulmeting. We zien wel, opmerkelijk genoeg, een verdere afname in het verzuimvolume als gevolg van klachten aan het bewegingsapparaat. Gezien het feit dat er geen indicaties zijn dat de klachten in ernst zijn afgenomen (in duur en frequentie) en eerder in ernst zijn toegenomen houdt dit in dat men meer geneigd is om door te werken met klachten.

Specifieke groep: ouderen

Leerlingen en jonge medewerkers vormen nu geen afzonderlijke risicogroep meer.

De groep waar nog steeds relatief veel klachten bij voorkomen zijn oudere werknemers (55-plus). Daar komt bij dat deze groep ook relatief hoog scoort als het gaat om verzuim en dan met name langdurend verzuim. Ook andere bronnen bevestigen deze trend, waarbij ons onderzoek laat zien dat deze trend al geruime tijd geleden is ingezet en zich kennelijk doorzet.

Klachten blijken op latere leeftijd, zeker als men ook uitvoerend actief 'aan het bed' blijft, toe te nemen. Daarbij sluiten we niet uit dat dit in het verleden ook het geval was, maar dat toen de ouderen sneller het beroep verlieten en/of in meer leidinggevende functies actief werden en dus niet meer uitvoerend aan het bed hun werk deden ('healthy worker effect'). Op dit moment wordt langer doorgewerkt 'aan het bed' en is het probleem van fysieke belasting bij ouderen mogelijk meer zichtbaar. Gezien de voorspelde veroudering van het personeelsbestand lijkt het ons aan te bevelen om ook voor de groep ouderen specifieke (secundair) preventieve maatregelen te nemen. De noodzaak hiervan wordt bevestigd door het gegeven dat ongeveer de helft van de respondenten er tegenop ziet om op oudere leeftijd in de zorg te blijven werken.

Medewerkers ondersteunende diensten

Voor medewerkers van ondersteunende diensten is en blijft het beeld zeer divers met zowel uitschieters naar boven als naar beneden: zowel in functiegroepen als per instelling. Ook nu zijn met name de groepen keuken, TD/ onderhoud en medewerker vervoer (transport/logistiek) te bestempelen als hoog-risicogroepen voor rugklachten en de groep in algemene zin (en daarmee dus ook de hoteldienst, huishoudelijk- en schoonmaakwerk) voor nek-/schouder- en arm-/pols klachten.

Ook de overige medewerkers laten soms licht verhoogde prevalenties van nek/schouder en arm/polsklachten zien. Voor de staf- en administratief medewerkers zou dit samen kunnen hangen met beeldschermwerk (zie verder hoofdstuk 5 voor meer details over de fysieke belasting bij medewerkers in ondersteunende diensten).

Toename zorgzwaarte

Er wordt een toename in lichamelijke zorgzwaarte ervaren ten opzichte van eerdere jaren. Bijna de helft (49%) van de respondenten geeft aan dat het werk de voorbije 3 maanden zwaarder is geworden. Na een enigszins stabiele situatie over de jaren 2003 en 2005 zien we vanaf 2008 en nu een lichte stijging.

De helft van de respondenten geeft aan dat het werk door alle landelijke veranderingen in de zorg 'lichamelijk veel zwaarder' is geworden. Dit was een nieuwe stelling en er is zodoende geen vergelijking mogelijk met eerdere jaren.

Dit beeld van een toename in fysieke zorgzwaarte wordt bevestigd in de metingen naar de blootstelling aan fysieke belasting met de TilThermometer (zie verder).

Beleid is in de ogen van de respondenten soms beter en soms minder goed geworden, maar blijft voor verbetering vatbaar

Gevraagd is naar de mening van betrokkenen over een aantal kernaspecten van het beleid fysieke belasting in hun instelling. Iets meer dan een kwart (29%) vindt veranderingen niet nodig en is tevreden. De rest meldt verbeterpunten. De gemiddelde boodschap is: er is hier en daar sprake van verbetering, maar er zijn tegelijkertijd signalen van een lichte verslechtering op enkele punten en er blijft verdere verbetering nodig naar mening van de betrokkenen. Zo is het signaal dat nu minder dan de helft en 4% minder dan de vorige ronde vindt dat de instelling voldoende aandacht aan preventie besteedt een opvallende ontwikkeling. De helft van de respondenten ziet er tegenop om op oudere leeftijd in de zorg te blijven werken.

De steun voor de Praktijkrichtlijnen blijft onveranderd groot (69%). Dat geldt eveneens voor de aanwezigheid van ErgoCoaches, al zijn die niet in alle instellingen aanwezig. Een kleiner deel (15% minder) werkt met bewonergebonden til- of transferprotocollen. De Inspectie voor de Gezondheidszorg stelt deze protocollen verplicht. De kennis over waar de grens voor tillen ligt is weer enigszins toegenomen. Opvallend daarbij is dat vrij veel mensen de grens lager leggen dan de uiterste grens van 25 kg.: nu gemiddeld rond de 18 kg. Daarnaast blijkt de ruimte waar men werkt nu beduidend sterker als knelpunt te worden ervaren.

Hoofdstuk 4

De resultaten van de TilThermometer

4.1. Respons

4.1.1. Dataverzameling

De TilThermometer (TTM) wordt inmiddels door instellingen al meer dan 15 jaar gebruikt als instrument om de blootstelling aan fysieke belasting, de inzet van hulpmiddelen en de ontwikkelingen in de zorgzwaarte te monitoren. Secundair wordt het instrument ingezet om op landelijk niveau te monitoren op basis van de validatie die destijds is uitgevoerd door Knibbe & Friele (1999). Aanvankelijk was het gebruik een verplichting in het kader van de CAO AG. Die verplichting is later vervallen. Het instrument is sinds enkele jaren integraal opgenomen in de Arbocatalogus VVT en maakt wereldwijd deel uit van de ISO TR 12296 (Hignett et al., 2012). In de loop van 2014 is het instrument aangepast aan de huidige stand der techniek en is overgestapt van drie naar een systeem van vijf mobiliteitsklassen.

Voor de precieze inhoud van het instrument en de wijze waarop het is geïntroduceerd bij de instellingen verwijzen we naar de eerdere onderzoeksrapportage (Knibbe et al., 2003).

Ook ditmaal is aan een representatieve steekproef van instellingen gevraagd hun TilThermometers in te leveren. De respons bedraagt 62%, iets lager dan de vorige ronde (69%), identiek aan de tweede ronde en iets lager dan de eerste ronde (81%). Voor een onderzoek als dit is dat voldoende tot goed te noemen.

4.1.2. De non-respons

Instellingen die niet hebben gereageerd vallen grotendeels in de volgende categorieën: instellingen die prioriteit legden bij de forse veranderingen die in deze zorgbranches het afgelopen jaar zijn doorgevoerd en nog worden doorgevoerd. Ook instellingen die midden in een verbouwing/verhuizing of reorganisatie gaven aan niet deel te nemen. Van instellingen die al beschikten over een eigen, al dan niet vergelijkbaar, instrumentarium, is toch gebruik gemaakt omdat het veelal ging om marginale wijzigingen ten opzichte van de landelijke TTM Tenslotte waren er enkele instellingen die 'geen tijd hadden' er 'gewoon niet aan toe zijn gekomen' en 'teveel aan hun hoofd hadden'. Een deel van de non-respondenten is in de loop van 2015 alsnog met hun materiaal gekomen. Dit is zowel verwerkt in deze rapportage als in hun instellingsgebonden terugrapportage.

4.1.3. Kwaliteit van de respons

Over het algemeen zijn de TilThermometers goed ingevuld. Er zat een controle item in het formulier en het bijbehorende algemene vragenformulier waarmee nagegaan kon worden of de aantallen vanuit verschillende invalshoeken overeenstemden. Enkele duidelijk verkeerd of onvolledig ingevulde TilThermometers zijn om die reden uit het bestand verwijderd.

4.1.4. Resultaten

In totaal zijn gegevens van 12.544 bewoners geanalyseerd. Met deze gegevens zijn alle verdere analyses uitgevoerd.

4.2. Blootstelling aan fysieke belasting

We gaan nu in op de resultaten die van belang zijn voor de fysieke belasting van zorgverleners. Allereerst bespreken we de aspecten die samenhangen met de fysieke zorgzwaarte (4.2.1.),

vervolgens de bij de onderzochte bewoners gebruikte hulpmiddelen (4.2.2.) en daarna de mate waarin de verschillende risico's zijn afgedekt (4.2.3.).

4.2.1. Fysieke zorgzwaarte

Bewoners en hun mate van zelfredzaamheid

Een voor de fysieke belasting van zorgverleners zeer bepalende factor is de mate van zelfredzaamheid van bewoners bij de verschillende dagelijkse activiteiten. Naarmate bewoners immers minder zelf kunnen, moet er meer begeleiding geboden worden en dat gaat in een aantal situaties gepaard met fysieke belasting. Op basis van eerder onderzoek (Knibbe et al., 1998) werd een classificatie van de mobiliteit van bewoners opgesteld die enerzijds verwijst naar de fysieke belasting van zorgverleners en anderzijds naar meer zorginhoudelijke classificaties van mobiliteit zoals de ICIDH, en de EBIS (vgl. ook Van Westerhoven en Van Loveren-Huyben, 1997, Van Dijk & Duteweerd, 1999 en Knibbe et al., 2001). We verwijzen naar Knibbe et al. (2001) voor de precieze uitwerking van de classificatie. Door in principe tot elkaar te herleiden indelingen te hanteren wordt vergelijking met andere databestanden mogelijk en wordt het ook eenvoudiger voor zorgverleners om de indeling te gebruiken. Dat komt uiteraard uiteindelijk ook de betrouwbaarheid van de resultaten van deze monitoring ten goede. Daarnaast wordt hiermee voorkomen dat instellingen met verschillende indelingen moeten werken en meerdere malen dezelfde of ongeveer dezelfde gegevens moeten verzamelen. Zij kunnen de gegevens zodoende makkelijker gebruiken voor hun interne bedrijfsvoering en kwaliteits-monitoring.

Uit eerdere vergelijkingen bleek dat de TilThermometerresultaten voor de verzorginghuizen zeer goed en voor de verpleeghuizen redelijk goed te vergelijken waren met de conclusies uit de ZOZ metingen. Bij de verpleeghuizen waren de ZOZ scores iets hoger dan de lichamelijke zorgzwaarte zoals de TilThermometer die aangaf. Van belang is dat de resultaten van de TilThermometer deze zwaarte vermoedelijk dus niet overschatten. Sinds een aantal jaren wordt de classificatie ook landelijk gebruikt bij de AWBZ Basispakketlijst Hulpmiddelen in de vorm van een iets verdere uitsplitsing in vijf klassen. Deze indeling in 5 klassen is sinds 2014 ook in de TTM gehanteerd en dat lijkt goed te werken (zei ook voor een toetsing Knibbe et al., 2013).

Er zijn in het TilThermometer onderzoek nu dus in plaats van drie, vijf verschillende niveaus van zelfredzaamheid gedefinieerd bij bewoners. Deze zijn aangegeven met een kleur: groen, oranje en rood. De kleurcodering verwijst naar het risicoprofiel dat daarbij hoort en naar de Praktijkrichtlijnen fysieke belasting. Bewoners die volledig zelfredzaam zijn of alleen niet fysieke belastende hulp nodig hebben zijn groen en worden weergegeven met de letters A en B. Bewoners die beperkte mogelijkheden hebben, maar wel mee kunnen helpen bij de beweging of begeleiding zijn 'oranje' en voor hen is het bijvoorbeeld noodzakelijk om met een actieve tillift te werken ('C') en tenslotte zijn de grotendeels of volledig passieve of tegenwerkende bewoners 'rood' en onderverdeeld in D en E. Het verschil tussen D en E is dat in het laatste geval er geen noodzaak of wens is om de cliënt of bewoner actief te betrekken bij de beweging of zijn zelfredzaamheid te stimuleren. Dat kan bijvoorbeeld zo zijn als de cliënt terminaal is of als het zoveel energie kost dat de cliënt geen verdere activiteiten op de dag meer zou kunnen uitvoeren. In beide gevallen, D en E, is het noodzakelijk om met hulpmiddelen zoals passieve tilliften te werken.



groen



oranje



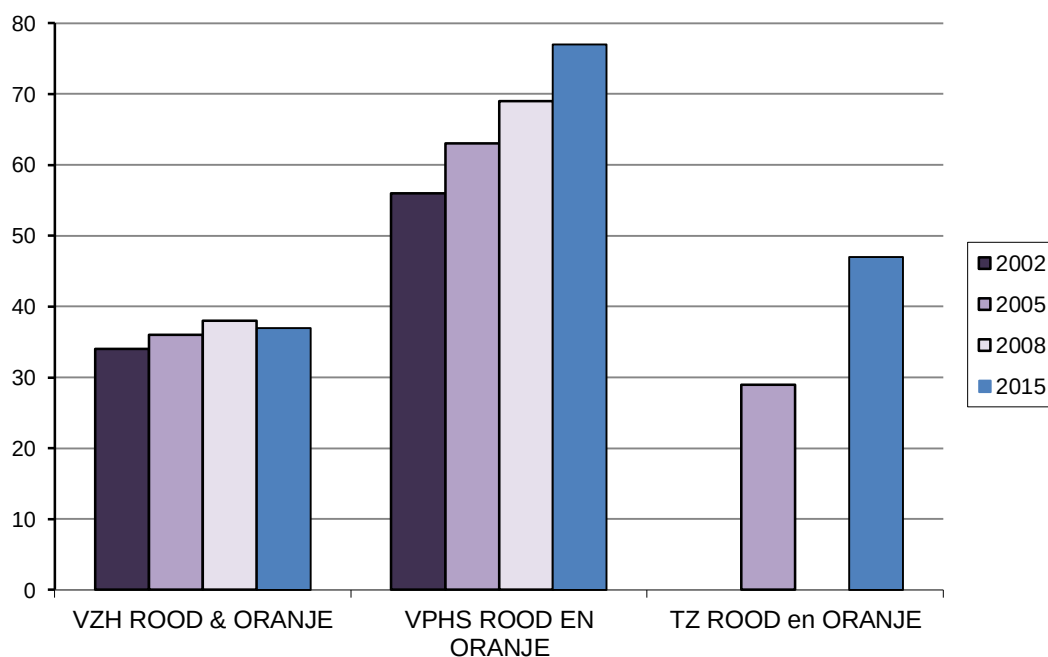
rood

34

Tabel 4.1 Overzicht van de mobiliteit van de bewoners (n=12.544) in tabel en grafisch (percentages rood en oranje opgeteld)

Overzicht mobiliteit bewoners	% 2002 VZHS	% 2002 VPHS	% 2005 VZHS	% 2005 VPHS	% 2008 VZHS	% 2008 VPHS	% 2015 VZHS	% 2015 VPHS
Groen	66	44	64	37	62	31	63	25
Oranje (C)	20	28	20	29	20	47	21	33
Rood (D en E)	14	28	16	34	18	22	16	44

Overzicht mobiliteit cliënten			% 2004 Thuiszorg				% 2015 Thuiszorg
Groen			71				53
Oranje (C)			19				25
Rood (D en E)			10				22



Figuur 4.1. Ontwikkeling van het percentage bewoners in de zwaarste mobiliteitsklassen in de loop der tijd voor de verzorgingshuizen, verpleeghuizen en thuiszorg (toelichting zie tekst)

Uit de gegevens (tabel 4.1.) blijkt dat de fysieke zorgzwaarte voor de verzorgingshuizen vrijwel gelijk is gebleven. Voor de verpleeghuizen is er sprake van een verschuiving: een duidelijke toename van de lichamelijke zorgzwaarte met name in de rode groep. Dat is de groep die fysiek gezien per handeling, de meest belastende en vaak ook meest arbeidsintensieve zorg krijgt. De frequentie van handelingen is bij deze groep bovendien het hoogst. De lichtste groep (de 'groene' bewoners) is afgenomen in omvang. We merken wel opdat het interval tussen de jaren verschillend is: het interval naar de laatste meting is 7 jaar en de trend zou dus iets afvlakken en geen lineair verband vormen, maar iets afvallende trend.

Afgaande op deze getallen houdt dit in dat de bewoner gebonden blootstelling aan fysieke overbelasting (de rode en oranje groep samen) hierdoor, zonder verdere maatregelen, in de verzorgingshuizen gelijk blijft en in de verpleeghuizen toe is genomen met 21%-punt of sinds de start in 2002 een toename van 56% naar 77%. Eén van de doelstellingen van de CAO AG destijds was om een afname van de blootstelling met 30% te realiseren. De trend naar een toegenomen zorgzwaarte maakt dat er middels preventief beleid geanticipeerd moet worden op deze ontwikkelingen. In feite zou er dus voor de verpleeghuizen een 8% afname moeten worden gerealiseerd sinds 2008. Instellingen benadrukken dat werkingsmechanisme ook zelf: een deel van de nieuw ingezette hulpmiddelen compenseert slechts de toename in zorgzwaarte, waardoor van werkelijk verbeterd preventief beleid niet altijd sprake is. Daarvoor zal er nog een schepje bovenop gedaan moeten worden, zo geeft men ook in deze onderzoeksronde weer aan.

Voor de thuiszorg is er beperkt vergelijkingsmateriaal voorhanden uit 2004. Dan zien we een sterke stijging van 29% naar nu 47%: een toename van 18%-punt. In de verpleeghuizen is er in sinds die ongeveer vergelijkbare periode (2005-2015) een toename geweest van 14%. Dit benadrukt dat er in de thuiszorg sterke veranderingen zijn geweest die een relatief forse toename in fysieke blootstelling hebben veroorzaakt.

De vier hoofdbronnen van fysieke belasting

Behalve de mate van zelfredzaamheid van de bewoners zijn vier hoofdbronnen van fysieke belasting gehanteerd. Ze zijn, zoals in de inleiding werd aangegeven, in eerder onderzoek in opdracht van de Stichting AWOB geïdentificeerd (Friele et al., 1995, Knibbe et al., 1998). Andere vormen van fysieke belasting kwamen eveneens voor, maar waren minder van invloed op de totale fysieke belasting of minder direct gerelateerd aan klachten aan het bewegingsapparaat. Deze conclusies zijn getrokken op basis van zogenaamde *'impactscores'*. Met die impactscore werd de mate aangegeven waarmee zorgactiviteiten aanleiding gaven tot normoverschrijding en derhalve uiteindelijk tot klachten aan het bewegingsapparaat.

Alle vier hoofdbronnen hebben een directe verbinding met preventieve oplossingen en zijn geformuleerd in termen die voor zorgverleners direct eenduidig te begrijpen zijn en die ze zelf in feite dag-in-dag-uit ook hanteren. Dezelfde categorieën zijn zowel aanwezig in de Praktijkrichtlijnen als in het monitoringsinstrument daarvoor, i.c. de TilThermometer. Het gaat in de TilThermometer samengevat om de volgende vier hoofdbronnen:

1. *de til- en transferhandelingen binnen de grenzen van het bed
(met name hogerop, zijwaarts, wisselligging en draaien in bed)*
Tilliften zijn niet geschikt als preventieve oplossing voor deze tilhandelingen. Oplossingen moeten gezocht worden in de sfeer van rol- en glijlakens en bepaalde types bedden.
2. *de til- en transferhandelingen van bed, rolstoel, toilet e.d. naar een andere plek
(toilet, bed, rolstoel, etc..)*
Tilliften zijn in principe geschikt voor deze transfers. Ze kunnen onderverdeeld worden in actieve tilliften, passieve tilliften en plafondsysteem.
3. *het aan- en uittrekken van elastische steunkousen*
Speciale aan- en uittrekhulpmiddelen zijn geschikt om fysieke overbelasting te voorkomen (Knibbe, 1997).
4. *de statische belasting rondom wassen, douchen en wondverzorging*
Een diversiteit aan technieken (vaardigheden) en hulpmiddelen is geschikt om deze problematiek binnen veilige grenzen te brengen. Daarom is deze categorie in vier subgroepen ingedeeld in de TilThermometer.

De zorgzwaarte die samenhangt met deze vier hoofdbronnen is in drie niveaus onder te verdelen: groen, oranje en rood. Deze kleurcode verwijst naar het risico dat hiermee samenhangt voor de zorgverlener op het moment dat de handeling zonder de hulpmiddelen of voorzorgsmaatregelen aangegeven in de Praktijkrichtlijnen zou worden uitgevoerd. De resultaten staan in tabel 4.2. Deze onderzoeksronde zijn de gegevens van de verpleeg- en verzorgingshuizen, ook over de eerdere onderzoeksronde samengevoegd. De reden hiervan is dat het onderscheid tussen beiden in de praktijk niet altijd meer goed mogelijk blijkt of relevant is.

Tabel 4.2. Overzicht van de fysieke zorgzwaarte (rood en oranje samengevoegd) in de vier hoofdbronnen van fysieke belasting bij bewoners in 2002, 2005, 2008 en 2015 (n=12.544)

Bron 1	2002	2005	2008	2015
verplaatsingen binnen grenzen van het bed	37	40	42	49
Bron 2				
verplaatsingen vanuit bed, (rol)stoel e.d. naar elders en vv	38	41	43	54
Bron 3				
steunkousen aan- en uittrekken	24	27	21	29
Bron 4				
statische belasting				
a. zittend wassen	45	45	53	61
b. wassen of vgl op bed	22	24	25	26
TOTAAL	166	177	184	219

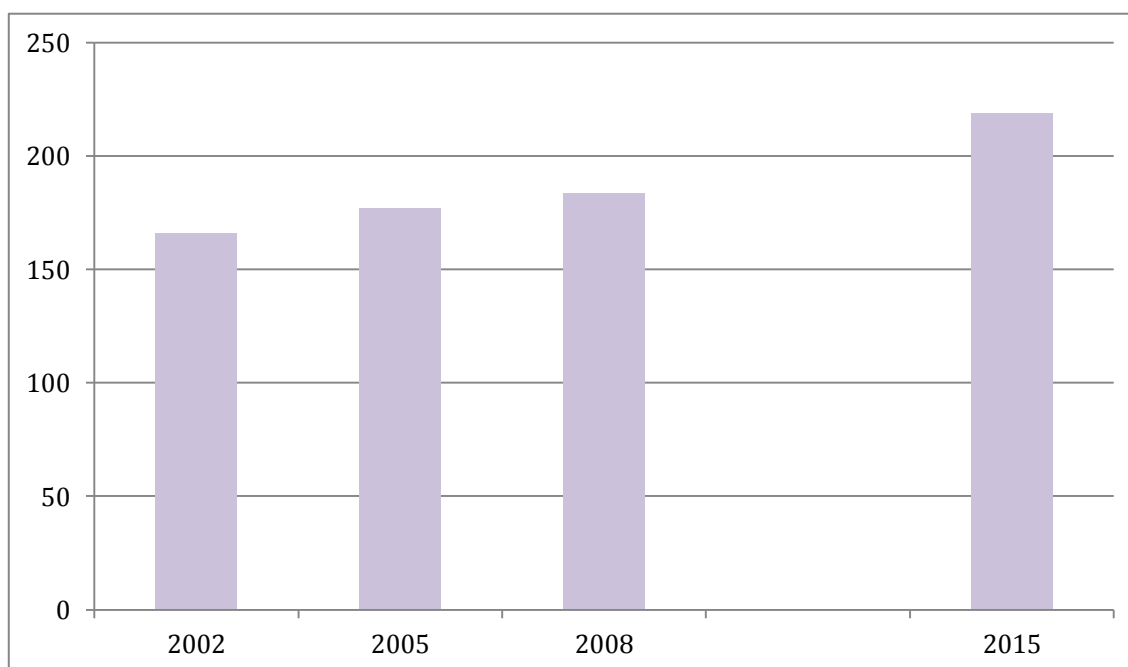
In de totalen is ook nu zichtbaar dat er vrij breed sprake is van een toename. Deze komt vooral voor rekening van de transfers en het wassen.

Duidelijk is dat de zware transfers en de statische belasting bij het zittend douchen bij grofweg meer dan de helft van de bewoners aan de orde zijn. Het gaat daarmee om een fors en toegenomen volume aan potentieel belastende handelingen. De statische belasting vormt daarmee een belangrijke potentiële bron van overbelasting. In hoofdstuk 3 werd benadrukt dat dit vermoedelijk een belangrijke oorzaak van klachten is op latere leeftijd (55-plus) en een oorzaak is van met name langdurend verzuim en tevens samenhangt met presentisme.

Behalve met hulpmiddelen kan overigens ook met andere methodes zoals 'wassen-zonder-water', aangepaste kleding, speciale wondverzorgingsapplicaties en ergonomisch incontinentiemateriaal een duidelijke afname van de fysieke belasting en een toegenomen doelmatigheid van de zorgverlening bereikt worden (Knibbe et al., 2005, 2008, 2015). De in 2014 geactualiseerde versie van de Praktijkrichtlijnen biedt die ruimte ook door niet meer min of meer 'dwingend' voor te schrijven welke oplossingen men in zou moeten zetten. Deze alternatieven zijn echter nog geen gemeengoed en stuiten soms ook op financiële problemen omdat de vergoeding niet altijd mogelijk is of een 'perverse' prikkel rond innovatieve oplossingen bevat. Zo zijn enkele wondverzorgingsproducten bewezen effectief voor de cliënt en ergonomisch gezien optimaal, maar stuit de vergoeding op problemen.

Opmerkelijk is wel de toename in het percentage bewoners dat kennelijk therapeutische elastische steunkousen draagt en daar hulp bij nodig heeft om ze aan- en/of uit te trekken.

Figuur 4.2. Ontwikkeling van de fysieke zorgzwaarte (getotaliseerd over de vier hoofdbronnen en de risico's oranje en rood gezamenlijk) (toelichting zie tekst)



4.2.2. Mate waarin risico's zijn afgedekt

Nu volgt de stap om de zorgzwaarte en de aanwezige hulpmiddelen met elkaar in verband te brengen. In welke mate worden de in paragraaf 4.2.1. genoemde risico's daar waar nodig per bron afgedekt door het gebruik van hulpmiddelen. Daarmee krijgen we immers zicht op de mate waarin er voldoende preventieve maatregelen zijn genomen. De getallen over de zorgzwaarte alleen zeggen immers nog weinig over de werkelijke risico's waaraan medewerkers blootstaan. Wanneer er immers voldoende preventieve maatregelen genomen zijn, hoeft een hoge fysieke zorgzwaarte helemaal geen nadelige gevolgen te hebben voor medewerkers. We nemen als uitgangspunt voor de beoordeling de landelijke afspraken over fysieke belasting in de vorm van de Praktijkrichtlijnen Fysieke Belasting versie 2014. Daardoor wordt duidelijk wat het verschil is tussen de huidige situatie en de gewenste situatie: in hoeverre wordt voldaan aan Praktijkrichtlijnen Fysieke Belasting uit de Arbocatalogus. Tabel 4.3. biedt allereerst een totaal overzicht, dat vervolgens uitgewerkt zal worden.

Tabel 4.3. Mate waarin risico's zijn afgedekt (in percentages) voor de hoofdbronnen (n=12.544)

		Oranje niveaus %				Rode niveaus %				Totaal (rood en oranje) %			
		2002	2005	2007	2015	2002	2005	2007	2015	2002	2005	2007	2015
Bron 1 verplaatsingen binnen grenzen van het bed													
elektrische hoog-laag bedden		66	83	83	88	77	87	89	93	69	84	86	90
glijzeilen e.d.		11	19	22	24	33	49	51	58	21	33	36	42
Bron 2 verplaatsingen van bed (rol)stoel naar elders (vv)													
tillift		25	28	26	36	63	73	69	74	38	48	45	61
Bron 3 steunkousen aan- en uittrekken													
steunkousen aan-/uittrekkers						71	83	86	89	71	83	86	89
Bron 4 Statische belasting													
a. zittend wassen		23	36	35	48	32	45	51	67	25	38	42	61
b. wassen op bed						75	89	93	88	75	89	93	88

We werken nu elk van de vier hoofdbronnen afzonderlijk uit. De wijze waarop dat gedaan wordt, verschilt enigszins per hulpmiddel, aangezien sommige hulpmiddelen persoonsgebonden zijn (zoals hoog-laag bedden), terwijl andere gedeeld kunnen worden door verschillende bewoners.

Bron 1. De til- en transferhandelingen binnen de grenzen van het bed (met name hogerop, zijwaarts, wisselgging en draaien in bed)

Volgens de praktijkrichtlijnen zijn hier bij rode en oranje bewoners elektrisch verstelbare hoog-laag bedden nodig alsmede glijzeilen of roldeken.

In figuur 4.2 ziet u dezelfde gegevens als in tabel 4.3, maar dan grafisch weergegeven. Elektrisch verstelbare hoog-laag bedden worden zeer veel en meer dan de vorige ronde ingezet (rond de 90%), zowel voor de 'rode' als de 'oranje' bewoners. Het gebruik is ook in de thuiszorg zeer hoog.

Wat ook opvalt is dat deze bedden ook ingezet worden voor de meer zelfredzame categorie mensen. Met een dergelijk bed zijn zij over het algemeen een stuk zelfredzamer. De opstaahoogte vanaf de rand van het bed en het zelf van houding kunnen veranderen in bed is veel beter mogelijk en stelt hen in staat langer zelfstandig te bewegen. Uit oogpunt van zelfredzaamheidsbevordering is dat van belang en een goed teken, maar het is ook een goed voorbeeld van een bronaanpak op het gebied van ergonomie en efficiëntie, werkdruk. Elke bewoner die dit zelf kan hoeft niet geholpen te worden en houdt ook zijn eigen mobiliteit langer in stand vanuit het principe 'use it or loose it'.

Foto van deze transfers (bron 1) in een hoog-laag bed



40

Foto van het gebruik van een glijzeil bij deze transfers (bron 1)



Het gebruik van glijzeilen is ook in deze ronde weliswaar wederom iets verder toegenomen, maar blijft in verhouding nog veel te beperkt om de risico's af te dekken. De percentages (en in ieder geval de rode percentages) zouden idealiter naar honderd procent moeten toegroeien, zowel voor de hoog-laag bedden als voor de glijzeilen. De situatie is voor de bedden voldoende tot goed, maar voor de glijzeilen nog zeker niet optimaal.

Er zijn geen grote verschillen tussen de branches onderling. In de thuiszorg is zowel het bedgebruik als het glijzeil gebruik vergelijkbaar en duidelijk verbeterd sinds 2004 waar het bedgebruik rond de 69% en het glijzeilgebruik rond de 21% schommelde (Knibbe et al., 2004)..

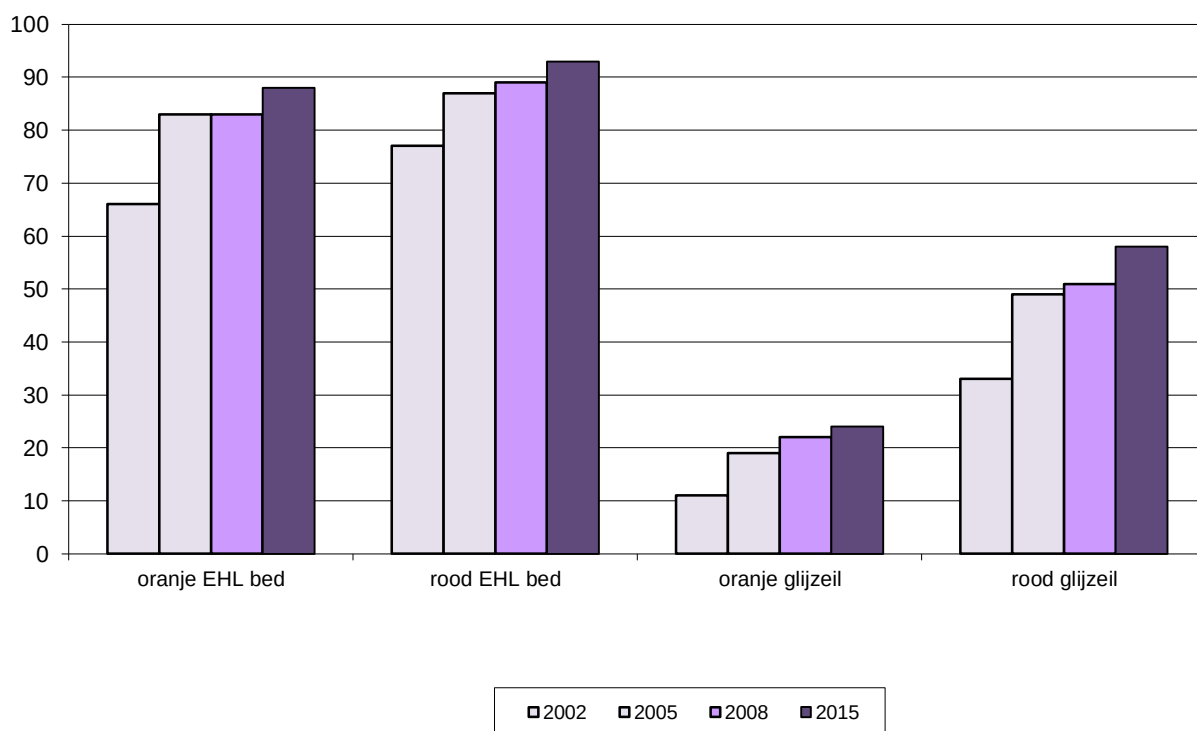
Figuur 4.2. Risico's (%) afgedekt conform Praktijkrichtlijnen voor Bron 1 : transfers binnen bed (N=12.544)

Oranje ehl bed = de mate waarin de oranje risico's voor deze zorgtaak zijn afgedekt middels de inzet van elektrisch verstelbare hoog-laag bedden.

Rood ehl bed = de mate waarin de rode risico's voor deze zorgtaak zijn afgedekt middels de inzet van elektrisch verstelbare hoog-laag bedden.

Oranje glijzeil = de mate waarin de oranje risico's voor deze zorgtaak zijn afgedekt middels de inzet van glijzeilen e.d.

Rood glijzeil = de mate waarin de rode risico's voor deze zorgtaak zijn afgedekt middels de inzet van glijzeilen e.d.



Bron 2. De til- en transferhandelingen van bed, rolstoel, toilet e.d. naar een andere plek (toilet, bed, rolstoel, etc..)

Volgens de Praktijkrichtlijnen zijn bij de rode en oranje bewoners tilliften nodig voor deze transfers. Voor de meer zelfstandige oranje bewoners kan in uitzonderingssituaties voor een handmatige transfer gekozen worden. De Praktijkrichtlijnen geven echter aan dat dit zorgvuldig overwogen moet worden en protocollair moet worden vastgelegd in het zorgdossier.

Voor deze transfers is een lichte verbetering zichtbaar. Dit in tegenstelling tot de vorige ronde, waar sprake was van een kleine achteruitgang. Er blijft nog wel een duidelijke verbetermarge aanwezig. Dat geldt nadrukkelijk voor de thuiszorg waar er wel sprake is van een stijging sinds 2004 van 48% naar nu 55%, maar er dus nog voor de helft van de situaties onveilig wordt verplaatst.

Voor de rode risico's geldt dat men nu bij driekwart van de bewoners op wie de zorgtaak van toepassing is ook inderdaad een tillift inzet. Op zich is dat positief, maar het betekent ook dat bij ongeveer een kwart van deze zeer passieve bewoners er nog steeds geen tilliften worden gebruikt en dan met name thuis. Het is duidelijk dat de risico's op overbelasting bij zorgverleners, zeker ook bij het met zijn tweeën tillen, fors zijn. Voor de minder grote risico's, de oranje risico's blijft eveneens een forse toename van het gebruik noodzakelijk, vooral in de verzorgingshuizen en thuis. In zowel de verzorgingshuizen als voor de thuissituatie wordt in dat kader veel verwezen naar de ruimtelijke knelpunten die het gebruik van tilliften daar nogal eens beperken. Zoals in hoofdstuk 3 is aangegeven spelen ruimtelijke knelpunten ook in de beleving van de respondenten een steeds grotere rol. Bij de oranje risico's zou dat er toe leiden dat de tilliften niet ingezet worden: "Bij de rode moet je wel, bij de oranje neem je het minder nauw".

In vergelijking met het buitenland maakt Nederland nog vrij veel gebruik van over de vloer verrijdbare tilliften in plaats van plafondsysteem. De ruimtelijke eisen en de kracht nodig voor het verrijden van een belaste lift zijn uitgesproken kleiner bij het gebruik van plafondtilsystemen. Plafondtilsystemen hebben bovendien een technische ontwikkeling doorgemaakt, waardoor ze ook tijdelijk plaatsbaar zijn. Mogelijk kan een intensiever gebruik van deze systemen het gebruik verder doen toenemen. We zullen verder in dit hoofdstuk zien hoe de verhouding tussen de diverse systemen is.

Figuur 4.3. Risico's (%) afgedekt conform de Praktijkrichtlijnen voor bron 2 transfers van bed/stoel <-> (rol)stoel) (N = 12.544)

Oranje tillift = de mate waarin de oranje risico's voor deze zorgtaak zijn afgedekt middels tilliften.

Rood tillift = de mate waarin de rode risico's voor deze zorgtaak zijn afgedekt middels tilliften.

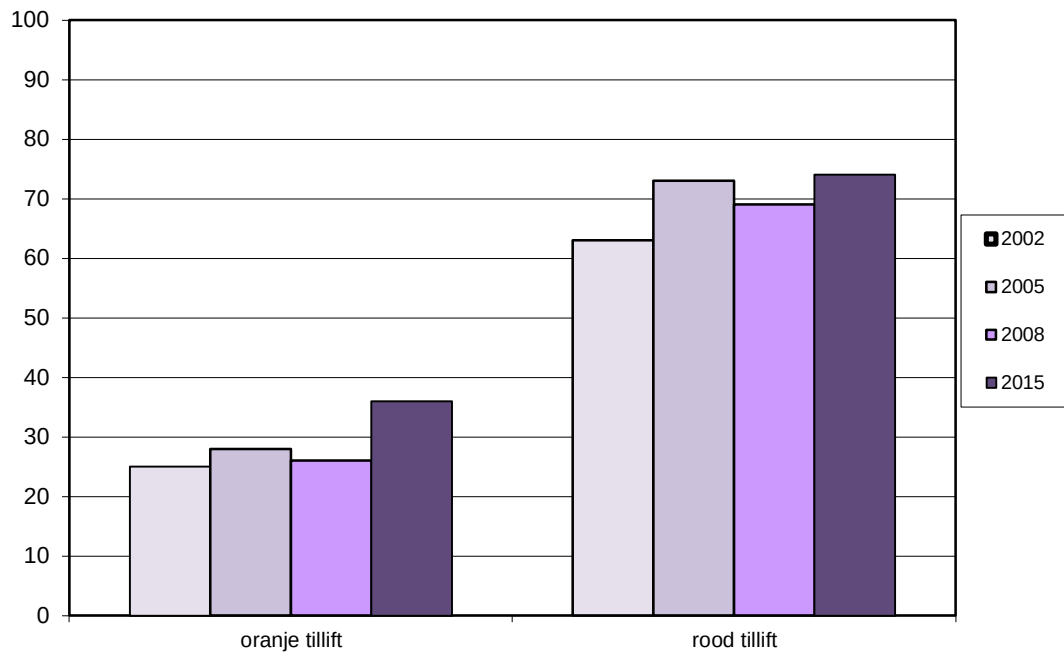


Foto van deze transfers (bron 2) met een tillift



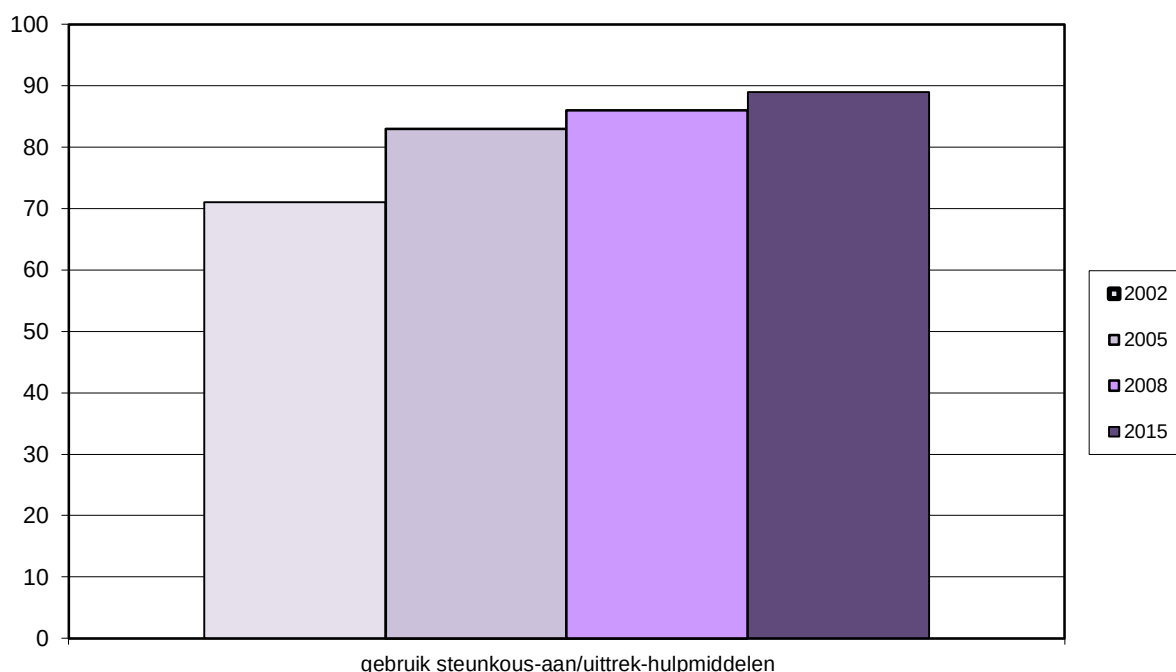
Bron 3. Het aan- en uittrekken van elastische steunkousen

De Praktijkrichtlijnen geven aan dat bij het dragen van therapeutische kousen van drukklasse twee of hoger speciale hulpmiddelen (Easy Slide, Eureka) nodig zijn om fysieke overbelasting te voorkomen.

Het aan- en uittrekken van steunkousen is een zware handeling die gezien de zwaarte ook inderdaad kan leiden tot nek-/schouder- of polsklachten wanneer er geen hulpmiddel wordt gebruikt. Zoals besproken is het opmerkelijk dat er meer bewoners zijn die steunkousen dragen: het gaat om 29% van de populatie. Voor of door deze bewoners zou dus een hulpmiddel gebruikt moeten worden om de steunkousen aan- en uit te trekken. Bij meer dan driekwart (89%) van de bewoners gebeurt dat ook inderdaad (zie figuur 4.4) en er is dus sprake van een lichte verdere toename c.q. stabilisatie. Er zijn nauwelijks verschillen meer te zien tussen verpleeg- en verzorgingshuizen en de thuiszorg. In de thuiszorg was in 2004 al sprake van een uitstekende afdekking van 90% van dit risico.

De noodzaak tot verbetering betreft in dit geval dus een groep van ongeveer 10%. Een goede ontwikkeling, maar nog geen reden om het hierbij te laten. Het is een hulpmiddel dat relatief goedkoop is en dat in het gebruik eenvoudig is. Dat maakt de invoering ervan een stuk makkelijker dan bij bijvoorbeeld bij een glijzeil of een tillift het geval is.

Figuur 4.4. Risico's (%) afgedekt conform de Praktijkrichtlijnen voor bron 3 het aan- en uittrekken van therapeutische elastische steunkousen van drukklasse 2 of hoger (N = 12.544)
Weergegeven is de mate (in percentages) waarin de rode risico's voor deze zorgtaak zijn afgedekt middels de inzet van adequate hulpmiddelen.





Bron 4. De statische belasting rondom wassen, douchen en wondverzorging

Volgens de Praktijkrichtlijnen is een diversiteit aan technieken en hulpmiddelen nodig om deze problematiek binnen veilige grenzen te brengen. Daarom is deze categorie in twee subgroepen ingedeeld in de TilThermometer. Wel is het zo dat als rode draad gehanteerd wordt dat naarmate verzorgende handelingen langer duren en de bewoner minder zelf kan er in hoogte verstelbaar materiaal noodzakelijk is om de belasting voor de zorgverlener binnen veilige grenzen te houden. Dit hoeft echter niet altijd elektrisch verstelbaar te zijn zoals dat bij de bedden wel het geval is. Sinds de herziening van de Praktijkrichtlijnen zijn ook andere oplossingen die het langdurig in moeilijke houdingen werken kunnen voorkomen acceptabel mits dit aangetoond kan worden.

Uit figuur 4.5 is af te leiden dat er hier voor de statische belasting bij zorg voor een *zittende* bewoner een verbetering is. Wel blijft er een forse verbetermarge aanwezig van rond de 50% als we beide risicogroepen koppelen. Vooral in de thuiszorg is deze noodzaak fors en zien we slechts een beperkte vooruitgang sinds 2004. Toen was op dit punt 5% van de risico's afgedekt, nu is dat bij 32% het geval. In tweederde van de situaties wordt er zodoende statisch te belastend werk uitgevoerd.

Als het gaat om de zorg aan een *liggende* bewoner dan is er een lichte achteruitgang te zien en blijft er een verbetermarge over van 12%. De situatie is zeker niet slecht te noemen.

Zeker voor wat betreft het zittend wassen/douchen is er dus een verdere verbetering nodig, vooral omdat dit bij zeer veel (60%) en een groeiende groep bewoners speelt. Preventieve maatregelen of de afwezigheid daarvan hebben daarom een relatief forse impact op de blootstelling van zorgverleners aan statische belasting. Dit is vanuit het oogpunt van fysieke belasting zeer relevant omdat juist de statische belasting waar het hier over gaat sterk van invloed is op met name het langdurig verzuim en het ontstaan van langduriger rugklachten (Burdorf et al., 2003). We zagen in hoofdstuk 3 dat met name op dit punt er ongunstige ontwikkelingen zijn bij de groep 55-plussers.

Figuur 4.5. Risico's (in %) afgedekt conform Praktijkrichtlijnen voor Zorgtaak 4: statische belasting (N = 12.544)

Oranje zittend wassen = de mate waarin de oranje risico's voor deze zorgtaak zijn afgedekt middels de inzet van hoog/laag (douche) stoelen.

Rood zittend wassen = de mate waarin de rode risico's voor deze zorgtaak zijn afgedekt middels de inzet van hoog/laag (douche)stoelen.

Rood liggend = de mate waarin de rode risico's voor het liggend wassen, douchen of verdere zorg zijn afgedekt middels de inzet van elektrische verstelbare hoog-laag bedden, hoog-laag verstelbare (douche)brancards, baden of aankleedtafels.

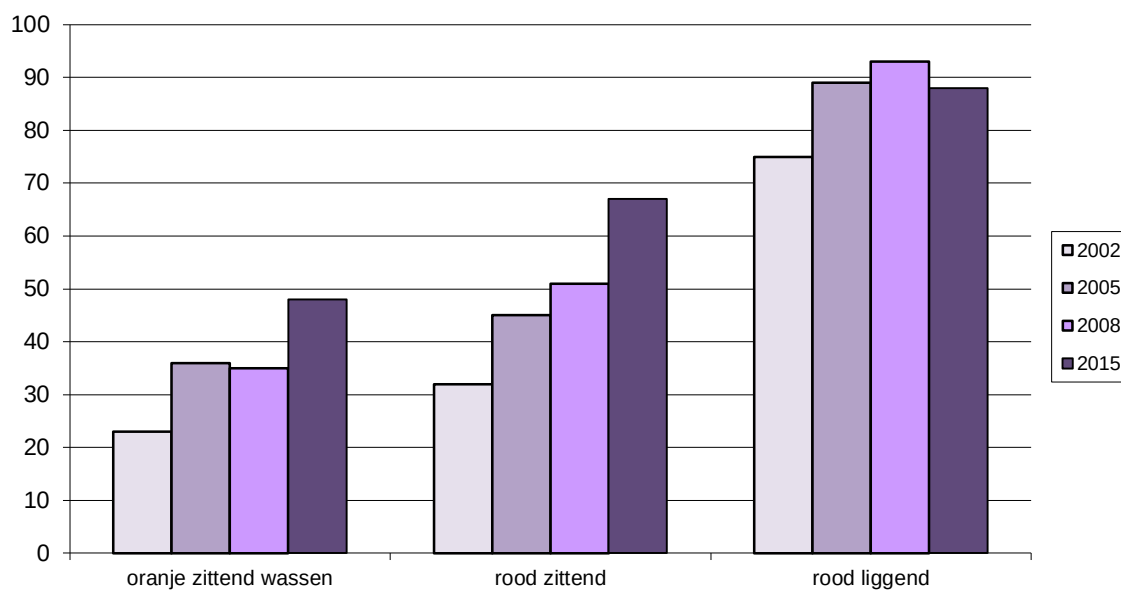


Foto van het gebruik van een in hoogte instelbare douchestoel bij het zittend douchen



Foto van het liggend douchen van een cliënt op een in hoogte verstelbare douchebrancard



Foto van verzorging in bed op een hoog-laag bed



Foto van het gebruik van een
wondverzorgingskrukje

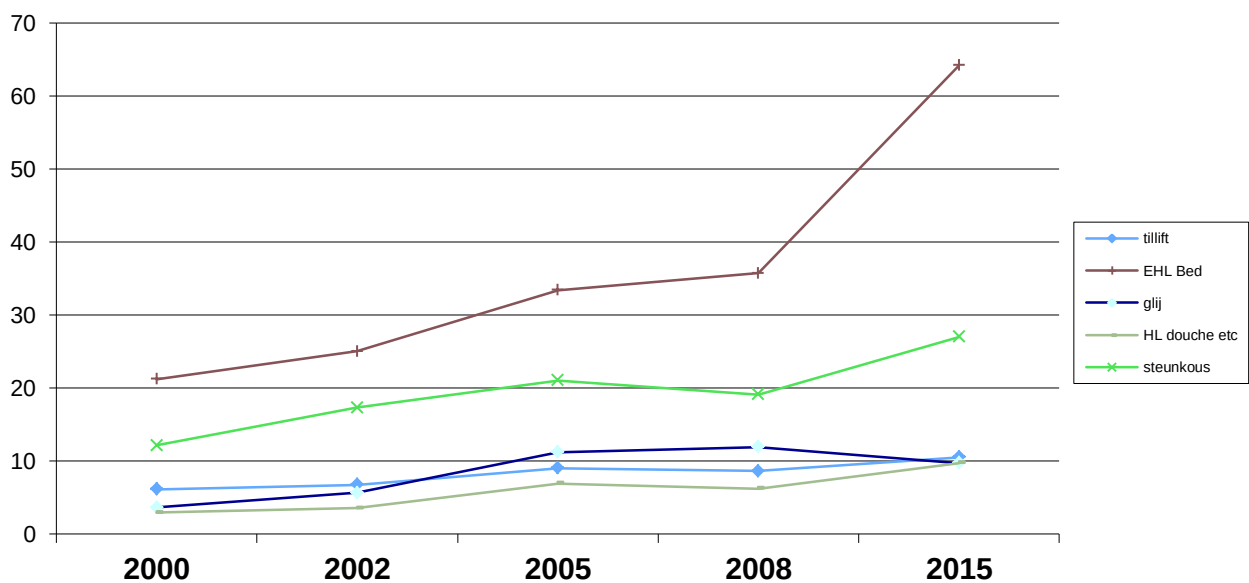


4.2.3. Aantallen hulpmiddelen

Belangrijke gegevens voor de mate waarin preventief beleid wordt gevoerd en voor de kosten die daarmee gepaard gaan, zijn de aantallen beschikbare hulpmiddelen die in gebruik zijn. Om de fysieke belasting aanvaardbaar te maken, is het immers nodig om intensief gebruik te maken van allerlei hulpmiddelen. De belangrijkste daarvan vindt u in tabel 4.4.

Tabel 4.4. Overzicht van de eerdere en huidige aantallen hulpmiddelen in gebruik (n=12.544) in tabel en grafisch
NB de gegevens uit 2000 zijn op een iets andere wijze verzameld en daardoor moet de vergelijking met 2002, 2005, 2008 en 2015 met enige voorzichtigheid plaatsvinden. De grafiek geeft dezelfde gegevens grafisch weer.

	Aantallen hulpmiddelen per 100 bewoners /cliënten				
	2000	2002	2005	2007	2015
Tilliften (totaal)	6,1	6,7	9,0	8,6	10,5
actieve tilliften			4,8	4,6	4,5
passieve tilliften			3,9	3,6	4,5
plafondtilsystemen			0,3	0,9	1,5
glijzeilen e.d.	3,6	5,6	11,2	11,9	9,7
steunkousaantrekkers	12,1	17,3	21,0	19,0	27,0
elektrisch verstelbare hoog-laag bedden	21,2	25,0	33,4	35,7	89,2
hoog-laag douchestoelen/brancards/baden	2,9	3,5	6,9	6,2	9,7



We zien vanaf 2000 tot 2005 een gestage toename in het aantal hulpmiddelen per 100 bewoners. Vooral voor wat betreft de steunkoushulpmiddelen is het optimale aantal bijna

bereikt. Dat was ook zichtbaar in figuur 4.4. en tabel 4.3. Voor de andere hulpmiddelen is dat niet het geval. Vanaf 2005 zien we een daling, stabilisatie en alleen voor de hoog-laag bedden een lichte stijging naar 2008. Naar 2015 toe is er sprake van een forse toename in het aantal EHL bedden per 100 bewoners en een lichte toename in het aantal steunkoushulpmiddelen. De tilliften en hoog-laag douche- en bad-voorzieningen zijn iets toegenomen en het aantal glijzeilen per 100 bewoners blijkt iets te zijn afgenomen. Gezien het feit dat het optimale aantal zeker niet is bereikt en er sprake is van een toename in de zorgzwaarte is dit voor de mate van blootstelling van medewerkers een onvoldoende positief signaal. Als er onvoldoende hulpmiddelen aanwezig zijn, zullen afspraken over het gebruik onvoldoende werken. Het zoeken naar een hulpmiddel of het moeten delen van een hulpmiddel met teveel mensen zijn grote drempels voor optimaal gebruik. Binnen de groep tilliften is wel zichtbaar dat er een kleine verschuiving is opgetreden ten gunste van het aantal plafondtilliften: een gewenste ontwikkeling die gezien de ergonomische en efficiëntie voordelen sterker zou mogen doorzetten.

Voorts kan worden vastgesteld dat er nog steeds forse verschillen zijn tussen instellingen onderling. Dat geldt ook voor de rode risico's: de risico's waarvoor het zeer evident is dat er sprake is van overbelasting. We hebben het dan over een norm van 2x de NIOSH norm, zoals die door de Gezondheidsraad wordt aanbevolen voor het handmatig tillen in arbeidssituaties. Sommige instellingen hebben een 100% groene score voor de rode risico's op een aantal bronnen. Andere instellingen zijn op enkele bronnen nog volledig rood en moeten nog zeer basale stappen zetten.

Het invoeren van de Praktijkrichtlijnen vormt onderdeel van de Arbocatalogus met als doel om te komen tot een reductie van fysieke belasting. Meerdere partijen hebben zich daaraan gecommitteerd. Zo worden in principe alle organisaties aangesproken. Daarom is het relevant de verschillen tussen instellingen in beeld te brengen. Om die reden zijn de resultaten van de TilThermometer ook op instellingsniveau beoordeeld en niet alleen op groepsniveau. Dan blijkt dat een groep van rond de 10-15% een zeer fors deel tot zelfs alle risico's adequaat heeft afgedekt. Een grote groep van rond de 80% is daar in wisselende mate in geslaagd. Een kleine groep van 5%-7% heeft de basisrisico's nog nauwelijks afgedekt. Het gaat hier dus om een forse bandbreedte met een kleine, maar belangrijke groep die nog weinig in beweging is gekomen.

4.2.4. Conclusies

Uit de bovenstaande gegevens zijn enkele conclusies af te leiden.

Ten eerste is er weliswaar sprake van een lichte verbetering, maar gezien de toename in zorgzwaarte zou die sterker mogen en moeten zijn. Op meerdere punten zijn verdere verbeteringen noodzakelijk. Tenslotte is duidelijk dat de lichamelijke zorgzwaarte vooral in de verpleeghuizen en de thuiszorg is toegenomen, waarbij dit leidt tot een toename in de blootstelling aan fysieke belasting.

4.3. Conclusie en samenvatting

Respons

Er is wederom breed meegewerkt aan het inleveren van gegevens van de TilThermometer, hetgeen heeft geleid tot een voldoende respons en een waardevol gegevensbestand. We kunnen zodoende op betrouwbare wijze uitspraken doen over de huidige situatie en de ontwikkelingen in de loop der tijd.

Blootstelling aan fysieke belasting

Afgaande op de geringe toename van het aantal hulpmiddelen en de inzet daarvan bij de bewoners voor wie dat noodzakelijk is, is vooral door de inzet van hoog-laag bedden een lichte afname van de fysieke belasting gerealiseerd sinds 2008. Wanneer we de toename in zorgzwaarte (die heeft geleid tot een toename in de blootstelling) in deze gegevens verwerken is het beeld minder gunstig. Deze toename speelt vooral in de verpleeghuizen en de thuiszorg en veroorzaakt voor de betrokken zorgverleners vermoedelijk een netto toename van de blootstelling aan fysieke belasting. Dit wordt ook als zodanig door hen ervaren zoals in hoofdstuk 3 is gemeld.

Risico's verschillen in mate waarin ze zijn afgedekt

Wanneer we niet zozeer kijken naar het realiseren van een toe- of afname van de fysieke belasting, maar naar het uiteindelijke, deels idealistische, doel van 100% gezond werken kunnen we het volgende opmerken.

De mate waarin de risico's afgedekt zijn varieert per bron. Bron 3, het aan- en uittrekken van steunkousen was en is ook nu het beste afgedekt. De oplossingen hiervoor zijn ook het meest simpel en het goedkoopst. Wel is het opmerkelijk dat er relatief veel bewoners steunkousen dragen.

De punten die het minst afgedekt zijn, zijn wederom glijzeilen, tilliften (vooral de oranje, oftewel de minder forse risico's) en het zittend douchen. Voor glijzeilen geldt dat het een hulpmiddel is dat een behoorlijke vaardigheid en training vergt, maar wel relatief goedkoop is en nauwelijks eisen aan de ruimte stelt. Wel kunnen plafondtilliften een goed alternatief of aanvulling hiervoor zijn (zie verder). Het gebruik van tilliften voor de oranje risico's is iets dat ook meer tijd en ervaring vergt. Tenslotte zijn de hulpmiddelen voor zittend douchen wel toegenomen, maar zeker voor de verzorgingshuizen en de thuiszorg eisen ze veel ruimte die daar veelal niet is en kan voor de thuiszorg de financiering een knelpunt zijn. Deze laatste bron van overbelasting omvat met name statische belasting: oftewel de belasting door het werken in een minder gunstige houding (krom, gedraaid, gebogen of combinaties daarvan gedurende meer dan 1-4 minuten). Het aanpakken daarvan lijkt prioriteit te verdienen gezien de ontwikkelingen geschetst in hoofdstuk 3 waar aangegeven werd dat de groep 55-plussers een risicogroep vormt voor aandoeningen aan het bewegingsapparaat, langdurig verzuim en de mogelijke samenhang met statische belasting en het gegeven dat deze groep in omvang zal toenemen door veroudering van het personeelsbestand.

Forse verschillen tussen instellingen onderling

Voorts kan worden vastgesteld dat er nog steeds forse verschillen zijn tussen instellingen onderling. Om die reden zijn de resultaten van de TilThermometer ook op instellingsniveau beoordeeld en niet alleen op groepsniveau. Dan blijkt dat een groep van rond de 10-15% een zeer fors deel tot zelfs alle risico's adequaat heeft afgedekt. Een grote groep van rond de 80% is daar in wisselende mate in geslaagd. Een kleine groep van 5%-7% heeft de basisrisico's nog nauwelijks afgedekt. Het gaat hier dus om een forse bandbreedte met een kleine, maar belangrijke groep die nog weinig in beweging is gekomen. Die laatste groep is weliswaar iets kleiner geworden in de loop van de tijd, maar het blijft opmerkelijk dat zij nog maar weinig hebben ondernomen. We komen in de volgende hoofdstukken nog op deze groep terug.

Meer plafondtilsystemen: gewone tilliften leveren problemen op met ruimtes en manoeuvreren

Op het gebied van de inzet van tilliften is het aantal plafondtilsystemen relatief gezien toegenomen. Gezien de veel lagere ruimtelijke eisen die deze hulpmiddelen stellen en de minimale fysieke bij het manoeuvreren is dit een positieve ontwikkeling die zich echter nog sterker door zou moeten zetten om de risico's af te dekken.

Daarnaast zijn de nieuwste generaties plafondsysteem in staat om ook allerlei andere handelingen dan tillen van de ene plaats naar de andere plaats op te lossen. Gezien de beperkte inzet van glijzeilen en de beperkte ontwikkeling daarin in de loop der tijd verdient het ook om die reden aanbeveling om intensiever gebruik te gaan maken van plafondtilsystemen.

Zorgzwaarte speelt een rol bij beoordeling vooruitgang

Tenslotte speelt bij het beoordelen en verder plannen van de effecten van preventief beleid en de mate van blootstelling de toename in zorgzwaarte een zeer invloedrijke rol. Er blijft sprake van een geleidelijke toename in de lichamelijke zorgzwaarte. Het ligt in de lijn der verwachting dat deze toename ook in de toekomst een rol zal spelen. Daarmee wordt de noodzaak van intensivering van preventief beleid verder ondersteund.

Hoofdstuk 5 De RisicoRadar

de mate van blootstelling aan fysieke belasting bij medewerkers in ondersteunende diensten

5.1. Inleiding

5.1.1. Inleiding

In 2003 werd voor het eerst de blootstelling aan fysieke belasting van medewerkers in ondersteunende diensten in kaart gebracht. Tot op dat moment ontbrak het aan goed inzicht in de aard en omvang van de blootstelling aan fysieke belasting van deze groep. Dat was wel van belang omdat de CAO Arbeid en Gezondheid (CAO AG) mede tot doel had de fysieke belasting voor medewerkers in ondersteunende diensten terug te dringen. De gegevens in dit hoofdstuk geven inzicht in de wijze waarop het beleid fysieke belasting voor ondersteunende diensten in instellingen zich sinds dat moment heeft ontwikkeld op basis van gegevens uit 2003, 2005, 2008 en nu dus 2015 en hoe dat zich verhoudt tot de richtlijnen opgenomen in de Arbocatalogus VVT.

Voor een volledig beeld van de huidige situatie van medewerkers in ondersteunende diensten, moeten de gegevens verkregen met de RisicoRadar aangevuld worden met de gegevens in hoofdstuk 3 (mate waarin klachten aan het bewegingsapparaat voorkomen) en hoofdstuk 6 (mate waarin instellingen preventief beleid voeren voor deze groepen medewerkers).

5.1.2. RisicoRadar

Het onderzoek is uitgevoerd met de RisicoRadar: één van de kerninstrumenten voor de aanpak fysieke belasting zoals die in de Arbocatalogus is opgenomen. De RisicoRadar is een instrument waarmee problemen rondom fysieke belasting bij medewerkers van ondersteunende diensten in kaart kunnen worden gebracht. Net als een radar brengt de RisicoRadar vrij breed de risico's in beeld die zich voor kunnen doen bij deze divers samengestelde groep medewerkers. Het instrument sluit direct aan bij de Praktijkrichtlijnen en heeft vooral een signalerende functie.

Het is een instrument dat is gebaseerd op 'zelfregistratie', dat wil zeggen dat er niet gemeten wordt op de werkplek zelf. Toch kunnen de grootste risico's betrouwbaar in beeld worden gebracht, ook omdat uit onderzoek blijkt dat de relatie tussen ervaren fysieke belasting en werkelijke fysieke overbelasting bij dit soort activiteiten over het algemeen redelijk tot goed is. Voor meer details over onderbouwing van het instrument de RisicoRadar en de praktische implicaties daarvan verwijzen we naar de Arbocatalogus VVT en de nulmeting die in 2003 plaatsvond. Tot slot zij nog opgemerkt dat de RisicoRadar, net als de BeleidsSpiegel en de TilThermometer, integraal onderdeel uitmaakt van de RIE Zorg (Risico Inventarisatie en Evaluatie).

5.1.3. Opbouw hoofdstuk

Dit hoofdstuk is als volgt opgebouwd. In paragraaf 5.2 worden enkele opmerkingen over de methode en algemene gegevens gepresenteerd. Paragraaf 5.3 biedt per groep de resultaten van de RisicoRadars, ook grafisch weergegeven in de vorm van de Radarkaarten. Afsluitend worden in paragraaf 5.4. de conclusies en aanbevelingen gegeven.

5.2. Methode en algemene gegevens

5.2.1. Resultaten in de vorm van de Radarkaarten

Van de resultaten worden in principe de frequenties (bij 'ja' of 'nee' antwoorden of gemiddeldes (bij de 'rapportcijfers')) gegeven, daar waar nodig opgesplitst per (sub)groep. Een middel om de resultaten van de RisicoRadar eenvoudig terug te koppelen en te bespreken met de betrokkenen is de Radark kaart. Op zo'n kaart worden de resultaten in zijn geheel samengevat en grafisch in een 'radar' weergegeven. De oranje en rode risico's worden per themagebied zichtbaar. In dit brancherapport worden voor de grootste onderzochte groepen de resultaten gepresenteerd. Het gebruik van deze kaart als onderdeel van een groepsbespreking kan verder licht werpen op knelpunten, kan bewustzijn over knelpunten en datgene wat men er ook zelf aan kan doen vergroten en kan het samen prioriteren, plannen en invoeren van oplossingen bevorderen.

Bij het maken van de stap naar de Radark kaarten is een directe koppeling gelegd met de Praktijkrichtlijnen Ondersteunende Diensten. Dat zijn de landelijk afgesproken richtlijnen fysieke belasting voor de belangrijkste 15 bronnen van fysieke belasting voor medewerkers van ondersteunende diensten. Deze richtlijnen zijn, net als bij de richtlijnen voor zorgverleners, onderverdeeld in groene, oranje en rode niveaus. Mocht er een rode of oranje score te zien zijn, dan is het aan te bevelen actie te ondernemen. De rode scores moeten dan voorrang krijgen boven de oranje scores. Samengevat hebben de scores de volgende betekenis:

<i>Groen betekent:</i>	<i>geen verhoogd risico op overbelasting</i>
<i>Oranje betekent</i>	<i>licht verhoogd risico op overbelasting en uiteindelijk gezondheidsschade: maatregelen nemen</i>
<i>Rood betekent</i>	<i>verhoogd risico op overbelasting en gezondheidsschade: zo mogelijk direct maatregelen nemen</i>

Daarbij is nog wel het volgende van belang. Een groene score is nog geen garantie dat er geen verbetering nodig is. Er moet ook gekeken worden naar de problemen die de betrokkenen eventueel zelf aangeven, bijvoorbeeld op het gebied van werkmaterialen of werkomgeving. Een voorbeeld rondom beeldschermwerk kan dat illustreren. Als de groep groen scoort kan desondanks bijv. 20% van de respondenten op de vraag of verbetering nodig 'ja' antwoorden. Uit de antwoorden die zij geven kan dan bijvoorbeeld de noodzaak blijken van een andere monitoropstelling of een voetenbankje. Het blijft dus nodig om niet alleen op de kleuren die zijn aangegeven op de radark kaarten af te gaan, maar ook de mening van de betrokkenen zelf te betrekken bij de eindconclusies. Daarom is ook de terugkoppeling middels de radark kaarten van belang.

Omgekeerd kan het signaleren van een rood risico, zonder dat de betrokkenen aangeven dat actie nodig is, ook een signaal zijn. Het kan zijn dat zij zich onvoldoende realiseren dat bepaalde activiteiten mogelijke risico's inhouden. Opnieuw is dan een bespreking van de Radark kaarten zinvol om te zien of de situatie herkend wordt. Iemand die bijvoorbeeld langer dan 3 uur aangesloten achter een beeldscherm werkt, hoeft zich niet altijd bewust te zijn van de risico's, terwijl het toch zaak is daar wat aan te doen, gezien de risico's op langere termijn op het ontstaan van bijvoorbeeld RSI/ CANS.

5.3. De resultaten

5.3.1. De functiegroepen

Er zijn in deze ronde in totaal 1.652 RisicoRadars verzameld (tegenover 1.782 RisicoRadars in 2008) binnengekomen. De radars zijn uitgezet bij een steekproef van instellingen (zie hoofdstuk 2). De respons voor de RisicoRadar ligt rond de 56% en is daarmee voldoende tot goed te noemen.

Deze radars zijn allereerst als totale groep geanalyseerd. Daarna zijn de subgroepen zoals die ook in beide vorige onderzoeks rondes waren geïdentificeerd geanalyseerd.

Net als de vorige maal zijn alle disciplines in meer of mindere mate vertegenwoordigd in het totale eindbestand. Het varieerde van receptiemedewerkers, keukenpersoneel, tuinmedewerkers, activiteitenbegeleiders, tandartsen, psychologen, TD'rs, ICT'rs, pastoraal medewerkers, kappers, medewerkers linnendienst, administratieve medewerkers, beleidsmakers, huishoudelijk medewerkers, gastvrouwen, vogelverzorgers tot en met directieleden.

Wanneer we teruggrijpen op hoofdstuk 3, naar de gegevens over klachten aan het bewegingsapparaat en deze verder analyseren zie we het volgende beeld dat maar weinig tot niet afwijkt van de situatie in 2005 en 2008. Wel merkten we op dat er een zeer grote bandbreedte is gesignaleerd: instellingen waar eigenlijk geen verhoogde prevalentie of zelfs een zeer lage prevalentie wordt gemeld en instellingen waar extreem hoge getallen worden gerapporteerd.

Qua type komen rug- en nek-/schouder- en armklachten het meeste voor en meer dan in de algemene bevolking. Dat is vooral zo bij medewerkers huishoudelijke dienst, technische dienst/onderhoud, keukenmedewerkers en medewerkers van de transportdienst/logistiek. Verder komen nek-/schouderklachten meer dan gemiddeld voor bij medewerkers die veel beeldschermwerk uitvoeren (administratieve krachten en beleidsmedewerkers). Het is zodoende nu, in dit hoofdstuk de vraag of de problemen qua blootstelling aan fysieke belasting ook op vergelijkbare wijze bij deze subgroepen zichtbaar zijn.

5.3.2. De functiegroepen en de belasting waar ze aan blootstaan

Voor de bespreking van de landelijke resultaten splitsen we de gegevens over enkele hoofdgroepen. Daarbij zijn groepen gevormd die fysiek gezien ongeveer vergelijkbare activiteiten uitvoeren, hoewel de taakhoud aanzienlijk kan verschillen. Mensen die beeldschermwerk uitvoeren zijn bijvoorbeeld qua fysieke belasting vergelijkbaar, maar kunnen inhoudelijk zeer verschillend werk doen (vb. beleidsmedewerker of voorraadbeheerder). Voor dit hoofdrapport onderscheiden we net als in de vorige rondes de volgende hoofdgroepen.

- Huishoudelijke dienst / hoteldienst
- Recreatie / activiteitenbegeleiding
- Beleidsmedewerkers/ managers, teamleiders, opleiding, secretariaat, administratie
- Receptie medewerkers
- Technische dienst/onderhoud
- Keuken /voedingsdienst
- Transport / logistiek

Er zijn zoals aangegeven veel meer functiegroepen die mee hebben gedaan aan dit onderzoek. Dit zijn groepjes die gezien de monitoringsdoelstelling van dit onderzoek te klein zijn om op

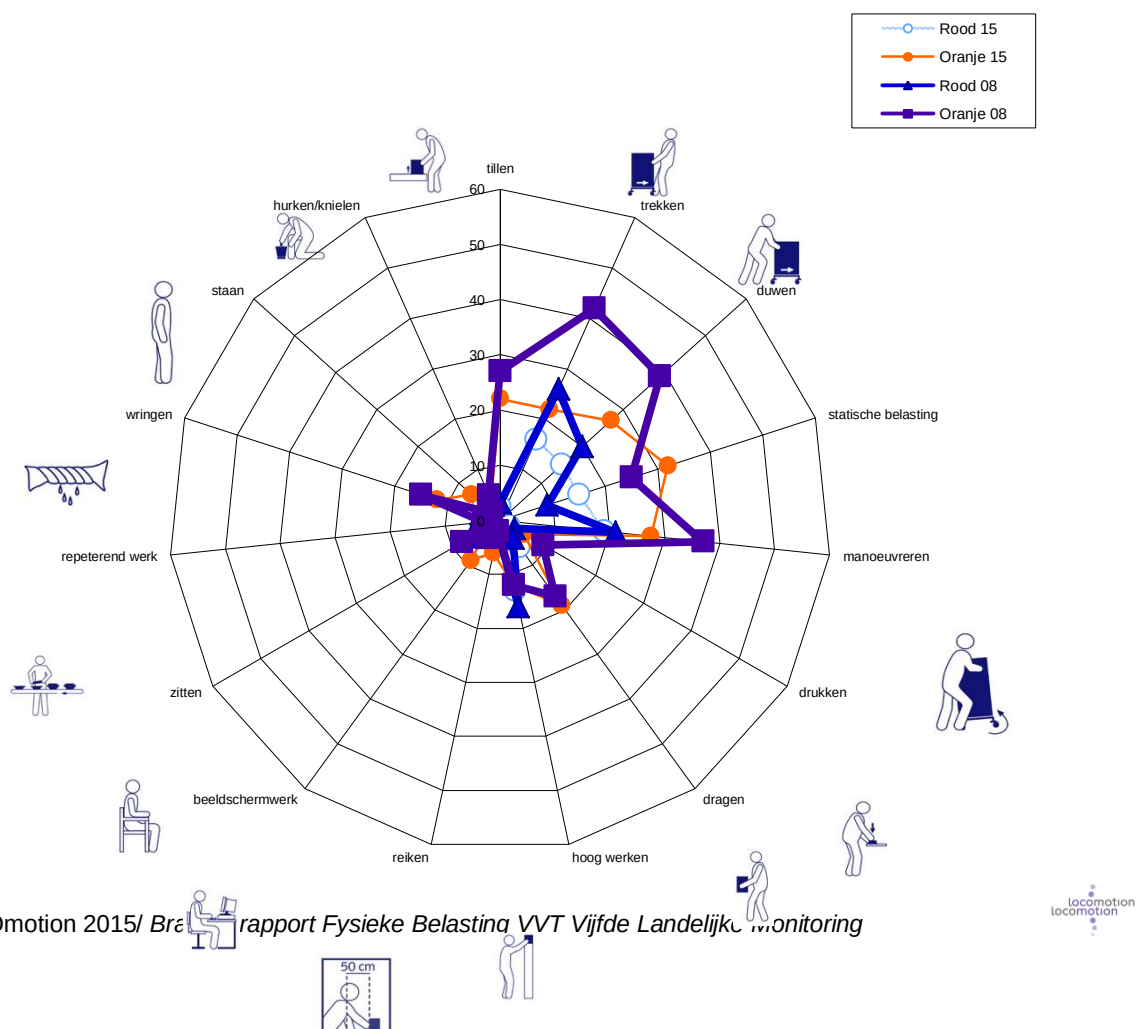
landelijk niveau op verantwoorde wijze te betrekken in dit onderzoek. Het gaat dan bijvoorbeeld om kapsters, tandartsen, tuinmannen of naaisters.

5.3.2.1. Resultaten landelijk

We laten nu de landelijke resultaten van deze hoofdgroepen zien in de vorm van de Radarkaarten. Dit is ook de werkvorm die gebruikt wordt voor de terugkoppeling naar de medewerkers zelf. De meest uitgesproken verbeterpunten (rode en oranje risico's) staan in deze kaarten aan de buitenzijde in de cirkel en de rode risico's verdienen prioriteit boven de oranje risico's. Elk van de vijftien hoofdbronnen van fysieke belasting uit de Praktijkrichtlijnen staat weergegeven. Zodoende kan men in een oogopslag een beeld krijgen van het risicoprofiel per functiegroep.

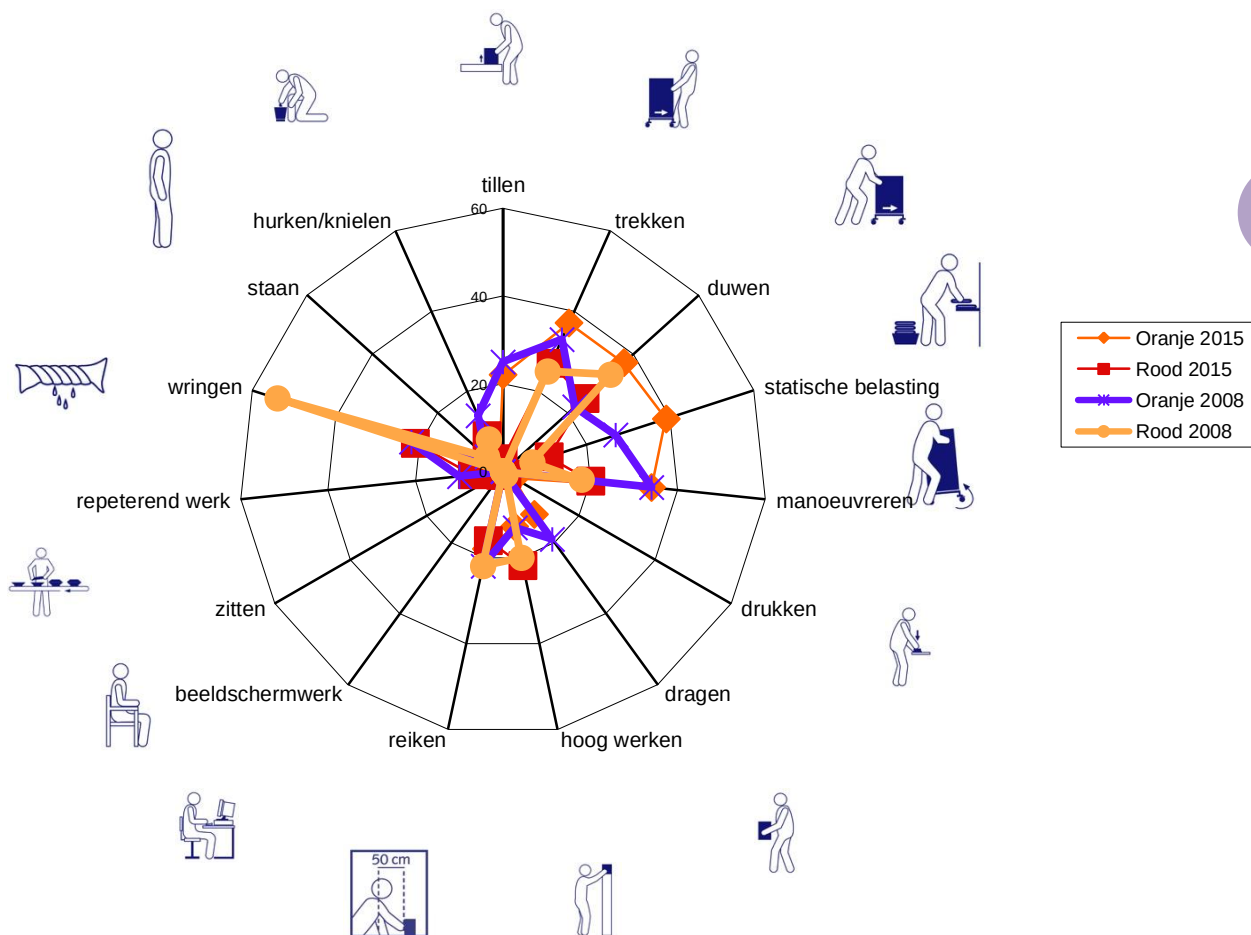
Alvorens de resultaten per groep te tonen, laat figuur 5.1. allereerst de resultaten van de totale groep zien. Het gaat dan om de handelingen die nog **niet voldoen** aan de landelijke Praktijkrichtlijnen Fysieke Belasting Verpleeg- en Verzorgingshuizen. De resultaten uit 2008 zijn met de dikke lijnen weergegeven, waarbij de vierkante blokjes de rode risico's aangeven en de driehoekjes de oranje risico's. Opnieuw springt het cluster duwen, trekken en manoeuvreren en het werken in moeilijke houdingen als risicofactoren eruit. Vooral het duwen, trekken en manoeuvreren is ten opzichte van de vorige ronde iets afgenomen. Wel moet in gedachten gehouden worden dat dit een gemiddelde over alle functiegroepen is. Daarom worden nu de resultaten naar de functiegroepen uitgesplitst.

Figuur 5.1. Radark kaart 1: Totaal overzicht van de blootstelling aan fysieke belasting van medewerkers ondersteunende diensten getoetst aan de Praktijkrichtlijnen Fysieke Belasting.
(percentages medewerkers die aangeven bloot te staan aan rode of oranje risico's)(n=1.625)



5.3.2.2. Huishoudelijke dienst (hoteldienst etc.)

Radarkaart 2 Huishoudelijke dienst: de verbeterpunten in rode en oranje niveaus volgens de Praktijkrichtlijnen fysieke belasting (percentage personen dat aangeeft bloot te staan aan rode of oranje risico's)(n=211).



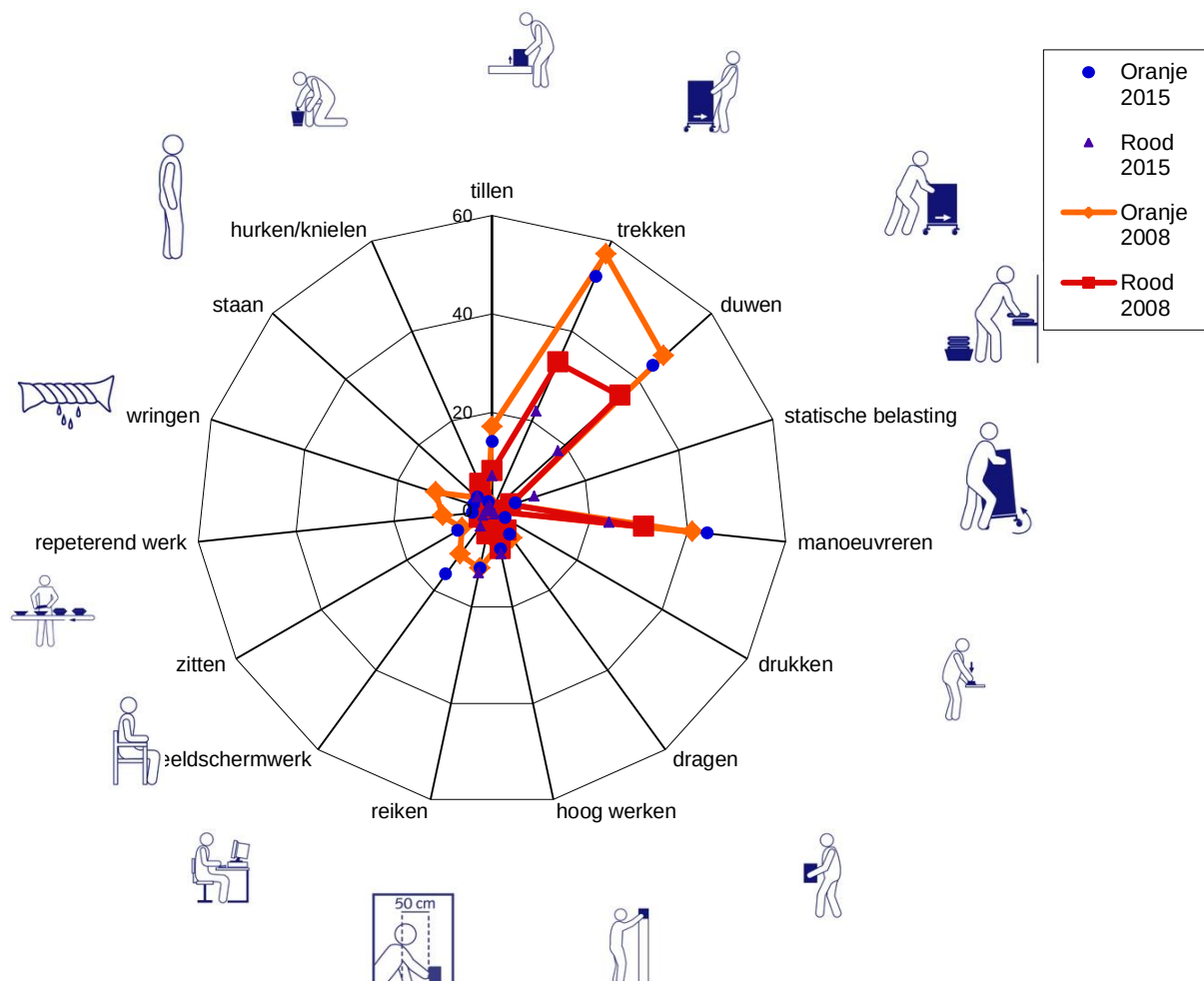
In radarkaart 2 is te zien dat het voorheen grootste probleem bij de huishoudelijke dienst namelijk het handmatig wringen sterk is afgenomen. Dit vormt nu nog nauwelijks meer een probleem. Dit wordt gevolgd door twee andere clusters met lichte tot matige arborisico's. Deze zijn in vergelijking met 2008 toegenomen. Allereerst de voor huishoudelijke zorg onderling sterk samenhangende bronnen: statische belasting, hurken/knielen, hoog werken en ver reiken. Deze groepen hebben scores tussen de 20 en 25% rood en deels ook hoge oranje scores (tot 40% voor statische belasting). Deze problemen hebben namelijk volgens de beschrijving van de betrokkenen op de ingeleverde radarformulieren vooral te maken met schoonmaakwerkzaamheden in lastige houdingen. Het zijn vooral de medewerkers uit verzorgingshuizen en thuis die helpen bij licht of zwaarder huishoudelijk werk in de appartementen of thuissituatie die hier problemen melden. De tweede bron van zorg is het manoeuvreren/ duwen en trekken. Het probleem is iets toegenomen in vergelijking met 2008.

De gesignaleerde bronnen van fysieke overbelasting zijn precies die bronnen van fysieke belasting die verwijzen naar de arm/nek/schouderklachten die (zie hoofdstuk 3) die ook vrij veel voor blijken te komen bij deze functiegroep. Wel vervalt de risicobron 'wringen' ditmaal. Kennelijk is men intensiever met modern schoonmaakmateriaal gaan werken en is wringen niet meer nodig (microvezels, mechanische wringers etc.).

Er wordt door deze groep werknemers wederom een uitgesproken behoefte aan verbetering aangegeven. Met name zaken als professioneel schoonmaakmateriaal (makkelijke lichte stofzuigers met goede zuigmonden, beter werkmateriaal voor het zemen van ramen, sprays en microvezels (minder met emmers water tillen, sneller klaar, minder hard boenen en niet of minder wringen)), minder volle appartementen, meer nadruk op aanpassingen thuis en beter manoeuvreerbaar materieel staan hoog genoteerd op de verlanglijstjes. Dit lijstje is zodoende identiek aan de vorige ronde.

5.3.2.3. Recreatie / activiteitenbegeleiding

Radarkaart 3 Recreatie /activiteitenbegeleiding: de verbeterpunten in rode en oranje niveaus volgens de Praktijkrichtlijnen fysieke belasting (percentage personen dat aangeeft bloot te staan aan rode of oranje risico's)(n=53)



Deze groep medewerkers helpt bij een breed scala van (recreatieve) activiteiten van bewoners. Hun bezigheden kunnen van dag tot dag variëren, maar worden vaak in direct contact met de bewoners uitgevoerd. Ook het voorbereiden van activiteiten (klaarzetten materialen, stoelen etc.) komt nogal veel voor.

In deze groep is sprake van een lichte verbetering voor het cluster trekken/duwen en manoeuvreren. Dat is een kentering omdat tot nu toe dit probleem steeds toenam. Ze scoren hier nog wel boven het gemiddelde van de totale groep medewerkers in ondersteunende diensten (zie radark kaart 1). Het gaat dan niet alleen om het rijden met rollend materieel, maar vooral ook om het schuiven van stoelen (met of zonder bewoner erop en soms over zware vloerbedekking en zonder glijdoppen), meubels, plantenbakken en dergelijke.

Ook hier zien we dat het wringen als probleem nagenoeg is verdwenen. Ook statische belasting speelt bij deze groep nauwelijks een rol.

Deze groep assisteert regelmatig bewoners bij allerlei handelingen (rolstoel, toiletgang, gevallen bewoners). Sommigen voelen zich daar onvoldoende op voorbereid, er zijn in wisselende mate (en soms geen) hulpmiddelen aanwezig en in ieder geval ervaren ze het vrijwel allemaal als zwaar.

5.3.2.4. *Beleidsmedewerkers, managers, directieleden, teamleiders, opleiding, secretariaat, administratie, ICT medewerkers*

Het gaat hier om een gecombineerde groep van allerlei medewerkers die grotendeels bureauwerk, zittend werk en/of administratief werk uitvoeren (met uitzondering van receptiemedewerkers (zie verder)).

De belasting in dit subgroepje is vrij specifiek, al zijn er wel kleine onderlinge verschillen. De punten worden gevormd door beeldschermwerk, zitten en repeterende handelingen. Bij repeterende handelingen wordt logischerwijs voornamelijk verwezen naar beeldschermwerk.

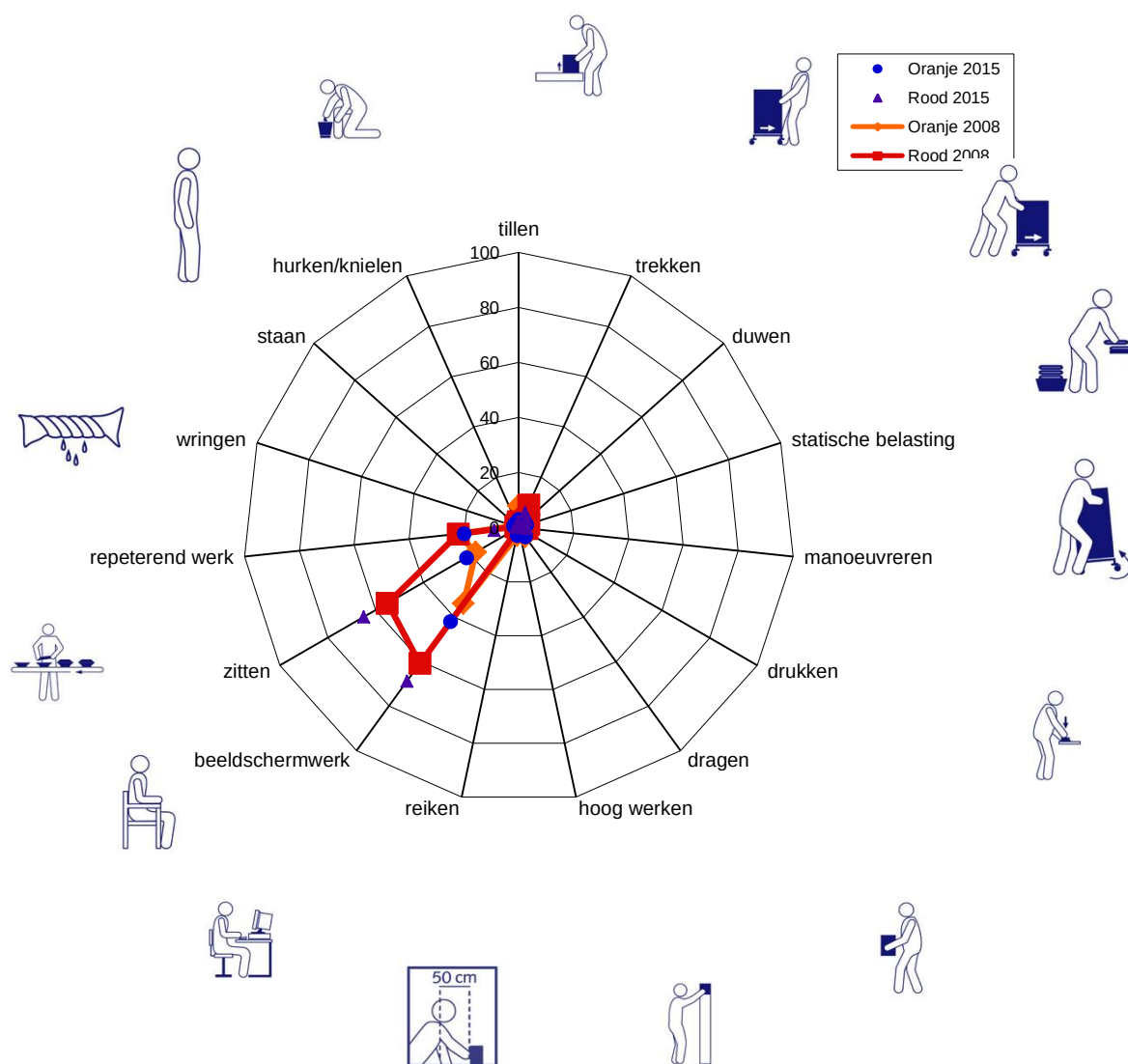
De resultaten staan in de Radark kaart 4 weergegeven. De situatie is in vergelijking met 2002/2003, 2005 en 2008 minder goed. Rond de helft van deze groep zit nu te lang en/of voert te lang achtereen en aaneengesloten beeldschermwerk uit. Voorheen lag dat tussen de 20 en de 40%. Op zich geeft dit de landelijke trend weer naar toenemende automatisering en beeldschermwerk, maar feit is wel dat er sprake is van een toename.

Vrijwel alle medewerkers uit deze functiegroep voeren beeldschermwerk uit. De duur hiervan komt bij grofweg de helft dus boven gezondheidkundige grenzen uit, zowel voor de aaneengesloten duur (meer dan twee uur achtereen achter een beeldscherm) als voor de totale duur (zowel langer dan 2 uur aaneengesloten als meer dan zes uur totaal achter een beeldscherm). Daarbij is nu iets meer (28%) (voorheen 17%, 22% en 27%) van mening dat hun werkplek technisch gezien niet goed is ingericht. Ongeveer een derde, een iets grotere groep dan voorheen, vindt het nodig dat er verbetering volgt in de werkplek zelf.

Overigens wordt ook bij andere activiteiten dan beeldschermwerk vrij lang gezeten door deze groep: overleggen, vergaderingen, telefoneren, lezen en schrijven etc.. Meer dan de helft tot twee derde zit daarbij langer dan twee uur aaneengesloten of te lang in totaal en zou dus meer afwisseling moeten zoeken in de zithouding (afwisselen met even lopen, koffie halen, post rondbrengen etc.).

Gezien de lange en lang aaneengesloten duur (zitten, beeldschermwerk) zou meer afwisseling in de zittende houding sterk aan te bevelen zijn voor deze functiegroep: micropauzes en afwisseling van activiteiten. Verder komen er nauwelijks knelpunten naar voren en er wordt ook vrijwel geen noodzaak tot verbetering aangegeven. Het beeld is iets minder goed dan de vorige ronde, maar qua risicoprofiel sterk vergelijkbaar en vrijwel identiek.

Radarkaart 4. Beleidsmedewerkers, managers, directieleden, teamleiders, opleiding, secretariaat, administratie, ICT medewerkers. De verbeterpunten in rode en oranje niveaus volgens de Praktijkrichtlijnen fysieke belasting (percentage personen dat aangeeft bloot te staan aan rode of oranje risico's)(n=121)



5.3.2.5. Receptie medewerkers

Ook in deze functiegroep is de belasting vrij uniform en specifiek: zie Radarkaart 5. De verbeterpunten zitten net als bij Radarkaart 4 in de vorige paragraaf bij de deels samenhangende bronnen beeldschermwerk, zitten en in veel mindere mate repeterende handelingen.

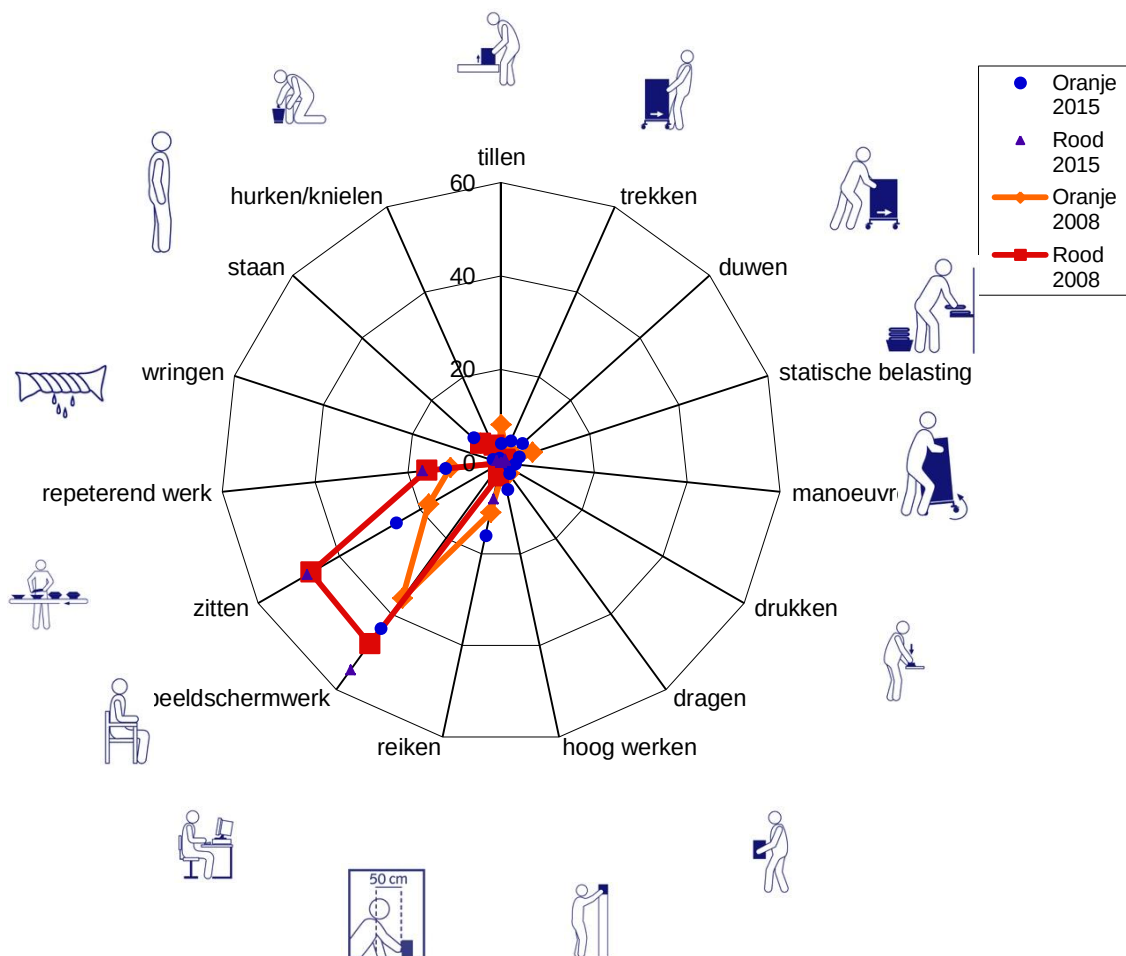
Ze voeren allen ook beeldschermwerk uit. De duur hiervan komt bij een grotere groep dan voorheen (nu rond de 55% ten opzichte van 50%, 40% en 20% voorheen) boven

gezondheidkundige grenzen. Dat geldt dan zowel voor de aaneengesloten duur (meer dan twee uur achtereen) als voor de totale duur (meer dan zes uur totaal achter een beeldscherm). Er is dus ook hier sprake van een stijging vanaf 2002, 2005 en 2008 naar 2015.

Daarnaast is van belang te melden dat bijna de helft van mening is dat hun werkplek niet goed is ingericht. Deze groep is dus groter dan bij de vorige groep werknemers die ook beeldschermwerk en zittend werk uitvoeren. Er is in deze groep derhalve geen daling van dit percentage te zien. Ze noemen daarbij zowel de beeldschermopstelling, de telefooncentrale (en alles wat daarmee samenhangt) als de balie op zich. De balies worden soms als onhandig ervaren (te breed, te hoog, te ver moeten reiken en onlogisch ingedeeld, waarbij de computer in een hoekje is 'weggemoffeld', waardoor men scheef zit).

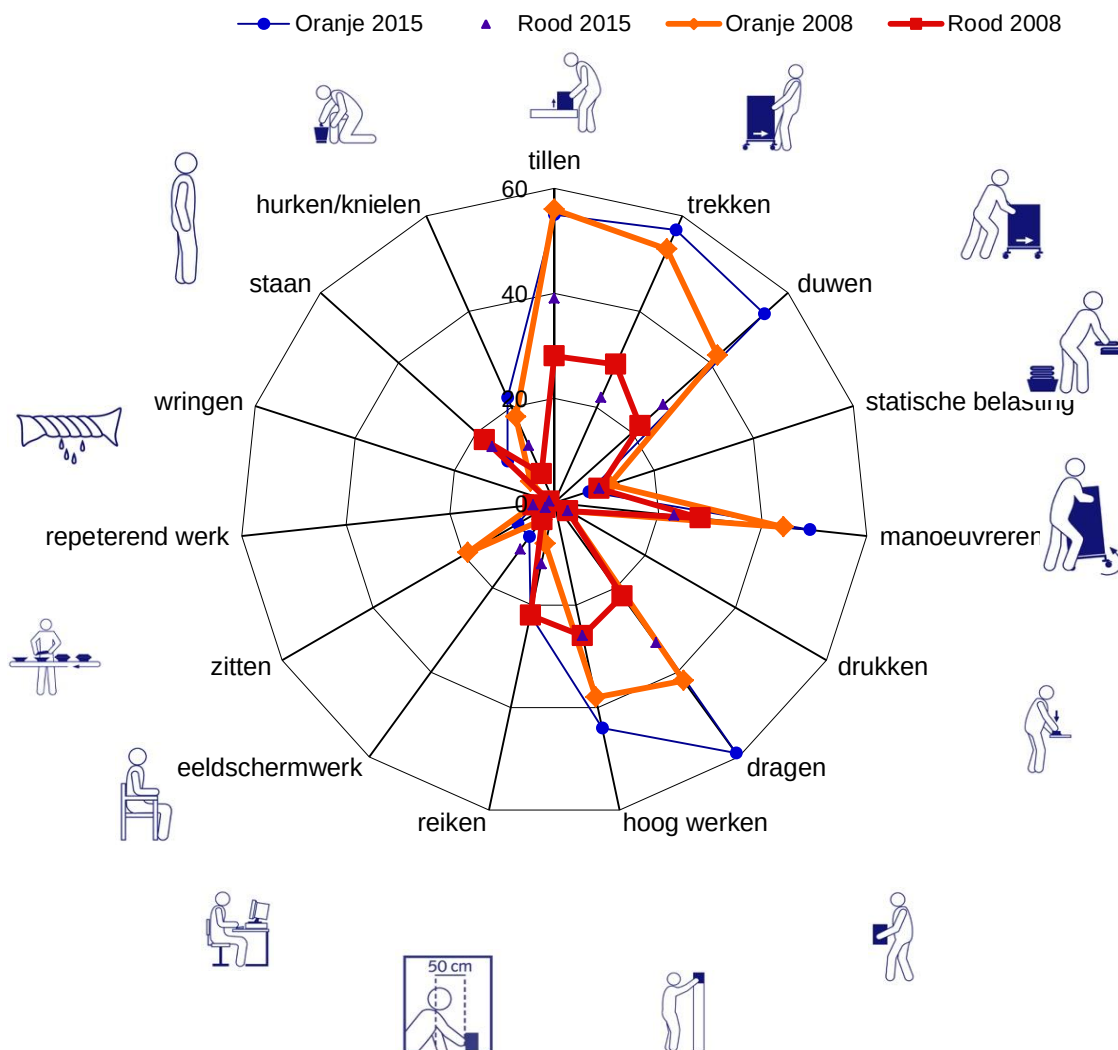
Ook voor deze groep is meer afwisseling, meer micropauzes en het afwisselen met een poosje staand werken aan te bevelen. Daarnaast lijkt het op basis van deze gegevens bij deze groep aan te bevelen ook naar de fysieke werkomgeving te kijken en daar waar nodig aanpassingen door te voeren. Het beeld van deze groep is vrijwel identiek aan de vorige ronde. Eigenlijk is alleen de ernst en de ervaren ernst licht toegenomen.

Radarkaart 5 Receptiemedewerkers: de verbeterpunten in rode en oranje niveaus volgens de Praktijkrichtlijnen Fysieke Belasting (percentage personen dat aangeeft bloot te staan aan rode of oranje risico's)(n=91)



5.3.2.6. Technische dienst/ onderhoud

Radark kaart 6 Technische dienst: de verbeterpunten in rode en oranje niveaus volgens de Praktijkrichtlijnen fysieke belasting (percentage personen dat aangeeft bloot te staan aan rode of oranje risico's)(n=144)



Deze radark kaart (Radark kaart 6) geeft traditioneel een uitermate divers beeld en dat is ook nu het geval. De verschillen tussen instellingen onderling zijn ook groot, hetgeen overigens niet zichtbaar te maken is in de Radark kaart en ook de variatie binnen instellingen is zeer fors. Dat is verklaarbaar omdat deze medewerkers allerlei wisselende activiteiten uitvoeren en ook een (van dag tot dag) vrij sterke afwisseling in activiteitenpatroon hebben. Daarbij komen gemiddeld genomen slechts enkele activiteiten in het risicogebied terecht. De afwisseling in activiteiten drukt het risico dat zij wel degelijk, zij het incidenteel, lopen. Er zijn slechts in beperkte mate,

maar wel meer dan in de vorige ronde, rode risico's zichtbaar (maximaal 25-40%). Er is een kleine verschuiving zichtbaar van oranje naar rode risico's. Vooral het tillen en dragen van zware en middelzware lasten (12-25 kg) en het manoeuvreren, duwen en trekken komen als risicofactoren naar voren. Verbetering hiervan (kleinere verpakkingen of juist zeer zware en alleen mechanisch te verplaatsen bulkverpakkingen) en beter verrijdbaar maken van zaken is en blijft daarom toch ook voor deze groep aan te bevelen. Het beeld is opvallend identiek aan de vorige rondes.

Voor deze groep blijft het vooral van belang dat zij *zelf* alert blijven signaleren welke risico's zich mogelijk voor kunnen doen en vaardigheden hebben om te zien wat zij daar zelf aan kunnen doen. Het is immers onmogelijk om alle situaties waar zij in terecht komen te voorzien en aan te pakken. TL-buizen blijven immers altijd aan het plafond hangen en blijven onderhoud nodig hebben en het is niet aan de orde om die op een goede werkhoogte of hoog-laag instelbaar te monteren. Het afwisselen van de houding bij dat soort handelingen en bij voorkeur ook iets als taakrotatie is dan een mogelijkheid om de risico's te beperken. Daarnaast is zodoende het zelf in een goede conditie zijn voor deze groep extra belangrijk. De preventieve aanpak hangt bij deze groep zodoende veel sterker af van het eigen gedrag van medewerkers dan bij andere functiegroepen.

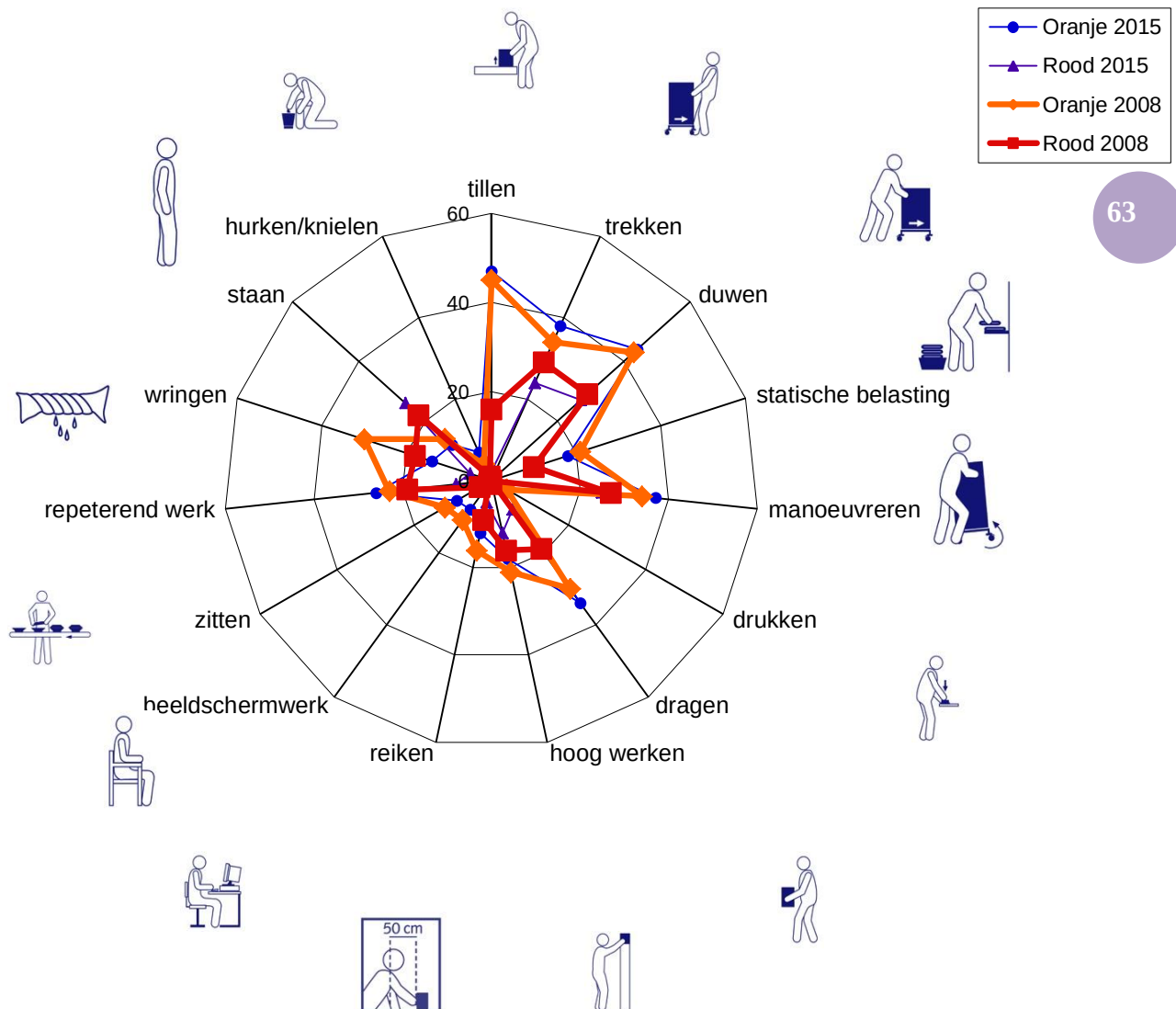
5.3.2.7. *Keuken /voedingsdienst*

Ook in deze meetronde wordt er door deze medewerkers nogal eens middelzwaar (12-25 kg) , maar ook zwaar (> 25 kg) getild of gedragen. De situatie is min of meer stabiel: geen veranderingen naar ernstiger of minder ernstig. Het blijven vooral de til- en draaghandelingen.

Net als de vorige ronde en net als bij enkele andere functiegroepen, speelt de problematiek van te zwaar trekken, duwen en manoeuvreren, vooral met rollend materieel (vb. kar uit de koelcel halen, containers, warmwagens en het nemen van bochten met dit materieel).

De overige risico's zijn beperkt en zijn op ongeveer dezelfde hoogte gebleven als in de vorige rondes.

Radark kaart 7. Keuken/ voedingsdienst: de verbeterpunten in rode en oranje niveaus volgens de Praktijkrichtlijnen fysieke belasting (percentage personen dat aangeeft bloot te staan aan rode of oranje risico's)(n=148)



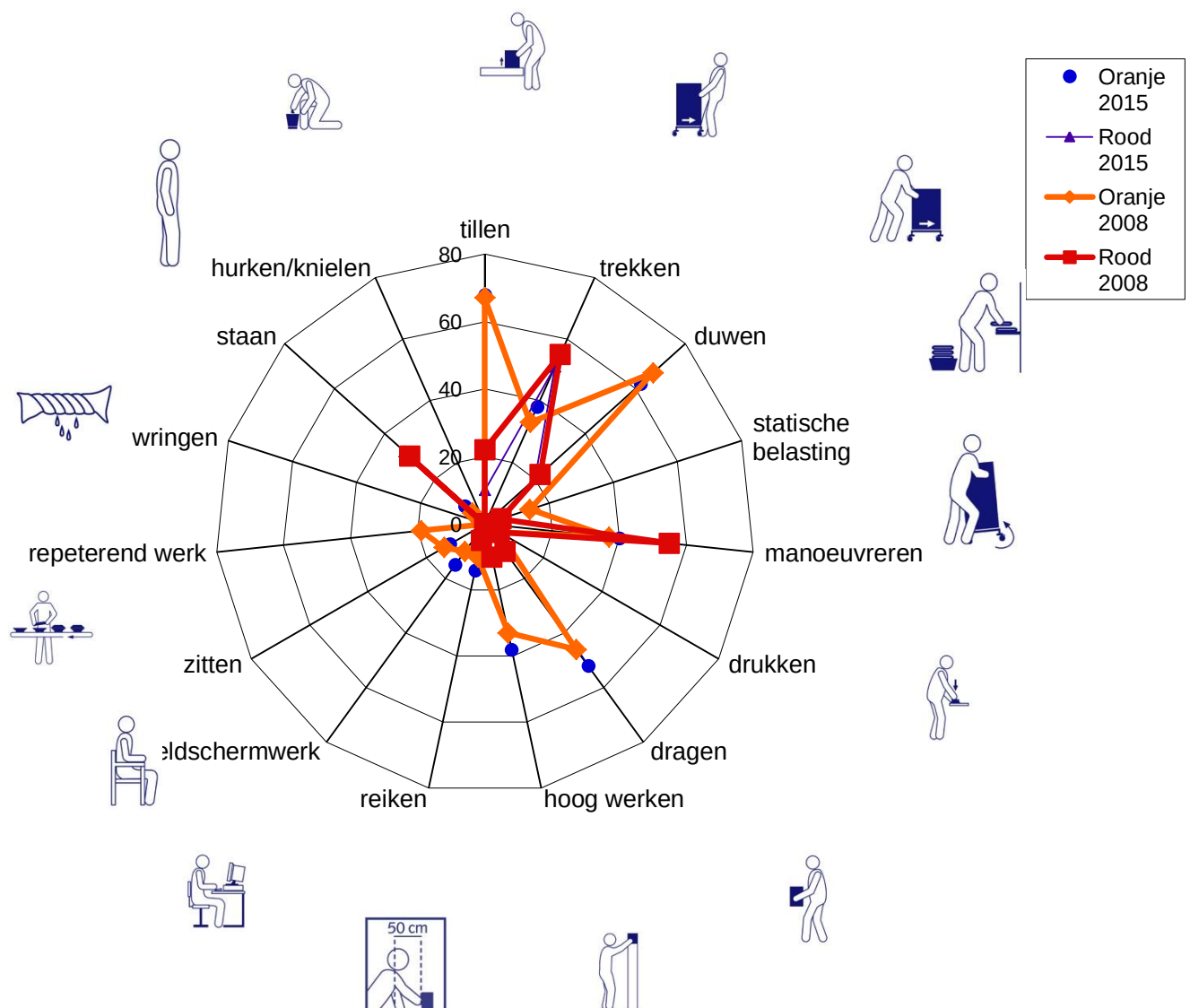
5.2.3.8. Transport / logistiek

Hoewel dit een vrij kleine functiegroep van 27 medewerkers is, bespreken we de resultaten toch omdat de problematiek de eerste ronde zeer fors bleek te zijn. De problemen zijn nu over het geheel gezien vergelijkbaar met de vorige ronde en er dus sprake van een stabilisatie. Wel is er een verschuiving zichtbaar van de oranje naar de ernstiger rode risico's. De omvang van de groep die bloot zegt te staan aan risico's is ongeveer gelijk gebleven. We maken wel de kanttekening dat de groep verhoudingsgewijs erg klein blijft, waardoor we een vertekening in de resultaten niet kunnen uitsluiten. Kleine verschillen in aantallen kunnen grote verschillen in percentages veroorzaken. Ook in deze functiegroep blijven de problemen aanwezig met het rijden en manoeuvreren met rollend materieel (oftewel 'alles met karren en containers'). Een hoog percentage (ruim de helft) scoort rood (zie Radark kaart 8). Verder worden voor de andere

bronnen af en toe oranje en een enkele rode score behaald: dat blijft echter beperkt. De problemen concentreren zich zodoende vooral bij tillen, dragen, trekken/duwen en manoeuvreren.

Bijna alle medewerkers in deze groep willen graag verbetering van de huidige situatie. Als oplossingen zou men graag betere, makkelijker, lichtere, beter onderhouden en/of zelf verrijdbare gemotoriseerde karren en containers willen. Ook wil men een betere logistiek. Minder overladen, handiger en logischer routes en meer nadenken over de logistiek blijven voortdurend op het ARBO-verlanglijstje van deze groep staan. We zien dus ook bij deze groep nauwelijks veranderingen in de loop van de tijd, een zelfde vraag om verandering en oplossingen.

Radarkaart 8 Transport/logistiek: de verbeterpunten in rode en oranje niveaus volgens de Praktijkrichtlijnen fysieke belasting (percentage personen dat aangeeft bloot te staan aan rode of oranje risico's)(n=22)

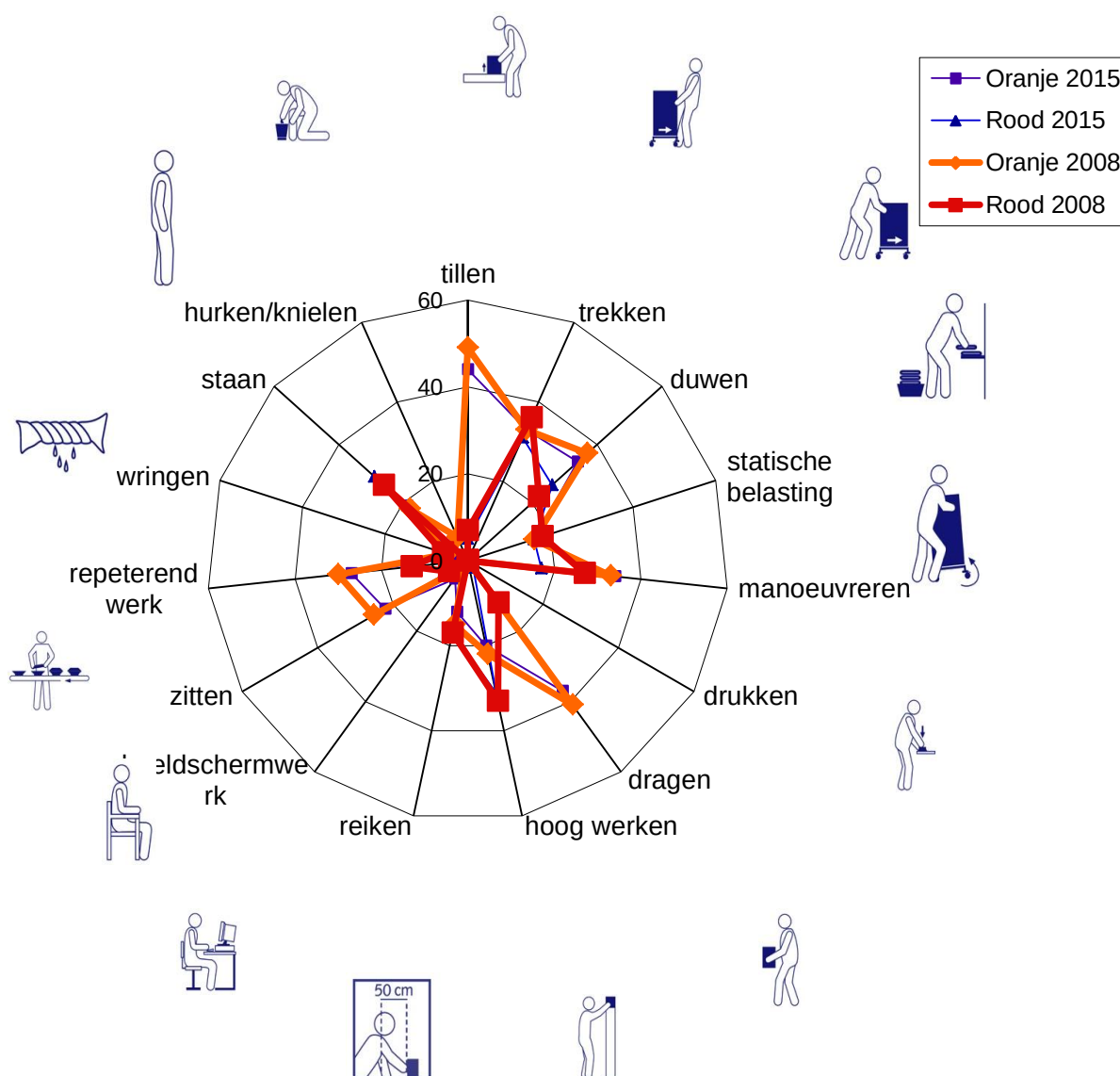


5.2.3.9. Linnenkamer/-dienst

Deze groep van 62 mensen bleek in de vorige ronde meer dan gemiddeld problemen te melden en werd daarom eenmalig als speciale groep verwerkt in de rapportage. Hun problematiek sprong er uit en helaas is dat ook nu, net als in 2008 weer het geval.

Behalve de bij andere groepen ook vrij veel voorkomende problemen rondom tillen/dragen (ongeveer de helft van de groep scoort rood of oranje) en duwen/trekken en manoeuvreren (30-40-% rood of oranje) komt ook het lange staan (30% rood) en het hoog- en ver reiken als probleem naar voren. Het tillen lijkt wat te zijn afgenomen: er zijn iets minder oranje en rode risico's zichtbaar. Het langdurig staan aan tafels die niet optimaal zijn ingesteld en/of ingedeeld wordt het ook nu meest als reden genoemd voor deze problemen en in dat opzicht is er geen verandering te zien ten opzichte van de vorige ronde.

65



Radarkaart 9 Medewerkers Linnenkamer: de verbeterpunten in rode en oranje niveaus volgens de Praktijkrichtlijnen fysieke belasting (percentage personen dat aangeeft bloot te staan aan rode of oranje risico's)(n=78)

5.4. Conclusies en discussie

de grootste problemen in termen van blootstelling aan fysieke belasting

5.4.1. Grootste problemen en CAO AG-doelstelling

Deze ronde was de vierde maal dat de blootstelling aan fysieke belasting van medewerkers van ondersteunende diensten in kaart is gebracht. Zowel het onderzoek naar als de aanpak van fysieke overbelasting loopt in de tijd iets achter de aanpak voor de zorgverleners aan. We kunnen net als de vorige maal zeggen dat er maar weinig tot geen verandering te constateren is. In vergelijking met de vorige ronde doen zich hier en daar wel kleine verslechtingen en kleine verbeteringen voor. Dit wisselt wel enigszins per groep medewerkers. Over de hele linie blijft zodoende verbetering noodzakelijk.

In de vorige ronde constateerden we dat de oorspronkelijke CAO AG doelstelling om de blootstelling met 30% te laten dalen in de groep medewerkers van ondersteunende diensten niet was gehaald. Deze ronde zullen we die conclusie opnieuw moeten trekken. De groepen die nu de grootste problemen melden zijn wederom:

- medewerkers huishoudelijke dienst
- medewerkers van de technische dienst
- medewerkers van de keuken
- transport en logistiek medewerkers

Ook blijken zich rondom beeldschermwerk en lang zitten bij enkele groepen problemen voor te doen die in ernst zijn toegenomen in vergelijking met de vorige ronde. Met name voor de mensen die veel beeldschermwerk uitvoeren zijn aanpassingen in de werkplek volgens de betrokkenen nu wel nodig, naast het veel meer afwisselen van de zittende houding en het onderbreken en beperken van de duur van het beeldschermwerk is noodzakelijk om de reële risico's op het ontstaan van RSI / CANS te beperken. Voor receptiemedewerkers wordt wederom gesignaleerd dat er aanpassingen nodig zijn in de fysieke werkplek zelf.

De verpleeghuizen blijken voor deze groepen medewerkers gemiddeld genomen niet significant te verschillen van de groep werkzaam in verzorgingshuizen. Dit geldt dan, net als in de vorige ronde, met uitzondering van de huishoudelijke (hotel) dienst in verpleeghuizen waar minder problemen aanwezig zijn dan bij de huishoudelijke dienst/ hoteldienst in verzorgingshuizen. Dat heeft hoogstwaarschijnlijk te maken met de andere bouw en het aanwezig zijn van bewonergebonden en -ingerichte appartementen in een verzorgingshuis. Wellicht speelt ook de mate waarin meer professioneel schoonmaakmateriaal wordt ingezet een rol. Daarvan wordt, in beide branches in toenemende mate gebruik van gemaakt. Ook wordt opgemerkt dat het schoonmaakwerk in toenemende mate wordt uitbesteed.

We zien hier een opvallend grote bandbreedte in de gesignaleerde problematiek. Gemiddeld genomen concluderen we dat er weinig verandering is en we vrijwel dezelfde resultaten als voorheen melden, maar op organisatieniveau is de bandbreedte fors. Dit pleit er voor om voor deze vaak zeer kleine groepen / paar individuen toch altijd te zoeken naar maatwerk. Het maakt vermoedelijk ook de kans groter dan hun problematiek niet voldoende zichtbaar is en aanleiding voor actie is. Ook dit pleit voor maatwerk, waarin de RisicoRadar als signalerend instrument de eerste stap kan vormen.

Wensen voor verbetering sporen meestal met de knelpunten

In enkele functiegroepen is er een duidelijk verband tussen de aanwezige problemen en de wens vanuit betrokkenen voor verbetering. Bij andere groepen ligt dat soms wat scheef: er zijn problemen gesignaleerd, maar de behoefte om daar wat aan te doen is in verhouding vrij klein. Dat speelt met name rond beeldschermwerk en bij de transportdiensten. Er kan dan in de sfeer van voorlichting aan meer bewustzijn over de risico's en wat men er zelf aan kan doen gewerkt worden. Ook de bekendheid met oplossingen wisselt.

De grootste problemen die uit dit deel van het onderzoek naar voren komen zijn:

Manoeuvreren/duwen/trekken

Dit is en blijft toch het meest voorkomende knelpunt, zowel in ernst als in het aantal mensen bij wie het voorkomt. Er wordt heel wat afgereden, gedraaid, geduwd, getrokken en gesjord met maaltijdwagens, linnenkarren, vuilnis, bedden, containers, etc. Het wordt als zwaar ervaren en het is, ook in vergelijking met de normen, soms te zwaar werk. Het onderhoud van karren is niet altijd goed; de technische kant niet optimaal en de routes kunnen lang zijn en niet altijd obstakelvrij. De karren voldoen niet allemaal aan de eisen die er aan gesteld mogen worden, gezien de aard van het gebruik.

Er wordt nog zeer beperkt gebruik gemaakt van de elektrisch aangedreven hulpmiddelen die er zijn. Deze blijken in de praktijk goed te voldoen en ook minder tijd te vergen dan de manuele verplaatsingen omdat er bijv. meerdere transporten tegelijk kunnen plaatsvinden. In ziekenhuizen en restaurants ziet men deze voorzieningen al vaak, in verpleeg- en verzorgingshuizen nog relatief weinig.

Tillen

De mate waarin het tillen van objecten voorkomt en de omstandigheden waaronder getild wordt wisselen sterk, maar 'tillen' komt als risicohandeling toch nog steeds in veel instellingen voor. Het gaat daarbij nu vaker dan in eerdere rondes om rode risico's (> 25 kg tillen). Toch komen ook de oranje risico's nog veel voor. Dan gaat het om lasten grofweg tussen de 12 en 25 kg. Er wordt veel gesjouwd met voorraden, boodschappen, kratten en grootverpakkingen, maar vooral ook veel met stoelen en tafels in recreatieruimtes e.d. wanneer deze van bestemming of opstelling veranderen. Voor enkele doelgroepen omvat dat een groot deel van hun dagelijkse werk en dan is dit arbo-risico in feite ongewenst groot. Soms maakt men afspraken met leveranciers over de wijze waarop materiaal wordt aangeleverd, maar dit is zeker nog geen gemeengoed. Hier valt nog veel in te verbeteren.

Wringen/boenen

Dit probleem dat de vorige rondes sterk speelde is vrijwel verdwenen. Er wordt inmiddels meer van professioneel schoonmaakmateriaal gebruik gemaakt. De oplossingen voor wringen en boenen zijn voor de hand liggend en effectief. Het werken met microvezels en speciaal schoonmaakmiddel maakt de handelingen veel lichter, korter en sneller. Daarnaast hoeft er dan minder gesjouwd te worden (minder water nodig), minder gewrongen en in moeilijke houdingen gewerkt te worden. Ook wordt dit schoonmaakwerk in toenemende mate uitbesteed.

Beeldschermwerk

Een sterk wisselend, maar bij zittend werk te vaak voorkomend probleem, concentreert zich rondom het cluster 'zitten' en 'beeldschermwerk'. De werkplekken lijken beter te zijn ingericht en uitgerust. Toch vormt de lange aaneengesloten duur waarmee beeldschermwerk wordt

uitgevoerd een punt van zorg. De oplossing ligt in het veel vaker, kort en langer onderbreken van het werk (micropauzes e.d., taakvariatie e.d.) en/of een staande werkplek als afwisseloptie.

Statische belasting

Dit risico, dat bij allerlei taken een rol speelt, is niet uitgesproken fors en kleiner dan bij de zorgverleners het geval is, maar het komt bij een groot deel van de functiegroepen in meer of minder mate naar voren. Opvallend blijft dat vooral medewerkers van de huishoudelijke dienst in verzorgingshuizen dit punt noemen. Zij wijten dit zelf aan de lastige omstandigheden waaronder zij in de appartementen schoonmaken: veel meubels, lastige hoekjes, moeilijk bij ramen te komen, naast kasten etc.. We signaleerden hierboven en ook in de vorige ronde al een gebrek aan meer professioneel schoonmaakmateriaal. Vaak kunnen daarmee toch de lastiger bereikbare plaatsen goed schoongemaakt worden. Ook blijven het van groot belang dat er aan bewoners duidelijke en wellicht strengere eisen gesteld zouden moeten worden om het appartement goed schoon te kunnen maken: meubels etc.. Duidelijkheid bij de opname over wat er wat dit betreft wel en niet kan en mag kan hierin verbetering aanbrengen (opname brochures en 'leveringsvoorwaarden'). Wel kan het zijn dat door de grote veranderingen in de zorg als het gaat om de functie van verzorgingshuizen dat deze problemen in een heel ander daglicht komen te staan en wellicht verdwijnen met het verdwijnen van een groot aantal verzorgingshuizen.

5.4.2. Conclusie

Samengevat lijkt ook nu de oude CAO AG-doelstelling om voor de groep medewerkers in ondersteunende diensten een reductie van 30% overbelasting te realiseren wederom niet gerealiseerd te zijn. Daarom blijft er voor de functiegroepen die deel uitmaken van de diverse groep 'ondersteunende diensten' een noodzaak om verder te gaan met de invoering van de Praktijkrichtlijnen Ondersteunende Diensten. De huidige resultaten, de vorige metingen en de nulmeting kunnen dienen als vinger aan de pols om in de toekomst de voortgang van de invoering te kunnen monitoren. Een lastig implementatieaspect is dat het om kleine functiegroepen gaat en om forse verschillen tussen instellingen onderling. Het bereiken van de groep waar het om draait is een lastig vraagstuk, maar het blijft relevant om voor deze groepen/groepjes ook voldoende aandacht aan de ergonomie van hun werkplek te besteden.

Hoofdstuk 6 De Kraamzorg

Fysieke belasting in beeld

6.1. Inleiding

6.1.1. Eerste keer gegevens verzameling

Zoals in de algemene inleiding is aangegeven zijn nu voor het eerst specifieke gegevens van de kraamzorg betrokken bij de landelijke monitoring. Dat houdt in dat er geen vergelijkingsmateriaal uit eerdere rondes aanwezig is. Wel kan er vergeleken worden met de andere referentiegroepen en dit is dan ook gebeurd.

6.1.2. Vragenlijst onderzoek samengevat

De enquête onder kraamverzorgenden die deel uitmaakte van het grote vragenlijstonderzoek (zie hoofdstuk 3) liet zien dat er sprake is van een zeer licht verhoogde prevalentie van klachten aan het bewegingsapparaat. Deze ligt echter beduidend onder de prevalenties gemeld door zorgverleners in de thuiszorg en verpleeghuizen. Er lijkt geen sprake van ernstige problemen.

In dit hoofdstuk nemen we nu vervolgens het beleid fysieke belasting van kraamzorgorganisaties onder de loep met behulp van de BeleidsSpiegel versie Kraamzorg en bespreken we de resultaten van de KraamRadar die de blootstelling aan fysieke belasting in beeld brengt. Beide instrumenten zijn specifiek voor de kraamzorg ontwikkeld en beschikbaar via de Arbocatalogus VVT.

Kraamzorgorganisaties hebben wel wat extra stimulans nodig gehad om deel te nemen, maar uiteindelijk zijn er net voldoende vragenlijsten, KraamRadars en BeleidsSpiegels binnengekomen afkomstig van een brede groep organisaties. Zowel zeer kleine kraamzorgorganisaties als grote hebben geparticipeerd.

6.2. BeleidsSpiegel versie Kraamzorg

6.2.1. Algemeen

We bespreken nu de resultaten van de BeleidsSpiegel versie Kraamzorg op basis van de gegevens van 17 kraamzorgorganisaties. Allereerst is gekeken naar de huidige situatie van het beleid fysieke belasting. Daaruit blijkt dat fysieke belasting in één derde van de organisaties naar voren komt als knelpunt, terwijl ook één derde aangeeft dat fysieke belasting juist geen knelpunt is. Een duidelijke meerderheid van de respondenten geeft aan dat de RI&E actueel is (88%).

Zo'n zelfde verdeling zien we bij de vraag of fysieke overbelasting voorkomt bij kraamverzorgenden binnen de organisatie. 20% van de respondenten geeft aan dat dit voorkomt, 40% vindt dat dit niet zo is en 40% deels. Opvallend is dat de respondenten aangeven dat fysieke overbelasting bij ondersteunende diensten (administratie etc) bijna niet voorkomt (70%). Een overzicht van de resultaten is opgenomen in tabel 6.1.

	Ja	Deels	Nee
Komt fysieke overbelasting voor bij zorgverleners?	20%	40%	40%
Komt fysieke overbelasting voor bij ondersteunende diensten?	0%	30%	70%

Tabel 6.1: Komt fysieke overbelasting voor in de organisatie? (N=17)

Bijna alle (80%) organisaties geven aan een structureel preventiebeleid fysieke belasting voor zorgverleners te voeren. In 9% van de gevallen is er echter totaal geen preventiebeleid. Voor de ondersteunende diensten is dit aantal ongeveer vergelijkbaar, hier is in 60% van de gevallen een structureel preventiebeleid fysieke belasting. In 60% van de gevallen beschikt de organisatie over een monitoring systeem om het beleid fysieke belasting te ondersteunen en een vinger aan de pols te houden.

6.2.2. Organisatie en primaire proces

De Praktijkrichtlijnen Fysieke Belasting vormen meestal (82%) de basis van het beleid fysieke belasting binnen de organisatie. Bij 70% van de ondervraagde organisaties is er een platform, persoon of werkgroep aanwezig binnen de organisatie die zich bezighoudt met het beleid fysieke belasting. In slechts 40% van de gevallen is er op de werkvloer een 'aandachtveld fysieke belasting' (ook wel ergocoach) actief. Wel worden deze aandachtsvelden, als ze er zijn, goed beoordeeld. Bijna driekwart van de respondenten geven aan dat de aandachtsvelden voldoende kennis en vaardigheden hebben, dat ze voldoende mogelijkheden hebben om problemen op te lossen en dat ze geregeld onderling overleg hebben. Daarnaast is 86% van de ondervraagden van mening dat de aandachtsvelden voldoende tijd hebben om hun werk te doen.

6.2.3. Praktijkrichtlijnen Fysieke Belasting vertaald naar concrete (zorg)handelingen?

De resultaten weergegeven in tabel 6.2. benadrukken dat de praktijkrichtlijnen fysieke belasting in een meerderheid van de gevallen worden vertaald naar concrete handelingen en activiteiten. In bijna driekwart van de gevallen wordt er van alle mogelijk fysiek belastende, niet-cliënt gebonden handelingen tevoren een zorgvuldige inschatting van de risico's gemaakt; bijvoorbeeld in de vorm van een arbo-check of vergelijkbaar. Op basis van die inschatting wordt in 70% van de gevallen een veilige keuze gemaakt in de manier waarop de handeling wordt uitgevoerd. Bijna tweederde van de respondenten geeft aan dat deze afspraken vervolgens worden vastgelegd en, belangrijk, ook worden nageleefd. In alle gevallen wordt er vervolgens volledig of deels op die afspraken toegezien.

Concluderend kunnen we zeggen dat er een inschatting van de risico's gemaakt wordt, dat er gebaseerd hierop een veilige keuze voor een handeling wordt gemaakt en dat deze afspraken vervolgens goed worden vastgelegd en nageleefd. Dit zijn goede scores ook in vergelijking met de andere branches in dit onderzoek (zie hoofdstuk 7).

	Ja	Deels	Nee
Wordt er van alle mogelijk fysiek belastende handelingen tevoren een zorgvuldige inschatting van de risico's gemaakt?	70%	30%	0%
Wordt er op basis van die inschatting een veilige keuze gemaakt in de manier waarop de handeling wordt uitgevoerd?	70%	30%	0%
Worden deze afspraken vastgelegd?	60%	30%	10%
Worden deze afspraken doorgaans nageleefd?	60%	40%	0%
Wordt op naleving van die afspraken toegezien?	40%	60%	0%

Tabel 6.2 De vertaling van de Praktijkrichtlijnen Fysieke Belasting naar concrete handelingen? (N=17)

6.2.4. Praktijkrichtlijnen Fysieke Belasting vertaald naar niet-cliënt gebonden handelingen?

Vergelijkbare vragen zijn gesteld over niet-cliënt gebonden handelingen. Ook voor deze handelingen zien we dat bij bijna alle mogelijk fysiek belastende handelingen een zorgvuldige inschatting van de risico's gemaakt wordt, al is dat iets minder vaak. Ditzelfde beeld zien we bij de overige punten. De meerderheid van de respondenten geeft aan dat er op basis van de inschatting van de risico's gekozen wordt voor een gezonde werkmethode, dat deze afspraken worden nageleefd en dat er hierop wordt toegezien. Het gebeurt net iets minder vaak dan bij de cliëntgebonden handelingen, maar de scores zijn relatief goed in vergelijking met de overige zorgbranches in dit onderzoek.

	Ja	Deels	Nee
Wordt er van alle mogelijk fysiek belastende, niet-cliënt gebonden handelingen tevoren een zorgvuldige inschatting van de risico's gemaakt?	70%	30%	0%
Wordt op basis van die inschatting gekozen voor een gezonde werkmethode?	70%	30%	0%
Worden deze afspraken doorgaans nageleefd?	60%	40%	0%
Wordt op naleving van die afspraken toegezien?	40%	60%	0%

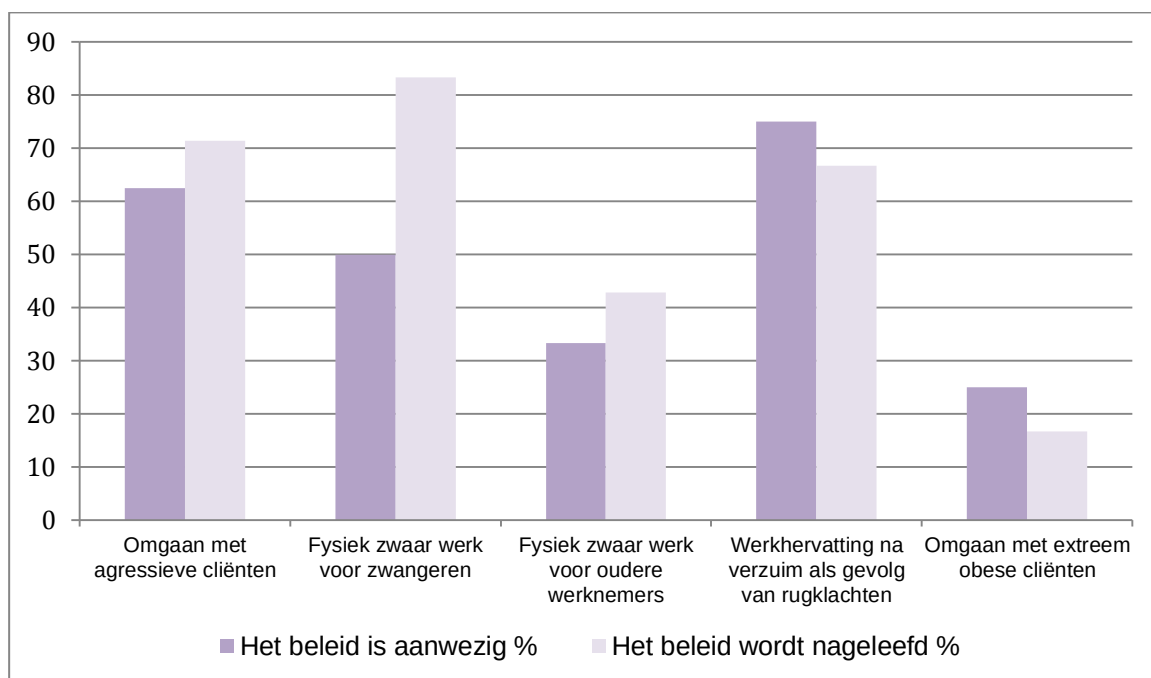
Tabel 6.3. De Praktijkrichtlijnen Fysieke Belasting vertaald naar niet-cliënt gebonden handelingen? (N=17)

6.2.5. Bijzondere situaties

Vervolgens is het beleid op schrift rond fysieke belasting in bijzondere gevallen in beeld gebracht. Hieruit blijkt dat in de meeste gevallen er beleid aanwezig is voor het omgaan met agressieve cliënten, voor fysiek zwaar werk voor zwangeren en voor werkhervatting na verzuim als gevolg van rugklachten. Het beleid op deze gebieden wordt ook meestal in praktijk gebracht. Beleid voor fysiek zwaar werk voor oudere deelnemers is echter slechts in 33% van de gevallen aanwezig. Dit beleid wordt in minder dan de helft (43%) van de situaties volledig in de praktijk gebracht. Opvallend is tevens dat de respondenten aangeven dat in drie kwart (75%) van de situaties er geen beleid aanwezig is voor het omgaan met extreem obese cliënten. Het beleid wordt ook slechts in 17% van de tijd volledig en in 33% deels in praktijk gebracht. Een overzicht van de resultaten is te zien in figuur 6.1. Deze resultaten zijn vergelijkbaar met die in de verpleeg- verzorgingshuizen en de thuiszorg, waar ook te beperkte aandacht is voor deze bijzondere situaties.

6.2.6. Training en instructie

Een goed beleid fysieke belasting omvat ook training en scholing. Uit de resultaten blijkt dat in de kraamzorg in een ruime meerderheid van de gevallen zorgverleners voordat ze uitvoerend actief worden in de organisatie volledig of deels worden voorgelicht en getraind. Ditzelfde geldt voor leerlingen. In een kwart van de gevallen worden alle zorgverleners regelmatig (jaarlijks) voorgelicht en/of getraind. Voor 63% van de organisaties is dit deels het geval. 13% van de zorgverleners worden helemaal niet regelmatig voorgelicht of getraind. Voor de ondersteunende diensten die fysiek zwaar werk doen zien we een ander beeld. Binnen die groep wordt niemand voordat ze uitvoerend actief worden volledig voorgelicht en getraind in tiltechnieken en werkmethoden. 83% van die groep wordt deels voorgelicht en getraind en 17% ontvangt helemaal geen training.



Figuur 6.1. *Is er in uw organisatie beleid op schrift aanwezig t.a.v. fysieke belasting in bijzondere gevallen? (N=17)*

Zorgverleners	Ja	Deels	Nee
Worden zorgverleners voordat ze uitvoerend actief worden in uw organisatie voorgelicht en getraind?	50%	38%	13%
Worden leerlingen voordat ze actief worden in uw organisatie voorgelicht en getraind?	63%	38%	0%
Worden alle zorgverleners regelmatig (jaarlijks) voorgelicht en/of getraind?	25%	63%	13%
Ondersteunende diensten	Ja	Deels	Nee
Worden deze medewerkers voordat ze uitvoerend actief worden voorgelicht en getraind in tiltechnieken en werkmethoden?	0%	83%	17%
Worden deze medewerkers jaarlijks voorgelicht en getraind in het uitvoeren van tiltechnieken en werkmethoden?	17%	67%	17%

Tabel 6.4: *Training en instructie voor kraamverzorgenden en ondersteunende diensten N=17*

6.2.7. Hulpmiddelen en adviezen

De respondenten geven aan dat er in 78% van de gevallen voldoende hulpmiddelen aanwezig zijn. In 22% van de gevallen zijn er deels voldoende hulpmiddelen beschikbaar en geen enkele respondent geeft aan dat er te weinig hulpmiddelen aanwezig zijn.

Ter afronding kon men nog opmerkingen maken over het onderwerp. Daaruit blijkt dat men werkt met de ArboCheck, maar dat men toch ook een landelijke richtlijn specifiek voor de kraamzorg zou willen. De huidige praktijkrichtlijnen ervaren twee organisaties toch als te generiek en te weinig toegesneden op de kraamzorg.

6.3. Resultaten KraamRadar

6.3.1. De KraamRadar

Het bestaande instrumentarium in de vorm van de TilThermometer en de RisicoRadar bleek onvoldoende geschikt voor de kraamzorg. Enkele jaren geleden werd daarom al een speciale KraamRadar ontwikkeld samen met een kraamzorgorganisatie en deze is in 2014 in opdracht van A+OVVT doorontwikkeld in overleg met de praktijk zelf naar de KraamRadar. Deze is ingezet in het onderzoek en ingevuld door 64 kraamverzorgenden afkomstig van 17 kraamzorgorganisaties van sterk wisselende omvang.

De systematiek is vergelijkbaar met de RisicoRadar uit hoofdstuk 5, maar inhoudelijk zijn de onderwerpen uiteraard sterk verschillend.

6.3.2. Resultaten

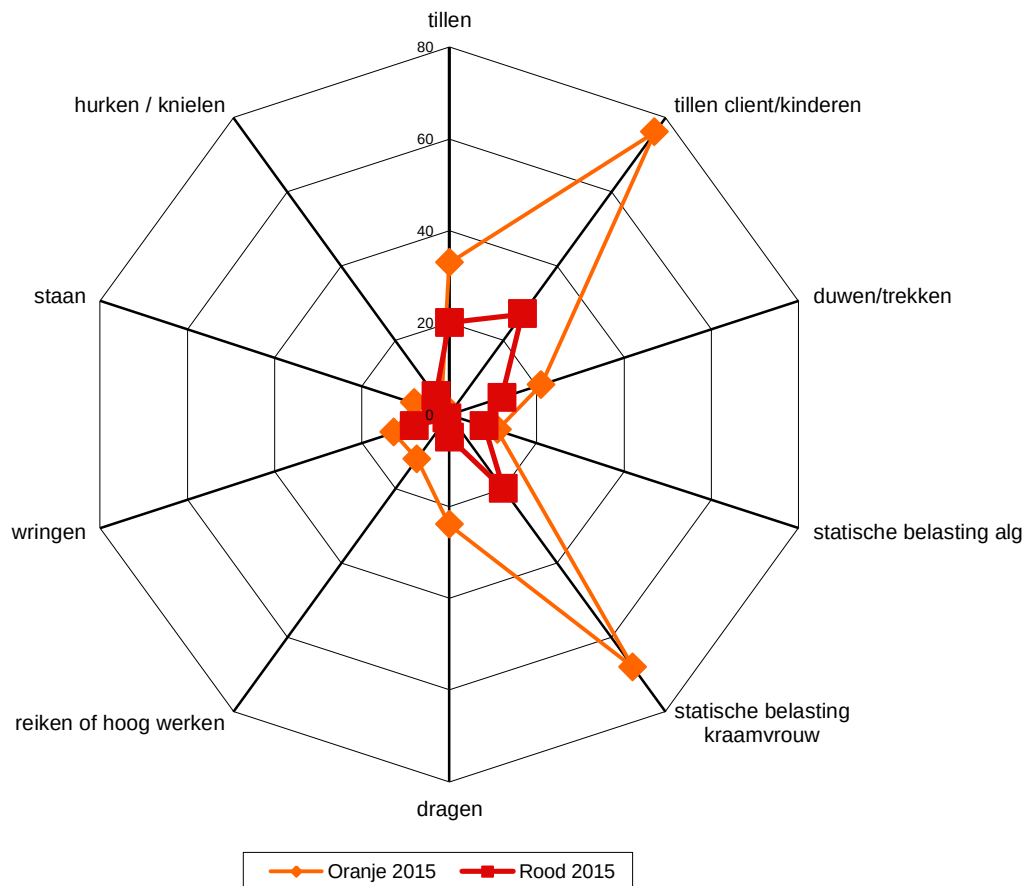
Als we de totale resultaten bestuderen zien we dat er twee probleemgebieden zijn waar relatief veel overbelasting voorkomt. Zowel rode risico's, als iets minder sterk, de oranje risico's komen voor. Het eerste risicogebied concentreert zich rond het tillen en dragen van kinderen dat als zwaar wordt ervaren en veel voorkomt. Het tweede is de statische belasting rond de kraamvrouw: bij met name rond de assistentie bij de partus, de lichamelijke verzorging in de dagen erna en bij het assisteren bij het geven van borstvoeding.

6.3.3. Specifieke knelpunten

Men kon ook specifieke knelpunten aangeven en daar is veel gebruik van gemaakt. We noemen de onderwerpen die meerdere malen zijn genoemd.

- *Assisteren bij de partus*
- *Het na de bevalling weer op zijn plek schuiven van bedden*
- *Het tillen van kleine kinderen*
- *Stofzuigers die niet goed werken, een te korte steel hebben of op onmogelijke plaatsen opgeborgen staan*
- *Hulp bij borstvoeding*
- *Hulp van barende bij bad/ douche*
- *Badjes die niet stabiel staan*
- *Water sjouwen voor badjes*
- *Kinderen de trap op dragen en weer naar beneden dragen*
- *Assisteren bij partus: ergonomische kruk zou uitkomst zijn (ook bij poliklinische bevallingen)*
- *Huishoudelijk werk in het algemeen (wassen, wasbehandeling, strijken, wasmanden sjouwen etc)*

Figuur 6.2. Radark kaart: Totaal overzicht van de blootstelling aan fysieke belasting van kraamverzorgenden getoetst aan de Praktijkrichtlijnen Fysieke Belasting.



6.4. Conclusies Kraamzorg

Hoewel er nog geen vergelijkingsmateriaal vanuit de Kraamzorg zelf beschikbaar is, kunnen we wel in vergelijking met het landelijk gemiddelde voor vrouwen in de algemene bevolking aangeven dat er sprake is van een licht verhoogde prevalentie van klachten aan het bewegingsapparaat. Dit is niet zorgwekkend, al zijn er wel enkele handelingen die in het gevarengedebiet komen als het gaat om de blootstelling aan fysieke belasting. Het gaat dan om het tillen van kleine kinderen en de statische belasting bij de assistentie bij de partus, de zorg voor de kraamvrouw in de eerste dagen na de bevalling en het begeleiden bij het geven van borstvoeding. Daarnaast zijn de ruimtelijke randvoorwaarden niet optimaal (bedden, ruimtes in kamers) en zou ook aan materialen zoals (slechte) stofzuigers, badjes etc. meer aandacht gegeven moeten worden omdat dit leidt tot onnodig zware belasting.

Kraamzorgorganisaties hebben hun beleid fysieke belasting redelijk tot goed op orde in vergelijking met de thuiszorg en de verpleeg- en verzorgingshuizen. Wel blijft er marge voor verbetering en daarnaast vormen de specifieke onderwerpen 'beleid voor oudere werknemers' en 'beleid rond cliënten met fors overgewicht' een aandachtspunt.

7.1. Achtergrond en vraagstellingen

De BeleidsSpiegel is een checklist waarmee instellingen zelf hun preventiebeleid fysieke belasting in beeld kunnen brengen en kunnen 'spiegelen' aan de landelijk afgesproken standaarden. Deze standaarden of richtlijnen voor beleid zijn opgenomen in het werkpakket dat begin 2002 werd geïntroduceerd. De bijbehorende checklist is de destijds in het kader van de CAO AG verplicht gestelde BeleidsSpiegel. De BeleidsSpiegel is gebaseerd op een eerdere enquête (context analyse fysieke belasting, Knibbe et al., 2001) die werd uitgezet onder een steekproef van instellingen. We kunnen nu op belangrijke punten vergelijking maken met de situaties van 2003, 2005 en 2008 waardoor duidelijk wordt of en zo ja waar er op beleidsniveau sprake is van vooruitgang bij instellingen. Voor de ontwikkeling en verantwoording van het meetinstrument en een toelichting op de richtlijnen verwijzen we naar de eerdere onderzoeksrapporten.

Voor deze rapportage volgen we, net als in 2008, op hoofdlijnen de opbouw van de BeleidsSpiegel. Daar waar mogelijk en relevant vergelijken we met de gegevens van de nulmeting (Knibbe et al., 2001), de meting van 2002 (Knibbe et al., 2003) en de metingen van 2005 en 2008 (Knibbe et al., 2006, 2008).

7.2. Algemeen

7.2.1. Respons

Zoals in de inleiding is aangegeven is er in 2015 voor gekozen te werken met een steekproef van instellingen. Uiteindelijk hebben, na een dubbel rappel, in de loop van 2015 247 zorggroepen of instellingen gereageerd. Van 11 ingestuurde BeleidsSpiegels was helaas niet te achterhalen van welke instelling of instellingen ze afkomstig waren. De respons (53%) is daarmee voldoende tot goed te noemen en alleszins vergelijkbaar met de vorige onderzoeks rondes.

Net als in de vorige rondes zijn de verschillen tussen verpleeg- en verzorgingshuizen relatief klein. We hebben daarom vanwege de overzichtelijkheid ditmaal geen onderscheid tussen beide types instellingen gemaakt, tenzij er sprake was van een significant verschil. In dat geval is dit ook aangegeven in de tekst. Wel hebben we de resultaten van de thuiszorgorganisaties apart vermeld. De gegevens van de kraamzorg zijn in hoofdstuk 6 verwerkt en besproken.

6.2.2. Non-respons

Middels een non-responsformulier zijn de redenen om niet te reageren zo veel mogelijk achterhaald. De redenen waren vooral de klassieke factoren als fusies, ver/nieuwbouw, onderzoeksmoeheid, tijdgebrek en andere prioriteiten. Maar ook relatief veel organisaties noemden de landelijke onrust door de grote veranderingen in de zorg als reden. Dat gold dan zowel voor de werkdruk die dat met zich meebracht als ook met het gegeven dat zij in verband met die veranderingen onderzoek op dat moment niet representatief achten voor hun eigen interne beleid. Ook zijn door relatief veel instellingen verzoeken om uitstel gedaan, welke zijn gehonoreerd in overleg met A+OVVT.

7.3. RI & E (Risico Inventarisatie en Evaluatie)

Bij 79% van de instellingen kwam 'fysieke belasting' als knelpunt naar voren uit een RIE (Risico inventarisatie en evaluatie) voor zorgverlenende functies. Voor de ondersteunende diensten is dat 74%. Beide percentages zijn hoger dan in de voorgaande onderzoeksrondes. Dat geldt met name voor de ondersteunende diensten waar voorheen 59% werd gemeld. De laatste RIE is in 80% van de gevallen 'actueel' en gemiddeld 1,9 jaar (sd=0,97) geleden uitgevoerd en is daarmee vergelijkbaar actueel met eerdere rondes.

De thuiszorg, gevolgd door de verpleeghuizen, scoren het hoogst; ongeveer 5-10% hoger dan de verzorgingshuizen. Er is geen verschil te zien in de organisaties voor wat betreft grootte van de instelling of grootstedelijk of regionaal.

7.4. Fysieke overbelasting

Behalve via de RIE kan er ook via andere kanalen en instrumenten vastgesteld worden of er sprake is van fysieke overbelasting. Gevraagd is naar gesignaleerde fysieke overbelasting bij verschillende functies. In tabel 7.1. staan de resultaten vermeld. Deze informatie moet gezien worden als een algemene indicator en gezien het subjectieve karakter van deze vraag ook niet meer dan dat.

Ook nu blijven de grootste problemen aanwezig bij de zorgverleners. De resultaten zijn consistent met de rest van dit rapport. Het valt op dat er een toename is te zien vanaf 2008 voor de verpleeghuizen. Voor de thuiszorg zijn alleen gegevens beschikbaar uit 2004 en is sprake van een lichte daling (2004; 92%), maar de scores van de thuiszorg blijven zeer hoog en het hoogst van deze drie groepen.

Deze conclusie loopt dus synchroon met de resultaten van de enquêtes, de TilThermometer en de RisicoRadar die in de vorige hoofdstukken besproken zijn. In dat opzicht is er dus sprake van een vorm van convergerende validiteit die de kwaliteit van de onderzoeksresultaten (validiteit en betrouwbaarheid) ondersteunt. De problematiek lijkt na een verbetering in voorgaande rondes, in deze ronde weer toe te nemen.

Tabel 7.1. Percentages instellingen die aangeven dat er sprake is van fysieke overbelasting bij een aantal belangrijke functies/functiegroepen (n=247)

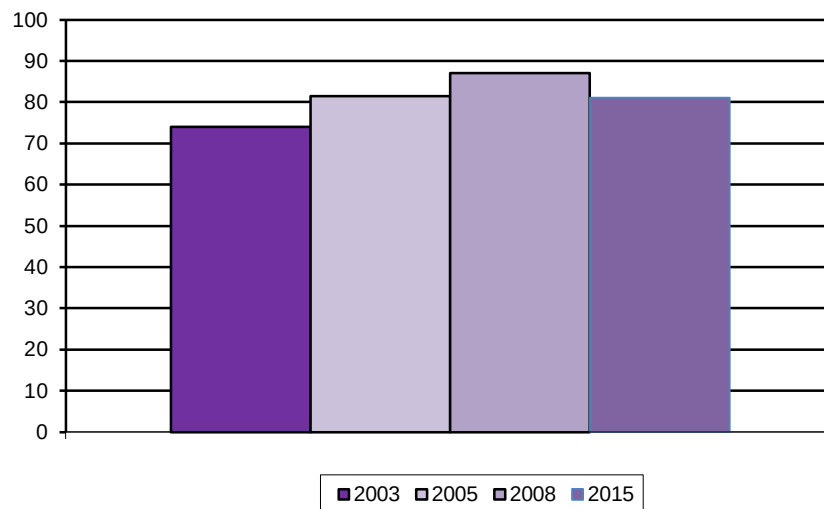
	Verzorgingshuizen		Verpleeghuizen			2015		
	2003	2005	2003	2005	2008	VZH	VPHS	TZ
Zorgverleners	89	67	99	73	69	65	81	85
Ondersteunende diensten	69	44	67	55	48	58	54	56

7.5. Beleid fysieke belasting

Vrijwel alle organisaties stellen preventief beleid op het gebied van fysieke belasting te voeren. Dat geldt dan in ieder geval voor de zorg-gebonden functies, waarbij 81% aangeeft dat het ook daadwerkelijk om *structureel* beleid gaat. Dat is iets lager dan in 2008. Voor ondersteunende diensten geeft momenteel 56% (was 65%) aan dat het ook daadwerkelijk *structureel* beleid is. Ook op dit punt is een kleine verslechtering zichtbaar in vergelijking met 2008, maar nog wel

beter dan in 2001. Het beeld is verder het best voor de verzorgingshuizen, gevolgd door de verpleeghuizen en de thuiszorg die ongeveer even hoog scoren. De thuiszorg scoorde in 2004 82% en zit nu vrijwel op hetzelfde niveau met 79%.

Figuur 7.1. Instellingen die aangeven structureel beleid fysieke belasting voor zorgverleners te voeren in 2003, 2005, 2008 en 2015 (n=247)



Op zich zijn deze vragen, zoals aangegeven, vrij algemene vragen die bovendien sociaal wenselijke antwoorden op kunnen leveren, al zijn ze wel in lijn met de conclusies uit de voorgaande hoofdstukken, waarmee meer kwantitatief is gemeten en ook een lichte verslechtering werd geconstateerd. Maar vanwege die subjectiviteit is men gevraagd het beleid dat men voert stap voor stap verder te expliciteren en concreet te maken. We gaan in de volgende paragrafen in op die resultaten.

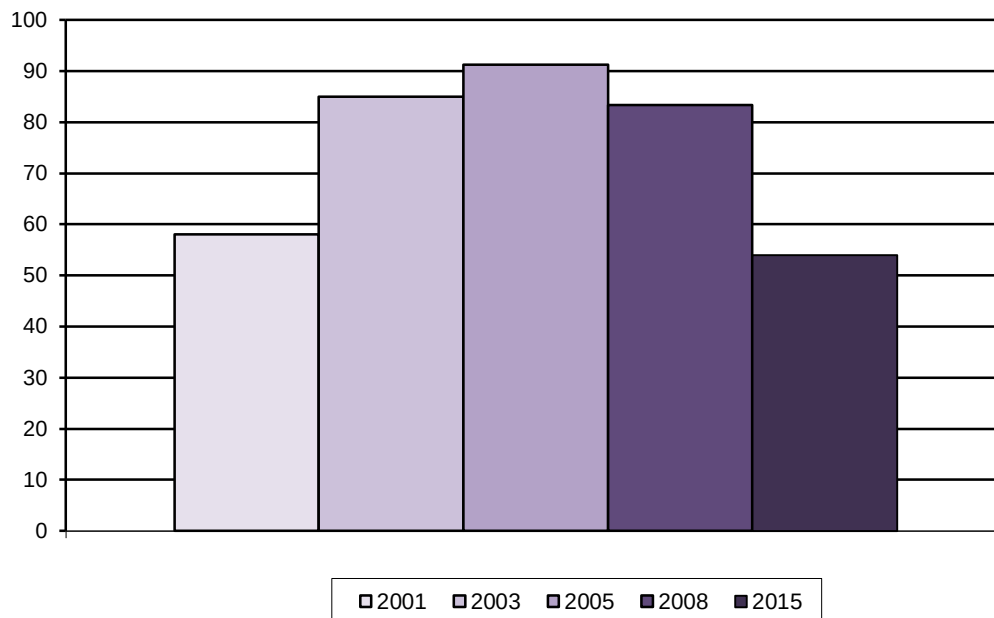
7.6. Monitoring beleid

Een kenmerk van goed beleid is dat dit regelmatig wordt geëvalueerd of 'gemonitord'. In 2001 gaf iets meer dan de helft van de instellingen aan dit te doen. In 2003 verbeterde dat naar rond de 85%, in 2005 naar 91% en 2008 naar 83%. Nu is dat flink gezakt naar 54%.

In de eerste onderzoeksrondte bleek dat het vaak ging om voor fysieke belasting vrij globale zaken als bijvoorbeeld de registratie van verzuimgesprekken en verzuimregistratie in algemene zin. Hoe relevant dat soort activiteiten ook zijn, ze geven weinig gerichte informatie om een beleid fysieke belasting mee te kunnen invoeren of (bij)sturen. Daarom werd vanaf 2003 expliciet in de vraagstelling aangegeven dat iets als 'verzuimregistratie' onvoldoende is als indicator voor de voortgang van preventiebeleid fysieke belasting. De antwoorden zijn over de jaren vanaf 2003 zodoende iets specifiekier van karakter. Vanuit de CAO AG werd het monitoren verplicht gesteld. Op dit moment is dat niet meer het geval, al biedt de Arbocatalogus wel instrumenten om dit te doen. Desondanks zien we dus een daling in de resultaten, waarmee men dus ook onvoldoende een vinger aan de pols houdt voor wat betreft fysieke belasting. Op dit punt scoren de verpleeghuizen het best (62%), gevolgd door de verzorgingshuizen en de thuiszorg die met 45% en 51% elkaar weinig ontlopen.

Inmiddels is er overigens een App ontwikkeld voor de TilThermometer die het eenvoudig maakt om op teamniveau in beeld te krijgen hoe het grofweg staat met fysieke belasting. Wellicht dat dit de drempel om te monitoren lager maakt.

Figuur 7.2. Instellingen die beleid fysieke belasting monitoren (%; n=247) in 2001, 2003, 2005, 2008 en 2015.



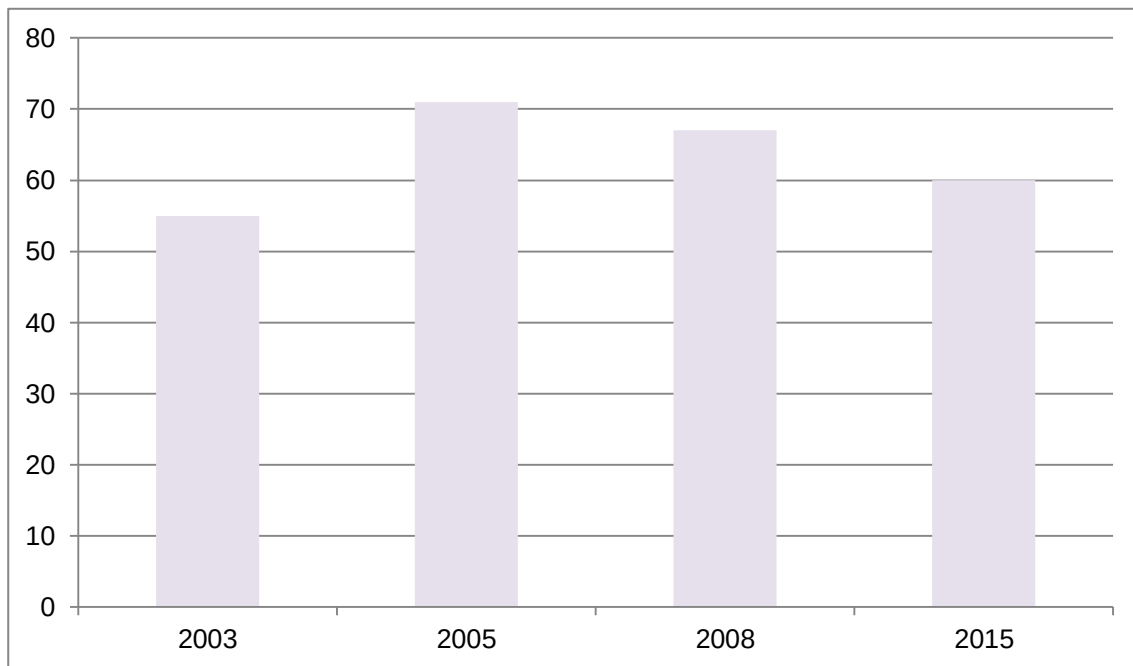
7.7. Beleid fysieke belasting en de begroting

Een belangrijke barrière voor structureel beleid fysieke belasting is de financiering ervan. Om preventief beleid te kunnen voeren zijn zeker voor fysieke belasting veelal niet onaanzienlijke investeringen noodzakelijk in hulpmiddelen, trainingen, ruimtelijke aanpassingen e.d. Het is daarom van belang hiermee structureel rekening te houden in de jaarlijkse begrotingen. In 2003 was dit bij iets meer dan de helft van de instellingen het geval: 52% van de verzorgingshuizen en 60% van de verpleeghuizen (zie figuur 7.3). In 2005 was dat gestegen naar respectievelijk 70% en 73%, waarbij het verschil tussen beide types instellingen in feite was verdwenen. 2008 liet een afvlakking zien, waarbij 67% aangaf er structureel rekening mee te houden in de begroting. Nu is dat gedaald naar 60%: een verslechtering.

In 2003 was het toch wel zorgwekkend dat een kleine groep (6-9%) geheel geen rekening hield met fysieke belasting in de begroting. Op dit moment is die situatie weer terug; 8% geeft aan er totaal geen rekening mee te houden. Het zijn vooral de verzorgingshuizen en de thuiszorg die minder goed scoren. Voor de verzorgingshuizen is dat gezien de enorme veranderingen in de zorg die gaande zijn wellicht voorstelbaar. Voor de thuiszorg blijft dat een lastig punt omdat er natuurlijk bij mensen thuis wordt gewerkt en de financiering van voorzieningen daar nog steeds een lastig probleem is. Voorzieningen die ten goede komen aan de arbeidsomstandigheden worden nog steeds lastig gefinancierd. De financiering is versnipperd en sterk in beweging. Het is ook voor ergotherapeuten en ErgoCoaches niet eenvoudig een weg te vinden in dit woud. In elk geval wordt systematisch gewezen op dit al oude knelpunt. De overgang van de verantwoordelijkheid van een deel van de voorzieningen naar de gemeentes maakt het soms makkelijker en soms complexer. In elk geval bestaat er veel onduidelijkheid, is het tijdrovend en levert het zodoende voor de bescherming van de gezondheid van zorgverleners een probleem op. De voorzieningen die het meest complex lijken zijn vooral: hulpmiddelen voor statische

belasting (zoals hoog-laag douchestoelen e.d.) en op maat gesneden oplossingen voor tillen zoals plafondsysteem.

Figuur 7.3. De mate waarin instellingen **structureel rekening houden** met de noodzakelijke investeringen voor beleid fysieke belasting in de jaarlijkse begrotingen over de jaren 2003, 2005, 2008 en 2015) (% , n=247)



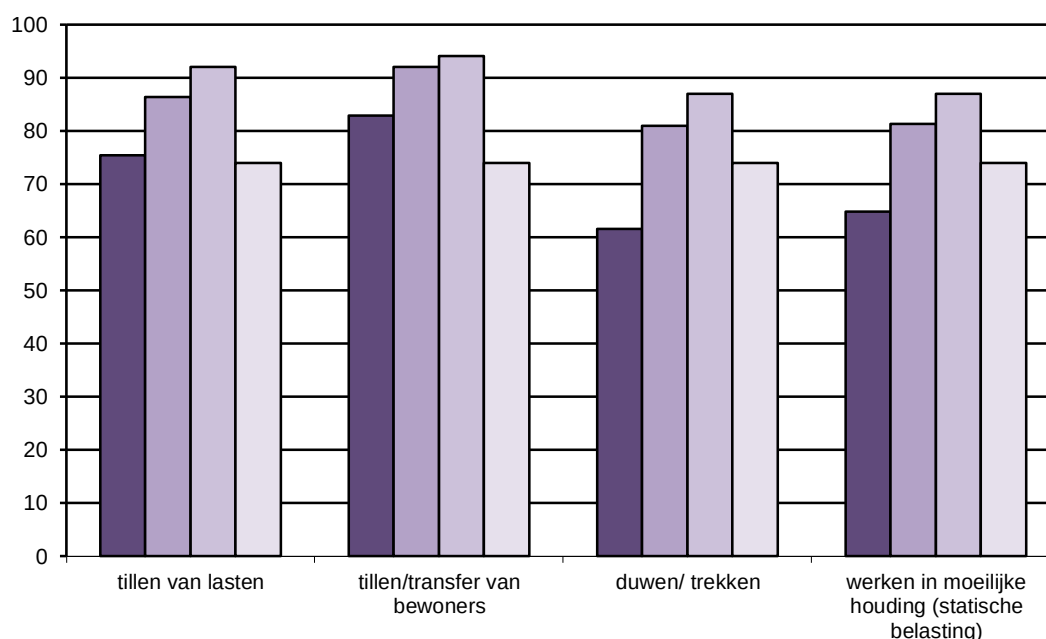
7.8. Richtlijnen en grenzen voor fysieke belasting

Vanuit de CAO AG zijn expliciete richtlijnen voor fysiek belastende activiteiten afgesproken: de zogenaamde Praktijkrichtlijnen Fysieke Belasting. In de loop der jaren is dit een soort stand der techniek geworden, welke door de Arbeidsinspectie ook als toetsingskader wordt gehanteerd, is opgenomen in de Arbocatalogus VVT, is omarmd door de V&VN en is opgenomen in de ISO TR 12296. Het gaat dan onder meer om maximale grenzen voor tillen en statische belasting (=het in moeilijke of belastende houdingen werken). Op de belangrijkste punten is bij de instellingen nagevraagd of er momenteel richtlijnen gehanteerd worden, al dan niet expliciet onder de paraplu van de Praktijkrichtlijnen. Tabel 7.4. geeft de resultaten en vergelijkt tevens met de resultaten uit eerdere jaren. In de laatste ronde is geen uitsplitsing meer gevraagd omdat in eerdere rondes de informatiewaarde daarvan beperkt was. Figuur 7.4 biedt een grafische weergave van de resultaten.

Tabel 7.4. Percentages instellingen die in 2003, 2005, 2008 en 2015 grenzen of richtlijnen hanteren voor fysieke belasting (% , n=247)

Expliciete grenzen/richtlijnen fysieke belasting in de eigen instelling				
	2003	2005	2008	2015
voor tillen van lasten	75	86	92	74
voor tillen/transfer van bewoners	84	92	94	74
voor duwen / trekken	63	81	87	74
voor werken in moeilijke houdingen (statische belasting)	66	81	87	74

Figuur 7.4. Grafische weergave van het hanteren van richtlijnen vanaf 2003, 2005, 2008 en 2015 (nb voor het tillen van lasten zijn geen gegevens uit 2001 bekend)(%, n=247)



Hier zien we sinds 2008 wederom een significante verslechtering: een afname van het percentage instellingen dat momenteel richtlijnen hanteert die overeenkomen met de Arbocatalogus. De verschillen tussen verpleeg- en verzorgingshuizen zijn verdwenen en ook is er geen significant verschil met de thuiszorg. De thuiszorg scoorde ook in 2004 vergelijkbaar met de andere branches in 2003 met 75% en is dus in feite op dat niveau gebleven. We weten niet wat er in de tussenliggende periode is gescoord omdat er toen niet is gemeten.

7.9. Monitoren van noodzaak van hulpmiddelen en werkmaterialen

Hulpmiddelen zijn belangrijk om de fysieke belasting van zorgverleners en anderen terug te dringen. De resultaten van de TilThermometer (zie hoofdstuk 4) geven aan hoeveel er momenteel aanwezig zijn en hoeveel er nodig zouden zijn om aan alle afgesproken Praktijkrichtlijnen te kunnen voldoen. In de BeleidsSpiegel wordt, in aanvulling daarop, gevraagd of er regelmatig (minstens eens per jaar) nagegaan wordt of er voldoende hulpmiddelen zijn. Dat nagaan hoeft uiteraard niet elke keer noodzakelijkerwijs met de TilThermometer te gebeuren. Het kan ook met andere instrumenten. Sommigen hebben bijvoorbeeld een meer gedetailleerd instrument gemaakt dat nog een stap verder gaat dan de TilThermometer, of hadden intern al een instrument dat vergelijkbare resultaten oplevert.

Meer dan driekwart van de instellingen (85%) houdt jaarlijks een vinger aan de pols. Dat is een lichte toename van ongeveer 6% ten opzichte van 2003 en 2005 en identiek aan 2008 (86%). In tegenstelling tot 2003 blijkt nu vrijwel iedereen (98%) dat, al dan niet jaarlijks, te doen. Al is het zodoende nog niet bij iedereen een structurele activiteit.

Voor hulpmiddelen en werkmaterialen die medewerkers van ondersteunende diensten gebruiken is het ook nodig de behoefte regelmatig na te gaan. Men doet dat iets vaker dan in 2008: 65%.

81

7.10. Ergonomische check bij de aanschaf van nieuw materiaal

Een eerder knelpunt dat nogal eens te laat bedacht wordt en waarvan de kosten hoog op kunnen lopen, is dat er eigenlijk bij elke aanschaf van nieuw materiaal nagegaan zou moeten worden of er ook volgens ergonomische richtlijnen mee gewerkt kan worden. Een nieuwe maaltijdwagen of nieuw schoonmaakmateriaal, maar ook een douchewagen of plafdontillift moet bijvoorbeeld aan een aantal basiseisen voldoen om er goed en volgens de Praktijkrichtlijnen mee te kunnen werken. In 2005 gaf rond de 70% van de instellingen aan dit standaard te doen. Dit is in 2008 iets gestegen naar 74%, maar nu weer gedaald naar 61%. De overigen doen het af en toe of nooit. Op dat punt blijft verbetering zodoende relevant en in feite belangrijker dan een paar jaar geleden.

7.11. Onderhoud

7.11.1. Onderhoud van materieel zorgverleners

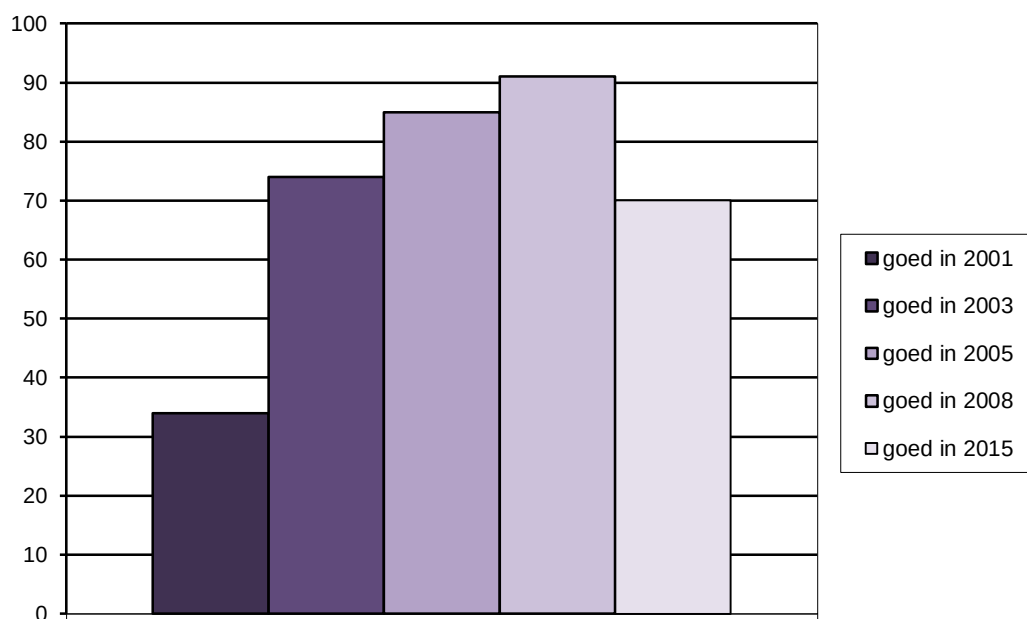
Verder werd in de BeleidsSpiegel gevraagd naar het onderhoud van hulpmiddelen en werkmaterialen. In de eerste onderzoeksrunde was dit een van de meest genoemde probleemgebieden in instellingen waar men preventief beleid voert. Naarmate er immers meer materialen en hulpmiddelen van technische aard gebruikt worden, zal ook het onderhoud beter geregeld moeten zijn en ook hiervan kunnen de kosten hoog oplopen. Dat is uiteraard vooral van toepassing op apparatuur waarin hoogwaardige technologie verwerkt is en geldt daarom in ieder geval voor elektrische hoog/laag bedden, andere hoog/laag apparatuur en voor tilliften. Behalve de technologie moet echter ook nadrukkelijk naar de slings of tilbanden gekeken worden. Deze slijten door gebruik en kunnen daardoor ongelukken veroorzaken als dit niet tijdigesignaleerd wordt. Daarom is het verplicht gesteld om elke sling individueel herkenbaar te maken en voor elke sling schriftelijk bij te houden hoe de conditie is. Tilliften worden daarnaast geschaard onder de zogenaamde 'klasse 1 medische hulpmiddelen', waarvoor standaard richtlijnen voor onderhoud en veiligheid gelden. Deze officiële richtlijnen zijn opgenomen in het Werkpakket Fysieke Belasting en de Arbocatalogus. De Inspectie voor de Gezondheidszorg wijst met enige regelmaat op de noodzaak van goed onderhoud naar aanleiding van een aantal

dodelijke of bijna ongelukken met tilliften. Daarbij zou slecht onderhoud van de tilliften of de slings van de tilliften een rol hebben gespeeld (zie www.igz.nl).

Onderhoud bleek in 2000/2001 vooral voor verzorgingshuizen een relatief nieuw probleem dat om een structurele oplossing vroeg. Na die tijd was er sprake van een steeds verdere verbetering. In 2008 stelde 97% van de instellingen afspraken over goed onderhoud en periodieke inspectie te hebben. Bij 6% (van die 97%) vond dat echter wel minder dan één keer per jaar plaats en is het onderhoud in die zin dus niet als 'goed' te beschouwen, waardoor we op 91% uitkomen. Alle instellingen zouden jaarlijks onderhoud moeten plegen, omdat dit bijvoorbeeld voor tilliften echt noodzakelijk is in verband met de veiligheid en zelfs verplicht is (het gaat om een medisch hulpmiddel, zie Arbocatalogus). Helaas moeten we ook op dit punt een tamelijk forse verslechtering melden. De score is nu 70% waarbij dit voor alle branches geldt. Voor de thuiszorg is de score nog lager: 55% en is er sprake van een afname sinds 2004, waar op dit punt toen 69% werd gescoord. Daar speelt de problematiek dat hulpmiddelen soms in eigendom zijn van de cliënt en ook door hem of haar onderhouden moeten worden. Dit is nog niet altijd bekend bij de cliënt en als dit wel zo is, is het onderhoud nogal eens marginaal met alle risico's van dien. Het toch werken met een niet goed onderhouden hulpmiddel kan zeer grote risico's inhouden voor zowel cliënt als zorgverlener en zou voorkomen moeten worden. We zien dat de kwaliteit van het onderhoud gevaarlijk is afgenomen en dit verdient zodoende aandacht.

Onderhoud blijft ondanks de verdere vooruitgang, gezien de risico's van slecht onderhoud, nadrukkelijk een aandachtspunt. Slecht onderhoud werkt niet alleen nadelig op de fysieke belasting van zorgverleners, maar houdt ook risico's in voor bewoners en cliënten.

Figuur 7.6. Percentage instellingen dat aangeeft dat het onderhoud van tilliften goed is in 2001, 2003, 2005, 2008 en 2015) (%; n=247)



7.11.2. Onderhoud van materieel ondersteunende diensten

Het onderhoud van hulpmiddelen en werkmaterialen voor medewerkers in ondersteunende diensten is eveneens nagevraagd. De situatie is ongeveer gelijk gebleven tot iets gedaald. Bijna driekwart (70%) van de instellingen acht het onderhoud 'goed'. Wel betekent dit voor ongeveer een vijfde van de instellingen dat dit minder dan jaarlijks gebeurt. Uit de resultaten van de RisicoRadar (zie hoofdstuk 5) blijkt dat met name het rijden met materieel als maaltijdwagens, linnenkarren en waskarren als belastend ervaren wordt, mede door gebrekkig onderhoud. Het blijft dus ook voor dit soort niet-bewoner gebonden werkmaterialen aan te bevelen het onderhoud te verbeteren.



Foto: Slecht onderhoud van wielen, waardoor ze niet meer soepel rijden. Dit leidt tot een toename van de fysieke belasting voor zorgverleners en andere medewerkers.

7.12. Ruimtelijke knelpunten en aanpassingen

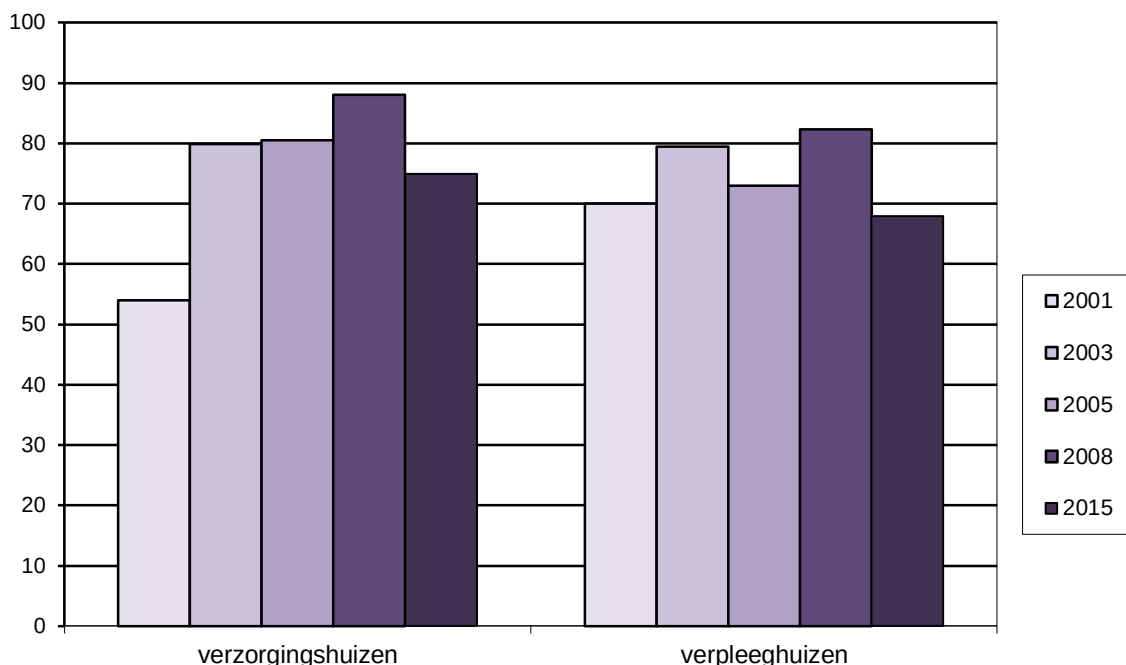
Een ander veel genoemd en lastig probleem waarmee de instellingen bij de invoering van preventiebeleid mee geconfronteerd worden zijn de ruimtelijke knelpunten. In eerder onderzoek werd een vrij gedetailleerde beschrijving gegeven van de knelpunten die zich voordoen en we verwijzen daar dan ook naar voor diegenen die een overzicht zoeken (Knibbe et al., 2001). In 2008 vond gemiddeld 86% van de instellingen dat er sprake is van knelpunten die verbeterd zouden moeten worden, nu is dat 71%: een verbetering sinds de vorige ronde. (zie figuur 7.7). Hier ligt echter nog wel een forse barrière voor de invoering van beleid fysieke belasting. Dit geldt zeker voor de thuiszorg waar elke keer in een nieuwe en veelal niet voor het doel van zorg verlenen ingerichte ruimte gewerkt wordt; de score is daar 88%, waarbij we geen vergelijkingsmateriaal uit eerdere periodes hebben.

Door de invoering van de Praktijkrichtlijnen wordt men vermoedelijk in het algemeen ook meer geconfronteerd met de beperkingen van de ruimtes. Pas als er een tillift nodig is, merk je immers pas dat er onvoldoende ruimte is. Dat wordt bevestigd door de resultaten van het vragenlijst onderzoek onder medewerkers (zie hoofdstuk 3) waarin ook vanuit dat perspectief deze knelpunten worden gemeld. Ook bij de kraamzorg wordt dit als knelpunt gemeld (zie hoofdstuk 6).

Het verschil tussen verzorgingshuizen en verpleeghuizen heeft vermoedelijk te maken met het feit dat in verzorgingshuizen bewoners een eigen appartement hebben dat ze bovendien tot op zekere hoogte zelf in kunnen richten. Om die reden worden de resultaten tussen verpleeg- en verzorgingshuizen gescheiden gepresenteerd. Het ingrijpen in ruimtes of de inrichting ervan

leidt soms tot ook voor de bewoner als vervelend ervaren beslissingen. Zo kan er soms niet meer van het (eigen) toilet gebruik gemaakt worden zodra er een tillift nodig is. Wanneer er dan ook op de gang geen gemeenschappelijk goed toegankelijk toilet is, wordt met een po-stoel op de kamer gewerkt. Daar is de ruimte ook beperkt, zeker wanneer er ruimte moet zijn om met een tillift te manoeuvreren, naast een po-stoel en een bed. Dit leidt dan tot wrikken en wringen vanuit de schoudergordel en de rug en volgens betrokkenen uiteindelijk ook tot klachten. Daarmee vormt dit punt van ruimtelijke knelpunten nog steeds een van de grootste barrières voor instellingen bij het implementeren van een goed preventiebeleid fysieke belasting. Deels kan dit middels technologie opgelost worden. Plafondtilsystemen stellen immers veel minder hoge eisen aan de ruimtes en alternatieven zoals verzorgend wassen kunnen (tijdelijk) de optie van een goede lichaamswas bieden zonder dat er aanpassingen in de badkamer nodig zijn.

Figuur 7.7. Gemelde aanwezigheid van knelpunten op het gebied van ruimtes vanaf 2001 naar 2015 (n=247)



7.13. Training in manuele tiltechnieken en in gebruik hulpmiddelen

De aanwezigheid van hulpmiddelen alleen is uiteraard niet voldoende om gezond te kunnen werken. Werknemers moeten ook over voldoende *vaardigheden* beschikken om deze optimaal te kunnen gebruiken. Naarmate de vaardigheden beter zijn, is het vertrouwen in hulpmiddelen ook groter en zal er consequenter en beter gebruik van gemaakt worden.

Behalve training in het gebruik is ook training in (manuele) til- of transfertechnieken onmisbaar om veilig en gezond te kunnen werken. Dit geldt zowel voor medewerkers in ondersteunende diensten als voor zorgverleners. Wanneer het niet strikt nodig is hulpmiddelen te gebruiken, kan er ook met een goede techniek veel bereikt worden. Ook voor situaties waarin geen hulpmiddelen mogelijk zijn (bijv. onderhoudswerkzaamheden voor de TD onder vloer) of in situaties waarin de bewoner zelf veel kan doen (bijv. een bewoner die revalideert na een

heupfractuur) zijn die technieken belangrijk. Voor zorgverleners komen daar de benodigde technieken/vaardigheden bij die ze nodig hebben om bewoners te stimuleren zoveel mogelijk zelf te doen (bijv. in plaats van meteen aanpakken, met stem en houding de bewoner uitnodigen zelf actief te worden (ook wel genoemd: 'Zorg verlenen met de handen op de rug' of Mobiliteitsbeleid (Knibbe et al., 1998))). Zelfredzaamheid wordt in toenemende mate van belang geacht en vormt over het algemeen een prima integraal onderdeel van scholing fysieke belasting.

Training en instructie voor zorgverleners

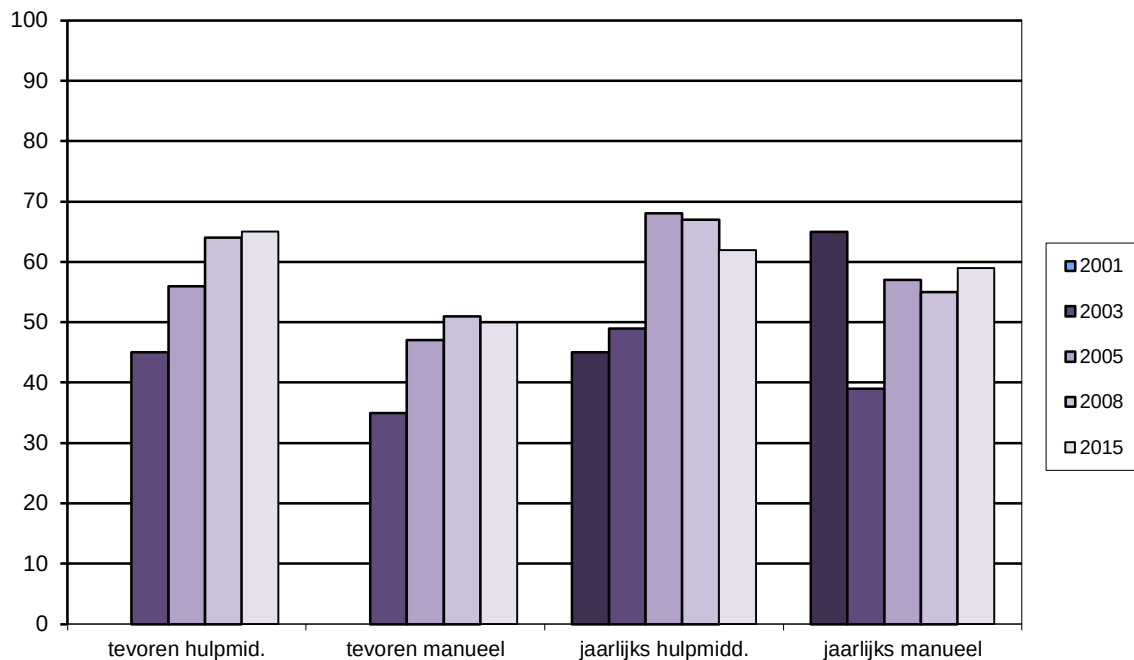
In de onderstaande tabel zijn de percentages instellingen aangegeven die trainings- en instructie aanbieden voor zorgverleners. Als criterium voor voldoende training is in de Arbocatalogus opgenomen dat zorgverleners minimaal één dagdeel per jaar besteden aan training in manuele til/transfervaardigheden en één dagdeel per jaar aan training in het werken met hulpmiddelen. Op een gebrek aan aantoonbaar voldoende instructie in het gebruik van medische hulpmiddelen (zoals tilliften) wordt met enige regelmaat gewezen door de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) (zie www.igz.nl). Deels hangt dit samen met het niet of onvoldoende precies registreren van deelname aan en afronden van scholing. Middels e-learning kan men daar verbetering in aanbrengen. Zo zijn enkele nieuwe e-learningmodules inmiddels geaccrediteerd en vormt registratie een eis om de accreditatiepunten te verkrijgen. Vanuit het ZonMw verbetertraject GoedGebruik zijn inmiddels meerdere gratis e-learningmodules ontwikkeld die samen met Vilans door LOCOmotion uitgebracht worden op non-profit basis. Daarbij wordt integraal rekening gehouden met de Praktijkrichtlijnen fysieke belasting. Hoewel een internettraining nooit een hands-on training kan vervangen, kan het deze training wel aanvullen en efficiënter en effectiever maken. We noemen dit ook wel *blended learning*. Er wordt vooral door VVT instellingen de laatste paar maand zeer intensief en in snel toenemende mate gebruik gemaakt van deze mogelijkheid.

Tabel 7.5. laat zien dat er weinig veranderingen zichtbaar zijn sinds 2008 en dat er nog een uitgesproken marge voor verbetering is. De helft tot twee derde van de zorgverleners wordt adequaat geschoold en dat is als we uitgaan van de criteria in de Arbocatalogus en de eisen van IGZ niet genoeg.

Tabel 7.5. Training en instructie aan zorgverleners in instellingen in de loop der jaren (n=247)

Training en instructie		2003	2005	2008	2015
voordat men gaat werken training tilhulpmiddelen	ja	45	56	64	65
voordat men gaat werken training (manuele) tiltechnieken	ja	35	47	51	50
training in gebruik tilhulpmiddelen	jaarlijks	49	68	67	62
training in (manuele) tiltechnieken	jaarlijks	39	57	55	59

Figuur 7.8 Trainingen in de loop der tijd (n=247) Nb. Gegevens over 2001 zijn niet volledig bekend



training en instructie voor medewerkers van ondersteunende diensten

Deze onderzoeksrunde is voor de vierde keer gekeken naar de mate waarin medewerkers in ondersteunende diensten worden getraind. Er is daarbij expliciet gevraagd naar trainingen voor mensen die fysiek zwaar werk doen. Groepen voor wie training niet van toepassing is, zijn daarbij zodoende uitgesloten en zullen de resultaten zodoende vermoedelijk niet vertekenen. De resultaten zijn opgenomen in tabel 7.6. Duidelijk wordt dat er weliswaar sprake is van een verbetering in vergelijking met 2003, maar dat medewerkers van ondersteunende diensten nog steeds vrij beperkt worden voorgelicht en getraind. De percentages zouden immers richting 100% moeten gaan en komen niet veel verder dan 33%. Dat geldt zowel in verpleeg- als in verzorginghuizen en de thuiszorg, hoewel over de hele linie deze beroepsgroepen in verpleeghuizen iets minder worden getraind en voorgelicht (niet in de tabel). Wel is nu de instructie in hulpmiddeltechnieken iets toegenomen ten opzichte van de manuele technieken. In principe zou dit minimaal gelijke tred moeten houden om de beschermingsgraad van werknemers op peil te houden.

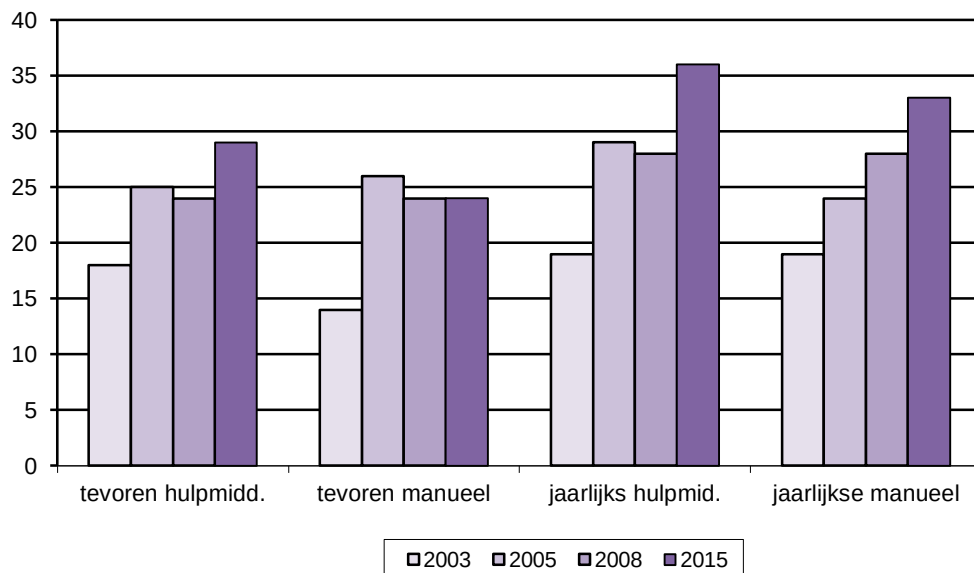
Voor werknemers van ondersteunende diensten is er alleen een e-learningmodule voor beeldschermwerk. De toegang tot e-learningvormen is voor deze groep zodoende nog beperkt terwijl het vermoedelijk gezien de noodzaak tot maatwerk voor hen wel een geschikt medium u kunnen zijn. Er zijn enkele verzoeken gekomen tot het digitaal aanbieden van het bestaande Doe-Boekje dat specifiek voor ondersteunende diensten is gemaakt in opdracht van A+O VVT.

Tabel 7.6. Training en instructie aan medewerkers ondersteunende diensten (n=247)

Training en instructie	2003	2005	2008	2015
------------------------	------	------	------	------

voordat men gaat werken training tilhulpmiddelen	ja	18	25	24	29
voordat men gaat werken training (manuele) til/werktechnieken	ja	14	26	24	24
training in gebruik tilhulpmiddelen	jaarlijks	19	29	28	36
training in (manuele) til/werktechnieken	jaarlijks	19	24	28	33

Figuur 7.7. Training aan medewerkers ondersteunende diensten (n=247)



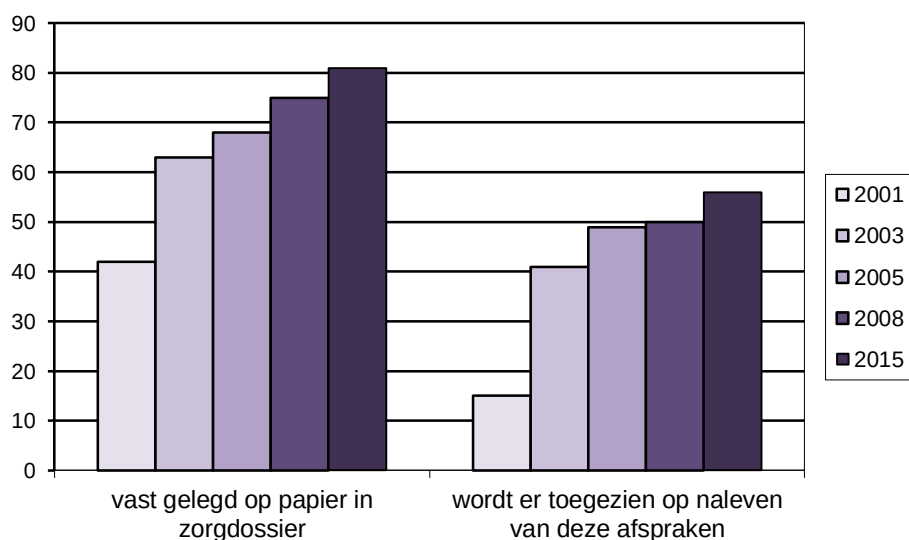
7.15. Systematisch beleid en afspraken over begeleiden van bewoners

Een belangrijk element van preventief werken in de gezondheidszorg is dat er niet ad hoc gereageerd wordt op problemen (bijv. een verzorgende gaat 'door haar rug' of een bewoner is gevallen), maar dat er preventief, oftewel *pro-actief* gewerkt wordt. Een voorwaarde daarvoor is dat het beleid op dit punt is verankerd in reguliere zorgprocessen. De eerste stap daarin is het systematisch tevoren inschatten van risico's. Vervolgens moeten er op basis hiervan afspraken gemaakt worden en vastgelegd worden. Het gaat dan bijvoorbeeld over het maken van afspraken over het wel of niet gebruiken van een tillift. Aangezien deze situatie (de conditie van de bewoner) varieert, moet dit verankerd zijn in het primaire zorgproces middels bijvoorbeeld bewonergebonden til-transferprotocollen of bewegingsprotocollen (vgl. voor voorbeelden hiervan Knibbe et al., 1997). De Inspectie voor de Gezondheidszorg benadrukt het belang van dergelijke afspraken in de zorgdossiers en met name ook het actueel houden van deze afspraken. In het inspectiebeleid wordt controle hiernaar meegenomen.

De eerste stap is dus het tevoren inschatten van de belasting die een til- of transferhandeling met zich meebrengt voor de zorgverlener. Dit gebeurt momenteel in 51% van de organisaties standaard en dat is belangrijk minder dan in eerdere jaren waar meestal (ruim) boven de 75% werd gescoord. Op basis van de inschatting kunnen dan afspraken gemaakt worden over de wijze waarop de transfer plaatsvindt en kan een verder vervolg eraan gegeven worden. Dan volgt tevens de vraag of deze afspraken op papier worden vastgelegd (bijv. in het zorgdossier). In de praktijk worden dit veelal 'til-, transfer- of bewegingsprotocollen' genoemd. Bij de organisaties die de inschatting maken, is doorgevraagd. De verdere gegevens in de tabel hebben dus betrekking op de subgroep van instellingen die daadwerkelijk de inschatting maakt en de gegevens zijn daarom cursief weergegeven in tabel 7.7. Daaruit kunnen we concluderen dat er enige vooruitgang is sinds de vorige rondes. Wel gaat het hier dus om een veel kleinere groep die die inschatting maakt: die doet het dus beter, maar relatief gezien is hier sprake van achteruitgang omdat veel minder instellingen (20-25% minder) überhaupt die inschatting maken. Uit onderzoek dat we samen met de Erasmus Universiteit uitvoerden bleek juist deze vorm van protocollair werken cruciaal voor langere termijn succes van beleid fysieke belasting (Koppelaar et al., 2012). Het borgt de afspraken in het primaire proces. Helaas moeten we dus constateren dat het op dit belangrijke punt minder goed loopt.

Tabel 6.7. Preventieve afspraken verwerkt in het primaire zorgproces bij instellingen die tevoren een zorgvuldige inschatting maken van fysiek belastende handelingen bij bewoners (51% van de instellingen, n= 247, n2=124). Onder de tabel een grafische weergave.

Preventieve afspraken in de praktijk bij de instellingen die inschattingen maken (n=247)	2001	2003	2005	2008	2015
<i>vastgelegd op papier in zorgdossier?</i>	42	63	68	75	81
<i>doorgaans naleven afspraken in zorgdossier?</i>	5	37	49	46	54
<i>wordt er toegezien op naleven van deze afspraken?</i>	15	41	49	50	56



In driekwart (80%) van de instellingen die de inschatting maken (51% van het totaal) worden afspraken inderdaad in het zorgdossier vastgelegd. Daarmee wordt de basis gelegd om het preventief werken te integreren in het reguliere zorgproces: het primaire proces in deze instellingen. Van belang is verder of deze afspraken louter op papier staan of dat deze daadwerkelijk nageleefd worden. In 56% van de instellingen medewerkers indien nodig aangesproken op het niet naleven van deze afspraken. Er is zodoende sprake van een lichte stijging ten opzichte van de eerdere situatie.

Deze ronde is expliciet gevraagd naar het stimuleren van zelfredzaamheid van de bewoner. Dit is zowel zorginhoudelijk als ergonomisch gezien uitermate relevant. Driekwart (74%) van de instellingen geeft aan dat dit expliciet meegenomen wordt in de protocollaire afspraken: een mooie resultaat.

Samengevat kan gesteld worden dat de groep die hiermee werkt dat goed doet, maar dat de omvang van die groep kleiner is geworden. Het loopt op dit belangrijke punt dat tot doel heeft het preventief werken te integreren en vast te leggen in de dagelijkse routines en in het contact met de bewoners dus minder goed. Dit is te beschouwen als een negatief signaal. Op dit moment is dat dus bij grofweg de helft van de instellingen nog een belangrijk aandachtspunt, waarbij opgemerkt zij dat de verschillen tussen verzorgings- en verpleeghuizen en thuiszorg te verwaarlozen zijn.

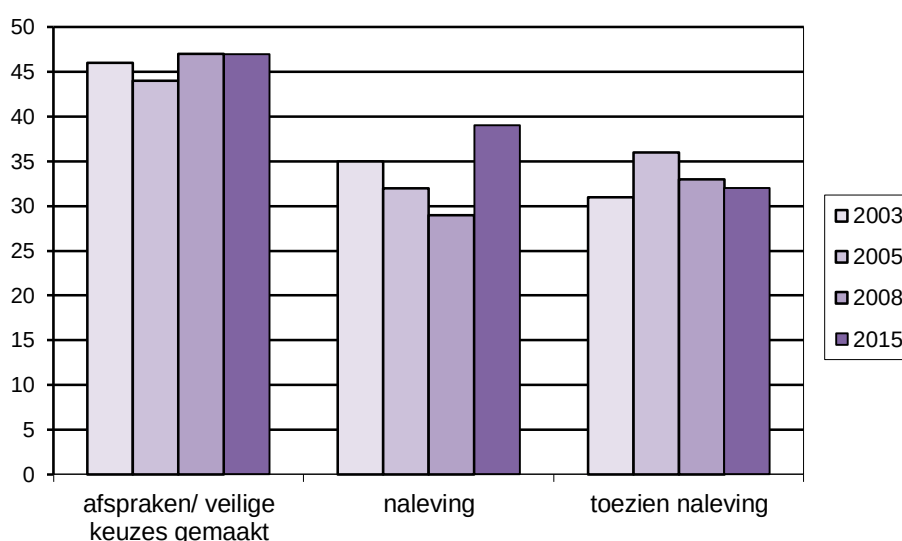
7.16. Systematisch beleid en afspraken over fysiek belastende handelingen bij ondersteunende diensten

Eerder onderzoek liet zien dat er behalve bij zorgverleners ook bij enkele andere functiegroepen duidelijk sprake is van overbelasting bij bepaalde activiteiten en handelingen. Om hier alert op te kunnen reageren en preventieve afspraken te hebben is het ook voor deze handelingen van belang dat ze tijdig gesignaleerd worden en dat er niet *ad hoc* gereageerd wordt op het moment dat er iemand uitvalt met rugklachten. Europese regelgeving benadrukt dat potentieel belastende situaties tevoren ingeschat moeten worden en dat daarover tijdig afspraken gemaakt worden, hetgeen vanzelfsprekend ook op medewerkers in ondersteunende diensten van toepassing is. De huidige situatie is ongeveer gelijk gebleven ten opzichte van eerdere jaren en wordt weergegeven in tabel 7.9.

Ongeveer een derde van de instellingen (33%) schat altijd dergelijke handelingen tevoren in. Bekijken we dan die subgroep instellingen dan zien we dat over de hele linie er minder consistent dan bij zorgverlenende functies zaken worden vastgelegd en op de uitvoering wordt toegezien en dat er nauwelijks verschil is met de eerdere jaren. Alleen op toezien op naleving wordt beter gescoord (zie tabel 7.8).

Tabel 7.8. Preventieve afspraken fysieke belastende handelingen medewerkers in ondersteunende diensten (33% van de instellingen, n=247, n-2=83). Onder tabel grafische weergave

Preventieve afspraken in de praktijk bij de instellingen die inschattingen maken	2003	2005	2008	2015
<i>afspraken / veilige keuzes gemaakt?</i>	46	44	47	47
<i>doorgaans naleven afspraken?</i>	35	32	29	39
<i>wordt er toegezien op naleven van deze afspraken?</i>	31	36	33	32



7.17. Verdere schriftelijke afspraken over specifieke onderwerpen

Behalve afspraken in het directe contact met bewoners over til- en transferhandelingen kunnen ook beleidsafspraken over andere belangrijke onderwerpen rondom fysieke belasting gemaakt worden en op papier worden vastgelegd. In de Arbocatalogus wordt dit gestimuleerd en wordt enkele belangrijke items nader uitgewerkt. De onderstaande tabel (7.9) geeft een overzicht van de huidige situatie en tussen haakjes een vergelijking met de eerdere situatie. De situatie uit 2001 wordt niet weergegeven omdat we toen nauwelijks verschillen zagen met 2003.

Op een aantal punten is er sprake van een verbetering in vergelijking met eerdere jaren: agressie, zwangerschap, gevallen cliënten en werkhervatting na rugklachten.

Helaas is op de gezien de resultaten van dit onderzoek en demografische ontwikkelingen ook relevante punten van ouderenbeleid en het omgaan met extreem overgewicht van bewoners geen verandering te zien en blijft dit beleid zeer beperkt: 33% en 28% heeft beleid op dit punt.

Wel blijft het zaak om de implementatie van beleid op al deze thema's duidelijk na te streven. De percentages 'in praktijk gebracht' zijn immers met uitzondering van wellicht 'zwangerschapsbeleid' niet hoog.

Speciale aandacht blijft nodig voor het thema 'zeer zware bewoners'. In toenemende mate blijken extreem zware bewoners verzorgd te moeten worden. Dit leidt vaker dan vroeger tot

uitzonderlijke situaties, waarbij duidelijk is dat er nog vrij weinig ervaring en technische kennis is op dit specifieke punt in instellingen. Zo zijn de meeste reguliere tilliften niet in staat om gewichten boven de 150 kg te tillen en sommige kennen zelfs een maximum grens van 130 kg. Er komen momenteel echter bewoners voor van meer dan 180 kg. In die situaties waarin de tillift het qua materiaal niet aankan wordt dan toch overwogen om handmatig te tillen. Maar dat is gezien vanuit het perspectief van fysieke belasting een niet gewenste situatie.

Op zowel de thema's ouderen als zeer zware bewoners zijn speciale ondersteunende publicaties ontwikkeld vanuit A+O VVT.

Tabel 7.9. Beleid in bijzondere situaties (n=247)

Beleid bijzondere situaties	Op schrift 2003	Op schrift 2005	Op schrift 2008	Op schrift 2015	Waarvan in praktijk gebracht? (% 'ja, > 90%')
omgaan met agressie	25	33	49	68	43
fysiek zwaar werk zwangeren	34	29	47	72	63
fysiek zwaar werk ouderen	20	27	29	33	26
hoe te handelen na een val van bewoner	43	54	56	65	49
verplaatsen/ tillen van overleden bewoners	28	37	38	44	37
werkhervatting na rugklachten	39	49	47	56	49
het omgaan met zeer zware bewoners (> 120 kg)	30	36	32	28	50

7.18. Organisatorische aanpassingen in het kader van preventief beleid fysieke belasting: commissie fysieke belasting en ErgoCoaches

Het invoeren van preventief beleid op het gebied van fysieke belasting is over het algemeen niet zo eenvoudig en veelal tijdrovend. Het betekent dat op een aantal plaatsen in de organisatie veranderingen doorgevoerd moeten worden. Dat proces moet aangestuurd en bijgestuurd worden. Daarvoor moet steun zijn of zo nodig verworven worden. Ook kost het hele proces doorlooptijd. Het onderzoek uit 2001 schatte op basis van onderzoek bij koploperinstellingen dat de invoering minimaal een jaar of vier in beslag neemt.

Om reden van draagvlak wordt er veelal, tijdelijk of permanent, gekozen voor een werkgroep of (til)commissie die is samengesteld uit verschillende disciplines. Op dit moment heeft 86% van de instellingen zo'n commissie: een lichte toename in vergelijking met 2003, 2005 en 2008 toen dit percentage op 83% lag. We kunnen hiermee vaststellen dat er in de overgrote meerderheid van de instellingen een platform aanwezig is, dat zich specifiek met fysieke belasting bezighoudt, hoewel er nog een kleine marge voor verbetering is.

Naast een dergelijke werkgroep/commissie worden veelal tevens 'aandachtsfunctionarissen' binnen de teams gekozen. Deze teamleden (nu meestal ErgoCoaches genoemd, maar ook bijv.

til- transferspecialisten of bewegingsspecialisten etc.) zijn aanvullend geschoold, kunnen problemen oplossen of naar de juiste plek verwijzen en preventief gedrag bij collega's stimuleren. Het is een belangrijke manier om op langere termijn preventief gedrag te stimuleren en te voorkomen dat dit 'inzakt'. Uit een verkennend onderzoek bleek dat instellingen met ErgoCoaches een lager verzuim door rugklachten hebben en de Praktijkrichtlijnen beter hanteren en daarop toezien (Knibbe et al., 2004). Onderzoek samen met Koppelaar gaf ook aan dat ErgoCoaches als katalysator kunnen werken. Anderzijds is het hebben van ErgoCoaches ook geen must: er zijn ook oplossingen die goed werken, zonder dat er sprake hoeft te zijn van ErgoCoaches (Knibbe et al., 2015).

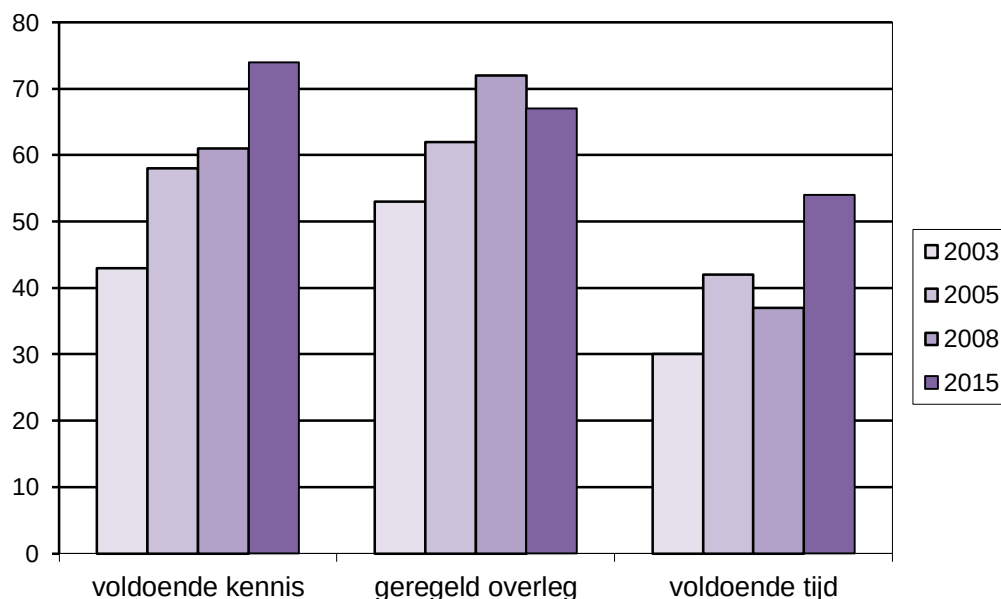
In 2005 kende 80% van de instellingen mensen met deze functies binnen de teams. Het percentage ligt nu, net als in 2008 op 86%. Dit betekent een lichte verdere toename in vergelijking met 2001, 2003 en 2005, toen de percentages respectievelijk 48%, 68% en 80% waren.

Willen deze ErgoCoaches hun functie ook goed uit kunnen oefenen, dan zal een aantal randvoorwaarden goed geregeld moeten zijn. We geven in tabel 7.10 weer in hoeverre de instellingen van mening zijn te voldoen aan de belangrijkste randvoorwaarden. Deze lijken niet verslechterd te zijn en wellicht wat verbeterd (voldoende kennis).

Tabel 7.10. Randvoorwaarden voor het goed functioneren van ErgoCoaches / aandachtsvelders fysieke belasting (n=247)

	2003	2005	2008	2015
voldoende kennis aanwezig?	43	58	61	74
geregeld overleg?	53	62	72	67
voldoende tijd?	30	42	37	54

Figuur 7.8. Randvoorwaarden voor de ErgoCoaches in de instellingen die deze aandachtsvelders in de teams hebben (n=247)



De situatie is beter dan in 2003 en 2005. Ook is nu het percentage ErgoCoaches dat voldoende tijd tot hun beschikking heeft toegenomen. In de toelichting op de richtlijnen is opgenomen dat het zeker in het begin van de invoering beleid fysieke belasting nodig is dat ErgoCoaches ongeveer twee uur per week kunnen besteden aan hun taken. Het gaat dan om onderwerpen als scholing van zichzelf, overleg, oplossen van problemen en ondersteuning van collega's in het team. In onderzoek dat plaatsvond naar ErgoCoaches en hun functioneren gaven ErgoCoaches zelf aan inderdaad ongeveer twee uur per week aan hun werkzaamheden te besteden, waarbij ervaren ErgoCoaches minder tijd nodig hebben en de activiteiten meer in (kunnen) passen in hun normale dagelijkse werk (Knibbe et al., 2004, 2008).

Ook blijven er enige twijfels over het kennisniveau van deze groep, al is dit punt wel duidelijk verbeterd sinds 2003. Ook in ander onderzoek onder ErgoCoaches zelf wordt dit beeld bevestigd: ze zijn in een aantal gevallen wel aangesteld, maar de bijbehorende scholing ontbreekt of is zeer minimaal. Dat wordt door de betrokken ErgoCoaches ook als probleem ervaren om hun werk goed uit te voeren (Knibbe et al., 2004, 2008, 2014). Onderling overleg tussen deze ErgoCoaches onderling is van belang om kennis en ervaring uit te wisselen en om stap voor stap het beleid fysieke belasting in te voeren.

Samengevat is er dus een fors aantal instellingen dat over ErgoCoaches beschikt; in alle drie de groepen en dus ook in de thuiszorg. Ook zijn de randvoorwaarden voor het goed functioneren van deze sleutelgroep iets beter, maar nog niet optimaal. Vooral het kennisniveau is nog niet optimaal geregeld in alle instellingen. Anderzijds zijn ErgoCoaches ook niet in alle situaties strikt noodzakelijk en neemt de noodzaak van ErgoCoaches af naarmate het beleid beter loopt en het beleid meer geïntegreerd is in regulier zorgbeleid.

Om die reden was er ook een nieuw item opgenomen in de BeleidsSpiegel, waarbij gevraagd werd naar de samenhang van beleid fysieke belasting met zorginhoudelijke onderwerpen zoals vallen, incontinentie, vrijheidsbeperking etc. Bijna de helft van de instellingen (45%) antwoordde bevestigend, 37% deels en 14% ontkennend.

7.19. Conclusie en samenvatting: het preventieve beleid in instellingen

Verbetering zichtbaar over een brede linie

We vatten tenslotte enkele hoofdlijnen samen. In vergelijking met 2001, 2003 is er sprake van een verbetering in de kwaliteit van het preventiebeleid tot 2005. Die verbetering zet zich door vanaf 2001, 2003 naar de situatie van begin 2005 en vlakt daarna af naar de situatie van 2008. Op dat moment is er in vergelijking met 2005 op enkele punten sprake van een verdere verbetering. Vaker is er sprake van een stabilisatie en op enkele punten is er een lichte verslechtering te zien. In deze laatste meting die een veel groter interval omvat constateren we op diverse punten een verslechtering, al is die licht en is de situatie nog steeds beter dan in 2001.

Specifieke thema's die aandacht nodig hebben

De basisthema's krijgen blijvend in de meerderheid van de instellingen aandacht. Ook is er sinds 2003 sprake van enige verbetering op het gebied van de specifieke thema's rond fysieke belasting. Deze verbetering blijft echter beperkt en heeft zich sinds 2005 niet verder doorgezet en is in 2015 minder geworden. Wel blijft de verbetering te zien op belangrijke thema's als de fysieke vormen van agressie/tegenwerken, vallen van bewoners, zwangere werkneemsters en werkhervatting na rugklachten. Op het gebied van ouderen en zeer zware bewoners is de aandacht minimaal en is er ook geen sprake van verbetering terwijl beide thema's met het oog op de toekomst en met het oog op de gesignaleerde problemen in hoofdstuk 3 rond 55-plussers en hoofdstuk 4, blootstelling aan fysieke belasting uitermate belangrijk zijn.

Aandachtsvelders fysieke belasting: ErgoCoaches stabiel

Een belangrijke sleutelgroep voor langere termijn beleid, de ErgoCoaches komen in veel voor: het percentage is stabiel. De resultaten bevestigen dat de groep ErgoCoaches door instellingen zelf van belang wordt geacht. Voor langere termijn effecten en het borgen van de bereikte veranderingen lijken ErgoCoaches in eerste instantie relevant, maar hun aanwezigheid en tijdsbesteding wordt dan minder belangrijk. Er zijn ook werkzame modellen zonder dat er sprake is van ErgoCoaches. Daarnaast zien we nu dat bijna de helft van de organisaties het beleid fysieke belasting integreert in zorginhoudelijk beleid rond thema's als vallen, decubitus etc.

Kleine subgroep die nog (erg) weinig doet

Hoewel er zoals aangegeven duidelijk sprake is van verbetering blijft ook nu de weliswaar kleine subgroep van instellingen over die nog nauwelijks beleid heeft een belangrijk aandachtspunt. We signaleerden die groep al in de eerdere hoofdstukken en eerdere jaren. Zij zouden meer activiteiten moeten ontplooiën om het preventiebeleid op een voldoende niveau te krijgen. Dergelijke nog weinig actieve instellingen komen net als voorheen in alle types (groot, klein, zeer klein, stedelijk, regionaal etc.) voor: er is niet een specifiek type al lijkt er zich ditmaal een lichte trend af te tekenen naar een iets minder goed beleid in de grote steden in het westen van het land. Over de hele linie lijken de verpleeghuizen stevast net iets beter te scoren dan de verzorgingshuizen en de thuiszorg. Bij met name de qua omvang kleine organisaties valt wel op dat men het beleid minder geformaliseerd heeft (afspraken op papier, protocollair werken etc.) dan bij de grotere instellingen. De conclusie dat hun feitelijk uitgevoerde beleid ook beperkt is, is echter niet terecht.

Inspectie voor de Gezondheidszorg

Enkele door de Inspectie voor de Gezondheidszorg van belang geachte thema's (protocollair werken, bijhouden van en toezien op naleving van afspraken in zorgdossiers, training en instructie en onderhoud van tilliften) laten een gestage verbetering zien sinds 2001, een stabilisatie naar 2008 en een lichte verslechtering naar 2015. Aandacht hiervoor verdient prioriteit, zeker als het gaat om zaken als onderhoud van en scholing in tilliften. De veiligheid van zowel zorgverlener als bewoner is hiermee immers in het geding. In de thuiszorg speelt nog steeds de onduidelijkheid over de verantwoordelijke voor het onderhoud van de lift. Dat is in principe de eigenaar, maar dit kan onduidelijk zijn of in de loop van de tijd veranderen: cliënt, thuiszorg of gemeente. Dit maakt dat daar vaker gewerkt wordt met niet of minder optimaal onderhouden materiaal.

Daarnaast blijft voor alle thema's een verdere verbetering en borging noodzakelijk. Niet alle instellingen hebben hun beleid op deze punten goed geregeld.

Voor medewerkers in ondersteunende diensten blijft het beleid nog weinig uitgewerkt

Tenslotte zijn er weinig verbeteringen te zien als het gaat om het beleid voor ondersteunende diensten. Dat is en blijft vrij beperkt en basaal en er zit in feite gewoon geen beweging in. Zeker voor de fysiek belaste functiegroepen (hoteldienst, keuken, TD/onderhoud en transport/logistiek) is dit een aandachtspunt, zoals ook in hoofdstuk 5 werd vastgesteld.

In totaal duiden de resultaten op beleidsniveau gemiddeld genomen op een stabilisatie en lichte verslechtering in vergelijking met de vorige ronde. Een verdere verbetering is op meerdere punten nog noodzakelijk. Dat geldt zowel voor instellingen die al een beleid hebben ingezet: hun beleid kan verder uitgewerkt en geborgd worden. Het geldt echter nadrukkelijk voor de

kleine groep instellingen die nog weinig activiteiten vertoond, terwijl de fysieke belasting in deze instellingen daar wel degelijk aanleiding toe geeft.

Eindconclusie

In totaal laten de resultaten van deze vijfde landelijke onderzoeksrunde een wat dubbel beeld zien.

Enerzijds is er sprake van positieve resultaten. Op het gebied van verzuim door klachten aan het bewegingsapparaat zijn de ontwikkelingen goed. Anderzijds blijkt duidelijk dat men wel meer en vaker klachten heeft en zodoende meer dan voorheen geneigd is door te werken met klachten. De groep ouderen (55-plus) heeft zowel meer klachten als een verhoogd verzuim en dan met name een langer durend verzuim. Statische belasting is de risicofactor die hiermee samenhangt en zou meer aandacht verdienen zowel voor de groep 55-plus als in zijn algemeenheid. Van statische belasting is bekend dat het sterk samenhangt met langduriger verzuim en dat het zich geleidelijk opbouwt in het lichaam en pas op latere leeftijd voor problemen zorgt. Vandaar dat deze vorm van belasting wel de naam 'Silent Killer' draagt (Knibbe et al, 2012). Beleid op dit punt zou dus niet alleen op de 55-plusser gericht moeten zijn, maar nadrukkelijk ook op de jongeren in de groep.

Daarnaast zijn er tekenen van een toename in de blootstelling aan fysieke belasting door de toename in zorgzwaarte en van het stabiliseren, afvlakken en verminderen van de benodigde en eerder ingezette verbeteringen in beleid. Deze ontwikkeling zorgt momenteel voor een toename van de blootstelling aan fysieke overbelasting voor medewerkers. De beleidsmatige inspanningen van instellingen zijn onvoldoende om hier het hoofd aan te bieden.

De dekkinggraad voor fysieke belasting is wel verbeterd en instellingen blijken hier ook vooruitgang in te hebben geboekt, maar dit is onvoldoende om de toename in zorgzwaarte te kunnen compenseren.

Kijken we naar de hoofdbronnen van fysieke belasting dan zien we dat het op het gebied van til- en transferhandelingen vrij goed gaat. Instellingen bereiken goede scores op dat punt al zou een verdere intensivering gezien de toegenomen zorgzwaarte zeer gewenst zijn.

Op het gebied van de hierboven al genoemde statische belasting is sprake van een duidelijke achterstand. Gezien de verhoudingsgewijs meer zorgafhankelijke bewoners- en cliënten groep is dat een vorm van belasting die naar verwachting nog verder zal toenemen. Behalve hoog-laag materiaal (douchestoelen, brancards etc.) zal hier ook verder gekeken moeten worden naar nieuwe wondverzorgingsmethodes, wastechnieken etc. Daarmee zal veel bereikt kunnen worden op dit punt en gezien de mate van blootstelling zal dat ook nodig zijn.

Tenslotte speelt het manoeuvreren met zwaar materiaal zowel bij zorgverleners als ondersteunende diensten. Oplossingen in de vorm van beter rollend en gemotoriseerd materiaal en, voor zorgverleners, plafondtilsystemen zijn sterk aan te bevelen en kunnen het werk ook efficiënter en effectiever maken.

Voor ondersteunende diensten is er nauwelijks verandering zichtbaar en is de bandbreedte tussen instellingen enorm. In feite is een maatwerk aanpak voor deze soms zeer kleine subgroepjes cruciaal.

Voor de kraamzorg zijn er wel enkele problemen gesignaleerd, maar over de hele linie valt de belasting hier mee, heeft men het beleid vrij goed op orde en is er ook nauwelijks sprake van een verhoogde prevalentie van klachten aan het bewegingsapparaat.

De eind vorige eeuw ingezette lijn is daarmee weliswaar nog steeds succesvol gebleken, maar er zijn dus duidelijke signalen dat enerzijds de fysieke belasting voor medewerkers toeneemt en anderzijds dat instellingen weliswaar actief zijn (zie verbeterde dekkinggraad hulpmiddelen), maar onvoldoende actief geworden zijn in hun inspanningen om de toegenomen zorgzwaarte te compenseren, laat staan het preventieve beleid verder uit te bouwen en te borgen. Bij

ongewijzigd beleid is de kans dan ook reëel dat de prevalentie van klachten aan het bewegingsapparaat en mogelijk ook het verzuim toe zullen nemen. Daarnaast is er nog altijd sprake van een kleine groep instellingen die nauwelijks preventief beleid voert en blijven enkele subgroepjes van medewerkers in ondersteunende diensten preventief beleid nodig hebben.