

Bachelorscriptie Ziekteverzuim gerelateerd aan transfers van cliënten



HJ Otten

S 0164984

Universiteit Twente

Bachelor Gezondheids
wetenschappen

April 2010-Juni 2010

Tilcentrum Nederland &
't Saalmerink

30-6-2010

Samenvatting

Ziekteverzuim is een duidelijk aandachtspunt binnen de verpleeg & verzorg sector. Er zijn verschillende trends gaande binnen de sector die er voor factoren kunnen zorgen die van invloed zijn op het ziekteverzuim, namelijk maatschappelijke factoren, werkfactoren, individuele- en privéfactoren. Hierbij is gekozen om onderzoek te doen naar een werkgerelateerde factor, namelijk het ziekteverzuim gerelateerd aan fysieke belasting bij het uitvoeren van transfers van cliënten. Er zijn verschillende modellen met betrekking tot ziekteverzuim. Dit zijn het model arbeidsbelasting (van Dijk, van Dormolen, Kompier & Meijman, 1990) en het beslissingsmodel (Philipsen, 1969). Het derde model dat beide stromen omvat, is ontwikkeld door Allegro en Veerman (1998). Ook zijn er vijf bronnen van fysieke belasting gedefinieerd in de praktijkrichtlijnen bij patiëntgebonden handelingen (J.J. Knibbe, N.E. Knibbe, Geuze & LOCOmotion Bennekom, 2003).

Inzichtelijk maken welk deel van het totale ziekteverzuim is gerelateerd aan de transfers van cliënten, welke risicofactoren voor het transfergerelateerd ziekteverzuim bij het gebruik van tilliften er bestaan en welke mogelijkheden zijn om deze factoren terug te dringen.

De beantwoording van deze doelstelling is uitgevoerd aan de hand van vijf verschillende onderzoeksmethoden, namelijk literatuurstudie, dossieronderzoek, interviews, participerende observatie en expert panel. Uit de literatuurstudie blijkt dat fysieke belasting kan zorgen voor transfer gerelateerd ziekteverzuim, bijvoorbeeld door schouder- en rugklachten. Vanuit het dossieronderzoek en het interview met de bedrijfsarts blijkt hier binnen 't Saalmerink ook sprake van te zijn. Vanuit de participerende observaties is gebleken dat er verschillende risico factoren zijn die hierop van invloed kunnen zijn, namelijk factoren die uiteindelijk te maken hebben met een krappe werkomgeving en een apparaatspecifiek probleem. Daarnaast blijkt uit de interviews met de medewerkers dat er ook sprake is van hoge fysieke belasting veroorzaakt door hoge statische belasting. Er zijn verschillende aanbevelingen te doen die zouden kunnen leiden tot een vermindering in transfergerelateerd verzuim. Dit is tot stand gekomen door het expertpanel met leden van 't Saalmerink en het Tilcentrum. Er kan bijvoorbeeld beter naar de werkomgeving van de medewerkers gekeken worden om hier verbeteringen in te zoeken om de fysieke belasting te verminderen. Daarnaast is het belangrijk om samen met de cliënten en familie van de cliënten tot een goed evenwicht te komen tussen werkruimte en woonruimte van de cliënt. Ook kunnen trainingen voor de medewerkers een uitkomst bieden om technieken te leren in het omgaan met de kleine ruimtes. Als laatste zijn de hulpmiddelen zeer belangrijk, er kan gekeken worden naar vernieuwende technologieën of het beter toepassen hiervan.

Voor vervolgonderzoek zijn er veel andere facetten met betrekking tot ziekteverzuim die te onderzoeken zijn, bijvoorbeeld het verzuimbeleid binnen verschillende organisaties en de invloed hiervan op het ziekteverzuim. Ook uitbreiding van de participerende observaties voor een uitgebreide analyse van de arbeidsomstandigheden is aan te bevelen voor vervolgonderzoek.

Samenwerking tussen de medewerkers, leidinggevende en cliënten is erg belangrijk om tot een verbetering te komen van de arbeidsomstandigheden. Alleen als er overeenstemming is kan er gewerkt worden om niet alleen het transfergerelateerde verzuim te verminderen, maar ook verzuim veroorzaakt door overige factoren.

Voorwoord

Deze scriptie is geschreven in het kader van de bacheloropdracht van de opleiding Gezondheidswetenschappen aan de Universiteit Twente. Hierbij is onderwerp gekozen voor het inzichtelijk maken welk deel van het totale ziekteverzuim is gerelateerd aan de transfers van cliënten, welke risicofactoren voor het transfergerelateerd ziekteverzuim bij het gebruik van tilliften er bestaan en welke mogelijkheden zijn om deze factoren terug te dringen.

Het onderzoek is tot stand gekomen door het raadplegen van literatuur, het uitvoeren van participerende observaties en het houden van open interviews. Hierbij zijn de participerende observaties gehouden in het verzorgingscentrum 't Saalmerink in Haaksbergen en zijn ook de medewerkers gevraagd naar hun ervaringen in de open interviews. Ook een interview met bedrijfsarts Rene Naber van Livio heeft bijgedragen aan het onderzoek. Daarnaast is het expertpanel van Marieke Zonder, accountmanager van het Tilcentrum en Marleen Mengerink, leidinggevende in 't Saalmerink ook zeer belangrijk geweest in het kader van het onderzoek.

In dit voorwoord wil ik dan de geïnterviewden hartelijk bedanken voor hun tijd en moeite. Ook de medewerkers en cliënten van 't Saalmerink wil ik graag bedanken, zonder de medewerking van hun kant waren de observaties niet tot stand gekomen.

Speciale dank gaat uit naar Marleen Mengerink en Marieke Zonder voor het regelen van uiteenlopende zaken en de vele gesprekken met of zonder betrekking tot het onderzoek. Vanuit educatieve kant wil ik graag Lotte Steuten en Karla Douw bedanken voor de begeleiding en het zorgen voor een wetenschappelijk gekaderd denken.

Enschede, 2010

Inhoudsopgave

Samenvatting	2
Voorwoord	3
Inhoudsopgave.....	4
1. Inleiding.....	5
1.1 Ziekteverzuim in de verpleeg & verzorg sector	5
1.2 Definitie ziekteverzuim	6
1.3 Determinanten van ziekteverzuim.....	7
2. Theoretisch kader	9
3. Onderzoeksopzet	12
3.1 Doelstelling	12
3.2 Vraagstellingen	12
3.3 Onderzoeksmethoden	12
4. Resultaten	14
4.1 Literatuurstudie	14
4.2 Dossieronderzoek en interview bedrijfsarts.....	16
4.3 Participerende observaties en open interviews	18
4.3.1 Tiltechnieken in het Saalmerink.....	18
4.3.2 Transfer gerelateerd oorzaken	20
4.4 Resultaten expertpanel.....	23
4.4.1 Verbetering werkruimte	23
4.4.2 Analyse werkomgeving en training.....	24
4.4.3 Nieuwe technologieën	25
5. Conclusie en discussie.....	26
5.1 Conclusie	26
5.2 Discussie.....	27
Literatuurlijst.....	29
Bijlage 1. Reflectieverslag	31
Bijlage 2. Observatieformulieren	34
Bijlage 3. Interviewvragen	36

1. Inleiding

1.1 Ziekteverzuim in de verpleeg & verzorg sector

Ziekteverzuim is een belangrijk aandachtspunt binnen de verpleeg & verzorg sector. Aanpassingen in werkomstandigheden en beleid hebben geleid tot een sterke afname in het ziekteverzuim in de verpleeg- en verzorgingshuizen, namelijk van 7,4 procent in 2002 naar 5,4 procent in 2006. Dit is een afname van meer dan 30 procent in vijf jaar. Desalniettemin blijft het belangrijk om het ziekteverzuim in deze sector onder controle te houden en het liefst nog verder te verminderen om een naast een kwalitatief hoogwaardige zorg, ook duurzame zorg te kunnen leveren in de toekomst. Uit onderzoek blijkt namelijk dat werkgelegenheid in de verpleeg- en verzorgingshuizen sterk toeneemt door de jaren heen, met een gemiddelde groei van arbeidsplaatsen van 2,3 procent en 1,6 % voor werkzame personen in loondienst. De gemiddelde leeftijd neemt door de jaren heen ook toe, net als het aandeel werknemers dat de leeftijd van 50 jaar is gepasseerd.

	2002	2003	2004	2005	2006*	Gem groei per jaar 2002-2006
Branchegegevens arbeidsmarkt verpleeg- en verzorgingshuizen						
Aantal werkzame personen	238.842	240.053	243.062	250.038	252.600	1,4%
- waarvan in loondienst	222.361	224.746	227.969	234.904	237.300	1,6%
Aantal arbeidsplaatsen	139.787	146.262	149.097	151.439	153.000	2,3%
- waarvan in loondienst	135.738	142.715	145.504	147.784	149.300	2,4%
Omvang gemiddelde werkweek	61,0%	63,5%	63,8%	62,9%	62,9%	
Gemiddelde leeftijd (in jaren)	39,5	40,0	40,4	40,8	41,2	
Aandeel 50+	20,2%	21,9%	23,4%	25,0%	27,2%	
Aandeel vrouw	88,3%	88,7%	89,0%	89,3%	89,5%	
Duur dienstverband (in jaren)	7,1	6,9	7,3	7,6	7,7	
Brutoverloop	16,6%	12,9%	11,4%	11,3%	11,3%	
Nettoverloop	5,6%	4,9%	5,2%	5,3%	5,8%	
Ziekteverzuim (excl. zwangerschap)	7,4%	6,5%	6,1%	5,8%	5,4%	

(van der Kwartel, Paardekooper, van der Velde & van der Windt, 2007)

Daarnaast vinden de werknemers in de verpleeg & verzorg sector in vergelijkingen met andere sectoren de werkdruk blijvend hoog, ruim 70 procent ervaart het werk als te druk. De werknemers in de verpleeghuizen zijn gemiddeld genomen het minst tevreden over de kwaliteit van zorg. 51 procent van deze werknemers vindt dat er onvoldoende personeel is om de veiligheid van de cliënten te kunnen waarborgen (van der Kwartel, Paardekooper, van der Velde & van der Windt, 2007).

Naast de beheersing van de werkdruk en de vergrijzing van zowel cliënten als werknemers zal het aantrekken van nieuw personeel een uitdaging worden voor in de toekomst. Mede door deze knelpunten heeft ruim een kwart van de werkgevers medewerkers in de dienst die niet voldoende geschoold zijn voor het werk. Hierbij speelt niet alleen de krappe arbeidsmarkt een rol, maar ook de benodigde uitbreiding van het personeelsbestand. Voor de toekomst verwacht ongeveer de helft van de werkgevers dat 20 procent van hun medewerkers niet goed geschoold aan het werk zal zijn, waarbij een derde van deze groep werkgevers dit als een groot probleem zien (van der Kwartel, Paardekooper, van der Velde & van der Windt, 2007).

Een hoog ziekteverzuim binnen de verpleeg- en verzorgingshuizen zal de bovenstaande knelpunten alleen maar vergroten, aangezien de medewerkers die verzuimen tijdelijk vervangen moeten worden door andere medewerkers. Aangezien er voor de huidige situatie al problemen zijn om nieuwe medewerkers aan te wenden, zal dit probleem alleen maar groter worden als het ziekteverzuim binnen de branche oploopt.

1.2 Definitie ziekteverzuim

Ziekteverzuim is een indicator van tijdelijke functionele beperkingen in de arbeidssituatie. Deze beide definities zijn tot stand gekomen vanuit een wettelijke context. Iemand kan zich namelijk beroepen op arbeidsongeschiktheid, maar hiervoor staat een wettelijke vastgestelde wachttijd voor, gedurende welke sprake is van ziekteverzuim. Er is sprake van ziekteverzuim als een persoon een aantoonbare ziekte of gebrek heeft en daardoor ongeschikt is voor de uitvoering van het werk. Het ziekteverzuim in Nederland bestaat uit zowel werkgebonden ziekteverzuim (bijvoorbeeld rugklachten door het tillen van zware lasten op het werk) als niet-werkgebonden ziekteverzuim (bijvoorbeeld door sportletsels). Het verzuim gaat in op de dag dat de werknemer zich ziek meldt en stopt op de dag dat de werknemer volledig is hersteld. Daarnaast stopt het verzuim, als de wachttijd voor de wet Werk en Inkomen naar Arbeidsvermogen (WIA) behaald is. Deze wachttijd bedraagt maximaal twee jaar, daarna wordt men arbeidsongeschikt verklaard (Gool & Groothoff, 2007).

Bij ziekte van een werknemer is de werkgever verplicht gesteld, volgens de Wet uitbreiding loondoorbetaling bij ziekte (Wulbz), om gedurende maximaal twee jaar minimaal 70% van het loon door te betalen. Werknemer en werkgever moeten zich daarnaast samen inspannen voor re-integratie van de werknemer. Voor het doorbetalen van loon tijdens zwangerschaps- en bevallingsverlof is de Wet Arbeid en Zorg (WAZO) ingesteld, waardoor zwangerschaps- en bevallingsverlof niet geclassificeerd worden als ziekteverzuim. Na het twee jaar ziekteverzuim kan de werknemer een beroep doen op de WIA voor een arbeidsongeschiktheidsuitkering als gevolg van volledig of gedeeltelijke arbeidsongeschiktheid (Gool & Groothoff, 2007). Dit betekent dat de werkgever op zoek moet naar nieuwe medewerkers. Dit terwijl de arbeidsmarkt in de zorg relatief krap is en volgens de huidige prognoses in de komende jaren alleen maar krappere zal worden.

Voor werkgevers in Nederlands bedragen de directe kosten van verzuimdagen blijkt ongeveer 10,8 miljard euro te zijn. Dit blijkt uit de European Sick Leave Index (ESLI), een ziekteverzuim onderzoek dat jaarlijks wordt uitgevoerd door Aon Consultancy. Gemiddeld kost een verzuimdag 160 euro voor de werkgever. De kosten van productieverlies en vervanging zijn in dit bedrag nog niet zijn meegerekend (Aon, 2010).

Binnen de arbeids- en gezondheidspsychologie wordt ziekteverzuim gedefinieerd als tijdelijke ongeschiktheid tot het verrichten van arbeid wegens ziekte en gebreken. De relatie tussen ziek zijn en ziekteverzuim is echter niet eenduidig. Er is namelijk geen duidelijke grens te trekken tussen ziek en gezond. De World Health Organization (WHO) definieert gezondheid als: een toestand van lichamelijk, psychisch en sociaal welbevinden.

Deze definitie geeft daarmee aan dat het gevoel niet gezond zijn niet betekent dat iemand daadwerkelijk ziek is. Ook betekent het ziek zijn (in medische zin) niet direct dat er sprake is van ziekteverzuim. Verzuim verwijst naar een vorm van gedrag, namelijk het ziek melden.

In de literatuur over verzuim wordt een onderscheid gemaakt tussen drie vormen van verzuim.

1. Wit verzuim: De werknemer is ziek, dat wil zeggen heeft medische gezondheidsklachten die direct leiden tot de ziekmelding.
2. Grijs verzuim: De werknemer voelt zich ziek, dat wil zeggen ervaart subjectieve gezondheidsklachten. Deze zijn echter moeilijk objectiveerbaar en het is niet evident dat de werknemer niet meer kan werken.
3. Zwart verzuim: De werknemer is en voelt zich niet ziek, er is sprake van niet gelegitimeerd verzuim (Bakker, de Jonge & Schaufeli, 2003).

1.3 Determinanten van ziekteverzuim

De aard van het werk is ook van invloed op ziekteverzuim. Vergelijkbare gezondheidsklachten of aandoeningen kunnen in de ene arbeidssituatie reden zijn voor een ziekmelding, terwijl dit in een andere situatie niet noodzakelijk het geval is. Hierbij kan gedacht worden aan een verstuikte enkel, waarbij men zich in de bouw ziek meldt, maar bij een kantoorbaan geen sprake hoeft te zijn van ziekteverzuim.

Ziekteverzuim is duidelijk te meten aan de hand van drie centrale verzuimgrootheden. Het ziekteverzuimpercentage geeft informatie over de omvang van het verzuim, hoeveel werkbare dagen verloren zijn gegaan door ziekteverzuim. Daarnaast zijn er de meldingsfrequentie en de gemiddelde duur die informatie geven over de aard van het verzuim. Ondanks deze eenduidige meetbaarheid, is ziekteverzuim een complex verschijnsel. De determinanten van ziekteverzuim zijn niet alleen binnen een organisatie (micro) te vinden, maar ook op verschillende andere niveaus (meso en macro). Hierbij kan onder macroniveau de landelijke wet- en regelgeving verstaan worden en met mesoniveau wordt het sector- en brancheniveau bedoeld. Ook wordt er onderscheid gemaakt naar vier factoren, namelijk maatschappelijke factoren, werkfactoren, individuele- en privéfactoren (Bakker, de Jonge & Schaufeli, 2003).

Maatschappelijke factoren die van invloed kunnen zijn op ziekteverzuim zijn het verzekeringsstelsel en de gezondheidszorg. Uit onderzoek blijkt dat een soepele wetgeving betreffende ziekteverzuim kan leiden tot hoger ziekteverzuim (Prins, 1990). Wetgeving in Nederland is soepeler dan in Duitsland en België en Nederlanders blijken meer te verzuimen dan de buitenlandse collega's. Ook de lange wachttijden voor diagnose en behandelingen leidt tot een verhoging van de duur van het ziekteverzuim. Uit onderzoek van de Stichting van de Arbeid in 1999 kan zeven procent van het ziekteverzuim hieraan worden toegeschreven. Hierbij moet wel aangeduid worden deze cijfers van 20 jaar geleden zijn en dat de wachttijdproblematiek in de huidige situatie als minder belastend wordt beschouwd.

Werkgerelateerde factoren met betrekking tot ziekteverzuim zijn de arbeidsinhoud, arbeidsomstandigheden, arbeidsverhoudingen en arbeidsvoorwaarden. Uit onderzoek van Croon, Blonk & Frings-Dresen uit 2001 blijkt dat het werken onder hoge werkdruk bij vrachtwagenchauffeurs gepaard ging met een anderhalf keer zo hoog risico op verzuim. Dit heeft betrekking op de inhoud van de arbeid. Slechte fysieke en fysische (klimaat) omstandigheden zorgen voor ziekteverzuim gerelateerd aan arbeidsomstandigheden. Houtman, Otten en Venema hebben in 2001 onderzocht dat 45 procent van de Nederlandse werknemers in dat jaar hadden verzuimd, wegens een te hoge fysieke belasting. Ook blijkt dat langdurig arbeidsongeschikten (meer dan twaalf maanden) bijna vier maal vaker regelmatig fysieke arbeid verrichten dan de huidige werkende die niet tot nauwelijks fysieke arbeid verrichten (LISV, 1999). Sociale steun op het werk tussen de medewerkers zorgt voor een lager verzuim (De Jonge, Reuvers, Houtman, Bongers & Kompier, 2000). Nadelig voor verzuim is een verzuimcultuur waarbij de opvattingen en gewoonten binnen een organisatie tolerant zijn tegenover het verzuim. Hoe toleranter de verzuimcultuur, hoe vaker men zich daadwerkelijk ziek meldt (Geurts, Buunk & Schaufeli, 1994). Daarnaast zijn er studies gedaan naar de relatie tussen arbeidsvoorwaarden en verzuim. Concluderend werd hierover gesteld dat werknemers die van mening waren dat ze meer investeren in het bedrijf dan er voor terug krijgen, zich vaker ziek meldden (Geurts, Rutte & Schaufeli, 1998).

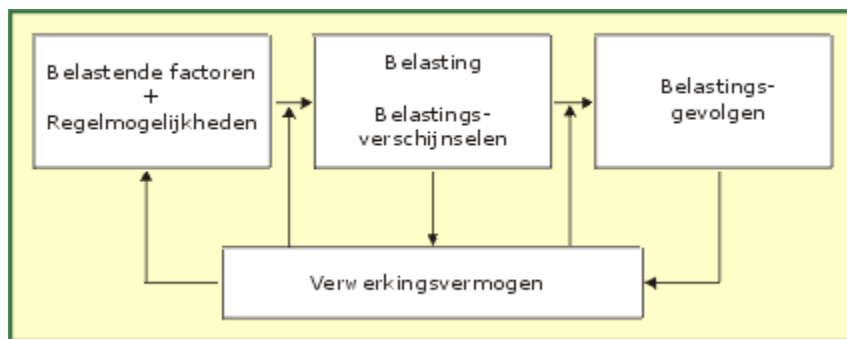
Individuele en privé factoren zijn volgens de theorie toe te schrijven aan de eigen gezondheid van de medewerkers en de privéomstandigheden waarin de medewerkers verkeren. Psychische klachten en slaapproblemen lijken gepaard te gaan met meer ziektemeldingen en hierdoor hoger verzuim (Smulders & Nijhuis, 1999). Ingrijpende gebeurtenissen in de privésfeer, zoals familieproblemen, scheidingen en financiële problemen kunnen ook zorgen voor een verhoging van het ziekteverzuim (Van Deursen, Houtman en Bongers, 1999). Daarnaast blijkt uit onderzoek van Van Engers (1995) dat er een relatie bestaat tussen psychische problemen, familieproblemen en verhoogd ziekteverzuim.

Vanwege de grote diversiteit aan factoren die van invloed kunnen zijn op ziekteverzuim en de opdrachtomschrijving voor deze scriptie zal er onderzoek gedaan worden naar een werkgerelateerde factor die van invloed kan zijn op het ziekteverzuim. Binnen de verpleeg & verzorg sector worden verschillende technieken gehanteerd om de fysieke belasting voor werknemers te verminderen of onder controle te houden. De focus bij dit onderzoek zal gericht zijn welk deel van ziekteverzuim in een verzorgingscentrum gerelateerd is aan fysieke belasting, bij het uitvoeren van transfers van patiënten met tilliften. Hierbij zal gekeken worden naar welke risicofactoren er zijn tijdens het werken met de tilliften en welke mogelijkheden er zijn om deze terug te dringen.

2. Theoretisch kader

In de theorieën over ziekteverzuim zijn twee hoofdmodellen te onderscheiden, namelijk het model arbeidsbelasting (van Dijk, van Dormolen, Kompier & Meijman, 1990) en het beslissingsmodel (Philipsen, 1969). Een derde model dat beide stromen omvat, is ontwikkeld door Allegro en Veerman (1998).

Het model arbeidsbelasting gaat ervan uit dat bij ziekteverzuim altijd sprake is van een discrepantie tussen de eisen die het werk stelt (arbeidsbelasting) en de capaciteiten en mogelijkheden van de werknemer (verwerkingsvermogen) om hieraan te voldoen. Dit wordt ook wel de individuele belastbaarheid genoemd. Vooral wanneer tussen de arbeidsbelasting en de individuele belastbaarheid voor een lange tijd een discrepantie bestaat, kunnen er verschillende klachten ontstaan. Bij deze klachten kan gedacht worden aan gezondheidsklachten, ziekte, tijdelijk ziekteverzuim en uiteindelijk blijvende arbeidsongeschiktheid.

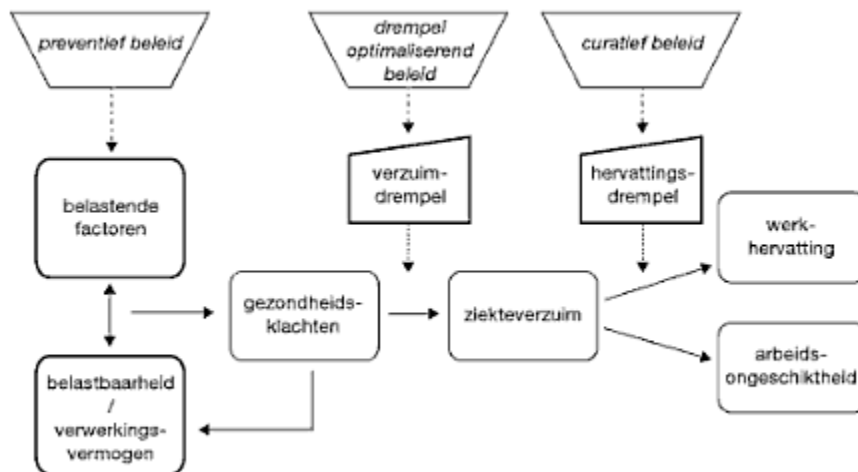


(van Dijk, van Dormolen, Kompier & Meijman, 1990)

In het beslissingsmodel van Philipsen (1969) wordt uitgelegd dat de werknemer in veel gevallen een mate van beslissingsvrijheid geniet om zich wel of niet ziek te melden. Op basis van sociale uitwisselingstheorieën wordt verzuimgedrag opgevat als een uitwisselingsrelatie die de werknemer heeft met zijn of haar werkgever. Werknemers die van mening zijn dat hun inspanningen veel groter zijn dan de opbrengsten die de werkgever daar tegenover stelt, gebruiken verzuim als negatief betaalmiddel. Hiermee compenseren ze de negatieve aspecten van het werk, zoals hoge werkdruk, slechte arbeidsomstandigheden of slecht leiderschap.

Bakker, de Jonge en Schaufeli (2003) benadrukken in “De psychologie van arbeid en gezondheid” (2003, Bohn Stafleu van Loghum) dat er een grote diversiteit is aan mogelijke determinanten voor ziekteverzuim. Al deze determinanten zijn onder te verdelen in vier hoofdcategorieën, die hieronder weergegeven zijn in een model, opgesteld door Allegro en Veerman (1998). Dit model wordt gezien als een samenvoeging van de op de vorige pagina besproken theorieën over ziekteverzuim.

1. Belastende factoren in het werk
2. Belastbaarheid van werknemers
3. De verzuimdrempel
4. De hervattingsdrempel



Denkkader voor ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid (Allegro & Veerman, 1998)

De belastende factoren leiden tot gezondheidsklachten wanneer de werknemer teveel belast wordt of er teveel van hem of haar gevraagd wordt. De belastbaarheid van de werknemer wordt naast zijn eigen persoonlijkheid ook beïnvloedt door de actuele gezondheidstoestand en privéomstandigheden van de patiënt. Gezondheidsklachten leiden pas tot ziekteverzuim, wanneer de verzuimdrempel wordt overschreden. Deze drempel wordt bepaald door de situationele factoren zoals financiële gevolgen van het verzuim en door persoonsgebonden factoren als arbeidstevredenheid. Herstel in medische zin zegt nog niets over de werkhervatting van de werknemer. Ook hierin zijn factoren van buitenaf, zoals wachttijden in gezondheidszorg en verzuimbeleid en factoren die per persoon verschillen van invloed. Bij de persoonsgebonden factor kan bijvoorbeeld gedacht worden aan de werkwens van de werknemer. Uit onderzoek blijkt zelfs dat twee bovengenoemde factoren meer invloed hebben op de hervatting van de arbeid, en hierbij de hervattingsdrempel, dan de gezondheidstoestand van de werknemer (Veerman, Schoemaker, Cuelenaere & Bijl, 2001).

In de praktijkrichtlijnen bij patiëntgebonden handelingen (J.J. Knibbe, N.E. Knibbe, Geuze & LOCOmotion Bennekom, 2003) wordt gesproken over vijf bronnen van fysieke belasting, die als belastende factor kunnen worden gezien. Zoals eerder besproken kunnen deze belastende factoren zorgen voor gezondheidsklachten, waardoor er ziekteverzuim kan optreden. Deze vijf bronnen worden hieronder kort uitgelegd en welke handelingen hierbij uitgevoerd moeten worden:

1. Verplaatsingen binnen de grenzen van het bed

Geheel naar de situatie van de patiënt kan er gebruik gemaakt worden van verschillende hulpmiddelen om de verplaatsingen binnen de grenzen van het bed te laten plaatsvinden. Hierbij kan gedacht worden aan het gebruik van een papegaai en een elektrisch hoog-laagbed bij patiënten die zichzelf die zich met enige hulp kunnen verplaatsen. Bij passieve patiënten kan moet extra gebruik gemaakt worden van glijmatten, om de verplaatsingen te laten plaatsvinden.

2. Horizontale transfers

Bij horizontale transfers is het van belang dat de platforms waarover verplaatst moeten worden, bijvoorbeeld van brancard naar een bed, dat deze op dezelfde hoogte staan. Ook mogen er geen kieren groter dan 4 cm tussen de beide platforms zijn en moeten de platforms goed geremd zijn.

3. Transfers van en naar bed, (rol)stoel en toilet.

Er zijn verschillende hulpmiddelen die de transfers van en naar bed, (rol) stoel en toilet ondersteunen. Het gebruikte hulpmiddel is afhankelijk van de fysieke toestand van de patiënt. Bij vrijwel zelfstandig (op) staan en lopen kan er gebruik gemaakt worden van een draaischijf. Bij patiënten met enige rompbalans kan er gebruik gemaakt worden van de actieve stalift en wanneer bij een patiënt beide ontbreekt kan er gebruik gemaakt worden van een passieve tillift. Verzuim gerelateerd aan deze transfers wordt ook wel transfer gerelateerd verzuim genoemd.

4. Statische belasting

Onder statische belasting wordt het werken in moeilijke houdingen bedoeld. Dit kan in veel verschillende situaties voorkomen. Voorbeelden hiervan zijn het wassen van een patiënt op de po stoel, liggend wassen op bed of wondverzorging waarbij de handelingen langer dan een minuut duren. Daarnaast worden handelingen waarbij enige krachtoefening nodig is en langer dan vier minuten duren gezien als statisch belastend. Ook het aan of uittrekken van steunkousen kan als statisch belastend worden gedefinieerd.

5. Manoeuvreren met rollend materiaal

Binnen het manoeuvreren met rollend materiaal wordt duidelijk gekeken dat er niet meer dan 20 kg (200 Newton) trek- of duwkracht nodig mag zijn om beweging te krijgen in het materiaal. Wanneer er meer kracht nodig is dan 200 Newton moet de handeling gemechaniseerd worden of aangepast worden dat het minder kracht kost dan 200 Newton.

3. Onderzoeksopzet

3.1 Doelstelling

Inzichtelijk maken welk deel van het totale ziekteverzuim in een verzorgingscentrum is gerelateerd aan de transfers van cliënten, welke risicofactoren voor het transfergerelateerd ziekteverzuim er bestaan gegeven het gebruik van tilliften en welke mogelijkheden zijn er om deze factoren terug te dringen.

3.2 Vraagstellingen

1. Hoe hoog is het totale ziekteverzuim en welk deel ervan heeft mogelijk een transfer gerelateerde oorzaak. Hoe verhouden deze cijfers zich tot het landelijk gemiddelde?
2. Wat zijn volgens de wetenschappelijke theorieën risicofactoren voor transfer gerelateerd ziekteverzuim? Welke van deze risicofactoren zijn aanwezig verpleeg- en verzorgingshuizen, in het bijzonder verzorgingscentrum 't Saalmerink?
3. Welke verschillende tiltechnieken worden er momenteel gehanteerd tijdens transfer gerichte zorg? Welke hiervan leiden tot transfergerelateerd verzuim?
4. Welke overige handelingen zorgen mogelijk voor een verhoogd ziekteverzuim?
5. Welke verschillende mogelijkheden zijn er om het transfergerelateerd ziekteverzuim terug te dringen? Wat is de haalbaarheid hiervan in verpleeg- en verzorgingshuizen, in het bijzonder verzorgingscentrum 't Saalmerink, om dit te verminderen?

3.3 Onderzoeksmethoden

Vanwege de uiteenlopende aard van de onderzoeksvragen is er een combinatie van onderzoeksmethoden toegepast. Deze onderzoeksmethoden worden hieronder uitgelegd en de resultaten van het onderzoek zullen ook gestructureerd worden aan de hand van de verschillende onderzoeksmethoden.

Literatuurstudie

Ten eerste is er door middel van een literatuurstudie inzichtelijk gemaakt wat het ziekteverzuim is binnen de verpleeg & verzorg sector, welke belastende factoren er aanwezig zijn in het werk van de medewerkers in verpleeg- en verzorgingshuizen en welke gevolgen deze hebben. Deze informatie is gebruikt ter beantwoording van de eerste en tweede vraagstelling. Deze literatuur wordt verkregen vanuit de Universiteitsbibliotheek op de Universiteit Twente en verschillende wetenschappelijke rapporten, verkregen via Zorgmarkt Researchbase. Binnen de Zorgmarkt Researchbase zijn vele rapporten beschikbaar over verschillende ontwikkelen in de zorgsector opgesteld door verschillende onderzoeksinstanties, zoals TNO, OSA en Elsevier. Binnen deze studie is gebruikt gemaakt van de volgende zoektermen: ziekteverzuim, arbeidsrisico's en verpleeg & verzorg sector om de relevantie te garanderen met het doel van het onderzoek.

Dossier onderzoek

Middels een dossieronderzoek binnen verzorgingscentrum 't Saalmerink is onderzocht welke belastende factoren aanwezig zijn in het werk van de medewerkers en wat het verloop van het ziekteverzuim door de jaren heen is. Dit dossieronderzoek is ter beantwoording van de eerste en tweede vraagstelling.

De informatie is afkomstig uit dossiers omtrent ziekteverzuim die geregistreerd worden door Livio binnen 't Saalmerink. 't Saalmerink een locatie van Livio, waarbij Livio verschillende taken gecentraliseerd heeft. Vandaar dat het dossieronderzoek gedaan wordt aan de hand van cijfers van Livio. Er is gebruik gemaakt van anonimisatie om geen belastende persoonlijke gegevens en vertrouwelijke informatie van andere locaties van Livio te gebruiken. Middels het gebruik van Microsoft Excel zal er een gezorgd worden voor een duidelijke visualisering van de gevonden informatie.

Interviews

Middels het gebruik van interviews is in dit onderzoek kwalitatieve informatie te vergaard. Ten eerste zijn in een interview met een bedrijfsarts van Livio de bevindingen uit het dossieronderzoek besproken. Deze gegevens zijn verwerkt om vanuit een professioneel perspectief zicht te krijgen op de verschillende ontwikkelingen die vanuit het dossieronderzoek naar voren komen.

Ten tweede zijn er verschillende interviews gehouden met de medewerkers van 't Saalmerink. Hiermee wordt de derde vraagstelling beantwoord, namelijk welke verschillende tiltechnieken er momenteel gebruikt worden tijdens transfer gerichte zorg en welke hiervan leiden tot transfergerelateerd verzuim. Ook het beantwoorden van de vierde vraagstelling is gebeurd door middel van de interviews met medewerkers. Daarnaast zal de informatie gebruikt worden ter ondersteuning van de participerende observaties om een volledig beeld te kunnen schetsen van het transfergerelateerde verzuim. Tenslotte is er gevraagd naar het perspectief van de medewerkers op de bevindingen uit het dossieronderzoek en het interview met de bedrijfsarts van Livio.

Beide interviews hebben een open karakter, omdat open vragen veel meer informatie geven waardoor er een duidelijker beeld van de praktijk wordt geschetst. De informatie van beide interviews is duidelijk bijgehouden op schrift om van daaruit een gegeneraliseerd antwoord te vinden op de genoemde vraagstellingen.

Participerende observatie

Er is gebruik gemaakt van participerende observatie ter beantwoording van de derde vraagstelling. Hierbij zijn de handelingen van de medewerkers tijdens transfer gerelateerde zorg geanalyseerd, waarbij gekeken is welke handelingen goed of slecht worden uitgevoerd. Er is beoogd observaties uit te voeren bij 20 transfers, om hiermee duidelijk te observeren of er handelingen zijn die voortdurend herhaald worden. Deze observaties zijn gedaan bij alle medewerkers die de transfers uitvoerden, hierbij is geen navraag gedaan naar de functie van de medewerkers. Door middel van een training in het gebruik van de tilliften door een Arbo deskundige van het Tilcentrum is het mogelijk geworden om een duidelijk observatieformulier op te stellen, waarop alle handelingen staan uitgeschreven, omtrent transfergerelateerde zorg. Door het duidelijk coderen van goed uitvoeren (Ja = 1) en niet goed uitvoeren (Nee =2) van de handeling is het ervoor gezorgd dat middels een spreadsheet een gegeneraliseerd beeld te schetsen is van welke handelingen leiden tot transfergerelateerd verzuim.

Expertpanel

Als laatste onderzoeksmethode is gebruik gemaakt van een expertpanel ter beantwoording van de vijfde en laatste vraagstelling. Hierbij is gekozen voor een panel bestaande uit een leidinggevende van 't Saalmerink en een accountmanager van Tilcentrum Nederland. Samen is er gekeken naar de bevindingen uit de eerder genoemde resultaten.

Hierbij zijn de negatieve bevindingen in het handelen van de medewerkers tijdens transfergerichte zorg besproken om te bekijken welke mogelijkheden er zijn om het transfergerelateerd ziekteverzuim terug te dringen. Er zijn verschillende aanbevelingen aangedragen vanuit eerder besproken literatuur, maar ook vanuit de kennis en expertise van de beide externe begeleiders. Daarnaast is er specifiek voor 't Saalmerink besproken welke van deze aanbevelingen haalbaar zijn om het transfergerelateerd ziekteverzuim terug te dringen. De uitkomsten van het expert panel zijn op schrift gezet om deze duidelijk te kunnen uitwerken. Ook is er de mogelijkheid opengelaten om in een later stadium per e-mail te communiceren over mogelijke aanbevelingen.

4. Resultaten

4.1 Literatuurstudie

Vanuit het model van arbeidsbelasting blijkt dat ziekteverzuim ontstaat door een discrepantie tussen eisen van het werk en de capaciteiten van de werknemer om hieraan te voldoen. De belastende factoren door het werk zijn hoger dan de belastbaarheid van de medewerkers. Binnen deze individuele belastbaarheid zijn er verschillende arbeidsrisico's die kunnen leiden tot ziekteverzuim. In 2008 verrichtte TNO Kwaliteit van leven en de beroepsvereniging van zorgprofessionals (VVN) een onderzoek naar de arbeidsrisico's van en maatregelen, tegen ziekteverzuim voor verpleegkundig en verzorgend personeel (Douwes, van den Heuvel & Sonneveld, 2008). In dit onderzoek van TNO is gebruik gemaakt van vele andere onderzoeken om een goed beeld te creëren over de bestaande arbeidsrisico's. In 2002 zijn er in de CAO voor verpleegkundig en verzorgend personeel afspraken gemaakt over arbeidsrisico's in verband met fysieke belasting, werkdruk en agressie en geweld. In verband met de relevantie binnen dit onderzoek is ervoor gekozen om deze drie arbeidsrisico's te bestuderen, aangezien deze in de CAO ook opgenomen zijn. Uit het eerder genoemde onderzoek van Douwes, van den Heuvel & Sonneveld, 2008 blijkt dat van de drie bestudeerde arbeidsrisico's fysieke belasting duidelijk naar voren komt als grootste bron van ziekteverzuim binnen de Verpleeg & Verzorg sector. Dit zal hieronder verder uitgewerkt worden.

Er zijn verschillende type belastingen waarmee medewerkers in verpleeg- en verzorgingshuizen te maken krijgen. Hieruit blijkt dat vooral het zwaar tillen, zwaar duwen of trekken en het vele lopen 'vaak' of 'zeer vaak' wordt aangegeven, als fysiek belastend werk. Deze hoge fysieke belasting kan leiden tot een toename van het aantal lichamelijke klachten en zelfs tot verhoging van het ziekteverzuim (Douwes, van den Heuvel & Sonneveld, 2008).

In de tabel is duidelijk te zien dat rugklachten en nek/schouderklachten voorkomen bij meer dan 40% van de ondervraagden. De werknemers in verpleeghuizen ervaren hun werk iets vaker als fysiek belastend werk dan werknemers in verzorgingshuizen waardoor het verzuim bij de verpleeghuizen ook iets hoger is dan bij verzorgingshuizen, maar de bevindingen komen in grote mate overeen. De fysieke belasting blijkt voor een groot gedeelte van invloed op het ziekteverzuim van de medewerkers in de verpleeg- en verzorgingshuizen.

Percentage werknemers met klachten en daarmee samenhangend verzuim (n=86.158)

	Verzorgingshuizen	Verpleeghuizen
Rugklachten	43%	44%
Verzuim door rugklachten	6%	7%
Knieklachten	15%	14%
Verzuim door knieklachten	2%	2%
Nek/schouderklachten	40%	43%
Verzuim door nek/schouderklachten	5%	6%
Arm/handklachten	21%	23%
Verzuim door arm/handklachten	3%	4%

Bron: Arbo Kenniscentrum voor Zorg en Welzijn, 2004, Brancheonderzoek fysieke belasting 2002

Werkdruk, agressie en geweld wordt door medewerkers in Verpleeg & Verzorging sector ook aangegeven als belastende factoren die ervaren worden. Hierbij wordt het werktempo en de tijdsdruk bij medewerkers in de Verpleeg & Verzorg sector als iets meer belastend ervaren dan bij andere collega's in de zorg (2,55 - 2,43 en 2,37 – 2,24). Hierbij wordt aangegeven dat emotionele uitputting, burnout en een hogere herstelbehoefte het gevolg kunnen zijn van een hoge werkdruk (Douwes, van den Heuvel & Sonneveld, 2008).

Zoals in onderstaande tabel weergegeven is, blijkt agressie vergeleken met andere sectoren in de zorg minder voor te komen in de Verpleeg & Verzorg sector. Ook vergeleken met andere beroepsgroepen blijkt dit minder voor te komen. Lichamelijk geweld daarentegen wordt wel meer ervaren als in andere sectoren van de zorg en andere beroepsgroepen. Ondanks dat werkdruk en geweld meer voorkomen dan in andere sectoren wordt gesteld dat het ziekteverzuim gerelateerd aan werkdruk, agressie en geweld minimaal is (Douwes, van den Heuvel & Sonneveld, 2008).

Mate waarin verpleegkundigen en verzorgenden zeggen te maken te hebben met verschillende vormen van agressie en geweld en daaraan gerelateerd verzuim of minder goed functioneren (percentage per antwoordcategorie)

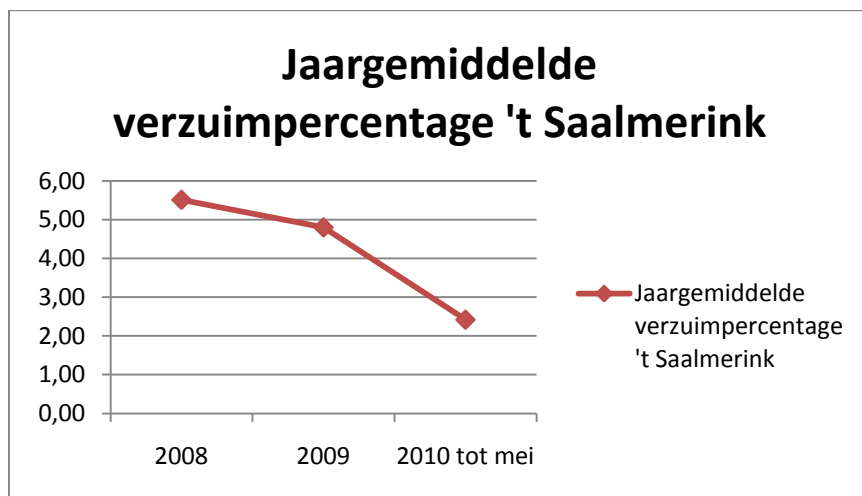
Agressie en geweld	Verpleegkundigen en verzorgenden totaal (n=1.155)	Andere beroepsgroepen (n=22.948)	Verpleegkundigen en verzorgenden, in verzorg- en verpleeghuizen (n=260)
Intimidatie			
-nooit	47%	78%	53%
-een enkele keer	47%	20%	42%
-vaak	5%	2%	5%
-zeer vaak	1%	<1%	<1%
Lichamelijk geweld			
-nooit	61%	95%	46%
-een enkele keer	34%	1%	46%
-vaak	5%	<1%	7%
-zeer vaak	1%	<1%	1%
Pesten			
-nooit	86%	92%	89%
-een enkele keer	13%	7%	10%
-vaak	1%	1%	1%
-zeer vaak	<1%	<1%	0%
Vanwege agressie of geweld: Wel eens verzuimd	3%	2%	2%
> 4 weken verzuimd	1%	1%	1%
Minder goed gefunctioneerd	14%	10%	11%
> 4 weken minder goed gefunctioneerd	3%	2%	3%

Bron: databestand NEA 2006

4.2 Dossieronderzoek en interview bedrijfsarts

Door het uitvoeren van dossieronderzoek en het houden van een interview met de bedrijfsarts van Livio is onderzocht hoe hoog het ziekteverzuim binnen 't Saalmerink is en welke arbeidsrisico's zorgen voor het ziekteverzuim. Hierbij is een analyse gemaakt van de ziekteverzuimregistratie van januari 2008 tot mei 2010. Binnen het dossieronderzoek en het interview is gebruik gemaakt van anonimisatie om geen persoonlijke gegevens en gegevens van andere locaties van Livio te publiceren. De vragen gesteld tijdens het interview met Rene Naber zijn opgenomen in bijlage 3.

Binnen 't Saalmerink is een dalende trend te zien in het ziekteverzuim onder het personeel. Vergeleken met 2008 is het ziekteverzuim in 2010 gedaald van 5,51 % in 2008 naar 2,42 % in de eerste 5 maanden van 2010. De reden voor deze daling wordt hieronder uitgelegd.



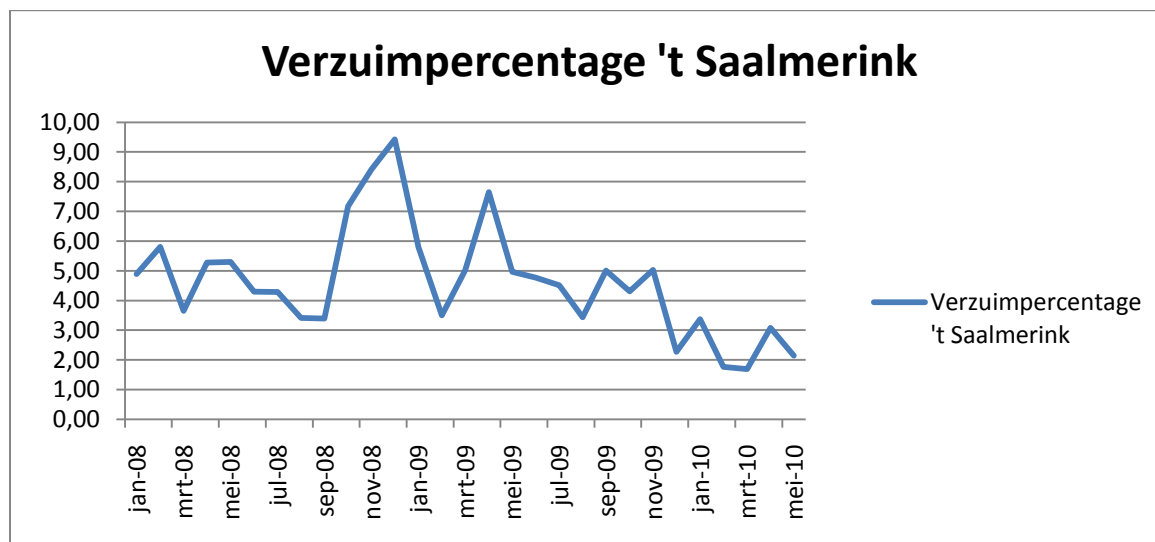
In de laatste vijf jaren zijn er vier verschillende leidinggevendenden geweest, met elk hun eigen visie op het personeelsbeleid en verzuim. Sinds september 2009 is er een nieuwe leidinggevende aangetreden binnen 't Saalmerink die als opdracht heeft meegekregen van Livio om het ziekteverzuim drastisch te verminderen. Deze leidinggevende wil meer betrokken zijn bij de medewerkers en geeft deze meer vrijheid om oplossingen te zoeken bij ziekte. De medewerkers kunnen bijvoorbeeld zelf inplannen wanneer men wil werken, als men door ziekte afwezig is geweest. Er kan gekozen worden om buiten het vaste rooster de dagen te werken die de medewerker afwezig is geweest. Zo kan er flexibel omgegaan worden met ziekte en is er geen officiële ziektemelding nodig. Ook wordt er in samenspraak met de bedrijfsarts, de desbetreffende medewerker en de leidinggevende gekeken welke handelingen nog wel uitgevoerd kunnen worden. Dit wordt zo nodig wekelijks gedaan, om het arbeidsproces van de medewerker goed te beïnvloeden. Hierdoor kan er een aangepast rooster gemaakt worden, waardoor er bijvoorbeeld administratieve taken gedaan kunnen worden of minder belastende werkzaamheden.

Uit het interview bleek verder dat er minder 'twijfelachtige' ziektemeldingen waren sinds de wisseling van leidinggevendenden, zoals een verkoudheidje of een klein griepje. Door de betrokkenheid van de leidinggevende zijn mensen minder snel geneigd om zich ziek te melden met vage klachten. De verzuimdrempel van de medewerkers is verhoogd, door de betrokkenheid van de leidinggevende. Ook vanaf de werkvloer wordt deze trend beaamd, maar wordt ook gezegd dat sommige mensen zich in het verleden niet ziek durfde te melden, door de betrokkenheid van de leidinggevende.

In het verlengde hiervan geven medewerkers ook aan soms ook geen zin te hebben in overleg over het wel of niet ziek zijn en dat men zich daarom gewoon niet ziek meldt. De medewerkers moeten nog wennen aan de nieuwe manier van ziek melden.

Uit de maandelijkse verzuimregistratie is ook te zien dat er sinds november 2009 een daling is in het ziekteverzuim.

Geheel tegen verwachtingen in, waarbij er in de winter altijd meer ziekteverzuim is door griep en aanverwante ziektes, daalt het ziekteverzuim sterk. Deze trend is wel waar te nemen in september 2008 tot januari 2009, waarbij het ziekteverzuim boven de negen procent steeg.



De huidige stand van zaken (maart 2010) is dat er twee medewerkers ziek gemeld zijn, waarvan één persoon voor 50 % administratieve taken op zich heeft genomen. Dit betekent dat er 1,5 ziekmeldingen zijn binnen een personeelsbestand van 126 medewerkers. De oorzaak van de ziekmeldingen is fysieke belasting, te weten schouder- en heupklachten.

4.3 Participerende observaties en open interviews

Middels het uitvoeren van participerende observaties en open interviews is er getracht te analyseren welke tiltechnieken gehanteerd worden in 't Saalmerink en op welke wijze deze mogelijk bijdragen aan het toe- of afnemen van ziekteverzuim als gevolg van fysieke klachten. Daarnaast zijn de handelingen die uitgevoerd worden tijdens de transfers van cliënten door de medewerkers geobserveerd en uitgevoerd. Dit om een duidelijk beeld te krijgen van welke handelingen kunnen leiden tot een hoge fysieke belasting die kan leiden tot ziekteverzuim.

4.3.1 Tiltechnieken in het Saalmerink

Binnen verzorgingscentrum 't Saalmerink worden meerdere tiltechnieken gehanteerd, waarbij hulpmiddelen gebruikt worden. Deze hulpmiddelen zijn ontworpen om tijdens transfer gerelateerde zorg de medewerkers te ondersteunen in hun werkzaamheden. De hulpmiddelen ondersteunen het personeel bij zware taken, zoals het tillen van de cliënt uit bed en in de stoel. Dit wordt een transfer genoemd. De geanalyseerde hulpmiddelen worden in deze paragraaf beschreven.

Draaischijf met opstabeugel

Voor mensen die moeite hebben met het tot staan komen, maar zich wel goed kunnen optrekken is een draaischijf met opstabeugel mogelijk. De draaischijf wordt gebruikt bij cliënten die zichzelf op de rand van het bed kunnen draaien en een redelijke sta functie hebben. Deze cliënten worden ondersteund in het opstaan, maar staan volledig zelfstandig op de draaischijf. Door de opstabeugel kan de cliënt zichzelf goed vasthouden. Door middel van het draaien van de schijf kan de cliënt gedraaid worden waar bijvoorbeeld een rol of po stoel staat. Aangezien er weinig gebruik gemaakt wordt van de draaischijf binnen het Saalmerink zal het de draaischijf niet meegenomen worden in het onderzoek naar transfergerelateerd ziekteverzuim.



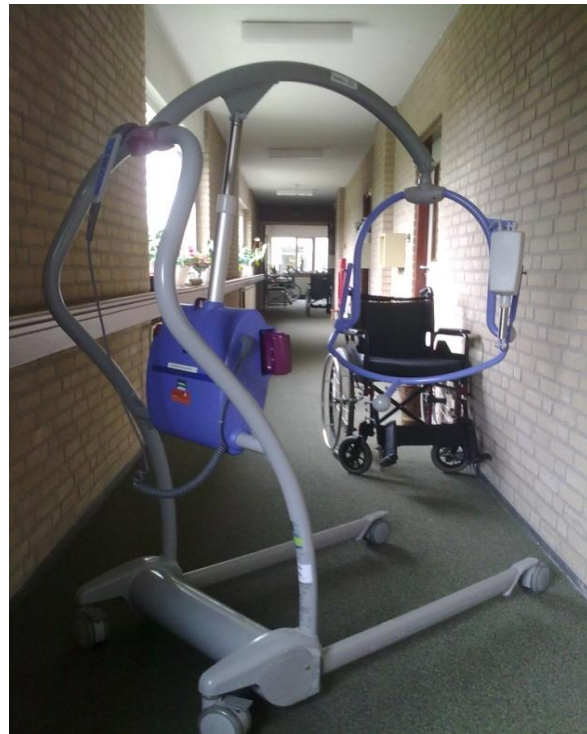
Actieve stalift (Arjo Encore)

Een actieve lift veronderstelt dat de cliënt in staat is zelf actief te zijn tijdens de beweging van het opstaan en dat hij/zij enige steunmogelijkheid heeft. De praktijkrichtlijnen bij patiëntgebonden handelingen (J.J. Knibbe, N.E. Knibbe, Geuze & LOCOMotion Bennekom, 2003) schrijft het volgende voor, "De patiënt kan niet zelfstandig (op)staan, heeft enige rompbalans en kan enigszins steun nemen op één of beide benen en weegt meer dan 23 kilo". Als hieraan niet voldaan wordt zal voor een passieve lift gekozen moeten worden.



Passieve tillift (Arjo Maxi Twin)

Wanneer een passieve lift wordt gebruikt hoeft de cliënt geen bijdrage aan de beweging te leveren: de tillift neemt de gehele beweging over. Tilliften zijn in principe geen transportmiddel, maar transfermiddelen. Dat wil zeggen dat het niet de bedoeling is om met de cliënt in de lift over grote afstanden te rijden. De praktijkrichtlijnen voor patiëntgebonden handelingen (J.J. Knibbe, N.E. Knibbe, Geuze & LOCOmotion Bennekom, 2003) schrijft een passieve tillift bij het volgende voor, “ De patiënt heeft onvoldoende rompbalans, kan geen steun nemen op de benen en weegt meer dan 23 kg”.



4.3.2 Transfer gerelateerd oorzaken

Binnen het verzorgingstehuis 't Saalmerink is onderzoek verricht naar fysieke belasting tijdens het gebruik van tilliften voor de transfers van cliënten in en uit bed. Hierbij zijn observaties (n=17) gedaan naar de omgang van de medewerkers met zowel de actieve stalift als met de passieve tillift. Hierbij moet gezegd worden dat er telkens bij twee cliënten is geobserveerd, maar bij verschillende medewerkers. Ten tijde van het uitvoeren van de participerende observaties waren er drie cliënten in 't Saalmerink die geholpen werden met een tillift, waarvan één cliënt aangaf liever niet mee te werken. De observaties zijn gedaan aan de hand van een gestandaardiseerd observatieformulier, waardoor er duidelijk gekeken kon worden naar steeds terugkomende handelingen. Deze observatieformulieren zijn bijgevoegd in bijlage 2, de interviewvragen voor de medewerkers staan genoteerd in bijlage 3. De bevindingen uit deze observaties en gehouden open interviews worden hieronder uitgewerkt.

Positieve bevindingen

De mogelijkheden van de liften en bedden worden goed gebruikt. Het kanteljuk van de passieve tillift wordt gebruikt bij transfers van cliënten uit bed in de stoel voor een goede positionering van de cliënt. Het bed wordt ook op goede werkhoogte gebracht om het werken met een rechte rug mogelijk te maken. Tijdens alle observaties wordt hier duidelijk op gelet. Het positioneren van de liften voor het bed gaan in alle gevallen goed. Er wordt duidelijk gelet op de positie van de cliënt, waardoor de fysieke inspanning door het verleggen van de cliënt minimaal is.

Daarnaast is ook het manoeuvreren met de beide liften geobserveerd. Volgens de praktijkrichtlijnen bij patiëntgebonden handelingen is het manoeuvreren een andere bron van fysieke belasting dan transfer gerelateerd. Binnen dit onderzoek is ervoor gekozen om het manoeuvreren met de beide liften toch onder transfer gerelateerd te definiëren, omdat het manoeuvreren binnen de transfer van bed naar stoel of toilet hoort. Uit de observaties blijkt dat de medewerkers bij 70 % van de transfers duidelijk met het gehele lichaam de lift in beweging brengt. Men “hangt” in de lift om beweging te krijgen in de lift, als de cliënt wordt verplaatst van bed naar de stoel en vice versa. Dit is een goede manier van het gebruik van het lichaam in plaats van onnodig trekken en duwen aan/van de liften. Bij 50 % van de transfers met de passieve tillift werd het manoeuvreren gedaan door twee personen, waarbij één collega het manoeuvreren ondersteund door extra te begeleiden bij het juk van de lift. Hierdoor wordt naast het makkelijker manoeuvreren ook extra veiligheid geboden voor de cliënt.

Bij elke transfer wordt duidelijk aangegeven welke handelingen gedaan zullen worden. Bij cliënten die actief mee kunnen helpen wordt duidelijk gevraagd of alles goed verloopt en wordt er gevraagd of de cliënt bepaalde handelingen zelf kunnen doen. Bijvoorbeeld het verzetten van een voet op de actieve stalift.

Negatieve bevindingen

Naast alle positieve bevindingen die opgedaan zijn tijdens de observaties zijn er enkele punten die naar voren kwamen die kunnen zorgen voor een verhoogde fysieke belasting bij de medewerkers. Deze bevindingen hebben twee verschillende oorzaken, namelijk de werkruimte voor de medewerkers en een apparaatspecifieke oorzaak.

Werkruimte

Verscheidene keren is door de medewerkers aangegeven dat de werkruimte voor de transfers van cliënten klein is. Ondanks dat het bed verplaatst wordt van de slaapkamer naar de woonkamer bij gebruik van de tilliften, is de ruimte om te werken klein. Vaak worden aanwezige stoelen en tafeltjes verschoven om een betere werkhouding te kunnen genereren. Ondanks al deze inspanningen om een zo goed mogelijke werkhouding te kunnen hebben, werken veel medewerkers met een kromme rug en/of verdraaide rug. Vooral tijdens het positioneren van de patiënt in de stoel is problematisch.

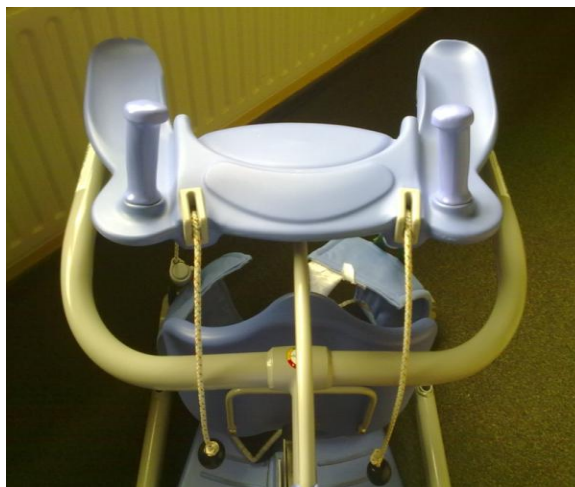
Bij 83 % van de transfers met de passieve tillift staat de medewerker met een kromme rug. Dit gebeurt bij het loshalen van de bevestigingsogen van de mat van de lift en tijdens het verwijderen van de mat bij de cliënt in de stoel. Bij de actieve stalift is hier minder sprake van, door de mindere bevestigingspunten van de tilband ten opzichte van de tilmat, maar ook hier staan de medewerkers in bijna 40 % van de transfers met een kromme rug te werken. Het hoge percentage heeft direct te maken met de weinig werkruimte om de bedden en stoelen. Men kan niet aan alle kanten van het bed of stoel werken, waardoor men moet overhangen naar de andere kant van het bed of stoel. Hierdoor staat men over de cliënt heen gebogen, om de verschillende handelingen uit te voeren. Verdraaiingen van de rug tijdens de werkzaamheden komen minder voor, maar zijn echter ook erg belastend voor de medewerkers. De medewerkers hebben soms door het ruimtegebrek geen andere keuze dan met een verdraaide rug handelingen uit te voeren.

Vooraf bij het gebruik van de actieve stalift is hier sprake van, namelijk bij bijna 40% van de transfers om cliënten uit bed te halen, en bij 30 % van de transfers om cliënten in de stoel te krijgen. Beide handelingen zijn zeer belastend en kunnen bij langdurig werken zorgen voor rugklachten. Één medewerker gaf duidelijk aan dat als zij meerdere dagen achter elkaar een dagdienst had gewerkt, dat zij dit zeker voelde in haar rug.

Een andere punt dat duidelijk naar voren kwam bij zowel de observaties als interviews is dat de ondergrond een grote invloed heeft in het manoeuvreren met de beide liften. Bij 50 % van de transfers met de passieve tillift hadden de medewerkers moeite met het draaien van de lift. Dit is in 20 % van de gevallen bij de actieve stalift. De medewerkers geven aan dat de aanwezigheid van tapijt als ondergrond grote invloed heeft. Tapijt blijkt een veel grotere rolweerstand te hebben dan bij gladde ondervloeren, zoals linoleum of zeil. Zoals een medewerker duidelijk zei: *“vergeleken met tapijt, vliegt de tillift over een gladde vloer”*. Ook de aanwezigheid van verschillende soorten bedrading onder het bed en in het appartement van de cliënten kunnen zorgen voor problemen. De wieltjes van de beide liften kunnen hier achter blijven haken, waardoor extra inspanning nodig is van de medewerkers.

Apparaat specifiek oorzaak

Naast de werkruimte gerelateerde oorzaken voor transfergerelateerd ziekteverzuim werd ook duidelijk benoemd door verschillende medewerkers dat men moeite heeft met de tilband. Voor de verplaatsing van de cliënt is het bij de Arjo Encore tilband noodzakelijk dat deze tilband rondom de cliënt wordt gelegd en daarna aangetrokken wordt. Hierdoor staat de cliënt stevig vast aan de lift. Het aantrekken aan de touwtjes wordt bij zwaardere cliënten als belastend ervaren, omdat de medewerkers de cliënt als het ware naar zich toe moet trekken.



4.3.3 Overige mogelijke oorzaken

Naast de transfergerelateerde handelingen met de beide liften komen er ook meerdere oorzaken naar voren, die niet gerelateerd zijn aan het gebruik van de tilliften. Deze oorzaken zijn gevolgen van de statische belasting van de medewerkers, zoals gedefinieerd in de praktijkrichtlijnen bij patiëntgebonden handelingen (J.J. Knibbe, N.E. Knibbe, Geuze & LOCOmotion Bennekom, 2003). Deze oorzaken worden hieronder ook genoemd, omdat deze ook van invloed kunnen zijn op het ziekteverzuim gerelateerd aan fysieke belasting, bij de dagelijkse handelingen rondom de transfers plaatsvinden en duidelijk aangegeven worden in de interviews met de medewerkers van 't Saalmerink.

Po stoel

Cliënten die niet meer zelfstandig naar het toilet kunnen, worden ook met behulp van de actieve stalift geholpen op de po stoel. Ook als de cliënt onder de douche gaat, wordt deze op de po stoel geholpen.

Tijdens deze handelingen kan de medewerker op de knieën hulpen bieden, zodat men niet gebukt hoeft te staan. Dit zorgt voor extra belasting op de knieën. Daarnaast als er geen mogelijkheid is om op de knieën, werkt men dus gebukt. Hiervan is bijvoorbeeld sprake tijdens het douchen van de cliënten.

Steunkousen

Voor extra steun bij de enkels maken veel cliënten gebruik van steunkousen en wanneer men deze niet zelf meer aan kan trekken wordt dit gedaan door het personeel. Hierbij worden verschillende handelingen ook als belastend ervaren door de medewerkers. Als eerste is de houding bij het aanbrengen van de steunkousen op zowel de stoel of in bed vaak verkeerd. De medewerkers staan voor over gebogen tegen het bed aan om deze aan te brengen of op de knieën naast de cliënt wanneer deze in een stoel zit. Dit veroorzaakt wederom rugklachten en voor pijnlijke knieën. Naast de verkeerde houding tijdens het aantrekken van de kousen wordt ook het aantrekken van de kousen zelf ook als belastend ondervonden. Het bijgeleverde glijmatje dat voor een soepeler aantrekken moet zorgen is vaak onvoldoende. Het getrek aan de kousen om deze goed om de voet en enkel van de cliënt te plaatsen wordt als belastend voor de polsen ervaren.

4.4 Resultaten expertpanel

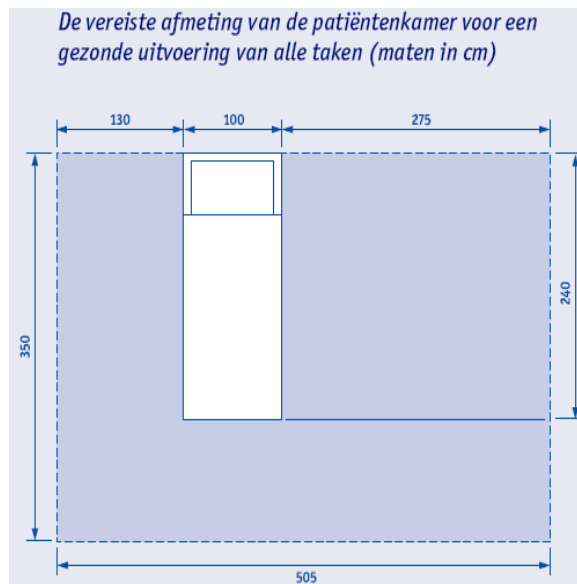
Gebaseerd op de resultaten opgedaan uit de vorige onderzoeken is er door middel van een expertpanel gekeken naar de mogelijkheden om het transfergerelateerde verzuim terug te dringen. Dit expertpanel bestond uit de leidinggevende van 't Saalmerink en een accountmanager van het Tilcentrum, om vanuit hun visie te kijken naar mogelijke oplossingen voor het transfergerelateerde verzuim. Hierbij is gekeken voor oplossingen naar zowel transfer gerelateerde oorzaken als oorzaken van een te hoge statische belasting, zoals eerder besproken. Deze oorzaken worden ook meegenomen, omdat deze ook duidelijk naar voren kwamen tijdens de observaties en interviews en ook relevant werden gevonden door de leden van het expertpanel. Er is gebruik gemaakt van literatuur, het werkpakket Beter! van de sectorfondsen Zorg en Welzijn (2003) en van de kennis en expertise zoals ingebracht door de leden van het expertpanel.

4.4.1 Verbetering werkruimte

In het werkpakket Beter! (2003) staan niet alleen praktijkrichtlijnen bij patiëntgebonden handelingen, zoals eerder genoemd. Ook worden er heldere praktijkrichtlijnen aangegeven rondom het gebruik van grotere hulpmiddelen, waar de tilliften onder worden verstaan, en de benodigde ruimte die minimaal nodig is. Er wordt in het werkpakket duidelijk gesteld dat het enkel vuistregels zijn, maar dat het goede indicaties zijn van de benodigde ruimte om patiëntenhandelingen veilig te kunnen uitvoeren. In deze vuistregels kunnen mogelijk oplossingen gevonden om de werkruimte van de medewerkers te verbeteren, om zo de rugklachten te verminderen.

Vanuit het feit dat de cliënt in bed gewassen wordt en met een tillift uit bed wordt geholpen is de volgende vuistregel vastgesteld in het werkpakket:

In deze vuistregel is een bed verondersteld van 100 cm breed en 240 cm lang. Hierbij wordt de werkruimte rond het bed waar met de lift gewerkt 275 cm breed en 350 cm diep verondersteld. Aan de linkerkant waar ook handelingen worden uitgevoerd, is een ruimte van 130 cm breed en 350 cm diep berekend. Hierdoor is er aan het voeteneind van het bed een werkruimte van 110 cm. Al deze maten bij elkaar optellende komt de grootte van de slaapkamer uit op 350 cm bij 505 cm (17,675 m²) (J.J. Knibbe, N.E. Knibbe, Geuze & LOCOmotion Bennekom, 2003).



Daarnaast wordt er duidelijk gemaakt dat wanneer er aan deze richtlijnen niet voldaan kan worden, er in overleg met de medewerkers gezocht moet worden naar haalbare oplossingen. Hiervan zal binnen 't Saalmerink ook sprake van moeten zijn. De appartementen van de cliënten zijn van dermate grootte dat aan de bovenstaande richtlijnen niet voldaan kan worden.

Het is niet aannemelijk om elk appartement volledig aan te passen aan de bestaande richtlijnen, ook omdat het gebouw al verouderd is en al jaren op de nominatie staat om gesloopt te worden. Daarom is het belangrijk om in samenspraak met de medewerkers en met de desbetreffende cliënt tot een werkomgeving te komen die het best haalbaar is. Hierbij kan gedacht worden aan het minimaliseren van obstakels in het appartement, zoals extra stoelen en tafeltjes die nauwelijks gebruikt worden.

Het verbeteren van de ondergrond bij de cliënten zal ook in samenspraak moeten met de familie van de cliënt. Het is belangrijk om bij opname van een cliënt al duidelijk aan te geven dat het voor in de toekomst gewenst is dat er gebruik gemaakt wordt van een gladde ondergrond. Het is aannemelijk dat de fysieke toestand van een cliënt in 't Saalmerink achteruit zal gaan en dat daardoor andere vormen van zorg nodig zullen zijn. Het is belangrijk om de cliënt en de familie bij opname hier al kennis van te geven, zodat men zich er ook op kan voorbereiden als het in de toekomst nodig blijkt te zijn.

4.4.2 Analyse werkomgeving en training

Naast het bekijken van de mogelijkheden om de werkruimte te verbeteren kan er ook gekeken worden naar de manier van handelen van de medewerkers. Dit zal moeten gebeuren door een onafhankelijk persoon die gespecialiseerd is in de ARBO regelgeving en de toepassing hiervan in de praktijk. Deze kan de arbeidsomstandigheden analyseren en ook bekijken welke mogelijkheden er binnen 't Saalmerink zijn om verbeteringen te implementeren.

Hiervoor kan bijvoorbeeld gekozen worden voor een ARBO deskundige van het Tilcentrum, die zorgt voor de analyse van de omstandigheden en ook training geeft aan de medewerkers met betrekking tot het verminderen van de fysieke belasting. Deze vorm van training zal niet alleen mogelijk moeten zijn voor problemen met betrekking tot de transfer gerelateerde oorzaken van ziekteverzuim, maar ook voor de oorzaken vanuit statisch belastingperspectief. Elke medewerkers heeft door de jaren heen zijn eigen manier van handelen en een opfrissing van de mogelijkheden door een onafhankelijk persoon kan ervoor zorgen dat de medewerkers extra manieren te zien krijgen om de transfers uit te voeren, om mensen te helpen op de po stoel en om steunkousen aan te trekken. Belangrijk hierin is ook om de praktijkrichtlijnen voor patiëntgebonden handelingen bij de hand te nemen. Hierin staan duidelijke richtlijnen hoe de regelgeving geïnterpreteerd kan worden naar praktische handelingen.

4.4.3 Nieuwe technologieën

Er zijn ook veel mogelijkheden om door middel van technologische vernieuwing transfergerelateerde ziekteverzuim terug te dringen. Dit zal in samenspraak kunnen met Hulpmiddelen Centrum NoordOost Nederland (HCNON) en Tilcentrum Nederland. HCNON levert de hulpmiddelen die nodig zijn in de zorg aan 't Saalmerink, maar ook specifiek voor elke cliënt. Tilcentrum Nederland heeft de functie als leverancier aan HCNON. Er kan in samenspraak met de leidinggevende van 't Saalmerink gekeken worden of er een pilot kan gestart worden met verschillende nieuwe hulpmiddelen die op dit moment nog niet gebruikt worden in 't Saalmerink.

Hierbij zal er bijvoorbeeld gekeken kunnen worden naar de mogelijkheid om een aanpassing te maken aan de Arjo Encore of om deze te vervangen door een andere actieve stalift. Dit om te bekijken of er een mogelijkheid is om het belastende vasttrekken van de tilmat achterwege te kunnen laten.

Naast het uitproberen van andere staliften kan er ook bekeken worden of er mogelijkheden zijn om elektrische hoog/laag po stoelen uit te proberen. Hiermee kan bekeken worden of de statische belasting van de medewerkers verminderd kan worden. Door het gebruik van een hoog/laag po stoel zal het mogelijk moeten zijn voor de medewerkers om met een rechte rug cliënten te kunnen wassen.

5. Conclusie en discussie

In dit hoofdstuk zal in paragraaf 5.1 geconcludeerd worden welke bevindingen zijn gedaan in dit verslag en welke aanbevelingen mogelijk zijn om het transfergerelateerde ziekteverzuim terug te dringen. In de daaropvolgende paragraaf 5.2 worden de behaalde onderzoeksresultaten geëvalueerd en wordt er ingegaan op de mogelijkheden voor vervolgonderzoek om de problematiek rond ziekteverzuim nog beter uit te kunnen lichten.

5.1 Conclusie

Hierbij zal gekeken worden naar de beantwoording van de doelstelling van dit verslag. De doelstelling voor dit verslag is als volgt gedefinieerd: *“Inzichtelijk maken welk deel van het totale ziekteverzuim is gerelateerd aan de transfers van patiënten, welke risicofactoren voor het transfer-gerelateerd ziekteverzuim bij het gebruik van tilliften er bestaan en welke mogelijkheden zijn om deze factoren terug te dringen.”* Aan de hand van een gefaseerde beantwoording van de doelstelling zullen de resultaten uit het onderzoek geconcludeerd worden.

Uit de drie behandelde categorieën van arbeidsrisico's blijkt fysieke belasting te zorgen voor een groot gedeelte van het verzuim, vergeleken met het verzuim bij werkdruk en agressie en geweld. Het ziekteverzuim in 't Saalmerink blijkt voor 100 % toe te wijzen is aan fysieke belasting van de medewerkers, namelijk schouderklachten en heupklachten. Ook uit verschillende andere onderzoeken beschreven in de resultaten van de literatuurstudie naar werkgerelateerd ziekteverzuim blijkt dat fysieke belasting als voornaamste oorzaak kan worden gezien.

Tijdens het uitvoeren van transfers bij cliënten met tilliften blijkt het vermoeden dat er sprake is van een hoge fysieke belasting gegrond. Er zijn enkele risicofactoren gevonden die transfergerelateerd verzuim kunnen veroorzaken. Uit analyse van de handelingen van de medewerkers en open interviews blijkt dat er twee oorzaken zijn voor de hoge fysieke belasting, namelijk de werkruimte van de medewerker en een apparaatspecifieke oorzaak.

Naast de transfergerelateerde oorzaken voor ziekteverzuim zijn er ook twee oorzaken benoemd die kunnen worden vertaald door een hoge statische belasting van de medewerkers. Hieruit blijkt dat werken rondom de po stoel, bij het toiletteren en wassen als belastend wordt ervaren. Dit doordat de handelingen die uitgevoerd moeten worden altijd in een verkeerde houding gebeuren, bijvoorbeeld met een kromme rug staan, verdraaide rug of langdurig werken op de knieën. Daarnaast wordt het aantrekken van steunkousen ook als belastend ervaren, door het vaak ontbreken van een goede glijmat en het werken in een verkeerde houding.

Er blijken verschillende mogelijkheden te zijn om ervoor te zorgen om de fysieke belasting rondom de transfers van cliënten te verminderen. Hierbij moet wel duidelijk worden aangegeven dat het belangrijk is om te kijken wat haalbaar is binnen elke zorgorganisatie, en derhalve ook voor het Saalmerink. Het vergroten van werkruimte is onrealistisch binnen het Saalmerink, door de leeftijd van het gebouw en grootte van de appartementen. Wel kan het een oplossing zijn om samen met de familie te bekijken hoe het appartement het beste kan worden ingericht, voor zowel de cliënt als de medewerker.

Het is bijvoorbeeld een optie om bij het tekenen van zorgcontract direct aan te geven dat een gladde ondergrond erg belangrijk kan zijn voor toekomstige zorg. Daarnaast is training een mogelijkheid om door middel van een frisse blik te kijken welke mogelijkheden er zijn voor het verminderen van de fysieke belasting om de transfergerelateerde oorzaken aan te pakken. Ook het testen van vernieuwende zorgondersteunende apparaten kan misschien leiden een daling in het ziekteverzuim. Dit door specifieke problemen met enkele bestaande hulpmiddelen te voorkomen. Hierbij kan gedacht worden aan een hoog/laaf po stoel en een vernieuwde actieve stalift.

5.2 Discussie

Binnen dit onderzoek is de focus gericht op het identificeren van transfergerelateerd ziekteverzuim en het zoeken naar haalbare oplossingen om transfergerelateerd verzuim terug te dringen. De genoemde mogelijkheden zijn slecht enkele aanbevelingen die gedaan zijn als opties voor het verminderen van transfergerelateerd verzuim en verzuim gerelateerd aan statische belasting. Zoals genoemd bij de resultaten zijn er 17 observaties verricht, verdeeld over twee cliënten. Reden hiervoor was dat er niet meer cliënten binnen 't Saalmerink werden geholpen met één van de twee tilliften. Voor toekomstige studies is een uitbreiding van de participerende observaties aan te raden. Door transfers bij meerdere cliënten te observeren zijn er mogelijk meer gevolgen door middel van de observaties te onderbouwen, die nu bij de interviews met de medewerkers worden verteld. Er kan dan gekeken worden of hetgeen wat verteld is tijdens de interviews ook daadwerkelijk terugkomt tijdens het uitvoeren van de transfers.

Tijdens het verstrekken van informatie door middel van aangedragen dossiers en de interviews is er geen enkele keer het gevoel geweest dat er informatie achter gehouden werd. Er werd juist gezegd dat als er informatie nodig was er naar gevraagd moest worden. Er was zelfs de mogelijkheid om inzicht te krijgen in het financieel- en verzuimbeleid binnen 't Saalmerink. Tijdens het interviewen van de medewerkers werd ook vaak gevraagd door de medewerkers wat voor informatie nodig was voor het onderzoek. Hierbij werd duidelijk gezegd dat alle ervaringen verteld mochten worden, zowel positieve als negatieve. Dit om ervoor te zorgen dat er vanuit beide perspectieven naar de transfers gekeken werd. Elke geïnterviewde wilde graag meewerken en vonden het zelf ook interessant dat er aandacht was voor de handelingen die elke dag worden uitgevoerd.

Ik als onderzoeker ben niet geheel blanco gestart met het onderzoek in 't Saalmerink. Ik heb al enige jaren ervaring met het werk binnen een verzorgingscentrum en hierdoor is er een redelijk beeld ontwikkeld van de werkzaamheden van de medewerkers. Dit werd door de externe begeleiders als positief beoordeeld, aangezien er al duidelijke voorkennis was voor het onderzoek en geen problemen waren met de werkzaamheden en omgangsvormen in een verzorgingscentrum. Daarnaast kan gezegd worden dat er misschien problemen over het hoofd zijn gezien, aangezien deze als 'normaal' worden verondersteld. Mijn inziens is hier geen sprake van geweest, maar het is wel belangrijk om hier van bewust te zijn, ook voor verder onderzoek.

Gezien de bevindingen ten aanzien van overige omstandigheden die fysieke overbelasting veroorzaken wordt verder aanbevolen om in vervolgonderzoek niet alleen te zoeken naar transfergerelateerd verzuim. Een studie naar andere vormen van verzuim die mogelijk kunnen zijn in het werk van de medewerkers in 't Saalmerink kan voor meer duidelijkheid zorgen.

Het is erg aannemelijk om te realiseren dat er meerdere factoren zijn die van invloed zullen zijn op het ziekteverzuim binnen 't Saalmerink. Dit kwam ook al naar voren door het meenemen van enkele oorzaken van ziekteverzuim die veroorzaakt zouden kunnen worden door statische belasting.

Naast het terugdringen van transfergerelateerd verzuim kwam er uit het dossieronderzoek en het interview met de bedrijfsarts ook een ander aspect van ziekteverzuim naar voren waarop in toekomstige onderzoeken gefocust kan worden. Dit aspect was niet relevant voor transfergerelateerd ziekteverzuim, maar zeker niet onbelangrijk om in verdere studies naar te kijken. Zoals genoemd tijdens het interview met de bedrijfsarts is er sinds een andere aanpak van het verzuimbeleid ook een duidelijke daling te zien van het ziekteverzuim. In toekomstige studies kan er daarom gekeken worden naar de invloed van het verzuimbeleid van een leidinggevende binnen een organisatie. Een mogelijkheid van het vergelijken van verschillende locaties met verschillende leidinggevende kan veel inzicht verschaffen. Hierbij wordt daarmee niet gekeken naar de fysieke belasting van de medewerkers, maar de invloed van het verzuimbeleid op het daadwerkelijke ziekteverzuim. Een studie in deze richting kan ook erg interessant zijn voor Livio, om zo de verschillen per locatie te kunnen analyseren om in de toekomst te kunnen kijken welke aanpak het beste lijkt voor de organisatie.

Als laatste aanbeveling voor 't Saalmerink, maar ook in het algemeen voor de zorgsector, dat het erg belangrijk blijft dat de medewerkers samen met de leidinggevende een zo goed mogelijke werkomgeving weten te creëren, waarbij de cliënt in zijn waarde wordt gelaten. Alleen bij duidelijke communicatie tussen leidinggevende, medewerkers en cliënten kan er gekeken worden of er oplossingen mogelijk zijn. Als er overeenstemming is kan er gewerkt worden om niet alleen het transfergerelateerde verzuim te verminderen, maar ook verzuim veroorzaakt door overige factoren.

Uiteindelijk is het doel van alle inspanningen dat medewerkers minder snel verzuimen. De verzuimdrempel van de medewerkers moet worden verhoogd en bij daadwerkelijke ziekte moet er ruimte zijn om gezamenlijk met de leidinggevende tot een oplossing te komen.

Literatuurlijst

Aon, (2010) *European Sick Leave Index (ESLI)* Aon

Bakker, A., Jonge de, J. & Schaufeli, W. (2003) *De psychologie van arbeid en gezondheid*.
Houten/Mechelen: Bohn Stafleu van Loghum

Bekker S., van Essen G., Josten E.J.C. & Meihuizen H.E. (2004) *Tendrapport Aanbod van arbeid in zorg en welzijn 2003. Een onderzoek onder verpleegkundigen, verzorgenden en agogisch werkenden*. Tilburg: OSA.

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

Essen van, G., Josten, E.J.C. & Meihuizen, H.E. (2004) *Arbeid in zorg en welzijn. Integrerend OSA-rapport 2004*. Tilburg: OSA.

Gool van, C.H. & Groothoff, J.W. (2007) *Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid*. Wat is ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid? Bilthoven: RIVM.

Knibbe, J.J., Knibbe, N.E., Geuze, L., & LOCOmotion Bennekom (2003) *Werkpakket Beter!* Utrecht: Sectorfondsen Zorg en Welzijn.

Kwartel van der, A., Paardekooper, P., Velde van der, F. & Windt van der, W. (2007) *Arbeid in Zorg en Welzijn 2007, Stand van zaken en vooruitblik voor de sector Zorg en de sector Welzijn en Maatschappelijke Dienstverlening, Jeugdzorg en Kinderopvang*. Utrecht: Prismant.

Vuuren van, C.V., Smit, A.A., Gent van, M.J. & Andriessen, S. (2001) *De aanpak van preventie, verzuim en reïntegratie in de sector zorg en welzijn. Een onderzoek naar de maatregelen van actieve organisaties. Deel 1 en 2*. TNO Arbeid in opdracht van OSA: Den Haag

Prins, R. (1990). *Sickness absence in Belgium, Germany and the Netherlands: A comparative study*. Amsterdam: NIA

Stichting van de Arbeid (1999). *Nota 'beperking ziekteverzuim en instroom WAO' publicatienummer 5/99*. Den Haag: Stichting van de Arbeid

Croon, E.M. de, Blonk, R.W.B., & Frings-Dresen, M.H.W. (2001). *Stress in beroepsgoederenvervoer: Een longitudinaal onderzoek onder chauffeurs. Rapport in opdracht van BGZ wegvervoer (nr. 01-05)*. Amsterdam: Coronel Instituut voor Arbeid, Milieu en Gezondheid, AMC/UVA.

Houtman, I., Otten, F., & Venema, A. (2001). *Kerncijfers arbeid, gezondheid en sociale zekerheid*. In P.G.W. Smulders, I.L.D. Houtman, & J. Klein Hesselink (Red.), *Trends in arbeid 2002 (pp.69-101)*. Alphen aan den Rijn: Kluwer.

LISV (Landelijk Instituut voor Sociale Verzekeringen) (1999). *Langdurige arbeidsongeschiktheid in 1998*. Amsterdam: LISV.

Jonge, J. de, Reuvers, M.E.N., Houtman, I.L.D., Bongers, P.M., & Kompier, M.A.J. (2000). Linear and nonlinear relations between psychosocial job characteristics, subjective outcomes and sickness absence: Baseline results from SMASH. *Journal of Occupational Health Psychology*, 5, 256-268.

Geurts, S.A.E., Buunk, A.P., & Schaufeli, W.B. (1994). Social comparisons: a structural modeling approach. *Journal of Applied Social Psychology*, 24, 1871-1890.

Geurts, S.A.E., Rutte, C., & Schaufeli, W.B. (1998). Antecedents and consequences of work-home interference among medical residents. *Social Science and Medicine*, 48, 1135-1148.

Smulders, P.G.W., & Nijhuis, F.J.N. (1999). The Job Demands-Job Control Model and absence behavior: Result of a 3-year longitudinal study. *Work & Stress*, 13, 115-131.

Deursen, C.G.L. van, Houtman, I.L.D., & Bongers, P.M. (1999). Werk, privésituatie, riskante gewoonten en ziekteverzuim, verschillen tussen mannen en vrouwen. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 77, 105-155.

Engers, R.W. van (1995). *Overspannen in ziektewet. Een onderzoek naar de oorzaken en verloop van ziekteverzuim wegens overspanning*. Amsterdam: Tica.

Veerman, T.J., Schoemaker, C.G., Cuelenaere, B., & Bijl, R.V. (2001). *Psychische arbeidsongeschiktheid: Een overzicht van actuele feiten en cijfers*. Doetinchem: Elsevier.

Bijlage 1. Reflectieverslag

Voor het reflectieverslag zal ik de punten aanhouden die in de Studentenhandleiding Bacheloropdracht GZW 2009/2010 vastgesteld zijn.

Projectmanagement

Tijdens de tentamenweek van het derde kwartiel ben ik begonnen om voorbereidingen te treffen voor mijn opdracht. Hierdoor was het mogelijk om op tijd met Lotte Steuten een gesprek te plannen om de plannen door te spreken voor mijn opdracht. Aangezien ik mijn externe begeleiders (Marleen Mengerink van Livio en Marieke Zonder van het Tilcentrum) nog niet gesproken had is toen besloten om alvast te zorgen voor een goede literatuurstudie, om een begin te maken. Hierdoor had ik voor mijzelf een goed beeld geschetst van de problemen die kunnen ontstaan door ziekteverzuim, bij het eerste gesprek met mijn externe begeleiders werd dit ook zeer gewaardeerd. Tijdens dit gesprek werd direct ook duidelijk dat het belangrijk was dat ik goed kon zeggen of mensen goed of slecht omgingen met de tilliften. Er is toen ook direct besloten dat ik op 5 mei een training zou krijgen in het hanteren van de liften. In de tussentijd was mijn plan van aanpak ook duidelijk bekeken door zowel Lotte Steuten als mijn externe begeleiders en na het aanpassen hiervan ben ik direct begonnen met het opzetten van mijn onderzoek.

Tijdens de opzet van het onderzoek heb ik duidelijk gecommuniceerd met Marleen Mengerink om ervoor te zorgen dat ik kon beginnen met mijn analyses in het Saalmerink. Ik had voor het personeel van het Saalmerink een aantal A4tjes geprint met mijn verhaal en wat ik zou komen doen in het Saalmerink. Dit bleek erg handig, want elke medewerkers wist wat ik kwam doen en kwamen spontaan naar mij toe met problemen en aanbevelingen voor mijn onderzoek. Ik heb in totaal acht dagen participerende observaties uitgevoerd in het Saalmerink, naast de open interviews met de verschillende medewerkers. Daarnaast heb ik samen met Marleen Mengerink een gesprek gehad met de bedrijfsarts van het Saalmerink (René Naber) om de ontwikkelingen in het ziekteverzuim te weten te komen. Daarnaast ook vanuit zijn visie zijn mening gevraagd naar deze ontwikkelingen hoe dit zou hebben kunnen gebeuren.

In de tussentijd hield ik zowel Marieke Zonder als Lotte Steuten op de hoogte van mijn bezigheden, zodat men wist wat ik aan het uitvoeren was. Met Marleen Mengerink sprak ik meer over mijn bevindingen, dit ook omdat zij zelf aanwezig was in het Saalmerink. Na het uitvoeren van de observaties en deze verwerkt te hebben in een algemeen beeld, heb ik samen met Marleen Mengerink en Marieke Zonder een gesprek gehad over de bevindingen die ik gedaan had. Dit om, voordat alles op papier stond, hun te laten weten van mijn bevindingen. Daarnaast is er overleg geweest over enkele mogelijke aanbevelingen en wat ik wel en niet moest meenemen in mijn verslag. Hierna ben ik begonnen met het volledig uitschrijven van mijn onderzoek, om ervoor te zorgen dat ik genoeg feedback kon krijgen van Lotte Steuten om een zo goed mogelijk verslag te kunnen maken.

Zelfstandigheid

Er wordt een hoge mate van zelfstandigheid verwacht tijdens het schrijven van de bacheloropdracht. Zelf plannen is erg belangrijk om ervoor te zorgen dat er gesproken kan worden met mensen die je wilt spreken. Het is belangrijk om te realiseren dat begeleiders ook hun werk hebben en niet altijd op tijden aanwezig kunnen zijn. Hierom heb ik mij altijd er vrij opgesteld, om ervoor te zorgen dat mijn agenda geen obstakel zou zijn in het plannen van afspraken. Veel vooraf vastleggen maar ook gewoon doen is hierin erg belangrijk geweest. Lang aanmodderen met dingen kan ervoor zorgen dat er zomaar een week voorbij gaat en dat er niets gebeurd is. Dit heb ik willen voorkomen door goede afspraken te maken met mijn begeleiders, maar ook om gewoon aan de slag te gaan. Hiermee doel ik op het feit dat ik de officiële goedkeuring van mijn plan van aanpak niet afgewacht heb. Ik ben na goed overleg met mijn externe begeleiders direct bezig gegaan om mijn onderzoek op te zetten en dit uit te voeren. Als ik dit niet gedaan had, had ik de opdracht niet kunnen uitvoeren in de 10 weken die er officieel voor staan.

Functioneel gebruik van “hulpbronnen”

Onder hulpbronnen versta ik al mijn bronnen die ik aangewend heb om goede informatie te verzamelen voor mijn opdracht. Tijdens mijn literatuurstudie heb ik duidelijk gebruik gemaakt van de faciliteiten van de Universiteits Bibliotheek en van verschillende wetenschappelijke rapporten, verkregen via Zorgmarkt Researchbase. Door goed zoeken via de beschikbare databases is er genoeg goede informatie te vinden over het onderwerp. Naast deze algemene informatie uit de verpleeg- en verzorgingssector is de informatie vanuit het Saalmerink ook erg belangrijk geweest. Deze heb ik verkregen door middel van dossieronderzoek uit de aangereikte informatie van Marleen Mengerink en Rene Naber. Naast deze schriftelijke informatie zijn de interviews met de medewerkers van groot belang geweest, naast de participerende observaties. Door zelf te ervaren wat de medewerkers moeten doen en door het analyseren hiervan werd het transfergerelateerde ziekteverzuim erg duidelijk. Ook vanuit de gehouden gesprekken met Marleen Mengerink en Marieke Zonder over de ontwikkelingen in het Saalmerink en de mogelijkheden voor verandering is heldere informatie gebruikt. Zij als experts op dit gebied hebben mij erg geholpen. Daarnaast is het gebruik van “het boerenverstand” ook erg belangrijk geweest, zoals Marleen Mengerink dit benoemde tijdens één van de vele gesprekken die ik met haar gehad heb. In duidelijk en helder overleg met medewerkers heb ik veel kunnen bereiken. Als mensen weten wat de bedoeling is van het onderzoek en dat de uitkomsten ook daadwerkelijk ergens voor gebruikt worden, willen mensen ook “hulpbron” zijn door informatie te verstrekken.

Samenwerking in de onderzoeksomgeving

Deze samenwerking binnen het Saalmerink kan als er goed bestempeld worden. De sfeer binnen het verzorgingscentrum zeer goed te noemen, ik heb mij geen moment ongemakkelijk gevoeld. Doordat ik mij ook al voorgesteld had aan de medewerkers middels een A4tje met mijn achtergrond en doel van aanwezigheid wisten de medewerkers van mijn aanwezigheid. Het samenwerken met de medewerkers verliep erg soepel, ook om het feit dat ik niet alleen observeerde, maar ook kleine handelingen uitvoerde om de medewerkers te ondersteunen. Tijdens het wassen van een cliënt kan ik bijvoorbeeld niets doen, daarom deed ik de afwas of zorgde ik ervoor dat het bed weer opgemaakt was. Ik wilde zelf niet alleen tot last zijn, maar ook een beetje hulp bieden, zover mogelijk. Dit ook omdat ik zelf al enkele jaren werkzaam ben binnen een verzorgingscentrum en ervaring heb met het doen van deze

handelingen. Ook doordat ik zelf een training heb gehad in het gebruik van de liften kon ik duidelijk dingen aangeven over het gebruik. Dit werd erg gewaardeerd door de medewerkers. Zij vertelden mij duidelijk wat hun mening was over de verschillende onderdelen die bij de transfers van cliënten horen. Ook was er in overleg veel mogelijk als ik het gevoel had dat er informatie mistte. Men wilde mij graag helpen om ervoor te zorgen dat ik een goed beeld zou krijgen van de transfers.

Reflectievermogen

Zoals eerder aangegeven is de samenwerking met zowel mijn begeleiders als met de medewerkers van het Saalmerink als erg goed te bestempelen. Voor mijzelf wilde ik altijd goed voorbereid aan het werk gaan, voordat ik een gesprek had gepland met mijn begeleiders of met de medewerkers. Voor mijn gevoel werd dit ook zeer gewaardeerd, omdat ik mee kon praten met de verschillende ontwikkelingen. Naast het feit dat je geïnteresseerd over komt vind ik het van belang om zelf ook te zoeken naar mogelijkheden voor veranderen en niet alles over te nemen van de geïnterviewden. Door zelfs suggesties te doen kon in naar mijn idee meer te weten komen over bepaalde ontwikkelingen, bijvoorbeeld de snelle daling van het ziekteverzuim binnen het Saalmerink. Daarnaast vond ik het erg belangrijk om echt mee te draaien in het arbeidsproces van de medewerkers, om niet gezien te worden als een echte observator. Dit ook om ervoor te zorgen dat ik niet als echte buitenstaander werd gezien. Hiermee heb ik bereikt dat de medewerkers mij graag wilden vertellen wat hun problemen waren en mij niet zagen als een “politieman” die hun werk kwam beoordelen. Aan de feedback van Lotte Steuten was ook duidelijk te merken dat het schrijven van een bacheloropdracht een proces is. Mijn eerste versie van het onderzoeksvoorstel werd als goed bestempeld, maar had nog een “wetenschappelijk sausje” nodig. Zulke kleine opmerkingen zijn erg duidelijk en door de goede opmerkingen tijdens de feedback leerde ik echt hoe bepaalde dingen anders geschreven moeten worden. Dit ook omdat het de eerste keer is dat ik volledig zelfstandig een groot verslag maak, terwijl dit in het verleden altijd met meerdere personen gebeurde.

Als verbeterpunt voor volgende opdrachten is het voor mij belangrijk om niet weer uit enthousiasme te beginnen met een onderzoek als het plan van aanpak nog niet officieel is goedgekeurd. Nu was er in dit geval geen groot probleem, aangezien mijn plan van aanpak al goed was bevonden door zowel Lotte Steuten als mijn externe begeleiders. Alleen het officiële gedeelte was naar mijn idee te laat geregeld. Ook zal ik in het vervolg van mijn opleiding beter letten op de structuur die verwacht wordt van het verslag om aanpassingen hierin in een laat stadium te voorkomen.

Bijlage 2. Observatieformulieren

Actieve stalift Arjo Encore

Ondergrond:

Band aanbrengen/verwijderen in de stoel (JA =1/NEE= 2)

- Goed door de knieën tijdens bukken
- Op de knieën werken
- Kromme rug tijdens bukken
- Verdraaide rug
- Duidelijke/goede positionering van de lift
- Trekken aan de band tijdens bevestiging

Manoeuvreren met de lift (JA =1/NEE= 2)

- Duidelijk op schouderhoogte trekken/duwen met twee handen
- Met één hand duwen/trekken
- Verkeerde hoogte trekken/duwen
- Gebruik van lichaamsgewicht (gewicht in de strijd gooien)
- Onnodig trekken en duwen
- Gebruik van voeten op de liftbenen tijdens het draaien
- Moeite met draaien van de lift
- Verkeerd staan van liftbeenwieltjes
- Goede positionering van de lift voor plaats in bed
- Onnodig lichamelijke arbeid voor positionering
(lift niet het werk laten doen)

Band verwijderen/aanbrengen in bed (JA =1/NEE= 2)

- Goed zakken van tillift, band vrij van spanning
- Spanning op de band, loshalen bevestigingspunten d.m.v. trekken
- Bed op goede werkhogte
- Rechte rug
- Goed door de knieën
- Verdraaide rug
- Zorgen voor goede aangrijpingspunten tijdens draaien
- Bieden van veiligheid tijdens draaien
- Verwijderen band zonder problemen
- Verwijderen band met moeite, extra trekken

Passieve tillift Arjo Maxi Twin

Ondergrond:

Mat aanbrengen/verwijderen in de stoel (JA =1/NEE= 2)

- Goed door de knieën tijdens bukken
- Op de knieën werken
- Kromme rug tijdens bukken
- Verdraaide rug
- Duidelijke/goede positionering van de lift
- Goed gebruik van juk (zit/lig)
- Trekken aan de mat tijdens bevestiging
- Goede volgorde bevestiging v/d mat
- Stoel achterover (waar mogelijk) bij positionering cliënt in de stoel

Manoeuvreren met de lift (JA =1/NEE= 2)

- Duidelijk op schouderhoogte trekken/duwen met twee handen
- Met één hand duwen/trekken
- Verkeerde hoogte trekken/duwen
- Gebruik van lichaamsgewicht (gewicht in de strijd gooien)
- Onnodig trekken en duwen
- Gebruik van voeten op de liftbenen tijdens het draaien
- Moeite met draaien van de lift
- Verkeerd staan van liftbeenwieltjes
- Goede positionering van de lift voor plaats in bed
- Onnodig lichamelijke arbeid voor positionering
(lift niet het werk laten doen)

Mat verwijderen/aanbrengen in bed (JA =1/NEE= 2)

- Goed zakken van tillift, mat vrij van spanning
- Spanning op de mat, loshalen bevestigingspunten d.m.v. trekken
- Goed gebruik van juk (zit/lig)
- Bed op goede werkhoogte
- Rechte rug
- Goed door de knieën
- Verdraaide rug
- Zorgen voor goede aangrijpingspunten tijdens rollen
- Bieden van veiligheid tijdens rollen
- Verwijderen mat zonder problemen
- Verwijderen mat met moeite, extra trekken

Bijlage 3. Interviewvragen

Interviewvragen medewerkers 't Saalmerink

Tijdens de participerende observaties die uitgevoerd zijn in het Saalmerink, is er ook gevraagd naar de mening van de medewerkers over verschillende punten die men fysiek belastend vindt in het werk dat ze uitvoeren. De volgende vragen zijn hierbij gesteld:

- Maakt ondergrond een groot verschil in fysieke belasting tijdens transfer gerelateerd werken?
- Welke punten vind je zelf fysiek belastend tijdens transfer gerelateerd werken?
- Welke andere punten in je werk vind je fysiek belastend?

Interview bedrijfsarts Livio

Vragen gesteld tijdens het interview met bedrijfsarts Rene Naber, samen met leidinggevende Marleen Mengerink op 19 mei 2010 van 12.00 uur tot 13.00 uur.

- Verloop van het ziekteverzuim door de jaren heen, wat heeft invloed hierop?
- Welke redenen kunnen aangegeven worden voor de drastische daling van het ziekteverzuim van de laatste 6 maanden?