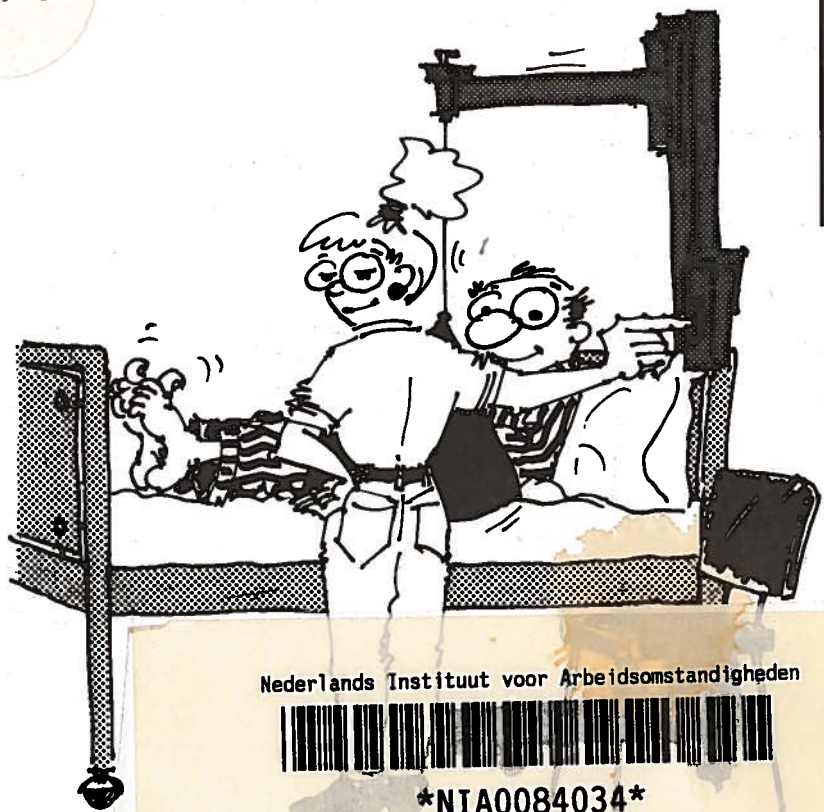


52/  
125

# Rugklachten preventie programma

2<sup>e</sup> esc.



**A B V A K A B O**  
VAKBOND AANGESLOTEN BIJ DE FNV

Nederlands Instituut voor Arbeidsomstandigheden



\*NIA0084034\*

**bond in beweging**

52/15

**RUGKLACHTEN PREVENTIE PROGRAMMA**

Aanpak ter voorkoming van rugklachten in verpleeghuizen

Toegepast door medewerkers van het verpleeghuis  
"De Plantage" in Brielle

**Tekst**

Karin Bosch (coördinator fysiotherapie van het verpleeghuis  
"De Plantage" in Brielle)

Gjalt Huppes (adviseur ergonomie van het Nederlands Instituut  
voor Arbeidsomstandigheden NIA in Amsterdam)

**Tekstadviezen**

Ellen Neelen (NIA)

**Redactie AbvaKabo en tekst hoofdstuk 8:**

Wilma Berentsen  
Han Jetten

Nederlands Instituut voor  
Arbeidsomstandigheden NIA  
bibliotheek-documentatie-informatie  
De Boelelaan 30, Amsterdam-Buitenveldert

**oktober 1993**

**Uitgegeven door AbvaKabo**

ISN-nr.  
plaats  
datum

17.289  
52-215 (2<sup>e</sup> ex.)

25 APR. 1994

## Inhoudsopgave

1.	Inleiding .....	3
2.	Het Rugklachten Preventie Programma (RPP) .....	5
3.	Het RPP in de praktijk .....	9
3.1	De instelling .....	9
3.2	Aanleiding tot het invoeren van het RPP .....	10
4.	Het werkmodel .....	12
4.1	Inventarisatie van de knelpunten .....	12
4.2	Mogelijke oplossingen per knelpunt .....	13
4.3	Introductie en uitwerking van de plannen .....	13
4.3.1.	De transfers .....	15
4.3.2.	Rollend materieel, werkruimtes en werk- omstandigheden .....	19
4.3.3.	Bewonerskleding en uniformen van het personeel .	20
5.	Invoering RPP .....	21
6.	Evaluatie RPP nu, na een aantal jaren .....	22
7.	RPP voor iedereen? .....	24
8.	De rol van de OR .....	26

# 1. Inleiding

Fysieke belasting in de gezondheidszorg is een groot probleem. Vooral in de verpleging komt veel fysiek zwaar werk voor. Het ziekteverzuimpercentage binnen de intramurale gezondheidszorg is de laatste jaren over de hele linie aan het stijgen. Daarbij ligt het ziekteverzuim binnen de verpleeghuissector het hoogst (10,8% in 1990). Klachten aan het bewegingsapparaat zijn na psychische klachten de belangrijkste diagnose bij WAO-toetreding.

Belangrijke factoren voor de fysieke belasting bij verplegenden en verzorgenden zijn: het vaak langdurig gebukt werken, tillen, het vele staan en lopen en daarnaast duwen en trekken.

De kans op het ontstaan van rugklachten zal in het algemeen het grootst zijn op afdelingen waar bewoners in hoge mate immobiel zijn en waar dus veel getild moet worden. In verpleeghuizen worden veelal bejaarden en chronisch zieken verpleegd en verzorgd. Het tillen van bewoners vormt hier een standaard onderdeel van de verzorging. Het onvoorspelbare gedrag van psychogeriatrische bewoners is daarbij een extra risico voor de rugbelasting, omdat men dan vaak snel en in moeilijke houdingen moet reageren.

Maar ook andere werkzaamheden kunnen zwaar belastend voor het lichaam zijn. Denk bijvoorbeeld aan het opmaken van te lage bedden die tegen de muur staan, het dragen van zware thee- en koffiekannen, het tillen van zware was- en vuilniszakken, het werken in on-ergonomische spoelkeukens, het duwen van karren en verslepen van bedden.

In veel verpleeghuizen is deze problematiek ondertussen wel bekend, en op verschillende manieren wordt er wat aan gedaan. Zo worden er bijvoorbeeld tilinstructies aan (leerling-)verplegenden gegeven. Ook zie je steeds meer tilliften en ander hulpmateriaal verschijnen. Maar een echt samenhangend pakket van maatregelen op het gebied van het bestrijden van de fysieke belasting, gedragen door de gehele instelling en gericht op alle fysiek belastende werkzaamheden van verplegenden, is nog vrij uniek. In deze brochure wordt zo'n integraal programma, het Rugklachten Preventie Programma, kort **RPP**, besproken.

Dit programma is enige jaren geleden in een eerste ruwe vorm verzonnen door het NIA en vervolgens uitgewerkt door het verpleeghuis "De Plantage" in Brielle. Het project in Brielle is nu zo ver gevorderd dat evaluatie mogelijk is. De resultaten zijn zeer positief.

Achtereenvolgens komen in deze brochure aan de orde:

- hoe ziet het RPP er theoretisch uit?
- hoe heeft De Plantage het ingevoerd, en wat heeft dat opgeleverd?
- hoe kan een andere instelling zijn voordeel doen met een dergelijk programma?
- welke rol kan/moet de OR bij de invoering en uitwerking spelen?

## 2. Het Rugklachten Preventie Programma

Het Rugklachten Preventie Programma is een samenhangend pakket van maatregelen gericht op het bestrijden van de oorzaken van hoge fysieke belasting van met name de rug, nek en schouders. De maatregelen gaan in op alle fysiek belastende werkzaamheden van verplegenden, met natuurlijk een nadruk op de transfers van bewoners. Een aantal voorbeelden van maatregelen zijn:

- per bewoner opstellen van individuele transferafspraken;
- het aanleren van een anti-tilhouding, wat resulteert in een veel groter gebruik van tilliften;
- aanschaffen van betere tilliften;
- aanschaffen van betere bedden, po- en douchestoelen, stoelheffers etc.;
- ontwikkelen van betere kleding;
- aanbrengen ergonomische spoelkeukens;
- andere manier van thee en koffiedistributie;
- kleinere waszakken;
- ergonomische servieswagens.

Deze maatregelen worden niet van buiten de instelling ingebracht, maar zijn geheel afgestemd op de behoeften en verwachtingen van de instelling zelf. Het succes van het RPP berust daarom vooral op de organisatie in de instelling zelf: op welke wijze wordt de aandacht voor arbeidsomstandigheden ingebed in de organisatie. Het RPP gaat er van uit dat in de instelling een projectorganisatie wordt opgezet die ergonomische knelpunten signaleert en probeert op te lossen.

Twee zaken zijn daarbij belangrijk.

1. Het RPP dient gedragen te worden door de gehele organisatie: de verantwoordelijkheid ligt laag in de organisatie, de deskundigen komen uit stafdiensten en directie en management en daar tussenin bevindt zich een advies- en stimuleringsgroep.
2. Er wordt gebruik gemaakt van een *steeds terugkerende cyclus* van opsporen en aanpakken van knelpunten. Dit model wordt "continu" doorlopen.

Als eerste wordt de Ergonomische Advies Groep (de EAG) ingesteld, die bestaat uit vertegenwoordigers uit diverse geledingen in

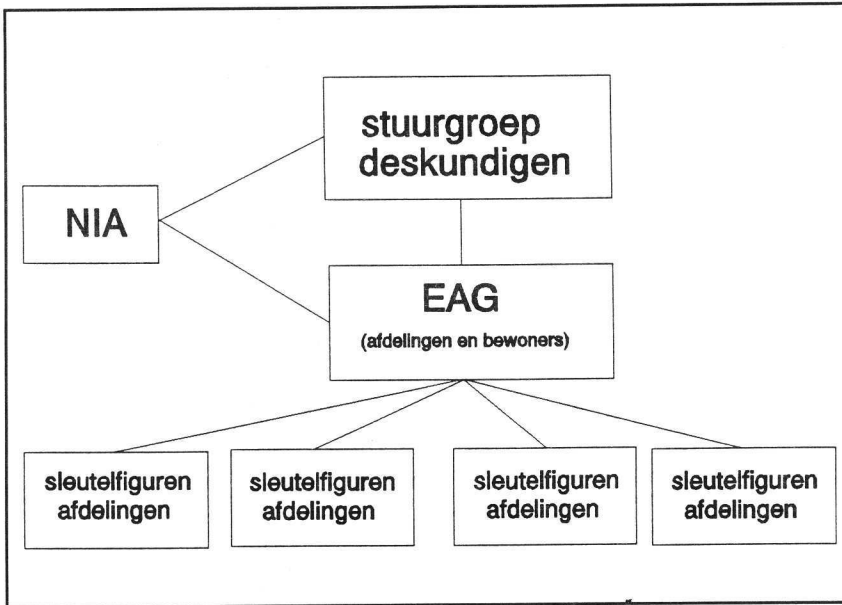
de organisatie. Dit varieert van enthousiaste verplegenden tot paramedici, maar het komt ook voor dat er bewoners als afgevaardigden in de EAG zitten. De EAG staat onder supervisie van een (inhoudelijk deskundige) stuurgroep. Hierin zitten leden van stafafdelingen en directie en management. Ook de OR kan hierin vertegenwoordigd zijn. De EAG legt uiteindelijk verantwoording af aan de stuurgroep, maar belangrijker is deze in de rol van aanstuurder en vraagbaak, met name voor procesmatige vragen. Eventueel kan de stuurgroep versterkt worden met externe deskundigheid.

De EAG zorgt ervoor dat het hele proces op gang komt. In eerste instantie zal zij knelpunten gaan opsporen en plannen maken voor aanpak. Als het project wat verder gevorderd is worden de knelpunten niet meer door de EAG opgespoord maar komen ze uit de afdelingen zelf.

Daartoe worden "sleutelfiguren" of "procesbewakers" op de afdelingen aangesteld. Deze mensen kunnen uit alle lagen van de instelling komen, maar in het algemeen zijn het teamleiders of mensen die inhoudelijk veel weten van de tilproblematiek. Zij zijn op lokaal niveau verantwoordelijk voor het slagen van het RPP. Zij moeten knelpunten opsporen, de veranderingen doorvoeren en in stand houden. Eigenlijk bepalen zij de kwaliteit van de uitvoering van het RPP.

De EAG bespreekt knelpunten en toetst ze aan de doelstelling van het RPP, weegt mogelijke oplossingen en kiest samen met de stuurgroep een maatregel. Dit wordt omgezet in een actieplan.

De drie groepen kennen van onder naar boven een getrapte vertegenwoordiging: in de EAG zitten sleutelfiguren en in de stuurgroep zitten ook mensen uit de EAG. Dit leidt tot een grote mate van samenhang tussen de drie groepen.

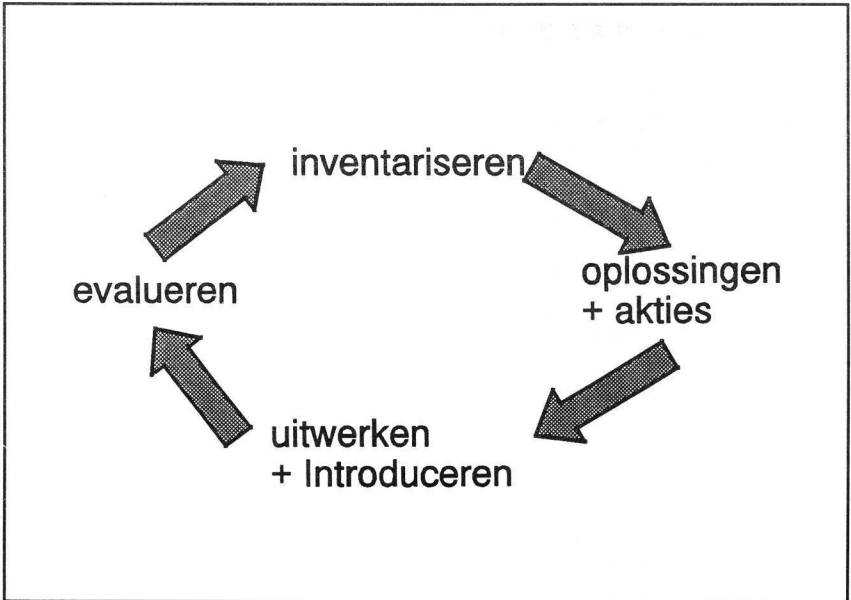


Het cyclische, steeds terugkerende werkmodel van opsporen en invoeren van knelpunten kent de volgende stappen:

1. Inventarisatie van de knelpunten.
2. Opstellen van mogelijke oplossingen per knelpunt, met acties hieraan gekoppeld.
3. Uitwerking en introductie.
4. Evaluatie (wat eigenlijk meteen weer een nieuwe inventarisatie betekent, de kring is rond).

In hoofdstuk 8 zal aandacht besteed worden aan de wijze waarop de OR in de verschillende fasen bij het RPP betrokken dient te worden.



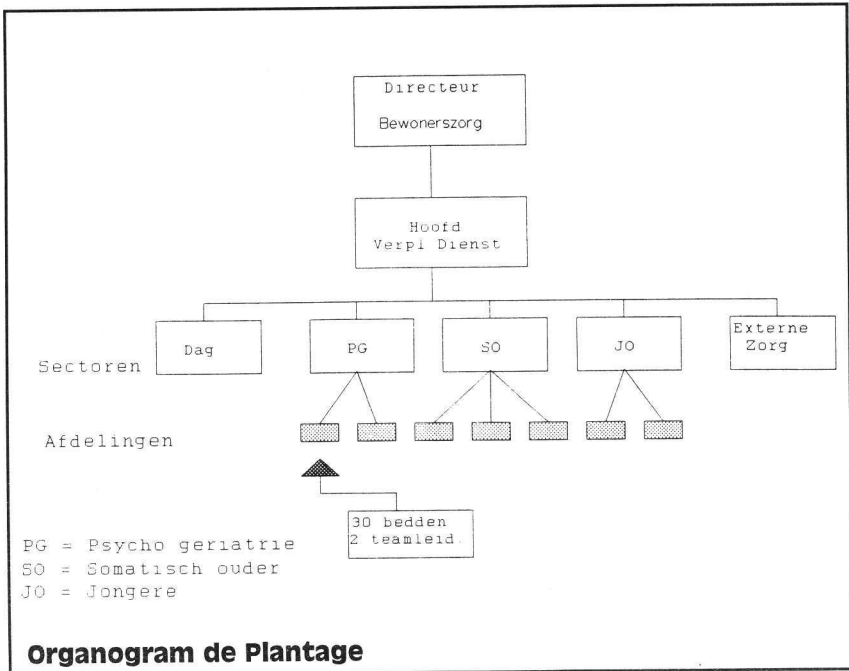


Naast deze primaire cyclus is er een permanente aandacht voor informatievoorziening in de gehele instelling. Zowel verpleging, leidinggevenden als bewoners worden op allerlei manieren betrokken bij het RPP.

### 3. Het RPP in de praktijk

#### 3.1. De instelling

Verpleeghuis De Plantage is een algemeen regionaal verpleeghuis met in totaal 210 bedden, verdeeld over 3 sectoren (zie het schema). Binnen de drie verpleegsectoren van De Plantage werken in totaal 14 teams op ongeveer 210 bewoners. De verplegenden zijn vooral vrouwen met een gemiddelde leeftijd van 20 - 25 jaar. Naast de verpleegafdelingen kent de instelling een somatische dagbehandeling en wordt zorg verleend in een 4-tal verzorgingshuizen (externe zorg).



De bewoners zijn in het algemeen "zwaar verpleegbehoefstig". Zo gaat het bij de jongeren met name om dubbel gehandicapten en bij de somatisch ouderen vooral om mensen die langdurige, continue en systematische zorg nodig hebben.

In het algemeen blijkt de verzorgingsgraad van de bewoners de laatste jaren toe te nemen. Daar is een aantal redenen voor aan te wijzen:

- de minder verzorgingsbehoefstige bewoners worden langer in andere instellingen of thuis geholpen;
- mensen worden ouder en daarmee neemt ook de zorgbehoefte steeds verder toe;
- de hospitalisatie: bewoners verwachten verzorgd te worden, ondanks hun eventuele mogelijkheden tot zelfstandig handelen.

Gelijk met het toenemen van de verpleegbehoefte neemt de netto inzetbaarheid af. Dit komt door:

- de verminderde bezetting. In 1990 waren er 82 verpleeguren per afdeling van 30 bedden per 24 uur beschikbaar. Nu is dat 70 uur (exclusief nachtdiensten);
- een gemiddeld hoog ziekteverzuim, met niet altijd volledige, en zeker niet altijd gelijkwaardige tijdelijke vervanging.

In het algemeen blijven de bewoners lang tot zeer lang in De Plantage. Zo komen de laatste tijd zelfs 25-jarige "jubilea" van bewoners in de instelling voor. Van de meeste bewoners is de toestand vrij stabiel waardoor individuele zorgplannen niet continu gewijzigd hoeven te worden.

### ***3.2. Aanleiding tot het invoeren van het RPP***

In 1989 en 1990 liep een aantal projecten in regionaal verband (Rotterdam en omstreken) waarin door een werkgroep vanuit de verpleeghuizen gewerkt was aan harmonisering van de tilschool voor de (nieuwe) verplegenden. Dit maakte dat de tijd binnen de instelling "rijp" was gemaakt voor verdere plannen. Onderkend werd dat veel knelpunten een verdergaande aanpak nodig hadden dan alleen 2 maal per jaar scholen van de mensen. Begin 1990 heeft de werkgroep advies gevraagd aan het Nederlands Instituut voor Arbeidsomstandigheden NIA hoe te werk te gaan. De vraag van De Plantage, vertegenwoordigd in de werkgroep, sloot erg goed aan bij de plannen van het NIA. Het NIA was net bezig een

algemeen idee voor een RPP in de gezondheidszorg op te zetten en in samenwerking met De Plantage is dat programma aangepast aan de lokale situatie. Het plan met een eerste begroting is voorgelegd aan de directie en deze heeft daar positief op gereageerd.

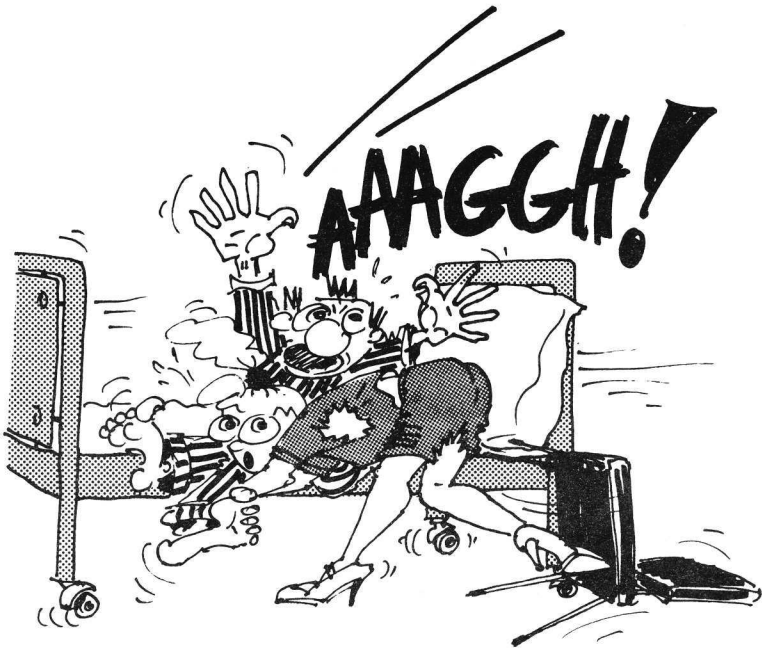
## 4. Het werkmodel

### 4.1. Inventarisatie van de knelpunten

Vanaf het begin was duidelijk dat de transfers van patiënten een centraal knelpunt vormen, maar daarnaast konden steeds alle knelpunten op het gebied van de fysieke belasting aan de orde komen. Wel is er voor gekozen, vanwege capaciteit en prioriteit, zich eerst alleen te richten op de verpleging en verzorging.

Het inventariseren van knelpunten, die aanleiding geven tot rugklachten, is op twee manieren ter hand genomen:

- de EAG is op de verpleegafdelingen zelf gaan inventariseren;
- via een prijsvraag en enquêtering zijn verpleging en bewoners gevraagd ideeën voor oplossing van knelpunten in te brengen.



Als belangrijkste oorzaken van rugklachten kwamen daaruit naar voren:

- snel even alleen tillen, mede een gevolg van de werkdruk;
- een gebrek aan goede afspraken omtrent transfers;
- tegenwerken door bewoners ofwel onberekenbaarheid door bijvoorbeeld plotseling optredende pijn, spasticiteit, agressiviteit. Daarbij komt het voor dat de bewoner een onverwachte beweging maakt en de hulpverlener of een object vastgrijpt;
- slechte bedden, met name wat betreft werkhoogte en bediening;
- uniformen die knellen en vrij bewegen onmogelijk maken bij het uitvoeren van transfers.

#### ***4.2. Mogelijke oplossingen per knelpunt***

De voorgestelde maatregelen daarbij zijn:

- meer gebruik tilliften;
- per bewoner opstellen van individuele transferafspraken beschreven in het zorgdossier (zie hierna);
- betere tilliften (bijvoorbeeld meer afgestemd op de diverse transfersituaties, comfortabeler en veiliger tilbanden, met minder duwkracht nemen van drempels, onderrijdbaarheid nieuwe bedden);
- meer en juister toepassen van ergonomische werktechnieken, zoals tiltechnieken en werkhoogten;
- verbeteren van divers rollend materieel, zoals bedden (met name de remmen en de instelling van de werkhoogte), tilliften, stoelheffers en bijvoorbeeld po- en douchestoelen;
- andere uniformen die voldoen aan ergonomische eisen;
- verbeteren van werkruimtes en werkomstandigheden (zoals bijvoorbeeld aanbrengen ergonomische spoelkeukenblokken, thee zetten op de afdeling in plaats van sjouwen met zware theecontainers en waterketels, kleinere waszakken, ergonomische servieswagens).

#### ***4.3. Introductie en uitwerking van de plannen***

Voor het slagen van het RPP is het zeer belangrijk dat het breed gedragen wordt. Steeds weer blijkt dat de weerstanden tegen het gebruik van juiste werkwijzen en werktechnieken maar voor een deel te maken hebben met een gebrek aan voldoende en goede hulpmiddelen en omstandigheden. Veel van de weerstanden zitten "in de hoofden van mensen", zowel in die van de verplegenden als van de bewoners. Bij de verplegenden spelen verschillende

oorzaken mee, zoals angst voor techniek, snelheid van werken, gewenning, eigen gezondheid ondergeschikt vinden aan de pijn van de bewoner. De bewoners hebben vaak angst voor de tilliften en vinden het door het proces van hospitalisatie gewoon volledig verzorgd te worden.

Het welzijn en welbevinden van de patiënten worden dus op de eerste plaats gesteld. De weerstanden zijn vaak gevoelsmatig.

Het ombuigen van deze werkinstelling in een anti-tilhouding, waarbij de goede zorg voor het eigen lichaam parallel loopt met de goede zorg voor de bewoner, is essentieel. Een anti-tilhouding is een werkinstelling waarbij tillen vermeden wordt. In plaats van tillen worden tilhulpmiddelen, zoals liften, rolmatrassen, draai-schijven en dergelijke toegepast.

Er is daarom vanaf het begin veel aandacht besteed aan het verspreiden van informatie en het erbij betrekken van alle mogelijke partijen. Enkele voorbeelden:

- bij de start van het RPP is een enquête gehouden, gekoppeld aan een prijsvraag voor verpleging en bewoners voor het opsporen van knelpunten en mogelijke oplossingen;
- tijdens rondgangen door de EAG over de afdelingen werden zelf geschreven brochures over het RPP uitgedeeld;
- er is een workshop voor teamleiders gehouden, met de bedoeling deze functionarissen met de neuzen één kant op te krijgen omtrent maatregelen ter voorkoming van rugklachten;
- er is een informatiebijeenkomst voor de EAG en de teamleiders georganiseerd over het juiste gebruik van diverse transferhulpmiddelen en bijbehorende attributen. Deze bijeenkomst is verzorgd door de leverancier van de hulpmiddelen;
- verpleging en bewoners zijn bij het project ergonomische kleding en uniformen betrokken, onder meer doordat de eisen samen met de mensen zijn opgesteld. Ook is een aantal "modeshows" georganiseerd waarin verschillende modellen kleding in diverse stadia van ontwikkeling zijn getoond, en waarbij de aanwezigen mochten kiezen uit een voorselectie van goed bevonden modellen;
- de teamleiders zijn steeds opnieuw betrokken bij de aanschaf van nieuw materieel.

Voor het uitwerken van de maatregelen zijn drie werkgroepen ingesteld:

- transfers;
- rollend materieel, werkruimtes en werkomstandigheden;
- bewonerskleding en uniformen van het personeel.

#### **4.3.1. De transfers**

De aanpak van de problemen die optreden bij transfers is gebaseerd op het afspreken en vermelden van transferafspraken per bewoner in "individuele zorgdossiers", waarin aan de hand van een stroomschema aan elke bewoner een "stoplicht"-kleurcodering wordt toegekend: rood, oranje of groen. Daarbij is de betekenis van de kleuren als volgt:

- groen: tillen is niet nodig of vindt veilig plaats door 1 of 2 personen;
- oranje: er moeten minimaal 2 mensen ingezet worden bij het tillen;
- rood: altijd met mechanische tilhulpen werken en nooit tillen.

Welke kleur een bewoner krijgt is eenvoudig te bepalen via een stroomschema. De kleur wordt door middel van dit schema binnen de afdelingsbesprekingen bepaald en geëvalueerd door de afdelingsteams (de verplegenden en verzorgenden). De teamleider heeft hierin het initiatief.

Bij mensen die een oranje stip krijgen blijft er altijd nog de mogelijkheid van overbelasting aanwezig: tillen met zijn tweeën is niet eenvoudig en de gehanteerde norm van 25 kg is vrij hoog.

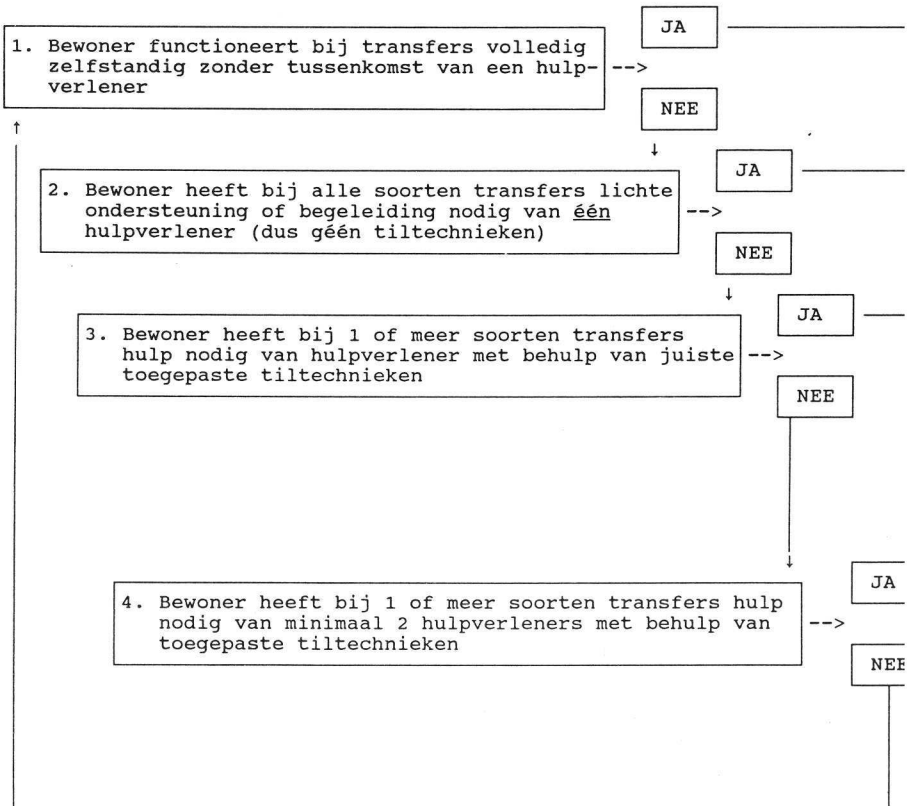


## Stroomschema stoplichtkleurcodering RPP

Alvorens één der stoplichtkleuren toe te passen op de individuele bewoner dient men zich stapsgewijs door onderstaand schema te bewegen. Hierbij uitgaande van de bekendheid vooraf met diagnose en geformuleerde zorgdoelstellingen.

NB: transfers = verplaatsingen.

**ALS VERPLAATSEN TILLEN WORDT, LOOPT MEN ALTIJD RISICO!!!**



→ GROEN

→ GROEN

a. Bewoner vertoont hierbij continu activiteit in de vorm van staan, opduwen, meewerken e.d. ] →

GROEN

b. Bewoner vertoont met regelmaat plotselinge spierzwakte en/of spasme en/of agressie en/of angst en/of tegenwerking e.d. ] →

ORANJE

c. Bewoner vertoont altijd minimaal één van de volgende factoren: angst, tegenwerking, spasme, vastgrijpen, agressie, spierzwakte (plotselinge). ] →

ROOD

a. Bewoner vertoont gerichte activiteit, is hierop aanspreekbaar en weegt < 50 kg. ] →

GROEN

b. Bewoner vertoont gerichte activiteit, is hierop aanspreekbaar en weegt > 50 kg. ] →

ORANJE

c. Bewoner vertoont géén activiteit, is berekenbaar en weegt < 50 kg. ] —

ORANJE

d. Bewoner vertoont géén activiteit, is onberekenbaar en weegt < 50 kg. ] —

ROOD

e. Bewoner is passief, berekenbaar en weegt > 50 kg. ] →

ROOD

f. Bewoner is passief, onberekenbaar en weegt > 50 kg. ] —

De kleurcode wordt met een gekleurde sticker op een afgesproken vaste plaats op het zorgdossier geplakt. Alle dossiers bij elkaar, voorzien van een sticker, geven een visueel beeld van de totale tilbelasting van een unit of afdeling.

In het stroomschema wordt de grens van 25 kg als maximaal door 1 persoon te tillen gewicht aangehouden. Deze grens is niet zomaar ontstaan. Sinds enige tijd bestaat er een algemeen erkende norm voor tillen, de NIOSH-norm. Deze norm berekent maximale gewichten die iemand in een bepaalde houding en met een bepaalde frequentie veilig kan optillen. De overheid (ministerie van SoZaWe) heeft deze norm een wettelijk kader gegeven, via het sinds februari 1993 geldend Besluit Fysieke Belasting, en zal binnenkort een P-blad over tillen uitbrengen waarin de methode en de status ervan nader worden uitgewerkt.

De NIOSH-norm kent een basis van 25 kg. Dit gewicht kan in optimale omstandigheden en in een optimale houding zonder gevaar voor klachten worden opgetild. Als de houding/omstandigheden niet optimaal zijn, zijn gewichten van minder dan 25 kg toelaatbaar.

Als in de verpleging veel voorkomende transfers worden getoetst aan deze norm dan blijkt dat vaak veel lagere grenzen gehanteerd zouden moeten worden. De omstandigheden en de werkhouding zijn immers vaak verre van optimaal.

Eigenlijk zouden de in het stroomschema gehanteerde grenzen daarom verlaagd moeten worden. Het is de bedoeling dit in de toekomst nader te gaan bekijken. Een echt groot knelpunt is deze "onjuistheid" niet. In de praktijk blijkt dat de meeste transfers toch al boven de grens liggen. Verdere verlaging van de grens zou niet leiden tot veel meer rode of oranje stippen in plaats van groene.

De impliciete doelstelling van de individuele hulpverleners op de afdelingen is het omlaag brengen van het percentage oranje stickers. Dit kan bijvoorbeeld door de zelfstandigheid van de bewoner zodanig te bevorderen, dat "groen" gehaald wordt. Een andere mogelijkheid is een situatie nogmaals te beoordelen. In een "oranje" situatie wordt immers nog altijd vrij zwaar getild. Alleen bij rood (verplicht met mechanische tilhulp werken) en groen kunnen we uitgaan van een veilige situatie voor hulpverlener en bewoner.

Dit betekent echter niet, dat een hulpverlener zelfstandig kleuren aanpast, en dus transferafspraken bijstelt. Dit gebeurt altijd in teamverband. De onderlinge sociale controle speelt hierbij een belangrijke rol.

### *Opleiding van leerlingen*

Een belangrijk gesignaleerd knelpunt door zowel teamleiders, de opleiding en leerlingen is de toepassing van transfertechnieken na de beroepsvoorbereidende periode. De EAG heeft in samenspraak met de teamleiders het volgende beginprogramma op de verpleegafdelingen opgesteld:

- tijdens de eerste twee weken alleen uitvoeren van zware tilhandelingen onder begeleiding van, en liefst ook geïnstrueerd door de fysiotherapeut;
- tijdens de eerste twee weken kennismaken met alle bewoners, inclusief hun zorgdossier (aftekenlijst);
- vanuit de fysiotherapie geven van extra instructies over de transfers met betrekking tot de rode en oranje categorie;
- de eerste twee weken geen avonddiensten en de eerste twee maanden geen nachtdiensten, vanwege het frequent moeten uitvoeren van tilhandelingen.

#### ***4.3.2. Rollend materieel, werkruimtes en werkomstandigheden***

Bij de hulpmiddelen en omstandigheden zijn de meest in het oog springende knelpunten de indeling van de bewonerskamers, de theecontainers, de bedden en ander rollend materieel als serviestransportwagens en stoelkrikken. Tevens bleken de (spoel)keukenblokken niet optimaal qua werkhoogten en reikwijdten.

Voor al deze zaken hebben EAG-leden oplossingen bedacht, besprekingen gehouden met betrokkenen en uiteindelijk maatregelen gerealiseerd.

Zo werden 45 bedden vervangen, serviestransportwagens vervangen, een andere methode van theezetten geïntroduceerd, stoelkrikken gewijzigd en aan de hand van een diaserie per verpleegafdeling de indeling van de bewonerskamers besproken. Last but not least, werden de (spoel)keukenblokken gewijzigd volgens de richtlijnen voor ergonomische werkhoogten van de EAG, samen met het NIA.

### **4.3.3. Bewonerskleding en uniformen van het personeel**

Transferafspraken werken niet optimaal indien de bewegingsvrijheid door kleding wordt beperkt. Dit betreft zowel kleding van de bewoners als van het personeel. Voor beide zaken werd er binnen de EAG gezocht naar oplossingen en in het verlengde hiervan, gezocht naar eisen waaraan de beroepskleding zou moeten voldoen.

De aanpak van de dienstkleding kende de volgende stappen:

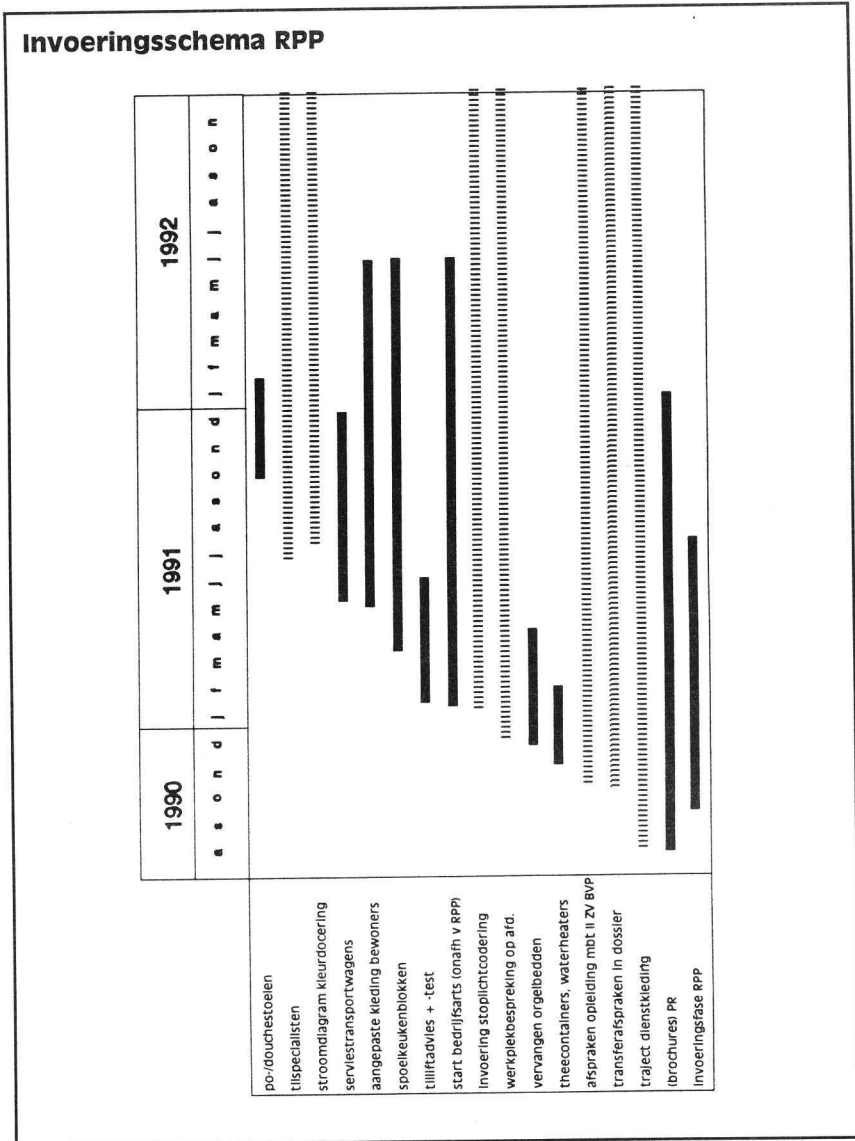
- opstellen ergonomisch eisenpakket;
- zoeken naar een firma die het meest tegemoet kwam aan deze eisen;
- zelf een aantal modellen dienstkleding ontwikkelen;
- op kleine schaal uitproberen;
- organiseren van een modeshow met verschillende in de organisatie beproefde modellen;
- enquête met keuzemogelijkheid van dienstkleding onder personeel en bewoners, gekoppeld aan de modeshow;
- definitieve keuze personeel en bewoners;
- bestellen van kleding;
- uitgifte van kleding aan personeel.

Sinds augustus 1992 draagt het personeel van De Plantage de nieuwe dienstkleding. Men is zeer tevreden over de ergonomie en de vormgeving.

Het project bewonerskleding heeft ook geleid tot een twee keer per jaar terugkerende modeshow van aangepaste kleding voor bewoners. Aansluitend aan de modeshow is er gelegenheid tot het kopen van de kleding. Het belang van de aangepaste kleding is gelegen in het feit dat het aan- en uittrekken van niet-aangepaste kleding tot extra fysieke belasting voor de verplegenden kan leiden, zoals ongunstige werkhoudingen, waarin veel kracht geleverd wordt.

## 5. Invoering RPP

Dat het RPP een continu proces is mag blijken uit het tijdschema waarin de verbeteringen zijn ingevoerd. Sommige zaken zijn nu afgesloten, terwijl andere acties nog steeds doorlopen.



## **6. Evaluatie RPP nu, na een aantal jaren**

De laatstgehouden evaluatie van het RPP in Brielle heeft plaatsgevonden in december 1992, via vragenlijsten en interviews met sleutelfiguren, zoals teamleiders, tilspecialisten en fysiotherapeuten. Uit deze evaluatie kwam naar voren, dat het RPP als zeer succesvol wordt beschouwd.

Objectieve metingen, c.q. cijfers met betrekking tot effecten van het systeem, zijn helaas niet bekend omdat er geen goede meting vooraf heeft plaatsgevonden. Het systeem gaat als zodanig ook niet uit van wetenschappelijk verantwoord onderzoek, maar neemt knelpunten (subjectief) als uitgangspunt. Als blijkt dat het knelpunt als opgelost beleefd wordt, is dit voldoende positief effect voor het RPP (en de EAG) en natuurlijk ook voor de werknemers.

Na de invoering van het RPP is de zwaarte van het werk, met betrekking tot belasting van de rug, afgenomen. Duidelijk zichtbare resultaten zijn:

- \* een aanzienlijke daling van de fysieke belasting;
- \* veel minder klachten over de zwaarte van het werk;
- \* duidelijk zichtbare en voelbare veranderingen met betrekking tot transfers.

Uit de evaluatie komen als meest positief ervaren maatregelen naar voren:

- \* het gebruik van tilliften;
- \* de transferafspraken in de dossiers;
- \* verbeterd rollend materieel;
- \* de nieuwe uniformen;
- \* de verbeterde speelkeukens.

Wat het gebruik van tilliften betreft lijkt een anti-tilhouding vrijwel geheel gehaald. Daar komt bij dat de eerder door veel mensen verwachte toename van de tijd voor één transfer door het gebruik van deze middelen niet is opgetreden.

Wel is het zaak, dat de EAG blijvend gevoed blijft. De mogelijkheid van verslapping is duidelijk aanwezig. Hier wordt vooral veel verwacht van de sleutelfiguren op de verpleegafdelingen. In dit opzicht is de gekozen organisatie waarbij vertegenwoordigers van

de sleutelfiguren in de EAG zitten en vertegenwoordigers van de EAG in de stuurgroep zitten positief vanwege continuïteit, draagvlak en efficiëntie.

Uit de evaluatie komt ook een aantal kritische punten naar boven. Aandacht wordt gevraagd voor:

- \* verbetering van tilprotocollen via verdere verlaging van de 25 kg grens;
- \* naast de sleutelfiguren meer systematisch ook aanstellen van tilspecialisten, die echte verantwoordelijkheid krijgen voor de procesbewakers op de afdelingen;
- \* uitbreiding van het aantal elektrische tilhulpmiddelen, omdat mechanische liften tot belasting van nek en schouders kunnen leiden bij het draaien aan de handles;
- \* regelmatig bespreekbaar houden van aspecten binnen het RPP;
- \* methoden om "dwarsliggers" van het systeem aan te pakken (sancties), bijvoorbeeld mondelinge en schriftelijke waarschuwing bij overtreding van het transferbeleid, danwel overplaatsing naar een andere afdeling.





## 7. RPP voor iedereen?

Het RPP blijkt een effectieve manier om de fysieke belasting van de verplegenden aan te pakken. De kracht van het RPP ligt in een continu procesmodel en het feit dat het door de gehele organisatie gedragen wordt. De verantwoordelijkheid ligt laag in de organisatie (de teamleiders). Een RPP is dus mogelijk voor iedereen, mits wel aan de volgende voorwaarden wordt voldaan.

- De instelling moet rijp zijn voor een dergelijke aanpak. Preventie van fysieke overbelasting moet een onderdeel uitmaken van het sociaal beleid (Arbo-beleid) en gedragen worden door het management en werknemers.
- Er moet ruimte zijn voor het opzetten van een project-organisatie met:
  - een stuurgroep met eindverantwoording en als stimulator en vraagbaak;
  - een adviserend en uitvoerend orgaan bestaand uit meerdere betrokken disciplines;
  - procesbewakers op de te beïnvloeden afdelingen.
- Probleemstelling, doelstelling en doelgroep moeten duidelijk gedefinieerd zijn.
- Er moet ruimte zijn voor een meerjarenaanpak waarin een gestructureerd cyclisch werkmodel wordt aangehouden.

Een goed werkmodel bevat de volgende stappen.

### 1- Inventarisatie.

Knelpunten worden opgespoord door de EAG, waarbij gebruik wordt gemaakt van diverse bronnen, zoals interviews op de werkvloer, bedrijfsarts, opinieleiders en enquêtes.

### 2- Oplossingen.

Het doen van voorstellen door de EAG aan de stuurgroep om de geïnventariseerde knelpunten op te lossen. Belangrijk is dat er budgettaire ruimte is om scholing te geven, tilhulpmiddelen aan te schaffen en bouwkundige aanpassingen te realiseren. De voorstellen worden vastgelegd in een actieplan met korte en lange termijn onderscheid en prioriteiten resulterend in een stappenplan. Belangrijk is dat de stuurgroep daarop duidelijke besluiten neemt.

### 3- Invoeren.

Het invoeren en begeleiden van de maatregelen ter oplossing van de knelpunten. Na het fiat van de stuurgroep gaat de EAG samen met de sleutelfiguren de maatregelen invoeren. Voorwaarden daarbij zijn:

- gebruik maken van de procesbewakers en sleutelfiguren;
- planning van evaluatiemomenten, zowel structureel terugkomen in het werkoverleg als via gesprekken, die als feed-back dienen met sleutelfiguren;
- stappenplan, voortkomend uit 2;
- afspraken goed vastgelegd in voor de organisatie gebruikelijke en toegankelijke documentatiesystemen;
- zorg voor kennisoverdracht, zonodig ondersteund door scholing;
- op de hoogte blijven van relevante ontwikkelingen en verspreiding van deze kennis via en aan de sleutelfiguren.

### 4- Evaluatie.

Evaluatie is meteen de input voor nieuwe acties. De meest geëigende manier hiervoor is dat de sleutelfiguren terugrapporteren aan de EAG die dit vervolgens bespreekt met de stuurgroep. Per getroffen maatregel worden evaluatiemomenten vastgesteld, in samenwerking met de sleutelfiguren. De informatie kan worden verkregen via:

- het werkoverleg;
- verzuimbespreekingen met werknemers, voor zover deze te maken hebben met fysieke belasting;
- informatie van de bedrijfsarts;
- functioneringsgesprekken waarin arbeidsomstandigheden een vast item zijn.

Maar van doorslaggevend belang voor een succesvolle invoering van het RPP is **de continuïteit**:

- continue voorlichting en PR door middel van workshop(s), brochures, vragenlijsten en werkoverleg;
- continue herhaling van training in transfertechnieken en -hulpmiddelen;
- continu aandragen van preventietips en preventieve maatregelen;
- zichtbaar en voelbare veranderingen met betrekking tot transfers door continue aandacht voor de tilhulpmiddelen.

## 8. DE ROL VAN DE OR

Nu duidelijk is hoe het RPP door de instelling kan worden ingevoerd, komt de vraag op welke rol de OR daarbij heeft. Ten aanzien van de invoering van het RPP verschilt deze in beginsel niet van de rol die de OR ten aanzien van verbetering van arbeidsomstandigheden in het algemeen heeft. Op grond van de Arbo-wet is het uitgangspunt dat werkgever en OR samenwerken bij het realiseren van goede arbeidsomstandigheden (art. 13 Arbo-wet). De werkgever blijft echter de eerst verantwoordelijke voor de arbeidsomstandigheden van de instelling en moet ook zorgdragen voor de uitvoering van de afgesproken maatregelen.

Uitgaande van deze verantwoordelijkhedenverdeling tussen werkgever en OR, kan de OR drie verschillende taken ten aanzien van verbetering van de arbeidsomstandigheden vervullen, te weten:

1. een initiërende taak;
2. een stimulerende taak;
3. een controlerende taak<sup>1</sup>.

Dezelfde taken kan de OR vervullen bij de in- en uitvoering van het RPP. De bespreking van deze drie taken toegespitst op het RPP zal dit duidelijk maken.

### ad 1. initiërende taak

Het stappenplan in het vorige hoofdstuk begint met het maken van een inventarisatie. De beslissing dat met het RPP gestart zal gaan worden is dan in feite al genomen. Dit invoeringsbesluit komt echter niet uit de lucht vallen. In lang niet alle gevallen zal de directie het voortouw tot invoering nemen. Dat hoeft zeker geen onwil te zijn. Men kan bijvoorbeeld de ernst van het probleem niet inzien, denken dat men al voldoende doet of niet van het bestaan van oplossingen, zoals het RPP, weten. In zo'n situatie kan de OR een belangrijke rol vervullen door het initiatief te

---

<sup>1</sup> Meer informatie over de rol van de OR op het terrein van het arbeidsomstandighedenbeleid is o.a. te vinden in Arbo-beleid in theorie en praktijk. Martha Meerman, NIA, Amsterdam. Bij AbvaKabo is verder de nuttige brochure Arbo-jaarplan, -jaarverslag en -beleid te bestellen.

nemen en trachten de directie mee te krijgen voor de invoering van het RPP.

Het formele recht tot het doen van een initiatiefvoorstel bezit de OR op grond van art. 23 WOR. Een dergelijk voorstel kan echter ook op minder formele wijze in het overleg tussen werkgever en OR, bijvoorbeeld over het op te stellen Arbo-jaarplan, aan de orde komen. Hoe het voorstel ook gedaan wordt, wil het door de werkgever geaccepteerd worden, dan zal naast overtuigingskracht een goede onderbouwing nodig zijn.

Voor de onderbouwing zijn drie aandachtspunten te onderscheiden:

1. vaststelling dat fysieke belasting een probleem is;
2. aangeven dat zowel werknemers als de werkgever gebaat zijn bij het vinden van een oplossing daarvan;
3. aangeven dat het RPP een goed alternatief is.

In deze brochure zijn voor al deze drie aandachtspunten argumenten gegeven.

Aanvullend op deze punten kan worden opgemerkt, dat mocht de werkgever niet erkennen dat in de instelling problemen met de fysieke belasting van werknemers bestaan, ziekteverzuimcijfers (opgenomen in Arbo-jaarverslag) of een kleine inventarisatie onder de werknemers verdere ondersteuning kunnen bieden.

Verder is ten aanzien van de erkenning van het probleem van belang, dat op grond van de wijzigingen in de Arbo-wet die per 1 januari 1994 in werking treden, de werkgever verplicht is de veiligheids-, gezondheids- en welzijnsrisico's van het werk in de instelling te inventariseren. Bij deze inventarisatie moet hij zich door Arbo-deskundigen laten ondersteunen. Natuurlijk moeten ook de problemen rond fysieke belasting worden geïnventariseerd. Daarmee zal direct duidelijk worden of binnen de instelling daaromtrent problemen bestaan of niet.

Ten aanzien van het aangeven van de voordelen voor de werkgever kan nog gewezen worden op het feit dat terugdringing van het ziekteverzuim en de afvloeiing van de arbeidsongeschiktheid, de werkgever steeds meer financiële voordelen oplevert. Zijn ziektewetpremies zullen afnemen evenals het aantal boetes ("malussen") als iemand in de WAO terecht komt. Invoering van het RPP betaalt zich daarom niet alleen terug in verbetering van de

motivatie van de werknemers en de kwaliteit van de geleverde diensten, maar ook in klinkende munt.

## **ad 2. stimulerende taak**

Als eenmaal de beslissing genomen is om met het RPP aan de slag te gaan, is de werkgever degene die verantwoordelijk is voor de uitvoering daarvan. De OR kan echter een stimulerende rol vervullen, bijvoorbeeld door zitting te nemen in de stuurgroep. Zoals eerder vermeld nemen daarin deskundigen vanuit de instelling zitting die de supervisie van de invoering en het op gang houden van het RPP op zich nemen. Een of meer OR-vertegenwoordigers zouden als deskundigen vanuit de positie van de werknemers aan de stuurgroep kunnen deelnemen.

De ervaring leert dat men wel voorzichtig moet zijn met het zitting nemen in dit soort werkgeverscommissies. Het gevaar bestaat namelijk dat de OR-vertegenwoordiging medeverantwoordelijk wordt gemaakt voor het te voeren beleid. Wanneer bijvoorbeeld de stuurgroep een bepaalde beslissing neemt waar de OR als geheel het niet mee eens is, kan gezegd worden dat "de OR er toch in de stuurgroep bij was" toen dat besloten werd. Bij deelname aan de stuurgroep dient de OR daarom duidelijk te maken dat de OR daarmee niet zijn onafhankelijke positie opgeeft. Verder komt het in de praktijk voor dat de OR-vertegenwoordiger in deskundigencommissies vergeet met welke pet op hij of zij daarin zitting heeft. Men kan zich net als de andere deelnemers gaan gedragen als een deskundige. Het contact met de achterban kan daardoor verloren gaan omdat deze zich in deze opstelling niet kan herkennen. Een OR-vertegenwoordiger in de stuurgroep zal daarom altijd in zijn achterhoofd moeten houden dat hij of zij daarin zitting heeft om de belangen van zijn collega-werknemers zo goed mogelijk te behartigen.

Een oplossing voor dit soort en andere problemen kan zijn dat de OR een toevoorderspositie in de stuurgroep inneemt. Daardoor is de onafhankelijkheid beter gegarandeerd, kan men toch over veel informatie beschikken en kan de werkgever ook gebruik maken van de deskundigheid van de werknemersvertegenwoordigers.

Ook wanneer de OR geen zitting heeft in de stuurgroep kan hij een stimulerende rol vervullen. Deze zal met name noodzakelijk zijn wanneer de in- of uitvoering stopt. In het reguliere overleg of

in speciale evaluatie-overleggen van het RPP kan de OR de werkgever wijzen op de doelstellingen en de gemaakte afspraken. Eventueel kan hij ook oplossingen voor de gerezen problemen aandragen. Hoe deze stimulerende rol er precies uit kan zien is afhankelijk van de gerezen problemen en de rol die de OR ten aanzien van de arbeidsomstandigheden wil vervullen. Gezien de continuïteit die nodig is voor een succesvolle invoering van het RPP kan deze stimulerende taak van de OR op enig moment een belangrijke succesfactor worden.

### **ad 3. controlerende taak**

Of de OR de initiërende en stimulerende taak ook moet of wil vervullen, hangt af van hoe actief de werkgever is en hoe actief de OR wil zijn. Gedurende de fasen 1 tot en met 4, dus van inventarisatie tot evaluatie, heeft de OR echter altijd een controlerende taak.

Een uitputtende opsomming van de punten die bij de controle een rol spelen is natuurlijk niet te geven. Elke instelling is anders en ook de positie die een OR binnen een instelling inneemt, is nooit dezelfde. Als indicatie voor de punten die in de verschillende fasen aan de orde kunnen of moeten komen, kan de volgende opsomming gelden.

#### **1. Inventarisatie.**

- Zijn alle mogelijke knelpunten onderzocht? (als indicatie kan de inventarisatie in Brielle dienen, maar in elke instelling kan de situatie verschillen).
- Is de inventarisatie op deskundige wijze uitgevoerd?
- Zijn de werknemers voldoende betrokken bij de inventarisatie?
- Oppikken signalen achterban en deze aankaarten bij directie.

#### **2. Oplossingen.**

- Op grond van artikel 27 WOR heeft de OR instemmingsrecht ten aanzien van veiligheids-, gezondheids- en welzijnsbesluiten.
- Wordt aan alle punten van het stappenplan, zoals dat in deze brochure is gepresenteerd, voldoende aandacht besteed?

- Op basis van eigen prioriteitsstelling van de OR, kan hij in het overleg met de werkgever (of in de stuurgroep) invloed uitoefenen op het te maken stappenplan.
- In de in het stappenplan vast te leggen maatregelen, dient duidelijk vermeld te worden wanneer een stap afgerond moet zijn (anders kan van uitstel afstel komen), hoeveel geld er voor beschikbaar is (is dit een reëel bedrag?), en wie verantwoordelijk voor de uitvoering is.
- Om de controlerende taak goed uit te kunnen voeren dient er in het stappenplan al een aantal tussentijdse evaluatie-overleggen tussen werkgever en OR opgenomen te worden. Bijsturing is aan de hand daarvan nog mogelijk.

### 3. Invoeren.

- Op basis van de tussentijdse evaluaties kan bijstelling van het stappenplan plaatsvinden.
- De OR heeft de belangrijke taak om signalen uit de achterban op te pikken en bij de werkgever aan de orde te stellen.

### 4. Evaluatie.

- Hoe is de technische (aanschaf materialen etc.) en de organisatorische uitvoering (stuurgroep, EAG, werkoverleggen) verlopen?
- Zijn de gestelde doelen bereikt? Waarom niet?
- Hoe wordt RPP door de achterban ontvangen?
- Worden de werknemers voldoende op de hoogte gehouden van de voortgang en resultaten van het RPP?
- Heeft de achterban voldoende mogelijkheden om problemen bij de werkgever of via de OR te signaleren?
- Hoe is het overleg met de werkgever over in- en uitvoering van het RPP verlopen?

Naast een evaluatie van het RPP, is het voor de OR aan het eind van de periode ook aan te bevelen eens kritisch te kijken naar het eigen functioneren. Daarbij valt te denken aan vragen als:

- Wat zijn de ervaringen met de eventuele deelname in de stuurgroep?
- Moet de OR misschien een VGW-commissie in het leven roepen om meer aandacht aan het arbeidsomstandighedenbeleid in het algemeen en RPP in het bijzonder te kunnen besteden?
- Is er behoefte aan extra scholing?
- Hoe is het contact met de achterban?

Precies zoals de evaluatie voor de werkgever de input voor de nieuwe periode vormt, is dit ook voor de OR het geval. De informatie over de invoering van het RPP vormt het startpunt voor overleg met de werkgever over bijstellingen in de in- of uitvoering van het RPP.

Duidelijk moge zijn dat de OR een belangrijke plaats bij de invoering van het RPP in kan nemen. Omdat elke instelling en elke OR anders is, zal de OR zich ten aanzien van elke taak moeten afvragen hoe hij vanuit zijn specifieke situatie, met de aangereikte suggesties het beste aan de slag kan.

Voor de OR kan het daarbij raadzaam zijn een adviescommissie Veiligheid, Gezondheid en Welzijn (VGW-commissie) in te stellen. Artikel 15 van de WOR biedt daartoe de mogelijkheden. Een VGW-commissie adviseert de OR op het terrein van de arbeidsomstandigheden. Voordelen van een dergelijke commissie zijn dat meer mensen bij het arbeidsomstandighedenwerk van de OR kunnen worden betrokken en meer en meer gespecialiseerde aandacht daaraan kan worden besteed. Zeker indien een voor zowel de werkgever als de werknemers zo belangrijk onderwerp als het RPP ter discussie staat, kan een VGW-commissie van groot belang zijn om zorg te dragen voor een actieve en deskundige inzet vanuit de OR.