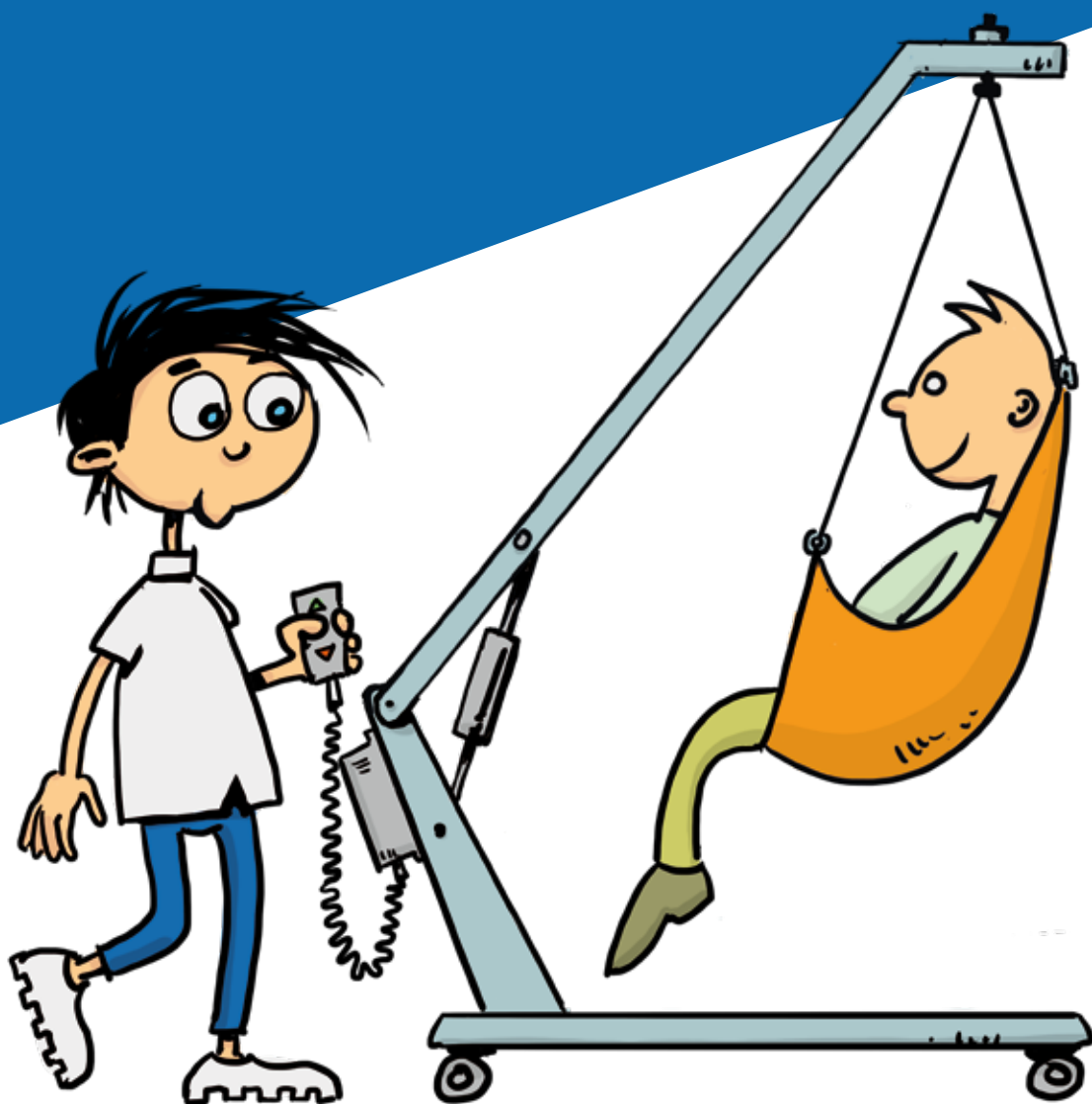


Praktijkrichtlijn verplaatsen van personen



Een uitgave van VerV, Beroepsvereniging voor Ergonomie

**“Gezonde medewerker,
gezonde zorg”**

Inhoud

1.	Inleiding.....	5
2.	Samenvatting.....	6
3.	Consensus.....	7
	Zorgvragers kunnen ingedeeld worden in vijf mobiliteitsklassen.....	7
	Vijf mobiliteitsklassen.....	7
	VerV beslisdiagram	10
	Relatie MK5 met andere schalen.....	11
	Transfers binnen het bed vereisen steeds een glijzeil vanaf MK C	11
	Glijhulpmiddelen.....	11
	Effect van glijzeilen.....	12
	Transfers uit het bed gebeuren met een opstahulp of tillift vanaf MK C.....	13
	MK C – Opstahulp en actieve tilliften	13
	MK D en E – passieve tillift en plafondlift	14
	Effecten plafondlift	15
	Voor zorgtaken is er steeds een hoog-laag voorziening nodig	15
	Elektrisch hoog-laag bed	15
	Effecten van een hoog-laag bed	17
	Voor zorgtaken is steeds een hoog-laag voorziening nodig	17
	Hoog-laag toiletstoel	17
	Hoog-laag douchestoel	17
	Hoog-laag douchebrandcard	18
	Badlift	18
	Bij steunkousen is er steeds een hulpmiddel voor het aan- en uitdoen nodig ...	18
	Aantrek hulpmiddel	18
	Praktisch	19
	Het risico “verplaatsen van personen” wordt geëvalueerd met de (VerV)Tilthermometer	19
	Tilthermometer	19
	De VerV Tilthermometer	20
4.	Wetgeving en normen.....	21
	4.1 Codex boek VIII titel 3 Manueel hanteren van lasten.....	21
	4.2 ISO-TR 12296: manueel verplaatsen van patiënten.....	21

1. Inleiding

Deze praktijkrichtlijn formuleert concrete aanbevelingen om het verplaatsen van personen op een ergonomisch verantwoorde wijze te kunnen toepassen. Er wordt daarbij rekening gehouden met zowel de fysieke belasting voor de zorgverlener als het comfort en de zelfredzaamheid van de zorgvrager. De principes zijn toepasbaar voor de verschillende zorgsectoren : ziekenhuizen, woon- en zorgcentra, thuiszorg en gehandicaptensector.

Het uitgangspunt van de praktijkrichtlijn is wat de zorgvrager nog allemaal zelf kan. Dat wordt uitgedrukt in de mobiliteitsklasse. De capaciteit van de zorgvrager dient men maximaal te benutten wanneer men de gepaste hulpmiddelen selecteert bij de verschillende verplaatsingen. Dit zijn de transfers binnen de grenzen van het bed, naar het bed, van zit naar sta, van lig naar zit en bij het verzorgen en aan- en uitdoen van steunkousen.

De achtergrond van de praktijkrichtlijnen zijn biomechanische grenzen, die vertaald zijn naar typische verplaatsingen of transfers in de zorg. Deze staan beschreven in de Nederlandse praktijkrichtlijnen, waarover ook een brede consensus in België bestaat. Op die manier blijft de fysieke belasting voor de zorgverlener onder controle. Gezonde zorg betekent immers ook gezonde medewerkers.

Een concrete aanpak houdt in dat men de zorgvrager indeelt in een mobiliteitsklasse. Deze bepaalt de passende hulpmiddelen bij het uitvoeren van een transfer. Deze stelt men ter beschikking en het gebruik ervan toetst men af met de VerV Tilthermometer. Op die manier heeft men een beeld van de fysieke belasting en de nodige hulpmiddelen op een afdeling.

De praktijkrichtlijn is een gids voor zorginstellingen die willen inzetten op de gezondheid van de zorgverleners en het comfort en de zelfredzaamheid van de zorgvragers.

- Zorgvragers kunnen ingedeeld worden in vijf mobiliteitsklassen
- Transfers binnen het bed vereisen steeds een glijzeil vanaf MK C
- Transfers uit het bed gebeuren met een opstahulp of tillift vanaf MK C
- Voor zorgtaken is er steeds een hoog-laag voorziening nodig
- Bij steunkousen is er steeds een hulpmiddel voor het aan- en uitdoen nodig
- Het risico "verplaatsen van personen" wordt geëvalueerd met de (VerV)Tilthermometer

2. Samenvatting

De praktijkrichtlijn is opgebouwd rond zes 'basisstellingen':

1

Zorgvragers kunnen ingedeeld worden in vijf mobiliteitsklassen

Bij het verplaatsen van personen dienen de resterende mogelijkheden optimaal benut te worden. Zorgvragers worden daarom ingedeeld in vijf mobiliteitsklassen (MK5) op basis van wat ze nog zelf kunnen. Deze bepaalt het gepaste hulpmiddel voor een transfer.

2

Transfers binnen het bed vereisen steeds een glijzeil vanaf MK C

Wanneer de zorgverlener moet overgaan tot het aanbieden van hulp, dan is een glijzeil en trage startbeweging bij uitvoering steeds vereist. Bij een zorgvrager vanaf mobiliteitsklasse C is de medewerking, zelfs na activatie, vaak onvoldoende.

3

Transfers uit het bed gebeuren met een opstahulp of tillift vanaf MK C

Wanneer extra hulp nodig is bij verplaatsingen van bed naar zit en omgekeerd, is ondersteuning van een opstahulp of tillift vereist. Bij MK C versterken een opstahulp en actieve tillift de medewerking van de zorgvrager. Wanneer dit niet meer mogelijk is, tilt een passieve tillift of plafondlift de passieve zorgvrager volledig op (MK D en MK E).

4

Voor zorgtaken is er steeds een hoog-laag voorziening nodig

Verzorging gaat vaak gepaard met statische houdingen. Daarom is een elektrisch hoog-laag bed een must in de zorgsector. Een verstelbare omgeving zoals hoog-laag toiletstoel, douchestoel, douchebrancard, badlift en zitvoorzieningen, ... laten toe dat ook de randtaken in een optimale houding gebeuren.

5

Bij steunkousen is er steeds een hulpmiddel voor het aan- en uitdoen nodig

Het aantrekken van steunkousen vanaf drukklasse 2 is belastend voor de zorgverlener. Daarom is steeds een hulpmiddel nodig voor het aan- en uitdoen van steunkousen. Een rubberen handschoen kan verder de grip verbeteren.

6

Het risico "verplaatsen van personen" wordt geëvalueerd met de (VerV)Tilthermometer

Het verminderen van de fysieke belasting in de zorg gebeurt stap per stap. De (VerV) Tilthermometer geeft een snel overzicht of de vereiste hulpmiddelen aanwezig zijn en gebruikt worden in functie van de mobiliteitsklasse van de zorgvrager

3. Consensus

BASISSTELLING 1:

Zorgvragers kunnen ingedeeld worden in vijf mobiliteitsklassen

Vijf mobiliteitsklassen

Belangrijk uitgangspunt bij het manueel verplaatsen van personen is dat men de resterende capaciteit van de zorgvrager optimaal benut. Dit is niet alleen minder belastend voor de zorgverlener, maar zorgt er ook voor dat de zorgvrager zoveel en zolang mogelijk mobiel blijft. Om in te schatten wat een persoon nog zelf kan, zijn er vijf mobiliteitsklassen (MK5). Deze evolueren van A naar E ofwel van de volledig zelfstandige actieve zorgvrager (A) naar de volledig passieve zorgvrager (E).



Copyright Mobiliteitsklassen:
LOCOmotion (Knibbe &
Knibbe, 2018).

- A:** Volledig actief, doet alle verplaatsingen zelfstandig.
- B:** Actief, kan met een hulpmiddel of na instructie zichzelf verplaatsen.
- C:** Beperkt matig actief, hulp nodig bij het verplaatsen, heeft een rompbalans en een stafunctie.
- D:** Half passief, hulp nodig bij verplaatsingen en heeft matige rompbalans, maar geen stafunctie meer. Een restkracht in armen en/of benen is aanwezig.
- E:** Volledig passief. Geen kracht meer in armen en benen, ontbreken van rompbalans, hoogstens nog hoofdcontrole.

Een juiste inschatting van de functionele mobiliteit moet gemaakt worden op het moment van de zorghandeling. Een mobiliteitsklasse kan immers ook wijzigen. Bij acute zorg in een ziekenhuis komt een zorgvrager actief binnen voor een ingreep (MK A). Door verdoving echter wordt hij volledig passief (MK E). Bij chronische zorg in een zorginstelling of bij thuiszorg zijn de wijzigingen niet zo drastisch. Soms is er binnen de dag wel een verschuiving naar een aangrenzende klasse. In de ochtend bijvoorbeeld kan de zorgvrager nog op de benen staan (MK C). Door vermoeidheid tijdens de dag kan de stafunctie echter onvoldoende worden (MK D).

De mobiliteitsklassen kunnen bijdragen tot het proactief voorzien van de gepaste hulpmiddelen. Bij de intake noteert men de mobiliteitsklasse in het elektronisch patiëntendossier. De verpleegkundige op de onderzoeksafdeling kan zo de nodige hulpmiddelen klaar zetten voor een vlotte transfer naar de onderzoekstafel. Na een ingreep kan de mobiliteit weer wijzigen. Door deze tussentijdse evaluatie weet de afdeling vroegtijdig welke hulpmiddelen nodig zullen zijn in de kamer.

Bij de transfer naar een woonzorgcentrum of naar de thuisomgeving, is het belangrijk om reeds bij de aankondiging al de mobiliteitsklasse te vermelden. Zo kan de zorginstelling of familie zich reeds voorbereiden om de ruimte aan te passen en de gepaste hulpmiddelen te voorzien. Op de moment zelf is het vaak te laat met een hoge belasting voor de zorgverleners als gevolg.

MK 5 kan op revalidatie diensten therapeutisch aangewend worden. Patiënten die tijdens de intake MK C of MK D scoren kunnen op het einde van hun revalidatieperiode de minimum vereiste MK B scoren om op ontslag te mogen gaan.

Mobiliteitsklassen spelen een grote rol in deze praktijkrichtlijn omdat ze bepalen welke de meest geschikte hulpmiddelen zijn bij het verplaatsen van een persoon. Daarom is het een voorwaarde dat de omschrijving van de mobiliteitsklassen eenvoudig en duidelijk is om de zorgvrager correct te kunnen indelen.



De zorgvrager is in staat om de zorghandeling zelf uit te voeren. Er is geen fysieke belasting voor de zorgverlener. Deze moet immers geen ondersteuning bieden.



De zorgvrager is in staat om de zorghandeling zelfstandig uit te voeren mits ondersteuning in de vorm van instructies en begeleiding. De hulp die hierbij nodig is, brengt geen risico van fysieke overbelasting voor de zorgverlener met zich mee. De hulp kan bestaan uit verbale instructies, maar ook uit bijvoorbeeld het begeleiden bij het opstaan. De hulp kan worden gegeven in combinatie met kleine hulpmiddelen en/of aanpassingen (zoals een optrekbeugel)

Copyright Mobiliteitsklassen: LOCOmotion (Knibbe & Knibbe, 2018).



De zorgvrager is niet in staat om de zorghandeling zelfstandig uit te voeren. De hulp die hierbij nodig is, zou zonder maatregelen een risico van fysieke overbelasting voor de zorgverlener betekenen. Het gebruik van een hulpmiddel die de taak van de zorgverlener fysiek gezien aanvaardbaar maakt, is noodzakelijk. De zorgvrager kan hieraan wel zelf fysiek een bijdrage leveren. De zorgvrager beschikt over een stafunctie en rompbalans. Tevens is er armkracht mogelijk. De zorgvrager wordt gestimuleerd om zijn functionele mobiliteit optimaal te benutten. De actieve tillift, opstahulp of glijzeil zijn voorbeelden van hulpmiddelen waar zorgvragers actief moeten deelnemen om verplaatst te worden.



De zorgvrager is niet in staat om de zorghandeling zelfstandig uit te voeren. Er is onvoldoende kracht of controle aanwezig in de benen om te staan. Een restkracht in armen en benen, matige rompbalans en hoofdcontrole zijn er wel. De hulp die hierbij nodig is, brengt, zonder speciale maatregelen, risico van fysieke overbelasting voor de zorgverlener met zich mee. Het is nodig gebruik te maken van hulpmiddelen die de zorghandeling van de zorgverlener fysiek gezien aanvaardbaar maakt, door deze taak (deels) over te nemen. Een kenmerkend voorbeeld is de passieve tillift.

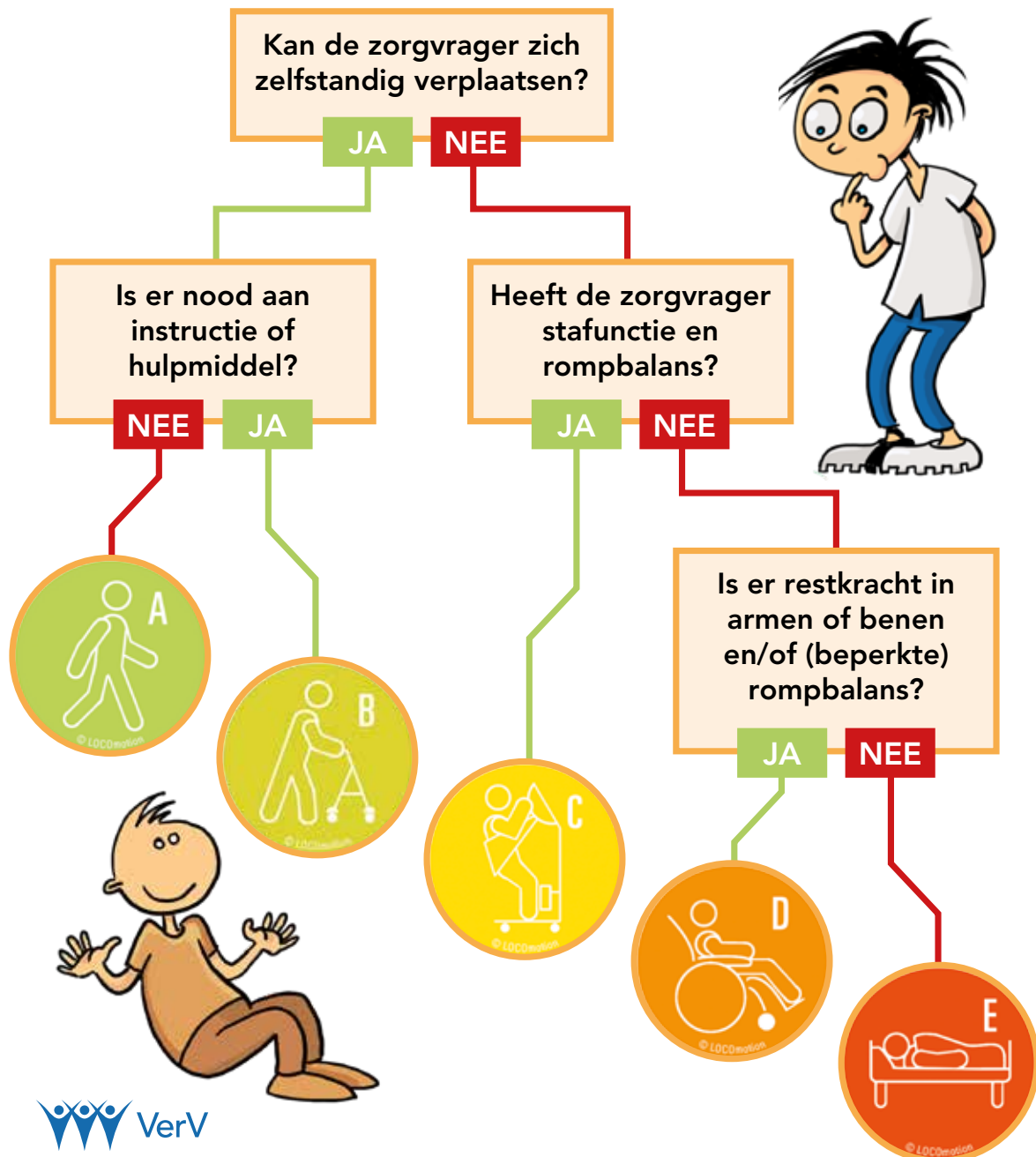


De zorgvrager is niet in staat om de zorghandeling zelfstandig uit te voeren. De hulp die hierbij nodig is, brengt risico van fysieke overbelasting voor de zorgverlener met zich mee. Er is geen been- of armkracht en rompcontrole meer. Een hoofdcontrole kan wel nog. Het is nodig gebruik te maken van hulpmiddelen die de taak van de zorgverlener fysiek gezien aanvaardbaar maakt door deze over te nemen. Het stimuleren of onderhouden van mobiliteit is geen doelstelling. Het kan bijvoorbeeld gaan om zorgvragers die terminaal zijn, motorisch geen controle hebben over beweging of zo moe zijn dat het

voor hen van belang is dat zij hun energie sparen om bijvoorbeeld bezoek te kunnen ontvangen en/of te lezen. Transfers vinden nu bijvoorbeeld plaats met behulp van een passieve tillift. Daarbij wordt medewerking van de zorgvrager niet gestimuleerd. Het verlenen van optimale comfortzorg en het voorkomen of beperken van de complicaties van de immobiliteit, zoals decubitus, staat op de voorgrond.

VerV beslisdiagram

Het VerV beslisdiagram helpt om éénduidig een juiste mobiliteitsklasse te bepalen in drie stappen. Dit is nodig voor een uniforme beoordeling en communicatie tussen de verschillende zorgverleners, instellingen en fabrikanten.



Bij MK A en B kan de zorgvrager zichzelf verplaatsen. Bij MK B is er echter nood aan instructie of een hulpmiddel. Wanneer een zorgvrager zich niet zelfstandig kan verplaatsen, wordt gekeken naar de resterende mogelijkheden. Bij MK C heeft de zorgvrager nog stafunctie en rompbalans. Wanneer er enkel restkracht is in armen of benen en/of beperkte rompbalans, dan is MK D van toepassing. MK E is volledig passief.

Stafunctie betekent dat de zorgvrager op 1 of 2 benen zelfstandig kan steunen gedurende 30 seconden. Bij rompbalans kan de zorgvrager zelfstandig een zithouding aannemen, zonder steun van de handen en op een stevige ondergrond gedurende 30 seconden.

Relatie MK5 met andere schalen

In België is er een uitrol van BelRAI bezig. Dit is een hulpmiddel om een globale beoordeling te maken van elke zorgvrager ter bepaling van zijn fysieke, cognitieve, psychische en sociale zorgnoden. Momenteel is deze uitrol vooral in de woonzorgcentra en thuiszorgorganisaties. In een later stadium volgen de andere sectoren. Door de vragen over het ADL functioneren in te vullen en meer specifiek het zich verplaatsen kan men een koppeling maken met de MK5 en zo de vereiste hulpmiddelen per transfer bepalen.

Het RIZIV in België gebruikt dan weer de KATZ schaal. Deze bepaalt de afhankelijkheidsgraad van patiënten. De KATZ schaal evalueert activiteiten van het dagelijks leven op een 4-punten schaal. De beoordeling van het domein "transfer en verplaatsingen" komt sterk overeen met de indeling van MK5 (weliswaar zonder onderscheid tussen MK D en MK E).

Firma's van hulpmiddelen gaan vaak ook gebruik maken van de mobiliteitsklassen MK5. Zo is er een duidelijke communicatie tussen de leverancier en de instellingen omtrent de soort hulpmiddelen en het juiste gebruik ervan. Een gemeenschappelijke taal is verhelderend.

Mobiliteitsklassen kunnen ook de basis vormen voor verdere screening met andere zorgschalen. Zo zal het risico op decubitus sneller moeten bepaald worden bij een zorgvrager met mobiliteitsklasse D en E in vergelijking met een MK B. Een risicoschaal voor vallen zal vlugger bij zorgvrager met een mobiliteitsklasse B en C moeten gebeuren in vergelijking bij een zorgvrager met een mobiliteitsklasse E.

BASISSTELLING 2:

**Transfers binnen het bed vereisen steeds
een glijzeil vanaf MK C**

Glijhulpmiddelen

Dit principe stelt dat wanneer een zorgvrager niet meer in staat is om zelfstandig een transfer uit te voeren binnen de grenzen van het bed, dus vanaf MK C, steeds een glijzeil vereist is.

Naast een glijzeil bestaan er vandaag ook gelijkwaardige glijhulpmiddelen, zoals bijvoorbeeld geïntegreerde glijlakens. Dit is een onderlaken met een glijdend oppervlak

in combinatie met een verplaatsingslaken met gladde onderkant. Deze hulpmiddelen hebben een evenwaardig gladheid zoals bij de glijzeilen. De geïntegreerde lakens kunnen dus als gelijkwaardig alternatief gebruikt worden.

Permanente lakens zijn in opmars. Een glijlaken uit één laag dat in bed blijft liggen is echter niet geschikt. Het vereist te hoge trekkrachten. Een glijzeil vangt dit probleem op. De twee gladde lagen schuiven makkelijk over elkaar. Toch dient men een glijzeil elke keer aan te brengen en te verwijderen. Die extra handeling is tijdrovend en maakt dat het soms moeilijk ingang vindt in de routine van zorginstellingen. Bij regelmatige verplaatsingen kan men ook een glijzeil laten liggen. Men dient per zorgvrager individueel af te toetsen of dit mogelijk is of niet. Het laten liggen kan zelfs bijdragen tot preventie van decubitus omwille van minder schuifkrachten met de huid. Omgekeerd kan een permanent glijzeil in strijd zijn met de interne richtlijnen van een fixatie-arm beleid.

Een geïntegreerd glijzeil beschikt over twee glijdende lagen en kan wel steeds in bed blijven liggen. Het is een interessant hulpmiddel voor zorgvragers uit MK D en MK E.



Glijzeil voor verplaatsingen in bed

Effect van glijzeilen

Een glijzeil in combinatie met een trage start zorgt voor een aanvaardbare trekkracht tijdens het verplaatsen van personen. De biomechanische grens in de Nederlandse praktijkrichtlijn ligt op een trekkracht van 25kg met twee handen en op 15kg met één hand. Rekening houdend met de frequentie van de verplaatsingen en een overwegend vrouwelijke populatie, is 21kg een veilige grens in praktijk.

Trekkrachten kan men meten met een dynamometer tijdens het hogerop en zijdelings schuiven in bed. De gemeten krachten zijn afhankelijk van verschillende parameters zoals type glijzeil, grootte glijzeil, startsnelheid uitvoering, positie glijzeil, type matras, gewicht van zorgvrager, positie benen en positie bed met Trendelenburg. Deze metingen maken duidelijk dat een glijzeil een noodzakelijk hulpmiddel is bij het verplaatsen van personen in bed.

Tiltechnieken hebben plaats gemaakt voor verplaatsingstechnieken. Mensen worden niet meer getild in bed, maar verschoven. Dat is reeds een aanzienlijke verbetering. Bij de oude technieken waarbij men de zorgvrager gaat tillen met twee personen, is de fysieke belasting steeds te hoog. Dit kan tot meer dan 200% van de aanvaardbare tilgrens zijn. Bij het verschuiven in bed kunnen er echter ook nog een grote krachten ontwikkeld

Een glijzeil met trage uitvoering is dus steeds een noodzakelijk hulpmiddel wanneer de zorgvrager zich niet zelfstandig kan verplaatsen. Hoe zachter de matras is, hoe meer trekkracht er nodig is. Daarom moet bij een dynamische alterneringsmatras de zorgstand steeds geactiveerd worden. Bij zorgvragers met een groter lichaamsgewicht kan men de krachten ook verminderen door het bed in semi-Fowler of in Trendlenburg te plaatsen.

Metingen met verschillende types glijlakens tonen aan dat er een reductie is van trekkrachten in vergelijking met geen gebruik. Bij een 1-lagig glijlaken is er echter nog steeds een restrisico aanwezig. Enkel met twee gladde lagen kan men een gezonde waarde bereiken. Een groot glijzeil en een dubbele laag geniet dus de voorkeur. Gelijkaardige gladde hulpmiddelen zoals geïntegreerde glijlakens creëren dezelfde graad van gladheid waardoor deze evenwaardig kunnen ingezet worden als een glijzeil.

Transfers uit het bed gebeuren met een opstahulp of tillift vanaf MK C

Wanneer extra hulp nodig is bij verplaatsingen van bed naar zit en omgekeerd, is ondersteuning van een opstahulpmiddel of tillift vereist. Bij MK C versterken een opstahulpmiddel en actieve tillift de medewerking van de persoon. Wanneer dit niet meer mogelijk is, tilt een passieve tillift of plafondlift de passieve zorgvrager volledig op.

A cartoon illustration of two children using a stationary bike. The child on the right is seated and pedaling, wearing a green shirt and yellow pants. The child on the left is standing, wearing a white shirt and blue pants, and holding the handlebars. The bike is blue and has a yellow seat. The background is white.

13



der kracht nodig om recht te staan. De stahulp stimuleert de zorgvrager om actiever te zijn en mee te helpen bij transfers.

De actieve tillift en opstahulpmiddel zijn bedoeld voor korte verplaatsingen zoals van bed naar toilet of stoel. De zorgvrager staat met de voeten op een plaat en de knieën rusten tegen een kniesteun. Bij een actieve tillift is er een band achter de rug die de zorgvrager extra ondersteunt bij het rechtstaan. Er is nog stafunctie of beenkracht, maar niet voldoende om zelf recht te staan met een opstahulpmiddel.

Opstahulp voor verplaatsingen van bed naar zit.

MK D en E – passieve tillift en plafondlift

Wanneer er geen stafunctie of rompbalans meer is, dan is een passieve tillift of plafondlift aangewezen. Dit is voor mobiliteitsklasse D en E.

Basis is de biomechanische grens van 23kg voor het tillen onder optimale omstandigheden. Dat is een aanvaardbare belasting voor 99% van de mannen en 75% van de vrouwen. Wil men dat ook 90% van de vrouwen op een gezonde manier kunnen werken, dan is 15kg het maximale tilgewicht. Toegepast op de zorg betekent dit dat passieve zorgvragers steeds als "zwaar" worden beschouwd.



Passieve tillift voor verplaatsingen van bed naar zit.

Een passieve tillift, al dan niet met elektrische rijondersteuning, tilt de zorgvrager op met behulp van een tilband. De passieve vloerlift is vrijdbaar en kan op rem gezet worden. Een passieve plafondlift beweegt voort via een railsysteem aan het plafond. Voor het comfort van zowel de zorgvrager en zorgverlener zijn ze een goede oplossing. Vergeleken met een vloerlift is een plafondlift sneller, minder belastend voor de rug en vraagt minder spierwerk.

Effecten plafondlift

De plafondlift is een goed ergonomisch hulpmiddel, vooral in zorginstellingen waar men langer verblijft. Op 2 à 3 jaar tijd zijn de kosten immers terugverdiend door een daling in het aantal lichamelijke klachten.

Plafondliften verminderen de fysieke belasting tijdens de verplaatsingen in en uit bed. Het aantal lichamelijke klachten gerelateerd aan deze transfers verminderde met de helft. Bij verplaatsingen binnen het bed was er geen verschil. De plafondlift vereist de minste spieractiviteit van rug en schouders tijdens het verplaatsen van bed naar rolstoel en omgekeerd. Daarbij was er ook een duidelijk voordeel van de plafondlift ten opzichte van de passieve vloerlift.

Wat het comfort van de zorgvragers en zorgverleners betreft, is het gebruik van een plafondlift positief. Het maakt de job gemakkelijker. Een plafondlift is immers direct beschikbaar. Zorgverleners rapporteren minder klachten aan rug en schouders. De zorgvragers kiezen eveneens een plafondlift om verplaatst te worden. Ze voelen zich namelijk veiliger en minder gespannen.

Het werken met een plafondlift is sneller dan met een passieve vloerlift. De manuele uitvoering blijft wel het snelst. De aankoop van een plafondlift kost ook geld. Daar tegenover zijn er de baten: meer comfort en minder ziekte met bijhorende directe en indirecte kosten.

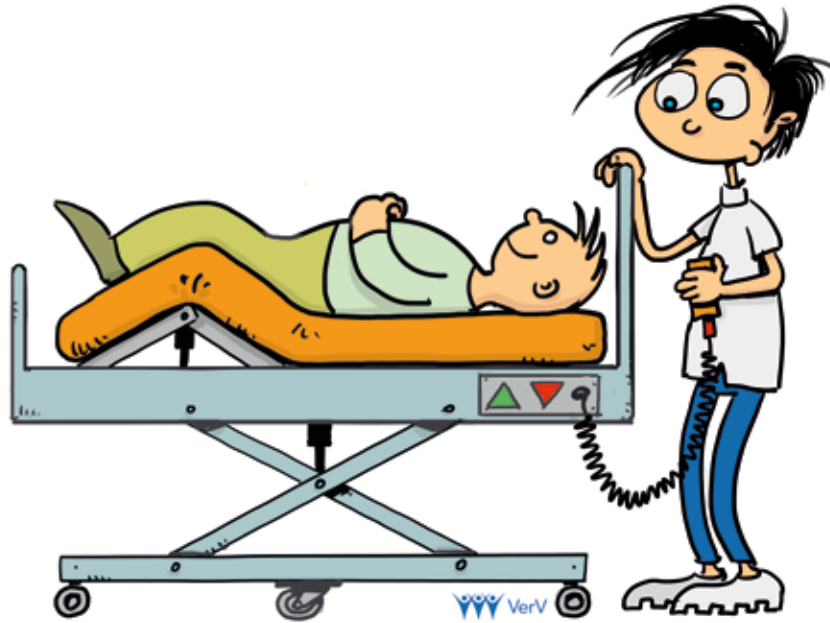
De plafondlift is een must in zorginstellingen waar men langer verblijft. Bij de nieuwbouw van een woonzorgcentrum zou men dit standaard moeten voorzien. Een plafondlift is een win-win-win: minder belastend voor zorgverlener, meer comfortabel voor zorgvrager en kosteneffectief voor de zorginstelling.

BASISSTELLING 4:

Voor zorgtaken is er steeds een hoog-laag voorziening nodig

Elektrisch hoog-laag bed

Verzorging gaat vaak gepaard met statische houdingen. Deze worden snel vermoeiend. Om een optimale werkhouding toe te laten, is steeds een hoog-laag bed vereist. Vanuit ergonomisch oogpunt bekeken, is dit de standaarduitrusting in de zorg.



Een elektrisch verstelbaar hoog-laag bed met verstelbare kniehoek.

Basis is de biomechanische grens, die zegt dat men niet langer dan één minuut met een gedraaide of gebogen ($>30^\circ$) rug mag werken. Een goede werkhoogte is een eerste voorwaarde voor een neutrale houding. Omdat niet alle zorgverleners en zorgvragers even groot zijn, zijn verstelbare oplossingen noodzakelijk.

Bij de aankoop van een bed wordt best rekening gehouden met een aantal basis ergonomische criteria:

- Elektrisch in hoogte verstelbaar bed: voldoende laag voor zittend transfers
- Richtingswiel: één of twee zwenkwieken die geblokkeerd kunnen worden of vijfde wiel
- Grote wielen met remsysteem
- Onderrijdbaar: open ruimte van 15 cm hoog
- semi-Fowler houding: verstelbare rug- en kniehoek en kanteling
- Trendelenburg en anti-Trendelenburg positie
- Verstelbaar onrusthekken, bedhekken of bedsponden
- Bedsponden in twee delen
- Eenvoudig voor opzetstukken: optrekbeugel, perfusietaander
- Wegklapbare voeteuiteinden
- Alle bedieningen makkelijk bereikbaar
- Vrije ruimte aan hoofduiteinde van 45cm

Als optie kunnen aan toegevoegd worden:

- Elektrische rollakens aan zijkant bed
- Verstelbare hoogte van de handgrepen om te duwen
- Kantelbed

Effecten van een hoog-laag bed

Een richtingswiel zorgt ervoor dat men beter rechtdoor kan rijden. De medewerkers moeten minder vaak de richting aanpassen (28%). Dit effect is vooral duidelijk bij zware patiënten (120 kg). Subjectief wordt een ziekenhuisbed met een gefixeerd zwenkwiel makkelijker en minder belastend ervaren.

In hoogte verstelbare handgrepen laten toe dat de duwhoogte van het bed kan aangepast worden. De belasting op de schouders is immers 30% lager dan wanneer iedereen op dezelfde hoogte van 110 cm moet duwen. Een goede hoogte voor de handgreep is op ellebooghoogte.

Een verstelbare rug- en kniehoek maken verschillende posities van het bed mogelijk. Een contourmechanisme betekent de kniehoek mee kan bewegen met de hoek van rugsteun. De zorgvrager zal minder afschuiven wanneer de rugleuning regelmatig wordt rechtop gezet. De zorgverlener zal ook minder of minder vaak de zorgvrager moeten verplaatsen of hogerop schuiven in bed.

Voor zorgtaken is steeds een hoog-laag voorziening nodig

Een verstelbare omgeving zoals hoog-laag toiletstoel, douchestoel, hoog-laag brandcard, badlift en hoog-laag zitvoorziening, ... laten ook toe dat randtaken in een goede rechtstaande werkhouding gebeuren.

■ Hoog-laag toiletstoel

Een hoog-laag toiletstoel is een hulpmiddel voor zorgvragers die niet zelfstandig naar het toilet kunnen wandelen. Dat maakt dat de toiletstoel ook gebruikt wordt in combinatie met een tillift en dus onderrijdbaar dient te zijn. Een hoog-laag model maakt het gaan zitten en opstaan gemakkelijker voor de zorgvrager.

■ Hoog-laag douche- stoel

Een hoog-laag douchestoel laat toe dat de zorgverlener bij het douchen kan helpen in een gezon-



Hoog-laag douchestoel

de houding. Andere randtaken zijn het afdrogen en aankleden waarbij een aangepaste hoogte welgekomen is voor de zorgverlener. Met sommige douchestoelen kan men ook over het toilet rijden.

■ Hoog-laag douchebrancard

Een hoog-laag douchebrancard is goed voor zorgverlener en zorgvrager. De hoogste stand van douchebrancard dient voldoende hoog te zijn zodat een goede werkhouding mogelijk is voor de grote zorgverlener. Voor de zorgvrager moet de douchebrancard ook laag genoeg kunnen voor een transfer vanuit de rolstoel. De douchebrancard kan ook als verzorgingstafel gebruikt worden.

■ Badlift

Een badlift is een zithulpmiddel om de zorgvrager uit bad omhoog te tillen of naar beneden te brengen. Een badlift komt in de hoogste stand gelijk met de bovenste rand van het bad. Zo kan de zorgvrager makkelijk in- en uitstappen. Tijdens het baden biedt de badlift ook een comfortabele zitpositie aan de zorgvrager.

BASISSTELLING 5:

Bij steunkousen is er steeds een hulpmiddel voor het aan- en uitdoen nodig

Aantrek hulpmiddel

Een hulpmiddel is altijd nodig bij het aan- en uittrekken van steunkousen vanaf drukklasse 2. Een steunkous moet goed spannen, wat het aan- en uitdoen een belastende karwei maakt. Een glijkous of aantrek hulpmiddel vermindert de belasting op de zorgverlener en verhoogt het comfort van de zorgvrager.

Er bestaan verschillende types hulpmiddelen in functie van steunkousen met open of gesloten voet. Een glijkous trekt men eerst aan over de voet. Daarna trekt men de steunkous aan tot men weerstand voelt. De steunkous doet men vervolgens verder aan door het hoger wrijven van de kous tot de enkel en voet goed omsluiten. Daarna verwijdert men het hulpmiddel.

Voor mensen die niet meer tot aan de voeten kunnen reiken, bestaat er een soort rekje waarover men de steunkous opspant. Zo kan men de voet makkelijker in de steunkous steken.

Een slide of glijkous kan men ook gebruiken voor uittrekken van steunkousen. Deze doet men eerst over de steunkous aan en plooit men om. De steunkous wordt vervolgens over de slide gewreven. Belangrijk is dat de slide steeds onder de steunkous blijft. Eens uit, kan men het hulpmiddel weer losmaken of laten losmaken.

Praktisch

De beste positie voor de zorgverlener is op een stoel of kruk recht tegenover de zorgbehoevende met de voet in het midden van de schoot. Zo kan men het meest symmetrisch werken. Rubberen handschoenen verbeteren de grip op de kous.

De beste moment om steunkousen aan te doen is vlak voor het opstaan, omdat de benen dan het minst gezwollen zijn. Vlak na het douchen is geen goed idee omdat de huid niet helemaal droog is en de grip op de huid vermindert.

BASISSTELLING 6:

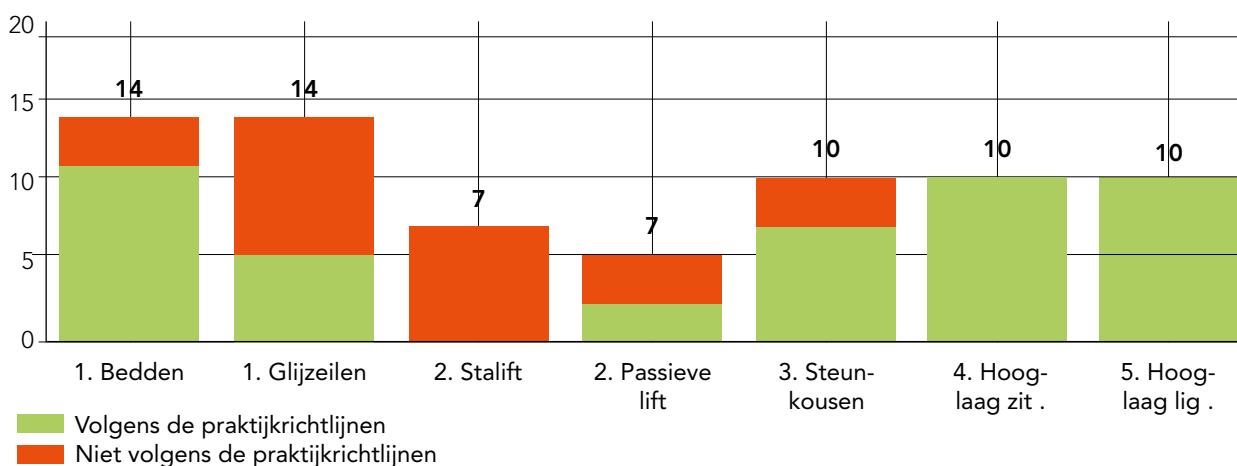
Het risico "verplaatsen van personen" wordt geëvalueerd met de (VerV)Tilthermometer

Tilthermometer

Het risico verplaatsen van mensen wordt geëvalueerd met de (VerV) Tilthermometer. In functie van de mobiliteitsklasse wordt per transfer bekeken of het vereiste hulpmiddel aanwezig is en gebruikt wordt. De Tilthermometer is ontwikkeld in Nederland. De Tilthermometer toetst eigenlijk af in hoeverre men bovenstaande basisstellingen toepast op afdelingsniveau.

Men deelt eerst het aantal patiënten van een afdeling in per mobiliteitsklasse. Die bepaalt voor elke transfer welke hulpmiddelen men dient in te zetten. Vervolgens be vraagt en scoort men voor hoeveel % van de patiënten in een bepaalde mobiliteitsklasse dit correct gebeurt. Dit herhaalt men voor elke type transfer.

De Tilthermometer is online beschikbaar en begeleidt de gebruiker door de verschillende stappen of transfers. Het eindresultaat is een grafiek die per transfer aangeeft of men het gepaste hulpmiddel wel of niet gebruikt. De rode balken duiden aan waar de vereiste hulpmiddelen niet gebruikt worden. Dit kan ook zijn omdat ze er niet zijn. De Tilthermometer maakt de zwakke punten van een afdeling in één oogopslag duidelijk.



De tabel communiceert eenvoudig en zet aan tot interventie. De tool kan ook gebruikt worden om het aankoopbeleid van hulpmiddelen te sturen.

De VerV Tilthermometer

De VerV Tilthermometer is een afgeleide variant van de Tilthermometer. Men beoordeelt de individuele zorgvrager per transfer en de terminologie van de hulpmiddelen is ook aangepast.

De VerV Tilthermometer start met een overzichtsblad. Hier lijst men eerst alle zorgvragers van een afdeling op. Per zorgvrager beoordeelt men dan de mobiliteitsklasse. Door het aanvinken van de mobiliteitsklasse, verschijnen automatisch welke hulpmiddelen vereist zijn bij de verschillende transfers voor deze zorgvrager. Worden de hulpmiddelen effectief gebruikt, dan is het werk klaar. De beoordelaar dient dus enkel af te vinken waar de basisstellingen niet gevolgd worden. Men kan op die manier heel concreet zien bij welke zorgvrager er geen gepast hulpmiddel is of gebruikt wordt.

Door dit voor elke zorgvrager apart te doen, krijgt men een overzicht van

1. de zorgzwaarte,
2. het aantal hulpmiddelen die nodig zijn voor de hele afdeling
3. het aantal hulpmiddelen die effectief gebruikt worden

De resultaten worden automatisch omgezet in cijfers en in grafiekvorm. In één oogopslag ziet men duidelijk de zwakke punten die interventie vereisen. De rode balken duiden aan waar de vereiste hulpmiddelen ontbreken en/of niet gebruikt worden.

Wanneer men de resultaten van deze individuele analyses samenvoegt, kan men op een objectieve manier een goede inschatting maken van het risico op overbelasting bij de zorgverlener. Op basis hiervan kan men vervolgens nagaan welke preventiemaatregelen er genomen moeten worden om dit risico verder te beperken. De VerV Tilthermometer vormt een goede basis voor een aangepast preventiebeleid.

De individuele aanpak sluit aan met een blik op de toekomst waar de mobiliteitsklassen gekoppeld zijn aan het elektronisch patiëntendossier. Enkele sleutelvragen uit de BelRAI bepalen dan op de achtergrond de mobiliteitsklasse of op de voorgrond de vereiste hulpmiddelen.

4. Wetgeving en normen

Codex boek VIII titel 3 Manueel hanteren van lasten

De welzijnswetgeving staat beschreven in de codex. Boek VIII Ergonomische belasting – titel 3 handelt specifiek over manueel hanteren van lasten. De werkgever is ertoe gehouden het risico zoveel mogelijk te voorkomen. Wanneer het risico niet kan voorkomen worden, dan dient het risico beoordeeld te worden met passende maatregelen. De medewerkers die blootgesteld zijn aan het risico dienen hierover geïnformeerd te worden. De opleiding rond een adequate werkwijze is in sommige situaties verplicht.

Het verplaatsen van mensen is een vorm van manueel hanteren van lasten en valt onder deze wetgeving. Manuele transfers wil men zoveel mogelijk uitsluiten voor de zorgverlener, maar tegelijk wil men de restcapaciteit van de zorgvrager zoveel mogelijk benutten. De hulpmiddelen kunnen dus begrepen worden als passende maatregelen. Om invulling te geven aan de risicoanalyse wordt meer concrete informatie gevonden in de internationale normen

ISO-TR 12296: manueel verplaatsen van patiënten

Het manueel hanteren van lasten is een belangrijke werkgebonden oorzaak van rugklachten. In de ISO-TR 12296 wordt een wetenschappelijk onderbouwde aanpak voorgesteld om de risico's te analyseren en te beheersen. Daarvoor zijn er vier stappen: risico inventariseren, analyseren, beheersen en evalueren.

Om het risico manueel verplaatsen van mensen te beoordelen, zijn er in de literatuur verschillende analysemethodes terug te vinden. De vier vaak gebruikte methodes zijn: Dortmund Approach, Tilthermometer, MAPO en PTAL.

■ Dortmund Approach

De Dortmund Approach uit Duitsland gaat uit van de biomechanische belasting op de lage rug. Voor verschillende transfers is in labo-onderzoek de drukkracht op de lage rug berekend. In functie van geslacht en leeftijd gelden specifieke grenswaarden, die zo bepalen of een manuele transfer aanvaardbaar is of niet.

■ Tilthermometer

De Tilthermometer uit Nederland bekijkt in functie van de mobiliteit van de zorgvrager welke hulpmiddelen noodzakelijk zijn om een manuele transfer te kunnen uitvoeren met een aanvaardbare belasting.

■ MAPO index

De MAPO index uit Italië is een index die het risiconiveau van een volledige afdeling in kaart brengt. Alle parameters die bijdragen tot het risiconiveau van de werknemers op de afdeling worden in rekening gebracht: mobiliteit patiënten, aantal verzorgenden, tilhulpmiddelen (tilliften), kleinere hulpmiddelen (glijzeilen), rolstoelen, omgeving en infrastructuur, opleiding verzorgenden.

■ PTAI

Het Patient Transfer Assessment Instrument (PTAI) uit Finland is een risicobeoordeling op individueel niveau en per transfer. In totaal worden 15 factoren geëvalueerd volgens het stoplichtmodel. Het gewogen gemiddelde van positieve criteria bepaalt de totaalbelasting.

