

Fysieke belasting en obesitas in het verpleeghuis

*Ergotherapeutische adviezen omtrent fysieke belasting van zorgmedewerkers
bij het verzorgen en verplaatsen van cliënten met obesitas binnen Laurens
Dijkveld, in coördinatie met de ergocoach*

Frédérique Baartmans

Opleiding ergotherapie

Laurens locatie Dijkveld

Stagebegeleiders: Marjolijn Dozy & Smally Rey

Afstudeerdocent: Drs. Nico van Hal

Inleverdatum: 11 juni 2020

Aantal woorden (exclusief voorblad, samenvatting, voorwoord,
inhoudsopgave, literatuurlijst en bijlagen): 6712



Voorwoord

Voor u ligt het afstudeeronderzoek 'Fysieke belasting en obesitas in het verpleeghuis' geschreven in het kader van afstuderen aan de opleiding Ergotherapie aan de Hogeschool Rotterdam. De aanleiding voor het schrijven van dit onderzoek was de groei in obese cliënten op mijn stageplek. Nog niet eerder had ik mij geïnteresseerd in deze doelgroep, echter is mijn interesse sterk gegroeid na het uitvoeren van dit onderzoek. Een van de uitkomsten van het praktijkonderzoek was dat veel mensen (onbewuste) vooroordelen hebben over mensen met obesitas. Ik ben me bewust geworden van het beeld dat ik zelf heb over deze doelgroep en heb mezelf meer verdiept in de oorzaken van obesitas, de oorzaak is namelijk niet simpelweg te veel lekkere dingen eten. Respect is altijd belangrijk in de zorg, echter is het extra belangrijk om je daar bij deze doelgroep bewust van te zijn. Dit hoop ik dan ook over te brengen in dit onderzoeksverslag.

Bij dezen wil ik graag Marjolijn en Smally bedanken voor de mogelijkheid en de ruimte voor het uitvoeren van dit onderzoek. Zonder jullie was ik nooit tot dit onderwerp gekomen.

Ook bedank ik alle respondenten die met enthousiasme reageerden op mijn uitnodiging voor een interview. Bedankt dat jullie tijd hebben gemaakt in deze gekke periode. Jullie passie voor deze doelgroep heeft mijn interesse nog verder aangewakkerd.

Nico van Hal, bedankt voor alle feedback op mijn concepten en het meedenken over mogelijkheden binnen mijn onderzoek.

Ten slotte bedank ik Luuk, mijn familie en vriendinnen. Bedankt voor alle steun en toeverlaat in de afgelopen periode, zonder jullie had ik het nooit gekund!

Ik wens u veel leesplezier toe.

Frédérique Baartmans

Rotterdam, 2 juni 2020

Samenvatting

Dit onderzoek is opgestart om de ergotherapeuten van Laurens Dijkveld informatie te verschaffen, om gedegen en betrouwbaar advies te kunnen geven aan het zorgpersoneel inzake het wassen, aankleden en verplaatsen van obese cliënten. Sinds 2016 is een groei in het gewicht van cliënten merkbaar. De ergotherapeut koppelt deze groei in gewicht aan de stijging in het aantal adviesvragen vanuit zorgmedewerkers omtrent fysieke belasting. De onderzoeksvraag luidt: “Welke door onderzoek onderbouwde adviezen kunnen de ergotherapeuten van Laurens Dijkveld in coördinatie met de ergocoaches geven aan het zorgpersoneel met betrekking tot het verzorgen en verplaatsen van oudere cliënten met obesitas, waarbij comorbiditeit in acht genomen wordt, om fysieke belasting te verminderen en fysieke klachten te voorkomen?” Het resultaat van dit onderzoek zal bestaan uit een schriftelijk adviesrapport met ergotherapeutische adviezen. Er zal rekening gehouden worden met comorbiditeit, daarom zal het advies zo veel mogelijk op maat zijn: per cliënt zal een advies geschreven worden. Daarnaast zal dit advies een implementatieplan bevatten.

Om antwoord te geven op de onderzoeksvraag is eerst een literatuurstudie uitgevoerd waarbij gezocht is in Cochrane, PubMed en Cinahl naar de prevalentie van fysieke klachten bij het verzorgen van obese cliënten en bewezen preventieve adviezen. Hiervoor zijn 13 artikelen geselecteerd.

Hieruit is gebleken dat het draaien en verplaatsen binnen bed voor veel fysieke belasting zorgt, alsmede het optillen van ledematen en reiken over het bed. Effectief bewezen preventieve adviezen zijn onder andere een hands-on training, gebruik maken van plafondliften & tilmatten voor ledematen en voldoende ruimte in de fysieke omgeving.

Vervolgens is een praktijkonderzoek uitgevoerd waarbij ergotherapeuten met expertise en ervaring met ouderen met obesitas zijn geïnterviewd over adviezen die zij geven aan zorgpersoneel en bijzondere ervaringen bij het werken met obese ouderen. Zij zijn telefonisch geïnterviewd aan de hand van een semigestructureerd interview. Tevens is in Dijkveld onderzoek gedaan door middel van semigestructureerde interviews naar de samenwerking tussen ergotherapeuten en ergocoaches, naar aanleiding van het Beleid Fysieke Belasting. Hieruit is onder andere gebleken dat het lichaamstype van de cliënt erg belangrijk is voor de adviezen die gegeven worden. Ook is het van belang om de omstandigheden voor de cliënt zo goed mogelijk te organiseren, zodat zij mee kunnen helpen met deeltaken. Leg bijvoorbeeld het bed niet plat, anders verplaatst het gewicht zich naar de borst wat benauwdheid veroorzaakt. Het is voor zorgverleners erg belangrijk om zich bewust te zijn van (onbewuste) vooroordelen over deze doelgroep. Een negatieve houding kan de motivatie van cliënten beïnvloeden, waardoor zorgmedewerkers meer deeltaken uitvoeren wat vervolgens tot meer fysieke belasting leidt. Uit de interviews met ergocoaches is gebleken dat zij de huidige samenwerking als prettig ervaren en geen mogelijkheden tot verandering zien.

Tijdens de uitvoering van dit onderzoek is gebleken dat het niet mogelijk is om individuele adviezen te schrijven. Dit is bemoeilijkt door het coronavirus, omdat aanwezigheid in Dijkveld niet mogelijk was en het niet mogelijk is om adviezen te geven zonder cliënten te zien. Echter komen uit dit onderzoek wel algemene adviezen en aandachtspunten.

Inhoudsopgave

Voorwoord	1
Samenvatting	2
1. Inleiding	4
1.1 Analyse	4
1.1.1 Werkwijze ergotherapeut bij het geven van adviezen aan zorgpersoneel	5
1.1.2 Beleid vanuit Laurens omtrent fysieke belasting	5
1.1.3 Uitvoering van het beleid binnen Dijkveld	6
1.2 Doel- en vraagstelling	6
2. Methode	8
2.1 Methode literatuurstudie	8
2.2 Methode praktijkonderzoek	9
3. Resultaten	11
3.1 Resultaten literatuurstudie	11
3.1.1 Prevalentie van fysieke klachten	11
3.1.2 Bewezen preventieve adviezen	11
3.2 Resultaten praktijkonderzoek	13
3.2.1 Bijzondere adviezen van ergotherapeuten	13
3.2.2 Implementatie van adviezen	15
3.2.3 Samenwerking met ergocoach	16
4. Discussie	18
4.1 Interpretatie resultaten	18
4.2 Sterke en zwakke punten	19
5. Conclusie	21
5.1 Aanbevelingen	21
Literatuurlijst	23
Bijlagen	26
Bijlage 1: Overzicht van cliënten met obesitas in Dijkveld	26
Bijlage 2: Zoektermen en zoekgeschiedenis	34
Bijlage 3: Topiclijst interview ergotherapeuten	36
Bijlage 4: Topiclijst interview ergocoaches	38
Bijlage 5: Uitgewerkte interviews en codeboom	39
Bijlage 6: Ergonomische adviezen bij oudere, obese cliënten	71
Bijlage 7: Implementatie in Dijkveld	74
Bijlage 8: Aanwezige tilliften en douchehulpmiddelen in Dijkveld	76
Bijlage 9: Beleidsnotitie Arbobeleid LB	77
Bijlage 10: Beleid fysieke belasting LB	79
Bijlage 11: Advies opdrachtgever	82

1. Inleiding

Dijkveld is een woonzorglocatie van Laurens in de wijk Hordijkerveld in Rotterdam. Hier wonen ouderen met lichamelijke klachten (Laurens, z.d.-a). Daarnaast hebben veel van deze cliënten een cognitieve beperking. De diëtiste merkt op dat sinds 2016 cliënten met een zwaarder gewicht opgenomen worden en dat het gewicht tijdens het verblijf toeneemt. De ergotherapeuten merken een groei in het aantal adviesvragen vanuit de zorgmedewerkers inzake het wassen, aankleden en verplaatsen van zware cliënten. De zorgmedewerkers vragen om ergonomische adviezen omdat zij lichamelijke klachten ervaren bij het uitvoeren van zorgwerkzaamheden. Momenteel zijn er drie zorgmedewerkers uitgevallen door nek- en schouderklachten. De teamleidster maakt zich zorgen dat er meer zorgmedewerkers gaan uitvallen.

1.1 Analyse

In het beleid van Laurens staat dat zij sturen op tevreden klanten, tevreden medewerkers en gezond rendement. Zij zoeken voortdurend de balans tussen kwaliteit van zorg, zorg voor medewerkers en zorg voor een goede bedrijfsvoering (Laurens, z.d.-b). Om de zorg voor medewerkers te waarborgen is het van belang de fysieke belasting zo laag mogelijk te houden.

In Dijkveld wonen momenteel 55 cliënten, waarvan 21 cliënten overgewicht hebben. Dit is door de diëtiste berekend aan de hand van de Body Mass Index (BMI). BMI is een index voor het gewicht in verhouding tot de lichaamslengte. De diëtiste maakt geen gebruik van aangepaste formules bij amputaties. Er wordt onderscheid gemaakt tussen de BMI van volwassenen van 18 tot 70 jaar en ouderen boven de 70 jaar. Voor ouderen boven de 70 jaar mag de BMI over het algemeen hoger zijn dan voor volwassenen; hier zijn verschillende meningen over. Voor ouderen boven de 70 jaar wordt over het algemeen aangehouden dat zij obesitas hebben als zij een BMI boven de 30 hebben (Zorg voor Beter, 2016). Deze indeling zal worden aangehouden binnen dit onderzoek.

In Dijkveld hebben 14 cliënten met een leeftijd van 70 jaar of ouder obesitas. Daarvan hebben 6 personen een BMI tussen de 30 en 35 en 8 personen hebben een BMI boven 35. Deze 8 BMI's variëren van 35,4 tot 44,2. Één cliënt jonger dan 70 jaar heeft een BMI hoger dan 40 en heeft morbide obesitas (Federatie Medisch Specialisten, 2011). Om de cohesie van het onderzoek te behouden wordt er van obesitas gesproken.

In bijlage 1 is te lezen welke comorbiditeit speelt bij de 15 cliënten met obesitas en welke aandachtspunten belangrijk zijn per cliënt op het gebied van ADL, transfers en mobiliteit. Bijna alle cliënten hebben de diagnoses diabetes mellitus type 2, hypercholesterolemie en hypertensie. Deze zijn in de meeste gevallen te wijten aan obesitas en zijn niet benoemd in bijlage 1. De meest voorkomende diagnoses zijn (poly- of gon-) artrose (6 cliënten), osteoporose (3 cliënten), COPD (3 cliënten), CVA (3 cliënten), hartfalen (3 cliënten) en beenamputaties (3 cliënten). Twee cliënten hebben een obesitasbed, daarnaast worden zes cliënten met douchen en/of transfers geholpen door twee zorgmedewerkers. Ten slotte is de diëtiste bij alle cliënten betrokken om adviezen te geven.

1.1.1 Werkwijze ergotherapeut bij het geven van adviezen aan zorgpersoneel

Nadat de ergotherapeut ingeschakeld is door een zorgmedewerker vindt een inventarisatie plaats van de ervaren problemen in een gesprek. Vervolgens observeert de ergotherapeut het zorgmoment waar problemen ervaren worden. Dit gebeurt met een open observatie of de A-ONE als deze van meerwaarde is. Zij analyseert het gehele zorgmoment waarbij klachten ervaren worden en blijft op de achtergrond om zo betrouwbaar mogelijk te kunnen observeren. Na de observatie vindt een evaluatie plaats met de betrokken zorgmedewerkers en zo nodig de teamleidster. Ten slotte brengt de ergotherapeut een advies uit, deze wordt gerapporteerd en verwerkt in het elektronisch cliëntendossier. Daarnaast wordt het advies mondeling overgedragen aan de betrokken zorgmedewerkers. De ergotherapeuten hebben nog geen informatie over het verzorgen en verplaatsen van cliënten met obesitas en willen hier meer kennis over opdoen, zodat zij betrouwbare adviezen kunnen geven.

De uitkomst van dit onderzoek zal de ergotherapeuten van Dijkveld informatie verschaffen om gedegen en betrouwbaar advies te geven aan het zorgpersoneel. Het maken van transfers wordt meegenomen in dit onderzoek omdat hierbij ook fysieke klachten worden ervaren.

Tijdens dit onderzoek dient rekening te worden gehouden met comorbiditeit, wat dit onderzoek complex maakt. Alle cliënten binnen Dijkveld hebben een lichamelijke beperking, een aantal bewoners hebben daarnaast cognitieve beperkingen. Dit onderzoek is innovatief omdat obesitas niet alleen in Dijkveld een groeiend probleem is, maar in heel Nederland. In 2017 had 14% van de bevolking een vorm van obesitas, in 1981 was dit percentage 5,4% (CBS, 2018). De kwaliteit van zorg omhoog zal omhoog gaan als de ergotherapeuten meer kennis krijgen over het ergonomisch verzorgen en verplaatsen van cliënten met obesitas.

1.1.2 Beleid vanuit Laurens omtrent fysieke belasting

In de beleidsnotitie arbobeleid (Laurens, 2015a) staat beschreven dat het arbobeleid van Laurens de basis voor goede arbeidsomstandigheden vormt. "Het arbobeleid is erop gericht dat werknemers veilig, verantwoord en met plezier kunnen werken. Bovendien draagt het bij aan een gezond werkklimaat, een goede kwaliteit van dienstverlening en leidt het tot een verhoging van de arbeidsparticipatie" (Laurens, 2015a, p. 1). Werken aan een veilige en gezonde werkomgeving is een gedeelde verantwoordelijkheid van de werkgever en werknemer.

Directie en leidinggevenden dienen te investeren in hulpmiddelen en trainingen, de werknemer volgt protocollen en voorschriften en is verantwoordelijk voor het veilig uitvoeren van zijn werkzaamheden. Het beleid fysieke belasting (Laurens, 2015b) vormt de basis waarop Laurens uitvoering geeft aan het terugdringen van fysieke belasting. Daarin staat fysieke belasting als volgt beschreven: "Fysieke belasting is de belasting die het lichaam ondervindt tijdens lichamelijke arbeid. Vooral gewrichten en spieren van de rug, nek, schouders en ledematen staan hieraan bloot. Lichamelijke overbelasting kan leiden tot gezondheidsklachten en verzuim of kan zelfs langdurige uitval veroorzaken" (Laurens, 2015b, p. 1).

1.1.3 Uitvoering van het beleid binnen Dijkveld

De ergocoach is een teamlid die extra verantwoordelijkheid op zich neemt voor de preventie en vermindering van fysieke belasting. Hij bekijkt met het team hoe risicovolle handelingen minder belastend kunnen worden gemaakt of voorkomen kunnen worden. Daarnaast geeft hij trainingen aan collega's over het terugdringen van fysieke belasting (Laurens, 2015b).

Het adviseren van zorgpersoneel over de meest ergonomische uitvoering van zorgtaken wordt gedaan door ergotherapeuten, ergocoaches en fysiotherapeuten. De taakverdeling en het verschil in adviezen van de ergotherapeut of ergocoach zijn niet duidelijk voor de ergotherapeut. Deze taakverdeling is in loop der jaren zo gegroeid, de disciplines hebben zich gespecialiseerd in zaken die vanuit hun vakgebied passen.

De ergocoaches en ergotherapeut werken momenteel los van elkaar. Vermoedelijk zal een samenwerking voordelen opleveren, daarom zal een deelvraag worden opgesteld omtrent deze samenwerking.

Het resultaat van dit onderzoek zal bestaan uit een schriftelijk adviesrapport. Hierin zullen ergotherapeutische adviezen staan aan zorgpersoneel omtrent het verzorgen en verplaatsen van cliënten met obesitas. Het advies zal zo veel mogelijk op maat zijn, waarbij rekening gehouden wordt met comorbiditeit: per cliënt zal een advies geschreven worden.

Daarnaast zal dit advies een implementatieplan bevatten, waarin de resultaten van het onderzoek vergeleken worden met de organisatorische haalbaarheid. Er wordt rekening gehouden met mogelijke implementatieproblemen zoals wisselingen in personeel, mogelijkheden van het gebouw en budget. Ten slotte zal het resultaat een advies bevatten over de samenwerking tussen de ergotherapeut en ergocoach.

1.2 Doel- en vraagstelling

Het doel van dit onderzoek is: Onderbouwde informatie aanreiken aan de ergotherapeuten van Laurens Dijkveld over het verzorgen en verplaatsen van cliënten met obesitas, waarbij comorbiditeit in acht genomen wordt, zodat zij deze in coördinatie met de ergocoaches kunnen overbrengen naar het zorgpersoneel, om zo fysieke belasting te verminderen en fysieke klachten te voorkomen.

De onderzoeksvraag luidt: Welke door onderzoek onderbouwde adviezen kunnen de ergotherapeuten van Laurens Dijkveld in coördinatie met de ergocoaches geven aan het zorgpersoneel met betrekking tot het verzorgen en verplaatsen van oudere cliënten met obesitas, waarbij comorbiditeit in acht genomen wordt, om fysieke belasting te verminderen en fysieke klachten te voorkomen?

Deelvragen daarbij zijn:

Voor de literatuurstudie:

1. Wat is er bekend vanuit wetenschappelijk onderzoek over de prevalentie van fysieke klachten van zorgpersoneel bij het verzorgen en verplaatsen van ouderen met obesitas?
2. Welke adviezen zijn effectief bewezen over preventie van fysieke klachten onder zorgpersoneel bij het verzorgen en verplaatsen van ouderen met obesitas?

De deelvragen voor het literatuuronderzoek zijn opgesteld om een algeheel beeld te krijgen over de ervaren fysieke klachten van het zorgpersoneel. Daarnaast wordt onderzocht welke preventieve adviezen effectief bewezen zijn. Deze adviezen zullen verwerkt worden in het schriftelijk adviesrapport.

Voor het praktijkonderzoek:

3. Welke bijzondere adviezen geven ergotherapeuten binnen gespecialiseerde obesitas verpleeghuizen aan het zorgpersoneel omtrent verzorgen en verplaatsen van ouderen met obesitas en welke onderbouwing gebruiken zij hiervoor?
4. Op welke manier kunnen de adviezen effectief geïmplementeerd worden binnen Laurens Dijkveld?
5. Wat is de rol van de ergocoaches en hoe zou de samenwerking met de ergotherapeuten vormgegeven moeten worden?

In het praktijkonderzoek wordt onderzocht welke bijzondere adviezen ergotherapeuten van andere instellingen geven, zodat inspiratie wordt opgedaan voor de specifieke ergonomische benadering die per cliënt nodig is. Om de adviezen zo effectief mogelijk te maken is deelvraag 4 opgesteld. Ten slotte is deelvraag 5 opgesteld omdat er onduidelijkheid bestaat over de rolverdeling en samenwerking tussen de ergotherapeuten en ergocoaches.

2. Methode

2.1 Methode literatuurstudie

Deelvraag 1 ‘wat is er bekend vanuit wetenschappelijk onderzoek over de prevalentie van fysieke klachten van zorgpersoneel bij het verzorgen en verplaatsen van ouderen met obesitas?’ en deelvraag 2 ‘welke adviezen zijn effectief bewezen over preventie van fysieke klachten onder zorgpersoneel bij het verzorgen en verplaatsen van ouderen met obesitas?’ zijn beantwoord door middel van een literatuurstudie. Uit de deelvragen vloeide de volgende PICO voort:

Patiëntengroep: zorgpersoneel

Interventie: verzorgen en verplaatsen van ouderen met obesitas in verpleeghuizen

Co-interventie: niet van toepassing

Outcome: prevalentie van fysieke klachten & effectief bewezen adviezen om fysieke klachten voorkomen

De bijpassende zoektermen zijn te vinden in bijlage 2.

De gebruikte databases zijn Cochrane, Pubmed en Cinahl. Voor Cochrane is gekozen vanwege de hoge kwaliteit van bewijs, voor PubMed is gekozen omdat deze vrij toegankelijk is en biomedische literatuur bevat en Cinahl is gekozen omdat deze zich richt op paramedische beroepen en verpleegkunde (Verhoef, Kuiper, Neijenhuis, Dekker-van Doorn & Rosendal, 2019). Artikelen gericht op verpleegkunde passen goed bij de opgestelde vraagstelling, omdat de focus ligt op het zorgpersoneel.

Een sensitieve zoekstrategie is toegepast door weinig zoektermen te combineren waardoor veel artikelen verschenen. Vervolgens zijn zoektermen gecombineerd met Booleaanse operatoren ‘AND’ en ‘OR’ om relevante artikelen te vinden. Er is voor deze zoekstrategie gekozen zodat er geen relevante artikelen gemist werden. De titel van het artikel werd eerst bekeken, als de titel relevant leek te zijn werd de abstract gelezen en ten slotte het full-text artikel. De literatuurlijst van relevante artikelen is doorgelezen om na te gaan of andere relevante artikelen hierin vermeld staan, dit wordt de sneeuwbalmethode genoemd (Verhoef et al., 2019).

De artikelen voldoen aan de volgende criteria:

- Het artikel moet antwoord geven op de onderzoeksvraag;
- Er is een voorkeur voor zo actueel mogelijk bewijs om zo accuraat mogelijk bij de actuele situatie aan te sluiten;
- Er wordt prioriteit gegeven aan een zo hoog mogelijke vorm van bewijs;
- Beschikbaarheid in full-text is noodzakelijk;
- Het artikel moet Engels- of Nederlandstalig zijn.

2.2 Methode praktijkonderzoek

In het praktijkonderzoek is gefocust op deelvraag 3, 4 en 5 die luiden ‘welke bijzondere adviezen geven ergotherapeuten binnen gespecialiseerde obesitas-verpleeghuizen aan het zorgpersoneel omtrent verzorgen en verplaatsen van ouderen met obesitas en welke onderbouwing gebruiken zij hiervoor?’, ‘op welke manier kunnen de adviezen effectief geïmplementeerd worden binnen Laurens Dijkveld?’ & ‘wat is de rol van de ergocoaches en hoe zou de samenwerking met de ergotherapeuten vormgegeven moeten worden?’.

Dit onderzoek is gericht op de praktijkervaring van ergotherapeuten die werkzaam zijn met ouderen met obesitas. Daarnaast is onderzoek gedaan naar de praktijkervaring van ergocoaches en hun visie op de samenwerking met ergotherapeuten binnen Dijkveld. Dit is gedaan door middel van fenomenologisch onderzoek, omdat dit onderzoek uitgaat van ervaringen.

Verpleeghuizen met een gespecialiseerd obesitasteam of obesitas-afdeling zijn via een mail benaderd, waarin contact met de ergotherapeut verzocht werd. Bij geen respons is het betreffende verpleeghuis telefonisch benaderd. Ten slotte is het persoonlijke netwerk geraadpleegd voor mogelijke respondenten. Alle ergocoaches zijn via mail benaderd voor een interview. In verband met het coronavirus zijn alle interviews telefonisch afgenomen. Vanwege de tijd die besteed kan worden aan dit onderzoek is de richtlijn om 6 ergotherapeuten en alle ergocoaches van Dijkveld te interviewen. Aan het eind van elk interview is de respondent gevraagd of zij andere ergotherapeuten kennen met expertise over ouderen met obesitas; op deze manier werd de groep respondenten groter (Verhoef et al., 2019). Deze ergotherapeuten zijn vervolgens benaderd via mail.

De inclusiecriteria zijn:

- Ergotherapeut werkzaam met oudere cliënten met obesitas
- Ergotherapeut met ervaring in het geven van adviezen aan zorgpersoneel
- Er wordt geen onderscheid gemaakt tussen ergotherapeuten van eenzelfde organisatie, mits zij op verschillende locaties werken. De verwachting is dat zij verschillende casussen en ervaringen hebben.

Er zijn semigestructureerde interviews afgenomen. Hierin zijn ergotherapeuten gevraagd naar bijzondere ervaringen in en praktijkoplossingen voor een effectieve ergonomische omgang met obese cliënten. Tevens is in Dijkveld onderzoek gedaan naar de coördinatie van het beleid fysieke belasting, met name over de taakverdeling en samenwerking tussen ergotherapeuten en ergocoaches. De semigestructureerde interviews bestonden uit open vragen; deze zorgen ervoor dat de respondent meer informatie geeft in zijn antwoorden. Daarnaast is doorgevraagd op wat de respondent vertelde (Miles & Gilbert, 2005). In bijlagen 3 en 4 zijn de topiclijsten te vinden voor de interviews met ergotherapeuten en ergocoaches.

Alle interviews zijn met toestemming van de respondent opgenomen. Alle gegevens zijn anoniem verwerkt. Tijdens de interviews zijn aantekeningen gemaakt, die direct na het interview zijn

aangevuld. De transcripten zijn in detail uitgewerkt aan de hand van de audio opname, hierbij zijn enkele citaten letterlijk overgenomen.

Er is gekozen voor deze werkwijze omdat dit tijdsefficiënt is en de gegeven adviezen hier voldoende duidelijk in kunnen worden beschreven. Vervolgens is een member check uitgevoerd om te controleren of de beschreven informatie herkenbaar is voor de respondent en om betrouwbaarheid van het onderzoek te vergroten (Verhoef et al., 2019). Hiervoor is het transcript naar de respondent gemaild. Eventuele aanpassingen of aanvullingen zijn nadien verwerkt. De transcripten zijn vervolgens door middel van een coderingssysteem uitgewerkt: oriënteren op coderen, open coderen, axiaal coderen en selectief coderen (Dingemanse, 2019).

3. Resultaten

3.1 Resultaten literatuurstudie

Uit de databanken Cochrane, PubMed en Cinahl werden op basis van de titel 38 artikelen geselecteerd. Op basis van de abstracts bleven 13 artikelen over die relevant bleken voor dit onderzoek. Ten slotte zijn alle artikelen full-text gelezen. De artikelen bestaan uit 5 literatuur reviews, 4 cross-sectionele onderzoeken, 1 systematische review, 1 preliminaire studie, 1 pre-post interventie studie en 1 kwantitatief onderzoek. Opvallend is dat alle onderzoeken uitgevoerd zijn in de Verenigde Staten. De informatie over de Verenigde Staten zal niet worden benoemd, echter zal het onderzoek wel gekoppeld worden aan informatie uit Nederland. De uitkomsten van het literatuuronderzoek hebben beide deelvragen voldoende beantwoord en zullen worden gebruikt voor het vormen van het praktijkonderzoek, het schriftelijke advies en de implementatieplannen.

3.1.1 Prevalentie van fysieke klachten

Het draaien en verplaatsen binnen het bed is de handeling die het meest wordt benoemd als fysiek belastend (Choi & Brings, 2016; Randall, Pories, Pearson & Drake, 2009; Nelson & Baptiste, 2004; Humphreys, 2007). Andere handelingen binnen het bed die veel fysieke belasting opleveren zijn het optillen van ledematen en reiken over het bed (Muir & Archer-Heese, 2009).

Er is een hoger risico geassocieerd met overbelasting, moeizame houdingen en repetitieve handelingen. De meest belastende handelingen zijn verticale transfers, bijvoorbeeld van bed naar rolstoel, helpen bij toilettaken, herpositionering in bed en rolstoel en transfers over stand, zonder tillift (Choi & Brings, 2016; Nelson & Baptiste, 2004; Menzel et al., 2004).

Het handmatig mobiliseren van cliënten met obesitas verhoogt het risico op letsel bij zorgverleners (Randall et al., 2009; Menzel et al., 2004).

Het verzorgen van cliënten wordt merkbaar bemoeilijkt als cliënten naast obesitas lichamelijke handicaps, een stoornis in cognitieve functie en/of fluctuaties in conditie hebben. Dit levert meer fysieke belasting op voor zorgmedewerkers (Nelson & Baptiste, 2004).

Verpleegkundig personeel ervaart onvoldoende fysieke ruimte om zorg te bieden aan de obese cliënten (Harris & Castle, 2019; Nelson & Baptiste, 2006). Werkgerelateerde fysieke klachten in de rug, polsen, knieën en schouders zijn vergroot wanneer verpleegkundigen werken met cliënten met obesitas (Choi & Brings, 2016; Menzel, Brooks, Bernard & Nelson, 2004).

Fysieke klachten zijn te voorkomen; er moeten echter veel veranderingen op de werkplek plaatsvinden om preventie en veilig tillen te garanderen. Het is belangrijk dat zorgverleners zich bewust zijn van de groei van het aantal cliënten met obesitas (Humphreys, 2007).

3.1.2 Bewezen preventieve adviezen

Een hands-on training over het omgaan en verzorgen van obese cliënten voor het (zorg)personeel wordt aangeraden. Met name zodra er een nieuwe cliënt met obesitas wordt opgenomen (Choi & Brings, 2016; Muir & Archer-Heese, 2009; Nelson & Baptiste, 2006). Daarnaast wordt beschreven dat

het bewust maken van zorgpersoneel over mogelijke risicofactoren een helpende preventieve interventie is. Zorgpersoneel gaat daarna op een bewuste manier te werk (Choi & Brings, 2016).

Naarmate de BMI toeneemt, is er meer personeel nodig voor hulp bij ADL om fysieke belasting zo laag mogelijk te houden. Bij eetactiviteiten speelt dit geen rol, cliënten kunnen dit over het algemeen zelfstandig (Kosar, Thomas, Gozalo & Mor, 2018; Harris et al., 2018; Felix, 2008).

Protocollen en/of een training over het juist gebruik maken van tilliften bij obese cliënten worden aangeraden. Als deze worden geïmplementeerd zal het zorgpersoneel zorgvuldigere transfers maken en minder fysieke klachten ervaren (Choi & Brings, 2016; Muir & Archer-Heese, 2009; Harris, Engberg & Castle, 2018). Een protocol omtrent niet manueel tillen is nuttig omdat zorgpersoneel eerder een tillift zal gebruiken (Choi & Brings, 2016). Elke cliënt dient aanbevelingen te krijgen over de omgang en de manier van verzorgen. De omschrijving hiervan moet ten minste het aantal personeelsleden, de benodigdheden en de wijze van transfer bevatten (Muir & Archer-Heese, 2009). Ten slotte moeten cliënten zoveel mogelijk gestimuleerd worden om te helpen zodat het aantal benodigde handelingen verminderd (Nelson & Baptiste, 2004; Menzel et al., 2004).

De meest genoemde preventieve interventie op het vlak van apparatuur is het gebruik van plafondliften. Het neemt minder ruimte in en heeft minder personeel nodig dan andere tilliften (Choi & Brings, 2016; Miller, Engst, Tate & Yassi, 2006; Muir & Archer-Heese, 2009; Nelson & Baptiste, 2004). Een plafondlift vergt minder spieractiviteit dan andere tilliften (Keir & MacDonell, 2004). Het gewicht van een been is ongeveer 16% van het totale lichaamsgewicht, tilmatten voor ledematen worden aangeraden om fysieke belasting te verminderen (Muir & Archer-Heese, 2009). Obesitas-bedden, bij voorkeur met uitbreidbaar dek, worden aangeraden. Een uitbreidbaar dek zorgt ervoor dat het bed door deuropeningen kan gaan en vervolgens kan worden vergroot om de cliënt voldoende ondersteuning te bieden (Muir & Archer-Heese, 2009). Daarnaast hebben zwaarlijvige cliënten met een obesitas-bed minder hulp nodig van zorgpersoneel (Choi & Brings, 2016; Harris, Engberg & Castle, 2018). Als laatste worden obesitas-douchestoelen en -douchestretchers genoemd. Naast comfort voor de cliënt zorgen deze ervoor dat het positioneren van de cliënt minder fysieke inspanning kost voor zorgmedewerkers (Muir & Archer-Heese, 2009).

De fysieke omgeving van de cliënt is een belangrijk onderwerp in verscheidene artikelen. Voldoende ruimte in kamers is van belang om extra personeel kwijt te kunnen, maar ook de obesitas-tillift en een obesitas-bed. Als er niet voldoende ruimte is moet het zorgpersoneel belastende houdingen aannemen wat fysieke klachten veroorzaakt (Choi & Brings, 2016; Muir & Archer-Heese, 2009; Harris, Engberg & Castle, 2018). Choi & Brings (2016) raden aan om hier in de toekomst rekening mee te houden bij het ontwerp van nieuwe gebouwen, zodat er grotere kamers zijn en mogelijkheden voor plafondliften.

Ten slotte wordt een regelmatige ergonomische evaluatie met zorgpersoneel aangeraden, zodat zij bewust blijven van eventuele risico's. Daarnaast blijft de ergotherapeut op deze manier op de hoogte van fysieke belasting voor uitval plaatsvindt (Choi & Brings, 2016).

3.2 Resultaten praktijkonderzoek

In Nederland zijn twee verpleeghuizen met een gespecialiseerd obesitasteam of obesitas-afdeling, zij zijn via mail benaderd. Één organisatie reageerde dat zij vanwege drukte door het coronavirus niks konden bijdragen. De andere organisatie heeft niet gereageerd. De eerste respondent is geworven door connecties in het persoonlijke netwerk. Alle volgende ergotherapeuten zijn geworven door respondenten te vragen of zij andere ergotherapeuten kennen met expertise over ouderen met obesitas. Zodanig hebben er alsnog interviews plaatsgevonden met ergotherapeuten werkzaam op de twee gespecialiseerde verpleeghuizen. Uiteindelijk zijn vijf ergotherapeuten, van vier verschillende organisaties, benaderd en geïnterviewd. De ergotherapeuten van de overlappende organisatie werkten op verschillende locaties. Twee ergotherapeuten zijn werkzaam in Rotterdam, één ergotherapeut in Boxtel en één ergotherapeut in Eindhoven. Ten slotte werkt één ergotherapeut bij een trainingsbureau dat incompany trainingen geeft aan ergotherapeuten en ergocoaches over ergonomisch handelen bij cliënten met obesitas. Één van de ergotherapeuten heeft bij een hulpmiddelenleverancier gewerkt als transferspecialist met specialisme obesitas. Er is een member check via mail uitgevoerd voor interview 1 tot en met 4. De member check van interview 5 is telefonisch uitgevoerd.

Bij de afdeling ergotherapie was één ergocoach bekend. Zij is telefonisch benaderd om een belafsprak te maken voor het interview. Via deze ergocoach zijn de drie andere ergocoaches in beeld gekomen, zij zijn via mail benaderd voor een interview. Van één ergocoach is geen reactie gekomen, de overige twee zijn telefonisch geïnterviewd. De transcripten van de interviews van ergocoach 1 en 2 zijn via mail verstuurd voor een member check, ergocoach 1 heeft echter niet gereageerd. De member check van het interview van ergocoach 3 is telefonisch uitgevoerd. Alle uitgewerkte interviews en de codeboom zijn te vinden in bijlage 5.

3.2.1 Bijzondere adviezen van ergotherapeuten

Adviezen & hulpmiddelen

Alle ergotherapeuten benoemden verschillende lichaamstypes die voorkomen bij obese cliënten. De meest genoemde vormen zijn de appel- en peervorm, waarbij de appelvorm het gewicht rond de buik draagt en de peervorm het gewicht rond de buik en heupen draagt. Twee ergotherapeuten benoemden daarnaast de champignonvorm, waarbij de omvang van billen en benen het grootst is. Voornamelijk voor het aanmeten van tilmatten is de lichaamsvorm belangrijk; deze worden over het algemeen in de lengte gemeten, voor cliënten met een peervormig lichaam is de breedte belangrijk. Als hiermee geen rekening wordt gehouden kan de tilmat de benen afknellen. Daarnaast kan het voor een cliënt met een peervormig lichaam onprettig zijn om op de zij te liggen. De manieren van

opstaan en bewegen zijn erg verschillend bij de verschillende lichaamsvormen; vraag aan de cliënt hoe hij vroeger opstond of vraag dit aan familie.

Het is belangrijk om niet standaard een obesitas-bed in te zetten. Een obesitas-bed kan de zorg onnodig zwaar maken, omdat zorgpersoneel verder moet reiken over het bed. Cliënten met een peer- of champignonvorm hebben sneller een obesitas-bed nodig omdat zij breder zijn.

Voor veel cliënten met obesitas is het niet prettig als het bed plat wordt gelegd, omdat het gewicht zich verplaatst naar de borst wat benauwdheid veroorzaakt. Hierdoor kunnen cliënten minder goed assisteren. Dit geldt voor alle obese cliënten, maar voornamelijk voor cliënten met een appelvorm. Dit is extra belangrijk bij cliënten met COPD of andere longproblemen.

Houd rekening met het gewicht dat drukt op pijnlijke gewrichten, vooral bij cliënten die artrose hebben.

Als cliënten niet op een zij kunnen blijven liggen, of als de cliënt niet het bedhek kan vastpakken door bijvoorbeeld een halfzijdige verlamming, gebruik je sneller lakens in bed om de cliënt te helpen met draaien. Er zijn verschillende hulpmiddelen op de markt om een cliënt te helpen draaien zoals de maxi transfer sheet van Arjohuntleigh of de turnsheet van Romedic.

Het is niet mogelijk om adviezen te formuleren voor andere ziektebeelden, omdat dit erg individueel is.

Een aantal algemene tips bij het verzorgen van cliënten met obesitas zijn:

- Zet het bed van cliënten van obesitas niet op heuphoogte, maar iets lager. De massa van de cliënt ligt namelijk hoger.
- Als een cliënt met een passieve tillift getild wordt, is het beter om de cliënt zoveel mogelijk liggend te tillen. Als de cliënt zittend getild wordt drukt alle massa op de buik en benen, wat niet alleen pijnlijk is voor de cliënt, maar ook voor schuur- en drukplekken zorgt.
- De plek waarop je duwt om een cliënt te draaien in bed is belangrijk: duw niet tegen de buik, dit kan weefselschade veroorzaken in de onderhuidse structuur. Duw op de grote botten en gebruik glijzeilen.

Door vier ergotherapeuten werd de site BMI40+ van GoedGebruik aangeraden. Hierop staan verschillende instructiefilmpjes over zorghandelingen bij cliënten met obesitas. Alle toepasbare adviezen zullen worden verwerkt in bijlage 8.

Verschiedende factoren spelen mee in het keuzeproces voor een hulpmiddel. Het gemiddelde gebruikersgewicht van reguliere zorgvoorzieningen in Nederland is 160 tot 180 kilogram. Er is niet altijd speciaal materiaal nodig. Het zoeken naar passende middelen kost meer tijd, omdat er weinig bekend is over mogelijke hulpmiddelen voor deze doelgroep. Het is belangrijk om op de hoogte te blijven van beschikbare hulpmiddelen en weten waar je deze kan vinden.

Het is moeilijk om aan te geven met hoeveel personen zorg moet worden verleend bij cliënten met obesitas, dit moet zich in de loop van de tijd uitwijzen. Dit hangt af van het beschikbare materiaal,

zorgzwaarte van de cliënt, zijn zelfstandigheid, onderliggende problemen en ervaring van het zorgpersoneel met betreffende materialen/technieken.

Het is belangrijk om een beeld te hebben van de mogelijkheden van de cliënt. De ergotherapeuten doen dit voornamelijk aan de hand van de mobiliteitsklassen. Bij deze doelgroep is het extra belangrijk om te kijken naar individuele mogelijkheden, omdat er snel in problemen wordt gedacht.

Negativiteit van zorgpersoneel

Drie van de vijf ergotherapeuten benoemden negativiteit van het zorgpersoneel als een groot probleem. Puur kijkende naar de zorgzwaarte hoeft deze niet per se hoger te zijn bij cliënten met obesitas, terwijl dit wel zo voelt. Er wordt vaker gezocht door het personeel, of zij willen een bepaalde cliënt niet verzorgen. Zorgpersoneel lijkt daarnaast te denken dat aangepast materiaal nodig is vanwege het gewicht van de cliënt, echter is dit niet altijd nodig. Met reguliere hulpmiddelen kan al een groot verschil gemaakt worden, zolang dit veilig is met het gebruikersgewicht.

Daarnaast lijkt de motivatie om te zoeken naar oplossingen of hulpmiddelen minder groot voor deze doelgroep. Vaak wordt er gedacht dat mensen er zelf voor hebben gezorgd dat zij zwaar zijn.

Cliënten merken deze negativiteit, hierdoor worden zij verdrietig en vertonen zij passiever gedrag.

Zij zijn minder gemotiveerd om deeltaken zelfstandig uit te voeren.

Één van de ergotherapeuten laat een video zien met uitleg over obesitas. Een andere ergotherapeut geeft aan dat zij nuchter probeert uit te leggen dat meer gewicht geen probleem hoeft te zijn.

‘Het is me vooral bijgebleven dat mensen niet weten wat obesitas inhoudt en hier heel bang voor zijn’. - Ergotherapeut 4

Drie ergotherapeuten benoemen dat zij een opleiding hebben gevolgd bij Zwaartepunt. Hier hebben zij veel kennis opgedaan aangaande het verzorgen van cliënten met obesitas. Daarnaast verwijzen zij regelmatig naar de eerder genoemde site BMI40+. Dit gebruiken zij als onderbouwing.

3.2.2 Implementatie van adviezen

Implementatie op de werkvloer

Alle ergotherapeuten geven aan dat hun adviezen niet altijd worden opgevolgd. Drie ergotherapeuten benoemen dat zij meegaan met de zorg en meerdere keren gaan helpen, om implementatie te waarborgen. Een andere ergotherapeut geeft aan dat zij actief betrokken probeert te blijven door bijvoorbeeld een week lang aan te sluiten in de ochtendzorg. Het werkt het beste om een hulpmiddel samen met het zorgpersoneel uit te proberen en te ontdekken. Betrek (waar mogelijk) de cliënt bij het bedenken van de oplossing. Dit zorgt voor draagkracht.

‘Wij overleggen veel met de zorg, zodat het een gezamenlijk plan is en dat het niet wordt: de zorg moet uitvoeren want de ergo adviseert. Niet adviezen geven aan, maar samen komen tot de passende oplossing.’ - Ergotherapeut 5

Het is belangrijk om in het dossier te verwerken waarbij de cliënt hulp nodig heeft, welke technieken het beste werken, welke hulpmiddelen nodig zijn en met hoeveel personen de zorg verleend moet worden.

Wegen van cliënten wordt door twee ergotherapeuten genoemd als essentieel. Dit beïnvloedt de keuze die je maakt voor een hulpmiddel, omdat een cliënt soms op de grens zit van het veilige gebruikersgewicht. Daarnaast is wegen belangrijk voor de beeldvorming van het personeel, omdat zij vaak denken dat een cliënt zwaarder is dan dat hij daadwerkelijk is. Cliënten worden bij voorkeur wekelijks gewogen, omdat het niet altijd goed te zien is wanneer iemand is aangekomen.

Implementatie binnen het management

Het materiaal voor cliënten met obesitas kost meer geld, terwijl de indicatie voor obese cliënten hetzelfde is als voor cliënten zonder obesitas. Daarnaast is voor verzorging van obese cliënten meer personeel nodig, wat de kosten voor deze cliëntgroep hoog maakt. Soms moet een woonlocatie nadenken over een stop op de opname van zwaardere cliënten om zorgpersoneel te beschermen. Wees grondig bij een nieuwe opname, weet het gewicht en de maten voordat iemand opgenomen wordt. Met deze gegevens dient kritisch te worden bekeken of de benodigde zorg geleverd kan worden. Daarnaast is de mogelijkheid om andere locaties aan te spreken die meer mogelijkheden hebben voor deze doelgroep, zoals bredere deuren en plafondliften. Er is vaak geen vastgelegd plan voor deze doelgroep, omdat opnames sporadisch zijn.

Houdt bij toekomstige nieuwbouw rekening met deze opkomende doelgroep. Denk hierbij aan mogelijkheden tot plafondliften en ruime kamers. Hangende toiletten worden afgeraden omdat deze minder gewicht kunnen dragen.

3.2.3 Samenwerking met ergocoach

Taken ergocoach

Ergocoaches houden zich bezig met het geven van scholingen voor leerlingen en nieuwe werknemers met betrekking tot het omgaan met tilliften, naar aanleiding van het tilprotocol. Als een zorgmedewerker nek of rugklachten ervaart wordt de ergocoach door de teamleider gevraagd of het zorgmoment bekeken kan worden. Hier bekijkt de ergocoach of de collega een juiste houding aanneemt en passend materiaal gebruikt. Daarnaast controleren ergocoaches of tilmatten en hulpmiddelen nog in orde zijn. De ergocoaches zijn de ogen en oren op de afdeling, zij signaleren problemen.

Samenwerking ergocoaches met ergotherapeuten

Één van de ergotherapeuten geeft aan dat een mogelijkheid zou zijn om één keer in ongeveer twee maanden een vast overlegmoment te hebben met ergotherapeuten, ergocoaches en fysiotherapeuten om adviezen te bespreken en casussen door te nemen. Een andere ergotherapeut geeft aan dat ergocoaches casussen aan ergotherapeuten voorleggen als zij er niet uit komen. Dit

gaat over cliënten die al opgenomen zijn, bij nieuwe opnames zijn ergotherapeuten automatisch betrokken.

De ergocoaches geven aan dat eens in de drie maanden een arbo-overleg plaatsvindt met ergocoaches, ergotherapie, fysiotherapie en de manager. Hier worden mogelijkheden in het gebouw besproken, of nieuw materiaal nodig is, hoe nieuw materiaal bevalt en of er nieuw ziekteverzuim is onder de werknemers. Ook worden nieuw opgenomen cliënten besproken. Als een casus te complex is dan schakelt de ergocoach de ergotherapeut in om mee te kijken. Daarnaast communiceren ergocoaches zaken als slechte zithoudingen of ontstaan van decubitus. Een van de ergocoaches geeft aan dat hij overlegt met de ergotherapeut als een cliënt achteruit gegaan is, om te bekijken of er andere hulpmiddelen ingezet moeten worden. Ook als hulpmiddelen vervangen moeten worden zoeken ergocoaches contact met de ergotherapeut. Alle geïnterviewde ergocoaches vinden de huidige samenwerking prettig en zien geen mogelijkheden tot verandering.

‘Dat wat wij opmerken wordt serieus op ingegaan hè, ja je wordt meegenomen als volwaardige collega. Daar sta ik wel positief in en ik heb het idee dat de ergotherapeuten dit ook prettig vinden lopen.’ - Ergocoach 2

4. Discussie

4.1 Interpretatie resultaten

Adviezen en hulpmiddelen

Opvallend is dat alle ergotherapeuten het belang van verschillende lichaamstypes noemen, maar dat dit niet naar voren is gekomen in het literatuuronderzoek. Uit ervaring van ergotherapeuten blijken lichaamstypes veel invloed te hebben op adviezen die je geeft en hulpmiddelen die je inzet. Knibbe, Knibbe, Huijbregts & Cornelissen (2012) bevestigen dat kennis over lichaamsvormen van belang is om adequaat zorg te kunnen verlenen.

Helemaal horizontaal liggen kan naast ernstige gevolgen voor de ademhaling ook gevolgen voor de bloedcirculatie en hartfunctie hebben (Knibbe & Knibbe, z.d.). Het bed in anti-trendelenburg zetten, of het hoofdeinde meer omhoog zetten zijn hier oplossingen voor (Knibbe, Knibbe, Huijbregts & Cornelissen, 2012). Dit komt overeen met de ervaringen van de ergotherapeuten.

De verwachting was dat ergotherapeuten specifieke adviezen zouden hebben voor cliënten met obesitas in combinatie met comorbiditeit. Zij hebben een aantal adviezen kunnen benoemen, zoals het niet geheel plat leggen van het bed bij cliënten met COPD. Voor andere ziektebeelden konden zij geen 'standaard'-adviezen benoemen, omdat het geven van adviezen erg individueel is.

Ondanks dat obesitas-bedden in de literatuur sterk worden aangeraden (Muir & Archer-Heese, 2009; Choi & Brings, 2019; Harris, Engberg & Castle, 2018), wordt in de praktijk ervaren dat deze niet altijd ingezet moeten worden.

Negativiteit zorgpersoneel

Het onderwerp "negativiteit onder zorgpersoneel" is iets wat wellicht niet snel gekoppeld wordt aan fysieke belasting van zorgpersoneel. Echter zorgt de negatieve houding voor meer passiviteit van de cliënt, zij raken minder gemotiveerd om te helpen bij de taken. Uit onderzoeken van Akunda et al. (2017) en Brown (2006) is gebleken dat ouderen met obesitas minder hulp krijgen bij ADL taken en dat zorgmedewerkers gevoelens van afkeer voelen tegenover ouderen met obesitas. Negativiteit richting deze doelgroep speelt een grote rol, daarom is het belangrijk dat hier aandacht aan besteed wordt.

Implementatie werkvloer

Het is belangrijk om het aantal personeelsleden in het dossier te verwerken, alsmede waar de cliënt hulp bij nodig heeft, welke technieken het beste werken, welke hulpmiddelen nodig zijn. Muir & Archer-Heese (2009) beschreven in hun onderzoek dat de omschrijving in het dossier ten minste het aantal personeelsleden, de benodigdheden en de wijze van transfer dienen te bevatten. Dit komt overeen met de mening van de ergotherapeut.

Implementatie management

Er moet kritisch bekeken worden of de benodigde zorg geleverd kan worden aan de hand van lichaamsmaten, BMI en gewicht. Soms moet een woonlocatie nadenken over een stop op opnames van zwaardere cliënten om zorgpersoneel te beschermen. Een cliënt hoeft niet per se afgewezen te worden: andere locaties van Laurens kunnen aangesproken worden die meer zijn ingericht voor deze doelgroep. In toekomstige nieuwbouw wordt aangeraden om rekening te houden met de opkomende doelgroep. Denk hierbij aan voldoende ruimte in kamers en mogelijkheden tot plafondliften (Choi & Brings, 2016).

Samenwerking ergocoach met ergotherapeuten

Vanuit de ergocoaches is de samenwerking met ergotherapeuten duidelijk: zodra zij er zelf niet uitkomen benaderen zij de ergotherapeut. Ook voor het aanschaffen van nieuw materiaal nemen zij contact op met de ergotherapeut. De ergocoaches zijn tevreden over de huidige samenwerking en zien hier geen mogelijkheden tot verandering in. Voor de ergotherapeut was deze samenwerking nog niet duidelijk. De samenwerking staat niet beschreven in het beleid fysieke belasting. Dit zou wellicht meer duidelijkheid scheppen bij alle partijen.

4.2 Sterke en zwakke punten

In de praktijk bleek het moeilijk om ergotherapeuten te vinden met een specialisatie op obese ouderen. Daarom zijn ergotherapeuten met ervaring met deze cliëntgroep geïnccludeerd. Hiervoor is het persoonlijke netwerk van de onderzoeker gebruikt, wat één respondent opleverde. Via deze respondent is een nieuwe respondent gevonden, etcetera. Bij het interview van ergotherapeut 3 zijn de interviewvragen van te voren opgestuurd, zij had hier de voorkeur voor. Hierdoor heeft zij langer de tijd gehad om na te denken over haar antwoorden, in plaats van dat zij haar eerste gedachten deelt tijdens het interview. Echter weken de uitkomsten niet af van de andere interviews, dit lijkt dus geen invloed te hebben gehad op de resultaten. Ergotherapeut 5 bleek in een andere setting te werken, namelijk revalidatie/reactivatie. Omdat zij met ouderen met obesitas werkt is dit interview geïnccludeerd, echter is alleen de toepasbare informatie gebruikt.

Drie van de vijf ergotherapeuten hebben een scholing gevolgd bij Zwaartepunt. Wellicht overlappen de gegevens omdat zij dezelfde opleiding gevolgd hebben. Dit beïnvloedt de resultaten.

Doordat de ergocoaches via mail benaderd werden lag de verantwoordelijkheid bij hen voor respons. Daardoor is één ergocoach gemist en niet geïnterviewd. Echter kwam de informatie in drie interviews met andere ergocoaches overeen, de verwachting is daardoor dat weinig informatie gemist is.

Telefonisch benaderen was effectiever geweest, echter zijn de ergocoaches slecht bereikbaar doordat zij geen werktelefoon hebben.

De interviews moesten telefonisch afgenomen worden in verband met het coronavirus. Telefonische interviews hebben het voordeel dat deze op korte termijn gepland kunnen worden. Echter kan je in

een face to face interview non-verbaal gedrag observeren, zoals het schudden van het hoofd of de houding van de respondent. Deze informatie is gemist.

Er is gekozen voor het gedetailleerd uitwerken van de interviews in plaats van letterlijk transcriberen omdat dit tijdsefficiënter is. Er is echter wel een mogelijkheid dat belangrijke informatie gemist is. Om de betrouwbaarheid en validiteit te behouden is een member check uitgevoerd via mail. De member check van het interview met ergotherapeut 5 en ergocoach 3 zijn telefonisch uitgevoerd vanwege hun drukke planning. De betrouwbaarheid van deze member checks is lager omdat telefonisch minder grondig naar de tekst wordt gekeken. Daarnaast is van één ergocoach geen member check ontvangen. Hierover is een herinneringsmail gestuurd, zonder resultaat. Dit beïnvloedt de betrouwbaarheid negatief.

Het doel van dit onderzoek was om de ergotherapeuten van Dijkveld te voorzien van informatie om adviezen te kunnen geven over de verzorging van cliënten met obesitas. Dit doel is behaald. Door de adviezen zal de fysieke belasting van het personeel omlaag gaan, bovendien zal de zorg prettiger ervaren worden door obese cliënten. Daarnaast zal het beleid fysieke belasting inzichtelijker worden doordat de rolverdeling tussen ergotherapeut en ergocoach verduidelijkt is, wat zorgt voor een effectievere samenwerking. Deze punten zorgen voor een hogere kwaliteit van zorg.

5. Conclusie

Bij aanvang van het onderzoek is de volgende vraagstelling ontstaan: 'Welke door onderzoek onderbouwde adviezen kunnen de ergotherapeuten van Laurens Dijkveld in coördinatie met de ergocoaches geven aan het zorgpersoneel met betrekking tot het verzorgen en verplaatsen van oudere cliënten met obesitas, waarbij comorbiditeit in acht genomen wordt, om fysieke belasting te verminderen en fysieke klachten te voorkomen?'.

Het resultaat zou bestaan uit een adviesrapport met individuele adviezen voor obese cliënten, een implementatieplan waarin rekening gehouden wordt met de mogelijkheden van Dijkveld en een advies over de vormgeving van de samenwerking tussen de ergotherapeut en ergocoach.

Tijdens de uitvoering van dit onderzoek is gebleken dat het niet mogelijk is om individuele adviezen te schrijven. Dit is bemoeilijkt door het coronavirus, omdat aanwezigheid in Dijkveld niet mogelijk was en het niet mogelijk is om adviezen te geven zonder cliënten te zien. Echter komen uit dit onderzoek wel een aantal algemene adviezen en aandachtspunten voort.

Het is onder andere belangrijk om rekening te houden met de lichaamsvorm van de cliënt voor de tilmat die je kiest en de geboden begeleiding bij het opstaan. Zet alleen een obesitas-bed in als dit nodig is; dit kan voor onnodige fysieke belasting zorgen. Zorg voor optimale omstandigheden zodat de cliënt zoveel mogelijk kan helpen bij de taken. Zet bijvoorbeeld het hoofdeinde van het bed iets omhoog. Zet daarnaast het bed niet op heuphoogte, maar iets lager omdat de massa van de cliënt hoger ligt. Ten slotte is het van belang om zorgmedewerkers bewust te maken van eventuele vooroordelen; dit kan een grote invloed hebben op de motivatie van de cliënt om te helpen bij de taken.

Alle adviezen zijn uitgebreid beschreven in bijlage 6, in bijlage 7 worden deze toegepast op Dijkveld. Uit interviews met ergocoaches bleek dat voor hen de samenwerking een duidelijke vormgeving heeft. Zij zoeken contact met ergotherapeuten als zij zelf niet uit de hulpvraag komen of wanneer nieuw materiaal nodig is. Zij zijn tevreden met de vormgeving van de huidige samenwerking. Daarom is ervoor gekozen om geen advies te geven over de samenwerking.

5.1 Aanbevelingen

- Er wordt aangeraden persoonlijke adviezen op te stellen voor alle cliënten met obesitas. Bij voorkeur worden deze adviezen opgesteld door de ergotherapeut, fysiotherapeut en ergocoach. De adviezen dienen te worden beschreven in het elektronisch cliëntendossier, met daarin minimaal de handelingen waarbij de cliënt hulp nodig heeft, welke technieken het beste werken, de benodigde hulpmiddelen en het aantal personeelsleden. Hierbij dienen de adviezen van dit onderzoek in acht genomen te worden.

- Omdat momenteel 14 van de 55 cliënten binnen Dijkveld obesitas hebben is het van belang om kennis te hebben over het verzorgen van deze complexe doelgroep. Er wordt aangeraden om een ergotherapeut, fysiotherapeut of ergocoach een cursus te laten volgen met betrekking tot dit onderwerp.
- Het is belangrijk om je bewust te zijn van (onbewuste) vooroordelen over deze doelgroep. Een negatieve houding kan de motivatie van cliënten beïnvloeden, waardoor zorgmedewerkers meer deeltaken uitvoeren wat vervolgens tot meer fysieke belasting leidt. Het is van belang dat er kennis is over obesitas en wat mogelijke oorzaken zijn bij het ontstaan hiervan.
- De samenwerking tussen de ergotherapeut en ergocoaches staat niet beschreven in het beleid fysieke belasting. Dit zou wellicht meer duidelijkheid scheppen. Er wordt geadviseerd om deze samenwerking, alsmede de uitkomsten van dit onderzoek te bespreken tijdens het arbo-overleg.

Literatuurlijst

Ankuda, C. K., Harris, J., Ornstein, K., Levine, D. A., Langa, K. M., & Kelley, A. S. (2017). Caregiving for older adults with obesity in the United States. *Journal of the American Geriatrics Society*, 65(9), 1939-1945.

Brown, I. (2006). Nurses' attitudes towards adult patients who are obese: literature review. *Journal of advanced nursing*, 53(2), 221-232.

CBS. (2018, 4 juli). *100 duizend volwassenen hebben morbide obesitas*. Geraadpleegd op 4 maart 2020, van <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2018/27/100-duizend-volwassenen-hebben-morbide-obesitas>

Choi, S. D., & Brings, K. (2016). Work-related musculoskeletal risks associated with nurses and nursing assistants handling overweight and obese patients: A literature review. *Work*, 53(2), 439-448.

Dingemanse, K. (2019). *Ultiem stappenplan voor het coderen van interviews*. Geraadpleegd op 25 maart 2020, van <https://www.scribbr.nl/onderzoeksmethoden/coderen-interview/>

Federatie Medisch Specialist. (2011, 1 januari). *Morbide obesitas - Korte beschrijving*. Geraadpleegd op 3 maart 2020, van https://richtlijnendatabase.nl/richtlijn/morbide_obesitas/morbide_obesitas_-_korte_beschrijving.html

Felix, H. C. (2008). Personal care assistance needs of obese elders entering nursing homes. *Journal of the American Medical Directors Association*, 9(5), 319-326.

Harris, J. A., Engberg, J., & Castle, N. G. (2018). Obesity and intensive staffing needs of nursing home residents. *Geriatric Nursing*, 39(6), 696-701.

Harris, J. A., & Castle, N. G. (2019). Obesity and nursing home care in the United States: a systematic review. *The Gerontologist*, 59(3), e196-e206.

Humphreys, S. L. (2007). Obesity in patients and nurses increases the nurse's risk of injury lifting patients. *Bariatric Nursing and Surgical Patient Care*, 2(1), 3-6.

Keir, P. J., & MacDonell, C. W. (2004). Muscle activity during patient transfers: a preliminary study on the influence of lift assists and experience. *Ergonomics*, 47(3), 296-306.

Knibbe, N., Knibbe, H., Huijbregts, R., & Cornelissen, H. (2012). *Erken obesitas als een chronische ziekte: Zorg voor extreem obese cliënten*. Geraadpleegd op 25 mei 2020, van <https://www.locomotion.nl/admin/resources/tvv-10-2012-obesitas.pdf>

Knibbe, N. & Knibbe, H. (z.d.). *BMI40+: Tips over het bieden van adequate, langdurige zorg aan cliënten met extreem overgewicht*. Geraadpleegd op 25 mei 2020, van [https://www.zorgvoorbeter.nl/docs/PVZ/vindplaats/eten%20en%20drinken/BMI40_1\[1\].pdf](https://www.zorgvoorbeter.nl/docs/PVZ/vindplaats/eten%20en%20drinken/BMI40_1[1].pdf)

Kosar, C. M., Thomas, K. S., Gozalo, P. L., & Mor, V. (2018). Higher level of obesity is associated with intensive personal care assistance in the nursing home. *Journal of the American Medical Directors Association*, 19(11), 1015-1019.

Laurens. (2015a, 23 februari). Beleidsnotitie Arbobeleid LB (Versie 2). Interne publicatie, Laurens Rotterdam.

Laurens. (2015b, 28 april). Beleid fysieke belasting LB (Versie 2). Interne publicatie, Laurens Rotterdam.

Laurens. (z.d.-a). *Laurens Dijkveld*. Geraadpleegd op 25 februari 2020, van <https://laurens.nl/laurens-dijkveld>

Laurens. (z.d.-b). *Beleid*. Geraadpleegd op 25 februari 2020, van <https://laurens.nl/beleid>

Menzel, N. N., Brooks, S. M., Bernard, T. E., & Nelson, A. (2004). The physical workload of nursing personnel: association with musculoskeletal discomfort. *International journal of nursing studies*, 41(8), 859-867.

Miles, J., & Gilbert, P. (2005). *A Handbook of Research Methods for Clinical and Health Psychology*. Oxford, Groot-Brittannië: Oxford University Press.

Miller, A., Engst, C., Tate, R. B., & Yassi, A. (2006). Evaluation of the effectiveness of portable ceiling lifts in a new long-term care facility. *Applied ergonomics*, 37(3), 377-385.

Muir, M., & Archer-Heese, G. (2009). Essentials of a bariatric patient handling program. *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing*, 14(1), 5.

Nelson, A., & Baptiste, A. (2004). Evidence-based practices for safe patient handling and movement. *Online journal of issues in nursing*, 9(3), 4.

Nelson, A., & Baptiste, A. S. (2006). Evidence-based practices for safe patient handling and movement. *Clinical Reviews in Bone and Mineral Metabolism*, 4(1), 55-69.

Randall, S. B., Pories, W. J., Pearson, A., & Drake, D. J. (2009). Expanded Occupational Safety and Health Administration 300 log as metric for bariatric patient-handling staff injuries. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, 5(4), 463-468.

Verhoef, J. A. C., Kuiper, C. H. Z., Neijenhuis, C. A. M., Dekker-van Doorn, C. M., & Rosendal, H. (2019). *ZorgBasics Praktijkgericht onderzoek* (2e herziene druk). Amsterdam: Boom uitgevers.

Zorg voor Beter. (2016, 25 april). *Wegen, meten en BMI*. Geraadpleegd op 4 maart 2020, van <https://www.zorgvoorbeter.nl/eten-en-drinken/wegen-bmi-ouderen>

Bijlagen

Bijlage 1: Overzicht van cliënten met obesitas in Dijkveld

Per cliënt wordt de hoofddiagnose en eventuele nevendiagnoses benoemd die mogelijk de verzorging belemmeren.

Cliënt	Leeftijd	KG	BMI	Diagnose(s)	ADL, transfers, mobiliteit & huidige aanpassingen
Cliënt A	84 jaar	87,5	33,1	Artrose in handen en knieën, COPD	ADL: Enige hulp nodig bij het wassen aan de wastafel, voornamelijk hulp nodig bij het wassen van het onderlichaam. Bij het kleden enkel hulp nodig met bh, kousen, onderbroek en pantalon. Transfers: Transfers zelfstandig over stand met behulp van rollator. Linker bedhek omhoog om zelfstandig te kunnen verplaatsen in bed. Mobiliteit: Loopt zelfstandig met rollator. Op slechtere dagen maakt de cliënt gebruik van een handbewogen rolstoel. Overig: Diëtiste is betrokken.
Cliënt B	71 jaar	103,6	32,7	Polyneuropathie, diabetische voet links met amputatie dig. IV-V, bovenbeenamputatie rechts Fontaine IV	ADL: Op bed wassen, soms met verzorgend wassen. 1 keer per week douchen op carendo. Kan zelf gezicht en voorkant van het lichaam wassen. Transfers: Transfers met Sara Stedy (actieve, niet-elektrische stalift) met 1 persoon. Draait

					zelfstandig in bed. Heeft meestal hulp nodig van lig-naar zithouding. Mobiliteit: Maakt gebruik van handbewogen rolstoel, trippelt en hoepelt. Overig: Diëtiste is betrokken
Cliënt C	73 jaar	102,1	31,2	Gegeneraliseerd vaatlijden, onderbeenamputatie tot boven de knie aan beide benen	ADL: Wassen met water en zeep op bed. Cliënt gaat niet in de douche. Kan bovenlichaam zelfstandig wassen, onderlichaam volledige hulp nodig. Transfers: Transfers met passieve tillift. Wisselligging wordt toegepast, bed in fowlerstand. Mobiliteit: Maakt gebruik van elektrische rolstoel. Overig: Diëtiste is betrokken.
Cliënt D	87 jaar	77,9	30,1	Inzakking T11-12 en L3 bij osteoporose, TIA rechts, COPD gold II	ADL: Hulp van 1 persoon bij het wassen aan wastafel bij delen van de ADL (BH, korset, onderbenen wassen, extra hygiëne controle). Twee keer per week douchen op douchestoel met hulp van 1 persoon. Transfers: Alle transfers zelfstandig. Kan zit- en lighouding zelfstandig corrigeren. Mobiliteit: Verplaatst zelfstandig met rollator.

					Overig: Diëtiste is betrokken
Cliënt E	85 jaar	133,1	30,1	COPD, loopstoornis door gonartrose, hartfalen	ADL: Gaaf zeldzaam onder de douche, weigert dit. Benen, voeten en achterkant lichaam wordt door verzorging gewassen op bed. Wordt geholpen met aan- en uitkleden. Transfers: Transfers gaan over het algemeen over stand, als dit moeizaam gaat wordt er gebruik gemaakt van een actieve tillift. Kan zelfstandig zit- en lighouding corrigeren. Mobiliteit: Maakt gebruik van handbewogen rolstoel om trippelend te verplaatsen. Overig: Diëtiste is betrokken.
Cliënt F	77 jaar	-	31,7	Osteoporose, bovenbeenamputatie links, hartfalen	ADL: Onderkant lichaam wordt volledig gewassen door verzorging. Douchen 1 keer per week met behulp van 1 persoon. Transfers: Transfers worden gedaan met obesitas-stedy met hulp van 1 persoon. Verplaatst zichzelf in bed, kan zelf draaien. Mobiliteit: Volledig rolstoelafhankelijk, kan hiermee zelfstandig voortbewegen. Overig: Diëtiste is betrokken.

Cliënt G	89 jaar	100,2	36,9	Poly-artrose	ADL: Op bed wassen door 1 persoon. 1 keer per week douchen op carendo of carino met behulp van 2 personen. Volledige hulp bij aan- en uitkleden. Transfers: Transfers met sara plus (actieve lift) Mobiliteit: Maakt gebruik van handbewogen rolstoel. Overig: Diëtiste is betrokken.
Cliënt H	73 jaar	121,1	39,1	CVA rechts (waardoor tintelingen in linker been en arm)	ADL: Wordt door 1 persoon verzorgend gewassen en aangekleed. Transfers: Transfers met sara stedy, bij voorkeur met 2 personen. Zelfstandig draaien in bed door middel van linker bedhek. Mobiliteit: Maakt gebruik van handbewogen rolstoel om trippelend te verplaatsen. Overig: Diëtiste is betrokken. Zitbalans is matig waardoor de cliënt ondersteuning nodig heeft bij het zitten bij bijvoorbeeld het zitten op de rand van het bed
Cliënt I	80 jaar	120,8	42,6	Ischemisch CVA rechts, paretisch linkerbeen, neuropatische pijn, paretisch linkerbeen, dwangmatig gedrag en onrust	ADL: Wassen en kleden met 2 personen. Wordt verzorgend gewassen en aangekleed op bed. Bovenlichaam moet deels worden gewassen, voor het wassen van het

					onderlichaam is volledige hulp nodig. Wordt niet meer gedouched vanwege onvoldoende zitbalans Transfers: Transfers met passieve tillift. Verplaatsen in bed met behulp van 2 personen en een glijzeil. Mobiliteit: Maakt gebruik van handbewogen rolstoel met duwondersteuning. Cliënt kan zichzelf niet zelfstandig verplaatsen. Overig: Diëtiste is betrokken.
Cliënt J	83 jaar	82,7	35,1	Osteoporose, artritis psoriatica, M. Parkinson, hallucinaties	ADL: Verzorgend wassen op bed met hulp van 2 personen. 1 keer per week douchen met volledige hulp van 2 personen. Transfers: Transfers met sara plus (actieve lift). Mobiliteit: Onder begeleiding van fysiotherapeut lopen met rollator. Op de afdeling loopt de cliënt niet. Overig: Diëtiste is betrokken.
Cliënt K	85 jaar	103,9	44,1	Gonartrose	ADL: Wordt gewassen op bed door 1 persoon, onderkant volledig hulp nodig, bij bovenkant enige hulp nodig. 1 keer per week douchen op carino. Transfers: Transfers met sara stedy of

					sara plus. Mobiliteit: Maakt gebruik van een handbewogen rolstoel. Overig: Diëtiste is betrokken.
Cliënt L	90 jaar	139,3	40,0	Poly-artrose deformans, gonartrose, hartfalen	ADL: Cliënt is te breed voor de douchestoel (Carendo). Verzorgend wassen door twee personen op bed. Aanken uitkleden door 2 personen. Ondersteek wordt aangeboden op bed. Transfers: Transfers met passieve tillift met extra breed juk. Mobiliteit: Maakt gebruik van handbewogen rolstoel om trippelend te verplaatsen. Overig: Diëtiste is betrokken. Obesitas bed.
Cliënt M	81 jaar	106,9	37,3	M. Parkinson, cognitieve achteruitgang, balansstoornis bij vaatlijden	ADL: ADL op bed, onderlichaam met verzorgend wassen, wast zelf gezicht en bovenlichaam. Stuit verzorgen als cliënt staat, kan moeilijk de draai in bed maken. Volledige hulp met aankleden. Twee keer per week douchen Transfers: Verplaatsen in bed met behulp van verpleging. Door parkinson wisselend in zelfstandigheid, soms is fysieke hulp nodig om bijvoorbeeld rechtop te komen zitten. Bedhek rechts is omhoog zodat zelfstandig

					draaien in bed mogelijk is. Mobiliteit: Maakt gebruik van handbewogen rolstoel om trippelend te verplaatsen. Cliënt mag onder begeleiding binnenshuis met rollator lopen Overig: Diëtiste is betrokken.
Cliënt N	81 jaar	106,6	37,2	Claudicatio intermittens, ischemisch CVA links, gonartrose met beiderzijds knieprotheses, verdenking dementieel beeld	ADL: Volledige hulp bij wassen en kleden. Elke dag douchen met volledige hulp van 1 persoon Transfers: Transfers over stand. Ondersteuning met uit bed komen door 1 persoon. Bewegen in bed met hulp. Mobiliteit: Korte afstanden met rollator, langere afstanden met handbewogen rolstoel. Overig: Diëtiste is betrokken.
Cliënt O	60 jaar	150,4	44,8	Syndroom van Korsakoff, wernicke encefalopathie	ADL: Volledige hulp bij wassen en kleden door 2 personen. Kan niet meer onder de douche door morbide obesitas. Transfers: Transfers in en uit bed met Maxi Move (passieve tillift voor obese cliënten) Mobiliteit: Ligt over het algemeen in bed. Komt steeds meer uit bed voor beweeg- en huiskameractiviteiten. Maakt gebruik van een elektrische rolstoel.

					Overig: Diëtiste is betrokken. Obesitas bed.
--	--	--	--	--	--

Clïënt F is gedurende het uitvoeren van het onderzoek overleden.

Bijlage 2: Zoektermen en zoekgeschiedenis

Tabel 1: zoektermen voor het literatuuronderzoek

	Nederlands	Engels	Synoniemen
P	Zorgpersoneel	Healthcare professionals	Nurse, caretaker, caregiver, healthcare personnel, healthcare staff
I	Verzorgen	Take care	Nurse, nursing care, physical care
	Verplaatsen	Move	Maneuver, movement, transport
	Oudere	Elder*	Senior, older, geriatric, aged
	Obesitas	Obese	Obesity, overweight, heavy, bariatric
	Verpleeghuis	Nursing home	Assisted living facility, long time care facility
O	Fysieke klachten	Physical complaints	Physical pain, physical discomfort, physical ache, injuries, musculoskeletal disorders
	Preventie	Prevent*	Avoid, limit, restrain, restrict
	Incidentie	Incidence	Frequency, percentage, prevalence

Search History/Alerts

Print Search History Retrieve Searches Retrieve Alerts Save Searches / Alerts

☐ Select / deselect all		Search with AND	Search with OR	Delete Searches	Refresh Search Results	
Search ID#	Search Terms	Search Options	Actions			
☐ S9	obesity in elderly AND nursing home OR long time care facility	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	View Results (50)	View Details	Edit	
☐ S8	obesity in elderly AND (nursing home or long term care facility)	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	View Results (9)	View Details	Edit	
☐ S7	obesity in elderly	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	View Results (490)	View Details	Edit	
☐ S6	healthcare professionals OR nurse AND physical complaints AND prevent* AND obesity in elderly	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	View Results (39,789)	View Details	Edit	
☐ S5	healthcare professionals OR nurse AND physical complaints AND prevent*	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	View Results (39,797)	View Details	Edit	
☐ S4	healthcare professionals AND physical complaints AND physical complaints AND prevent*	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	View Results (3)	View Details	Edit	
☐ S3	healthcare professionals AND physical complaints AND prevent*	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	View Results (3)	View Details	Edit	
☐ S2	healthcare professionals AND physical complaints	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	View Results (12)	View Details	Edit	
☐ S1	healthcare professionals	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	View Results (39,789)	View Details	Edit	

History

[Download history](#) [Clear history](#)

Search	Add to builder	Query	Items found	Time
#10	Add	Search ((obesity) AND elder*) AND nursing	198	10:45:40
#8	Add	Search (((healthcare professional) AND physical complaints) OR muscoskeletal disorders)) AND prevent*	99	10:34:50
#7	Add	Search ((healthcare professional) AND physical complaints) OR muscoskeletal disorders	524	10:34:22
#6	Add	Search ((healthcare professionals) AND obesity) AND physical complaints	14	10:33:08
#5	Add	Search ((elder*) AND obesity) AND nursing home	73	10:29:11
#4	Add	Search ((elder*) AND obese) AND nursing home	83	10:28:46
#1	Add	Search ((Healthcare professionals) AND elder*) AND obese	53	10:19:17

Bijlage 3: Topiclijst interview ergotherapeuten

Richtlijn tijd: 20 minuten

Deelnemers: Ergotherapeuten werkzaam met ouderen met obesitas

Materialen: Pen, papier, telefoon, opname-apparatuur, laptop

Introductie:

Mijn naam is Frédérique Baartmans, ik ben momenteel bezig met mijn afstudeerstage van de opleiding ergotherapie aan de hogeschool Rotterdam. Vandaag wilde ik graag een kort interview afnemen voor mijn afstudeeronderzoek. Het doel van dit onderzoek is het verstrekken van onderbouwde informatie aan de ergotherapeuten van Laurens Dijkveld over het verzorgen en verplaatsen van cliënten met obesitas, zodat zij zorgpersoneel goed kunnen adviseren om uitval te voorkomen. Het interview zal ongeveer 30 minuten duren. Bent u akkoord met dat ik het gesprek opneem? Alles zal anoniem worden verwerkt. Heeft u nog vragen voordat we het interview starten?

Openingsvraag

Ik heb begrepen dat u deel uitmaakt van een obesitas-expertise team. Zou u mij wat meer kunnen vertellen over wat dit expertiseteam inhoudt?

Doorvragen

Kunt u hier meer over vertellen?

Kunt u dit toelichten?

Wat bedoelt u hiermee?

Hoe ervaart u dit?

Op welke manier is dit zichtbaar?

Het valt mij op dat...

De meeste mensen noemen... Hoe zit dat bij u?

Hoe gaat u daarmee om?

Vervolg vragen/moeilijke vragen

- Hoe bepaalt u welke hulpmiddelen nodig zijn voor individuele cliënten? En hoe wordt er besloten met hoeveel personeel een cliënt geholpen moet worden?
- In mijn onderzoek geef ik adviezen voor individuele cliënten, hierbij komen veel andere diagnoses voor, naast het overgewicht. Denk bijvoorbeeld aan beenamputaties, COPD en artrose. Welke andere comorbiditeit komt u veelal tegen, bij obesitas? Is dat van invloed op uw adviezen? Heeft u daar voorbeelden van?
- Heeft u voorbeelden van bijzondere casussen waarbij opvallende tips/trucs geadviseerd zijn aan het zorgpersoneel?
- Als u hulpmiddelen en ergonomische tips adviseert, worden deze dan gewoonlijk opgevolgd? Zo nee, wat is daar dan de oorzaak van? Hoe zorgt u ervoor dat uw adviezen toegepast worden door het zorgpersoneel? Welke maatregelen treft u dan?
- Tegen welke implementatieproblemen lopen jullie aan?

- Werken jullie met ergocoaches samen? Zo ja, op welke manier wordt deze samenwerking vormgegeven?

Afronden

Heeft u nog informatie (zoals boeken, organisaties of websites) die ik voor mijn onderzoek kan gebruiken?

Kent u andere ergotherapeuten met deze expertise die wellicht open zouden staan voor een onderzoek?

Samenvatten van het gesprek, zijn er nog aanvullingen van de respondent?

Bedanken voor de mogelijkheid voor het interviewen en uitleg over member checking

Bijlage 4: Topiclijst interview ergocoaches

Richtlijn tijd: 10 minuten

Deelnemers: Ergocoaches werkzaam binnen Laurens locatie Dijkveld

Materialen: Pen, papier, telefoon, opname-apparatuur, laptop

Introductie:

Mijn naam is Frédérique Baartmans, ik doe mijn afstudeerstage voor de opleiding ergotherapie bij Laurens in Rotterdam op locatie Dijkveld. Vandaag wilde ik graag een aantal vragen aan u stellen voor mijn afstudeeronderzoek. Vandaag wil ik meer te weten komen over uw functie als ergocoach en inventariseren wat de mogelijkheden zijn voor een eventuele samenwerking tussen ergotherapeuten en ergocoaches op het gebied van adviezen van fysieke belasting bij zorgmedewerkers. Het interview zal ongeveer 10 minuten duren. Bent u akkoord met dat ik het gesprek opneem? Alles zal anoniem worden verwerkt. Heeft u nog vragen voordat we het interview starten?

Openingsvraag

Kunt u mij vertellen wat de werkzaamheden van een ergocoach zijn binnen Dijkveld?

Doorvragen

Kunt u hier meer over vertellen?

Kunt u dit toelichten?

Wat bedoelt u hiermee?

Hoe ervaart u dit?

Op welke manier is dit zichtbaar?

Het valt mij op dat...

De meeste mensen noemen... Hoe zit dat bij u?

Hoe gaat u daarmee om?

Vervolg vragen/moeilijke vragen

- Werkt u samen met andere ergocoaches binnen Dijkveld? (*Wel:* Hoe ziet deze samenwerking eruit? *Niet:* Waarom niet?)
- Werkt u samen met een ergotherapeut?
- Hoe ziet u een eventuele samenwerking voor u? Of wat kan er veranderd worden aan de huidige samenwerking?
- Hoe zou een ideale samenwerking tussen de ergotherapeut en ergocoach er volgens u uit zien?

Afronden

Heeft u nog informatie die ik voor mijn onderzoek kan gebruiken?

Samenvatten van het gesprek, zijn er nog aanvullingen van de respondent?

Bedanken voor de mogelijkheid voor het interviewen en uitleg over member checking

Bijlage 5: Uitgewerkte interviews en codeboom

De gemarkeerde stukken tekst zijn gekoppeld aan een open code. De kleur van de markering komt overeen met de kleur in de codeboom. Daarnaast staan in de codeboom de bijpassende open- en axiale codes.

Ergotherapeut interview 1

Datum: 7 mei 2020

Duur: 47 minuten

Member check uitgevoerd?: Ja, via mail

Naam voor citaten: Ergotherapeut 1

De expertise van deze ergotherapeut is ontstaan doordat de ergotherapeut merkte dat de hulpmiddelen/voorzieningen niet toereikend waren voor de cliënten met obesitas, terwijl er steeds meer aanmeldingen van cliënten kwamen met fors overgewicht. Op alle bedden lag een evacuatie zeil, behalve op de brede bedden van de obese cliënten. Dit was de grootste reden om te gaan verdiepen in obesitas. Binnen haar organisatie had niemand kennis over obesitas, buiten de diëtist. De ergotherapeut heeft een opleiding gevolgd bij het Zwaartepunt. Deze ergotherapeut is de voorzitter van het expertiseteam obesitas. Dit team bestaat uit de volgende disciplines: ergotherapie, fysiotherapie, verpleegkunde, wijkverpleegkunde, wondverpleegkunde, specialist ouderengeneeskunde, diëtisten en psychologen. De disciplines zijn overkoepelend voor de gehele organisatie en werken op verschillende locaties. Het zorgprogramma obesitas van de betreffende organisatie bestaat uit 3 delen:

1. Expertiseteam
2. Revalidatie/verblijfsafdeling voor mensen met obesitas
3. Zorgprogramma

Het zorgpersoneel komt vaak met hulpvragen over dat de zorg van obese cliënten zwaar is. Daarnaast komen vragen zoals: Hoe kunnen de transfers anders uitgevoerd worden? Zorgzwaarte ADL: draaien in bed, aantrekken van kleding, transfers, verzorging en toiletbezoek. Ook het verzorgen van smetplekken wordt regelmatig genoemd. Vanuit het zorgpersoneel is er regelmatig negativiteit over cliënten. De benadering naar de cliënten toe is snel stigmatiserend. Als je puur kijkt naar de zorgzwaarte en of de zorg meer lichamelijke inspanning moet leveren hoeft dit niet per se hoger te zijn bij cliënten met obesitas, terwijl dit vaak wel zo voelt. Beeldvorming zorgt ervoor dat de zorg zwaarder wordt ervaren. Benadering aanpakken om zorgzwaarte te verlagen. Cliënten ervaren deze negativiteit, waardoor zij minder gemotiveerd raken om de taken zelfstandig uit te voeren. In de scholingen van het Zwaartepunt wordt benadering als een van de belangrijkste punten benoemd om zorgzwaarte te verlagen.

Bijkomende diagnoses zijn met name veel smetplekken, bewegingsbeperkingen van het lichaam, kortademigheid/COPD en beperkingen in sta- en loopfunctie. Het is niet onderzocht, maar het lijkt alsof veel cliënten gedrags bijzonderheden vertonen. Deze cliënten zijn anders in gedrag, zonder dat hier een diagnose aan hangt. Het is daarom extra belangrijk om als verzorgende of behandelaar grenzen te stellen en het samen te doen met de cliënt. De vraag stellen: Hoe gaan we het samen doen? Cliënten schieten soms snel in

een passievere rol en willen dan bijvoorbeeld meer gewassen worden. Weet van te voren wat de cliënt zelf kan en vraag hem dit ook te doen. De psycholoog kan hierin een rol spelen.

Bij problemen aan de luchtwegen kan het prettig zijn voor de cliënt als het bed niet helemaal plat ligt zodat het gewicht niet op de longen drukt. Dit is voornamelijk van toepassing bij cliënten met een appelvormig lichaam. Overleg met de cliënt wat hij/zij prettig vindt.

Bij een peervormig lichaam zit het vet meer rond de benen waardoor iemand heel onprettig op de zij ligt. De vetverdeling op het lichaam bepaalt in een grote mate hoe je je zorg verleent. Ook zijn de manieren van bewegen en opstaan erg verschillend bij de verschijningsvormen, het is belangrijk hier rekening mee te houden.

‘Iemand van 150 kilo is niet zomaar iemand van 150 kilo, het ligt heel erg aan hoe de verschijningsvorm is, waar het vet zit, in welke mobiliteitsklasse iemand zit en wat de cliënt nog zelf kan.’

Bij de intake wordt de mobiliteitskaart ingevuld samen met de cliënt. Per deelhandeling moet deze goed bekeken worden, omdat het voor sommige cliënten moeilijk of pijnlijk kan zijn om zelfstandig op de zij te rollen, terwijl zij wel zelfstandig uit bed kunnen opstaan. De ergotherapeut geeft de tip dat het handig is om niet alleen in het dossier te verwerken waarbij de cliënt hulp nodig heeft, maar ook welke technieken er worden gebruikt, welke hulpmiddelen nodig zijn en met hoeveel personen de zorg verleend moet worden. Tijdens de opname worden doelen gesteld (voornamelijk revalidatie) hierop worden de cliënten gewezen zodra zij meer passiviteit vertonen. Het wijzen op de doelen is bij deze doelgroep meestal vaker nodig dan bij cliënten zonder obesitas. Het aantal personen dat benodigd is bij de handelingen hangt af van het beschikbare materiaal, bij het gebruik van plafondliften is bijvoorbeeld minder personeel nodig. Ook hangt het af van de zorgwaarde van de cliënt, zijn zelfstandigheid, onderliggende problemen en ervaring van het zorgpersoneel met de betreffende materialen/technieken. Het aantal benodigde personen wijst zich vaak in de tijd uit.

Ergotherapie is nooit standaard, het is belangrijk dat naar elke individuele cliënt gekeken wordt. Samenwerking tussen de behandelaren, de zorg en de cliënt is erg belangrijk. Met welke insteek loop je de kamer in? Het is belangrijk om daarvan bewust te zijn. Daarin ziet deze ergotherapeut het vaak mis gaan. Als je de kamer in loopt met een positieve benadering en het gesprek aan durft te gaan (de cliënt weet zelf ook dat hij dik is) dan ga je met een groot voordeel het contact aan. Bespreek met de cliënt waar je tegenaan loopt in de zorg en ga daarover in gesprek. Zo kan de cliënt aangeven wat wel en niet werkt en wat diegene prettig vindt. Ga goed in gesprek over hoe de beweging er normaal uitzag voor de cliënt, hoe heeft hij het altijd gedaan? Op deze manier kan je de cliënt beter helpen en kan de cliënt ook beter zelf meewerken.

De gegeven adviezen worden niet altijd opgevolgd door het zorgpersoneel. Vaak wordt wel duidelijk dat zorg vaker gebruik maken van bijvoorbeeld glijzeilen bij cliënten met obesitas tegenover cliënten met een normaal gewicht, omdat zij meer beseffen dat dit nodig is. Het kan helpend zijn om mee te gaan gaan met ADL en hierbij te helpen.

Algemene tips voor het verzorgen van cliënten met obesitas:

- Verzorgend personeel is gewend om het bed op heuphoogte te zetten om ergonomisch te werken. Bij cliënten met obesitas kan het bed over het algemeen wat lager, omdat de massa van de cliënt hoger ligt.
- Bij het tillen van de cliënt met een passieve tillift is het vaak beter om de cliënt zo veel mogelijk liggend te tillen. Als de cliënt meer in zit getild wordt drukt alle massa op de buik en benen, wat niet alleen pijnlijk is voor de cliënt maar ook schuur- drukplekken en shear kan veroorzaken
- De plek waarop je de cliënt duwt om bijvoorbeeld te draaien in bed is belangrijk: niet duwen tegen de buik vanwege de onderhuidse structuur. De buikmassa verplaatst dan, maar de botstructuur blijft liggen (shear). Dit kan weefselschade veroorzaken in de onderhuidse structuur, hierdoor kunnen vervolgens weer open worden ontstaan. Duw op de grote botten en gebruik glijzeilen.

Kijkend naar implementatieproblemen is het lastig om de financiën rond te krijgen. Het materiaal voor cliënten met obesitas kost meer geld, terwijl je voor deze cliënten net zoveel geld krijgt als cliënten met een normaal gewicht. De indicatie voor cliënten met obesitas is hetzelfde als voor cliënten zonder obesitas. Daarnaast is voor de verzorging van obese cliënten meer personeel nodig, soms wel tot 4 personen aan het bed, wat de kosten voor deze cliëntgroep hoog maakt. De obesitas afdeling is nog in de opstartfase.

Andere tips:

- BMI 40+ van goedgebruik
- Lezingen van Liesbeth van Rossum en het boek Vet Belangrijk
- Obesitas Vereniging

Ergotherapeut interview 2

Datum: 7 mei 2020

Duur: 30 minuten

Member check uitgevoerd?: Ja, via mail

Naam voor citaten: Ergotherapeut 2

De ergotherapeut waarbij het tweede interview is afgenomen werkt op ZZP-basis bij een organisatie die incompany trainingen geeft aan ergocoaches. Haar taken liggen bij het geven van trainingen en het meedenken over de vormgeving hiervan. Ook leren zij de ergocoaches hoe zij anderen kunnen instrueren en anderen coachen in ergonomisch handelen. Zij trainen ergocoaches om goed te kunnen analyseren op de volgende 5 punten:

1. De cliënt
2. De medewerker
3. De ruimte
4. De hulpmiddelen
5. De organisatie (bijvoorbeeld planning)

Hierbij kunnen de ergocoaches de volgende vraag stellen: hebben we de juiste middelen op de afdeling om deze cliënt goed te kunnen verzorgen?

Bij de cliënt wordt naar de cliëntcoderingen (groen, groen-oranje, oranje, etc). Een groene cliënt kan zo goed als zelfstandig opstaan en loopt zelfstandig, de zorg heeft hier weinig belasting aan.

Groen-oranje loopt met een rollator en heeft een beetje hulp nodig bij opstaan, en heeft dus iets meer hulp nodig dan groen. Per kleur gaat het steeds een stapje verder. Dit is te vergelijken met mobiliteitsklassen. In de trainingen worden verpleegkundigen/verzorgenden opgeleid om voor zichzelf te kunnen voelen wat het verschil is als zij ergonomisch handelen is, zodat zij collega's hierin kunnen coachen.

De lichaamsvorm, zoals peer of appel, maakt heel veel uit voor de tilmat die je kiest. Bij de tilmat letten ze niet altijd even goed op de breedte van de tilmat, er wordt meer op de lengte gefocust. Als iemand peervormig is, is de massa voornamelijk rond de benen. Als je hiermee geen rekening houdt in de keuze van de tilmat kan dit de benen afknellen. Bij een appelvormig lichaam ligt het zwaartepunt voornamelijk op de buik. In het gesprek bleek dat shear een belangrijke factor is bij cliënten met obesitas. Dit is een combinatie van druk- en schuifkrachten. Mensen met obesitas hebben onder de vetlaag de andere weefsels en bloedvaten. Als cliënten gedraaid worden, maar niet in de goede houding worden gelegd krijg je onder de vetlaag problemen wat vervolgens decubitus kan veroorzaken. De ene laag ligt goed, maar een andere laag niet. Dit is te voorkomen met een glijzeil door iemand een stukje terug te draaien in een tegengestelde beweging, dit is een speciale techniek. Dit gebeurt ook als de breedtemaat van de rolstoel te smal is, omdat er dan constant druk is van de zijkant en de weefsels niet op de goede plek liggen.

De manier voor het kiezen van hulpmiddelen voor individuele cliënten: kijken naar de mobiliteitscodering en lichaamsvorm (appel/peer). Tilmatten niet alleen in de lengte meten, maar ook in de breedte. Dit verschilt erg per merk. Deze therapeut heeft een positieve ervaring met Lopital. Het hangt erg af van de samenwerking en afspraken die gemaakt zijn met de leverancier en wat er al aanwezig is op de afdeling.

Het geven van adviezen bij comorbiditeit:

- Amputatie: gebruik van amputatie tilmat die ook geschikt is voor het gewicht van de cliënt.
- Amputatie/artrose: Andere draaitechnieken gebruiken, niet (te lang) op pijnlijke zijde leggen.

Implementatieproblemen zijn voornamelijk problemen met financiering. De zorginstelling krijgt geen extra vergoeding voor obese cliënten maar moeten hier wel speciale hulpmiddelen voor aanschaffen en cliënten moeten vaak door meerdere medewerkers tegelijk geholpen worden wat ook meer geld kost. Als woonlocatie moet je soms een stop doen op zwaardere cliënten om het personeel te beschermen. Dan kan er bekeken worden wat de mogelijkheden zijn met personeel en beschikbare hulpmiddelen, en dan een maximaal aantal cliënten toelaten met overgewicht. Mogelijk andere locaties aanspreken die meer mogelijkheden hebben (bredere deuren, plafondliften etc.). Een manager moet 'managen' wat de zorgmedewerkers nodig hebben. Zorgmedewerkers moeten zich dus vrij voelen om bij hun manager aan te geven welke middelen zij nodig hebben om goede en verantwoorde zorg te kunnen leveren. Goede en verantwoorde zorg is zorg die past bij de cliënt, maar ook de zorgverlener. Er moet worden uitgegaan van de zwakste schakel binnen de zorgmedewerkers.

'Het is natuurlijk ook iets duurs voor de organisatie omdat zij overal speciale hulpmiddelen voor moeten aanschaffen, en zij krijgen volgens mij niet meer geld voor deze cliënt als voor een cliënt met een gewoon gewicht. Het geld moet ergens vandaan komen maar dat komt er eigenlijk niet'.

Binnen een zorglocatie raad zij aan om 1 à 2 ergocoaches per afdeling te hebben, afhankelijk van de grootte van de afdeling en hoeveel personeel er aanwezig is. In de trainingen aan de ergocoaches wordt aangegeven hoe een samenwerking vormgegeven zou kunnen worden. Zij zien vervolgens niet meer of dit in de praktijk wordt toegepast. Een samenwerking met de ergocoaches zou er bijvoorbeeld op de volgende manier uit kunnen zien: een keer in de (+/-) twee maanden een vast overlegmoment te hebben met ergotherapeuten, ergocoaches en fysiotherapeuten om adviezen te bespreken en casussen door te nemen. Door een samenwerking aan te gaan sta je sterker tegenover bijvoorbeeld een manager of leidinggevende als nieuw materiaal aangeschaft moet worden.

Ergocoaches krijgen in de opleiding een actieblok toegereikt. Dit is ontwikkeld voor ergocoaches. Dit is een formulier waarop aangegeven kan worden wat het probleem is, wat er al geprobeerd is en waarom dit niet werkte en wat er nodig is. Hierop wordt de datum bijgehouden wanneer het probleem is aangekaart, zodat het probleem niet eindeloos blijft liggen.

‘Dat is natuurlijk wat ze vaak spannend vinden, om dat dan aan te kaarten bij een leidinggevende of een manager. Terwijl ik vind dat het andersom zou moeten zijn: de manager zou in dienst moeten staan van de zorgmedewerker.’

‘De manager moet regelen wat de zorgmedewerker nodig heeft en niet andersom.’

‘Ik heb nog nooit een zorgmedewerker ontmoet die niet over zijn eigen grenzen is heengegaan, zij moeten ook zorgen voor zichzelf. Op het moment dat iemand uitvalt is het eigenlijk al te laat’.

Ergotherapeut interview 3

Datum: 12 mei 2020

Duur: 36 minuten

Member check uitgevoerd?: Ja, via mail

Naam voor citaten: Ergotherapeut 3

Het expertiseteam obesitas is ontstaan bij een spoedopname in 2009, toen werd de betreffende locatie ineens geconfronteerd met een opname van een obese cliënt. Hier liepen zij tegen veel problemen aan. Al doende met deze casus raakten zij meer bekend met het onderwerp met het onderwerp en is het expertiseteam ontstaan. Het expertiseteam is betrokken als er een nieuwe opname komt, zij verzamelen informatie over de cliënt en bezoeken indien nodig de persoon om te besluiten of zij de opname kunnen realiseren. Daarnaast werken zij mee aan het beleid en geven scholingen. Scholingen worden intern gegeven aan het zorgpersoneel, het liefst als de cliënt er is zodat de uitleg toegespitst kan worden op het individu. Consulten aan andere instellingen in de regio worden kosteloos gegeven, deze trainingen kunnen ook landelijk tegen een vergoeding en worden op locatie gegeven. In een dergelijk consult wordt het probleem in kaart gebracht en advies/tips gegeven ten aanzien van andere werkwijze en inzet van hulpmiddelen.

Het expertiseteam bestaat uit:

- Voorzitter (teamcoach/manager met ervaring in de zorg)
- Psycholoog (die zich met name richt op de mindset van het personeel)
- Ergotherapeut
- Van alle somatische afdelingen 1 verzorgende (totaal 4)
- Arts

Het expertiseteam bevat bewust geen diëtist omdat welbevinden het speerpunt is, niet het afvallen. Als de cliënt de wens heeft om af te vallen wordt de diëtist betrokken. Als de fysiotherapeut nodig is wordt deze betrokken bij de betreffende casus. De ergotherapeut heeft gemerkt dat het prettig is om casus specifiek advies te geven aan de afdeling, en hen te betrekken bij een nieuwe opname, te bespreken wat er nodig is en hoe de transfers momenteel gaan. In de eerste weken is het expertiseteam nauw betrokken bij de opname om te bekijken waar extra handvaten voor moeten komen.

De rol van de ergo binnen de intake is voornamelijk het bekijken welke hulpmiddelen nodig zijn, welke hulpmiddelen zijn bruikbaar met het gewicht van de betreffende cliënt en hoe moeten deze gebruikt worden. Het individueel BVT protocol (van Zwaartepunt) wordt in de eerste week gebruikt en ingevuld. Dit gebeurt door verzorgende/verpleegkundige uit expertiseteam of evv'er (eerst verantwoordelijke verzorgende) van cliënt. Dit schetst een goed beeld van wat een cliënt zelfstandig kan, waar hij hulp bij nodig heeft, welke hulpmiddelen daarbij te gebruiken zijn en welke problemen je tegen kan komen. Komt hier een vraag uit gericht op fysieke belasting, dan wordt de ergotherapeut betrokken. Als de vraag meer is gericht op het verlenen van zorg, zoals prikken of wondzorg, dan wordt iemand van de zorg uit het expertiseteam ingeschakeld.

De keuze die je maakt voor een hulpmiddel is erg afhankelijk van het gewicht van de cliënt. Binnen de betreffende organisatie worden cliënten wekelijks gewogen. Niet iedereen vindt dit prettig. Soms zit iemand net op de grens van het gebruikersgewicht van een hulpmiddel en is het essentieel om dit in de gaten te houden voor de veiligheid. Ook is het niet altijd goed te zien als iemand is aangekomen. Daarnaast wordt bekeken hoe een cliënt binnenkomt: wordt iemand passief of actief getild? Bij passief tillen wordt bij voorkeur een rolstoel met een kantelfunctie aangevraagd. Wat voor lichaamsvorm heeft de cliënt? Champignon, peer, appel? Afhankelijk van de lichaamsvorm moeten de transfers anders gemaakt worden. Hierbij worden verschillende jukken van tilliften gebruikt. De ergotherapeut vertelt dat zij snel voor een kruispuntjuk kiezen, omdat daarmee meer ruimte gecreëerd wordt. Ook wordt een plafondsysteem gebruikt. Met een tweepuntsjuk worden cliënten vaak letterlijk dubbel gevouwen, wat moeilijkheden geeft als de cliënt veel buikvet heeft. Je blijft beperkt in de mogelijkheden. Er is bijvoorbeeld naar weten van deze ergotherapeut maar 1 douchestoel met kantelfunctie die geschikt is voor cliënten met obesitas (leverancier Lopital). *'En je merkt, je bent nog steeds wel een beetje beperkt in de mogelijkheden'.*

De andere diagnoses die deze ergotherapeut tegenkomt zijn voornamelijk CVA's of cliënten die vanuit de intensive care op hun afdeling terecht komen om aan te sterken. Zij heeft geen ervaring met amputaties in combinatie met obesitas. Hierbij stelt zij zich voor dat je een andere tilband nodig hebt en dat je sneller een tilband op maat moet laten maken. Bij cliënten met COPD moet je goed blijven kijken naar de belastbaarheid. Ook bij artrose focussen belastbaarheid maar dan op gewrichtsniveau. Rekening houden met het gewicht dat drukt op de pijnlijke gewrichten. De basis van transfers blijft hetzelfde: voor niemand met obesitas is het prettig om het bed helemaal plat te leggen. Je probeert de cliënt zoveel mogelijk zelf te laten doen, maar wellicht bij cliënten met COPD/artrose meer hulp geven na bijvoorbeeld het douchen om zo de energie te sparen. Bij cliënten met CVA is het heel afhankelijk van wat iemand kan. Als cliënten niet op een zij kunnen blijven liggen, of als de cliënt niet het bedhek kan vastpakken door een halfzijdige verlamming gebruik je sneller lakens in bed om de cliënt te helpen met draaien. Hulpmiddelen hiervoor zijn bijvoorbeeld de master turner (variant die je in tweeën kan delen, kan tot 200 KG), maxi transfer sheet van Arjohuntleigh (dunner van stof) en de turnsheet van Romedic (kan tot 300 KG). De keuze

hierin maak je door te kijken naar het gewicht van de betreffende cliënt, het doel wat je wil bereiken met inzet van het hulpmiddel en de mogelijkheden van de cliënt.

'Het is gewoon heel belangrijk om te proberen de ontwikkelingen en nieuwe producten te blijven volgen en daar kritisch naar te blijven kijken: Wat is nieuw? Wat heb je al? Wat is hier anders aan?' Het is ook afhankelijk van wat er standaard binnen de organisatie wordt gebruikt, met welke leverancier heb je contracten en wat wil je met de hulpmiddelen kunnen?

Bij het werken met deze doelgroep valt deze ergotherapeut het op dat de mindset van het personeel een grote rol speelt. Er wordt vaker gezocht door het personeel, of het personeel wil een bepaalde cliënt niet graag verzorgen omdat deze te zwaar is. Hiervoor gebruiken zij vaak een verhelderend filmpje met uitleg dat obesitas niet zomaar teveel eten is. Daarnaast merkt zij dat met kleine glijzeilen ook veel mogelijk is om bijvoorbeeld een tilband aan te brengen. De zorg denkt hier zelf nog niet aan. *'Met kleine dingetjes kan je ook al veel verschil maken, het hoeft niet meteen met een heel duur, groot hulpmiddel'.*

Het zit niet altijd in de grote dingen. Deze ergotherapeut geeft aan dat het het leukste is als je het met een eenvoudig hulpmiddel kan oplossen of met een andere werkwijze. Zij vindt het ook leuk om met een bijzonder hulpmiddel iemand zijn eigen regie te laten houden en de zorg te kunnen ontlasten. In 2009 hebben zij een tillift bed, wat van lig tot zit komt uit Amerika uitgeprobeerd. Maar dat daar wel de financiële middelen voor nodig zijn. *Soms moet je daardoor creatiever kijken wat er mogelijk is.*

Algemeen bij verschillende lichaamsvormen:

Bij een champignonvormig lichaam bij een stoel, rolstoel, postoeel een opening bij de billen zodat hier meer ruimte voor is. Voornamelijk voor de tilbanden maakt de lichaamsvorm een groot verschil. Zit de omvang voornamelijk bij de heupen of bij de buik? Ook het opstaan vanuit een stoel is verschillend bij een appel- of peervormig lichaam. Zwaartepunt geeft hier een goede scholing over en op goedgebruik.nl staan videofimpjes hierover.

Adviezen worden niet altijd opgevolgd door het zorgpersoneel. Deze ergotherapeut probeert actief betrokken te blijven en met ze in gesprek blijven gaan. Je kan bijvoorbeeld een week lang aansluiten bij die persoon in de ochtendzorg, als hier de vraag lag. *'Echt samen met hun gaan kijken, hoe kunnen ze dit hulpmiddel het best inzetten en dan kan je nog tips geven.'* Samen proberen te doen! Lijntjes kort blijven houden, samen ontdekken en uitproberen. Heel erg de tijd voor nemen. *'Ik denk dat de truc echt is om daar tijd voor te nemen, maar dat we door werkdruk daar niet altijd tijd voor hebben.'*

Met obese cliënten verlies je vaak eerder geld dan dat je er geld aan overhoudt. Daar moet je kritisch naar blijven kijken als organisatie. De betreffende organisatie was bezig met nieuwbouw toen de eerste opname van een obese cliënt kwam. Daardoor is er gelijk rekening gehouden met bijvoorbeeld de dagmaat van de deur. Op andere (oudere) locaties is ervoor gekozen om dergelijke opnames niet te doen, omdat zij dit niet kunnen faciliteren. Daar ligt de uitdaging in eerder opgenomen cliënten die zwaarder worden. Bij een nieuwe opname kritisch zijn en goed navragen wat het gewicht van de cliënt is. Ook de maten weten voordat iemand komt. De ergotherapeut heeft gemerkt dat het van meerwaarde is om voor de opname op bezoek te gaan bij de cliënt (thuis of ziekenhuis). Ook is het belangrijk hoe managers er tegen aan kijken. Als de manager obesitas geen

belangrijk onderwerp vindt zal het lastiger zijn om iets aangeschaft te krijgen. De organisatie moet ervoor kiezen om deze weg (obesitas) in te slaan, om hier bewust mee bezig te zijn.

‘Ik merk in mijn regiogroep dat toch nog steeds, ondanks dat de doelgroep toeneemt, dat er toch niet binnen alle organisaties er aandacht aan besteed wordt.’

Het expertiseteam heeft een overzicht en stroomschema gemaakt met informatie wat er nodig is bij een nieuwe opname. Hier staat in verwerkt wat voor materialen er in huis zijn en waar deze te vinden zijn. Ook staat beschreven waar andere hulpmiddelen gehuurd kunnen worden. Als de ergotherapeut van het obesitasteam niet aanwezig is tijdens een nieuwe opname is het voor een collega duidelijk welke stappen zij moet zetten en waar de hulpmiddelen staan. Een dergelijk stroomschema is afhankelijk van de organisatie. Als er nieuwbouw komt: rekening houden met mogelijkheden voor plafondliften. Ook geen hangende toiletten: hier kan een cliënt met obesitas door heen zakken.

Ergocoaches worden niet automatisch betrokken in het expertiseteam. Momenteel zijn er 2 ergocoaches lid van het expertiseteam. De ergocoaches werken nauw samen onderling en zijn het aanspreekpunt op de afdeling. Als zij niet uit een casus kunnen komen leggen zij deze voor aan de ergotherapeut van het obesitasteam. Dit gaat om cliënten die al opgenomen zijn, bij nieuwe opnames is de ergotherapeut altijd betrokken.

Andere tips met betrekking tot dit onderwerp

- BMI 40+
- Goedgebruik.nl
- Zwaartepunt
- Leveranciers zoals Arjo Huntleigh en Lopital bekijken: obesitas tak
- Obesitashulpmiddelen Hartingbank (huur)

Ergotherapeut interview 4

Datum: 18 mei 2020

Duur: 29 minuten

Member check uitgevoerd?: Ja, via mail.

Naam voor citaten: Ergotherapeut 4

De betreffende ergotherapeut heeft bij een hulpmiddelenleverancier gewerkt als transferspecialist met specialisme obesitas. Daardoor heeft zij veel ervaring opgedaan met het werken in de zorg met cliënten met obesitas en hulpmiddelen die hierbij nodig zijn en aanverwante klachten. Als transferspecialist werd zij door behandelend ergotherapeuten of fysiotherapeuten ingeschakeld om een casus te bekijken waar zij mee vastliepen bij transfers of bewegen binnen de grenzen van het bed. Binnen deze functie verzorgde zij ook cursussen/workshops en gaf zij on the job training. Momenteel werkt zij als behandelend ergotherapeut binnen in onder andere een verpleeghuis met onder andere specialismen in parkinson, huntington en een revalidatiesetting. Binnen haar huidige werk speelt obesitas nog steeds een rol.

De manier waarop bepaald wordt welke hulpmiddelen er worden ingezet bij individuele cliënten wordt van oudsher erg bepaald door de contacten die de organisatie heeft. De afdeling inkoop blijft

vaak hangen in de contacten die zij al hebben. De keuze van inkoop speelt een grote rol, met idealiter de adviezen van ergotherapeuten en fysiotherapeuten. In samenspraak wordt dan een bepaalde leverancier gekozen die een bepaalde lijn producten heeft. Kijkend naar de lijn producten die een reguliere hulpmiddelenleverancier heeft, moet daarvan vaak afgeweken worden voor specifieke cliënten. Dat is het moeilijke van de obesitas wereld, het zoeken naar passende middelen kost meer tijd omdat er weinig bekend is over mogelijke hulpmiddelen voor deze doelgroep. Dat is ook de reden waarom er soms verkeerd gekozen wordt.

Bij cliënten met COPD en obesitas is het vaak te benauwend om het bed geheel plat te leggen. Ook het draaien in bed kost te veel energie voor deze cliënten. Het komt steeds op hetzelfde neer: bewegen binnen de grenzen van het bed is moeilijk.

Het is belangrijk om duidelijk te hebben wat obesitas precies is, iemand die overgewicht heeft wordt al snel een obese cliënt genoemd. *'Het gaat meer om de passiviteit van iemand, niet zo zeer om de kilo's'.* Er moet altijd gekeken worden naar individuele mogelijkheden, zeker bij mensen met obesitas. Omdat iemand wat meer kilo's bij zich draagt wordt snel gedacht dat er speciale hulpmiddelen nodig zijn. Blijf kijken naar de mogelijkheden. Het is niet alleen iemand die forser is, hier zit ook een persoon achter. Wat kan iemand zelf? Wat is de zorgvraag? Het maakt niet uit of iemand dan obesitas heeft, of hoofdpijn. *'Er wordt gedacht: iemand is wat forser, dus die is te dik, dus wij hebben problemen met transfers en fysieke belasting.'*

De benadering vanuit de zorg is een groot aandachtspunt hierin: als de zorgmedewerkers vinden dat iemand te veel kilo's weegt, dan hoor je ze bij voorbaat al zuchten en steunen. Voordat zij beginnen is het al zwaar en denken zij dat het niet gaat lukken. Ook is de motivatie om te zoeken naar oplossingen voor obese cliënten vaak minder groot. Vaak wordt er gedacht dat mensen er zelf voor hebben gezorgd dat zij zwaar zijn. Dit is een mentaliteitsprobleem op dit moment, waar deze ergotherapeut van geschrokken is. Deze ergotherapeut probeert daar doorheen te prikken en te vertellen dat het maar kilo's zijn. Zij probeert nuchter uit te leggen dat het maar vet is en dat dat geen drama is. Het is belangrijk om met respect over elkaar te blijven praten, dit moet je blijven aangeven. Obesitas is een groeiende doelgroep, daar moeten zorgmedewerkers mee om zien te gaan. Bekendheid en bewustwording onder zorgpersoneel is heel belangrijk. Niemand wordt opgenomen voor obesitas, maar iemand wordt opgenomen voor COPD of een CVA, de extra kilo's komen daarbij. Respect is hierin een kernbegrip.

De ergotherapeut geeft het volgende voorbeeld: toen zij meeliep met twee zorgmedewerkers om mee te gaan kijken bij een casus zei een van hen: 'ik ben nog niet begonnen en heb al last van mijn rug', terwijl de deur van de cliënt open stond. Cliënten merken deze negativiteit ook, hiervan worden zij verdrietig en vertonen zij passiever gedrag. Dit wijst nogmaals uit dat respect heel belangrijk is, dergelijke negatieve situaties zijn heel vervelend als cliënt zijnde en dit heeft altijd een effect. Niemand is vrijwillig te zwaar.

'De combinatie kilo's en een hoge ZZP maakt dat zorg zwaar kan zijn, letterlijk zwaarder'.

Deze ergotherapeut benoemde dat de extreme casussen, van cliënten boven de 200 kilo, haar zijn bijgebleven. Echter zijn deze volgens haar niet zo interessant. Cliënten met zo'n hoog gewicht komen bijna niet voor in Nederland. Juist de cliënten tussen de 120 en 160 kilo interessant waren. Zij vond hieraan bijzonder dat als je binnen komt lopen, er paniek is en als je naar buiten gaat er altijd een oplossing is. Het is haar bijgebleven dat het altijd letterlijk een gigantisch probleem was, maar dat het altijd opgelost kon worden. Mensen weten niet wat obesitas inhoudt, ze zijn er bang voor en er

is bij voorbaat al paniek. *'Het is me vooral bijgebleven dat mensen niet weten wat obesitas inhoudt en hier heel bang voor zijn'.*

Andere dingen die haar zijn bijgebleven uit het werken met deze doelgroep zijn onder andere het weten waar je moet zijn voor hulpmiddelen. Er is veel keuze bij allerlei verschillende aanbieders. Ook wordt over het algemeen weinig naar hulpmiddelen gegrepen in de zorg, dat geldt ook bij obesitas cliënten. Er wordt gesleurd en getrokken aan een lijf, dat gaat niet omdat er meer kilo's aan dat lijf zitten, en er wordt te laat of niet aan hulpmiddelen gedacht. Dit is op alle vlakken binnen de ergotherapie een probleem, niet alleen deze doelgroep.

Vaak is er geen beleid voor het opnemen van obese cliënten. Dan is het roeien met de riemen die je hebt en hopen dat er op de afdeling niet te veel paniek gezaaid wordt.

Gemiddeld kunnen reguliere voorzieningen in Nederland, zoals een bed, douchestoel, tillift etc. een gewicht van 160 tot 180 kilo aan. Er is niet altijd speciaal materiaal nodig. Je komt weinig tegen dat cliënten zwaarder zijn dan dit. Dit kom je meer tegen in het westen dan in andere regio's.

Het is essentieel om cliënten te wegen, het liefst wekelijks. Dit is voor onder andere de beeldvorming van het zorgpersoneel, omdat zij vaak denken dat een cliënt zwaarder is dan hij in werkelijkheid is. Daarnaast zijn wisselingen in gewicht niet altijd goed zichtbaar bij zwaarlijvige cliënten. Regelmatig wegen is echter wel verschrikkelijk voor de cliënten, maar het is essentieel.

Adviezen aan zorgpersoneel worden niet altijd opgevolgd, dit hangt ook erg van de casus af. De samenwerking met de fysiotherapeut kan hierin helpend zijn. Fysiotherapeuten zijn vaak ook betrokken bij een transfer of iets dergelijks. Het kan helpen als de samenspraak heel duidelijk is. Als een advies wordt gegeven zorgt de ergotherapeut er voor dat zij meerdere keren in een korte periode aanwezig is bij het zorgmoment, hierbij doet zij niks. Zij stimuleert het zorgpersoneel dan door positief te coachen: 'het valt wel mee, probeer het maar'. Zorgmedewerkers moeten hiermee oefenen en ervaring opdoen met het werken met deze doelgroep. Hierbij is het belangrijk om aanwezig te zijn en begeleiding te bieden en niet meteen met een hulpmiddel aan de slag gaan bij de allerswaarste cliënt.

Het zou mooi zijn als er meer scholing en bewustwording is over deze doelgroep. Als er financiële mogelijkheden zijn zou een scholing over transfers en fysieke belasting bovenaan moeten staan, plus obesitas en bewustwording daarvan. Dit zou volgens deze ergotherapeut een jaarlijks terugkomend onderwerp moeten zijn. Misschien in de vorm van workshoprondes.

Vaak is wordt hier geen tijd/geld voor vrijgemaakt, dus dan probeer je bij opname zoveel mogelijk mensen positief proberen te bereiken om de zorg voor de cliënt goed in te kunnen richten.

Op organisatorisch vlak noemt deze ergotherapeut dat er geen vastgelegd plan is. Het is niet standaard en er worden maar een paar obese mensen opgenomen. Het is daarom niet bekend waar afwijkende materialen gekocht of gehuurd kunnen worden. Dit is onbekend bij het zorgpersoneel, maar ook de therapeuten. De opname van deze cliënten is te sporadisch en daardoor is er geen plan. Kennis in verschillende leveranciers is klein vanuit paramedici.

Binnen de betreffende organisatie zijn ergocoaches aanwezig, echter is dit een ondergeschoven kindje. Deze zijn enkele jaren geleden geschoold, maar dit is niet meer voldoende. Deze ergotherapeut vindt ergocoaches achterhaald omdat de uitvoering moeilijk is door de vele wisselingen in het zorgpersoneel. Het idee is heel goed, de uitvoering is vaak heel moeilijk. Er is geen

samenwerking met de ergocoaches, de ergotherapeut weet niet wie de ergocoaches zijn. Zij heeft eerder contact met andere zorgmedewerkers die zich interesseren in de thema's fysieke belasting en/of transfers. Het is belangrijk om als ergotherapeut zichtbaar te zijn op de afdeling, zodat het zorgpersoneel weet dat zij jou vragen kunnen stellen rondom deze onderwerpen.

De ergotherapeut benadrukt dat obese cliënten geen bijzondere doelgroep zijn, terwijl het wel zo gezien wordt. *'Dat stukje obesitas is alleen maar extra kilo's en net een ander hulpmiddel, meer dan dat is het eigenlijk niet.'*

Ergotherapeut interview 5

Datum: 26 mei 2020

Duur: 42 minuten

Member check uitgevoerd?: Ja, telefonisch

Naam voor citaten: Ergotherapeut 5

Deze ergotherapeut maakt deel uit van het realisatieteam op de aangepaste obesitas locatie. Zij maken gebruik van de kennis van het obesitas expertiseteam. Het verschil tussen beide teams is dat het realisatieteam op locatie werkt en het expertiseteam breed inzetbaar is binnen de gehele organisatie. Het realisatieteam kijkt naar de vormgeving van de zorg, het uitrollen daarvan, zorgt voor triages en werken op locatie.

De locatie voor obese cliënten is vrij nieuw. Door corona is de praktijk wat weerbarstiger gebleken. Het hoofddoel van deze locatie is reactivering en terugkeer naar huis. Dus in principe gaat het hier om tijdelijke situaties. Soms is naar huis gaan niet haalbaar voor de cliënt, als hij bijvoorbeeld lichamelijk achteruit gaat of niet terug kan vallen op mantelzorgers. Dan kan een cliënt hier langdurig verblijven met een WLZ indicatie.

Het plaatsen van allemaal cliënten met obesitas binnen één locatie heeft als voordeel dat cliënten meer herkenning hebben onderling. Zij voelen meer verbinding met elkaar, wat voor motivatie zorgt. Een hoge BMI hoeft geen probleem te zijn, pas als je vastloopt. Er wonen namelijk heel veel mensen thuis met obesitas, zonder hulp nodig te hebben. Het wordt pas een probleem als je niet zelfstandig kan toiletteren, alamneren en dat soort zaken. Of als je wonden krijgt en jezelf niet kan verzorgen.

De doelgroep obesitas lijkt jonger opgenomen te worden, vermoedelijk door medische complexiteit en leefstijl of psychiatrische problemen. Voor deze jongere doelgroep is het belangrijk dat het aanbod in activiteiten wordt toegespitst, omdat hun behoeften ergens anders liggen. Denk hierbij aan de aanvulling van de therapieën van de ergotherapeut, fysiotherapeut, maar ook de activiteitenbegeleiding. Het is opvallend dat er al 3 cliënten zijn opgenomen van onder de 60 jaar. Deze doelgroep verwachtten zij niet aan te treffen.

Voor een opname wordt een uitgebreide triage uitgevoerd. De obesitasverpleegkundige gaat op bezoek bij de cliënt, waarbij goed bekeken wordt wat de situatie is; waarom zit iemand in deze situatie; wat zijn de problemen; wat zijn de doelstellingen en wat heeft iemand nodig.

Hiermee wordt duidelijk in kaart gebracht uit welke situatie iemand komt.

Soms wordt deze triage door de projectleidster of de ergotherapeut uitgevoerd, als de obesitasverpleegkundige niet beschikbaar is. Een cliënt wordt pas opgenomen als het zeker is dat de benodigde zorg geleverd kan worden! Alle omstandigheden moeten in orde zijn.

Ook wordt uitgevraagd welke hulpmiddelen er in het ziekenhuis gebruikt worden op het moment. Daarnaast vraag je in het ziekenhuis na hoe de zorg momenteel geboden wordt en of dit goed loopt, is dit goede zorg? Heeft iemand een rolstoel nodig? Wordt er een tillift gebruikt? Kan iemand op een hangend toilet zitten of is er een po/douchestoel nodig?

Het is erg belangrijk om ook te vragen waar mensen thuis al tegenaan liepen. Het ziekenhuis is namelijk een momentopname.

Als de uitkomst van de triage van de obesitasverpleegkundige positief is, dan vindt er een triagegesprek op locatie plaats in het bijzijn van de arts, verpleegkundige van de afdeling, ergotherapeut, fysiotherapeut en klantadvies. Hierin wordt besproken of de benodigde zorg geleverd kan worden. Als het antwoord hierop ja is, dan zorgt de ergotherapeut dat de nodige hulpmiddelen in huis zijn.

Omdat de locatie nog in de opstartfase zit worden hulpmiddelen voornamelijk gehuurd. Het is nog niet duidelijk wat het gemiddelde gewicht gaat zijn van de cliënten die binnenkomen. Zodra de afdeling meer zicht krijgt op de cliënten die opgenomen gaan worden, gaan zij de meest gebruikte hulpmiddelen aanschaffen. 'Specialere' hulpmiddelen blijven zij dan huren. Er wordt niet standaard een obesitas bed ingezet, omdat niet alle cliënten dit nodig hebben. Vooral cliënten met een appelfiguur hebben dit vaak niet nodig, omdat zij het gewicht op de buik dragen en niet per se veel breder zijn. Cliënten met een peervorm of champignonvorm hebben sneller een obesitasbed nodig omdat zij breder zijn. Een obesitasbed kan de zorg onnodig zwaar maken, omdat de zorg verder moet reiken over het bed. Daarom is het belangrijk om alleen een obesitasbed in te zetten als dit echt nodig is.

Het is heel belangrijk om jezelf af te vragen: Wat is de hulpvraag? Welk doel wordt nagestreefd? Kan deze hulp geboden worden binnen onze organisatie/locatie?

De arbo-omstandigheden worden zo goed mogelijk gecreëerd binnen de betreffende locatie. Daarom wordt in elke kamer een plafondlift geplaatst. Rijden met een passieve tillift met een obese cliënt is namelijk ontzettend zwaar.

Het aantal personen wat nodig is bij zorgmomenten wordt besloten naar aanleiding van de triage. Sommige cliënten geven duidelijk aan dat zij bepaalde handelingen zelfstandig kunnen, of zelfstandig kunnen met behulp van een hulpmiddel zoals een papegaai. Bij passievere cliënten is soms een tweede persoon nodig. Dit is ongelooflijk individueel. Wat heeft iemand nodig? Dat bepaalt hoeveel personen er nodig zijn voor de zorg.

Deze ergotherapeut kan geen voorbeelden bedenken van adviezen rondom comorbiditeit. Zij benoemt wel de benauwdheid op bed bij cliënten met obesitas. Het gewicht drukt dan namelijk op de longen. De benauwdheid wordt versterkt als iemand bijvoorbeeld een longontsteking of COPD heeft.

Het is belangrijk om jezelf af te vragen: Wie is de persoon? Blijf deze cliënt ook als persoon zien! Wat heeft iemand nodig qua voorzieningen? Is er een mantelzorger om op terug te vallen. Het is belangrijk om de triage helder te hebben. Wat is het doel van de cliënt? Wat is ons doel? Komen deze overeen of botst dit? Werken we aan hetzelfde doel? Het plan moet dus vooraf doorgesproken worden. Als de cliënt weinig motivatie lijkt te hebben kan het soms helpen om het zorgplan mede door de cliënt te laten ondertekenen.

Voor implementatie van adviezen is het erg belangrijk om te gaan meehelpen in de zorg. Hier moet je dan al doende samen nadenken: Hoe kunnen we hier zo goed mogelijk mee omgaan? Het werkt niet als je 'platte' adviezen geeft van achter je computer. Het werkt pas goed als je het ziet. Overleg tijdens het zorgmoment ook met de cliënt: Wat zijn uw mogelijkheden om mee te helpen en hoe was u het thuis gewend? Betrek de cliënt in het bedenken van de oplossing. Dat maakt de draagkracht van de zorg en de cliënt veel groter. ADL observaties komen steeds meer terug, waarbij je zelf helpt in de zorg. *'Wij overleggen heel veel met de zorg, zodat het een gezamenlijk plan is en dat het niet wordt: de zorg moet uitvoeren want de ergo adviseert'*

Transferadviezen worden samen met de fysiotherapeut gegeven.

De oorzaak van het niet overnemen van adviezen is dat het advies niet in samenspraak met de zorg is opgesteld. Hierdoor heb je geen draagkracht.

Doordat de leeftijd van de obese cliënten over het algemeen jonger is, kunnen zij gemakkelijker meedenken in het denkproces. De cliënt moet het na het ontslag zelf doen: hun mee laten denken zorgt ook voor meer motivatie voor na het ontslag.

'Niet adviezen geven aan, maar samen komen tot de passende oplossing'.

Door de nieuwe doelgroep is er een ander MDO ontstaan, voor de reactiverende cliënten.

Maatschappelijk werk speelt hier een grotere rol in. Dit is anders dan binnen de WLZ. Het is ook belangrijk om in het nazorgtraject een vinger aan de pols te houden om in de gaten te houden of iemand niet terug zakt. Deze nieuwe doelgroep vraagt een andere aanpak.

Een kamer van een WLZ cliënt wordt door hem zelf ingericht met meubels die vanuit de thuissituatie worden meegenomen. Een revaliderende cliënt neemt zijn inboedel niet mee voor een tijdelijk verblijf. Hier moest een verandering plaatsvinden. De organisatie is nog zoekende welk meubilair passend is voor deze doelgroep. De standaard stoelen en bankjes die gebruikt worden zijn namelijk niet geschikt voor obese cliënten.

Op de afdeling zijn geen ergocoaches aanwezig. Er is voor zorgmedewerkers wel een mogelijkheid om intern geschoold te worden over 'goed tillen', maar zij zijn dan niet werkzaam als ergocoach. De tiladviezen worden gegeven door fysiotherapeuten, vaak samen met de ergotherapeuten. Adviezen voor situaties buiten het bed vallen onder de fysiotherapeut, binnen het bed vallen onder de ergotherapeut. Vaak is het een combi van beiden.

Tips:

- Zwaartepunt
- BMI40+

Ergocoach interview 1

Datum: 13 mei 2020

Duur: 23 minuten

Member check uitgevoerd?: Mail verzonden, geen antwoord.

Naam voor citaten: Ergocoach 1

Om ergocoach te worden moet je een cursus volgen, deze is voornamelijk gericht op fysieke belasting: Wordt de zorg op de juiste manier uitgevoerd?, Wordt het juiste materiaal gebruikt?, Wordt dit materiaal op de goede manier gebruikt?. De ergocoach vertelde dat zij zich veel bezig

houdt met het geven van scholingen voor liften met betrekking tot het tilprotocol aan bijvoorbeeld leerlingen, stagiaires of nieuwe werknemers. Zij legt uit wanneer welke tillift ingezet wordt (Stedy, actieve lift of passieve lift) en welke tilmatten hierbij gebruikt worden. Hierbij maakt zij gebruik van de mobiliteitsklassen. Als de leerlingen de theoretische stof beheersen, gaan zij oefenen met het gebruik van tilliften met collega's. Als een leerling dit onder de knie heeft mag hij de vaardigheid aftoetsen met een cliënt.

Als er nek of rugklachten zijn bij zorgpersoneel wordt door de teamleider gevraagd of de ergocoach kan meekijken bij de zorg. Hier bekijkt zij of de collega een juiste houding aanneemt, het juiste materiaal gebruikt etc.

Naast deze ergocoach zijn 3 andere ergocoaches werkzaam binnen Dijkveld, waarvan er 1 voornamelijk in de avonden werkt. De ergocoaches hebben onderling contact als er een keer extra mee gekeken moet worden bij een individuele cliënt. Als bijvoorbeeld de ergocoach die voornamelijk in de avond werkt iets opmerkt bij een specifieke cliënt, mailt zij naar een andere ergocoach zodat die het bijvoorbeeld in de ochtendzorg kan observeren.

De ergocoach werkt veel samen met de fysiotherapeut. Zij vullen samen de tilthermometer in. De belangrijke aandachtspunten die hieruit komen verwerkt de fysiotherapeut in de elektronische cliëntendossiers. De fysiotherapeut heeft hier de verantwoordelijkheid voor. Als er nieuw materiaal aangeschaft moet worden kaart de ergocoach dit aan, vervolgens gaat de fysiotherapeut in gesprek met de manager.

De samenwerking met de ergotherapeut loopt als volgt: Als een cliënt niet goed te verzorgen is of de casus te complex is om advies te geven dan schakelt de ergocoach de ergotherapeut in om mee te kijken bij de zorg. Daarnaast geeft de ergocoach via mail door als een cliënt niet goed in zijn stoel zit of als zij wonden/decubitus ziet ontstaan. De samenwerking zoals hij nu is, vindt de ergocoach prima.

Eens in de drie maanden vindt een arbo-overleg plaats met de ergocoaches, ergotherapie, fysiotherapie en de manager. Hier wordt besproken of er nieuw materiaal nodig is, de mogelijkheden in het gebouw, hoe nieuw materiaal bevalt en of er nieuw ziekteverzuim is onder de werknemers. Ook worden wisselingen van cliënten besproken, bijvoorbeeld als er een nieuwe cliënt binnengekomen is. Ten slotte worden afspraken gemaakt en afspraken van het vorige overleg geëvalueerd. De ergocoach vindt de frequentie (1 keer per 3 maanden) voldoende.

Ergocoach interview 2

Datum: 18 mei 2020

Duur: 12 minuten

Member check uitgevoerd?: Ja, via mail.

Naam voor citaten: Ergocoach 2

De taak van een ergocoach is de fysieke omstandigheden zo goed mogelijk krijgen op de werkvloer door de juiste hulpmiddelen in te zetten. Hierbij kijkt de ergocoach waar de problemen liggen en waar de oplossingen liggen.

Voor bijvoorbeeld het aantrekken van steunkousen zijn veel hulpmiddelen. Deze worden ingezet ter bescherming van (o.a. de handen van) de zorgmedewerkers, maar ook het prettiger maken voor de cliënt. De taak van de ergocoach is dan om uitleg te geven aan collega's hoe zij deze hulpmiddelen goed moeten gebruiken. Soms signaleer je dat niet al het personeel de hulpmiddelen gebruikt, wat niet prettig is voor de cliënt (aantrekken van steunkous zonder hulpmiddel kan bijvoorbeeld pijnlijk zijn). Dan zoekt de ergocoach de collega's op die het hulpmiddel niet gebruiken en probeert hen te overtuigen dat zij het hulpmiddel wel gaan gebruiken, door bijvoorbeeld te vertellen dat de cliënt er last van heeft. Hierin moet je soms lang volhouden en het nieuwe hulpmiddel blijven aanbieden, omdat collega's het op de oude manier blijven uitvoeren. Dan zeggen ze bijvoorbeeld: 'ik ben het zo gewend en het gaat makkelijker zonder hulpmiddel'.

Als je als ergocoach er zelf niet uitkomt schakel je de andere ergocoaches in of de ergotherapeut. Ook als de cliënt achteruit gegaan is dan bespreek je dit met de ergotherapeut om te bekijken of er andere hulpmiddelen ingezet moeten worden.

Deze ergocoach werkt voornamelijk samen met één andere ergocoach, omdat zij de meeste kennis heeft en deze taak het langst vervult. Zij vullen bijvoorbeeld samen de tilthermometer in. Hierbij vraag je je af of Dijkveld voldoende middelen inzet om fysieke klachten te voorkomen: Wat is er nodig en is dat aanwezig? Hierbij kijk je naar afdelingen en vervolgens het hele huis. Soms kan je een 'specialere' tillift delen met een andere afdeling, dit kost echter wel meer tijd omdat je meer aan het lopen bent. Dit kan erg frustrerend zijn.

De ergocoaches zijn de ogen en oren op de afdeling, zij signaleren problemen. Omdat zij de cliënten dagelijks zien, zien zij eventuele achteruitgang ook sneller. Als de ergocoach iets constateert dan zet hij dit in het dossier en mailt hij de ergotherapeut.

'Eigenlijk zijn wij de ogen en oren van de therapeuten; wij signaleren de problemen en geven die aan zodat er actie ondernomen kan worden'.

Bijvoorbeeld een mevrouw kan haar halszender niet goed indrukken, dan mailt de ergocoach de ergotherapeut zodat zij de handfunctie van mevrouw kunnen beoordelen en een passend middel kunnen aanbieden zodat mevrouw makkelijker kan alarmeren. Of als bijvoorbeeld een nieuwe rolstoel geleverd wordt en de zithouding lijkt toch niet goed te zijn, dan mailt de ergocoach de ergotherapeut om dit nog eens te bekijken. Ook is er een vaste vergadering, het arbo overleg, een aantal keer in het jaar. Hier heeft de ergocoach ook contact met de ergotherapeut.

De samenwerking zoals deze nu is wordt als prettig ervaren. De ergocoach heeft het gevoel dat hij serieus wordt genomen als hij iets opmerkt. Hij wordt als volwaardige collega gezien door de andere therapeuten. Het contact loopt vlot via mijncaress.

'Dat wat wij opmerken wordt serieus op ingegaan hè, ja je wordt meegenomen als volwaardige collega. Daar sta ik wel positief in en ik heb het idee dat de ergotherapeuten dit ook prettig vinden lopen.'

Ergocoach interview 3

Datum: 26 mei 2020

Duur: 9 minuten

Member check uitgevoerd?: Ja, telefonisch

Naam voor citaten: Ergocoach 3

Ergocoaches coachen collega's die onzeker zijn in hun werk. Daarnaast houden zij de tilliften in de gaten en controleren zij tilmatten en hulpmiddelen. Hierbij kijken ze of deze niet versleten zijn en of ze nog voldoen. Hiernaast checkt deze ergocoach of nieuwe collega's bekwaam zijn om met een tillift te werken. Vroeger moesten nieuwe collega's en leerlingen e-learning maken, maar dat is in de loop van de jaren verwaterd. Bij uitzendkrachten is deze ergocoach erg voorzichtig rondom het werken met tilliften, omdat er weleens iets mis is gegaan met een tillift door een uitzendkracht. Daarom vraagt deze ergocoach altijd of de uitzendkracht het goed vindt als zij meekijkt bij het werken met de tillift, om ongelukken te voorkomen.

Omdat deze ergocoach voornamelijk avonddiensten werkt, voert zij minder taken uit als ergocoach. Zij heeft voornamelijk contact met één andere ergocoach: als haar collega niet toekomt aan een van haar ergocoach taken neemt zij deze over in de avonduren. Ook van andere ergocoaches neemt zij taken over als zij hier niet aan toekomen. Een ander voorbeeld: de ergocoaches waren het niet eens met een rapportage van een collega, die later die week een avonddienst draaide. Toen is deze ergocoach tijdens haar avonddienst gaan meekijken bij de betreffende collega. Deze ergocoach noemt haar rol meer ondersteunend, omdat zij avonddiensten werkt.

De ergocoach heeft contact met de ergotherapeut als er bijvoorbeeld nieuwe hulpmiddelen nodig zijn. Zij geeft aan dat haar collega's overdag meer contact hebben met de ergotherapeut omdat zij meer zien tijdens de dagdiensten.

De huidige samenwerking met de ergocoaches en ergotherapeuten omschrijft zij als laagdrempelig. Iedereen zit op één lijn en vragen stellen kan en mag altijd. Als je een mail stuurt wordt er over het algemeen snel gereageerd. Hoe de samenwerking er momenteel uit ziet is goed op deze manier. Omdat het arbo-overleg meestal op dinsdagen gepland worden, kan deze ergocoach daar niet bij aanwezig zijn. Zij werkt dan namelijk op een andere werkplek. Als zij punten heeft voor het overleg, geeft zij deze door aan haar ergocoach-collega's. Dit werkt goed op deze manier. Zij heeft gevraagd of dit overleg op een andere dag gepland kan worden zodat zij er ook bij kan zijn.

Vroeger zag de taak als ergocoach er anders uit. Toen waren er nog maar 2 ergocoaches: deze ergocoach en een oud-collega. Het coachen van de oudere collega's was toen meer nodig, omdat zij het meer op hun eigen manier deden. Het coachen bij de nieuwe, jongere generatie is minder nodig.

Codeboom

Tekst	Open code	Axiale code
De ergotherapeut heeft een opleiding gevolgd bij het Zwaartepunt.	Opleiding Zwaartepunt	N.V.T.
Dit team bestaat uit de volgende disciplines: ergotherapie, fysiotherapie, verpleegkunde, wijkverpleegkunde, wondverpleegkunde, specialist ouderengeneeskunde, diëtisten en psychologen.	Disciplines obesitas expertiseteam	N.V.T.
Zorgzwaarte ADL: draaien in bed, aantrekken van kleding, transfers, verzorging en toiletbezoek. Ook het verzorgen van smetplekken wordt regelmatig genoemd.	Zware handelingen	N.V.T.
De benadering naar de cliënten toe is snel stigmatiserend.	Stigmatisering cliënten	Negativiteit zorgpersoneel
Als je puur kijkt naar de zorgzwaarte en of de zorg meer lichamelijke inspanning moet leveren hoeft dit niet per se hoger te zijn bij cliënten met obesitas, terwijl dit vaak wel zo voelt. Beeldvorming zorgt ervoor dat de zorg zwaarder wordt ervaren.	Zorgzwaarte door negativiteit	Negativiteit zorgpersoneel
Cliënten ervaren deze negativiteit, waardoor zij minder gemotiveerd raken om de taken zelfstandig uit te voeren.	Invloed stigmatisering op cliënten	Negativiteit zorgpersoneel
Het is niet onderzocht, maar het lijkt alsof veel cliënten gedrags bijzonderheden vertonen. Deze cliënten zijn anders in gedrag, zonder dat hier een diagnose aan hangt.	Bijzonder gedrag	Overig
Het is daarom extra belangrijk om als verzorgende of behandelaar grenzen te stellen en het samen te doen met de cliënt. De vraag stellen: Hoe gaan we het samen doen?	Grenzen stellen en samen werken	Algemene adviezen
Weet van te voren wat de cliënt zelf kan en vraag hem dit ook te doen.	Mogelijkheden cliënt	Mogelijkheden cliënt
Bij problemen aan de luchtwegen kan het prettig zijn voor de cliënt als het bed niet helemaal plat ligt zodat het gewicht niet op de longen drukt.	Bed niet plat	Specifieke adviezen

Bij een peervormig lichaam zit het vet meer rond de benen waardoor iemand heel onprettig op de zij ligt.	Niet prettig op de zij	Specifieke adviezen
De vetverdeling op het lichaam bepaalt in een grote mate hoe je je zorg verleent. Ook zijn de manieren van bewegen en opstaan erg verschillend bij de verschijningsvormen, het is belangrijk hier rekening mee te houden.	Vetverdeling op het lichaam	Algemene adviezen
Bij de intake wordt de mobiliteitskaart ingevuld samen met de cliënt. Per deelhandeling moet deze goed bekeken worden, omdat het voor sommige cliënten moeilijk of pijnlijk kan zijn om zelfstandig op de zij te rollen, terwijl zij wel zelfstandig uit bed kunnen opstaan.	Mobiliteitskaart samen invullen	Mogelijkheden cliënt/hulpmiddelen
De ergotherapeut geeft de tip dat het handig is om niet alleen in het dossier te verwerken waarbij de cliënt hulp nodig heeft, maar ook welke technieken er worden gebruikt, welke hulpmiddelen nodig zijn en met hoeveel personen de zorg verleend moet worden.	Verwerking in dossier	Implementatie werkvloer
Tijdens de opname worden doelen gesteld (voornamelijk revalidatie) hierop worden de cliënten gewezen zodra zij meer passiviteit vertonen.	Doelen stellen	Mogelijkheden cliënt
Het aantal personen dat benodigd is bij de handelingen hangt af van het beschikbare materiaal, bij het gebruik van plafondliften is bijvoorbeeld minder personeel nodig. Ook hangt het af van de zorgzwaarte van de cliënt, zijn zelfstandigheid, onderliggende problemen en ervaring van het zorgpersoneel met de betreffende materialen/technieken. Het aantal benodigde personen wijst zich vaak in de tijd uit.	Aantal benodigde personeelsleden	Implementatie werkvloer/hulpmiddelen
Ergotherapie is nooit standaard, het is belangrijk dat naar elke individuele cliënt gekeken wordt.	Kijken naar individu	Specifieke adviezen
Samenwerking tussen de behandelaren, de zorg en de cliënt is erg belangrijk.	Samenwerking	Implementatie werkvloer
Besprek met de cliënt waar je tegenaan loopt in de zorg en ga daarover in gesprek. Zo kan de cliënt aangeven wat wel en niet werkt en wat	Bespreken met cliënt	Mogelijkheden cliënt

diegene prettig vindt.		
Ga goed in gesprek over hoe de beweging er normaal uitzag voor de cliënt, hoe heeft hij het altijd gedaan? Op deze manier kan je de cliënt beter helpen en kan de cliënt ook beter zelf meewerken.	Manier van bewegen	Mogelijkheden cliënt
Het kan helpend zijn om mee te gaan gaan met ADL en hierbij te helpen.	Meegaan en helpen ADL	Implementatie werkvloer
Vaak wordt wel duidelijk dat zorg vaker gebruik maken van bijvoorbeeld glijzeilen bij cliënten met obesitas tegenover cliënten met een normaal gewicht, omdat zij meer beseffen dat dit nodig is.	Meer gebruik maken van hulpmiddelen	Hulpmiddelen
Verzorgend personeel is gewend om het bed op heuphoogte te zetten om ergonomisch te werken. Bij cliënten met obesitas kan het bed over het algemeen wat lager, omdat de massa van de cliënt hoger ligt.	Bed lager	Algemene adviezen
Bij het tillen van de cliënt met een passieve tillift is het vaak beter om de cliënt zo veel mogelijk liggend te tillen. Als de cliënt meer in zit getild wordt drukt alle massa op de buik en benen, wat niet alleen pijnlijk is voor de cliënt maar ook schuur- drukplekken en shear kan veroorzaken	Liggend tillen	Algemene adviezen/ hulpmiddelen
De plek waarop je de cliënt duwt om bijvoorbeeld te draaien in bed is belangrijk: niet duwen tegen de buik vanwege de onderhuidse structuur. De buikmassa verplaatst dan, maar de botstructuur blijft liggen (shear). Dit kan weefselschade veroorzaken in de onderhuidse structuur, hierdoor kunnen vervolgens weer open worden ontstaan. Duw op de grote botten en gebruik glijzeilen.	Draaien in bed	Algemene adviezen
Het materiaal voor cliënten met obesitas kost meer geld, terwijl je voor deze cliënten net zoveel geld krijgt als cliënten met een normaal gewicht.	Meer kosten	Implementatie management/ hulpmiddelen
Daarnaast is voor de verzorging van obese cliënten meer personeel nodig, soms wel tot 4 personen aan het bed, wat de kosten voor deze cliëntgroep hoog maakt.	Hogere kosten	Implementatie management

Geen samenwerking met ergocoaches, deze hebben wij volgens mij niet binnen de organisatie	Geen samenwerking met ergocoaches	Samenwerking ergocoaches met ergotherapeuten
De lichaamsvorm, zoals peer of appel, maakt heel veel uit voor de tilmat die je kiest.	Lichaamsvorm	Algemene adviezen
Bij de tilmat letten ze niet altijd even goed op de breedte van de tilmat, er wordt meer op de lengte gefocust.	Breedte tilmat	Algemene adviezen/ hulpmiddelen
Als iemand peervormig is, is de massa voornamelijk rond de benen.	Peervormig	Algemene adviezen
Bij een appelvormig lichaam ligt het zwaartepunt voornamelijk op de buik.	Appelvormig	Algemene adviezen
In het gesprek bleek dat shear een belangrijke factor is bij cliënten met obesitas. Dit is een combinatie van druk- en schuifkrachten.	Shear	Algemene adviezen
Als cliënten gedraaid worden, maar niet in de goede houding worden gelegd krijg je onder de vetlaag problemen wat vervolgens decubitus kan veroorzaken.	Decubitus veroorzaken	Algemene adviezen
De manier voor het kiezen van hulpmiddelen voor individuele cliënten: kijken naar de mobiliteitscodering en lichaamsvorm (appel/peer).	Hulpmiddelen kiezen	Mogelijkheden cliënt/ hulpmiddelen
Het hangt erg af van de samenwerking en afspraken die gemaakt zijn met de leverancier en wat er aanwezig is op de afdeling.	Samenwerking leverancier	Implementatie management/ hulpmiddelen
Amputatie: gebruik van amputatie tilmat die ook geschikt is voor het gewicht van de cliënt.	Geschikte tilmat	Specifieke adviezen
Amputatie/artrose: Andere draaitechnieken gebruiken, niet (te lang) op pijnlijke zijde leggen.	Draaitechniek	Specifieke adviezen
Implementatieproblemen zijn voornamelijk problemen met financiering.	Financieringsprobleem	Implementatie management
De zorginstelling krijgt geen extra vergoeding voor obese cliënten maar moeten hier wel speciale hulpmiddelen voor aanschaffen en cliënten moeten vaak door meerdere medewerkers tegelijk geholpen worden wat ook meer geld kost.	Geen extra vergoeding	Implementatie management

Als woonlocatie moet je soms een stop doen op zwaardere cliënten om het personeel te beschermen. Dan kan er bekeken worden wat de mogelijkheden zijn met personeel en beschikbare hulpmiddelen, en dan een maximaal aantal cliënten toelaten met overgewicht.	Cliëntenstop	Implementatie management
Mogelijk andere locaties aanspreken die meer mogelijkheden hebben (bredere deuren, plafondliften etc.).	Andere locaties aanspreken	Implementatie management
Zorgmedewerkers moeten zich dus vrij voelen om bij hun manager aan te geven welke middelen zij nodig hebben om goede en verantwoorde zorg te kunnen leveren.	Durven tegenover manager	Implementatie management
Er moet worden uitgegaan van de zwakste schakel binnen de zorgmedewerkers.	Zwakste schakel	Implementatie management
Een samenwerking met de ergocoaches zou er bijvoorbeeld op de volgende manier uit kunnen zien: een keer in de (+/-) twee maanden een vast overlegmoment te hebben met ergotherapeuten, ergocoaches en fysiotherapeuten om adviezen te bespreken en casussen door te nemen.	Overleg	Samenwerking ergocoaches met ergotherapeuten
Door een samenwerking aan te gaan sta je sterker tegenover bijvoorbeeld een manager of leidinggevende als nieuw materiaal aangeschaft moet worden.	Voordeel samenwerking ergocoaches	Samenwerking ergocoaches met ergotherapeuten
Het expertiseteam is betrokken als er een nieuwe opname komt, zij verzamelen informatie over de cliënt en bezoeken indien nodig de persoon om te besluiten of zij de opname kunnen realiseren. Daarnaast werken zij mee aan het beleid en geven scholingen.	Expertiseteam	N.V.T.
Het expertiseteam bestaat uit: Voorzitter (teamcoach/manager met ervaring in de zorg), Psycholoog (die zich met name richt op de mindset van het personeel), Ergotherapeut, Van alle somatische afdelingen 1 verzorgende (totaal 4) en Arts	Expertiseteam	N.V.T.
Het expertiseteam bevat bewust geen diëtist omdat welbevinden het speerpunt is, niet het afvallen. Als	Geen diëtist	N.V.T.

de cliënt de wens heeft om af te vallen wordt de diëtist betrokken.		
De rol van de ergo binnen de intake is voornamelijk het bekijken welke hulpmiddelen nodig zijn, welke hulpmiddelen zijn bruikbaar met het gewicht van de betreffende cliënt en hoe moeten deze gebruikt worden.	Rol ergotherapeut intake	Hulpmiddelen
Het individueel BVT protocol (van Zwaartepunt) wordt in de eerste week gebruikt en ingevuld. Dit gebeurt door verzorgende/verpleegkundige uit expertiseteam of evv'er (eerst verantwoordelijke verzorgende) van cliënt. Dit schetst een goed beeld van wat een cliënt zelfstandig kan, waar hij hulp bij nodig heeft, welke hulpmiddelen daarbij te gebruiken zijn en welke problemen je tegen kan komen.	Individueel BVT protocol	Mogelijkheden cliënt
De keuze die je maakt voor een hulpmiddel is erg afhankelijk van het gewicht van de cliënt.	Gewicht cliënt	Hulpmiddelen
Binnen de betreffende organisatie worden cliënten wekelijks gewogen. Niet iedereen vindt dit prettig. Soms zit iemand net op de grens van het gebruikersgewicht van een hulpmiddel en is het essentieel om dit in de gaten te houden voor de veiligheid.	Wegen voor gebruikersgewicht	Implementatie werkvloer/ hulpmiddelen
Ook is het niet altijd goed te zien als iemand is aangekomen.	Gewichtsverandering niet zichtbaar	Implementatie werkvloer
Wat voor lichaamsvorm heeft de cliënt? Champignon, peer, appel? Afhankelijk van de lichaamsvorm moeten de transfers anders gemaakt worden. Hierbij worden verschillende jukken van tilliften gebruikt.	Lichaamsvorm beïnvloedt transfers	Algemene adviezen
De ergotherapeut vertelt dat zij snel voor een kruispuntjuk kiezen, omdat daarmee meer ruimte gecreëerd wordt. Ook wordt een plafondsysteem gebruikt.	Kruispuntjuk (tillift) en plafondsysteem	Algemene adviezen
Hierbij (amputatie) stelt zij zich voor dat je een andere tilband nodig hebt en dat je sneller een tilband op maat moet laten maken.	Speciale tilband	Specifieke adviezen

Bij cliënten met COPD moet je goed blijven kijken naar de belastbaarheid.	Belastbaarheid	Specifieke adviezen
Ook bij artrose focussen belastbaarheid maar dan op gewrichtsniveau. Rekening houden met het gewicht dat drukt op de pijnlijke gewrichten.	Belastbaarheid gewrichten	Specifieke adviezen
De basis van transfers blijft hetzelfde: voor niemand met obesitas is het prettig om het bed helemaal plat te leggen.	Bed niet plat	Specifieke adviezen/algemene adviezen
Als cliënten niet op een zij kunnen blijven liggen, of als de cliënt niet het bedhek kan vastpakken door een halfzijdige verlamming gebruik je sneller lakens in bed om de cliënt te helpen met draaien.	Draaien in bed	Specifieke adviezen/hulpmiddelen
Bij het werken met deze doelgroep valt deze ergotherapeut het op dat de mindset van het personeel een grote rol speelt.	Mindset personeel	Negativiteit zorgpersoneel
Er wordt vaker gezocht door het personeel, of het personeel wil een bepaalde cliënt niet graag verzorgen omdat deze te zwaar is.	Niet willen verzorgen	Negativiteit zorgpersoneel
Hiervoor gebruiken zij vaak een verhelderend filmpje met uitleg dat obesitas niet zomaar teveel eten is.	Uitleg obesitas	Negativiteit zorgpersoneel
<i>'Met kleine dingetjes kan je ook al veel verschil maken, het hoeft niet meteen met een heel duur, groot hulpmiddel'.</i>	Niet altijd speciaal hulpmiddel	Hulpmiddelen
Soms moet je daardoor (financiën) creatiever kijken wat er mogelijk is.	Creatief kijken	Implementatie werkvloer/ implementatie management/hulpmiddelen
Bij een champignonvormig lichaam bij een stoel, rolstoel, poststoel een opening bij de billen zodat hier meer ruimte voor is.	Opening bij billen bij champignonvorm	Algemene adviezen
Voornamelijk voor de tilbanden maakt de lichaamsvorm een groot verschil.	Verskil in tilbanden	Algemene adviezen
Ook het opstaan vanuit een stoel is verschillend bij een appel- of peervormig lichaam.	Opstaan uit stoel	Algemene adviezen

Deze ergotherapeut probeert actief betrokken te blijven en met ze in gesprek blijven gaan.	Actief betrokken blijven	Implementatie werkvloer
Je kan bijvoorbeeld een week lang aansluiten bij die persoon in de ochtendzorg, als hier de vraag lag.	Aansluiten bij zorg	Implementatie werkvloer
Lijntjes kort blijven houden, samen ontdekken en uitproberen. Heel erg de tijd voor nemen.	Samen uitproberen	Implementatie werkvloer
Met obese cliënten verlies je vaak eerder geld dan dat je er geld aan overhoudt.	Obese cliënten kosten geld	Implementatie management
Bij een nieuwe opname kritisch zijn en goed navragen wat het gewicht van de cliënt is. Ook de maten weten voordat iemand komt.	Kritisch op gewicht en maten	Implementatie management/impl ementatie werkvloer
Als de manager obesitas geen belangrijk onderwerp vindt zal het lastiger zijn om iets aangeschaft te krijgen. De organisatie moet ervoor kiezen om deze weg (obesitas) in te slaan, om hier bewust mee bezig te zijn.	Onderwerp obesitas management	Implementatie management
Het expertiseteam heeft een overzicht en stroomschema gemaakt met informatie wat er nodig is bij een nieuwe opname.	Stroomschema	Hulpmiddelen
Als er nieuwbouw komt: rekening houden met mogelijkheden voor plafondliften. Ook geen hangende toiletten: hier kan een cliënt met obesitas door heen zakken.	Nieuwbouw tips	Implementatie management
De ergocoaches werken nauw samen onderling en zijn het aanspreekpunt op de afdeling. Als zij niet uit een casus kunnen komen leggen zij deze voor aan de ergotherapeut van het obesitasteam. Dit gaat om cliënten die al opgenomen zijn, bij nieuwe opnames is de ergotherapeut altijd betrokken.	Werkwijze met ergocoaches	Samenwerking ergocoaches met ergotherapeuten
De manier waarop bepaald wordt welke hulpmiddelen er worden ingezet bij individuele cliënten wordt van oudsher erg bepaald door de contacten die de organisatie heeft.	Keuze hulpmiddelen	Hulpmiddelen
De keuze van inkoop speelt een grote rol, met idealiter de adviezen van ergotherapeuten en fysiotherapeuten. In samenspraak wordt dan een	Keuze hulpmiddelen	Hulpmiddelen

bepaalde leverancier gekozen die een bepaalde lijn producten heeft.		
Dat is het moeilijke van de obesitas wereld, het zoeken naar passende middelen kost meer tijd omdat er weinig bekend is over mogelijke hulpmiddelen voor deze doelgroep. Dat is ook de reden waarom er soms verkeerd gekozen wordt.	Moeilijk vindbare hulpmiddelen	Hulpmiddelen
Bij cliënten met COPD en obesitas is het vaak te benauwend om het bed geheel plat te leggen. Ook het draaien in bed kost te veel energie voor deze cliënten. Het komt steeds op hetzelfde neer: bewegen binnen de grenzen van het bed is moeilijk.	COPD en obesitas	Specifieke adviezen
Er moet altijd gekeken worden naar individuele mogelijkheden, zeker bij mensen met obesitas. Omdat iemand wat meer kilo's bij zich draagt wordt snel gedacht dat er speciale hulpmiddelen nodig zijn. Blijf kijken naar de mogelijkheden.	Individuele mogelijkheden	Mogelijkheden cliënt
Het is niet alleen iemand die forser is, hier zit ook een persoon achter. Wat kan iemand zelf? Wat is de zorgvraag? Het maakt niet uit of iemand dan obesitas heeft, of hoofdpijn.	Persoon achter het gewicht	Mogelijkheden cliënt
De benadering vanuit de zorg is een groot aandachtspunt hierin: als de zorgmedewerkers vinden dat iemand te veel kilo's weegt, dan hoor je ze bij voorbaat al zuchten en steunen. Voordat zij beginnen is het al zwaar en denken zij dat het niet gaat lukken.	Benadering van zorg	Negativiteit zorgpersoneel
Ook is de motivatie om te zoeken naar oplossingen voor obese cliënten vaak minder groot. Vaak wordt er gedacht dat mensen er zelf voor hebben gezorgd dat zij zwaar zijn.	Minder motivatie	Negativiteit zorgpersoneel
Deze ergotherapeut probeert daar doorheen te prikken en te vertellen dat het maar kilo's zijn. Zij probeert nuchter uit te leggen dat het maar vet is en dat dat geen drama is.	Uitleggen obesitas	Negativiteit zorgpersoneel
Niemand wordt opgenomen voor obesitas, maar iemand wordt opgenomen voor COPD of een CVA, de extra kilo's komen daarbij. Respect is hierin een kernbegrip.	Respect	Negativiteit zorgpersoneel

Cliënten merken deze negativiteit ook, hiervan worden zij verdrietig en vertonen zij passiever gedrag. Dit wijst nogmaals uit dat respect heel belangrijk is, dergelijke negatieve situaties zijn heel vervelend als cliënt zijnde en dit heeft altijd een effect.	Reactie cliënten	Negativiteit zorgpersoneel
Zij vond hieraan bijzonder dat als je binnen komt lopen, er paniek is en als je naar buiten gaat er altijd een oplossing is. Het is haar bijgebleven dat het altijd letterlijk een gigantisch probleem was, maar dat het altijd opgelost kon worden.	Altijd een oplossing	Algemene adviezen
Mensen weten niet wat obesitas inhoudt, ze zijn er bang voor en er is bij voorbaat al paniek.	Geen kennis waardoor paniek	Negativiteit zorgpersoneel
Andere dingen die haar zijn bijgebleven uit het werken met deze doelgroep zijn onder andere het weten waar je moet zijn voor hulpmiddelen. Er is veel keuze bij allerlei verschillende aanbieders.	Veel keuze hulpmiddelen	Hulpmiddelen
Er wordt gesleurd en getrokken aan een lijf, dat gaat niet omdat er meer kilo's aan dat lijf zitten, en er wordt te laat of niet aan hulpmiddelen gedacht.	Niet denken aan hulpmiddelen	Hulpmiddelen
Vaak is er geen beleid voor het opnemen van obese cliënten. Dan is het roeien met de riemen die je hebt en hopen dat er op de afdeling niet te veel paniek gezaaid wordt.	Vaak geen beleid	Implementatie management
Gemiddeld kunnen reguliere voorzieningen in Nederland, zoals een bed, douchestoel, tillift etc. een gewicht van 160 tot 180 kilo aan. Er is niet altijd speciaal materiaal nodig. Je komt weinig tegen dat cliënten zwaarder zijn dan dit.	Reguliere voorzieningen	Hulpmiddelen/ Implementatie werkvloer
Het is essentieel om cliënten te wegen, het liefst wekelijks. Dit is voor onder andere de beeldvorming van het zorgpersoneel, omdat zij vaak denken dat een cliënt zwaarder is dan hij in werkelijkheid is.	Wegen	Negativiteit zorgpersoneel/ Implementatie werkvloer
Daarnaast zijn wisselingen in gewicht niet altijd goed zichtbaar bij zwaarlijvige cliënten. Regelmatig wegen is echter wel verschrikkelijk voor de cliënten, maar het is essentieel.	Wegen	Implementatie werkvloer

Adviezen aan zorgpersoneel worden niet altijd opgevolgd, dit hangt ook erg van de casus af. De samenwerking met de fysiotherapeut kan hierin helpend zijn.	Samenwerking fysiotherapeut	Implementatie werkvloer
Als een advies wordt gegeven zorgt de ergotherapeut er voor dat zij meerdere keren in een korte periode aanwezig is bij het zorgmoment, hierbij doet zij niks. Zij stimuleert het zorgpersoneel dan door positief te coachen	Aanwezig bij zorgmoment	Implementatie werkvloer
Zorgmedewerkers moeten hiermee oefenen en ervaring opdoen met het werken met deze doelgroep. Hierbij is het belangrijk om aanwezig te zijn en begeleiding te bieden en niet meteen met een hulpmiddel aan de slag gaan bij de allerswaarste cliënt.	Ervaring opdoen	Implementatie werkvloer
Het zou mooi zijn als er meer scholing en bewustwording is over deze doelgroep. Als er financiële mogelijkheden zijn zou een scholing over transfers en fysieke belasting bovenaan moeten staan, plus obesitas en bewustwording daarvan.	Bewustwording doelgroep	Implementatie werkvloer/ Negativiteit zorgpersoneel
Op organisatorisch vlak noemt deze ergotherapeut dat er geen vastgelegd plan is. Het is niet standaard en er worden maar een paar obese mensen opgenomen	Geen plan	Implementatie management
Het is daarom niet bekend waar afwijkende materialen gekocht of gehuurd kunnen worden.	Afwijkende materialen	Hulpmiddelen
Kennis in verschillende leveranciers is klein vanuit paramedici.	Kennis leveranciers	Hulpmiddelen
Er is geen samenwerking met de ergocoaches, de ergotherapeut weet niet wie de ergocoaches zijn. Zij heeft eerder contact met andere zorgmedewerkers die zich interesseren in de thema's fysieke belasting en/of transfers.	Samenwerking ergocoaches	Samenwerking ergocoaches met ergotherapeuten
De doelgroep obesitas lijkt jonger opgenomen te worden, vermoedelijk door medische complexiteit en leefstijl of psychiatrische problemen. Voor deze jongere doelgroep is het belangrijk dat het aanbod in activiteiten wordt toegespitst, omdat hun behoeften ergens anders liggen. Denk hierbij aan de	Jongere leeftijd	Overig

aanvulling van de therapieën van de ergotherapeut, fysiotherapeut, maar ook de activiteitenbegeleiding.		
Voor een opname wordt een uitgebreide triage uitgevoerd. De obesitasverpleegkundige gaat op bezoek bij de cliënt, waarbij goed bekeken wordt wat de situatie is; waarom zit iemand in deze situatie; wat zijn de problemen; wat zijn de doelstellingen en wat heeft iemand nodig. Hiermee wordt duidelijk in kaart gebracht uit welke situatie iemand komt.	Triage	Mogelijkheden cliënt/ hulpmiddelen
Een cliënt wordt pas opgenomen als het zeker is dat de benodigde zorg geleverd kan worden! Alle omstandigheden moeten in orde zijn.	Omstandigheden in orde	Implementatie management
Ook wordt uitgevraagd welke hulpmiddelen er in het ziekenhuis gebruikt worden op het moment. Daarnaast vraag je in het ziekenhuis na hoe de zorg momenteel geboden wordt en of dit goed loopt, is dit goede zorg? Heeft iemand een rolstoel nodig? Wordt er een tillift gebruikt? Kan iemand op een hangend toilet zitten of is er een po/douchestoel nodig?	Hulpmiddelen ziekenhuis	Mogelijkheden cliënt/ hulpmiddelen
Het is erg belangrijk om ook te vragen waar mensen thuis al tegenaan liepen. Het ziekenhuis is namelijk een momentopname	Problemen thuis	Mogelijkheden cliënt
Als de uitkomst van de triage van de obesitasverpleegkundige positief is, dan vindt er een triagegesprek op locatie plaats in het bijzijn van de arts, verpleegkundige van de afdeling, ergotherapeut, fysiotherapeut en klantadvies. Hierin wordt besproken of de benodigde zorg geleverd kan worden.	Triagegesprek op locatie	Implementatie management
Er wordt niet standaard een obesitas bed ingezet, omdat niet alle cliënten dit nodig hebben. Vooral cliënten met een appelfiguur hebben dit vaak niet nodig, omdat zij het gewicht op de buik dragen en niet per se veel breder zijn. Cliënten met een peervorm of champignonvorm hebben sneller een obesitasbed nodig omdat zij breder zijn.	Obesitasbed	Algemene adviezen
Een obesitasbed kan de zorg onnodig zwaar maken, omdat de zorg verder moet reiken over het bed.	Obesitasbed	Hulpmiddelen

Daarom is het belangrijk om alleen een obesitasbed in te zetten als dit echt nodig is.		
De arbo-omstandigheden worden zo goed mogelijk gecreëerd binnen de betreffende locatie. Daarom wordt in elke kamer een plafondlift geplaatst. Rijden met een passieve tillift met een obese cliënt is namelijk ontzettend zwaar.	Plafondlift	Algemene adviezen/ hulpmiddelen
Bij passievere cliënten is soms een tweede persoon nodig. Dit is ongelooflijk individueel. Wat heeft iemand nodig? Dat bepaalt hoeveel personen er nodig zijn voor de zorg.	Aantal personen in de zorg	Algemene adviezen
Zij benoemt wel de benauwdheid op bed bij cliënten met obesitas. Het gewicht drukt dan namelijk op de longen. De benauwdheid wordt versterkt als iemand bijvoorbeeld een longontsteking of COPD heeft.	Benauwdheid	Specifieke adviezen
Voor implementatie van adviezen is het erg belangrijk om te gaan meehelpen in de zorg. Hier moet je dan al doende samen nadenken: Hoe kunnen we hier zo goed mogelijk mee omgaan? Het werkt niet als je 'platte' adviezen geeft van achter je computer.	Implementatie adviezen	Implementatie werkvloer
Overleg tijdens het zorgmoment ook met de cliënt: Wat zijn uw mogelijkheden om mee te helpen en hoe was u het thuis gewend? Betrek de cliënt in het bedenken van de oplossing.	Overleg met cliënt	Implementatie werkvloer
De oorzaak van het niet overnemen van adviezen is dat het advies niet in samenspraak met de zorg is opgesteld. Hierdoor heb je geen draagkracht.	Niet in samenspraak	Implementatie werkvloer
<i>'Niet adviezen geven aan, maar samen komen tot de passende oplossing'.</i>	Samen naar een oplossing	Implementatie werkvloer
Op de afdeling zijn geen ergocoaches aanwezig.	Geen ergocoaches	Samenwerking ergocoaches met ergotherapeuten
De ergocoach vertelde dat zij zich veel bezig houdt met het geven van scholingen voor liften met betrekking tot het tilprotocol aan bijvoorbeeld leerlingen, stagiaires of nieuwe werknemers. Zij legt uit wanneer welke tillift ingezet wordt (Stedy,	Scholingen rondom liften	Taken ergocoach

actieve lift of passieve lift) en welke tilmatten hierbij gebruikt worden.		
Als er nek of rugklachten zijn bij zorgpersoneel wordt door de teamleider gevraagd of de ergocoach kan meekijken bij de zorg. Hier bekijkt zij of de collega een juiste houding aanneemt, het juiste materiaal gebruikt etc.	Meekijken in de zorg	Taken ergocoach
De ergocoaches hebben onderling contact als er een keer extra mee gekeken moet worden bij een individuele cliënt. Als bijvoorbeeld de ergocoach die voornamelijk in de avond werkt iets opmerkt bij een specifieke cliënt, mailt zij naar een andere ergocoach zodat die het bijvoorbeeld in de ochtendzorg kan observeren.	Onderling contact ergocoaches	Samenwerking ergocoaches onderling
De ergocoach werkt veel samen met de fysiotherapeut. Zij vullen samen de tilthermometer in.	Ergocoach en fysiotherapeut	Taken ergocoach
De samenwerking met de ergotherapeut loopt als volgt: Als een cliënt niet goed te verzorgen is of de casus te complex is om advies te geven dan schakelt de ergocoach de ergotherapeut in om mee te kijken bij de zorg. Daarnaast geeft de ergocoach via mail door als een cliënt niet goed in zijn stoel zit of als zij wonden/decubitus ziet ontstaan. De samenwerking zoals hij nu is, vindt de ergocoach prima.	Samenwerking ergotherapeut	Samenwerking ergocoaches met ergotherapeuten
Eens in de drie maanden vindt een arbo-overleg plaats met de ergocoaches, ergotherapie, fysiotherapie en de manager. Hier wordt besproken of er nieuw materiaal nodig is, de mogelijkheden in het gebouw, hoe nieuw materiaal bevalt en of er nieuw ziekteverzuim is onder de werknemers.	Arbo-overleg	Taken ergocoach/ samenwerking ergocoaches met ergotherapeuten
De taak van een ergocoach is de fysieke omstandigheden zo goed mogelijk krijgen op de werkvloer door de juiste hulpmiddelen in te zetten. Hierbij kijkt de ergocoach waar de problemen liggen en waar de oplossingen liggen.	Fysieke omstandigheden	Taken ergocoach

De taak van de ergocoach is dan om uitleg te geven aan collega's hoe zij deze hulpmiddelen goed moeten gebruiken.	Uitleg geven aan collega's	Taken ergocoach
Als je als ergocoach er zelf niet uitkomt schakel je de andere ergocoaches in of de ergotherapeut. Ook als de cliënt achteruit gegaan is dan bespreek je dit met de ergotherapeut om te bekijken of er andere hulpmiddelen ingezet moeten worden.	Ergotherapeut inschakelen	Samenwerking ergocoaches met ergotherapeuten
Deze ergocoach werkt voornamelijk samen met één andere ergocoach, omdat zij de meeste kennis heeft en deze taak het langst vervult.	Samenwerking ergocoaches	Samenwerking ergocoaches onderling
De ergocoaches zijn de ogen en oren op de afdeling, zij signaleren problemen. Omdat zij de cliënten dagelijks zien, zien zij eventuele achteruitgang ook sneller. Als de ergocoach iets constateert dan zet hij dit in het dossier en mailt hij de ergotherapeut.	Ogen en oren op afdeling	Taken ergocoach/ samenwerking ergocoaches met ergotherapeuten
De samenwerking zoals deze nu is wordt als prettig ervaren. De ergocoach heeft het gevoel dat hij serieus wordt genomen als hij iets opmerkt. Hij wordt als volwaardige collega gezien door de andere therapeuten. Het contact loopt vlot via mijncaress.	Prettige samenwerking	Samenwerking ergocoaches met ergotherapeuten
Ergocoaches coachen collega's die onzeker zijn in hun werk. Daarnaast houden zij de tilliften in de gaten en controleren zij tilmatten en hulpmiddelen. Hierbij kijken ze of deze niet versleten zijn en of ze nog voldoen. Hiernaast checkt deze ergocoach of nieuwe collega's bekwaam zijn om met een tillift te werken.	Taken ergocoach	Taken ergocoach
Zij heeft voornamelijk contact met één andere ergocoach: als haar collega niet toekomt aan een van haar ergocoach taken neemt zij deze over in de avonden. Ook van andere ergocoaches neemt zij taken over als zij hier niet aan toekomen.	Taken overnemen	Samenwerking ergocoaches onderling
De ergocoach heeft contact met de ergotherapeut als er bijvoorbeeld nieuwe hulpmiddelen nodig zijn.	Contact ergotherapeut	Samenwerking ergocoaches met ergotherapeuten
De huidige samenwerking met de ergocoaches en ergotherapeuten omschrijft zij als laagdrempelig. Iedereen zit op één lijn en vragen stellen kan en mag altijd. Als je een mail stuurt wordt er over het	Huidige samenwerking	Samenwerking ergocoaches met ergotherapeuten

algemeen snel gereageerd. Hoe de samenwerking er momenteel uitziet is goed op deze manier.		
--	--	--

Samenvoeging axiale codes bij deelvragen

Axiale code	Kop in tekst	Deelvraag
Algemene adviezen	Adviezen & hulpmiddelen	Deelvraag 1
Specifieke adviezen		
Hulpmiddelen		
Mogelijkheden cliënt		
Negativiteit van zorgpersoneel	Negativiteit van zorgpersoneel	Deelvraag 1
Implementatie werkvloer	Implementatie op de werkvloer	Deelvraag 2
Implementatie management	Implementatie binnen het management	Deelvraag 2
Samenwerking ergocoaches onderling	Taken ergocoach	Deelvraag 3
Taken ergocoach		
Samenwerking ergocoaches met ergotherapeuten	Samenwerking ergocoaches met ergotherapeuten	Deelvraag 3

Bijlage 6: Ergonomische adviezen bij oudere, obese cliënten

Algemeen

Naast BMI is de vetverdeling van belang bij cliënten met obesitas. Men spreekt van een 'appel' wanneer het vet zich voornamelijk in de buikstreek bevindt. Bij deze lichaamsvorm zijn de gevolgen van het overgewicht groter dan wanneer het vet zich rondom de heupen en benen bevindt. Dit wordt een 'peer' genoemd (Zorg voor Beter, 2019). Om adequaat zorg te kunnen verlenen aan iemand met ernstig overgewicht moet je weten hoe het gewicht verdeeld is over het lichaam. Zware mensen zijn vaak een mix van beide lichaamstypes. Het verdeling van het gewicht heeft consequenties voor onder andere de manier waarop de cliënt op staat.

Een 'peer' beweegt bijvoorbeeld meestal de romp vrij ver naar voren, waarna hij rustig en stabiel opstaat. Als een 'appel' op deze manier zou opstaan zou hij voorover vallen, hij haalt de kracht uit zijn benen (Knibbe, Knibbe, Huijbregts & Cornelissen, 2012). De manier van opstaan is van belang bij het begeleiden van de cliënt met opstaan en bij het inzetten van actieve tilliften.

Ook is er een verschil in het type tilband dat nodig is voor een transfer met een passieve tillift, kijkende naar de lichaamsvormen. Meestal hebben cliënten met een peervorm een extra brede tilband nodig, terwijl voor cliënten met een appelvorm een XXL-tilband vaak voldoende is. Soms hebben ze extra steun aan de benen nodig.

Als obese cliënten plat in bed liggen staat de borstkas onder druk, waardoor benauwdheid ontstaat. Daarnaast kunnen drukplekken en/of bloeduitstortingen ontstaan als gevolg van vetweefsel dat onder druk staat. Ondanks dat dit bij beide lichaamsvormen van belang is, moet je hier bij mensen met een appelvorm extra alert op zijn. Het bed in anti-trendelenburg zetten, of het hoofdeinde meer omhoog zetten (half zitten) zijn hier oplossingen voor (Knibbe, Knibbe, Huijbregts & Cornelissen, 2012). Zet het bed echter niet te ver in anti-trendelenburg: dit kan zorgen voor huidproblemen doordat de cliënt naar beneden schuift. Helemaal horizontaal liggen kan naast ernstige gevolgen voor de ademhaling ook gevolgen voor de bloedcirculatie en hartfunctie hebben (Knibbe & Knibbe, z.d.).

Bij het tillen van de cliënt met een passieve tillift is het vaak beter om de cliënt zo veel mogelijk liggend te tillen. Als de cliënt meer in zit getild wordt drukt alle massa op de buik en benen, wat niet alleen pijnlijk is voor de cliënt maar ook schuur- en drukplekken kan veroorzaken.

De verzorging van de huid heeft extra aandacht nodig bij cliënten met obesitas. De huidzorg kan complex, zwaar en tijdrovend zijn door onder andere diepe huidplooien. Vraag bijvoorbeeld de cliënt zelf de buik op te tillen bij het wassen op bed, dit kan ook met behulp van een badlaken. Het kan handig zijn om een arm of been met een tillift omhoog te brengen, zodat je overal goed bij kan. Het gebruik maken van een tillift bij het optillen van ledematen vermindert het risico op overbelasting voor zorgverleners. Let daarbij wel op dat de doorbloeding goed blijft en dat er geen overstrekking plaatsvindt in gewrichten.

Gebruik aantrek hulpmiddelen voor sokken, schoenen en steunkousen zodat de cliënt deze zelf aan en uit kan trekken. Dit scheelt in het aantal handelingen wat de zorg moet uitvoeren, en dus in de fysieke belasting.

Wees zeer secuur op dat de huid na het wassen goed droog is, ook bij verzorgend wassen. Dit kan namelijk extra huidproblemen opleveren, voornamelijk in de huidplooien (Knibbe, Knibbe, Huijbregts & Cornelissen, 2012).

Laat de obese cliënt zoveel mogelijk zelf doen! Realiseer je dat het geven van een beetje hulp aan een obese cliënt meestal betekent dat je veel kracht moet leveren. Stel de cliënt de vraag: hoe gaan we het samen doen? En houdt hem ook aan deze afspraak.

Zorgverleners zijn gewend om het bed op heuphoogte te zetten bij het verlenen van zorg in bed. Bij het verzorgen van cliënten met obesitas is het van belang om het bed iets lager te zetten: de massa van de cliënt ligt namelijk hoger. Op deze manier werk je alsnog op de juiste werkhoogte.

Als een cliënt met een passieve tillift getild wordt, is het beter om de cliënt zoveel mogelijk liggend te tillen. Als de cliënt in zit getild wordt drukt alle massa op de buik en benen, wat niet alleen pijnlijk is voor de cliënt, maar ook voor schuur en drukplekken kan zorgen.

De plek waarop je duwt om een cliënt te draaien in bed is belangrijk: duw niet tegen de buik, dit kan weefselschade veroorzaken in de onderhuidse structuur. Duw op de grote botten en gebruik glijzeilen.

Kennis van de achtergronden van obese cliënten is noodzakelijk. Hoe komt het dat iemand zo zwaar is geworden? Het is belangrijk om met een andere bril naar deze mensen te kunnen kijken. Je dient de cliënt te beschouwen als een mens met een chronische ziekte. Niemand heeft ervoor gekozen om zo zwaar te zijn. Deze mensen hebben net zo hard zorg nodig als een ander (Knibbe, Knibbe, Huijbregts & Cornelissen, 2012). Cliënten voelen de vooroordelen en mogelijke negativiteit. Cliënten worden hier verdrietig van en zijn minder gemotiveerd om te helpen bij de taken. Het is bij cliënten met obesitas extra van belang om een positieve benadering te hebben en hen te motiveren tijdens het zorgmoment.

Zet niet bij alle cliënten met obesitas een obesitas bed in: niet alle cliënten hebben dit nodig. Een obesitas bed kan de zorg onnodig zwaar maken, omdat de zorg verder moet reiken over het bed. Vooral cliënten met een appelfiguur hebben dit vaak niet nodig, omdat zij het gewicht op de buik dragen en niet per se veel breder zijn. Cliënten met een peervorm of champignonvorm hebben sneller een obesitas bed nodig omdat zij breder zijn.

Specifieke ziektebeelden

COPD

In de algemene adviezen werd eerder genoemd dat helemaal plat liggen in bed vaak onprettig is voor cliënten met obesitas. Hierdoor voelen zij zich vaak benauwd. Dit is extra van belang bij cliënten met COPD of andere problemen in de ademhaling. Het bed in anti-trendelenburg zetten, of het hoofdeinde meer omhoog zetten (half zitten) zijn hier oplossingen voor.

Artrose

Voor cliënten met obesitas kan het soms onprettig zijn om op één zijde te liggen, omdat dan al het gewicht hierop drukt. Houdt bij iedere individuele cliënt rekening met de pijnlijke gewrichten en zorg dat deze zo min mogelijk worden belast. Leg de cliënt dus niet te lang op de pijnlijke zijde.

CVA

Als een cliënt door een halfzijdige verlamming niet het bedhek kunnen vastpakken om op één zijde te liggen is het van belang om hulpmiddelen in te zetten hiervoor. Het tegenhouden van de cliënt om deze op één zijde te houden kost ontzettend veel kracht en zorgt voor veel fysieke belasting. Er kunnen lakens gebruikt worden om de cliënt te helpen met draaien. Daarnaast bestaan verschillende hulpmiddelen om de cliënt op één zijde te laten liggen: bijvoorbeeld de master turner (variant die je in tweeën kan delen, kan tot 200 KG), maxi transfer sheet van Arjohuntleigh (dunner van stof) en de turnsheet van Romedic (kan tot 300 KG).

Extra informatie

Op <https://www.zorgvoorbeter.nl/nieuws/e-learning-extreem-obese-clienten> staat een gratis e-learning over het omgaan met extreem obese cliënten. Deze bestaat uit 17 vragen en duurt ongeveer 30 minuten. Hier staan ook verschillende interessante instructiefilmpjes in.

Op <https://www.goedgebruik.nl/filmpjes> staan instructiefilmpjes van zorgtechnieken met aanvullingen voor obese cliënten.

<https://www.goedgebruik.nl/algemeen/bmi40plus> is een website over respectvolle en ergonomische zorg voor cliënten met overgewicht.

Bijlage 7: Implementatie in Dijkveld

Een ergotherapeut in het onderzoek gaf aan dat niet altijd speciaal materiaal nodig is, omdat reguliere voorzieningen in Nederland een gebruikersgewicht van 160 tot 180 kilo heeft. In bijlage 1 is te zien dat de cliënt met het zwaarste gewicht 150,4 kilogram weegt. In bijlage 8 staan de aanwezige tilliften en douchehulpmiddelen in Dijkveld. Daaruit blijkt dat de zwaarste cliënt (cliënt O), op het gebied van gebruikersgewicht, veilig gebruik kan maken van alle tilliften. Van de douchehulpmiddelen kan enkel de Toba douchehulp worden gebruikt, dan de andere hulpmiddelen overschrijdt hij het veilige gebruikersgewicht. Cliënt L overschrijdt het gebruikersgewicht van de Carendo en zit op de grens van het gebruikersgewicht van de Carino, het verschil is 0,7 kilogram. Echter wordt cliënt L enkel nog op bed gewassen. Cliënt E zit dichtbij de grens van het gebruikersgewicht van de Carendo, met 2,9 kilogram verschil.

Alle andere cliënten kunnen veilig gebruik maken van de hulpmiddelen genoemd in bijlage 8. Van twee hulpmiddelen in het overzicht (Gemini Elektra en Concerto douchewagen) is het gebruikersgewicht niet bekend bij de onderzoeker. Er wordt aangeraden het maximale gebruikersgewicht te achterhalen voordat deze verder worden gebruikt, om veiligheid te garanderen.

Een plafondlift wordt door zowel de literatuur als de ergotherapeuten uit de praktijk aangeraden om fysieke belasting te voorkomen. Echter zijn plafondliften een dure investering en kunnen deze niet zomaar worden aangeschaft. Daarnaast is niet bekend of het gebouw van Dijkveld geschikt is voor de installatie van plafondliften.

Houdt bij toekomstige nieuwbouw rekening met deze opkomende doelgroep. Denk hierbij aan mogelijkheden tot plafondliften en ruime kamers. Ook worden hangende toiletten afgeraden omdat deze minder gewicht kunnen dragen.

Wees grondig bij een nieuwe opname, weet het gewicht en de maten voordat iemand opgenomen wordt. Met deze gegevens kan kritisch worden bekeken of de benodigde zorg geleverd kan worden. Daarnaast is de mogelijkheid om andere locaties aan te spreken die meer mogelijkheden hebben voor deze doelgroep, zoals bredere deuren en plafondliften. Wellicht kan een mogelijke nieuwe opname worden besproken in het arbo-overleg, zodat zeker is dat de benodigde zorg geboden kan worden. Als Dijkveld de zorg niet kan bieden, kan gekeken worden of een andere Laurens-locatie deze zorg wel kan bieden. Op deze manier komt de cliënt op de best mogelijke plek terecht.

De samenwerking tussen de ergotherapeut en ergocoaches staat niet beschreven in het Beleid fysieke belasting. Dit zou wellicht meer duidelijkheid scheppen. Er wordt geadviseerd om deze samenwerking, alsmede de uitkomsten van dit onderzoek te bespreken tijdens het arbo-overleg.

Er wordt aangeraden alsnog persoonlijke adviezen op te stellen voor alle cliënten met obesitas. Bij voorkeur worden deze adviezen opgesteld door de ergotherapeut, fysiotherapeut en ergocoach. De adviezen dienen te worden beschreven in het elektronisch cliëntendossier, met daarin minimaal de

handelingen waarbij de cliënt hulp nodig heeft, welke technieken het beste werken, de benodigde hulpmiddelen en het aantal personeelsleden. Hierbij kunnen de gegeven adviezen uit dit onderzoek als leidraad gebruikt worden. Het is van belang om deze persoonlijke adviezen duidelijk te formuleren in het elektronisch cliëntendossier, zodat bijvoorbeeld flexwerkers op deze manier snel kunnen vinden hoe een cliënt geholpen dient te worden.

De overdracht van adviezen zal het beste werken als nieuwe hulpmiddelen samen met de betreffende zorgmedewerkers worden uitgetest. Hier zal wellicht meer begeleiding in nodig zijn.

Omdat momenteel 14 van de 55 cliënten binnen Dijkveld obesitas hebben is het van belang om kennis te hebben over het verzorgen van deze complexe doelgroep. Er wordt aangeraden om een ergotherapeut, fysiotherapeut of ergocoach een cursus te laten volgen met betrekking tot dit onderwerp.

Ten slotte is het belangrijk om bewust te zijn van (onbewuste) vooroordelen over deze doelgroep. Een negatieve houding kan de motivatie van cliënten beïnvloeden, waardoor zorgmedewerkers meer deeltaken uitvoeren wat vervolgens tot meer fysieke belasting leidt. Het is van belang dat er kennis is over obesitas en wat mogelijke oorzaken zijn bij het ontstaan hiervan.

Bijlage 8: Aanwezige tilliften en douchehulpmiddelen in Dijkveld

Type lift	Aantal	Veilig gebruikersgewicht
Sara Stedy	5	182 KG
Sara 3000	2	200 KG
Maxi move korte arm	3	227 KG
Sara plus	4	190 KG
Gemini Elektra	1	<i>Onbekend</i>

Type douchehulpmiddel	Aantal	Veilig gebruikersgewicht
Carendo	2	136 KG
Carino	1	140 KG
Concerto douchewagen	1	<i>Onbekend</i>
Toba douche/toilethulp	2	180 KG

Bijlage 9: Beleidsnotitie Arbobeleid LB



Beleidsnotitie Arbobeleid LB

Versienummer	2.0
Eigenaar	Directeur PO&O
Gerelateerde Laurensbrede documenten	Richtlijn RI&E LB Bedrijfs hulpverlening (van de locatie) Procedure Meldingen Incidenten Medewerkers (MIM) LB
Wijzigingen ten opzichte van vorige versie	Aanvulling op gerelateerde documenten(RI&E) regio's vervangen voor domeinen in verantwoordelijkheden aanpassingen op zelforganiserende teams

Doel van de notitie

Het arbobeleid van Laurens vormt de basis voor goede arbeidsomstandigheden voor de medewerkers van Laurens. Het arbobeleid is erop gericht dat zij veilig, verantwoord en met plezier kunnen werken. Bovendien draagt het in belangrijke mate bij aan een gezond werkklimaat, een goede kwaliteit van dienstverlening en leidt het tot een verhoging van de arbeidsparticipatie.

Het Arbobeleid is onderdeel van het personeelsbeleid van Laurens en is gebaseerd op de kernwaarden van Laurens, de Nederlandse en de Europese wetgeving, de CAO VVT en de Arbocatalogus VVT.

Bijzonderheden/aandachtspunten

N.v.t.

Definities/afkortingen

VVT: Verpleeg-, verzorgingshuizen en Thuiszorg

Verantwoordelijkheden en bevoegdheden

Werken aan een veilige en gezonde werkomgeving is een gedeelde verantwoordelijkheid van de werkgever én de werknemer:

Directie en leidinggevenden creëren de mogelijkheden: zij investeren in een gezonde werkomgeving, in hulpmiddelen en in trainingen.

De werknemer is verantwoordelijk voor het veilig uitvoeren van zijn werkzaamheden: hij houdt zich aan de protocollen en voorschriften, maakt gebruik van de aanwezige hulpmiddelen, zorgt dat zijn kennis omtrent veilig werken up-to-date blijft, signaleert en rapporteert onveilige situaties.

De Arbocommissie/medewerker met aandachtsgebied veilig en gezond werken bewaakt de voortgang van het arbobeleid binnen de locatie of het team, ondersteunt in de uitvoering van het beleid en is nauw betrokken bij de totstandkoming en uitvoering van het Arbojaarplan van de locatie of het team.

PO&O adviseur en AVR (Arbo, Verzuim en Re-integratie) -adviseur: adviseren en ondersteunen directie, leidinggevenden, arbocommissie en medewerkers met het aandachtsgebied veilig en gezond werken.



Inhoud

Binnen Laurens wordt middels een risico-inventarisatie en -evaluatie (RI&E) op elke locatie of team binnen elk domein conform de Arbowet, geïnventariseerd welke arbeidsrisico's aanwezig zijn. Met de RI&E en het plan van aanpak kunnen teams en locaties vervolgens hun Arbobeleid op maat vorm geven (zie I-Portal: [Richtlijn RI&E LB](#)). Uitgangspunt van het arbobeleid is dat het wegnemen van oorzaken die veilig en gezond werken in de weg staan (de zogenaamde bronaanpak), voorrang heeft boven het bestrijden of leren omgaan met een arbeidsrisico.

De belangrijkste arbeidsrisico's in de VVT branche zijn :

- Biologische agentia
- Fysieke belasting
- Psychosociale arbeidsbelasting (ongewenst gedrag en werkdruk)
- Gevaarlijke stoffen (cytostatica en andere gevaarlijke stoffen)
- Zwangerschap en Arbeid

(bron: Arbocatalogus VVT)

Laurens heeft aan ieder arbeidsrisico arborichtlijnen gekoppeld. Deze richtlijnen dienen als ondersteuning voor directie en leidinggevenden bij het opstellen en uitvoeren van het plan van aanpak van de RI&E. De Laurens arborichtlijnen zijn te vinden op I-Portal:

- [Beleid biologische agentia LB](#)
- [Beleid fysieke belasting LB](#)
- [Beleid psychosociale arbeidsbelasting, werkdruk LB](#)
- [Beleid psychosociale arbeidsbelasting, ongewenste omgangsvormen LB](#)
- [Beleid werken met gevaarlijke stoffen in het algemeen en met cytostatica in het bijzonder LB](#)
- [Beleid Zwangerschap en Arbeid LB](#)

Bijlage 10: Beleid fysieke belasting LB



Beleid fysieke belasting LB

Versienummer	2
Eigenaar	Directeur Bedrijfsvoering
Gerelateerde Laurensbrede documenten	Arbocatalogus VVT Beleidsnotitie Arbobeleid LB Richtlijn RI&E LB Arbocheck Praktijkrichtlijnen beeldschermwerken LB
Wijzigingen ten opzichte van vorige versie	Inhoud van het document is ingekort, beknopter gemaakt. Verwijzing naar ARBOcatalogus opgenomen.

Doel van de notitie

Beleid fysieke belasting vormt de basis waarop Laurens aan terugdringen fysieke belasting uitvoering geeft. Het beleid bevat richtlijnen, tools en geeft oplossingen om fysieke belasting op de werkvloer terug te brengen tot een acceptabel niveau en zo lichamelijk overbelasting en gezondheidsklachten bij medewerkers te voorkomen.

Bijzonderheden/aandachtspunten:

Fysieke belasting

Fysieke belasting is de belasting die het lichaam ondervindt tijdens lichamelijke arbeid. Vooral gewrichten en spieren van rug, nek, schouders en ledematen staan hier aan bloot. Bewegen is gezond en belangrijk, maar lichamelijke overbelasting kan leiden tot gezondheidsklachten en verzuim of kan zelfs langdurige uitval veroorzaken.

RI&E: Risico Inventarisatie en Evaluatie. Met een RI&E onderzoekt de werkgever of het werk voor zijn medewerkers gevaar of schade oplevert op het gebied van hun veiligheid, gezondheid en welzijn. De RI&E vormt de basis voor het preventiebeleid.

Verantwoordelijkheden en bevoegdheden

Voor algemene verantwoordelijkheden en bevoegdheden ten aanzien van arbeidsomstandigheden wordt verwezen naar de Beleidsnotitie Arbobeleid LB

Verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de ergocoach:

- hij is een teamlid die naast zijn uitvoerende taken een extra verantwoordelijkheid op zich heeft genomen voor de preventie en vermindering van fysieke belasting. Hierbij gaat de aandacht niet alleen naar tillen of transfers maar ook naar fysieke belasting in bredere zin;
- hij is aanspreekpunt, aanjager én motivator: samen met het team bekijkt de ergocoach hoe risicovolle handelingen en werkzaamheden minder belastend kunnen worden gemaakt of voorkomen kunnen worden;
- hij geeft trainingen aan collega's op het gebied van terugdringen fysieke belasting;
- hij neemt regelmatig deel aan bij- en nascholingen voor ergocoaches.

Inhoud

Om fysieke overbelasting te voorkomen, moet gewerkt worden volgens een planmatige aanpak:

In de *RI&E* wordt fysieke belasting in kaart gebracht, een plan van aanpak opgesteld en vindt regelmatig een evaluatie plaats.

De RI&E wordt in *domein Thuiszorg* aangevuld met een *Arbocheck*. De Arbocheck is een beoordeling van de (fysieke) arbeidsomstandigheden waaronder medewerkers zorg moeten verlenen bij een klant. Deze check wordt meestal bij de start van de zorgverlening afgenomen. Hij maakt duidelijk welke aanpassingen aan materialen en werkomgeving moeten plaatsvinden en welke hulpmiddelen de organisatie of de klant moet inzetten om te komen tot een gezonde arbeidssituatie voor de medewerker en een veilige situatie voor de klant.

Aanvullingen voor de RI&E:

Als in de RI&E knelpunten op het gebied van fysieke belasting zijn gesignaleerd, staan deze daarin globaal beschreven. Met *diverse meetinstrumenten* kan ingezoomd worden op het probleem op team- of afdelingsniveau. Deze meetinstrumenten en uitleg zijn te vinden op:

<http://www.arbocatalogusvvt.nl/arbocatalogus/fysieke-belasting/inventariseren.html>

Fysieke belasting ondervindt iedereen in zijn werk en leidt over het algemeen niet tot gezondheidsklachten. Als grenzen overschreden worden, kan het werk te zwaar worden en is er sprake van een risicovolle handeling. Risicovolle handelingen staan beschreven in de *Praktijkrichtlijnen fysieke belasting*. Zie: <http://www.arbocatalogusvvt.nl/arbocatalogus/fysieke-belasting/richtlijnen.html>

Risicogroepen

Alle medewerkers die werken bij Laurens hebben tijdens het uitvoeren van hun werkzaamheden te maken met fysieke belasting. Een aantal groepen verdienen echter bijzondere aandacht:

- Zwangere medewerksters, zie: <http://www.arbocatalogusvvt.nl/arbocatalogus/zwangerschap-en-arbeid/richtlijnen>
- Oudere medewerkers

Bij een toename van de leeftijd komt de grens voor bijvoorbeeld datgene wat maximaal getild mag worden lager te liggen. Deze vermindering van de fysieke capaciteit door het ouder worden valt niet op te vangen met training. Fysiek zwaar werk doorschuiven naar jongeren is evenmin een oplossing, omdat zij dan onevenwichtig zwaarder worden belast. Naarmate er meer ouderen werken in een instelling, zal er dus een zwaarder accent moeten komen te liggen op het voorkomen van te zware fysieke belasting door deze aan de bron te verminderen: het gebruik van (til) hulpmiddelen en het stimuleren van zelfredzaamheid van klanten.

- Jongere werknemers (onder de 20 jaar)

Onderzoek laat zien dat jonge werknemers minder belasting aankunnen. De kans op rugklachten is bij hen groter dan bij bijvoorbeeld een 35-jarige die hetzelfde tilt. Daarom genieten jongeren volgens de Arbo-wet een speciale bescherming. Wanneer jongeren bloot kunnen staan aan zwaar werk, zal er dus een zwaarder accent op het voorkomen van te zware fysieke belasting moeten komen te liggen.

Beheersen

Fysieke overbelasting is prima te bestrijden door bronaanpak. Voor de VVT branche in de zorg zijn verschillende instrumenten ontwikkeld om fysieke overbelasting in verpleeg- en verzorgingshuizen en thuiszorg terug te dringen door middel van bronaanpak. Deze instrumenten en andere praktische



informatie en tips zijn te vinden op de sites www.arbocatalogus.nl en www.gezondenzeker.nl onder 'fysieke belasting'.

Voorlichting

Aan medewerkers

Fysieke overbelasting kan grotendeels voorkomen of teruggedrongen worden als medewerkers zich bewust zijn van de gezondheidsrisico's die samenhangen met hun werk.

Voorlichting is noodzakelijk op:

- de Praktijrichtlijnen fysieke belasting;
- het gebruik van (til- en transfer) hulpmiddelen.

Aan klanten

Bij de Zorg aan Huis wordt, voor aanvang van de zorg, een Arbocheck afgenomen. De arbeidsomstandigheden worden met deze tool beoordeeld en vervolgens wordt met de klant besproken welke bijdrage hij of zij moet leveren om de arbeidsomstandigheden van de medewerkers gezond en veilig te houden of te maken. Denk hierbij aan aanpassingen in de woninginrichting, aanschaf van hulp- en beschermingsmiddelen, et cetera.

Ook intramurale klanten dienen voorgelicht te worden over hoe zij kunnen of moeten bijdragen aan een gezonde en veilige werkomgeving voor de medewerkers van Laurens. Tijdens het intakegesprek kan gesproken worden over de huidige en de toekomstige zorgvraag. De kans is immers groot dat deze in de loop van de tijd zal veranderen, c.q. toenemen. Voor de klant is het prettig dat hij of zij bij de inrichting van het appartement of de kamer daar al rekening mee kan houden (denk aan keuze vloerbedekking, meubelinrichting, et cetera).

Bijlage 11: Advies opdrachtgever

INVULFORMULIER ADVIES OPDRACHTGEVER ONDERZOEKSVERSLAG (BIJLAGE BIJ ONDERZOEKSVERSLAG)

Na het schrijven van het eindverslag, voor het inleveren ervan (week 4,6) laat de student onderstaande items invullen door de opdrachtgever. Dit formulier, voorzien van handtekening opdrachtgever, wordt als bijlage toegevoegd aan het eindverslag.

Naam student: <u>Frederique Boekmans</u>	Naam docentbegeleider: <u>Nico van Hal</u>	Datum: <u>11-6-20</u>
Naam opdrachtgever: <u>Meggy Oezel Ruyt</u>	Handtekening opdrachtgever: <u>Meggy</u>	

Items	ja	nee	Opmerkingen
Inhoud	☒	☐	
Is de vraagstelling (voldoende) beantwoord?	☒	☐	
Is eindproduct zoals afgesproken? (bijv. protocol, implementatieplan, voorlichtingsbijeenkomst, etc.)	☒	☐	<u>Inclusieve advies bijten door het team was niet mogelijk. Dit werd niet gedaan de ruimbaarheid van de uitkomsten</u>
Proces			
Hoe verliep de communicatie met de student?	☒	☐	
- Nakomen en voorbereiden afspraken - Tijdig feedback vragen - Gebruik maken van feedback - Bereikbaarheid	☒ ☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐	
Werkte de student voldoende zelfstandig?	☒	☐	
- zelf doen en onderzoeken waar mogelijk - betrokkenheid - inzet en initiatief - tijdig om hulp vragen	☒ ☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐	
Advies ten aanzien van de beoordeling van het onderzoeksverslag	☒	☐	Toelichting: <u>Precies bruikbare resultaten</u>
	☒	☐	<u>Heel mooi bijdragen in deze bijlage!</u>

