



MOTIVEREN

FORUM

HELPDESK

WEBSITE

E-MAIL

ERGO COACHES IN BEELD

PROMOTIEMIDDELEN

ERGOCOACH
DAGEN

REGISTRATIE

WORKSHOPS

COACHEN

BIJEENKOMSTEN

BEST PRACTICE

SIMPLY

THE BEST

MAGAZINE

STIMULEREN



Inhoud

	pagina
Voorwoord	3
1 Geschiedenis van de ergocoach	4
2 Ergocoaches in de onderzoeksliteratuur	5
3 Registratiegegevens onder de loep	9
4 Indicaties voor effectiviteit	12
5 Profielen van ergocoaches	15
6 Conclusies	18
Literatuur	19

Auteurs

Hanneke JJ Knibbe,
Nico E Knibbe,
Liddy Geuze,
LOCOmotion, Bennekom, 2004.

Voorwoord

In 2003 en 2004 hebben instellingen en organisaties in de zorg en welzijn in toenemende mate gekozen voor het werken met ergocoaches. Ergocoaches zijn teamleden die naast hun uitvoerende taken een extra verantwoordelijkheid op zich hebben genomen voor preventie en vermindering van fysieke belasting. Deze 'aandachtvelders' op de werkvloer zorgen voor structurele aandacht voor fysieke belasting. De aanleiding daarvoor is helder. De zorg heeft jarenlang in de internationale top tien van zware beroepen gestaan: net zo hoog of hoger dan beroepen als bouwvakker of betonvlechter. Dat is aan het veranderen en ook het verzuim is aan het dalen. Het is van belang dat die verandering zich doorzet, zeker in het licht van de vergrijzing onder zowel de algemene bevolking als onder medewerkers in de zorg en welzijn. In dit veranderingsproces kunnen ergocoaches een belangrijke, zo niet een sleutelrol spelen.

Ergocoaches zijn niet nieuw. Ze zijn, onder verschillende benamingen zoals tilspecialist of preventiedeskundige, al vele jaren bekend in de zorg. Tot nu toe ging het meer om incidentele inzet, vooral in de koploperinstellingen. De laatste twee jaar wordt er op grotere schaal met ergocoaches gewerkt. Deze worden daarbij ondersteund door het Project Ergocoaches. Dit project is een branchebreed project, gedragen door sociale partners in de zorg en welzijn en uitgevoerd met financiering van het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid. Tijdens de uitvoering van dit project bleek dat er nog weinig onderzoek gedaan is naar de functie van ergocoach. Dat komt omdat het nog een vrij jonge functie is. In opdracht van het Project Ergocoaches werd daarom verkennend onderzoek uitgevoerd naar ergocoaches, hun activiteiten en behoeftes en naar de effectiviteit van een aanpak met behulp van ergocoaches. In deze rapportage wordt daarvan op hoofdlijnen verslag gedaan.



Peter Hondebrink, arbocoördinator 's Heerenloo Opmaat

'Niks werkt effectiever bij het voorkomen van overbelasting dan een ergocoach, mits deze mensen natuurlijk goed worden geselecteerd en een gedegen opleiding krijgen. Ergocoaches hebben een signalerende functie en zij kunnen de vragen die op de werkplek spelen snel beantwoorden. Ook inventariseren ze problemen en spelen deze direct door aan hun leidinggevenden. Op die manier kan er op korte termijn iets gedaan worden aan situaties waarin sprake is van overbelasting.'

1 Geschiedenis van de ergocoach

1.1 Historie

Convenanten en CAO Arbeid en Gezondheid: een omslag in denken

Zo'n 15 jaar geleden begonnen enkele instellingen, vooral in verpleeg- en verzorgingshuizen en in de thuiszorg, met het invoeren van een fundamenteel andere aanpak van fysieke belasting. In plaats van zich te richten op het trainen van zorgverleners in goede tiltechnieken, kozen ze voor een bron-aanpak van fysieke belasting. Deze ergonomisch meer verantwoorde invalshoek betekende een forse omslag in de werkwijze op de afdelingen en in de teams. Zo stond bijvoorbeeld het gebruik van tilliften niet goed bekend: het zou te tijdrovend en cliëntonvriendelijk zijn. Maar juist dit soort hulpmiddelen zou veel intensiever gebruikt moeten worden om betere resultaten op het gebied van fysieke belasting te krijgen. Om die omslag in denken te bevorderen werd gekozen voor een aanpak met 'aandachtsvelders fysieke belasting' oftewel ergocoaches. In de loop der jaren heeft die aanpak zich verder uitgebreid en is vanaf 1999 (de ondertekening van het arboconvenant voor de thuiszorg) structureel deel uit gaan maken van de arboconvenanten en, voor de verpleeg- en verzorgingshuizen, de CAO Arbeid en Gezondheid (CAO AG V&V). In bijna alle convenanten en in de CAO AG V&V wordt het werken met deze aandachtsvelders aanbevolen.

Voortgekomen uit de praktijk

Ergocoaches zijn uit de praktijk voortgekomen. Passend daarbij is dat er dan ook veel verschillende namen voor ergocoaches in omloop zijn: tilco's, transfercoördinatoren, preventiespecialisten, hoco's (houdingscoördinatoren), bewegingsconsulenten en ga zo maar door. Sinds twee jaar is, vooral om de herkenbaarheid te bevorderen, gekozen voor een landelijke term: 'ergocoach'. In deze rapportage hanteren we deze naam ook. De achtergrond van de keuze voor ergocoach is tweeledig. Het gaat allereerst niet alleen om tillen, maar meer om fysieke belasting in brede zin. Ook onderwerpen als beeldschermwerk, langdurig in moeilijke houdingen verkeren bij het werken met kleine kinderen en iets als wringen vallen onder de omschrijving. Daarnaast geeft de naam coach aan dat het hier niet iemand betreft die alles exact weet en de problemen gaat oplossen zoals een 'specialist', 'deskundige' of 'coördinator'. Maar iemand die collega's ondersteunt, begeleidt en het proces gaande houdt en daarbij de eigen grenzen weet te bewaken door tijdig extra deskundigheid in te roepen. Ergocoaches zijn gewone teamleden die naast hun gewone taken specifiek geschoold zijn en een extra verantwoordelijkheid op zich hebben genomen voor het preventiebeleid fysieke belasting. Ze zijn zowel werkzaam in cliëntgebonden functies als in ondersteunende diensten. Al zijn er nog relatief weinig ergocoaches uit die laatste groep en staat de functie daar nog meer in de kinderschoenen.

Meningen positief

Vanuit de praktijk wordt aangegeven dat de adviezen en stimulans die ergocoaches bieden, een belangrijke impuls zijn voor de implementatie van beleid. Belangrijke voordelen zouden dan zijn: hun voortdurende aanwezigheid, het spreken van dezelfde taal als de collega's, de lage drempel om hen om advies te vragen en de kennis en ervaring van de dagelijkse gang van zaken.

De context: preventiemedewerker en aandachtsvelder

Los van fysieke belasting is de functie van aandachtsvelder niet nieuw voor de zorg. Vanuit zorginhoudelijk perspectief wordt al langere tijd met aandachtsvelden gewerkt. Daarbij krijgt een gewoon teamlid extra scholing en verantwoordelijkheid op een bepaald zorginhoudelijke thema zoals incontinentie, decubitus of NDT. Het gaat daarbij vaak om nieuwe thema's of

thema's die meer aandacht vergen dan de reguliere zorg en daarnaast een uitwerking op cliëntniveau vergen. Dat geldt ook voor fysieke belasting. De indicatiestelling voor hulpmiddelen kan bijvoorbeeld alleen maar op individueel cliëntniveau gemaakt worden, zodat zowel de veiligheid van cliënt als die van de zorgverlener gewaarborgd is. We kunnen zodoende vaststellen dat de ergocoach als 'aandachtsvelder' goed in deze actuele zorginhoudelijke context past. Datzelfde geldt in feite voor de arbo-component. De ergocoach kan gezien worden als een voorloper op de nieuwe functie van 'preventiemedewerker'. Een preventiemedewerker is iemand die de werkgever bijstaat in de zorg voor de dagelijkse veiligheid en gezondheid op de werkplek. Deze functie is opgenomen in een wetswijziging van de Arboret die vermoedelijk per 1 juli 2005 in werking treedt. De functie van ergocoach sluit goed aan op deze actuele ontwikkeling en past ook goed in deze context.

1.2 Functieomschrijving en randvoorwaarden

Er zijn meerdere functieomschrijvingen van ergocoaches in omloop en er is tot op heden geen standaard op dit punt. Ook die diversiteit past bij een ontwikkeling die voortkomt uit de praktijk. De laatste twee jaar zijn regelmatig voorbeelden verschenen, bijvoorbeeld op het Ergocoach Forum op internet en op de internetsite van het Arbokenniscentrum voor de sector zorg en welzijn. Daaruit blijkt ook dat branches de functie verschillend invullen. Een ergocoach in een ziekenhuis heeft duidelijk andere taken dan een ergocoach in een verzorgingshuis. De minder uniforme taken, de andere wijze van samenwerking in het team en de grotere verantwoordelijkheid die een verpleegkundige draagt, maken ook dat de inhoud van het takenpakket van de ergocoach in een ziekenhuis anders is en in elk geval een grotere verantwoordelijkheid in zich bergt dan bijvoorbeeld een ergocoach in een verzorgingshuis.

Wijnand van Panhuys, arbocoördinator Meavita WoonZorg

'Het is goed dat iemand met kennis en inzicht de arbeidsomstandigheden op de afdeling in de gaten houdt. Maar de verantwoordelijkheid voor de uitvoering van het beleid blijft bij de leidinggevende. Een ergocoach heeft daar de bevoegdheden niet voor en heeft dus een adviserende taak. Die kan een belangrijke rol spelen in de bewustwording.'

Er is een rode draad zichtbaar: adviseren, stimuleren, signaleren en actie ondernemen. Het, zeer laagdrempelig, gevraagd en ongevraagd geven van advies aan collega's staat centraal. Daarnaast wordt vrijwel altijd het signaleren van knelpunten en het daarop actie ondernemen genoemd. Die actie kan bestaan uit het oplossen van het knelpunt, maar ook het doorspelen van het knelpunt naar bijvoorbeeld een werkgroep of arbocoördinator wordt vaak genoemd. Ergocoaches spelen een belangrijke rol bij het in praktische zin vertalen van beleid naar preventief handelen in de praktijk. Zij geven daarbij ondersteuning en feedback aan collega's. Ook omgekeerd hebben zij een rol als het gaat om het vertalen van de gevolgen van praktische problemen naar de noodzakelijke aanpassingen in beleid. In dat opzicht vormen ze ook de ogen en oren van bijvoorbeeld een werkgroep fysieke belasting of een Tilcommissie, ERGO-Cie, etc. die in veel instellingen aanwezig is als verbijzondering van een ARBO-cie.

Er zijn wel enkele voorwaarden waaraan moet worden voldaan om de implementatie van beleid ondersteund door ergocoaches tot een succes te maken. Allereerst moeten ergocoaches voldoende zijn toegerust voor hun taak.

2 Ergocoaches in de onderzoeksliteratuur

2.1 Inleiding

Een scan van de literatuur naar aanwijzingen voor de effectiviteit van ergocoaches levert weinig specifieke en feitelijke informatie op over ergocoaches. Wel wordt duidelijk dat zowel in het Verenigd Koninkrijk ('lifting champions' en 'key-workers') als in de Verenigde Staten ('BIRN-nurses' of 'Back Injury Resource Nurses' en 'ErgoRangers') in toenemende mate gewerkt wordt met ergocoaches en dat men de overtuiging heeft dat deze werken (Hignett et al., 2003 en Nelson en Gorzka, 2004). Specifiek onderzoek naar de effectiviteit van ergocoaches ontbreekt vooralsnog. De enige studie die expliciet melding maakt van de inzet van ergocoaches als onderdeel van een interventie en een goede beoordeling krijgt voor de onderzoeksmatige opzet in de overzichtsstudie van Hignett et al. (2003) naar 'evidence based patient handling' komt uit eigen land (Knibbe & Friele, 1999). Daar worden positieve effecten gemeld op zowel blootstelling aan fysieke belasting als klachten aan het bewegingsapparaat. Engels (1998) maakt melding van een 'train-the-trainer' constructie om vooral voorlichting en instructie te verbeteren. Zij vond zeer beperkte effecten.

Wel is er vanuit andere hoeken en dan in het bijzonder de implementatieliteratuur en onderzoek naar het invoeren van innovaties, het een en ander bekend over het werken met aandachtsvelders, opinieleiders of sleutelfiguren. Ergocoaches passen goed in dit profiel, al gaat hun werk verder dan het in gang zetten van veranderingen of innovaties. Zoals we in hoofdstuk 5 zullen zien, spelen ze juist ook een belangrijke rol bij het vasthouden en borgen van eenmaal ingezette veranderingen. Een verdere kanttekening is dat de ergocoach slechts een element is van een bredere aanpak. Een ergocoach past in een preventief beleid en het effect van een ergocoach los van andere maatregelen zal beperkt zijn.

Zo zal een ergocoach zonder materialen als hoog-laag bedden, een goede aankleedtafel of bureaustoel weinig kunnen doen. Zoals ergocoaches zelf aangeven is het dan 'dweilen met de kraan open' (zie Knibbe et al., 1995 en Knibbe et al., 1999). Dit maakt onderzoek naar de exacte bijdrage van de ergocoach aan preventiebeleid en verzuim lastig (zie ook Hignett et al., 2003). Westgaard en Winkel (1997) pleiten er dan ook voor om meer integraal naar de effecten van dit type complexe interventies te kijken. Zij benadrukken op basis van uitgebreid literatuuronderzoek dat elementen als een actieve betrokkenheid van werknemers bij een preventieve aanpak en ten tweede een duidelijke steun vanuit het management belangrijke succesfactoren in preventieve interventies zijn. Met ergocoaches wordt dat eerste doel nagestreefd. Ook Grol en Wensing (2001) pleiten voor uitgebreider onderzoek naar de effecten van implementatie strategieën in de zorg, waarbij aandacht voor de details en het proces zelf van belang is. In hoofdstuk 4 zal uitgewerkt worden dat juist de combinatie van een ergocoach met andere elementen van beleid van belang is en dat er aanwijzingen voor effectiviteit zijn. We geven nu een kort, samenvattend, overzicht van de bevindingen, waarbij we twee invalshoeken kiezen. Allereerst een beleidsmatige: korte en lange termijn veranderingen, ten tweede een meer op het veranderen van het gedrag van de individuele werknemer gerichte benadering.

Zij moeten over voldoende kennis en vaardigheden beschikken in het gebruik van hulpmiddelen en werkmaterialen, maar ook voor wat betreft het uitvoeren van handmatige transfers en begeleidingvormen. Ook moeten ze weten hoe ze wel en niet hun collega's kunnen stimuleren tot gezond gedrag, zonder als politieagent met een opgeheven vingertje over de afdeling te lopen of te moeten gaan onderhandelen. Ten tweede is het belangrijk dat de ergocoach zich gesteund en gewaardeerd weet. Waardering, erkenning en concrete steun vanuit het management is essentieel om als ergocoach effectief te kunnen werken. Dat geldt zeker ook voor het middenkader, die de ergocoach in veel gevallen direct aanstuurt. Tenslotte zullen ze ook voldoende tijd moeten hebben om hun functie in te vullen. In het begin wat meer dan later. Want in het begin gaat het om het in gang zetten van veranderingen en zal ook de scholing van de ergocoach zelf tijd in beslag nemen. Later zien ergocoaches over het algemeen veel mogelijkheden om tijdens het uitvoeren van regulier werk hun taken als ergocoach uit te voeren, wat niet wegneemt dat extra tijd noodzakelijk blijft.

1.3 Wat vindt u in dit rapport?

De laatste twee jaar heeft de functie van ergocoach een vlucht genomen. Het Project Ergocoaches heeft in een jaar tijd bijna 5000 ergocoaches geregistreerd. Monitoringsonderzoek in verschillende branches laat zien dat er vermoedelijk veel meer ergocoaches zijn. Toch is er nog nauwelijks onderzoek gedaan naar ergocoaches. Informatie uit onderzoek kan relevante sturingsinformatie opleveren voor het ondersteunen van ergocoaches. In deze rapportage geven we in vogelvlucht een overzicht van de eerste onderzoeken die zijn uitgevoerd naar de aantallen ergocoaches, de indicaties voor effectiviteit en de behoeftes van ergocoaches zelf.

2.2 Korte en lange termijn

Allereerst blijkt het onderscheid tussen de rol van ergocoaches bij het in gang zetten van veranderingen duidelijk anders te zijn dan die van continuering en bewaking. Dat verschil is niet alleen gradueel, maar essentieel (zie ook Sluijs, 1991). Onderzoek onder ergocoaches zelf en beleidsmatig betrokkenen laat dit onderscheid ook zien (zie verder hoofdstuk 5).

Korte termijn

Voor het in gang zetten van veranderingen is het duidelijk dat opinieeliders of sleutelfiguren van belang zijn. Vooral Rogers (1985) benadrukt dat het invoeren van veranderingen in fases verloopt. Daarbij vormen sleutelfiguren of opinieeliders niet alleen de eerste doelgroep voor een innovatie, maar ook het kanaal waarlangs de vernieuwing het beste ingevoerd kan worden (Grol en Wensing, 2001). Deze 'ergocoaches' filteren nieuwe informatie, vertalen ze naar eigen situaties en passen ze ook toe in de eigen situatie. Daarbij is van belang dat zij de nieuwe ontwikkeling in het licht van de groepsnorm beoordelen. Voor een veranderingsproces, zoals het invoeren van de Praktijkrichtlijnen, is dat een cruciale factor. De ergocoach fungeert dan als een 'change agent'. Van belang is wel dat de ergocoaches een zeker aanzien of voorbeeldfunctie hebben binnen de groep. Dat vergemakkelijkt de invoering. Vooral naar het invoeren van richtlijnen in de zorg is onderzoek uitgevoerd. De Praktijkrichtlijnen zijn ook een voorbeeld daarvan en dat maakt vooral twee studies die Grol en Wensing beschrijven van belang. Allereerst bleek dat het voorschrijfgedrag van artsen - in vergelijking met een controlegroep - verbeterde door 'sleutelfiguurartsen' die een training volgden de vernieuwing te laten introduceren bij andere artsen (Stross, 1983). Ook Lomas (1991) deed onderzoek naar drie verschillende manieren van de introductie van nieuwe richtlijnen in 16 ziekenhuizen. Een groep kreeg alleen de richtlijnen toegestuurd, de tweede kreeg daarnaast drie maanden lang voorlichting en feedback bijvoorbeeld tijdens stafbesprekingen over het onderwerp en tenslotte kreeg de derde groep aandachtsvelders toegekend die de richtlijnen kenden. Alleen in de derde groep werd een effect op feitelijk handelen gevonden. Toch benadrukken Grol en Wensing dat er nog veel onduidelijkheid op dit punt is en dat er zowel positieve als negatieve resultaten gemeld worden.

Ook ergocoaches zelf zijn van mening dat zij nodig zijn om veranderingen in gang te zetten: 91% is die mening toegedaan. Beleidsmatig betrokkenen delen die mening (87%) (n=1534, zie hoofdstuk 5 voor details over dit onderzoek).

Positieve kenmerken realisatie korte termijn veranderingen:

- één van de groep vormen: dezelfde taal spreken, groepsnormen kennen
- enthousiasme uitstralen
- laagdrempelig en voortdurend aanwezig zijn
- vertalen van algemene richtlijnen naar specifieke situaties
- introductiekanaal voor de praktijkrichtlijnen
- inhoudelijke tandem met de lijnverantwoordelijke, maar aansturing door lijnverantwoordelijke
- kunnen vertalen van algemene richtlijnen naar teambeleid
- feedback geven op vaardigheden
- op het moment zelf in springen
- netwerk van de organisatie goed kennen
- geloofwaardige positieve feedback geven bij veranderingen in gedrag
- signaleren van barrières voor gedragsverandering en daar actief op inspelen
- alternatieven aanreiken

Lange termijn

Op de lange termijn gaat het om vasthouden van verandering, borgen, vinger aan de pols houden en signaleren. Na verloop van tijd valt gedrag van mensen vaak weer terug in oude gewoontes. Zeker in de zorg is dat risico groot, want het gaat om voortdurende beslissingen die genomen moeten worden. Cliënten komen en gaan en veranderen in hun mate van mobiliteit. Beleid kan dan snel 'inzakken' en dit wordt dan ook door veel instellingen als een van de grootste bedreigingen voor lange termijn effecten gezien (Knibbe & Knibbe, 2004).

Een ergocoach kan een vinger aan de pols houden om te voorkomen dat dat gebeurt. Hij of zij doet dat bij de bron; in de teams zelf en op het moment dat het nodig is signaleert hij of zij een probleem en kan daarop ingrijpen. Dat kan variëren van een stimulans aan een collega om een protocol bij te houden tot het zorgen dat een kapotte tillift of een bureaustoel die niet meer goed rijdt gerepareerd wordt. Was dat niet gebeurd, dan was de lift langzaam in een hoekje verdwenen of had men doorgewerkt met een kapotte stoel. Het gebruik van de tillift en de stoel was daardoor afgenomen, het misgrijpen had tijd en irritatie en fysieke belasting gekost. Ook deze concrete voordelen van ergocoaches zijn lastig te meten maar theoretisch wel van belang.

Tineke Rijkema,

personeelsadviseur Stichting Kinderopvang Nederland

'De meerwaarde van de aandachtsfunctionarissen blijkt vooral uit de bewustwording rondom fysieke belasting. Door de aanwezigheid van aandachtsfunctionarissen komen knelpunten én de inzichten van mensen die direct op de werkvloer betrokken zijn, terecht op het niveau waar beleid gemaakt wordt en besluiten worden genomen. Die inbreng is een groot goed. Het gaat om een vorm van kwaliteitsdenken.'

Positieve kenmerken realisatie lange termijn veranderingen:

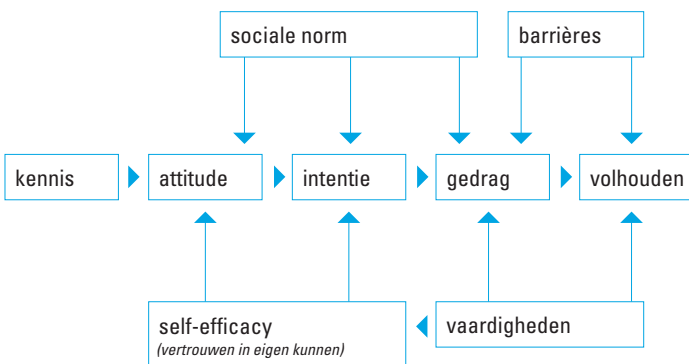
- nieuwkomers in de groep coachen en inwerken in de Praktijkrichtlijnen
- vinger aan de pols houden voor wat betreft vaardigheid, materieel, protocollen, onderhoud, specifiek doelgroepenbeleid, etc.
- actueel houden van transferprotocollen
- signaleren van nieuwe knelpunten of het opnieuw optreden van oude knelpunten
- maatwerkoplossingen vinden voor problemen op het gebied van fysieke belasting
- nagaan of oplossingen daadwerkelijk voldoen en waar nodig bijsturen en verbeteren
- verfijnen van algemeen beleid naar relevante vervolgstappen
- coachen van medewerkers die na een periode van klachten of na zwangerschap weer terugkomen op het werk

Ook op dit punt zijn ergocoaches zelf van mening dat zij nodig zijn om eenmaal in gang gezette veranderingen te behouden en te voorkomen dat iedereen in oude gewoontes terugvalt: 88% is die mening toegedaan. Beleidsmatig betrokkenen delen die mening (89%) (n=1534, zie hoofdstuk 5 voor details over dit onderzoek).

2.3 Gedragsverandering

Een van de meest complexe delen van ergonomische verbeteringen op de werkplek is het beïnvloeden van gedrag van werknemers. Er zijn verschillende manieren om naar deze gedragsverandering te kijken en er zijn veel theoretische modellen in omloop. Eén van de meest gebruikelijke en ook toegankelijke is het ASE model dat we in figuur 2.1 in enigszins aangepaste vorm hebben weergegeven. Het aantrekkelijke van dit model is het stapsgewijze karakter en het feit dat het ook de rol van vaardigheden benadrukt. Bij ergonomische veranderingen in de zorg speelt de factor vaardigheid in gebruik een grote rol. Zo zullen verpleegkundigen die zich vertrouwd voelen met een tillift, deze sneller gebruiken. Ze zullen dan zekerheid uitstralen, hun aandacht volledig op de patiënt richten en daardoor minder weerstand bij de patiënt oproepen. Wanneer we kijken naar de wijze waarop ergocoaches een positieve invloed uitoefenen op de onderdelen van dit model, dan zien we dat dat eigenlijk op alle elementen het geval is. Juist door hun voortdurende aanwezigheid bij werknemers in alle fases van het proces. Hun rol is bij sommige onderdelen sterker dan bij andere. Dit hangt ook af van de positie die de ergocoach in de groep heeft.

We geven per onderdeel uit dit model enkele voorbeelden uit de literatuur of meningen en uitspraken van ergocoaches zelf, zoals ze die gedaan hebben op de enquête formulieren tijdens de landelijke Ergocoachdagen (n=1534). Voor meer details over de wijze waarop deze vragenlijsten zijn afgenomen en geanalyseerd verwijzen we naar hoofdstuk 5.



Figuur 2.1. Aangepaste weergave van het ASE gedragsveranderingmodel (Engels, 1998).

Kennis

Een groot deel (88%) van de ergocoaches geeft graag advies en informatie aan collega's op het gebied van fysieke belasting. Bijna de helft (47%) wordt ook zelf regelmatig om advies gevraagd. Dat kennisoverdracht nog steeds nodig is, blijkt uit het feit dat slechts 18% zegt dat hun collega's de Praktijkrichtlijnen goed kennen.

"Mensen leren het meest van elkaar, daar ben ik van overtuigd".

"Je leert meer door het een keer zelf te doen dan door het te lezen of te horen".

"Ergocoaches spelen een belangrijke rol in het signaleren van mogelijkheden om de fysieke belasting van medewerkers te verminderen".

"Met ergocoaches hoef je niet steeds weer het wiel uit te vinden.

"Je leert in tweerichtingsverkeer: dat is veel effectiever dan eenrichtingsverkeer".

"Geen ingeblikte trainingssessies van iemand die je werk niet kent".

"De kennis is nu veel beter toegepast op onze situatie en daardoor alleen al efficiënter".

"Als ergocoach zorg je ervoor dat ook bij een sterk wisselend personeelsbestand, kennis behouden blijft en telkens opnieuw onder de aandacht komt".

"Ergocoaches leren mensen om zelf oplossingen te zoeken en te vinden: 'empowerment'".

"Ergocoaches springen in op het moment dat er een probleem is en brengen meteen de oplossing in praktijk: daar leer je van en het blijft direct hangen".

Attitude, intentie en gedrag

Een zeer groot deel (88%) van de ergocoaches geeft aan dat de adviezen of hulp (uiteindelijk) gewaardeerd wordt door collega's. Slechts 19% geeft aan dat collega's toch grotendeels hun eigen gang gaan. 65% vindt dat zij helpen bij het beter omgaan met weerstand vanuit cliënten.

"Omgaan met weerstand, ook bij solitair werkende collega's in de nachtdienst kan goed door een ergocoach collega beïnvloed worden".

"Uit het aanstellen van ergocoaches spreekt ook waardering van management voor ons door: Het is gewoon een kwestie van 'management buy-in'".

"Overtuigen door zelf te laten ervaren werkt tussen collega's onderling goed".

"Je merkt dat adviezen die op de werkplek zelf gegeven worden tot een betere basishouding leiden".

"Ze doen het goed, het kan alleen nog beter!"

"Je voelt je serieus genomen".

"Soms moeten collega's horen dat ze iets wat ze al jaren doen, op een andere manier beter gaat. Dat kan lastig zijn, maar het wordt makkelijker geaccepteerd als je elkaars collega's bent".

"Ergocoaches weten wat het is en geven daardoor betere oplossingen: daar doe je dan ook wat mee".

"In plaats van te oordelen, steunen ze ons en zoeken ze uit wat het probleem is".

"Ze reageren niet op een fout, maar zoeken juist naar de reden waarom het fout is gegaan. Dan voel je je veilig".

Volhouden

Vrijwel alle ergocoaches (89%) zijn van mening zij vooral van belang zijn om te voorkomen dat beleid inzakt en men in oude gewoontes terugvalt.

"Ergocoaches vervullen een spilfunctie bij de continue aandacht voor fysieke belasting".

"Ergocoaches houden hun collega's nu structureel in het vizier".

"Alle belangrijke afspraken rond ergocoaches worden ook opgenomen binnen het arbobeleid".

Sociale norm

Een kleine groep (17%) zegt weerstand te ontmoeten bij collega's. Slechts 7% geeft aan dat er te weinig draagvlak in de instelling is en dat er wel eens getwijfeld wordt aan het nut van ergocoaches. Ruim een derde (38%) geeft aan dat het voorkomen van rugklachten ook echt leeft bij collega's. Zij zien het als hun taak om daar verbetering in aan te brengen. In dat kader geeft 85% aan dat ze blij zijn dat er Praktijkrichtlijnen zijn: 'het maakt het makkelijker om de groep mee te krijgen'.

“Je bent geen fysiotherapeut die het wel even komt vertellen, maar gewoon één van de groep”.
“Het volgende moment leer jij weer van je collega, bijvoorbeeld over speciaal incontinentiemateriaal of een nieuwe manier van wondverzorging”.
“Leidsters worden geprikkeld na te denken over gezondere houdingen en bewegingen. Op een andere manier tillen bijvoorbeeld of niet zo lang op je hurken zitten”.
“Ze weten wat er speelt en kennen hun collega’s en de cliënten goed. Op die manier kunnen ze heel gericht te werk gaan en direct inspelen op weerstand en vragen die in de praktijk ontstaan”.
“Een ergocoach speelt vaak een bemiddelende rol richting cliënten”.
“Als ergocoach ben ik vaak de schakel in de communicatie tussen artsen en afdelingen”.

Barrières

Ergocoaches ervaren zelf barrières bij het goed uitvoeren van hun taken. Zo is 45% van mening dat ze onvoldoende tijd hebben voor hun taken en 47% is van mening dat er in de zorg te weinig geld is voor hulpmiddelen en werkmaterialen. Verder worden er veel grotere en kleinere successen genoemd die ergocoaches zelf hebben ontdekt of zelfs uitgevonden. Vaak kunnen zij dat juist door hun praktijkkennis zien en meteen ook toepassen. In het kader van de landelijke Ergocoachdagen is een ‘best practice’ wedstrijd georganiseerd waarin allerlei door ergocoaches zelf ontwikkelde oplossingen gepresenteerd werden: van uiterst simpel tot vrij complex. Deze oplossingen en ‘uitvindingen’ vormen een duidelijke illustratie van dit element.

“Er zijn nieuwe oplossingen gevonden voor al jarenlang bestaande problemen. Het is eigenlijk heel simpel, maar het werkt wel”.
“Alert zijn op een tillift die stuk is, zorgt ervoor dat de tillift in gebruik blijft”.
“Ergocoaches zijn zorgprofessionals: zij weten welke oplossingen wel en niet kunnen werken”.
“Ergocoaches combineren ergonomische deskundigheid en zorgdeskundigheid”.
“Signaleren dat je ook op een andere manier een magazijn kunt indelen scheelt veel draai- en duwwerk en maakt dat gedrag sneller verandert”.
“Letterlijk drempels weghalen maakt dat mensen toch dat hulpmiddel gebruiken”.
“Er is nu ruimte voor maatwerk: dat zou anders met onze meer dan vijftig verschillende werkplekken onmogelijk zijn”.
“Er zijn creatieve ideeën zat om fysieke belasting onder de aandacht te brengen. Juist ergocoaches weten wat hun collega’s aanspreekt of wat er juist te complex of te kinderachtig is”.
“Vaak gaan ergocoaches met medewerkers mee naar de werkplek, daar wordt samen met collega en cliënt gezocht naar verantwoorde oplossingen voor lastige klussen”.
“Problemen blijven niet eindelijk liggen: er zit vaart in”.

Vaardigheden

Meer dan de helft van de ergocoaches (60%) werkt samen op met collega’s om hun vaardigheden te verbeteren. Meer dan een derde (37%) werkt nieuwe collega’s op dit punt altijd in. Dat deze steun nodig is, blijkt uit het feit dat slechts 41% van mening is dat hun collega’s transfer- en werktechnieken goed beheersen.

“Scholing op de werkplek zelf is beter dan scholing in een klaslokaal met nepsituaties”.
“Feedback in de praktijk werkt beter en is veel goedkoper dan eindeloze trainingen elders”.
“Er wordt niet alleen gelet op hoe ze hun lijf gebruiken, maar ook over de eisen aan een ergonomisch verantwoorde werkomgeving”.

Self-efficacy (vertrouwen in eigen kunnen)

Driekwart van de ergocoaches (73%) is van mening dat een goede ergocoach mensen leert om zelf oplossingen te vinden en zo vertrouwen in eigen kunnen krijgen. Meer concreet speelt dat bij reïntegratie trajecten waarover bij de open vragen regelmatig opmerkingen over geplaatst worden.

“Ergocoaches spelen een rol bij reïntegratietrajecten. Ze geven medewerkers dan het vertrouwen dat ze het weer aan kunnen en geven tegelijkertijd praktische tips om herhaling te voorkomen”.

2.4 Conclusies

Uit dit hoofdstuk blijkt dat er in de literatuur aanwijzingen zijn dat het werken met ergocoaches zinvol zou zijn bij de invoering en het continueren en bestendigen van veranderingen in de zorg. Daarbij zijn ergocoaches geen op zichzelf staande interventie, maar een schakel in het geheel. Dat maakt het wel lastig om precies te achterhalen wat de effectiviteit is. Vanuit onderzoek is daar op dit moment geen zekerheid over te geven. Ergocoaches staan daarin echter niet alleen: ook voor allerlei andere interventies, innovaties en implementatieactiviteiten geldt dat er geen zekerheid is over de ‘beste’ en meest effectieve benadering.

Theoretisch gezien passen hun activiteiten wel opvallend goed in zowel de modellen voor korte en lange termijn veranderingen als in gedragsveranderingsmodellen. Voor elk van de factoren in deze modellen vinden ergocoaches zelf dat zij een bijdrage leveren en tegelijkertijd zijn er uit de casuïstiek en de voorbeelden van ergocoaches die zelf geven ook veel concrete voorbeelden te geven die dat ondersteunen.

Peter Hondebrink, arbocoördinator ‘s Heerenloo Opmaat
‘Ondersteunende diensten hebben evenveel baat bij een ergocoach. Mede op initiatief van de ergocoaches zijn er de afgelopen tijd veel verbeteringen aangebracht op de werkplekken. Bureaustoelen en beeldschermen zijn onder meer op de goede hoogtes afgesteld, het aanrecht in de keuken is aangepast en zo kan ik nog wel even doorgaan. Ik denk dat voor veel mensen de werkplek een stuk prettiger is geworden. Er is aandacht is voor hun werksituatie. Dat is belangrijk, het draagt bij aan het plezier dat mensen in hun werk ervaren en dat vervolgens aan het voorkomen van ziekteverzuim.’

3 Registratiegegevens onder de loep

Een nadere analyse van het registratiebestand Project Ergocoaches

3.1 Inleiding

Het Project Ergocoaches beschikt over een uitgebreid en actueel bestand waarin informatie is opgenomen van alle tot nu toe geregistreerde ergocoaches. Het gaat daarbij zowel om feitelijke informatie als om soms subjectief getinte antwoorden op open vragen. Deze database is aan een nadere analyse onderworpen om sturingsinformatie voor het project te verkrijgen. In dit hoofdstuk bespreken we de kwaliteit van deze gegevens, de analysestappen die zijn ondernomen, waarna we de resultaten presenteren.

Voor het doel van deze nadere analyse heeft het Project Ergocoaches het bestand in geanonimiseerde vorm beschikbaar gesteld. Bij de registratie van ergocoaches voor het Project Ergocoaches worden hen enkele korte basisvragen voorgelegd. De informatie geeft weer van welke branche men afkomstig is, de ervaring en opleiding die men heeft als ergocoach en informatie over drie onderwerpen: wensen (informatie, onderwerpen etc.) die men heeft voor het project, voorkeur voor de wijze waarop informatie uitgewisseld kan worden (thematische, branches, regionaal of anders), visie op netwerken en tenslotte een groep met overige suggesties.

In totaal zijn gegevens van 3212 ergocoaches geanalyseerd. Dit bestand is omgezet naar een SPSS 12.0 bestand. Vervolgens zijn de antwoorden op de open vragen stap voor stap gerubriceerd in een aantal categorieën en eveneens ondergebracht in dit SPSS bestand. Op deze wijze is een goed te analyseren bestand ontstaan, waarin ook de kwalitatieve informatie uit de open vragen is ondergebracht. Naast deze registratiegegevens gebruiken we gegevens uit de diverse monitoringonderzoeken die zijn uitgevoerd naar de voortgang van de arboconvenanten en de CAO Arbeid en Gezondheid¹.

3.2 Aantallen

Er zijn twee verschillende invalshoeken mogelijk om het aantal ergocoaches te berekenen. Allereerst is er de registratie van het Project Ergocoaches zelf. Ten tweede een schatting van het daadwerkelijke aantal op basis van de landelijke monitoringonderzoeken vanuit de arboconvenanten. Een vergelijking van beide bronnen is relevant omdat lang niet alle ergocoaches zich geregistreerd hoeven te hebben.

Registratie Project Ergocoaches

Als ijkpunt voor het aantal daadwerkelijk geregistreerde ergocoaches hebben we de datum van 25 november 2004 genomen. In tabel 3.1. vindt u een overzicht, samen met de aantallen zogenoemde 'meelezers'. Dat zijn geen ergocoaches, maar personen die nauw betrokken zijn bij ergocoaches, beleidsmatig of als trainer, arbocoördinator of ergonomoom. In deze tabel zijn tevens de aantallen ergocoaches opgenomen die hebben deelgenomen aan de landelijke Ergocoachdagen. We komen daar in de volgende hoofdstukken op terug.

Branches	Werknemers in Branche	Geregistreerde Ergocoaches	Geregistreerde Meelezers	Ergocoaches op EC dagen	Meelezers op EC dagen
V&V	221.200	2282	568	1000	204
ZKH	180.000	573	124	244	44
GGZ	59.000	92	38	46	13
GHZ	119.200	479	184	187	82
TZ	130.000	489	151	297	65
Ac ZKH	60.000	260	56	154	27
KO	45.000	177	71	60	22
PZ	10.000	28	21	1	7
Overig		31	205	18	72
Totaal		4411	1418	2007	536

Tabel 3.1. Overzicht aantallen geregistreerde ergocoaches (n=4411 ergocoaches, n= 1418 meelezers per 25/11/2004: bron Project Ergocoaches).

GGZ - geestelijke gezondheidszorg	ZHZ - ziekenhuizen
GHZ - gehandicaptenzorg	KOPV - kinderopvang
GHC - gezondheidscentra	PPZ - peuterspeelzalen
TZ - thuiszorg	ACADZH - academische ziekenhuizen
V&V - verpleeg- en verzorgingshuizen	

Monitoringsinformatie branches

Als tweede invalshoek gebruiken we de gegevens van de monitoringonderzoeken van de arboconvenanten die in de meeste zorgbranches zijn uitgevoerd. Een vergelijking in de loop der jaren laat zien dat er in alle zorgbranches in meer of mindere mate sprake is van een toename van het aantal organisaties met ergocoaches. In tabel 3.2. vindt u, behalve een schatting van het werkelijk aanwezige aantal ergocoaches, een schatting van het potentieel aantal ergocoaches, dat is geschat op basis van het aantal aanwezige werknemers, de teamgrootte en de aard en omvang van de problematiek rondom fysieke belasting. Zo zal er bijvoorbeeld in de ambulante GGZ-verslavingszorg minder noodzaak tot het aanstellen van ergocoaches zijn dan op een somatische afdeling in een verpleeghuis. Voor de achtergronden van die schattingen verwijzen we naar de diverse monitoringsrapportages.

Branche	Werknemers In branche	Geschat potentieel aantal EC's	Geschat aantal aanwezige EC's 2004	Geregistreerde Ergocoaches	Hoofdvestigingen	Aantal hoofdvestigingen met geregistreerde EC's
V&V	221.200	6.000	3.500	2282	975	197
ZKH	180.000	4.000	1.000	573	162	47
GGZ	59.000	400	150	92	177	20
GHZ	119.200	2.500	1.500	479	238	51
TZ	130.000	2.500	1.800	489	234	70
GHC	?	?	?	14	89	4
Ac ZKH	60.000	750	400	260	8	8
KO	45.000	800	200	177	1200	22
PZ	10.000	200	50	28	1800	16
MKD-MKT	?	?	-	3	30	1
Overig	?	-	-	31	-	-

Tabel 3.2. Overzicht aantallen potentieel aanwezige, daadwerkelijk aanwezige en geregistreerde ergocoaches (bronnen: Monitoringsonderzoeken Arboconvenanten en Project Ergocoaches).

¹Daarin wordt in de I-MAZ (onderdeel BeleidsSpiegel) gevraagd naar de aanwezigheid van ergocoaches in de teams. Met behulp van landelijke statistieken (zie bijv. CBS, RAZ rapportages en Zorgnota's) worden de totalen berekend.

Het is duidelijk dat de meeste geregistreerde ergocoaches uit verpleeg- en verzorgingshuizen (V&V) afkomstig zijn. Dit is ook de grootste zorgbranche en een branche waar al langer gewerkt wordt met ergocoaches. Daarnaast zijn er ook vrij veel ergocoaches afkomstig uit de gehandicaptenzorg, de thuiszorg en de ziekenhuizen, zowel academische ziekenhuizen als 'gewone' ziekenhuizen en revalidatiecentra. Verhoudingsgewijs zijn er nog weinig ergocoaches afkomstig uit de peuterspeelzalen, kinderopvang, GGZ en gezondheidscentra.

3.3 Ervaring van ergocoaches

Ergocoach is een vrij jonge functie. Daarnaast is de functie van ergocoach iets extra's, een extra aandachtsveld dat naast het gewone werk als professional in de zorg of welzijn wordt uitgevoerd. In de zorg worden aandachtsvelden regelmatig gewisseld en dat zal vermoedelijk ook gelden voor ergocoaches. Het is daarom relevant na te gaan hoe het zit met de ervaring van de huidige groep ergocoaches. Dan blijkt inderdaad dat de geregistreerde groep over het algemeen over weinig ervaring beschikt. Een derde (30,1%) heeft minder dan een half jaar ervaring. De helft geeft aan tussen de 6 maanden en 3 jaar ervaring te hebben en tenslotte heeft een vijfde meer dan 3 jaar ervaring. De thuiszorg en de verpleeg- en verzorgingshuizen hebben de meest ervaren ergocoaches. Van de daar werkzame ergocoaches heeft respectievelijk 24,6% en 22,9% meer dan 3 jaar ervaring. De overige branches hebben een minder ervaren groep. Bij de ziekenhuizen (16,8%), gehandicaptenzorg (15,5%) en de GGZ (12,2%) heeft meer dan 10% lang ervaring. Bij de overige groepen is dat minder dan 10% (academische ziekenhuizen 9,2%, de kinderopvang 5,2% en de peuterspeelzalen 5,3%).

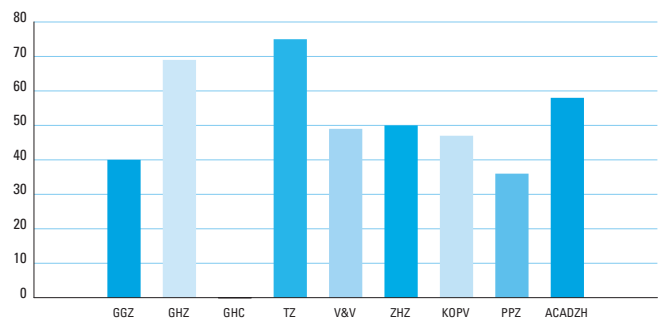
3.4 Opleiding van ergocoaches

Wel of geen opleiding

Van belang voor ergocoaches is dat zij beschikken over een specifieke opleiding. Er zijn geen landelijke standaarden op dit punt en er is een vrij breed aanbod. Wel bestaat er consensus dat er specifieke scholing nodig is. Het kan dan bijvoorbeeld gaan om het omgaan met hulpmiddelen en het voorlichten en coachen van collega's om zuinig op zichzelf te zijn. De ergocoaches in het registratiebestand hebben lang niet allemaal een specifieke opleiding gevolgd. Iets meer dan de helft (54%) geeft aan een specifieke opleiding voor ergocoach te hebben gevolgd.

Opleidingsniveau per branche

Verhoudingsgewijs zijn in de thuiszorg (74,5%) en de gehandicaptenzorg (68,6%) de meeste ergocoaches ook specifiek opgeleid voor hun taak als ergocoach. De thuiszorg komt dus naar voren als een groep die verhoudingsgewijs een ervaren groep ergocoaches heeft, die daarnaast ook vrij goed is opgeleid. Voor de gehandicaptenzorg betekent dit dat ze (zie vorige paragraaf) weliswaar werken met een nog vrij onervaren groep ergocoaches, maar ook dat deze groep kennelijk al wel relatief goed is opgeleid. Dan volgen de branches die op het gemiddelde niveau van rond de helft opgeleide ergocoaches zitten: de academische ziekenhuizen (57,6%), de verpleeg- en verzorgingshuizen (48,5%), ziekenhuizen (49,5%) en kinderopvang (46,8%). De verpleeg- en verzorgingshuizen werken zodoende met een forse en vrij ervaren groep ergocoaches, die een gemiddeld opleidingsniveau heeft. Tenslotte ligt in de branches GGZ (40,0%) en peuterspeelzalen (36,4%) het opleidingsniveau van de ergocoaches relatief laag.



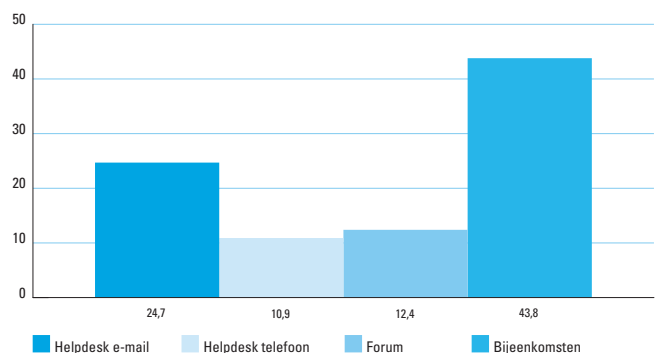
Figuur 3.1. Scholingsniveau van de geregistreerde ergocoaches uitgesplitst per branche (n=3212): Percentages geschoolde ergocoaches per zorgbranche.

Type opleiding

Gevraagd naar de achtergrond van deze opleiding komt een veelheid van opleidingsinstellingen en bureaus naar voren. Een niet onaanzienlijk deel wordt echter in de instelling zelf opgeleid, bijvoorbeeld door ergo- of fysiotherapeuten. Het is niet altijd precies aangegeven of te herleiden uit de gegeven omschrijving, maar we schatten dat minimaal een derde tot de helft (mede) intern wordt opgeleid. Daarnaast zijn er enkele grote externe aanbieders. Vooral Corpus, de combinatie Corpus en ARJO en in iets mindere mate Inga Mol (Instituut voor Rugklachten Preventie en Haptonomie), Arbo Unie en het Noord Nederlands Ergonomen Collectief worden dan genoemd. Verder komt een veelheid van kleinere aanbieders in de opsomming voor.

3.5 Kennis delen

Gevraagd naar de voorkeur voor manieren om kennis te delen, waarbij de keuze bestond uit voorgedrukte antwoordmogelijkheden, geeft een kwart (24,7%) de voorkeur aan contact met de helpdesk per e-mail. Een kleine groep (10,9%) heeft telefonisch contact met de helpdesk aangekruist en een vergelijkbare groep (12,4%) geeft de voorkeur aan deelname op een forum op de website. Veel hoger (43,8%) scoort de keuzemogelijkheid om kennis te delen in bijeenkomsten met collega's. Deze behoefte is meer uitgesproken bij meer ervaren ergocoaches.



Figuur 3.2. Voorkeur voor informatieroute van de geregistreerde ergocoaches (n=3212) in percentages.

Per branche

E-mail helpdesk

Wanneer we deze voorkeuren uitsplitsen naar de branches blijkt dat de gehandicaptenzorg de meest uitgesproken voorkeur heeft voor vragen aan de helpdesk per e-mail (42,2%) en de verpleeg- en verzorgingshuizen de minst uitgesproken voorkeur daarvoor heeft (17,6%).

Telefonische helpdesk

Bij de telefonische helpdesk is het beeld enigszins vergelijkbaar. Ook hier is de gehandicaptenzorg het meest uitgesproken met een voorkeur van 24,8%. De verpleeg- en verzorgingshuizen (7,7%), ziekenhuizen (8,6%), kinderopvang (8,7%) en de academische ziekenhuizen (5,9%) hebben hier kennelijk veel minder behoefte aan.

Forum

Voor wat betreft het forum op internet is een meer uniform beeld te zien, waarbij opvalt dat de ziekenhuizen (15,1%), academische ziekenhuizen (16,6%) en peuterspeelzalen (22,7%) samen met de gehandicaptenzorg (19,3%) verhoudingsgewijs hoog scoren. De verpleeghuizen (9,6%) en de GGZ (6,2%) zien weinig in deze optie.

Bijeenkomsten

Dat ligt anders bij de bijeenkomsten. Vooral de thuiszorg (52,3%) scoort hier hoog, gevolgd door de verpleeg- en verzorgingshuizen (44,0%), gehandicaptenzorg (45,3%), academische ziekenhuizen (42,4%) en ziekenhuizen (41,1%). De overige branches scoren lager, maar het blijft voor alle branches de meest uitgesproken voorkeur die ze aangeven.

Naar ervaringsniveau

Wanneer we kijken naar de behoefte om kennis uit te wisselen naarmate de ervaring van de ergocoach groter is, zien we weinig verschil als het gaat om de mogelijkheden helpdesk per e-mail of telefoon of het forum. Wel neemt de behoefte aan bijeenkomsten dan toe: van 43,8% naar 52,1%. Bij de beginnende ergocoaches (minder dan 1 jaar ervaring) is de behoefte aan een helpdesk functie per e-mail iets groter (31,1% tegenover 24,7% gemiddeld).

3.6 Netwerken

Van belang voor de ondersteuning van ergocoaches is te weten naar welke vorm van onderling netwerken de voorkeur van ergocoaches uitgaat. Een vrij fors deel (36,1%) heeft geen voorkeur uitgesproken. Een klein deel (9,0%) geeft de voorkeur aan thematisch netwerken bijvoorbeeld rond thema's als zeer passieve cliënten of agressie tijdens de zorgverlening. Meer uitgesproken is de keuze voor een netwerk op brancheniveau (37,2%). Tenslotte kruist 14,6% regionaal ingedeelde netwerken aan.

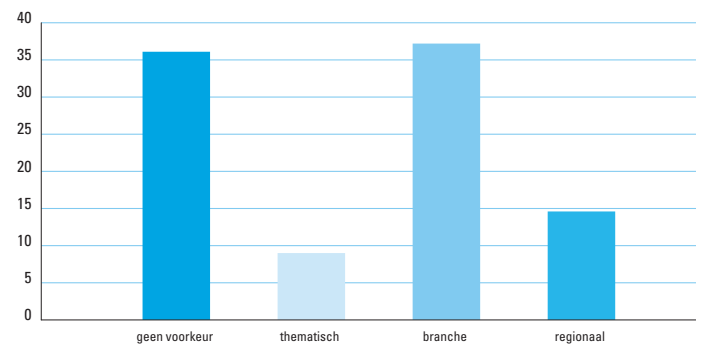
Netwerkvoorkeur uitgesplitst per branche

Wanneer we deze informatie uitsplitsen naar branches valt op dat verhoudingsgewijs de gehandicaptenzorg (67,5%), de thuiszorg (62,9%) en de peuterspeelzalen (63,6%) de sterkste voorkeur geven aan een branchegerichte netwerkconstructie. Het minst uitgesproken is dat voor de ziekenhuizen (14,6%) en de academische ziekenhuizen (19,3%).

Waarom voorkeur?

Het was mogelijk om aan te geven waarom men koos voor een bepaalde vorm van netwerken. Daarop is in hoofdlijnen als volgt geantwoord. Veruit

het meest noemt men redenen voor brancheoriëntatie (476x). Het gaat dan om een veelheid van vooral praktische argumenten: je weet beter waar je het over hebt, je spreekt dezelfde taal, anderen hebben dezelfde problemen wellicht al opgelost, etc. Het uitwisselen van informatie over nieuwe ontwikkelingen vormt voor ruim 260 mensen de reden om voor een bepaalde vorm van netwerken te kiezen. Dat is dan vaker themagerelateerd. Minder vaak (159x) noemt men het elkaar onderling steunen. Het van elkaar krijgen van praktische tips scoort 85x. Tenslotte vindt men het samen doorlopen van een opleiding een reden om te kiezen voor regionaal netwerken (11x).



Figuur 3.3. Voorkeur voor soort netwerk van de geregistreerde ergocoaches (n=3212) in percentages.

3.7 Aanvullende suggesties en wensen

Behalve de vragen met gesloten antwoordopties kon men zelf aanvullingen geven over onderwerpen waar men aandacht voor wilde hebben binnen het Project Ergocoaches. Deze kwalitatieve informatie is geordend en gecodeerd. We geven nu een overzicht van de uitkomsten en het aantal malen dat iets genoemd werd. Waarbij aangetekend dat niet iedereen van deze antwoordmogelijkheid gebruik heeft gemaakt.

Transfer-, til- en zorgtechnieken en vaardigheden

De eerste plek met in totaal 186 maal is gereserveerd voor meer aandacht voor technieken en vaardigheden. Hier ligt het accent iets zwaarder op de zorgbranches, maar het wordt ook vaak genoemd in de kinderopvang en peuterspeelzalen.

Hulpmiddelen en werkmateriaal

Meer aandacht voor en informatie over hulpmiddelen en werkmateriaal (179 maal) wordt ook zeer vaak genoemd. Dit geldt eveneens voor alle zorgbranches, maar op dit punt veel minder voor de peuterspeelzalen en kinderopvang.

Motiveren, coachen en stimuleren

Iets minder hoog scoort met een derde plek het onderwerp motiveren en coachen met 159 keer. Dit meer generieke thema is vrij uniform gespreid over alle branches.

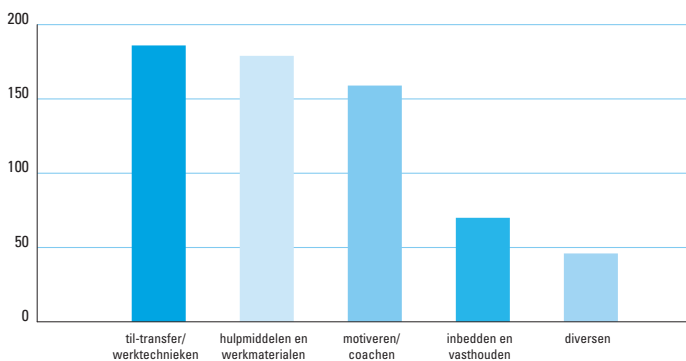
Inbedden van beleid en vasthouden van veranderingen

Dan volgt de vierde plaats met in totaal 70x voor dit meer beleidsmatige onderwerp. Het is goed gespreid over de branches.

Omgaan met ruimtelijke knelpunten, voorlichting geven en ondersteunende diensten

De vijfde plek wordt gedeeld door het onderwerp omgaan met ruimtelijke problemen (46x), voorlichting geven (46x) en aandacht voor ondersteunende diensten (46x).

De overige onderwerpen zijn veel minder vaak genoemd. Het gaat dan bijvoorbeeld om financiën (26x), uitwisseling met andere ergocoaches (18x), en RSI (1x).



Figuur 3.4. Onderwerpen waarvoor ergocoaches aandacht vragen

3.8 Conclusies

In korte tijd werden bijna 4500 ergocoaches geregistreerd. De dekkingsgraad per branche wisselt, maar over de hele linie heeft ongeveer de helft van de ergocoaches zich geregistreerd. Uit de monitoringsonderzoeken blijkt dat het aantal ergocoaches in alle branches gestaag groeit. Het aantal geregistreerde ergocoaches zou zodoende ook deze ontwikkelingen moeten blijven volgen, waardoor het totaal minimaal op het vier- tot vijfvoudige uit zal komen.

De huidige groep ergocoaches is vrij onervaren, wat vermoedelijk samenhangt met de nog jonge functie, maar ook doordat aandachtsvelders in de zorg snel kunnen wisselen. Het opleidingsniveau van ergocoaches wisselt per branche van ruim driekwart tot ruim een derde daadwerkelijk specifiek opgeleide ergocoaches. Qua behoeftes springt vooral de behoefte aan regionale bijeenkomsten eruit (40-50%): vooral bij de meer ervaren ergocoaches (52%). Bij de minder ervaren ergocoaches zien we daarnaast de behoefte aan een helpdeskfunctie per e-mail en een forum. Een forumfunctie wordt in beperkte mate, en dan vooral door ziekenhuizen, peuterspeelzalen en de gehandicaptenzorg gesteund (20%). Wanneer gevraagd wordt naar voorkeuren voor een bepaalde soort netwerk dan blijkt dat 36% geen voorkeur uitsprekt. Als men dat wel doet, kies men vooral voor een branchegerichte constructie. Deze voorkeur is vooral sterk in de gehandicaptenzorg, thuiszorg en de peuterspeelzalen (60-70%).

Gevraagd naar onderwerpen waarvoor men aandacht wil in het project, dan blijkt dat vooral aandacht voor transfer-, til-, zorgtechnieken en vaardigheden hoog scoort, gevolgd door meer aandacht voor hulpmiddelen en werkmaterialen. Een derde plek is gereserveerd voor coachen en motiveren.

4 Indicaties voor effectiviteit

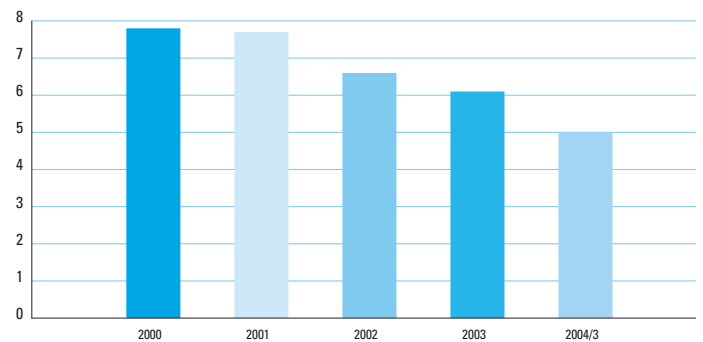
Het verzuim in de zorg is aan het dalen (zie figuur 4.1.). Die ontwikkeling is belangrijk. Verzuim is een kostbare zaak en arbeidsongeschiktheid leidt ook tot persoonlijk leed. Daarnaast is door de vergrijzing elke medewerker in de zorg hard nodig. Een belangrijke sleutel tot succes om verzuim en arbeidsongeschiktheid aan te pakken zou juist bij ergocoaches liggen. Er is echter weinig tot geen bewijs dat ergocoaches daadwerkelijk effectief zijn, hoewel men in de praktijk die overtuiging wel heeft.

Gert Schimmel, coördinator ergocoaches Stichting Opella

'Er zijn geen harde gegevens beschikbaar maar ik ben van mening dat mede door het systeem van ergocoaches het ziekteverzuim is gedaald.'

Ellen Biemond, ergotherapeute Kruiswerk West-Veluwe

'Wij zijn ervan overtuigd dat de ergocoaches bijdragen aan het lage ziekteverzuim binnen onze organisatie en daar is iedereen bij gebaat. Management, medewerkers én cliënten.'



Figuur 4.1. Ontwikkelingen in het verzuim in de zorg (exclusief zwangerschap; bron Vernet)

Een betrouwbaar antwoord op de vraag of ergocoaches effectief zijn, kan alleen gegeven worden op basis van grondig onderzoek waarbij er bij meerdere instellingen een nulmeting wordt uitgevoerd, waarna deze instellingen meer dan een jaar gevolgd worden. Dergelijk onderzoek moet goed voorbereid worden. Daarom is er allereerst op basis van bestaand onderzoeksmateriaal onderzocht of en zo ja, welke aanwijzingen er zijn voor die effectiviteit. Dit onderzoek (secundaire analyse) heeft beperkingen maar kan als opstap gezien worden naar nader en grondiger effectonderzoek. In dit hoofdstuk geven we een overzicht van de bevindingen en de waarde daarvan.

4.1 Methode en gegevens

De afgelopen jaren zijn veel gegevens over het arborisico fysieke belasting verzameld van instellingen uit alle zorgbranches. Het gaat dan om gegevens van instellingen die zelf opdracht hebben gegeven voor intern onderzoek tot onderzoek bij instellingen die deel hebben genomen aan de landelijke monitoringonderzoeken naar fysieke belasting. Hoewel het hier gaat om uitgebreid onderzoek bij zeer veel instellingen, blijkt veel van dit materiaal om meerdere redenen niet geschikt te zijn voor eenduidige secundaire analyses. We noemen de belangrijkste redenen daarvoor.

Allereerst omdat de gegevens niet volledig zijn, maar ook omdat de gegevens op een onderling niet vergelijkbare wijze verzameld zijn, bijvoorbeeld

vragenlijsten per post of alleen uitgedeeld op de afdelingen. En/of omdat de respons te laag is. Vooral een te lage respons kan de bruikbaarheid voor secundaire analyses sterk vertekenen. Eerder onderzoek liet zien dat bij een lage respons er duidelijke selectie-effecten optreden in de resultaten (Knibbe et al., 2004). Naarmate de respons op een vragenlijst naar verzuim of klachten lager is, laten de resultaten een hoger percentage zien van werknemers dat verzuimt door rugklachten. Dat komt vermoedelijk omdat mensen met klachten meer geneigd zijn een vragenlijst die over hun problemen gaat in te vullen dan mensen die nergens last van hebben.

Daarom zijn twee basiseisen gesteld aan het onderzoek. Allereerst moesten de gegevens met vergelijkbare en gestandaardiseerde meetinstrumenten verzameld zijn. Daarvoor is gekozen voor twee instrumenten: de Beleids-Spiegel fysieke belasting of de voorlopers daarvan en enkele kernvragen van een medewerkervragenlijst fysieke belasting. Beide instrumenten zijn in vrijwel alle zorgbranches bekend, worden in meer of minder uitgebreide vorm al vanaf 1988 regelmatig ingezet voor onderzoek naar fysieke belasting en maken ook deel uit van de MAZ, de Monitor Arboconvenanten Zorgsector².

Met de BeleidsSpiegel wordt het preventiebeleid fysieke belasting getoetst, ook aan de landelijk afgesproken standaarden op dat gebied. Daaruit zijn vragen benut over de aanwezigheid van ergocoaches, hun opleidingsniveau en tijdsinvestering, maar ook zaken als het intern hanteren van de landelijk afgesproken Praktijkrichtlijnen fysieke belasting, protocollair werken en het toezien op het naleven van afspraken zoals die zijn opgenomen in zorgdossiers, bijvoorbeeld over het werken met tilliften. In de medewerkervragenlijst is gekeken naar enkele standaardvragen op dit gebied. Voor deze secundaire analyse is vooral gekeken naar de groep zorgverleners - en niet naar medewerkers in ondersteunende diensten - en gerapporteerd verzuim door rugklachten en variabelen zoals het hanteren van richtlijnen en protocollair werken. Daarmee werden op een paar punten uit twee bronnen gegevens over hetzelfde onderwerp verzameld: in dit geval het hanteren van Praktijkrichtlijnen en het protocollair werken. Zodoende was ook enige controle mogelijk op de consistentie van de gegevens uit beide bronnen.

Ten tweede hebben we alleen gegevens gebruikt als er een voldoende hoge respons op het vragenlijstonderzoek was, te weten meer dan 50%. Uiteindelijk bleken de gegevens van 90 instellingen met een groep van in totaal 5834 zorgverleners aan onze eisen te voldoen. De instellingen zijn uit verschillende zorgbranches afkomstig en de gegevens zijn verzameld over de afgelopen acht jaar. Alleen deze gegevens zijn verwerkt.

4.2 Resultaten

Bijna de helft van deze instellingen (n=44, 3741 zorgverleners) gaf aan met ergocoaches te werken. De overige instellingen bleken niet met ergocoaches te werken. Binnen de groep instellingen met ergocoaches waren instellingen opgenomen die al lang (soms jaren) met ergocoaches werken en instellingen die nog maar net daarmee begonnen waren. Dit was ook zichtbaar omdat de instellingen in wisselende mate de randvoorwaarden voor het goed functioneren van deze ergocoaches gerealiseerd hadden. Zo vindt 64% van de instellingen dat hun ergocoaches over voldoende kennis beschikken, vindt in 70% van de instellingen regelmatig overleg tussen ergocoaches plaats en geeft 41% aan dat ergocoaches voldoende tijd hebben om hun functie optimaal waar te maken.

Verzuim door rugklachten

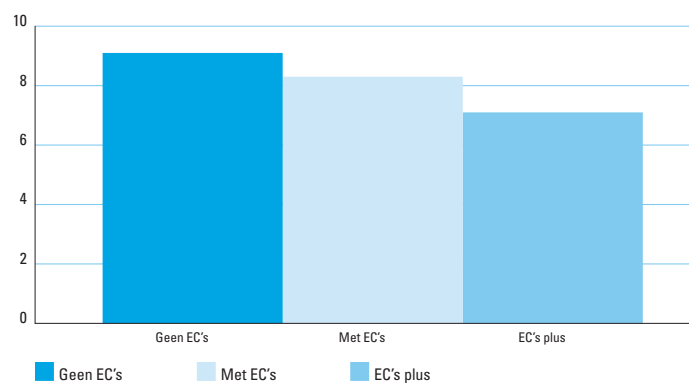
Uiteindelijk is het functioneren van ergocoaches erop gericht om het verzuim door rugklachten en andere klachten aan het bewegingsapparaat te doen dalen. Daarom is voor dit beperkte onderzoek vooral naar deze uitkomstmaat gekeken om na te gaan of er verschil in verzuim door rugklachten is bij instellingen met en zonder ergocoaches. Dan is er een klein, maar belangrijk verschil zichtbaar. Van de zorgverleners in de instellingen met ergocoaches blijkt 8,3% in de voorbije 12 maanden verzuimd te hebben in verband met rugklachten³. Bij de zorgverleners zonder ergocoaches lag dit hoger: 9,1%. Het gaat hier om een verschil van 0,8% (zie figuur 4.2).

Praktijkrichtlijnen en invloed op verzuim

In de zorg zijn concrete afspraken gemaakt over lichamelijke belasting. Dat zijn de Praktijkrichtlijnen fysieke belasting die vanuit de arboconvenanten en de CAO Arbeid en Gezondheid zijn voortgekomen. Die richtlijnen geven aan wanneer je bijvoorbeeld een tillift of een hoog-laag bed moet gebruiken, een pauze moet houden als je veel met computers werkt of een verrijdbaar, laag krukje moet pakken als je veel met kleine kinderen in de kinderopvang werkt. Dat is een forse verandering die veel invloed kan hebben op het dagelijkse werk in de zorg. Voor dit onderzoek is het dan relevant om na te gaan of de instellingen die wel en die geen richtlijnen hanteren, verschillen in de mate van verzuim door rugklachten. Dat blijkt niet het geval te zijn. Van de instellingen die wel of geen praktijkrichtlijnen hanteren in eigen beleid blijkt het verzuimpercentage vrijwel niet te verschillen (verschil van 0,2% ten nadele van instellingen zonder richtlijnen).

Praktijkrichtlijnen, protocollair werken en toezien op naleving

Van ergocoaches wordt theoretisch verwacht dat zij de richtlijnen op afdelingsniveau toepassen en zorgen voor het vastleggen van de gemaakte afspraken in zorgdossiers (tilprotocollen e.d.) en toezien op naleving daarvan. Daarom is het relevant na te gaan wat het verzuim door rugklachten is bij instellingen die aangeven dat dit inderdaad bij hen gebeurt. We selecteren dus de instellingen met ergocoaches die tevens aangeven met richtlijnen en protocollen te werken en toezien op naleving ervan. Het gaat dan om een subgroep uit de groep instellingen met ergocoaches. De gekozen verzuimmaat blijkt dan lager uit te komen: 7,1% (zie figuur 4.2). Dit zou een eerste aanwijzing kunnen zijn van de rol van ergocoaches om richtlijnen daadwerkelijk toe te passen en toe te zien op naleving.



Figuur 4.2. Percentage zorgverleners dat aangeeft te verzuimen door rugklachten bij medewerkers uit instellingen met (Met EC's) en zonder ergocoaches (Geen EC's) en met ergocoaches, praktijkrichtlijnen, protocollen en toezien op naleving daarvan (EC's plus) (n=90 instellingen, n=5834 zorgverleners).

²Dit instrument wordt door het Ministerie van Sociale Zaken aanbevolen als meetinstrument voor het monitoren van de effecten van de invoering van de arboconvenanten in de zorg.

³Deze maat is dus nadrukkelijk anders dan het verzuimpercentage op zich en kan daarmee ook niet direct vergeleken worden.

Het gegeven uit de vorige alinea dat het hebben van Praktijkrichtlijnen op zich geen verschil laat zien, kan eveneens in die richting wijzen. Zekerheid kunnen we echter op basis van het huidige materiaal niet bieden. Het gaat hier tenslotte om dwarsdoorsnede onderzoek, waardoor we geen causale verbanden mogen leggen. Nader onderzoek blijft zondermeer nodig.

Beleid bij instellingen met en zonder ergocoaches

We kunnen ook verdere vergelijkingen treffen. Zo kan het interne beleid van de instellingen onderling vergeleken worden. Een belangrijke factor is bijvoorbeeld het al dan niet protocollair werken of het onderhouden van hulpmiddelen. Onlangs wees de Inspectie voor de Gezondheidszorg nog op de risico's van het werken met niet goed onderhouden tilliften en de noodzaak van daadwerkelijk werken met tilprotocollen in zorgdossiers en het bijhouden en toezien op naleving ervan. De tabel laat zien dat bij beide groepen er nog een aanzienlijke marge voor verbetering is. Dat geldt ook voor de instellingen die met ergocoaches werken. Wel is zichtbaar dat instellingen met ergocoaches op deze punten een iets betere score laten zien dan instellingen zonder ergocoaches. Dat geldt eveneens voor onderwerpen als het in praktijk brengen van specifiek beleid voor bijvoorbeeld fysiek zwaar werk voor zwangere werknemers, oudere werknemers of het omgaan met fysieke vormen van agressie van cliënten. Ook daar scoren de instellingen met ergocoaches beter.

n=90	Instellingen met ergocoaches	Instellingen zonder ergocoaches
werkelijk gebruiken tilprotocollen in zorgdossiers	42%	29%
toezien op naleving protocollen	46%	33%
toezien op naleving afspraken zwangerschap	59%	50%
toezien op naleving afspraken oudere werknemers	53%	33%
toezien op naleving afspraken agressie	40%	33%
onderhoud van hulpmiddelen en werkmaterialen	84%	71%

4.3 Conclusies en discussie

We benadrukken dat dit onderzoek beperkingen kent. Allereerst gaat het om secundaire analyses. Dat betekent dat de gegevens niet specifiek voor dit doel verzameld zijn en niet tegelijkertijd volgens eenzelfde, strakke en uniforme procedure. Hoewel er, om problemen als gevolg hiervan zoveel mogelijk te voorkomen, eisen zijn gesteld aan de meetinstrumenten en de respons kunnen we niet uitsluiten dat er ruis in de resultaten aanwezig is. We kunnen niet aangeven hoe groot deze kans is en in welke richting die ruis aanwezig zal zijn.

Daarnaast gaat het hier om een zeer diverse groep instellingen. Het gaat om instellingen uit allerlei zorgbranches en zowel om instellingen waar fysieke belasting in beperkte mate een rol speelt als om instellingen waar fysieke belasting (zeer) fors is. We hebben geen gegevens om dit onderscheid op betrouwbare wijze te maken. Ook kunnen we weinig zeggen over de fase waarin het beleid in deze instellingen zich bevindt: instellingen die net begonnen zijn met ergocoaches zullen immers nog weinig kunnen merken van de effecten. Bij instellingen die langer bezig zijn, verwachten we meer effect. Deze groep is nu in zijn geheel opgenomen. Deze invloed zal dan in elk geval leiden tot een onderschatting van het werkelijke effect in plaats van andersom.

Om dit type onderscheid goed te kunnen maken is grootschaliger onderzoek nodig. Momenteel wordt een grootschalig onderzoek uitgevoerd als eindmeting van de CAO Arbeid en Gezondheid Verpleeg- en Verzorgingshuizen. Daarbij worden deze gegevens wel verzameld, gaat het om een veel grotere groep instellingen en kunnen ook in de loop van de tijd conclusies getrokken worden. Dat komt omdat er daarbij een tweede matching plaatsvindt van de resultaten van de medewerkerraadpleging Werk in Beeld (Messchendorp et al., 2004) en de monitoring fysieke belasting CAO Arbeid en Gezondheid (Knibbe et al., 2004). Wellicht dat die resultaten een meer specifiek antwoord op de onderzoeksvragen kunnen geven. Deze rapportage wordt begin 2005 verwacht.

Het belangrijkste probleem bij ons onderzoek is echter dat het om een dwarsdoorsnede onderzoek gaat. Dat wil zeggen dat we slechts op één moment in de tijd gegevens beschikbaar hebben van betrokken instellingen. We kunnen daarom geen 'oorzaakgevolg' relaties leggen, we gaven dat al eerder aan. Het kan zodoende zijn dat instellingen die toch al een beter beleid hadden, hebben gekozen voor ergocoaches. Dan is het lagere verzuim geen gevolg van het inzetten van ergocoaches. We kunnen dat niet uitsluiten.

Desondanks zijn de resultaten zeker hoopvol over de rol van ergocoaches als belangrijke factor in een effectief preventiebeleid. Ook lijken ze er op te wijzen dat vooral de samenhang in het beleid van belang is. Alleen het hebben van richtlijnen lijkt weinig invloed te hebben en juist de combinatie van ergocoaches met richtlijnen, protocollen en het toezien op naleving lijkt samen te hangen met een lager verzuim. De resultaten vormen in elk geval een aanleiding om nader onderzoek uit te voeren. Dergelijk onderzoek, opgezet volgens de daarvoor noodzakelijke eisen, kost veel tijd maar is de enige manier om een werkelijk betrouwbaar antwoord te krijgen op de vraag naar effectiviteit. Op dit moment is er mede door het Project Ergocoaches een subsidieaanvraag ingediend bij ZonMw waarin het proces en de effectiviteit van het inzetten van ergocoaches gedetailleerd en integraal zal worden bestudeerd. ZonMw heeft in eerste instantie positief gereageerd en gevraagd om een nadere uitwerking.

5 Profielen van ergocoaches

5.1 Enquêtes

In dit hoofdstuk geven we een samenvatting van de resultaten van twee enquêtes die zijn uitgedeeld op de Ergocoachdagen 2004: de vragenlijst Ergocoaches in Beeld en een evaluatieformulier van de Ergocoachdagen. Een deel van de resultaten heeft u al in hoofdstuk 2 kunnen zien. We hebben met deze lijsten niet alle ergocoaches in Nederland ondervraagd. Er kan sprake zijn van enige selectie omdat wellicht een bepaald type ergocoaches de Ergocoachdagen juist wel of juist niet heeft bezocht. Wanneer we hiervoor controleren blijken er geen grote verschillen te zijn in bijvoorbeeld de brancheachtergrond of ervaring van ergocoaches tussen beide groepen. Daarnaast zijn ruim 2000 ergocoaches en/of betrokkenen aanwezig geweest op beide dagen en we hebben een groot deel van de geregistreerde ergocoaches bereikt. De respons is echter niet exact te berekenen omdat het daadwerkelijke aantal aanwezigen niet precies bekend is. Gezien het feit dat we 1534 vragenlijsten en 1443 evaluatieformulieren binnen hebben gekregen en we uitgaan van 2500 aanmeldingen ligt de respons in elk geval rond de 60%, maar vermoedelijk hoger. Deze is daarmee goed te noemen.

5.2 Profiel van ergocoaches

Algemeen

De gemiddelde leeftijd van de ergocoaches is 41 jaar (18-62jaar). De ergocoaches werken gemiddeld genomen voor een groep van 87 mensen. Er is echter een aantal ergocoaches dat aangeeft voor groepen van meer dan 1000 mensen te werken. De verdeling is zodoende vrij scheef. Wanneer we deze personen niet meerekenen ligt het gemiddelde rond de 39 personen. De ondervraagde groep betreft vooral uitvoerenden in de zorg of welzijn (79%, waarvan 9% uitvoerend verpleegkundige) en 9% uitvoerenden in ondersteunende diensten. De overigen (12%) zijn mensen met een diverse achtergrond. Het gaat hier vaak om leidinggevend, arbocoördinatoren of paramedici.

Ervaring

De grote meerderheid (82%) is gevraagd om ergocoach te worden, de overigen hebben gesolliciteerd. Het aantal jaren ervaring ligt gemiddeld op 2,4 jaar, waarbij vooral de verpleeg- en verzorgingshuizen en de thuiszorg een meer ervaren groep in huis hebben en de kinderopvang/peuterspeelzalen en (academische) ziekenhuizen een minder ervaren groep.

Tijdsinvestering

Ergocoaches besteden gemiddeld 2,7 uur per week aan hun activiteiten als ergocoach. Er zijn enkele uitschieters naar ergocoaches die een volle werkweek van 36 uur aan hun werk als ergocoach besteden: zij geven dan echter ook trainingen en dergelijke. Dergelijke uitschieters zijn in alle branches zichtbaar. De gemiddelde tijdsbesteding in de academische en gewone ziekenhuizen relatief laag: gemiddeld 1,6 uur en uitschieters komen daar ook nauwelijks voor. In de thuiszorg is de gemiddelde tijd hoger: 2-4 uur per week. De reden is vermoedelijk dat deze ergocoaches een rol spelen bij de Arbocheck die in de thuiszorg in toenemende mate bij de zorgstart wordt afgenomen. Daarmee wordt, in overleg met de cliënt, nagegaan welke aanpassingen er eventueel nodig zijn om goed te kunnen werken en dat kost vanzelfsprekend relatief veel tijd. Door de steeds wisselende omstandigheden waarin men in de thuiszorg werkt, is dat ook noodzakelijk. Wanneer we de personen die hun volle werkweek besteden aan hun taak als ergocoach buiten beschouwing laten, schommelt de tijdsinvestering rond 2 uur per week.

Meer ervaren ergocoaches besteden minder tijd aan hun werk dan net startende ergocoaches. Dat kan in de eerste plaats verklaard worden door het investeren in eigen training wat beginnende ergocoaches moeten doen. Ten tweede geven meer ervaren ergocoaches aan dat zij hun werk meer en meer kunnen inpassen in reguliere werkzaamheden. De meeste ergocoaches (81%) zijn specifiek opgeleid als ergocoach en hebben dan gemiddeld 24 uren (drie dagen) opleiding als ergocoach achter de rug. Het gaat daarbij vooral om training in til- en transfertechnieken en het gebruik van hulpmiddelen en werkmaterialen. Bijna een derde (32%) heeft daarnaast ook scholing in communicatie en coaching van collega's gekregen. Het scholingsniveau ligt in deze, op de Ergocoachdagen onderzochte, groep zodoende iets hoger dan we op basis van de registratiegegevens, waarbij alle ergocoaches zijn ondervraagd, zouden verwachten (zie hoofdstuk 3). Het lijkt er dus op dat de deelnemers aan de Ergocoachdagen een beter geschoolde groep vormen. De branches waar verhoudingsgewijs het meest geschoold is, zijn ook nu de thuiszorg, gehandicaptenzorg en de (academische) ziekenhuizen.

Cliëntgerichte activiteiten

Bijna tweederde (61%) geeft aan dat er met cliëntgebonden protocollen in zorgdossiers wordt gewerkt. Dit hoge percentage bevestigt het beeld dat ergocoaches stimulerend kunnen werken op het invoeren van belangrijke onderdelen van preventiebeleid (zie ook hoofdstuk 4 en aanbevelingen Inspectie voor de Gezondheidszorg).

Randvoorwaarden

Bijna driekwart (68%) heeft een duidelijk beeld van wat er van hen verwacht wordt als ergocoach. Qua randvoorwaarden (bijvoorbeeld het kennis- en vaardigheidsniveau) voor het functioneren als ergocoach vindt men dat de situatie (nog) niet optimaal is. Ruim de helft (55%) zegt voldoende tijd te hebben voor de rol van ergocoach en een kwart (31%) geeft aan dat er voldoende geld is om ergocoach te kunnen zijn. Ook is men terughoudend over de eigen capaciteiten. Zo is 59% van mening dat zij zelf de transfer- en werktechnieken goed beheersen: de overigen vinden van niet. Ook vindt een nog relatief kleine groep (43%) dat zij over voldoende kennis beschikken om goed te functioneren als ergocoach.

Steun

Bijna driekwart (70%) geeft aan gesteund te worden door de direct leidinggevenden en een vergelijkbare groep (67%) (ook) door het management. Vrijwel niemand (7%) geeft aan dat de instelling twijfelt of ergocoaches wel nodig zijn.

Regionale trainingsdagen

De helft (51%) wil deelnemen aan een regionaal netwerk van ergocoaches. Zeer uitgesproken is echter de wens om deel te nemen aan regionale trainingsdagen voor ergocoaches: 81%. Deze getallen wisselen enigszins per branche, maar zijn door alle branches heen hoog.

5.3 Activiteiten Project Ergocoaches

Nu volgt een overzicht van de waardering van ergocoaches voor de belangrijkste activiteiten die vanuit het Project Ergocoaches zijn uitgevoerd en van de behoefte aan ondersteuning zoals zij die zelf zien.

Waardering voor het Project Ergocoaches

De ergocoaches waarderen het project als geheel, over het afgelopen jaar, met goed: een 7,6, de betrokkenen met een 7,5.

Ergocoachdagen

De landelijke Ergocoachdagen die op 22 en 23 november 2004 in de RAI in Amsterdam werden georganiseerd zijn goed bezocht en met een rapportcijfer van 7,9 goed gewaardeerd door de aanwezigen. De ergocoaches zelf scoren daarbij iets hoger (8,0) dan de betrokkenen (7,6) en de tweede dag (8,0) scoort eveneens iets beter dan de eerste dag (7,8). Er zijn geen grote verschillen in waardering tussen branches onderling. Ervaren ergocoaches scoren iets minder positief dan ergocoaches die net begonnen zijn.

De workshops in het RAI Congrescentrum hebben allemaal voldoende tot goede rapportcijfers gekregen. Vooral de workshops over 'zwangerschap binnen je team', 'ergocoaches en de kraam', 'steunkousen aan- en uittrekken' en 'communicatie en inzakpreventie' scoorden een 8 of hoger. Ook de organisatie van de dag, de informatiemarkt, de finale van de 'Best Practice wedstrijd Simply the Best' en de catering hebben goede cijfers gekregen: tussen de 7,5 en 8,3.



Gevraagd naar de behoefte aan evenementen zoals de Ergocoachdagen blijkt dat 42% jaarlijks dit soort dagen zou willen bezoeken. Een kwart (22%) wil dat één keer per twee jaar en eveneens een kwart wil jaarlijks dergelijke dagen in de regio. Tenslotte wil 22% zowel regionale als landelijke dagen. Wanneer ze niet meer gratis zouden zijn, geeft 51% aan 'misschien' te komen, 43% komt wel en 6% niet. Als toegangsprijs acht men dan een bedrag van gemiddeld 18 euro acceptabel.

ErgoCoach magazine

Er zijn vier gewone nummers van het speciale magazine ErgoCoach verschenen en een nummer vijf; een special over de Ergocoachdagen en de Best Practice wedstrijd. Ergocoaches geven de inhoud van het blad een 7,4, de vormgeving een 7,6 en een 7,3 voor praktijkrelevantie. Als advies wordt gegeven: 'meer praktische tips', meer aandacht voor de inhoud en praktische zaken zoals protocollair werken. De ziekenhuizen en academische zieken-

huizen geven een lagere waardering dan branches als de thuiszorg, verpleeg- en verzorgingshuizen en vooral de gehandicaptenzorg. Toch blijven alle rapportcijfers een 7 of hoger. De waardering van betrokkenen verschilt niet of nauwelijks van die van ergocoaches zelf. Ongeveer 40% geeft aan voor het blad te willen betalen als het bijvoorbeeld een euro zou kosten. 80% verwacht dat de instelling dat zal willen betalen. De ziekenhuizen, academisch of niet, zijn minder geneigd te betalen.

Helpdesk

Er is door alle branches weinig gebruik gemaakt van de helpdesk (11% gemiddeld) en de waardering ervoor is relatief laag (6,1). Van de personen die de helpdesk hebben geraadpleegd kreeg een kwart naar eigen mening geen afdoende antwoord op de gestelde vraag. Opvallend is wel dat de mening van de meelezers hier duidelijk afwijkt van die van ergocoaches zelf. Zij waarderen de helpdesk veel hoger: een 7,6 voor de inhoud en een 7,6 voor de praktijkrelevantie. Toch hebben ook zij weinig gebruik gemaakt van de helpdesk (9%) en heeft een vergelijkbare groep geen bevredigend antwoord gekregen.

Website en forum

Ook hiervan is vrij weinig gebruik gemaakt (ruim 12%). De waardering is wel hoger met een 7,5 voor inhoud en relevantie. Betrokkenen en ergocoaches hebben hier ongeveer dezelfde mening. De branches verschillen onderling weinig. Het patroon van een structureel iets lagere waardering vanuit (academische) ziekenhuizen (7,1) en een hogere waardering vanuit de gehandicaptenzorg, kinderopvang en thuiszorg (hoger dan 7,5) is ook hier zichtbaar. Bij de thuiszorg, gehandicaptenzorg en wellicht ook de kinderopvang speelt een rol dat zij elkaar onderling minder vaak treffen dan in een zuiver intramurale setting als een zieken- of verpleeghuis waar men elkaar regelmatig in teamverband treft. Daardoor is een forum een goed middel om ervaring en kennis uit te wisselen.

Welkomspakket en promotiemiddelen

Dit pakket ontving men na aanmelding bij het Project Ergocoaches en wordt goed gewaardeerd met een 7,3, al vindt men de praktijkrelevantie hiervan relatief laag (6,8). Datzelfde beeld is zichtbaar voor de promotiemiddelen. Het uiterlijk is met een 7,4 gemiddeld ruim voldoende gewaardeerd en de praktijkrelevantie blijft met een 7,1 iets achter.

5.4 Wensen en behoeftes van ergocoaches

Algemeen

In de vorm van een aantal open vragen is naar knelpunten in het optimaal kunnen functioneren als ergocoach en oplossingen daarvoor gevraagd. Men geeft dan vooral aan meer tijd beschikbaar te willen hebben om de rol van ergocoach goed te kunnen vervullen en dat men een tekort aan hulpmiddelen en goede werkmaterialen ervaart. Verder vindt men dat de scholing van ergocoaches nog te beperkt is en dat er te weinig begeleiding is als je eenmaal ergocoach bent: daar zou meer aandacht voor moeten komen.

Project Ergocoaches

Hoewel elke branche zo zijn eigen wensen heeft, die te herleiden zijn tot de doelgroep waar men voor werkt (kinderen, baby's, spoedeisende hulp, omgaan met agressie, etc), is er duidelijk een rode draad. Er is behoefte aan inhoudelijke verdieping en handvatten als het gaat om communicatie en gedragsverandering zowel naar cliënten als naar collega's en het (hogere) management in instellingen en organisaties. Meer concreet gaat het dan om inhoudelijke informatie, scholing en training in het gebruik van hulpmiddelen en over werkmethodes, opleidingsprogramma's voor ergocoaches, til- en transferprotocollen en praktische manieren om ervoor te zorgen dat beleid goed gaat lopen en blijft lopen. Dat geldt niet alleen voor ergocoaches in cliëntgebonden functies, maar ook voor ergocoaches in ondersteunende diensten. Sommigen vragen ook daadwerkelijk naar opleidingen tot ergocoach vanuit het Project Ergocoaches zelf. Ze geven aan niet te weten of dit onder het project valt of niet. Dat valt overigens in meerdere branches op: men weet niet goed aan te geven welke zaken nu wel en welke niet onder het Project Ergocoaches vallen. Verder noteren we regelmatig verzoeken om schriftelijk voorlichtingsmateriaal over de wijze waarop handelingen uitgevoerd moeten worden of manieren om gedragsverandering bij collega's te ondersteunen. Men denkt dan niet alleen aan instructiebladen, maar ook aan plaatjes, cd-rom's en posters om het eigen functioneren als ergocoach te ondersteunen. Iets minder dan een kwart (23%) van de ergocoaches en 29% van de betrokkenen geeft desgevraagd aan te willen betalen voor de ondersteuning vanuit het project. De helft van de ergocoaches (54%) geeft aan dat zij verwachten dat de instelling zal willen betalen voor de ondersteuning. De betrokkenen zijn beduidend terughoudender met 19%. Tenslotte worden regelmatig door ergocoaches uit alle branches opmerkingen gemaakt als 'Ga zo door!' en 'de Ergocoachdagen zijn zinvol'.

5.5 Conclusies

Algemeen

Het beeld is dat er een nog vrij onervaren groep ergocoaches is, die een basisniveau van scholing heeft, die enthousiast is, weet wat er van hen verwacht wordt en zich ook gesteund voelt door het midden- en hoger kader en hun collega's. De randvoorwaarden voor hun functioneren in termen van tijd, geld en de eigen kennis en vaardigheden zijn in hun beleving nog niet optimaal. Ze hebben behoefte aan verdere inhoudelijke verdieping, zowel qua fysieke belasting (kennis en vaardigheden) als voor wat betreft communicatie en coaching. Zelf geven ze sterk de voorkeur aan regionale vormen van training en ondersteuning. Als tweede wordt het uitwisselen van kennis en ervaring via een forumachtige constructie of e-mail helpdesk genoemd.

Project Ergocoaches

De waardering voor de activiteiten uitgevoerd vanuit het Project Ergocoaches is goed. Van alle activiteiten en producten wordt de helpdesk het laagst gewaardeerd en de Ergocoachdagen het hoogst. De helpdesk is weinig geraadpleegd en het resultaat was niet altijd bevredigend. We kunnen slechts raden naar de redenen van de matige score hiervan. In de behoeftes die men zelf aangeeft komt de helpdesk ook niet of nauwelijks terug. Wel spreekt men daar de behoefte uit aan praktische, inhoudelijke verdieping en meer houvast om gedragsverandering en borging van beleid te realiseren. Daarnaast komt de behoefte aan praktisch voorlichtings- en instructiemateriaal sterk naar voren. De exacte onderwerpen die men zoekt wisselen echter wel per branche. Over eventuele betaling voor de ondersteuning vanuit het project zijn ergocoaches, maar zeker de betrokkenen terughoudend.



6 Conclusies

Ergocoach in de praktijk

De resultaten van de deelonderzoeken zoals beschreven in dit rapport laten zien dat de ergocoach sterk geworteld is in de praktijk. Ergocoaches nemen in betekenis en aantal toe en zijn niet meer weg te denken in de aanpak van fysieke belasting in de branches zorg en welzijn. De ergocoach is voortgekomen uit de praktijk en sluit enerzijds aan bij bekende en effectieve zorginhoudelijke tradities ('aandachtvelders') en sluit anderzijds opvallend goed aan bij de recente ontwikkeling richting preventiemedewerker.

Effectiviteit

In de praktijk is men van mening dat ergocoaches hun bijdrage hebben bewezen aan een effectieve, preventieve aanpak en een daling van het verzuim. Hoewel meer gedegen onderzoek daarnaar zondermeer nodig is, komen er uit het onderzoek de eerste aanwijzingen naar voren dat instellingen met ergocoaches inderdaad een lager verzuim hebben, de praktijkrichtlijnen beter toepassen en in algemene zin hun beleid ten aanzien van fysieke belasting beter ingevoerd hebben.

Theoretisch kader

Ook in de theoretische modellen over implementatie van innovaties en gedragsverandering past de functie van ergocoach goed. Die aansluiting wordt mede ondersteund door een kleurrijk scala van concrete voorbeelden van ergocoaches zelf over de uitvoering van hun werk. Ergocoaches blijken invloed te hebben op zowel de eerste fase van het invoeren van een vernieuwing als op de fase van bestendigen, borgen en volhouden. Vooral dat laatste is voor veel instellingen een struikelblok zo blijkt uit de monitoring van de arboconvenanten en CAO A&G en - in brede zin - uit onderzoek naar het invoeren van vernieuwingen. Ergocoaches kunnen zodoende een grote toegevoegde waarde hebben om gedane investeringen (hulpmiddelen, werk materiaal, trainingen etc.) optimaal te laten renderen. Dit rendement is terug te vinden in termen van regulier preventief beleid, minder klachten en uiteindelijk minder verzuim.

Project Ergocoaches

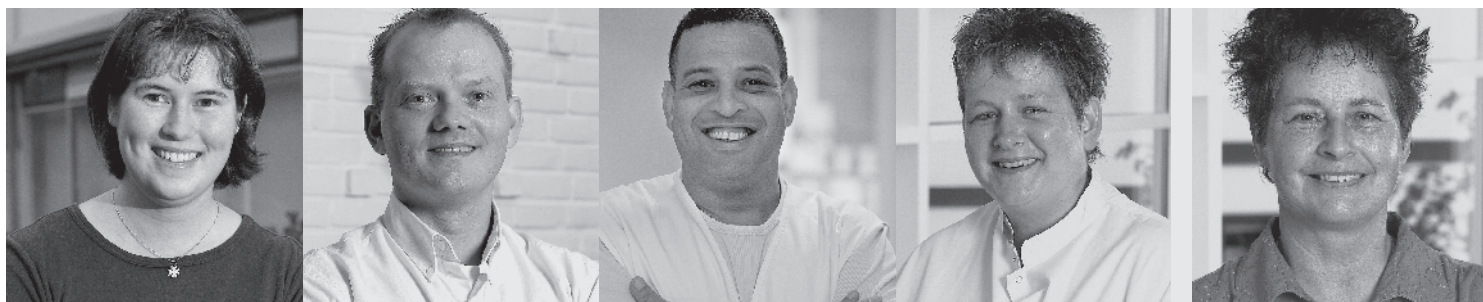
Het Project Ergocoaches heeft een jaar geduurd en heeft in deze korte periode de - zelfs qua naam - zeer pluriforme groep ergocoaches bereikt, een herkenbaar en eenduidig beeld van ergocoaches door alle branches heen ontwikkeld en de ergocoaches ondersteund bij het uitvoeren van hun werk. Dat is duidelijk zichtbaar in het forse aantal geregistreerde ergocoaches (ten tijde van deze rapportage bijna 5000 van de naar verwachting 10.000 functionerende ergocoaches), alsmede een

groot aantal meer beleidsmatig op instellingsniveau betrokken (zo'n 1500). Zij hebben zich kunnen identificeren met de projectdoelstellingen, de hoge waardering van de ergocoaches voor vrijwel alle projectactiviteiten en hun grote opkomst op en waardering van de landelijke Ergocoachdagen, waar de helft van de geregistreerde ergocoaches aanwezig was.

Vervolgfase

Het Project Ergocoaches heeft 2004 naar mening van de ergocoaches en de meer beleidsmatig betrokkenen, succesvol doorlopen. Dit getuigt de hoge waardering voor het project (rapportcijfer van 7,6). Voor een vervolgfase is er draagvlak onder ergocoaches, waarbij zij vrij eenduidig de naar hun mening relevante vervolgrichtingen aangeven. Het meest uitgesproken is de wens om inhoudelijke verdieping (hulpmiddelen, werkmaterialen, protocollen, training etc.) en meer aandacht voor de wijze van communicatie en coaching richting collega's. Deze onderwerpen wil men vooral in de vorm van regionale bijeenkomsten of trainingen onderbrengen. Daarnaast wil men vooral voortzetting van het ErgoCoach magazine met meer inhoudelijke verdieping, de landelijke Ergocoachdagen en de e-mail helpdesk. Tenslotte zijn de ergocoaches zoekende naar nieuwe activiteiten. Het gaat dan vooral om communicatiemiddelen voor de ergocoach richting collega's. Hierbij denken ze aan instructiefolders, posters, cd-rom's, etc. Het Project Ergocoaches is inmiddels gestart met een serie van 20 instructiefolders en heeft een eerste, goed geëvalueerde regionale bijeenkomst georganiseerd medio december.

Het onderzoek laat zien dat de functie van ergocoach geen eendagsvlieg is maar een sterk in de praktijk geworteld en ook een theoretisch verantwoord concept is. De eerste aanwijzingen voor effectiviteit zijn er. Het Project Ergocoaches biedt de branches zorg en welzijn ondersteuning. Deze wordt hoog gewaardeerd door de doelgroep, die eens te meer zelf ook heldere vervolglijnen aangeeft.



Literatuurlijst

- Engels, J.**, The effectiveness of an intervention programme to reduce physical workload in the nursing profession, Proefschrift, Katholieke Universiteit Nijmegen, 1998, Nijmegen.
- Grol, R., M. Wensing (red.)**, Implementatie: effectieve verandering in de patiëntenzorg, Elsevier, 2001, Maarssen.
- Hasselhorn, HM, A. Toominga, M. Lagerstrom (red.)**, Occupational Health for Health Care Workers, Elsevier, 1999, Stockholm.
- Hignett, S., E. Crumpton, S. Ruszala, et al.**, Evidence-based Patiënt Handling, Routledge, 2003, Londen.
- Knibbe, H., N. Knibbe**, Brancheonderzoek fysieke belasting 2002, Verpleeg- en Verzorgingshuizen in het kader van de CAO Arbeid en Gezondheid, Sectorfondsen Zorg en Welzijn, Utrecht, 2003.
- Knibbe, JJ, NE Knibbe, RD Friele**, Een ergonomische aanpak in verzorgingshuizen, in Friele et al., Rugklachten, fysieke belasting en preventiemogelijkheden in verzorgingshuizen, NIVEL, AWOB, 154 ev, 1995.
- Knibbe, JJ**. Overcoming resistance. *Nursing Times* (88), 52, 1992; 46-47.
- Knibbe JJ, NE Knibbe**. Tilspecialisten en specialisten in tillen. *Fysiotherapie en ouderenzorg, Vakblad NVFG*, juni 1995, 18-23.
- Knibbe JJ, RD Friele**. The use of logs to assess exposure to manual handling of patients, illustrated in an intervention study in home care nursing. *International Journal of Industrial Ergonomics*, 24, 1999, 445-454.
- Knibbe, JJ, NE Knibbe**, Werkpakketten fysieke belasting, Sectorfondsen Zorg en Welzijn, Utrecht, 2002/3 (div.)
- Knibbe, JJ, NE Knibbe**, Op Koers, monitoring fysieke belasting in het kader van de CAO Arbeid en Gezondheid verpleeg- en verzorgingshuizen, Sectorfondsen Zorg en Welzijn, 2003.
- Knibbe, JJ, NE Knibbe**, 1+1=3?, de meerwaarde van de koppeling van grote bestanden onder de loep: koppeling medewerkersraadpleging en de monitoring fysieke belasting CAO AG, Sectorfondsen Zorg en Welzijn, 2004, Utrecht.
- Knibbe, JJ, NE Knibbe, L Geuze**, Rapportage Monitoring Invoering Groene Praktijkregels, Convenant Arbeidsomstandigheden Thuiszorg, Sectorfondsen Zorg en Welzijn, Utrecht, 2004.
- Knibbe, NE, JJ Knibbe**, De Ergonoom doet een stapje zijwaarts, Probleem Gestuurd Oplossen van ergonomische problemen. *Nederlands Tijdschrift voor Ergonomie* 24 (4), 111- 115, 1999.
- Knibbe, NE, JJ Knibbe**, Ervaringen met tilbeleid in tien verzorgingshuizen, in Friele et al., Rugklachten, fysieke belasting en preventiemogelijkheden in verzorgingshuizen, NIVEL, AWOB, 148 ev, 1995.
- Lomas, J., M. Jenkin, G. Anderson, et al.**, Opinion leaders versus audit and feedback to implement practice guidelines, *JAMA* 265, 2202-2207, 1991.
- Monitoringsonderzoeken arboconvenanten zorg, (diverse branches) Sectorfondsen Zorg en Welzijn, 2002/2003/2004, Utrecht.
- Nelson, A., P. Gorzka**, Safe Patiënt Handling & Moving Conference, VISN 8 Patiënt Center of Inquiry, Tampa, 2004.
- Regt, W. de, R. van Splunteren**, Beter zo!, praktijkgevallen van inventieve innovatie, Van Gorcum, Assen, 2001.
- Rogers, E.** Diffusion of innovations, Free Press, 1995, New York.
- Sluijs, E.M.**, Patient Education in Physical Therapy, Proefschrift, NIVEL, 1991, Utrecht.
- Stross, M., JK. R. Hiss, C. Watts, et al.**, Continuing education in pulmonary disease for primary care physicians, *Am.Rev.Respir Dis*, 127, 739-746, 1983.

Disclaimer

Deze uitgave is met de grootste zorgvuldigheid samengesteld. Noch de schrijvers, noch de uitgever stellen zich echter aansprakelijk voor eventuele schade als gevolg van eventuele onjuistheden en/of onvolkomenheden in deze uitgave.

Een uitgave van het Project Ergocoaches, december 2004.

Voor meer informatie kijk op www.ergocoaches.nl