

Trap 3. Als de klachten tóch chronisch worden: actieve, intensieve training

Slechts in 10 á 20% van de gevallen hebben de klachten een specifieke oorzaak. Denk daarbij aan een hernia of reuma. Dit zal, zoals aangegeven, zo snel mogelijk uitgesloten moeten worden door een arts. Meestal zijn de klachten dus ‘a-specifiek’. Mensen met dit type chronische klachten hebben vaak baat bij een vrij intensieve training van kracht en uithoudingsvermogen. Het idee daarachter is dat mensen met chronische klachten door pijn of angst flink achteruit zijn gegaan in kracht en uithoudingsvermogen. Ze bewegen minder en worden in toenemende mate onzeker over hun rug en hun toekomst. Ze zien pijn als een signaal dat het nog steeds fout zit in hun rug, worden nog banger om hun lichaam te belasten terwijl dat fysiek gezien best kan en juist ook vaak goed en belangrijk is. Daardoor verliezen ze nog meer kracht, passen ze hun leven aan aan de klacht en wordt herstel steeds lastiger. Zo komen ze in een neerwaartse spiraal terecht die omgekeerd kan worden door een intensieve training en een stapsgewijze opbouw.

Patiënten met chronische klachten aan het bewegingsapparaat zijn soms nodeloos bang om te bewegen. We noemen dat ook wel Kinesiofobie. Ze komen dan in een neerwaartse spiraal terecht waar ze alleen uit kunnen komen door ... te bewegen.

Het is belangrijk dit met professionele begeleiding te doen. Dat kan intern, binnen de zorgorganisatie, georganiseerd worden door de eigen medici en paramedici. Maar het kan ook extern, in de vorm van zogenaamde rug(train)scholen die

locaal vaak door een samenwerkingsverband tussen eerstelijns paramedici en artsen worden aangeboden.

‘Oefentherapie dient te worden toegepast bij patiënten met chronische lage rugpijn. Geadviseerd wordt om een gevarieerd oefenprogramma aan te bieden’ (KNGF richtlijn lage rugpijn, 2008).

Een dergelijke multidisciplinaire aanpak, waarbij ook het advies van een bedrijfsarts en een arbeidsdeskundige meetelt, is óók essentieel om soms te moeten constateren dat ook deze aanpak geen resultaat heeft. Dan is het noodzakelijk op zoek te gaan naar ander, fysiek minder belastend werk. Bij twijfel over het kunnen volhouden van de huidige functie is het belangrijk dat de werknemer de regie in eigen hand houdt, niet wacht op spontaan herstel en in een vroeg stadium, eventueel samen met de leidinggevende, nadenkt over een nieuwe stap in de loopbaan. Nu de WAO is afgeschaft is blijven werken de beste inkomensgarantie.

Jan Gadiot (fysiotherapeut en preventiemedewerker Zorggroep noord Limburg): ‘Medewerkers met klachten kunnen bij ons therapie krijgen. Die wordt gegeven door onze fysio- of manueel therapeuten. Ze worden dan binnen een werkdag behandeld. Hoe sneller we er bij zijn, hoe beter het resultaat. Bij werkafhankelijke klachten ga ik daarnaast op de afdeling kijken en geef ik advies, eventueel in overleg met de ErgoCoach. Ik zou graag een soort oefengroep opzetten waarin medewerkers met klachten in groepsverband onder onze begeleiding kunnen oefenen.’



Colofon

Auteurs: Nico E Knibbe, Hanneke JJ Knibbe (LOCOmotion)
Matthieu Mes (Werkveld)
Fotografie: Job Groot (Vleuten)
Vormgeving: Jan Hiensch (Leusden)

Met dank aan: Jan Gadiot (Zorggroep Noord Limburg)
Peter Goossens (SVRZ)
Jannetta Liebrecht (Valent)
Chris van der Molen (IJsselheem)
Karin Spil (Omring)

Deze brochure is ontwikkeld in opdracht van de Stichting Arbeidsmarktbeleid Verpleeg- en Verzorgingshuizen (SAB-V&V) en 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. Mocht u in deze brochure onjuiste, onvolledige of achterhaalde informatie aantreffen, dan horen wij dat graag. Bij een eventuele volgende versie kunnen we daar rekening mee houden. Alle reacties zijn welkom bij n.e.knibbe@locomotion.nu.



Wat zijn rugklachten eigenlijk?
Soms kan een arts of fysiotherapeut precies zien wat de oorzaak is van de klachten. Er is dan bijvoorbeeld sprake van ‘een hernia’ (een tussen-wervelschijf is beschadigd), spit (acute spierkramp), te sterke lordose (holling van de onderrug), scoliose (scheve rug), ischias (druk op de zenuwen) of artrose (beschadiging of ‘slijtage’ van de gewrichten). Bij 80% van de mensen met rug- of nekklachten is echter niets te zien. Ook niet met modern onderzoek. Dat wil echter niet zeggen dat de persoon in kwestie er geen hinder van ondervindt. Andersom komt ook voor: er is veel te zien zonder dat er sprake is van klachten.

Toch nog (rug) klachten. Wat nu?

Rugklachten of nekklachten?
De laatste jaren zien we in steeds meer zorgorganisaties een daling van het percentage medewerkers met rugklachten en soms, een stijging van het percentage medewerkers met nekklachten. Een sluitende verklaring hiervoor is niet te geven. Het zou bijvoorbeeld kunnen zijn dat de rugklachten zijn afgenomen doordat het zware tillen is verminderd door de inzet van tilliften. De nekklachten zouden dan zijn ontstaan doordat je zwaar met de liften moet manoeuvreren. Volgens sommigen komen nekklachten door de toegenomen werkdruk, een disbalans tussen werk en privé of doordat de functie niet goed bij iemand past. Het blijft gissen. Ook omdat we eigenlijk niet weten waar de rug begint en de nek ophoudt kunnen we beter spreken van rug-nekklachten, of nog breder: klachten aan het bewegingsapparaat.



De laatste jaren is er veel belangstelling voor het terugdringen van de fysieke belasting in de zorg. Dat is ook nodig, want ongeveer tien jaar geleden gaf rond de 60% van medewerkers in de uitvoerende zorg nog aan dat ze de afgelopen twaalf maanden last hadden gehad van de rug. Zorgorganisaties hebben sindsdien massaal geïnvesteerd in apparatuur, training en ErgoCoaches. En niet zonder resultaat. Op dit moment heeft slechts 44% van de uitvoerende zorgverleners het afgelopen jaar nog last gehad van de rug*. Dat is met recht ‘slechts’ te noemen, omdat het landelijk gemiddelde voor alle Nederlanders op 42% ligt.

Wat kunnen we voor deze medewerkers doen die ondanks alle preventieve maatregelen toch nog klachten aan het bewegingsapparaat houden? De oplossing ligt in een soort drie-trapsraket. Allereerst zullen we er alles aan moeten doen om te voorkomen dat de klachten ontstaan (Trap 1). Voor de medewerkers die desondanks toch klachten krijgen, is het nodig

te voorkomen dat de klachten chronisch worden (Trap 2). En als ook dat niet lukt treedt Trap 3 in werking: een actieve en intensieve begeleiding en training. We bespreken deze drie trappen meer in detail op de drie volgende bladzijden van deze brochure.

Wilt u meer exemplaren van deze brochure? Stuur dan een e-mail naar sabvenv@caop.nl met uw verzoek.

*) Knibbe JJ, Knibbe NE. Een Hap uit een Gegroeide Olifant. Vierde Monitoring Fysieke belasting in Verpleeg- en Verzorgingshuizen. LOCOmotion, Bennekom (2008).

Trap 1. Voorkom dat rugklachten ontstaan

Voorkomen is nog altijd beter dan genezen én het is bewezen effectief. Hoe kunnen we dat doen? De Praktijkrichtlijnen die in de Verpleeg-, Verzorgingshuizen en de Thuiszorg (VVT) zijn afgesproken over fysieke belasting geven daarvoor de handvatten. Ze geven aan wanneer fysieke belasting overgaat in fysieke overbelasting. De Praktijkrichtlijnen VVT zijn in gezamenlijk overleg door werkgevers, werknemers en de overheid opgesteld en opgenomen in de Arbocatalogus VVT. Inmiddels beschouwt de Arbeidsinspectie ze als ‘stand der techniek’ en inspecteert mede op basis daarvan.

Checken van beleid

In de praktijk betekent het dat een zorgorganisatie ook op instellingsniveau checkt of er aan alle randvoorwaarden is voldaan die nodig zijn om de Praktijkrichtlijnen VVT te kunnen

hanteren. Het gaat bijvoorbeeld om training, beschikbaarheid van (til)apparatuur, onderhoud en monitoring van het beleid. Hiervoor is een checklist ontwikkeld (de ‘BeleidsSpiegel’*).

Toetsen van belasting

Vervolgens is het noodzakelijk te toetsen in hoeverre de fysieke belasting van de medewerkers binnen de grenzen blijft die zijn aangegeven door de Praktijkrichtlijnen. Dat kan worden gedaan met de TilThermometer* (voor zorgverleners) en/of de RisikoRadar* (voor medewerkers van de ondersteunende diensten).

Actie

Beide assessments (op beleids- en blootstellingsniveau) moeten vervolgens leiden tot concrete acties. Denk bijvoorbeeld aan

de inzet van hulpmiddelen om steunkousen aan te trekken, het ergonomisch aanpassen van een natte cel of het opleiden van ErgoCoaches. Ook in de oplossingsfeer is in de Arbocatalogus veel bruikbare informatie te vinden. Kijk ook eens op www.ergocoaches.nl.

Maar toch...

Toch zullen er altijd medewerkers zijn die desondanks klachten ontwikkelen. Voor deze mensen is het nodig door te gaan naar Trap 2 (zie volgende bladzijde).

*) deze instrumenten zijn te vinden op www.arbocatalogusvvt.nl.



Trap 2. Als de klachten tóch zijn ontstaan, voorkom dan dat ze chronisch worden

In deze tweede Trap gaat het om het voorkomen dat de klachten chronisch worden. Onderzoeksresultaten benadrukken dat dit snel moet gebeuren om een snelle neerwaartse spiraal en uiteindelijk arbeidsongeschiktheid te voorkomen. Het kritische moment ligt al tussen de twee en zes weken na het ontstaan van klachten. Het is dus essentieel om al vroeg gerichte maatregelen te nemen en de zaak niet op zijn beloop te laten. Het is dan

erg belangrijk om te blijven bewegen, vertrouwen in de rug te houden, niet te snel aanpassingen door te voeren vanwege de pijn, zonodig pijnstillers te nemen en vooral niet teveel rust te nemen. Op deze manier gaat 90% van de klachten binnen een redelijke termijn over.

Rust roest

De NHG huisartsen richtlijn voor patiënten met acute lage ruglijen (o-6 weken) geeft als eerste doel aan dat ‘de patiënt zo snel mogelijk weer in beweging komt en normaal gaat functioneren’. Daarbij bevordert ‘bewegen het herstel’. Men adviseert daarbij echter wel dat als de pijn ondraaglijk is of langer dan een week aanhoudt, direct naar de huisarts te gaan. Doe dat ook als de pijn uitstraalt naar een been of tot onder een knie voelbaar is. Mogelijk is er dan wat anders (iets ‘specifiek’) aan de hand. Specifieke of echt ernstige afwijkingen of problemen moeten uitgesloten worden. Dóór blijven bewegen kan dan immers averechts werken.

Peter Goossens (Fysiotherapeut en Arbo-coördinator SVRZ): ‘Bij een frequent, kort verzuim gaan onze medewerkers naar de verzuimconsulent.

We kijken dan naar de verhouding belasting - belastbaarheid van de medewerker.

Het is mogelijk om op basis daarvan een tijdelijke, minder belastende taak te geven. De ervaringen hiermee zijn heel wisselend. Medewerkers ervaren een andere taak meestal als geen taak. Wél is het zo dat de drempel om weer terug te keren naar de werkplek minder hoog is.’



Chris van der Molen (Arbo- en preventie adviseur IJsselheem): ‘Als we weten dat de aanleiding van een ziek-

melding iets fysieks of ergonomisch is, dan loopt in de meeste gevallen een fysiotherapeut, ErgoCoach of Arbo- en preventieadviseur een keer mee tijdens de dagelijkse werkzaamheden. We letten dan op werkhouding, gebruik hulpmiddelen en (heel belangrijk!) hoe de mobiliteit van de cliënt wordt benut door de zorgverlener. Heel belangrijk is dat je er vroeg bij bent. We nemen de klachten heel serieus, dat alleen al werkt positief. Helaas duurt het soms toch nog te lang voordat de klachten op tafel komen en is de schade al groter dan noodzakelijk.’



Het Rugboekje, als onderdeel van de ArboCatalogus VVT, sluit goed aan bij deze visie. In dat boekje staat onder andere informatie over wat je als medewerker zou moeten doen als je rugklachten krijgt. Er wordt ingegaan op het belang van ontspanning, sport, het doen van oefeningen en het ook thuis ergonomisch werken.

Preventiebeleid fysieke belasting

Het voorkomen dat de klachten chronisch worden heeft ook weer alles te maken met een goed preventiebeleid fysieke belasting. Daarmee is het werk binnen aanvaardbare grenzen gebracht. Op deze manier voorkomen we dat collega’s die zijn hersteld direct weer overbelast raken en opnieuw klachten krijgen. Dat zou immers dweilen met de kraan open betekenen. Extra aandacht is geboden omdat deze medewerkers door de periode van klachten soms kwetsbaarder zijn geworden of bang zijn om hun rug weer te belasten, terwijl activiteit meestal juist goed is. Het op een verantwoorde manier, binnen de grenzen die worden aangegeven door de Praktijkrichtlijnen, stimuleren van het bewegen én het geven van vertrouwen kan dan helpen.

Hoewel je als zorgorganisatie heel succesvol kunt zijn met deze tweede Trap, zal het voorkomen van het chronisch worden van de klachten niet bij alle medewerkers lukken. In dat soort gevallen vervolgen we met Trap 3 (zie volgende bladzijde).

Praktijkrichtlijnen in het kort



Als de cliënt kan (gaan) staan maar steun nodig heeft, enigszins kan steunen op één of twee benen, de bedoeling begrijpt en geen schouderproblemen heeft dan is er een stalift of een vergelijkbaar opstahulpmiddel nodig.



Als de cliënt veel steun nodig heeft bij het uit de stoel of bed komen en niet of nauwelijks gewicht kan nemen op de benen en/of er zijn problemen met de schouders, dan is er een passieve tillift nodig.



Als de cliënt steun nodig heeft bij de transfers binnen de grenzen van het bed, daarbij zelf beperkt kan bewegen en/of zorg op bed nodig heeft, dan is altijd een elektrisch hoog-laag bed noodzakelijk en vaak ook een glijzeil of kleine hulpmiddelen (zoals een papegaai).



Als de cliënt hulp nodig heeft bij het aan- of uittrekken van steunkousen van drukklasse 2 of hoger, moet er een aan- en uitrek hulpmiddel worden gebruikt. Een glad kousje voldoet niet.



Als de cliënt wondverzorging krijgt, zorg dan voor een goede werkhoogte (gebruik een wondverzorgingskrukje, hoog-laag douchestoel, elektrisch hoog-laag bed of een vergelijkbare oplossing).



Gebruik een in hoogte verstelbare douchestoel, of een vergelijkbare oplossing, als de cliënt zittend wordt gedoucht.

Kijk op www.arbocatalogusvvt.nl voor de complete versie van de Praktijkrichtlijnen. Daar vindt u ook de Praktijkrichtlijnen voor medewerkers van de ondersteunende diensten.