

Het gevaar van zorg

The danger of care



Verslag: Thesis

verpleegkunde

Plaats: Heerlen,

the Netherlands

Datum: 06.12.2017

Stageperiode: september – februari

School: Zuyd Hogeschool

Faculteit: Gezondheid en Zorg

Opleiding: VHBO-V

Groep: V0427

Tutor: Petra Erkens

Werkbegeleiders: Eva Rijks,

Susanne Santbergen

Werk: Zuyderland MC

Aniek Franssen 1515500

Op welke manier kan de interventie "het juist toepassen van de verschillende verplaatsingstechnieken" worden geïmplementeerd in het team van de afdeling Interne Geneeskunde van het Zuyderland ziekenhuis locatie Heerlen om de fysieke belasting van verpleegkundigen te reduceren.



zuyderland

**Zuyd
Hogeschool**

**ZU
YD**

Samenvatting

Door de toenemende zorgzwaarte ligt het ziekteverzuim in de gezondheidszorg hoger dan het landelijk gemiddelde. Grofweg een derde van het ziekteverzuim in de gezondheidszorg hangt samen met de lichamelijke overbelasting van de zorgverlener. De afdeling Interne Geneeskunde van het Zuyderland ziekenhuis te Heerlen verpleegt voornamelijk geriatrische patiënten. Uit de literatuur blijkt dat patiënten met bedrust in tien dagen omgerekend 15 jaar aan spierkracht verliezen. Mobilisatie van de patiënt is derhalve erg belangrijk en door verlies van spierkracht kost het de verpleegkundige veel inspanning. Het in en uit bed verplaatsen van de patiënten wordt door het team als een van de meest belastende taken ervaren.

In deze bachelor thesis wordt aandacht besteed aan de verplaatsingstechnieken met als doel fysieke belasting te reduceren. Het doel van deze bachelor thesis is dan ook; binnen dertien weken collega's instrueren en coachen in het gebruik van tiltechnieken tijdens mobilisatie van de patiënt om de fysieke belasting van de verpleegkundige te reduceren. Om dit doel te behalen is de bachelor thesis geschreven aan de hand van de volgende hoofdvraag; *Op welke manier kan de interventie "het juist toepassen van de verschillende verplaatsingstechnieken" worden geïmplementeerd in het team van de afdeling Interne Geneeskunde van het Zuyderland ziekenhuis locatie Heerlen om de fysieke belasting van verpleegkundigen te reduceren?*

Om een antwoord te krijgen op de hoofdvraag is gebruik gemaakt van een niet participerende observatie, een semigestructureerd interview, een enquête en een literatuurstudie. De methodiek die gebruikt is voor het beschrijven van de bachelor thesis is het implementatiemodel van Grol en Wensing. Uit de wenselijke situatie blijkt dat een patiënt medewerking verleent wanneer gebruik wordt gemaakt van een haptonomische benaderingswijze en de verplaatsingstechnieken worden toegepast op de spierkracht van de patiënt. Uit de feitelijke situatie blijkt dat het ziekenhuis een chronisch tekort heeft aan de benodigde hulpmiddelen en er te weinig gebruik wordt gemaakt van de spierkracht van de patiënt. Om het team te kunnen instrueren en coachen werden met behulp van de beïnvloedende factoren interventies opgesteld. Als 'hoofd' interventie is gekozen om de kennis van het team te verhogen door gebruik te maken van een klinische les waarin de sence of urgency wordt benoemd en een handleiding waarin de verplaatsingstechnieken worden uitgelegd. Er is een pilotweek gedraaid met de verpleegkundigen die aanwezig waren tijdens de klinische les, waarbij de kennis werd getoetst.

Er kan worden geconcludeerd dat het uitvoeren van de adequate verplaatsingstechnieken over langere termijn waarschijnlijk zal gaan leiden tot een afname van fysieke belasting onder verpleegkundigen. Door de te korte pilotperiode is afname van de fysieke belasting niet meetbaar.

Abstract

Due to the increasing level of health care, absenteeism in health care is higher than the national average. Roughly one third of absenteeism in health care is related to the physical overload of the staff. The internal medicine department of the Zuyderland hospital in Heerlen mainly cares for geriatric elderly patients. The literature shows that patients with bed-rest in average lose 15 years of muscle strength in 10 days, which means that the mobilization of patients, who have had bed-rest for several days, mainly comes down to the strengths of nurses. Moving the patients in and out of bed is experienced by the nursing team as one of the most challenging and heaviest tasks. In this bachelor thesis, attention is paid to the displacement techniques that reduce the physical workload. The goal of this bachelor thesis is therefore; within thirteen weeks, colleagues are instructed and coached in the use of lifting techniques during mobilization of the patient to reduce the physical burden on the nurse. To achieve the goal, the bachelor thesis is written on the basis of the following main question; In what way can the intervention "the correct application of the different displacement techniques" be implemented in the team of the department of Internal Medicine of the Zuyderland hospital location Heerlen to reduce the physical burden of the staff?

To obtain an answer to the main question, a non-participant observation, a semi-structured interview, a survey and a literature study were used. The methodology used to describe the bachelor thesis are the steps of Grol and Wensing. The desirable situation shows that a patient cooperates when a haptic approach is used and the relocation techniques are applied to the patient's muscular strength. The actual situation shows that the hospital has a structural shortage of the necessary resources and insufficient use is being made of the muscle strength of the patient. In order to be able to instruct and coach the staff, specific interventions were developed using the stimulating and impeding factors.

As a 'head' intervention, they decided to increase the knowledge of the nursing team by using a clinical lesson in which the 'sense of urgency' is appointed and a manual explaining the relocation techniques. Within the department a week for a pilot was done with the nurses who were present during the clinical lesson, and where the knowledge was tested.

In conclusion, it can be agreed that carrying out the adequate displacement techniques over the longer term is likely to lead to a decrease in the physical burden on the staff, however due to the short pilot period, the decrease in physical load is not measurable.

Voorwoord

Geachte lezer,

Voor u ligt het afstudeerverslag Bachelor Thesis van Aniek Franssen. Dit verslag is geschreven ten behoeve van het afstuderen aan de opleiding HBO verpleegkunde aan Zuyd Hogeschool. Zuyd Hogeschool zal dit verslag gebruiken voor het beoordelen van de proeve van bekwaamheid. De afstudeeropdracht is volbracht bij Zuyderland medisch centrum en concentreert zich op het reduceren van fysieke belasting van verpleegkundigen door het toepassen van adequate tiltechnieken.

Ik wil graag Zuyderland medisch centrum bedanken voor het aanbieden en verzorgen van mijn afstudeerstage en wil de docenten van de opleiding Verpleegkunde bedanken voor het verzorgen van mijn opleiding.

Als laatste gaat mijn speciale dank uit aan Eva Rijks en Susanne Santbergen voor het begeleiden van mijn afstudeerstage vanuit Zuyderland MC, Kim Bremen voor het ondersteunen tijdens de klinische les, en Petra Erkens voor het begeleiden van mijn afstudeerstage vanuit Zuyd hogeschool.

Aniek Franssen Landgraaf, 6 december 2017

Inhoud

Samenvatting.....	2
Abstract	3
Voorwoord	4
Inleiding	8
Wenselijke situatie	11
1.1 Methodiek wenselijke situatie	11
1.1.1 Methodiek literatuurstudie	11
1.1.2 Methodiek interview fysiotherapeut	11
1.2 Resultaten wenselijke situatie.....	12
1.2.1 Resultaten literatuurstudie	13
1.2.2 Resultaten interview Fysiotherapeut	13
1.3 Conclusie	14
Feitelijke situatie	15
2.1 Methodiek feitelijke situatie	15
2.1.1 Methodiek interview fysiotherapeut	15
2.1.2 Methodiek enquête fysieke belasting onder verpleegkundigen.....	15
2.1.3 Methodiek observatielijst student	16
2.2 Resultaten feitelijke situatie.....	17
2.2.1 Resultaat interview fysiotherapeut	17
2.2.2 Resultaat enquête fysieke belasting onder verpleegkundigen	18
2.2.3 Resultaat observatielijst student.....	20
2.3 Conclusie	23
2.4 Vergelijking wenselijke, feitelijke situatie	23
2.5 Concrete doelen voor verbetering	24
Probleemanalyse, doelgroep en setting.....	25
3.1 Methode doelgroep en setting.....	25
3.2 Resultaten.....	25
3.2.1 Beschrijving setting.....	25
3.2.2 Beschrijving doelgroep	26
3.2.3 Omgaan met innovaties	26
3.2.4 Segmentatie van het verpleegkundig team	27
3.3 Bevorderende en belemmerende factoren	28
3.4 Conclusie	30

Strategieën en interventies	31
4.1 Methode strategieën en interventies	31
4.2 Resultaten strategieën en interventies	31
4.3 Pilotfase	35
4.4 Conclusie	36
Implementatieplan	37
5.1 Het implementatieplan	37
5.2 Conclusie	40
Evaluatie	42
6.1 Methode evaluatie	42
6.2 Resultaten.....	42
6.2.1 Evaluatie van het effect.....	42
6.2.2 Product evaluatie	43
6.2.3. Procesevaluatie	44
6.3 Borging en Behoud	45
6.4 Conclusie	46
Nabeschouwing	47
7.1 Conclusie	47
7.2 Discussie	47
7.3 Aanbevelingen.....	49
Bibliografie	50
Bijlage	51
1. Zoekstrategie	51
2. Reflectie.....	53
3. Observatielijst nul meting	59
4. Observatielijst 1 meting	64
5. Topiclijst interview fysiotherapeut.....	69
6. Interview fysiotherapie	70
6.1 Codering interview fysiotherapeut	78
6.2 Membercheck interview fysiotherapie	82
7. Risico radar	83
8. Resultaten Enquête	86
9. Vragenlijst pilot	96
10. Uitwerkingen vragenlijst pilot	98

11.	Voorstel Bachelor thesis.....	109
12.	Go formulier	123
13.	Presentatie klinische les	124
14.	Handleiding verplaatsingstechnieken	126
15.	Procuratie regeling	139
16.	Beoordeling peerassessor	140
17.	Beoordeling docentbegeleider	147
18.	Beoordeling praktijkplaats	154

Inleiding

Een van de belangrijkste veroorzakers van verzuim en arbeidsongeschiktheid in de zorgsector is lichamelijke overbelasting (CBS, 2016). Volgens Arbocatalogus (z.d.) hangt grofweg een derde van het verzuim in de zorgsector samen met lichamelijke overbelasting. In verschillende onderzoeken wordt aangegeven dat zorg verlenend personeel in ziekenhuizen te grote krachten moet uitoefenen. Ook in het onderzoek van Dekker e.a. (2007) gaf 85% van het verplegend personeel in UMC's aan grote krachten te moeten uitoefenen. Deze krachten worden vooral veroorzaakt door het moeten aannemen van ongunstige houdingen en door het meer moeten tillen en/of dragen van 25 kilogram. Voor de rug van de zorgverlener zijn drie werkhoudingen het meest belastend: voorovergebogen houding, een zijwaartse gebogen houding en een gedraaide rug. Als de zorgverlener licht voorovergebogen staat is er een druk van 170 kilogram meetbaar in de tussenwervelschijf tussen de derde en de vierde lendenwervel. Dit gebeurt bijvoorbeeld als de verpleegkundige aan een bed werkt dat net niet op de juiste hoogte staat (Klaassens, 2016). Tevens blijkt uit het onderzoek van Dekker (2007) dat bijna een kwart van de zorgmedewerkers in het afgelopen jaar het werk niet heeft kunnen uitvoeren wegens problemen met bewegen. Tachtig procent van de zorgmedewerkers geeft aan dat zij het werk als fysiek zwaar ervaren en dat het werk veel impact heeft op het privéleven wat resulteert in meer verzuim (Douwes, van den Heuvel & Sonneveld, 2008).

Op de afdeling Interne Geneeskunde van het Zuyderland medisch centrum worden veelal oudere patiënten verzorgd die veel ondersteuning van een verpleegkundige nodig hebben. De patiëntencategorie op de Interne Geneeskunde is vaak gedurende langere tijd bedlegerig waardoor veel spierkracht verloren gaat. Om deze spierkracht opnieuw op te bouwen wordt ernaar gestreefd om de patiëntenpopulatie die niet mobiel zelfstandig is minimaal twee maal per dag te mobiliseren van bed naar stoel. Doordat veel spierkracht verloren is gegaan door de bedlegerigheid gedurende langere tijd komt veel van de last tijdens de mobilisatie neer op de verpleegkundige. Hierdoor lopen veel collega's lichamelijk letsel op, vooral in de rug. Om uitval van collega's door lichamelijk letsel te reduceren wordt er in deze afstudeerscriptie gestreefd collega's te instrueren welke tiltechnieken gebruikt kunnen worden tijdens de mobilisatie, afhankelijk van de spierkracht van de patiënt, om zo de mobilisatie fysiek gemakkelijker te maken. Zorgverleners zijn geneigd zichzelf weg te cijferen en zijn gericht op het werk dat moet gebeuren. Vaak voeren zij hun werkzaamheden in een razend tempo uit. Vaak wordt vergeten dat de weg naar het doel minstens zo belangrijk is als het doel zelf, soms zelfs belangrijker. Zodra de zorgverlener beter voor zichzelf zorgt zal dit ook beter voor de cliënt zijn, zonder dat het uiteindelijk meer tijd kost. De mogelijke oplossing van fysiek veilig en respectvol werken ligt in de combinatie van een goede werkhouding, werken binnen

de arbonormen, hetgeen kort gezegd neerkomt op 'geen kracht zetten', en haptonomisch werken. Inmiddels hebben grote aantallen zorgmedewerkers ervaren dat deze werkwijze en vooral de andere manier van kijken naar het werk, het gewenste resultaat oplevert. In combinatie met de eigen verantwoordelijkheid voor een goede fysieke conditie lost de werkmethode de problemen die ontstaan door de toenemende vergrijzing, werkdruk en zorgzwaarte op. In de zorg doorwerken tot aan het pensioen zou daarmee in principe haalbaar kunnen zijn (Hake, 2013).

Het doel van deze scriptie is binnen dertien weken collega's instrueren en coachen in het gebruik van tiltechnieken tijdens mobilisatie van de patiënt om de fysieke belasting van de verpleegkundige te reduceren. De bachelor thesis is opgesteld aan de hand van onderstaande hoofdvraag; *Op welke manier kan de interventie "het juist toepassen van de verschillende verplaatsingstechnieken" worden geïmplementeerd in het team van de afdeling Interne Geneeskunde van het Zuyderland ziekenhuis locatie Heerlen om de fysieke belasting van verpleegkundigen te reduceren?* Om de hoofdvraag te kunnen beantwoorden is gebruik gemaakt van verschillende deelvragen, namelijk:

- Wat is de wenselijke situatie omtrent het verplaatsen van een patiënt gebaseerd op evidence based literatuur en expertise van de expert?
- Wat is de feitelijke situatie omtrent het verplaatsen van een patiënt en de fysieke belasting van de uitvoerende verpleegkundige op de afdeling Interne Geneeskunde, voorafgaand aan de implementatieperiode?
- Op welke manier wordt de doelgroep en setting in kaart gebracht?
- Welke belemmerende en bevorderende factoren zijn van toepassing op het wel of niet slagen van de implementatie verplaatsingstechnieken?
- Welke interventies kunnen er worden toegepast om de vooraf opgestelde doelstelling, namelijk coachen en instrueren van collega's te bereiken, waarbij rekening wordt gehouden met de belemmerde en/of bevorderende factoren?
- Op welke manier is het uiteindelijke implementatieproject uitgevoerd op de afdeling Interne Geneeskunde van het Zuyderland ziekenhuis locatie Heerlen, waarbij rekening is gehouden met de eisen van de afdeling?
- Op welke manier en met welke betrokkenen is het implementatieproject geëvalueerd, en op welk tijdstip heeft deze evaluatie plaatsgevonden.

Het kwaliteitsverbeterplan is opgesteld aan de hand van verschillende methodes.

(bijvoorbeeld uitwerking van interviews en uitwerking van de literatuurstudie.) Als leidraad voor dit implementatieplan is Grol en Wensing (2015) gebruikt. Voor het verzamelen van gegevens voor de wenselijke situatie is gebruik gemaakt van zowel conceptuele als evidence based literatuur. Tevens is er gebruik gemaakt van interviews met de ergotherapeut en de

fysiotherapeut om de literatuur te onderbouwen. Om de huidige situatie in kaart te brengen is gebruik gemaakt van een enquête en een observatie waarbij collega's van tevoren wisten dat zij werden geobserveerd. Hier is voor gekozen omdat een participerende observatie niet mogelijk is omdat de student dan de stand aan het bed van de collega niet effectief kan observeren.

De strategieën en interventies die worden toegepast in dit kwaliteitsverbeterplan zijn opgesteld aan de hand van de bevorderende en belemmerende factoren die naar voren zijn gekomen bij de analyse van de doelgroep en setting. De toegepaste strategieën en interventies zijn opgesteld aan de hand van de Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Group (EPOC).

Deze bachelor thesis is onderverdeeld in verschillende hoofdstukken. In hoofdstuk 1 wordt het voorstel voor verandering besproken met daarin ook de aanleiding vanuit de theorie en de praktijk. In hoofdstuk 2 wordt de wenselijke situatie omtrent patiënten mobilisatie besproken, waarna in hoofdstuk 3 de huidige situatie wordt besproken. In hoofdstuk 4 worden de bevorderende en belemmerende factoren besproken die zijn opgesteld aan de hand van de analyse van de doelgroep en setting. In hoofdstuk 5 worden de strategieën en interventies besproken die zijn opgesteld aan de hand van de bevorderende en belemmerende factoren. In hoofdstuk 6 wordt de uiteindelijke ontwikkeling van het implementatieplan beschreven waarop in hoofdstuk 7 wordt geëvalueerd en de handhaving van de implementatie wordt besproken.

Wenselijke situatie

In het eerste hoofdstuk wordt de wenselijke situatie omtrent verplaatsing van patiënten besproken, waarbij rekening wordt gehouden met de fysieke belasting van verpleegkundigen.

1.1 Methodiek wenselijke situatie

Om de wenselijke situatie in kaart te brengen zijn verschillende methodes gebruikt. In onderstaande sub paragrafen zal per onderdeel de methodiek beschreven worden die gebruikt is om de wenselijke situatie omtrent het verplaatsen van een patiënt in kaart te brengen.

1.1.1 Methodiek literatuurstudie

Tijdens de differentiatie 3 van opleiding tot HBO verpleegkundige aan Zuyd hogeschool werd kennis gemaakt met het onderwerp voor de bachelor thesis aan de hand van een literatuurstudie. Deze literatuurstudie werd opgesteld aan de hand van onderstaande hoofdvraag; *Welke ergonomische tiltechnieken kan de hbo verpleegkundige toepassen in een ziekenhuissetting waardoor blessures ten gevolge van patiënt transfers worden voorkomen?* De literatuurstudie werd geschreven op basis van evidence based en conceptuele literatuur. De literatuur is afkomstig van databanken als; pubmed, google scholar, invert en springerlink. De gebruikte literatuur is gevonden op basis van de zoektermen; mobilisatie ouderen, tiltechnieken, moving and lifting patients, occupational diseases, risk factors, patient handling en physically demanding work. Om tot de juiste actuele artikelen te kunnen komen werd er gezocht met de volgende inclusiefactoren: artikelen niet ouder dan vijf jaar, full tekst beschikbaar, Nederlands, Engelstalige literatuur en conceptuele literatuur. Ondanks dat de inclusiefactor niet ouder dan vijf jaar werd gesteld is hier in een aantal artikelen vanaf geweken aangezien er geen recenter artikel beschikbaar was. Naast de gebruikte inclusiefactoren zijn er ook exclusiefactoren gebruikt, namelijk: artikelen ouder dan vijf jaar, preview of abstract only en artikelen in een andere taal geschreven dan Nederlands of Engels. Naast de inclusie en exclusiefactoren werd er ook gebruik gemaakt van booleaanse operatoren, namelijk: AND, OR, 2007-2017, MESH termen “”, (), {TIAB}.

1.1.2 Methodiek interview fysiotherapeut

Om de wenselijke situatie in kaart te brengen is tevens gebruik gemaakt van een semigestructureerd interview. Bij een semigestructureerd interview wordt gebruik gemaakt van een open startvraag waarbij de vervolgvragen af hangen van wat de respondent zegt. Er wordt wel gebruik gemaakt van topiclijsten waardoor een nieuw onderwerp geïntroduceerd

wordt (Baarda, 2014, p. 94). Er is voor gekozen om een semigestructureerd interview te houden door de student omdat er dan mogelijkheid is tot het doorvragen op de gegeven antwoorden van de respondent. Omdat verwacht wordt dat er een discrepantie zal ontstaan tussen de literatuur en de ervaring van de fysiotherapeut omtrent de verplaatsingstechnieken (dit wordt later uitgelegd) is het handig dat er vervolgvragen kunnen worden gesteld. Er werd gebruik gemaakt van een topiclijst waarbij de volgende topics werden opgesteld: houding aan bed; aandachtspunten tijdens verplaatsing; beschikbare hulpmiddelen; welke technieken zijn van toepassing op patiëntencategorie. De topiclijst met de daarbij horende startvragen is bijgevoegd in bijlage 5. Bij het kwalitatieve onderzoek, oftewel het interview gaat het niet zozeer over de cijfers maar over de omgang met problemen. Om de betrouwbaarheid en kwaliteit van het interview te vergroten is met wederzijdse goedkeuring gebruik gemaakt van een dictafoon op de telefoon om het interview op te nemen waarna dit woordelijk is uitgeschreven. Het uitgeschreven interview is teruggekoppeld met de respondent waarbij een membercheck heeft plaatsgevonden (bijgevoegd in bijlage 6.2.) Nadat het interview was uitgeschreven is het interview geanalyseerd aan de hand van een open en axiale codering waarbij de meest relevante gegevens zijn gebruikt (Baarda, 2014). Tijdens de opencodering wordt alle irrelevante informatie geschrapt, maar ook na het schrappen van de irrelevantie informatie blijft er nog een grote hoeveelheid informatie en/of tekst over. Om de informatie duidelijk te krijgen wordt tijdens de opencodering datareductie gedaan. Dat wil zeggen dat alle informatie die over hetzelfde onderwerp gaat bij elkaar wordt gevoegd door een kleur te geven en te labelen. Vervolgens wordt tijdens de axiale codering een onderwerp gekozen waaronder meerdere labels vallen. Op deze manier wordt informatie die bij elkaar hoort onderverdeeld in bepaalde onderwerpen waardoor de informatie makkelijker te verwerken is (Baarda, 2014).

Er is voor gekozen om een interview te houden met zowel een fysiotherapeut als een ergotherapeut. De keuze om met beide disciplines in gesprek te gaan is gemaakt om te bekijken of er vanuit de verschillende vakgebieden anders tegen bepaalde technieken of houdingen wordt aangekeken. Ondanks dat er meerdere pogingen zijn ondernomen om in contact te komen met de ergotherapeut heeft er geen contact plaatsgevonden en heeft er dus ook geen interview met de ergotherapeut plaatsgevonden. Het uitgewerkte interview met de fysiotherapeut is terug te vinden in bijlage 6.

1.2 Resultaten wenselijke situatie

In deze paragraaf zullen de resultaten worden omschreven die behaald zijn aan de hand van bovenstaande methodiek om de wenselijke situatie omtrent verplaatsing van patiënten in kaart te brengen.

1.2.1 Resultaten literatuurstudie

Uit het onderzoek naar adequate tiltechnieken dat gedaan is in de literatuurstudie van Franssen (2017), is gebleken dat de manier van mobiliseren aangepast dient te worden aan de hoeveelheid spierkracht die een patiënt heeft. Er zijn verschillende technieken die kunnen worden gebruikt bij het verplaatsen van de patiënt, echter bij alle technieken is het van belang dat de patiënt goed is geïnstrueerd over het verloop van de verplaatsing, wat van de patiënt wordt verwacht en waar de patiënt ondersteuning van de verpleegkundige nodig heeft. Daarnaast is het bij de verplaatsing van een patiënt van belang dat de verplaatsing op een respectvolle manier wordt gedaan. Met een haptonomische benaderingswijze wordt bereikt dat de ander zich zorgvuldig benaderd voelt, wat tot medewerking leidt. Het respectvol aanspreken van iemand zal zorgen voor een verlichting van de zorgtaken omdat een patiënt dan geneigd zou zijn meer mee te werken. In de literatuurstudie worden verschillende technieken besproken die kunnen worden gebruikt bij een transfer van de patiënt, echter sommige technieken worden in twijfel getrokken of deze van toepassing kunnen zijn op de patiëntenpopulatie (Mol, 2011)(Douwes, 2008)(Hake,2013)(CBS,2017)(Hassa,2017). Deze technieken worden in twijfel getrokken omdat eigen spierkracht wordt verwacht van de patiënt tijdens de verplaatsing en over het algemeen de patiëntenpopulatie van de Interne Geneeskunde niet veel spierkracht heeft. Om alleen de meest adequate tiltechnieken te implementeren bij het verplegend personeel wordt samen met de fysiotherapeut gekeken welke technieken van toepassing zijn op de patiëntenpopulatie van de Interne Geneeskunde van Zuyderland medisch centrum. De technieken die voortkomen uit de literatuurstudie en besproken zijn met de fysiotherapeut zijn verwerkt tot een handleiding die aan het team van verpleegkundigen zal worden uitgereikt. Deze handleiding is bijgevoegd in bijlage 13.

1.2.2 Resultaten interview Fysiotherapeut

Uit het semigestructureerd interview met de fysiotherapeut, dat is uitgevoerd om de wenselijke situatie in kaart te brengen, zijn onderstaande resultaten behaald. Om de zorg te kunnen blijven uitvoeren is het van belang dat de verpleegkundigen hun eigen spieren trainen om op deze manier de fysieke belasting deels te kunnen compenseren. *“Je zult ook zelf wat voor je eigen gezondheid moeten doen, om fysiek dit beroep tot je zevenenzestigste te kunnen uitvoeren” (Fysiotherapeut Zuyderland, 2017).*

Het is voor een verpleegkundige van belang om aandacht te schenken aan de juiste werkhouding, dat wil zeggen dat er rekening wordt gehouden met de juiste werkhouding en vanuit de benen wordt getild in plaats vanuit de rug. Veiligheid voor de patiënt creëren om zo de angst bij de patiënt te ontnemen waardoor een patiënt mogelijk meer mee kan helpen.

Om medewerking van een patiënt te krijgen is de benaderingswijze die men gebruikt van groot belang, *“wanneer er een gemoedelijke sfeer wordt gecreëerd, een rustige sfeer op de afdeling heerst en de verpleegkundige de patiënt op een rustige en vriendelijke manier benadert krijg je medewerking van een patiënt”* (Fysiotherapeut Zuyderland, 2017). Wanneer een patiënt angst uit probeer dan veiligheid te creëren voor een patiënt, *“sta je veraf bij wijze van spreken voelt een patiënt zich niet veilig. Sta ik heel kort bij een patiënt kan hij geen enkele kant op”* (Fysiotherapeut Zuyderland, 2017). De technieken die naar voren kwamen uit de literatuurstudie zijn besproken met de fysiotherapeut. Hier kwamen een paar discrepanties in naar voren. In de literatuur staat bijvoorbeeld beschreven dat de verpleegkundige op haar tenen staat, dit zorgt echter ervoor dat de verpleegkundige in een onstabiele stand komt te staan (Hake, 2013). Tevens wordt in de literatuur gebruik gemaakt van een elastiek om overeind te komen, echter om deze elastiek te kunnen gebruiken dient een patiënt buikspieren in te zetten. Ervaring wijst uit dat de patiëntenpopulatie van de Interne Geneeskunde geen spierkracht in de buikspieren heeft om zich door middel van een elastiek overeind te helpen. Deze techniek wordt vooral toegepast bij chirurgische patiënten. In overleg met de fysiotherapeut is ervoor gekozen om de technieken die aangeraden worden vanuit de literatuur en vanuit haar ervaring te combineren en samen opnieuw een fotocollage te maken om zo de meest adequate technieken aan te leren aan het verplegend personeel van de afdeling Interne Geneeskunde. Deze fotocollage is verwerkt tot handboekje welke is bijgevoegd in de bijlage 13.

1.3 Conclusie

Geconcludeerd kan worden dat om medewerking van een patiënt te krijgen tijdens de mobilisatie het van belang is dat de verpleegkundige de patiënt op een haptonomische benaderingswijze benadert en duidelijk de patiënt inlicht wat er tijdens de mobilisatie van de patiënt verwacht wordt. Wanneer alle verpleegkundigen van de afdeling Interne Geneeskunde dezelfde verplaatsingstechniek toepassen bij de patiënt is het naar verloop van tijd voor de patiënt duidelijk wat van hem verwacht wordt. Daarnaast is het van belang om veiligheid te creëren voor een patiënt en de angst om te vallen weg te nemen. Daardoor zal een patiënt meer meewerken dan wanneer een patiënt angst heeft om te vallen en zich daardoor stijf gaat houden. Belangrijk is het voor de verpleegkundigen om rekening te houden met de juiste werkhouding en de spierkracht van de patiënt. Daarop kan de verplaatsingstechniek worden aangepast.

In dit hoofdstuk werd de wenselijke situatie omtrent de verplaatsing van patiënten besproken, in het volgende hoofdstuk wordt de feitelijke situatie besproken.

Feitelijke situatie

In het tweede hoofdstuk wordt de feitelijke situatie omtrent de verplaatsing van patiënten besproken, waarbij rekening wordt gehouden met de fysieke belasting van verpleegkundigen.

2.1 Methodiek feitelijke situatie

Om de feitelijke situatie in kaart te brengen is er gebruik gemaakt van verschillende invalshoeken. Dit houdt in dat de verpleegkundigen zelf door middel van een enquête hebben kunnen aangeven wat zij als de meest belastende taak ervaren tijdens de werkzaamheden gedurende een dag. Tevens heeft de student de collega's geobserveerd om een duidelijker beeld te krijgen waar het mis gaat in de verplaatsing van patiënten en is er door de fysiotherapeut gekeken naar waar de afdeling nu staat en wat er kan worden verbeterd.

2.1.1 Methodiek interview fysiotherapeut

De methodiek die is gebruikt voor het interview met de fysiotherapeut wordt beschreven in paragraaf 2.1.2. Om de feitelijke situatie in kaart te brengen is een aantal startvragen opgesteld waarop verder kan worden ingegaan tijdens het semigestructureerde interview namelijk;

- Wat zijn de meest voorkomende klachten die verpleegkundige hebben door werk gerelateerde fysieke belasting?
- Waardoor worden deze klachten het meest veroorzaakt?
- Wat valt u op wanneer er wordt gekeken naar de verplaatsingstechnieken van de verpleegkundigen van de afdeling Interne Geneeskunde?

2.1.2 Methodiek enquête fysieke belasting onder verpleegkundigen

De feitelijke situatie is in kaart gebracht door de verpleegkundigen van de afdeling Interne Geneeskunde zelf te laten benoemen waar zij de meeste fysieke belasting bij ervaren en of zij een mogelijke oplossing weten voor het reduceren van deze fysieke belasting. Er is gebruik gemaakt van een evidence based enquête die is opgesteld door de Arbo catalogus (z.d.). Volgens Baarda (2014) kan door middel van enquêteren een grote groep mensen op een relatief snelle, goedkope en gemakkelijke manier worden bereikt en worden sociaal wenselijke antwoorden vermeden omdat de enquête anoniem kan worden ingevuld. De opgestelde enquête is terug te vinden in bijlage 4. In de enquête die gericht is op het meten van de fysieke belasting wordt door het aansnijden van verschillende onderwerpen ingeschaald hoeveel fysieke belasting verpleegkundige ervaren tijdens verschillende werkzaamheden. Zo is er aandacht voor het tillen van zware voorwerpen zoals waszakken

en het werken in gebukte of geknielde stand, zoals bij het verzorgen op de badkamer. Bij ieder onderwerp kan de respondent aangeven of er fysieke belasting wordt ervaren, waarbij deze fysieke belasting wordt ervaren en hoe vaak deze handeling voorkomt. Door het analyseren van de enquête, kan worden beoordeeld waar het team aangeeft de meeste belasting te ervaren en kunnen gerichte interventies worden aangeboden, waardoor de fysieke belasting kan worden verminderd. De enquête bestaat uit gesloten vragen met de mogelijkheid tot het geven van een toelichting in een open tekst vak. De enquête is vooraf aangekondigd op de afdeling Interne Geneeskunde en is persoonlijk overhandigd aan de collega's. Tijdens het schrijven van de bachelor thesis is het team van de afdeling Interne Geneeskunde samengevoegd met het team van de Maag, Darm, en Lever afdeling. Omdat de nulmeting is gedaan toen alleen het team van de Interne Geneeskunde aanwezig was, is er in overleg met de werkbegeleiders en teamleiders voor gekozen om de implementatie te richten op het team van de Interne Geneeskunde. De enquêtes zijn dan ook alleen uitgedeeld aan de verpleegkundigen van de afdeling Interne Geneeskunde en de studenten van de Interne Geneeskunde. Er is voor gekozen om ook de studenten in de enquête mee te nemen, omdat uit observatie van de fysiotherapeut blijkt dat "de jeugd" een andere manier van verplaatsen gebruikt dan de oudere generatie verpleegkundigen. In totaal zijn er dertig enquêtes uitgedeeld. De collega's konden de ingevulde enquête weer inleveren door de enquête in een envelop te doen die op de afdeling lag. De enquêtes zijn geanalyseerd door het naast elkaar leggen van de gegeven (open) antwoorden en te turven bij welke verrichtingen de meeste fysieke belasting wordt ervaren, om zo gerichte interventies te kunnen opstellen. De antwoorden zijn benoemd in een tabel welke is bijgevoegd in bijlage 8.

2.1.3 Methodiek observatielijst student

Er is voor gekozen om gebruik te maken van een niet participerende gestructureerde observatiemethode (Baarda, 2014). Hier is voor gekozen omdat volgens Baarda (2014) dan de meeste informatie wordt gewonnen door de observator. Er is rekening gehouden met het feit dat collega's andere technieken laten zien wanneer zij worden geobserveerd, dit was echter niet te ondervangen door een participerende observatie omdat de student de collega's niet kan zien aan de andere kant van het bed. Om deze observatie uit te kunnen voeren is de student uit de zorg gepland en heeft collega's geobserveerd tijdens de ochtendzorg waarna patiënten gemobiliseerd werden. De observatie is gedaan aan de hand van een zelfontwikkelde observatielijst. De observatie is gedaan tijdens de ochtendzorg. Er is voor gekozen om te observeren bij verschillende patiënten. Daardoor kon worden geobserveerd of de manier van verplaatsen werd aangepast aan de hoeveelheid spierkracht die een patiënt zelf heeft. Er is gedurende twee dagen geobserveerd waarbij in totaal vijf verschillende collega's werden geobserveerd bij vijf verschillende patiënten. De observatie

werd gedaan aan de hand van vooraf opgestelde items waarvan verwacht werd dat er problemen bij werden ervaren en verschil in techniek naar voren zou komen. De observatielijst is besproken met zowel de werkbegeleiders als met de expert, oftewel de ergocoach. Deze observatielijst zal verder worden besproken in paragraaf 3.2.3. De observatielijst werd geanalyseerd aan de hand van scores die gekoppeld werden aan het geheel, gedeeltelijk of niet uitvoeren van de juiste en/of meest adequate techniek. De zelfontwikkelde observatielijst en ingevulde observatielijsten zijn bijgevoegd in bijlage 3.

2.2 Resultaten feitelijke situatie

In deze paragraaf worden de resultaten besproken die behaald zijn door; een interview met de fysiotherapeut, het uitvoeren van een enquête aan de verpleegkundige en een niet participerende observatie door de student.

2.2.1 Resultaat interview fysiotherapeut

Uit het semigestructureerde interview dat is afgenomen met de fysiotherapeut zijn de volgende resultaten behaald. *De fysiotherapeut geeft in het interview aan dat “vooral klachten in de rug, schouder en nek” worden gerapporteerd door verpleegkundigen.* Klachten aan knieën of enkels komen in het verpleegkundig beroep minder vaak voor. Deze klachten komen volgens de fysiotherapeut met name voort uit de steeds zwaarder wordende patiëntencategorie op de Interne Geneeskunde. Patiënten worden steeds ouder en brozer, zijn daarbij vaak thuis al een paar keer gevallen en zijn dan in het ziekenhuis bang om te vallen waardoor zij zich erg stijf houden. Ook geeft de fysiotherapeut aan dat een oorzaak van de hoge ervaring van fysieke belasting kan worden gereduceerd door meer gebruik te maken van de draaimechanismen in bed of uit bed. Wanneer er wordt gekeken naar het gebruik van hulpmiddelen tijdens patiënten mobilisatie blijkt dat het ziekenhuis op de eerste plaats een groot tekort heeft aan tilliften waardoor patiënten langer immobiel blijven omdat er gewoonweg geen lift voorradig is. *“Probleem hier in het ziekenhuis is dat we te weinig, te kort hieraan hebben aan die hulpmiddelen”* (Fysiotherapeut Zuyderland, 2017). Tevens maken verpleegkundigen ook steeds minder gebruik van tilliften wanneer deze eigenlijk gebruikt zouden moeten worden omdat het gebruik maken van een lift meer tijd in beslag neemt dan een patiënt zelf uit bed mobiliseren. Op de afdeling Interne Geneeskunde wordt er bijna nooit tot nooit gebruik gemaakt van een glijzeil terwijl deze ideaal zijn om de patiënt hoger op te verplaatsen in bed. Bij navraag bij het depot blijkt dat zij geen enkel glijzeil meer in het assortiment hebben omdat deze steeds verdwijnen. De fysiotherapeut observeert dat er op de afdeling Interne Geneeskunde verschillende technieken worden gebruikt om een patiënt uit bed te halen waardoor er verwarring ontstaat voor de patiënt. De “jeugd” gebruikt over het algemeen de juiste technieken en zijn zich bewust van de juiste werkhoogte en

houding. De oudere generatie gebruikt sneller hun eigen technieken en *“duwen en trekken daardoor sneller aan een patiënt om deze te mobiliseren”* (Fysiotherapeut Zuyderland, 2017). Er wordt door de “oudere” generatie *“minder vanuit de benen en met gewichtsverplaatsingen gewerkt”* (Fysiotherapeut Zuyderland, 2017). Daarnaast valt het de fysiotherapeut vaak op dat de bedhekken wel omlaag worden gedaan bij een mobilisatie maar dat het bed niet in een vlakke stand staat waardoor een patiënt scheef in bed zit.

2.2.2 Resultaat enquête fysieke belasting onder verpleegkundigen

De enquête is uitgereikt aan dertig verpleegkundigen van het Zuyderland medisch centrum afdeling Interne Geneeskunde. Er is door 21 verpleegkundigen geantwoord op deze enquête. Er is na analyse van de enquête een schifting gemaakt in wat verpleegkundigen als het meest belastend ervaren. Op de eerste plaats geven verpleegkundigen aan dat zij gemiddeld tussen de drie en de vijf keer zorgvragers en of waszakken dienen te tillen die zwaarder wegen als de voorgeschreven 25 kilogram. Tijdens hulp bij de ADL van een patiënt of het helpen naar het toilet geven verpleegkundigen gemiddeld een cijfer 7 op een schaal van 1 tot 10 aan de zwaarte van de zorg. Daarnaast geven verpleegkundigen van de afdeling Interne Geneeskunde aan veel belasting te ervaren met het rijden van de bedden, en het hogerop plaatsen van de patiënt in bed. Wanneer er wordt gekeken naar het werken in moeilijke of als vermoeiend ervaren houdingen tijdens patiëntgebonden handelingen wordt vooral het verzorgen aan de wastafel, of het douchen van een patiënt als fysiek zwaar geantwoord. Ook het aantrekken van steunkousen of schoenen wordt door zes verpleegkundigen gerapporteerd als fysiek zwaar werk door het gemis van een aantrekthulp voor de steunkousen en de geknielde houding bij het aantrekken van de schoenen. Verpleegkundigen geven aan een aantal hulpmiddelen te missen wanneer het gaat om het reduceren van de fysieke belasting met name: glijzeilen, vaste afdelingstilliften, aantrekthulpmiddelen voor de steunkousen. Een goede zithouding achter de computer wordt ook meermaals genoemd. In onderstaande tabel worden de belangrijkste uitkomsten nogmaals kort schematisch weergegeven. De gehele tabel is bijgevoegd in bijlage 8.

Vraag:	Welke werkzaamheden	Hoe vaak per dienst	Hoe zwaar gemiddeld
Moet u zware lasten tillen?	- <i>Zorgvragers tillen</i> - Aantal verpleegkundige: 3 - <i>Waszakken</i>	- <i>2 tot 3 keer</i> - Aantal verpleegkundige: 5 - <i>5 tot 6 keer</i>	- <i>Meer dan 25kg</i> - Aantal verpleegkundige: 9

	Aantal verpleegkundige: 9	Aantal verpleegkundige: 4	
Moet u zwaar trekken?	- <i>Patiëntenvervoer</i> Aantal verpleegkundige: 5 - <i>Rijden met bed, tillift</i> Aantal verpleegkundige: 6	Met 1 of twee handen: - <i>2 handen</i> Aantal verpleegkundige: 12	Rapportcijfer: (1= zeer licht, 10 = zeer zwaar) - <i>Cijfer 6</i> Aantal verpleegkundige: 7
Moet u zwaar duwen?	- <i>Patiënten transport</i> Aantal verpleegkundige: 7 - <i>Bedden, rolstoel duwen</i> Aantal verpleegkundige: 6	Met 1 of twee handen: - <i>2 handen</i> Aantal verpleegkundige: 13	Rapportcijfer: (1= zeer licht, 10 = zeer zwaar) - <i>Cijfer 6</i> Aantal verpleegkundige: 9
Moet u in moeilijke of als vermoeiend ervaren houdingen werken?	- <i>Verzorgen aan wastafel, toilet</i> Aantal verpleegkundige: 4 - <i>Bedden opmaken</i> Aantal verpleegkundige: 6	Hoelang ongeveer per keer: - <i>2,3 min</i> Aantal verpleegkundige: 6	Hoelang ongeveer per dienst: - <i>60 min</i> Aantal verpleegkundige: 6
Moet u in moeilijke of als vermoeiend ervaren houdingen werken bij	- <i>Verzorgen aan wastafel, douchen</i> Aantal verpleegkundige: 14	Hoelang ongeveer per keer: - <i>10 min</i> Aantal verpleegkundige: 7	Hoelang ongeveer per dienst: - <i>60 min</i> Aantal verpleegkundige: 8

cliëntgebonden handelingen?			- 120 min Aantal verpleegkundige: 4
Moet u hurken of knielen tijdens uw werk	- <i>Schoenen aantrekken</i> Aantal verpleegkundige: 6	Hoelang moet u dan bukken per keer - 10 min Aantal verpleegkundige: 4 - 30 min	Hoelang moet u bukken gedurende de dienst - 60 min Aantal verpleegkundige: 4
Verricht u werkzaamheden die nog niet genoemd zijn, maar als zwaar wordt ervaren?	- <i>Draaien van patiënten.</i> - <i>Hoger verschuiven van patiënten</i> - <i>Mobiliseren van patiënt met slechte stafunctie "hangen"</i>		

Tabel 1; analyse enquête fysieke belasting verpleegkundige Interne Geneeskunde

2.2.3 Resultaat observatielijst student

Om in kaart te brengen hoe het verplegend personeel van de afdeling Interne Geneeskunde een patiënt mobiliseert en verzorgt zijn er gedurende twee dagen observaties gedaan. Er zijn vijf verschillende verpleegkundigen geobserveerd van verschillende opleidingsniveaus: twee MBO-verpleegkundigen, twee HBO-verpleegkundigen en een verzorgende IG. Daarnaast is er ook rekening gehouden met het verschil in dienstjaren. Twee verpleegkundigen zijn afgelopen jaar gediplomeerd, een verpleegkundige is reeds meer dan 25 jaar in dienst, een verpleegkundige is 5 jaar gediplomeerd en de verzorgende IG is $\pm$ 12 jaar in dienst. Er is voor gekozen om bij verschillende patiënten te observeren. Hier is voor gekozen om te kunnen observeren of de manier van verplaatsen wordt aangepast aan de hoeveelheid spierkracht die een patiënt heeft. In onderstaande tabel worden de observaties geanalyseerd.

Leeswijzer tabel:

De observatie die verricht is door de student is niet participierend uitgevoerd aan de hand van een zelf opgestelde observatielijst waarbij op 10 punten gescoord dient te worden. Om een score aan de observatie te kunnen geven is door de student de volgende methode opgesteld:

- Aangetoond: de verpleegkundige laat het observatiepunt volledig zien en scoort 10 punten.
- Gedeeltelijk aangetoond: de verpleegkundige laat het observatiepunt gedeeltelijk zien en scoort 5 punten.
- Niet aangetoond: de verpleegkundige toont het observatiepunt niet aan en scoort 0 punten.

Er is door de student rekening mee gehouden bij het uitkiezen van zowel de topics als de patiënten die geobserveerd werden dat alle observatiepunten aan bod konden komen. Alleen het aantrekken van de steunkousen kwam niet bij alle patiënten aan bod, hier kan echter ook niet aangetoond op gescoord worden omdat de hulpmiddelen voor het aantrekken van de steunkousen niet voorradig zijn op de afdeling.

In totaal zijn er 100 punten te behalen.

Wanneer de geobserveerde verpleegkundige een score van 70% behaalt betekent dit dat zij de technieken op een juiste en meest adequate manier uitvoert. (Baarda, 2014)

	Aangetoond (10)					Gedeeltelijk (5)					Niet aangetoond (0)				
Verpleegkundige	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Bed op heuphoogte			10			5	5			5				0	
Stabiele spreidstand			10			5	5		5	5					
Haptonomische benadering	10	10	10	10	10										
Inlichten van patiënt		10	10		10	5			5						
Techniek afhankelijk van spierkracht					10	5	5	5						0	
Gebruik tilhulpmiddelen						5	5	5	5						0
Hurkt of knielt 30sec	10	10			10				5				0		
Gedraaide romp 1min		10		10						5	0		0		
Aantrek hulpmiddel steunkousen											0	0	0	0	0
Waszakken 15kg, 90m			10				5		5	5	0				
Totaal:	45	55	60	45	60										

Tabel 2; analyse observatielijst verpleegkundigen.

In bovenstaande tabel wordt de observatie systematisch uitgewerkt. Opvallend is dat de geobserveerde verpleegkundigen wel op de hoogte zijn van bepaalde standaard houdingen voor een verpleegkundige aan bed, maar deze niet voluit uitvoeren. Zo zetten de meeste verpleegkundigen het bed wel omhoog, maar niet tot in de juiste (heup) stand. De benaderingswijze naar de patiënten toe is respectvol en duidelijk. Er kunnen hierbij nog punten behaald worden door de patiënt duidelijker uit te leggen wat van hem verwacht wordt tijdens de mobilisatie. Uit de observatie is ook gebleken dat er nog te weinig gebruik wordt gemaakt van het inschalen van de eigen spierkracht van de patiënt waarop de manier van verplaatsen wordt aangepast. Dan zal er ook sneller worden gekozen voor het gebruik van tilhulpmiddelen. De tilliften worden adequaat toegepast, maar de BEA en de glijzeilen worden amper tot nooit toegepast. Het aantrekken van de steunkousen werd in de enquête aangegeven als een fysiek zware taak van de verpleegkundigen. Tijdens de klinische les zal er aandacht worden geschonken aan het aantrekken van steunkousen door middel van hulpmiddelen. Deze hulpmiddelen zijn momenteel niet voorradig op de afdeling. Aandachtspunt voor de geobserveerde verpleegkundigen is om niet langer dan 30 seconden te knielen of te hurken en niet langer dan 1 minuut met een gedraaide romp te werken.

2.3 Conclusie

Geconcludeerd kan worden dat de verpleegkundigen van de afdeling Interne Geneeskunde nog te weinig gebruik maken van de hulpmiddelen die hen worden aangeboden. Er wordt niet genoeg gebruik gemaakt van de mogelijkheden die een bed kan bieden door deze op de juiste hoogte in te stellen. Daarnaast wordt nog niet optimaal gebruik gemaakt van de hulpmiddelen die voorradig zijn. Verpleegkundigen tillen patiënten eerder uit bed dan gebruik te maken van tilliften of bedplanken doordat de spierkracht van een patiënt niet goed wordt ingeschat en er tijdens de mobilisatie wordt ervaren dat de patiënt geen sta functie of rompbalans heeft. Daarnaast is er een tekort aan hulpmiddelen binnen het ziekenhuis waardoor het gebruik maken ervan ook bemoeilijkt wordt. Verpleegkundigen geven aan adl op de badkamer als fysiek zwaar te ervaren door de moeilijke houdingen die dan moeten worden aangenomen. Ook het aantrekken van de steunkousen of schoenen wordt als fysiek zwaar gerapporteerd, redelijke simpele oplossingen zoals aantrek hulpmiddelen voor steunkousen zijn niet voorradig op de afdeling Interne Geneeskunde. Het is van belang dat de patiënt op de juiste wijze wordt ingelicht wat zijn aandeel in het verplaatsen zal zijn en op welke manier er verplaatst zal worden. Doordat er verschillende technieken worden gehanteerd op de afdeling Interne Geneeskunde wordt het voor een patiënt onduidelijk wat er van hem verwacht wordt en op welke manier de verplaatsing zal gaan gebeuren.

2.4 Vergelijking wenselijke, feitelijke situatie

Feitelijke situatie;	Wenselijke situatie
De patiënt wordt deels ingelicht over de manier van verplaatsen en weet niet wat van hem verwacht wordt.	De patiënt wordt op een respectvolle manier benaderd en is op de hoogte van de manier van mobiliseren en wat zijn of haar aandeel hierin is.
De spierkracht van een patiënt wordt niet ingeschat.	De spierkracht van een patiënt wordt ingeschat door verpleegkundigen en fysiotherapeut en de manier van verplaatsen wordt hierop aangepast.
Er wordt geen optimaal gebruik gemaakt van hulpmiddelen tijdens verplaatsing van patiënten. Deels doordat er een tekort aan hulpmiddelen is in het ziekenhuis.	De fysieke belasting die wordt ervaren door de verpleegkundigen kan worden gereduceerd door het optimaal gebruik maken van hulpmiddelen tijdens mobilisatie waaronder glijzeilen, tilliften en het bed
Er is een generatieverschil in de manier waarop verpleegkundigen een patiënt uit	Alle verpleegkundigen en studenten van de afdeling Interne Geneeskunde verplaatsen

bed verplaatsen waardoor er verwarring ontstaat bij de patiënt.	een patiënt op dezelfde manier waardoor er geen verwarring ontstaat voor de patiënt.
--	--

Tabel 3; Vergelijking wenselijke en feitelijke situatie.

In bovenstaande tabel wordt de vergelijking tussen de wenselijke en feitelijke situatie weergegeven. Opvallend is dat de verpleegkundigen wel voor een deel op de hoogte zijn van de juiste benaderingswijze en verplaatsingstechnieken maar iedere verpleegkundige zijn of haar eigen draai eraan heeft gegeven, waardoor er veel verwarring voor een patiënt ontstaat. De verpleegkundigen lichten de patiënt wel in over de verplaatsing, maar maken niet concreet wat er tijdens de verplaatsing van de patiënt wordt verwacht, en op welke manier de patiënt wordt verplaatst, waardoor er veel verwarring ontstaat voor de patiënt. Er is uit de observatie namelijk gebleken dat er een verschil in verplaatsen van de patiënt is tussen de oudere verpleegkundigen en de nieuwe generatie. Doordat de verpleegkundigen de spierkracht van een patiënt niet goed inschatten wordt er niet adequaat gebruik gemaakt van de verschillende technieken en de hulpmiddelen die voorradig zijn om een patiënt te verplaatsten.

2.5 Concrete doelen voor verbetering

Vanuit bovenstaande tabel waarin de vergelijking tussen de wenselijke en feitelijke situatie is gemaakt zijn onderstaande doelen opgesteld ter kwaliteitsverbetering:

- de verpleegkundigen en studenten verpleegkunde worden geïnstrueerd over de verschillende verplaatsingstechnieken;
- de verpleegkundigen en studenten verpleegkunde zijn zich bewust van het belang van mobilisatie en kunnen benoemen waarom er voor deze techniek van verplaatsen is gekozen;
- de verpleegkundigen en studenten verpleegkunde hanteren dezelfde verplaatsingstechniek bij de patiënt om verwarring te voorkomen;
- de verpleegkundigen en studenten verpleegkunde zijn op de hoogte van de juiste werkhouding en passen deze tijdens alle activiteiten aan bed toe;
- de verpleegkundigen en studenten verpleegkunde maken optimaal gebruik van de voorgeschreven hulpmiddelen.

In het tweede hoofdstuk wordt de feitelijke situatie geschetst waarbij de doelen voor verbetering worden opgesteld. In het derde hoofdstuk wordt de doelgroep en setting besproken.

Probleemanalyse, doelgroep en setting

In het derde hoofdstuk wordt aandacht besteed aan de derde stap van het implementatieplan van Grol en Wensing (2015). In deze stap komt het analyseren van de doelgroep en setting aan bod. Eveneens zal er aandacht zijn voor de bevorderende en belemmerende factoren die van toepassing zijn op de implementatie van verplaatsingstechnieken.

3.1 Methode doelgroep en setting

Om een beeld te krijgen van de doelgroep en setting van de afdeling Interne Geneeskunde is er een interview gehouden met de teamleider van de afdeling.

De doelgroep en setting worden in kaart gebracht door een informeel gesprek met de teamleider. Tijdens dit gesprek kwam het team van de afdeling Interne Geneeskunde aan bod om een duidelijker beeld te krijgen over de doelgroep. De implementatie is gericht op het verplegend personeel van de afdeling Interne Geneeskunde. De verpleegkundigen worden dan ook alleen nader in kaart gebracht door middel van de rollen van Rogers(2008). Er is gekozen voor een informeel gesprek met de teamleider aangezien zij al geruime tijd de functie van teamleider vervult en hierdoor een zo optimaal mogelijk beeld heeft over het verplegend personeel. Er is een tabel opgesteld welke door middel van member checking is gecontroleerd om de geldigheid te bevorderen. Om privacy redenen is de tabel niet bijgevoegd in de bijlage, deze is wel op te vragen bij de student.

3.2 Resultaten

In de onderstaande sub paragrafen worden de resultaten met betrekking tot de doelgroep en setting besproken die verworven zijn tijdens het informele gesprek met de teamleider van de afdeling Interne Geneeskunde.

3.2.1 Beschrijving setting

Het Zuyderland medisch centrum te Heerlen beschikt over een ruime capaciteit aan ziekenhuis bedden. Op de afdeling Interne Geneeskunde is er ruimte voor 44 patiënten. Deze 44 bedden worden verdeeld over de specialismen endocrinologie, reumatologie, algemene interne of nefrologische aandoeningen en neurologie. Over het algemeen zijn de 44 bedden die de afdeling heeft volledig in gebruik. (Tijdens het schrijven van deze bachelor thesis is de afdeling samen gegaan met de afdeling Maag, Darm, Lever (MDL) waardoor er minder interne bedden over zijn, in overleg met begeleiders en teamleider is ervoor gekozen om de implementatie te blijven richten op de Interne Geneeskunde) De patiëntencategorie die verblijft op de afdeling Interne Geneeskunde is voornamelijk ouder dan 70 jaar met comorbiditeit. Veel patiënten zijn in de thuissituatie al meermaals gevallen en zijn dan ook

erg angstig om in een vreemde situatie opnieuw te vallen, hierdoor houden zij zich vaak erg stijf. Om de implementatie van de vernieuwde verplaatsingstechnieken tot een succes te laten worden is geld noodzakelijk. Dit omdat er een aanschaf dient te worden gedaan van glijzeilen en hulpmiddelen voor het aantrekken van steunkousen. Binnen het Zuyderland zijn er afspraken gemaakt over hoeveel geld een afdeling per jaar te besteden heeft en wie bevoegd is hier besluiten over te nemen. De afdeling Interne Geneeskunde beschikt over drie teamleiders en een overkoepelende manager. De drie teamleiders zijn verantwoordelijk voor de bedragen tot ongeveer € 250,00 die besteed mogen worden aan zaken met betrekking tot verbetering van de afdeling. Daarna is de manager verantwoordelijk voor de uitgaven van de afdeling Interne Geneeskunde tot een maximaal bedrag van € 5.000,00. De manager dient per jaar in overleg met alle teamleiders een begroting op te stellen over hoeveel geld volgens hen noodzakelijk is om de afdeling te voorzien van alle benodigde middelen. Wanneer het gaat om bedragen hoger dan € 10.000,00 is de locatiemanager verantwoordelijk voor de uitgaven en wanneer het gaat om bedragen hoger dan €50.000,00 is de RVE manager verantwoordelijk. De Raad van Bestuur samen met het CFO lid is verantwoordelijk voor een ongelimiteerd, enkelvoudig bedrag tot 100.000 euro. Het regelement is bijgevoegd in bijlage 14.

3.2.2 Beschrijving doelgroep

Uiteenlopende factoren kunnen het verloop van een implementatieproces beïnvloeden en de werking van een implementatiestrategie versterken of verzwakken. Het verkrijgen van inzicht in beïnvloedende factoren bij de implementatie is een belangrijk onderdeel van de implementatie van innovaties (Grol & Wensing, 2014). Om de vernieuwde verplaatsingstechnieken te kunnen implementeren is er medewerking en aandacht van de doelgroep nodig. De doelgroep die noodzakelijk is bij deze implementatie is het team van verpleegkundigen van de afdeling Interne Geneeskunde van het Zuyderland MC te Heerlen. De afdeling Interne Geneeskunde wordt gerund door verschillende disciplines die nauw samenwerken met elkaar. Het team bestaat uit een gedeeltelijk aanwezige manager, drie teamleiders die elkaar afwisselen, 29 verpleegkundigen waarvan er zeven HBO opgeleid zijn en een verzorgende IG. Daarnaast zijn er drie voedingsassistenten, vier afdelingsassistenten en een secretaresse aanwezig. Per studiejaar zijn er tegelijkertijd ongeveer 15 studenten aanwezig op de afdeling Interne Geneeskunde die vanuit verschillende opleidingen en verschillende jaren stage lopen.

3.2.3 Omgaan met innovaties

Tijdens het informele gesprek met de teamleider kwam naar voren dat de afdeling geen aanspreekcultuur heeft. Collega's durven of willen elkaar niet aanspreken op het uitvoeren

van innovaties, de reden waarom blijft onduidelijk. Er heerst wel een cultuur waarin nieuwe ideeën worden gecreëerd en gewaardeerd. Helaas wordt door de vele implementaties die van hoger af worden doorgevoerd, het doorvoeren van de extra implementaties op de afdeling Interne Geneeskunde als moeilijk ervaren. Deels omdat er geen aanspreekcultuur heerst verdwijnt een innovatie snel weer. Er is ook een verschil in de manier waarop de verpleegkundigen omgaan met een innovatie. Kleine veranderingen worden geaccepteerd en geïnnoveerd maar een verandering die tot een nieuwe werkwijze moet leiden stuit op veel weerstand. De teamleider geeft aan dat het binnen de afdeling Interne Geneeskunde belangrijk is om het team te betrekken in de implementatie en hen goed te informeren en voor te bereiden op de nieuwe werkwijze en de reden waarom er voor deze werkwijze is gekozen. Tevens is het van belang om een vast aanspreekpunt te hebben tijdens de implementatie, zodat er ook gericht kan worden geëvalueerd.

3.2.4 Segmentatie van het verpleegkundig team

De manier waarop verpleegkundigen van de afdeling Interne Geneeskunde een innovatie aanpakken en verwerken wordt onderscheiden door middel van de rollen van Rogers (2003), welke beschreven staan in Grol en Wensing (2014)

- *Innovators*: een groep die sterk gericht is op nieuwe ideeën
Het verpleegkundig team van de afdeling Interne Geneeskunde bestaat voor een deel uit innovators. Deze personen hebben in het verleden vaak zelf een rol van teamleider op zich genomen of zijn actief betrokken bij meerdere facetten van het verpleegkundig beroep zoals deelname aan een verpleegkundige adviesraad. In totaal bestaat het team van de afdeling voor 27% uit innovators.
- *Early adapters*: een actieve groep, die vaak veel status binnen de doelgroep heeft en als referentiepunt voor de meeste innovators fungeert.
35% van de verpleegkundigen van de afdeling Interne Geneeskunde worden door de teamleider ingeschaald in de categorie early adapters. Deze verpleegkundigen worden als een van de eerste meegenomen wanneer er nieuwe ideeën of veranderingen worden geïmplementeerd. Zij hebben een belangrijke functie voor de implementatie, de overige verpleegkundigen hechten veel waarden aan hun mening en of volgen de implementatie of strubbelen tegen.
- *Early majority*: een groep die niet bestaat uit leiders maar die nauw contact heeft met en zich laat leiden door early adapters.
Een groot deel van de verpleegkundigen namelijk 31% van de afdeling Interne Geneeskunde worden door de teamleider ingeschaald in de categorie early majority. Deze groep brengt over het algemeen niet zelf nieuwe ideeën in, maar innoveert wel

mee wanneer de early adapters hun mening over de implementatie hebben geuit. Doordat er geen aanspreek cultuur heerst, blijft een innovatie vaak hangen bij de early adapters, omdat zij hun mening niet uitspreken en collega's niet aanspreken op de vernieuwde innovatie.

- Late majority: een groep die sceptisch is ten aanzien van verandering en weinig gevoelig voor informatiebronnen; ze vertrouwen meer op de publieke opinie of druk vanuit collega's.

Op de afdeling Interne Geneeskunde wordt 4% van de verpleegkundigen ingeschaald als late majority. Zij zijn erg afwachtend wanneer het gaat om het implementeren van een nieuwe innovatie en kunnen in het begin erg sceptische tot tegendraads zijn.

- Laggards: een traditionele groep, die veel weerstand tegen verandering heeft. Het verpleegkundig team van de afdeling Interne Geneeskunde bevat geen laggards.

3.3 Bevorderende en belemmerende factoren

Domein	Bevorderende factoren	Belemmerende factoren
Individueel	• Het team van de afdeling Interne Geneeskunde staat over het algemeen open voor verandering. • Groot deel van het verplegend personeel is hoog opgeleid (MBO-4 – HBO verpleegkundige.) waardoor veel verpleegkundigen over voldoende kennis zouden moeten beschikken. • Het verpleegkundig team geeft aan zich bewust te zijn van de impact van de verplaatsingstechnieken. • Het verpleegkundig team geeft aan dat de verschillende verplaatsingstechnieken verwarrend zijn voor de	• Er ontbreekt een aanspreekcultuur waardoor een implementatie vaak blijft hangen. • Hoge ervaring van werkdruk, mogelijk dat nieuwe implementatie meer tijd in beslag neemt. • Er mist bepaalde kennis omtrent het onderwerp verplaatsingstechnieken doordat er veel technieken veranderd zijn naar verloop van tijd. • Er mist een bepaalde prioriteit omtrent het onderwerp fysieke belasting • De huidige manier waarop sommige

	patiënt, en meestal niet nauwkeurig wordt uitgevoerd.	verpleegkundigen van het team een patiënt verplaatsen verschilt in sommige technieken significant van de te implementeren verplaatsingstechnieken.
Sociaal	• Het verpleegkundig team van de afdeling Interne Geneeskunde bestaat vooral uit early majority en early adapters. • Het verpleegkundig team staat open voor verandering, echter hoe er wordt omgegaan met de verandering of innovatie is afhankelijk van het onderwerp. • De teamleiders van het verpleegkundig team staan positief tegenover het onderwerp fysieke belasting.	• Het verpleegkundig team blijft vaak een beetje hangen in grote veranderingen doordat er geen aanspreekcultuur heerst en daardoor een innovatie niet wordt doorgezet.
Organisatorisch	•	• De organisatie is in mindere mate gericht op innovatie, wil wel graag innoveren maar wordt belemmerd door de financiële crisis.
Economisch en juridische	• De pilot die wordt gedraaid op de afdeling Interne Geneeskunde brengt voor nu geen financiële gevolgen met zich mee.	• De kosten van de hulpmiddelen voor het verplaatsen van patiënten moeten in beeld worden gebracht gezien er een maximum ligt aan wat de

afdeling per jaar mag
besteden aan middelen
voor de afdeling.

Tabel 4: Bevorderende en belemmerende factoren.

3.4 Conclusie

Er kan worden geconcludeerd dat verschillende factoren invloed hebben in het wel of niet slagen van de implementatie. Bevorderend is dat het verplegend team van de afdeling Interne Geneeskunde open staat voor verandering en innovatie. Hoe sterk het team de innovatie toegepast is echter afhankelijk van het onderwerp. Er zal een aanspreekcultuur moeten worden opgestart om de implementatie tot een succes te maken. Het verplegend team is zich daarnaast bewust van de impact van de manier van verplaatsen en geeft aan zelf ook vaak rugklachten te ervaren wanneer de fysieke belasting te hoog is. Door de hoge werkdruk krijgt het sparen van de eigen rug echter geen prioriteit. Om de implementatie het meest succesvol te maken zullen er bepaalde hulpmiddelen dienen te worden aangeschaft om de fysieke belasting te reduceren. De huidige financiële status van het Zuyderland belemmert de aankoop hiervan.

In dit hoofdstuk is aandacht geschonken aan de analyse van de doelgroep en setting en kwamen de belemmerende en bevorderende factoren voor de implementatie aan bod. Uit deze belemmerende en bevorderende factoren kwamen concrete factoren die invloed uitoefenen op de implementatie. Om de pilot te laten slagen zijn er aan de hand van deze factoren interventies opgesteld. Deze strategieën en interventies worden in het volgende hoofdstuk nader toegelicht.

Strategieën en interventies

In het vierde hoofdstuk wordt aandacht besteed aan de strategieën en interventies die worden toegepast. De strategieën en interventies komen voort uit de bevorderende en belemmerende factoren die in hoofdstuk drie aan bod zijn gekomen.

4.1 Methode strategieën en interventies

Tijdens de enquête die uitgereikt is om de feitelijke situatie in kaart te brengen was er ook aandacht voor oplossingen die de respondenten konden benoemen ten aanzien van het probleem. Deze oplossingen zijn meegenomen in de exploratieve methode om strategieën en interventies te ontwikkelen namelijk door brainstorming. Brainstorming helpt de groep verpleegkundigen om een probleem te identificeren en betreft het team zo in het proces van verandering dat wordt aangestuurd door de student. De brainstorming wordt gecombineerd met de enquête om de feitelijke situatie in kaart te brengen. Wanneer er een probleem wordt gedefinieerd door de verpleegkundigen was er tegelijkertijd de mogelijkheid tot het bedenken van oplossingen. Deze uitkomsten worden gebundeld door de student en besproken met de ergocoach waar de uiteindelijke interventies worden besproken. De onderliggende gedachte van brainstorming en dus de aandacht voor oplossingen in de enquête is dat er door meer suggesties te geven en/of krijgen een grotere kans is dat er een goede interventie uit voort vloeit. Kwantiteit leidt dan tot betere kwaliteit (Grol en Wensing 2014).

4.2 Resultaten strategieën en interventies

In onderstaande tabel worden de strategieën en interventies besproken die van toepassing zijn op het verpleegkundig team van de afdeling Interne Geneeskunde. De strategieën en interventies zijn opgesteld aan de hand van de bevorderende en belemmerende factoren die beschreven staan in paragraaf 4.3. De belangrijkste belemmering om fysieke belasting te reduceren is dat het verpleegkundig team te weinig kennis bezit omtrent de verplaatsingstechnieken. Bevorderend is echter dat het team van de afdeling Interne Geneeskunde open staat voor verandering en bereid is mee te implementeren wanneer de sence of urgency duidelijk is. De strategieën en interventies worden opgesteld met behulp van de EPOC methodiek. De Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Group (EPOC) is een indeling die in veel cochrane reviews wordt gebruikt om interventies logisch in te delen (Grol en Wensing 2014).

Strategie:	Doelgroep:	Beïnvloedende factor:	Interventie:
Professioneel gerichte interventie	Verpleegkundig team	- Hoge werkdruk, nieuwe innovatie kost mogelijk meer tijd	<i>Educatief praktijkbezoek</i> - Fysiotherapeut is aanwezig op de afdeling om samen met de student het verplegend personeel het team van informatie te voorzien, en 'on the job' het gedrag te veranderen. - Coaching on the job
Professioneel gerichte interventie	Verpleegkundig team	- De huidige manier van verplaatsen verschilt dermate van de te implementeren verplaatsingstechnieken	<i>Verspreiding van educatief materiaal:</i> - Er wordt een visuele handleiding opgesteld waarin de verplaatsingstechnieken worden uitgelegd. Deze wordt alle verpleegkundigen per mail toegestuurd, wordt beschikbaar op de afdelingsschijf en wordt op papier beschikbaar op kantoor. - Er is een klinische les voorbereid waarvan de powerpoint presentatie naar het

			verplegend personeel is toegestuurd.
Professioneel gerichte interventie	Verpleegkundig team	+ Het team van de afdeling Interne Geneeskunde staat open voor verandering - Het team van de afdeling Interne Geneeskunde mist bepaalde kennis omtrent verplaatsingstechnieken.	<i>Educatieve bijeenkomsten:</i> Klinische les word voorbereid door de student met actieve bijdrage door deelnemers. Verplaatsingstechnieken worden actief geoefend.
Professioneel gerichte interventie	Verpleegkundig team	- Er ontbreekt een aanspreekcultuur waardoor een implementatie vaak blijft hangen en niet meer wordt toegepast - Er mist een bepaalde prioriteit ten aanzien van het onderwerp fysieke belasting	<i>Toetsing en terugkoppeling (feedback)</i> De observatie die alvorens het starten van de pilot werd gedaan om de problematiek in kaart te brengen wordt nogmaals gedaan na het geven van de educatieve bijeenkomst en verspreiding van het educatieve materiaal. Hieruit ontstaan mogelijk aanbevelingen naar de afdeling en kan er gericht gestuurd worden op verandering van gedrag.

Financiële interventies	Manager en teamleiders	- Er zullen kosten worden gemaakt wanneer de hulpmiddelen voor het verplaatsen van een patiënt, waaronder glijzeilen en steunkous aantrek hulpmiddelen.	<i>Anders:</i> • Er wordt aanbevolen hulpmiddelen aan te schaffen om het verplegend personeel te helpen een patiënt te verplaatsen. De aanschaf van deze hulpmiddelen zal kosten met zich meebrengen en zal moeten worden begroot op de afdeling Interne Geneeskunde.
Organisatorische interventies	Verpleegkundige team, fysiotherapeut, ergotherapeut en ergo coach	- De organisatie is gericht op innovatie maar wordt belemmerd door de financiële crisis	<i>Klinische multidisciplinaire teams:</i> • Een aanbeveling naar de afdeling is om een klinisch multidisciplinair team op te stellen waarbij de fysio, ergotherapeut, de ergocoach en een verpleegkundige wordt betrokken om zo het onderwerp onder het team te houden en de fysieke belasting na een half jaar opnieuw her te evalueren.

Tabel 5: EPOC taxonomie: strategieën en interventies ten behoeve van verplaatsingstechnieken

In bovenstaande tabel worden de interventies toegelicht die gekozen zijn om het kennisniveau omtrent verplaatsingstechnieken te verhogen en het coachen en instrueren van de verpleegkundigen te vergemakkelijken. Deze interventies zijn gekozen op basis van de bevorderende en belemmerende factoren die beschreven staan in paragraaf 4.3. De meeste interventies die gekozen zijn, zijn van toepassing op het verpleegkundig team van de afdeling Interne Geneeskunde. Maar ook voor de teamleiders en manager van de afdeling is een interventie van toepassing. Vanuit zowel de literatuur en de ervaring van de student als de fysiotherapeut wordt aangeraden gebruik te maken van hulpmiddelen zoals glijzeilen en tilliften bij het maken van een transfer. Ook het aantrekken van steunkousen wordt vergemakkelijkt wanneer er gebruik wordt gemaakt van een hulpmiddel. Deze hulpmiddelen zijn tijdens het schrijven van de bachelor thesis niet voorradig op de afdeling en worden aan de teamleiders aanbevolen aan te schaffen om fysieke belasting te reduceren.

In bovenstaande tabel is te zien dat er voornamelijk is gekozen voor educatieve interventies zoals het geven van een educatieve bijeenkomst die visueel ondersteunt zal worden door een handleiding die opgesteld is door de student. Daarnaast zal het team on the job geïnstrueerd worden door zowel het educatieve praktijkbezoek van de fysiotherapeut als door de student. Om ervoor te zorgen dat het onderwerp niet in de vergetelheid raakt wordt aanbevolen een klinische werkgroep op te stellen waarbij de ergocoach, ergotherapeut, fysiotherapeut en de verpleegkundigen worden betrokken.

4.3 Pilotfase

Om de kennis omtrent verplaatsingstechnieken van de verpleegkundigen te vergroten is er als meest belangrijke en mogelijk meest efficiënte interventie gekozen voor een educatieve bijeenkomst in de vorm van een klinische les. De klinische les zal ondersteund worden door een handleiding die opgesteld zal worden door de student. Op deze manier zullen ook de verpleegkundigen die niet aanwezig kunnen zijn bij de bijeenkomst geschoold worden in de verplaatsingstechnieken. De klinische les zal medio oktober worden gegeven. Nadat de klinische les gegeven is zal er gedurende twee weken gecoacht en geïnstrueerd worden 'on the job'. Na deze twee weken zal een korte pilot worden gedraaid. In deze pilotweek zal opnieuw worden geobserveerd of de verpleegkundigen de verplaatsingstechnieken juist uitvoeren en waar zich nog problemen met betrekking tot de uitvoering voor doen. Er is voor gekozen om de observatie gedurende de pilotweek toe te passen op de verpleegkundigen die aanwezig waren bij de klinische les. Daarnaast zullen er ook verpleegkundigen worden geobserveerd die geschoold zijn met behulp van de handleiding. Op deze manier kan ook worden bekeken of de handleiding toereikend is, of dat deze nog aangepast dient te worden. Naast de één-meting met behulp van de observatie zal er ook een korte vragenlijst worden opgesteld om te achterhalen of de vernieuwde verplaatsingstechnieken ook daadwerkelijk

leiden tot een reducering van de fysieke belasting en of er tegen problemen wordt aangelopen tijdens de uitvoering van de verplaatsingstechnieken. Na deze pilotweek zal een evaluatie met de betrokken personen plaatsvinden om de implementatie over te dragen aan het nieuwe aanspreekpunt en zal er samen worden gekeken welke interventies nog kunnen worden toegepast om de implementatie nog succesvoller te maken, afhankelijk van de één-meting.

4.4 Conclusie

In het vierde hoofdstuk wordt de volgende deelvraag besproken. Welke interventies kunnen er worden toegepast om de vooraf opgestelde doelstelling: coachen en instrueren van collega's te bereiken? Rekening houdend met de belemmerende en/of bevorderende factoren. Er kan worden gezegd dat door middel van het inzetten van verschillende interventies het kennisniveau omtrent verplaatsingstechnieken wordt vergroot. Er is voor gekozen veel gebruik te maken van educatieve strategieën waaronder een educatieve bijeenkomst en een educatief praktijkbezoek.

In het volgende hoofdstuk komt planmatig het implementatieplan aan bod, dat wordt opgesteld aan de hand van de beschreven strategieën en interventies.

Implementatieplan

In het vijfde hoofdstuk worden de strategieën en interventies opgesteld aan de hand van de bevorderende en belemmerende factoren. De strategieën en interventies worden beschreven aan de hand van de EPOC methode (Grol en Wensing 2014). Grol en Wensing (2014) beschrijven dat een implementatie, ofwel een veranderingsproces, gebeurt aan de hand van een aantal verschillende fasen.

5.1 Het implementatieplan

Het implementatieplan is een planmatige schematische weergegeven tabel waarin per fase van verandering die gedane activiteiten worden beschreven. Grol en Wensing (2014) beschrijven vijf fasen van verandering, namelijk: oriëntatie, inzicht, acceptatie, verandering en behoud van de verandering. In tabel vijf wordt het implementatieplan beschreven.

<i>Fase van verandering</i>	<i>Activiteiten</i>	<i>Betrokkenen</i>	<i>Tijdsperiode</i>
Oriëntatie	- Inlichten team Interne Geneeskunde omtrent prioriteit van adequate verplaatsingstechnieken.	- Student - Praktijkdocent - Werkbegeleiders	5 Juni t/m 10 Juli
	- Betrokken personen worden benaderd door middel van informele gesprekken.	- Fysiotherapeut - Ergotherapeut - Verpleegkundige Interne Geneeskunde - Docentbegeleider - Peerassessor	
	- Vaststellen van huidige situatie door niet participerende observatie.	- Student - Fysiotherapeut	26 Juni t/m 10 Juli
	- Vaststellen van de huidige ervaring van fysieke belasting d.m.v. enquête	- Student - Verpleegkundige Interne Geneeskunde	10 Juli t/m 31 Juli
	- Vaststellen huidige situatie d.m.v. observatie door fysiotherapeut. (waar bevinden zich problemen)	- Student - Fysiotherapeut	18 september t/m 2 oktober

		- Verpleegkundige Interne Geneeskunde	
Inzicht	- Resultaten bespreken met verpleegkundige team Interne Geneeskunde die behaald zijn uit de literatuurstudie, de observatie en de enquête. - Cijfers fysieke belasting bespreken	- Student - Verpleegkundige Interne Geneeskunde - Fysiotherapeut - Praktijkbegeleider	9 oktober
Acceptatie	- Overeenstemming met fysiotherapeut bereiken over de te implementeren verplaatsingstechnieken gebaseerd op ervaring fysiotherapeut en literatuurstudie	- Student - Fysiotherapeut - Ergocoach - Teamleiders	9 oktober t/m 16 oktober
	- Kennis vergroten van het verpleegkundig team met betrekking op het verplaatsen van een patiënt d.m.v.; * Klinische les omtrent verplaatsingstechnieken * Handleiding verplaatsingstechnieken zowel digitaal als op papier * Mondeling toelichten onderwerp keuze en sense of urgency. * Voorlichting geven omtrent pilot * Coachen aan bed	- Student - Verpleegkundige Interne Geneeskunde - Fysiotherapeut - Praktijkdocent - Ergocoach - Teamleiders	23 oktober t/m 6 november
Verandering	Pilot week wordt gedraaid door verpleegkundige waarbij hernieuwde verplaatsingstechnieken worden toegepast	- Student - Verpleegkundige Interne Geneeskunde - Ergocoach	6 november t/m 20 november

	Evaluatie van de pilot week door opnieuw participerende observatie te houden door de student en door afnemen van vragenlijst aan verpleegkundige of ervaring van fysieke belasting gereduceerd is.	- Student - Verpleegkundige Interne Geneeskunde	20 november t/m 27 november
	Implementatie van verplaatsingstechnieken invoeren en opnieuw benoemen van de sense of urgency	- Student - Verpleegkundige Interne Geneeskunde - Ergocoach - Fysiotherapeut - Teamleiders	27 november
Behoud van verandering	Het kwaliteitsverbeterplan zal worden overgedragen aan de ergocoach van de afdeling Interne Geneeskunde. Voordat het plan wordt overgedragen wordt er geëvalueerd en een plan voor de komende tijd opgesteld.	- Student - Ergocoach	Medio december
	Aanbevolen wordt een klinische werkgroep op te stellen waarbij zowel fysiotherapeut en ergotherapeut, ergocoach en de verpleegkundige bij worden betrokken.	- Verpleegkundige Interne Geneeskunde - Fysiotherapeut - Ergotherapeut - Ergocoach	Medio december
	Het team dient te worden herinnerd aan het gebruik maken van de adequate verplaatsingstechnieken. Aanbevolen wordt om naar een half jaar de observatie opnieuw uit te voeren en de implementatie levend te houden in het team door een vast agendapunt te maken.	- Verpleegkundige Interne Geneeskunde - Ergocoach - Teamleiders	Medio Januari

Aanbevolen wordt om het onderwerp fysieke belasting maandelijks te laten terugkomen op de afdelingsvergadering. Zo kan er maandelijks worden geëvalueerd waar de meeste belasting zich bevind en welke oplossingen hiervoor beschikbaar zijn.	- Verpleegkundige Interne Geneeskunde - Teamleiders - Manager	Maandelijks
---	---	-------------

Tabel 6; implementatieplan

In bovenstaande tabel wordt het implementatieplan weergegeven. In de tabel wordt schematisch weergegeven welke activiteiten zijn uitgevoerd in welk stadium van de verandering. Binnen de eerste fase van verandering, ook wel de oriëntatie fase genoemd, wordt er aandacht besteed aan het vaststellen en kenbaar maken van het onderwerp binnen het team. Het verplegend team wordt ingelicht omtrent de sense of urgency en de betrokken personen worden mondeling benaderd. Ook wordt er in de oriëntatiefase de huidige situatie in kaart gebracht d.m.v. een niet participerende observatie, een enquête en een interview met de fysiotherapeut. In de inzichtfase worden de behaalde resultaten besproken met het team waarbij de prioritering omtrent verplaatsingstechnieken wordt verduidelijkt. Vervolgens wordt er in de acceptatiefase de daadwerkelijke interventies uitgevoerd waarmee de kennis van de verpleegkundige wordt vergroot. Er is voor educatieve interventies gekozen waarbij de educatieve bijeenkomst in de vorm van een klinische les voorop staat. In de fase verandering wordt de pilotweek beschreven en de evaluatie nadat de pilotweek heeft gedraaid. De laatste fase van verandering is het behoud van de verandering. In deze fase worden aanbevelingen gedaan naar de afdeling om de implementatie leefbaar te houden in het team en deze niet in de vergetelheid te laten geraken. Er wordt aanbevolen om een klinische werkgroep op te stellen en het onderwerp maandelijks te laten terugkomen op de afdelingsvergadering. Om de activiteiten en het proces goed te kunnen evalueren is er een planning gemaakt binnen welke tijdsperiode de activiteiten dienen te worden uitgevoerd. De planning is opgesteld aan de hand van de planning die gemaakt was tijdens het schrijven van het assessmentprogramma. Er is voor gekozen om deze planning aan te houden omdat er dan tijdens de evaluatie ook gericht kan worden geëvalueerd op het proces.

5.2 Conclusie

De belangrijkste interventie is het aanreiken van de handleiding en het geven van de klinische les aan het verpleegkundig team. Met deze interventie wordt er ingespeeld op het doel: instrueren en coachen van verpleegkundigen. De handleiding en de klinische les

worden na een pilotweek geëvalueerd met de betrokken verpleegkundigen. In dit hoofdstuk wordt het implementatieplan beschreven, in het volgende hoofdstuk zal er aandacht worden besteed aan de manier waarop de implementatie wordt behouden op de afdeling.

Evaluatie

In het zesde hoofdstuk wordt aandacht besteed aan de evaluatie omtrent de pilot die uitgevoerd is op de afdeling Interne Geneeskunde ten behoeve van verplaatsingstechnieken en zal er aandacht worden geschonken aan de manier waarop de implementatie van de verplaatsingstechnieken zal worden gewaarborgd op de afdeling.

6.1 Methode evaluatie

Om de pilot verplaatsingstechnieken die plaats heeft gevonden op de afdeling Interne Geneeskunde te evalueren is er naast de evaluatie van het effect ook gebruik gemaakt van een proces en productevaluatie.

Om het product te evalueren is gebruik gemaakt van dezelfde observatielijst die gebruikt is om de feitelijke situatie en daarmee de nulmeting in kaart te brengen (zie paragraaf 2.1.3). Daarnaast is onder de aanwezigen van de klinische les en een aantal verpleegkundige die gebruik hebben gemaakt van de handleiding, een vragenlijst verstrekt waarin aandacht is geschonken aan de effectiviteit van de handleiding en de toepasbaarheid van de verplaatsingstechnieken. Er is voor gekozen om deze vragenlijst op te stellen aan de hand van open vragen. De vragenlijst is opgesteld aan de hand van onder andere de topic effectiviteit van de handleiding en ondervinden van problemen tijdens de uitvoering. Dit vergemakkelijkt de analyse niet, maar zorgt er wel voor dat er gerichtere aanbevelingen kunnen worden gedaan naar de klinische werkgroep zodat de implementatie levend gehouden wordt.

De procesevaluatie is een belangrijk hulpmiddel voor het gedetailleerd beschrijven van de ontwikkelde implementatiestrategie, de deelname van de doelgroep aan deze strategie en de ervaringen van de deelnemers met de strategie (Grol & Wensing, 2015). De procesevaluatie zal ook worden geëvalueerd aan de hand van de verstrekte vragenlijst. Tevens wordt het proces geëvalueerd aan de hand van de planning die gemaakt is, vooraf aan het schrijven van deze bachelor thesis. Dit evaluatiepunt zal vooral worden gebruikt om te evalueren of de tijdsplanning zoals deze van te voren is opgesteld ook haalbaar is.

6.2 Resultaten

In de paragraaf resultaten zal de evaluatie van de implementatie worden beschreven. De resultaten zullen worden onderverdeeld in verschillende subparagrafen om de leesbaarheid te bevorderen.

6.2.1 Evaluatie van het effect

Door middel van een effectevaluatie kan een uitspraak worden gedaan over het wel of niet slagen van de implementatie, het handelen en over het optreden van de beoogde gevolgen

(Grol & Wensing, 2015). Om het effect van de 'vernieuwde' verplaatsingstechnieken te kunnen evalueren is er gebruik gemaakt van een vragenlijst die opgesteld is aan de hand van open vragen. Op de vraag; zijn u door middel van zowel de klinische les als de handleiding de verplaatsingstechnieken duidelijk geworden werd door 5 van de 5 respondenten aangegeven dat de technieken er duidelijk aan bod zijn gekomen een respondent reageerde: *Nee, zijn erg duidelijk. Duidelijke foto's zodat je de handleiding zelf ook goed kunt uitvoeren (Verpleegkundige Zuyderland, 2017)*. Op de vraag; wanneer u terugkijkt op de verplaatsingstechnieken zoals u ze voorheen uitvoerde merkt u dat u zich fitter voelt, reageerde 3 van de vijf respondenten dat er op korte termijn nog geen verschil merkbaar is. Maar er wordt wel verwacht dat er in de toekomst een vermindering van klachten zal optreden blijkt uit het antwoord van een respondent; *Fitter vind ik een groot woord. Ik ben me bewust van mijn houding en verplaatsingstechniek. Op de lange termijn denk ik wel dat dit voor minder klachten zorgt (Verpleegkundige Zuyderland, 2017)* Wanneer er wordt gekeken naar het effect van de handleiding in combinatie met de klinische les is de student van mening dat de doelstelling: binnen dertien weken collega's instrueren en coachen in het gebruik van tiltechnieken tijdens mobilisatie van de patiënt om de fysieke belasting van de verpleegkundige te reduceren, deels is behaald. De collega's zijn zich bewust van de houding die aangenomen dient te worden tijdens het verplaatsen van de patiënt en zijn zich bewust van de consequenties op langere termijn. Er dient nu echter nog meer gebruik te worden gemaakt van de verplaatsingstechnieken zodat dit een nieuwe werkwijze voor de verpleegkundigen wordt.

6.2.2 Product evaluatie

Het product, ook wel de klinische les en de handleiding genoemd, worden geëvalueerd aan de hand van de observatielijsten die de student ook gebruikt heeft tijdens de nulmeting en de vragenlijst die is uitgedeeld aan de collega's die betrokken waren bij de pilotweek. Uit de observatie is gebleken dat de collega's die aanwezig waren bij de klinische les meer gebruik maken van de adequate en meest efficiënte verplaatsingstechnieken. Tevens is uit de observatie gebleken, dat de verpleegkundigen die geïnstrueerd worden aan de hand van de handleiding wel bewust bezig waren met het toepassen van de verplaatsingstechnieken, maar nog problemen ondervonden in de uitvoering ervan, omdat zij niet hebben kunnen oefenen onder begeleiding van de fysiotherapeut en de student.

Uit de vragenlijst die is uitgereikt aan de betrokken verpleegkundigen blijkt, dat zowel de klinische les als de handleiding duidelijk van opzet waren en door gebruik te maken van de foto's de werkwijze gemakkelijker toepasbaar blijkt. *Ja, de handleiding was heel erg duidelijk. Duidelijke foto's met toelichting erbij (Verpleegkundige Zuyderland, 2017)*. Of de verplaatsingstechnieken ook op langere termijn zullen zorgen voor het reduceren van de

fysieke belasting die wordt ervaren, zal moeten blijken uit de evaluatiemomenten die iedere maand worden gehouden tijdens een vast agendapunt op de vergadering. De klinische werkgroep waaraan dit onderwerp wordt overgedragen, zal zorg gaan dragen voor het levend houden van de implementatie en het evalueren van de implementatie over langere termijn.

6.2.3. Procesevaluatie

In paragraaf 2.5 werden de concrete doelen voor verbetering opgesteld. In de procesevaluatie wordt in de eerste plaats gekeken naar het wel of niet behaald zijn van deze doelen. Het eerste doel dat werd opgesteld in paragraaf 2.5 is “de verpleegkundigen en studenten verpleegkunde worden geïnstrueerd over de verschillende verplaatsingstechnieken”. Dit doel werd behaald door het uitdelen van een handleiding waarin de verplaatsingstechnieken worden uitgelegd en worden gevisualiseerd door middel van afbeeldingen. De handleiding alleen is voldoende om nieuwe collega’s en studenten te kunnen instrueren en coachen met betrekking tot het uitvoeren van de verplaatsingstechnieken. Om de oude werkwijze te kunnen veranderen naar een nieuwe werkwijze werd een klinische les gehouden waarbij de verpleegkundige door de student en fysiotherapeut konden worden gecoacht terwijl zij de verplaatsingstechniek uitvoerde. Het tweede doel ook wel “de verpleegkundigen en studenten verpleegkunde zijn zich bewust van het belang van mobilisatie en kunnen benoemen waarom er voor deze techniek van verplaatsen is gekozen” werd meegenomen in de klinische les waarin de sence of urgency werd uitgesproken naar het verpleegkundig personeel. Het derde doel dat gesteld werd “de verpleegkundigen en studenten verpleegkunde handteren dezelfde verplaatsingstechniek bij de patiënt om verwarring te voorkomen” is nog niet gehaald. Omdat de pilotweek te kort was, om alle verpleegkundigen te observeren in de uitvoering van de verplaatsingstechnieken, konden niet alle verpleegkundigen on the job worden gecoacht. Er wordt verwacht dat in de toekomst alle verpleegkundigen dezelfde verplaatsingstechnieken zullen gaan toepassen bij de patiënt wanneer alle verpleegkundigen optimaal kunnen worden gecoacht en begeleid tijdens de omschakeling naar de nieuwe werkwijze. Het vierde doel “de verpleegkundigen en studenten verpleegkunde zijn op de hoogte van de juiste werkhouding en passen deze tijdens alle activiteiten aan bed toe” is behaald. Uit de observatie die gedaan is tijdens de een meting blijkt dat alle geobserveerde collega’s het bed op de juiste stand hanteren. Het doel “de verpleegkundigen en studenten verpleegkunde maken optimaal gebruik van de voorgeschreven hulpmiddelen” kon niet behaald worden binnen de bachelor thesis periode omdat de hulpmiddelen niet voorradig zijn. Er is wel bereikt dat de aanschaf van de benodigde hulpmiddelen op de begroting voor het aankomend jaar staan.

Op de tweede plaats zal er geëvalueerd worden aan de hand van de planning die geschreven is tijdens ten behoeve van het assessmentprogramma. De deadlines die opgesteld werden door de student bleken achteraf niet van toepassing te zijn doordat in de eerste onderwijsgroep de deadlines werden aangereikt door de tutor. De deadlines die de tutor had opgesteld werden door de student behaald. In het assessmentprogramma werd ook aandacht besteed aan de interventies die door de student werden gedaan om de feitelijke en wenselijke situatie in kaart te brengen. Er werd voor gekozen om een interview te houden met zowel de ergotherapeut als de fysiotherapeut om vanuit beide specialisten een beeld te krijgen hoe de fysieke belasting onder verpleegkundigen gereduceerd kon worden. Het interview met de fysiotherapeut heeft op 28 september plaats gevonden. Het interview met de ergotherapeut heeft jammer genoeg niet door kunnen gaan doordat, ondanks dat er meerdere pogingen vanuit de student werden gedaan om contact op te nemen met de ergotherapeut, hier geen gehoor aan werd gegeven. Het is daarom mogelijk dat dit de uitkomst van de bachelor thesis, en de handleiding die is opgesteld niet betrouwbaar zijn doordat er expertise wordt gemist.

6.3 Borging en Behoud

Het implementatieplan en de bachelor thesis zullen worden overgedragen aan de ergocoach van de afdeling Interne Geneeskunde. De aanbevelingen zoals deze beschreven staan in het hoofdstuk nabescheming zullen tijdens een evaluatie worden aangeboden aan de ergocoach. Vanuit de literatuur en de student wordt aanbevolen een klinische werkgroep op te stellen die zich bezig zal gaan houden met het reduceren van de fysieke belasting. Om de fysieke belasting te reduceren tijdens het verplaatsen van de patiënten zal in deze klinische werkgroep ook aanwezig zijn de fysiotherapeut en de ergotherapeut. De fysiotherapeut is al door de student benaderd om aanwezig te zijn in dit maandelijks overleg en staat hier positief tegenover. De student draagt daarmee ook het implementatieplan over aan de fysiotherapeut omdat zij dit wil gaan implementeren op meerdere afdelingen en hier vanuit de fysiotherapie ook meer werk van wilt gaan maken. De bachelor thesis zoals beschreven is pas een klein onderdeel van het reduceren van de fysieke belasting onder verpleegkundigen. Om een idee te krijgen of de verplaatsingstechnieken ook op langere termijn zullen zorgen voor vermindering van de fysieke belasting en het verkrijgen van meer medewerking van de patiënt zal moeten blijken uit een maandelijks evaluatiepunt op de agenda. Afhankelijk van deze evaluatie zullen nieuwe activiteiten dienen te worden opgesteld om de fysieke belasting onder de verpleegkundigen te reduceren.

6.4 Conclusie

Het product, ook wel de handleiding rondom verplaatsingstechnieken en het proces werden op verschillende manieren geëvalueerd. Geconcludeerd kan worden dat het product in de doelstelling: binnen dertien weken collega's instrueren en coachen in het gebruik van tiltechnieken tijdens mobilisatie van de patiënt om de fysieke belasting van de verpleegkundige te reduceren is bereikt. Tijdens de pilotweek werd waargenomen dat de betrokken collega's zich bewust zijn van de effecten van de adequate verplaatsingstechnieken en hier rekening mee houden tijdens de uitvoering van zorg. Echter, het oude ritueel is bij verschillende collega's nog van toepassing en het levend houden van de implementatie is dan ook van belang om de implementatie niet verloren te laten gaan. Het proces werd geëvalueerd aan de hand van de planning die opgesteld is aan het begin van de bachelor thesis. De tijdsplanning was reëel en hielp de student met het inplannen van de activiteiten rondom de scriptie.

In dit hoofdstuk is aandacht geschonken aan de evaluatie van het product en proces. In het volgende hoofdstuk zullen de aanbevelingen naar de afdeling worden uitgeschreven.

Nabeschouwing

In het laatste hoofdstuk zal er aandacht worden besteed aan het antwoord op de gestelde hoofdvraag; *Op welke manier kan de interventie "het juist toepassen van de verschillende verplaatsingstechnieken" worden geïmplementeerd in het team van de afdeling Interne Geneeskunde van het Zuyderland ziekenhuis locatie Heerlen om de fysieke belasting van verpleegkundige te reduceren?* Tevens zullen er concrete aanbevelingen worden gedaan naar de afdeling Interne Geneeskunde.

7.1 Conclusie

De hoofdvraag die voorafgaande het schrijven van de scriptie is gesteld luidt; *Op welke manier kan de interventie "het juist toepassen van de verschillende verplaatsingstechnieken" worden geïmplementeerd in het team van de afdeling Interne Geneeskunde van het Zuyderland ziekenhuis locatie Heerlen om de fysieke belasting van verpleegkundigen te reduceren?*

Concluderend kan er worden gezegd dat de interventie "het juist toepassen van de verschillende verplaatsingstechnieken" is geïmplementeerd door middel van het vergroten van de kennis en het coachen en instrueren van het verpleegkundig team. Het vergroten van de kennis en het instrueren van het verpleegkundig team is gedaan aan de hand van een klinische les die werd voorbereid door de student en het uitgeven van een handleiding waarin door middel van het gebruik maken van foto's de verplaatsingstechnieken werden uitgelegd. Uit de evaluatie met de betrokken personen blijkt dat de klinische les en de handleiding hebben bijgedragen aan het vergroten van de kennis en het coachen en instrueren van de verpleegkundigen met betrekking tot het juist uitvoeren van de verplaatsingstechnieken. Het uitvoeren van de adequate verplaatsingstechnieken over langere termijn zal waarschijnlijk gaan leiden tot een afname van de fysieke belasting onder verpleegkundigen, echter door de korte pilotperiode is de afname van de fysieke belasting niet meetbaar.

7.2 Discussie

Om de wenselijke situatie in kaart te brengen werd door de student contact gelegd met zowel de fysiotherapeut als de ergotherapeut. Echter, ondanks meerdere pogingen contact te leggen met de ergotherapeut heeft er geen interview plaats kunnen vinden om de wenselijke situatie in kaart te brengen. Het is mogelijk dat er verkeerde conclusies zijn getrokken doordat een specialist niet kon worden meegenomen in het beschrijven van de feitelijke situatie. De betrouwbaarheid van het interview met de fysiotherapeut werd verhoogd door gebruik te maken van de membercheck. Doordat maar een fysiotherapeut is geïnterviewd kan er informatie niet meegenomen zijn in het onderzoek wat kan resulteren in een andere

uitkomst. De betrouwbaarheid en validiteit van de beschreven resultaten rondom de kwaliteitsverbetering met betrekking op de verplaatsingstechnieken kan tot discussie worden gesteld. Tijdens het schrijven van de literatuurstudie is gekeken naar de validiteit en betrouwbaarheid van de beschreven bronnen, echter niet bij elke bron staat de validiteit en betrouwbaarheid expliciet beschreven, waardoor er in dit onderzoek mogelijk onjuiste conclusies zijn getrokken. Aan de andere kant worden er een aantal bronnen geraadpleegd alvorens een uitspraak te doen waardoor de juistheid van de uitspraken waarschijnlijker is. Hoewel vaak opgezet met een longitudinaal design, kennen veel van de gedane studies beperkingen. Vaak is in het beschikbare onderzoek de mate van klachten in kaart gebracht door zelfrapportage wat de uitkomst van het onderzoek kan hebben veranderd.

Wanneer er wordt gekeken naar het proces omtrent de andere onderzoeksmethodes zijn er een aantal zaken op te merken. De cijfers die gebruikt zijn om de fysieke belasting onder verpleegkundigen te onderbouwen zijn afkomstig deels uit het onderzoek van Dekker (2007). Dit onderzoek vond plaats onder geselecteerde hoog-risico groepen en is waarschijnlijk niet geheel representatief voor het zorg verlenend personeel in ziekenhuizen.

De gevalideerde enquête die is gebruikt bij het in kaart brengen van de feitelijke situatie en daarmee de nulmeting houdt geen rekening met de hoeveelheid fysieke belasting die de verpleegkundige nu ervaart. Hierdoor is het in een meting onmogelijk om te evalueren of de implementatie van de juiste verplaatsingstechnieken het gewenste resultaat het reduceren van de fysieke belasting tot gevolg heeft gehad. Om dit te kunnen beoordelen wordt aangeraden om een nieuwe nulmeting te starten waarbij de hoeveelheid fysieke belasting centraal staat zodat na een half jaar kan worden geëvalueerd of het doel binnen dertien weken collega's instrueren en coachen in het gebruik van tiltechnieken tijdens mobilisatie van de patiënt om de fysieke belasting van de verpleegkundige te reduceren, behaald is. De enquête werd uitgedeeld onder de dertig verpleegkundigen van de afdeling Interne Geneeskunde, hier heeft 70% respons op gegeven, wat de betrouwbaarheid van de enquête verhoogd. De pilotweek die gedraaid is op de afdeling Interne Geneeskunde met betrekking tot het juist toepassen van verplaatsingstechnieken om fysieke belasting te reduceren is met een kleine groep verpleegkundigen volbracht. Doordat er maar weinig verpleegkundigen aanwezig waren tijdens de klinische les is ervoor gekozen de pilot ook alleen te draaien met de aanwezige verpleegkundigen. Het is mogelijk dat de uitslag van de pilotweek afhankelijk is van de algemene conditie van de verpleegkundigen in hoeverre het toepassen van de juiste verplaatsingstechnieken zorgt voor een reducering van de fysieke belasting. Het uitvoeren van de adequate verplaatsingstechnieken over langere termijn zal waarschijnlijk gaan leiden tot een afname van de fysieke belasting onder verpleegkundigen echter door de korte pilotperiode is de afname van de fysieke belasting niet meetbaar, aanbevolen wordt dan ook om de evaluatie over langere termijn te herhalen.

7.3 Aanbevelingen

Naar aanleiding van de uitgevoerde pilot op de afdeling Interne Geneeskunde met betrekking tot het toepassen van de juiste verplaatsingstechnieken om fysieke belasting te reduceren zijn er een aantal aanbevelingen naar voren gekomen. De aanbevelingen voor de toekomstige pilots en het verloop van de implementatie zijn;

- Het opstellen van een klinische werkgroep waarbij de fysiotherapeut, ergotherapeut en de ergocoach betrokken zullen worden.
- Nieuwe nulmeting inschalen waarbij hoeveelheid fysieke belasting centraal staat, zodat er gericht kan worden geëvalueerd op het doel.
- Pilot over langere tijd laten lopen met meerdere tussentijdse evaluaties zodat er kan worden ingegaan op mogelijke problemen.
- Pilotperiode wordt gedraaid onder meer verpleegkundigen van verschillende leeftijden en verschil in algemene conditie om zo beter te kunnen beoordelen of verplaatsingstechnieken fysieke belasting reduceren.
- Er wordt aanbevolen tijdens de komende pilots een vast aanspreekpunt aan te stellen voor de uitvoering en evaluatie van de pilot. Daarnaast is het van belang dat deze persoon het team kan inlichten over de pilot en kan motiveren over de sence of urgency zodat de implementatie levend blijft en de innovatie niet verloren gaat. De voorkeur voor het aanspreekpunt gaat uit naar de ergocoach.
- Een maandelijks agendapunt om de fysieke belasting onder verpleegkundigen te evalueren.

Bibliografie

- Arbocatalogus. (z.d.). *fysieke belasting*. Geraadpleegd op 3 oktober 2017, van <http://www.arbocatalogusvvt.nl/arbocatalogus/fysieke-belasting>
- Arbocatalogus. (z.d.). *praktijkrichtlijnen zorgverleners en cliëntgebonden handelingen*. Geraadpleegd op 3 oktober 2017, van <http://www.arbocatalogusvvt.nl/public/file/Praktijkrichtlijnenzorgverleners.pdf>
- Arbocatalogus. (z.d.). *Risicoradar*. Geraadpleegd op 18 oktober 2017, van <http://www.arbocatalogusvvt.nl/public/file/Risicoradar%20VVT.pdf>
- Baarda, B. (2014). *Dit is onderzoek* (2^e druk). Houten: Noordhoff uitgevers.
- Centraal Bureau voor de Statistiek. (2016, 29 juni). *Relatief hoog ziekteverzuim in de zorg*. Geraadpleegd op 3 oktober 2017, van <https://www.cbs.nl/nl-nieuws/2016/26/relatief-hoog-ziekteverzuim-in-de-zorg>
- Centraal Bureau voor de Statistiek. (2017, 19 Juni). *Werknemers in de zorg ervaren hoge werkdruk*. Geraadpleegd op 3 oktober 2017, van <https://www.cbs.nl/nl-nieuws/2016/46/werknemers-in-zorg-ervaren-hoge-werkdruk>
- Douwes, M., van den Heuvel, S., & Sonneveld, H. (2008). *Het grote gevaar van de zorg*. Hoofddorp: TNO
- Grol, R., & Wensing, M. (2015). *Implementatie: effectieve verbetering van de patiëntenzorg*. Amsterdam: Reed Business
- Hake, T. (2013). *Basisboek verplaatsingstechnieken voor zorgverleners*. Meppel: Edu'Actief
- Hassa, D. (2017). *Safety in Patient Handling and Mobility*. *New Jersey Nurse & Institute for Nursing Newsletter*, 5.
- Klaassens, A. (2016). *Mobiliteit, slapen en waken*. Meppel: Edu'Actief
- Mol, I. (2011). *Handboek haptonomisch verplaatsen, hoe respectvolle zorg de zelfredzaamheid van cliënten kan bevorderen*. Amsterdam: Reed business.

Bijlage

1. Zoekstrategie

Databank:	Zoektermen:	Hits:	Gekozen artikel:
DIZ	Haptonomie (2007-2017)	7 resultaten	<i>3^e resultaat:</i> <i>Haptonomisch verplaatsen, hoe respectvolle zorg de zelfredzaamheid van cliënten kan bevorderen.</i> Ik ben naar preventiecentrum van Zuyd geweest om informatie op te vragen omtrent het ergonomisch verplaatsen van patiënten. Op aanraden van de medewerkers van het preventiecentrum werd ik in contact gebracht met de term haptonomisch verplaatsen. Via het preventiecentrum ben ik in aanraking gekomen met dit boek. Dit boek legt in duidelijke taal uit op welke manier een patiënt kan worden verplaatst en welke aandachtspunten er voor de verpleegkundige hierbij zijn.
DIZ	Verplaatsingstechnieken (2007 – 2017)	Hits 6	<i>2^e resultaat:</i> <i>Basisboek verplaatsingstechnieken voor zorgverleners.</i> Ik heb ervoor gekozen dit rapport te gebruiken voor de bachelor thesis omdat: naast de uitleg omtrent de verplaatsingstechnieken die verduidelijkt worden gaat dit boek ook in op de ervaring van een patiënt tijdens een mobilisatie en de manier waarop een patiënt benaderd wordt.

Google	Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden Zorg	Hits 28.100	<i>4^e resultaat:</i> <i>Werknemers in de zorg ervaren hoge werkdruk.</i> Ik heb ervoor gekozen dit rapport te gebruiken voor de bachelor thesis omdat: het centraal bureau voor de statistiek de Nederlandse cijfers weergeeft.
Google	Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden Zorg	Hits 28.100	<i>Vanuit bovenstaande resultaat doorgelinkt naar relevante link;</i> <i>Relatief hoog ziekteverzuim in de zorg.</i> Ik heb ervoor gekozen dit rapport te gebruiken voor de literatuurstudie omdat: dit artikel een aanvullend artikel was op het artikel 'werknemers in de zorg ervaren hoge werkdruk'. In dit aanvullende artikel wordt dieper ingegaan op het verzuim van het verplegend personeel ten opzichte van andere beroepsgroepen.
Cinahl	Patient handling and occupational safety (2007-2017) Full tekst	Hits 22	<i>1^e resultaat:</i> <i>Safety in patient handling and mobility</i> Ik heb ervoor gekozen omdat in dit artikel gegevens met betrekking tot lichamelijke uitval ten gevolge van het werk beschreven worden uit New Jersey, dit is gedaan om te bekijken of het werk gerelateerd verzuim in een ander land even hoog is als in Nederland en of hier nog een discrepantie in is.
Sneeuwbal effect			<i>Het grote gevaar van de zorg</i> Er is voor gekozen om dit artikel te gebruiken voor de literatuurstudie

omdat er in dit artikel al onderzoek is gedaan naar de best practice en naar welke aanbevelingen er kunnen worden gedaan naar de afdelingen.

2. Reflectie

In deze bijlage wordt de bachelor thesis gereflecteerd aan de hand van de START methodiek.

Situatie;

In het verdiepingsjaar van de opleiding tot hbo verpleegkundige staat het kwaliteitsverbeterplan centraal. Dit kwaliteitsverbeterplan ook wel bachelor thesis genoemd komt tot stand op verschillende manieren, het kan zijn dat het onderwerp is vastgesteld door Zuyd Hogeschool, door de werkplek of door de student aangedragen. Het onderwerp verplaatsingstechnieken is ontstaan door overleg van de student met de praktijkdocent. Wanneer het onderwerp vastgesteld is doet de student kennis omtrent het onderwerp op door middel van een literatuurstudie. Dit literatuuronderzoek naar het verplaatsen van patiënten waarbij fysieke belasting wordt gereduceerd is uitgevoerd in de derde differentiatie. Het kwaliteitsverbeterplan wordt geschreven aan de hand van de 7 stappen van Grol en Wensing waarin de uitvoering en verantwoording en naar voren worden gebracht. De bachelor thesis wordt geschreven binnen een periode van 13 weken, en vormt de basis voor de eindbeoordeling van de student. De beoordeling van de bachelor thesis gebeurt door de tutor van de student en een onafhankelijke docent van Zuyd hogeschool. Daarnaast wordt er door de praktijk een adviesbeoordeling gegeven waarbij voornamelijk wordt gekeken naar de uitvoering op de werkvloer. Wanneer de bachelor thesis is nagekeken door zowel de praktijkplaats als Zuyd hogeschool en is beoordeeld met een voldoende wordt er een afsluitende presentatie gegeven waarin de resultaten uit het kwaliteitsverbeterplan naar voren komen en de aanbevelingen naar de afdeling zullen worden uitgesproken.

Wie zijn er tijdens de uitvoering betrokken?

Er zijn een aantal mensen betrokken bij de uitvoering en totstandkoming van de bachelor thesis. Op de eerste plaats de praktijkdocent, in overleg met haar werd gekeken naar welke "problemen" zich voordoen op de afdeling en welk onderwerp mij aansprak om te gaan verbeteren op de afdeling. Gezien mijn bestaande rugklachten vond ik het erg interessant om te gaan onderzoeken op welke manier ik patiënten kan verplaatsen zonder mij daarbij fysiek te belasten. Daarnaast heeft de werkbegeleider een rol gespeeld in de totstandkoming

van de bachelor thesis. De werkbegeleider gaf gerichte feedback op de aangeleverde stukken en sparde met mij over het uitvoeren van de bachelor thesis waardoor onderwerpen ook van een andere kant werden bekeken. Een grote rol in deze bachelor thesis is geleverd door de fysiotherapeut. Vanuit de fysiotherapie is er al langere tijd aandacht voor het reduceren van fysieke belasting onder zorgverleners, helaas is er de afgelopen tijd geen tijd geweest om dit weer op te pakken en is de innovatie vanuit de fysiotherapie verwaterd. Door nu een frisse wind er door heen te laten gaan wordt de innovatie zowel vanuit de afdeling als vanuit de fysiotherapie opnieuw opgepakt. Tevens is de docentbegeleider vanuit Zuyd hogeschool betrokken geweest in de uitvoering van de bachelor thesis. Vanuit haar kreeg ik gericht feedback op de stappen van Grol en Wensing en werd er duidelijk uitgelegd waar aandacht aan moest worden besteed in welk gedeelte van de bachelor thesis. Als laatste is de peerassessor nog betrokken geweest, zij heeft vooral op het einde een rol gespeeld in het feedback geven op de opdracht zodat deze zo optimaal mogelijk kon worden ingeleverd.

Waar speelt de uitvoering zich af?

De uitvoering van het kwaliteitsverbeterplan werd uitgevoerd op de afdeling Interne Geneeskunde van het Zuyderland ziekenhuis in Heerlen. Tijdens de uitvoering van de bachelor thesis is de afdeling samengevoegd met de maag darm en lever afdeling. Doordat er al begonnen was met de uitvoering van het kwaliteitsverbeterplan en de nul meting was uitgevoerd is er in overleg met de betrokken personen voor gekozen om het kwaliteitsverbeterplan alleen te richten op het verpleegkundig personeel van de “oude” afdeling Interne Geneeskunde.

Taak:

Mijn taak was om een kwaliteitsverbeterplan te schrijven en uit te voeren gedurende 13 weken om aansluitend een aanbeveling te kunnen doen naar de verpleegafdeling Interne Geneeskunde om dit in de toekomst niet verloren te laten gaan. Om mijn kwaliteitsverbeterplan in goede banen te leiden is er gestart met het maken van een planning die verwerkt is in de opdracht ‘assessmentprogramma’. Nadat de planning was opgesteld is mijn kennis omtrent de verplaatsingstechnieken vergroot door het uitvoeren van een literatuuronderzoek. Toen alle informatie was verzameld werd er gestart met het uitvoeren van het kwaliteitsverbeterplan, welke werd verwerkt tot de bachelor thesis. Na het schrijven van de bachelor thesis werd er een afsluitende presentatie gegeven waarin de resultaten en aanbevelingen naar de afdeling worden gecommuniceerd.

Er werden voor aanvang van het schrijven van de bachelor thesis een aantal doelen opgesteld:

Algemeen:

- Binnen dertien weken worden collega's geïnstrueerd en gecoacht in het gebruik van tiltechnieken tijdens mobilisatie van de patiënt om de fysieke belasting van de verpleegkundige te reduceren.

Persoonlijk:

- Ik wil meer ervaring opdoen in het coachen van studenten en collega's.
- Ik wil meer ervaring opdoen in het geven van feedback aan collega's.
- Ik wil leren aan welke stappen een kwaliteit verbeterplan moet voldoen, om een implementatie succesvol te maken.
- Ik wil de planning van de bachelor thesis kunnen aanhouden waarbij ik de rust kan bewaren, en mijzelf niet boven het hoofd stijg.

Welk plan van aanpak is er gemaakt?

Alvorens het schrijven van de bachelor thesis is er in de opdracht assessmentprogramma een planning gemaakt waarin ik heb beschreven in welke week ik welke stap van Grol en Wensing uitgewerkt wilde hebben, wie daarbij betrokken waren en welke acties ik daarvoor moest uitzetten. Vanuit de vorige opdrachten heb ik geleerd dat ik mijn planning vaak te strak maak omdat ik geen rekening houd met het huishouden en de privé activiteiten waardoor ik mijn planning vaak niet kon waarmaken. In deze planning heb ik er bewust voor gekozen om vrije tijd in te plannen zodat er voor mij duidelijk was wanneer ik aandacht diende te besteden aan het schrijven van de bachelor thesis en wanneer er ruimte voor 'vrije tijd' was.

Actie:

Het onderwerp reduceren van fysieke belasting onder verpleegkundigen door het inzetten van adequate verplaatsingstechnieken is tot stand gekomen door overleg tussen de praktijkdocent en de student. Het interesseerde mij dan ook om uit te zoeken hoe ik het verplaatsen van een patiënt gemakkelijker kan maken. Zoals eerder beschreven is er voor de start van het schrijven van de bachelor thesis een planning gemaakt waarbij ruimte gehouden is voor de vrije tijd om zo een niet te krappe planning op te stellen waar niet aan voldaan kon worden. Door het opstellen van deze planning heb ik met rust de bachelor thesis kunnen schrijven en liep ik voor op schema zodat ik tijd had om de scriptie rustig af te ronden.

Wanneer er wordt gekeken naar de start van het schrijven van de bachelor thesis werd er nog voor de zomervakantie begonnen aan het uitreiken van de enquête onder de verpleegkundigen zodat zij gedurende de zomer de tijd hadden om de enquête omtrent fysieke belasting in te vullen. Door de enquête gedurende een langere tijd te laten lopen op de afdeling werd er verwacht meer respons op de enquête te ervaren dan wanneer er een kort tijdslimiet aan verbonden zou zijn. Uiteindelijk heeft 70% van de verpleegkundigen de

enquête ingevuld en retour gestuurd wat uitkomt op 22 verpleegkundigen. Nadat de enquête is uitgedeeld en retour naar de student is gekomen werd er begonnen aan het schrijven van de eerste stappen van Grol en Wensing. Vanuit de student werd er gedacht de eerste stap af te hebben voor 25 september, tijdens de onderwijsgroep werd echter afgesproken dat alvorens de eerste stap van Grol en Wensing kon worden gemaakt de inleiding met daarin de smart geformuleerde doelstelling gemaakt diende te worden. De inleiding werd ingeleverd volgens de planning van de onderwijsgroep op 2 oktober. Tijdens de onderwijsgroep werd een hernieuwde planning opgesteld waarin afgesproken werd dat 16 oktober de conceptversie van stap 1 t/m 3 wordt ingeleverd. Om zowel de feitelijke als de wenselijke situatie in kaart te brengen werden interviews met zowel de fysiotherapeut als de ergotherapeut als methode bedacht, helaas ondanks meerdere pogingen contact te leggen met de ergotherapeut werd deze niet bereikt om een interview mee af te nemen. Het interview met de fysiotherapeut is wel kunnen doorgaan op 28 september, waardoor het interview volgens planning is kunnen worden geanalyseerd en gecodeerd zodat de conceptversie van stap 1 t/m 3 konden worden ingeleverd op 2 oktober.

De inleverdata die daarna volgden zijn achtereenvolgens 6 november stap 4 & 5, 20 november conceptversie van stap 6,7 en de reflectie volgens een methodiek en 8 december inleveren van de definitieve bachelor thesis. Aan deze inleverdata werd door de student voldaan, echter na het inleveren van stap 4 & 5 liep het een beetje stuk doordat de tutor ziek werd. Er vielen verschillende onderwijsgroepen uit waardoor er achter werd geraakt op schema. Doordat er wel feedback werd gegeven vanuit de praktijk kon er wel verder worden gegaan met het schrijven van de bachelor thesis. Het inleveren van de conceptversie van stap 6 en 7 gebeurde dan ook drie dagen na de inleverdata die ingepland was aan het begin van het schrijven van de bachelor thesis. De achterstand die was opgelopen is na het schrijven van stap 6 en 7 van Grol en Wensing ook weer ingehaald zodat de planning van 1 december om de bachelor thesis af te hebben is behaald.

De pilot die is gedraaid op de afdeling Interne Geneeskunde is uitgevoerd met de verpleegkundigen die of aanwezig waren bij de klinische les of de handleiding hebben gebruikt, echter in de nul meting is geen aandacht geweest voor de hoeveelheid fysieke belasting die nu ervaren wordt en derhalve kon in de een meting niet worden teruggekeken naar de afname van fysieke belasting. Daarnaast is een pilot van een week erg kort om daar een uitspraak over te kunnen doen.

Resultaat, reflectie:

Uit de evaluatie van het kwaliteitsverbeterplan is gebleken dat de implementatie niet effectief geëvalueerd kan worden doordat de pilot te kort is om een gericht antwoord te kunnen geven

op de effectiviteit van de verplaatsingstechnieken op de fysieke belasting onder verpleegkundigen.

Wanneer er wordt teruggekeken naar de persoonlijke doelen die gesteld zijn voor aanvang van het schrijven van de bachelor thesis kan er gesteld worden dat ik nu weet aan welke stappen een kwaliteitsverbeterplan dient te voldoen zodat ik in de toekomst mij kan ontwikkelen in het onderzoeken en schrijven van kwaliteitsverbetering. Daarnaast was als persoonlijk doel opgesteld dat ik het feedback geven aan collega's nog moeilijk vond, gedurende de uitvoering van de bachelor thesis heb ik collega's aangesproken op de houding aan bed en de uitvoering van de verplaatsingstechnieken. Het instrueren en coachen van collega's vind ik erg leuk en gaat mij gemakkelijk af. Wel heb ik gemerkt dat wanneer een collega ondanks meerdere malen aanspreken niet mee implementeert en niet bereid is mee te innoveren ik het lastig vind om hem/haar te motiveren en te blijven aanspreken. Na een aantal keer laat ik het achterwegen met de gedachte: het heeft geen zin. Dit neem ik mee als leerdoel voor de toekomst. Het laatste persoonlijke doel dat is opgesteld voor aanvang van de bachelor thesis is het schrijven van en houden aan een goede planning. Ik ben zeer tevreden over de planning die ik voor aanvang van de bachelor thesis heb geschreven. Door ook de vrije tijd in te plannen had ik meer rust tijdens het schrijven van de bachelor thesis en had ik voor mezelf de tijd goed afgebakend. Hierdoor verdwaalde ik ook niet in het onderwerp en heb ik het voor mezelf goed afgeschermd. Wanneer ik reflecteer naar de verschillende rollen van Rogers zijn tijdens deze bachelor thesis vooral de rol van ontwerper, coach en beroepsbeoefenaar naar voren gekomen. In de rol van ontwerper heb ik vooruitgang kunnen boeken door zelf op zoek te gaan naar verbeterpunten in de huidige zorg en deze te verbeteren middels een kwaliteitsverbeterplan. Tijdens de rol van ontwerper heb ik ook geleerd hoe ik het team kan motiveren om een implementatie tot een succes te brengen en welke hulpmiddelen hiervoor nodig zijn. Het motiveren van het team ging niet altijd zonder slag of stoot, zeker gezien het Zuyderland de afgelopen maanden zelf al de nodige implementaties heeft doorgevoerd en er vier studenten af studeren op de afdeling Interne Geneeskunde. Hierdoor is het team 'implementatie moe' en vond ik het lastiger het team de sence of urgency duidelijk te maken. Door de cijfers te benadrukken in de klinische les werden de ogen geopend en was het team gemotiveerd om met de implementatie aan de slag te gaan.

In de rol van coach heb ik mij bezig gehouden met de gedragsverandering van het team, en de vernieuwde werkwijze waar zij de komende tijd aan zullen moeten gaan wennen. Door de collega's on the job te coachen in samenwerking met de fysiotherapeut ben ik van mening dat je de collega's kunt instrueren vanaf de bron waardoor de implementatie succesvoller verloopt. Er is veel overleg geweest met de ergocoach om haar te betrekken in de implementatie zodat deze niet verloren gaat wanneer de pilot is afgelopen. Helaas is zij

tijdelijk overgeplaatst naar een andere afdeling waardoor de implementatie mogelijk verloren gaat. Ik heb veel contact onderhouden met de fysiotherapeut ook zij is bezig met het reduceren van fysieke belasting onder verpleegkundigen en is actief bezig met de implementatie van de verplaatsingstechnieken, er is daarom ook voor gekozen om ook haar mee te nemen in de overdracht van de implementatie.

In de rol van beroepsbeoefenaar ben ik nooit uitgeleerd, in de laatste periode van de opleiding tot hbo verpleegkundige heb ik mijzelf weer verder ontwikkeld in de rol van beroepsbeoefenaar en pak ik alle leermomenten aan die mij worden aangeboden. Ik werk evidence based en breid mijn klinisch redeneren steeds meer uit waardoor het leggen van verbanden steeds gemakkelijker gaat. Ik voel mij en wordt gewaardeerd als een volwaardig collega op de afdeling wat ik als erg prettig ervaar.

Over de algemene uitvoering van de bachelor thesis ben ik erg tevreden, doordat ik een goede planning heb gemaakt kon ik in rust mijn bachelor thesis schrijven en verloor ik mij niet in de hoeveelheid aan informatie die opgedaan kan worden op het internet.

Transfer:

In de toekomst zal ik vaker te maken krijgen met het verbeteren van zorg door het maken van een kwaliteitsverbeterplan. Ik ben tevreden met de uitvoering van dit kwaliteitsverbeterplan en zal de planning zeker meenemen naar de toekomst. Ik blijf mij nog ontwikkelen in het aanspreken en motiveren van mijn collega's.

3. Observatielijst nul meting

Observatieformulier fysieke belasting verpleegkundigen.

1

Beoordeelt gedrag:	Aangetoond: (10 punten)	Gedeeltelijk aangetoond: (5 punten)	Niet aangetoond: (0 punten)
1. De verpleegkundige brengt bed op stand heuphoogte		X	
2. De verpleegkundige staat in een stabiele spreid/schredestand		X	
3. De verpleegkundige maakt gebruik van de haptonomische benaderingswijze	X		
4. De verpleegkundige heeft een uitnodigende houding, en licht de zorgvrager duidelijk in wat van hem tijdens de verplaatsing wordt verwacht.		a	
5. De verpleegkundige past de techniek van de verplaatsing aan, aan de hoeveelheid spierkracht van de zorgvrager.		a	
6. De verpleegkundige maakt adequaat gebruik van tilhulpmiddelen wanneer er meer dan 23 kilogram getild dient te worden. <i>steeklaken</i>		X	
7. De verpleegkundige hurkt en/of knielt niet langer dan 30sec aan een gesloten.	X		
8. De verpleegkundige werkt niet langer dan 1 minuut met een gedraaide of gebogen romp			X
9. De verpleegkundige maakt gebruik van een aantrek hulpmiddel bij het aantrekken van steunkousen. <i>nvt</i>			
10. De verpleegkundige draagt geen waszakken van meer dan 15 kilogram op heuphoogte, en verplaatst deze niet meer dan 90m. <i>153</i>			X

Verklaring van de beoordelingstabellen;

Aangetoond: 10 punten

Gedeeltelijk aangetoond: 5 punten

Observatieformulier fysieke belasting verpleegkundigen.

2

Beoordeelt gedrag:	Aangetoond: (10 punten)	Gedeeltelijk aangetoond: (5 punten)	Niet aangetoond: (0 punten)
1. De verpleegkundige brengt bed op stand heuphoogte		X	
2. De verpleegkundige staat in een stabiele spreid/schredestand		X	
3. De verpleegkundige maakt gebruik van de haptonomische benaderingswijze	X		
4. De verpleegkundige heeft een uitnodigende houding, en licht de zorgvrager duidelijk in wat van hem tijdens de verplaatsing wordt verwacht.	X		
5. De verpleegkundige past de techniek van de verplaatsing aan, aan de hoeveelheid spierkracht van de zorgvrager.		X	
6. De verpleegkundige maakt adequaat gebruik van tilhulpmiddelen wanneer er meer dan 23 kilogram getild dient te worden.		X	
7. De verpleegkundige hurkt en/of knielt niet langer dan 30sec aan een gesloten.	X		
8. De verpleegkundige werkt niet langer dan 1 minuut met een gedraaide of gebogen romp	X		
9. De verpleegkundige maakt gebruik van een aantrek hulpmiddel bij het aantrekken van steunkousen.			X
10. De verpleegkundige draagt geen waszakken van meer dan 15 kilogram op heuphoogte, en verplaatst deze niet meer dan 90m.		X	
16.7			

Verklaring van de beoordelingstabellen;

Aangetoond: 10 punten

Gedeeltelijk aangetoond: 5 punten

Observatieformulier fysieke belasting verpleegkundigen.

3

Beoordeelt gedrag:	Aangetoond: (10 punten)	Gedeeltelijk aangetoond: (5 punten)	Niet aangetoond: (0 punten)
1. De verpleegkundige brengt bed op stand heuphoogte	X		
2. De verpleegkundige staat in een stabiele spreid/schredestand	X		
3. De verpleegkundige maakt gebruik van de haptonomische benaderingswijze	X		
4. De verpleegkundige heeft een uitnodigende houding, en licht de zorgvrager duidelijk in wat van hem tijdens de verplaatsing wordt verwacht.	X		
5. De verpleegkundige past de techniek van de verplaatsing aan, aan de hoeveelheid spierkracht van de zorgvrager.		X	
6. De verpleegkundige maakt adequaat gebruik van tilhulpmiddelen wanneer er meer dan 23 kilogram getild dient te worden.		X	
7. De verpleegkundige hurkt en/of knielt niet langer dan 30sec aan een gesloten.			X
8. De verpleegkundige werkt niet langer dan 1 minuut met een gedraaide of gebogen romp			X
9. De verpleegkundige maakt gebruik van een aantrek hulpmiddel bij het aantrekken van steunkousen.			X
10. De verpleegkundige draagt geen waszakken van meer dan 15 kilogram op heuphoogte, en verplaatst deze niet meer dan 90m.	X		

10.6

Verklaring van de beoordelingstabellen;

Aangetoond: 10 punten

Gedeeltelijk aangetoond: 5 punten

Observatieformulier fysieke belasting verpleegkundigen.

4

Beoordeelt gedrag:	Aangetoond: (10 punten)	Gedeeltelijk aangetoond: (5 punten)	Niet aangetoond: (0 punten)
1. De verpleegkundige brengt bed op stand heuphoogte			X
2. De verpleegkundige staat in een stabiele spreid/schredestand			X
3. De verpleegkundige maakt gebruik van de haptonomische benaderingswijze	X		
4. De verpleegkundige heeft een uitnodigende houding, en licht de zorgvrager duidelijk in wat van hem tijdens de verplaatsing wordt verwacht.		X	
5. De verpleegkundige past de techniek van de verplaatsing aan, aan de hoeveelheid spierkracht van de zorgvrager.			X
6. De verpleegkundige maakt adequaat gebruik van tilhulpmiddelen wanneer er meer dan 23 kilogram getild dient te worden.		X	
7. De verpleegkundige hurkt en/of knielt niet langer dan 30sec aan een gesloten.		X	
8. De verpleegkundige werkt niet langer dan 1 minuut met een gedraaide of gebogen romp	X		
9. De verpleegkundige maakt gebruik van een aantrek hulpmiddel bij het aantrekken van steunkousen.			X
10. De verpleegkundige draagt geen waszakken van meer dan 15 kilogram op heuphoogte, en verplaatst deze niet meer dan 90m.		X	

116

Verklaring van de beoordelingstabellen;

Aangetoond: 10 punten

Gedeeltelijk aangetoond: 5 punten

Observatieformulier fysieke belasting verpleegkundigen.

5

Beoordeelt gedrag:	Aangetoond: (10 punten)	Gedeeltelijk aangetoond: (5 punten)	Niet aangetoond: (0 punten)
1. De verpleegkundige brengt bed op stand heuphoogte		X	
2. De verpleegkundige staat in een stabiele spreid/schredestand		X	
3. De verpleegkundige maakt gebruik van de haptonomische benaderingswijze	X		
4. De verpleegkundige heeft een uitnodigende houding, en licht de zorgvrager duidelijk in wat van hem tijdens de verplaatsing wordt verwacht.	X		
5. De verpleegkundige past de techniek van de verplaatsing aan, aan de hoeveelheid spierkracht van de zorgvrager.	X		
6. De verpleegkundige maakt adequaat gebruik van tilhulpmiddelen wanneer er meer dan 23 kilogram getild dient te worden.			X
7. De verpleegkundige hurkt en/of knielt niet langer dan 30sec aan een gesloten.	X		
8. De verpleegkundige werkt niet langer dan 1 minuut met een gedraaide of gebogen romp		X	
9. De verpleegkundige maakt gebruik van een aantrek hulpmiddel bij het aantrekken van steunkousen. <i>nee</i>			
10. De verpleegkundige draagt geen waszakken van meer dan 15 kilogram op heuphoogte, en verplaatst deze niet meer dan 90m. <i>12.1</i>		X	

Verklaring van de beoordelingstabellen;

Aangetoond: 10 punten

Gedeeltelijk aangetoond: 5 punten

4. Observatielijst 1 meting

één meting

Observatieformulier fysieke belasting verpleegkundigen.

1

Beoordeelt gedrag:	Aangetoond: (10 punten)	Gedeeltelijk aangetoond: (5 punten)	Niet aangetoond: (0 punten)
1. De verpleegkundige brengt bed op stand heuphoogte	<i>X</i>		
2. De verpleegkundige staat in een stabiele spreid/schredestand	<i>X</i>		
3. De verpleegkundige maakt gebruik van de haptonomische benaderingswijze	<i>X</i>		
4. De verpleegkundige heeft een uitnodigende houding, en licht de zorgvrager duidelijk in wat van hem tijdens de verplaatsing wordt verwacht.	<i>X</i>		
5. De verpleegkundige past de techniek van de verplaatsing aan, aan de hoeveelheid spierkracht van de zorgvrager.		<i>X</i>	
6. De verpleegkundige maakt adequaat gebruik van tilhulpmiddelen wanneer er meer dan 23 kilogram getild dient te worden.		<i>X</i>	
7. De verpleegkundige hurkt en/of knielt niet langer dan 30sec aan een gesloten.	<i>X</i>		
8. De verpleegkundige werkt niet langer dan 1 minuut met een gedraaide of gebogen romp	<i>X</i>		
9. De verpleegkundige maakt gebruik van een aantrek hulpmiddel bij het aantrekken van steunkousen.			<i>X</i>
10. De verpleegkundige draagt geen waszakken van meer dan 15 kilogram op heuphoogte, en verplaatst deze niet meer dan 90m.	<i>X</i>		

g.b. kg.

Verklaring van de beoordelingstabellen;

Aangetoond: 10 punten

Gedeeltelijk aangetoond: 5 punten

eenmeting

Observatieformulier fysieke belasting verpleegkundigen.

2

Beoordeelt gedrag:	Aangetoond: (10 punten)	Gedeeltelijk aangetoond: (5 punten)	Niet aangetoond: (0 punten)
1. De verpleegkundige brengt bed op stand heuphoogte	X		
2. De verpleegkundige staat in een stabiele spreid/schredestand	X		
3. De verpleegkundige maakt gebruik van de haptonomische benaderingswijze	X		
4. De verpleegkundige heeft een uitnodigende houding, en licht de zorgvrager duidelijk in wat van hem tijdens de verplaatsing wordt verwacht.	X		
5. De verpleegkundige past de techniek van de verplaatsing aan, aan de hoeveelheid spierkracht van de zorgvrager.	X		
6. De verpleegkundige maakt adequaat gebruik van tilhulpmiddelen wanneer er meer dan 23 kilogram getild dient te worden.		X	
7. De verpleegkundige hurkt en/of knielt niet langer dan 30sec aan een gesloten.	X		
8. De verpleegkundige werkt niet langer dan 1 minuut met een gedraaide of gebogen romp		X	
9. De verpleegkundige maakt gebruik van een aantrek hulpmiddel bij het aantrekken van steunkousen.			X
10. De verpleegkundige draagt geen waszakken van meer dan 15 kilogram op heuphoogte, en verplaatst deze niet meer dan 90m. <i>87 kg</i>	X		

Verklaring van de beoordelingstabellen;

Aangetoond: 10 punten

Gedeeltelijk aangetoond: 5 punten

eenmeting

Observatieformulier fysieke belasting verpleegkundigen.

3.

Beoordeelt gedrag:	Aangetoond: (10 punten)	Gedeeltelijk aangetoond: (5 punten)	Niet aangetoond: (0 punten)
1. De verpleegkundige brengt bed op stand heuphoogte	<i>X</i>		
2. De verpleegkundige staat in een stabiele spreid/schredestand		<i>X</i>	
3. De verpleegkundige maakt gebruik van de haptonomische benaderingswijze	<i>X</i>		
4. De verpleegkundige heeft een uitnodigende houding, en licht de zorgvrager duidelijk in wat van hem tijdens de verplaatsing wordt verwacht.	<i>X</i>		
5. De verpleegkundige past de techniek van de verplaatsing aan, aan de hoeveelheid spierkracht van de zorgvrager.		<i>X</i>	
6. De verpleegkundige maakt adequaat gebruik van tilhulpmiddelen wanneer er meer dan 23 kilogram getild dient te worden.		<i>X</i>	
7. De verpleegkundige hurkt en/of knielt niet langer dan 30sec aan een gesloten.	<i>X</i>		
8. De verpleegkundige werkt niet langer dan 1 minuut met een gedraaide of gebogen romp	<i>X</i>		
9. De verpleegkundige maakt gebruik van een aantrek hulpmiddel bij het aantrekken van steunkousen.			<i>X</i>
10. De verpleegkundige draagt geen waszakken van meer dan 15 kilogram op heuphoogte, en verplaatst deze niet meer dan 90m. <i>10.7 kg.</i>	<i>X</i>		

Verklaring van de beoordelingstabellen;

Aangetoond: 10 punten

Gedeeltelijk aangetoond: 5 punten

eenmeting

Observatieformulier fysieke belasting verpleegkundigen.

Beoordeelt gedrag:	Aangetoond: (10 punten)	Gedeeltelijk aangetoond: (5 punten)	Niet aangetoond: (0 punten)
1. De verpleegkundige brengt bed op stand heuphoogte	<i>K</i>		
2. De verpleegkundige staat in een stabiele spreid/schredestand	<i>K</i>		
3. De verpleegkundige maakt gebruik van de haptonomische benaderingswijze	<i>K</i>		
4. De verpleegkundige heeft een uitnodigende houding, en licht de zorgvrager duidelijk in wat van hem tijdens de verplaatsing wordt verwacht.		<i>K</i>	
5. De verpleegkundige past de techniek van de verplaatsing aan, aan de hoeveelheid spierkracht van de zorgvrager.	<i>K</i>		
6. De verpleegkundige maakt adequaat gebruik van tilhulpmiddelen wanneer er meer dan 23 kilogram getild dient te worden.	<i>K</i>		
7. De verpleegkundige hurkt en/of knielt niet langer dan 30sec aan een gesloten.	<i>K</i>		
8. De verpleegkundige werkt niet langer dan 1 minuut met een gedraaide of gebogen romp	<i>K</i>		
9. De verpleegkundige maakt gebruik van een aantrek hulpmiddel bij het aantrekken van steunkousen.			<i>K</i>
10. De verpleegkundige draagt geen waszakken van meer dan 15 kilogram op heuphoogte, en verplaatst deze niet meer dan 90m.	<i>K</i>		

11.4 kg

Verklaring van de beoordelingstabellen;

Aangetoond: 10 punten

Gedeeltelijk aangetoond: 5 punten

eenmeting

Observatieformulier fysieke belasting verpleegkundigen.

5

Beoordeelt gedrag:	Aangetoond: (10 punten)	Gedeeltelijk aangetoond: (5 punten)	Niet aangetoond: (0 punten)
1. De verpleegkundige brengt bed op stand heuphoogte	K		
2. De verpleegkundige staat in een stabiele spreid/schredestand	K		
3. De verpleegkundige maakt gebruik van de haptonomische benaderingswijze	K		
4. De verpleegkundige heeft een uitnodigende houding, en licht de zorgvrager duidelijk in wat van hem tijdens de verplaatsing wordt verwacht.	K		
5. De verpleegkundige past de techniek van de verplaatsing aan, aan de hoeveelheid spierkracht van de zorgvrager.	K		
6. De verpleegkundige maakt adequaat gebruik van tilhulpmiddelen wanneer er meer dan 23 kilogram getild dient te worden.	K		
7. De verpleegkundige hurkt en/of knielt niet langer dan 30sec aan een gesloten.	K		
8. De verpleegkundige werkt niet langer dan 1 minuut met een gedraaide of gebogen romp	K		
9. De verpleegkundige maakt gebruik van een aantrek hulpmiddel bij het aantrekken van steunkousen.			f
10. De verpleegkundige draagt geen waszakken van meer dan 15 kilogram op heuphoogte, en verplaatst deze niet meer dan 90m.		f	

15.6 kg

Verklaring van de beoordelingstabellen;

Aangetoond: 10 punten

Gedeeltelijk aangetoond: 5 punten

5. Topiclijst interview fysiotherapeut

- Wat zijn de meest voorkomende klachten die verpleegkundigen ervaren door werk gerelateerde klachten?
- Waardoor worden deze klachten het meeste veroorzaakt?
- Kan het aannemen van bepaalde houdingen deze klachten verminderen?
- Welke aandachtspunten zijn voor een verpleegkundige belangrijk tijdens patiënten mobilisatie?
- Welke hulpmiddelen kan een verpleegkundige gebruiken tijdens de mobilisatie van een patiënt?
- Welk van de verplaatsingstechnieken kunnen worden toegepast op de afdeling Interne Geneeskunde?

6. Interview fysiotherapie

Schuingedrukt = Aniek, verpleegkundige.

Normaal lettertype = Kim, fysiotherapie

~~Bedankt, voor het meewerken aan mijn onderzoek. Graag gedaan alvast. Ik heb een paar vraagjes over uhm welke fysieke belasting wordt ervaren bij verpleegkundige op de afdeling Interne. Uhum. Waar, wat wij dan kunnen doen om dat te voorkomen. Uhm als eerste, kunt u mij vertellen wat de meest voorkomende klachten zijn die verpleegkundigen ervaren door werk gerelateerde fysieke belasting. Ja rugklachten, schouder-nek klachten. Dat zijn toch wel de meest voorkomende personele ja problemen. We hebben hier ook wel een arbeidspoli dat er mensen uit het ziekenhuis hier bij ons op de therapie komen. Inderdaad voor rugklachten of nekkklachten hebben. En als je naar het ziekteverzuim kijkt denk ik persoonlijk dat een van de meest voorkomende klachten. Knieën dat valt wel mee of enkels dat is meestal niet het probleem. Uhm, waardoor worden deze klachten denk je het meest veroorzaakt. Door verschillende draaibewegingen verkeerd of door te veel tillen, of te veel zitten of.. Ja, he uhm, we moeten als verpleegkundigen of als paramedici natuurlijk best veel mensen ook mobiliseren. We hebben het over veel zieke mensen, als je zelf ook ongetraind bent. Je zult ook zelf wat voor je eigen gezondheid moeten doen, om fysiek dit beroep tot je zevenenzestigste te kunnen uitvoeren. En heb je onvoldoende spierkracht in jou rug om dit ook te kunnen compenseren. Maar ook dat er de patiënten categorie wat we vandaag de dag ook krijgen wordt ook steeds zwaarder. Uhm mensen die heel lang thuis blijven maar wel steeds immobieler worden en die dan toch moeten proberen te mobiliseren. Dan heb je het ook over mensen die minder goed kunnen meehelpen. En het ligt aan het soort patiëntencategorie. Heb jij een kinderafdeling bij wijze van spreken ten opzichte van een interne afdeling, of een chirurgie waar de padriatische patiënten worden gemobiliseerd. Dat is natuurlijk heel anders dan uhm de kinderafdeling bijvoorbeeld. Ja oke, Voldoende? Hmmhmm en kunnen uhm het aanleren van bepaalde houdingen uhm, bepaalde technieken deze klachten verminderen. Jazeker, uhm je ziet heel vaak dat we alles heel snel snel willen doen. En daarbij niet, wij ook als therapeuten niet even goed het bed op de juiste hoogte stellen och die ene patiënt we hebben het druk ik doe hem wel even alleen. En dan denken van Au hmm verkeerde inschatting, *gelach* of het gaat toch iets slechter dan dat we hadden verwacht. Dus ja uhm let op je juiste werkhouding, vanuit je benen werken in plaats van vanuit je rug met gewichtsverplaatsingen dat is echt van belang. Het uhm toepassen van de uhm juiste hulpmiddelen die er zijn. Probleem hier in het ziekenhuis is dat we te weinig, te kort hieraan hebben aan die hulpmiddelen. Ja glijzijl bijvoorbeeld niet voorhandig is op een afdeling bij het hogerop plaatsen in bed. Je mag vanwege de decubitus eigenlijk niet een steeklaken gebruiken voor mensen te, hogerop te plaatsen in bed. Tilliften tekort, met name~~

de passieve tillift. Dat je heel lang moet wachten waardoor natuurlijk ook langere immobiliteit bij de patiënten ontstaat he. Wij laten hem dan gewoon langer liggen want wij gaan er niet aan duwen en trekken. Gelukkig hebben we dat wel al. Vroeger dachten we dan van oke dan gaan we hem wel even met zijn tweetjes doen. Maar dat gaan we niet meer doen, dat is gewoon te belastend vandaag de dag. Oke, en dat soort dingen. Uhm. Ja hulpmiddelen hebben we al een beetje besproken, maar welke hulpmiddelen zijn vooral van belang voor de verpleegkundige behalve de glijzijen en de tilliften. Zijn er nog andere hulpmiddelen waar gebruik van gemaakt kan worden. Uhm we hebben een pak paal die wordt met name bij de ergotherapie. Hebben mensen met name in de thuissituatie. Dus een paal eigenlijk uhm, nu hebben we de bed rekken waar we de mensen aan laten trekken he *hhmm* als ze zich willen omdraaien. Maar je hebt ook een pak paal waar ze zich aan vast kunnen pakken en dan inderdaad kunnen omdraaien. Uhm een papagaai die je zou kunnen gebruiken bij uhm het hogerop plaatsen in bed. Maar ook het mensen stimuleren tot het zelf doen. Vaak wordt alles overgenomen. Met name bij de neurologie terwijl als je bijvoorbeeld de patiënt erbij wat meer uh zou stimuleren. Zou hij vrijwel zelfstandig hogerop kunnen plaatsen. Maar heel vaak he doen we even snel *vroet* hijsen die even snel omhoog in plaats van dat de mensen een minuutje langer zouden werken en het de mensen zelf aanleren. En hulpmiddelen zoals de draaischijf? Wordt dat eigenlijk nog gebruikt? Nee zeer zeer zelden. Als iemand een sta functie heeft, heb ik in principe geen draaischijf direct nodig. Als ik op de juiste manier die patiënt tot stand kan krijgen heeft die sta functie. Is hij ook instaat om een pasje te maken. En vaak uhm doormiddel van angst gaat dat wat moeizamer. Dus dan heb je het over benaderingswijze, hoe ga je met een patiënt om. Hoe creëer je veiligheid zodat een patiënt zich veilig voelt bij het maken van een transfer. Sta je veraf bij wijze van spreken voelt een patiënt zich niet veilig. Sta ik heel kort bij een patiënt kan hij geen enkele kant op. En kan ik een snelle transfer van bed naar stoel zonder daarbij heel veel krachten te gebruiken. Dus een draaischijf, zelfs op de neurologie, wordt niet gebruikt. Nauwelijks. Oke, en bij de amputaties ook trouwens niet. Uhm *gekuch* zijn er nog andere aandachtspunten voor een verpleegkundige belangrijk tijdens patiënten mobilisatie. Behalve eigen houding. Ja veiligheid creëren voor de patiënt. Uhm op de interne afdeling heb je heel veel met oudere mensen te maken. Waarbij angst uhm een heel grote factor is in verband met het vallen dat ze thuis al hebben gedaan. En als jij uhm een gemoedelijke sfeer creëert, een rustige sfeer op de afdeling creëert en ook rustig en vriendelijk de patiënt benaderd. Krijg je medewerking van een patiënt. Als je als een botte boer daar naar binnen gaat en zegt Hup kom uit bed nu. En ja bij een geriatrische patiënt moet je dat gewoon niet doen *nee*, dan werkt dat averechts en houd hij zich heel stijf. Kun je duwen en trekken wat je wilt maar die patiënt ga je niet uit bed krijgen. Dus kan kun je er beter voor zorgen dat hij dan in bed blijft liggen en een uur later dat je nog een keer terug gaat en hem dan nog een keer gaat proberen te mobiliseren,

als daar aan te gaan duwen en trekken. Of een andere collega, kan ook zijn dat mensen uhm een bepaalde dat iemand heel bang is voor mensen met een hele grote bril bijvoorbeeld heb ik zelf. Of hele donkere haren en dat uhm vanwege een trauma in het verleden of wat dan ook zorgt voor een angst factor. *Ja*. Spreek dan af dat een andere collega die patiënt bijvoorbeeld uit bed haalt. *Oke, en als we gaan kijken naar verplaatsingstechnieken die worden toegepast op de afdeling* *Ja, hoe vind je dat de verpleegkundige dat uitvoeren bij ons*. Ik vind de leerling verpleegkundige vaak een betere techniek gebruiken ten opzichte van de oudere generatie. Uhm dat komt natuurlijk doordat ja *uhm jullie krijgen dat geleerd op school. En de oudere gebruiken hun eigen technieken en verzeilen wel sneller in het trekken en duwen aan patiënten ten opzichte van onze generatie laten we het zo zeggen*. Uhm *er wordt heel weinig inderdaad vanuit de benen gewerkt met gewichtsverplaatsingen* uhm *het gebruik maken van het bed door het bed te kiepen en het hogerop plaatsen daardoor*. He vandaag de dag hebben we heel veel mooie technieken binnen uhm *verstelbare bedden in alle opzichten* *ja*. En uhm ja *ik zie heel vaak dat de bed rekken wel oplaag zijn maar dat de knie knik er wel nog inzit als ik een patiënt ga verticaliseren van lig naar zit*. Ja goed dan zit een patiënt al zo scheef dat hij al een slechte zitbalans heeft en dat hij nog met de benen bungelt en bijna uit het bed moet springen. En dat soort dingetjes zien wij wel. *Oke, en uhm en dat er weinig gebruik wordt gemaakt van tilliften*. *Ja dat vind ik zelf inderdaad ook. Dat moet ook allemaal maar gewoon zo kunnen*. Ja, ja. En in sommige opzichten, wij hebben een adviserende rol naar de verpleegkundigen en naar de arts toe over. En wij moeten beschrijven of het mobiel veilig is ja of nee. En hoe de transfers gemaakt dienen te worden, en uhm wij merken heel vaak als fysiotherapeuten dat zich niet aan de voorgeschreven transfer wordt gehouden door de verpleegkundigen. Waardoor niet? *Of het is te lastig voor ze*, wij weten het niet we hebben er geen antwoordt op gekregen. Of *ze lezen onze rapportage niet*. Dat tweede dat kunnen we regelmatig bevestigen dat onze rapportages over hoe te mobiliseren niet wordt gelezen. Dat is gewoon zonde, het wordt uitgebreid beschreven door ons van hoe jullie het dienen te doen en wij het dus ook doen. Dat wij gewoon een stapje verder gaan en de patiënt wel proberen te stimuleren tot het maken van een actieve transfer bij wijze van spreken maar uhm ja. Ik zou alleen maar tegen jou collega's zeggen lees de rapportage van de fysiotherapie hoe het maken van de transfer gaat om jullie een dienst te doen. *En als, ik wil nu verschillende technieken gaan implementeren om fysieke belasting tegen te gaan*. Uhum *welke bevorderende en belemmerende factoren denk je dat bij mij van toepassing zullen zijn als je naar het team kijkt*. Nemen ze wat van jou aan als leerling? *Uhm, dat ligt een beetje aan het onderwerp*. Als je het over tillen hebt. *Kijk het is heel moeilijk om te zeggen zet het bed op de juiste hoogte met het opmaken van het bed. Ja maar ik doe alleen even snel het bed verwisselen en dit en dat. En ik probeer ze daar wel op te sturen. Maar.. zijn er bijvoorbeeld, je zegt ze lezen de*

rapportage niet. Zijn er nog andere dingen die jou opvallen met betrekking tot jullie bij het implementeren. Van we hebben het geprobeerd maar op die of die wijze is het niet gelukt. Wij hebben op de elf begonnen met het implementeren met de juiste of ik zeg op de neurologie **begonnen met het instrueren van de leerling verpleegkundigen het aanleren van de transfers.** En dan hebben we de zwaarste afdeling gepakt de neurologie afdeling en wij als therapeuten, of mijn neurologie collega's en ik vinden dat als je een neurologische patiënt kunt mobiliseren op de juiste wijze kun je iedere patiënt hier binnen dit ziekenhuis op de juiste manier, rug besparend en makkelijkst werkend mobiliseren. Uhm helaas is het systeem zo dat de leerling verpleegkundige regelmatig wisselen van afdeling. Dan vijf weken zijn dan zes weken zijn dan een half jaar ik weet het allemaal niet. Waardoor dat ook spaak is gelopen. Op dit moment ja geen idee wanneer de volgende lichting komt. **Dus er is een miscommunicatie.** *En is er geen mogelijkheid, ik weet toevallig dat iedere student een introductieweek krijgt in het ziekenhuis.* Ja en daar worden wij dus niet standaard in meegenomen binnen het ziekenhuis. Er zijn hier in huis ook erg coaches. *Huhum* Die dus ook he uitleggen hoe dat allemaal functioneert. Maar wij van fysiotherapie zijn daar niet bij betrokken. *Dat is wel een goede aanbeveling.* Ja. *En waar liep het nog meer op spaak bij de neurologie, wordt het gewoon vergeten? Of zijn er mensen die denken och die fysiotherapeuten laat gaan.* Ja dat denk ik wel. Het is ze te lastig denk ik eerlijk gezegd. **Het moet allemaal snel snel, ik snap dat er indien er personele onderbezetting is dat je niet altijd met twee personen een patiënt kan verzorgen aan het bed.** En dat dat even snel snel moet. Maar ik denk we moeten tot zevenenzestig met zijn alle werken. Ik merk het zelf als ik een hele dag echt zware patiënten heb gehad. En die ik heb gemobiliseerd, en dan doen wij ook nog vaak in on ergonomische houdingen lopen met een neurologische patiënt en dan moeten wij ook geregeld eens even recht komen staan en uitstrekken en onze collega vragen om behandeld te worden. Dus ja je kunt bepaalde dingen niet geheel voorkomen dat je iets van rugklachten kunt krijgen en slijtageklachten eerder. *Uhhum.* Maar ik denk wel meer dan dat we nu op dit moment doen binnen het ziekenhuis. *Oke duidelijk. En als we kijken naar welke technieken kunnen worden toegepast op de Interne Geneeskunde he.* Ja. *Ik zal ze even cijferen dan is het wat makkelijker. *klop,klop** Ja. Oh sorry hoor. *Als we kijken naar het uit bed halen vanuit een actieve rugligging (1)* Ja. Wat zie je hier al fout in dit plaatje. *Ja het bed staat niet op de juiste hoogte, Uhm* **ja het bed staat al niet op de juiste hoogte, wat ik hier ook mis is de gewicht verplaatsing van de patiënt, uhm. Van de therapeut eigenlijk zijnde.** Ze staat hier kun je zeggen het ze verplaatst haar gewicht van voor naar achter *Huhum* Dat is eigenlijk wat je moet doen. Als ik bij een fragile oudere zo aan die schouder ga trekken, zwaar. Wat je hier al bij zou kunnen helpen is dat uhm die hoofdsteen omhoog moet komen. *Huhum* **Dus de hoofdsteen al eens omhoog dan heb je hem al bijna rechtop zittend, in plaats van trekken hieraan.** Je moet er naar toe werken dat een patiënt

zelfstandig een transfer van lig naar zit en van zit naar stand kan maken. Want het doel is om die patiënt naar huis te gaan krijgen. Ga ik op deze manier deze patiënt al helpen uit bed te komen gaat die nooit zelfstandig leren uit bed te komen. *Nee*. En hier moet je inderdaad heel veel buikspierkracht voor hebben wil je dit krijgen. *Dus deze is eigenlijk al niet geschikt voor uhm voor onze patiëntencategorie*. Ik zou het niet pretenderen. *Uhm Deze gaat eigenlijk hoe de patiënt opstaat uit de stoel, dus van zit naar stand(2)*. Als ik hier sta en ik zou dit thuis doen. Ik snap dat ze naar voren is he namelijk een voorwaartse beweging en de patiënt komt tot stand. **We hebben armleuningen waarom zouden we daar niet gebruik van maken.** Een patiënt moet zelfstandig leren opstaan. *Huhum*, als ik hier bij een oudere patiënt geen gebruik maak van leuning uhm kan ik aan hem gaan trekken. Wat heb ik dan als doel? Ik trek een patiënt uit de stoel dat is niet mijn doel. Ik wil dat deze patiënt zelfstandig leert opstaan *huhum*. Op een veilige manier. En dan moet hij gebruik maken van de leuning en als hij dan niet zelfstandig ik moet dat anders omschrijven. Als een patiënt zonder leuning opstaat uit een stoel heeft hij voldoende beenkracht. Is hij ook minder angstig. Dus als ik **Geschuif met stoel** dit kan, ik snap dat ik die rompbeweging moet maken maar waarom doe ik het niet zo. *Ja* dan heeft hij mijn trekkracht niet nodig, *Ja* dan kan ik bij wijze van spreken met een vinger onder zijn oksel het veiligheid idee geven, en dan komt die tot stand. **Dat hij naar voren moet komen dat klopt wat hier beschreven staat, dat hij eerst op het puntje van de stoel moet komen zitten.** Zit hij achterwaarts ligt het zwaarte punt achter in de stoel val ik achterover, moet ik niet hebben. **Dus eerst naar voren schuiven met die billen, handen op de leuning en dan komen staan.** Dat is **geschuif met stoel** inderdaad veilig. **Wat we hier op de afdeling niet genoeg hebben zijn stoelen. Veilige stoelen, het liefst zonder wielen.** Handig om de patiënt te verplaatsen naar de badkamer maar veilig is het niet *nee*. Als je het hebt over de meest labiele geriatrische interne zieke patiënt. En leuning. Dus ja, *nee* zo zie je nooit iemand van ons therapeuten iemand uit de stoel trekken. **Wij staan altijd aan de zijkant, kort naast de patiënt niet van voren.** En als we al van voren staan hebben we de patiënt omvattend vast om dat gewichtsverplaatsing te leren doen. Zodat hij dat durft. *Oke*, **Meer op deze manier (3) inderdaad omvat elkaars knieën en wat wij eigenlijk zelfs doen is meer richting de schouderbladen gaan in plaats van aan de armen trekken. Wat wel goed is dat deze mevrouw inderdaad kort bij staat die knieën vaak gefixeerd heeft en dan tot stand komt.** Dit is wel een goede als de patiënt in de stoel staat zit, en dan de transfer snel draaiend naar het bed maken, kun je dat op die manier doen. Frontaal benaderen, van voren vastpakken en die draai maken. Dus deze is wel oke, maar dit. *Die kan worden toegepast dan zo*. Ja **papier verwissel**. *Dit is dan dezelfde rugligging als net alleen hier doen ze dan wel de rugleuning omhoog (4)*. Ja precies. Uhm wat je hier dus inderdaad ziet is dat de verpleegkundige een handdoek heeft om het been he uhm je kunt, waarom zou je de patiënt niet zelf zeggen als die een been niet goed kan bewegen haak het andere been, het

gezonde been erin. Of schuif een voor een je been ernaast *geklop* ik snap niet waarom ik hier zou moeten gaan trekken. *Oke dus in principe is het de hoofdsteen omhoog is prima en dan dat actief of minder actief mobiliseren alleen dan moet je proberen om zijn benen zelfstandig uit bed te krijgen.* Of anders zijn gezonde been eronder in haken dat hij het zelf eruit kan bewegen. Door middel van de zwaartekracht als ik al een been als therapeut zijnde stapje voor stapje om dat even op te tillen in plaats van dat ik twee benen moet optillen *ja*. En met die handdoek moet meedraaien. Dat zijn best wel wat trekkrachten. Ik weet niet wat een been weegt kilo of tien, misschien nog wel meer. Keer twee is al twintig kilo, ik geloof dat je maar maximaal vijftientwintig kilo mag tillen *drieëntwintig*. Drieëntwintig kilo dus dan kom je al redelijk aardig *ja dan ben je* en dan heb je hier nog dus je hebt hier een trekkracht aan deze kant van de patiënt want die trekt aan jouw arm, en je hebt hier zelf een biceps kracht opwaartse kracht. Dus je zit wel meerdere kilo's aan je gewicht te trekken. Dus ik denk qua ergonomie dat dit niet geheel uhm veranderwoord is. *Oke. Uhm ja. (5)* Ja die zou ik wel pretenderen. *Uhm maar hier bij deze uhm verschil nog in de zijligging actief en de zijligging passief* huhum. *Maar bij de zijligging actief moet hij nog vanuit de plat bed zeg maar overeind zien te komen* humhum. Je hebt hier een hefboom werking, op het moment dat je twee zware benen uit het bed laat kiepen krijg je al een opwaartse beweging met die romp. Dan komt hij al eigenlijk een beetje vrij. Patiënt kan actief met hier opduwen met zijn elleboog en met zijn hand. Want je hebt geen eenzijdige verlamming. Dat heb je allemaal niet. *Nee*. Je hoeft in principe maar je hand onder die schouder te steken. En je kunt hem begeleiden met je benen en je doet dit. Dit is een heel makkelijke manier, hier speelt inderdaad wel *dat de patiënt misschien bang is, dat je kort naast het bed moet staan zoals deze mevrouw doet.* Ik ondersteun inderdaad de knieplooi en laat de benen er naast vallen. Ik duw bij wijze van spreken nog op een been waarbij die opgelucht wordt en daarbij zwiep ik hem eigenlijk omhoog. *Oke. En wat is dan het verschil met uhm de zijligging minder actief, doen ze hier dan wel de rugligging omhoog? Het lijkt alsof ze hier iets anders doet met haar benen maar dat kan ik niet goed zien, precies eruit halen.* Geen idee, waarom dat ze dat willen, hier nog actief omdat ze meer flexi willen van de benen. *Dus daar zit dan eigenlijk geen verschil in.* *Nee*. Want je staat hier ook en daar ook ervoor. Misschien dat zij hier meer de benen naar beneden laat glijden, ja nee geen idee. *Ja want ik dacht dat ze hier wel de bedstandaard omhoog deed, dus ik dacht dan laat ze zeker hier de hoofdsteen omhoog komen.* Dat kan maar er staat niet nog een plaatje dan, ja hier staat de achterkant. Ja heb je gelijk. Dus dan laat ze hem inderdaad via de hoofdsteen meer maak je het nog makkelijker. Voor jezelf, dit oefenen (5) mocht dat niet lukken *dan ga je een stap terug*. Ja dan toch eventjes wat omhoog kantelen maar dit is die hefboom werking, bij allebei deze principes. *Oke*. Dus deze kan ook nummer vijf dan. *Uhm ja dit gaat over het draaien in bed.* Ja dat zie je wel heel slecht gebeuren. Uhm ik merk dat bij het uhm het draaien in bed wat wij heel

vaak doen met verpleegkundigen uhm met het inbrengen van de tilbanden. *huhum*. Daar helpen we vaak mee he. **Er wordt heel weinig ook met draaimechanismen ook mee gewerkt.** Laat die knie flexteren als je de knie al geflexteerd hebt kan ik met twee vingers een been draaien. In plaats van eronder te grijpen en ik draai de patiënt wel. Draaimechanismen ook weer, gebogen knie twee vingers draai ik een patiënt. **Daarbij ook schouderinzet als mijn schouder achterblijft krijg ik geen enkele patiënt gedraaid met de romp. Schouder moet mee naar voren en dan kan ik pas een draai inzetten.** En dan is ook wat ik vind dat de oudere generatie nog meer doet. **Ik ga u nu, niet voor aankondigen he, nee ik ga u proberen te draaien u mag mee helpen met draaien, u mag uw been buigen goed zo, u mag naar mij toe draaien er gebeurt niets verder. U kunt niet uit het bed vallen want ik sta voor u, mijn collega staat aan de achterkant duwt een matje. De communicatie naar de patiënt toe is echt van belang.** Uhm als ik zelfs een verwarde, bijna sub comateuze patiënt bij wijze van spreken steeds zeggen wat je wilt, misschien in het onder bewustzijn krijgen mensen heel veel mee, gaan liggen als een plank en probeer maar eens een boomstam om te duwen. *Ja*. Dus deze is prima. Bij de schouder of bij de heup of bij de knie *huhum*. Ik zou zelfs bij de knie pakken dan krijg je hem nog wat makkelijker gedraaid. Ja hier kan hij inderdaad vastpakken aan het bed rek. Ik vind vaak de bed rekken of de bedden vrij smal en dan uhm ligt hij al vaak met zijn neus op de bed rekken als je *Ja inderdaad* Wat ik dan minder vind. Een strak laken, wacht uitnodigen om... is dat een andere? *Ja daar doen ze draaien met uhm met een laken? Met een steeklaken zeg maar* Ik denk dat de decubitus dat uhm niet zo heel erg uhm *Nee*. Dus nee, die heb ik zelf ook nog nooit gezien. *Dus 7 kan dan sowieso niet*, ik denk het niet. Ik denk niet dat dat mag. *Die lijkt mij ook niet echt comfortabel. Want hier ligt hij echt gewoon als een plank in bed. Ja. Benen naast elkaar, armen over het middel.* En je moet volledig trekken. **En wat zij hier zeggen op mijn tenen gaan staan, waarom zou ik op mijn tenen moeten gaan staan, dan ben ik zelf veel minder in balans.** Uhm ik zou eerder pretenderen om het bed gewoon een stuk omlaag te zetten want zij staat best hoog, want zij staat over dat bed rek heen te ja bungelen eigenlijk al op haar tenen. En moet dan naar achter, als jij door je knieën zakt en een voor, achterwaartse beweging maakt vanuit je benen kan ik veel beter krachtverdeling creëren dan vanuit mijn tenen staand. Dus dat snap ik niet zo heel goed, waar heb je die uit? *Uhm Hake (2013) dat heet basisboek verplaatsingstechnieken voor zorgverleners*. Dat schrijf ik me even op als je dat niet erg vind, want dat wil ik wel eens even nakijken. *Ja oke. *stilte** Dit is ook niet hoe je het op de neurologie cursus krijgt aangeleerd he uhm. De neurologie cursus heb ik gevolgd en daarbij krijg je allemaal uhm ook die transfers aangeleerd hoe je dat op de meest ergonomische manier moet doen. En daar zit tenenstand sowieso niet, dat laken zit er niet bij. *Ja er zitten wel een paar ja er zijn heel veel technieken die ze in dat boek beschrijven ik heb dan de meest voorkomende uit gepakt.* Hmm en ook die waarvan ik dacht ja volgens mij kan dat niet omdat te gaan

bespreken zeg maar. Hmm ja dat met dat laken vind ik zelf ook wel een handige, ik weet dat het niet mag. Daarbij zou je nog kunnen kiezen dat je het bed doet kantelen. Het hoofdeinde dus lager dan het voeteneinde. Ja dat doe ik altijd. In trendelenburg, in trendelenburg bed flink hoog zetten, patiënt vragen uhm of om papagaai en knieën gebogen dat hij zich actief mee kan afzetten. En heb je een hele passieve patiënt waarbij dat niet lukt toevallig op de IC nog van de week gehad, nou dan trekken we even aan een laken bij wijze van spreken en dan heb je hem zo. Als je twee man sterk bent heb je die patiënt zo omhoog. Zorgen dat het kussen weg ligt, niet dat je tegen kussens aan ligt te duwen. Maar hij mag wat ik heb begrepen vanuit de decubituscommissie uhm mag dat niet meer. Nee. En hebben we die steeklakens niet meer in de bedden liggen. Yes? Hmm. Dat was het. De laatste vraag, als ik een uhm klinische les wil gaan geven over mobilisatie, hmm. Ben je dan bereid om daaraan mee te werken? Hmm. Hoe wil je die voorbereiden? Nou wat ik wil gaan doen. Ik moet eerst sowieso dit interview gaan uitschreven. Hmm. En dan kijken welke technieken ik denk dat het meest van toepassing zijn. Ik wil tenminste eentje draaien eentje van lig naar zit en eentje van zit naar staand zeg maar. En ik wil dan uhm uhm kijken dat ik een bed heb, Ja. Daar heb. En dan zelf mensen in bed laten liggen en zelf laten proberen wat ze eerst laten hun kijken wat zij denken dat de beste methode is, en het dan hun gaan aanleren. Waarom maak je niet zelf zo'n foto reportage? Is dat een optie. Uhm ja, maar moet ik die dan vooraf maken, ik zou die vooraf maken. Of in de presentatie uhm. En dan kun je dat naderhand he, wat jij zegt eerst zelf laten hoe mobiliseer ik een patiënt, hoe kan dat op de makkelijkste manier. Want dan kan ik ook zien, Ja. Waar ligt het probleem eigenlijk, waaraan ligt het probleem en dat je dan ter afsluiting de goede manier voordoet en dat dan ook meegeeft op papier of ophangt. Dan heb je meteen weer materiaal waar ze het kunnen terug kijken. Ja, ik weet niet of dat een optie is? Ja dat is eigenlijk wel een slimme, want niet iedereen kan natuurlijk aanwezig zijn op die klinische les. Nee en dat geef je een keer en uhm en wil je die klinische les dan ook geven voor de reeds vaste collega's daar. Uhm ja, ik heb mij nu gericht op alleen het interne team, omdat daar mijn nul meting op gebaseerd is voordat de mdl erbij kwam. Hmm. En ja ik wil gewoon tijdens het werk een uur een klinische les geven. Hmm ik hoop natuurlijk dat mensen daar naar toe komen, ik kan natuurlijk niet verwachten dat iedereen van thuis daar naar toe komt. En ik wil aanbevelen dat zij dat gaan toepassen aan nieuwe studenten, nieuwe lichting. Ja. Wie is de ergocoach bij jullie op de afdeling? Ja de ergo uhm hoe heet dat coach volgens mij onder het team is Susanne Santbergen zij is ook mijn begeleidster. Ja. Want met haar zou je dus inderdaad dit mee moeten oppakken. Want als jij er mee stopt dat het wel wordt voortgezet. Ja. Binnen de afdeling. Hmmhmm. Nee ik wil je zeker helpen met die klinische les geven. Dat is geen enkel probleem. Nee? Nee daar hebben wij ook alleen maar profijt van en de patiënt al helemaal. Ja. Dat is alleen maar heel goed voor de patiënten. Dan wil ik je bedanken voor het interview. Graag gedaan.

6.1 Codering interview fysiotherapeut

Open codering	
Topic	Tekst
Klachten	- Ja rugklachten, schouder-nek klachten. Dat zijn toch wel de meest voorkomende personele ja problemen. - We hebben hier ook wel een arbeidspoli dat er mensen uit het ziekenhuis hier bij ons op de therapie komen.
Oorzaak	- We hebben het over veel zieke mensen, als je zelf ook ongetraind bent. Je zult ook zelf wat voor je eigen gezondheid moeten doen, om fysiek dit beroep tot je zevenenzestigste te kunnen uitvoeren. En heb je onvoldoende spierkracht in jou rug om dit ook te kunnen compenseren. - Maar ook dat er de patiënten categorie wat we vandaag de dag ook krijgen wordt ook steeds zwaarder. - Uhm mensen die heel lang thuis blijven maar wel steeds immobieler worden en die dan toch moeten proberen te mobiliseren. Dan heb je het ook over mensen die minder goed kunnen meehelpen. - Er wordt heel weinig ook met draaimechanismen ook mee gewerkt.
Aandachtspunten	- Dus ja uhm let op je juiste werkhouding, vanuit je benen werken in plaats van vanuit je rug met gewichtsverplaatsingen dat is echt van belang. Het uhm toepassen van de uhm juiste hulpmiddelen die er zijn. - veiligheid creëren voor de patiënt - en dat er weinig gebruik wordt gemaakt van tilliften. - ja het bed staat al niet op de juiste hoogte, - wat ik hier ook mis is de gewicht verplaatsing van de patiënt, uhm. Van de therapeut eigenlijk zijnde. - Wat we hier op de afdeling niet genoeg hebben zijn stoelen. Veilige stoelen, het liefst zonder wielen. - En wat zij hier zeggen op mijn tenen gaan staan, waarom zou ik op mijn tenen moeten gaan staan, dan ben ik zelf veel minder in balans. - Zorgen dat het kussen weg ligt, niet dat je tegen kussens aan ligt te duwen.

Hulpmiddelen	- Probleem hier in het ziekenhuis is dat we te weinig, te kort hieraan hebben aan die hulpmiddelen. Ja glijzijl bijvoorbeeld niet voorhandig is op een afdeling bij het hogerop plaatsen in bed. - Tilliften tekort, met name de passieve tillift. Dat je heel lang moet wachten waardoor natuurlijk ook langere immobiliteit bij de patiënten ontstaat he. - we hebben een pak paal die wordt met name bij de ergotherapie. Hebben mensen met name in de thuissituatie. - Uhm een papagaai die je zou kunnen gebruiken bij uhm het hogerop plaatsen in bed. - We hebben armleuningen waarom zouden we daar niet gebruik van maken.
Benaderingswijze	- Hoe creëer je veiligheid zodat een patiënt zich veilig voelt bij het maken van een transfer. Sta je veraf bij wijze van spreken voelt een patiënt zich niet veilig. Sta ik heel kort bij een patiënt kan hij geen enkele kant op. - En als jij uhm een gemoedelijke sfeer creëert, een rustige sfeer op de afdeling creëert en ook rustig en vriendelijk de patiënt benaderd. Krijg je medewerking van een patiënt. - Wij staan altijd aan de zijkant, kort naast de patiënt niet van voren. - dat de patiënt misschien bang is, dat je kort naast het bed moet staan zoals deze mevrouw doet. - Ik ga u nu, niet voor aankondigen he, nee ik ga u proberen te draaien u mag mee helpen met draaien, u mag uw been buigen goed zo, u mag naar mij toe draaien er gebeurt niets verder. U kunt niet uit het bed vallen want ik sta voor u, mijn collega staat aan de achterkant duwt een matje. De communicatie naar de patiënt toe is echt van belang.
Uitvoering van technieken	- uhm jullie krijgen dat geleerd op school. En de oudere gebruiken hun eigen technieken en verzeilen wel sneller in het trekken en duwen aan patiënten ten opzichte van onze generatie laten we het zo zeggen. - er wordt heel weinig inderdaad vanuit de benen gewerkt met gewichtsverplaatsingen

	- ik zie heel vaak dat de bed rekken wel oplaag zijn maar dat de knie knik er wel nog inzit als ik een patiënt ga verticaliseren van lig naar zit.
Technieken	- het gebruik maken van het bed door het bed te kiepen en het hogerop plaatsen daardoor - Dus de hoofdsteun al eens omhoog dan heb je hem al bijna rechtop zittend, in plaats van trekken hieraan - Dat hij naar voren moet komen dat klopt wat hier beschreven staat, dat hij eerst op het puntje van de stoel moet komen zitten. - Dus eerst naar voren schuiven met die billen, handen op de leuning en dan komen staan. - Meer op deze manier (3) inderdaad omvat elkaars knieën en wat wij eigenlijk zelfs doen is meer richting de schouderbladen gaan in plaats van aan de armen trekken. Wat wel goed is dat deze mevrouw inderdaad kort bij staat die knieën vaak gefixeerd heeft en dan tot stand komt. - Maar bij de zijligging actief moet hij nog vanuit de plat bed zeg maar overeind zien te komen humhum. Je hebt hier een hefboom werking, op het moment dat je twee zware benen uit het bed laat kiepen krijg je al een opwaartse beweging met die romp. - Laat die knie flexteren als je de knie al geflexteerd hebt kan ik met twee vingers een been draaien - Daarbij ook schouderinzet als mijn schouder achterblijft krijg ik geen enkele patiënt gedraaid met de romp. Schouder moet mee naar voren en dan kan ik pas een draai inzetten. - Het hoofdeinde dus lager dan het voeteneinde.
Belemmerende & bevorderende factoren	- ze lezen onze rapportage niet. - Of het is te lastig voor ze - begonnen met het instrueren van de leerling verpleegkundigen het aanleren van de transfers. - Dus er is een miscommunicatie. - Het moet allemaal snel snel,

	- ik snap dat er indien er personele onderbezetting is dat je niet altijd met twee personen een patiënt kan verzorgen aan het bed. , in trendelenburg
Interventies	- <i>En dan zelf mensen in bed laten liggen en zelf laten proberen wat ze eerst laten hun kijken wat zij denken dat de beste methode is, en het dan hun gaan aanleren.</i> - Waarom maak je niet zelf zo'n foto reportage?

Axiale codering	
Categorie:	Labels
Overbelasting	- Klachten - Oorzaak
Verpleegkundig	- Aandachtspunten - Benaderingswijze - Uitvoering
Mobilisatie	- Hulpmiddelen - Technieken
Implementatie	- Belemmerende en bevorderende factoren - Interventies

6.2 Membercheck interview fysiotherapie

1. Interview fysiotherapie

Schuingedrukt = Aniek, verpleegkundige.

Normaal lettertype = Kim, fysiotherapie



Bedankt, voor het meewerken aan mijn onderzoek. Graag gedaan alvast. Ik heb een paar vraagjes over uhm welke fysieke belasting wordt ervaren bij verpleegkundige op de afdeling interne. Uhm. Waar, wat wij dan kunnen doen om dat te voorkomen. Uhm als eerste, kunt u mij vertellen wat de meest voorkomende klachten zijn die verpleegkundigen ervaren door werk gerelateerde fysieke belasting. Ja rugklachten, schouder-nek klachten. Dat zijn toch wel de meest voorkomende personele ja problemen. We hebben hier ook wel een arbeidspoli dat er mensen uit het ziekenhuis hier bij ons op de therapie komen. Inderdaad voor rugklachten of nekkklachten hebben. En als je naar het ziekteverzuim kijkt denk ik persoonlijk dat een van de meest voorkomende klachten. Knieën dat valt wel mee of enkels dat is meestal niet het probleem. Uhm, waardoor worden deze klachten denk je het meest veroorzaakt. Door verschillende draaibewegingen verkeerd of door te veel tillen, of te veel zitten of.. Ja, he uhm, we moeten als verpleegkundigen of als paramedici natuurlijk best veel mensen ook mobiliseren. We hebben het over veel zieke mensen, als je zelf ook ongetraind bent. Je zult ook zelf wat voor je eigen gezondheid moeten doen, om fysiek dit beroep tot je zeventenzestigste te kunnen uitvoeren. En heb je onvoldoende spierkracht in jou rug om dit ook te kunnen compenseren. Maar ook dat er de patiënten categorie wat we vandaag de dag ook krijgen wordt ook steeds zwaarder. Uhm mensen die heel lang thuis blijven maar wel steeds immobiel worden en die dan toch moeten proberen te mobiliseren. Dan heb je het ook over mensen die minder goed kunnen meehelpen. En het ligt aan het soort patiëntencategorie. Heb jij een kinderafdeling bij wijze van spreken ten opzichte van een interne afdeling, of een chirurgie waar de padriatische patiënten worden gemobiliseerd. Dat is natuurlijk heel anders dan uhm de kinderafdeling bijvoorbeeld. Ja oke, Voldoende? Hmhm en kunnen uhm het aanleren van bepaalde houdingen uhm, bepaalde technieken deze klachten verminderen. Jazeker, uhm je ziet heel vaak dat we alles heel snel snel willen doen. En daarbij niet, wij ook als therapeuten niet even goed het bed op de juiste hoogte stellen och die ene patiënt we hebben het druk ik doe hem wel even alleen. En dan denken van Au hmm verkeerde inschatting, "gelach" of het gaat toch iets slechter dan dat we hadden verwacht. Dus ja uhm let op je juiste werkhouding vanuit je benen werken in plaats van vanuit je rug met gewichtsvaals op en dat is echt van belang. Het uhm toepassen van je uhm juiste hulpmiddelen die er zijn. Probleem hier in het ziekenhuis is dat we te weinig, te kort hieraan hebben aan die hulpmiddelen. Ja glijzijl bijvoorbeeld niet voorhandig is op een afdeling bij het hogerop plaatsen in bed. Je mag vanwege de decubitus eigenlijk niet een

7. Risico radar



Een checklist voor lichamelijke belasting

Ingevuld door: _____
 Functie: _____
 Afdeling: _____
 Datum: _____

- Kijk niet langer dan ongeveer een week terug en vul dan de lijst zo goed mogelijk in.
- Activiteiten die u wél als zwaar ervaart en die niet in de lijst staan, kunt u aan het eind invullen.

Vragen	Bijvoorbeeld:	Ja (kruis aan)	Hoe vaak ongeveer? □ x per dienst	Hoe vaak ongeveer? □ minder dan 12 kg/keer □ tussen de 12 en 23-25 kg □ meer dan 23-25 kg	Hoe lang ongeveer in totaal per dienst? □ uur / uren	Vindt u dat dit beter moet?	Groen, oranje of rood?
1a Moet u zware lasten tillen?	Laden en lossen, liftocontainers, waszakken, bulkverpakking, zuur-, stofftainers, infuusvoertuigen, lood (blokken).	☐				☐	groen ☐ oranje ☐ rood ☐
1b Transfers van passieve of tegenwerkende patiënten	Oksets, beverlengers, röntgencassettes.	☐				☐	groen ☐ oranje ☐ rood ☐
2 Moet u zwaar trekken?	Verwijderen van vaste vloerbedekking, verschuiven van meubels, planten-bakken, rijden met karren, trekken aan laden, rijden met bedden, liften, medicijnkar.	☐				☐	groen ☐ oranje ☐ rood ☐
3 Moet u zwaar duwen?	Verschuiven van meubels, plantentakken, moedijluren, schoonmaakkarren, schuifdeuren, duwen van bedden, mistoelen.	☐				☐	groen ☐ oranje ☐ rood ☐
4a Moet u in moeilijke of als vermoedend ervaren houdingen werken? (meer dan 30° schuiving van een rechte houding)	Koken, trags in noodzakken laden, afneembare zijden, nappen, zemen, stofzuigen, bedden opmaken, sorteren (Oksets, opzetten, lab).	☐				☐	groen ☐ oranje ☐ rood ☐
4b Moet u in moeilijke of als vermoedend ervaren houdingen werken bij patiëntgebonden handelingen	Begrijpen bij eten, steun aanhoof doen van bedden, douchen, gipsen van ledematen, assistentie bij operaties of andere ingrepen.	☐				☐	groen ☐ oranje ☐ rood ☐

2b.5

© 2003, Sectorfondsen Zorg en Welzijn & LOCO-wolven.



Een checklist voor lichamelijke belasting

Vragen		Bijvoorbeeld:	Ja (Bruis aan?)	Hoe vaak ongeveer? [] x per dienst	Hoe zwaar ongeveer? Geef een rapportcijfer (1= zeer licht, 10 = zeer zwaar) cijfer: []	Vindt u dat dit beter moet?	Groen, oranje of rood? (Zie de Pictogramlijnen en de Preventie/Tip)
	5 Moet u zwaar manoeuvreren met materieel (bedden, karren etc.)? (zie de Kar/Vragen)	Bochten rijden met karren, moettijdigheid, bedden, rostoelen, waddelen etc.	☐			☐	groen ☐ oranje ☐ rood ☐
	6 Moet u hard of zwaar op materiaal drukken?	Schalen, boenen, sluiten van dozen of truss, inspikken DK-sats op de CSA, schoonsmaakwerk.	☐			☐	groen ☐ oranje ☐ rood ☐
	7 Moet u zware materialen of dingen dragen?	Wisselen, schone was, moettijden, bulverpakking, waszakken, zoutzakken, kratten, zuurstofcilinders, DK-satellen, onderdelen DK-sat, servicevanden, DK-sats.	☐			☐	groen ☐ oranje ☐ rood ☐
	8 Moet u werken met uw armen) heffen (boven uw macht werken)?	Schilderen, ramen zemen, stoffen, instrumenten heffen, opdikken, CSA-werkzaamheden, apothek, infusen wisselen, moettijdst, voorraadkast.	☐			☐	groen ☐ oranje ☐ rood ☐
	9 Moet u ver reiken?	Diep in schappen plaatsen van materiaal, sorteren van kleding, leunen, restaurant, vullen moettijden, opdikken, CSA-werkzaamheden, apothek, eten geven, voorraadkasten, instrumenten.	☐			☐	groen ☐ oranje ☐ rood ☐
	10 Verlicht u beeldschermwerk?	Kantoorwerk, administratie, balkewerk, computer.	☐			☐	groen ☐ oranje ☐ rood ☐
	11. Verlicht u zittend werk?	Machinaal grasmaaien, kantoorwerk, balkewerk, beeldschermwerk, lab-werkzaamheden, patiëntenaanminst, docenten bijwerken, labo-ortumwerk.	☐			☐	groen ☐ oranje ☐ rood ☐



Een checklist voor lichamelijke belasting

Vragen	Bijvoorbeeld:	Ja (Basis aan)	Hoe vaak gebeurt dat ongeveer? uur per dienst	Hoe lang in totaal per dienst?	Vindt u dat dit beter moet? (Basis dan aan)	Groen, oranje of rood? (Zie de Praktijkrichtlijnen en de PreventieVijzer)
12 Moet u tijdens uw werk vaak achter elkaar dezelfde han- delingen uitvoeren?	Lopende band in keulen, afwaschine in- en uitladen, trays in roedelinnen laden, sollen. (voor huishoudenswerk zie 10).	☐			☐	groen ☐ oranje ☐ rood ☐
13 Moet u tijdens uw werk textiel of schoonmaakdoeken uithangen?	Dweilen, zomen, boenen, bleeding uithangen.	☐	Hoe vaak vindt u dat? Geef een rapportcijfer (1 = zeer licht, 10 = zeer zwaar) cijfer:		☐	groen ☐ oranje ☐ rood ☐
14 Moet u tijdens uw werk periodes staan (langer dan enkele minuten achter elkaar)?	Schrijven, vouwen en sorteren van de- kens, keulen, instrumenten, opene- ren, schoonmaakwerkzaamheden, sorteren en inpakken op de CSL, naast het bed staan, instrumenten, assisteren bij ingang/opvoetkas.	☐	Hoe lang aaneengesloten ongeveer? minuten of uren	Hoe lang in totaal per dienst? minuten of uren	☐	groen ☐ oranje ☐ rood ☐
15 Moet u hurken of knielen tijdens uw werk?	Herichten van technische reparaties, stoffen, sappen, stofzuigen, schoenen aantrekken bij patiënten.	☐	Hoe lang moet u dan hurken of knielen per keer? minuten of uren	Hoe lang in totaal moet u dan hurken of knielen? minuten of uren	☐	groen ☐ oranje ☐ rood ☐
16 Verricht u werkzaam- heden die nu nog niet genoemd zijn, maar die toch zwaar zijn? Noteer ze dan hier.	Denk aan: • Hulp bij begeleiding patiënten • Lang lopen • Hulp bij rillen patiënten • Noodstuntjes • Bijzondere situaties	☐	Waarom is dat zo zwaar? 		☐	groen ☐ oranje ☐ rood ☐
17 Mist u bepaalde hulpmiddelen of werkmaterialen tijdens uw werk?						
18 Welke oplossingen ziet u zelf voor eventuele problemen die u bij één of meer van de 17 hiervoor genoemde bronnen van fysieke belasting hebt aangegeven?	Uw oplossing: 	Nummer van de bron hierboven: 				

2b.7

* Inge vulde enquêtes zijn op te vragen bij de student.

8. Resultaten Enquête

De enquête werd uitgereikt aan 30 verpleegkundigen van het Zuyderland medisch centrum afdeling Interne Geneeskunde. Respons van 21 enquêtes.

Vraag:	Welke werkzaamheden	Hoe vaak per dienst	Hoe zwaar gemiddeld
Moet u zware lasten tillen?	- <i>Zorgvragers tillen</i> Aantal verpleegkundige: 3 - <i>Waszakken</i> Aantal verpleegkundige: 9 - <i>Patiëntenvervoer</i> Aantal verpleegkundige: 1 - <i>ADL</i> Aantal verpleegkundige: 2 - <i>Zuurstofcilinders</i> Aantal verpleegkundige: 2 - <i>Verzorging</i> Aantal verpleegkundige: 3 - <i>Inruimen van het lab</i> Aantal verpleegkundige: 1 - <i>Geen antwoord:</i> Aantal verpleegkundige: 5	- <i>1 keer</i> Aantal verpleegkundige: 4 - <i>2 tot 3 keer</i> Aantal verpleegkundige: 5 - <i>4 keer</i> Aantal verpleegkundige: 3 - <i>5 tot 6 keer</i> Aantal verpleegkundige: 4 - <i>10 tot 11 keer</i> Aantal verpleegkundige: 2 - <i>Geen antwoord</i> Aantal verpleegkundige: 3	- <i>Minder dan 12kg</i> Aantal verpleegkundige: 7 - <i>Tussen 12 en 23-25kg</i> Aantal verpleegkundige: 5 - <i>Meer dan 25kg</i> Aantal verpleegkundige: 9
Transfers van passieve of tegenwerkende cliënten?	- <i>Verzorgen van patiënten op bed.</i> Aantal verpleegkundige: 1 - <i>ADL, toiletbezoek</i> Aantal verpleegkundige: 14 - <i>Waszakken</i> Aantal verpleegkundige: 1 - <i>Geen antwoord</i> Aantal verpleegkundige: 5	- <i>1 keer</i> Aantal verpleegkundige: 2 - <i>2 tot 3 keer</i> Aantal verpleegkundige: 2 - <i>4 keer</i> Aantal verpleegkundige: 4 - <i>5 tot 6 keer</i>	Rapportcijfer: (1= zeer licht, 10 = zeer zwaar) - <i>Cijfer 5</i> Aantal verpleegkundige: 1 - <i>Cijfer 6</i> Aantal verpleegkundige: 2 - <i>Cijfer 7</i> Aantal verpleegkundige: 12 - <i>Cijfer 8</i> Aantal verpleegkundige: 5

		Aantal verpleegkundige: 7 - 8 keer Aantal verpleegkundige: 1 - 10 keer Aantal verpleegkundige: 4 - Geen antwoord Aantal verpleegkundige: 1	- Geen antwoord Aantal verpleegkundige: 1
Moet u zwaar trekken?	- Patiëntenvervoer Aantal verpleegkundige: 5 - Patiënt verplaatsen in bed Aantal verpleegkundige: 1 - Verzorging Aantal verpleegkundige: 1 - Was kar Aantal verpleegkundige: 1 - Rijden met bed, tillift Aantal verpleegkundige: 6 - Geen antwoord Aantal verpleegkundige: 7	Met 1 of twee handen: - 1 hand Aantal verpleegkundige: - 2 handen Aantal verpleegkundige: 12 - Komt beide voor Aantal verpleegkundige: 7 - Geen antwoord Aantal verpleegkundige: 2	Rapportcijfer: (1= zeer licht, 10 = zeer zwaar) - Cijfer 3 Aantal verpleegkundige: 1 - Cijfer 4 Aantal verpleegkundige: 3 - Cijfer 5 Aantal verpleegkundige: 2 - Cijfer 6 Aantal verpleegkundige: 7 - Cijfer 7 Aantal verpleegkundige: 5 - Cijfer 8 Aantal verpleegkundige: 1 - Geen antwoord Aantal verpleegkundige: 2
Moet u zwaar duwen?	- Patiënten transport Aantal verpleegkundige: 7 - Bedden, rolstoel duwen Aantal verpleegkundige: 6 - Geen antwoord Aantal verpleegkundige: 8	Met 1 of twee handen: - 1 hand Aantal verpleegkundige: - 2 handen	Rapportcijfer: (1= zeer licht, 10 = zeer zwaar) - Cijfer 3 Aantal verpleegkundige: 1 - Cijfer 4 Aantal verpleegkundige: 2

		Aantal verpleegkundige: 13 - <i>Komt beide voor</i> Aantal verpleegkundige: 6 - <i>Geen antwoord</i> Aantal verpleegkundige: 2	- <i>Cijfer 5</i> Aantal verpleegkundige: 3 - <i>Cijfer 6</i> Aantal verpleegkundige: 9 - <i>Cijfer 7</i> Aantal verpleegkundige: 4 - <i>Cijfer 8</i> Aantal verpleegkundige: - <i>Geen antwoord</i> Aantal verpleegkundige: 2
Moet u in moeilijke of als vermoeiend ervaren houdingen werken?	- <i>Verzorgen aan wastafel, toilet</i> Aantal verpleegkundige: 4 - <i>Bukken voor steunkousen, sokken</i> Aantal verpleegkundige: 1 - <i>Bedden opmaken</i> Aantal verpleegkundige: 6 - <i>Geen antwoord</i> Aantal verpleegkundige: 8 - <i>Nee</i> Aantal verpleegkundige: 2	Hoelang ongeveer per keer: - <i>2,3 min</i> Aantal verpleegkundige: 6 - <i>4,5 min</i> Aantal verpleegkundige: 4 - <i>10 min</i> Aantal verpleegkundige: 1 - <i>15 min</i> Aantal verpleegkundige: 3 - <i>30 min</i> Aantal verpleegkundige: 1 - <i>Geen antwoord</i> Aantal verpleegkundige: 6	Hoelang ongeveer per dienst: - <i>10 min</i> Aantal verpleegkundige: 2 - <i>15 min</i> Aantal verpleegkundige: 1 - <i>30 min</i> Aantal verpleegkundige: 4 - <i>60 min</i> Aantal verpleegkundige: 6 - <i>120 min</i> Aantal verpleegkundige: 1 - <i>Geen antwoord</i> Aantal verpleegkundige: 7
Moet u in moeilijke of als vermoeiend ervaren houdingen	- <i>Verzorgen aan wastafel, douchen</i> Aantal verpleegkundige: 14	Hoelang ongeveer per keer: - <i>2,3 min</i>	Hoelang ongeveer per dienst: - <i>10 min</i>

werken bij cliëntgebonden handelingen?	- <i>Bukken voor steunkousen, sokken</i> Aantal verpleegkundige: - <i>Verpleegtechnische handelingen</i> Aantal verpleegkundige: 1 - <i>Katheterzak lediging</i> Aantal verpleegkundige: 1 - <i>Geen antwoord</i> Aantal verpleegkundige: 5	Aantal verpleegkundige: 1 - <i>4,5 min</i> Aantal verpleegkundige: 3 - <i>10 min</i> Aantal verpleegkundige: 7 - <i>15 min</i> Aantal verpleegkundige: 5 - <i>30 min</i> Aantal verpleegkundige: 4 - <i>Geen antwoord</i> Aantal verpleegkundige: 1	Aantal verpleegkundige: 1 - <i>15 min</i> Aantal verpleegkundige: 1 - <i>20 min</i> Aantal verpleegkundige: 1 - <i>30 min</i> Aantal verpleegkundige: 2 - <i>60 min</i> Aantal verpleegkundige: 8 - <i>120 min</i> Aantal verpleegkundige: 4 - <i>6 uur</i> Aantal verpleegkundige: 1 - <i>Geen antwoord</i> Aantal verpleegkundige: 3
Moet u zwaar manoeuvreren met materieel?	- <i>Rolstoelen</i> Aantal verpleegkundige: 5 - <i>Patiënten transport</i> Aantal verpleegkundige: 3 - <i>Beddenvervoer</i> Aantal verpleegkundige: 5 - <i>Zorg</i> Aantal verpleegkundige: 1 - <i>NVT</i> Aantal verpleegkundige: 1 - <i>Geen antwoord</i> Aantal verpleegkundige: 6	- <i>1 keer</i> Aantal verpleegkundige: 3 - <i>2 tot 3 keer</i> Aantal verpleegkundige: 3 - <i>4 keer</i> Aantal verpleegkundige: 5 - <i>5 tot 6 keer</i> Aantal verpleegkundige: 2 - <i>7 keer</i> Aantal verpleegkundige: 2 - <i>10 tot 11 keer</i>	Rapportcijfer: (1= zeer licht, 10 = zeer zwaar) - <i>Cijfer 3</i> Aantal verpleegkundige: - <i>Cijfer 4</i> Aantal verpleegkundige: 3 - <i>Cijfer 5</i> Aantal verpleegkundige: 4 - <i>Cijfer 6</i> Aantal verpleegkundige: 3 - <i>Cijfer 7</i> Aantal verpleegkundige: 6 - <i>Cijfer 8</i> Aantal verpleegkundige: - <i>Geen antwoord</i> Aantal verpleegkundige: 5

		Aantal verpleegkundige: 1 - <i>Geen antwoord</i> Aantal verpleegkundige: 5	
Moet u hard of zwaar op materieel drukken?	- <i>Septobakken</i> Aantal verpleegkundige: 1 - <i>NVT</i> Aantal verpleegkundige: 7 - <i>Geen antwoord</i> Aantal verpleegkundige: 13	- <i>1 keer</i> Aantal verpleegkundige: 2 - <i>Geen antwoord</i> Aantal verpleegkundige: 19	Rapportcijfer: (1= zeer licht, 10 = zeer zwaar) - <i>Cijfer 4</i> Aantal verpleegkundige: 1 - <i>Cijfer 7</i> Aantal verpleegkundige: 1 - <i>Geen antwoord</i> Aantal verpleegkundige: 19
Moet u zware materialen of dingen dragen?	- <i>Waszakken</i> Aantal verpleegkundige: 9 - <i>Zuurstofcilinders</i> Aantal verpleegkundige: 3 - <i>Opruimwerkzaamheden</i> Aantal verpleegkundige: 3 - <i>Bedverlenger halen</i> Aantal verpleegkundige: 1 - <i>Geen antwoord</i> Aantal verpleegkundige: 5	Hoe zwaar gemiddeld: - <i>Minder dan 15kg</i> Aantal verpleegkundige: 14 - <i>Meer dan 15kg</i> Aantal verpleegkundige: 1 - <i>Geen antwoord</i> Aantal verpleegkundige: 6	- <i>1 keer</i> Aantal verpleegkundige: 3 - <i>2 tot 3 keer</i> Aantal verpleegkundige: 8 - <i>4 keer</i> Aantal verpleegkundige: 1 - <i>Geen antwoord</i> Aantal verpleegkundige: 9
Moet u werken met uw armen geheven?	- <i>Voorraadkast</i> Aantal verpleegkundige: 2 - <i>NVT</i> Aantal verpleegkundige: 6 - <i>Geen antwoord</i> Aantal verpleegkundige: 13	Hoe lang gemiddeld per keer: - <i>2 min</i> Aantal verpleegkundige: 1 - <i>10 min</i>	

		Aantal verpleegkundige: 2 - <i>Geen antwoord</i> Aantal verpleegkundige: 18	
Moet u ver reiken?	- <i>Voorraad inruimen</i> Aantal verpleegkundige: 1 - <i>NVT</i> Aantal verpleegkundige: 6 - <i>Geen antwoord</i> Aantal verpleegkundige: 14	Is dat meer dan 50cm van uw schouder af? - <i>Ja meestal</i> Aantal verpleegkundige: 1 - <i>Af en toe</i> Aantal verpleegkundige: 1 - <i>Nee, zelden of nooit</i> Aantal verpleegkundige: 1 - <i>Geen antwoord</i> Aantal verpleegkundige: 19	- <i>1 keer</i> Aantal verpleegkundige: 1 - <i>2 tot 3 keer</i> Aantal verpleegkundige: 1 - <i>Geen antwoord</i> Aantal verpleegkundige: 19
Verricht u beeldschermwerk?	Wat is de gemiddelde aaneengesloten duur: - <i>10 min</i> Aantal verpleegkundige: 1 - <i>30 min</i> Aantal verpleegkundige: 8 - <i>1 uur</i> Aantal verpleegkundige: 5 - <i>2 uur</i> Aantal verpleegkundige: 3 - <i>3 a 4 uur</i> Aantal verpleegkundige: 1	Hoe lang in totaal per dienst: - <i>1 uur</i> Aantal verpleegkundige: 1 - <i>1,5 uur</i> Aantal verpleegkundige: 3 - <i>2 uur</i> Aantal verpleegkundige: 7 - <i>3 a 4 uur</i>	Vindt u uw werkplek goed ingericht: - <i>Ja</i> Aantal verpleegkundige: 4 - <i>Nee</i> Aantal verpleegkundige: 13 - <i>Geen antwoord</i> Aantal verpleegkundige: 4

	- <i>NVT</i> Aantal verpleegkundige: 1 - <i>Geen antwoord</i> Aantal verpleegkundige: 2	Aantal verpleegkundige: 7 - <i>5 a 6 uur</i> Aantal verpleegkundige: 1 - <i>Geen antwoord</i> Aantal verpleegkundige: 2	
Verricht u zittend werk	- <i>Rapporteren</i> Aantal verpleegkundige: 11 - <i>Pauze</i> Aantal verpleegkundige: 1 - <i>Geen antwoord</i> Aantal verpleegkundige: 9	Gemiddelde aaneengesloten duur: - <i>10 min</i> Aantal verpleegkundige: 1 - <i>30 min</i> Aantal verpleegkundige: 5 - <i>45 min</i> Aantal verpleegkundige: 1 - <i>1 uur</i> Aantal verpleegkundige: 4 - <i>2 uur</i> Aantal verpleegkundige: 2 - <i>3 a 4 uur</i> Aantal verpleegkundige: - <i>Geen antwoord</i> Aantal verpleegkundige: 8	Totale tijd per dienst - <i>30 min</i> Aantal verpleegkundige: 1 - <i>45 min</i> Aantal verpleegkundige: - <i>1 uur</i> Aantal verpleegkundige: 2 - <i>1,5 uur</i> Aantal verpleegkundige: 1 - <i>2 uur</i> Aantal verpleegkundige: 4 - <i>3 a 4 uur</i> Aantal verpleegkundige: 4 - <i>Geen antwoord</i> Aantal verpleegkundige: 9

Moet u tijdens uw werk vaak achter elkaar dezelfde handelingen uitvoeren	- <i>Verzorging</i> Aantal verpleegkundige: 2 - <i>NVT</i> Aantal verpleegkundige: 7 - <i>Geen antwoord</i> Aantal verpleegkundige: 12	Hoe lang achter elkaar per dienst - <i>3 uur</i> Aantal verpleegkundige: 1 - <i>5 a 6 uur</i> Aantal verpleegkundige: 1 - <i>Geen antwoord</i> Aantal verpleegkundige: 19	
Moet u tijdens uw werk textiel of schoonmaakdoeken uitwringen	- <i>NVT</i> Aantal verpleegkundige: 21		
Moet u tijdens uw werk langer dan enkele minuten achter elkaar staan?	- <i>Verzorging</i> Aantal verpleegkundige: 8 - <i>Vrijwel continu</i> Aantal verpleegkundige: 3 - <i>Computer</i> Aantal verpleegkundige: 3 - <i>Geen antwoord</i> Aantal verpleegkundige: 7	Hoe lang aaneengesloten: - <i>5 min</i> Aantal verpleegkundige: 1 - <i>10, 15 min</i> Aantal verpleegkundige: 2 - <i>20 min</i> Aantal verpleegkundige: 1 - <i>30 min</i> Aantal verpleegkundige: 2 - <i>1 uur</i> Aantal verpleegkundige: 3 - <i>2 uur</i>	Totale tijd per dienst - <i>30 min</i> Aantal verpleegkundige: - <i>45 min</i> Aantal verpleegkundige: - <i>1 uur</i> Aantal verpleegkundige: 1 - <i>1,5 uur</i> Aantal verpleegkundige: 2 - <i>2 uur</i> Aantal verpleegkundige: 2 - <i>3 a 4 uur</i> Aantal verpleegkundige: 4 - <i>5 a 6 uur</i> Aantal verpleegkundige: 3 - <i>Geen antwoord</i> Aantal verpleegkundige: 9

		Aantal verpleegkundige: 1 - 3 uur Aantal verpleegkundige: 3 - Geen antwoord Aantal verpleegkundige: 8	
Moet u hurken of knielen tijdens uw werk	- <i>Schoenen aantrekken</i> Aantal verpleegkundige: 6 - <i>Katheter ledigen</i> Aantal verpleegkundige: 3 - <i>Verzorging</i> Aantal verpleegkundige: 5 - <i>NVT</i> Aantal verpleegkundige: 1 - <i>Geen antwoord</i> Aantal verpleegkundige: 6	Hoelang moet u dan bukken per keer - 1 min Aantal verpleegkundige: 3 - 5 min Aantal verpleegkundige: 3 - 10 min Aantal verpleegkundige: 4 - 30 min Aantal verpleegkundige: 3 - Geen antwoord Aantal verpleegkundige: 8	Hoelang moet u bukken gedurende de dienst - 5 min Aantal verpleegkundige: 2 - 10 min Aantal verpleegkundige: 1 - 15 min Aantal verpleegkundige: 1 - 30 min Aantal verpleegkundige: 3 - 60 min Aantal verpleegkundige: 4 - 120 min Aantal verpleegkundige: 1 - Geen antwoord Aantal verpleegkundige: 9
Verricht u werkzaamheden die nog niet genoemd zijn, maar als zwaar wordt ervaren?	- <i>Draaien van patiënten.</i> - <i>Hoger verschuiven van patiënten</i> - <i>Mobiliseren van patiënt met slechte stafunctie "hangen"</i>		

Mist u bepaalde hulpmiddelen?	- <i>Glijzeil</i> - <i>Vaste afdelingseigen tilliften.</i> - <i>Plank mobilisatie bed-stoel</i> - <i>Aantrekhelp steunkousen</i> - <i>Cursus, scholing ergonomie</i> - <i>Goede zithouding achter computer</i>		
-------------------------------	--	--	--

9. Vragenlijst pilot

Beste,

Zoals bekend is er een pilot gedraaid op de afdeling Interne Geneeskunde waarbij de vernieuwde verplaatsingstechnieken aan bod kwamen. Jullie hebben de klinische les bijgewoond of hebben de handleiding kritisch gelezen en zijn hierna aan de slag gegaan met het werken aan de hand van deze vernieuwde verplaatsingstechnieken. Om de implementatie op langere termijn ook succesvol te laten zijn is er voor gekozen om door middel van een vragenlijst te beoordelen of de implementatie het gewenste effect heeft gehad en er minder fysieke belasting wordt ervaren.

De vragenlijst zal 5 tot 10 min tijd kosten, alvast bedankt voor de respons

1. Indien de klinische les is bijgewoond; Vond u de klinische les waardevol en effectief en licht dit toe?
2. Indien de handleiding kritische is beoordeeld; Vond u de handleiding toereikend en licht toe waarom wel of niet?
3. Zijn u door middel van zowel de klinische les als de handleiding de verplaatsingstechnieken duidelijk geworden of bleven er vraagtekens?
4. Ondervind u tijdens de uitvoering van de verplaatsingstechnieken problemen?
5. Wanneer u terugkijkt op de verplaatsingstechnieken zoals u ze voorheen uitvoerde merkt u dat u zich nu fitter voelt? (Minder klachten van rug, nek of schouders?)
6. Wanneer u terugkijkt op de verplaatsingstechnieken zoals u ze voorheen uitvoerde merkt u dat u nu langer bezig bent bij een patiënt en zo ja waar komt dat volgens u door?

7. Merkt u door een andere benaderingswijze te gebruiken dat de patiënt beter en meer meewerkt?

8. Merkt u dat de patiënt eerder weet wat van hem/ haar verwacht wordt wanneer er duidelijke instructie wordt gegeven en alle verpleegkundige dezelfde verplaatsingstechnieken uitvoeren?

9. Heeft u nog op of aanmerkingen aan de implementatie, de pilot of de manier waarop de informatie is verstrekt?

10. Uitwerkingen vragenlijst pilot

Beste,

Zoals bekend is er een pilot gedraaid op de afdeling Interne Geneeskunde waarbij de vernieuwde verplaatsingstechnieken aan bod kwamen. Jullie hebben de klinische les bijgewoond of hebben de handleiding kritisch gelezen en zijn hierna aan de slag gegaan met het werken aan de hand van deze vernieuwde verplaatsingstechnieken. Om de implementatie op langere termijn ook succesvol te laten zijn is er voor gekozen om door middel van een vragenlijst te beoordelen of de implementatie het gewenste effect heeft gehad en er minder fysieke belasting wordt ervaren.

De vragenlijst zal 5 tot 10 min tijd kosten, alvast bedankt voor de respons

1. Indien de klinische les is bijgewoond; Vond u de klinische les waardevol en effectief en licht dit toe?

Ja er zijn onderwerpen aan bod gekomen die voor mij niet bekend waren. Ik ging er vanuit dat ik altijd goed deed tillen, maar door de instructies van aniek ben ik erachter gekomen dat er andere (betere) technieken zijn en de verschillende technieken voor mobilisatie bij verschillende ziektebeelden.

2. Indien de handleiding kritische is beoordeeld; Vond u de handleiding toereikend en licht toe waarom wel of niet?

Ja duidelijke uitleg in combinatie met de plaatsjes zorgen voor een compleet beeld van de mobilisatie technieken.

3. Zijn u door middel van zowel de klinische les als de handleiding de verplaatsingstechnieken duidelijk geworden of bleven er vraagtekens?

Ja, geen vragen meer (zie uitleg vraag 2)

4. Ondervind u tijdens de uitvoering van de verplaatsingstechnieken problemen?

Na de klinische les niet meer.

5. Wanneer u terugkijkt op de verplaatsingstechnieken zoals u ze voorheen uitvoerde merkt u dat u zich nu fitter voelt? (Minder klachten van rug, nek of schouders?)

Fitter vind ik een groot woord. Ik ben me welk bewust van mijn houding en verplaatsingstechniek. Op de lange termijn denk ik wel dat dit voor minder klachten zorgt.

6. Wanneer u terugkijkt op de verplaatsingstechnieken zoals u ze voorheen uitvoerde merkt u dat u nu langer bezig bent bij een patiënt en zo ja waar komt dat volgens u door?

Misschien iets meer tijd, maar het dat is het wel waard gezien de lange termijn effecten.

7. Merkt u door een andere benaderingswijze te gebruiken dat de patiënt beter en meer meewerkt?

Afhankelijk van de patiënt. De geriatrie patiënt blijft bijvoorbeeld lastig.

8. Merkt u dat de patiënt eerder weet wat van hem/ haar verwacht wordt wanneer er duidelijke instructie wordt gegeven en alle verpleegkundige dezelfde verplaatsingstechnieken uitvoeren?

Zie vraag 7

9. Heeft u nog op of aanmerkingen aan de implementatie, de pilot of de manier waarop de informatie is verstrekt?

Nee, prima gewerkt Aniek

Beste,

Zoals bekend is er een pilot gedraaid op de afdeling Interne Geneeskunde waarbij de vernieuwde verplaatsingstechnieken aan bod kwamen. Jullie hebben de klinische les bijgewoond of hebben de handleiding kritisch gelezen en zijn hierna aan de slag gegaan met het werken aan de hand van deze vernieuwde verplaatsingstechnieken. Om de implementatie op langere termijn ook succesvol te laten zijn is er voor gekozen om door middel van een vragenlijst te beoordelen of de implementatie het gewenste effect heeft gehad en er minder fysieke belasting wordt ervaren.

De vragenlijst zal 5 tot 10 min tijd kosten, alvast bedankt voor de respons

1. Indien de klinische les is bijgewoond; Vond u de klinische les waardevol en effectief en licht dit toe?

Ik ben er niet bij geweest.

2. Indien de handleiding kritische is beoordeeld; Vond u de handleiding toereikend en licht toe waarom wel of niet?

Ja, alles wordt nu weer eens helder op een rijtje gezet. Je bent er op jongere leeftijd niet zo bewust van dat het belangrijk is om de juiste houding aan te nemen.

3. Zijn u door middel van zowel de klinische les als de handleiding de verplaatsingstechnieken duidelijk geworden of bleven er vraagtekens?

Alles is duidelijk

4. Ondervind u tijdens de uitvoering van de verplaatsingstechnieken problemen?

Nee; ik vergeet alleen vaak op het moment als je bezig bent de juiste houding aan te nemen en denk hier achteraf pas over na.

5. Wanneer u terugkijkt op de verplaatsingstechnieken zoals u ze voorheen uitvoerde merkt u dat u zich nu fitter voelt? (Minder klachten van rug, nek of schouders?)

Momenteel nog niet, aangezien ik al langere tijd met rugklachten loop.

6. Wanneer u terugkijkt op de verplaatsingstechnieken zoals u ze voorheen uitvoerde merkt u dat u nu langer bezig bent bij een patiënt en zo ja waar komt dat volgens u door?

Nee niet echt, het scheelt maar een paar seconden langer om bijv. het bed op de juiste stand te zetten. Het is vaak gemakzucht om het niet te doen.

7. Merkt u door een andere benaderingswijze te gebruiken dat de patiënt beter en meer meewerkt?

Soms, niet alle patiënten zijn te motiveren.

8. Merkt u dat de patiënt eerder weet wat van hem/ haar verwacht wordt wanneer er duidelijke instructie wordt gegeven en alle verpleegkundige dezelfde verplaatsingstechnieken uitvoeren?

Ja, vooral voor de geriatrische zorgvragers op deze afdeling is het goed om dit te benoemen.

9. Heeft u nog op of aanmerkingen aan de implementatie, de pilot of de manier waarop de informatie is verstrekt?

Nee.

Beste,

Zoals bekend is er een pilot gedraaid op de afdeling interne geneeskunde waarbij de vernieuwde verplaatsingstechnieken aan bod kwamen. Jullie hebben de klinische les bijgewoond of hebben de handleiding kritisch gelezen en zijn hierna aan de slag gegaan met het werken aan de hand van deze vernieuwde verplaatsingstechnieken. Om de implementatie op langere termijn ook succesvol te laten zijn is er voor gekozen om door middel van een vragenlijst te beoordelen of de implementatie het gewenste effect heeft gehad en er minder fysieke belasting wordt ervaren.

De vragenlijst zal 5 tot 10 min tijd kosten, alvast bedankt voor de respons

1. Indien de klinische les is bijgewoond; Vond u de klinische les waardevol en effectief en licht dit toe?

2. Indien de handleiding kritische is beoordeeld; Vond u de handleiding toereikend en licht toe waarom wel of niet?

Ja, was heel erg duidelijk. Duidelijke foto's met toelichting erbij

3. Zijn u door middel van zowel de klinische les als de handleiding de verplaatsingstechnieken duidelijk geworden of bleven er vraagtekens?

Nee, zijn erg duidelijk, duidelijke foto's zodat je de handeling zelf ook goed kunt uitvoeren (alv die foto's)

4. Ondervind u tijdens de uitvoering van de verplaatsingstechnieken problemen?

Nee

5. Wanneer u terugkijkt op de verplaatsingstechnieken zoals u ze voorheen uitvoerde merkt u dat u zich nu fitter voelt? (Minder klachten van rug, nek of schouders?)

Het grootste deel van de verplaatsingstechnieken deed ik al. Bij de "nieuwe" technieken is er minder bukwerk waardoor ~~er~~ ^{ik} minder rugklachten had.

6. Wanneer u terugkijkt op de verplaatsingstechnieken zoals u ze voorheen uitvoerde merkt u dat u nu langer bezig bent bij een patiënt en zo ja waar komt dat volgens u door?

Nee niet langer, eerder sneller doordat de verplaatsing beter gaat en sneller.

7. Merkt u door een andere benaderingswijze te gebruiken dat de patiënt beter en meer meewerkt?

Ja, patiënt houdt zich minder stijf en is minder angstig

8. Merkt u dat de patiënt eerder weet wat van hem/ haar verwacht wordt wanneer er duidelijke instructie wordt gegeven en alle verpleegkundige dezelfde verplaatsingstechnieken uitvoeren?

Ja, communicatie is van groot belang. Als patiënt weet wat van hem verwacht wordt, werkt deze beter mee

9. Heeft u nog op of aanmerkingen aan de implementatie, de pilot of de manier waarop de informatie is verstrekt?

Nee, erg duidelijk, goed in gebruik!

Beste,

Zoals bekend is er een pilot gedraaid op de afdeling interne geneeskunde waarbij de vernieuwde verplaatsingstechnieken aan bod kwamen. Jullie hebben de klinische les bijgewoond of hebben de handleiding kritisch gelezen en zijn hierna aan de slag gegaan met het werken aan de hand van deze vernieuwde verplaatsingstechnieken. Om de implementatie op langere termijn ook succesvol te laten zijn is er voor gekozen om door middel van een vragenlijst te beoordelen of de implementatie het gewenste effect heeft gehad en er minder fysieke belasting wordt ervaren.

De vragenlijst zal 5 tot 10 min tijd kosten, alvast bedankt voor de respons

1. Indien de klinische les is bijgewoond; Vond u de klinische les waardevol en effectief en licht dit toe?

Nut.

2. Indien de handleiding kritische is beoordeeld; Vond u de handleiding toereikend en licht toe waarom wel of niet?

Ja, met behulp van de foto's erg duidelijk.

3. Zijn u door middel van zowel de klinische les als de handleiding de verplaatsingstechnieken duidelijk geworden of bleven er vraagtekens?

Handleiding door gelezen, geen vragen meer

4. Ondervind u tijdens de uitvoering van de verplaatsingstechnieken problemen?

Soms wel, lengte verschil tussen collega's levert soms problemen op

5. Wanneer u terugkijkt op de verplaatsingstechnieken zoals u ze voorheen uitvoerde merkt u dat u zich nu fitter voelt? (Minder klachten van rug, nek of schouders?)

Nog niet merkbare.

6. Wanneer u terugkijkt op de verplaatsingstechnieken zoals u ze voorheen uitvoerde merkt u dat u nu langer bezig bent bij een patiënt en zo ja waar komt dat volgens u door?

Nee niet langer, technieken zijn effectiever

7. Merkt u door een andere benaderingswijze te gebruiken dat de patiënt beter en meer meewerkt?

Nee, helaas → ~~Weg~~ licht aan de patiënt

8. Merkt u dat de patiënt eerder weet wat van hem/haar verwacht wordt wanneer er duidelijke instructie wordt gegeven en alle verpleegkundige dezelfde verplaatsingstechnieken uitvoeren?

Ja

9. Heeft u nog op of aanmerkingen aan de implementatie, de pilot of de manier waarop de informatie is verstrekt?

Misschien klinische les herhalen

Beste,

Zoals bekend is er een pilot gedraaid op de afdeling interne geneeskunde waarbij de vernieuwde verplaatsingstechnieken aan bod kwamen. Jullie hebben de klinische les bijgewoond of hebben de handleiding kritisch gelezen en zijn hierna aan de slag gegaan met het werken aan de hand van deze vernieuwde verplaatsingstechnieken. Om de implementatie op langere termijn ook succesvol te laten zijn is er voor gekozen om door middel van een vragenlijst te beoordelen of de implementatie het gewenste effect heeft gehad en er minder fysieke belasting wordt ervaren.

De vragenlijst zal 5 tot 10 min tijd kosten, alvast bedankt voor de respons

1. Indien de klinische les is bijgewoond; Vond u de klinische les waardevol en effectief en licht dit toe?

Ja, omdat alle tiltechnieken nog even herhaald werden.

2. Indien de handleiding kritische is beoordeeld; Vond u de handleiding toereikend en licht toe waarom wel of niet?

Handleiding is toereikend, omdat alles nog goed wordt voorgedaan met de foto's

3. Zijn u door middel van zowel de klinische les als de handleiding de verplaatsingstechnieken duidelijk geworden of bleven er vraagtekens?

Zijn duidelijk geworden.

4. Ondervind u tijdens de uitvoering van de verplaatsingstechnieken problemen?

Nee.

5. Wanneer u terugkijkt op de verplaatsingstechnieken zoals u ze voorheen uitvoerde merkt u dat u zich nu fitter voelt? (Minder klachten van rug, nek of schouders?)

Vorig jaar ook klinische les gehad over tilttechnieken, dus paste de technieken al toe.

6. Wanneer u terugkijkt op de verplaatsingstechnieken zoals u ze voorheen uitvoerde merkt u dat u nu langer bezig bent bij een patiënt en zo ja waar komt dat volgens u door?

nee, ben niet langer bezig

7. Merkt u door een andere benaderingswijze te gebruiken dat de patiënt beter en meer meewerkt?

tot nu toe niet gemerkt.

8. Merkt u dat de patiënt eerder weet wat van hem/ haar verwacht wordt wanneer er duidelijke instructie wordt gegeven en alle verpleegkundige dezelfde verplaatsingstechnieken uitvoeren?

Ja.

9. Heeft u nog op of aanmerkingen aan de implementatie, de pilot of de manier waarop de informatie is verstrekt?

Het was duidelijk.

11. Voorstel Bachelor thesis

Dit is het voorstel bachelor thesis om studenten op weg te helpen het verbetertraject en de thesis te structureren. In overleg met de docentbegeleider kan er, hoeguit bij uitzondering en onderbouwd, van de opzet worden afgeweken.

Student: Aniek Franssen

Studentnummer: 1515500

Docentbegeleider: Petra Erkens

Tweede beoordelaar: Nog niet bekend

Voorlopige titel Bachelor Thesis; Fysieke belasting reduceren

Een implementatie van een interventie gericht op de zorgverlener om werkuitval door fysieke belasting bij mobilisatie van een patiënt te voorkomen.

Onderdeel	Uitwerking student
Vorbereiding Beschrijf hier welke personen uit de praktijk kunnen ondersteunen bij de implementatie en de thesis. Motiveer ook waarom je voor deze personen kiest.	De bachelor thesis zal worden geschreven over het reduceren van fysieke belasting van verpleegkundigen en werkuitval daardoor, door het toepassen van de goede verplaatsingstechnieken bij het mobiliseren van een patiënt. Op de afdeling Interne Geneeskunde werkt een Ergocoach, deze verpleegkundige heeft naast haar opleiding tot verpleegkundige een cursus tot Ergocoach gevolgd. Ik heb ervoor gekozen om deze collega te betrekken in mijn bachelor thesis omdat zij expert is op het gebied van ergonomisch werken. Daarnaast is deze collega helaas zelf terechtgekomen in een werk gerelateerde uitval periode waardoor zij ook toelichting kan geven over de werkdruk en fysieke belasting van de verpleegkundige op de afdeling Interne Geneeskunde. Fysiotherapie wordt ook betrokken in mijn bachelor thesis. Er wordt een interview gehouden met de fysiotherapeut die wordt

ingeschakeld vaak al bij opname van de patiënt. Door de fysiotherapeut te interviewen op de manieren hoe een patiënt gemobiliseerd dient te worden hoop ik de literatuur verder te kunnen onderbouwen met expertise van de fysiotherapeut. Daarnaast wordt mogelijk de “droge stof” uit de artikelen en gebruikte boeken verduidelijkt door het zelf uitvoeren van de verplaatsingstechnieken.

Naast de fysiotherapie wordt ook de ergotherapeut betrokken in de bachelor thesis. Samen met de ergotherapie zou ik een observerende observatie willen uitvoeren waarin specifiek gelet wordt op de houding van de verpleegkundige bij het uitvoeren van verschillende handelingen aan het bed van een patiënt. Aan de hand van deze observatie zullen er aanbevelingen kunnen worden gedaan naar de verpleegafdeling Interne Geneeskunde en kunnen interventies ten behoeve van de implementatie kunnen worden opgesteld. Graag zou ik de ergotherapeut ook nog willen interviewen over de houdingen van verpleegkundige en waar gezien hun kennis en expertise zij van mening zijn dat de fysieke belasting van verpleegkundige kan worden gereduceerd.

Tijdens de gehele bachelor thesis periode zal er veel koppeling zijn met beide werkbegeleiders Nathalie Knops en Eva Rijks. Beide zijn pas geleden afgestudeerd aan het HBO en kunnen daardoor veel ondersteuning bieden tijdens de uitvoering van de bachelor thesis. Om het proces te bewaken zal de praktijkdocent Monique Frijns ook worden meegenomen in de bachelor thesis periode. Naast het bewaken van het proces zullen mijn werkbegeleiders en praktijkdocent ook feedback geven op de bachelor thesis en de opdracht inhoudelijk beoordelen.

Titel

Zorg dat de voorlopige
titel past bij de inhoud

Fysieke belasting van verpleegkundige reduceren

van de thesis. Eventueel
titel met ondertitel.

Een implementatie van een interventie gericht op de verpleegkundige van de afdeling Interne Geneeskunde om werkuitval door fysieke belasting bij mobilisatie van een patiënt te voorkomen.

Inleiding

Beschrijf de omvang en aard van het probleem bijvoorbeeld met behulp van epidemiologische cijfers. Beschrijf kort wat in de literatuur op dit moment bekend is over oplossingen van dit probleem. Beschrijf vervolgens de probleemstelling vanuit de literatuur/evidence en de praktijk.

Op de afdeling Interne Geneeskunde van het Zuyderland medisch centrum worden veelal oudere patiënten verzorgd die veel ondersteuning van een verpleegkundige nodig hebben. De patiënten op de afdeling Interne Geneeskunde zijn vaak gedurende langere tijd bedlegerig waardoor veel spierkracht verloren gaat. Om deze spierkracht opnieuw op te bouwen wordt ernaar gestreefd om de patiëntenpopulatie die niet zelfstandig kan mobiliseren minimaal twee maal per dag te mobiliseren van bed naar stoel. Doordat de patiënten veel spierkracht hebben ingeleverd gedurende de tijd in bed komt veel van de last tijdens de mobilisatie neer op de verpleegkundige. Hierdoor lopen veel collega's lichamelijk letsel op vooral in de rug.

Vervolgens formuleer je doelstelling en hoofdvraag met deelvragen. Let erop dat de hoofdvraag en deelvragen richting geven aan de bachelor thesis. Als je een implementatie doet, laat dit dan ook blijken uit de hoofdvraag. Van de verschillende stappen van Grol en Wensing, zou je dan deelvragen kunnen

Het ziekteverzuim in de gezondheids- en welzijnszorg is hoger dan het landelijke gemiddelde ziekteverzuim in Nederland. In het eerste kwartaal van 2016 was het verzuim in de zorgsector 5.8%, 1,5% hoger dan het gemiddelde ziekteverzuim in Nederland. Het verschil van 1,5% is nog nooit zo hoog geweest sinds 2005. In het eerste kwartaal van 2016 was het ziekteverzuimpercentage in Nederland 4.3%. Dit wil zeggen dat van alle 1000 dagen werken er 43 dagen zijn verzuimd vanwege ziekte. Het ziekteverzuim was met 5.8% procent het hoogste in de zorg. In deze bedrijfstak is het ziekteverzuim al langere tijd hoger dan gemiddeld in Nederland, maar het verschil is de afgelopen tien jaar niet zo groot geweest (Relatief hoog ziekteverzuim in de zorg, 2017) (Werknemers in de zorg ervaren hoge werkdruk, 2017).

Om uitval van collega's door lichamelijk letsel te reduceren wordt er in deze literatuurstudie onderzocht welke tiltechnieken

maken die toegespitst zijn op jouw onderwerp.

de verpleegkundige kan gebruiken om een patiënt te mobiliseren in bed als van bed naar stoel. Uit de literatuur is gebleken dat er verschillende verplaatsingstechnieken aan te bevelen zijn om de fysieke belasting van de verpleegkundige te reduceren. Wanneer er goed kan worden ingeschat hoeveel spierkracht de patiënt nog heeft kan daar een juiste verplaatsingstechniek op worden toegepast. Wat mij tot nu toe op de afdeling is opgevallen is dat bij iedere patiënt dezelfde verplaatsingstechniek wordt toegepast en deze amper wordt toegespitst op de spierkracht van de patiënt. Verder kan vanuit de literatuurstudie worden aanbevolen om door middel van verschillende evidence based hulpmiddelen de daadwerkelijke fysieke belasting in kaart te brengen. Ik heb ervoor gekozen om de fysieke belasting in kaart te brengen door gebruik te maken van een enquête onder de verpleegkundige die is opgesteld door risico radar en door gebruik te maken van de tilthermometer. Om de verpleegkundigen van de afdeling Interne Geneeskunde te helpen de fysieke belasting te verminderen wordt er aanbevolen om een scholing, klinische les te geven waarin de effectieve verplaatsingstechnieken worden gedemonstreerd. Door gebruik te maken van een bed tijdens deze scholing kunnen verpleegkundigen de verschillende verplaatsingstechnieken oefenen en gemakkelijker leren. Tevens ervaren verpleegkundigen dan ook het verschil in het gebruik van eigen kracht en kunnen direct worden gecoacht tijdens het “leren” van de verplaatsingstechnieken. Om borging en behoud van deze nieuw aangeleerde technieken te verzorgen wordt er aanbevolen vanuit de literatuur om (vanuit de student en de ergotherapeut) te coachen aan bed.

Het doel van deze bachelor thesis is dan ook om de collega's van de afdeling Interne Geneeskunde bewust te laten worden over de omvang van het probleem en hoe dit te kunnen voorkomen. Waardoor fysieke belasting van verpleegkundige afneemt en daardoor werk gerelateerde uitval te voorkomen.

Als voorlopige hoofdvraag voor deze bachelor thesis is de volgende vraag opstelt, het kan echter zijn dat deze nog zal worden aangepast aan het begin van de bachelor thesis. *Op welke manier kan de interventie "het juist toepassen van de verschillende verplaatsingstechnieken" worden geïmplementeerd in het team van de afdeling Interne Geneeskunde van het Zuyderland ziekenhuis locatie Heerlen om de fysieke belasting van verpleegkundige te reduceren.*

Naast de hoofdvraag zijn er ook een aantal deelvragen opstelt aan de hand van de zeven stappen van Grol en Wensing.

12. Wat is de wenselijke situatie omtrent het verplaatsen van een patiënt gebaseerd op evidence based literatuur en expertise van de expert?
13. Wat is de feitelijke situatie omtrent het verplaatsen van een patiënt en de fysieke belasting van de uitvoerende verpleegkundige op de afdeling Interne Geneeskunde, voorafgaande de implementatieperiode.
14. Welke belemmerende en bevorderende factoren zijn van toepassing op het wel of niet slagen van de interventie implementatie?
15. Welke interventies kunnen er worden toegepast om de vooraf opgestelde doelstelling met betrekking op de implementatie te bereiken, waarbij er rekening wordt gehouden met de belemmerde en/of bevorderende factoren?
16. Op welke manier is het uiteindelijke implementatieproject uitgevoerd op de afdeling Interne Geneeskunde van het Zuyderland ziekenhuis locatie Heerlen, waarbij rekening is gehouden met de eisen van de afdeling?
17. Op welke manier en met welke betrokkenen is het implementatieproject geëvalueerd, en op welk tijdstip heeft deze evaluatie plaatsgevonden.

Wenselijke situatie

Om de wenselijke situatie in kaart te brengen wordt er vanuit verschillende invalshoeken kennis en literatuur opgedaan. Mede

Methode	
Beschrijf hoe je de wenselijke situatie in kaart gaat brengen en onderbouw deze keuze (methode). bv. middels een literatuurstudie, werkbezoeken, interviews.	door het literatuuronderzoek dat in de differentiatie drie is uitgevoerd is er al veel literatuur beschikbaar over het onderwerp en zal de wenselijke situatie in kaart worden gebracht. Tevens zal er gebruik gemaakt gaan worden van interviews met de fysiotherapeut, de ergotherapeut, de ergocoach en een verpleegkundige die door werk gerelateerde handelingen lichamelijke klachten heeft opgelopen. De interviews zullen op een semigestructureerde manier worden afgenomen waarbij er van te voren topics zullen worden opgesteld maar er ook de gelegenheid is om niet vooraf opgestelde vragen te stellen aan de geïnterviewde personen. Volgens Baarda (2014) is een semi gestructureerd interview geschikt wanneer de onderwerpen vooraf vastgesteld zijn, maar er wel nog ruimte is voor het stellen van aanvullende vragen. Dit is van belang, zodat de onderzoeken niet het gehele interview en onderzoek kan sturen. Bij een semi gestructureerd interview kan er ook informatie naar voren komen waar vooraf niet op gerekend is. Ik heb ervoor gekozen om deze personen te interviewen omdat zij experts zijn op het gebied van verplaatsingstechnieken en ergonomisch werken. Voorafgaande de interviews wordt er met de betrokken collega's gesproken over het opnemen van geluidsopnames tijdens het interview. Het opnemen van de interviews door middel van geluidsopname maakt het coderen van de interviews achteraf gemakkelijker en maakt daardoor ook de uitslag van de interviews betrouwbaarder. Tijdens de interviews zullen de volgende topics aanbod komen. Dit is echter een eerste opzet van de topics die besproken gaan worden, het kan zijn dat deze nog aangepast worden op feedback van werk, praktijk, docent begeleider en peerassessor. 1. Introductie van het onderwerp 2. Introductie van de geïnterviewde 3. Beschrijving van de wenselijke situatie vanuit oogpunt geïnterviewde 4. Feitelijke situatie in kaart brengen

5. Belemmerende en bevorderende factoren voor de implementatie

Aan de hand van deze topics hoop ik antwoord te krijgen op onderstaande vragen; wat is het probleem op de afdeling Interne Geneeskunde?, hoe kan dit probleem verholpen worden?, welke ervaringen hebben de geïnterviewde met ergonomisch werken en het verplaatsen van de patiënt?, met welke belemmerende en bevorderende factoren dient rekening te worden gehouden bij het implementeren van een eventuele workshop verplaatsingstechnieken?, is het geven van een workshop verplaatsingstechnieken een juiste interventie om de fysieke belasting van verpleegkundige te reduceren?

Om de interviews te kunnen analyseren wordt er gebruik gemaakt van een codeboom. Dat wil zeggen dat de interviews worden gecodeerd op topic door gebruik te maken van verschillende kleuren. De interviews zullen hiervoor volledig dienen te worden uitgeschreven. De uitgeschreven interviews zullen tevens ook als member check worden gebruikt.

Analyse feitelijke zorg

Methode

Beschrijf hoe je de huidige zorg/feitelijke zorg in kaart gaat brengen (methode). Kwalitatieve methoden bv. interviews (zie ook wenselijke situatie) of eventueel ook kwantitatieve methoden bv. meten van indicatoren en/of vragenlijsten.

Om de feitelijke situatie in kaart te brengen zal er ook gebruik worden gemaakt van verschillende invalshoeken. Op de eerste plaats wordt er gebruik gemaakt van een enquête die uitgedeeld zal worden onder het "oude team" van de afdeling Interne Geneeskunde. Gezien vanaf 1 juli de afdeling MDL gaat samenvoegen met de afdeling Interne Geneeskunde. Ik wil mij echter graag richten op het team van de afdeling Interne Geneeskunde omdat hier het probleem nu speelt, en de observatie mogelijk beïnvloed kan worden door de collega's van de afdeling MDL door een andere werkwijze.

De enquête zal zich gaan richten op het in kaart brengen van vooral de feitelijke situatie door de ervaring van fysieke belasting in kaart te brengen. Baarda (2014) beschrijft dat een schriftelijke enquête een van de meest toegepaste methode is om een inzicht te krijgen in de knelpunten en behoefte van de

zorgverleners. Doordat de enquête anoniem wordt afgenomen, wordt de kans verkleind dat er sociaal wenselijke antwoorden worden gegeven (Baarda, 2014). Om een zo groot mogelijk respons te verkrijgen op de uitgedeelde enquête zal deze aan het begin van de zomervakantie worden uitgedeeld en gedurende vier weken lopen. Daardoor hoop ik een groter deel van de verpleegkundigen te bereiken dan wanneer ik na de zomervakantie de enquête in korte termijn zal moeten laten lopen. Wanneer de vier weken afgelopen zijn worden de gegevens van de enquête verzameld. Uit de verzamelende gegevens wordt de feitelijke situatie, probleemstelling gehaald om vanuit hier de sence of urgency te bepalen.

De enquête zal worden opgesteld aan de hand van de checklist voor lichamelijke belasting (risico radar) die de arbodienst heeft opgesteld. (Checklist is in de bijlage toegevoegd)

(Sectorfondsen Zorg en Welzijn, 2003). In deze checklist kan de verpleegkundige aangeven welke fysieke belasting zij ervaart bij het uitvoeren van verschillende handelingen.

Om een betrouwbare respons te verkrijgen op de enquête zullen er twintig enquêtes dienen te worden ingevuld. Dit is gezien er in totaal 30 verpleegkundige op de afdeling Interne Geneeskunde werken die vanuit het oude team zijn overgebleven. De enquête levert resultaten op die zullen worden beschreven in grafieken en/of tabellen (Baarda,2014).

Naast de Enquête zal er ook een observatie worden gedaan aan de hand van de tilthermometer van de arbodienst. De tilthermometer geeft inzicht in welke transferhandelingen risicovol zijn binnen een afdeling/instelling en waar dus specifiek aandacht voor nodig is middels beleid (Stichting Arbiedsmarkt Ziekenhuizen, 2009).

Daarnaast kan de tilthermometer gebruikt worden om een indicatie te geven van de fysieke belasting (met betrekking tot tillen en bukken) bij een aantal handelingen. Indien er meer hulpbehoevende patiënten op een afdeling liggen en er geen extra hulpmiddelen beschikbaar zijn, zal de werkdruk van de

	medewerkers toenemen. Dit kan een indicatie zijn dat de zorgzwaarte te hoog is (Stichting Arbiedsmarkt Ziekenhuizen, 2009). Ik zou deze observatie graag in samenwerking met de ergotherapeut en de ergocoach willen uitvoeren, het is echter nog niet bekend of ik een participerende observatie ga doen. Samen met mijn begeleiders zal hierover nog een besluit worden gemaakt. Nadat de enquête en de observatie zijn uitgevoerd en geanalyseerd zullen de wenselijke en feitelijke situatie met elkaar worden vergeleken en worden de SMART beschreven doelen opgesteld. Door de doelen SMART op te stellen wordt het doel ook meetbaar en kan de implementatie ook getoetst worden.
Probleemanalyse doelgroep en setting	In elke fase en stap in het proces van verandering kunnen specifieke factoren belangrijk zijn. Zowel bevorderende als belemmerende factoren kunnen een bepalende rol spelen in al dan niet succesvol implementeren van de verbeteringen in de zorg (Grol & Wensing, 2015). Om de belemmerende en bevorderende factoren in kaart te brengen wordt er gebruik gemaakt van eerder verkregen informatie die is verkregen uit de analyse van de wenselijke en feitelijke situatie. Door gebruik te maken van een participerende observatie wil ik de demografische gegevens in kaart brengen en met deze gegevens de doelgroep en setting in kaart brengen.
Methode Beschrijf en onderbouw hier hoe je dit in kaart gaat brengen (methode). Kijk hierbij naar de indeling die Grol en Wensing hanteert voor bevorderende en belemmerende factoren: individuele factoren, sociale factoren, organisatorische factoren en maatschappelijke factoren. Het is een handig raamwerk dat	Participerende observatie houdt in dat ik als observator wel deelneem in het werkproces. De bevorderende en belemmerende factoren zijn ingedeeld in de 4 domeinen van Grol en Wensing. De onderstaande bevorderende en belemmerende factoren zijn opgesteld uit veronderstellingen, deze worden mogelijk nog aangepast wanneer de wenselijke en feitelijke situatie in kaart is

inhoudelijk wordt toegelicht in Grol en Wensing (2011) en op basis waarvan bv. interviewtopics gemaakt kunnen worden en ook een raamwerk op basis waarvan de resultaten uitgewerkt kunnen worden.

gebracht. De belemmerende en bevorderende factoren zullen ook als topic aanbod komen tijdens de interviews voor de wenselijke situatie.

Domein	Bevorderende factoren	Belemmerende factoren
Individueel	De verpleegkundige zijn bereid zich in te zetten om de implementatie succesvol te maken. De verpleegkundige staan open voor verandering wanneer middelen voorradig zijn Het team bestaat vooral uit early majority verpleegkundigen.	Er zijn een paar late majority verpleegkundigen aanwezig op de afdeling die door de lange werkervaring gewend zijn om dezelfde technieken al jaren te gebruiken.
Sociaal		Doordat er een aantal late early verpleegkundigen werken die de verplaatsingstechnieken mogelijk niet juist toepassen en niet willen veranderen worden andere collega's mogelijk getriggerd om de

Strategieën en interventies Methode Beschrijf in de methode hoe je tot de strategieën		verplaatsingstechnieken ook onjuist na te leven.
		Er wordt collega's onderling elkaar niet aangesproken op het onjuist uitvoeren van verplaatsingstechnieken.
	Organatorisch	Mogelijk zijn niet alle verpleegkundige op de hoogte waar informatie omtrent de verplaatsingstechnieken te vinden zijn. (Dit zal duidelijk worden wanneer de feitelijke situatie is onderzocht.)
	Economisch en juridische	De verpleegkundigen zijn mogelijk niet op de hoogte omtrent de regelgeving. De kosten van de implementatie zullen moeten worden in kaart gebracht gezien er een maximum ligt aan wat de afdeling Interne Geneeskunde per jaar mag besteden.
	Wanneer de doelgroep en setting is geanalyseerd worden de strategieën en interventies in kaart gebracht die ingezet kunnen worden bij deze doelgroep en setting. Het streven is om deze interventies zo goed mogelijk te laten aansluiten op de	

en interventies komt (bijv. gesprekken met begeleiders een expert en/of leidinggevenden). Gebruik een model om de strategieën te beschrijven (bijv. EPOC uit Grol en Wensing, 2011). Onderbouw de keuzes en indelingen.	resultaten die uit de diagnostische analyse naar voren zijn gekomen. Om vervolgens de gekozen interventies en strategieën te beschrijven wordt er gebruik gemaakt van het EPOC model dat in Grol en Wensing (2015) wordt beschreven. EPOC staat voor Effective Practice en Organisation of Care Group (Grol en Wensing, 2015). Dit model is een hulpmiddel om de gekozen strategieën en interventies overzichtelijker te rangschikken. Het model is onderverdeelt in vier verschillende groepen namelijk; professioneel gericht, zorgverlener gericht, patiëntgericht, financieel gericht, organisatorisch gericht en structureel gericht.
Beschrijf in hoeverre je kunt inschatten een en ander in een pilot te kunnen uitproberen	Mijn verbetering zal zich voornamelijk op professioneel gericht gebied liggen. Door gebruik te maken van interventies als het verspreiden van educatief materiaal, educatieve bijeenkomsten en educatieve praktijkbezoeken denk ik de doelstelling kennis vergroten onder verpleegkundige waardoor fysieke belasting zal reduceren te behalen. Het voorstel is om een workshop te geven over de mogelijke verplaatsingstechnieken die gebruikt te kunnen worden bij patiënten met verschillende niveaus van spierkracht. Daarnaast zal er mogelijk door het uitdelen van een folder schriftelijk de workshop worden toegelicht Wanneer het team is geschoold in het gebruik van effectieve verplaatsingstechnieken zal er gezorgd worden voor borging en behoud door gebruik te maken van coaching aan bed. Deze coaching zal plaatsvinden tijdens het werkproces om collega's om collega's adequaat de verplaatsingstechnieken te laten toepassen. Wanneer alle collega's de patiënt op dezelfde manier mobiliseren, is het voor de patiënt ook duidelijker wat van hem verwacht wordt.
Borging en behoud Beschrijf hoe je verwacht het verbetertraject over te dragen en te borgen	Om mijn interventies succesvol te implementeren zal er aan een aantal voorwaarden dienen te moeten voldaan. Zo ben ik van mening dat een implementatie succesvol kan worden wanneer de doelgroep betrokken is bij de implementatie en de verbetering binnen de afdeling past. Daarnaast is het van

Evaluatie Methode Beschrijf de evaluatiemethoden (proces en/ of product) die je wilt gebruiken of die je adviseert.	belang dat de kartrekker van de implementatie enthousiast is en collega's aanspreekt op het juist uitvoeren van de verplaatsingstechnieken. Om een implementatie succesvol te laten zijn op lange termijn is het van belang om de positieve resultaten van de implementatie zichtbaar te maken wanneer de één meting is volbracht. Tevens zal ik het implementatieproject overdragen aan de ergocoach bij het aflopen van de stageperiode en haar handvaten meegeven op welke manier zij ervoor kan zorgen dat de implementatie geborgd blijft. Welke handvaten ik haar ga meegeven is afhankelijk van hoever de interventie is geïmplementeerd wanneer ik deze overdraag. Vandaar dat ik nu nog niet weet welke handvaten van toepassing zijn. Aan het einde van de bachelor thesis periode zal er worden geëvalueerd op het proces en het product. Bij de product evaluatie zal er worden gereflecteerd of de voorafgaande beschreven doelen zijn behaald. Om hier een beeld van te krijgen zal er een 1 meting worden gehouden door dezelfde observatie nogmaals uit te voeren en te bekijken of er een verschil in verplaatsing van patiënten is opgetreden. Wanneer duidelijk is of de doelen behaald zijn of welke doelen nog niet behaald zijn en nog aanpassingen behoeven kan ik een plan van aanpak maken om de implementatie over langere termijn wel succesvol te laten verlopen. Tijdens de proces evaluatie zal worden nagegaan hoe het implementatieproject verlopen is. Hierin zal onder andere worden gesproken over; de gebruikte strategieën, de betrokkenheid van de doelgroep en de ervaringen van de betrokken bij het uitvoeren van de interventie. Om het proces te evalueren zal er gebruik worden gemaakt van een discussiemoment in de teamvergadering. Op deze manier is iedereen in de gelegenheid om eventuele feedback mondeling toe te lichten en kan er gediscussieerd worden over het succes van de implementatie. In deze teamvergadering zullen de
--	--

Literatuurlijst en bronnen

Volg de APA regels.

onderwerpen promotie, relevantie en uitvoering van de interventie aanbod komen.

Baarda, B. (2014). *Dit is onderzoek! Handleiding voor kwantitatief en kwalitatief onderzoek*. Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers bv.

Grol, R., & Wensing, M. (2015). *Implementatie. Effectieve verbeteringen van patiëntenzorg*. (vierde, herziende druk). Amsterdam: Reed Business.

Pool, A., Pool- Tromp, C., Veltman- Van Vugt, F., & Vogel, S. (2001). *Met het oog op de toekomst*. (eerste druk). Utrecht: Vilans.

Sectorfondsen Zorg en Welzijn. (2003). Risico Rader. *Een checklist voor lichamelijke belasting*. Beter met ARBO.

Stichting Arbiedsmarkt Ziekenhuizen. (2009, September 28). *Fysieke belasting*. Opgeroepen op Juni 23, 2017, van Beter met arbo: <https://www.betermetarbo.nl/fysieke-belasting/fb026/filter//algemeen-3/>

12. Go formulier

Bijlage 5: Toestemmingsformulier start werken aan bachelor thesis/ stagebeoordeling

Naam werk/praktijkbegeleider: Eva Rijks

Naam beoordelaar/docentbegeleider: Petra Erkens

Datum toestemming en beoordeling:

Naam student: Aniek Franssen

Studentnummer: 1515500

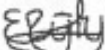
Criteria:

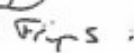
- ☒ Positieve beoordeling over het niveau van werken van de student volgens algemene- en beroepsspecifieke HBO competenties
- ☒ Assessmentprogramma is gereed en voldaan beoordeeld
- ☒ Voorstel bachelor thesis is goedgekeurd door praktijk en opleiding
- ☒ Randvoorwaarden vanuit praktijk (waaronder patiëntenzorg is als voldoende beoordeeld) zijn besproken en waarborgen de mogelijkheden om aan de implementatie te werken tijdens de D3/D4.

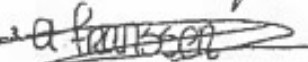
Voldaan / Niet voldaan (doorhalen wat niet van toepassing is)

Handtekeningen:

Werk/praktijkbegeleider én beoordelaar/docentbegeleider én student:

1. Eva Ryk 

2. i.o.v. Monique Fris 

3.  Aniek Franssen

 Petra Erkens

Toelichting en evt. verdere afspraken:

 Jean Schuurman

13. Presentatie klinische les

Verplaatsingstechnieken



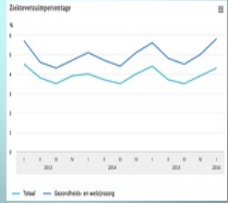
Aniek Franssen
23.10.2017
VO427
114090

Inleiding

- Cijfers ziekteverzuim
- Ervaring fysieke belasting onder verpleegkundige
- Verschillende verplaatsingstechnieken
- Zelf aan de slag
- Vragen
- Tips, tops

Cijfers ziekteverzuim

- Tot twee keer meer letsel dan gemiddeld
- Centraal Bureau voor statistiek 5,8%
- Werkgerelateerd verzuim 25,5%



Fysieke belasting

- Meest voorkomende klachten
- Oorzaak van klachten
- Analyse enquête fysieke belasting

Verplaatsingstechnieken

- Van lig naar zit
- Zit naar stand
- Bedrand naar stoel
- Draaien in bed
- Hogerop verplaatsen in bed

Aan de slag



Fysieke belasting

- Meest voorkomende klachten
- Oorzaak van klachten
- Analyse enquête fysieke belasting

Verplaatsingstechnieken

- Van lig naar zit
- Zit naar stand
- Bedrand naar stoel
- Draaien in bed
- Hogerop verplaatsen in bed

Aan de slag



Zit naar stand



Bedrand naar stoel



Draaien in bed



Hogerop plaatsen



10



11

Vragen



12

Tips, Tops



14. Handleiding verplaatsingstechnieken

Verplaatsingstechnieken

Op welke manier kan de interventie " het juist toepassen van de verschillende verplaatsingstechnieken " worden geïmplementeerd in het team van de afdeling Interne Geneeskunde van het Zuyderland ziekenhuis locatie Heerlen om de fysieke belasting van verpleegkundige te reduceren.

Aniek Franssen

114090, 1515500

Bachelor Thesis; Verplaatsingstechnieken

18.10.2017

Inhoud

Inleiding.....	128
Aandachtspunten	129
Verplaatsingstechnieken	130
2.1 Van lig naar zitten op de bedrand	130
2.2 Van zit naar stand brengen.	132
2.3 Van bedrand naar stoel	133
2.4 Draaien in bed.	135
2.5 Hogerop plaatsen in bed.	135
Bibliografie	138

Inleiding

Ten behoeve van het afstuderen aan de opleiding tot HBO verpleegkunde aan Zuyd hogeschool dient een bachelor thesis geschreven te worden. Deze bachelor thesis wordt geschreven op de afdeling Interne Geneeskunde en concentreert zich op het reduceren van fysieke belasting tijdens verplaatsing van patiënten. Deze handleiding is een aanvulling op de klinische les die gegeven is door de student en kan als naslagwerk gebruikt worden. De foto's die gebruikt zijn in dit naslagwerk worden gepubliceerd met toestemming van de gefotografeerde en is uitzonderlijk beschikbaar gesteld voor de afdeling Interne Geneeskunde. Niets uit deze handleiding mag vermenigvuldigd of gekopieerd worden zonder toestemming van schrijver.

Een van de belangrijkste veroorzakers van verzuim en arbeidsongeschiktheid in de zorgsector is lichamelijke overbelasting. Grofweg een derde van het verzuim in de zorgsector hangt samen met lichamelijke overbelasting. In verschillende onderzoeken wordt aangegeven dat zorg verlenend personeel in ziekenhuizen te grote klachten moeten uitoefenen. In een onderzoek naar fysieke belasting in UMC's geeft 85% van het verplegend personeel aan grote krachten te moeten uitoefenen. Deze krachten worden vooral veroorzaakt door het te moeten aannemen van ongunstige houdingen en door het meer te moeten tillen, dragen van 23 kilo dat wordt aangeraden door de praktijkrichtlijnen voor verplegend personeel. Tevens blijkt uit dit onderzoek dat bijna een kwart van de zorgmedewerkers in het afgelopen jaar het werk niet heeft kunnen uitvoeren wegens problemen met bewegen. Tachtig procent geeft aan dat zij het werk als fysiek zwaar ervaren en dat het werk veel impact heeft op het privéleven wat vervolgens weer resulteert in meer verzuim.

In het eerste kwartaal van 2016 was het verzuim in de zorgsector 5,8%, 1,5% hoger dan het gemiddelde verzuim in Nederland. Het verschil van 1,5% is nog nooit zo hoog geweest sinds 2005. In het eerste kwartaal van 2016 was het ziekteverzuimpercentage in Nederland 4.3%. Dit wil zeggen dat van alle duizend dagen werken er drieënveertig dagen zijn verzuimd vanwege ziekte. Om het verzuim tegen te gaan wordt er in deze bachelor thesis gestreefd naar een reducering van de fysieke belasting onder verpleegkundigen tijdens de verplaatsing van patiënten. Het doel van deze bachelor thesis is dan ook om collega's te instrueren en te coachen in het gebruik van tiltechnieken tijdens mobilisatie van de patiënt om de fysieke belasting van de verpleegkundige te reduceren.

Aandachtspunten

Voordat er in het volgende hoofdstuk aan de hand van afbeeldingen de verschillende verplaatsingstechnieken worden uitgelegd, wordt er in dit hoofdstuk aandacht besteed aan algemene aandachtspunten.

Op de eerste plaats is het van belang om veiligheid te creëren voor de patiënt. Op de afdeling Interne Geneeskunde worden vooral oudere patiënten opgenomen. Meestal met al verschillende keren vallen in de voorgeschiedenis. Deze patiënten zijn bang om te vallen, zeker in een nieuwe omgeving. Het is daarom van belang om de patiënt gerust te stellen dat vallen niet mogelijk is, hierdoor zal een patiënt meewerken in plaats van zich stijf houden wat resulteert in onbewust tegenwerken en meer fysieke belasting voor de verpleegkundigen.

Op de tweede plaats is het van belang om de patiënt op een humane manier te benaderen, wanneer een patiënt met respect wordt behandeld is hij of zij meer geneigd mee te werken dan wanneer er als een 'botte boer' naar binnen wordt gegaan en een patiënt probeert te mobiliseren.

Daarnaast is het van belang om aan het eigen lichaam te denken, door redelijk simpele aanpassingen te doen aan de stand wordt de mobilisatie een stuk gemakkelijker. Denk eraan om het bed op de juiste stand te zetten, heuphoogte. De verpleegkundige staat in een spreidstand naast het bed en maakt gebruik van gewichtsverplaatsingen bij het verplaatsen van een patiënt in bed. Houd rekening met een rechte rug en verwijder overige zaken in het bed waar je anders tegenaan duwt, denk aan kussens/ dekens.

Uit de observatie die gedaan is tijdens de nul meting blijkt dat een aantal verpleegkundige steeds minder gebruik maken van tilliften of tilhulpmiddelen. Als belangrijkste reden voor het niet gebruiken van tilhulpmiddelen wordt aangegeven dat dit veel tijd kost en het zo ook wel kan. Echter om het verzuim en de fysieke belasting te reduceren zal er actief gebruik gemaakt dienen te worden van de tilhulpmiddelen. Uit de observatie is gebleken dat alle collega's wel weten hoe om te gaan met de tilliften, vandaar dat hier in deze handleiding geen aandacht aan wordt besteed.

Verplaatsingstechnieken

In dit hoofdstuk wordt aandacht besteed aan technieken om patiënten te verplaatsen in en uit bed. Omdat er veel verschillende technieken kunnen worden gebruikt is er literatuuronderzoek gedaan naar de meest adequate, evidence based artikelen waarna deze zijn besproken met de fysiotherapeut om zo voor iedere verplaatsing de meest effectieve tiltechniek aan te leren.

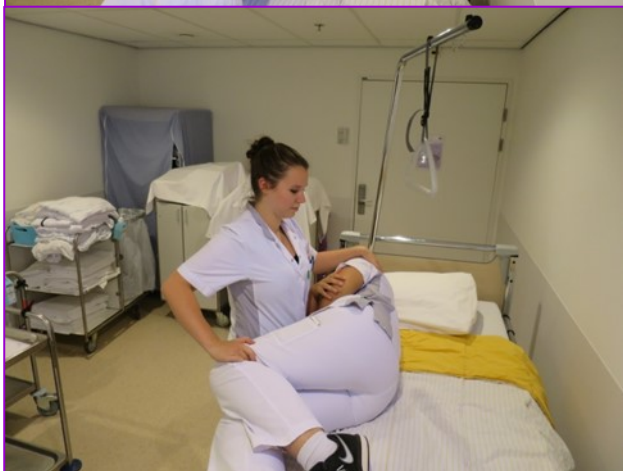
2.1 Van lig naar zitten op de bedrand



Van belang is tijdens de mobilisatie naar zitten op de bedrand dat het bed op heuphoogte van de verpleegkundige staat.



De tweede stap is om gebruik te maken van het draaimechanismen in bed. Knie het verst af laten optrekken, arm aan dezelfde kant laten reiken naar kant waarheen gedraaid dient te worden en patiënt ondersteunen in draai door vast te pakken aan knie en onder schouderblad.



Wanneer de patiënt op de zij ligt, laat je de patiënt zichzelf opduwen met arm en elle boog, waarbij de verpleegkundige gebruik maakt van een hefboomwerking door de benen al naast het bed te laten 'vallen' en patiënt mee helpt overeind te komen door onder de schouder te ondersteunen. (hulpmiddel is hoofdsteen omhoog brengen)

De patiënt zit nu rechtop op de bedrand, wanneer de patiënt zichzelf niet rechtop kan houden door rompinstabiliteit kan de patiënt zich vastpakken aan de bed rekken en zichzelf op deze manier vasthouden.



Pas wanneer de patiënt rechtop zit op de bedrand laat de verpleegkundige het bed zakken tot dat de patiënt met beide voeten op de grond staat.

2.2 Van zit naar stand brengen.



Voordat een patiënt naar stand kan worden gebracht is het van belang dat de patiënt stevig schoeisel aan heeft en met beide voeten op de grond staat.

Om een
dat de
zodat
bij
patiënt
het
patiënt.



patiënt te kunnen ondersteunen in de beweging van zit naar stand is het van belang verpleegkundige de voet van de patiënt fixeert deze niet kan verschuiven. (Vooral van belang patiënten met een halfzijdige verlamming)

Vervolgens een hand onder de arm van de en met de andere hand de patiënt helpen met maken van de voorwaartse beweging door "overdreven" naar voren te bewegen met de



Wanneer de patiënt de voorwaartse beweging maakt, maakt de verpleegkundige samen met de patiënt een schepbeweging waarmee ze de patiënt tot stand brengt.

2.3 Van bedrand naar stoel



Ook bij het verplaatsen van een minder stabiele patiënt van bedrand naar stoel is het van belang dat de patiënt op het puntje van het bed zit met beide benen op de grond en met dicht, stevig schoeisel aan.



De verpleegkundige fixeert vervolgens een been van de patiënt, bij patiënten met een halfzijdige verlamming wordt het verlamde been gefixeerd en draait de patiënt over het goede been.



De verpleegkundige maakt een "squad" beweging met een rechte rug en pakt de patiënt vast aan de broekrand. De patiënt houdt de patiënt vast aan de heup, niet aan de schouders omdat de kans dan heel groot is dat de patiënt aan de nek van een verpleegkundige gaat hangen.

De verpleegkundige draait samen met de patiënt over het goede been van de patiënt in een korte transfer. Waarbij de verpleegkundige vanuit haar benen werkt met een rechte rug en het aangedane been van de patiënt meeneemt.



2.4 Draaien in bed.



Om een patiënt te kunnen draaien in bed om bijvoorbeeld een steeklaken, of glijzijl onder de patiënt in te leggen is het van belang dat het bed op de juiste hoogte staat, wanneer het bed te laag staat werk je met een kromme rug en verhoog je de fysieke belasting. ← Zo dus niet.



De manier van draaien is hetzelfde als het draaien wanneer een patiënt tot zitstand komt. Knie die het verst van de verpleegkundige af is laten optrekken, reiken met de arm naar de kant waar naar toe gedraaid dient te worden en ondersteunen onder de knieholte en onder het schouderblad.



Wanneer de patiënt op de zij ligt kan een steeklaken, glijzijl of til doek onder de patiënt worden geschoven. De patiënt kan niet vallen doordat de collega voor de patiënt staat.

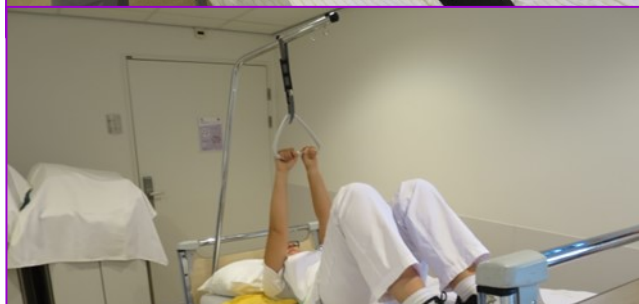


Vervolgens draait de patiënt naar de andere kant en kan het glijzijl aan beide kanten worden rechtgetrokken.

2.5 Hogerop plaatsen in bed.



Om een patiënt hogerop te plaatsen in bed zijn er verschillende manieren, er wordt nu aandacht besteed aan twee verschillende manieren. De eerste manier is actief door de patiënt. De patiënt trekt de knieën op en gebruikt de papagaai om met de armen zichzelf naar boven te kunnen trekken.



Om het voor de verpleegkundige minder zwaar te maken kan het bed in Trendelenburg worden gezet om zo gebruik te maken van de zwaartekracht.



De verpleegkundigen staan in spreidstand en maken gebruik van een gewichtsverplaatsing van het achterste naar het voorste been. Daarbij hebben de ze een arm onder de arm van de patiënt en een hand onder de schouderbladen

van de patiënt, kussen is verwijderd zodat daar niet tegenaan kan worden geduwd.





Een andere manier is om de patiënt onder de rug en heup vast te pakken waarbij de verpleegkundigen elkaars polsen vasthouden. De verpleegkundigen staan ook hierbij in spreidstand en maken gebruik van de gewichtsverplaatsingen.

Op deze foto is de gewichtsverplaatsing duidelijk te zien, van het achterste been wordt het gewicht naar het voorste been verplaatst.

Wanneer er gebruik wordt gemaakt van een glijzijl om een patiënt hogerop in bed te plaatsten is de gewichtsverplaatsing het zelfde, alleen wordt er dan aan het glijzijl getrokken in plaats van onder de patiënt vast te pakken.



Bibliografie

- Arbocatalogus. (z.d.). *fysieke belasting*. Geraadpleegd op 3 oktober 2017, van <http://www.arbocatalogusvvt.nl/arbocatalogus/fysieke-belasting>
- Arbocatalogus. (z.d.). *praktijkrichtlijnen zorgverleners en cliëntgebonden handelingen*. Geraadpleegd op 3 oktober 2017, van <http://www.arbocatalogusvvt.nl/public/file/Praktijkrichtlijnenzorgverleners.pdf>
- Centraal Bureau voor de Statistiek. (2016, 29 juni). *Relatief hoog ziekteverzuim in de zorg*. Geraadpleegd op 3 oktober 2017, van <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2016/26/relatief-hoog-ziekteverzuim-in-de-zorg>
- Douwes, M., van den Heuvel, S., & Sonneveld, H. (2008). *Het grote gevaar van de zorg*. Hoofddorp: TNO.
- Hake, T. (2013). *Basisboek verplaatsingstechnieken voor zorgverleners*. Meppel: Edu'actief.
- Hassa, D. (2017). Safety in Patient Handling and Mobility. *New Jersey Nurse & Institute for Nursing Newsletter*, 5.
- Mol, I. (2011). *Handboek haptonomisch verplaatsen, hoe respectvolle zorg de zelfredzaamheid van cliënten kan bevorderen*. Amsterdam: Reed Business bv.
- Motmans, R. (2017, Juni 28). *Ergonomie*. Opgehaald van Ergonomiesite: <http://www.ergonomiesite.be/ergonomie/ergonomie.htm>
- Roffey, D. M., Wai, E. K., Bishop, P., Kwon, B. K., & Dagenais, S. (2010). Causal assessment of workplace manual handling or assisting patients and low back pain; results of a systematic review. *The Spine Journal*, 639-651.
- Sesink, E. (2016). Verpleegkundige interventies bij verminderde mobiliteit. *Bijzijn XL*, 26-34.
- Van Benten, A. (2012). *Verplaatsingstechnieken*. Harderberg: Paraad uitgeverij.
- Verbeek, J. H., Burdorf, L. A., Elders, L. A., Hulshof, C. T., Kuijer, P. P., van Roden, N., . . . van den Wittenboer, M. E. (2017, Juni 28). *Multidisciplinaire richtlijn; vermindering van tilbelasting om rugklachten te voorkomen*. Opgehaald van Arbokennisnet: http://www.arbokennisnet.nl/images/dynamic/Richtlijnen/Tillen/RL_TILLEN_DEF.pdf
- *Werknemers in de zorg ervaren hoge werkdruk*. (2017, Juni 19). Opgehaald van Centraal Bureau voor de Statistiek: <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2016/46/werknemers-in-zorg-ervaren-hoge-werkdruk>

15. Procuratie regeling

Aanhangsel bij Reglement Raad van Toezicht en Raad van Bestuur van Stichting Zuyderland medisch centrum

Extract uit “Procuratieregeling Fusieorganisatie Atrium-Orbis 2015” - voor zover van belang in het kader van artikel 2, aanhef en onder e, van het Reglement Raad van Toezicht van Stichting Zuyderland Medisch Centrum en in het kader van artikel 10.8 van het Reglement Raad van Bestuur van Stichting Zuyderland medisch centrum:

Autorisatiebedragen en aantal autorisatieniveaus:

1. RvB: CFO samen met ander RvB lid ongelimiteerd, enkelvoudig tot € 100.000;
2. 2e laags management (RVE-management / Care-directie): < €50.000;
- 3A. 3e laags management Care (locatiemanagement V&V): < €10.000;
- 3B. 3e laags management Cure / Overig (resultaatgroep management): < €2.500;
4. 4e laags management (unit management Care en teamleiders ziekenhuis): <250.

16. Beoordeling peerassessor

Naam student: Aniek Franssen

Studentnummer: 1515500

Naam peerassessor: Veerle van Hout

Datum beoordeling: 05-12-2017

Onderdeel	Punten en feedback beoordelaar
<u>Vorm: Maximaal 10 punten</u> Alle onderdelen zijn aanwezig, schrijfstijl is correct Nederlands en lettertype is arial 11 of times new roman 12, regelafstand 1,5 en aantal bladzijdes is maximaal 40 pagina's (het maximaal aantal pagina's is exclusief blanco paginadelen aan het eind van het hoofdstuk) Bij het aantal pagina's telt mee: samenvatting, summary, inleiding, hoofdtekst, conclusie/discussie en aanbevelingen. Er is sprake van een Nederlands- en Engelstalige titel. Inhoudsopgave is goed. Correcte literatuurverwijzing in de tekst volgens de APA regels. Literatuurlijst is correct volgens APA regels.	Toegekende punten: Feedback: Schrijfstijl is correct, let wel op slordigheidsfoutjes als dubbele spaties. Lettertype goed m.u.v. de tabellen en de titelpagina. Maximaal aantal pagina's is niet overschreven. Engelse titel (nog) niet aanwezig.

Bij een duo bachelor thesis mag het aantal bladzijdes 1 ½ maal zoveel zijn.

Inhoud: Maximaal punten 90

Samenvatting/Abstract: Maximaal 5 punten

De inhoud van de samenvatting en abstract geeft een beeld van de inhoud van de bachelor thesis. Er wordt geen nieuwe informatie gepresenteerd.

Toegekende punten:

Feedback:

Heldere samenvatting, alle onderdelen aanwezig.

Inleiding: Maximaal 13 punten

Aanleiding vanuit de literatuur is beschreven: omvang en aard van het probleem en mogelijke oplossingen. De probleemstelling vanuit de literatuur/evidence en de praktijk is beschreven.

Doelstelling en hoofdvraag met deelvragen vloeien logisch voort uit de inleiding. Leeswijzer is beschreven.

Toegekende punten:

Feedback:

Hele goede inleiding, concrete aanleiding, ook uit de literatuur. Heel goed beschreven.

Wenselijke situatie: Maximaal 10 punten

Methode

De methode is in kaart gebracht en onderbouwd.

Toegekende punten:

Feedback:

Methode is goed en duidelijk per onderdeel in kaart gebracht. Erg overzichtelijk.

Resultaten

Resultaten zijn helder en volledig.

De resultaten die naar voren komen uit de gebruikte methoden van deze stap zijn duidelijk beschreven. Conclusie De conclusie die uit de resultaten naar voren komt is beschreven.	Conclusie bevat de belangrijkste informatie en vloeit logisch voort uit voorgaande paragrafen.
Analyse feitelijke zorg : Maximaal 10 punten Methode De methode is in kaart gebracht en onderbouwd. Resultaten De resultaten die naar voren komen uit de gebruikte methoden van deze stap zijn duidelijk beschreven. Conclusie Conclusie is beschreven.	Toegekende punten: Feedback: Methode is goed in kaart gebracht en heel uitgebreid beschreven. Verwijzing duidelijk. Resultaten zijn tevens helder en uitgebreid beschreven. Conclusie bevat de juiste informatie.
Probleemanalyse doelgroep en setting : Maximaal 7 punten Methode De methode is in kaart gebracht en onderbouwd. Resultaten	Toegekende punten: Feedback: Methode is duidelijk. Resultaten goed beschreven. Conclusie vloeit logisch voort uit voorgaande informatie.

De resultaten die naar voren komen uit de gebruikte methoden van deze stap zijn duidelijk beschreven.

Conclusie

Conclusie is beschreven.

Strategieën en interventies: Maximaal 10 punten

Methode

De methode is in kaart gebracht en onderbouwd.

Resultaten

Per strategie is concreet beschreven welke interventies toegepast worden (resultaten). Dit vloeit logisch voort uit voorafgaande stappen.

Conclusie

Conclusie is beschreven.

Implementatieplan: Maximaal 7 punten

Een implementatieplan is gemaakt: wie doet, wat en wanneer (tijdsplanning).

Evaluatie: Maximaal 10 punten.

Toegekende punten:

Feedback:

Methode is helder.

Resultaten vloeien mooi voort uit voorgaande bevorderende en belemmerende factoren. Je beschrijft hier de interventies echter als reeds uitgevoerd, tijdens het opstellen van je plan heb je ze (als het goed is) nog niet allemaal uitgevoerd.

Conclusie is concreet.

Let op waar je schrijft in de verleden tijd en de tegenwoordige tijd.

Toegekende punten:

Feedback:

Implementatieplan is goed, duidelijk en concreet opgesteld.

Toegekende punten:

Methode De gebruikte evaluatiemethoden of suggesties voor evaluatie zijn beschreven.	Feedback: Helder. Goed beschreven.
Resultaten Eventuele resultaten en de stand van zaken nu is beschreven. Er is beschreven hoe voor overdracht is gezorgd.	Resultaten uit de evaluatiemethoden zijn duidelijk en uitgebreid beschreven. Conclusie helder.
Conclusie Conclusie is beschreven.	
Conclusie, discussie aanbevelingen: Maximaal 10 punten Conclusie, discussie (inkadering in bestaand onderzoek en kanttekening methoden) en aanbevelingen voor de praktijk zijn duidelijk beschreven. ----- - ----- -	Toegekende punten: Feedback: Goede beknopte conclusie geschreven. Leuk om te lezen. Duidelijk welke punten tot discussie leiden, goed beschreven. Aantekeningen voor de afdeling zijn juist opgesteld. ----- - ----- -
Reflectie/procesverslag , proces en communicatie met belanghebbenden: Maximaal 8 punten Er is kritisch gekeken naar het proces en leerproces middels een model. Er is gereflecteerd op de rol van ontwerper, coach en beroepsbeoefenaar.	Toegekende punten: Feedback: Duidelijke reflectie aan de hand van STARRT. Leuk om te lezen hoe je reflecteert op jezelf. Tevens beroepsrollen ontwerper, coach en beroepsbeoefenaar beschreven.

Bij de beoordeling van het proces worden aspecten meegewogen als: mate van zelfstandig functioneren van de student, mate waarin student initiatieven heeft genomen, communicatie met relevante personen, mate waarin begeleiding/sturing vanuit de opleiding nodig is geweest.

Bijlage. Beoordeling zoekstrategie bij methode wenselijke situatie en beoordeling andere bijlagen passend bij onderdeel.

In ieder geval uitgebreide zoekstrategie, goedgekeurd voorstel, beoordelingslijst en eventueel andere bijlagen.

Duidelijke bijlagen. Zoekstrategie is helder, is geen aanvullende informatie beschikbaar over 'het sneeuwbaaleffect', laatste kopje van zoekstrategie?

Ik mis nog de beoordeling van je voorstel BT. Is dit nog gelukt om te regelen?

Beoordeling bachelor thesis:

Peerassessor:

Eventuele opmerkingen:

Aniek,

Je hebt een hele mooie, uitgebreide thesis geschreven. Je hebt je duidelijk veel moeite gestoken in alle onderdelen en dat is te zien. Alle onderdelen zijn volledig uitgewerkt. Heel prettig om te lezen en zeer interessant. Enige aandachtspunt zijn slechts 'slordigheidsfoutjes'.

Veerle van Hout, 1250337

Handtekening peerassessor: Veerle van Hout

Datum: 05-12-2017

17. Beoordeling docentbegeleider

Naam student:

Studentnummer:

Naam docentbegeleider (1^e beoordelaar):

Datum beoordeling:

Naam 2^e beoordelaar:

Datum beoordeling:

Onderdeel	Punten en feedback beoordelaar
<u>Vorm: Maximaal 10 punten</u> Alle onderdelen zijn aanwezig, schrijfstijl is correct Nederlands en lettertype is arial 11 of times new roman 12, regelafstand 1,5 en aantal bladzijdes is maximaal 40 pagina's (het maximaal aantal pagina's is exclusief blanco paginadelen aan het eind van het hoofdstuk) Bij het aantal pagina's telt mee: samenvatting, summary, inleiding, hoofdtekst, conclusie/discussie en aanbevelingen. Er is sprake van een Nederlands- en Engelstalige titel. Inhoudsopgave is goed.	Toegekende punten: Feedback:

Correcte literatuurverwijzing in de tekst volgens de APA regels. Literatuurlijst is correct volgens APA regels. Bij een duo bachelor thesis mag het aantal bladzijdes 1 ½ maal zoveel zijn. <u>Inhoud: Maximaal punten 90</u> Samenvatting/Abstract: Maximaal 5 punten De inhoud van de samenvatting en abstract geeft een beeld van de inhoud van de bachelor thesis. Er wordt geen nieuwe informatie gepresenteerd. Inleiding: Maximaal 13 punten Aanleiding vanuit de literatuur is beschreven: omvang en aard van het probleem en mogelijke oplossingen. De probleemstelling vanuit de literatuur/evidence en de praktijk is beschreven. Doelstelling en hoofdvraag met deelvragen vloeien logisch voort uit de inleiding. Leeswijzer is beschreven. Wenselijke situatie: Maximaal 10 punten Methode	Toegekende punten: Feedback: Toegekende punten: Feedback: Toegekende punten: Feedback:
--	--

De methode is in kaart gebracht en onderbouwd.

Resultaten

De resultaten die naar voren komen uit de gebruikte methoden van deze stap zijn duidelijk beschreven.

Conclusie

De conclusie die uit de resultaten naar voren komt is beschreven.

Analyse feitelijke zorg : Maximaal 10 punten

Toegekende punten:

Methode

De methode is in kaart gebracht en onderbouwd.

Feedback:

Resultaten

De resultaten die naar voren komen uit de gebruikte methoden van deze stap zijn duidelijk beschreven.

Conclusie

Conclusie is beschreven.

**Probleemanalyse doelgroep en setting :
Maximaal 7 punten**

Toegekende punten:

Methode

De methode is in kaart gebracht en onderbouwd.

Feedback:

Resultaten

De resultaten die naar voren komen uit de gebruikte methoden van deze stap zijn duidelijk beschreven.

Conclusie

Conclusie is beschreven.

Strategieën en interventies: Maximaal 10 punten

Toegekende punten:

Feedback:

Methode

De methode is in kaart gebracht en onderbouwd.

Resultaten

Per strategie is concreet beschreven welke interventies toegepast worden (resultaten). Dit vloeit logisch voort uit voorafgaande stappen.

Conclusie

Conclusie is beschreven.

Implementatieplan: Maximaal 7 punten

Toegekende punten:

Een implementatieplan is gemaakt: wie doet, wat en wanneer (tijdsplanning).

Feedback:

Evaluatie: Maximaal 10 punten.

Toegekende punten:

Methode

De gebruikte evaluatiemethoden of suggesties voor evaluatie zijn beschreven.

Feedback:

Resultaten

Eventuele resultaten en de stand van zaken nu is beschreven. Er is beschreven hoe voor overdracht is gezorgd.

Conclusie

Conclusie is beschreven.

Conclusie, discussie aanbevelingen: Maximaal 10 punten

Toegekende punten:

Feedback:

Conclusie, discussie (inkadering in bestaand onderzoek en kanttkening methoden) en aanbevelingen voor de praktijk zijn duidelijk beschreven.

-

--

--

Reflectie/procesverslag , proces en communicatie met belanghebbenden:

Maximaal 8 punten

Toegekende punten:

Feedback:

Er is kritisch gekeken naar het proces en leerproces middels een model.

Er is gereflecteerd op de rol van ontwerper, coach en beroepsbeoefenaar.

Bij de beoordeling van het proces worden aspecten meegewogen als: mate van zelfstandig functioneren van de student, mate waarin student initiatieven heeft genomen, communicatie met relevante personen, mate waarin begeleiding/sturing vanuit de opleiding nodig is geweest.

Bijlage. Beoordeling zoekstrategie bij methode wenselijke situatie en beoordeling andere bijlagen passend bij onderdeel.

In ieder geval uitgebreide zoekstrategie, goedgekeurd voorstel, beoordelingslijst en eventueel andere bijlagen.

Beoordeling bachelor thesis:

1^e beoordelaar:

2^e beoordelaar:

Totaal aantal behaalde punten/10 = cijfer (1^e beoordelaar)

Totaal aantal behaalde punten/10 = cijfer (2^e beoordelaar)

Cijfer 1^e en cijfer 2^e worden gedeeld en uitkomst is eindcijfer bachelor thesis =

Eventuele opmerkingen:

Het punt voor de bachelor thesis moet minimaal een 5,5 zijn, voordat de student de eindpresentatie en de onderbouwing van de thesis in de praktijk mag uitvoeren. Hierbij de is beoordeling van de 2^e beoordelaar meegenomen.

Voor de eindpresentatie en onderbouwing in de praktijk (beoordeeld door 1^e beoordelaar/docentbegeleider in overleg met de praktijk) kan de student voldaan of onvoldaan scoren. Indien de presentatie 'voldaan' is gaat deze beoordeling samen met het cijfer voor de bachelorthesis naar Bureau Onderwijs.

Handtekening 1^e beoordelaar:

Datum:

Handtekening 2^e beoordelaar:

Datum:

18. Beoordeling praktijkplaats

Naam werkbegeleider/praktijkbegeleider:

Zorginstelling:

Naam student:

Studentnummer:

Verklaring van hieronder gebruikte beoordelingstekens

(g) = criterium is goed uitgewerkt/toegepast

(v) = criterium is voldoende uitgewerkt/toegepast

(o) = criterium is onvoldoende uitgewerkt/toegepast

Criterium:

1. De student heeft een bachelor thesis geschreven die een daadwerkelijke bijdrage kan leveren aan verbetering van de zorg	Voldaan Toelichting: Je hebt een hele duidelijke en heldere thesis geschreven. Waarbij Aniek ook een klinische les heeft gegeven over verplaatstechnieken. Aniek heeft hierbij heel erg haar best gedaan en verpleegkundigen hebben echt meerwaarde gehad aan deze klinische les.	Niet voldaan Toelichting:
2. De student heeft inzicht gegeven in de werkwijze die hij heeft gevolgd	Voldaan Toelichting: Zeker heeft Aniek dit laten zien. Aniek heeft een heel goed stuk geleverd.	Niet Voldaan Toelichting:
3. De student heeft in samenspraak met de praktijk de bachelor thesis	Voldaan	Niet Voldaan Toelichting:

ontwikkeld en vorm gegeven	Toelichting: Aniek heeft genoeg momenten terugkoppeling gedaan waarbij in samenspraak afspraken werd gemaakt. Aniek had haar zaken op orde en zat goed op schema. Aniek zat achter de verpleegkundigen aan om haar doelen te bereiken.	
4. De student heeft voor overdracht gezorgd van het traject voor borging en behoud van de verbetering	Voldaan Toelichting: Aniek heeft voor borging gezorgd.	Niet Voldaan Toelichting:
5. De informatie in de bachelor thesis berust op een juiste weergave van de praktijk	Voldaan Toelichting: Aniek heeft haar thesis berust op waarheid van de praktijk.	Niet Voldaan Toelichting:

Criterium 1. en 3. en 5. Moeten in ieder geval met een voldoende zijn beoordeeld om een voldoende adviesbeoordeling te krijgen.

Adviesbeoordeling voor de uitvoering van de bachelor thesis op de werkvloer¹:

voldoende / niet voldoende (doorhalen wat niet van toepassing is)

Naam beoordelaar: Eva Rijks.....

Datum: 6-12-2017

¹ Indien de werk-/ praktijkbegeleider komt tot een onvoldoende adviesbeoordeling, vraagt de student tijdig uitstel bij de examencommissie aan om vervolgens de benodigde aanpassingen aan te brengen. De thesis wordt daarna opnieuw bij de werk-praktijkbegeleider en school ingediend (eerste kans).

Persoonlijke toelichting (indien gewenst) werk- / praktijkbegeleider:

Heel goed stuk geleverd Aniek, ik ben trots op je. Ik vind je een zeer prettige collega en hoop in de toekomst vaker met je te mogen samenwerken. Tevens hoop ik dat je je carrière tegemoet gaat waar jij van droomt. Succes met de laatste loodjes!!