

3.2 MOBILITEITSKLASSEN

Deze ontwikkelingen hebben er mede toe geleid dat er de laatste jaren een imposante hoeveelheid kennis is opgebouwd rondom de ergonomie in de zorg. Dat bouwwerk heeft twee pijlers: de Mobiliteitsklassen en de Praktijkrichtlijnen. De eerste pijler is de verdeling van cliënten in zogenaamde Mobiliteitsklassen op basis van hun mobiliteit. Bij het kiezen van het juiste hulpmiddel of de juiste transfertechniek is de mobiliteit van de cliënt zeer bepalend. Want naarmate de cliënt minder kan, is er meer begeleiding nodig en neemt de kans op fysieke overbelasting van de zorgverlener toe. De achterliggende oorzaak van de verminderde mobiliteit (MS, Reuma, Alzheimer, etc.) is hier minder van belang. Het gaat uiteindelijk om het resultaat van de aandoening: verminderde mobiliteit. De indeling van cliënten in de Mobiliteitsklassen is enerzijds gekoppeld aan gangbare indelingen voor de mobiliteit van cliënten, anderzijds aan de gezondheidkundige gevolgen daarvan voor de fysieke belasting van zorgverleners. Voor de basisindeling van de mobiliteitsklassen kijk je in het schema waarin de vijf elkaar uitsluitende categorieën zijn weergegeven.

OMSCHRIJVING VAN DE MOBILITEIT VAN DE VIJF MOBILITEITSKLASSEN⁷



De cliënt is in staat om de handeling zelf uit te voeren, met of zonder het gebruik van hulpmiddelen of (speciale) aanpassingen.

Zelfstandig	Risico fysieke overbelasting	Cliënt actief?	Mobiliteit stimuleren gewenst?
JA	NEE	JA	JA

**MOBILITEITS-
KLASSE****B**

De cliënt is niet in staat om de handeling zelfstandig uit te voeren, maar de hulp die hierbij nodig is, brengt geen risico van fysieke overbelasting voor de zorgverlener met zich mee. De hulp kan bestaan uit aanwijzingen, maar ook uit bijvoorbeeld lichte hulp bij het opstaan. De hulp kan worden gegeven in combinatie met hulpmiddelen en/of aanpassingen (zoals een papegaai).

**MOBILITEITS-
KLASSE****C**

De cliënt is niet in staat om de handeling zelfstandig uit te voeren. De hulp die hierbij nodig is, zou (zonder maatregelen) risico van fysieke overbelasting voor de zorgverlener met zich meebrengen. Het is nodig gebruik te maken van hulpmiddelen die de taak van de zorgverlener fysiek gezien aanvaardbaar maken door deze taak (deels) over te nemen. De cliënt kan hieraan zelf wel een fysieke bijdrage leveren. Meestal is die eigen bijdrage zeer gewenst, zowel voor de cliënt zelf als voor de zorgverlener. De hulp die nu gegeven wordt is bijvoorbeeld de transfer met een actieve tillift of stalift.

Zelfstandig	Risico fysieke overbelasting	Cliënt actief?	Mobiliteit stimuleren gewenst?
NEE	NEE	JA	JA

Zelfstandig	Risico fysieke overbelasting	Cliënt actief?	Mobiliteit stimuleren gewenst?
NEE	JA	JA	JA



De cliënt is niet in staat om de handeling zelfstandig uit te voeren. De hulp die hierbij nodig is, brengt, zonder speciale maatregelen, risico van fysieke overbelasting voor de zorgverlener met zich mee. Het is nodig gebruik te maken van hulpmiddelen die de taak van de zorgverlener fysiek gezien aanvaardbaar maken door deze taak (deels) over te nemen. De cliënt kan hieraan zelf slechts een zeer beperkte of vrijwel geen fysieke bijdrage leveren. Toch blijft het van belang deze activiteit van de cliënt sterk te stimuleren. Dat is van belang voor zowel de cliënt als voor de zorgverlener. De hulp die nu gegeven wordt is bijvoorbeeld de transfer met een passieve tillift. Daarbij wordt medewerking en activiteit van de cliënt wel gestimuleerd. Het voorkomen van complicaties van immobiliteit (zoals contracturen of decubitus) is een aandachtspunt. Voor cliënten in de Mobiliteitsklassen A t/m D is het stimuleren of onderhouden van mobiliteit van belang. Dit geldt niet voor categorie E.

Zelfstandig	Risico fysieke overbelasting	Cliënt actief?	Mobiliteit stimuleren gewenst?
NEE	JA	NEE	JA



De cliënt is niet in staat om de handeling zelfstandig uit te voeren. De hulp die hierbij nodig is, brengt risico van fysieke overbelasting voor de zorgverlener met zich mee. Het is nodig gebruik te maken van hulpmiddelen die de taak van de zorgverlener fysiek gezien aanvaardbaar maken door deze over te nemen. Het stimuleren of onderhouden van mobiliteit is geen doelstelling. Het kan dan gaan om cliënten die terminaal zijn of zo moe dat het voor hen van belang is dat zij hun energie sparen om bijvoorbeeld bezoek te kunnen ontvangen of te lezen. Transfers vinden nu in veel gevallen plaats met behulp van een passieve tillift of een glijzeil. Daarbij wordt medewerking van de cliënt niet gestimuleerd. Het verlenen van optimale zorg en het voorkomen of beperken van de complicaties van immobiliteit, zoals decubitus, staat op de voorgrond.

Zelfstandig	Risico fysieke overbelasting	Cliënt actief?	Mobiliteit stimuleren gewenst?
NEE	JA	NEE	NEE

Het is ook mogelijk cliënten onder te verdelen in drie Mobiliteitsklassen. Vaak zijn die aangeduid met rood, oranje en groen. De laatste jaren zien we dat deze indeling steeds meer wordt verlaten en dat men kiest voor de indeling in vijf klassen. Je ziet de indeling in vijf Mobiliteitsklassen bijvoorbeeld terug in het GebruiksBoekje, het Hulpmiddelenboekje en de TilThermometer van de Gehandicaptenzorg. Ook de indeling die ArjoHuntleigh, een leverancier van hulpmiddelen bijvoorbeeld hanteert, gaat uit van vijf Mobiliteitsklassen. Deze zijn aangeduid met de namen Albert, Barbara, Carl, Doris en Emma (A tot en met E)⁶ en sluiten naadloos aan bij de hierboven beschreven vijf Mobiliteitsklassen. Als je nog gewend bent aan de drie klassen is het overgaan naar vijf klassen redelijk eenvoudig. De groene cliënten vallen namelijk in Mobiliteitsklassen A of B, de oranje in C en de rode in D of E.



groen



geel



rood

De drie mobiliteitsklassen, aangegeven met drie kleuren onderverdeeld in drie klassen⁸

3.3 PRAKTIJKRICHTLIJNEN

Een tweede pijler van het bouwwerk van ergonomie in de zorg bestaat uit de zogenaamde Praktijkrichtlijnen fysieke belasting. Die geven precies aan wanneer een bepaalde handeling, bijvoorbeeld het tillen van een waszak, het wassen van een cliënt op bed, of het aantrekken van steunkousen, te zwaar wordt. Met andere woorden, wanneer fysieke belasting over gaat in fysieke overbelasting. Wanneer dat laatste het geval is geven de Praktijkrichtlijnen aan hoe lang je dat mag volhouden of welk type (til)hulp-middel er gebruikt moet worden. We schrijven met opzet 'moet' want de Arbeidsinspectie controleert op de naleving van deze Praktijkrichtlijnen. De Praktijkrichtlijnen zijn opgesteld voor de GGZ, ziekenhuizen, verpleeghuizen, verzorginghuizen, thuiszorg, gehandicaptenzorg en de ambulancezorg. Hoewel er per branche detailverschillen zijn, is de kern hetzelfde. Je kunt de Praktijkrichtlijnen voor je branche vinden in de op het internet beschikbare Arbocatalogus van jouw branche (kijk voor de adressen achterin deze pocket) of op www.gezondenzeker.nl.

De academische ziekenhuizen nemen hierin een wat afwijkende plaats in. Men werkt daar met het ALARA-principe. Dat staat voor As Low As Reasonably Achievable, met andere woorden: zo laag als redelijkerwijze bereikbaar is. In de praktijk betekent