

Universitätsspitaler Genf, 15. und 16. September 2011

8. SOHF - Weiterbildungstagung

48. ANMTEPH - Weiterbildungstagung

In Zusammenarbeit mit:

Schweizerischen Gesellschaft für Arbeitsmedizin (SGARM)

Schweizerischen Gesellschaft für Ergonomie (SwissErgo)



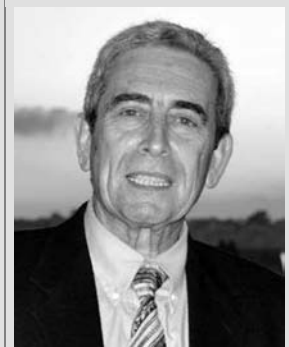
**Lumbalgie-Prävention bei
Pflegefachpersonen: von der Bilanz
bis zu den Massnahmen!**



Dr med. F. Zysset
Präsident SOHF
Schweiz

Begrüssung

Dr mred. L. Sctrick
Präsident ANMTEPH
Frankreich



Der Schweizerische Verband der Betriebsärzte im Gesundheitsdienst (SOHF) und die Association nationale de médecine du travail et d'ergonomie du personnel des hôpitaux (ANMTEPH) heissen Sie zu diesem zweiten gemeinsam organisierten Weiterbildungssymposium am Genfer Universitätsspital herzlich willkommen. Bereits 2008 hatten wir Gelegenheit zu einem Erfahrungsaustausch über die Infektionsrisiken in Spitälern – einem ständigen Anliegen unserer Arbeit. Aufgrund des grossen Erfolgs haben wir beschlossen, wieder eine solche Veranstaltung durchzuführen. Für dieses Jahr haben wir das Thema Lumbalgien ausgewählt. Diese werden oft als Schicksal im Zusammenhang mit dem Patienten-Handling betrachtet. Trotzdem führen sie zu zahlreichen Krankschreibungen und Invaliditätsfällen, aber auch Schmerzen, die die Tätigkeit der Pflegefachkräfte behindern und sich auf die Teams und den nicht beruflichen Bereich auswirken. Die direkten und indirekten Folgen für unsere Pflegeeinrichtungen und die Mitarbeiter des Gesundheitswesens sind äusserst weitreichend. Die rein auf die Schulung (Bewegungen und Körperhaltungen) oder die Bereitstellung von Handling-Material ausgerichteten Ansätze erweisen sich leider bei der Reduktion der Lumbalgieinzidenz meistens als unwirksam, wenn sie nicht in eine umfassendere Strategie eingebettet sind. Schliesslich müssen die Pflegeeinrichtungen Verfahren entwickeln, mit denen der Ausschluss von Pflegefachkräften mit Lumbalgieproblematik verhindert und die Aufrechterhaltung ihrer beruflichen Tätigkeit durch eine frühzeitige Betreuung und gegebenenfalls eine Anpassung des Arbeitsplatzes gewährleistet werden kann. Globale Präventionsansätze bei Muskel-Skelett-Störungen spielen im Übrigen nicht nur in der Primärprävention eine Rolle, sondern beeinflussen auch in hohem Mass die Möglichkeiten der Sekundärprävention. Mit dem Symposium wollen wir Bilanz über die Rückenprobleme im Pflegebereich und ihre menschlichen und wirtschaftlichen Folgen ziehen sowie wirksame Lösungen für eine bessere Prävention aufzeigen. Um unseren Erfahrungshorizont zu erweitern, haben wir beschlossen, auch unsere Kollegen aus Deutschland einzuladen und die Vorträge durch Referenten aus Deutschland und Kanada zu bereichern.

Des Weiteren dürfen wir auch die Mitglieder der Schweizerischen Gesellschaft für Arbeitsmedizin (SGARM) und der Schweizerischen Gesellschaft für Ergonomie (SwissErgo) begrüessen, die den Wunsch äusserten, sich unserem Weiterbildungssymposium anzuschliessen.

Zu guter Letzt möchten wir den Sponsoren des Symposiums danken, die mit ihrer grosszügigen Unterstützung die Durchführung dieser Veranstaltung ermöglichen: Cellestis, MedElan, Pfizer, Smith Medical, Beckton Dickinson und Ypsomed.

Donnerstag 15. September 2011

15. September - Morgen

Moderatoren :

Dr med. Chantal Bonfillon *Arbeitsmedizinerin, Mitglied des SOHF Vorstands, Schweiz*
Dr med. Klaus Stadtmüller *Arbeitsmediziner, Präsident der SGARM, Schweiz*

10h00	L. Sctrick	Begrüssung - <i>Präsident der ANMTEPH</i> Gerichtsärztliche Entschädigung in Frankreich	5
10h20	F. Zysset	Begrüssung - <i>Präsident der SOHF</i> Informationen über den Tagesablauf	
10h40	J-P. Meyer	Wie die Arbeit Lumbalgien bekämpfen kann !	6
11h20	T. Läubli	Ursachen und Entstehung von Kreuzschmerzen in der Pflege	7
12h00	M. Jäger	Biomechanische Beurteilung der physischen Belastung von Pflegekräften unter Berücksichtigung des Alters	8
12h20	M. Estry-Béhar	Epidemiologie der Lumbalgien im europäischen Gesundheitswesen : Massnahmen dank ergonomischer Analysen	9
12h40	C. Trontin	Bewertung der Kosten und Auswirkungen von Lumbalgien auf das Gesundheitswesen	11
13h00		Mittagessen (restaurant HUG)	
14h00		Nachspeise, Kaffee und Posterausstellung (in der Aussteller - Zone)	

15. September - Nachmittag

Moderatoren :

Dr med. Isabelle Clément *Arbeitsmedizinerin, Mitglied des ANMTEPH Vorstands, Frankreich*
Dr med. Thomas Läubli *Arbeitsmediziner, SwissErgo und SSMT Mitglied, Schweiz*

14h30	H. Béringuier	Lumbalgie-Prävention im Gesundheitswesen in Frankreich	12
14h45	A. Martens	Lumbalgie-Prävention im Gesundheitswesen in der Schweiz	13
15h00	B.-B. Beck	Lumbalgie – Prävention im Gesundheitswesen in Deutschland	14
15h10	J. Villeneuve	Lumbalgie-Prävention im Gesundheitswesen in Nordamerika	16
16h00		Pause	
16h30	L. Hoogendijk	Präsentation der Handling-Hilfsmittel	17
17h00	B.-B. Beck	Erfolgsfaktoren für die nachhaltige Einführung von Handling-Hilfsmitteln im Gesundheitswesen	18

17h30 **Jahresversammlung ANMTEPH / Jahresversammlung SOHF**

20h00 **Nachtessen (für die Teilnehmer zum Nachtessen)**

Freitag 16. September 2011

16. September - Morgen

Moderatoren :

Dr med. Jean-Luc Marande *Arbeitsmediziner, Mitglied des ANMTEPH Vorstands, Frankreich*
Dr med. Daniela Margelli *Personalärztin, Mitglied des SOHF Vorstands, Schweiz*

08h30	D. Tripodi	Behandlung chronischer Lumbalgien und Lomboradiculalgien beim Pflegepersonal: Erfahrungen des Zentrums für Berufskrankheiten in Nantes	20
08h50	I. Clément	Beispiel einer Lumbalgie-Prävention in einem Universitätsspital	21
09h10	E. Graf-Deuel	Prävention von Rückenproblemen bei Pflegefachpersonen anlässlich der arbeitsmedizinischen Eintrittsuntersuchung	22
09h30	A-C. Delavelle	Lumbalgie-Präventions-Schulung an paramedizinischen Ausbildungsstätten	23
09h50	A. Mandil-Moret	Beruflich bedingte Lumbalgien: Pflichtenheft für die Finanzierung eines Präventionsprojekts	24
10h10	D. Monnin	Präventionsprogramm der Genfer Gesundheitseinrichtungen: "Agir avec mon dos"	25
10h30		Pause	
11h00	O. Lampert Ionita	Broschüre SOHF «Lumbalgie-Präventionskonzept in Gesundheitseinrichtungen»	26
11h20	V. Josselin	Einführung eines Lumbalgie-Präventionskonzepts in der Geriatrie des CHU Grenoble	27
11h40	M.-L. Lepori	Physische Belastung beim Umgang mit Toten	28
12h00	M.-D. Raine	Lumbalgie-Prävention bei Rettungssanitätern	29
12h20	D. Tripodi	Lumbalgie-Prävention im OPS	30
12h40	F. Dell'Era	Lumbalgie-Prävention in der Spitex	31
13h00		Mittagessen (restaurant HUG)	
14h00		Nachspeise, Kaffee und Posterausstellung (in der Aussteller - Zone)	

16. September - Nachmittag

Moderatoren :

Dr med. A.-C. Delavelle *Arbeitsmedizinerin, Mitglied des ANMTEPH Vorstands, Frankreich*
Dr med. Michael Trippel *Arbeitsmediziner, Generalsekretär SOHF, Schweiz*

14h30	S. Genevey	Lumbalgie-Rehabilitation: Sind Wunder möglich?	32
15h00	D. Kupper	Rückenzelle: eine Begleitstrategie für Mitarbeiter mit Rückenschmerzen	33
15h15	C. Pasquet-Volckmann	Preslo-Studie: erste Ergebnisse eines globalen Sekundärpräventionsprogramms für Lumbalgien bei Spitalpersonal	34
15h45	A. Nydegger	Die Bedeutung ergonomischer Arbeitsplatzabklärungen für die berufliche Eingliederung von Pflegenden mit lumbovertebralen Beschwerden	36
16h15	L. Sctrick F. Zysset	Zusammenfassung	
16h30		Abschluss des Symposiums	



Gerichtsärztliche Entschädigung in Frankreich

Dr med. Lionel Scrick
Präsident der ANMTEPH
CHI Poissy-St-Germain-en-Laye
Poissy-St-Germain-en-Laye, Frankreich

Zahlreiche Untersuchungen und epidemiologische Studien haben Lumbalgien als häufigste Ursache für die Krankschreibung von Pflegepersonal unter die Lupe genommen und dabei Aspekte wie Prävalenz, Risikofaktoren, Prävention und sozioökonomische Auswirkungen analysiert.

Der Arbeitsmediziner ist im Rahmen seiner Primärprävention täglich mit diesem Krankheitsbild sowie den dadurch verursachten Eignungseinschränkungen und Umschulungen konfrontiert.

Gewöhnliche Lumbalgien machen in Frankreich im Bereich der gerichtsärztlichen Entschädigung über alle Tätigkeitsbereiche verteilt innerhalb der Sozialversicherung einen Viertel aller Arbeitsunfallmeldungen mit Krankschreibung aus. Sie sind auch die am dritthäufigsten anerkannten Berufskrankheiten.

Gemäss dem durch das Gesetz vom 25. Oktober 1919 vorgesehenen System kann eine Krankheit als Berufskrankheit anerkannt werden, wenn sie in einer der Tabellen im Anhang zum Sozialversicherungsgesetz aufgeführt ist. Die Tabellen 97 und 98 für die Entschädigung von Berufskrankheiten (Verordnung vom 19. März 1999) betreffen bestimmte Erkrankungen der Lendenwirbelsäule mit Ischias durch gewöhnliche Exposition gegenüber Erschütterungen oder krurale Schmerzen radikulären Ursprungs nach Bandscheibenvorfall L2/L3, L4/L5 oder L5/S1 durch Heben schwerer Lasten. Die Bedingungen für die Kostenübernahme mit Ursprungsvermutung sind genau festgelegt: in Bezug auf die Bezeichnung der entschädigten Krankheit, ihre symptomatologische Beschreibung, die Dauer der Behandlung und die Dauer der Risikoexposition mit einer Liste von Arbeiten, die die Krankheit verursachen können. Diese Liste ist bei Tabelle 97 abschliessend, bei Tabelle 98 indikativ. Für uns ist vor allem die Tabelle 98 von Interesse, weil dort auf der Liste der Arbeiten, die die Krankheit verursachen können, das «Handling von Personen im Rahmen der medizinischen und paramedizinischen Pflege» genannt wird.

Bei Spitalangestellten mit Beamtenstatus kann auch der Begriff der «im Dienst erworbenen Krankheit» eine Anerkennung der Pathologie als Berufskrankheit bewirken, selbst wenn die Zuordnungskriterien der Tabellen nicht erfüllt sind. In diesem Fall muss der ärztliche Bericht einen direkten und sicheren Zusammenhang zwischen der festgestellten Erkrankung und der ausgeübten Tätigkeit belegen. Beim Anspruch auf eine Invalidenrente existiert im öffentlichen Dienst mit Nachweissystem jedoch keine Ursprungsvermutung.



Wie die Arbeit Lumbalgien bekämpfen kann!

Dr med. Jean-Pierre MEYER
Studienbeauftragter
INRS, Institut national de recherches et de sécurité
Vandoeuvre les Nancy, Frankreich

Die Lumbalgieprävention tritt auf der Stelle. Mit der notwendigen klassischen Vorbeugung können Dauer, Häufigkeit und Schwere der Lumbalgien, deren chronischer Verlauf zunehmend Sorge bereitet, nicht mehr spürbar reduziert werden. Aktiv bleiben und eine nur begrenzte Ruhezeit nach einer Lumbalgie sind gemäss klinischem Konsens die für eine optimale Genesung der Lumbalgiepatienten anerkannten Methoden. Es geht darum, unter bestimmten Pflegebedingungen zu lernen, Krisen zu meistern und einen chronischen Verlauf zu verhindern.

In diesem Zusammenhang spielt die berufliche Tätigkeit eine tragende Rolle. Die Arbeit kann und muss dem Lumbalgiepatienten die Möglichkeit bieten, sich auf geeignete Weise zu bewegen. Das INRS schlägt den Unternehmen vor, Arbeitsplätze nach dem Prinzip des «Cadre vert» (wörtl. «grüner Rahmen») zu schaffen, bei denen die für den Rücken schädlichsten körperlichen und psychosozialen Belastungen eliminiert werden. Diese Arbeitsplätze sind die Antwort der Fachleute auf die Anforderungen des in den letzten 15 Jahren entstandenen Pflegekonsenses. Arbeit ist nicht nur eine wirtschaftliche Notwendigkeit, sondern auch ein wichtiger Faktor der Selbstverwirklichung und der gesellschaftlichen Existenz sowie ein bedeutendes Instrument für den Wiederaufbau des Vertrauens zur Vermeidung chronischer Lumbalgien. Folglich gehört zur Lumbalgiebehandlung, dass der Patient der Arbeit nicht oder nur so wenig wie möglich fernbleiben muss. Durch die Schaffung von Arbeitsplätzen nach den Kriterien des «Cadre vert» kann das Unternehmen die Tätigkeit des Lumbalgiepatienten fördern und sich an seiner Behandlung beteiligen. Der «Cadre vert» enthält Belastungsgrenzen (manuelles Handling, Anstrengungen, körperliche Arbeit, Vibrationen, Stürze und zeitliche Einschränkungen) sowie Bedingungen für die Betreuung von Lumbalgiepatienten (schrittweise Wiedereingliederung, Zuhören, Evaluierung etc.), die während eines vorher festgelegten Zeitraums gelten. Die Bedingungen für die Einrichtung dieser Arbeitsplätze sind mit den Sozialpartnern vereinbart worden und in einem offiziellen Dokument beschrieben. Sie müssen im Unternehmen erfüllt sein, auch wenn diese Arbeitsplätze nicht ständig besetzt sind, damit sie den Lumbalgiepatienten unverzüglich angeboten werden können. Um ihre Rolle als therapeutische Unterstützer vollumfänglich wahrzunehmen, müssen die behandelnden Ärzte vom Arbeitsmediziner über die Möglichkeit eines Arbeitsplatzes gemäss dem «Cadre vert» im Unternehmen ihres Patienten informiert werden. Nur so können sie die beruflichen Aspekte bei der Betreuung ihrer Patienten berücksichtigen. Diese Art enger Zusammenarbeit zwischen Arbeitgebern, Ärzten und Arbeitnehmern kann den Anteil chronischer Erkrankungen verringern.

Die Einrichtung von Arbeitsplätzen nach dem Prinzip des «Cadre vert» führt im Unternehmen auch zu allgemeinen Überlegungen über Gesundheit am Arbeitsplatz. Die motiviert die Unternehmen, die sogenannte primäre Prävention von Lumbalgien effizienter zu gestalten und auch auf andere Krankheiten auszudehnen.



Ursachen und Entstehung von Kreuzschmerzen in der Pflege

PD Dr med. Thomas Läubli
SECO, Ressort Grundlagen Arbeit und Gesundheit
ETH, Gruppe Ergonomie und Umwelt
Kyoto Institute of Technology, visiting Professor
Zürich, Schweiz

In vielen Ländern hat der hohe Krankenstand von Pflegepersonal zu verstärkten Anstrengungen geführt, dessen Ursachen zu verstehen und präventive Massnahmen zu veranlassen. Der Vortrag soll einen aktuellen Überblick zu den wissenschaftlichen Erkenntnissen vermitteln und exemplarische Studien zum Erfolg von Interventionen darstellen. Die folgenden Themen sollen angesprochen werden:

Physische und psychosoziale Belastungen bei der Arbeit sind wissenschaftlich gesicherte Risikofaktoren für das vermehrte Auftreten von Rückenschmerzen und dadurch bedingte Absenzen in der Pflege.

Die meisten Studien deuten auf eine multiplikative Wirkung dieser Belastungen hin.

Inwiefern diese Risikofaktoren als direkte, kausale Ursachen für das Auftreten von Rückenschmerzen zu interpretieren sind, wird kontrovers diskutiert.

Sichere Grenzen der Unbenklichkeit von Belastungen sind nicht bekannt.

In mehreren Ländern wurden standardisierte Methoden zur Beurteilung der Gesundheitsrisiken für den Bewegungsapparat von Pflegepersonal entwickelt und eingesetzt.

Isolierte Schulungsmassnahmen führen nicht zum Ziel.

Erfolge werden vom Konzept "No-Lifting-Policy" berichtet, wobei das Heben von immobilien Patienten konsequent vermieden wird.

Die Fakten und Thesen dieses Vortrages werden in vielen weiteren Beiträgen des Kongresses vertieft diskutiert und an praktischen Beispielen erläutert werden.



Biomechanische Beurteilung der physischen Belastung von Pflegekräften unter Berücksichtigung des Alters

PD Dr Ing. Matthias JÄGER
Leiter „Biodynamik“

IfADo: Leibniz-Institut für Arbeitsforschung an der TU Dortmund
Dortmund, Deutschland

Tätigkeiten in der Kranken- und Altenpflege führen relativ häufig zu akuten Beschwerden und, im Laufe der Jahre, auch zu irreversiblen Erkrankungen im Muskel-Skelett-System. Obwohl Präventionsmaßnahmen nur bei systemischer und ganzheitlicher Einführung Aussicht auf Erfolg haben, fokussiert der Dortmunder Denkansatz hier – aufgrund der hohen Erkrankungshäufigkeit von Pflegepersonal im unteren Rückenbereich, aufgrund der Vermutung, Patiententransfers spielten eine nicht unerhebliche Ursache und trotz der unzweifelhaft vorhandenen Bedeutung weiterer Risikofaktoren – in Art einer biomechanischen Engpassbetrachtung auf die (bio-)mechanische Belastung und Belastbarkeit der Lendenwirbelsäule des Pflegepersonals beim Bewegen von Patienten.

Auf Basis von Laborerhebungen wurde die Wirbelsäulenbelastung beim Bewegen von Patienten im und am Bett, zwischen Bett und Stuhl, beim Aufnehmen vom Boden sowie beim Bewegen in und aus einer Badewanne analysiert. Körperhaltungen und -bewegungen wurden optoelektronisch und videogestützt erfasst, die ausgeübten Aktionskräfte mit Hilfe eigens entwickelter Messsysteme abgeleitet und für komplexe Computersimulationen genutzt, um Belastungskenngrößen wie Kompressions- und Scherkräfte sowie Beuge- und Torsionsmomente an der lumbosakralen Bandscheibe zu bestimmen. Die Tätigkeiten wurden von zwei langjährig erfahrenen Trainerinnen und Beraterinnen für rückengerechte Arbeitsweise durchgeführt, die wechselseitig als Pflegekraft und Patient agierten. Der Patienten-Mobilitätsgrad wurde durch 2 Aktivitätskategorien, die Ausführungsvielfalt der Pflegeperson durch 3 Arbeitsweisen („Transfertechniken“) abgebildet.

Die Ergebnisse zeigen, dass die Wirbelsäulenbelastung der Pflegeperson in vielen Fällen sehr hoch ist und empfohlene Maximalbelastungen überschreitet. Ein hohes Überlastungsrisiko wird insbesondere dann unterstellt, wenn Personen in „konventioneller Arbeitsweise“ oder wenn eher passive Patienten bewegt werden. Vielfach kann das Überlastungsrisiko durch Anwendung einer „biomechanisch optimierten Arbeitsweise“ beträchtlich verringert werden, und dies noch deutlicher, wenn zusätzlich kleine Hilfsmittel wie Gleitmatten oder Rutschbrett eingesetzt werden. Da die Strukturfestigkeit, d.h. die mechanische Belastbarkeit der Wirbelsäule mit zunehmendem Alter abnimmt und daher jedwede Belastung prinzipiell zu einem erhöhten Überlastungsrisiko führt, sind die genannten Grundregeln einer biomechanisch optimierten Arbeitsweise und die Nutzung geeigneter kleiner Hilfsmittel insbesondere für ältere Beschäftigte dringlichst angeraten.

Danksagung: BG für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (Hamburg) für die erhebliche Unterstützung, B.-B. Beck und B. Wiedmann (forum fBB Hamburg) für vielfältigen Rat und die sehr konstruktive Zusammenarbeit.



Epidémiologie des lombalgies dans le secteur de la santé en Europe - Constats ergonomiques pour l'action.

Dr med. Madeleine ESTRYN-BEHAR
Arbeitsmedizinerin, Epidemiologin, Spezialistin für Ergonomie
Service central de médecine du travail de l'AP-HP, Hôtel Dieu
Paris, Frankreich

Einleitung: 1990 verabschiedete die Europäische Union (EU) eine Richtlinie für den Schutz von Angestellten gegen Risiken beim Heben schwerer Lasten. Hignett et al. (2007) stellten jedoch beim Pflegepersonal Diskrepanzen zwischen der EU-Richtlinie und der Praxis fest. Dies zeigt, dass noch grosser Handlungsbedarf besteht.

Methoden: Statistische Analyse: Im Rahmen der PRESST-NEXT-Studie wurden 77 681 Pflegende kontaktiert. 39 898 (51,7%) antworteten, darunter 6335 leitende Angestellte, 4933 spezialisierte Pflegefachkräfte, 24142 diplomierte Krankenpflegerinnen und -pfleger sowie 4488 Hilfskrankenpflegerinnen und -pfleger. Die körperliche Belastung wurde durch einen Score-Wert erfasst, der u.a. folgende Elemente enthielt: Heben von Patienten im Bett ohne mechanische Hilfsmittel, unbequeme Körperhaltungen und stehendes Arbeiten, wobei die Häufigkeit und Dauer auf einer Skala berücksichtigt wurden.

Ergonomische Beobachtungen: Im Rahmen eines partizipativen Ansatzes wurde an allen Arbeitsplätzen von Pflegefachkräften auf den verschiedenen Stufen und Stationen die Körperhaltung beobachtet.

Ergebnisse: Laut der statistischen Analyse waren die körperliche Belastung und die Qualität der Teamarbeit für das Auftreten körperlich bedingter Arbeitsunfähigkeit und von Muskel-Skelett-Störungen entscheidender als die berufliche Einstufung. Bei diesen Risikofaktoren konnten wir einen Gradienten zwischen Exposition und Ergebnis feststellen.

Tabelle: Faktoren im Zusammenhang mit einem hohen Score bei der Arbeitsunfähigkeit im Vergleich zu den Anforderungen des IREP-Postens sowie mit der Meldung von Muskel-Skelett-Störungen beim paramedizinischen Personal in Europa

		Hoher REP-Score (N=19165)				Muskel-Skelett-Störungen (N=26256)			
		N	ORaj*	p	95% CI	N	ORaj	P	95% CI
Score körperliche Belastung	Low	5492	1	0,000		8691	1		
	Medium	6905	1,25	0,000	1,15 1,35	9011	1,20	0,000	1,13 1,28
	High	6768	1,75	0,000	1,61 1,91	8554	1,62	0,000	1,51 1,73
Zufriedenheit mit den physischen Bedingungen	Yes	10034	1			14209	1		
	No	9131	1,61	0,000	1,50 1,72	12047	1,56	0,000	1,47 1,65
Score Qualität der Teamarbeit	High	7293	1	0,000		10251	1		
	Medium	8958	1,25	0,000	1,17 1,35	12125	1,27	0,000	1,20 1,35
	Low	2914	1,67	0,000	1,50 1,87	3880	1,47	0,000	1,34 1,61
Seniority	< 5 years	3155	1	0,000		3965	1		
	5 - 14 years	7347	1,38	0,000	1,26 1,51	9680	1,42	0,000	1,32 1,54
	15 - 24 years	5976	1,72	0,000	1,56 1,89	8384	2,05	0,000	1,89 2,22
	25 years +	2687	1,99	0,000	1,77 2,22	4227	2,92	0,000	2,66 3,20

* Odds-Ratios an die übrigen Faktoren angepasst, die in diesem Modell enthalten sind und einen geringeren Einfluss haben: Sex, Sport und Freizeit, Abteilung, Wochenarbeitszeit, Arbeit mit unterbrochenen Arbeitszeiten, Patientenlift, Zeitdruck-Score, Belästigung durch den Vorgesetzten und gegenseitige Unterstützung unter Kollegen

Die ergonomischen Beobachtungen haben gezeigt, dass Pflegeangestellte weiterhin hauptsächlich stehend arbeiten. Die Hilfspflegerkräfte arbeiten am häufigsten in beschwerlichen Körperhaltungen (über 50 pro Arbeitsplatz) und am wenigsten sitzend.

Diskussion: Die körperliche Belastung betrifft nicht nur das Patienten-Handling, und unser Score umfasst auch die beschwerlichen Körperhaltungen und das Stehen. Es ist äusserst wichtig, die Bedingungen für die körperliche Arbeit und die Teamarbeit zu verbessern – nicht nur, um die Lebensqualität des Pflegepersonals zu verbessern, sondern auch, um zu vermeiden, dass die Arbeitgeber immer mehr Angestellte mit Teilarbeitsunfähigkeit haben und die Mitarbeiter verlieren, die (noch) bei guter Gesundheit, aber psychisch erschöpft sind.



Bewertung der Kosten und Auswirkungen von Lumbalgien auf das Gesundheitswesen

Christian TRONTIN
Ökonom, Studienbeauftragter
INRS, Working Life Department
Vandoeuvre, Frankreich

Die europäische NEXT-Studie zeigt, dass die körperliche Beschwerlichkeit und insbesondere das manuelle Handling der Patienten unter den fünf Ursachen für den Wunsch von Pflegepersonal, die Arbeit aufzugeben, an erster Stelle steht.

Aus diesem Grund und im Anschluss an eine Risikoanalyse haben zwei Pariser Spitäler Präventionsmassnahmen im Bereich des Patienten-Handlings durchgeführt. In beiden Spitälern wurden neben Investitionen in Hilfsmittel (Patientenlifte, Aufstehhilfen und Gleitmatten) und in Schulung eine Kosten-Nutzen-Rechnung erstellt, um die Rentabilität der Präventionsinvestitionen zu ermitteln.

Von der Annahme ausgehend, dass die Anzahl Arbeitsunfälle um 60% zurückgegangen ist, zeigte die Evaluierung für Spital 1, dass die Investitionen in die Prävention nach 3,3 Jahren amortisiert sind. Der hypothetische Wert von 60% gründet auf der Fachliteratur und der Konsultation von Experten und stützt sich auf ein ergonomisches Modell zur Einteilung von Unfällen nach Typ und Modus.

Im Spital 2 konnte aufgrund der Verfügbarkeit statistischer Daten ein Rückgang der Arbeitsunfälle im Zusammenhang mit dem Risiko des Patienten-Handlings von 42% festgestellt werden. Die 2000 und 2001 durchgeführten Investitionen sind innerhalb von zehn Jahren zwar nicht amortisiert, aber die Studie zeigt, dass nach diesem Zeitraum die erwarteten Vorteile 80% der Präventionskosten decken.

Die Ergebnisse sind in konstanten Euro Preisen von 2001 (angenommene Inflation: 1,8%) ausgedrückt; der Diskontierungssatz wurde auf 8% festgelegt.

Beide Studien zeigen die Vorteile einer Kosten-Nutzen-Rechnung im Rahmen von Präventionsinvestitionen. Ein solcher Ansatz kann die Wahrnehmung der Prävention verbessern: von einem reinen Kostenfaktor zu einer positiveren Sichtweise als Investition, die durch Gewinne im Sinne von weniger Arbeitsunfällen kompensiert werden kann. Zu diesen Gewinnen zählen auch weniger greifbare Vorteile wie zum Beispiel Produktivitätssteigerung, bessere Lebensqualität bei der Arbeit und positiveres Image des Spitals.



Lumbalgie-Prävention im Gesundheitswesen in Frankreich

Dr med. Hélène BERINGUIER
Arbeitsmedizinerin, ANMTEPH-Generalsekretärin
Centre Hospitalier Perpignan
Perpignan, Frankreich

Die Lumbalgie-Prävention ist sicherlich die älteste Vorbeugung von Berufsrisiken im Pflegebereich in Frankreich und vielleicht auch diejenige, die am wenigsten Ergebnisse gezeitigt hat.

Sie stützt sich auf die Evaluierung der Berufsrisiken: Lumbalgien wurden schon sehr früh intuitiv von den Pflegefachkräften selbst, den Therapeuten und später durch epidemiologische Studien als bedeutendes Gesundheitsproblem des Pflegepersonals erkannt und die Berufsrisikofaktoren aufgezeigt. Diese Bewertung erfolgt nun auch in den einzelnen Pflegeeinrichtungen und wird in einem «Einheitlichen Dokument zur Bewertung der Berufsrisiken» festgehalten, um daraus anschliessend an die jeweilige Einrichtung angepasste Präventionspläne ableiten zu können.

Die Prävention unterliegt sehr umfassenden präzisen europäischen und französischen rechtlichen Auflagen: Die Spitalleitung zeichnet für den Gesundheitsschutz der Arbeitnehmer genauso verantwortlich wie für ein ausgeglichenes Budget. Bei Arbeitsunfällen oder Berufskrankheiten muss sie haften.

Die fächerübergreifenden Teams für Arbeitsgesundheit (Arbeitsmediziner, Ergonomen etc.) sowie die Vertreter der Arbeitnehmer und Mitglieder der Ausschüsse für Arbeitsschutz und Arbeitsbedingungen nehmen eine Aufsichtsfunktion wahr und beraten Leitung und Angestellte der Pflegeeinrichtung auf diesem Gebiet.

Die Prävention folgt klaren, bekannten und in der Theorie einfachen Grundsätzen.

Während man sich früher bei der Lumbalgie-Prävention im Pflegebereich auf das Patienten-Handling konzentrierte, werden heute mehrere Aspekte abgedeckt:

- Reduktion der Anstrengungsintensität und -häufigkeit, Anpassung des verwendeten Materials sowie Vorkehrungen bei der Arbeitsorganisation und den zwischenmenschlichen Beziehungen;
- Information und Schulung (Grundausbildung und Weiterbildung) des Pflegepersonals, der Verantwortlichen und der Präventionsberater;
- medizinische Eignung der Pflegekräfte für eine Beurteilung ihrer körperlichen und mentalen Fähigkeiten in Bezug auf die Berufsrisiken und, wenn nötig, Vorschlag einer Anpassung oder eines Wechsels des Arbeitsplatzes.

Die Prävention wird über lokale Vereinbarungen zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen sowie die Präventionsarbeit der Nationalen Rentenkasse der Angestellten der lokalen Gebietskörperschaften (CNRACL) etc. finanziell unterstützt.

Trotzdem bleiben die Ergebnisse bescheiden. Die Gründe dafür liegen nicht nur beim oft ins Feld geführten Argument der unzureichenden Mittel und beim mangelnden Bewusstsein (bei der Spitalleitung und beim Pflegepersonal).

Vielleicht liegt die Lösung auch in der Nutzung der primären Motivation aller Beteiligten, d.h. der Pflegequalität bei den Pflegekräften, dem Kampf gegen Absenzen bei der Personalabteilung und dem finanziellen Gleichgewicht bei der Spitalleitung.



Lumbalgie-Prävention im Gesundheitswesen in der Schweiz

Andreas MARTENS
Ergonom Eur.Erg.
AEH Zentrum für Arbeitsmedizin, Ergonomie und Hygiene AG
Zürich, Schweiz

Die Belastungen des Pflegepersonals im Umgang mit mobilitätseingeschränkten Patienten sind sehr hoch. Die physischen Belastungen des Bewegungsapparates überschreiten die Richtwerte für eine zulässige Belastung des Rückens teilweise um ein Vielfaches, sodass die Schädigungsfreiheit des muskuloskelettalen Systems nicht gewährleistet ist.

Eine bei Mitgliedern der H+ Branchenlösung Arbeitssicherheit durchgeführte Untersuchung zeigt folgendes Bild (Rücklauf: 109 Pflegedienstleitungen aus 55 Gesundheitsinstitutionen sowie 532 Pflegemitarbeitende aus den Betrieben):

- Über 61% der Umfrageteilnehmenden geben an, in den letzten 4 Wochen Rückenschmerzen oder Schmerzen im Kreuz und Nacken- oder Schulternschmerzen zu haben. Im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung kommen die leichten Beschwerden im Bereich der Rücken- und Kreuzschmerzen stark gehäuft vor, die starken Beschwerden sind vergleichbar mit den Ergebnissen des Schweizerischen Haushalt-Panels (SHP) 2004 (in beiden Umfragen 11 %).
- Belastungssituation: Die Belastungsfaktoren „Heben immobiler Patienten“, die Platzverhältnisse beim Patienten sowie das Raumklima wurden durch mehr als 40% der Umfrageteilnehmenden als stark belastend oder sehr stark belastend angesehen.
- Verhältnisbasierte Massnahmen zur Reduktion der Belastung – ausreichende Platzverhältnisse, Hebehilfen und sogenannt kleine Hilfsmittel – sind in einem grossen Teil der Institutionen nicht genügend umgesetzt.
- Verhaltensbasierte Massnahmen wie Schulungen der Pflegekräfte, insbesondere die Schulung der Kinästhetik, werden im überwiegenden Teil der Institutionen angeboten.
- Pflegende sind bezüglich der gesundheitlichen Belastungen durch die Patientenmobilisation ungenügend sensibilisiert. Schulungsempfehlungen werden von den Pflegekräften aus verschiedenen Gründen sehr häufig nicht angewendet und Hilfsmittel nicht eingesetzt.
- Pflegekonzepte, welche hohe Lasten konsequent vermeiden, wie z.B. die No-Lifting-Policy, sind praktisch unbekannt.

Zur Prävention von Beschwerden des Bewegungsapparates in der Pflege bedarf es geeigneter Massnahmen. In einem ersten Schritt erfolgt eine Kampagne zur Sensibilisierung der Vorgesetzten und Mitarbeitenden im Pflegebereich.



Lumbalgie – Prävention im Gesundheitswesen in Deutschland

Barbara-Beate Beck
Geschäftsführerin¹
Forum fBB
Hamburg, Deutschland

¹ Berufspädagogin Gesundheitswissenschaft, Beraterin und Trainerin für ergonomische Arbeitsweise in der Pflege und Betreuung

In Deutschland gibt es unter dem Dach der DGUV (Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung) zum einen die *Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege* (BGW) als zuständigen Unfallversicherungsträger für Einrichtungen des Gesundheitswesens mit privaten oder caritativen Trägern. Die Einrichtungen der öffentlichen Hand werden von den *Unfallkassen* betreut. Für beide gilt das gleiche Rechtssystem. Der Vorgehensweise der Unfallversicherungsträger bei der Betreuung der Betriebe liegen zum einen das *Arbeitsschutzgesetz*, insbesondere die *Lastenhandhabungsverordnung*, aber auch die sogenannten *Unfallverhütungsvorschriften* (mit Gesetzescharakter) zugrunde. Das zentrale Instrument ist die *Gefährdungsbeurteilung*. Bei der Umsetzung von Massnahmen ist die Massnahmenhierarchie zu berücksichtigen¹: aufgrund der größeren Wirksamkeit haben **technische** Massnahmen Vorrang vor **organisatorischen** und diese wiederum vor **personenbezogenen/individuellen** (verhaltensbezogenen) Massnahmen.

Die BGW hat das Konzept *TOPAS_R²* für ihre Präventionsarbeit entwickelt. Die Unfallkassen arbeiten im Wesentlichen nach dem gleichen Ansatz:

Technische/bauliche Massnahmen (ausreichend Platz in den Pflegezimmern, bauliche Gestaltung, ergonomische Arbeitsplatzgestaltung, Ausstattung mit kleinen Hilfsmitteln, Ausstattung mit technischen Hilfsmitteln)

Organisatorische Massnahmen (Arbeitsorganisation, Einbindung der innerbetrieblichen Akteure im Arbeitsschutz, Personalentwicklung/Qualifizierung/Unterweisung, Prüfung und Wartung der Hilfsmittel)

Personenbezogene Massnahmen (rückengerechte Arbeitsweise unter Einbeziehung der Ressourcen von Patienten und Bewohnern, konsequentes Nutzen der kleinen und technischen Hilfsmittel, Tragen geeigneter Arbeitsschuhe)

Auf der betrieblichen Ebene tauchen bei der Umsetzung von Massnahmen zur Prävention von Rückenbeschwerden häufig die folgenden Probleme auf:

- Eine systematische Vorgehensweise ist eher selten.
- Die Gefährdungsbeurteilung erfolgt eher zu unspezifisch.
- Die Umsetzung von Massnahmen erfolgt eher punktuell und nicht unter Berücksichtigung der Massnahmenhierarchie.
- Obwohl die Ursachen vielfach auf der organisatorischen Ebene zu finden sind, stehen insbesondere personenbezogene Massnahmen im Vordergrund; noch werden im Rahmen von Fortbildungen vor allem die Konzepte, die eine Patientenressourcenorientierte

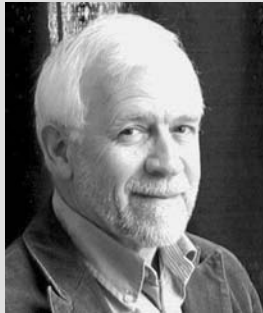
Arbeitsweise (Bobath, Kinaesthetics) fokussieren, favorisiert. Konzepte, die die ergonomische (sichere) Arbeitsweise, den Einsatz von Hilfsmitteln mit der ressourcenorientierten Arbeitsweise verbinden (Ergonomico), gewinnen auf Grund ihrer Wirksamkeit³ zunehmend an Gewicht und Anerkennung.

- Arbeitsschutz wird nicht konsequent in das Qualitätsmanagement integriert.
- Es herrscht in den Betrieben eine unzureichende Unterstützung für ein Präventionssystem bzw. die konsequente und systematische Umsetzung z.B. der LasthandhabV.
- Bei der Umsetzung von Massnahmen fehlen konkrete Zielformulierungen und Wirksamkeitskontrollen mit entsprechenden Anpassungen der Massnahmen.

¹ Arbeitsschutz-Rahmenrichtlinie 89/391/CEE, Artikel 6.2 bzw. Arbeitsschutzgesetz und BGV A1 in Deutschland.

² www.bgw-online.de

³ www.ergonomico.eu



Lumbalgie-Prävention im Gesundheitswesen in Nordamerika

Jocelyn VILLENEUVE
Ergonom
Asstsas¹
Montreal, Kanada

¹ Asstsas: Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur affaires sociales (Paritätische Vereinigung für Arbeitsschutz im Sozialen Bereich)

In Nordamerika sind sich Ärzte und Wissenschaftler angesichts der hohen Anzahl Muskel-Skelett-Störungen, vor allem Rückenschmerzen, im Zusammenhang mit dem Handling und der grundlegenden Pflege von Patienten über die besten Präventionsstrategien einig. Aufgrund der phänomenalen Zunahme der Fälle von Fettleibigkeit – vor allem in den USA – ist die Frage aktueller denn je. Die Strategien bestehen im Wesentlichen darin, das manuelle Heben von Patienten beim Umlagern (z.B. vom Bett in den Rollstuhl) so weit wie möglich zu vermeiden und körperliche Anstrengungen beim Bewegen von Patienten im Bett oder Rollstuhl (z.B. Hochziehen im Bett) durch die Einrichtung und korrekte Verwendung leistungsfähiger technischer Hilfsmittel und Vorrichtungen (Patientenlifte, Rutschflächen etc.) zu reduzieren.

Die Ausbildung des Pflegepersonals konzentriert sich somit stärker auf die intelligente Anwendung der Umlagerungshilfsmittel als auf den Einsatz von Hebetekniken, die bisher keine überzeugenden Ergebnisse gebracht haben. Integrierte Präventionsprogramme, die auf eine maximale Verringerung manuellen Hebens abzielen, haben sich dennoch bewährt. Sie heissen «Zero Lift», «Minimal Lift» oder «Safe Lift» und werden durch eine interne Politik der Pflegeeinrichtung begleitet, in der die angestrebten Ziele sowie die Aufgaben und Verantwortlichkeiten der beteiligten Personen klar dargestellt werden. Vorher-Nachher-Studien zeigen beeindruckende Rückgänge der Prävalenz von Arbeitsunfällen im Zusammenhang mit der Patientenmobilisation auf. Ausserdem gehen Kosten-Nutzen-Untersuchungen davon aus, dass sich diese Investitionen relativ schnell auszahlen.



Präsentation der Handling-Hilfsmittel

Leendert HOOGENDIJK
Geschäftsführer
MedElan
Bern, Schweiz

Es gibt Normen und es gibt einen Alltag. Diverse Transferkonzepten haben einen festen Platz in der Pflege, trotzdem gibt es einen direkten Zusammenhang zwischen Arbeitsbelastung und Schmerzaufreten. Ausgehend von einem Mehr Dimensional Belastung Belastbarkeitsmodell stellt sich die Frage: steigern wir die Belastbarkeit oder senken wir die Belastung?

Klären wir diese Frage mit dem Einsatz von Transferhilfsmittel.
Der Einsatz von Hilfsmittel reduziert die körperliche Arbeitsbelastung und steigert indirekt die Belastbarkeit.

Jeder Transfer sollte ein Partizipations-Niveau darstellen mit einer optimalen Benützung der Ressourcen des Patienten.

Partizipations-Ebenen sind: Teil sein, Teil haben und Teil nehmen. Abhängig von den Ressourcen des Patienten sollte man sich möglichst auf der Ebene Teil nehmen begeben.

Anhand verschiedenen Transferbeispielen möchten wir Ihnen zeigen wie man die Belastung senken kann und die Ressourcen der Patienten optimal einsetzen kann.

Wir sind uns bewusst das verschiedene Krankheitsbilder unterschiedlichen Transfer bedingen. Der Transfer, oder besser den Umgang mit Transferhilfsmittel soll gelernt sein, Beteiligten sollen sensibilisiert werden -Ihr Rücken ist es wert-, Ausfallkosten werden reduziert und die körperliche Belastung wird gesenkt.

Steigern wir damit die Belastbarkeit?



Erfolgsfaktoren für die nachhaltige Einführung von Handling-Hilfsmitteln im Gesundheitswesen

Barbara-Beate Beck
Geschäftsführerin¹
Forum fBB
Hamburg, Deutschland

¹ Berufspädagogin Gesundheitswissenschaft, Beraterin und Trainerin für ergonomische Arbeitsweise in der Pflege und Betreuung

Hilfsmittel zum *Handling von Patienten* werden in zwei Kategorien eingeteilt:

Hilfsmittel zur *Bewegungsunterstützung* (z.B. Bewegen im Bett, Transfer aus dem Bett oder Rollstuhl) und Hilfsmittel zur *Positionsunterstützung* (z.B. Lagerung zur Dekubitus- oder Kontrakturenprophylaxe). Bei den Hilfsmitteln zur Bewegungsunterstützung wird wiederum zwischen sog. *Technischen* (z.B. Lifter, Pflegebett) und *Kleinen Hilfsmitteln* (z.B. Gleitmatten, Antirutschmatten oder Bettzüge) unterschieden. Der systematische und differenzierte Einsatz all dieser Hilfsmittel steigert die Pflegequalität, reduziert die Belastung für Pflegekraft¹ und Patient und sorgt für die Sicherheit aller Beteiligten bei den Bewegungsaktivitäten.

Erfolgsfaktoren für die nachhaltige Einführung von Handling-Hilfsmitteln sind:

- Integration in das Qualitätsmanagement
- ein systematisches Qualifizierungskonzept für alle Pflegekräfte in Bezug auf das Handling von Patienten
- ein ganzheitlicher Ansatz des Qualifizierungskonzeptes: Verbindung ressourcenorientierter Arbeitsweise mit ergonomischer Arbeitsweise und dem Einsatz von Hilfsmitteln zum Handling von Patienten, z.B. Ergonomico - Konzept²
- angepasste Auswahl von Handling-Hilfsmitteln: anerkannter Stand der Technik, funktionell, ergonomisch
- am tatsächlichen Bedarf orientierte Anzahl von zur Verfügung stehenden Hilfsmitteln
- Beteiligung der Pflegekräfte bei der Erprobung und Auswahl der Hilfsmittel
- Erprobung durch Teststellung der Hilfsmittel vor der Anschaffung
- Unterweisung und regelmäßige Wiederholungsunterweisung im Umgang mit den Hilfsmitteln³ durch eine qualifizierte Person
- Standard für die hygienische Aufbereitung, Prüfung, Wartung, Ersatzbeschaffung und Unterweisung
- Förderung durch das Management
- Kalkulation von ausreichenden finanziellen Mitteln im Budget

In vielen Einrichtungen im Gesundheitsdienst wird es zunehmend schwieriger, Beschäftigte für Fortbildungen freizustellen. Beim Blick auf das Thema *Prävention von Rückenbeschwerden* wird dadurch bedingt ein gefährlicher Teufelskreis augenfällig: die Belastung der Beschäftigten nimmt zu und der demografische Wandel ist deutlich spürbar.

Die Zahl der Ausfalltage aufgrund von Muskel- und Skeletterkrankungen steigt; die Möglichkeit, in einem Seminar die ergonomische Arbeitsweise und den Umgang mit Hilfsmitteln zu erlernen, nimmt hingegen ab. Um Erfolg sicherzustellen, ist es jedoch unabdingbar, dass ein ganzes Team auf dem gleichen Stand ist und immer wieder neue Impulse erhält. Es gilt also, widerstrebende Tendenzen in Einklang zu bringen. Hier kann der *CareGoCoach*⁴ helfen, indem er dem Team und Führungskräften als kollegialer Ansprechpartner für Fragen zur Verfügung steht.

Häufig sind Präventionsmaßnahmen auf personenbezogene Maßnahmen begrenzt oder der erste Schritt. Die Absicht ist, Beschäftigte in die Lage zu versetzen, sich sicher - rückengerecht - zu verhalten. Qualifizierung der Pflegekräfte sollte aber immer mit Maßnahmen auf der technischen und der organisatorischen Ebene verquickt sein.

¹ Jäger, M. et al., Biomechanical analysis of patient-transfer activities for the prevention of spine related hazards, a research study, 2008.

² www.ergonomico.eu

³ Richtlinie über Medizinprodukte 93/42/CEE

⁴ www.caregocoach.de



**Behandlung chronischer Lumbalgien und
Lomboradiculalgien beim Pflegepersonal: Erfahrungen
des Zentrums für Berufskrankheiten in Nantes**

Dr med. Dominique TRIPODI
Arbeitsmediziner
CHU, Beratung für Berufs- und Umweltkrankheiten
Nantes, Frankreich

Dominique Triodi¹, Claude Roedlich^{1,2}, Audrey Petit Lemanach³, Charles Dubois⁴

¹ Beratung für Berufs- und Umweltkrankheiten, CHU Nantes, Nantes

² Arbeitsmedizinischer Dienst der Région Nantaise, Nantes

³ Labor für Ergonomie, Epidemiologie und Arbeitsgesundheit, Angers

⁴ Abteilung für funktionale und lokomotorische Rehabilitation, Hôpital Saint-Jacques, Nantes

Seit 2007 gibt es am Universitätsspital Nantes eine fächerübergreifende Beratung für die Behandlung von Lumbalgie-Patienten.

Eine Analyse der Eigenschaften der mit Hilfe standardisierter Evaluierungsinstrumente untersuchten Probandengruppe liefert Informationen, mit denen die Protokolle für die Behandlung von Lumbalgie-Patienten verbessert werden können.

Nach sechs Monaten wurden die Probanden erneut begutachtet und ein biometrischer Vergleich mit Probanden ohne Lumbalgie durchgeführt.

Die Studie kommt zum Schluss, dass die Behandlung von Lumbalgie-Patienten wichtig ist, weil sie hinsichtlich der Verbesserung der beruflichen wie allgemeinen Funktionalität und Erfahrung Wirkung zeigt. Eine vollständige Schmerzheilung bleibt für den Augenblick jedoch die Ausnahme.



Beispiel einer Lumbalgie-Prävention in einem Universitätsspital

Dr med. Isabelle CLEMENT
Arbeitsmedizinerin
CHRU Besançon
Besançon, Frankreich

Nach der Präsentation einer Bestandesaufnahme der Lumbalgien im Universitätsspital Besançon wird die Prävention unter drei Gesichtspunkten beleuchtet:

Tertiärprävention oder Wiederherstellungsstadium: Zu oft wird der Arbeitsmediziner erst dann hinzugezogen, wenn Pflegekräfte sich bereits verletzt haben und teilweise oder vorübergehend nur eingeschränkt arbeitsfähig sind oder ihre Pflegetätigkeit definitiv nicht wieder aufnehmen können. Eine fächerübergreifende Arbeitsgruppe (Arbeitsmediziner, Personalabteilung, Pflegedirektion und Ausschuss für Arbeitsschutz und Arbeitsbedingungen) hat sich mit der Schaffung eines Pools transversaler Funktionen befasst, die mit vorübergehenden Einschränkungen kompatibel sind, um Pflegekräfte mit Lumbalgien so früh wie möglich über einen Zeitraum von drei bis sechs Monaten mit Aufgaben wieder einzugliedern, die ihren medizinischen Einschränkungen Rechnung tragen.

Sekundärprävention oder Korrekturstadium: Im Rahmen der Sprechstunde mit Pflegekräften und Untersuchungen der Arbeitsplätze werden Risikosituationen ermittelt und anschliessend organisatorische und ergonomische Änderungen vorgeschlagen sowie die Anschaffung ergonomischen Materials empfohlen.

Primärprävention oder Antizipationsstadium: Wir versuchen, diese Präventionsarbeit zusammen mit unseren Ergonomieausbilderinnen zu verstärken.

Unsere Ziele:

- Sicherstellung der Schulung hinsichtlich ergonomischer Bewegungen und Körperhaltungen für das Personal (Grundausbildung und Weiterbildung)
- Förderung und Begleitung der Einführung und Verwendung technischer Hilfsmittel beim Patienten-Handling auf den Stationen
- systematische Information für neue Mitarbeiter (ärztliche Konsultation, Videos, Broschüren und Einführungstage)
- Sensibilisierung, insbesondere der leitenden Angestellten, für die Prävention (Pflicht zur Schulung der Mitarbeiter, Anschaffung und Anwendung technischer Handling-Instrumente sowie Überlegungen zur Arbeitsorganisation) anlässlich von Sitzungen und mit einer für sie bestimmten Broschüre.
- Sensibilisierung der Direktion für eine möglichst frühe Berücksichtigung von Lumbalgien (Anschaffung technischer Handling-Instrumente, Arbeitsplatzwechsel etc.)



Prävention von Rückenproblemen bei Pflegefachpersonen anlässlich der arbeitsmedizinischen Eintrittsuntersuchung

Dr med. Esther GRAF-DEUEL
Fachärztin für Arbeitsmedizin FMH
Praxis / RAD Ostschweiz
St. Gallen, Schweiz

Einleitung

Rückenprobleme sind häufig in der Gesamtbevölkerung und auch häufig bei Pflegepersonen. Sie gehören zu den häufigsten Ursachen von Beschwerden, Absenzen, Invalidität und Berufswechsel beim Pflegepersonal und werden selten als Berufskrankheit anerkannt.

Ziel der Eintrittsuntersuchung

Schutz der Pflegeperson vor schädigenden Einflüssen bei der Arbeit, z.B. vor schädlichen mechanischen Einflüssen auf die Wirbelsäule durch korrekte Information der oft unterschätzten Belastungen und Motivation zum eigenverantwortlichen ergonomischen Umgang mit dem Bewegungsapparat.

Individuelle Untersuchung und Beratung

- Eruieren der persönlichen Risikofaktoren wie Alter, Körpergrösse, Gewicht, Statik der Wirbelsäule, Trainingszustand, Beschwerden aufgrund kongenitaler Anomalien von Seiten des Bewegungsapparates, sekundäre Veränderungen durch Unfälle, Operationen und Therapien
- Aufzeigen der Bedeutung von Rückenproblemen, Erklären von Aufbau und Funktionsweise der Wirbelsäule und der Notwendigkeit der korrekten Handhabung von Gewichten, die eigentlich für Männer vorgesehen sind
- Besprechen der Voraussetzung zur korrekten Handhabung von Lasten: Optimieren der körperlichen Fitness, Bedeutung ergonomischer Arbeitsweise und deren korrekte Umsetzung von Anfang an zur Vermeidung von schädigenden Gewohnheiten
- Umgang mit Stresssituationen und Zeitmangel, nicht auf Kosten des Rückens und von Essgewohnheiten, denn Adipositas bedeutet eine zusätzliche Belastung der Wirbelsäule und des Bewegungsapparates. Auch ein ungeschickter Umgang mit Nacht-/Schichtarbeit kann das Gewicht negativ beeinflussen mit entsprechenden negativen Auswirkungen.

Zusammenfassung

Anlässlich der Eintrittsuntersuchung wird die Pflegefachperson über die beruflichen Risiken bei ihrer Arbeit informiert. Die Belastungen in der Pflege erreichen Werte, welche in der Industrie Männern vorbehalten sind, und oft massiv unterschätzt werden. Damit die oft zierlichen Frauen diesen Herausforderungen gewachsen sind, sollten folgende Bedingungen erfüllt sein: Für eine den Rücken schonende Arbeitsweise ist ein guter Trainingszustand, insbesondere der Rumpfmuskulatur von zentraler Bedeutung, der kontinuierlich aufrecht erhalten werden soll. Erst unter diesen Voraussetzungen kann die gelernte ergonomische Arbeitsweise korrekt umgesetzt werden. Vernachlässigung, z.B. durch Zeitdruck, führt zu Gewohnheiten und Schäden, welche später schwer zu korrigieren sind. Angemessener und gezielter Sportunterricht an Schulen für Pflegeberufe sollte vermehrt gefördert werden.



Lumbalgie-Präventions-Schulung an paramedizinischen Ausbildungsstätten

Dr med. Anne-Catherine DELAVELLE
Arbeitsmedizinerin
CHU Reims
Reims, Frankreich

Lumbalgien haben multifaktorielle Ursachen. Berufliche Gründe sind jedoch von besonderer Bedeutung: Schon vor Ausübung der beruflichen Tätigkeit, die das Personal diesem Risiko aussetzt, ist eine Präventionsschulung angezeigt.

Die Präventionsschulung zum Thema Lumbalgien verfolgt in den paramedizinischen Ausbildungseinrichtungen zwei Ziele:

1. Vermeidung plötzlich auftretender (Arbeitsunfälle) oder durch wiederholte Expositionen (Berufskrankheiten) entstehender Wirbelsäulenerkrankungen bei Pflegekräften aufgrund ihres eigenen Expositionsrisikos.

Eine Schulung in Sachen Physiopathologie der Schmerzen im Lendenwirbelsäulenbereich hilft, die Auswirkungen mechanischer Belastungen der Wirbelsäule bei der Ausübung des Pflegeberufs und damit die frühe Aneignung eines vorsichtigen Verhaltens bezüglich Körperhaltung und angemessener Bewegungen zu verstehen und zu verinnerlichen.

Dabei werden allgemeine Grundsätze für den Rückenschutz dargestellt und vorgeführt und anschliessend von den Ausbildungsteilnehmern für ein körperliches und sensorisches Lernen in einer Idealsituation ohne Patient reproduziert. Danach können die Bewegungen im Anschluss an eine korrekte Beurteilung aller Situationen in der Pflegeabteilung praktisch und individuell angepasst werden. Die Vertrautheit mit dem ergonomischen Material sensibilisiert das künftige Pflegepersonal für den eigenen Schutz und zeigt auf, wie die Exposition begrenzt werden kann.

Die Ausbildungsstätten für Hilfspfleger, Hilfssüuglingsschwestern, Krankenschwestern, OP-Schwwestern, Ambulanzfahrer, Elektroradiologie-Angestellte und Masseur/Krankengymnasten haben diesen unverzichtbaren, für eine Präventionskultur notwendigen Aspekt in ihr Programm aufgenommen.

2. Ausbildung von Fachleuten als künftige Träger der Präventionsbotschaften gegenüber den von ihnen wegen dieser Krankheiten betreuten Patienten (Masseur/Krankengymnasten) und als Berater für die Familien oder Angehörigen der Patienten nach dem Spitalaustritt (Hilfspfleger oder Krankenschwestern).



Beruflich bedingte Lumbalgien: Pflichtenheft für die Finanzierung eines Präventionsprojekts

Dr med. Alice MANDIL-MORET
Arbeitsmedizinerin
CHU Toulouse
Toulouse, Frankreich

Das präsentierte Beispiel stammt aus dem Universitätsspital Montauban mit rund 1800 Angestellten.

Wie in allen Spitälern wurde eine zunehmende Anzahl Arbeitsunfälle verzeichnet, vor allem Lumbalgien im Zusammenhang mit dem Heben von Lasten: 15 im Jahr 2003 und 29 im Jahr 2004, d.h. eine Zunahme von über 93% und somit zweithäufigste Unfallursache nach Blutexpositionen.

Daraufhin wurde ein breit angelegtes Präventionsprogramm gestartet, mit dem Ziel, die auf das Patienten-Handling zurückzuführenden Unfälle (insbesondere Lumbalgien) mit nachhaltigen, anpassungsfähigen und reaktiven Präventionsmitteln zu reduzieren. Diese Massnahmen basieren auf permanenten Überlegungen und Aktionen der Spitäler bezüglich Arbeitspraxis und Arbeitsumfeld. Eine ständige Gruppe sogenannter «ergonomischer Akteure», die die Arbeitnehmer vertreten, wurde beauftragt, diese Fragen zu prüfen und Schritte einzuleiten.

Sie müssen sich an der Risikoanalyse, der Ermittlung der Unfallursachen, der Erarbeitung von Arbeitsplatzdatenblättern und der Aktualisierung eines einheitlichen Dokuments beteiligen und Anpassungsvorschläge unterbreiten. Ausserdem sichern sie Schulungen und informieren über die durchgeführten Aktionen.

Sie verfügen über eine entsprechende Ausbildung, Zeit während ihrer Arbeit sowie technische und organisatorische Mittel.

Hauptziel ist die Reduktion der Lumbalgien im Zusammenhang mit Arbeitsunfällen beim Heben von Lasten, wobei aber auch andere Ziele verfolgt werden: soziale (Begleitung von Veränderungen mit verstärkter Beteiligung der Mitarbeiter, bessere Integration der neuen Mitarbeiter), organisatorische (praktische Lösungen für Probleme bei der Koordinierung der Aktivitäten, methodologische Unterstützung, Verringerung der Probleme wegen ungeeignetem oder fehlendem Material etc.) und finanzielle Ziele (Kosten durch Absenzen, Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten sowie durch den Kauf, die Anpassung oder den Verzicht auf die Nutzung von Material etc.).

Die Umsetzung dieses Ansatzes erfolgt in drei Phasen: Überlegungen zur Einführung, Funktionsweise und nachhaltigen Tätigkeit der Ergonomieakteure, Einrichtung der Gruppe sowie Schulung der Akteure und Auftragserteilung an die Akteure in einer aufgrund ihrer hohen Zahl an Muskel-Skelett-Störungen ausgewählten Pilotabteilung mit anschliessender Analyse der Indikatoren.

Die Evaluierung gründet auf festgelegte Kriterien: Erreichung des Endziels: Einrichtung der Gruppe aus Ergonomieakteuren, Weiterverfolgung des langfristigen Ziels einer Verringerung der Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten und der Absenzen im Zusammenhang mit dem Patienten-Handling sowie Einhaltung der Verpflichtungen oder Zwischenziele.

mit Hilfe dieses Pflichtenhefts konnte eine Finanzierung durch die Nationale Rentenkasse der Angestellten der lokalen Gebietskörperschaften (CNRACL) unter dem Titel «Lokaler Fortschrittsansatz» gesichert werden. Diese begann 2007, wurde 2009 von der CNRACL positiv beurteilt und läuft bis heute weiter.



Präventionsprogramm der Genfer Gesundheits- einrichtungen: "Agir avec mon dos"

Dominique MONNIN
Verantw. Forschung & Qualität
HUG
Genf, Schweiz

Angestellte von Pflegeeinrichtungen leiden oft an Rückenschmerzen. Eine Studie des Genfer Universitätsspitals hat eine jährliche Prävalenz von 67,3% zutage gefördert. 25,7% der Befragten gaben an, innerhalb des letzten Jahres ihre berufliche Tätigkeit während 11,5 (Ärzte) und 30,9 (Verwaltungsmitarbeiter) Tagen unterbrochen zu haben. Finanziell entspricht dies einem Produktivitätsverlust in Millionenhöhe. Diese Daten bestätigen die Angaben der Fachliteratur.

Deshalb ist es wichtig, dass die Arbeitgeber Massnahmen ergreifen, um Rückenschmerzen und ihren Folgen vorzubeugen. Dabei müssen die erhofften Ergebnisse allerdings auch eintreten.

Das Genfer Universitätsspital führte über 15 Jahre lang ein Präventionsprogramm («Mon dos en tête») mit biomedizinischem Ansatz durch. Inzwischen konnte gezeigt werden, dass die rein auf die Vermittlung von Techniken (Tragen von Lasten, Körperhaltung etc.) ausgerichteten Interventionen sich weder auf die Arbeitspraxis noch auf die Prävalenz von Rückenschmerzen auswirken. Anfang 2010 wurde das Programm deshalb an die europäischen Empfehlungen angepasst und mit einem biopsychosozialen Ansatz unter dem Titel «Agir avec mon dos» (mit meinem Rücken handeln) umgestaltet.

Diese Schulung wird von speziell ausgebildeten, selbstständigen Physio- und Ergotherapeuten durchgeführt. Sie findet in zwei Teilen (zwei Tage plus ein halber Tag zur Auffrischung sechs Monate später) statt und ist um die Erwartungen der Teilnehmer herum gegliedert. Sie wechselt ab zwischen der Arbeit an den Meinungen und Vorstellungen zu Rückenschmerzen und einer Reihe funktionaler und auf Entspannung ausgerichteter körperlicher Aktivitäten. Die Botschaft besteht in einer Art «Leitfaden für den Rücken». Dieser umfasst sechs Stichworte: Schmerz und Leiden, ein funktionales Problem, Bewegung ist Leben, Bewegung mit Freude, Jedem das Seine und Sein Leben selbst bestimmen.

Unspezifische Rückenschmerzen werden am Modell des funktionalen Syndroms und unter einem proaktiven Gesichtspunkt erklärt: «Wie kann ich mein Umfeld und meine Ressourcen an die Tätigkeit anpassen, die ich verrichten möchte/muss?» Die ersten beiden Schulungstage enden mit einem Blick in die Zukunft: «Was werde ich in meinem Leben ändern?» Dabei wird ein zwei bis drei Punkte umfassender persönlicher Vertrag abgeschlossen, der in den nachfolgenden Monaten zu erfüllen ist.

Sechs Monate später können die Teilnehmer an einer halbtägigen Anschlussveranstaltung über ihre Erfahrungen diskutieren und Konzepte klären oder konsolidieren, die mit der Zeit in der Hintergrund getreten sind. Seit April 2011 wird bewertet, inwieweit dieses Programm in der Lage ist, falsche Vorstellungen sowie Angst- und Vermeidungsverhalten zu verändern.



Broschüre SOHF «Lumbalgie-Präventionskonzept in Gesundheitseinrichtungen»

Olivia LAMPERT IONITA
Soziologin, Beauftragte für Interventionen, Schulungen und
Forschung in den Bereichen Ergonomie und Arbeitsschutz
ERGOrama SA
Genf, Schweiz

Angesichts der Problematik der Lumbalgien und Muskel-Skelett-Störungen, mit denen viele Gesundheitseinrichtungen konfrontiert sind, haben zahlreiche Arbeiten gezeigt, dass die oft nur punktuell durchgeführten Massnahmen (Schulung zu Bewegungen und Körperhaltungen, Anschaffung von Hilfsmaterial etc.) nicht zu den erhofften Ergebnissen führen. Die Massnahmen sind oft schwer umzusetzen, und nur selten ist ein tatsächlicher Rückgang der Krankheiten und Schmerzen sowie der dadurch verursachten Absenzen zu beobachten.

Angesichts dieser Feststellung und weil es in der Schweiz an einer praktischen Publikation zu diesem Thema in den Pflegeeinrichtungen fehlt, wurde ERGOrama von der SOHF mit der Erstellung einer Broschüre beauftragt, die einen in diesem Tätigkeitsbereich anwendbaren Präventionsansatz umfasst. Die Publikation hat zum Ziel, eine Reihe von Schlüsselementen zu präsentieren, mit denen Personalärzte, Unternehmensverantwortliche, Vorgesetzte oder andere für die Gesundheit der Mitarbeiter zuständige Personen einen globalen Präventionsansatz einführen und aufrechterhalten können, der über die oft beobachteten partiellen und punktuellen Massnahmen hinausgeht.

Dabei sollen insbesondere mit einem einheitlichen Ansatz Massnahmen beim Material, der Architektur, der Arbeitsorganisation und der Personalausbildung verfolgt und insbesondere die angelsächsischen und nordischen Postulate des Typs «Zero Lift» berücksichtigt werden. Diese bezwecken, mit Hilfe technischer und organisatorischer Massnahmen die Beschränkung des manuellen Patienten-Handlings auf das absolut Notwendige.

Auf der Basis der Feststellungen in der internationalen Fachliteratur zum Thema beruflich bedingter Lumbalgien und Muskel-Skelett-Störungen sind die Pflegeeinrichtungen aufgerufen, langfristige Analysen und Massnahmen durchzuführen und dabei alle Betroffenen (Direktion, Betreuungsdienste, Pflegepersonal und sonstige betroffene Tätigkeitsbereiche) zu beteiligen. Ziel ist es, gestützt auf ergonomische Beobachtungen der Praxis die biomechanischen und psychosozialen Risiken der verschiedenen Tätigkeiten innerhalb der Einrichtung zu ermitteln sowie angemessene und abgesprochene Massnahmen auf technischer, organisatorischer und informatorischer Ebene zu ergreifen. Es geht darum, primäre und sekundäre Prävention zu kombinieren, um die Risikofaktoren so weit als möglich zu beseitigen oder zu reduzieren und so das Auftreten und den chronischen Verlauf von Lumbalgien und Muskel-Skelett-Störungen im Zusammenhang mit beruflichen Belastungen zu vermeiden und die Mitarbeiter am Arbeitsplatz zu halten. Auch die tertiären Präventionsmassnahmen (Behandlung und berufliche Wiedereingliederung) werden angesprochen.

Der Ansatz bietet zwar keine schlüsselfertige Lösung, zielt aber auf eine globale Verbesserung der Arbeitsbedingungen ab, was langfristige Vorteile für die Gesundheit der Mitarbeiter und die Verbesserung der Pflegequalität (Komfort und Sicherheit der Patienten etc.) sowie den allgemeinen Betrieb der Einrichtungen (weniger Absenzen, geringere Personalfuktuationen etc.) bringen sollte.



Einführung eines Lumbalgie-Präventionskonzepts in der Geriatrie des CHU Grenoble

Virginie JOSSELIN
Ergonomin
CHU Grenoble
Grenoble, Frankreich

Im Rahmen der Vorbereitung der Evaluierung einer fünfjährigen lokalen Vereinbarung zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen zum Thema der primären Prävention von Lumbalgien und Muskel-Skelett-Störungen am Universitätsspital Grenoble erarbeitete das fächerübergreifende arbeitsmedizinische Team ab Beginn seiner Arbeit in der Geriatrie ein Instrument zur Nachverfolgung der Mitarbeitergesundheit und der Entwicklung der Arbeitsbelastung.

Die geriatrische Langzeitpflege wurde aus mehreren Gründen ausgewählt: Umzug in neue Räumlichkeiten, Anschaffung von Hilfsmaterial für das Patienten-Handling, Ausbildungsbedarf hinsichtlich Bewegungen und Körperhaltung etc. Mit den Angestellten und Betreuern wurden mehrere Aktionen durchgeführt, insbesondere zur Arbeitsorganisation. Bei allen Pflegekräften dieser Abteilung (Hilfspflegepersonal und Krankenschwestern) wurde ein einfacher Fragebogen für eine wiederholte Längsschnittstudie durchgeführt: vor dem Umzug (T1), einen Monat (T2) und ein Jahr (T3) später.

Die Anzahl Studienteilnehmer war in den drei Phasen nicht konstant (N1=37, N2=37, N3=51), weil wir nicht beabsichtigten, dieselben Personen zu begleiten. Es ging eher darum, eine Momentaufnahme des Gesundheitszustandes der Zielgruppe im Zusammenhang mit der Veränderung der Arbeitsbedingungen zu erhalten. Trotzdem ist kein Unterschied zwischen den drei Erhebungszeitpunkten nach Funktion, Alter, Dienstalter oder Geschlecht festzustellen. Die Rückenschmerzen nahmen beim Umzug zu (von 24% auf 69%), nach einem Jahr jedoch signifikant ($p=0,0006$) ab (46%). Bei den anderen Schmerzen (Halswirbelsäule, Schultern sowie obere und untere Gliedmassen) konnte die gleiche Feststellung getroffen werden.

Wie lassen sich diese Unterschiede zwischen den drei Erhebungszeitpunkten erklären? Das Patienten-Handling hatte zum Zeitpunkt T2 zu- und anschliessend wieder abgenommen ($p=0,01$). Es handelte sich um eine Phase der Anpassung an die Verwendung des Handling-Hilfsmaterials ($p=0,02$), vor allem der Deckenschienen. Beim Heben von Lasten gibt es jedoch keinen Unterschied, ob man schnell oder langsam arbeitet. Zwischen T2 und T3 verbesserten sich die Organisationsmöglichkeiten stark (von 41% auf 70%), ebenso wie die gegenseitige Hilfe unter Kollegen ($p=0,0005$). Das Pflegepersonal hat den Eindruck, dass seine Arbeit mehr geschätzt wird ($p=0,002$).

Eine Untersuchung der Absenzenentwicklung auf dieser Station hat im Übrigen einen Rückgang der Anzahl Fehltage (18%) und der Arbeitsunfälle (51%) zwischen T1 und T3 ergeben.

Die Beurteilung einer Massnahme zur primären Prävention von Berufsrisiken basiert auf der Festlegung geeigneter Indikatoren über die Entwicklung der Arbeitsbedingungen der Mitarbeiter und der Auswirkungen auf ihre Gesundheit. Die Wahrnehmung der Veränderungen der Arbeit durch die Mitarbeiter spielt eine wesentliche Rolle bei dieser Beurteilung. Wir müssen abwarten, bis sich das Arbeitskollektiv gebildet hat, um die positiven Auswirkungen einer Intervention auf dem Gebiet der Lumbalgien feststellen zu können. Für den Arbeitsmediziner erweist sich das Präventionskonzept als einfaches und effizientes Mittel zur Messung der langfristigen Auswirkungen von organisatorischen und materiellen Veränderungen auf die Gesundheit der Angestellten.



Physische Belastung beim Umgang mit Toten

Dr med. Marie line LEPORI
Arbeitsmedizinerin
CHU Nancy
Nancy, Frankreich

Marie-Line Lepori¹, Isabelle Clément²

¹ CHU Nancy

² CHU Besançon

In einem Universitätsspital mit 1700 Betten gibt es jedes Jahr rund 2000 Todesfälle. Diese bedeuten häufig eine körperliche und seelische Belastung für das Pflegepersonal.

Das Thema ist allerdings schwierig anzusprechen und wird oft gemieden. Anlässlich der kürzlich erfolgten Erstellung eines Arbeitsfähigkeitszeugnisses für Sanitäter zum Transport von Verstorbenen und der Erarbeitung eines Pflichtenhefts für die Anschaffung eines neuen Fahrzeugs für den Transport von Verstorbenen wurde das Thema dennoch angeschnitten.

Die zusammen mit Ergonomen durchgeführte Studie für eine durch die Errichtung von zwei neuen Gebäuden ausgelöste Reorganisation zeigt die ganze Problematik der Stellung von Verstorbenen in unserer Gesellschaft auf.

Die Begleitung der Verstorbenen auf der Station, auf welcher der Tod eingetreten ist, dann der Sanitäter beim Transport und anschliessend in der Leichenhalle bei der Aufbahrung hat zahlreiche Überlegungen ausgelöst.

Im Rahmen unserer bibliografischen Forschung waren wir mit dem Fehlen von Studien zu diesem Thema konfrontiert.

Wir möchten, dass unser Beitrag das Interesse an der Rolle des Pflegepersonals bei der Begleitung von Verstorbenen weckt.



Lumbalgie-Prävention bei Rettungssanitätern

Dr med. Marie Dominique RAINE
Arbeitsmedizinerin
AMET 93 – 94
Ile-de-France, Frankreich

Rettungssanitäter transportieren in speziell ausgerüsteten Fahrzeugen Kranke, Verletzte, alte oder behinderte Menschen sowie Gebärende in Spitäler, Kliniken und Altersheime oder nach ihrem Austritt aus einer Pflegeeinrichtung wieder nach Hause.

In Frankreich sind Rettungssanitäter mehrheitlich Angestellte kleiner (maximal zehn Angestellte), auf Gesundheitstransporte spezialisierter Privatunternehmen.

Erkrankungen der Wirbelsäule sind bei diesen Angestellten die häufigste Berufskrankheit. 20% der Arbeitsunfälle sind auf das Patienten-Handling zurückzuführen (2006).

Die Ursachen dieser Lumbalgien hängen vor allem mit den Arbeitsorten (enge Wohnungen, Gebäude ohne Aufzug etc.), dem Patienten-Handling und den Eigenschaften der transportierten Personen (Gewicht, Alter, Gesundheitszustand und Invaliditätsgrad), aber auch mit den Erschütterungen des ganzen Körpers beim Lenken der Fahrzeuge, der Arbeitsorganisation (atypische Arbeitszeiten, lange Tagesarbeitszeiten etc.) sowie der Wartung von Fahrzeugen und Material (Haltungsbelastungen) zusammen. Dazu kommen die seelische, emotionale und psychisch-affektive Belastung (Teamarbeit, Warten, Beziehung zu den kranken, alten oder verletzten Menschen, Verwaltungsarbeiten, Notfalleinsätze, Verkehrsprobleme etc.) und die Lebenshygiene der Angestellten.

Die Prävention von Lumbalgien konzentriert sich deshalb auf folgende Punkte:

- Arbeitsort: relativ einfach in Spitälern oder Pflegeheimen, sehr viel schwieriger oder gar unmöglich bei Privatpersonen
- Material: Fahrzeuge, Tragen, Sitze, Gurtwerk etc.
- Organisation: Rolle des Einsatzleiters, Arbeitszeiten, Planung, Zusammenstellung der Besatzungen etc.
- Angestellter: Grundausbildung und Weiterbildung (PRAPE – Prävention von Risiken im Zusammenhang mit körperlicher Aktivität und Ergonomie) in Patienten-Handling und Materialverwendung, Beachtung medizinischer Kontraindikationen (SMR-Angestellte für Arbeitsmedizin), Förderung und Unterstützung für die Aufrechterhaltung einer gesunden Lebenshygiene (Sport, Ernährung, Beachtung der Chronobiologie etc.).

In den Pflegeeinrichtungen und Rettungsdiensten (SAMU und SMUR) haben sich die Arbeitsbedingungen mit Ausnahme der Arbeitszeitbelastung zwar verbessert, aber in den sehr kleinen privaten Unternehmen für Krankentransporte, in denen nicht selten zwei bis drei Mal pro Woche 100 Kilogramm schwere Personen im Rollstuhl über fünf Stockwerke in einem engen Treppenhaus zur Dialyse transportiert werden müssen, ist meiner Meinung nach noch viel zu tun. Bei diesen Angestellten ist der Begriff der Beschwerlichkeit der Arbeit absolut angebracht und sollte ihnen Anspruch auf eine vorzeitige Pensionierung geben.



Lumbalgie-Prävention im OPS

Dr med. Dominique TRIPODI
Arbeitsmediziner
CHU, Sprechstunde für Berufs- und Umweltkrankheiten
Nantes, Frankreich

Sophie Deniaud¹, Claire Longuenesse¹, Marie-Line Lepori², Dominique Tripodi³

¹ Arbeitsmedizinischer Dienst, CHU Nantes, Nantes

² Arbeitsmedizinischer Dienst, CHU Brabois, Vandoeuvre Les Nancy

³ Sprechstunde für Berufs- und Umweltkrankheiten, CHU Nantes, Nantes

Die OPS-Organisation ist äusserst komplex. Sie erfordert ein Management der Patientenflüsse sowie der Logistik unter gleichzeitiger Einhaltung strenger Hygienevorschriften. Dabei geht es um den Empfang, die Weiterleitung, die Betreuung und den Austritt des Patienten. Unsere Präsentation zeigt im ersten Teil die organisatorischen und insbesondere die biomechanischen Sachzwänge in einem OPS der Notfallstation für Erwachsene.

Die Fachliteratur zeigt, dass sich die Prävention von Lumbalgien und die Abhilfemassnahmen stärker mit der konzeptuellen Ergonomie als mit Korrekturingriffen befassen sollten.

Deshalb berichten wir im zweiten Teil über das Projekt eines OPS für ambulante und konventionelle Chirurgie, mit dem die Patientenflüsse, die Logistik, der Raumbedarf sowie die Ergonomie des Materials verbessert werden sollen.

Schulung und Information des Personals, der Kader und der Direktionen sind ebenfalls fester Bestandteil des primären Präventionsplans. Vorgesehen sind ebenfalls Schulungen zu «Bewegungen und Körperhaltungen», obwohl ihre Wirksamkeit bis heute umstritten ist.



Lumbalgie-Prävention in der Spitex

Fabia DELL'ERA
Dipl. Bewegungs- und Sportwissenschaftlerin ETH Zürich
Suva, Bereich Physik
Luzern, Schweiz

Als Aufsichtsorgan nach dem Unfallversicherungsgesetz (UVG) berät und kontrolliert die Suva die Betriebe bei der Verhütung von Berufsunfällen und Berufskrankheiten. Die entsprechenden Vorschriften in der VUV gelten für alle Betriebe, die in der Schweiz Arbeitnehmer beschäftigen, und unabhängig von ihrer Rechtsform (Stiftung, Verein etc.). Ist von einer Gefährdung der Gesundheit aufgrund der beruflichen Tätigkeit auszugehen, so sind Massnahmen zum Schutz der Beschäftigten zu treffen. Mit dieser Perspektive entstand dieses Projekt mit Spitex-Organisationen, denn die Hauspflege weist ein hohes Gesundheitsrisiko auf.

Eine eingehende Analyse zeigt, dass bei dieser Tätigkeit sowohl die physischen wie auch die psychischen Belastungen sehr hoch sind und entsprechend häufig zu Beschwerden führen. Obwohl die psychischen Einflüsse auf Muskel- und Skeletterkrankungen keineswegs zu unterschätzen sind, konzentriert sich dieses Projekt auf die physischen Belastungen, insbesondere die Rückenproblematik.

Beim Baugewerbe oder der Land- und Forstwirtschaft ist allgemein bekannt, wie hoch die Gefahren, und die physischen Belastungen sind. Wenn aber über die Arbeit in der Spitex gesprochen wird, entsteht leider häufig der Eindruck, dass die Pflegenden keinen relevanten physischen Belastungen ausgesetzt seien.

Die Behauptung, dass "Pflegende mehr schleppen als Bauarbeiter", kann aber mit der mit der BIBB/BAuA-Befragung gestützt werden, die unter anderem feststellt, "dass 63.7% der in Pflegeberufen tätigen Frauen und 57.1 % der in Pflegeberufen tätigen Männer unter Rückenschmerzen leiden".

Ebenso zeigt die Fachliteratur, dass in der Pflege Beschwerden im LWS-Bereich entstehen können, beispielweise durch Patiententransfers sowie durch ungünstige Körperhaltungen als Folge improvisierter Arbeitsplätze.

Eingehende Belastungserhebungen aus unseren Nachbarländern oder aus Kanada stehen als Grundlage für die Gefährdungsermittlung zur Verfügung. Dass sie auch in der Schweiz angewendet werden können, bestätigte sich anlässlich von eigenen Arbeitsbegleitungen bei Spitex-Organisationen in den Kantonen Luzern, Baselland und Tessin. Deshalb konzentriert sich dieses Projekt auf die Entwicklung von Massnahmen zur Unterstützung der Spitex-Mitarbeitenden.

Zu diesem Zweck werden die Mitarbeitenden zwei Kategorien zugeteilt: Krankenpflege und Hauswirtschaft. Für jede Gruppe werden die Haupttätigkeiten aufgelistet, die ergonomischen Mängel beschrieben und technische, organisatorische, persönliche aber auch normative Massnahmen aufgezeigt, um die übermässig schwere körperliche Arbeit der Mitarbeitenden zu erleichtern.

Ziel des Projekts ist es also, Bedingungen festzulegen, unter denen Spitexeinsätze ohne Gefährdung der Gesundheit durch körperliche Überlastungen durchgeführt werden können. Als Konkretisierung kommen z.B. Checklisten oder Handlungsanweisungen in Frage. Sie dienen den Spitex-Mitarbeitenden nicht nur als Hilfsmittel, sondern auch als Legitimation für Forderungen, die sie den Kunden oder Leistungsträgern gegenüber stellen müssen.



Lumbalgie-Rehabilitation: Sind Wunder möglich?

Dr med. Stéphane GENEVEY
Chefarztvertretung
Abteilung für Rheumatologie, Universitätsspital Genf
Genf, Schweiz

Die Rehabilitation von Patienten mit chronischer Lumbalgie ist eine grosse Herausforderung unserer Industriegesellschaft. Gemäss den internationalen Empfehlungen (Europa, Nordamerika und andere) werden mehrere therapeutische Ansätze empfohlen (Übungen, kognitiv-verhaltensorientierte Therapien, fächerübergreifende Programme etc.). Ihre Wirksamkeit ist jedoch bestenfalls bescheiden. Es gibt auch nur sehr wenige Untersuchungen, die zwei Arten von Interventionen miteinander vergleichen. Dadurch kann man nur schwer sagen, welches die beste Strategie ist.

Nachdem am Universitätsspital Genf die unzureichende Wirksamkeit eines Programms mit intensiven Gruppenübungen festgestellt worden war, machte sich ein fächerübergreifendes Team Überlegungen zum Thema und erarbeitete ein Programm für funktionale Rehabilitation mit der Abkürzung PRODIGE (Programme Dos des Institutions Universitaires GENEvoises – Rückenprogramm der Genfer Universitätsinstitutionen). Dieses basiert auf Konzepten aus unserer Erfahrung sowie der Fachliteratur. Besonders hervorzuheben ist dabei:

- 1) Eine Lumbalgie ist das Ergebnis einer Fehlfunktion des Muskel-Skelett-Systems.
- 2) Die Aktivierung dieses Systems ist therapeutischer Natur und muss sich auf persönliche, zwischen Therapeuten und Patienten vereinbarte Ziele sowie den Grad der Bewegungsangst stützen.
- 3) Die Vermittlung von Ergonomietechniken muss individuell gestaltet sein.
- 4) Eine Begleitung bei der Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit ist wünschenswert. Der Ansatz, der zur Erarbeitung dieses Programms geführt hat, sowie die Einzelheiten sind veröffentlicht worden.^{i, ii}

Die vorläufigen Ergebnisse für 45 Patienten bestätigen unsere Hoffnung, weil wir im Vergleich zum letzten Programm nach neun Monaten eine bessere Wirkung bezüglich funktionaler Fortschritte (Dallas-Skala) sowie der Rückkehr an den Arbeitsplatz (Anstieg von 53% auf 78%, $p=0,08$) aufzeigen konnten.ⁱⁱⁱ

Nicht alle empfohlenen Massnahmen sind folglich gleich effizient. Es ist wichtig, die Massnahme auf die Zielgruppe abzustimmen.

ⁱ Kupper D, Gallice JP, Rentsch D, Barthassat V, Cedraschi C, Genevay S. Programmes multidisciplinaires et lombalgies chroniques: concepts et aspects pratiques. 1 : Concepts et développement. Kinésithérapie la revue 2010;102:35-39

ⁱⁱ Gallice JP, Kupper D, Rentsch D, Barthassat V, Cedraschi C, Genevay S. Programmes multidisciplinaires et lombalgies chroniques: concepts et aspects pratiques. 2 : Elaboration. Kinésithérapie la revue 2010;102:40-44

ⁱⁱⁱ Steiner AS, Sartori M, Leal S, Gallice JP, Kupper D, Rentsch D, Cedraschi C, Genevay S. Réentraînement à l'effort ou réhabilitation fonctionnelle, une étude contrôlée dans la lombalgie commune chronique. Congrès annuel Société Française de Rhumatologie, Présentation orale, Paris 2010



Rückenzelle: eine Begleitstrategie für Mitarbeiter mit Rückenschmerzen

Danièle KUPPER
Selbstständige Ergotherapeutin
Reignier, Frankreich

Die internationalen Empfehlungen zur Sekundärprävention von Lumbalgie am Arbeitsplatz lauten:

- aktiv bleiben und die üblichen Tätigkeiten einschliesslich Arbeit so normal wie möglich und trotz Schmerzen weiter verrichten;
- den Arbeitsplatz vorübergehend anpassen oder eine therapeutische Wiederaufnahme der Tätigkeit in Teilzeitarbeit vorschlagen:ⁱ
- rasch Verbindung zu den Akteuren am Arbeitsplatz aufnehmen, diese integrieren und regelmässige Kontakte pflegen.ⁱⁱ

Auf der Basis dieser Empfehlungen und zur Förderung einer raschen Rückkehr der wegen Rückenschmerzen krankgeschriebenen Mitarbeiter an den Arbeitsplatz hat das Universitätsspital Genf eine «Rückenzelle» geschaffen. Diese besteht aus einer fächerübergreifenden Gruppe (Arbeitsmediziner, Krankenschwestern für öffentliche Gesundheit, Ergonomen und Psychologen) sowie einer Unterstützungsgruppe (Rheumatologe, Reha-Arzt, Physiotherapeut und Ergotherapeut). Die Gruppe vermittelt eine einheitliche Botschaft auf der Grundlage der internationalen Empfehlungen. Sie begleitet die Mitarbeiter, die dies wünschen, bei der Aufrechterhaltung der beruflichen Tätigkeit oder der frühestmöglichen Rückkehr an den Arbeitsplatz, ohne jedoch den konsultierten Arzt zu ersetzen. Die für den Mitarbeiter zuständige Krankenschwester für öffentliche Gesundheit erstellt eine Anamnese, um zu erfahren, was der Mitarbeiter über seine Rückenschmerzen denkt, und um eventuelle Risiken eines chronischen Verlaufs (yellow, blue and black flags) zu identifizieren. Damit kann sie die Intervention der «Rückenzelle» zielgerichteter gestalten: Informationen über die Vorstellungen des Mitarbeiters in Bezug auf seine Rückenschmerzen, Aufforderung zur aktiven Teilnahme am Behandlungsprozess durch bestmögliche Mobilisierung der verfügbaren Ressourcen, Evaluierung der Arbeitsplatzergonomie, Formulierung von Einrichtungs- oder Anpassungsvorschlägen etc.

Dieses im Februar 2011 gestartete Projekt wird qualitativ und quantitativ ausgewertet.

ⁱ Williams RM, Westmorland MG, Lin CY. A Systematic Review of Workplace Rehabilitation Interventions for , International journal of disability management research Work-Related Low Back Pain, Vol 1 n° 1 2006, pp. 21-30

ⁱⁱ Shaw W, Hong QN, Pransky G, Loisel P. A literature review describing the role of return-to-work coordinators in trial programs and interventions designed to prevent workplace disability, J Occup Rehabil. 2008 Mar;18(1):2-15.



**Preslo-Studie: erste Ergebnisse eines globalen
Sekundärpräventionsprogramms für Lumbalgien bei
Spitalpersonal**

Dr. med. Claudine PASQUET-VOLCKMANN
Arbeitsmedizinerin
Hospices Civils de Lyon
Lyon, Frankreich

Ziele: Die von der Abteilung für Arbeitsmedizin der Hospices Civils de Lyon (HCL) vorgeschlagene und in Zusammenarbeit mit dem Centre Médico-Chirurgical et de Réadaptation des Massues durchgeführte PRESLO-Studie ist ein randomisierter Versuch zur Beurteilung der Machbarkeit und Wirksamkeit eines globalen Sekundärpräventionsprogramms für Lumbalgien beim Spitalpersonal der HCL, einer Population mit Rückfall- und Chronizitätsrisiko. Das Programm stützt sich auf das Exercise Retraining und gründet auf einem fächerübergreifenden Ansatz mit körperlicher Betätigung, Vermittlung von kognitivem Wissen über Lumbalgien und einer Evaluierung des Lenden-Becken-Morphotyps. Bisher haben nur wenige Studien zu Populationen mit Chronizitätsrisiko die Wirksamkeit von leichteren Sekundärpräventionsprogrammen beurteilt.

Methode: Es handelt sich um einen randomisierten Versuch mit zwei parallelen Gruppen, der allen Mitarbeitern der HCL mit Lumbalgie zwischen Oktober 2008 und Oktober 2011 angeboten wurde. Am Anfang und am Ende der Studie werden die Rückfälle und Beschwerden beider Gruppen, d.h. mit (Interventionsgruppe) und ohne globales Präventionsprogramm (Vergleichsgruppe), miteinander verglichen. Das globale Präventionsprogramm besteht aus einer zweistündigen Informationssitzung über Lumbalgien und Schmerzbahnen, gefolgt von fünf wöchentlichen, je eineinhalbstündigen Übungssitzungen mit einem Krankengymnasten in Gruppen von acht bis zehn Personen. Am Ende des Programms erhält jeder Mitarbeiter ein Heft mit Übungen für zu Hause. Am Anfang der Studie wird eine vollständige Röntgenbilanz der Wirbelsäule erstellt, um die Parameter des sagittalen Gleichgewichts zwischen Wirbelsäule und Becken zu erheben und damit den Lenden-Becken-Morphotyp zu bestimmen.

Ergebnisse: Seit Oktober 2008 haben bisher 322 Mitarbeiter an der Studie teilgenommen. 161 wurden für die Interventionsgruppe ausgelost und absolvierten zusätzlich zu ihrer üblichen Betreuung das globale Präventionsprogramm. 5% wurden zu Unrecht aufgenommen und von der Studie ausgeschlossen. Beide Gruppen sind hinsichtlich ihrer Eigenschaften bei Eintritt in die Studie vergleichbar. Der Frauenanteil beträgt insgesamt 77%. 81% leiden an akuter Lumbalgie. In den letzten drei Jahren waren 48% mindestens einmal wegen einer Lumbalgie krankgeschrieben. 55% sind Pflegemitarbeiter oder ärztliches Personal, 32% medizinisch-technische Angestellte oder Arbeiter und 13% Verwaltungsangestellte. Gemäss den Daten der von den Krankengymnasten erstellten Anfangsbilanz weisen die Studienteilnehmer eine erheblich geringere Muskelausdauer auf als die gesunde Bevölkerung (Bauchmuskeltest: $p=0,02$ und Test der Streckmuskeln des Rumpfes: $p<10^{-4}$). 66% beklagen sich über mittelschwere Schmerzen im Lendenbereich. 64% weisen einen mittleren bis schweren Angstzustand und 61% eine mässige Depression auf.

Von 147 Teilnehmern des Präventionsprogramms absolvierten 76% alle Sitzungen. Der Hauptgrund für das Fernbleiben von den Sitzungen lag in 75% der Fälle bei dienstlichen Verpflichtungen. 94% der sechs Monate nach den Sitzungen befragten Teilnehmer sind mit den Informationen und vorgeschlagenen Übungen zufrieden. Sechs Monate nach Abschluss des Programms sind 78% mit den Ergebnissen des Programms in Bezug auf ihren Gesundheitszustand zufrieden. 9% haben ihre Nachbetreuung nach zwei Jahren beendet. Wir müssen bis zum Ende der Nachbetreuung aller Teilnehmer warten, bis wir eine abschliessende Aussage zum Nutzen des globalen Programms hinsichtlich der Rückfälle und der chronischen Verläufe treffen können.

Schlussfolgerungen: Die Eigenschaften der Teilnehmer bei Studienbeginn bestätigen die körperlichen, funktionalen und psychischen Auswirkungen von Lumbalgien und die Vorteile einer fächerübergreifenden Behandlung dieser sehr häufigen Erkrankung. Die anfänglichen Zweifel an der Machbarkeit der Studie sind aufgrund der hervorragenden Compliance und Zufriedenheit der Teilnehmer ausgeräumt. Bis Oktober 2011 werden noch neue Teilnehmer in die Studie aufgenommen. Die Nachbetreuung endet 2013. Diese ersten Ergebnisse müssen jedoch noch durch die Auswertung der Ergebnisse aller Teilnehmer bestätigt werden.



**Die Bedeutung ergonomischer Arbeitsplatzabklärungen
für die berufliche Eingliederung von Pflegenden mit
lumbovertebralen Beschwerden**

Dr med. Alexander Nydegger
Oberarzt, Leiter Sprechstunde Arbeit/Ergonomie
Rheumaklinik/IPM, UniversitätsSpital Zürich
Zürich, Schweiz

Bei der beruflichen Eingliederung von Pflegefachleuten müssen ergonomische Belastungen bei der Arbeit besonders sorgfältig abgeklärt werden. Der Pflegeberuf beinhaltet oft das Hantieren von grösseren Lasten (va. bei Patiententransfers), die auch bei gesunden Mitarbeitenden an die Grenze der körperlichen Belastbarkeit geht. Sobald Rückenschmerzen auftreten werden Patiententransfers oft unmöglich oder dann führen diese Aktivitäten dazu, dass die Rückenschmerzen aufrechterhalten werden. Diese Faktoren stellen oft den Hauptgrund dar für anhaltende Arbeitsunfähigkeit und gescheiterte Arbeitsversuche.

Der Vortrag zeigt anhand von zwei Fallbeispielen die Bedeutung einer Arbeitsplatzabklärung vor Ort auf. Während einer ambulanten Arbeitsbezogenen Rehabilitation (ABR) dient die Arbeitsplatzabklärung dazu, die realen Verhältnisse vor Ort zu testen und Besonderheiten des spezifischen Arbeitsplatzes zu erfassen. Dadurch kann wiederum das Training besser auf die Anforderungen an der Arbeit abgestimmt werden. Auch werden so besondere Probleme (z.B. ungünstige oder fehlender Hilfsmittel erkannt). Über den Kontakt zu den Vorgesetzten kann der gestaffelte Arbeitseinstieg organisiert werden. Allenfalls können so auch Änderungen der Betriebsabläufe angeregt und auf ungünstige Arbeitsplatzverhältnisse hingewiesen werden.

Die Erfahrung sowohl an unserer Klinik wie auch an anderen Orten hat gezeigt, dass durch solche ambulante Wiedereingliederungsprogramme mit gleichzeitiger Intervention am Arbeitsplatz die Erfolgsrate beruflicher Eingliederungsbemühungen gegenüber konventionellen Programmen klar besser ist. Ökonomische Schätzungen lassen ausserdem vermuten, dass diese Effekte auch über längere Zeit anhalten, nicht zuletzt durch Anpassungen der Arbeitsverhältnisse vor Ort und durch ein geändertes Problembewusstsein aller Betroffenen.

Association Nationale de Médecine du Travail et
d'Ergonomie du Personnel des Hôpitaux (ANMTEPH)
www.anmtph.fr



Schweizerischer Verband der Betriebsärzte
im Gesundheitsdienst (SOHF)
www.sohf.ch

Ein Weiterbildung der SOHF und ANMTEPH in Zusammenarbeit mit:

Schweizerischen Gesellschaft für Arbeitsmedizin
(SGARM)

SGARM
SSMT

Schweizerischen Gesellschaft für Ergonomie
(SwissErgo)



SwissErgo

Sponsoren:

