

Beoogd tijdschrift: Een vakblad voor verpleegkundigen; TVZ

Bewegen als interventie voor het bevorderen van zelfredzaamheid

Ondersteuning van een actieve leefstijl van patiënten in het ziekenhuis

Ria den Hertog – Voortman, docent/onderzoeker Christelijke Hogeschool Ede, lid van het lectoraat Verpleegkundige beroepsethiek.

Meneer G., een man van 76 jaar oud, ligt sinds een week in het ziekenhuis vanwege ernstige klachten van benauwdheid bij COPD. Sinds het overlijden van zijn vrouw, nu twee jaar geleden, kwakkelt hij met de gezondheid. Hij wordt onderzocht op de aanwezigheid van andere gezondheidsproblemen en de medicatie zal aangepast worden. Meneer G. ligt veel op bed, suft overdag regelmatig weg en slaapt 's nachts slecht. Als de verpleegkundige hem aanspoort om overdag meer uit bed te komen, reageert hij onverwacht fel: 'Thuis kan ik de tuin in, heb ik altijd wat te doen! Hier heb ik precies twee vierkante meter als mijn eigen plek en niets omhanden. Wat wil je nou?'

De natuurlijke bron van het lichaam voor functiebehoud en herstel, bewegen, wordt in de zorg aan ziekenhuispatiënten onvoldoende herkend en gewaardeerd. Lichamelijke activiteit heeft, naast goede voeding, een belangrijke waarde in preventie van ziekte en in het proces van herstel. Inactiviteit vergroot de kans op gevoel van verveling, op functieverlies, pijn en moeheid. In onderzoek naar bewegen in het ziekenhuis is aangetoond dat veel mobiele patiënten hun tijd in het ziekenhuis doorbrengen in bed en dat een ziekenhuisopname een groot risico is op functieverlies: van de ouderen gaat 30 tot 60% er bij een ziekenhuisopname op achteruit (Brown et al., 2009; Hoogerduijn et al., 2007). Functieverlies kan worden omschreven als een afname van zelfstandigheid in het dagelijks functioneren. Dit brengt hoge, waarschijnlijk soms vermijdbare, kosten met zich mee voor de gezondheidszorg (VMS, 2009). Maar belangrijker, het afnemen van zelfredzaamheid doet hoe dan ook een aanslag op de ervaren kwaliteit van leven.

Beweegpatronen van mensen verschillen van persoon tot persoon en zijn voor patiënten in het ziekenhuis natuurlijk afhankelijk van de aard van de aandoeningen die zij hebben. De grote vraag is nu welke factoren het bewegen van patiënten in het ziekenhuis beïnvloeden, hoeveel er bewogen moet worden om bij te dragen aan functiebehoud en herstel en hoe professionals bewegen als interventie kunnen inzetten voor behoud of herstel van zelfmanagement.

Via het lectoraat 'Verpleegkundige beroepsethiek, Reflectie op goede zorg' werd praktijkonderzoek georganiseerd naar de vraag welke rol 'bewegen' heeft bij de zorg voor patiënten in het ziekenhuis. De opdrachtgevers waren geïnteresseerd in de omvang en de oorzaken van dit probleem in het betreffende ziekenhuis. Studenten HboV van de Christelijke Hogeschool Ede onderzochten wat er in de literatuur bekend is over factoren die het beweeggedrag van patiënten in het ziekenhuis beïnvloeden. Daarnaast zochten zij of er geschikte meetinstrumenten bestaan om de fysieke activiteit van patiënten betrouwbaar te kunnen meten. Voor de beantwoording van de vragen werden verpleegkundigen, artsen, fysiotherapeuten en enkele patiënten en hun mantelzorgers geïnterviewd om van de verschillende belanghebbenden te horen welke factoren belemmerend en welke factoren bevorderend zijn voor het activeren van patiënten in een ziekenhuis.

Bewegen als interventie

Onderzoek heeft uitgewezen dat mobiele patiënten in het ziekenhuis 80-85% van de tijd in bed doorbrengen zonder dat hiervoor een medische noodzaak is (Brown et al., 2009). Vooral voor het grootste deel van de populatie, mensen boven de 65 jaar, is opname in het ziekenhuis een risicovolle gebeurtenis. Hierdoor kan blijvend functieverlies ontstaan (De Rooij et al., 2009; Hoogerduijn et al., 2007). Echter, door ouderen met (een verhoogd risico op) delirium, vallen, ondervoeding en fysieke beperkingen tijdig te herkennen, kunnen gericht maatregelen worden getroffen, om (verder) functieverlies tegen te gaan (VMS, 2009). Patiënten die risico lopen op blijvend functieverlies kunnen eenvoudig opgespoord worden met het meetinstrument Identification of Seniors At Risk (ISAR), waarna de fysiotherapie kan worden ingeschakeld (Hoogerduijn et al., 2014).

De waarde van het vroegtijdig inzetten van interventies bij de kwetsbare ouderen om te bewegen is via onderzoek bewezen. Het is voor de hele patiëntenpopulatie in de ziekenhuizen nog onduidelijk hoeveel patiënten eigenlijk zouden moeten bewegen om inactiviteit effectief te bestrijden en complicaties waar mogelijk te voorkomen. Om enig idee te krijgen van het beweegpatroon van patiënten kunnen meetinstrumenten voor activiteit worden ingezet. Uit het literatuuronderzoek bleken negen verschillende meetinstrumenten geschikt voor het doel, waarbij de ActiHeart (CamnTech, 2012) en de Sense Wear Armband (Mackey et al., 2013) geschikt lijken voor toepassing in het ziekenhuis. Op eenvoudige, digitale wijze kunnen patiënten die potentieel gevaar lopen, worden opgespoord en kan beleid worden ingezet. Een belangrijke vraag hierbij is hoe ethische afstemming bereikt kan worden over het gebruik van deze middelen en de effectiviteit van een dergelijke standaardisering in de zorg. Fysiotherapeuten zijn te weinig standaard aanwezig in de zorgsituatie in het ziekenhuis om verantwoordelijk te kunnen zijn voor het bewegen van patiënten. Maar wie is nu eigenlijk verantwoordelijk voor het bewegen en monitort het beweeggedrag van patiënten in het ziekenhuis: verpleegkundigen, artsen of patiënten zelf?

Verpleegkundigen aan zet

Het stimuleren tot bewegen door patiënten in het ziekenhuis lijkt in eerste instantie nauwelijks een taak van de verpleegkundige. De behandelend arts schakelt, eventueel in overleg met de verpleegkundige, de fysiotherapie in voor een plan van activering. In bijna alle gevallen is er een logisch verband met de aandoening waarvoor iemand is opgenomen in het ziekenhuis.

Verpleegkundigen kunnen het behandelplan inzien in het dossier en zullen dit, afhankelijk van hun taakopvatting en de mate van samenwerking met de fysiotherapie in de instelling, ondersteunen.

Dreigende of geconstateerde inactiviteit heeft echter in een veel groter aantal gevallen geen directe medische reden, waardoor er zelden sprake is van betrokkenheid van de fysiotherapeut, maar veeleer de aandacht vraagt van de verpleegkundige. Een inactieve levensstijl is immers een verpleegkundige diagnose en geeft een verhoogd risico op verschillende complicaties als decubitus, obstipatie, ademhalingsproblemen met daarbij kans op infectie en vermindering van de spiersterkte (Carpenito, 2008). Verpleegkundigen kunnen door hun vermogen van observeren en door hun continue aanwezigheid in de patiënt situatie een belangrijke sleutelrol vervullen door interventies in te zetten die functieverlies door inactiviteit voorkomen of herstellen. Door instrumenten als de ISAR kunnen zij met name bij geriatrische patiënten preventief vaststellen welke maatregelen nodig zijn en multi-professionele interventies coördineren (Hoogerduijn et al., 2014; Pryor & Smith, 2002; O'Connor, 2000; Singleton, 2000).

In het huidige praktijkonderzoek op een afdeling met veel oudere zorgvragers komt naar voren dat de verpleegkundigen de diagnose van inactiviteit wel stellen, zij het soms impliciet, maar

dat zij vaak niet overgaan tot actie door onduidelijkheid over de verantwoording voor het bewegen. Zij herkennen redenen om niet uit bed te komen: patiënten minder zullen bewegen bij angst om te vallen of bij sufheid door medicatie. De verpleegkundigen hebben bemerkt dat er onvoldoende hulpmiddelen op de afdeling beschikbaar zijn, maar zeggen hier weinig invloed op te hebben. Sommige verpleegkundigen werken nauw samen met de fysiotherapeut en vragen actief om adviezen, anderen zien het niet als hun verantwoording. Behandeling met infusen, katheters en drains vormen ernstige belemmeringen om meer actief te zijn. Ze vertellen: “Ik noem het. Ik ga niet zelf met ze aan de slag, maar ik benoem wel dat het belangrijk is dat ze uit bed gaan als ik merk dat iemand graag in bed ligt eh en niet zo graag eruit komt.” Ook geven ze aan dat patiënten ronduit weigeren om uit bed te komen. Het grootste probleem zit voor de verpleegkundigen in de ervaren tijdsdruk: zij zien geen mogelijkheden om tijd te steken in de interventie om patiënten te ondersteunen om meer te bewegen. Is bewegen dan toch meer een verantwoording van de behandelaar?

Verantwoording van artsen / arts-assistenten

Artsen zijn als behandelaar steeds verantwoordelijk voor uitvoer van de met de patiënt overeengekomen behandeling (wetten.overheid.nl). Die behandeling van ziekenhuispatiënten staat meestal in het licht van een bepaalde aandoening en is vaak specifiek gericht op een onderdeel van het menselijk functioneren. Om toch totale zorg vorm te geven zijn bij een groot aantal aandoeningen zorgpaden ingericht, waarbij bewegen met inzet van fysiotherapie vaak een standaard onderdeel is van de behandeling. Een duidelijk voorbeeld hiervan is het zorgpad COPD (Chronic Obstructive Pulmonary Disease): de fysiotherapeut stelt een programma vast op basis van wat de patiënt kan om mobiliteit en uithoudingsvermogen te trainen, om spierkracht te behouden en indien mogelijk te versterken (Lorist, 2011).

In het huidige praktijkonderzoek blijkt dat artsen het belang van bewegen vooral onderkennen als behoud van functies en een gevoel van voldoening bij de patiënt. Verder wordt het voorkomen van complicaties benoemd. Artsen zijn vaak gericht op het specifieke gebied waarin ze zich gespecialiseerd hebben. De rol van coördinatie van de zorg voor de totale mens ligt dan meer bij het verpleegkundig team, zij zijn immers 24 uur per dag aanwezig (Barecca & Wilkins, 2008; Long, 2002; O'Connor, 2000). Een arts-assistent vertelt: “Ik ga er vanuit dat de verpleegkundigen er genoeg aandacht voor hebben dat ze (...) genoeg mensen stimuleren om uit bed te komen en te gaan bewegen, een rondje over de gang lopen, als ze dat kunnen.” Artsen zullen in overleg met de fysiotherapeuten ook een inschatting moeten maken van het gedrag dat deze patiënt normaliter thuis heeft. Afstemming van dit soort gegevens is nodig, maar één van de artsen vertelt dat het Elektronisch Patiënt Dossier niet uitnodigt om de rapportage van de fysiotherapie te lezen, omdat het achter diverse tabbladen verborgen zit. Waarom denken artsen niet altijd aan het inschakelen van de fysiotherapie? “Ik denk dat dat niet in het standaard eh denken zit. Eh en dat eh het ook maar de vraag is, ja wat voor effect heeft het dan? Heeft het dan effect? Omdat het lastig is, zeker wat cognitie van de oudere patiënt betreft, het ook lastig meten is wat de effecten zijn.”

Als verpleegkundigen zich geen tijd zien om het bewegen te monitoren en artsen dit niet actief oppakken, is bewegen dan uiteindelijk gewoon de verantwoording van de patiënt zelf?

Patiënten en mantelzorgers

Gezond bewegen is in de eerste plaats de verantwoording van de patiënt zelf, zo zou je kunnen stellen. Hij weegt risico's en kiest gezond of minder gezond gedrag met de daarbij behorende

redenen. Lastiger wordt het als men afhankelijk wordt van anderen en niet zelf uit de voeten kan. Kwetsbare ouderen, waar in dit praktijkonderzoek de nadruk op ligt, zijn ouderen met een complex ziektebeeld dat het gevolg is van veelvoudige gezondheidsproblemen op zowel lichamelijk, geestelijk als sociaal vlak en dat de kwaliteit van (zelfstandig) leven negatief beïnvloedt (Van der Kruk et al., 2007). Optimaal bewegen is voor hen een opgave en de meeste patiënten bevestigen dan ook dat ze in het ziekenhuis minder bewegen dan dat ze thuis gewend zijn. Bewegen in het ziekenhuis bestaat vooral uit het zich wassen en naar het toilet lopen. Patiënten vertellen dat verpleegkundigen wel, net als de artsen, letten op wat je doet en advies geven om te mobiliseren, maar dat ze geen tijd hebben om te helpen. Eén van de patiënten denkt dat “zorgverleners zich niet bekommeren of ik nu wel of niet ga bewegen. Ik vind helemaal niet dat ik dat mag verwachten van verpleegkundigen.”

Het blijkt dat patiënten en mantelzorgers misschien toch ongemerkt opvattingen hebben over liggen in een ziekenhuis die bewegen niet stimuleren. Mantelzorgers die in de thuissituatie wel letten op het bewegen zeggen: “Iemand is nu ziek, dus dan moet eerst een medicus zijn oordeel geven. Dan moet ik niet als buitenstaander zomaar zeggen hoe hij zich moet gedragen. (...) De doctors moeten zeggen wat nodig is”. En ook: “je ligt in het ziekenhuis toch meer op bed.” Een andere mantelzorger merkt wel op dat als zij niet met de patiënt gaat lopen, deze “helemaal geen benen meer heeft”.

Doordat patiënten en mantelzorgers zelden een terugkoppeling krijgen van de fysiotherapeut of omdat de mededelingen niet begrepen worden, ontbreekt de intrinsieke motivatie om te gaan bewegen. Zowel patiënten als mantelzorgers geven aan dat “een ziekenhuis is per definitie een onveilige omgeving. Patiënten verkeren onder spannende omstandigheden wat voor stress en een onveilig gevoel zorgt.” Toch geven patiënten en mantelzorgers aan dat adviezen over veiligheid en bewegen zeker meegenomen worden en helpend zijn om meer te bewegen.

Twee vierkante meter

Terug naar de casus van meneer G. Het ondersteunen van zelfredzaamheid van patiënten in het ziekenhuis door ‘bewegen’ te stimuleren en mensen meer uit bed te laten komen lijkt eenvoudig te realiseren, totdat het besef doordringt dat in deze onveilige omgeving alleen het ziekenhuisbed als ‘eigen plaats’ geclaimd kan worden. Deze constatering nodigt niet uit tot spontaan bewegen. In bovenstaande resultaten uit het praktijkonderzoek wordt duidelijk dat verpleegkundigen hun taak in de observatie wel herkennen, maar dat zij nauwelijks tijd vinden om daadwerkelijk te ondersteunen. Artsen laten de verantwoording voor bewegen en welbevinden van patiënten vaker bij de verpleegkundige, vooral als het bewegen niet rechtstreeks aansluit bij hun medische specialisatie. Het is in dit onderzoek opmerkelijk dat patiënten en hun mantelzorgers een afhankelijke en afwachtende opstelling kiezen en niet of nauwelijks zelf initiatieven tonen om zelfredzaamheid te behouden of te verbeteren.

Geconcludeerd kan worden dat in dit praktijkonderzoek is gebleken dat bewegen door patiënten in het ziekenhuis een eenvoudige interventie is die hen een welkom rendement oplevert. Waar mogelijk wordt functieverlies voorkomen en wordt de weg naar herstel actief gestimuleerd. Voor de beroepspraktijk is het van belang dat niet langer heen en weer geschoven wordt met verwachtingen wie dit gaat oppakken, maar dat dit een gedeelde verantwoording is in het multidisciplinaire overleg. Verpleegkundigen zouden zich sterker kunnen opstellen om tijd te nemen om de zelfredzaamheid van de patiënt met de juiste interventies te ondersteunen. Hierin ligt een taak voor het onderwijs om verpleegkunde studenten te trainen om door reflectie op goede zorg de

juiste keuzes te maken in een hectische, organisatorische context en zo bij te dragen aan kwaliteit van leven van deze zorgvrager.

Referenties volgen

Met dank aan opdrachtgever Dr. Jaap Dronkers (fysiotherapeut en bewegingswetenschapper ZGV), Jeanette den Uil MSc (Docent/onderzoeker) en CHE-HBOV studenten Amber van Aalst , Annelies Baan, Nelleke Berman, Ambika Poudel Dhaka, Sita Dhungana, , Charissa Izeboud, Hanna Kamp, Karin Mulder, Louise Rijkmans en Geeske van Wikselaar.