



Foto: Frank van der Burg

SNELLER DAN SNEL IN BEWEGING

EERDER ZELFSTANDIG

Early mobilisation betekent letterlijk: vroeg mobiliseren. Maar zo nieuw is dat toch niet? Dat doen we toch al?

Ja, in principe doen we dat al in de gehandicaptenzorg, thuiszorg en verpleeg- en verzorgingshuizen: de cliënt zo snel mogelijk en frequent genoeg in beweging brengen. Maar in ziekenhuizen heeft early mobilisation (EM) een bijzondere lading, waarmee ook andere zorgbranches hun voordeel kunnen doen. Waarom? 'Early' is in dit geval zéér vroeg. Zo wordt er al mee begonnen op de intensive care. Patiënten die er nauwelijks tot geen weet van hebben, doen al een oefenprogramma met speciale apparatuur, zoals een bedfietsje.

Weetjes

- Een IC-patiënt verliest dagelijks 1-3% aan spierkracht.
- Patiënten kunnen binnen twee weken tot 50% van hun spiermassa kwijtraken.
- Zo'n achteruitgang kan moeilijk ongedaan worden gemaakt. Elke dag minder aan de beademing telt dus!
- Patiënten hoeven dankzij EM twee dagen minder lang op de IC te blijven.
- Patiënten liggen als gevolg van EM 2,5 dag minder lang aan de beademing.
- 43% van de patiënten met EM kan meteen naar huis, tegenover 24% van de patiënten zonder EM. Wie niet tot die 24% behoort, moet eerst naar bijvoorbeeld een revalidatiecentrum.
- Patiënten die EM krijgen, kunnen sneller zelf eten, een stukje wandelen en zichzelf aankleden.
- EM heeft ook een positieve invloed op de beleving van de patiënt en zijn familie. Dat kan het genezingsproces bevorderen.



Elly Waaijer,
beleidsadviseur
Gezond & Zeker



Hanneke Knibbe,
bewegings-
wetenschapper

Een patiënt die eerder actief is, herstelt sneller en zal de zorgverlener fysiek minder belasten. Hoe 'early mobilisation' op de intensive care een inspiratiebron kan zijn voor wie werkt in een verpleeg- of verzorgingshuis, de gehandicaptenzorg of de thuissituatie.





DE RISICO'S

Bij EM moet je rekening houden met twee risico's: de veiligheid van de patiënt en die van de zorgverlener.

De patiënt kan in het begin nauwelijks iets doen. Tegelijkertijd bestaat de kans dat wanneer hij wél iets gaat doen, infuuslijnen of beademings- en bewakingsapparatuur loschieten of dat de patiënt acuut iets overkomt, zoals een val of hartstilstand. De angst hiervoor blijkt voor zorgverleners een drempel te zijn om met EM aan de gang te gaan. Toch wijst onderzoek uit dat het risico op een gevaarlijke situatie klein is als een goed protocol wordt gevolgd. Bij minder dan 1% van de patiënten zou zich zoiets voordoen ten gevolge van zeer vroeg mobiliseren. Daar staan de grote voordelen tegenover; er lijkt dus geen reden te zijn niet aan EM te beginnen. Het risico voor zorgverleners? Als een cliënt niet of nauwelijks iets kan, moeten zorgverleners zichzelf beschermen. En een ergocoach dient in staat te zijn collega's optimaal te beschermen. Een patiënt die eerder actief is, zal zijn zorgverleners fysiek minder belasten. Bovendien blijken zorgverleners die met EM bezig zijn, veel voldoening van het resultaat te hebben.

LIGGEN, ZITTEN, FIETSEN EN STAAN IN BED OF OP BRANCARD

EM kan complex zijn en vergt dan ook goede samenwerking. Je kunt de patiëntrisico's verkleinen met multidisciplinaire afspraken.

Leg deze goed vast (zie eerste bullet pagina 9). Spreek kort voor de geplande mobilisatie met de teamleden af wie welke risico's in de gaten houdt en wie de leiding neemt. De eerste EM kan plaatsvinden in bed. Gebruik de instelmogelijkheden hiervan goed. Zoek naar een houding die comfortabel is voor de patiënt en hem in staat stelt alvast actiever te zitten. In sommige bedden kan de patiënt tot een steeds meer staande positie worden gebracht. Zo neemt het gevoel van gewicht op de benen toe. Je kunt de patiënt dan tot activiteit stimuleren of aanzetten steun te nemen op één of twee benen. Fietsen in bed - met een elektrisch bedfietsje - kan ook in een vroeg stadium. Of gebruik een multifunctionele brancard met lig-, zit- en sta-ondersteuning. Je kunt de patiënt naar de brancard begeleiden via een horizontale transfer met glijzeilen of een frame voor liggend tillen aan - bij voorkeur - een plafondlift. Daarna kan je de patiënt tot een actieve zithouding laten komen en zelfs een volledige gesedeerde patiënt in een staande positie brengen. Onderzoek toont een positief effect aan bij patiënten die mechanische ventilatie nodig hebben en enkele uren per dag in staande positie zijn gebracht.

Gebruik een multifunctionele brancard met lig-, zit- en sta-ondersteuning



Op alle foto's bij dit artikel is Eefje Wassink uit het Radboudumc te zien. Pagina 6 toont haar met een patiënt en mantelzorgers in het oefen-bad.

UIT BED, (OP)STAAN EN LOPEN

Na de eerste zit- en sta-activiteiten in bed is het belangrijk een inschatting te maken. Kan de patiënt ook op de rand van het bed zitten om vervolgens tot stand te komen, al of niet met behulp van een actieve tillift?

Nadat de patiënt op de rand van het bed is gebracht, kan eventueel in een actieve (sta)tillift worden geoefend om weer op te kunnen staan. Het is belangrijk de patiënt zoveel mogelijk te stimuleren de beweging actief in te zetten. Onderzoek wijst uit dat er bij deze stimulatie veel meer spieractiviteit te zien is. Neem dus de tijd, vertel wat je gaat doen, stimuleer met je stem en houding en laat weten wat je verwacht van de patiënt.

Er zijn actieve tilliften die ook de eerste echte stappen kunnen ondersteunen. Een goede ondersteuning van het hulpmiddel kan valrisico bij deze eerste stappen voorkomen. Sinds kort is er ook een loopband die naast het bed alle ondersteuning levert om het lopen en het uithoudingsvermogen te trainen.

In het Radboud universitair medisch centrum in Nijmegen worden zelfs patiënten die nog aan de beademing zijn, met een brancard het oefen-bad met verstelbare bodem ingereden. Dankzij de opwaartse druk van het water wordt de patiënt gemakkelijker tot zit of zelfs stand gebracht en kan hij de eerste bewegingen zelfstandig maken. Kijk maar op pagina 6!

HERSTEL EN OVERLEVING

Vanuit het lectoraat Revalidatie in de Acute Zorg een bijdrage leveren aan de kwaliteit van herstel en overleving van IC-patiënten.

Dat is de uitdaging van Marike van der Schaaf. Zij vertelde dat op maandag 7 juni tijdens haar lectorale rede. Van der Schaaf bekleedt het lectoraat aan het Amsterdam Centre for Applied Research van de Hogeschool van Amsterdam.

Meer lezen over haar onderzoek en ambities? Ga naar www.hva.nl en zoek op 'Marike van der Schaaf'.

THUIS ACTIEF

Na verhuizing van de IC naar een andere afdeling blijft mobiliseren net zo belangrijk voor de patiënt. Dit gaat door tot hij naar huis kan en het weer zelf moet doen, bijvoorbeeld samen met fysiotherapeut en familie.

Helaas is dat lastig in de praktijk. De beschermende omgeving van de IC of Medium Care valt weg en de patiënt zal stap voor stap alles zelf moeten oppakken. Hij dient daarvoor gemotiveerd en vooral ook niet bang te zijn. Bovendien ontbreekt het soms aan voldoende thuiszorgpersoneel om de patiënt elke dag diverse keren ondersteuning te bieden. EM en mobiliseren thuis vergen speciale aandacht van de cliënt en zijn mantelzorgers.

Gelukkig kunnen relatief simpele zaken helpen. Een voorbeeld? Houd - het liefst samen met de patiënt - een turflijstje bij. Hoe vaak, hoe lang en op welke manier is geoefend? Dit competitie-element op een 'zorgbord' motiveert ook om telkens nét even verder te trainen en zelfvertrouwen op te bouwen. **Déze punten zijn cruciaal:**

- Een goed protocol voor de periode op de IC of MC. Een mooi voorbeeld vind je door in je browser 'Evidence Statement voor fysiotherapie op de Intensive Care' in te tikken. Open de pdf.
- Een protocol dat ook de periode ná de IC op andere afdelingen omvat.
- Ander afdelingen moeten ook het belang inzien van EM.
- Een actieve aandachtsvelder, zoals een ergocoach.

- Zorgen voor de juiste hulpmiddelen.
- Ondersteuning door een stappen-teller of andere technologie om de vooruitgang inzichtelijk te maken.
- Vertrouwen uitbouwen.
- Teamwork rondom elke patiënt.
- Voldoende tijd om de patiënt te ondersteunen.
- Plezier.

In elke zorgbranche is het cruciaal dat patiënten zoveel mogelijk zelf doen en bewegen. Binnen verpleeg- en verzorgingshuizen en in de gehandicaptenzorg kan dat net zo gunstig werken als op de IC. In de thuissituatie geldt hetzelfde: juist tijdens de dagelijkse activiteiten thuis zoveel mogelijk zelf doen en niet denken dat twee keer per week met de fysiotherapeut oefenen genoeg is.