

Dubbelslag voor de arbocoördinator

Naar synergie tussen zuilen

Opname in een zorgorganisatie kan een neerwaartse spiraal veroorzaken met gezondheidsproblemen bij de client. Het is aan de arbocoördinator om deskundigen en diverse kenniszuilen met elkaar te verbinden. Zo behaalt hij een dubbelslag: betere ergonomie in de zorgorganisatie en gezondheidswinst bij de cliënten.

tekst Nico Knibbe en Hanneke Knibbe

Nog niet zo lang geleden was Nederland opgebouwd aan de hand van zuilen. Je had de katholieke, de protestantse, een socialistische en de liberale zuil. Met ieder zijn eigen politieke partij, opleidingen, middenstanders, omroepen, enzovoort. Tussen die zuilen was weinig contact en dus ook geen synergie. Ondanks dat ons land sinds de jaren 60 sterk is ontzuild, lijkt het of we in de zorg het specialistisch denken in zuilen juist zijn gaan omarmen. Op teamniveau komen er steeds meer 'aandachtvelden': voor decubitus, voeding, continëntie, wondzorg, valpreventie, agressie en ja ... ook voor ergonomie. Die laatste hebben een speciale naam: Ergo-Coaches. Hoe wenselijk zijn deze 'kenniszuilen' en hoe zit het met de synergie?

Mijnheer Smit is 82 jaar. Hij is weduwnaar, heeft vier kinderen en zeven kleinkinderen. Hij woont thuis, geniet van het leven, fietst elke dag naar het winkelcentrum en heeft geen noemens-

waardige gezondheidsproblemen. Op een slechte dag kan hij een overstekende kat niet ontwijken, valt van zijn fiets en breekt zijn heup. Hij wordt succesvol geopereerd, maar omdat hij een tijd niet mobiel is krijgt hij last van obstipatie. Het eten smaakt hem niet meer zo goed en hij valt af. Ook kan hij zijn plas niet meer goed ophouden. Hij schaamt zich en gaat steeds minder drinken. Mijnheer Smit heeft steeds minder energie om wat te doen en zit veel in zijn stoel tv te kijken. Fietsen durft hij niet meer. Zijn wereldje wordt kleiner en langzaam verandert hij in een trieste man.

Wat is hier aan de hand? Na de valpartij komt Mijnheer Smit in een neerwaartse spiraal terecht. Het begint bij vallen, daarna obstipatie, dan een verminderde voedingstoestand, incontinentie en eenzaamheid. Het een leidt tot het ander. Onderzoek van het universitair ziekenhuis in Berlijn onder 14.798 cliënten van 262 zorgorganisaties legt dit soort



relaties bloot. Dan blijkt er bijvoorbeeld een sterke associatie te bestaan tussen immobiliteit en incontinentie. De kans op incontinentie wordt dertien keer groter als de cliënt niet meer zelfstandig kan opstaan. Interessant is dat dan een hogere stoel, een opstastoel, een opstatoilet, beugels aan de muur – maatregelen die vaak in eerste instantie bedoeld lijken om de zorgverlener te ontlasten – blijkaar kunnen helpen om incontinentie te voorkomen. Een mooi voorbeeld van synergie tussen de zuilen ergonomie en continentie.

Synergie tussen zuilen

Een tweede sterkte associatie is gevonden voor immobiliteit en decubitus. Hoe minder mensen bewegen, hoe meer kans ze hebben op decubitus. Maar als ze zelf niet meer kunnen draaien in bed, moeten anderen dat voor hen doen. Elke twee uur, ook als de cliënt op een speciale antidecubitusmatras ligt. Dat betekent kans op fysieke overbelasting voor de zorgverlener. De inzet van bijvoorbeeld een draai-bed, waarmee de cliënt zichzelf of met hulp van een mantelzorger kan draaien, reduceert de kans op rugklachten bij de zorgverlener. En daarmee ook de kans op decubitus bij

Door zuilen te verbinden kunnen we gezondheidsproblemen via een omweg, via andere zuilen, oplossen

de cliënt. Voilà: synergie tussen de zuilen ergonomie en continentie.

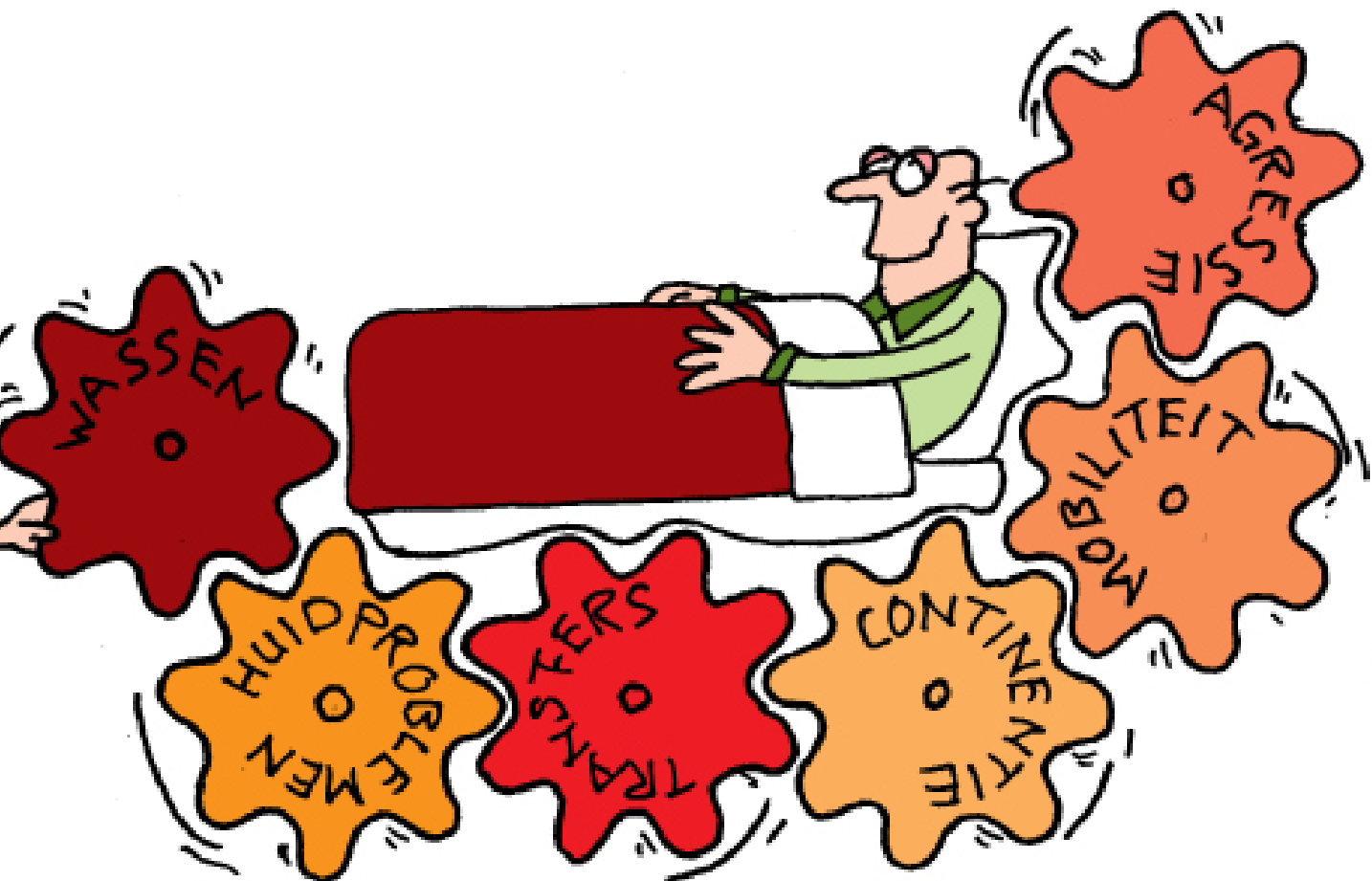
Bewegen

En er zijn voorbeelden te over. Zo betekent goed eten meer energie om te bewegen en dus minder kans op obstipatie, beter herstel van een eventuele wond en wellicht zelfs een betere kwaliteit van leven. En andersom kan effectieve wondzorg de mobiliteit verbeteren, krijgt de cliënt meer zin in eten en is er minder kans op obstipatie. Zelfs verbanden tussen dementie en bewegen worden steeds vaker gelegd, ook in wetenschappelijk onderzoek. Beweging zou de aandoening zelf niet kunnen voorkomen, maar wel de negatieve gevolgen

ervan (nachtelijke onrust, depressie, angst, agressie) kunnen beperken.

Arbozorg

Het kunnen doorbreken van de neerwaartse spiraal voorkomt dat een vitale oudere zoals mijnheer Smit in een vrij korte tijd verandert in een immobiele cliënt. In arbozorgtermen gaat iemand van mobiliteitsklasse A naar C, D of zelfs E (zie de bollen bovenaan p. 32). Op basis van in de zorg door de overheid, werkgevers en vakbonden afgesproken 'Praktijkrichtlijnen fysieke belasting' is voor iemand met mobiliteitsklasse C een stalift nodig en voor D een passieve lift. Geredeneerd vanuit de arbo-zuil staat dit niet ter discussie. »



© 2016 www.aukeherrema.nl



De vraag is nu of het niet mogelijk zou zijn om met kennis, bijvoorbeeld vanuit de zuilen valpreventie, decubitus en incontinentie, te voorkomen dat iemand van A naar C gaat. Door vallen te voorkomen verminderen we dan de kans op fysieke belasting voor de zorgverlener. Of we verminderen de eenzaamheid door een goede incontinentiezorg: de cliënt is minder bang voor 'ongelukjes' en durft weer naar buiten. Daar komt bij dat hij waarschijnlijk weer meer durft te drinken, wat bijvoorbeeld obstipatie of een urineweginfectie kan voorkomen. Dus door kenniszuilen te verbinden krijgen we meer mogelijkheden om gezondheidsproblemen via een omweg, dus via andere zuilen, op te lossen.

Mobiliteit als smeermiddel

Opvallend is dat de factor 'mobiliteit' hier als een soort Haarlemmerolie lijkt te fungeren. Ook uit de eerdergenoemde Duitse studie blijkt een afname van de mobiliteit consequenties te hebben voor de kans op vallen, de voedingstoestand, incontinentie, decubitus en het cognitief functioneren. Mijnheer Smit komt dan ook niet in de neerwaartse spiraal terecht omdat hij is gevallen. Het is immobiliteit die de neerwaartse spiraal in werking zet. Mobiliteit en zelfredzaamheid zijn blijkbaar sleutelwoorden in het ontstaan en doorbreken van een neerwaartse spiraal. Maar mobiliteit en zelfredzaamheid faciliteren is in de praktijk van de zorg soms lastig. Zorgverleners willen immers zorg verlenen. Ze zijn nog wel-

Mobiliteit en zelfredzaamheid zijn sleutelwoorden in het ontstaan en doorbreken van een neerwaartse spiraal

eens geneigd om een handeling over te nemen van de cliënt die hij wellicht best zelf kan uitvoeren. Bijvoorbeeld door de ervaren tijdsdruk, de moeite die het de cliënt kost of gewoon 'omdat je wilt helpen'. Aan de andere kant: cliënten leggen zich soms ook (letterlijk) gemakkelijk neer bij hun rol als cliënt. Dit heet ook wel 'Pyjama Induced Paralysis' of PIP, de 'pyjamaverlamming'. Oftewel, eenmaal in bed kun je schijnbaar opeens niets meer. Amsterdamse ambulanceverpleegkundigen noemen dit verschijnsel waarbij de cliënt bij aankomst van de ambulance opeens niets meer kan ook wel 'circusverlamming'. Inactiviteit kan vrij snel gevolgen hebben voor het niveau van spierweefsel. Een gezond persoon die twee weken in bed ligt is al snel twee kilo spiermassa kwijt. Dat komt ongeveer neer op 10 procent van de totale spiermassa. Hoewel die spiermassa beduidend sneller verdwijnt dan dat die er weer is aange-traind, heeft spierweefsel echt geen zware training nodig om op peil te blijven. Het gewone dagelijkse bewegen is een

vrij effectieve manier om spierweefsel op peil te houden. Ook bij ouderen.

Rol arbocoördinator

Resumerend zien we dat met name ouderen die te maken krijgen met een gezondheidsprobleem voor of tijdens opname in de zorgorganisatie in een neerwaartse spiraal terecht kunnen komen, met meerdere gezondheidsproblemen als gevolg. Deze gezondheidsproblemen hangen sterk met elkaar én met arbo samen. Daardoor lijkt het mogelijk om door het ene probleem aan te pakken (ook) het andere op te lossen. De factor mobiliteit (bewegen, zelfredzaamheid) speelt daarbij een centrale rol. De uitdaging en ook de kans voor de arbocoördinator is om de deskundigen en de kenniszuilen met elkaar te verbinden. Zo kan hij niet alleen de ergonomie in een zorgorganisatie verbeteren, maar ook gezondheidswinst bij cliënten realiseren. «

Nico Knibbe en **Hanneke Knibbe** werken bij LOCOmotion.

Literatuur

Lahmann NA, Tannen A, Kuntz S, Raeder K, Schmitz G, Dassen T, Kottner J. Mobility is the key! Trends and associations of common care problems in German long-term care facilities from 2008 to 2012. *Int J Nurs Stud.* 2015 Jan; 52(1): 167-74.

Knibbe NE, Zwaenepoel E, Knibbe JJ, Beeckman D. The feasibility of repositioning patients with an automatic repositioning system in the prevention of pressure ulcers. A case series design. *Br J Nurs.* 2018 Mar 22; 27(6).

ZelfredzaamheidsRadar

Om structureel de zelfredzaamheid te onderhouden, wordt in de zorg de ZelfredzaamheidsRadar ingezet. De gebruiker geeft de cliënt scores tussen 1 en 5 op 15 domeinen (onder andere continentie, aankleden, mobiliteit). Scoort de cliënt op een bepaald domein lager, dan zoekt de gebruiker naar verbetering. In de vorm van een hulpmiddel, handigheidje of – als het echt niet anders kan – de inzet van een zorgverlener. De online tool op www.zelfredzaamheidsradar.nl is gratis.