

Mobiliteit van de cliënt en de invloed op de zwaarte van transfers

Mobiliteit, en daarmee de zelfredzaamheid van de cliënt, bepaalt voor een belangrijk deel de lichamelijke hulp die iemand nodig heeft en daarmee dus ook de lichamelijke belasting voor de zorgverleners. Naarmate iemand minder mobiel wordt, zal hij meer hulp en uiteindelijk meer hulpmiddelen nodig hebben. Die assistentie kan lichamelijk belastend zijn voor de begeleider, maar dat hoeft zeker niet het geval te zijn. Een kwalitatief goede zorg houdt immers niet alleen rekening met de mobiliteit van de cliënt, maar ook met de gezondheid van de zorgverlener. Kwaliteit van werk en kwaliteit van zorg hangen op het gebied van mobiliteit dus samen en dienen beiden optimaal te zijn. Het concept van de Positieve 8^e zoals dat in het begin van dit hoofdstuk werd geïntroduceerd maakt dat zichtbaar.

MOBILITEIT

Mobiliteit is een wezenlijk aspect van het menselijk bestaan. Wanneer iemand minder beweegt heeft dit grote gevolgen voor het lichaam. Zo neemt de spierkracht zeer snel af en er kunnen contracturen, decubitus en vele andere aandoeningen ontstaan. Naast deze lichamelijke aandoeningen zijn er meestal gevolgen op het geestelijke en sociale vlak. Mensen kunnen geïsoleerd raken, hun eigenwaarde verliezen en zelfs depressief worden. Het afnemen van de mobiliteit kan plotseling gebeuren (bijvoorbeeld een botbreuk na een val), maar het

verloopt heel vaak geleidelijk (bijvoorbeeld door een ziekte of veroudering). Mobiliteitsverlies is vervelend omdat verloren mobiliteit moeilijk te herstellen is. Het gaat in eerste instantie vaak onopgemerkt omdat mensen hun levensstijl aanpassen. Ze gaan bijvoorbeeld minder vaak naar buiten of naar anderen toe, of beperken de noodzaak om naar het toilet te gaan door minder te drinken of het duurt gewoon veel langer voordat ze bijvoorbeeld 's ochtends aangekleed zijn. Dat valt allemaal voor de buitenwereld niet zo op en daarom kan het te laat worden herkend. In dat stadium kan er al veel kracht, functionaliteit van bewegen en uithoudingsvermogen verloren zijn gegaan.

Het op tijd signaleren van dit proces is dus zeer belangrijk en kan het ontstaan en het toenemen van afhankelijkheid voorkomen of beperken. Indirect heeft dit ook weer gunstige gevolgen voor de fysieke belasting van zorgverleners en de werkdruk voor zorgverleners.

STIMULEREN VAN MOBILITEIT

Het stimuleren en onderhouden van mobiliteit vormt dus een belangrijke doelstelling van zorg. Dit geldt niet alleen in de fases dat mensen begeleiding krijgen bij bewegingen (transfers), maar het betekent ook voortdurend alert zijn op achteruitgang bij mensen bij wie die hulpvraag (nog) niet bestaat.



Albert liet de laatste tijd zijn koffie vaak staan, ondanks dat we er op aandrongen dat hij het op zou drinken

Op een gegeven moment dronk hij echt te weinig, hij droogde bijna uit en wij maar zeuren. Toen we er samen over praatten vertelde hij pas, dat hij door de pijn in zijn heup al een poosje moeite had om op tijd op het toilet te komen.

Hij had toen zelf besloten 's ochtends maar geen koffie meer te drinken. Dan redde hij het net tot na het middageten.

Gelukkig had **Barbara** na haar val niets gebroken

Wel heeft het nog een paar weken geduurd voordat ze weer haar gang ging. Ze durfde gewoon niet meer en bleef het liefst op haar stoel zitten. Je zag haar wegwijnen.

We hebben toen een plan gemaakt om regelmatig samen met haar te lopen. Nu gaat het weer goed.

Bij mensen die wel een hulpvraag hebben, is het stimuleren van mobiliteit eveneens van belang. Het optimaal gebruiken van de eigen mogelijkheden tijdens dagelijkse bewegingen, en dus ook de transfers, kan bijvoorbeeld een gunstige invloed hebben op het onderhoud en behoud van die mobiliteit. Het

kan daarvoor zelfs een voorwaarde zijn. Kleine bewegingen kunnen bij sommige cliënten al grote resultaten bewerkstelligen: een paar keer staan per dag kan bijvoorbeeld al achteruitgang van spier- en botweefsel, maar ook coördinatie, voorkomen.



Carl gebruikt nu een actieve lift

Als hij dan gaat staan, stimuleer ik hem om zelf zoveel mogelijk te steunen op zijn voeten. Hij voelt dan de veiligheid van de lift en hij is zo zelf actief. Je merkt dat hij nu ook weer meer durft.

Nu hij regelmatig even staat om naar het toilet te gaan of van stoel te wisselen, klaagt Carl ook minder over pijn aan zijn stuit.

Het is van belang om op te merken dat cliënten bewuste keuzes kunnen maken in het wel of niet zelfstandig willen bewegen, het gebruik van hulpmiddelen of het vragen om assistentie.

Soms loopt het op kleine problemen vast en dan loont het de moeite samen te onderzoeken welke oplossingen geboden kunnen worden. Even bewegen geeft ook meteen meer

doorbloeding en haalt de druk op weefsel weg, waarmee de kans op decubitus kleiner wordt.

Het omgaan met transfers en de keuzes die daarin gemaakt worden (kwaliteit van werk) hangt dus samen met de mobiliteit van cliënten en daarmee met de kwaliteit van zorg die aan hen wordt verleend.

Doris wil nog zelfstandig naar het toilet en daar stimuleren we haar graag in

Wij vinden het alleen heel lastig worden om de kleding voor het toiletbezoek te verwijderen als we haar met de passieve lift brengen.

Na overleg met Doris hebben we een oplossing gevonden waar ze blij van wordt. We brengen haar nu met de passieve tillift naar een multifunctionele douche-toiletstoel om haar behoefte te kunnen doen.

Het was even wennen om de onderkleding op de douche-toiletstoel te verwijderen, maar na een paar keer oefenen gaat het prima!



PASSIVITEIT

Aan de andere kant bestaan er ook situaties waarin het stimuleren van mobiliteit niet zinvol of wenselijk is. Voor iemand die zich in zijn laatste levensfase bevindt, komt er een moment waarop het vooral van belang is om hem zo comfortabel en prettig mogelijk zorg te verlenen en om de complicaties van immobiliteit te bestrijden.

Het doel van weer mobiel worden of blijven verdwijnt dan naar de achtergrond. Dit wordt wel beschreven in de overgang van de term ADL (Activiteiten van het Dagelijks Leven) naar PDL (Passiviteiten van het Dagelijks Leven).

Echter ook in andere situaties kunnen mensen bewuste en goed gemotiveerde beslissingen nemen om zelf minder zelfredzaam te zijn. Cliënten die op zichzelf wonen in bijvoorbeeld een Fokus woning, geven aanwijzingen aan ADL-assistenten. Daarmee sturen ze zelf deze zorg. Zij kunnen bijvoorbeeld aangeven hulp nodig te hebben omdat ze veel pijn hebben bij een beweging of

omdat ze weinig energie hebben en bewust besluiten hulp te vragen bij de intensieve transfers. Daardoor blijft energie over voor andere, voor hen belangrijkere, activiteiten.

Vanzelfsprekend zal deze assistentie eveneens voor zowel de cliënt als de zorgverlener optimaal moeten verlopen. Ook hier raken kwaliteit van zorg en kwaliteit van werk elkaar nadrukkelijk. Vanuit de PDL is hierover veel geschreven en hier wordt dan ook volstaan met een verwijzing daarnaar (stichtingpdl.nl) en naar de filosofie zoals o.a. de stichting Fokus die heeft ontwikkeld.

In dit Handboek wordt er dus vanuit gegaan dat beide doelstellingen, stimuleren van mobiliteit, zelfredzaamheid en respecteren van passiviteit, kunnen samengaan met een hoge kwaliteit van zorg en van werk. Beide uitersten, mobiliteit en passiviteit, zijn in dit Handboek opgenomen, zonder de pretentie een volledig overzicht te geven van wat mobiliteitsbeleid omvat en wat PDL is.



Het gaat er nu vooral om dat **Emma** lekker ligt en een beetje om zich heen kan kijken als ze daar zin in heeft

We rijden haar dan naar haar lievelingsplekje bij de volière. Omdat ze zo snel moe is en veel pijn heeft, willen we haar zo min mogelijk lastig vallen met allerlei dingen zoals wassen en het verschonen van het bed. Soms ontcom je er niet aan. Ik vind dat best moeilijk.

Wel vinden we het belangrijk dat ze regelmatig even iets van zit of lighouding verandert. We gebruiken daarvoor de profielverstelling van het bed of de kantelverstelling van de stoel om de druk op de huid te veranderen'.

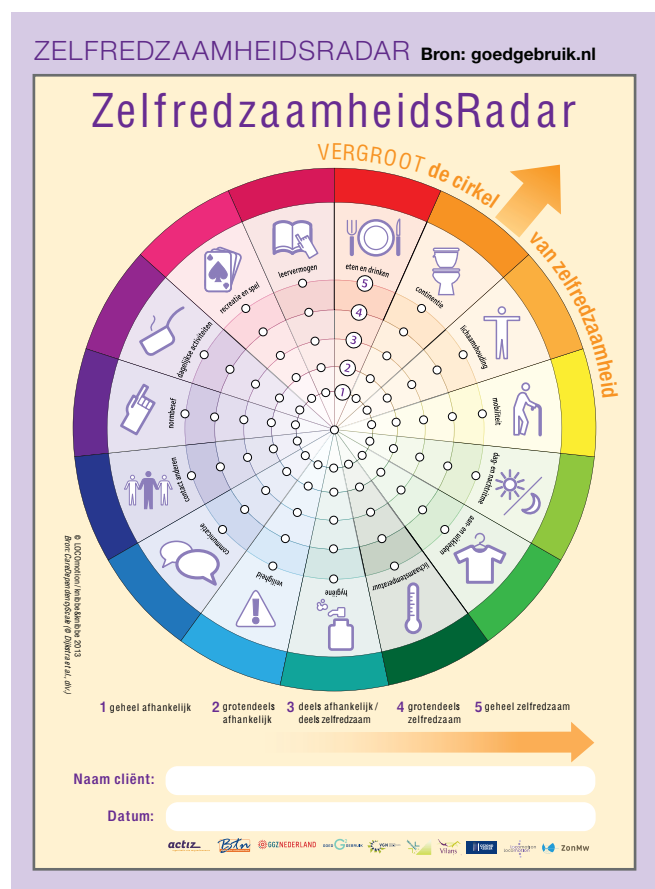
MOBILITEITSKLASSEN

Om het mobiliteitsbeleid voor dit Handboek inzichtelijk te maken is gebruik gemaakt van vijf klassen van mobiliteit van cliënten (zie ook Knibbe et al., 1998 en Knibbe & Knibbe 1998, ISO TR 12296 en Knibbe et al., 2012). In deze classificatie wordt bewust uitgegaan van een functionele benadering. Dat betekent dat we vooral de functionele of bewegingsmogelijkheden die mensen hebben centraal stellen.

Het onderliggende ziektebeeld of de aandoening is minder van belang. Met deze fundamentele keuze voor de functionele gevolgen van aandoeningen volgen we de principes van belangrijke classificatiesystemen zoals de ICDH, de ICF en de RAI. De ICDH (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps) en recenter de ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) worden vaak gebruikt in de revalidatie, fysiotherapie en ergotherapie.

De RAI (Resident Assessment Instrument) werd in de Verenigde Staten ontwikkeld, maar wordt momenteel ook in ons land gebruikt, net als in diverse andere landen.

Daarnaast wordt ook in toenemende mate gebruik gemaakt van de Care Dependency Scale (Dijkstra et al., div) met in het verlengde daarvan de ZelfredzaamheidsRadar (zie goedgebruik.nl). Ook daarin staan de mogelijkheden die iemand wel heeft of zou kunnen krijgen centraal, onafhankelijk van de ziekte of aandoening die iemand wellicht heeft.







DE MOBILITEITSWIJZER®

Van Albert tot Emma

De systematiek van de mobiliteitsklassen is op zich vrij technisch en abstract en is om die reden doorontwikkeld naar de zogenaamde Mobiliteitswijzer®. We geven hier in het kort de essentie daarvan weer en verwijzen naar een speciaal boek dat hierover is verschenen (Knibbe en Waaijer, 2010). De Mobiliteitswijzer® brengt de mobiliteitsklassen als het

ware tot leven en maakt het werken ermee in de praktijk herkenbaar en eenvoudig. Voor elk van de mobiliteitsklassen is een persoon gekozen met een naam en een gezicht. De personages zijn Albert (A), Barbara (B), Carl (C), Doris (D) en Emma (E). De eerste letter van hun naam verwijst naar de mobiliteitsklasse die ze vertegenwoordigen. Hun uiterlijk en plaats in het systeem is zichtbaar in de overzichtstabel met de mobiliteitsklassen dat zoals aangegeven ook opgenomen is in de ISO TR 12296.

| MOBILITEITS KLASSE | Albert | Barbara | Carl | Doris | Emma |
|-------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| |  |  |  |  |  |
| Onafhankelijk | JA | NEE | NEE | NEE | NEE |
| Loopt de zorgverlener het risico van dynamische overbelasting? | NEE | NEE | JA | JA | JA |
| Werkt de cliënt actief mee aan de beweging? | JA | JA | JA | NEE | NEE |
| Is het stimuleren van de mobiliteit van de cliënt van belang/wenselijk? | JA | JA | JA | JA | NEE |

Mobiliteitswijzer®, ArjoHuntleigh B.V. 2010



ALBERT

De cliënt is in staat om zelfstandig, zonder hulp van anderen, dagelijkse (zorg)handelingen uit te voeren en is zelfredzaam. Mogelijk heeft de cliënt wel speciale hulpmiddelen nodig. Normaal gesproken is er geen risico voor overbelasting van de zorgverlener. Wel moet Albert soms gestimuleerd worden zelfredzaam te blijven en kan het relevant zijn om regelmatig zijn zelfredzaamheid te monitoren.

Kenmerken die veel voorkomen:

- Ambulant, loopt wellicht met een wandelstok
- Onafhankelijk, kan zichzelf verschonen en aankleden
- Doorgaans geen risico voor dynamische of statische overbelasting
- Het stimuleren van zelfredzaamheid is zeer belangrijk



BARBARA

De cliënt is gedeeltelijk zelfredzaam. De cliënt is niet in staat om de handeling zelfstandig uit te voeren, maar de hulp die hierbij nodig is, brengt geen of een beperkt risico van fysieke overbelasting voor de zorgverlener met zich mee. De hulp die nodig is, is in de regel niet lichamelijk belastend voor de zorgverlener.

De hulp kan bestaan uit verbale steun, feedback of aanwijzingen, hoewel enige lichamelijke ondersteuning niet is uitgesloten. Deze hulp kan worden gegeven tezamen met kleinere hulpmiddelen (loophulpmiddelen en bijvoorbeeld hoog-laag douchehulpmiddelen) of aanpassingen in de omgeving van de cliënt (handgrepen of deuren). De zelfredzaamheid van Barbara moet meestal wel gestimuleerd worden.

Kenmerken die veel voorkomen:

- Kan zichzelf verplaatsen of heeft lichte begeleiding nodig bij transfers en gebruikt rollator o.i.d.
- Afhankelijk van zorgverlener in een aantal dagelijkse activiteiten
- Geen risico voor dynamische overbelasting, statische belasting kan voorkomen als niet de juiste hulpmiddelen gebruikt worden
- Het stimuleren van zelfredzaamheid (bijv. loopvermogen) is van groot belang



CARL

De cliënt is niet in staat om zonder hulp dagelijkse handelingen uit te voeren, maar kan wel meewerken of een deel van de handeling zelfstandig uitvoeren. Zonder verdere voorzorgsmaatregelen kan de hulp tot lichamelijke overbelasting van de zorgverlener leiden. De belasting van de zorgverlener overschrijdt normen voor fysieke belasting en er moeten dus hulpmiddelen worden gebruikt die de belasting van de zorgverlener binnen veilige grenzen houden.

Wel zijn deze cliënten in staat om actief bij te dragen aan de beweging en is het van belang dat dit vermogen zoveel mogelijk in stand wordt gehouden en zo mogelijk verbeterd. De aangeboden hulp bestaat bijvoorbeeld uit transfers met behulp van actieve tilliften of hoog-laag douche hulpmiddelen. De aanwezige zelfredzaamheid moet gestimuleerd worden om de achteruitgang zoveel mogelijk af te remmen of herstel te bevorderen.

Kenmerken die veel voorkomen:

- Gedeeltelijk in staat om eigen gewicht te dragen op ten minste één been, zit vaak in een rolstoel en heeft enige rompbalans
- In de meeste gevallen afhankelijk van zorgverlener
- Zonder hulpmiddelen risico op dynamische en statische overbelasting van zorgverlener
- Het stimuleren van mobiliteit & zelfredzaamheid is zeer belangrijk



DORIS

De cliënt is niet in staat zelfstandig dagelijkse handelingen uit te voeren of om daar wezenlijk of op betrouwbare wijze aan mee te werken. Zonder voorzorgsmaatregelen loopt de zorgverlener kans op lichamelijke overbelasting. Het is noodzakelijk om één of meer hulpmiddelen te gebruiken om dit risico te vermijden. Ondanks het feit dat de cliënt niet actief kan meewerken, blijft het van belang om deze cliënten zoveel mogelijk te stimuleren. De benodigde hulp wordt o.a. aangeboden met behulp van een passieve tillift, een in hoogte verstelbare douche-toiletstoel of badsysteem.

Verder is het van belang de door immobiliteit veroorzaakte problemen zoveel mogelijk te voorkomen (bijv. goede huidverzorging). De afname van de mobiliteit en zelfredzaamheid moet worden afgeremd en herstel indien mogelijk worden bevorderd.

Kenmerken die veel voorkomen:

- Rolstoelgebonden
- Kan niet staan en kan eigen gewicht niet dragen, kan zitten met goede zitondersteuning
- In de meeste situaties afhankelijk van zorgverlener
- Lichamelijk veeleisend voor zorgverlener: er is sprake van risico op overbelasting van de zorgverlener
- Het stimuleren van zelfredzaamheid en mobiliteit is zeer belangrijk



EMMA

De cliënt is niet zelfredzaam en niet in staat zelfstandig dagelijkse handelingen uit te voeren of daaraan mee te werken. Zonder voorzorgsmaatregelen leidt de hulp tot

lichamelijke overbelasting van de zorgverlener. Er moeten hulpmiddelen worden gebruikt om dit risico uit te sluiten.

De cliënt kan niet actief aan de handeling bijdragen. In het geval van Emma is het niet langer van belang om haar te stimuleren om actief te worden. In sommige gevallen, zoals bij cliënten in het laatste stadium van kanker of de ziekte van Alzheimer, moet dit zelfs vermeden worden of is dit ronduit ongewenst. Maar een cliënt die er de voorkeur aan geeft om gedurende de verzorging passief te blijven om zijn of haar energie te bewaren voor bijvoorbeeld bezoek kan ook tot de categorie van Emma behoren.

Het bevorderen of stimuleren van de mobiliteit en het activeren van de cliënt is niet langer de doelstelling van het zorgplan. Het bieden van de best mogelijke zorg en het vermijden van complicaties ten gevolge van immobiliteit, zoals bijvoorbeeld decubitus, hebben de voorkeur. Transfers worden uitgevoerd met behulp van een passieve tillift.

Kenmerken die veel voorkomen:

- Wellicht volledig bedlegerig, kan soms in speciale stoel zitten
- Volledig afhankelijk
- Zonder hulpmiddelen ernstig risico op dynamische en statische overbelasting van zorgverlener
- Het stimuleren van zelfredzaamheid en functionele mobiliteit is niet het belangrijkste doel

In dit Handboek staan technieken voor alle categorieën beschreven. Het gaat echter met name om de transfers die gebruikt worden bij cliënten uit de categorieën B, C, D en E. Het blijft belangrijk om alert te blijven op problemen bij het uitvoeren van bewegingen bij de cliënten in categorie A.

Op tijd ingrijpen door advies, stimulans of het gebruik van de juiste hulpmiddelen kan voorkomen dat cliënten onnodig snel naar categorieën B, C, D en E zullen overgaan en juist optimaal zelfredzaam blijven.

Het kan ook betekenen dat iemand weer naar categorie B of A terugkeert. Op een zogenaamd 'bewegingsprotocol' (zie 1.4.) kan je op eenvoudige wijze deze mobiliteitsklassen weergeven en bij elke transfer in dit handboek staan ze aangegeven.

Casusbeschrijvingen

Daarnaast zijn er voor elk van de klassen meer uitgebreide casusbeschrijvingen gemaakt. Dat maakt het mogelijk om met allerlei herkenbare en praktijkgerichte werkvormen het oefenen met de mobiliteitsklassen eenvoudig en aantrekkelijk te maken voor onderwijs- en trainingsdoeleinden.

De praktijk leert dat het kunnen visualiseren van de klassen in de vorm van herkenbare personen veel voordelen biedt. Dat geldt ook los van scholings- en trainingsdoeleinden. Zo maakt de systematiek allerlei abstracte discussies over keuzes in de zorg veel concreter en daardoor duidelijker, zonder dat de essentie van de classificatie verloren gaat. We noemen als voorbeeld de discussies die ontstaan bij het plannen van nieuwbouw of een verbouwing van een zorginstelling.

Door na te gaan hoe groot de doelgroep per mobiliteitsklasse zal zijn, kan geanalyseerd worden of de toekomstige situatie zal voldoen aan de eisen om de groep cliënten als geheel optimaal zorg te kunnen bieden.

We verwijzen voor verdere details naar het in 2014 vernieuwde ArjoHuntleigh Handboek voor Architecten en Ontwerpers.

Verschillende zorgsectoren

Het zal uit de visualisatie duidelijk zijn dat de serie van Albert tot en met Emma vooral gericht is op de verpleeghuissector. Dat kan de herkenbaarheid voor andere zorgsectoren beperken. We hebben het dan bijvoorbeeld over de thuiszorg, gehandicaptenzorg en de ziekenhuizen.

Daarom zijn er voor deze sectoren aanvullende personages in het leven geroepen, inclusief casusbeschrijvingen geënt op deze sectoren. Ze blijven passen in het systeem van de mobiliteitsklassen als geheel, door met de eerste letter van hun naam te verwijzen naar de mobiliteitsklasse die ze vertegenwoordigen.

Vanzelfsprekend blijft dus ook op deze extra personages het basisschema van de mobiliteitsklassen van toepassing. U kunt deze uitbreidingen vinden in de Mobiliteitswijzer[®] van ArjoHuntleigh Nederland B.V.