



rijksuniversiteit
groningen

RUST-ROEST

Bachelorproject



Roland Koops
Groningen – maart 2016



rijksuniversiteit
groningen

Inhoudsopgave

Analysefase	3
Probleemdefinitie	3
Interviews	5
Stakeholders	6
Oorzaak-gevolg	7
Doel	8
Ontwerpopdracht	10
Afbakening	11
Lijst van eisen	12
Lijst van wensen	12
Functieanalyse	13
Bronnen	14
Bijlage	15

Analysefase

Probleemdefinitie

Dit project is een samenwerking van vier biomedische technologie studenten. In overleg met onze begeleider de heer G.J. Verkerke is ervoor gekozen om de probleemstelling en doelstelling samen te doen. Hierdoor komt de tekst van de probleemstelling en doelstelling overeen met die van de drie andere studenten. Het gaat hier dus niet om plagiaat, maar om een legitieme, goedgekeurde samenwerking. Deze groep bestaat uit Bart Loonstra, Leontien Pragt, Rik Schaart en ikzelf.

In de loop der jaren lijkt het besef te komen dat in bed liggen tijdens ziekte of herstel niet de beste remedie is tot genezing. Zeker met het oog op de ouderen, betreffende de 70 - plussers, gaat de fysieke gesteldheid achteruit en zullen ze hier niet snel bovenop komen. Hierbij ligt het natuurlijk ook aan de operatie of mate van ziekte van de patiënt en of deze in staat is om vrij eenvoudig in beweging te komen of niet.

Het niet bewegen kan natuurlijk verschillende redenen hebben. Het kan zijn dat de pijn zo erg is, dat in beweging komen helemaal niet bij de patiënt opkomt. Of de patiënt heeft geen motivatie om te gaan bewegen. De patiënt ligt wel lekker en heeft het idee dat hij zich te ziek voelt om in beweging te komen. Daarom zal in sommige gevallen de mind-set van de patiënten aangepast moeten worden, omdat zij zich er niet bewust van zijn wat de voordelen zijn als ze blijven bewegen.² Ook is de ziekenhuisomgeving (nog) geen goede, stimulerende omgeving om in beweging te komen.

In het lichaam wordt per dag 1 tot 2 procent van al het spierweefsel afgebroken en weer opgebouwd. Dit opbouwen gaat natuurlijk niet vanzelf en gebeurt alleen als er fysieke inspanning plaatsvindt. Zodra een patiënt door ziekte in bed komt te liggen en niet in beweging komt, zal de spiermassa alleen maar afnemen. Het krachtsverlies kan in vijf dagen al wel oplopen tot 10% en na twee weken is dit soms al 25%. Bewegen is bovendien niet alleen goed voor de spieropbouw, maar ook de basale stofwisseling zal hierdoor verbeteren.¹

Naast het bewegen is voeding ook heel belangrijk, vooral inname van eiwitten is van groot belang. Eiwitten zorgen voor herstel en bevordering van spieropbouw, dit effect is vele malen groter als er bewogen wordt.¹

Tijdens de ziekenhuisopname blijkt dat wanneer ouderen op de tweede opnamedag 12 minuten meer lopen dan op de eerste opnamedag, ze gemiddeld twee dagen eerder ontslagen worden uit het ziekenhuis, ook al zijn de patiënten nog heel erg ziek. Het is daarom belangrijk de patiënten zo snel mogelijk te mobiliseren.³

Na de ziekenhuisopname zijn de eerste drie maanden cruciaal voor het herstel. Als in deze fase weinig verbetering in het functioneren zichtbaar is, dan is het aannemelijk dat het functieverlies blijvend is. Ook na de ziekenhuisopname is het dus ook heel belangrijk om in beweging te blijven.³

Nadat de patiënt is ontslagen uit het ziekenhuis zal hij zich minder fit voelen dan voor de opname in het ziekenhuis.² Door in het ziekenhuis de spieren van de patiënt te onderhouden, zal het functieverlies minimaal zijn. Hierdoor zullen deze ouderen bij thuiskomst nog veel zelf kunnen doen en de thuishulp zal minimaal nodig zijn, misschien zelfs overbodig.

Volgens het model van Covinski zijn er meerdere oorzaken voor het functieverlies bij patiënten. Zo zijn er factoren die een rol spelen voordat de patiënt in het ziekenhuis terecht komt, zoals leeftijd, slechte mobiliteit, cognitieve functie, minder sociaal functioneren, depressies en ouderdomskwalen (zoals vallen of incontinentie). Als de patiënt in het ziekenhuis ligt, krijgt hij met de volgende factoren te maken: de omgeving, de beperkte mogelijkheid tot mobiliteit, ondervoeding en het afhankelijk zijn van verpleegkundigen. Ook zijn er factoren die invloed kunnen hebben op het functieverlies nadat de patiënt het ziekenhuis heeft verlaten. Dat zijn in dit geval de omgeving en hulp vanuit de gemeenschap en hulpmiddelen.⁵

Tegenwoordig wordt er in het ziekenhuis al wel meer gedaan om de patiënt zo snel mogelijk te mobiliseren. Ook wordt er bij binnenkomst op de geriatrische afdeling, als er een verhoogd risico op functieverlies wordt geïdentificeerd, gelijk een CGA (complete geriatrische analyse) gedaan om het functioneren van de patiënt in kaart te kunnen brengen. De eerste test die gedaan wordt is de ISAR (Identification of Seniors At Risk) om te kijken of er een verhoogd risico op functieverlies is. Hiermee kunnen de risicofactoren voor de patiënt voor het ontstaan van functieverlies ook duidelijk worden gemaakt. Er loopt op dit moment een programma voor patiënten van 70 jaar en ouder waarbij VMS (veiligheidsmanagementsysteem) wordt geïmplementeerd, omdat de verwachting is dat deze test bijdraagt aan betere uitkomsten van ziekenhuisopnames voor ouderen. Er zijn nog geen studies gepubliceerd over de effecten van het programma.³

Op de afdelingen zelf zie je dat op het moment dat de patiënt nog redelijk ter been is, de patiënt zo snel en zo veel mogelijk gemobiliseerd wordt. Alleen op het moment dat de patiënt gemobiliseerd is, wordt het duidelijk dat de ziekenhuisomgeving geen goede motivator is om te gaan lopen of bewegen in het algemeen. De minimale richtlijn die door experts is vastgesteld staat op 15 tot 30 minuten matig intensief bewegen. Deze 15 tot 30 minuten mag over de hele dag verspreid worden en zal natuurlijk afgestemd moeten worden op de mogelijkheden van de oudere.⁴ Deze zijn vastgesteld als een beweegnorm voor ouderen in verpleeg- en verzorgingshuizen, maar deze norm zal mogelijk in ziekenhuizen ook gebruikt kunnen worden.

Interviews

Om het probleem beter in kaart te brengen, zijn er naast het literatuuronderzoek ook meerdere interviews afgenomen met medisch personeel. De uitkomsten van de interviews zijn te vinden in de bijlage. Daarnaast is er ook meegelopen met een verpleegkundig consulent, fysiotherapeut en met verpleegkundigen. Het meelopen met de verpleegkundigen gebeurde op de verpleegafdeling E4, wat de algemene interne afdeling is, verpleegafdeling E3, waar voornamelijk longpatiënten liggen en een paar endocriene patiënten en op chirurgische verpleegafdeling J2, waar patiënten worden opgenomen met traumatisch letsel.

Er zijn meerdere interviews afgenomen met hoofd- en regieverpleegkundigen van de chirurgische- en verpleegafdelingen. Wat hierbij duidelijk naar voren kwam, was dat de verpleegkundigen het erg druk hebben en dat er weinig tot geen tijd is om de patiënten te motiveren om in beweging te krijgen. Ook is er meestal weinig motivatie vanuit de patiënten zelf, doordat hij/zij zich te ziek voelt.

Deze problemen kwamen ook naar voren bij het interview met de fysiotherapeut. Hierbij kwam ook ter sprake dat er een eilandjescultuur heerst binnen het UMCG. Dat wil zeggen dat de verschillende verpleegafdelingen verschillen in beleid omtrent de mobilisatie van de patiënt. Ook gaan de patiënten, door weinig mobilisatie, in een mindere conditie naar huis. Hierdoor hebben ze meer hulp nodig als ze thuis zijn.

Bij de internist kwam naar voren dat het niet aan de intentie van de verpleegkundigen ligt, maar dat ze het gewoon te druk hebben. Ook wordt er te weinig aandacht besteed aan wat voor oefeningen patiënten zelf in bed kunnen doen. Daarnaast is het ziekenhuis meer ingericht op behandeling van ziekte en niet op herstel.

In het interview met de chirurg werden alle voorgaande problemen ook genoemd. Daarnaast zijn alle faciliteiten aan bed en de een belangrijke reden om uit bed te komen is om te roken of als er verteld wordt dat de patiënt naar huis kan. Ook pakt de fysiotherapeut, volgens de chirurg, vooral het probleem van de operatie aan en niet zozeer de mobilisatie van de patiënt.

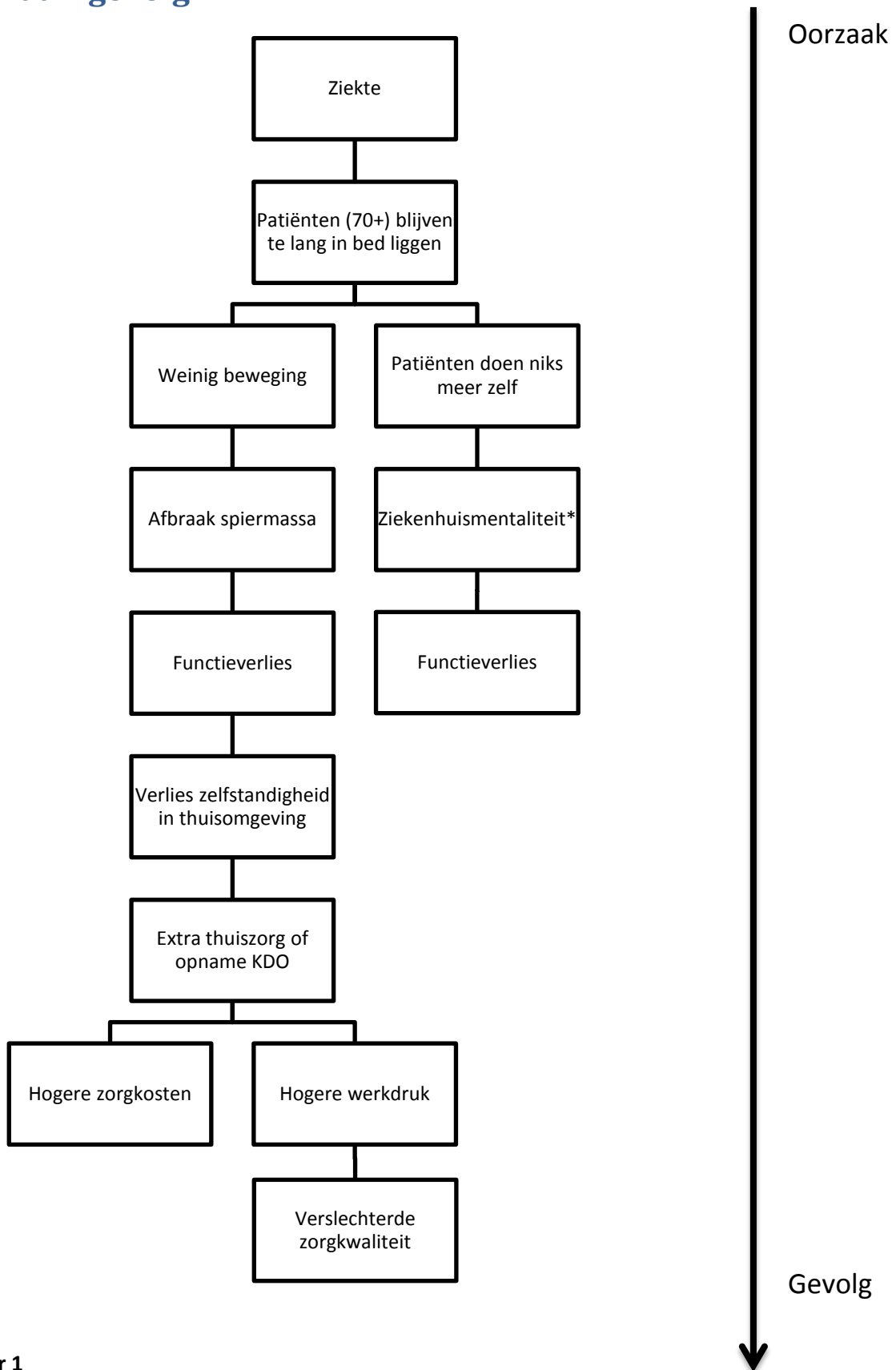
Stakeholders

In de tabel hieronder zijn de verschillende stakeholders weergegeven met uitleg erbij waarom ze met het probleem te maken hebben.

Stakeholders	Karakteristieken	Verwachtingen	Potentie en tekortkomingen	Toepassing voor het project
Patiënt	Vermindering mobiliteit/ functieverlies door te lang in bed liggen.	Constante mobiliteit tijdens verblijf in het ziekenhuis. Behouden van autonomie.	Niet alle patiënten willen meewerken.	De patiënten zijn de belangrijkste groep, aangezien het apparaat voor hen bedoeld is.
Verpleegkundige	Wil de patiënt zoveel mogelijk helpen bij mobiliseren.	Wil een gemakkelijke oplossing zodat het niet extra veel tijd/moeite kost.	Te weinig personeel/tijd waardoor patiënt niet genoeg kan worden gemobiliseerd.	Moeten waar nodig de patiënten helpen bij het gebruiken van het apparaat.
Verzekering	Wil de beste zorg voor zo min mogelijk geld.	Verlaagde kosten van nabehandeling.	Geïnteresseerd in goede zorg voor weinig geld.	Doorslaggevend voor het project, omdat deze groep voor een groot deel over de financiering van de zorg gaat.
Thuiszorg	Verzorgt de nabehandeling zo goed mogelijk.	Zo kort mogelijke nabehandeling.	Kan de oplossing ook thuis implementeren.	Wordt het liefst geen beroep op gedaan doordat de mobiliteit stabiel is gebleven in het ziekenhuis.
Familie	Leeft erg mee met de patiënt.	Wil de patiënt z.s.m. weer op oude conditie hebben.	Wil patiënt te snel naar huis hebben.	Kan de patiënt stimuleren bij mobilisatie, wanneer patiënt zelf niet wil.

Tabel 1: stakeholderschema

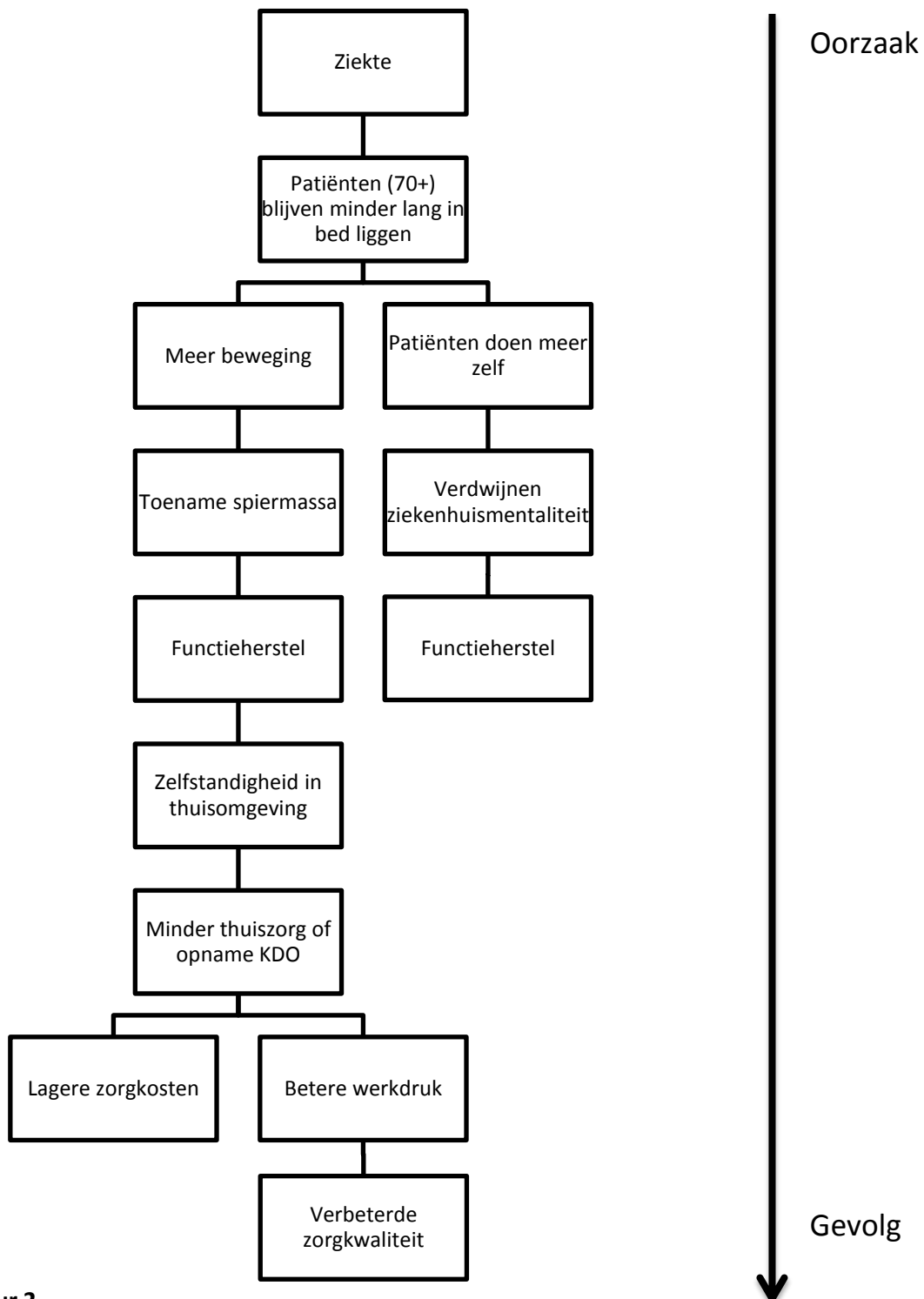
Oorzaak-gevolg



Figuur 1

Doel

Nadat het probleem duidelijk is geworden moet er een doel worden opgesteld. De insteek van de ontwerpopdracht is het verkorten van het herstelproces van de patiënt in het ziekenhuis. Met daarbij de voordelen voor de patiënt, maar ook voor het ziekenhuis en de daarbij horende zorgkosten. In de probleemanalyse is naar voren gekomen dat het herstelproces afhankelijk van onder andere de mobiliteit van de patiënt. Het eindproduct moet dan ook als hoofddoel hebben dat de mobiliteit van de patiënt in het ziekenhuis moet worden verbeterd binnen een zo kort mogelijk tijdsbestek.



Figuur 2

*Ziekenhuismentaliteit: dit begrip omschrijft de geestelijke toestand van de patiënt, het is een mate van wilskracht om te herstellen. Patiënten met een ziekenhuismentaliteit zien het ziekenhuis als een hotel. Ze willen verzorgd worden en het initiatief voor zelfstandigheid is erg klein.

Ontwerpopdracht

Vooraf oudere patiënten die tegenwoordig in het ziekenhuis liggen, bewegen niet genoeg om hun lichaam te onderhouden. Hierdoor zien we vaak dat deze patiënten het ziekenhuis verlaten met functieverlies. De kennis, dat in bed liggen niet goed voor je is als je wel kan bewegen, is er in het ziekenhuis wel, maar bewegen gebeurt niet altijd. Dit moet verbeterd kunnen worden. Er zijn hierbij verschillende soorten categorieën patiënten die je op een andere manier moet kunnen helpen. Deze categorieën worden in de afbakening besproken.

In dit project wordt er toegespitst op het voorkomen van functieverlies bij patiënten waarvan de onderste extremiteiten nog wel werken, maar waarbij de bovenste extremiteiten helemaal niet meer gebruikt kunnen worden of bepaalde delen van de bovenste extremiteiten niet meer gebruikt kunnen worden door een trauma. Deze keuze is tot stand gekomen, omdat we met het eerder benoemde team de onderwerpen verdeeld hebben. Iedereen gaf zijn/haar eerste en tweede voorkeur aan en daarmee is het gelukt om de onderwerpen onder ons vieren te verdelen.

De keuze is om vooral patiënten te helpen van 70+, dit is omdat we dit project in samenwerking doen met Marlies Feenstra. Zij doet een onderzoek binnen het UMCG, waarbij ze patiënten van 70+ betreft. Haar onderzoek is gericht op het gat waar ouderen na het verlaten van het ziekenhuis in komen. De hulp die er in ziekenhuis wel is, waardoor het lijkt dat ze zichzelf kunnen redden, is er na het verblijf soms niet meer zo intensief. Dit kan zelfs de dood tot gevolg hebben. Dit is de reden waarom ik ook in mijn project patiënten van 70+ betrek. Zo kan ik met het resultaat van mijn project haar voorzien van meer informatie, die zij dan kan gebruiken voor haar onderzoek.

Om dit probleem aan te pakken, moet er iets bedacht worden waardoor deze patiënten uit bed kunnen komen en kunnen bewegen. Hierbij wordt ervan uitgegaan dat de verpleging de patiënt uit bed helpt als hij dat zelf niet meer kan. Op dit moment probeert de verpleging de patiënt ook zoveel mogelijk te mobiliseren, maar ze worden vaak weer opgepiept door de patiënt omdat er wat gepakt of gedaan moet worden. Op het moment dat de patiënt zelf ergens mee bezig is, heeft de verpleging haar handen vrij om andere taken uit te voeren die ook moeten gebeuren. Eenmaal uit bed zou de patiënt zelfstandig moeten kunnen bewegen. Aangezien er een eilandjescultuur heerst binnen het UMCG wil ik toch proberen een ontwerp te maken dat het probleem uniform kan aanpakken, zodat het product op elke afdeling gebruikt kan worden door patiënt en verpleging.

Op dit product moet te zien zijn op wat voor niveau de patiënt aan het bewegen is, zodat eventuele progressie zichtbaar kan worden gemaakt en de patiënt op deze manier gemotiveerd kan worden. Dit zal per patiënt verschillend kunnen zijn. Door dit product en de bijbehorende gegevens is het mogelijk om te bepalen of een patiënt zelfstandig genoeg is om naar huis te gaan. De niveaus kunnen met kleuren worden aangegeven, rood voor onvoldoende, oranje voor gemiddeld en groen voor goed.

Er moet van te voren met de patiënt gekeken worden naar wat er mogelijk is om als doel te halen. Dit zal de verpleging kunnen doen, eerst wellicht met de patiënt als het product net nieuw is en de werking ervan nog duidelijk moet worden. Later, als de verpleging meer ervaring met het product heeft, is de instelling van het product voor de patiënt wellicht al mogelijk bij binnenkomst.

De ontwerpdracht wordt een product dat de mobiliteit van de patiënt zal stimuleren. Dit kan een spel worden, hetzij in het echt, hetzij een videogame. Een andere optie is om een echt fitnessapparaat te ontwerpen. Dit wordt nog algemeen gelaten om zo de beste optie te kunnen ontwerpen voor de patiënt. Het hoofddoel blijft om de patiënt in beweging te krijgen.

Afbakening

De ontwerpdracht is toegespitst op de patiënten die verblijven op de normale en chirurgische verpleegafdeling in het UMCG en dan specifiek vanaf 70 jaar. In dit project wordt een oplossing ontworpen voor de verminderde mobiliteit van de patiënten die de bovenste extremiteiten niet of deels kunnen gebruiken, maar de onderste extremiteiten kunnen wel gebruikt worden. Deze patiënten zijn al eerder benoemd in de ontwerpdracht.

Het eindproduct van dit project zal bestaan uit in ieder geval een technische tekening en een spugmodel. Als het mogelijk is dan zou een prototype als eindproduct mooi zijn. Aangezien het gaat om het mobiliseren van mensen en de omvang van het product dan waarschijnlijk groot is, is dit wellicht niet haalbaar. Verder zal er een aanbeveling voor verder onderzoek komen, indien uit dit project naar voren komt dat dat nodig is.

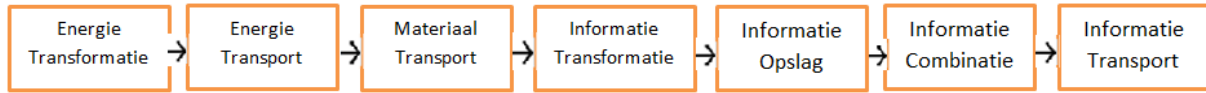
Lijst van eisen

- Het product moet op elke verpleegafdeling in het ziekenhuis te gebruiken zijn
- Het product moet te verplaatsen zijn op wieltjes
- Het product moet door meerdere mensen gebruikt kunnen worden (het ontwerp bepaalt of het door meerdere tegelijk te gebruiken valt of niet)
- Door iedereen hanteerbaar vanaf 18 jaar
- Te gebruiken door patiënten vanaf 70 jaar met een beperking aan de bovenste extremiteit
- Gebruiksvriendelijk; handleiding maximaal twee vellen A4-formaat
- Het product moet in te stellen zijn door één verpleegkundige
- Het product moet veilig zijn; geen schade aan het lichaam toebrengen
- Resultaten moeten duidelijk weergegeven worden; niveaus in kleuren aangeven
- Het product moet complementair zijn aan de huidige zorgverlening en moet voor een significante meerwaarde zorgen t.o.v. het behoud van functioneren van de patiënt
- Levensduur minimaal 20 jaar
- Progressie moet weer te geven zijn per patiënt
- Per patiënt moeten niveaus aangegeven worden in de kleuren rood, oranje en groen
- (Prijs is nog nader te bepalen)
- Het product moet schoon te maken zijn door het met een doekje af te nemen
- Het product mag maximaal 15 kilogram zijn
- Zodra de patiënt uit bed is geholpen moet de patiënt het product zelfstandig kunnen gebruiken
- Met dit product moet de patiënt in staat zijn balansoefeningen uit te kunnen voeren

Lijst van wensen

- Zo lang mogelijke levensduur
- Zo licht mogelijk
- Stootbestendig
- Zo compact mogelijk
- Aantrekkelijk voor 70 plussers om te gebruiken
- Lage productie- en onderhoudskosten; lage verzekeringskosten
- Mobiel (voor verplaatsing tussen kamers / afdelingen)

Functionanalyse



Figuur 1: schema functieanalyse

Energietransformatie:

Het product zal de weergave van het niveau met lichtjes doen. Hierdoor zal dit aspect van het product op een bepaalde vorm van energie moeten werken.

Energietransport:

Op het moment dat het product gebruikt wordt, zal de gebruiker energie gebruiken en kracht uitoefenen op het product. Deze energie moet door het product getransporteerd worden naar de plek waar informatie wordt getransformeerd.

Materiaaltransport:

De onderste extremiteiten moeten kunnen bewegen.

Informatietransformatie:

Tijdens het gebruik van het product en de energie die de gebruiker erin stopt, zal het product deze informatie om moeten zetten in digitale informatie om later weer te kunnen geven.

Informatieopslag:

De digitale informatie die het product verkregen heeft op basis van de energie die de gebruiker erin heeft gestopt zal een bepaald niveau bevatten. Deze informatie over het niveau van de gebruiker moet opgeslagen worden om later eventuele progressie te kunnen vaststellen.

Informatiecombinatie:

Het product wordt vaker gebruikt hierdoor zal er meerdere malen informatie worden opgeslagen. Zo zullen meerdere metingen met elkaar vergeleken kunnen worden. Hierdoor is het mogelijk om voor de gebruiker de progressie vast te kunnen stellen.

Informatietransport:

De informatie die het product heeft, moet worden weergegeven in een kleur. Dit zou weergegeven kunnen worden door middel van een display op het product. Zo kan de gebruiker zien of hij of zij wel op het goede niveau blijft en er geen functieverlies waarneembaar is.

Bronnen

- 1- Voormolen S, Loon L. van. Even rondje rennen voor het avondeten. NRC Handelsblad 2016. Beschikbaar via: <http://www.nrc.nl/handelsblad/2016/01/23/even-rondje-rennen-voor-het-avondeten-1579709>.
- 2- Lafrenière S, Folch N, Dubois S, Bédard L, Ducharme F. Strategies Used by Older Patients to Prevent Functional Decline During Hospitalization. *Clinical Nursing Research* 2015. p 1–21.
- 3- Rooij S.E. de, Buurman B.M. Functieverlies ouderen bij acute opname in ziekenhuis. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*. 2015
- 4- Jans M.P, Vreede P.L. de, Tak E.C.P.M, Meeteren N.L.U. van. Ontwikkeling van een beweegnorm voor ouderen in verpleeg- en verzorgingshuizen. TNO Rapport Kwaliteit van leven. 2008
- 5- Covinsky K.E, Pieluissi E, Johnston C.B. Hospitalization-Associated Disability. *JAMA*, Vol 306, No. 16. 2011. p 1782-1794.
- 6- Sherrington, C., Withney, J.C., Lord, S.R., Herbert, R.D., Cumming, R.G., Close, J.C.T. Effective Exercise for the Prevention of Falls: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Am Geriatr Soc.* 2008. Abstract.

Bijlage

Interview chirurg Van Leeuwen

Het probleem(vooral bij 70+):

- Gebrek aan personeel
- De patiënt heeft een infuus/katheter waardoor deze moeilijk in beweging is te krijgen en de motivatie er ook minder is
- De patiënt heeft pijn, is misselijk
 - o Geen zin om uit bed te komen
- Alle faciliteiten zijn aan het bed
 - o Tv kijkend vanuit ligstand
 - o Eten wordt op bed gebracht

Redenen om uit bed te komen:

- Roken
- Op het moment dat er verteld wordt dat de patiënt naar huis kan wil deze graag in beweging komen
 - o Motivatie
 - o Eerder vertellen niet altijd effectief

Er is wel een fysio voor de patiënten maar die pakt vooral het probleem van de operatie aan, niet zozeer de mobilisatie van de patiënt

- Geen bewegingsbehandelingen

Er is wel steeds meer verandering:

- Beweging wordt gestimuleerd
 - o De patiënt zelf meer laten doen

Na de operatie:

- Verandering in wat de patiënt allemaal nog zelf kan
- Het wordt een kleine wereld
 - o Patiënt is niet meer positief, ziet de bright side niet meer

Oplossing:

- Sociaal aspect zou kunnen helpen, groepsdruk
- Zelfstandigheid belangrijk
 - o De patiënt blijven motiveren om zelf dingen te blijven doen
- Doelen stellen binnen belevingswereld van de patiënt
 - o Zelf een boterham smeren
- Dag programma
 - o 1 x per weer is er een kerkdienst

Obstakel

- Argumentatie van een idee t.o.v. de verzekering
 - o Geld geen obstakel als de argumentatie maar goed is

Interview internist Festen

verpleegafdeling E3

Het probleem:

- verpleegkundige hele belangrijke rol, maar wel heel druk --> de intentie is er wel, maar uit zich niet in de praktijk
- steeds meer ziekere mensen opgenomen die niet uit bed kunnen
 - nog niet veel aandacht over wat mensen in bed kunnen doen
- als de mensen thuis komen, valt het hun nog wel is tegen en komen ze er dan eigenlijk pas achter wat de gevolgen van de ziekenhuisopname zijn
- lastig te zeggen of een complicatie komt door het niet mobiliseren, aangezien het om zwakkere mensen gaat
- iedereen is anders, sommige zijn vechters en andere blijven liever in bed liggen
- inrichting van het ziekenhuis niet op herstel gericht, maar op ziekte en behandeling van ziekte

Verbeteringen:

- weinig adviezen gegeven over herstel
 - wat kunnen de mensen thuis doen om te herstellen
 - alleen al op papier mee wat ze kunnen doen
 - doelen en instructies meegeven
- wat is het doel: hoe was het functioneren van tevoren en hoeverre is het streven om op het zelfde niveau te komen
- geen externe factoren nodig, maar mensen intrinsiek gemotiveerd maken
- wat heb je te doen op de afdeling als je je goed genoeg voelt om uit bed te gaan
- omgeving zo maken dat er wat te doen is, als de patiënt zelf uit bed kan
- mensen bij het probleem betrekken
 - wat kunnen ze zelf doen
 - misschien zelf zien hoeveel ze bewegen met een soort van actiwatch
- sommige artsen weten niet hoe ze moeten overbrengen dat de patiënt meer moet bewegen
- Afbakening:
 - wat ligt bij wie --> afbakenen waar de verantwoordelijkheden liggen
 - een rol voor de huisarts als de patiënten naar huis gaan
 - artsen steeds meer een rol in het maken van een palliatief plan (als de patiënten niet meer beter worden)
 - misschien ook een rol voor ze in het maken van een revalidatieplan

obstakels:

- tijd
- kennis
- Hoe de patiënten een ziekenhuisopname zien

Interview hoofdverpleegkundige chirurgie Lolkema

Het probleem(vooral bij 70+):

- Het niet bewegen van de patiënt
- Angst voor pijn
- Motivatie om te gaan bewegen

Er is wel steeds meer verandering:

- Bekend bij verpleging dat het steeds belangrijker is om de patiënt te laten bewegen

Oplossing:

- Betere pijnstilling
 - o Hierdoor kan de patiënt eerder uit bed
- Voorlichting voor de patiënt over het probleem moet beter
 - o Duidelijk maken dat bewegen, ook in het ziekenhuis en ook met pijn, belangrijk is
- De patiënt moet gestimuleerd worden om te gaan bewegen
- Intensieve begeleiding na operatie zou goed zijn
 - o Door verpleging/fysio
- De verpleging moet zorgen voor
 - o Mobiliseren van patiënt
 - o Stimuleren om te gaan bewegen
 - o Voorlichting bij binnenkomst, duidelijk maken wat blijven bewegen voor positieve gevolgen heeft voor het verdere herstel
- Virtual reality bril

Obstakel

- Zelf brood smeren
 - o Dan gaan ze het ziekenhuis al uit
- Bewegen in bed niet zo effectief als naast het bed

Interview hoofdverpleegkundige Hoekstra

afdeling K4: voornamelijk abdominale en oncologie patiënten

Het probleem:

- de meeste mensen weten wel dat ze eigenlijk moeten bewegen, maar ze voelen zich fysiek niet goed en komen dan toch niet in beweging
- als ze ook psychische klachten hebben, bijvoorbeeld depressief, zijn ze bijna te uit bed te krijgen
- werkdruk: dit is te weinig menskracht en te weinig tijd

driehoekswerking tussen arts, verpleegkundige en patiënt:

- de verpleegkundige probeert te motiveren en helpt met het bewegen
- de arts gaat zelf niet mobiliseren, maar vraagt er wel naar en benoemt waarom het belangrijk is en wat anders de risico's zijn
- de patiënt moet overtuigd zijn en mee willen werken (gemotiveerd zijn)
- als een patiënt niet genoeg beweegt, komt er een gesprek hoe ze dit kunnen oplossen

De rol van de fysiotherapeut:

- belangrijk op de afdeling bij het mobiliseren van de patiënt
- geeft instructies/oefeningen
- als mensen iets weer opnieuw moeten leren (bijvoorbeeld lopen), daarbij ook belangrijk het vertrouwen van de patiënt krijgen en zelfvertrouwen van de patiënt verbeteren
- passief doorbewegen
- heeft contact met de verpleegkundige en proberen samen het herstel te bevorderen

Verbeteringen:

- het tijdsaspect aanpakken:
 - overleg met verpleegkundige, fysiotherapeut en patiënt van wanneer en hoelang de fysiotherapeut komt
- belangrijk dat de patiënt de regie krijgt
 - de patiënt moet zelf begrijpen waarom bewegen belangrijk is
 - maar ook begrip vanuit de verpleegkundige
- de patiënt krijgt op de 1e dag ontzettend veel info, wat niet allemaal opgeslagen kan worden --> meestal dat de patiënt moet blijven bewegen wordt niet opgeslagen
- alle verpleegkundigen van de afdeling op 1 lijn
 - niet elke verpleegkundige pakt het bewegen op dezelfde manier aan en heeft een andere manier van motiveren
 - misschien met alle verpleegkundigen wat vaker een casusbespreking doen, zodat iedereen op 1 lijn zit
- alle afdelingen op 1 lijn (nu al iets beter)
 - sommige patiënten komen op meerdere afdelingen en niet elke afdeling is erg op mobiliseren gericht (dit wordt alweer wat beter)

Interview hoofd regieverpleegkundige afdeling E3, Thea Ypma

Afdeling E3, vooral geriatrie.

Het probleem(vooral bij 70+):

- Weinig personeel voor veel mobilisatie

Redenen om uit bed te komen:

- Stijfheid zal minder zijn als ze vaker uit bed komen

Er is wel steeds meer verandering:

- Minder lange liggers
- Z.s.m. gemobiliseerd
 - o Huiskamer elke ochtend van 11-13
 - Dag/nacht ritme wordt zo onderhouden
 - o Er wordt aan tafel gegeten i.p.v. in bed
- Vaste fysio
 - o Niet echt belangrijk voor mobilisatie, is de taak van de verpleging

Na de operatie:

- Vooral spoedopvang
 - o Oude en zieke mensen
 - Veel verschillende ziektes, vooral delier

Oplossing:

- In overleg met de patiënt wat deze wel of niet kan/wil
- Wii
- Balspel
- Fiets wordt al gebruikt

Obstakel

- Veel administratie
 - o Te weinig verpleegkundigen is niet het probleem

Interview regie verpleegkundige Sloot

afdeling E4: liggen voornamelijk longpatiënten

Het probleem (niet per se alleen bij ouderen):

- weinig motivatie vanuit de patiënt zelf
- de patiënt heeft het idee dat als je in een ziekenhuis bent je de hele dag in bed mag liggen
- de verpleegkundige hebben het meestal te druk om de patiënten te laten bewegen
- misschien ook een angst, want bijvoorbeeld de longpatiënten zijn over het algemeen al in rust benauwd, waardoor ze niet veel willen bewegen omdat het dan nog erger kan worden.

Hoe ze de mensen nu uit bed proberen te halen:

- met een praatje en vragen of ze met de koffie of tijdens etenstijd aan tafel willen zitten
- benoemen van de risico's van in bed liggen: doorligplekken, longontsteking, trombose, etc.
- inschakelen van de fysiotherapeut bij mobiliseren
- zelden ook een dagschema opstellen voor de patiënt met de tijden dat diegene uit bed gaat

Sinds een paar jaar een indicatorenportaal:

- bij opname wordt dit ingevuld. Hierin wordt gevraagd hoe zelfstandig zijn en of ze hulp nodig hebben met mobiliseren.
- is de score boven de 2 dan kan dan de fysiotherapeut al ingeschakeld worden.

Wat zou de internist eventueel kunnen doen (nu ook al wel gedaan):

- het idee dat voornamelijk ouderen beter naar de internist luisteren, dan naar de verpleegkundige.
- internist zou het in ieder geval vragen naar de hoeveel de patiënt beweegt in de dagelijkse visite die hij loopt en daarbij dan ook weer de risico's benoemen

Verbeteringen:

- Nu al wel onder de aandacht, maar sommige patiënten blijven heel lastig te motiveren
- Meer personeel op de afdeling of de fysiotherapeut die vaker langs kan komen
- hoe kan je iemand uit bed praten --> verbetering van motiverende gesprekstechniek

obstakels:

- motivatie van de patiënt
- drukte van de verpleegkundigen

Interview fysiotherapeut Vaatstra

Het probleem(vooral bij 70+):

- Eilandjescultuur in het ziekenhuis
 - o Niet elke afdeling is hetzelfde qua omgang patiënt
- Hoeveelheid personeel in de verpleging
 - o Mobilisatie schiet er als eerste bij in
- Mate van ziek zijn invloed op mobilisatie
- Geen motivatie/uitdaging om te gaan bewegen
- Door weinig mobilisatie
 - o In een mindere conditie naar huis, maar thuis moet ook beter georganiseerd worden
 - Meer bewegen/blijven bewegen

Als de verpleging de patiënt niet kan mobiliseren:

- Fysio kan daar uiteindelijk voor worden ingeschakeld als patiënt moeilijk ter been te krijgen is, maar normaal gesproken taak van de verpleging

Er is wel steeds meer verandering:

- VMS, bij binnenkomst patiënt
 - o Veiligheid management systeem
- VU
 - o Verpleegkundig onderzoek naar 'gat' na ziekenhuisopvang
- Er is al 3 x per week een oefenmoment
 - o Alleen voor mobiele patiënten

Oplossing:

- De patiënt zelf meer laten doen
 - o i.p.v. alles langsbrengen
- Virtual reality
- Familie inzetten
 - o Zorgt voor motivatie, een vertrouwd gezicht