

“Het zou verboden moeten worden !”

Hoe een “actieve” tillift patiënt onnodig passief maakt.

Inleiding

In de zorg heeft de laatste 10 jaar de apparatuur zijn intrede gedaan om de lasten te verlichten.

De kwetsbaarheid van de groep ,die daar aan het werk is , is even groot of zelfs groter dan de werknemers in de bouw.

Daar , in de bouw, heeft men toen met succes allerlei hulpmiddelen geïntroduceerd die het tillen tot het minimum moesten beperken om zo beschadigingen van het lichaam te voorkomen.

Toch zien we de laatste tijd dat helemaal niet “tillen” of noem het liever “ trainen van de rug” ook ernstige letsel met zich mee kan brengen aan het lichaam omdat dat door geen activiteit dit steeds kwetsbaarder wordt voor steeds mildere lasten.

In de zorg was en is de belasting nog steeds erg hoog .

Er moet gepresteerd worden op het scherp van de schede en dus is de tol vaak te groot.

Het antwoord was ; “Zorg dat de lichamelijke belasting omlaag gaat door het inzetten van hulpmiddelen die de fysieke belasting van de hulpverlener vermindert”.

En we kunnen zeggen dat de industrie ook hier een gat in de mark heeft ontdekt en deze met de meest uiteenlopende apparatuur heeft opgevuld.

Maar

1. Geeft het die gewenste ontlasting aan de hulpverleners of worden ze nu kwetsbaarder.
2. Is er nu een belasting op andere plaatsen (schouders bv.)
3. En wat heeft het voor consequenties voor de andere mens, de patiënt, de bewoner of de cliënt?????

Bij mij ging die industrie over een grens toen een nieuw hulpmiddel gedemonstreerd werd.

Het betrof een nieuwe douchestoel die kan kantelen naar achteren en tegelijkertijd omhoog komt.

Natuurlijk is zo de bereikbaarheid voor de verzorging veel groter maar de patiënt gaf al meteen aan ;

- niet te hoog is akelig en
- niet te ver achterover.

Na het douchen moest de patiënt van de douche- stoel af en dat bleek niet mogelijk. Ze kon niet goed met de voeten op de grond en het naar voren komen werd door de stand van de zitting van de stoel belemmerd en het deed pijn aan de bovenbenen.

Er moest dus getild worden.

De deskundige gaf aan dat het helemaal niet de bedoeling was, dat zij zelfstandig uit deze douchestoel kwam, maar dat daarvoor een ander hulpmiddel gebruikt moest worden.

En toen knapte er iets bij mij

Deze mevrouw was nagenoeg zelfstandig in staat uit haar eigen rolstoel op te staan en uit de gewone douchestoel en nu zou ze deze verworven functie moeten inleveren omdat een nieuwe douchestoel daar geen rekening mee houdt. Of ... nog zwart –witter bij de douche - stoel hoort een vervolg een zogenaamde “actieve lift”?

Schieten we door of schieten we door!!

En wat zijn de consequenties voor de oudere gehandicapte medemens ?

Weer zelf kunnen gaan staan of het behoud van deze functie zou toch hoog in het vaandel moeten staan?

Waarom oefenen die mensen dan ?

Is behoud van functie niet de hoeksteen voor een optimale zelfstandigheid en is dat niet de hoeksteen voor een optimale levenskwaliteit ?

Onderzoek naar de gevolgen van het gebruik van hulpmiddelen is nog minimaal maar wordt wel broodnodig omdat er aanwijzingen zijn dat het veel grotere gevolgen heeft voor de ouder wordende mens.

Gevolgen bij patiënten kunnen zijn ;

- Vermindering van het kunnen
- Verslechtering van de lichaamsbeleving
- Maar ook vermindering van de “primaire” functies zoals conditie, slikken enz.

Kunnen(het vermogen zelf te bewegen).

Basaal in het bewegingsvermogen van de mens staat de romp.

Hét steunpunt voor armen,benen en het hoofd.

De romp zorgt voor de ankers zodat zij optimaal hun werk kunnen doen.

De NDT- senior Docenten uit Amerika , K.Levit en S. Ryerson hebben in hun boek “Functional Movement reeducation” aangeven welke ongelooflijke rol de romp speelt in ons dagelijks bewegen.

Onderzoek van Carr & Gentile hebben laten zien dat opstaan een van de zwaarste A.D.L.- activiteit is die wij dagelijks moeten doen en dat deze functie vooral gedaan moet worden vanuit de onderste romp.

Berger gaf aan dat verlies van het gaan staan zelfs de indicatie was voor de opname in verpleeghuizen.

Opstaan

Om te gaan staan moet de romp zodanig naar voren dat er als het ware evenveel gewicht voor de voeten is als achter en dan moet er met veel spierkracht (vooral de billen en de bovenbenen) tegen de zwaartekracht in omhoog worden bewogen.

Om deze krachten wat te minderen hebben alle ouderen in de wereld al door dat je niet in een te lage stoel moet gaan zitten want dan kom je er zonder (trek) hulp niet meer uit.

Rapporten over vallen geven ook aan dat juist het opstaan vaak een reden is voor vallen en het betreft dan altijd moeilijk opstaan.

Hoe staan wij op en welke oplossing gebruiken we als het moeilijker wordt?



Foto1.

Opstaan eist dat de neus voorbij de knieën komt (witte lijn) en dat de lijn voor de knieë beginnend, uitkomt op de rand van de voorvoet of zelfs voor de voet. (blauwe lijn) De wervelkolom – onder- is gestrekt om zonder hulp van de armen te kunnen gaan staan. (rode pijl)

Tijdens het gaan staan , vanaf het moment dat de billen los komen, bewegen we in de romp en in de enkels ,nog iets verder naar voren, voordat we omhoog gaan.

Gemakkelijker wordt als de heupen hoger staan als de knieën.(blauwe lijn)

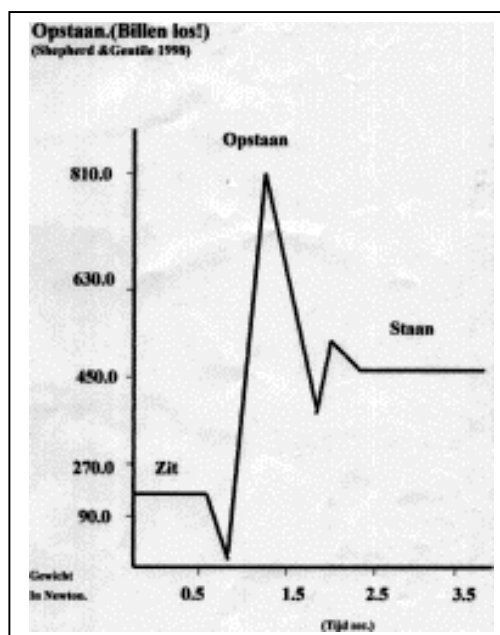
Deze manier van opstaan zonder het gebruik van een stoel, voor om te steunen, vraagt ongeveer 810 Newton volgens de berekening van Carr & Gentile

Om onder deze belasting uit te komen, gebruiken wij heel vaak de armen om mee te helpen.

Op het moment dat de kracht in de benen en de romp, maar met name in de billen, bovenbenen en buik minder worden , zal het gaan staan te zwaar worden en gaat iedereen op zoek naar alternatieven.

De bekendste en die komen we bij veel ouderen tegen is ;

- Om een hogere (rechtere) stoel vragen
- Veel gaan afsteunen op leuning en
- Een opsta stoel aanschaffen



Maar vooral zullen ze veel verder naar voren gaan buigen en het liefst op een stoelleuning of op een tafel gaan hangen.

En dat naar voren komen gaat niet met een gestrekte rug maar juist met een gebogen rug.

Ze staan dan ook op in "etappes", eerst gaat de romp helemaal naar voren, dan strekken de benen en pas dan komt de romp omhoog.



Foto 2

Er zijn tussen de achterleuning (foto 1) en de zitting (foto 2) van de stoel nog allerlei variaties maar.....

Naar voren komen blijft , maar met meer buiging in de rug, waardoor je verder naar voren komt.

Zo blijkt je verder naar voren te komen zodat op het moment dat de billen loskomen, er geen noodzaak meer is dat er nog iets verder bewogen moet worden in de enkels.

Maar vraagt meer steun op armen voor of aan de zijleuningen, als deze lang genoeg zijn, opzij.

De stand van de voeten is nog steeds achter de voeten

Dus zouden wij als hulpverleners moeten letten op hoogte stoel/bed/toilet en er voor moeten zorgen dat de beweging naar voren ook goed uit te voeren is.

En zou een elektrisch in hoogte verstelbare stoel /toilet/douche-/ poststoel met een kanteling maar voren het opstaan vergemakkelijken..

Duidelijk moge zijn dat de "actieve" lift precies het omgekeerde doet bij het omhoog komen en dus qua beweging niets te maken heeft met ons gaan staan en dat geeft een verandering van

Lichaamsbeleving

Als we de omgeving veranderen, zullen onze hersenen zich daar aan passen. M.a.w. maken we een nieuwe omgeving dan zal op den duur deze omgeving voor ons weer normaal worden, ook al is dit het niet.

Zo heeft een experiment met prisma brillen ons geleerd dat dit heel ver kan gaan. Mensen kregen een prisma bril op waardoor de kamer onderste boven leek te staan, toch was na 2 weken dit probleem opgelost. De hersenen hadden zich aangepast en de kamer stond weer zoals het hoort behalve als je de bril afzette.

Als we patiënten frequent met een "actieve" lift zouden verplaatsen dan moet dat hangen in de "actieve" lift op den duur gewoon worden en dat betekent dat de patiënt denkt dat hij recht staat .

Als een patiënt niet meer leert voldoende naar voren te komen , hetgeen niet kan in een "actieve" lift , dan zullen de hersenen die stand als recht gaan waarderen.

Er zijn nu duidelijke aanwijzingen dat dit de lichaamsbeleving van de patiënt aantast en dat hij daardoor op den duur bv. niet meer vrij op een bed kan zitten maar te veel achterover gaat hangen.

Hij/zij denkt dat ze zo recht zitten maar tegelijkertijd merken ze dat ze de neiging hebben om achterover te vallen.

Verlies van primaire functies

Of het al niet erg genoeg is, beginnen er nu steeds meer aanwijzingen te komen dat het negatieve effecten heeft direct op een aantal basale functies van de patiënt.

Door het overmatig gebruik van de rugspieren heeft dit een negatief effect op de spanning en kracht van vooral de buik- en bilspieren.

Dat betekent niet alleen dat de zelfstandigheid van het gaan staan veel te vroeg afneemt maar ook het zitten en vooral het verzitten in de rolstoel wordt zeer moeilijk. Dat leidt tot meer pijn en ongemak en in het ergste geval tot huidbeschadiging.



Maar ook functies van de interne organen leiden onder het verlies van buikkracht en- spanning.

Onze longen hebben goede buikspieren nodig om mee te helpen de longen volledig te laten ontplooiën.

Minder ontplooiing leidt tot conditieverlies maar kan ook invloed hebben op het sneller ontstaan van longontstekingen.

De darmfunctie wordt minder, we hebben de buikpers nodig om adequaat mee te helpen met de peristaltiek van de dikke darm.

En het lijkt ook negatieve invloeden te hebben op het eten en drinkvermogen. Doordat de halsspieren anders belast worden, kan hierdoor de functie van de hals-musculatuur negatief beïnvloed worden.

En juist daar ligt de basis van de tong!



Foto 4

Hangend in de band ,waarbij iedereen zich afvraagt of een dergelijke belasting wel te houden is voor de schouders, staat deze patiënt helemaal achterover met een totale strekking van de wervelkolom.

Alleen het hoofd probeert krampachtig in de juiste positie te blijven om niet helemaal het gevoel te hebben achterover te gaan.

De benen staan in strekking waarbij het lijkt of de tenen in de pantoffels krullen.

Slot

Natuurlijk beseft ik dat er getild moet worden, als patiënten geen vermogen meer hebben. Maar ik denk dat we dat zo lang mogelijk moeten uitstellen om zo mede de levenskwaliteit op een top niveau te kunnen houden.

Deze ‘actieve’ tillift is in ieder geval geen bijdrage om dat restvermogen optimaal te houden. Er zijn steeds meer aanwijzingen dat juist het tegenovergestelde gebeurt, hoewel goed onderzoek welkom in deze is.

Maar de gouden regel “Use or lose it” (gebruik het of je verliest het) geldt ook voor het lichaam en zeker een gehandicapt verouderend lichaam. Nu we ook al douche materiaal op de markt zien komen waar patiënten niet normaal meer uit kunnen opstaan terwijl ze dat wel kunnen , heb ik het gevoel dat we doorschieten.

Literatuur;

- The Neglected face Hoofdstuk 13 Uit; Steps to Follow P.Davies blz,377 – 402 Springer Verlag 2000
- Neurological Rehabilitation Carr & Shepherd Butterworth & Heinemann 1998
- Stroke Rehabilitation Carr & Shepherd Butterworth & Heinemann 2003
- Motor Control Shumway –Cook & Woollacott Williams & Wilkins 1995
- Functional Movement Reeducation Ryerson & Levit Churchill Livingstone 1997
- Basale stimulation Fröhlich Verlag Selbstbestimmtes Leben 1998
- Inverted prisms and visually gait deviation , Jahn, Controle Posture & Gait 2001 blz. 448