



# Bewegingsgerichte zorg bij ouderen

Bewegen is maatschappelijk hot. Via media, apps, stappentellers en commercials worden we ervan bewust gemaakt dat lichamelijk actief zijn goed en nuttig is. Ook in verpleeg- en verzorgingshuizen en in de ouderenzorg wordt gezocht naar mogelijkheden om bewoners te stimuleren actief te zijn. Hoe kan bewegingsgerichte zorg er hier uitzien en wat kan de verpleging eraan bijdragen?

**EEFJE VAN KEEKEN**, verpleegkundige en PG-kennisdrager, ZorgAccent; Eefje van Keeken Trainingen

**JAN VAN DE RAKT**, fysiotherapeut en docent bewegingsgerichte zorg

**PAUL VAN KEEKEN**, opleidingscoördinator neurorevalidatie en innovatie, Hogeschool van Arnhem en Nijmegen

## LEERDOELEN

Na het lezen van dit artikel:

- kunt u het belang verwoorden van bewegingsgerichte zorg bij ouderen;
- weet u welke rol de verpleging kan hebben op het gebied van mobiliteit en ADL bij ouderen;
- weet u op welke wijze u kritisch kunt omgaan met transfer-hulpmiddelen;
- kunt u verwoorden welke extra deskundigheid verpleegkundigen nodig hebben om hun rol op te pakken.

## TREFWOORDEN

ouderenzorg, verpleging, bewegingsgerichte zorg, brein, mobiliteit, professionaliteit, interdisciplinaire samenwerking

## 1 STUDIEPUNT

**B**ewegen is maatschappelijk hot. Het belang van bewegen mag duidelijk zijn: bewegen verkleint de kans op allerlei ziektes en aandoeningen.<sup>1</sup> Veel ouderen in verzorgings- en verpleeghuizen bewegen te weinig. Driekwart van de bewoners in verzorgingshuizen is inactief en in verpleeghuizen geldt dit zelfs voor negen van de tien bewoners.

Bewegen:

- bevordert het (mentaal) welbevinden;
- voorkomt vallen;
- zet de hersenen in beweging.<sup>2</sup>

Ook in de gezondheidszorg is voldoende bewegen en actief zijn een zeer actueel thema. Snelle mobilisatie na een operatie, activering na een beroerte, therapie voor IC-patiënten in een zwembad zijn zomaar een paar

voorbeelden. Ook in verpleeg- en verzorgingshuizen en in de ouderenzorg wordt gezocht naar mogelijkheden om bewoners en cliënten te stimuleren actief te zijn. Hoe kan bewegingsgerichte zorg er hier uitzien? Wat kan de verpleging bijdragen en hoe wordt het in de praktijk al toegepast?

## HET BELANG VAN BEWEGEN

De claims die er zijn van voldoende bewegen zijn talrijk, bijvoorbeeld:

- je voelt je prettiger;
- je wordt fitter;
- je houdt een betere conditie;
- je valt af;
- je blijft gezonder;
- ziekten worden beperkt of uitgesteld.

Bedrijfseconomisch zijn er claims dat je gezonder blijft en daarmee productiever. Het maatschappelijk belang wordt geïllustreerd door de link die gelegd wordt tussen bewegen en beperking van ziektekosten.

Een ander belang van bewegen ligt in de relatie met het brein. Hoogleraar klinische neuropsychologie Erik Scherder publiceert daarover en behandelt het thema bijna wekelijks op tv. Hij laat zien welke invloed bewegen en actief zijn hebben op cognitieve vermogens zoals initiatief nemen en geheugen. Van Obama is bijvoorbeeld bekend dat hij vergaderingen combineerde met een wandelingetje om inhoudelijk betere en efficiëntere besprekingen te hebben.

Bij het ouder worden gaan de hersenen achteruit. Rond het dertigste jaar begint dat al met de frontale lob, die een belangrijke functie heeft bij het initiatief nemen. Zolang iemand actief is, worden de hersenen geprikkeld en blijven de gevolgen van de achteruitgang beperkt. Maar inactiviteit en veel zitten zijn funest,<sup>1</sup> spiermassa verdwijnt snel, waardoor bewegen steeds lastiger wordt. Ter illustratie: *Diabetes* publiceerde jaren geleden al een artikel met de titel 'Your chair: comfortable but deadly'.<sup>3</sup>

Helaas komt het in verpleeghuizen nog voor dat ouderen de hele dag zitten en inactief zijn. Dagelijkse activiteiten worden met de beste bedoelingen uit handen genomen, terwijl het effect daarvan zeer nadelig is.

Er zijn veel hulpmiddelen beschikbaar gekomen die ingezet worden bij beperkte mobiliteit van bewoners zoals tilliften en glijmatten. Deze hebben als nadeel dat ze de functionaliteit van bewoners vaak nog meer beperken. In de revalidatiezorg bestaat daarvoor het gezegde: 'use it or lose it', wat zoveel wil zeggen dat de vaardigheden die je niet gebruikt achteruit zullen gaan.

Er is bewezen dat de prestaties van ouderen op cognitief gebied en op andere vlakken juist sterk verbeteren wanneer ze actief zijn.<sup>4</sup> Daarom is het van groot belang voldoende beweging en activiteit te stimuleren en uit te lokken, kortom om bewegingsgerichte zorg te bieden.

### ROL VAN DE VERPLEGING BIJ BEWEGINGSGERICHTE ZORG

In veel instellingen bieden fysiotherapeuten mogelijkheden om bijvoorbeeld onder begeleiding oefeningen of sportieve activiteiten te doen, individueel of in groepsverband. Ook de verpleegkundigen kunnen een belangrijke bijdrage leveren. Zij bieden in instellingen 24 uur per dag zorg en kunnen zorgmomenten benutten in het kader van bewegingsgerichte zorg. In veel instellingen worden hulpverleners al ingezet om beweging en activiteit bij cliënten te stimuleren, bijvoorbeeld:

- spelletjes doen;
- meehelpen met huishoudelijke activiteiten zoals aardappels schillen, koffie zetten;
- mee boodschappen doen.

Ook de zorgrobot heeft een functie in het stimuleren van activiteiten. Doorgaans gebeurt dit bij bewoners die nog in redelijke mate over vermogens beschikken om deze activiteiten uit te voeren, zoals staan en lopen en cognitieve vermogens. Er zijn echter ook groepen bewoners die hier niet meer over beschikken en wat dan? Voor de verpleging blijft dan niet veel anders over dan het inzetten van hulpmiddelen.

### AANBEVELING

De verpleging kan in belangrijke mate bijdragen aan beweging bij ouderen. Ik beveel dit artikel van harte aan. Prof. Erik Scherder (30 januari 2019)  
<https://universiteitvannederland.nl/college/waarom-zouden-ouderen-vaker-moeten-hardlopen>

Toch is er een tussenweg en deze wordt al ingezet in de verpleging van patiënten met neurologische aandoeningen. Zij hebben vaak met motorische en cognitieve beperkingen te kampen. Een aantal jaren geleden nam de verpleging deze patiënten nog alles uit handen. Het werd bijvoorbeeld heel normaal gevonden dat een patiënt in en uit bed getild werd door twee personen of met behulp van een tillift, en dat diezelfde patiënt door de fysiotherapeut in de stoel geholpen werd met soms maar twee vingers.

Vanuit het perspectief van de patiënt én uit het oogpunt van revalidatie is dat een tegenstrijdige en inefficiënte gang van zaken. Bij de ene discipline hoeft de patiënt niets zelf te doen, waardoor het gevaar van 'use it or lose it' bestaat. Bij de andere beroepsgroep wordt bij dezelfde activiteit gebruikgemaakt van de mogelijkheden die de patiënt nog wél heeft, zodat ook het brein gestimuleerd blijft.

Toen men zich eenmaal bewust werd van deze tegenstrijdigheid, zijn er cursussen ontwikkeld waarbij de verpleging kennis en vaardigheden kreeg aangereikt om dezelfde principes toe te passen als de therapeut. Op deze manier is deze deskundigheid verspreid onder de verpleging van ziekenhuizen, verpleeghuizen en revalidatiecentra. De wijze van zorgverlening is vastgelegd in de *Verpleegkundige Revalidatierichtlijn Beroerte*<sup>5</sup> en in het *Expertisegebied neuroverpleegkundige*.<sup>6</sup> Het werk van de verpleging en van therapeuten komt in elkaars verlengde te liggen en de patiënt is daar zeer bij gebaat.

Net als in de neurologische verpleegkunde is deze tussenweg ook in de ouderenzorg mogelijk. Er is enige kennis nodig van motoriek en functioneren van de mens en vaardigheden om met de problematiek om te gaan. Hulpmiddelen en tiltechnieken helpen de bewoner doorgaans passief van A naar B te verplaatsen; met de juiste deskundigheid is het mogelijk de bewoner bij het verplaatsen actief te laten zijn en te laten meebewegen door middel van de functionaliteit waarover hij/zij nog wél kan beschikken. Het gaat daarbij om mobiliteitsactiviteiten zoals:

- omdraaien en opschuiven in bed;
- op de rand van het bed komen;



**Figuur 1** Bewegingspatroon bij het opstaan; naar voren komen, uitstrekken en verplaatsen. Foto's: Jan van de Rakt

- opstaan;
- in de stoel gaan zitten;
- lopen;
- toiletgang.

Deze bewegingen komen ook voor in een aantal ADL-activiteiten zoals wassen en aankleden, veelvoorkomende zorgactiviteiten in de verpleging. Vanzelfsprekend wordt daarbij rekening gehouden met wat een bewoner aankan. Behalve het lezen van artikelen en literatuur zijn aanvullende cursussen nodig, omdat de benodigde deskundigheid over mobiliteit niet of onvoldoende wordt aangereikt in basisopleidingen van de verpleging.

- Bewoners, ook de mensen met beperkingen, krijgen meer gelegenheden aangeboden om te bewegen.
- De verpleging kan problematiek beter signaleren en bespreekbaar maken.
- De verpleging kan de familie en mantelzorgers beter voorlichten en instructies geven.

### Casus Mevrouw Klazen

Mevrouw Klazen is 87 jaar oud. Ze heeft een jaar geleden een CVA doorgemaakt en is daarna gediagnosticeerd met vasculaire dementie. Mevrouw woont in een verpleeghuis en verblijft in een huiskamer voor mensen met dementie. Zij zit in een rolstoel, waarbij ze één been gebruikt om

zichzelf voort te bewegen, een trippel rolstoel. Ze heeft een goede rompbalans. De transfers vinden plaats met een zogenaamde elektrische actieve lift. Hierbij zet mevrouw haar been op de voetsteun voor haar, de verpleegkundige helpt met het tweede been. De knieën worden vastgezet met een riem (lijkt op een autogordel). Daarna krijgt mevrouw een band achter haar rug, die onder haar oksels doorloopt. Deze band wordt vastgezet aan twee armen van de lift die elektrisch te bedienen zijn door de verpleegkundige. De armen van de lift zorgen ervoor dat mevrouw rechtop komt te staan.

Op het moment dat de lift mevrouw omhoogtilt, gaat haar hoofd naar achteren en lijkt het alsof ze zich naar achteren strekt. Haar benen willen naar voren, maar dat lukt niet. Haar knieën zitten vast aan het apparaat. Stabiel staat ze niet en mevrouw lijkt niet anders te kunnen dan te hangen in de tilband. Pas als ze weer helemaal volledig in stand is, kan mevrouw zichzelf vasthouden aan de steunen voor haar.

### Casus Mevrouw De Jonge

Mevrouw De Jonge heeft de ziekte van Alzheimer in een ver gevorderd stadium. Mevrouw komt nog maar weinig uit bed en de meeste activiteiten die energie vragen vinden op bed plaats, zoals het wassen 's morgens. Dit gebeurt door twee verzorgenden die ieder aan een kant

van het bed staan. Mevrouw wordt geregeld gedraaid, zodat ze goed gewassen en aangekleed kan worden. Vlak voor het draaien waarschuwen de verzorgenden dat er 'een draai' gaat aankomen, zodat mevrouw zich hierop kan voorbereiden en kan meebewegen. Het komt echter vaker voor dat mevrouw angstig lijkt en haar spieren aanspant. Dit maakt bewegen en wassen lastig. Bijvoorbeeld: zij houdt haar armen zo gespannen, dat de verzorgende niet onder haar oksels en aan de binnenkant van de elleboog kan wassen. Zelfs de binnenkant van de handen van mevrouw zijn moeilijk te bereiken door de hoge spierspanning. De beide verzorgenden proberen mevrouw gerust te stellen door te zeggen dat ze niet bang hoeft te zijn: 'wij zorgen ervoor dat u niet valt, ontspan maar...'. Toch blijft ze de hoge spierspanning houden tijdens het wassen. Na het wassen en aankleden kan zij zich weer ontspannen en neemt de spierspanning langzaam af.

### BEWEGINGSGERICHTE ZORG BIJ MOBILITEITSPROBLEMEN

Bij mobiliteit draait het om gewichtsverplaatsingen, het volgen van de bewegingen van de cliënt en deze eventueel ondersteunen. In de casus over mevrouw Klazen ondersteunt de verpleegkundige door een tillift in te zetten. De actieve sta-op lift is, anders dan zijn naam doet geloven, geen natuurlijke manier van opstaan. Een tillift roept een statische reactie op: mevrouw haar hoofd gaat achterover bij het recht naar boven tillen. Naar alle waarschijnlijkheid willen haar benen ook naar voren bewegen door die statische reactie, maar haar knieën zitten vast. De benen van mevrouw Klazen kunnen geen kant op. Mevrouw Klazen kan haar voeten niet naar achteren zetten, haar hoofd gaat omhoog in plaats van naar voren. Mevrouw ondergaat de transfer waarschijnlijk passief en hangend in de tillift-band.<sup>8</sup>

Probeer eens op te staan op de manier zoals de actieve sta-op lift dit doet bij mevrouw Klazen. Dit lukt niet zonder u op te drukken vanaf de stoel, omdat uw romp niet naar voren kan komen. En dan nog is het een hele klus.

In overleg met bijvoorbeeld de fysiotherapeut zou mevrouw Klazen ook andere, actievere transfers kunnen maken. Zeker als er een goede rompbalans en beenfunctie is. De fysiotherapeut kan samen met mevrouw oefenen in een veilige omgeving. Hulpmiddelen als een transferplank, stevige tafel, wandbeugels en rollators kunnen stabiliteit en een reikpunt geven.

### Veiliger door druk geven

Het is van belang ook in de dagelijkse situatie een veilige omgeving te creëren. In de casus over mevrouw De Jonge lijkt de omgeving veilig. Maar de reactie van mevrouw De Jonge laat iets anders zien. Een hoge

spierspanning (tonus) kan een signaal zijn dat zij de situatie niet als veilig ervaart. Mensen met een hersenbeschadiging, in dit geval de ziekte van Alzheimer, verwerken prikkels vaak trager en niet altijd meer zoals men zou verwachten. Zelfs hun eigen lichaam ervaren ze niet als voorheen of ze kunnen de afmetingen van het bed niet meer goed inschatten. Ook visuele prikkels kunnen maken dat iemand het gevoel heeft uit bed te rollen. Verbale prikkels, zoals mondelinge opdrachten ('draai maar op uw linker zijde') kunnen dan vaak niet of pas laat verwerkt worden, waardoor iemand zich verzet tegen het draaien omdat het niet veilig voelt. Er moet in dat geval voor andere prikkels worden gezorgd die duidelijk maken dat er iets van de bewoner gevraagd gaat worden. Een type prikkel dat daarbij heel effectief kan zijn is druk. Laat de cliënt door rustig druk te geven op de grote gewrichten zich meer bewust worden van het eigen lichaam, ervaren dat de onderlaag (het bed) veilig voelt en laat voelen naar welke kant zij gedraaid wordt. Zorg ervoor dat er een barrière is, waardoor iemand een gevoel van veiligheid krijgt. Een bedhek dat omhoog staat, geeft niet alleen een visuele en lichamelijke barrière, maar ook een plek waaraan iemand zich kan vasthouden en kan optrekken.

Dit kan voor de cliënt het verschil maken tussen een moeilijk uitvoerbare transfer met hoge spierspanning en de transfer rustig meemaken en gebruikmaken van wat de cliënt nog wel kan. De verzorgende merkt dat de verpleegsituatie door haar deskundigheid onder controle blijft en er minder fysieke kracht nodig is.

### BEWEGINGSGERICHTE ZORG IN DE ADL EN BIJ ETEN EN DRINKEN

Juist bij de ADL en bij de maaltijden kunt u bewust gebruikmaken van de bewegingen die een bewoner

#### Als iemand niets mankeert, is de manier van opstaan als volgt:

- de voeten worden iets naar achteren gezet als de stoel dit toelaat;
- het hoofd wordt naar voren gebogen, gevolgd door de romp;
- de rug wordt gestrekt;
- wanneer het hoofd boven of voorbij de knieën is, komen de billen al wat van de zitting af;
- door het hoofd en de romp naar voren te brengen, wordt het gewicht naar voren gebracht, totdat steun op de benen kan worden genomen en men zich kan oprichten.

Als iemand heel laag zit, bijvoorbeeld op de onderste trede van een trap, dan worden ook de armen naar voren gestrekt om het gewicht beter naar voren te brengen en te steunen op de benen.

Let op: bedekken omhoog gelden als vrijheidsbeperkende maatregel. Laat deze niet omhoog staan en kijk voor alternatieven in de bundel van Vilans.<sup>7</sup>

jarenlang, dag in dag uit gemaakt heeft. Deze bewegingen zitten in ieders systeem. Iedereen heeft zo zijn eigen manieren. Bij mensen met een beschadigd brein kunnen prikkels trager binnenkomen en verwerkt worden. De daaropvolgende handelingen worden later ingezet, pas als de prikkel verwerkt is. Dit proces kan soms wel een halve minuut duren (soms zelfs langer!). Geduld bij de zorgprofessional helpt: grijp niet te snel in.

### Voorbeelden

- Het helpt wanneer iemand een beeld ziet dat klopt bij de handelingen die verwacht worden. Bij het zien van een wastafel met washandje, zeep en water is voor iedereen duidelijk wat er gebeuren moet.
- Het kan helpen de beweging (bijvoorbeeld het gezicht wassen met een washandje) voor te doen. Al deze voorbeelden helpen om een bewoner zelf actief te maken.

Ook tijdens de eet- en drinkmomenten zorgt u ervoor dat het plaatje klopt.

- Een gedekte tafel, waarbij het contrast duidelijk zichtbaar is. Bijvoorbeeld een wit bord op een donker tafelkleed.
- Zorg dat de stoelen, ook de rolstoelen, goed passen bij de tafel en dat bewoners een actieve zithouding kunnen aannemen: beide voeten op grond, een goed zitvlak en rugsteun.
- Tijdens het eetmoment kunt u, net als bij het wassen met een washandje, spiegelgedrag inzetten door zelf mee te eten.
- Ook het tafeldekken, koffiezetten, afruimen en afwassen dragen bij tot meer bewegen.

Hierbij kan gebruikgemaakt worden van de theorie van Anneke van der Plaats. De juiste omgeving draagt voor mensen met een beschadigd brein eraan bij dat ze de juiste handeling kunnen inzetten.<sup>9</sup>

### CONCLUSIE

Bewegingsgerichte zorg integreren in de verpleegkundige zorg biedt een nieuwe dimensie aan de

kwaliteit van de ouderenzorg en draagt bij aan de professionalisering van de ouderenzorg.

Bewegingsgerichte zorg vult belevingsgerichte zorg aan en kan daarmee goed samengaan.

De verpleegkundige handelingen sluiten dan beter aan bij de fysiotherapie, logopedie en ergotherapie en interdisciplinaire samenwerking wordt gestimuleerd. Om die rol te kunnen vervullen is extra deskundigheid nodig op het gebied van bewegen en functionaliteit van ouderen. Met die deskundigheid kan de zorg zo vormgegeven worden dat bewoners op meer momenten bewegen en actief zijn. Daarbij benutten bewoners de mogelijkheden waarover ze nog kunnen beschikken en de kans dat die functionaliteit langer behouden blijft, neemt daarmee toe. ■

### LITERATUUR

1. Maat J van de, Klück I, Scherder E. Zitten is het nieuwe roken. *Gerōn* 2014;16(1):17-20.
2. Boonstra R. Beweegstimulering. *Zorg voor beter*, 2019 (<https://www.zorgvoorbeter.nl/levensvragen-ouderen/bewegen-ouderen>).
3. Levine JA. Your chair: comfortable but deadly. *Diabetes* 2010 Nov;59(11):2715-6.
4. Park DE, et al. The Impact of Sustained Engagement on Cognitive Function in Older Adults: The Synapse Project. *Psychological Science* 2014;25(1):103-12.
5. Hafsteinsdóttir TB, Schuurmans MJ. Verpleegkundige Revalidatierichtlijn Beroerte. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg; 2009.
6. V&VN Neuro en Revalidatie. Expertisegebied neuroverpleegkundige. Hilversum: Van der Weij Drukkerijen BV; 2014.
7. Vliet M van, Leeuw J van der, Wit F de, Lukkien D, Hardeman F, Breebaart E. Alternatievenbundel voor meer vrijheid in de zorg. Utrecht: Vilans; 2018 (<https://www.vilans.nl/vilans/media/documents/producten/alternatievenbundel-vrijheidsbeperking.pdf>).
8. Rakt J van de. Transferboek. Functie van de bewoner als basis voor therapeutisch en bewegingsgerichte zorg. Uitgave: Jan van de Rakt; 2014 (<https://www.vanderakt.nl/downloads/transferboek-2014.pdf>).
9. Verbraeck B, Plaats A van der. De wondere wereld van dementie. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2016.