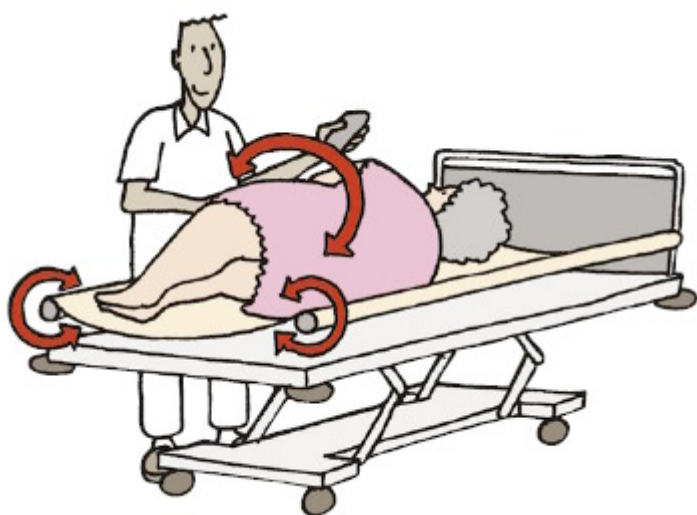


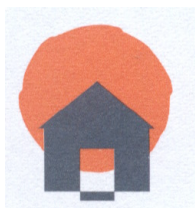
Draaibed 24/7

Eindrapport van het Zorg voor Beter project 'Draaibed'.



Josien Boomgaard (Amsterdam Thuiszorg)

Nico Knibbe (LOCOMotion)



Inhoudsopgave

Samenvatting

Hoofdstuk 1. Introductie

Hoofdstuk 2. Casusbeschrijvingen

Hoofdstuk 3. Wisselligging en decubitus

Hoofdstuk 4. Arbeidsproductiviteit

Literatuur

Bij de titel: 'Draaibed 24/7'.

Uit deze studie komt naar voren dat het Draaibed goede mogelijkheden biedt om decubitus te voorkomen. Omdat decubitus het beste voorkomen kan worden door minimaal zes keer per etmaal wisselligging te toe te passen (in combinatie met een drukreducerend matras) en het Draaibed het wisselligging geven soms zelfstandig, ergonomisch en qua tijdsinvestering mogelijk maakt, hebben we aan de titel van dit rapport de term '24/7' toegevoegd. Bij decubituspreventie gaat het immers om 24 uur per dag en zeven dagen per week.

Colofon

Met dank aan

Dit onderzoek is tot stand gekomen dankzij de bereidwillige medewerking van vier gebruikers van het Draaibed. We willen deze mensen daarvoor hartelijk danken. We spreken de hoop uit dat dit rapport zal bijdragen aan het breder uitdragen van de bij hen opgedane kennis.

Disclaimer

Deze uitgave is met de grootste zorgvuldigheid samengesteld. Noch de schrijvers, noch de uitgever stellen zich echter aansprakelijk voor eventuele schade als gevolg van eventuele onjuistheden en/of onvolkomenheden in deze uitgave.

Afbeeldingen

Alle tekeningen zijn gemaakt door Auke Herrema en met toestemming gepubliceerd. Website: www.herrema.demon.nl

Zorg voor Beter

Zorg voor Beter stimuleert organisaties in de langdurende zorg om te werken aan kwaliteitsverbetering en duurzaamheid van de zorg. Dit om iedereen nu én in de toekomst een goede zorg te kunnen garanderen. Zorg voor Beter biedt een methodische aanpak, goede voorbeelden en advies van experts. Leren van elkaar staat centraal. Thema's die Zorg voor Beter aanpakt, zijn bijvoorbeeld valpreventie, medicatieveiligheid, arbeidsbesparende innovaties en zorg voor mensen met dementie. Zorg voor Beter is een initiatief van het ministerie van VWS. ZonMw heeft de regie. Onder andere Vilans, TNO-Kwaliteit van Leven en LOCOMotion voeren uit. Meer dan 700 zorgorganisaties doen mee.

Contact

Als u meer over dit project wilt weten kunt u contact opnemen met Josien Boomgaard (e-mail: boomergo@hetnet.nl).

Invacare

Het in dit project bestudeerde Vendlet bed, wordt gedistribueerd door Invacare. Invacare is niet inhoudelijk betrokken geweest bij het onderzoek en ook niet bij de interpretatie en de rapportage van de gegevens. Ook heeft Invacare het project niet financieel gesteund.

Samenvatting

De centrale vraag van dit Zorg voor Beter project 'Draaibed' is in hoeverre het inzetten van een Draaibed van invloed is op de arbeidsproductiviteit van de zorgverleners. Om deze vraag te beantwoorden zijn er vijf praktijksituaties, waarbij het Draaibed in gebruik is, in hun leefsituatie bezocht. Daar zijn de ervaringen van cliënten en zorgverleners geïnventariseerd. Daarnaast is er een literatuurstudie uitgevoerd en is er een secundaire analyse verricht op reeds bestaand onderzoeksmateriaal.

Op basis van deze studie kunnen we concluderen dat er positieve effecten te verwachten zijn van het inzetten van een Draaibed voor wat betreft de fysieke belasting, kwaliteit van leven, zelfredzaamheid, kwaliteit van zorg, preventie van decubitus en de arbeidsproductiviteit. De arbeidsproductiviteit is gekwantificeerd voor vijf cliënten die gebruik maken van het Draaibed. Daaruit komt naar voren dat er vrij forse tijdswinsten (tussen de 274 en 821 uur per jaar per gebruiker van het Draaibed) behaald kunnen worden.

Om bovenstaande effecten te kunnen bereiken is het noodzakelijk dat het Draaibed ook door de cliënt zelf bediend kan worden. Recentelijk is echter bij de nieuwe modellen deze optie om veiligheidsredenen verwijderd en kan het bed alleen nog door een mantelzorger of professionele zorgverlener bediend worden. Met een hoge prioriteit zou daarom gezocht moeten worden naar een optie waarbij de cliënt zelf het Draaibed kan bedienen en de veiligheid toch gegarandeerd is.

Hoofdstuk 1. Introductie

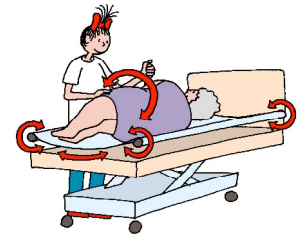
Uit een landelijke monitoring onder 77.510 cliënten die verzorgd en verpleegd worden in de Nederlandse verzorgings- en verpleeghuizen blijkt dat respectievelijk 16% en 34% geheel of gedeeltelijk bedlegerig is (Knibbe & Knibbe, 2005). Dit betekent echter niet dat deze cliënten, en soortgelijke cliënten in de thuiszorg, zich niet verplaatsen of verplaatst moeten worden. Een hulpmiddel wat deze transfers zou faciliteren is het Draaibed. Het Draaibed is een gemotoriseerde, elektrische aanvulling die op vrijwel alle bestaande hoog-laagbedden geplaatst kan worden. De zorgverlener, mantelzorger (of de cliënt zelf) kan de cliënt hiermee zonder fysieke belasting draaien, verplaatsen en kantelen. Zeker bij zware cliënten, of cliënten met veel pijn of angst, die daarnaast ook slecht kunnen meewerken of zelfs tegenwerken, kan dat een uitkomst zijn.

Het Draaibed wordt momenteel onder de productnaam 'Vendlet bed' op de markt gebracht. Feitelijk is het een doorontwikkeling van het 'Mecabed' (zie Figuren 1a-c), dat sinds de vijftiger jaren van de vorige eeuw door het toenmalige Mecanoids op de markt werd gebracht en daar in 1996 om commerciële redenen weer vanaf werd gehaald. Een verschil tussen het oude Mecabed en het huidige Draaibed is dat de cliënt bij het Draaibed na het draaien nog steeds op de eigen matras ligt. Bij het Mecabed hing de cliënt er in een soort hangmat boven. Het Draaibed wordt dus uitsluitend gebruikt om de transfers mogelijk te maken. De eventuele anti-decubitus eigenschappen van het matras kunnen daardoor nog steeds worden gebruikt. Een ander verschil is de automatische bediening. Het Mecabed werd nog manueel bediend, het Draaibed elektrisch.



Figuren 1a-c. Het Mecabed kan gezien worden als de voorloper van het huidige Draaibed.

Het Draaibed bestaat uit twee buizen die aan de beide zijanten van het bed worden geplaatst (zie Figuren 2a-c). Aan elke buis wordt de lange zijkant van hetzelfde laken opgerold waarop de cliënt kan liggen. Voordat het laken wordt opgerold wordt het begin door middel van klittenband aan de buizen bevestigd (zie Figuren 3a-b). De beide buizen kunnen gemotoriseerd links- of rechtsom draaien waardoor het laken op- of afgerold wordt en de cliënt, die op het laken ligt, passief wordt verplaatst of gedraaid waarbij elke stand van ondersteund liggen mogelijk is.



Figuren 2a-c. Het Draaibed waarmee een cliënt automatisch passief zijwaarts verplaatst en gedraaid kan worden.

De centrale vraag van dit Zorg voor Beter project 'Draaibed' is in hoeverre de volgende veronderstellingen enige basis hebben.

Er zou allereerst een verband bestaan tussen de zelfstandigheid van de cliënten (al dan niet verbeterd door het gebruik van het Draaibed) en de fysieke belasting van de mantelzorgers of zorgverleners. Een verbetering van de zelfstandigheid van de cliënten betekent een vermindering van de fysieke belasting voor de mantelzorgers of zorgverleners. Hoe meer de cliënt immers zelf kan doen, hoe minder de zorgverlener of mantelzorger hoeft te doen.

Ten tweede zou er een relatie kunnen zijn met de kwaliteit van zorg. Als de cliënt bijvoorbeeld zelfstandig in staat is om zichzelf met behulp van een Draaibed te verplaatsen, draagt dat bij aan de kwaliteit van leven (de cliënt ligt lekkerder en kan zelf het moment van draaien bepalen, hetgeen bijdraagt aan het gevoel van eigenwaarde).

In het verlengde hiervan ligt het derde punt. Omdat het geven van wisselgigging vrij eenvoudig gedaan kan worden, eventueel door de cliënt zelf, zou decubitus wellicht (deels) voorkomen kunnen worden. De drempel om frequent te wisselen is immers erg laag.

Tot slot ligt er mogelijk een verband met de arbeidsproductiviteit. De zorgverlener hoeft immers niet meer zo vaak wisselgigging te geven. Dat kan met het Draaibed immers door de cliënt zélf of door de mantelzorger worden gedaan. Wanneer dat niet gedaan kan worden door de cliënt of de mantelzorger, is het geven van wisselgigging met het Draaibed een veel eenvoudiger (en daardoor ook korter durende) handeling geworden.

Deze bovengenoemde veronderstellingen (meer zelfstandigheid, minder fysieke belasting, meer kwaliteit van zorg en leven, minder kans op decubitus en een verhoging van de arbeidsproductiviteit) zijn in dit project 'Draaibed' getoetst aan de hand van vijf



Figuren 3a-b. Het laken waarop de cliënt ligt wordt met klittenband bevestigd aan de beide buizen (bron: www.invacare.nl)

casusbeschrijvingen, een secundaire analyse van reeds bestaand materiaal¹ en een literatuurstudie. In dit rapport vindt u daarvan de resultaten.

¹ LOCOmotion voerde met financiering van ZonMw het project BedWeter uit (Knibbe, 2003, 2004). De evaluatie van de inzet van het Draaibed in de thuiszorg was daar een onderdeel van. In de voorliggende studie is dit materiaal nader bestudeerd in het licht van de huidige kennis.

Hoofdstuk 2. Casusbeschrijvingen

In deze studie zijn vijf cliënten betrokken die gebruik maken van een Draaibed. De cliënten zijn aselect, dat wil zeggen volgens het principe van 'wie het eerst komt wie het eerst maalt' geselecteerd. Ze zijn vooral gevonden via de professionele informele contacten van de projectleider. Drie cliënten wonen zelfstandig (met mantelzorg), twee cliënten zijn intramuraal opgenomen in het verzorgingsgedeelte van een verpleeghuis en krijgen dus, waar nodig, naast hun mantelzorg, professionele zorg. De pathologie varieert van MS, Bechterev tot Spierdystrofie, maar meestal is er sprake van multiple pathologie. Belangrijker in dit verband is de mobiliteit van deze vijf gebruikers van het Draaibed. De vijf cliënten vallen in de Mobiliteitsklassen C en D en zijn daarmee te omschrijven als cliënten die niet in staat zijn om de transfers in bed zelf uit te voeren. De hulp die daarbij nodig is, is fysiek belastend voor de zorgverlener of mantelzorger wanneer geen preventieve maatregelen genomen zouden worden (Knibbe et al. 2006).



De vijf Mobiliteitsklassen (van links naar rechts, van A tot en met E) in geïllustreerde vorm. Bron: Knibbe JJ, Waaijer (2005)

We geven hieronder de resultaten van deze vijf casussen weer, waarbij we ook de secundaire analyses op materiaal uit eerder uitgevoerde studies naar het gebruik van het Draaibed betrekken. De resultaten zijn gegroepeerd aan de hand van de onderwerpen fysieke belasting, kwaliteit van leven, zelfredzaamheid, kwaliteit van zorg, decubitus en arbeidsproductiviteit. We sluiten het hoofdstuk af met enkele gebruikstips.

fysieke belasting

Opvallend is dat in geen van de bestudeerde gevallen er nog manuele transfers worden uitgevoerd. Men geeft aan dat de manuele transfers zonder Draaibed te zwaar zouden zijn. Gezien de Mobiliteitsklassen (C, D) van de cliënten is dat ook inderdaad het geval.

In één specifiek geval, waarbij de transfers met een thuiswonend, bijna volwassen kind te zwaar werden voor de moeder, bleek dat zij de transfers mét een Draaibed nog wel kon uitvoeren. Het is dus mogelijk om de behoefte aan professionele zorg uit te stellen of te voorkomen door de inzet van een Draaibed. Een van de cliënten gaf in aanvulling hierop aan dat het met het Draaibed mogelijk is om de ouder wordende professionele zorgverleners de basiszorg te kunnen laten uitvoeren.

kwaliteit van leven en zelfredzaamheid

De aspecten 'kwaliteit van leven' en 'zelfredzaamheid' hangen in dit geval heel nauw met elkaar samen. De cliënten ervaren meer kwaliteit van leven doordat ze door het Draaibed zelfredzamer zijn geworden. Ze hoeven minder vaak, of zelfs niet, een beroep te doen op hun mantelzorgers of professionele zorgverleners, hetgeen ze vaak als belastend en vervelend ervaren (met name omdat het vaak 's nachts is, wat extra belastend is voor de mantelzorgers).

Ook komt het voor dat cliënten minder angstig zijn bij de transfers omdat ze via de afstandbediening meer controle hebben over hun eigen situatie.

'ik kan zelfstandig tijdens de nacht verliggen met behulp van het Draaibed. Ik hoef dus niemand meer lastig te vallen. Je hebt niet meer het gevoel een belasting te zijn voor je omgeving. Je breekt niet meer in in iemands nachtrust'.

Essentieel in dit verband is dat het Draaibed door de cliënt zelf bediend kan worden. Recentelijk is echter bij de nieuwe modellen deze optie om veiligheidsredenen verwijderd. Ook bij al in gebruik zijnde exemplaren zal deze optie worden verwijderd, tenzij de cliënt er voor tekent het risico te kennen en te accepteren. In de praktijk zien we dat cliënten hiermee 'creatief' omgaan en zelf sleutelen aan de bediening zodat zelfstandig bedienen toch weer mogelijk is. Dit is echter geen gewenste situatie gezien de risico's die hieraan verbonden zijn en het feit dat op dat moment de productaansprakelijkheid vervalt. Om de mogelijkheden van het Draaibed optimaal te kunnen blijven benutten zou daarom met prioriteit gezocht moeten worden naar een optie waarbij zowel de veiligheid als de zelfredzaamheid gegarandeerd zijn.

kwaliteit van zorg

Uit het verzamelde onderzoeksmateriaal komen diverse aanwijzingen naar voren dat ook de kwaliteit van zorg door de inzet van het Draaibed verbeterd kan worden. Allereerst ligt de cliënt lekkerder in zijn bed, met name omdat hij of zij frequenter kan verliggen. Eén van de in dit onderzoek betrokken cliënten werd aan het begin van de nacht zoveel mogelijk in een goede houding gelegd die hij dan zo lang mogelijk probeerde vol te houden. In de loop van de nacht kreeg de cliënt krampen en pijnklachten en moest door zijn vrouw uit bed worden gehaald en in de rolstoel worden gezet. Met het Draaibed is dat niet meer nodig.

We zien in bepaalde gevallen ook dat de cliënt prettiger ligt omdat hij of zij zelf kan bepalen hoe hij precies wil liggen. Eén van de in dit onderzoek betrokken cliënten voelt zelf goed aan wanneer ze goed ligt en voor haar moeder is het meer "gokken" en gaat het minder precies.

'er wordt niet meer zo aan me gesjord'

Vervolgens zijn er cliënten die aangeven minder pijn te hebben en zelfs minder pijnstillers te gebruiken. Dit heeft waarschijnlijk te maken met het feit dat de beweging zonder aanraking van de zorgverlener kan worden uitgevoerd en heel gelijkmatig verloopt. Dit laatste is overigens niet exclusief voor het Draaibed. Bijvoorbeeld ook met glijzeilen is het vaak niet nodig de cliënt aan te raken en kan de beweging geleidelijk uitgevoerd worden.

Tot slot kan de hoge rand, die gevormd wordt de buizen waarover het laken op- en afgerold wordt, bij bepaalde cliënten een gevoel van veiligheid en ondersteuning bij het vasthouden van een bepaalde houding geven. Daardoor zijn zij bij liggen en verzorgen meer ontspannen.

decubitus

Op basis van de in dit onderzoek verzamelde gegevens ligt een relatie tussen de inzet van het Draaibed en het voorkomen van decubitus voor de hand. Cliënten geven aan minder last te hebben van decubitus, omdat het draaien in bed gemakkelijker en minder pijnlijk is. In situaties waar het geven van wisselgigging niet zelfstandig door de cliënt wordt gedaan, wordt er vaker wisselgigging gegeven (waarbij de verandering van lighouding overigens vaak wat kleiner per keer is). Ook weer omdat het minder pijnlijk is voor de cliënt en het minder belastend is voor de zorgverlener. De onderliggende gedachte is dat het geven van wisselgigging preventief werkt op het ontstaan van decubitus. Aan de hand van een korte literatuurstudie gaan we daar in het volgende hoofdstuk wat dieper in.

arbeidsproductiviteit

Het lijkt er sterk op dat de inzet van het Draaibed ook tijd kan besparen. Daarmee zou de arbeidsproductiviteit van de individuele zorgverlener verhoogd kunnen worden. De tijdwinst ontstaat doordat de cliënt met het Draaibed de transfers zelf kan uitvoeren. Er is dan bij de transfers geen inzet van (mantel)zorg meer nodig. In geval van de thuiszorg kan het zelfs mogelijk zijn dat de zorgverlener niet meer langs hoeft te komen. Dat scheelt niet alleen werktijd, maar ook reistijd (die niet betaald wordt maar uiteraard wel bestaat). Ook hier zien we het grote belang van het zelfstandig kunnen bedienen van het Draaibed, hetgeen zoals gezegd bij de nieuwe modellen niet meer mogelijk is. Voor een meer preciezer inschatting van de relatie tussen de inzet van een Draaibed en de arbeidsproductiviteit wordt verwezen naar Hoofdstuk vier van dit rapport.

Tips

We hebben, zonder de pretentie volledig te zijn, de volgende tips verzameld die het gebruik van het Draaibed kunnen vergemakkelijken:

- Zorg ervoor dat het laken op de rolbuizen gelijkmatig wordt opgerold. Het hoeft niet precies recht te liggen - een overlap van 1 tot 2 cm aan de uiteinden van het laken heeft geen invloed op het trekvermogen. Maak het laken glad met de handen terwijl het zich oprolt. Trek het laken los en weer strak als het gekreukt raakt.
- Eventueel kan een urinezak aan het laken worden vastgemaakt. Maak gebruik van lange buizen omdat de zak een beetje verder weg moet worden geplaatst dan gebruikelijk is.
- Zorg voor voldoende lakens zodat er altijd één of meerdere reserve lakens zijn om het wassen, drogen en opmaken mogelijk te maken.
- Gebruik een slaapzak (zie citaat hiernaast)
- Gebruik bij het aankleden een glijzeil in combinatie met het Draaibed. Dat kan handig

‘Onze zoon van 11 met spierdystrofie gebruikt het Draaibed al een jaar. Zo draait hij 's nachts zelfstandig om. De afstandbediening hebben we aan de papagaai gehangen van het bed zodat hij er altijd bij kan. Omdat in het begin zijn dekbed iedere keer vastliep slaapt hij nu in een slaapzak. Hij blijft zo aan alle kanten warm. Het kussen schuiven we wat in de slaapzak, zo draait die ook mee’

zijn bij bijvoorbeeld het aanleggen van de tilband of bij het aandoen van de kleding.

- Als het laken niet te strak gespannen is, zijn ook de Fowler en de Trendelenburg instelling van het bed te gebruiken. Als het wel te strak staat is het voldoende het laken wat terug te draaien.

Hoofdstuk 3. Wisselgigging en decubitus

In dit hoofdstuk gaan we in op de relatie tussen decubitus en het geven van wisselgigging. De vraag die we willen beantwoorden is in hoeverre het geven van wisselgigging inderdaad decubitus kan voorkomen. We hebben hiertoe een beperkte literatuurstudie verricht. De hieronder te presenteren gegevens zijn met name afkomstig van de toonaangevende studies van het CBO (2002), Goosens (1994) en Defloor (2000, 2005).

Onderschat probleem

Decubitus kan worden omschreven als iedere vorm van weefselsterfte, veroorzaakt door de inwerking op het lichaam van druk-, schuif- en wrijfkrachten, of een combinatie daarvan. Het probleem komt veel voor. In academische ziekenhuizen heeft ongeveer 13% van alle patiënten decubitus, in algemene ziekenhuizen 23%, in verpleeghuizen 30% en in de thuiszorg 17%. Op jaarbasis wordt ongeveer 0,6 miljard euro aan de preventie en behandeling van decubitus uitgegeven. Decubitus lijkt daarmee een onderschat probleem en de behandeling of preventie noodzakelijk.

Wisselen, wisselen, wisselen

Vervolgens moeten we constateren dat er nog geen effectieve behandelmogelijkheden voor decubitus bestaan. De noodzaak om decubitus te voorkomen is daarmee voldoende aangegeven. Daarnaast blijkt uit de literatuur dat de enige aantoonbaar effectieve methode om decubitus te voorkomen het *mobiliseren* van de cliënt is. In de praktijk is dat lastig omdat de risicocliënten juist die cliënten zijn die problemen hebben met hun mobiliteit. Daarom is het aanbieden van wisselgigging of wisselhouding noodzakelijk. Wisselgigging betekent het regelmatig van houding veranderen waardoor alle punten waarop het lichaam steunt (de drukpunten) afwisselend worden belast en ontlast. Dat kan actief (door de cliënt zelf) of passief (door iets of iemand anders) worden gedaan.

24/7

Het uitgangspunt van wisselgigging is het verminderen van de grootte van drukkrachten en het verkorten van de duur van de inwerking van deze krachten. De achterliggende fysiologische verklaring is dat de tijd dat de weefsels een tekort hebben aan bloedtoevoer, doordat ze worden 'dichtgedrukt', wordt beperkt en er geen weefselschade optreedt. De weefsels kunnen als het ware 'ademen'. Essentieel daarbij is dat het wisselen frequent wordt uitgevoerd. De vraag is dan hoe vaak dat zou moeten gebeuren. In veel artikelen over de preventie van decubitus wordt als vuistregel genoemd dat risicopersonen iedere 2 à 3 uur wisselgigging moeten krijgen. Daarbij maakt het gebruik van speciale anti-decubitus matrassen de wisselgigging niet overbodig. Ook is wisselgigging slechts zinvol als dit stipt wordt toegepast. Dat wil zeggen 24 uur per dag, zeven dagen per week (24/7).

Zes keer per etmaal is voldoende

Dit trekt echter een zware wissel op de mantelzorgers en de eventuele professionele zorgverleners. Het wisselen moet dus per etmaal en per cliënt 8 á 12 keer worden uitgevoerd. Dat is in de praktijk vaak nauwelijks mogelijk. Recent onderzoek van Defloor (2005) toont echter ook aan dat bij het om de vier uur geven van wisselgigging op een drukreducerend matras (waarbij de druk minimaal 20 à 30% lager is dan op een niet-drukreducerend matras), cliënten een significant kleinere kans hebben op het ontstaan van decubitus. Dat zou betekenen dat het geven van zes keer wisselgigging per etmaal voldoende zou zijn (in combinatie met een drukreducerend matras). In het volgende hoofdstuk zullen we dit kengetal gebruiken bij de kwantificering van de arbeidsproductiviteit in relatie tot de inzet van het Draaibed.

Hoofdstuk 4. Arbeidsproductiviteit

In dit hoofdstuk kwantificeren we de stijging (of daling) van de arbeidsproductiviteit als gevolg van de inzet van het Draaibed. We baseren ons op de vijf casussen die in deze studie zijn gebuikt. Daarbij berekenen we steeds het verschil tussen de situatie met en zonder Draaibed. We merken hierbij op dat we er vanuit gaan dat het Draaibed, als de cliënt dat zelf kan, ook zelf door de cliënt wordt bediend. Zoals dat hierboven is aangegeven, is dat bij de nieuwe modellen van het Draaibed niet meer het geval.

Casus 1 (thuiswonend).

Als er bij deze cliënt geen draaibed zou zijn, zou er meer inzet van professionele zorg nodig zijn. Op dit moment is er één zorgverlener nodig, hetgeen per dag 75 minuten kost. Zonder Draaibed zou de verzorging door twee zorgverleners gedaan moeten worden en zou de zorg langer duren. In totaal zou dat drie uur per dag zijn. Dat is een verschil van één uur en drie kwartier per dag. Daar komt, zonder de inzet van het Draaibed, per etmaal nog twee keer 15 minuten bij om ook 's nachts wisselligging te geven. In dat geval assisteert de mantelzorg.

Wanneer er in dit geval geen Draaibed aanwezig was, scheelt dat per etmaal twee uur en een kwartier. Dat is op jaarbasis 821 uur. Bij een uurloon van € 22,-, is dat op jaarbasis € 18068,-.

Casus 2 (thuiswonend)

Als er geen draaibed was, dan was er per dag een half uur extra zorg nodig door twee zorgverleners. In totaal is dat een tijdwinst van één uur.

Wanneer er in dit geval geen Draaibed aanwezig was scheelt dat per etmaal één uur. Dat is op jaarbasis 365 uur. Bij een uurloon van € 22,-, is dat op jaarbasis € 8030,-.

Casus 3 (thuiswonend)

Als er bij deze cliënt geen draaibed was, dan was er meer inzet van alleen de mantelzorg nodig. Het gaat dan om 45 minuten per dag voor de verplaatsingen binnen de grenzen van het bed plus nog 10 minuten extra per dag bij het aan- en uitkleden (omdat er geen gebruik gemaakt kan worden van de mogelijkheden van het draaibed).

Wanneer er in dit geval geen Draaibed aanwezig was scheelt dat per etmaal 55 minuten. Dat is op jaarbasis 335 uur. Omdat het werk gedaan wordt door een mantelzorger en deze daarvoor geen financiële vergoeding ontvangt, is het niet goed mogelijk dit om te rekenen naar Euro's. Wanneer echter voor dit werk gebruik gemaakt zou worden van een professionele zorgverlener zouden de kosten minimaal € 7370,- zijn. We schrijven 'minimaal' omdat een professionele zorgverlener meer uren zou moeten schrijven in verband met reistijden (die niet declarabel zijn).

Casus 4 (intramuraal)

Als er bij deze cliënt geen draaibed aanwezig was, dan was er meer inzet van de (mantel)zorg nodig. Het gaat dan ongeveer om 45 minuten per dag voor de transfers in bed (tijdens ADL activiteiten) en om wisselgeving te geven.

Wanneer er in dit geval geen Draaibed aanwezig was, scheelt dat per etmaal 45 minuten. Dat is op jaarbasis 274 uur. Bij een uurloon van € 22,- is dat op jaarbasis € 6023,-.

Casus 5 (intramuraal)

Als er bij deze cliënt geen draaibed aanwezig was, dan was er meer inzet van de zorg nodig. Het gaat dan ongeveer om 90 minuten per dag. Die zijn nodig om regelmatig wisselgeving te geven en om tijdens de verzorging transfers uit te voeren.

Wanneer er in dit geval geen Draaibed aanwezig was, scheelt dat per etmaal 90 minuten. Dat is op jaarbasis 548 uur. Bij een uurloon van € 22,- is dat op jaarbasis € 12045,-.

Al met al zien we vrij forse tijdswinsten als gevolg van het inzetten van het Draaibed. Het inzetten van het Draaibed uit oogpunt van de verhoging van de arbeidsproductiviteit lijkt dus zeker aan de orde.

Wel zien we een behoorlijke variatie in de vijf casussen. De maximale berekende 'winst' is €18068,-, de minimale € 6023,-. Dit is mogelijk allereerst het gevolg van het relatief kleine aantal casussen (5), hetgeen de betrouwbaarheid niet ten goede komt. Daarnaast zijn we uitgegaan van de door de gebruikers ingeschatte tijdsindicatie. Hoewel hiernaar tijdens de bezoeken goed is doorgevraagd door de expert interviewer (ergotherapeute thuiszorg) blijft dit enigszins subjectief. De genoemde bedragen zullen we daarom als indicaties moeten beschouwen.

We benadrukken dat de gesignaleerde 'winst' exclusief de vermindering van de fysieke belasting (transfers binnen bed, wisselgeving bij decubitusrisico en zorghandelingen zoals aan- en uitkleden in bed waarbij houdingsveranderingen op het matras noodzakelijk zijn) en de preventie van decubitus is die we op basis van deze studie mogen verwachten door de inzet van het Draaibed. Hoewel we deze beide posten aannemelijk hebben gemaakt, is het nog niet mogelijk dit te kwantificeren in termen van tijdswinst of euro's. Toch zijn beide aspecten essentieel bij de overweging om te gaan werken met een Draaibed.

Tot slot schrijven we in het voorgaande het woord 'winst' heel bewust tussen aanhalingstekens. De winst wordt immers alleen bereikt door deze uren te schrappen, dus door te bezuinigen op personeel. We gaan er echter vanuit dat de gewonnen tijd in ieder geval deels geïnvesteerd wordt

in kwaliteit van zorg en contacttijd met de cliënten. Het gebruik van het Draaibed biedt op basis van de resultaten van dit project diverse aanknopingspunten om, met name op aspecten als zelfredzaamheid en kwaliteit van leven, verbeteringen te kunnen bewerkstelligen (zie Hoofdstuk 2).

Literatuur

Decubitus. Tweede herziening. Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO. Utrecht (2002).

Defloor T, De Bacquer D, Grypdonck MH. The effect of various combinations of turning and pressure reducing devices on the incidence of pressure ulcers. *International Journal of Nursing Studies*, 42(1):37-46 (2005).

Defloor T. Drukreductie en wisselhouding in de preventie van decubitus. Proefschrift Universiteit Gent (2000).

Goosens RHM. Biomechanics of body support, a study in load distribution, shear, decubitus risk and form of the spine. Thesis, Erasmus University Rotterdam (1994).

Knibbe NE, Knibbe JJ. Het bedboekje. Tips en trucs voor optimaal gebruik van het zorgbed. Sectorfondsen Zorg en Welzijn, Utrecht (2004).

Knibbe JJ, Knibbe NE. Een hap uit de olifant. Monitoring fysieke belasting in Verpleeg- en Verzorgingshuizen. LOCOmotion, Bennekom (2005).

Knibbe JJ, Knibbe NE. BedWeter. Een inventarisatie van de mogelijkheden van elektrisch verstelbare hoog-laag bedden in de thuiszorg voor cliënten, mantelzorgers en professionele zorgverleners, uitmondend in praktijkgerichte aanbevelingen. LOCOmotion, Bennekom (2003).

Knibbe JJ, Waaijer E. Mobility Gallery. A classification and assessment tool for care planning. ARJO (2005).

Knibbe JJ, Knibbe NE, Boomgaard J, Klaassen A, Mol I. Het hulpmiddelenboekje voor zorgverleners. LOCOmotion, Bennekom (2006).