

Leyden Academy

ON VITALITY AND AGEING



# Bewegen in de zorginstelling

## Observaties en interviews

Lex van Delden, oktober 2018

A



## Afkortingen

ADL	Algemene dagelijkse levensverrichtingen
IADL	Instrumentele algemene dagelijkse levensverrichtingen
IGZ / IGJ	Inspectie voor de Gezondheidszorg (en Jeugd)
NANDA	North American Nursing Diagnosis Association
PG	Psychogeriatric

## Inleiding

---

In 2015 woonden ongeveer 117.000 ouderen in verpleeg- of verzorgingshuizen<sup>1</sup>. Meer dan 90% van de bewoners van verpleeghuizen is lichamelijk inactief<sup>2</sup>. Hoewel er geen exacte cijfers bekend zijn, is het aannemelijk dat de mate van inactiviteit binnen de PG hoger ligt dan binnen de somatiek. Dat is vreemd, want 61% van de ouderen met dementie in het verpleeghuis is nog mobiel, tegenover 27% van de ouderen met somatische klachten<sup>2</sup>. Deze mobiliteit wordt evengoed niet benut, omdat ouderen met dementie vaak meer begeleid worden bij hun ADL- (bijvoorbeeld wassen en kleden) en IADL-taken (bijvoorbeeld maaltijden bereiden en huishoudelijke taken)<sup>2</sup>. Echter, de vermeende tijdwinst door de geboden hulp bij deze taken zorgt op langere duur voor verlies van tijd vanwege de toegenomen zorgbehoefte<sup>3</sup>. Met andere woorden: het uit handen nemen van taken bij en het inactief houden van de oudere leiden tot een slechtere gezondheid, en dat leidt weer tot de noodzaak voor het verlenen van meer zorg.

Inactiviteit is onwenselijk vanwege de negatieve gevolgen voor de gezondheid, zoals hart- en vaatziekten, osteoporose en cognitieve achteruitgang, maar ook vanwege een verhoogd risico op valincidenten, depressie en mortaliteit<sup>4</sup>. Dagelijks lichamelijke activiteit kan deze negatieve gevolgen voorkomen en/of uitstellen. Bovendien draagt lichamelijke activiteit bij aan de zelfredzaamheid, autonomie en de kwaliteit van leven bij bewoners van verpleeghuizen<sup>5</sup>. De Inspectie voor Gezondheidszorg (IGZ; sinds 2017 IGJ) doet een beroep op de zorgsector om structureel bewegen op te nemen in het zorgaanbod<sup>6</sup>. In veel zorginstellingen staat bewegen inderdaad hoog op de agenda, maar het blijkt nog lastig om de bewoners daadwerkelijk meer in beweging te krijgen.

Alvorens we ons bij Leyden Academy richten op eventuele interventies en programma's om bewoners van zorginstellingen te activeren, wilden we met 'eigen ogen' zien en 'eigen oren' horen hoe het eraan toe gaat in diverse ouderenzorginstellingen en van de medewerkers horen wat hun ervaringen zijn. Wat doen bewoners in een zorginstelling gedurende de dag, komt dat overeen met het beleid, welke belemmeringen liggen op de loer, waar liggen kansen om bewoners te activeren en zijn er goede voorbeelden om bewoners tot bewegen te verleiden of te stimuleren?

In dit rapport treft u de bevindingen van observaties en interviews in een negental zorginstellingen waar verpleeghuiszorg geboden wordt (PG en somatiek). Onderzoekers van Leyden Academy hebben in het najaar van 2017 en in het voorjaar van 2018 diverse bezoeken gebracht aan deze zorginstellingen. Zij hebben geobserveerd in ruimtes waar voornamelijk bewoners met psychogeriatrische klachten verblijven. Daarnaast zijn er interviews afgenomen bij medewerkers die

---

<sup>1</sup> Veerbeek-Oudijk D, Van Campen C. Ouderen in verpleeghuizen en verzorgingshuizen: Landelijk overzicht van hun leefsituatie in 2015/'16. Sociaal en Cultureel Planbureau. 2017.

<sup>2</sup> Den Ouden M, et al. Daily (in)activities of nursing home residents in their wards: an observation study. *JAMDA*. 2015; 16: 963-968.

<sup>3</sup> Ouderen in verpleeghuizen bewegen nog steeds nauwelijks. IDé, Innovatiekring Dementie, redactioneel. 2015. <https://www.innovatiekringedementie.nl/a-1734/ouderen-in-verpleeghuizen-bewegen-nog-steeds-nauwelijks> (Website geraadpleegd: september 2018).

<sup>4</sup> Wereld Gezondheidsorganisatie. Global recommendations on physical activity for health. Geneva, Switzerland: WHO; 2010.

<sup>5</sup> Bouaziz W, Vogel T, Schmitt E, Kaltenbach G, Geny B, Lang PO. Health benefits of aerobic training programs in adults aged 70 and over: a systematic review. *Arch Gerontol Geriatr*. 2017; 69: 110-127.

<sup>6</sup> Staat van de gezondheidszorg 2012: preventie in de curatieve en langdurige zorg: noodzaak voor kwetsbare groepen. 2012. Inspectie voor de Gezondheidszorg.

verantwoordelijk zijn voor het beleid ten aanzien van bewegen en bij medewerkers die in direct contact staan met de bewoners. Voor zowel de observaties als de interviews is gebruik gemaakt van een topiclijst: een lijst met onderwerpen en vragen, waar speciaal op werd gelet tijdens de observaties en interviews. De topiclijsten zijn te vinden in bijlagen 1, 2 en 3.

De bevindingen zijn weergegeven als geaggregeerde gegevens. Daar waar bevindingen een specifieke zorginstelling betreffen, omdat ze opvallen of verschillen van de andere zorginstellingen, zal dat vermeld worden. De bevindingen zijn weergaven van hetgeen gezien en gehoord is, eventueel aangevuld met de interpretaties van de onderzoekers. Het rapport is niet bedoeld om een oordeel van goed of fout te vellen over de werkwijze in de zorginstellingen. Aan het eind van het rapport staan de kenmerkende eigenschappen per zorginstelling opgesomd.

We willen hierbij iedereen die een bijdrage heeft geleverd om tot dit rapport te komen hartelijk danken. We zien eventuele reacties en uw reflecties op dit rapport graag tegemoet.

## Procedure

---

Dit betreft een kwalitatief inventarisatie-onderzoek, waarbij specifiek is gelet op (1) de situatie omtrent (bewegings)activiteiten en (2) de situatie omtrent bewegen in de (I)ADL. Bij dit onderzoek is een negental zorginstellingen betrokken:

- ActiVite, locatie AgnesStaete
- Brentano, locatie 't Huis aan de Poel
- De Zorgspecialist, locatie Marquant
- Groot Hoogwaak
- Johannahuis
- Laurens, locatie Simeon & Anna
- Topaz, locatie Zuydtwijck
- Vivium, locatie De Hogeweyk
- Zonnehuisgroep Vlaardingen

Op de locaties zijn diverse personen geïnterviewd, waaronder verantwoordelijken voor het beweeg-/activiteitenbeleid, zoals:

- Directeur
- Strategisch beleidsadviseur
- Zorgmanager (beleid, intra- en extramuraal, kwaliteit, regio, vitaliteit, welzijn)

Daarnaast zijn medewerkers geïnterviewd, die in direct contact staan met de bewoners, zoals:

- Activiteitenbegeleider
- Bewegingsagoog
- Dagbestedingscoach
- Fysiotherapeut
- Bewegtherapeut
- Gastvrouw
- Leider leefplezier
- Sportcoach

Per zorginstelling zijn twee á drie personen geïnterviewd; alleen bij ActiVite, locatie AgnesStaete en Topaz, locatie Zuydtwijck zijn er meer medewerkers geïnterviewd, waaronder verzorgenden. Waar mogelijk zijn de interviews afgenomen door twee personen, van wie een het daadwerkelijke interview afnam en de ander aantekeningen maakte. De interviews duurden tussen 30 en 60 minuten.

De observaties vonden op dezelfde dag plaats als de interviews. Er werd geobserveerd in de ruimtes waar bewoners doorgaans verblijven, zoals woonkamers. Meestal werd geobserveerd op de PG-afdelingen. De observaties duurden ongeveer een uur tot anderhalf uur en vonden plaats tussen 10:00 en 20:00 uur. Alleen bij Topaz, locatie Zuydtwijck hebben meerdere observaties plaatsgevonden met een duur van gemiddeld vier uur. Bij Activite, locatie AgnesStaete hebben geen observaties plaatsgevonden.

Waar deze beschikbaar was, is documentatie over het beweeg- en activiteitenbeleid opgevraagd ter aanvulling op de interviews met de beleidsverantwoordelijken.

## **Beleid** **(interviews met directie en managers)**

---

### *De visie op en de rol van bewegen*

Bij ActiVite, locatie AgnesStaete, en Groot Hoogwaak werd in de interviews gemeld dat er op dat moment geen specifiek beweegbeleid was. Bij Activite, locatie AgnesStaete was op het moment van de interviews een stuurgroep actief om dit beleid vorm te geven. Bij Groot Hoogwaak is het verouderde beleid, waarin bewegen nog niet was opgenomen, omgezet naar nieuw beleid, waarbij bewegen geïntegreerd wordt in het individuele zorgplan. De hieronder vermelde gegevens betreffen daarom het daadwerkelijke beweegbeleid of het impliciete / beoogde beweegbeleid.

In vrijwel alle zorginstellingen staat centraal in het beleid: uitgaan van en benadrukken wat iemand nog zelf kan. Dat betekent dat bewoners niet als zieken worden benaderd, waarbij louter aandacht is voor de beperkingen en onmogelijkheden. De zorg is juist erop gericht om bewoners nog zoveel mogelijk zelf de dingen te laten doen die zij nog kunnen en alleen de zorg te bieden die echt nodig is.

*“Er wonen hier mensen van over de 100 die gewoon nog elke dag naar de brievenbus heen en terug gaan.”*

In de interviews werd regelmatig leefplezier genoemd als drijfveer voor het beleid. Bewoners niet alleen de dingen laten doen die ze nog kunnen, maar vooral de dingen die ze leuk vinden. Met dit uitgangspunt wordt gepoogd mensen een eigen leven te laten leiden, waarbij zij zelf kunnen bepalen wat ze willen doen en laten. In de interviews werden hierbij termen gebruikt als eigenaarschap en zelfmanagement. Bovendien dient dit uitgangspunt het streven naar individuele, persoonsgerichte zorg en uiteindelijk het welbevinden van bewoners.

*“Het leven zo leuk mogelijk voor ze maken en echt wonen, niet ‘opgenomen’ zijn in een verpleeghuis.”*

Naast beleid voor individuele zorg bieden de meeste zorginstellingen ook activiteiten die voor iedereen toegankelijk zijn. Enerzijds zijn de activiteiten gericht op behoud van de mogelijkheden of het vertragen van achteruitgang, bijvoorbeeld in mobiliteit, maar ook cognitie. Anderzijds zijn de activiteiten gericht op welzijn. In dat geval draait het om het plezier in de activiteiten. Het sociale aspect bij de georganiseerde activiteiten speelt een belangrijke rol. De jongste trend is dat bewegen ook tijdens deze activiteiten steeds belangrijker wordt.

*“Bij muziek gaan mensen altijd een beetje meezingen en bewegen. Dan was het al goed genoeg, want mensen moesten vooral genieten. Nu moeten ze veel actiever zijn.”*

Voor vrijwel alle zorginstellingen geldt dat er meerdere partijen betrokken zijn bij het bewegen en de activiteiten, ieder met eigen verantwoordelijkheden. Voor het opstellen van het zorgplan en specifiek voor de uitvoer met betrekking tot bewegen en mobiliteit worden verpleegkundigen, verzorgenden, therapeuten, activiteitenbegeleiders en stagiairs van het ROC Sport en Bewegen ingeschakeld. Wanneer het revalidatie betreft, is het vrijwel altijd de fysiotherapeut die de grootste rol vervult.

*“De activiteiten zijn tot stand gekomen door vragen van mensen, bijvoorbeeld bewoners, familie of omwonenden.”*

Bij de meeste zorginstellingen wordt vanaf de intake gekeken naar de mobiliteits- en beweegmogelijkheden van de bewoner. Daarbij wordt ook de familie geraadpleegd. Vervolgens wordt in overleg met de bewoner en naasten een zorgplan opgesteld met doelstellingen voor de bewoner. Binnen de PG is het opstellen van een dergelijk plan soms erg moeilijk vanwege de cognitieve problematiek; zeker als de familie ook niet kan aangeven hoe de situatie is. Als er bij een zorginstelling geen specifiek beleid is ten aanzien van bewegen, dan wordt bewegen toch geïntegreerd in het individuele zorgplan.

*“Soms zijn er dilemma’s; in een intakegesprek komt bijvoorbeeld naar voren dat iemand nog wel loopt, maar dat het eigenlijk gevaarlijk is. Wat weegt dan het zwaarst: vrijheidsbeperking of gewoon laten lopen?”*

In enkele interviews kwam naar voren dat de attitude van de medewerkers en de inrichting van de zorginstelling worden ingezet om bewegen te stimuleren. Personeel kan bijvoorbeeld laten zien welke mogelijkheden (en beperkingen) er zijn. Of dwingender: als het niet nodig is, krijg je geen rolstoel en korte afstanden moeten echt gelopen worden. Daarnaast wordt gezorgd voor een gevoel van vrijheid door de inrichting en de houding van het personeel. Bewoners die willen wandelen worden niet tegengehouden en deuren zijn niet gesloten. En wanneer de openbare ruimtes alleen bereikbaar zijn via buiten, dan zal er gelopen moeten worden.

*“Iedereen die kan bewegen, moet bewegen.”*

De belangrijkste punten ten aanzien van de visie op en de rol van bewegen in de zorginstelling zijn:

- Bewoners hun eigen leven laten leiden
- Bewoners zolang en zoveel mogelijk zelf dingen laten doen
- Bewegen zit vooral in kleine dingen (impliciet bewegen)
- Vanaf de intake in kaart brengen wat de mogelijkheden en beperkingen zijn voor bewegen

## ***Totstandkoming van beleid***

De totstandkoming van beleid ten aanzien van bewegen en activiteiten in de zorginstellingen loopt zeer uiteen. Echter, in de meeste gevallen is het beleid tot stand gekomen door meerdere partijen/mensen: activiteitenbegeleiders, fysio- en beweegtherapeuten, verpleegkundigen, verzorgenden. Bij ongeveer de helft van de zorginstellingen hebben de bewoners (cliëntenraad) en hun familie ook inspraak gehad, zij het niet altijd in grote mate. Bij Zonnehuisgroep Vlaardingen heeft de cliëntenraad de meeste invloed gehad en aangestuurd op nieuw beweegbeleid.

*“We deden wel al veel aan bewegen, maar eigenlijk wisten we niet zo goed wie het deed en of we wel aan de beweegnorm voldeden.”*

In een enkel geval is de persoonlijke interesse van de directie aanleiding geweest tot het beleid. Bijvoorbeeld bij De Zorgspecialist hebben de directieleden grote interesse voor sport (en zijn zij zelf sporters). Om die reden worden beweeg- en sportmogelijkheden geboden aan zowel bewoners als omwonenden. Door mensen met dementie en mensen zonder beperkingen zowel binnen als buiten samen te laten komen, wordt gepoogd het leven zo normaal mogelijk te maken. Om alles in een goede structuur op te zetten zijn een sportcoach en een vitaliteitsmanager in dienst getreden. Bij De Zorgspecialist is men zeer tevreden met deze keuze.

*“Had een bewoner last van dikke voeten? Dan dagelijks de sportruimte in en het ging over. En iemand met dementie gaf aan zich veel beter te voelen door het sporten.”*

Voorts is het niet altijd duidelijk waar het beweeg- en activiteitenbeleid op gestoeld is. Een enkele keer werden de zeven IGZ-bouwstenen van beweegstimulering aangehaald, bijvoorbeeld bij 't Huis aan de Poel. Bij Groot Hoogwaak is bewegen (meer) geïntegreerd in het individuele zorgplan. Elke bewoner heeft een zorgcontactpersoon en een welzijnsmedewerker; zij zijn verantwoordelijk voor hun respectievelijke doel, inclusief bewegen. Bij Vivium, locatie De Hogeweyk is de visie op en het beleid met betrekking tot bewegen reeds in de jaren 90 van de vorige eeuw ontstaan. In de loop der jaren heeft dat meer en meer vorm gekregen en momenteel is degene met de functie *Leider Leefplezier* de initiator en ontwikkelaar van alle activiteiten.

*“Er is gekozen voor de 7 bouwstenen van bewegingsstimulering, omdat dit richtlijnen zijn waar je aan moet voldoen als zorgaanbieder, maar de motivatie komt wel voort uit onze visie.”*

De belangrijkste punten met betrekking tot de totstandkoming van beweegbeleid in de zorginstelling zijn:

- Beleid wordt gezamenlijk gemaakt door medewerkers met verschillende functies
- In ongeveer de helft van de zorginstellingen hebben de bewoners (en hun familie) in meer of mindere mate inspraak gehad in het beleid

## ***Inrichting in relatie tot beweegbeleid***

Over het algemeen wordt in de interviews gemeld dat de zorginstellingen een open structuur nastreven. Die open structuur moet veilig aanvoelen en voor de bewoners aanleiding geven tot bewegen. In enkele gevallen wordt domotica expliciet genoemd om bij te dragen aan de veiligheid in

een open structuur (Groot Hoogwaak, Johannahuis). Meestal betreft de open structuur open binnendeuren en open buitendeuren van een groot gebouw. Daarmee wordt tevens gepoogd om de zorginstelling een open karakter te geven voor buurtbewoners, die ook naar binnen mogen en gebruik kunnen maken van de faciliteiten binnen de zorginstelling. Vivium, locatie De Hogeweyk, is anders van opzet dan de andere zorginstellingen. Daar is letterlijk een wijk gebouwd met woningen voor zes tot acht personen, straten, pleinen en faciliteiten buiten de deur. Bewoners kunnen gemakkelijk naar buiten en moeten zelfs naar buiten als ze gebruik willen maken van de faciliteiten.

*“Het is zo ingericht dat het heel toegankelijk is voor buurtbewoners en niet overkomt als een verpleeghuis waar je niet in en/ of uit mag. Het zijn gewoon woningen waar mensen wonen.”*

De meeste zorginstellingen beschikken over een oefen- of sportzaal. Die wordt vooral gebruikt voor revalidatie door therapeuten en voor beweegactiviteiten onder leiding van uiteenlopende verantwoordelijken. Er zijn ook gemeenschappelijke ruimtes, die veelal gebruikt worden voor diverse activiteiten, ook die niet gericht zijn op bewegen. Een gemeenschappelijke ruimte bij ActiVite locatie AgnesStaete en een specifieke activiteitenruimte bij het Johannahuis worden daarentegen door de respectievelijke activiteitenbegeleiders soms gemist. Daarnaast worden woonkamers gebruikt om op kleinere schaal activiteiten te ondernemen met de bewoners. Bijna alle zorginstellingen beschikken over de mogelijkheid om buiten te bewegen (i.e., een tuin of plein).

*“Naast de activiteiten in de sportzaal worden er regelmatig knutsel- en muzieklessen gegeven. Die zijn gewoon in de woonkamers.”*

De meeste zorginstellingen proberen ook via extra middelen de bewoners te stimuleren tot bewegen. Enerzijds zijn er de elektronische/digitale middelen, zoals de Tover tafel, Beleef TV, de Nebulamuur en materialen van SilverFit. Anderzijds zijn er de analoge middelen: (duo)fietsen, ballen, ballonnen en ander spelmateriaal, zoals bijvoorbeeld in de Beweegbox. Bij 't Huis aan de Poel zijn bushaltes in het gebouw ingericht om mensen het gevoel van 'buiten zijn' te geven en ervoor te zorgen dat er naar de bushaltes gelopen wordt. Bij Vivium, locatie De Hogeweyk zijn de wooneenheden verdeeld en ingericht in zeven leefstijlen (i.e., stads, Goois, huiselijk, christelijk, ambachtelijk, Indisch en cultureel) en is bewegen geïntegreerd in het voeren van het eigen huishouden binnen de leefstijl.

*“Je ziet dat mensen eerst helemaal niets doen en dan gaan ze toch opeens met hun handen bewegen.” (Tover tafel)*

De belangrijkste punten ter bevordering van bewegen met betrekking tot de inrichting in de zorginstelling zijn:

- Er zijn geen belemmeringen; de omgeving heeft een open uitstraling, waarin men het gevoel heeft zelf te kunnen bepalen wat men doet en waar men heen gaat
- Ruimte om activiteiten met bewoners te ondernemen in speciaal daarvoor ingerichte zalen of in woonkamers is belangrijk
- Er zijn extra middelen (digitaal en analoog) om bewegen te stimuleren

\* Ten tijde van de interviews en observaties stond een verbouwing bij Groot Hoogwaak op de planning (2018). Met de verbouwing worden er meer gemeenschappelijke ruimtes gecreëerd en gaat domotica een belangrijke rol spelen in het open karakter van de zorginstelling.



\*\* Ten tijde van de interviews en observaties was Laurens, locatie Simeon & Anna, al geruime tijd aan het wachten op nieuwbouw op het naastgelegen terrein. Het was nog niet duidelijk of en wanneer de nieuwbouw zou plaatsvinden. Intussen wonen de bewoners in een verouderd gebouw, waar de bewoners en de medewerkers er het beste van maken.

### *Afstemming en evaluatie*

Bij de meeste zorginstellingen wordt het beleid en hoe de uitvoer hiervan te organiseren in een vorm van overdracht aan de werknemers gecommuniceerd. Dat gebeurt met centrale bijeenkomsten, introductiebijeenkomsten, scholing en voorlichting. Ook zijn er periodieke overleggen met uiteenlopende frequenties, waarin in meer of minder expliciete mate het beweegbeleid aan de orde komt. Daarnaast zijn er cliëntbesprekingen, waarin het individuele beweegbeleid (i.e., van de bewoner) wordt besproken binnen het totale zorg-/leefplan. In veel interviews werd nadrukkelijk gemeld dat medewerkers (in de wandelgangen) elkaar veel kunnen en moeten leren binnen en tussen teams.

*“We zijn dit jaar gestart met kenniscarrouzels, waarin periodiek de belangrijkste facetten van het beleid besproken worden.”*

Bij de meeste zorginstellingen wordt het beweegbeleid ook periodiek geëvalueerd; minimaal tweemaal per jaar. Dit betreft meestal het beweegbeleid van de individuele bewoners. Bij enkele zorginstellingen wordt voor de evaluatie van het bredere beleid ook gemeten, bijvoorbeeld via tevredenheidsenquêtes, interne audits en effecten van sport. Het zorgkantoor wordt in een enkel interview eveneens genoemd als orgaan dat evaluaties uitvoert.

Bij Vivium, locatie De Hogeweyk bleek de gang van zaken rond het delen van visie en beleid en de evaluatie van beleid anders dan bij de andere zorginstellingen.

*“Mensen die hier komen werken krijgen de visie meteen onder hun neus”*

*“Je spreekt iets af en dat ga je doen. Pas als het niet werkt, dan heb je het daarover en ga je verder.”*

Bij Laurens, locatie Simeon & Anna stond vanwege een reorganisatie met veelvuldige personeelwisselingen het beweegbeleid op een laag pitje. Sinds begin 2017 wordt daar weer hard gewerkt aan de implementatie van het beweegbeleid. De beweegtherapeut draagt daarvoor de verantwoordelijkheid en werkt daarbij samen met fysiotherapeuten.

De belangrijkste punten met betrekking tot de afstemming en evaluatie van het beweegbeleid in de zorginstelling zijn:

- Kennisgeving van visie en beleid wordt (meestal) in centrale bijeenkomsten, introductiebijeenkomsten, scholing en voorlichting overgedragen aan medewerkers
- Het individuele beweegbeleid wordt (meestal) minimaal tweemaal per jaar geëvalueerd

## **Uitvoering**

### **(interviews met medewerkers die in direct contact staan met bewoners)**

---

#### *Beweegaanbod*

In alle zorginstellingen worden activiteiten aangeboden die bewegen stimuleren. Dat zijn activiteiten die ook daadwerkelijk gericht zijn op bewegen, zoals gym, wandelen, fietsen (op hometrainer, duofiets of labyrintfiets) en zwemmen. Hierbij wordt soms ook gebruik gemaakt van technologische materialen, zoals de Tovertafel, Nebulamuur, Beleef TV en materialen van SilverFit. Daarnaast worden activiteiten georganiseerd die niet direct op bewegen zijn gericht, maar waarbij bewegen een rol speelt of kan spelen. Dat zijn bijvoorbeeld uitstapjes naar musea, boerderij en theater, maar ook creatieve activiteiten zoals schilderen, knutselen/handwerk, bloemschikken en tuinieren. Bij de meeste zorginstellingen wordt muziek (met zang en dans of het bespelen van een instrument) nadrukkelijk genoemd als activiteit, echter niet altijd om bewoners in beweging te krijgen. Ten slotte worden er ook activiteiten aangeboden, die gericht zijn op het stimuleren en behoud van cognitieve vaardigheden van bewoners, bijvoorbeeld met hulp van foto's en spreekwoorden en gezegdes.

*“Het kinderdagverblijf komt ook bij ons langs met kinderen van 3 en 4 jaar. Dan gaan die kinderen kleuren of spelletjes doen. En omdat de kinderen meedoen, vinden de bewoners het ook leuk om mee te doen.”*

De activiteiten zijn niet altijd passend voor de bewoners. De aangeboden activiteiten vinden veelal plaats op vaste dagen, tijden en locatie. Volgens de geïnterviewden wordt aan de bewoners of, als zij zelf niet kunnen antwoorden, aan hun naasten gevraagd welke activiteiten aansluiten bij de wensen van de bewoners. Hiervoor is de meeste aandacht bij de intake. Daarna volgt informatie hierover meestal uit wat de verzorging, verpleging en familie van bewoners zien en weten te melden. Echter, het komt er vooral op neer dat de activiteiten aanbod-gestuurd zijn en de bewoners daaraan kunnen deelnemen, als die aansluiten bij de wensen. Meestal worden er geen activiteiten georganiseerd en aangeboden op basis van de individuele wensen van de bewoners volgens de geïnterviewden. Bij navraag aan bewoners en vrijwilligers in ActiVite, locatie AgnesStaete blijkt bijvoorbeeld dat bewoners vaker willen wandelen in plaats van gym in een oefenzaal of vaker spellen willen spelen zoals sjoelen. Daarnaast bestaat de wens om met een buddy samen activiteiten te ondernemen. Dat kan een vaste vrijwilliger zijn, maar ook jongeren die via diverse opleidingen worden betrokken bij de zorginstelling. Flexibiliteit in dag, tijd en plaats voor de activiteiten is ook zeer beperkt. Alleen wanneer er vrijwilligers ingezet kunnen worden, is er meer flexibiliteit en individuele afstemming mogelijk.

*“Voor een workshop moeten mensen zich opgeven. We flyeren in de appartementen en tijdens de gym doen we vaak een pr-praatje.”*

De belangrijkste punten met betrekking tot het beweegaanbod in de zorginstelling zijn:

- Het aanbod is op vaste tijden en divers en betreft meestal een vorm van bewegen om het bewegen, iets creatiefs en muziek
- Het aanbod sluit niet altijd aan bij de wensen en behoeften van de bewoners
- Het variabele aanbod is vaak afhankelijk van de inzet van vrijwilligers of jongeren in opleiding

## *Impliciete activatie*

Naast bewegen tijdens (beweeg)activiteiten kunnen bewoners ook impliciet gestimuleerd worden te bewegen. Tijdens de interviews is hiernaar gevraagd. Er wordt vaak gemeld dat bewoners buiten de activiteiten en de momenten van eten voornamelijk inactief zijn. Er wordt ook vaak gemeld dat bewoners tussen de maaltijden in veel slapen. Slechts een enkele keer wordt melding gemaakt van een bewoner die actief is of op zoek is naar een activiteit. Vooral bewoners van de PG-afdelingen zijn inactief; bewoners van de somatiek-afdelingen zijn over het algemeen iets minder inactief.

*“Op mijn etage zijn bewoners vrij passief; ze zijn niet in staat zelf iets te ondernemen.”*

*“Als je de woonkamer binnenkomt, dan zie je sowieso al vijf á zes mensen slapen. Dat is dan ook wel weer een punt waar we iets aan kunnen doen.”*

Als het gaat om het impliciet stimuleren tot bewegen tijdens dagelijkse activiteiten (i.e., ADL) worden tijdens de interviews twee soorten reacties gegeven. Aan de ene kant zijn er geïnterviewden die zeggen dat ze juist proberen de bewoners zoveel mogelijk zelf te laten doen en daarbij alleen begeleiden of hulp bieden als de handeling niet zelfstandig uitgevoerd kan worden. Anderzijds zijn er geïnterviewden die zeggen dat zij zelf, alsook hun collega's, veel en vaak alles uit handen nemen van de bewoners. De redenen voor het uit handen nemen van de taken zijn enerzijds het er niet bij stilstaan en routinematig te werk gaan. Anderzijds ervaren de medewerkers een gebrek aan tijd om de bewoners zoveel mogelijk zelfstandig de taken uit te laten voeren. Vanwege dit onderzoek zijn sommige medewerkers reeds ten tijde van de interviews gaan nadenken over hun eigen handelen.

*“De zorg motiveert de bewoners niet genoeg tot bewegen.”*

*“Nou, ik laat ze zoveel mogelijk zelf doen. Washandje in de hand geven, kam, tandenborstel, dat soort dingen. Kleren aantrekken. Tsjja, als het niet lukt, dan geef ik ondersteuning.”*

*“Ik denk ook dat wat jullie doen heel goed is. Dus dat je er meer bij stilstaat en je afvraagt: wat kan er beter?”*

*“Er is een dagschema waar we ons aan moeten houden. Als mensen zichzelf gaan wassen, duurt het allemaal te lang.”*

Ook buiten het expliciete beweegaanbod en het impliciet stimuleren tijdens ADL-taken worden bewoners soms impliciet tot bewegen gestimuleerd door enkele medewerkers. Dit betreft bijvoorbeeld het uitnodigen van bewoners om te helpen bij IADL-taken, zoals hulp bij de afwas, tafeldekken, opruimen, schoonmaken, was vouwen en boodschappen doen. Daartoe geven de geïnterviewden soms eenvoudige opdrachten of worden zaken in handen gegeven zonder verdere uitleg, waarna bewoners met de taak aan de slag gaan. Ten slotte, veelvuldig wordt muziek genoemd als impliciet middel om mensen in beweging te krijgen.

*“Geef iemand iets in haar handen, bijvoorbeeld een doekje om de leuning schoon te maken als ze de hele tijd heen en weer loopt.”*

Op de vraag welk doel de geïnterviewden nastreven in hun werk, werd unaniem geantwoord dat ze de bewoners nog een mooie tijd willen geven. Daar waar mensen er zelf nog iets van willen maken, proberen de geïnterviewden te helpen om het de bewoners naar de zin te maken. Een veel gebezigde term hierbij is *leefplezier*. En hoewel iedere geïnterviewde zelf werkplezier haalt uit blijde bewoners, merken enkele geïnterviewden op dat er ook mensen zijn voor wie het leven voltooid is en 'het allemaal niet meer hoeft', 'aan hen hoeven dan geen activiteiten opgedrongen te worden'.

*"Ik zou leefplezier voorop willen zetten. Iemand wilde bijvoorbeeld naar IKEA. Wie denkt daar nou aan? Dan moeten we eigenlijk lekker naar IKEA en daar gaan rondlopen."*

*"Dit is het eindstation. Ik kan dus ervoor zorgen dat de laatste jaren nog betekenisvol en de mensen gelukkig zijn."*

De belangrijkste punten met betrekking tot impliciete activatie in de zorginstelling zijn:

- Een groot deel van de tijd (met name tussen de maaltijden) zijn bewoners inactief
- Een deel van de geïnterviewden laat bewoners waar mogelijk zelf handelingen uitvoeren bij (I)ADL-taken; het andere deel doet dit niet of nauwelijks en neemt taken uit handen
- Het uit handen nemen van taken komt door de perceptie van tijdgebrek, door het routinematig handelen en het niet bewust zijn
- De geïnterviewden streven in hun werk naar een fijne tijd voor de bewoners

## Observaties

---

### *Ruimtes*

Naast de eigen slaap- en woonruimtes van bewoners beschikken vrijwel alle zorginstellingen over woonkamers per groepswoning, etage of afdeling, andere gemeenschappelijke ruimtes, een activiteitenruimte en/of een oefenruimte. De afstanden tussen de individuele woningen en deze ruimtes zijn meestal kort en niet meer dan 50 meter. Op de gangen zijn meestal handgrepen te vinden, evenals kleinere zithoekjes. In sommige zorginstellingen zijn extra faciliteiten te vinden zoals een winkel/supermarkt, een restaurant en een kapper. De meeste zorginstellingen hebben eigen buitenruimtes zoals grote balkons, dakterrassen en tuinen. Bij het Johannahuis valt de ligging te midden van groen erg op, terwijl Groot Hoogwaak naast de duinen is gesitueerd en ActiVite, locatie AgnesStaete, in het hart van het dorp is gelegen.

Enkele opvallende zaken dienen hier te worden opgemerkt. Ten eerste zijn weliswaar de meeste deuren niet op slot (bewoners kunnen inderdaad vaak gaan waar ze willen), maar ze zijn wel dicht. Een dichte deur nodigt niet uit om te openen en naar de ruimte erachter te gaan, zeker niet voor PG-bewoners. Bovendien is met slechte of geen aanuiding niet duidelijk wat of welke ruimte zich achter de deur bevindt.

Bij Laurens, locatie Simeon & Anna, wacht men al enige tijd op nieuwbouw. Het huidige gebouw is verouderd en er wordt alleen nog het nodige onderhoud aan gepleegd. Niet alleen de individuele slaap- en woonruimtes van bewoners zijn klein, maar ook de ruimte waar beweegactiviteiten plaatsvinden en de gemeenschappelijke ruimte/woonkamer zijn klein. De medewerkers roeien met de riemen die ze hebben. In de plannen voor nieuwbouw is er meer ruimte voor activiteiten en een

binnentuin. In het huidige gebouw wordt inmiddels een deel van de woningen gebruikt voor verhuur met wederkerigheid: huurders zetten tijd in voor steun aan medehuurlers en onderhoud aan het gebouw.

Zoals eerder aangegeven wachtte men bij Groot Hoogwaak ten tijde van de interviews en observaties ook op wijzigingen. Er stond een grondige verbouwing gepland in 2018. Na de verbouwing zal men veel meer gaan werken met domotica en de zorginstelling veel meer 'open' maken. Daarbij zullen er meer gemeenschappelijke ruimtes gecreëerd worden, zodat er op elke etage een ruimte is, waar bewoners mee kunnen doen aan activiteiten of kunnen samenkomen.

Na succes behaald te hebben met sport voor zowel jonge mensen als ouderen met dementie bij De Zorgspecialist, locatie De Hoogeborg, is besloten om bij De Zorgspecialist, locatie Marquant, sport een prominente rol te laten spelen. Dat is te zien aan een grote en moderne sportruimte met materialen van SilverFit en diverse andere sport- en spelmaterialen. Vanaf het begin is een sportcoach aangesteld en iets later ook een vitaliteitsmanager die sport en bewegen gestructureerd aanbieden en begeleiden. De sportruimte kan en wordt ook gebruikt door buurtbewoners.

Vivium, locatie De Hogeweyk, is anders van opzet dan de meeste zorginstellingen. Zoals eerder aangegeven is deze zorginstelling opgezet als een wijk met themawoningen, straten, pleinen en faciliteiten. De laatste zijn onder andere een restaurant, café, supermarkt en theater. Helaas mocht er niet geobserveerd worden in de woningen. Dat mocht wel in de algemene ruimtes en buiten, waar een binnentuin, vijver en terras te vinden zijn.

De belangrijkste punten met betrekking tot de ruimtes in de zorginstellingen zijn:

- De meeste zorginstellingen beschikken naast de individuele woon-/slaapruijnte over gemeenschappelijke ruimtes en een activiteiten- en/of oefenruimte
- In de meeste zorginstellingen zijn de afstanden tussen diverse ruimtes niet meer dan 50 meter
- De meeste zorginstellingen voorzien in de mogelijkheid om naar buiten te gaan op een balkon, terras of in een eigen tuin. Echter, slechts zelden wordt tijdens de observatie een bewoner aangetroffen in de beschikbare buitenruimtes<sup>7</sup>

### ***Bewoners en interactie met medewerkers***

De observaties vonden plaats op diverse tijden overdag. Wanneer er geen georganiseerde activiteit plaatsvond en er niet gegeten werd, waren de bewoners overwegend inactief. Ze waren vaak in de woonkamer of op de eigen kamer en zaten of lagen te slapen of staarden voor zich uit. Er werd aan tafels en in de woonkamers meestal niets ondernomen. Er was dan ook zelden iets om iets mee te doen; alles is opgeruimd. Er was wel een klein aantal bewoners dat aan de wandel ging, hoewel dat meestal nog steeds binnen de groepswoning, afdeling of op de etage was. Een enkeling wandelde daadwerkelijk verder naar ruimtes buiten de eigen groepswoning, afdeling of etage. Er was nauwelijks interactie tussen bewoners. Wanneer er gesproken werd, was dat voornamelijk tussen een bewoner en een medewerker, omdat de laatste het gesprek aanging.

---

<sup>7</sup> NB de observaties vonden plaats in de koudere maanden van het jaar.

Er werd tijdens de observaties zelden waargenomen dat een medewerker (of vrijwilliger) een bewoner betrok bij IADL-taken. Bij geen van de zorginstellingen is waargenomen dat bewoners betrokken werden bij de bereiding van maaltijden. Tijdens de maaltijden werd vaak voor bewoners het brood gesmeerd en het eten opgeschapt. Tafeldekken en afruimen werd voornamelijk door de medewerkers gedaan. Slechts een enkele keer werd een bewoner gevraagd om hierbij te helpen. Ook de meeste andere huishoudelijke taken werden door de medewerkers gedaan. Bij zorginstellingen waar een winkel/supermarkt aanwezig is, wordt incidenteel een bewoner gevraagd om mee te gaan om boodschappen te doen. Hoewel door de medewerkers bij ADL-taken iets vaker aan bewoners gevraagd werd om een handeling zelfstandig uit te voeren, was dit eerder uitzondering dan regel. Vaak werd de taak uit handen genomen en hoefde de bewoner weinig zelf te doen.

Tijdens de observaties is ook gelet op de interactie tussen de bewoners en de medewerkers. Het contact was altijd gemoedelijk en er wordt op een prettige manier met elkaar omgegaan. Vooral bij kleinere zorginstellingen valt op dat iedereen elkaar bij naam kent en dat de medewerkers de gewoontes, mogelijke nukken en het verdriet van de bewoners kennen. Bij de grotere zorginstellingen was het contact soms wat oppervlakkiger.

De belangrijkste punten met betrekking tot de bewoners en de interactie met medewerkers zijn:

- Wanneer er geen activiteit of maaltijd is, zijn bewoners overwegend inactief
- Medewerkers betrekken bewoners in beperkte mate bij IADL-taken en nemen veel en vaak ADL-taken uit handen van bewoners
- Het contact tussen bewoners en medewerkers is goed

### ***Route- en ruimte-aanduiding***

Tijdens de observaties hebben de observanten ook gelet op de vormen van bewegwijzering en andere inrichtingselementen die het voor bewoners vergemakkelijken of aangenamer maken om zich in de zorginstellingen te verplaatsen. Zo zijn leuninggen veelvuldig gezien op de gangen en in de gemeenschappelijke ruimtes in de zorginstellingen. Bij de meeste zorginstellingen ontbrak echter een duidelijke bewegwijzering. Ruimtes waren, op enkele naambordjes bij de ruimte zelf na, niet goed aangegeven en moeilijk te vinden, zeker voor bewoners van de PG-afdelingen. Ook hebben de observanten geen duidelijke structuren herkend, waarmee de routes of locaties duidelijk te vinden zijn. Alleen bij Groot Hoogwaak is de bewegwijzering helder en duidelijk. Bij het Johannahuis is op sommige plaatsen gebruik gemaakt van muur dekkende foto's om de indruk te wekken dat men buiten in de omgeving verkeert.

Ten slotte, hoewel de meeste zorginstellingen over buitenruimtes beschikken, zijn zij slechts in beperkte mate erop gericht om bewoners daadwerkelijk te verleiden om naar buiten te gaan. De routes naar buiten zijn vaak niet uitnodigend en dat geldt soms ook voor de buitenruimte zelf.

De belangrijkste punten met betrekking tot route- en ruimte-aanduiding zijn:

- Route- en ruimte-aanduiding ontbreekt of is onvoldoende duidelijk
- Meestal is alles ingericht op binnen blijven

### *Typerende quotes*

Hieronder volgen nog enkele typerende quotes, die duidelijk maken waarom het stimuleren tot bewegen van bewoners juist goed of minder goed gaat.

### **Belemmeringen/Vastgeroest**

*“Officieel mogen we alleen wat doen op verzoek van de arts en niet meer uit onszelf. Laatst kwam een vraag van de psycholoog. Die stuurde: deze dame is heel onrustig, ik denk dat ze erbij gebaat zal zijn als ze gewoon bij jullie wat kan bewegen. Ik begrijp de vraag volkomen, maar dat kunnen we niet doen. Er moet lichamelijk iets aan ten grondslag liggen voor we dat kunnen doen. Daar zit een spanningsveld.”*

*“Ik heb op school gezeten om mensen te behandelen en niet om activiteiten te begeleiden.”*

*“Wat vooral opviel, was dat het moeilijk was om een gesprek met een bewoner te hebben en dat zij ook niet met elkaar praten. Duidelijk was dat ze niet zelf konden kiezen waar ze gingen zitten [bij een activiteit] en dat ze hiervoor opgegeven werden door de familie.”*

*“De zorg motiveert de bewoners niet genoeg tot bewegen.”*

*“Het gebouw is onhandig ingedeeld, de omgeving leent zich niet goed voor buitenactiviteiten en het is lastig om de vrijwilligers te begeleiden.”*

*“We zien bewegen niet echt als ons ding. We zijn hier om de koffie en het eten te organiseren.” [vrijwilliger]*

*“Eten en drinken doen ze veel zelf. Tafeldekken niet, maar dat is zeker een leuke. Dat zullen we eens proberen.”*

*“Heel vaak worden taken wel overgenomen. Ook omdat je maar met z'n tweeën staat op elf of twaalf mensen en je probeert iedereen op tijd uit bed te krijgen.”*

*“Vaak zit je ook vastgeroest aan een bepaalde manier van werken.”*

### **Beeldvorming**

*“Je moet het wel heel erg aandragen aan het zorgpersoneel. Omdat het toch twee aparte werelden zijn: de zorg en de activiteitenbegeleiding. De zorg vindt vaak dat de activiteitenbegeleiding het makkelijke gedeelte doet, zoals koffiedrinken en een spelletje. Ziet er simpel uit. Je kan ze vaak moeilijk overtuigen van wat er zich nog meer afspeelt bij de activiteitenbegeleiding. Het primaire doel is anders: zij zijn er voor de zorg. Maar als je bepaalde schema's omgooit, kan iemand misschien wel naar de activiteit. Zou wat meer*

*samenwerking en flexibiliteit van beide kanten in kunnen zitten. Maar wel lastig omdat ik weet dat het serieus druk is."*

*"Bij de gym hebben we ze [bewoners] nog nooit zien lachen; ze zijn serieus en het gaat moeizaam."*

*"Uhm, ja, het staat wel in de doelen beschreven hoe iemand gewassen wordt, maar niet wat ze zelf nog kunnen."*

*"Net zoals die mevrouw net, die heb ik met een rolstoel meegenomen, terwijl ze zelf kan lopen. Nu pas betrap ik mezelf erop, dat dit juist een moment is, waarop ze zelf kan bewegen."*

### **Adaptatie/Slim inspelen op**

*"Het bijzondere van mensen met dementie, het verschilt de hele tijd. Je moet daarin alert zijn welk trucje je gebruikt. Soms kom je na vijf minuten weer terug en dan willen ze ineens wel meedoen."*

*"Doordat je iets doet gaat al snel iemand meedoen. Ook al hebben ze geen zin, als je met een puzzel aan tafel komt zitten kunnen mensen het vaak toch niet weerstaan. Kleuren vinden ze bijvoorbeeld kinderachtig. Vroeger ging ik uitleggen dat dat niet zo is. Maar nu ga ik het gewoon doen en dan merk je vaak dat iemand het toch leuker vindt dan ze zeggen."*

*"Ik vind geen enkele activiteit leuk." [bewoner]*

*"Maar ik denk gewoon, als je hen de tijd gunt voor de ADL-taken, dat dat ook veel scheelt. In plaats van iemand die heel gehaast alles van je lichaam afrukt, je wast en aankleedt en hup naar de huiskamer."*

*"We hebben hier een blinde vrouw op de afdeling. De een geeft haar een kom soep en gaat haar eten geven, maar ik geef die soep in een beker, dan kan ze het prima zelf opdrinken."*

*"Zoals bij die ene man, die kan gerust nog zelf tandenpoetsen. Moeten we wel een beetje begeleiden door te zeggen: pak nou even je tandenborstel vast en breng het naar je mond! En dan begint hij te poetsen."*

De belangrijkste punten uit deze quotes zijn:

- Er zijn veel medewerkers die (nog) niet de mogelijkheden om bewoners te stimuleren tot bewegen benutten en dus enkele medewerkers die deze mogelijkheden wel benutten
- Afstemming en samenwerking tussen en binnen disciplines, inclusief vrijwilligers, kan beter
- Bewegen wordt niet als onderdeel van het takenpakket gezien door zorgpersoneel. Zij wijzen dan naar de activiteitenbegeleider, of fysiotherapeut.



## Conclusie en aanbevelingen

---

Het beleid ten aanzien van bewegen in de zorginstellingen is gemaakt door medewerkers met verschillende functies. Daarbij is in slechts ongeveer de helft van de zorginstellingen inspraak geweest van de bewoners zelf (en hun familie) bij het opstellen van het beleid. In het beleid is impliciet stimuleren tot bewegen (buiten georganiseerde activiteiten om) een belangrijk onderdeel. Het is vooral erop gericht om de bewoners hun eigen leven te laten leiden en daarbij de bewoners zoveel mogelijk zelf te laten doen in dagelijkse handelingen (ADL- en IADL-taken). Echter, het zoveel mogelijk zelfstandig laten uitvoeren van deze handelingen gebeurt slechts voor een deel. Er zijn veel medewerkers die (nog) niet de mogelijkheden om bewoners te stimuleren tot bewegen tijdens (I)ADL-taken benutten. Het uit handen nemen van dagelijkse handelingen door medewerkers gebeurt meestal op basis van routinematig handelen, strikte taakopvatting of vanwege de perceptie van tijdgebrek. De afstemming hierover tussen medewerkers onderling en met vrijwilligers en familie kan beter.

In de zorginstellingen worden ook activiteiten georganiseerd die het bewegen van de bewoners min of meer bevorderen. Dat zijn beweegactiviteiten zoals gym, maar ook creatieve activiteiten en muziek. Het aanbod van deze activiteiten is op vaste tijden. Helaas sluit het aanbod van de activiteiten (in sommige gevallen) niet aan bij de wensen en behoeften van de bewoners. Bewoners willen bijvoorbeeld meer wandelen en spellen spelen en liefst samen met een buddy activiteiten ondernemen. Dit wordt niet tot de primaire taakopvatting gezien vanuit de zorgprofessionals en zij zien voor henzelf hierin dan ook geen tot een geringe bijdrage en vinden dit een taak voor activiteitenbegeleiders of vrijwilligers.

Om bewoners het gevoel te geven zelf te kunnen bepalen wat ze doen en waar ze heen gaan, willen de zorginstellingen met hun inrichting ervoor zorgen dat ze een open uitstraling hebben zonder belemmeringen. Daarmee wordt gepoogd de bewoners tot bewegen te stimuleren, anders dan tijdens (I)ADL-taken en georganiseerde activiteiten. Dat lukt slechts deels. De afstanden tussen belangrijke ruimtes is meestal minder dan 50 meter en de meeste zorginstellingen beschikken over buitenruimtes. Daarnaast zijn er ruimtes ingericht om (georganiseerde) activiteiten te ondernemen. Echter, hoewel veel deuren niet op slot zijn in de zorginstellingen, zijn ze toch dicht en weinig uitnodigend voor de bewoner om de ruimte achter de deur te betreden. Helaas ontbreekt het in veel zorginstellingen aan heldere en duidelijk route- en ruimte-aanduidingen en is de inrichting vooral gericht op binnen blijven.

Zowel in beleid als in de attitude van de medewerkers zijn de goede bedoelingen terug te vinden. Het beleid is erop gericht de bewoners het naar de zin te maken en te stimuleren tot activiteit. De medewerkers streven eveneens naar een fijne tijd voor de bewoners, maar daar waar het gaat om de uitvoer van het beweegbeleid lukt het de medewerkers vaak niet om de bewoners te stimuleren zoveel mogelijk zelf de (I)ADL-taken uit te voeren. Daarvoor is enerzijds meer tijd nodig of de perceptie van voldoende tijd. Anderzijds is een verandering van de taakopvatting en van de routines in het eigen handelen nodig en mogelijk ook inzicht aan de hand van goede voorbeelden.

Het knelpunt, zoals beschreven in de inleiding, geldt dus ook voor de zorginstellingen die aan dit onderzoek hebben deelgenomen: in veel zorginstellingen staat bewegen hoog op de agenda, maar

het blijkt nog lastig om de bewoners daadwerkelijk meer in beweging te krijgen. Het overgrote deel van de tijd zijn bewoners nog altijd inactief.

Vanwege deze inactiviteit heeft de IGZ in 2012 zeven bouwstenen ontwikkeld voor bewegen. Deze bouwstenen moeten ervoor zorgen dat bewegen onderdeel wordt van verantwoorde ouderenzorg en dat zorginstellingen bewegen structureel opnemen in het zorgaanbod. De bouwstenen zijn:

1. Beleid: De zorginstelling stelt beleid vast over beweegstimulering. Dit beleid beschrijft expliciet beweegstimulering voor ouderen met haalbare en toetsbare doelen;
2. Cliënten betrekken: De zorginstelling betreft cliënten bij het voorbereiden, uitvoeren en evalueren van het beleid over beweegstimulering;
3. Structuur beweegstimulering: De zorginstelling beschikt over een structuur voor beweegstimulering met een werkgroep en een 'aandachtsfunctionaris';
4. Scholing en voorlichting: De zorginstelling draagt zorg voor deskundigheidsbevordering voor medewerkers en voorlichting voor medewerkers, cliënten, familie en vrijwilligers over het belang van beweging;
5. Zorgleefplan: De zorginstelling legt afspraken over beweegstimulering vast in de individuele zorgleefplannen van cliënten;
6. Mogelijkheden beweegstimulering: De zorginstelling beschikt over voldoende mogelijkheden voor medewerkers, familieleden, cliënten en vrijwilligers om invulling te geven aan beweegstimulering;
7. Buurt betrekken: Door de instelling worden mogelijkheden aangeboden om gebruik te maken van faciliteiten in de buurt. Daarnaast stelt de instelling haar voorzieningen voor beweegstimulering beschikbaar voor ouderen in de buurt.

De IGZ biedt naast deze bouwstenen ook een stappenplan om de bouwstenen te implementeren. Het stappenplan bestaat uit zes stappen en zijn:

1. Verkennen en inspireren: het verkennen van het idee om bewoners te stimuleren tot meer bewegen en inspiratie opdoen over de mogelijkheden van meer bewegen;
2. Breng in beeld: bij deze stap wordt de huidige situatie in kaart gebracht en vergeleken met de gewenste situatie;
3. Brainstormsessie(s): in de brainstormsessie(s) wordt gezocht naar ideeën hoe het beter kan;
4. Plan van aanpak: in deze stap wordt alles opgeschreven met betrekking tot doelen, activiteiten, communicatie en borging;
5. Doe-fase: dit betreft het daadwerkelijk uitvoeren van het plan met monitoring en evaluatie;
6. Aanpassen en inbedden: hier is aandacht voor het delen van successen van belang en het verbeteren van niet of niet goed werkende zaken.

De bouwstenen en het stappenplan zijn online terug te vinden op de website [www.allesoversport.nl](http://www.allesoversport.nl). Hoewel de naam anders doet vermoeden, is hier ook veel informatie te vinden over bewegen in zorginstellingen.

Leyden Academy onderschrijft het belang van bewegen bij ouderen die in een zorginstelling wonen. Immers, onze missie is het verbeteren van de kwaliteit van leven van oudere mensen. Waar echter in onze ogen meer aandacht aan besteed dient te worden is een drietal zaken. Ten eerste is dat de omgeving waarin de bewoners verkeren. Aangezien gedrag, dus ook bewegen, voornamelijk op

impliciete wijze bepaald wordt door de context waarin mensen zich begeven, kan veel bewegingswinst gehaald worden uit de juiste inrichting van de omgeving. Dat kan bijvoorbeeld door zicht te bieden op ruimtes waar men vrij naartoe kan gaan door open deuren of transparante deuren. Dit geldt tevens voor eenvoudige contextaanpassingen op het juiste moment; bijvoorbeeld door tussen de maaltijden in spellen niet netjes in de kast opgeborgen te houden, maar juist op tafel in het zicht te hebben.

Ten tweede dient meer aandacht besteed te worden aan de wensen en verlangens van de bewoners. Wanneer men de bewoner echt goed kent, is het heel goed mogelijk om bewegen te stimuleren door in te spelen op de individuele interesses. Ook bijvoorbeeld voor het weinig actieve klaverjassen moeten immers partners gezocht worden en een geschikte tafel om aan te spelen. Daartoe kan de bewoner zelf, eventueel onder begeleiding, actie ondernemen.

Ten slotte dient er meer aandacht te zijn voor de kansen die er liggen om bewoners te betrekken bij (I)ADL-taken, ook als deze op het eerste gezicht onmogelijk lijken of misschien slechts deels door een bewoner uitgevoerd kunnen worden. Het meer betrekken van bewoners bij IADL-taken heeft bovendien als voordeel dat voor de (PG-)bewoner een duidelijker beeld is van de dagstructuur. Bewegen moet veel meer onderdeel worden van het dagelijks leven van de bewoner en los staan van taakopvatting van de medewerkers over zorg en welzijn.

Tot slot willen we nogmaals iedereen hartelijk bedanken voor de bijdragen om tot dit rapport te komen.

## Bijlage 1.

### Topiclijst verantwoordelijken voor het beweegbeleid

---

<b>Kern organisatie/grondbeginselen</b>	Wat vindt u belangrijk in het werken in deze zorginstelling? Vanuit welke overtuigingen werkt u... in deze zorginstelling? Hoe ziet voor u de ideale zorginstelling eruit? Hoe verschilt dit met de werkelijkheid? Op welke uitgangspunten is de werkwijze van ... gebaseerd?
<b>Rol &amp; visie beweegbeleid</b>	Welke rol speelt bewegen in deze zorginstelling? Wat is de achterliggende visie hiervan? Doorvragen: Waarom? Wat is uw rol hierin?
<b>Totstandkoming</b>	Hoe is dit tot stand gekomen? Verder vragen: wie had hier invloed op? Wie speelden een rol hierbij?
<b>Inrichting</b>	Hoe is de zorginstelling hierop ingericht? En qua personeel?
<b>Communicatie uitvoerend medewerkers</b>	Hoe brengt u dit over naar uw medewerkers? Hoe wordt dit gecommuniceerd naar de medewerkers?
<b>Praktijk/uitvoering</b>	Kunt u omschrijven hoe dit in de praktijk werkt? Hoe zorgt u ervoor dat dit werkt?
<b>Evaluatie</b>	Hoe wordt het geëvalueerd? Wie spelen hier een rol bij? Doorvragen: Hoe worden bewoners hierbij betrokken? En naasten? Wat gebeurt er met de evaluatie?

## Bijlage 2.

### Topiclijst medewerkers in contact met bewoners

---

<b>Dagelijkse taken</b>	Kunt u beschrijven hoe een normale werkdag voor u eruit ziet? Kunt u een voorbeeld beschrijven van hoe een behandeltraject doorlopen wordt? (fysiotherapeut) Wat verwacht u dat bewoners nog buiten deze behandeling doen?
<b>Aansluiting wensen bewoners/contact bewoners</b>	Kunt u iets vertellen over uw contact met de bewoners?
<b>Beweegaanbod (expliciet)</b>	Kunt u iets vertellen over de (beweeg)activiteiten die worden aangeboden?
<b>Ontstaan beweegaanbod</b>	Kunt u beschrijven hoe dit aanbod tot stand is gekomen?
<b>Stimulering bewegen expliciet</b>	Op welke manier worden bewoners betrokken bij deze (beweeg)activiteiten?
<b>Stimulering bewegen impliciet</b>	Wat verwacht u dat mensen buiten deze activiteiten doen? Wat ziet u dat bewoners doen buiten deze activiteiten gedurende de dag?
<b>Inrichting zorginstelling</b>	Waar voert u uw taken uit?
<b>Doel beweegaanbod</b>	Wat wilt u bereiken met uw werk?

## Bijlage 3.

### Topiclijst observaties

---

#### Observaties algemeen

- Algemene beschrijving van de zorginstelling
  - Algemene beschrijving van de algemene ruimtes
  - Aandachtspunten: De inrichting: De looproutes van de woonruimtes naar de algemene ruimtes: locatie eetzaal, activiteiten, buitenruimtes, woonkamers. Zitplekken aanwezig? Steungrepen aan muur? Wat is de ligging van de zorginstelling in de wijk? Winkels op loopafstand?
- Waar zijn de bewoners?
- Wat zijn de bewoners aan het doen?
- Waar zijn de medewerkers?
- Wat zijn de medewerkers aan het doen?
- Hoe lijkt het contact tussen de bewoners en medewerkers?
- Hoe ver is het gemiddeld lopen voor de bewoners naar de ruimte(s) waar beweegactiviteiten plaatsvinden? (Bijvoorbeeld fitnessruimte, zwembad)
- Staan deze ruimtes duidelijk aangegeven?
- Hoeveel mensen zijn er aanwezig bij deze beweegactiviteiten?

#### Bij elke ruimte:

- Wie zijn er?
- Hoeveel mensen?
- Wat zijn ze aan het doen?
- Waar hebben de bewoners het over?
- Wat zeggen de bewoners over de activiteiten?