

Ervaren Barrières van Medewerkers in de Ouderenzorg om Fysieke Activiteit van Bewoners te Stimuleren: Cross-Sectioneel onderzoek naar Verschillen Tussen Functies en Afdelingen

Samenvatting

Aanleiding: Functioneel bewegen binnen de zorgsetting is de afgelopen decennia steeds belangrijker geworden; veel bewoners in zorginstellingen hebben een inactieve leefstijl, medewerkers van zorginstellingen kunnen een grote invloed hebben om beweeggedrag onder bewoners te vergroten.

Doelstelling: Het doel van dit onderzoek is om inzicht te krijgen in (a) ervaren stimulatie tot *Algemeen Dagelijkse Levensverrichtingen* (ADL), *Huishoudelijke Dagelijkse Levensverrichtingen* (HDL) en *Algemene activiteiten* (AA) van bewoners. (b) In kaart te brengen of de medewerkers van drie afdelingen van zorginstelling de Liemerijde barrières ervaren tot het bevorderen van fysieke activiteit onder de bewoners. En (c) te onderzoeken of hierin verschillen zitten tussen de functies (verpleegkundigen, verzorgenden en huiskamermedewerkers) en tussen de verschillende afdelingen (Somatiek, psychogeriatric en psychiatrie). **Methode:** Met behulp van de MAAstricht Nurses Activities Inventory (MAINTAIN) vragenlijst is de ervaren stimulering van medewerkers tot beweeggedrag, en de hierbij ervaren barrières van de medewerkers in kaart gebracht op drie afdelingen in de ouderenzorg; **Resultaten:** Uit dit onderzoek (N=32) blijkt dat ADL (Med=7,25, min= 4, max= 9) en AA (Med= 7,00, min= 5, max= 8) vaker gepromoot worden door medewerkers dan HDL (Med=4,42, min=2, max= 7). Barrières gericht op *factoren die te maken hebben met de bewoner & familie* worden als het meest belemmerend ervaren door de medewerkers. (Med= 5,06, min= 4, max= 8). Er zijn nauwelijks significante verschillen gevonden tussen de drie afdelingen. Binnen twee sub-schalen bleek een significant verschil te zijn, namelijk (1) stimulering van HDL ($p=0,015$) en (2) factoren die te maken hebben met de professionals ($p=0,044$). **Discussie:** HDL worden minder gestimuleerd op de afdelingen dan ADL en AA. Daarnaast blijkt dat barrières gericht op bewoners & familie het meest belemmerend zijn voor de medewerkers. Er blijken geen verschillen te zijn tussen de drie functies. Tussen de drie afdelingen zijn slechts binnen twee sub-schalen significante verschillen geconstateerd. Wanneer er ruimte is voor verbetering, is het van belang dat er aandacht wordt besteed aan het stimuleren van HDL en wegnemen van de belangrijkste belemmeringen.

Reinout van der Vinden // 583107

Hogeschool van Arnhem en Nijmegen

Sport, Gezondheid en Management

Health Promotion and Performance

Eerste beoordelaar: Karin Orbon

Tweede beoordelaar: Dirk Schaars

Juni 2020

Inleiding

Aanleiding

Nederland vergrijst, het percentage aandeel van 65-plussers op de totale Nederlandse bevolking zal oplopen van 19,0% in 2018 naar 23,0% in 2030, dat zijn 4,2 miljoen 65-plussers (CBS, 2018). In 2019 wonen ruim 115 duizend mensen in een verzorgings- of verpleeghuis. Nog eens 110 duizend verbleven in een andere zorginstelling (CBS, 2020).

Een gezonde leefstijl heeft in veel gevallen een hoge invloed op het vermijden of terugdringen van de top tien aandoeningen met de hoogste ziektelast, verloren levensjaren en vermindering in de kwaliteit van leven (Zantinge, van der Wilk, van Wieren, & Schoemaker, 2011). Deze aandoeningen zijn: Hart- & vaatziekten, diabetes mellitus, beroerte, COPD, longkanker, nek- en rugklachten en perifere artrose (Zantinge, van der Wilk, van Wieren, & Schoemaker, 2011).

Voldoende bewegen is onderdeel van een gezonde leefstijl en verkleint het risico op hart- en vaatziekten, diabetes, depressiever symptomen en dementie (Gezondheidsraad, 2017). Ook zijn er sterke aanwijzingen dat het de kans op borst- en darmkanker zou kunnen verkleinen. Bij ouderen verlaagt bewegen bovendien het risico op botbreuken en verbetert het de loopsnelheid en spierkracht. Uit onderzoek blijkt dat de gunstige effecten toenemen met de hoeveelheid bewegen: meer bewegen is beter (Gezondheidsraad, 2017). Het meer en blijven bewegen van ouderen draagt ook bij aan participatie en zelfredzaamheid van ouderen. Bewoners van zorginstellingen die actief blijven ondervinden een hogere kwaliteit van leven (Edvardsson, Petersson, Sjogren, Lindkvist, & Sandman, 2013).

In 2011 is in een rapport van TNO, in nauwe samenwerking met de Inspectie van de Gezondheidszorg (IGZ) benoemd dat bewegen binnen de zorginstellingen voor ouderenzorg een positief effect kan hebben in het kader van gezondheidspreventie. Ouderen binnen een zorginstelling hebben baat bij een interventie gericht op bewegen (Wijlhuizen, Tak, & Chorus, 2011). Preventief bewegen kan worden ingezet om de gezondheid én zelfredzaamheid van de bewoners te vergroten. Echter wordt bewegen bij ouderen niet structureel wordt aangeboden bij veel instellingen (Wijlhuizen, Tak, & Chorus, 2011).

Uit onderzoek blijkt dat bewoners in de ouderenzorg weinig tot niet fysiek actief zijn gedurende de dag. Uit een observatie studie bij zeven verpleeghuizen met in totaal 723 bewoners blijkt dat een groot deel van de bewoners voornamelijk een sedentaire en inactieve leefstijl hadden, denk hierbij aan zitten, liggen en slapen (den Ouden et. al., 2015). Tevens concludeerden zij dat het stimuleren van bewegen voornamelijk gericht moet zijn op het uitvoeren van algemeen dagelijkse levensverrichtingen (ADL) en het aanmoedigen van staan en bewegen (den Ouden et. al., 2015).

De Liemerij, een zorginstelling met diverse locaties in de regio van Zevenaar, Westervoort en Duiven wordt veel aandacht besteed zorg voor de bewoner, waarbij beweegagogen en fysiotherapeuten beweegbeleid op maat ontwikkelen met als doel de zelfredzaamheid en gezondheid van de cliënten te optimaliseren. De Liemerij streeft er naar beweegbeleid te implementeren dat door de gehele

organisatie ondersteund en uitgevoerd wordt. Dit beweegbeleid moet ook worden uitgevoerd door de verpleegkundigen, verzorgenden én huiskamermedewerkers (Esmée van de Klundert, persoonlijke communicatie, 2020). Binnen de Liemerij is het onduidelijk wat het gedrag en eventuele barrières zijn van de medewerkers om beweging te stimuleren bij bewoners. Dit zowel op het gebied van algemeen dagelijkse levensverrichtingen (ADL), huishoudelijk dagelijkse levensverrichtingen (HDL) en stimulering tot algemene fysieke activiteiten als wandelen en aangepast fietsen. Het is onbekend of er een verschil is tussen huiskamermedewerkers, verzorgenden en verpleegkundigen in het stimuleren tot fysieke activiteit en/of het ervaren van barrières hiertoe.

Doelstelling

Het doel van dit onderzoek is om advies te geven aan de Liemerij over het verminderen van barrières van medewerkers t.a.v. beweegstimulering. Dit gebeurt door (a) inzicht te krijgen in ervaren stimulatie tot fysieke activiteit (ADL, HDL en AA). (b) In kaart te brengen of de medewerkers van drie afdelingen van de Liemerij barrières ervaren tot het bevorderen van activiteiten onder de bewoners van het verpleeghuis. En (c) te onderzoeken of er verschillen zijn tussen de diverse functies en tussen de verschillende afdelingen in de mate van ervaren beweegstimulering en ervaren barrières.

Theoretisch Kader

Healthy Ageing

Diverse toonaangevende instanties binnen de gezondheidszorg hebben de term 'healthy ageing' geïntroduceerd, de World Health Organization (WHO). De WHO hanteert de volgende definitie: "Healthy Ageing is the process of developing and maintaining the functional ability that enables wellbeing in older age" (WHO, 2015). Eén van de onderdelen van healthy ageing is om de zelfredzaamheid en gezondheid van ouderen te verbeteren, belangrijke punten die binnen de zorgsetting terugkomen (Wijlhuizen, Tak, & Chorus, 2011).

Dagelijkse en fysieke activiteit in de ouderenzorg

Dagelijkse (in)activiteit in de ouderenzorg kan ingedeeld worden in vier categorieën: Inactiviteit, Algemeen dagelijkse levensverrichtingen (ADL), Huishoudelijke dagelijkse levensverrichtingen (HDL) en tot slot; communicatie en hobby's (den Ouden et al., 2015).

Deze observatiestudie is op 30 afdelingen (19 psychogeriatrische en 11 somatische) met 723 bewoners afgenomen. Hieruit blijkt dat veel bewoners van zowel de somatische als psychogeriatrische (PG) afdelingen gedurende de dag voornamelijk inactief waren. Veel voorkomende (in)activiteiten waren: zitten, liggen, niets doen of televisiekijken (45% - 77%). HDL zoals het dekken van de tafel waren slechts tot 3% geobserveerd. Uit observatieonderzoek bleek dat bewoners vaak een liggende of zittende houding hadden (89-92%) (Den Ouden et al., 2015). Medewerkers in de zorginstelling kunnen een grote rol spelen bij de stimulering van fysieke activiteit onder ouderen, zij kunnen bewoners aansporen om zo zelfredzaam mogelijk te zijn en hen stimuleren om bezig te zijn met dagelijkse activiteiten (Resnick, Galik, & Boltz., 2013).

Bewoners worden door het personeel vaker gestimuleerd tot het uitvoeren van ADL en AA dan aan het uitvoeren van HDL (Kuk et al., 2017). Zorgmedewerkers werden gevraagd om een vragenlijst in te vullen (MAINtAIN) op een schaal theoretische schaal van 9, waarbij 1= nooit tot 9=altijd hoe vaak zij bewoners stimuleren tot fysieke activiteit. Gebleken is dat het zo zelfstandig mogelijk uitvoeren van ADL ($6,9 \pm 1,2$) en algemene activiteit ($6,7 \pm 1,5$) vaker gestimuleerd worden door zorgmedewerkers dan het zo zelfstandig mogelijk uitvoeren van HDL ($4,1 \pm 1,9$) (Kuk et al., 2017).

Eén van de doelstellingen van een eerdergenoemd rapport van Wijlhuizen, Tak en Chorus (2011) was om de stand van zaken met betrekking tot preventief bewegen in de ouderenzorg in kaart te brengen. De conclusie van dit rapport is duidelijk: "In het algemeen heeft beweegstimulering in instellingen voor de ouderenzorg geen grote prioriteit. Dit geldt in het bijzonder voor de inzet van bewegen als preventiemiddel (preventief bewegen)" (Wijlhuizen, Tak & Chorus, 2011).

Verpleegkundigen hebben een grote rol in de dagelijkse (in)activiteit en beweegstimulatie van bewoners van verzorgingshuizen (Den Ouden et al., 2017). Uit een observatiestudie (N=369) blijkt dat verpleegkundigen/verzorgenden bij handelingen van bewoners gericht op ADL en HDL vaak ondersteuning bieden (51%), de taak volledig overnemen (45%) of toezicht houden (4%).

Barrières

Vanuit de Theory of Planned Behavior worden barrières als volgt gedefinieerd: "Barrières belemmeren de overgang van intentie naar gedrag" (Sassen, 2016). Zij verstoren de relatie tussen de intentie en het gedrag. Bijvoorbeeld: Medewerkers geven aan dat een gebrek aan tijd, personeel of financiën als barrière kan werken op beweegstimulering, (Wijlhuizen, Tak, & Chorus, 2011).

Een andere studie gericht op ervaren barrières van medewerkers in verzorgingshuizen heeft aangetoond dat medewerkers in de ouderenzorg bepaalde barrières kunnen ervaren ten aanzien van uitvoer van interventies gericht op stimulering van bewegen, wanneer het gaat om onvoldoende stimulering tot fysieke activiteit kan dit komen door diverse oorzaken: Medewerkers kunnen denken dat de bewoners niet in staat zijn om deze activiteiten uit te voeren (Resnick et al., 2008). Uit het rapport van TNO blijkt dat onvoldoende personeel/tijd vaak wordt genoemd door medewerkers zorg wanneer het gaat om beweegstimulering. In ditzelfde onderzoek komt naar voren dat 40% van de ondervraagde scholing heeft gehad omtrent de positieve effecten die beweegstimulering kan hebben bij ouderenzorg (Wijlhuizen, Tak, & Chorus, 2011). Ook blijkt dat medewerkers van verpleeghuizen veel te maken hebben met familie, zij hebben bepaalde verwachtingen bij het wel óf niet uitvoeren van bepaalde activiteiten (Resnick et al., 2008) Tot slot kan een hoge werkdruk en een tekort aan sociale invloed/support een barrière zijn waar medewerkers mee te maken krijgen wanneer zij fysieke activiteit onder bewoners stimuleren (Resnick et al., 2006).

Uit een studie van Kuk et al., (2017) blijkt dat de barrières tot het stimuleren van fysieke activiteit bij bewoners door zorg- en huiskamermedewerkers vaak te maken heeft met de organisatorische- en de economische context, bijvoorbeeld geschooldheid van het personeel en de beschikbaarheid van materialen en bronnen (Kuk et al., 2017). Daarnaast concludeerden zij dat barrières ontstaan vanuit de bewoners zelf, maar ook vanuit collega's en de communicatie binnen diverse teams/expertises. Tot slot is er vaak een tekort aan verantwoordelijkheid bij de verschillende disciplines om bewegen te stimuleren (Kuk et al., 2017).

Op basis van eerdere onderzoeken is de verwachting dat de ervaren stimulering van medewerkers tot het zo zelfstandig laten uitvoeren van ADL en algemene activiteit hoger is dan bij het zo zelfstandig mogelijk laten uitvoeren tot HDL. Daarnaast is de verwachting dat barrières die te maken hebben met de bewoners en familie, de organisatorische context en de sociale context het grootst zijn. Omdat de Liemerij veel draagvlak creëert tot het uitvoeren van beweegbeleid bij alle medewerkers. Is het de verwachting dat zowel huiskamer- als zorgmedewerkers van alle drie de afdelingen beweegactiviteiten zouden moeten stimuleren, en dat er geen verschillen zullen zijn in de mate van ervaren beweegstimulering en ervaren barrières tussen de functies en afdelingen.

De belangrijkste vraag binnen dit onderzoek is als volgt: In hoeverre worden bewoners binnen de Liemerij gestimuleerd tot het zo zelfstandig mogelijk uitvoeren van algemeen dagelijkse levensverrichtingen, huishoudelijk dagelijkse levensverrichtingen en algemene activiteiten, welke barrières spelen een rol bij de medewerkers en zit er een verschil tussen beweegstimulatie en ervaren barrières tussen de diverse functies en afdelingen?

Methode

In april en mei 2020 heeft de data verzameling van dit cross-sectioneel onderzoek plaatsgevonden bij drie afdelingen van de Liemerijde gericht op somatische-, psychiatrische- en psychogeriatrische zorg.

Participanten

Alle verpleegkundigen, verzorgenden en huiskamermedewerkers van drie afdelingen binnen de Liemerijde, namelijk; psychogeriatric, somatiek en psychiatric (aangewezen door de organisatie) werden uitgenodigd om deel te nemen aan dit onderzoek. Exclusiecriteria waren stagiaires en het niet hebben van persoonlijk contact met de bewoners.

Procedure

De leidinggevenden van deze drie afdelingen zijn uitgenodigd om deel te nemen aan dit onderzoek, na akkoord van deze leidinggevenden zijn de medewerkers via de interne e-mail geïnformeerd over het onderzoek en uitgenodigd voor deelname. De vragenlijst is opgesteld via Thesistoolpro en volledig anoniem afgenomen. Na één week is een herinneringsmail gestuurd naar dezelfde medewerkers, met de vraag alsnog deel te nemen indien dit nog niet gedaan was.

Meetinstrument

Met behulp van de MAAstricht Nurses Activities INventory (MAINtAIN) is zowel de mate waarin medewerkers ervaren dat zij fysieke activiteit stimuleren bij bewoners (MAINtAIN-Behaviors) bevraagd, als, welke barrières de medewerkers ervaren tot het promoten van dit gedrag (MAINtAIN-Barriers) (Kuk, Zijlstra, Bours, Hamers, & Kempen, 2015).

Allereerst zijn sociaal-demografische kenmerken van de respondenten bevraagd. De punten die terugkomen hierbij zijn geslacht, leeftijd, functie, op welke afdeling men werkt, werkervaring in jaren en het aantal uur dat men werkt per week.

MAINTAIN-Behaviors. Bevraagd in 19 items het promoten van zelfstandig uitvoeren van de dagelijkse activiteiten van bewoners op een 9-puntsschaal (waarbij 1= Nooit en 9= Altijd). Binnen MAINTAIN-Behaviors zijn drie sub schalen: items 1 t/m 8 zijn gerelateerd aan Algemeen dagelijkse levensverrichtingen (ADL), items 9 t/m 14 zijn gerelateerd aan Huishoudelijke Dagelijkse Levensverrichtingen (HDL) en items 15 t/m 19 zijn gerelateerd aan Algemene Activiteiten (AA). Een voorbeeld vraag uit MAINTAIN-Behaviors is: "Op mijn afdeling stimuleren we bewoners om licht huishoudelijk werk te doen (bijvoorbeeld het schoonmaken van de slaapkamer en woonkamer, het schoonmaken van de placemats, het doen van de afwas)." Bij de MAINTAIN-Behaviors is per sub schaal een score berekend waarmee je een uitspraak kunt doen omtrent de mate van ervaren beweegpromotie.

MAINTAIN-Barriers. Het tweede deel van de vragenlijst bestaat uit 33 items over ervaren barrières en bevorderende factoren die medewerkers hebben ten opzichte van het stimuleren tot fysieke activiteit. Deze 33 items zijn verdeeld over vier categorieën: Items 1 t/m 8 zijn gerelateerd aan de bewoners & familie, items 9 t/m 18 zijn gericht op de professionals, items 19 t/m 25 zijn gerelateerd aan sociale context en tot slot zijn items 26 t/m 33 gerelateerd aan organisatorische en economische context. Items over beschikbare middelen en barrières worden afgewisseld. Alle items worden beantwoord op een 9-puntsschaal; 21 items worden beantwoord met 1= Helemaal oneens en 9= Helemaal eens. En 12 items worden beantwoord met 1= Nooit tot 9= Altijd. Bij de MAINTAIN-Barriers is per barrière en bevorderende factor de score berekend.

Validiteit

Tijdens de ontwikkeling van de MAINTAIN vragenlijst is deze voorgelegd aan experts (N=9) over de inhoud en aan een representatieve groep medewerkers (N=37, waarbij 13 werkten op somatisch afdelingen, 10 op psychogeriatrische afdelingen en 14 op revalidatieafdelingen). Dit om de content validiteit te waarborgen (Kuk et al., 2015). Het is niet mogelijk om de betrouwbaarheid van de MAINTAIN te adresseren, dit met reden dat hier (nog) geen studies naar gedaan zijn.

Uit onderzoek is gebleken dat de MAINTAIN makkelijk in het gebruik is; de items zijn duidelijk geformuleerd en er waren weinig missende waarden bij voorgaande onderzoeken (Kuk et al., 2015). De MAINTAIN vragenlijst is een bruikbare methode om inzicht te krijgen in het ervaren gedrag wat zorgmedewerkers uitvoeren om fysieke activiteit bij bewoners te stimuleren en optimaliseren. In aanvulling op dit ervaren gedrag geeft de MAINTAIN inzicht in de ervaren barrières en de bevorderende middelen tot het gedrag (Kuk et al., 2015).

Data analyse

De data is vanuit Thesistoolpro in Excel gezet en vervolgens geëxporteerd naar IBM SPSS versie 26. Vervolgens zijn de negatief geformuleerde items (te weten: 9,11 uit MAINTAIN-Behaviors & 1,2,4,5,6,7,8,9,10,11,14,16,17,19,25,26,29,32 uit MAINTAIN-Barriers) gespiegeld om een totaalscore per sub schaal te kunnen berekenen. Hierbij geldt bij de MAINTAIN-Behaviors dat een lage score een lage mate van ervaren beweegstimulering voorstelt. Bij de MAINTAIN-Barriers stelt een lage score juist een *hogere* ervaren barrière voor. Ten tweede zijn de sociaal-demografische gegevens van de respondenten onderzocht. Hierna zijn de mediane en minimale en maximale scores berekend voor de drie sub schalen van de MAINTAIN-Behaviors (ADL, HDL & AA). Bij het tweede deel (MAINTAIN-Barriers) is per barrière of bevorderende factor de score geformuleerd en zijn de antwoorden onderverdeeld in drie categorieën: score 1 t/m 3 is hoog ervaren barrière, score 4 t/m 6 is gemiddeld en score 7 t/m 9 = laag (Kuk et al., 2015). Dit om een overzicht te creëren welke specifieke barrières het meest ervaren wordt zodat deze in de praktijk verkleind kan worden.

Ten slotte is met behulp van de Kruskal Wallis H test onderzocht of er verschillen aanwezig zijn tussen de verschillende afdelingen en -functies. Dit is per dimensie van de MAINTAIN-Behaviors en de MAINTAIN-Barriers gedaan. Om de interne betrouwbaarheid te toetsen wordt gebruikt gemaakt van de Cronbach's Alpha toets.

Resultaten

Van de in totaal 120 uitgenodigde medewerkers hebben 32 medewerkers (27%) de vragenlijst succesvol ingevuld. De 32 respondenten hadden een mediane leeftijd van 39 jaar, de jongste respondent was 24 jaar en de oudste 62. Alle drie de afdelingen waren goed vertegenwoordigd (Tabel 1).

Tabel 1: Kenmerken respondenten (N=32)

	<i>n</i>	(%)	Mediaan	(Min – Max)
Geslacht				
Man	1	(3)		
Vrouw	31	(97)		
Type afdeling ^a				
Psychogeriatrische zorg	12	(38)		
Somatische zorg	12	(38)		
Psychiatrische zorg	8	(25)		
Functie ^a				
Huiskamermedewerker	6	(19)		
Verzorgende	22	(69)		
Verpleegkundige	4	(13)		
Leeftijd (in jaren)			39,0	(24 – 62)
Werkervaring (in jaren)			11,0	(1 – 41)
Werkuren per week			27,5	(10 – 32)

^a Percentages zijn opgeteld niet altijd 100% door afronden

In Tabel 2 staan de mediaan en minimale – maximale scores omtrent de ervaren beweegstimulatie (MAINTAIN-Behaviors) per sub schaal. Alle antwoorden zijn gegeven op een theoretische schaal van 1 tot 9, waarbij stimuleren van ADL (Med=7,25, min= 4, max= 9) Stimuleren van HDL (Med=4,42, min =2, max =7) en het stimuleren van AA (Med= 7, min= 5, max= 8) is. Een lagere score betekent een lagere mate van beweegstimulatie.

De mediaan en minimale en maximale scores van de sub schalen van het tweede deel van de MAINTAIN (Barriers) zijn tevens weergegeven (Tabel 2). Deze medianen variëren van 5,06, min= 4, max= 8 (Factoren die te maken hebben met de bewoners & familie) tot 6,14, min= 3, max= 8 (factoren die te maken hebben met de sociale context). Bij deze scores geldt; hoe lager de scores, hoe hoger de ervaren barrière is, of hoe de bevorderende factor (nog) meer versterkt kan worden. In tabel 3 staan de scores per barrière en bevorderende factor (facilitator) geïllustreerd

Tabel 2: Mediaan en min – max scores van de sub schalen van de MAINtAIN-Behaviors en MAINtAIN-Barriers (N= 32)

	Totaal (N= 32)		Afdeling Psychogeriatric (n=12)		Afdeling Somatiek (n=12)		Afdeling Psychiatrie (n=8)		Sig.
MAINtAIN-Behaviors; Med (min-max)									
<i>Algemeen dagelijkse levensverrichtingen (ADL)</i>	7,25	(4 – 9)	7,38	(6 – 9)	7,00	(4 – 8)	7,63	(7 – 9)	0,174
<i>Huishoudelijke activiteiten (HDL)</i>	4,42	(2 – 7)	4,50	(3 – 7)	3,00	(2 – 7)	4,92	(4 – 7)	0,015*
<i>Algemene activiteiten (AA)</i>	7,00	(5 – 8)	7,00	(6 – 8)	7,00	(5 – 8)	7,40	(5 – 8)	0,787
MAINtAIN-Barriers; Med (min-max)									
<i>Factoren die te maken hebben met bewoners & familie</i>	5,06	(4 – 8)	4,75	(4 – 8)	5,00	(4 – 7)	5,44	(4 – 7)	0,513
<i>Factoren die te maken hebben met professionals</i>	5,90	(4 – 7)	5,80	(5 – 7)	5,80	(4 – 7)	6,60	(5 – 7)	0,044*
<i>Factoren die te maken hebben met sociale context</i>	6,14	(3 – 8)	6,14	(5 – 8)	5,71	(3 – 8)	6,62	(4 – 8)	0,231
<i>Factoren die te maken hebben met uw organisatie</i>	5,75	(2 – 9)	5,75	(4 – 9)	5,63	(2 – 7)	5,81	(5 – 8)	0,627

Antwoorden zijn gegeven op een theoretische schaal van 1 tot 9. Waarbij een lagere score een lagere mate van ervaren stimulatie tot een bepaalde activiteit (Behaviors) voorstelt en hogere ervaren barrières voorstelt (Barriers).

* Verschillen zijn significant bij $P < 0,05$. Uit een gepaarde vergelijking blijkt dat de somatische en psychiatrische afdeling op beide punten significant met elkaar verschillen. $p=0,017$ bij HDL en $p=0,037$ bij factoren die te maken hebben met professionals.

Tabel 3 illustreert de scores per barrière of bevorderende factor die door de medewerkers van de afdelingen worden ervaren en in welke mate dit is. De medianen in deze tabel variëren van 3 t/m 8. Barrières en bevorderende factoren bevinden zich in alle vier de sub schalen van de MAINtAIN-Barriers.

De minst ervaren barrières zijn vaak gerelateerd aan de factoren die te maken hebben met de professionals en sociale context. De hoogst ervaren barrières zijn gericht op de attitude en verwachtingen van de familie/mantelzorgers (Med=3, min= 1, max= 8) en op de attitude van de bewoners betreffende aandacht zoeken (Med=3,50, min= 1, max= 9). De minste ervaren barrière is dat de angst dat bewoners zich bezeren (Med=8, min= 2, max=9) en de relevantie om zelf ADL uit te voeren (Med=8, min= 2, max= 9). Daarnaast zien veel medewerkers dat het stimuleren tot uitvoer van ADL en HDL een positief effect heeft op het functioneren van de bewoners (Med=8, min= 2, max= 9). Daarnaast illustreert tabel drie de absolute aantallen van respons in de categorieën hoog- (scores 1-3), gemiddeld- (scores 4-6) en laag ervaren barrières (scores 7-9). Uit de Kruskal Wallis H blijkt dat er bij de subcategorieën van zowel de MAINtAIN-Behaviors, als de MAINtAIN-Barriers *geen* significante verschillen aanwezig zijn tussen de drie functies. P-waardes variëren hier tussen $p=0,129$ (HDL) tot $p=0,957$ (Factoren die te maken hebben met bewoners)

Tabel 3: Mediaan en min-max scores van de ervaren barrières en facilitators uit de MAINTAIN-Barriers ten aanzien van stimulering tot activiteiten afgenomen onder medewerkers van drie afdelingen (N=32).

		Mediaan	(Min – Max)	Hoog <i>n</i>	Gemiddeld <i>n</i>	Laag <i>n</i>
<i>Factoren die te maken hebben met bewoners & familie</i>						
Relevant om zelfstandig uitvoeren ADL	B	8	(2 – 9)	1	7	22
Niet in staat om ADL zelfstandig uit te voeren	B	5	(1 – 9)	6	15	10
Zien dat bewegen positief effect heeft	F	7	(1 – 9)	2	5	24
Bewoners zijn bang zelf te lopen	B	5	(2 – 9)	6	20	5
Bewoners vragen om hulp bij ADL voor aandacht	B	3,50	(1 – 9)	15	13	2
Verwachting familie dat activiteiten worden overgenomen	B	3	(1 – 8)	19	10	2
Bewoners willen activiteiten niet uitvoeren	B	4,50	(1 – 9)	12	12	6
Normaal vinden geholpen te worden	B	5	(1 – 9)	10	13	8
<i>Factoren die te maken hebben met professionals</i>						
Belangrijk dat bewoners op tijd klaar zijn	B	5	(1 – 9)	2	14	14
Bang dat bewoners zich bezeren	B	8	(2 – 9)	1	6	24
Bewoegstimulatie is de verantwoordelijkheid fysiotherapeut	B	7,50	(3 – 9)	1	11	20
Gevoel dat stimuleren bewegen belangrijk is	F	7,50	(2 – 9)	2	8	22
Informerende familie/mantelzorgers over zelfstandig uitvoeren activiteiten door bewoners	F	7	(2 – 9)	3	11	17
Uitvoeren HDL en ADL hebben een positief effect	B	8	(1 – 9)	2	8	21
Voldoende expertise om bewegen te stimuleren	F	7	(2 – 9)	3	7	11
Stimuleren bewegen zorgt voor minder tijd andere dingen	B	5	(1 – 9)	5	15	10
Moeilijk vinden om bewoners te stimuleren	B	7	(2 – 9)	5	6	20
Verwachting in staat te zijn om bewoners activiteiten uit te laten voeren	F	7	(2 – 9)	3	9	19
<i>Factoren die te maken hebben met sociale context</i>						
Goede samenwerking met experts	B	5	(1 – 9)	8	10	13
Voldoende steun collega's	F	7	(2 – 9)	3	10	18

(wordt vervolgd)

		Mediaan	(Min – Max)	Hoog <i>n</i>	Gemiddeld <i>n</i>	Laag <i>n</i>
Leiding vindt bewegestimulatie belangrijk	F	7	(2 – 9)	4	9	18
Collega's aanspreken op gedrag over stimuleren	F	7	(2 – 9)	1	14	16
Overleggen met collega's over bewegen van bewoners	F	7	(1 – 9)	2	10	19
Collega's verwachten bewegestimulering bij bewoners	F	5	(1 – 9)	8	11	11
Uit gewoonte ADL en HDL overnemen	B	5	(2 – 9)	3	19	9
<i>Factoren die te maken hebben met uw organisatie</i>						
Organisatie is er op ingesteld bewoners te betrekken bij HDL en ADL	B	6	(1 – 9)	7	10	14
Voldoende mensen met kennis binnen organisatie	F	7	(2 – 9)	3	9	19
Mogelijkheid tot volgen cursussen en trainingen	F	6	(1 – 9)	2	15	14
Bestaan van afspraken over het stimuleren van bewegen	B	6	(3 – 9)	1	15	15
Voldoende middelen aanwezig binnen organisatie	F	5	(1 – 9)	2	18	10
Bewegestimulering heeft hoge prioriteit	F	7	(2 – 9)	3	9	18
Voldoende personeel om bewegen te stimuleren	B	5	(1 – 9)	8	15	8
Voldoende tijd beschikbaar om ADL uit te laten voeren	F	5	(1 – 9)	5	13	13

Een lager cijfer betekent dat iets meer als een barrière wordt ervaren op de afdeling of dat de bevorderende factor (te) weinig aanwezig is. Scores zijn gegeven op een schaal van 1 tot 9 en gecategoriseerd in hoog (score 1-3), gemiddeld (score 4-6) en laag (score 7-9). Items met een B zijn een eventuele barrières en de items met F zijn bevorderende factoren (facilitators).

Discussie

Het doel van dit onderzoek was (a) om in kaart te brengen in hoeverre medewerkers van drie afdelingen van de Liemerij ervaren dat zij bewoners stimuleren tot bepaalde activiteiten, (b) onderzoeken of medewerker barrières ervaren tot het stimuleren van fysieke activiteit van bewoners en (c) om te onderzoeken of er verschil zit tussen bepaalde functies en afdelingen op bovenstaande punten.

Op basis van de resultaten kan geconcludeerd dat bewoners volgens de medewerkers relatief vaak gestimuleerd worden tot het zo zelfstandig mogelijk doen van ADL en AA en in mindere mate tot het doen van HDL. Daarnaast blijkt uit de resultaten dat barrières in alle categorieën ervaren worden, barrières worden bij sommige factoren meer ervaren dan bij andere factoren, maar barrières komen terug binnen alle aspecten van de MAINtAIN-Barriers. Tot slot blijkt dat er tussen de drie functies géén significante verschillen zijn in de ervaren beweegstimulatie en ervaren barrières. Wél zijn er significante verschillen gevonden bij de vergelijking van de drie afdelingen. Dit was op het gebied van ervaren stimulatie tot HDL en ervaren barrières bij factoren die te maken hebben met de professionals.

De resultaten met betrekking tot het stimuleren van beweeggedrag komen overeen met eerdere bevindingen uit het onderzoek van Kuk et al., (2017). Ervaren barrières tot het stimuleren van gedrag komen terug in alle vier de aspecten van de MAINtAIN-Barriers. De hoogst ervaren barrières hebben betrekking tot (a) de bewoners, (b) de familie/mantelzorgers van de bewoners en (c) met de organisatorische en economische context. Dit komt eveneens overeen met de verwachtingen uit eerdere onderzoeken (Kuk et al., 2017) en (Benjamin, Edwards, Ploeg, & Legault, 2014).

Een andere verwachting was dat medewerkers voornamelijk barrières zouden ervaren die te maken hebben met de bewoners & familie, bijvoorbeeld dat zij de verwachting hadden dat bewoners niet in staat zijn om fysieke activiteit uit te voeren. Uit de resultaten blijkt dat barrières die te maken hebben met de familie juist het grootst zijn. Dit komt overeen met een artikel van Starremans (2015).

Medewerkers geven aan dat zij zien dat bewegen een positief effect heeft en heerst er geen angst dat bewoners zich bezeren. De barrière dat medewerkers niet in staat zijn om de beweegactiviteit uit te voeren wordt in mindere mate genoemd. Respondenten geven aan het over het algemeen niet moeilijk te vinden om bewoners te stimuleren tot fysieke activiteit. Dit komt overeen met het TNO-onderzoek naar preventief bewegen in de zorginstelling (Wijlhuizen, Tak, & Chorus, 2011).

Er kan tevens geconcludeerd worden dat er geen significantie verschillen zijn in de ervaren beweegstimulatie en ervaren barrières tussen de drie functies; huiskamermedewerker, verzorgenden en verpleegkundigen. Dit kan komen doordat goed overleg (interdisciplinaire samenwerking) plaatsvindt tussen de verschillende expertises, maar ook doordat de leidinggevendenden beweegstimulatie belangrijk vinden. Interdisciplinaire samenwerking tussen de verschillende expertises helpt om de bewegingsgerichte zorg te creëren (van Keeken, van de Rakt &, van Keeken, 2019) en draagt om deze reden bij om de kwaliteit van de zorg te verbeteren voor de cliënt. Interdisciplinaire samenwerking is noodzakelijk geworden binnen de zorgsetting (Wiekens, & Jukema, 2019).

Op basis van de resultaten kan geconcludeerd worden dat er op twee punten een significant verschil is tussen de afdelingen. Deze significante verschillen komen voor bij (1) de stimulatie tot de uitvoer van HDL en (2) bij de ervaren barrières en factoren die te maken hebben met de professionals. Uit de analyse blijkt dat HDL minder gestimuleerd op de somatische zorg afdeling dan op de andere twee afdelingen. Dit lijkt in tegenspraak met een eerdere studie waar geconcludeerd werd dat er veel vergelijkingen zijn tussen (in-)activiteit van de bewoners en de rol van de verpleegkundigen/verzorgende van afdelingen gericht op somatische- en psychogeriatrische zorg (Den Ouden et al., 2017). De oorzaak kan zijn dat dit specifiek voor deze afdeling geldt en niet representatief is voor de organisatie zelf.

Sterke punten en beperkingen

Het onderzoek heeft een aantal sterke punten, om te beginnen bevat het meetinstrument een groot aandeel barrières die (mogelijk) van toepassing zijn. Hierdoor kan aangenomen worden dat veel voorkomende barrières gemeten zijn. (Kuk et al., 2017). Deze bieden concrete aangrijpingspunten voor de praktijk. Binnen dit onderzoek is er onderscheidt gemaakt in de verschillende functies en afdelingen binnen de Liemerij. Om deze reden kunnen waardevolle vergelijkingen getrokken worden uit dit onderzoek. Ook kan geconcludeerd worden dat het een valide onderzoek is: Uit de Cronbach's Alpha van alle items, na dat deze gespiegeld zijn, blijkt dat de interne betrouwbaarheid $\alpha = 0,811$.

Daarnaast bevat dit onderzoek ook beperkingen. De data verzameling van dit onderzoek heeft plaatsgevonden in een periode waarin veel maatregelen waren rondom de Covid-19 pandemie, o.a. in verzorgingshuizen. Medewerkers van verzorgingshuizen kregen te maken met veel restricties, een veranderde werkomgeving en een hogere (emotionele) werkdruk waardoor de betrouwbaarheid en het responspercentage (27%) minder kan zijn geweest dan wanneer de data verzameling in een periode voor óf na de Covid-19 pandemie plaats zou vinden. De grootte van de steekproef is relatief klein; de resultaten kunnen om deze reden mogelijk niet geïnterpreteerd worden naar het landelijke niveau. Tevens bestaat het meetinstrument voor een deel uit vragen over het eigen functioneren. Respondenten kunnen zichzelf, al dan niet bewust, in een positiever daglicht plaatsen wanneer het gaat om ervaren beweegstimulering en ervaren barrières (Kuk et al., 2015).

Aanbevelingen voor onderzoek en praktijk

Ten eerste wordt aanbevolen om een grotere steekproef te gebruiken voor vervolgonderzoek. Om de betrouwbaarheid van de resultaten te optimaliseren. Binnen dit vervolgonderzoek is het wenselijk om een zo groot mogelijke respons te behalen. Dit kan gestimuleerd worden door zelf op de locatie aanwezig te zijn om medewerkers actiever tot deelname uit te nodigen. Ten tweede wordt aanbevolen om een longitudinaal uit te voeren met verschillende meetmomenten om te onderzoeken of ervaren gedrag veranderd en of de verschillen groter/kleiner worden tussen de diverse functies. Om het onderzoek sterker en betrouwbaarder te maken kunnen de bewoners van verzorgingshuizen ook bevraagd worden in hoeverre zij zelf stimulering tot ADL, HDL en AA ervaren indien dit mogelijk is en of zij dezelfde barrières ervaren vanuit de medewerkers. De onderzoeker kan ook een observatieonderzoek starten op de afdelingen om zodoende te achterhalen of de resultaten uit de MAINtAIN de observaties ondersteunen of juist tegenspreken. Om het gedrag van de medewerkers te veranderen en de zorg voor de bewoners te verbeteren, is het belangrijk om de meest beperkende barrières in kaart te brengen. Wanneer deze barrières in kaart zijn gebracht, is het van belang dat gebruik wordt gemaakt van passende en accurate strategieën om deze barrières te verminderen en om facilitators te versterken. Hiervoor kan de TIP-Toolbox worden overwogen. De TIP-Toolbox is ontwikkeld door onderzoekers van de Maastricht University, deze onderzoekers hebben ook de MAINtAIN vragenlijst ontwikkeld. Met behulp van deze Toolbox kan op een laagdrempelige manier een beweeginnovatie geïmplementeerd worden in verzorgingshuizen. De TIP-Toolbox en de MAINtAIN vragenlijst zijn samenhangend en bieden op de diverse uitkomsten van het meetinstrument concrete acties en strategieën om bijvoorbeeld de barrières te verlagen of bevorderende factoren te versterken. (Kuk, Zijlstra, Bours, Hamers, & Kempen, 2017).

Literatuur

Benjamin, K., Edwards, N., Ploeg, J., & Legault, F. (2014). Barriers to Physical Activity and Restorative Care for Residents in Long-Term Care: A Review of the Literature. *Journal of Aging and Physical Activity*, 22(1), 154–165. <https://doi.org/10.1123/japa.2012-0139>

Centraal Bureau voor de Statistiek. (2018, 18 december). *Prognose: 18 miljoen inwoners in 2029*. Geraadpleegd op 5 februari 2020, van <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2018/51/prognose-18-miljoen-inwoners-in-2029>

Centraal Bureau voor de Statistiek. (2020, 27 maart). *Aantal bewoners van verzorgings- en verpleeghuizen 2019*. Geraadpleegd op 10 april 2020, van <https://www.cbs.nl/nl-nl/maatwerk/2020/13/aantal-bewoners-van-verzorgings-en-verpleeghuizen-2019>

den Ouden, M., Bleijlevens, M. H. C., Meijers, J. M. M., Zwakhalen, S. M. G., Braun, S. M., Tan, F. E. S., & Hamers, J. P. H. (2015). Daily (In)Activities of Nursing Home Residents in Their Wards: An Observation Study. *Journal of the American Medical Directors Association*, 16(11), 963–968. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2015.05.016>

den Ouden, M., Kuk, N. O., Zwakhalen, S. M. G., Bleijlevens, M. H. C., Meijers, J. M. M., & Hamers, J. P. H. (2017). The role of nursing staff in the activities of daily living of nursing home residents. *Geriatric Nursing*, 38(3), 225–230. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2016.11.002>

Edvardsson, D., Petersson, L., Sjogren, K., Lindkvist, M., & Sandman, P.-O. (2013). Everyday activities for people with dementia in residential aged care: associations with person-centredness and quality of life. *International Journal of Older People Nursing*, 9(4), 269–276. <https://doi.org/10.1111/opn.12030>

Forster, A., Lambley, R., Hardy, J., Young, J., Smith, J., Green, J., & Burns, E. (2009). Rehabilitation for older people in long-term care. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1–38. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd004294.pub2>

Gezondheidsraad. (2017). *Veel gezondheidswinst te behalen door meer te bewegen*. Geraadpleegd van <https://www.gezondheidsraad.nl/documenten/adviezen/2017/08/22/beweegrichtlijnen-2017>

Kuk, N. O., Zijlstra, G. A. R., Bours, G. J. J. W., Hamers, J. P. H., & Kempen, G. I. J. M. (2015). Development and usability of the MAINTAIN, an inventory assessing nursing staff behavior to optimize and maintain functional activity among nursing home residents: a mixed-methods approach. *BMC Health Services Research*, 16(1), 16–38. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1288-7>

Kuk, N. O., Zijlstra, G. A. R., Bours, G. J. J. W., Hamers, J. P. H., Tan, F. E. S., & Kempen, G. I. J. M. (2017). Promoting Functional Activity Among Nursing Home Residents: A Cross-Sectional Study on Barriers Experienced by Nursing Staff. *Journal of Aging and Health*, 30(4), 605–623. <https://doi.org/10.1177/0898264316687407>

Kuk, NO, Zijlstra, GAR, Bours, GJJW, Hamers, JPH, Kempen, GIJM. (2017). TIP-toolbox: Toolbox voor het implementeren van een (beweeg)innovatie in verpleeghuizen. Maastricht: Maastricht University.

Nederlandse Zorgautoriteit. (2018). *Zorg voor ouderen 2018*. Geraadpleegd van <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2018/04/19/monitor-zorg-voor-ouderen-2018>

Resnick, B., Galik, E., & Boltz, M. (2013). Function Focused Care Approaches: Literature Review of Progress and Future Possibilities. *Journal of the American Medical Directors Association*, 14(5), 313–318. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2012.10.019>

Resnick, B., Petzer-Aboff, I., Galik, E., Russ, K., Cayo, J., Simpson, M., & Zimmerman, S. (2008). Barriers and Benefits to Implementing a Restorative Care Intervention in Nursing Homes. *Journal of the American Medical Directors Association*, 9(2), 102–108. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2007.08.011>

Resnick, B., Simpson, M., Galik, E., Bercovitz, A., Gruber-Baldini, A. L., Zimmerman, S., & Magaziner, J. (2006). Making a Difference: Nursing Assistants' Perspectives of Restorative Care Nursing. *Rehabilitation Nursing*, 31(2), 78–86. <https://doi.org/10.1002/j.2048-7940.2006.tb00131.x>

Sassen, B. (2016). *Gezondheidsbevordering en zelfmanagement door paramedici* (4th 2016 ed.). Houten, Nederland: Bohn Stafleu van Loghum.

Starremans, S. (2015). Hoe krijg je ouderen in beweging? *BijZijn-XL*, 2015(10). Geraadpleegd van <https://link-springer-com.ru.idm.oclc.org>

van Haaren, E. (2014). Bewegen stimuleren in verpleeg- en verzorgingshuis. *Bijzijn XL*, 7(1), 8–14. <https://doi.org/10.1007/s12632-014-0098-6>

van Keeken, E., van de Rakt, J., & van Keeken, P. (2019). Bewegingsgerichte zorg bij ouderen. *Nurse Academy*, (4). Geraadpleegd van <https://www.researchgate.net>

Wiekens, C., & Jukema, J. (2019). *Healthy ageing* (1ste editie). Bussum, Nederland: Coutinho.

Wijlhuizen, G. J., Tak, E. C. P. M., & Chorus, A. M. J. (2011). *Preventief bewegen in instellingen in de ouderenzorg*. Geraadpleegd van <https://www.tno.nl/media/1278/2011-008-preventief-bewegen-in-instellingen-in-de-ouderenzorg-def.pdf>

World Health Organization. (2015). *World report on Ageing and Health*. Geraadpleegd van https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186463/9789240694811_eng.pdf?sequence=1

Zantinge, E. M., van der Wilk, E. A., van Wieren, S., & Schoemaker, C. G. (2011). *Gezond ouder worden in Nederland*. Geraadpleegd van <https://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/270462001.pdf>

Bijlage 1: Volledige vragenlijst

Meetinstrument Reinout van der Vinden

Goedendag,

Hierbij de aangekondigde vragenlijst omtrent het bewegen van bewoners.

Graag nodig ik u uit om deze vragenlijst in te vullen. Deze vragenlijst duurt +/- 10 minuten.

Ik wil benadrukken dat deze vragenlijst volledig anoniem is en er géén foute antwoorden zijn. Het gaat er om wat u vindt.

Alvast bedankt voor uw tijd en voor het invullen van deze vragenlijst!

Met vriendelijke groet,

Reinout van der Vinden

1. *Wat is uw geslacht?*

A man

B vrouw

C Deel ik liever niet

2. *Op wat voor afdeling werkt u?*

A Psychogeriatrische zorg

B Somatische zorg

C Revalidatie

D Psychiatrische zorg

3. *Wat is uw functie?*

A Huiskamermedewerker

B Verzorgende

C Verpleegkundige

4. *Wat is uw leeftijd?*

(antwoord in jaren)

5. *Hoeveel werkervaring heeft u?*

(antwoord in jaren)

6. *Hoeveel uur per week werkt u?*

(antwoord in uren)

MAINTAIN-Behaviors (Alle antwoorden worden op een 9 punt schaal beantwoord waarbij 1=nooit en 9=altijd.

7. *ADL Algemeen; Op mijn afdeling...*

1. ...volgen we kritisch in hoeverre bewoners in staat zijn om ADL activiteiten zelf uit te voeren

2.moedigen we bewoners aan de activiteiten van het dagelijks leven (ADL) voor zover mogelijk zelf uit te voeren.

3. ...bespreken we met bewoners of zij aangepaste hulpmiddelen nodig hebben bij het eten.

4. ...geven we complimenten aan bewoners wanneer ze zich zelfstandig aan- en uitkleden.

5. ...bespreken we met bewoners* wat voor hulpmiddelen zij nodig hebben om zoveel mogelijk zelf hun kleding aan te trekken.

6. ...volgen we kritisch in hoeverre bewoners zichzelf kunnen verplaatsen.

7. ...worden bewoners aangemoedigd zich zelfstandig te verplaatsen (bijvoorbeeld naar de huiskamer, het toilet, dagactiviteiten).

8. ...leggen we hulpmiddelen voor het wassen/douchen klaar, zodat bewoners zich zo zelfstandig mogelijk kunnen wassen.

8. HDL; Op mijn afdeling..

9. ...smeren we het brood voor bewoners, ook al kunnen ze het zelf.
10. ...stimuleren we bewoners om te helpen bij het dekken of afruimen van de tafel.
11. ...maken we het bed op voor bewoners, ook al kunnen ze dit (deels) zelf.
12. ...stimuleren we bewoners om hun eigen kleding op te vouwen of op te bergen.
13. ...stimuleren we bewoners om licht huishoudelijk werk te doen (bijvoorbeeld het schoonmaken van de slaapkamer en woonkamer, het schoonmaken van de placemats, het doen van de afwas).
14. ...bespreken we met bewoners* waarmee ze in het huishouden kunnen helpen.

9. Algemene activiteiten; Op mijn afdeling...

15. ...stimuleren we bewoners om deel te nemen aan georganiseerde activiteiten waarbij ze lichamelijk actief zijn (zoals wandelen, (rolstoel)dansen).
16. ...bespreken we met bewoners* wat voor activiteiten (ADL, HDL en sociale activiteiten) ze vroeger deden en deze proberen we vast te houden.
17. ...moedigen we familie/mantelzorgers aan om bewoners alleen te helpen als deze iets niet zelf kunnen.
18. ... is het stimuleren van beweging een onderdeel van het zorgleefplan.
19. ...bespreken we met bewoners wat voor activiteiten (ADL, huishoudelijke activiteiten) ze graag zelf uit willen voeren.

MAINTAIN-Barriers

In de volgende stellingen wordt gesproken over het stimuleren van bewegen bij bewoners. Met 'bewegen' of 'activiteiten' bedoelen wij hier het door bewoners uitvoeren van de activiteiten van het dagelijks leven (ADL) of huishoudelijke activiteiten van het dagelijks leven (HDL).

ADL: activiteiten als wassen, aankleden, toiletgang, verplaatsen op de afdeling en eten.

HDL: activiteiten als het klaarmaken van het ontbijt en de lunch, schoonmaken, tafeldekken en afwassen.

Kunt u bij de volgende vragen of stellingen telkens aangeven welk antwoord het beste past bij hoe het er doorgaans aan toe gaat op uw afdeling? Kruis bij elke vraag slechts één rondje aan. Er zijn geen goede of foute antwoorden, het gaat erom wat u vindt.

10. 2.1 Factoren die te maken hebben met de bewoner & familie: kenmerken die van invloed zijn op uw werk (1= helemaal oneens, 9= helemaal eens).

1. Het is voor bewoners op mijn afdeling niet relevant om zelfstandig ADL activiteiten (zoals wassen
2. Bewoners op mijn afdeling zijn niet in staat om de ADL zelfstandiger uit te voeren dan ze nu doen. en aankleden) uit te voeren.
3. Ik zie dat het stimuleren van bewegen een positief effect heeft op bewoners.

11.2.1 Factoren die te maken hebben met de bewoner & familie: kenmerken die van invloed zijn op uw werk (1= nooit, 9= altijd).

4. Bewoners zijn bang om zelf te lopen.
5. Bewoners vragen om hulp bij ADL activiteiten (zoals eten, wassen) omdat ze dan extra aandacht krijgen.
6. Bewoners en/of familie verwachten dat het verzorgend en verplegend personeel activiteiten overneemt die de bewoner zelf nog kan uitvoeren.
7. Bewoners willen activiteiten (zoals zichzelf wassen, zichzelf voortbewegen in een rolstoel) niet zelf uitvoeren, zelfs als ze dit nog wel kunnen.
8. Bewoners op mijn afdeling vinden het heel normaal om verplaatst te worden in plaats van dit zelf te doen.

12. 2.2 Factoren die te maken hebben met professionals: wat u en uw collega's ervaren (1= nooit, 9= altijd).

9. Op mijn afdeling vinden we het belangrijker dat we het werk zo organiseren dat dat bewoners op tijd klaar zijn, dan dat zij zelfstandig de ADL (zoals eten, wassen) uitvoeren.

10. Ik ben bang dat bewoners zich bezeren als ik hen stimuleer om zelf te lopen.

13. 2.2 Factoren die te maken hebben met professionals: wat u en uw collega's ervaren (1= helemaal oneens, 9= helemaal eens).

11. Het is vooral de verantwoordelijkheid van de fysiotherapeut/ergotherapeut om bewoners te stimuleren activiteiten uit te voeren.

12. Op mijn afdeling vinden we het belangrijk om bewoners te stimuleren zoveel mogelijk zelfstandig de ADL (zoals verplaatsen, eten, wassen) uit te voeren.

13. Op mijn afdeling vinden we het onze taak om familie/mantelzorgers te informeren over het belang van het door bewoners zelfstandig uitvoeren van activiteiten.

14. Ik verwacht dat het stimuleren van ADL en HDL activiteiten geen effect heeft op hoe bewoners functioneren.

15. Op mijn afdeling beschikken we over voldoende expertise om bewoners te stimuleren zo zelfstandig mogelijk de ADL (zoals wassen, verplaatsen) uit te voeren.

16. Het stimuleren van het zo zelfstandig mogelijk uitvoeren van ADL-activiteiten bij bewoners zorgt ervoor dat ik minder tijd heb voor andere dingen.

17. Ik vind het moeilijk om bewoners te stimuleren om meer te bewegen.

18. Als ik wil, ben ik in staat om bewoners zelfstandig ADL activiteiten (zoals eten en wassen) uit te laten voeren.

14. 2.3 Factoren die te maken hebben met de sociale omgeving: hoe wordt er gewerkt binnen het team (1=helemaal oneens, 9=helemaal eens).

19. Op mijn afdeling is de samenwerking met deskundigen (bijvoorbeeld een ergo- of fysiotherapeut) niet goed genoeg om bewoners te ondersteunen om zo zelfstandig mogelijk de ADL uit te voeren.

20. Ik kan op voldoende steun van mijn collega's rekenen als ik bewoners zoveel mogelijk zelfstandig ADL en HDL activiteiten uit laat voeren.

15. 2.3 Factoren die te maken hebben met de sociale omgeving: hoe wordt er gewerkt binnen het team (1=nooit, 9=altijd).

21. Mijn direct leidinggevende geeft aan het stimuleren van beweging en het door bewoners zo zelfstandig mogelijk uitvoeren van ADL en HDL activiteiten belangrijk te vinden.

22. Ik spreek mijn collega's aan als ik zie dat ze activiteiten overnemen die bewoners zelf nog kunnen uitvoeren

23. Wij overleggen binnen het team hoe we bewoners aan kunnen zetten tot het zo zelfstandig mogelijk uitvoeren van ADL en HDL activiteiten.

24. Mijn collega's verwachten van mij dat ik bewoners stimuleer om te helpen bij huishoudelijke activiteiten.

25. Op mijn afdeling nemen we uit gewoonte ADL en HDL handelingen (zoals het smeren van brood) van bewoners over.

16. 2.4 Factoren die te maken hebben met uw organisatie: hoe gaat het er aan toe in uw verpleeghuis (1= helemaal oneens, 9= helemaal eens)

- 26. Mijn organisatie is er niet op ingesteld om bewoners te betrekken bij het doen van huishoudelijke activiteiten (zoals het bereiden van de maaltijd, het schoonmaken van de kamer).
- 27. In mijn organisatie zijn voldoende mensen aanwezig met kennis over het stimuleren van bewegen en het zelfstandig uitvoeren van activiteiten door bewoners.
- 28. Mijn organisatie biedt de mogelijkheid tot het volgen van interne of externe cursussen waarin aandacht is voor het stimuleren van beweging bij bewoners.
- 29. In mijn organisatie ontbreken afspraken of richtlijnen over hoe we bewoners kunnen stimuleren om te bewegen
- 30. De organisatie heeft voldoende middelen (zoals geld of voorzieningen) om verzorgenden en verpleegkundigen in staat te stellen om bewoners te stimuleren te bewegen.
- 31. In mijn organisatie heeft het stimuleren van bewegen een hoge prioriteit.
- 32. Er is structureel te weinig personeel aanwezig om bewoners te kunnen stimuleren om zo zelfstandig mogelijk ADL activiteiten (zoals eten en wassen) uit te voeren.
- 33. Er is voldoende tijd om bewoners zelf ADL activiteiten (zoals wassen, eten, aankleden) uit te laten voeren.