

# ***KNGF–Standpunt***

## **Beweegziekenhuizen**

Versie 1.0 / februari 2021

## **KNGF-Standpunt Bewegziekenhuizen**

Versie 1.0 / februari 2021

## Inhoud

### Inleiding 5

#### Deel 1 Achtergrond 8

- 1.1 Fysieke inactiviteit 8
- 1.2 Impact van fysieke inactiviteit tijdens een ziekenhuisopname 9
- 1.3 Verklaring voor fysieke inactiviteit tijdens een ziekenhuisopname 10
- 1.4 Meerwaarde van een beweegziekenhuisproject 11

#### Deel 2 Project 15

- 2.1 Wat is een beweegziekenhuis? 15
- 2.2 Hoe start je een eigen beweegziekenhuisproject? 16
- 2.3 Voor wie doe je een beweegziekenhuisproject? 17
- 2.4 Wat wil je bereiken? 18
- 2.5 Hoe werk je naar de stip op de horizon? 18
- 2.6 Wanneer wil je je doelen bereiken? 19
- 2.7 Wie betrek je bij een beweegziekenhuisproject? 19
- 2.8 Hoe krijg je tijd voor een beweegziekenhuisproject? 21
- 2.9 Hoe financier je een beweegziekenhuisproject? 22
- 2.10 Hoe borg je de kwaliteit? 23
- 2.11 Wat zijn de risico's? 23

#### Deel 3 Interventies 25

- 3.1 De selectie van de interventie(s) 25
- 3.2 Interventies die zijn gericht op mensen 29
  - 3.2.1 Interventies die zijn gericht op het individu 30
  - 3.2.2 Interventies die zijn gericht op het microsysteem 32
  - 3.2.3 Interventies die zijn gericht op het mesosysteem 35
  - 3.2.4 Interventies die gericht zijn op het exosysteem 36
  - 3.2.5 Interventies die gericht zijn op het macrosysteem 37
  - 3.2.6 Interventies die zijn gericht op het chronosysteem 37
- 3.3 Interventies die zijn gericht op materialen 38
  - 3.3.1 Inventariseren van beschikbare materialen 38
  - 3.3.2 Aanschaffen van nieuwe producten en materialen 38
  - 3.3.3 Inzetten van beschikbare en nieuwe materialen 40
- 3.4 Interventies die zijn gericht op de inrichting van de gebouwde omgeving 40
  - 3.4.1 Interventies die zijn gericht op de patiëntenkamer 41
  - 3.4.2 Interventies die zijn gericht op de verpleegafdeling 42
  - 3.4.3 Interventies die zijn gericht op het ziekenhuis 43
  - 3.4.4 Interventies die zijn gericht op het kantoor van de medewerkers 44

#### Deel 4 Implementatie en borging 45

- 4.1 Hoe implementeer je een beweegziekenhuisproject? 45
  - 4.1.1 Welke fasen doorloop je voor een vernieuwing? 46
  - 4.1.2 Welke fasen doorloop je voor een gedragsverandering? 46
- 4.2 Hoe monitor je de implementatie? 48
  - 4.2.1 Procesevaluatie 48
  - 4.2.2 Effectevaluatie 49
  - 4.2.3 Evaluatiemethoden 50
- 4.3 Kwaliteitsindicatoren 52
- 4.4 Hoe borg je een beweegziekenhuisproject? 52

**Dankwoord** 54

**Referenties** 55

**Bijlagen**

Bijlage 1	Flowchart van de methodiek	59
Bijlage 2	Nederlandse initiatieven	60
Bijlage 3	Barrières voor fysieke activiteit tijdens een ziekenhuisopname	65
Bijlage 4	Vroege Health Technology Assessment analyse	67
Bijlage 5	Format projectplan	69
Bijlage 6	Voorbeeld van patiëntenpersona's	74
Bijlage 7	Voorbeelden van interventies	75
Bijlage 8	Klein oefenmateriaal, medische hulpmiddelen, transfer- en loophulpmiddelen	84
Bijlage 9	Format implementatieplan	85
Bijlage 10	Observatie volgens methode Radboudumc	97
Bijlage 11	Observatie volgens methode UMC Utrecht	100
Bijlage 12	Indicatoren	102
Bijlage 13	Borgingschecklist	107

## Inleiding

Tijdens een ziekenhuisopname liggen patiënten gemiddeld meer dan 80% van de tijd in bed (Fazio 2020). Deze fysieke inactiviteit is medisch gezien vaak onnodig en gerelateerd aan de cultuur en structuur van ziekenhuiszorg (Andreasen 2018; Koenders 2019a). Omdat onnodige fysieke inactiviteit tijdens ziekenhuisopname bij patiënten leidt tot een afname in onder andere spierkracht, dagelijks functioneren en zelfstandigheid, wordt er ook wel gesproken van te voorkomen 'ziekenhuisopname-gerelateerde schade' (Covinsky 2011). De afgelopen tien jaar zijn zowel in Nederland (Oliver 2017) als daarbuiten (Liu 2018) initiatieven ontplooid die tot doel hadden deze inactiviteit te verminderen met, doorgaans, als focus het voorkomen van onnodige bedrust en fysieke inactiviteit en de negatieve effecten daarvan op het fysiek en mentaal functioneren van patiënten (Brown 2009; Zisberg 2011). Interventies die binnen deze initiatieven ingezet worden, kunnen primair gericht zijn op personen (bijv. gedragsverandering), maar ze kunnen ook gericht zijn op materialen of op de omgeving, bijvoorbeeld het aanpassen van de inrichting of bouw van het ziekenhuis om zo meer beweging uit te lokken.

Om in Nederland te komen tot een gezamenlijke aanpak is de 'Expertgroep Beweegziekenhuizen' opgericht door de voorlopers op dit gebied: Amsterdam UMC, Deventer Ziekenhuis, Diaconessenhuis, Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC), Maastricht UMC+ (MUMC+), Radboudumc, UMC Utrecht en Ziekenhuis Gelderse Vallei. Binnen deze expertgroep is veel praktische en wetenschappelijke kennis vergaard over het verminderen van onnodige fysieke inactiviteit en de iatrogene schade die aan inactiviteit is gekoppeld.

De expertgroep heeft in samenwerking met de Nederlandse Vereniging voor Ziekenhuisfysiotherapie (NVZF) de cursus 'Beweegziekenhuizen' ontwikkeld, die inmiddels is gevolgd door een grote groep fysiotherapeuten uit ziekenhuizen. Tijdens de cursus bleek de behoefte te bestaan aan een praktijkgericht document met handvatten en aanbevelingen voor fysiotherapeuten om het ziekenhuis waarin zij werken te transformeren naar een beweegziekenhuis. Deze behoefte heeft geleid tot het opzetten van een werkgroep, als onderdeel van het programma 'Intramuraal' van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF), die voorliggend 'Standpunt Beweegziekenhuizen' heeft ontwikkeld. Het Standpunt berust op wetenschappelijke inzichten (evidence-based), en op praktijkinformatie en opinies van fysiotherapeuten (*best-practice*).

## Betrokkenen

Het KNGF–Standpunt Beweegziekenhuizen is ontwikkeld op initiatief van het KNGF in samenwerking met onderzoekers van 'IQ healthcare' (Radboudumc) en met ondersteuning van de 'Expertgroep Beweegziekenhuizen', diverse projectleiders beweegziekenhuizen uit Nederlandse ziekenhuizen en de NVZF.

De leden van de werkgroep en klankbordgroep zijn hierna op alfabetische volgorde weergegeven.

Welke projectleiders zijn geïnterviewd staat in bijlage 2.

Werkgroep	
Rafael Brouwer, MSc	Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF)
Bouwien Douwes, MSc	Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF)
Dr. Thomas J. Hoogeboom	Radboud Institute for Health Sciences, IQ healthcare, Radboudumc
Emily Klooster, MSc	Radboud Institute for Health Sciences, IQ healthcare Radboudumc / afdeling Revalidatie, Deventer Ziekenhuis
Prof. dr. Philip J. van der Wees	Radboud Institute for Health Sciences, IQ healthcare / afdeling Revalidatie, Radboudumc

Klankbordgroep	
Prof. dr. Rob A. de Bie	Hoogleraar Physiotherapy Research, Universiteit Maastricht, Maastricht
Yvonne Geurts	Projectleider 'Beter uit bed', afdeling Revalidatie, Radboudumc
Niek Koenders, MSc	Promovendus 'Beter uit bed', afdeling Revalidatie, Radboudumc
Dr. Marc B. Rietberg	Paramedisch manager en onderzoeker, Amsterdam UMC, locatie VUmc / Voorzitter Fysiotherapie Universitaire Medische Centra (F-UMC)
Marleen Scholtens, MSc	Bestuurslid Nederlandse Vereniging voor Ziekenhuisfysiotherapie (NVZF) / Paramedisch manager, Amsterdam UMC, locatie AMC
Dr. Karin Valkenet	Projectleider 'UMCU in Beweging', afdeling Revalidatie, Fysiotherapiewetenschap en Sport, UMC Utrecht

## Methode

Het Standpunt Bewegziekenhuizen is ontwikkeld volgens de methodiek van Bowes (2018). Deze methodiek is door de werkgroep aangepast om aan te sluiten bij de kennishiaten op het gebied van bewegziekenhuizen (bijlage 1). De gekozen methode omvat zes stappen.

### Stap 1. Systematisch literatuuronderzoek

De werkgroep heeft de volgende vier onderzoeksvragen geformuleerd:

- Wat is de impact van fysieke inactiviteit tijdens een ziekenhuisopname?
- Welke factoren zijn gerelateerd aan fysieke inactiviteit tijdens een ziekenhuisopname?
- Welke ideeën, gedachten en overtuigingen bestaan er bij patiënten en zorgverleners ten aanzien van fysieke (in)activiteit tijdens een ziekenhuisopname?
- Wat zijn de patiëntgerelateerde en ziekenhuisgerelateerde effecten van beweegprogramma's (mono- en multidimensionaal) tijdens een ziekenhuisopname?

Voor het beantwoorden van deze vragen zijn vervolgens vier *rapid systematic reviews* (Kaltenthaler 2016) uitgevoerd. Hiertoe zijn eerst de relevante literatuurstudies geïdentificeerd. Vervolgens is gezocht naar RCT's die gepubliceerd zijn ná de publicatie van de meest recente literatuurstudie die werd gevonden.

### Stap 2. Inventarisatie van (de behoeften ten aanzien van) beweegziekenhuisprojecten

Allereerst is onder de leden van de expertgroep geïnventariseerd aan welke informatie fysiotherapeuten die een beweeginitiatief in hun ziekenhuis (gaan) introduceren, behoefte hebben. De uitkomsten van deze inventarisatie hebben geleid tot de hoofdstukindeling van het Standpunt. Vervolgens heeft de werkgroep onder de leden van de expertgroep en de fysiotherapeuten die deelnamen aan de cursus Bewegziekenhuizen, geïnventariseerd in welke Nederlandse ziekenhuizen al initiatieven zijn ontplooid om lichamelijke activiteit bij patiënten te stimuleren en onnodige fysieke inactiviteit bij hen te voorkomen. Vervolgens heeft de werkgroep de projectleiders van deze 37 initiatieven benaderd met de vraag of zij mee wilden werken aan een interview over de in hun ziekenhuis lopende projecten. Uiteindelijk is bij projectleiders uit 24 ziekenhuizen een interview afgenomen.

### Stap 3. Kwalitatieve en kwantitatieve evaluatie in de lokale context

Aan de hand van de interviews heeft de werkgroep een kwalitatieve analyse uitgevoerd om te achterhalen welke beweegin interventies, en implementatie- en borgingsstrategieën tot nu toe in ziekenhuizen werden toegepast, welke stakeholders tot nu toe bij projecten betrokken waren en welke factoren faciliterend dan wel belemmerend hadden gewerkt in de lokale ziekenhuiscontext. Ook heeft de werkgroep geanalyseerd welke aspecten de projectleiders belangrijk vonden voor het Standpunt.

Synchroon aan de ontwikkeling van het Standpunt is er in het Radboudumc (Klooster 2020; Koenders 2019b) een set kwantitatieve indicatoren ontwikkeld, die fysiotherapeuten in de praktijk kunnen inzet-

ten om: 1) te onderzoeken of een lokaal beweegzorgproject noodzakelijk is, en zo ja, 2) de inhoud van een lokaal beweegzorgproject te bepalen en 3) achteraf, de waarde van het project te evalueren.

#### **Stap 4. Interpretatie van bevindingen literatuuronderzoek en interviews**

De resultaten uit de *rapid systematic reviews* en de interviews zijn door de werkgroep vertaald naar praktische, toepasbare standpunten en in de vorm van een online vragenlijst voorgelegd aan de geïnterviewden, de leden van de Expertgroep Beweegziekenhuizen en enkele bij het KNGF-programma 'Intramuraal' betrokken fysiotherapeuten. De antwoorden konden worden gescoord op een vijfpunts likertschaal (van 'helemaal eens' tot 'helemaal mee oneens'); in open velden konden verdere suggesties worden gegeven. De respons op deze vragenlijst was 72% ( $n = 36$ ).

#### **Stap 5. Formuleren van aanbevelingen**

Alle op bovenstaande wijze verkregen informatie heeft de werkgroep vervolgens gebruikt om een conceptversie van het Standpunt te ontwikkelen.

#### **Stap 6. Externe feedback op de conceptversie**

De werkgroep heeft aan verschillende partijen feedback gevraagd op de conceptversie. De conceptversie is ook voorgelegd aan de klankbordgroep ( $n = 6$ ). Deel 3 is door de leden van de 'Expertgroep Beweegziekenhuizen' getoetst en aangevuld. De feedback van de klankbordgroep, ten slotte, is gebruikt voor het ontwikkelen van de definitieve versie van het Standpunt.

**Nota bene** Het KNGF-Standpunt Beweegziekenhuizen is een leidraad met aanbevelingen en handreikingen voor de ziekenhuispraktijk en geen behandelrichtlijn. Het Standpunt is niet ontwikkeld volgens de KNGF-richtlijnenmethodiek\*.

\* Driehuis 2019

## Deel 1 Achtergrond

### Intro

Sedentair gedrag in ziekenhuizen werd tot voor kort als een normaal en onvermijdelijk gevolg van een ziekenhuisopname beschouwd. Daar komt verandering in. Ook al wint de inactiviteitsepidemie in het gewone leven nog steeds terrein, in ziekenhuizen is deze aan de verliezende hand. Beweegziekenhuisprojecten veroveren terrein. In dit hoofdstuk wordt de rationale daarachter besproken.

### 1.1 Fysieke inactiviteit

Er bestaat wereldwijd een trend van toenemend sedentair en inactief gedrag (Du 2019). Sedentair gedrag wordt gedefinieerd als zittende en (half)liggende activiteiten, waarbij weinig energie wordt verbruikt ( $\leq 1,5$  metabole equivalent (MET), zie tabel 1.1-1) (De Almeida Mendes 2018). De Nederlandse Beweegrichtlijn 2017 (Ministerie van VWS 2017) schrijft voor om minstens 150 minuten per week matig-intensief te bewegen, verdeeld over diverse dagen (bijvoorbeeld door te wandelen of te fietsen). Hieruit blijkt dat sedentair gedrag en fysieke inactiviteit (niet voldoen aan de beweegrichtlijn) twee aparte concepten zijn. Mensen kunnen voldoen aan de beweegnorm en tegelijkertijd hoog sedentair gedrag vertonen (bijvoorbeeld een sporter met een kantoorbaan). Wereldwijd neemt het aantal actieve minuten per dag af en tegelijkertijd neemt het aantal minuten dat men sedentair<sup>1</sup> doorbrengt alsnog toe (Du 2019). Deze trend bestaat ook in Nederland (TNO-Monitor 2013) en wordt – in ieder geval deels – veroorzaakt door inactief gedrag tijdens werk- en studie-uren en tv-kijken.

Het is al geruime tijd bekend dat onvoldoende lichaamsbeweging ernstige gezondheidsrisico's met zich meebrengt (Asher 1947). Mensen met een hoge mate van fysieke inactiviteit gaan achteruit in fysiek functioneren en hebben onder andere een verhoogde kans op hart- en vaatziekten, diabetes type 2, borst- en darmkanker en vroegtijdig overlijden (Asher 1947; Biswas 2015; Ministerie van VWS 2017; Ried-Larsen 2017; Vancampfort 2017). Naast het feit dat inactief gedrag risicoverhogend werkt op het ontwikkelen van chronische aandoeningen, hebben mensen met chronische aandoeningen (zoals artrose, reumatoïde artritis, oncologische aandoeningen en CVA) ook een verhoogde kans om inactief te zijn. Hierdoor lopen zij extra risico op verdere achteruitgang (Biswas 2015; Ried-Larsen 2017; Vancampfort 2017). Het tackelen van de fysieke inactiviteitsepidemie is een grote uitdaging, mede doordat sedentair gedrag en fysieke inactiviteit twee aparte problemen zijn, die leiden tot drie categorieën mensen: mensen die veel tijd sedentair doorbrengen (zittend of liggend), mensen die niet aan de beweegnorm voldoen (fysiek inactief zijn) en mensen die niet aan de beweegnorm voldoen én veel tijd sedentair doorbrengen (Wondergem 2020). De risico's van fysieke inactiviteit kunnen worden gereduceerd door minder tijd sedentair door te brengen, het sedentair gedrag regelmatig te onderbreken of door de sedentaire tijd te compenseren met matig- tot hoogintensieve fysieke activiteit. Het is belangrijk om te beseffen dat ter compensatie van één sedentaire dag ongeveer 60 tot 75 minuten activiteit nodig zijn (Ekelund 2016). Welke strategie het meest effectief is om de negatieve gevolgen van fysieke inactiviteit te doorbreken, verschilt van persoon tot persoon en is afhankelijk van iemands persoonskenmerken en van de fysieke mogelijkheden van die persoon (Benatti 2015). Naast intrinsieke factoren, zoals gezondheidsproblemen, zijn er ook extrinsieke factoren die bijdragen aan fysieke inactiviteit, zoals de fysieke (gebouwde) omgeving, die kan ontmoedigen om in beweging te komen. Deze extrinsieke factoren komen duidelijk naar voren tijdens een ziekenhuisopname.

<sup>1</sup> In dit document wordt in verband met de leesbaarheid de term fysieke inactiviteit gebruikt op plekken waar de inactiviteit zowel sedentair gedrag als het niet voldoen aan de beweegnorm betreft.



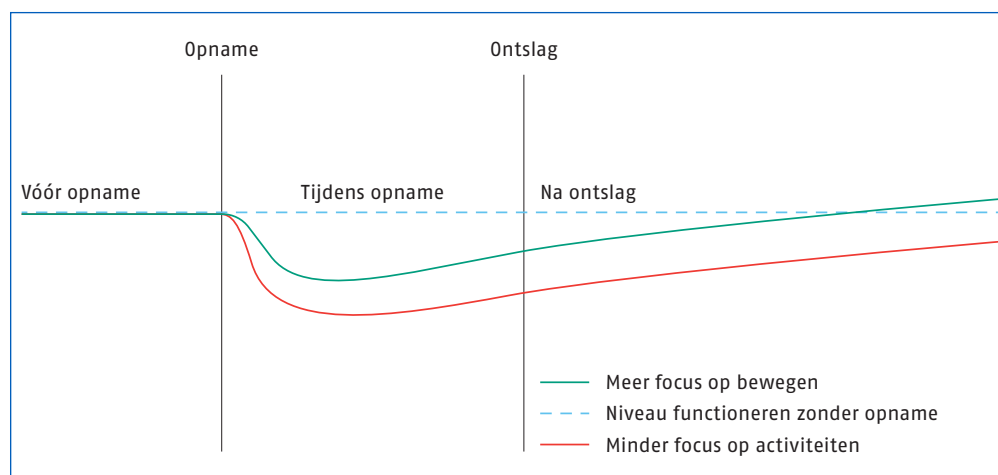
Tabel 1.1-1. MET's bij activiteiten tijdens ziekenhuisopname (Ministerie van VWS 2017)

Activiteiten tijdens ziekenhuisopname	MET's (Ainsworth 2011; De Almeida Mendes 2018)
stilliggen	1,0
zitten	1,0-1,3
staan	1,2-1,8
langzaam wandelen	2,0-3,0
langzaam traplopen	4,0-5,4

De metabole equivalent (MET) is een meeteenheid om de intensiteit van lichamelijke activiteit te definiëren in veelvoud van de benodigde energie in rust. Absolute intensiteit is ingedeeld in 'licht', 'matig' en 'zwaar'. 1 MET is het energieverbruik in rust.

## 1.2 Impact van fysieke inactiviteit tijdens een ziekenhuisopname

Voor het beschrijven van de mate van fysieke inactiviteit tijdens ziekenhuisopname en de gevolgen van die inactiviteit zijn vijf recent gepubliceerde literatuuronderzoeken (Abeles 2017; Hartley 2019; Kehler 2019; Ley 2019; Ried-Larsen 2017) gebruikt. Uit meerdere studies (Baldwin 2017; Fazio 2020) blijkt dat mensen die opgenomen zijn in het ziekenhuis gemiddeld 87 tot 100% van de tijd sedentair doorbrengen (liggend of zittend). Zelfs de mensen die mobiel zijn, liggen gedurende de opname gemiddeld 70 tot 82% van de dag in bed (Pedersen 2013; Ried-Larsen 2017). Bovendien blijkt het inactieve gedrag toe te nemen tijdens de eerste opnamedagen. Eerder onderzoek (Asher 1947) had ook al uitgewezen dat bedrust grote impact heeft op fysieke functie. Van de (oudere) volwassenen ervaart 30 tot 60% een achteruitgang in ADL-onafhankelijkheid na ziekenhuisopname. Een aanzienlijk deel van deze achteruitgang is te wijten aan iatrogene letsel (Sourdet 2015). De hoge mate van fysieke inactiviteit tijdens een ziekenhuisopname heeft niet alleen aantoonbaar negatief effect op anatomisch en fysiologisch vlak (Corcoran 1991), maar ook op psychisch functioneren (Asher 1947). Al in 1947 zijn negatieve effecten van bedrust aangetoond op het cardiovasculaire en het musculoskeletale systeem (botdichtheid, spierkracht en spiermassa) (Asher 1947; Hartley 2019). Ook versnelt langdurige bedrust het proces van veroudering en toename van kwetsbaarheid in hoge mate. Deze effecten zijn bevestigd in de meest recente systematische literatuurstudie op dit gebied (Kehler 2019). De achteruitgang op anatomisch en fysiologisch vlak resulteert vervolgens in een afname in functioneren, zelfredzaamheid en participatie tijdens en na de ziekenhuisopname (Ried-Larsen 2017) (schematisch weergegeven in figuur 1.2-1). Dit verlies is groter bij ouderen dan bij adolescenten (Buurman 2012; English 2010).



Figuur 1.2-1. De impact van fysieke activiteit op functioneren, tijdens ziekenhuisopname en na ontslag (gebaseerd op Ried-Larsen 2017)

Een overzicht van de gevolgen van fysieke inactiviteit tijdens een ziekenhuisopname staat in het volgende kader.

#### Fysieke inactiviteit tijdens een ziekenhuisopname

- Patiënten brengen gemiddeld 87 tot 100% van de tijd in het ziekenhuis door in bed (Baldwin 2017; Fazio 2020).
- Het overgrote merendeel van de patiënten heeft geen medische aanleiding om in bed te blijven (Brown 2009).
- 30 tot 60% van de (oudere) volwassenen ervaart achteruitgang in ADL-onafhankelijkheid na ziekenhuisopname.
- Verlies van spiermassa tijdens ziekenhuisopname is drie tot zes keer zo groot bij ouderen als bij adolescenten (Buurman 2012; English 2010).
- Adolescenten verliezen 100 tot 200 gram vetvrije massa per week als gevolg van bedrust, voornamelijk in de spieren die gebruikt worden bij staan en lopen (Baldwin 2017; Sourdet 2015).
- Bedrust resulteert in een afname van botdichtheid, vaatwandfunctie en bloedvatdiameter (Kehler 2019).
- Bedrust resulteert in verlies van  $VO_2$ -max, aerobe spiervezels, spierkracht, spieruithoudingsvermogen, en neuromusculaire controle van skeletale spieren (Corcoran 1991; Ley 2019; Pedersen 2013) en van het diafragma (Kortebein 2008; Nielsen 2003; Welvaart 2011).
- Bedrust resulteert in een afname van fysieke conditie en kwaliteit van leven (Kehler 2019).
- Bedrust resulteert in een toename van spieratrofie, vermoeidheid, cardiale atrofie en arteriële stijfheid (Kehler 2019).
- Bij oudere patiënten is fysieke inactiviteit tijdens ziekenhuisopname een van de aantoonbare oorzaken van iatrogene beperkingen, permanent verlies van functie en een langere opnameduur (Krell 2014; Sourdet 2015).

### 1.3 Verklaring voor fysieke inactiviteit tijdens een ziekenhuisopname

Door Koenders (2019a, 2020) zijn twee systematische reviews gepubliceerd over factoren die zijn geassocieerd met fysieke inactiviteit tijdens een ziekenhuisopname. Deze reviews zijn recentelijk geüpdatet. Voor patiënten zijn pijn en het gebruik van drains de grootste barrières om tijdens ziekenhuisopname meer fysiek actief gedrag te vertonen. Andere belemmerende factoren die patiënten noemen zijn: gebruik van een katheter, infuus of zuurstof, en de mate van fysieke onafhankelijkheid, maar ook de overtuigingen van patiënten spelen een rol (Koenders 2019a). De barrières variëren van 'onvoldoende stimulans vanuit zorgverleners' tot 'angst voor bewegen', en van 'niet willen mobiliseren in ziekenhuiskleding (OK-jasjes)' tot 'het gebrek aan materiaal om te kunnen bewegen', en van 'afremmen door familieleden' tot 'de omgeving die niet uitnodigt'. Uit een onderzoek van Zisberg (2018) bleek ook al dat de mindset van de patiënt belangrijk is. Bijna 50% van de ziekenhuispatiënten was het eens met de stelling '*Als ik ziek ben, moet ik in bed blijven*' en bijna 40% was het oneens met de stelling '*Wandelen in het ziekenhuis zal me helpen mijn functieniveau van voor de opname te behouden*'. Patiënten met een negatieve tot neutrale houding ten aanzien van mobiliteit hadden ruim drie keer meer kans om weinig fysiek actief te zijn dan patiënten met een positieve houding, ongeacht de mobiliteit voorafgaand aan en bij opname, de ernst van de ziekte, de verblijfsduur, de cognitieve functie en de leeftijd van de patiënt.

Zorgverleners rapporteren 52 barrières voor fysieke activiteit. Net als de patiënten spreken zorgverleners over factoren als 'een tekort aan materialen en tijd', maar ook noemen zij gebreken in de bestaande zorgcultuur en de fysieke inrichting van het ziekenhuis (Koenders 2020). Uit deze literatuurstudie kwam ook een relevante tegenstelling naar voren: patiënten spraken over onvoldoende stimulans vanuit de zorgverleners om te bewegen, terwijl zorgverleners inbrachten dat de patiënten onvoldoende gemotiveerd zijn om te bewegen.

Uit het onderzoek van Zisberg (2018) bleek verder dat artsen en fysiotherapeuten minder belemmeringen zien voor het invoeren van een beweegprogramma dan verpleegkundigen en –assistenten. Deze belemmeringen, evenals die van patiënten, zijn (in het Nederlands vertaald) opgenomen in bijlage 3.

#### 1.4 Meerwaarde van een beweegziekenhuisproject

Het effect van beweegziekenhuisprojecten is beschreven in de review van Seeger (2019). Deze review hebben wij geüpdatet om de effecten van mono- en multidimensionale beweegprogramma's tijdens een ziekenhuisopname op basis van gerandomiseerde studies nader in kaart te brengen. Dit is gedaan door deze kennisbron aan te vullen met systematisch literatuuronderzoek met een bredere scope op studiedesigns en beweeginterventies van Kosse (2013), Cortes (2019) en Smith (2020). Hierna worden deze aspecten onderbouwd en toegelicht.

##### Minder fysieke inactiviteit tijdens een ziekenhuisopname

Uit de systematische literatuurstudie van Seeger (2019) blijkt dat mono- en multidimensionale beweegprogramma's geen effect hebben op fysieke activiteit. De werkgroep heeft echter inzage gekregen in wetenschappelijke verslagen van het Radboudumc, UMC Utrecht en het LUMC, drie Nederlandse beweegziekenhuisprojecten, waaruit bleek dat introductie van de multidimensionale beweegprogramma's in deze ziekenhuizen wél geassocieerd is met een afname van fysieke inactiviteit bij patiënten tijdens hun ziekenhuisopname, al is de tijd dat patiënten door de inzet van zo'n programma fysiek actief zijn, nog beperkt: patiënten brachten na implementatie van het beweegprogramma minder tijd in bed door en meer tijd op de stoel. Het effect verschilde per afdeling en was niet op alle afdelingen significant. Het Radboudumc en UMC Utrecht zetten ook sedentaire tijd af tegen actieve tijd, en ook deze verschillen waren niet op alle afdelingen significant. De verschillen waren bovendien groter ten aanzien van de tijd die de patiënt zittend doorbracht.

In tabel 1.4-1 staan de veranderingen in het beweeggedrag die zijn gevonden door Potkamp-Kloppers (2020) (Radboudumc) en Van Delft (2020) (UMC Utrecht). Conijn (2020) onderzocht het beweegprogramma in het LUMC en vond dat patiënten die een multidimensionaal beweegprogramma volgden, op dag 6 van de ziekenhuisopname 41 minuten minder sedentair gedrag vertoonden dan patiënten die dat niet deden ( $p < 0,05$ ) (uitkomsten niet opgenomen in de tabel).

Tabel 1.4-1. Verschil in fysieke activiteit voor en na de multidimensionale beweegprogramma's in het Radboudumc (Potkamp-Kloppers 2020) en UMC Utrecht (Van Delft 2020). Sommige percentages overstijgen de 100 door afrondingsverschillen

Ziekenhuis en afdeling	Voor	Na
<b>Radboudumc – Cardiothoracale chirurgie</b>		
liggen	52%	40%
zitten	42%	47%
staan/lopen	6%	13%
<b>Radboudumc – Cardiologie</b>		
liggen	64%	46%
zitten	28%	44%
staan/lopen	8%	10%
<b>Radboudumc – Orthopedie/Traumatologie</b>		
liggen	53%	57%
zitten	42%	37%
staan/lopen	5%	6%

<b>UMC Utrecht – Cardiologie</b>		
liggen	51%	42%
zitten	39%	46%
staan/lopen	10%	12%
<b>UMC Utrecht – Cardiothoracale chirurgie</b>		
liggen	55%	47%
zitten	37%	41%
staan/lopen	8%	13%
<b>UMC Utrecht – Medische oncologie</b>		
liggen	69%	62%
zitten	22%	33%
staan/lopen	8%	5%
<b>UMC Utrecht – Hematologie</b>		
liggen	66%	57%
zitten	28%	35%
staan/lopen	7%	8%

### Medische complicaties

Bedrust leidt al na enkele dagen tot fysiologische veranderingen in het lichaam. Zo worden in het cardiovasculaire systeem binnen zeven dagen hemodynamische veranderingen zichtbaar (o.a. afname van de  $V_{O_2}$ -max, een verminderde vaatwandfunctie en afgenomen bloedvatdiameter), wat kan leiden tot een verhoogd risico op trombose, longembolieën en cardiovasculaire aandoeningen (Kehler 2019). Uit de systematische review van Cortes (2019) blijkt dat bij patiënten die deelnemen aan een beweegprogramma tijdens een ziekenhuisopname minder pulmonale embolieën voorkomen (5%) dan bij patiënten in de reguliere zorg (13%). Deze bevinding is bevestigd door de Mijlpaal-studie uit het VUMC. In het onderzoek van Van der Leeden (2016) is een statistisch-significante reductie gevonden in het optreden van postoperatieve pulmonale complicaties bij mensen die herstellende zijn van bovenbuikchirurgie na de implementatie van een strikt mobilisatieschema (4% versus 17% van voor de implementatie). Er lijkt dus overtuigend bewijs dat vroegtijdige mobilisatie het risico op postoperatieve pulmonale complicaties verkleint.

### Valincidenten

Uit verschillende systematische reviews (Seeger 2019; Cortes 2019; Kosse 2013) blijkt dat de implementatie van het beweegziekenhuisproject niet leidt tot een toename van valincidenten tijdens een ziekenhuisopname. In dit kader wordt door Seeger (2019) zelfs een mogelijke reductie van het aantal valincidenten gerapporteerd, of deze programma's nu met of zonder supervisie plaatsvonden (5 vallen per 126 patiënten bij reguliere zorg of 0 per 122 patiënten bij een beweegprogramma,  $p = 0,06$ ).

### Herstel van ziekte

Langdurige bedrust heeft een aantoonbaar negatief effect op de zelfredzaamheid en vermoeidheid van patiënten. Fysieke activiteit geldt als een marker voor functioneel herstel na een operatie (Abeles 2017). De resultaten van de systematische review van Seeger (2019) lijken het aannemelijk te maken dat fysieke activiteit tijdens een ziekenhuisopname de ADL-activiteit verbetert. Dit is echter tot op heden moeilijk om via wetenschappelijk onderzoek te onderbouwen door de plafondeffecten in de meetinstrumenten die ADL-vaardigheden kwantificeren en de beperkte effecten van monodimensionale beweeginterventies op ADL-vaardigheden. Onze veronderstelling wordt echter onderschreven door de resultaten uit de systematische review van Smith (2020), waarin geen verschillen werden gevonden in het herstel tussen patiënten die deelnamen aan de beweegprogramma's, en patiënten die reguliere

zorg ontvangen, maar wel een statistisch-significante daling in het aantal mensen dat achteruitging tijdens de opname (in het voordeel van de patiënten die aan de beweegprogramma's deelnamen). Dit werd bevestigd door de systematische review van Kosse (2013), die vond dat bij ontslag het merendeel van de geïncludeerde studies verbeteringen in geobserveerd functioneren laten zien van patiënten die deel hadden genomen aan een beweegziekenhuisprogramma. De resultaten op langere termijn van dergelijke programma's zijn echter nog niet onderzocht.

### Opnameduur

In verschillende buitenlandse studies (Cortes 2019; De Morton 2007; Hoyer 2016; Kosse 2013; Liu 2018) is aangetoond dat interventies waarbij een patiënt gestimuleerd wordt om zelfstandig tijdens een ziekenhuisopname te bewegen, leiden tot een verkorting van de opnameduur. Zo signaleerde Cortes (2019) in een systematische review een significante verkorting van de opnameduur van 2,18 dagen ( $p < 0,05$ ) en Hoyer (2016) een significante afname van opnameduur van 6,01 naar 5,61 dagen ( $p < 0,05$ ). Opvallend is dat in deze laatste studie het grootste verschil werd gevonden bij een verwachte opnameduur van  $> 7$  dagen (afname van 1,11 dagen;  $p < 0,05$ ). Dit suggereert dat er meer winst in opnameduur te behalen is naarmate de verwachte opnameduur langer is. In de Nederlandse beweegziekenhuisinitiatieven is tot op heden nog geen verkorting van de opnameduur gevonden. Dit heeft waarschijnlijk te maken met het feit dat de gemiddelde opnameduur in Nederland relatief kort is.

### Ontslagbestemming

Functionele achteruitgang tijdens en na de ziekenhuisopname geeft een verhoogd risico op plaatsing in een zorginstelling (bijvoorbeeld een revalidatiecentrum of verpleeghuis) na ontslag uit het ziekenhuis (Fortinsky 1999; Rudberg 1996). In de review van Kosse (2013) zijn twee studies opgenomen waarin wordt beschreven dat 14 en 18% van de patiënten die een beweegprogramma volgden tijdens de ziekenhuisopname, ontslagen werden naar een zorginstelling in tegenstelling tot 22 en 27% van de patiënten die dat niet deden. Dit is in lijn met de veranderingen die zijn gesignaleerd in de Nederlandse beweegziekenhuizen. In het Radboudumc (Potkamp–Kloppers 2020) en het UMC Utrecht (Van Delft 2020) werden na de implementatie van het beweegziekenhuisproject ook minder patiënten overgeplaatst naar een zorginstelling na hun ziekenhuisopname dan vóór implementatie het geval was.

Ook Smith (2020) onderzocht de ontslagbestemming na deelname aan een beweegziekenhuisproject. Er werden geen aanwijzingen gevonden voor een afname in het aantal verwijzingen naar een verpleeghuis direct na ontslag, maar wel na één tot drie maanden. Deze afname bedroeg 8% en was statistisch significant.

### Kosteneffectiviteit

Voor ziekenhuizen is het van belang dat een project kosteneffectief is. Het Radboudumc heeft een vroege *Health Technology Assessment* (HTA) uitgevoerd voor 'Beter uit Bed'. Een HTA geeft inzicht in de uitga-ven die gemoeid zijn met het project en de mogelijke baten door het reduceren van fysieke inactiviteit. Uit deze HTA blijkt dat het beweegprogramma 'Beter uit Bed' kostenneutraal is als er één patiënt per verpleegafdeling per jaar naar huis in plaats van naar een zorginstelling kan worden ontslagen. Een samenvatting van deze HTA is te vinden in bijlage 4 (Potkamp–Kloppers 2020, submitted). Verder is enkel indirect bewijs gevonden voor de kosteneffectiviteit van beweegprogramma's. De Morton (2007) suggereert dat de totale kosten van ziekenhuisopname door implementatie van een multidimensionaal beweegprogramma dalen met gemiddeld 279 dollar per patiënt.

### Mortaliteit

Enkel Smith (2020) doet in een systematische review uitspraken over de effecten van beweegprogramma's tijdens een ziekenhuisopname op de mortaliteit. Er werden in deze review geen statistisch-significante verschillen gevonden bij ontslag of na drie maanden. Na één jaar follow-up werd echter zwak bewijs gevonden dat de mensen die aan een beweegprogramma hadden meegedaan 23% minder kans hadden om te overlijden dan de mensen die reguliere zorg ontvingen.

**Overig**

Naast de meer medische en kostenuitkomsten, geeft de procesevaluatie van Valkenet (submitted 2020) van 'UMCU in Beweging' inzicht in de meer kwalitatieve uitkomsten. Zo vonden de auteurs dat na implementatie van een beweegziekenhuisproject meer zorgverleners het belang van fysieke activiteit met patiënten bespreken tijdens artsensites en tijdens andere contactmomenten. Daarnaast vonden zij dat meer zorgverleners het niveau van fysiek functioneren rapporteren en dat patiënten zich door het project vaker gestimuleerd voelden door verpleegkundigen om te gaan bewegen. Tot slot bleek dat patiënten ook vaker zelf initiatieven ondernamen om te bewegen.

Een samenvatting van de meerwaarde van een beweegziekenhuis tijdens een ziekenhuisopname staat in het volgende kader.

**Meerwaarde van een beweegziekenhuis**

- Patiënten verblijven door een beweegziekenhuisproject minder vaak in bed (Conijn 2020).
- Patiënten voelen zich door verpleegkundigen vaker gestimuleerd om te gaan bewegen in ziekenhuizen met een beweegziekenhuisproject (Valkenet 2020).
- Patiënten nemen door een beweegziekenhuisproject meer initiatief om te bewegen (Valkenet 2020).
- In een beweegziekenhuis komt onder zorgverleners het belang van fysieke activiteit door patiënten vaker ter sprake, bijvoorbeeld tijdens artsensites en bij andere zorggerelateerde contactmomenten (Valkenet 2020).
- Een beweegziekenhuisproject zorgt ervoor dat meer zorgverleners het niveau van fysiek functioneren van een patiënt rapporteren (Valkenet 2020).
- Het is waarschijnlijk dat patiënten die deelnemen aan een beweegziekenhuisproject zelfredzamer zijn, minder risico lopen op medische complicaties en een beter ADL-niveau hebben, maar dit is nog niet wetenschappelijk aangetoond.
- Beweegprogramma's, met of zonder supervisie, lijken het aantal valincidenten bij patiënten tijdens een ziekenhuisopname te verminderen (Seeger 2019).
- Beweegprogramma's leiden waarschijnlijk tot een kostenbesparing voor het ziekenhuis (De Morton 2007; Potkamp–Kloppers 2020).
- Er zijn aanwijzingen dat een multidimensionaal beweegprogramma kan leiden tot een verkorting van de opnameduur, alhoewel dit nog niet in de Nederlandse context is aangetoond (Cortes 2019; De Morton 2007; Hoyer 2016; Kosse 2013; Liu 2018).
- De impact van beweegprogramma's op de opnameduur is mogelijk groter naarmate de patiënt langer is opgenomen (Hoyer 2016).
- De kans om na een ziekenhuisopname overgeplaatst te worden naar een zorginstelling is kleiner wanneer de patiënt participeert in een beweegprogramma (Kosse 2013; Potkamp–Kloppers 2020).

## Deel 2 Project

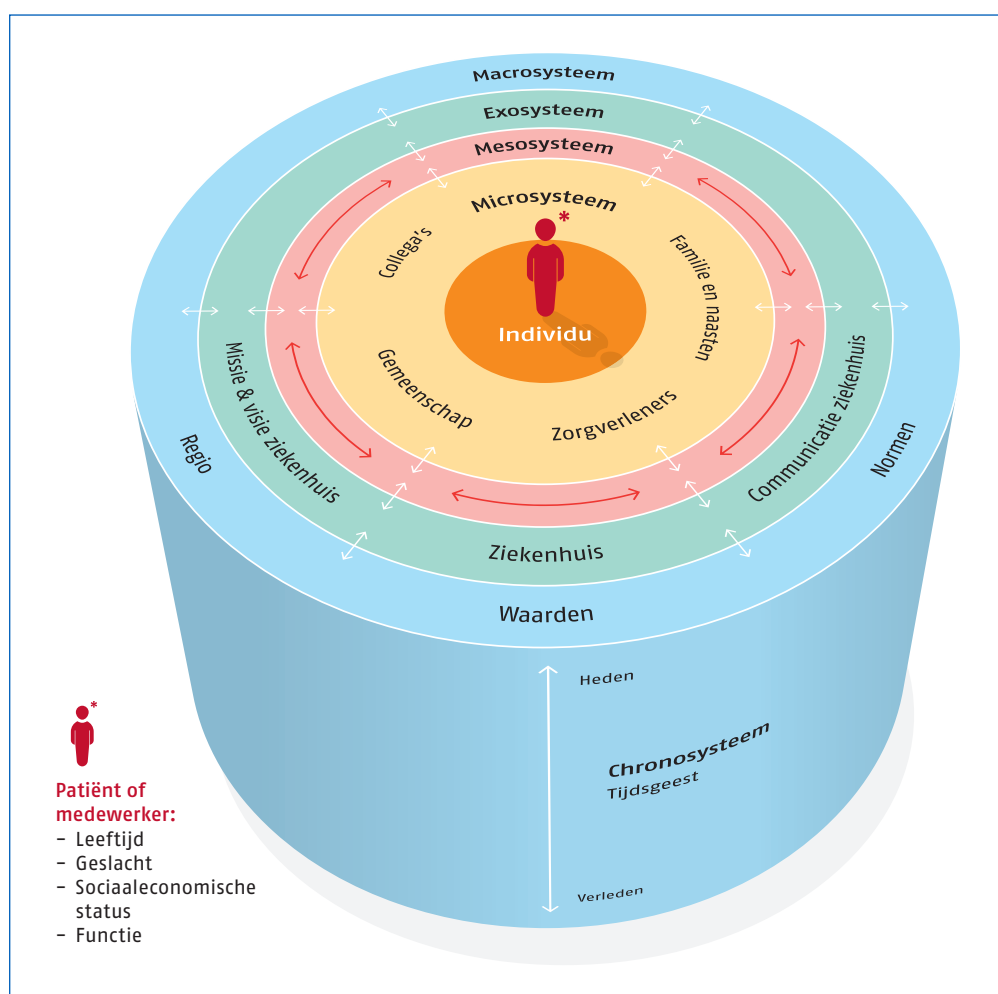
### Intro

Voor het transformeren van jouw ziekenhuis in een beweegziekenhuis is een gedegen plan nodig. Belangrijke vragen zijn: wie zijn je partners, hoe krijg je draagvlak, hoe is de financiering geregeld en wat zijn de precieze doelstellingen van het project? Neem de tijd om een antwoord te vinden op die vragen voordat je begint. Een goed begin is het halve werk.

### 2.1 Wat is een beweegziekenhuis?

Een beweegziekenhuis kan gedefinieerd worden als 'een ziekenhuis waar, rond het **individu**, op verschillende **lagen** binnen de organisatie **continu** wordt ingezet op het creëren van een **cultuur- en gedragsverandering** die is gericht op **gezond beweggedrag door het inzetten van interventies** bij patiënten, bezoekers en/of medewerkers'.

Hierna worden de verschillende elementen van deze definitie toegelicht aan de hand van het socio-ecologisch model (Bronfenbrenner 1979) (figuur 2.1-1).



Figuur 2.1-1. Het socio-ecologisch model van het beweegziekenhuis waarin, gecentreerd rond het individu, verschillende lagen binnen de organisatie zichtbaar zijn

### Individu

Het individu staat centraal, waarmee in dit geval de gebruiker van de beweegziekenhuisinterventie wordt bedoeld, dus de patiënt, de bezoeker (familie, vrienden, mantelzorger) en de medewerker van het ziekenhuis (zorgverlener, een ondersteunende medewerker of een kwaliteitsmedewerker). De zorgverlener kan een fysiotherapeut zijn, maar bijvoorbeeld ook een andere paramedicus, verpleegkundige, arts-assistent of medisch specialist. De ondersteunende medewerker kan bijvoorbeeld een medewerker van de voedingsdienst, een afdelingsassistent of een vrijwilliger zijn. De kwaliteitsmedewerker kan bijvoorbeeld een bestuurder, manager of onderzoeker zijn.

### Lagen (binnen het beweegziekenhuis)

Met lagen wordt bedoeld dat interventies op verschillende niveaus binnen de organisatie kunnen plaatsvinden, die allemaal zijn gecentreerd rond het individu. De lagen zijn tegelijkertijd invloedssferen, met een directe invloedssfeer van bijvoorbeeld collega's of directe zorgverleners (het microsysteem en het mesosysteem) en een indirecte invloedssfeer van bijvoorbeeld het kwaliteitsbeleid of de speerpunten van het ziekenhuis (het exosysteem en het macrosysteem).

### Continu

Het socio-ecologisch model ziet de gedragsverandering bij een individu als een continu proces van interacties tussen het individu en de verschillende lagen van de organisatie. Daarbij gaat het om interventies en om het proces van implementatie van die interventies. Dit proces wordt toegelicht in paragraaf 4.1. Het veranderen van een organisatie vraagt lange adem. Het *continue* karakter van een beweegproject is goed verwoord door een van de projectleiders: *“Bewegen moet in het DNA van het ziekenhuis komen.”* Het project moet voortdurend gevoed worden.

### Cultuur- en gedragsverandering

*Cultuur- en gedragsverandering* kan breed worden geïnterpreteerd. Het kan gaan om het reduceren van onnodige bedrust, het verminderen van onnodige fysieke inactiviteit, het bevorderen van bewegen, en het stimuleren van gezond beweeggedrag. Gedragsverandering kan worden bereikt via de weg van informeren, bewustwording creëren, aanmoedigen en/of stimuleren.

Veel projectleiders zijn ervan overtuigd dat er voor het slagen van een beweegziekenhuisproject een algehele cultuur- en gedragsverandering nodig is, ofwel dat gedragsverandering wordt gestimuleerd door alle lagen in en om de organisatie. De kennis, vaardigheden en attitude van patiënten en medewerkers (microsysteem), maar ook de inrichting van zorgprocessen en de lokale context (exosysteem) zijn van directe invloed op het gedrag van het individu. Dat wil zeggen, het is niet het individu dat de cultuur vormt, maar het is de cultuur die het individu vormt. Toch heeft het individu wel degelijk invloed op de cultuur, namelijk via de interventies van het beweegziekenhuisproject, die zich uitstrekken tot in alle lagen rond het individu.

### Gezond beweeggedrag door het inzetten van interventies

Het stimuleren van *gezond beweeggedrag* kan plaatsvinden in verschillende fasen van het gehele traject dat een patiënt voor, tijdens en na een ziekenhuisopname doorloopt, ofwel de patiëntenreis. In sommige ziekenhuizen richten de beweegziekenhuisprojecten zich, behalve op patiënten, ook op medewerkers en/of bezoekers. Deze trajecten worden uitgebreid beschreven in paragraaf 3.1.

## 2.2 Hoe start je een eigen beweegziekenhuisproject?

De fysiotherapeut is de expert op het gebied van bewegend functioneren en is dan ook vaak de initiator en/of projectleider van een beweegziekenhuisproject. De omvang van een beweegziekenhuisproject verschilt sterk, afhankelijk van het doel en de beschikbare middelen. Er kunnen in een ziekenhuis echter ook alleen beweegprojecten draaien zónder te streven naar de transformatie tot beweegziekenhuis. Misschien is zo'n beweegproject een eerste stap in de richting van die transformatie, maar dat hoeft dus niet. Het opzetten en organiseren van een groter beweegziekenhuisproject – dat wil zeggen een project met



een looptijd van meerdere jaren – kost tijd. Het is belangrijk om die tijd te nemen. Er moet immers rekening gehouden worden met de mogelijkheden die er zijn binnen de eigen afdeling, maar ook met die binnen het ziekenhuis als geheel. Voor de uitvoering ben je immers afhankelijk van de context, het management en het bestuur van jouw ziekenhuis. Voor het uitvoeren van een beweegziekenhuisproject moet bijvoorbeeld voldoende draagvlak zijn bij je leidinggevende en directe collega's (Tuijl 2020). Draagvlak en een gevoel van urgentie en prioriteit bij de betrokkenen zijn in alle gevallen belangrijk. Wanneer deze nog onvoldoende aanwezig zijn, kan het genereren van draagvlak en het gevoel van urgentie en prioriteit een eerste doel zijn.

Een goede voorbereiding van een beweegziekenhuisproject bespaart veel werk achteraf. Het is dan ook van belang om een beweegziekenhuisproject gestructureerd op te zetten. Dit doe je door een projectplan te schrijven. Een van de eerste vragen die in het projectplan beantwoord moet worden, is 'Voor wie willen we wat en wanneer bereiken met ons beweegziekenhuis?' Pas als je deze vraag hebt beantwoord, kun je gericht nadenken over hoe je deze doelen wilt bereiken. Bij het formuleren van doelen en kaders van een beweegziekenhuisproject kun je passende vragen uitwerken in een APDRA (tabel 2.2-1). Daarna kun je deze APDRA gebruiken voor het verder uitwerken van je projectplan (planning, betrokkenen, tijd, financiering, kwaliteit en risico's). In bijlage 5 vind je een format voor het projectplan met al deze items.

Tabel 2.2-1. Toelichting op de APDRA

<b>A</b>	Aanleiding	Wat is de achtergrond en de aanleiding?
<b>P</b>	Probleemstelling	Wat gaat er niet goed?
<b>D</b>	Doelstelling	Wat is de gewenste situatie in de toekomst?
<b>R</b>	Resultaat	Wat is er concreet opgeleverd als het klaar is?
<b>A</b>	Afbakening	Wat hoort niet bij het project?

Het is belangrijk om in het projectplan nog niet uitgebreid de implementatie te beschrijven. Het implementatieplan hangt namelijk af van de gekozen interventies en meerdere projectleiders met ervaring in het opzetten van een beweegziekenhuisproject adviseren om interventies altijd te kiezen in overleg met de betrokkenen.

Hierna nemen we je stapsgewijs mee door het projectplan.

### 2.3 Voor wie doe je een beweegziekenhuisproject?

Bedenk als eerste voor wie het project bedoeld is. Met andere woorden, wie is de eindgebruiker? Het project kan zich richten op patiënten, bezoekers en/of medewerkers. Binnen de groep patiënten kun je subgroepen definiëren, zoals kwetsbare patiënten, patiënten die zijn opgenomen op een bepaalde verpleegafdeling of poliklinische patiënten. Als patiënten je eindgebruiker zijn, dan moet de vraag beantwoord worden via welke zorgverlener het project die patiënten bereikt. Dan moet immers ook die zorgverlener aangehaakt zijn bij het project. Het heeft toegevoegde waarde om eindgebruikers bij het project te betrekken, bijvoorbeeld in de klankbordgroep. Tenslotte is de eindgebruiker de doelgroep en door eindgebruikers een stem te geven in het project zorg je dat je oplossingen bij hen aansluiten en voorkom je onnodige fouten.

Uit de interviews die bij de ontwikkeling van dit Standpunt zijn gehouden, blijkt dat beweegziekenhuisprojecten zich doorgaans richten op alle in het ziekenhuis opgenomen patiënten. De geïnterviewden verwachtten echter wel dat kwetsbare patiëntengroepen (zoals ouderen en patiënten met comorbiditeit) met een opnameduur langer dan 48 uur het meeste baat hebben bij een dergelijk project.

## 2.4 Wat wil je bereiken?

Vervolgens denk je na over wat je wilt bereiken: Wat zijn je doelen? Het is belangrijk om onderscheid te maken tussen doelen en resultaten. Het resultaat is het middel waarmee je het doel probeert te bereiken; het is datgene wat je oplevert met je project.

Als je doel is dat binnen zes maanden alle patiënten op de afdeling Orthopedie dagelijks drie keer op de afdeling lopen, heb je daarvoor loophulpmiddelen nodig. De aanschaf van loophulpmiddelen en de concrete implementatie daarvan, ofwel de activiteiten die nodig zijn voor het gebruik van die loophulpmiddelen zijn dan het resultaat.

Uit gesprekken met de projectleiders blijkt dat het vooraf formuleren van doelstellingen belangrijk is. Een duidelijk geformuleerd doel voorkomt misverstanden tussen projectleden onderling, omdat deze misverstanden met het bespreken van de doelstellingen ter tafel komen. Daarnaast kan met een duidelijk doel het project goed worden geëvalueerd (zie paragraaf 4.2). Maak eventueel onderscheid tussen primaire doelen, secundaire doelen en doelen voor deelprojecten. Het is belangrijk om de doelen te specificeren naar wat je beoogt te bereiken.

Probeer doelen altijd SMART(IE) te formuleren (tabel 2.4-1), zodat het beweegziekenhuisproject op een systematische wijze geëvalueerd kan worden.

Tabel 2.4-1. SMARTIE

<b>S</b>	Specifiek	Is de doelstelling eenduidig?
<b>M</b>	Meetbaar	Wanneer is het doel bereikt?
<b>A</b>	Acceptabel	Is het acceptabel voor de doelgroep en/of organisatie?
<b>R</b>	Realistisch	Is het doel haalbaar?
<b>T</b>	Tijdsgebonden	Wanneer moet het doel bereikt zijn?
<b>I</b>	Inspirerend	Is het een uitdagend doel waar het team voor wil gaan?
<b>E</b>	Eigenaarschap	Wie is verantwoordelijk voor de realisatie van de doelstelling?

## 2.5 Hoe werk je naar de stip op de horizon?

Begin met het bedenken van waar je naartoe wilt werken. Wat is de stip op de horizon? Waar hoop je over vijf jaar te staan? Wat hoop je te bereiken met het beweegziekenhuisproject? Je kunt de stip op de horizon formuleren als algemeen en overstijgend doel. Zo'n doel kan dan bereikt worden met behulp van een groot project of programma, maar ook door middel van meerdere kleine projecten.

De ervaring heeft geleerd dat het belangrijk is om het beweegziekenhuisproject zorgvuldig af te bakenen en dat gaat gemakkelijker door kleinere (deel)projecten uit te zetten in plaats van één groot project.

Hier volgen een aantal doelen die zijn afgeleid uit bestaande projecten:

- Het doel is om over [X] jaar onnodige bedrust/inactiviteit bij patiënten voor/tijdens/na hun ziekenhuisopname te reduceren van [X] uur per dag naar [X] uur per dag / met [X] procent.
- Het doel is om activiteit/bewegen/gezond beweeggedrag bij patiënten voor/tijdens/na hun ziekenhuisopname te stimuleren.
- Het beweegziekenhuisproject leidt tot het ontwikkelen, implementeren en/of in stand houden/borgen van verschillende specifieke beweeginterventies.

Het zou kunnen dat je deze voorbeelden concreter wilt maken. Er is geen wetenschappelijke literatuur die beweegnormen voor patiënten tijdens een ziekenhuisopname in zijn algemeenheid beschrijft. Er wordt daarom geadviseerd om de doelen te specificeren en af te stemmen op de situatie binnen jouw ziekenhuis, en aan te passen aan de doelgroep van jouw project.

De volgende voorbeelden – net als de vorige afgeleid uit bestaande projecten – betreffen kleinere projecten, wanneer je bijvoorbeeld op één afdeling wilt beginnen:

- Het beweegziekenhuisproject leidt tot het reduceren/voorkomen van [beschrijving van de complicaties] met [X] procent bij patiënten op afdeling [X].
- Het beweegziekenhuisproject leidt tot een verkorting van de opnameduur van [X] dagen tot [X] dagen voor patiënten op afdeling [X].
- Het beweegziekenhuisproject leidt tot een toename van [X] procent ADL-zelfstandigheid c.q. betere fysieke fitheid bij patiënten op afdeling [X] op het moment van ontslag uit het ziekenhuis.
- Patiënten op afdeling [X] gaan door het beweegziekenhuisproject [X] procent minder vaak met meer zorg met ontslag naar huis/naar een zorginstelling.
- Het beweegziekenhuisproject leidt tot een stijging van [X] procent ervaren bewustwording, gemeten middels [X], onder medewerkers van het belang van gezond bewegen.

Er zijn ook verschillende Nederlandse ziekenhuizen die het beweegziekenhuisproject breder insteken door zich bijvoorbeeld niet te richten op bewegen alleen, maar op een gezondere leefstijl en/of op vitaliteit. Al voelt meer bewegen mogelijk aan als iets kleins, toch is het een grote uitdaging. Meer bewegen vraagt immers om een blijvende cultuur- en gedragsverandering en die moet worden ingeregeld. Je moet dus bij het formuleren van je stip op de horizon rekening houden met de specifieke mogelijkheden van het ziekenhuis waar je werkt, ofwel de context van het project.

Als de stip op de horizon duidelijk is, kun je subdoelen gaan formuleren. Deze doelen zijn veelal veel specifiek dan de hiervoor opgesomde voorbeelden en ze zijn ook sterker gerelateerd aan de beoogde resultaten. De doelen kunnen meer richting geven aan de concrete invulling van het project: Welke interventies ga je implementeren? Waarom juist deze interventies? Wat wil je met deze interventie bereiken? Hoe dragen die interventies bij aan jouw stip op de horizon?

Een aantal voorbeelden van doelen die geformuleerd zijn door deelnemers uit de cursus Beweegziekenhuizen voor concrete interventies luiden als volgt:

- Doel bij een interventie die is gericht op het ontwikkelen en implementeren van een mobiliteits-score: 'Over een half jaar is het voor alle betrokken disciplines die bij een patiënt komen duidelijk hoe een patiënt kan en mag mobiliseren.'
- Doel bij een interventie die is gericht op het informeren middels een patiënten- en bezoekersfolder over bewegen: 'Over drie maanden heeft [X] procent van de patiënten en hun familie meer kennis over de negatieve gevolgen van bedrust.'

## 2.6 Wanneer wil je je doelen bereiken?

Daarna bedenk je wanneer je je doelen wilt bereiken. Het is belangrijk om een realistische planning te maken in het projectplan (bijlage 5). Veel projectleiders hebben zich vergist in de tijd die het kost om interventies te ontwikkelen en te implementeren. Zorg dat je het project opdeelt in logische, kleine stappen. Is je project te groot of onoverzichtelijk? Maak dan deelprojecten, zodat je overzicht houdt. Neem in de planning ook duidelijke evaluatiemomenten op en stel, indien nodig, je projectplanning op basis hiervan bij.

## 2.7 Wie betrek je bij een beweegziekenhuisproject?

De organisatie en inrichting van een beweegziekenhuisproject zijn afhankelijk van de initiator van het beweegziekenhuisproject en de organisatiestructuur van het ziekenhuis. Het is allereerst belangrijk om na te denken over de vraag of je de juiste skills en competenties bezit of kunt ontwikkelen om projectleider te worden van een beweegziekenhuisproject, of dat je iemand anders moet vragen om projectleider te zijn.

Als projectleider ben je verantwoordelijk voor het opzetten en uitvoeren van het projectplan. Je bent ook verantwoordelijk voor het aansturen van de projectgroep en het monitoren van de behaalde resultaten. Je legt verantwoording af aan de stuurgroep en/of de opdrachtgever. Soms wordt de rol van projectleider

door twee personen vervuld. Ook hoeft een projectleider niet altijd op de voorgrond te treden; bij het uitrollen van een interventie kan de projectleider bijvoorbeeld ook sturend op de achtergrond aanwezig zijn.

Je leidinggevende moet bij het project zijn aangehaakt. Neem daarom als projectleider de tijd om het project zorgvuldig met je leidinggevende door te spreken. Probeer duidelijk te krijgen welke mogelijkheden er zijn vanuit de afdeling en maak afspraken over de manier waarop je het project naar je leidinggevende terugkoppelt. Mogelijk is er weinig of geen tijd en/of budget, maar wil je alsnog starten. Wees je ervan bewust dat een gebrek aan middelen je mogelijkheden beperkt (en daarmee de omvang van je project).

Binnen de meeste ziekenhuizen zijn al vanaf de beginfase meer dan vijf disciplines bij het ziekenhuisproject aangesloten, uit verschillende lagen van de ziekenhuisorganisatie, denk aan fysiotherapeuten, verpleegkundigen en artsen, maar ook managers. Om met al die disciplines afspraken te maken over de samenwerking kun je de Partnerschapskaart gebruiken (HAN 2020). Deze kaart helpt bij het bouwen aan relaties met verschillende betrokkenen, door hun doelen en ambities te ordenen en daarover met elkaar in gesprek te gaan. Zo kun je op voorhand al goede afspraken maken over hoe je de samenwerking als collectief vormgeeft. Dit zorgt voor een evenwichtige relatie met de betrokkenen, stimuleert samenwerking (cocreatie) en voorkomt dat de projectleider anderen ongewild in het beweegziekenhuisproject meeneemt.

De groepen die in het algemeen betrokken zijn bij het beweegziekenhuisproject zijn: een stuurgroep, een projectgroep, een of meer werkgroep(en), een klankbordgroep en een onderzoeksgroep. Zie tabel 2.7-1.

*Tabel 2.7-1. Overzicht van de verschillende groepen die in het algemeen betrokken zijn bij een beweegziekenhuisproject*

Groep	Beschrijving en taak
Projectgroep	Dit is een projectoverstijgende groep, die ziekenhuisbrede keuzes maakt.
Werkgroep	Een werkgroep draagt zorg voor specifieke deelprojecten, en is vaak actief op één verpleegafdeling.
Stuurgroep	De stuurgroep is verantwoordelijk voor ziekenhuisbrede monitoring door de opdrachtgevers.
Klankbordgroep	Deze groep geeft input en feedback aan de werkgroep(en).
Onderzoeksgroep	Deze groep is verantwoordelijk voor het wetenschappelijk onderzoek.

Hoe vaak je als projectleider met deze groepen om de tafel gaat, hangt af van de fase waarin je beweegziekenhuisproject zich bevindt. In veel ziekenhuizen wordt als eerste een projectgroep opgezet, en soms ook meteen een werkgroep, die dan elk bijvoorbeeld eens in de vier tot acht weken vergaderen.

### Projectgroep

Een projectgroep houdt zich bezig met het beweegziekenhuisproject als geheel en heeft een vaste samenstelling. Het is een ziekenhuisbrede, bij voorkeur multidisciplinaire groep, bestaande uit medewerkers die vanuit hun eigen discipline geïnteresseerd zijn in het beweegziekenhuisproject.

De projectgroep neemt projectoverstijgende beslissingen (bijvoorbeeld welke projectonderdelen voorrang krijgen) en kan waar nodig verschillende projecten aan elkaar koppelen. De leden van de projectgroep kunnen ondersteuning bieden aan werkgroepen die verantwoordelijk zijn voor deelprojecten en zo het algemene belang uitdragen.

In de meeste ziekenhuizen bestaat een projectgroep uit fysiotherapeuten, een of meer medisch specialisten en verpleegkundigen, en een diëtist. Vaak zijn het kartrekkers van de specifieke afdelingen. De ziekenhuisbrede kartrekkers zijn vaak fysiotherapeuten. Op de verpleegafdeling vervult de afdelingsfysiotherapeut deze rol en wordt daarnaast vaak gezocht naar verpleegkundigen die kartrekker willen zijn. Een kartrekker is een enthousiasteling aan wie het afdelingshoofd soms een paar uur compensatie

geeft voor het beweegziekenhuisproject. Een kartrekker kan ook op persoonlijke kwaliteiten worden geselecteerd, bijvoorbeeld iemand die heel kritisch naar veranderingen kan kijken, iemand die het leuk vindt om te coördineren enz.

### **(Afdelings)werkgroep**

In een beweegziekenhuisproject kunnen meerdere werkgroepen actief zijn. Voor elke verpleegafdeling of elk deelproject kan in overleg met de betrokkenen een werkgroep gevormd worden. De samenstelling is afhankelijk van de taak van de werkgroep. De werkgroep houdt zich bezig met de ontwikkeling en implementatie van een specifieke interventie op de verpleegafdeling of in het ziekenhuis. Zo kan er een werkgroep gevormd worden voor de uitrol van het beweegziekenhuisproject op de verpleegafdeling, die bestaat uit het afdelingshoofd, een paar verpleegkundigen van die afdeling, de voedingsassistent en de afdelingsfysiotherapeut. Tegelijkertijd kan er een werkgroep lopen die zich bezighoudt met het ontwikkelen van een informatiefolder, waarin een communicatiemedewerker, een fysiotherapeut en een verpleegkundige participeren. Aan een werkgroep kunnen ook externe partijen deelnemen. Als je jouw beweegziekenhuisproject kleiner start (bijvoorbeeld met één project of op één verpleegafdeling), is het goed mogelijk dat er maar één werkgroep is en geen projectgroep of stuurgroep.

### **Stuurgroep**

Veel beweegziekenhuisprojecten worden in het begin op kleine schaal geïnitieerd, door één of enkele fysiotherapeut(en). In zo'n geval hoeft er alleen verantwoording te worden afgelegd aan de leidinggevende van de afdeling Fysiotherapie en de collega-fysiotherapeuten. Wanneer het beweegziekenhuisproject (in een later stadium) centraal georganiseerd is, dien je als projectleider verantwoording af te leggen aan de opdrachtgever. De opdrachtgevers vormen samen de stuurgroep. De stuurgroep bestaat bijvoorbeeld uit (een lid van) de Raad van Bestuur, een bedrijfskundig en/of medisch manager of een programmamanager.

Na het initiëren van het project bestaat de rol van de stuurgroep uit het monitoren van de voortgang van het beweegziekenhuisproject. De projectleider dient de stuurgroep te informeren over de voortgang aan de hand van de doelstellingen. De stuurgroep kan zo signaleren wanneer het behalen van het doel in gevaar komt, en het project bijsturen ten behoeve van de voortgang.

Zorg dat het vooraf duidelijk is aan wie je verantwoording aflegt. Zorg dat dit maximaal één persoon van de stuurgroep is. Meer kapiteins op één schip werkt niet.

### **Klankbordgroep**

Tot op heden maken weinig beweegziekenhuizen gebruik van een klankbordgroep. Een klankbordgroep bestaat uit potentiële gebruikers van een interventie, die je om feedback kunt vragen zonder dat hun input beslissend is. Met een klankbordgroep heeft de projectleider een groep mensen die mee willen denken. Leden van een klankbordgroep kunnen eveneens het draagvlak bij de implementatie van het project verbreden, omdat zij zich betrokken voelen bij de ontwikkeling. Mogelijke deelnemers van de klankbordgroep zijn (vertegenwoordigers van) patiënten en zorgverleners.

### **Onderzoeksgroep**

Een aantal ziekenhuizen doet (wetenschappelijk) onderzoek naar de beweegziekenhuisprojecten. In deze ziekenhuizen is aan het project vaak een onderzoeksgroep verbonden, waarin de projectleider met onderzoekers de onderzoekslijnen kortsluit. Het erbij betrekken van een onderzoeksgroep is ook nuttig voor de evaluatie van het project (Deel 4 'Implementatie en borging') en om op strategisch niveau aandacht te genereren voor je beweegziekenhuisproject.

## **2.8 Hoe krijg je tijd voor een beweegziekenhuisproject?**

Een beweegziekenhuisproject is omvangrijk en kan niet tussen de bedrijven door gedaan worden en alle geïnterviewden vinden het dan ook een vereiste dat er voor het vervullen van een rol binnen het project daadwerkelijk tijd beschikbaar wordt gesteld. Om die tijd te garanderen, adviseren verschillende

projectleiders om het beweegziekenhuisproject te laten opnemen in de jaarplannen van de betrokken afdelingen en, indien mogelijk, op afdelingsoverstijgend (strategisch) niveau. Als er uren worden toegekend, zijn die overigens vaak bedoeld voor het opzetten en implementeren van het project zelf. Voor het borgen van het project wordt niet vaak tijd toegekend.

De geïnterviewden besteedden 0 tot 20 uur per week aan hun project. In de praktijk van de meeste ziekenhuizen zijn er één of twee projectleiders en krijgen zij elk 2 tot 4 uur per week. De geïnterviewden werken bij voorkeur op een vast moment per week aan het project, omdat dit structuur biedt, maar ook duidelijkheid biedt aan directe collega's. De tijd voor de projectleider(s) wordt op verschillende manieren ingeregeld (zie het volgende kader).

#### Bronnen van waaruit de tijd voor de projectleider vergoed kan worden

- Formatie fysiotherapie:
  - het verschuiven/vervallen van huidige werkzaamheden;
  - afgedwongen binnen het team met support van de manager;
  - vrijstelling van patiëntgebonden managertaken;
  - begeleiding van studentenprojecten, waardoor tijd beschikbaar komt;
  - beschikbare kwaliteits- en/of onderzoeksuren;
  - overuren die geschreven mogen worden op het budget fysiotherapie.
- Centraal geregeld vanuit een (beleids)programma, bijvoorbeeld 'Kwetsbare ouderen' of 'Gepast Gebruik'.
- Via een intern kwaliteitsproject of een Lean-traject.
- Via interne en/of externe subsidies, zoals innovatiesubsidies van het ziekenhuis, of via zorgverzekeraars.
- Via de Kwaliteitsimpuls Personeel Ziekenhuiszorg (KIPZ-gelden).
- Door inzet te laten vergoeden door verpleegafdelingen.

De meeste projectleden krijgen niet rechtstreeks tijd voor het beweegziekenhuisproject. In de meeste ziekenhuizen wordt de tijd gehaald uit reguliere taakuren of door de werkprocessen anders in te richten, waardoor tijd beschikbaar komt. Soms stellen afdelingshoofden wel tijd beschikbaar. Geadviseerd wordt om hier in deze gevallen concrete werkafspraken over te maken om zo de projectvoortgang te borgen. In ziekenhuizen waarin al meerdere interventies zijn geïmplementeerd, of multicomponentinterventies, wordt vaker structureel tijd vrijgemaakt.

## 2.9 Hoe financier je een beweegziekenhuisproject?

Een beweegziekenhuisproject wordt in de praktijk van de meeste Nederlandse ziekenhuizen gestart zonder financiering. Vaak wordt eerst een pilot opgezet, waarin kleine en/of relatief goedkope interventies worden gerealiseerd, zoals de ontwikkeling van een folder of een aanpassing in de tekst op de website van het ziekenhuis. In enkele ziekenhuizen is ervoor gekozen te starten met het efficiënter inrichten van de fysiotherapeutische zorg om op die manier bewegen te stimuleren, bijvoorbeeld door een oefengroep te starten op een verpleegafdeling. Daarnaast kiezen veel projectleiders ervoor om afstudeerprojecten van bachelor- en masterstudenten te begeleiden, wat ook de realisatie van beweegziekenhuisprojecten bevordert.

De beweegziekenhuisprojecten waaraan uiteindelijk interne financiering werd toegekend, ontvingen deze financiering vaak pas in een latere fase van het project. Deze interne financiering wordt veelal niet geregeld door de projectleider. Bij voorkeur is de leidinggevende van de afdeling Fysiotherapie of het hoger management hiervoor verantwoordelijk, of beide. Ook komt het voor dat eerst in een pilot of via het schrijven van een businesscase moet worden aangetoond dat het project waarde heeft voor het ziekenhuis als geheel. Deze waarde kan uitgedrukt worden in een hogere en/of betere kwaliteit van zorg voor de patiënt, financiële voordelen voor het ziekenhuis of efficiëntere zorg. Op kleinere schaal kan er

ook worden gekeken naar wat het project een afdeling oplevert, zodat er daarna meer bereidheid is om geld of middelen te investeren in het project of in een verdere uitbreiding van het project binnen het ziekenhuis.

Externe financiering blijkt nóg lastiger te realiseren. Weinig ziekenhuizen zijn erin geslaagd middels externe fondsen het project op te starten. Om de kosten en baten van een beweegziekenhuisproject te berekenen, heeft Radboudumc de tool 'Beter uit bed' beschikbaar gesteld aan het Standpunt Beweegziekenhuizen. Meer informatie over deze tool staat in het volgende kader.

#### **Kosten en baten van een beweegziekenhuisproject**

Met de tool 'Beter uit bed' kun je voor je eigen situatie de kosten en baten van een beweegziekenhuisproject tegen elkaar afzetten om inzicht te krijgen in de mogelijkheid voor kostenneutrale implementatie van je project.

De uitkomsten worden berekend naar jaarlijkse kosten en effecten, met inachtneming van een afschrijvingstermijn van 10 jaar. Dit impliceert dat de potentiële effecten jaarlijks, en ten minste gedurende een periode van 10 jaar moeten aanhouden om een kostenneutrale implementatie te realiseren.

Het is belangrijk om te beseffen dat deze kosten en baten indicatief zijn. Met de tool kun je niet bepalen of je daadwerkelijk de potentiële effecten weet te realiseren. Hiervoor dien je het project te monitoren (zie paragraaf 4.2).

Het sjabloon voor de kosten–batenanalyse kan gebruikt worden bij een multicomponent–beweegziekenhuisproject. Voor het berekenen van de baten gebruikt het sjabloon referentieprijzen uit 2015. Controleer bij gebruik van het sjabloon of de genoemde prijzen overeenkomen met de context in jouw ziekenhuis en pas ze aan indien nodig.

Bron: 'Beter uit bed' (Radboudumc 2017).

Zowel de projectleiders van de huidige beweegziekenhuizen als de werkgroep die dit Standpunt heeft ontwikkeld, zijn van mening dat er voor de ziekenhuisbrede uitrol van een project, in alle gevallen, financiële middelen beschikbaar moeten worden gesteld. Maar dat vraagt wel om een duidelijke begroting, waarin niet alleen de fasen van ontwikkeling en uitrollen zijn opgenomen, maar juist ook de borging van effecten.

### **2.10 Hoe borg je de kwaliteit?**

Je stelt zelf waarschijnlijk eisen aan de kwaliteit van je project. Maar daarnaast liggen er wellicht ook kwaliteitseisen vanuit het ziekenhuis, de afdeling of de gebruikers. Hoe kun je borgen dat je aan deze eisen voldoet? Moeten hulpmiddelen bepaalde certificeringen hebben? Worden er eisen gesteld aan aanpassingen die worden doorgevoerd op de verpleegafdeling, bijvoorbeeld in het kader van brandveiligheid? Zijn er hygiënevoorschriften die van invloed kunnen zijn op de aanschaf of het onderhoud van materialen?

Om te zorgen dat je niet voor verrassingen komt te staan, helpt het om de kwaliteitseisen en het kwaliteitssysteem vooraf te inventariseren en te beschrijven in het projectplan en daarnaast de juiste belanghebbenden erbij te betrekken.

### **2.11 Wat zijn de risico's?**

Brengt een project risico's met zich mee? Wat als de financiering niet vastligt of als je afhankelijk bent van andere projecten of processen, of van relaties tussen personen? Wat als een ziekenhuis net bezig is met het realiseren van nieuwbouw? Is het dan wel verstandig om te starten met het beweegziekenhuisproject, of bestaat het risico dat je weinig materialen mag aanschaffen of dat je na ingebruikname

van de nieuwbouw weinig mag veranderen in de gebouwde omgeving? Welke invloed heeft dat op je beweegziekenhuisproject? Hebben de nieuwbouwplannen gevolgen voor de uitvoering van je projectplan? Denk na over deze vragen, breng de risico's in kaart en probeer concrete strategieën te bedenken waarmee je de bedreiging van deze risico's voor jouw project zo veel mogelijk beperkt.



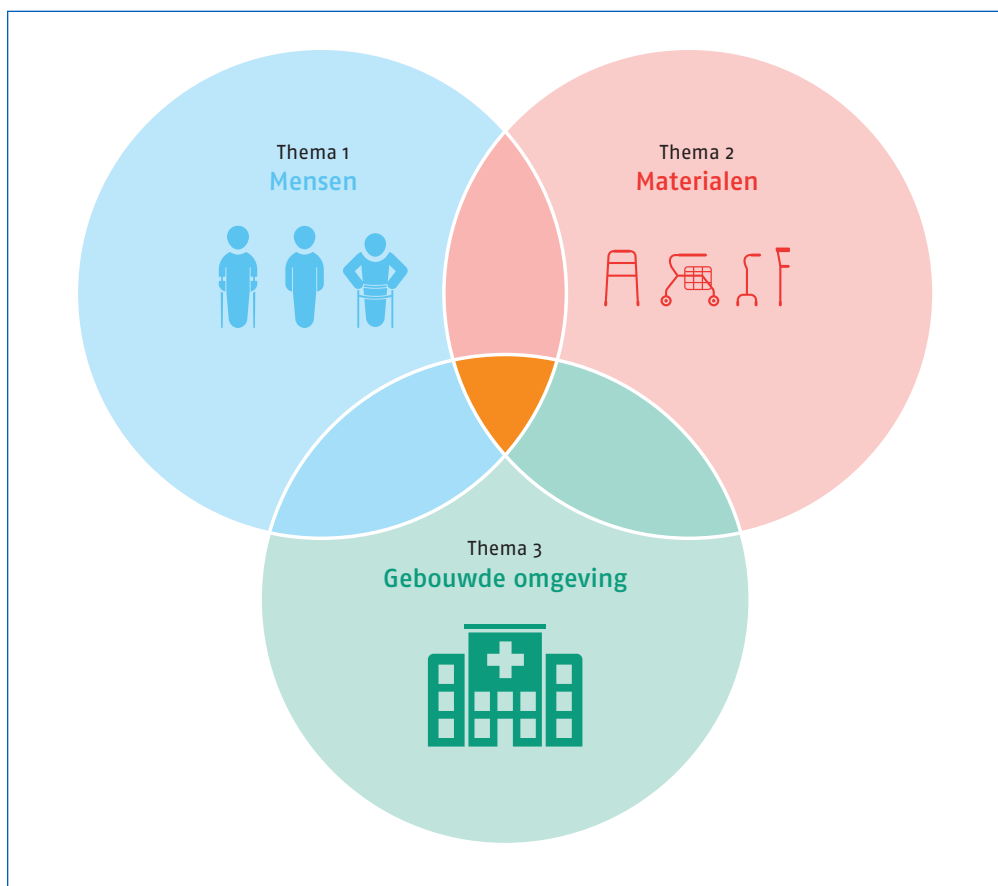
## Deel 3 Interventies

### Intro

Als het projectplan is geaccordeerd door de opdrachtgever en/of stuurgroep, is het tijd voor de uitvoering. Daar wordt in dit deel in extenso op ingegaan.

#### 3.1 De selectie van de interventie(s)

De werkgroep heeft ervoor gekozen de interventies uit de literatuur te categoriseren en te combineren met de interventies die uit de interviews naar voren kwamen. Het resultaat is vervolgens voorgelegd aan de Expertgroep Beweegziekenhuizen met de vraag deze aan te vullen indien nodig. Al die interventies zijn vervolgens gebundeld en in drie thema's gecategoriseerd: de mensen, de materialen en de gebouwde omgeving (figuur 3.3-1).



Figuur 3.1-1. Drie interventiethema's van een beweegziekenhuis

Het is belangrijk om de interventies op basis van de doelen en de projectomvang te selecteren in samenspraak met de projectgroep en/of de (afdelings)werkgroep.

De keuze voor een interventie moet goed worden onderbouwd. Op grond van de interviews formuleerde de werkgroep hiervoor de volgende adviezen:

- Blijf bij je projectplan.
- Gebruik je ervaring.
- Focus op je doelgroep en de persona's.
- Richt je op meerdere dimensies.
- Houd rekening met het moment in de patiëntenreis.

### Blijf bij je projectplan

Het is van belang dat je een interventie kiest aan de hand van de doelen die staan beschreven in je projectplan. Als projectleider en projectgroep ben je namelijk verantwoordelijk voor het uitvoeren van het projectplan en moet je streven naar het realiseren van deze doelen. Naast de gestelde doelen, laat je ook de andere elementen uit het projectplan meewegen in de uiteindelijke keuze van de interventies. Hoeveel tijd is er beschikbaar? Hoeveel geld is er beschikbaar? Wat is er mogelijk in het ziekenhuis en/of op de afdeling? Het is belangrijk om al deze elementen bij je keuze te betrekken.

### Gebruik je ervaring

Wanneer je onervaren bent in het ontwikkelen en/of implementeren van interventies, kan het helpen om te beginnen met een kleine of eenvoudige interventie. Dit is bij uitstek een interventie die weinig tijd kost en waarvoor weinig financiering nodig is, of waarmee je zonder grote risico's kunt starten (het 'laaghangend fruit'). Het succes dat je behaalt met zo'n project helpt ook bij het creëren van bewustwording en enthousiasme. Op de lange termijn zijn deze belangrijk voor de uitrol en borging van het beweegziekenhuisproject (zie voor de borging van het project paragraaf 4.2).

### Focus op je doelgroep en de persona's

De *doelgroep* waarvoor je een interventie ontwikkelt, kan verschillende behoeftes hebben. Het is niet moeilijk om de doelgroep van het project te definiëren: het gaat om patiënten, bezoekers en/of medewerkers. Dat kan ook specifiek zijn, namelijk een groep patiënten met een bepaalde ziekte of aandoening, of een groep medewerkers op een bepaalde afdeling.

In het kader van doelgroepen is de term *persona* ontwikkeld. Een *persona* is de beschrijving van de kennis, het gedrag en de interesses van een persoon, het doel waar de persoon naar toeleeft en de context waarin de persoon zich bevindt. Zo stelt de ene patiënt bijvoorbeeld persoonlijke begeleiding op prijs, terwijl een andere patiënt liever zelfstandig aan de slag wil. En vindt de ene medewerker het prettig om een patiënt informatie op papier te overhandigen, terwijl een andere medewerker liever een applicatie gebruikt en weer een andere medewerker bij voorkeur mondelinge informatie verstrekt.

Een doelgroep bestaat dus vaak uit verschillende *persona's*. Het is belangrijk om te kijken of je interventie voldoende aansluit bij de doelgroep. Soms moet je meerdere interventies inzetten voor hetzelfde doel om in voldoende mate aan te sluiten bij de *persona's* binnen de doelgroep.

Een voorbeeld van de informatie die je kunt verzamelen voor het opstellen van een *persona* staat in tabel 3.1-1. Een voorbeeld van het UMC Utrecht van patiënten-*persona's* (UMC Utrecht 2020) staat in bijlage 6.

Tabel 3.1-1. Ontwikkelen van *persona's* (UMC Utrecht 2020)

Persona	Doel	Context
Een <i>persona</i> beschrijft het gedrag, de kennis, de interesses van een persoon, de thema's die voor die persoon belangrijk zijn en het vaardigheidsniveau van die persoon.	Een <i>persona</i> beschrijft naar welk doel een persoon toeleeft en gaat in op welke waarden voor die persoon belangrijk zijn en wat die persoon motiveert.	Een <i>persona</i> beschrijft de context waarin een persoon zich bevindt, zoals de sociale omgeving, de levenssituatie, de beïnvloeders, maar ook de frustraties van die persoon.

Dat niet iedereen uit een doelgroep dezelfde interventie gebruikt, is bijvoorbeeld terug te zien in het FLITZ-project van het LUMC, waarover Conijn (2020) schrijft dat er acht interventies werden aangeboden, en dat het gebruik daarvan varieerde van 16 tot 69% (tabel 3.3-2). De meeste patiënten gebruikten twee à drie interventies (55%), slechts 10% van de patiënten gebruikte zes van de acht interventies.

Tabel 3.1–2. Gebruik van de verschillende interventies in het FLITZ–project (Conijn 2020)

Interventie	% gebruikt
Folder	66%
Website	22%
Beweegfilm op ziekenhuistelevisie	69%
Activiteitenplanner	32%
Pedometer	30%
Draagbare activiteitenmeter (Fitbit Flex™)	41%
Activiteitscoach (fysiotherapeut bereikbaar per e-mail/telefoon)	16%
Digitaal trainingsprogramma (Physitrack™)	31%

### Richt je op meerdere dimensies

Inactiviteit heeft vaak meerdere dimensies en een belangrijke overweging is in welke mate je alle dimensies van inactiviteit wilt aanpakken. Stel dat je ervoor kiest om één interventie in te zetten, bijvoorbeeld een poster ophangen (om kennis te vergroten over het belang van bewegen) of om patiënten geen pyjama's meer te laten dragen (om mensen te stimuleren uit bed te komen). Het is de vraag of die ene interventie het probleem – in dit geval het gebrek aan kennis of motivatie – oplost. Meestal is een aanpak nodig die op meerdere dimensies tegelijk aangrijpt (multidimensionaliteit).

Uit de literatuur blijkt dat multidimensionale beweegprogramma's vaker een grotere impact hebben op de fysieke activiteit tijdens een ziekenhuisopname dan enkelvoudige interventies (De Morton 2007). Zo stelt een projectleider: *“Goed materiaal is een voorwaarde om patiënten in beweging te krijgen, maar moet niet de focus hebben. Afdelingen neigen naar het aanschaffen van nieuwe rollators of goede stoelen, maar daarmee alleen gaat een beweegproject niet slagen.”* Op grond van deze ervaring lijkt een interventie, zoals het aanschaffen van materialen, op zichzelf nog niet voldoende voor het stimuleren van beweeggedrag. De aanschaf van goed materiaal zou je kunnen zien als een randvoorwaarde om een daadwerkelijke interventie (het in beweging krijgen van mensen) te kunnen realiseren.

### Houd rekening met het moment in de patiëntenreis

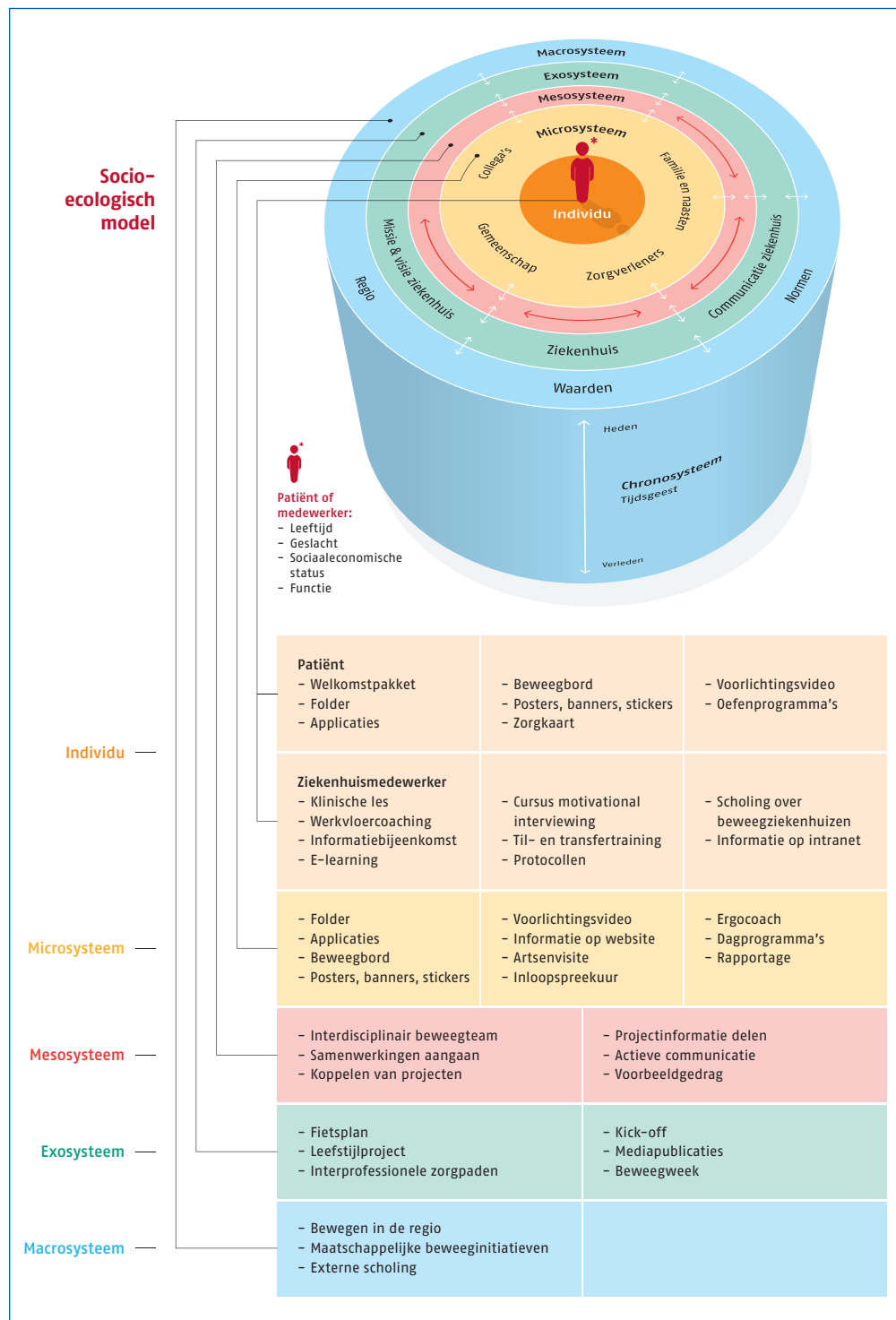
Een beweegziekenhuisproject kan zich richten op het gehele traject dat een patiënt voor, tijdens en/of na een ziekenhuisopname doorloopt. Deze zogenaamde patiëntenreis is door het MUMC+ onderverdeeld in negen stappen (Maastricht UMC+ 2020) (figuur 3.1–2). Het is voor de implementatie belangrijk om te bedenken op welk moment in de patiëntenreis je de interventie wilt inzetten, zodat de interventie aansluit bij de gebruiker en je passende implementatiestrategieën kunt toepassen.



Figuur 3.1-2. De complete patiëntenreis (Maastricht UMC+ 2020)

### 3.2 Interventies die zijn gericht op mensen

De interventies die zijn gericht op mensen spelen zich af in alle lagen van het socio-ecologisch model (Bronfenbrenner 1979). Dit is weergegeven in figuur 3.2.-1.



Figuur 3.2-1. Het socio-ecologisch model met interventies

Hierna zullen alle interventies per laag worden toegelicht.

### 3.2.1 Interventies die zijn gericht op het individu

#### *Op de patiënt gerichte interventies*

Het beeld dat de patiënt heeft van bewegen, wordt beïnvloed door persoonsgebonden factoren, zoals leeftijd, geslacht en sociaal-economische status (SES). Deze kunnen niet worden beïnvloed, maar kennis, vaardigheden en houding (attitude) van de patiënt wel.

Interventies die voor patiënten kunnen worden ingezet, richten zich op:

- vergroten van de algemene kennis over en intrinsieke motivatie tot bewegen;
- vergroten van de specifieke kennis over en motivatie tot bewegen bij een bepaalde aandoening en/of ziekte;
- inzicht hebben in de mogelijkheden die het ziekenhuis biedt om te bewegen;
- inzicht krijgen in het eigen mobilisatieniveau;
- inzicht krijgen in het eigen beweeggedrag.

Interventies die hierbij passen, zijn weergegeven in tabel 3.2-1. Voorbeelden van deze interventies vind je in bijlage 7.

*Tabel 3.2-1. Interventies voor de patiënt*

Interventies	Doelen					
	Toepasbaar in kliniek/polikliniek	Algemene informatie over bewegen	Specifieke informatie over bewegen	Informeren over mogelijkheden	Inzicht in eigen mobilisatieniveau	Inzicht in eigen beweeggedrag
Activiteitenmonitor	K en P				+	+
Applicatie(s)	K en P	+	+	+	+	+
Bedside terminal	K	+	+	+		
Beweegbord	K				+	+
Beweegdoelen	K				+	
Folder(s)	K en P	+	+	+		
Medewerkers	K en P	+	+	+		
Media	K en P	+		+		
Patiëntenportaal	K en P	+	+	+		
Promotiemateriaal (bijv. posters, banners of stickers)	K en P	+		+		
Voorlichtingsvideo's	K en P	+	+	+		
Website	K en P	+	+	+		
Welkomspakketje	K	+	+	+		
Zorgkaarten	K		+	+		
K: kliniek; P: polikliniek; + toepasbaar						

*Op de medewerker gerichte interventies*

Ook het beeld dat medewerkers hebben van bewegen wordt bepaald door de persoonsgebonden factoren, zoals leeftijd, geslacht en sociaal-economische status, net als bij de patiënt (Bronfenbrenner 1979). Een aantal projectleiders merkte op dat ook de functie en sociale norm binnen het ziekenhuis van invloed zijn op het beeld dat de medewerker heeft van bewegen. De medewerker kan – net als de patiënt – door middel van kennis, vaardigheden en houding (attitude) direct worden beïnvloed.

Interventies die voor medewerkers kunnen worden ingezet, richten zich op:

- vergroten van de algemene kennis over bewegen;
- vergroten van de specifieke kennis over bewegen bij een bepaalde aandoening en/of ziekte;
- vergroten van vaardigheden om patiënten te ondersteunen in het voldoende en veilig mobiliseren;
- inzetten van kennis en vaardigheden bij het motiveren van patiënten om zelfstandig te bewegen;
- inzicht hebben in de mogelijkheden die het ziekenhuis biedt om te bewegen;
- inzicht krijgen in het mobilisatieniveau van patiënten;
- inzicht krijgen in het beweeggedrag van patiënten;
- bewust zijn van het eigen (voorbeeld)gedrag en voldoen aan de beweegrichtlijn (Ministerie van VWS 2017).

De interventies die hierbij passen, staan in tabel 3.2-2. Een toelichting op de interventies en een aantal voorbeelden vind je in bijlage 7.

*Tabel 3.2-2. Interventies voor de medewerker*

Interventies	Doelen						
	Algemene informatie over bewegen	Specifieke informatie over bewegen	Informeren over mogelijkheden	Inzicht in mobilisatieniveau	Inzicht in beweeggedrag	Voldoen aan beweegrichtlijn	Vergroten van vaardigheden
Bedside assessment							
E-learning (evt. in combinatie met VR)	+	+					
Informatie over het beweegziekenhuisproject en de toepassing ervan			+				
Informatiebijeenkomsten	+	+					
Informatie over de aanwezige faciliteiten die bewegen stimuleren/bevorderen en de toepassing ervan			+				
Informatie over de aanwezige materialen en de toepassing ervan			+				
Intranet	+						
Klinische lessen		+					
Persoonlijke begeleiding bij het verbeteren van vaardigheden							+
Plenaire scholing voor een afdeling of het ziekenhuis	+	+					

Tabel 3.2-2. Interventies voor de medewerker (vervolg)

Interventies	Doelen						
	Algemene informatie over bewegen	Specifieke informatie over bewegen	Informeren over mogelijkheden	Inzicht in mobilisatieniveau	Inzicht in beweeggedrag	Voldoen aan beweegrichtlijn	Vergroten van vaardigheden
Protocolen	+	+					
Scholing over het gebruik van de aanwezige materialen							+
Til- en transfertraining							+
Trainen van gesprekstechnieken (motivational interviewing)							+
Website van het ziekenhuis	+	+					
Werkvloercoaching		+					+
VR = virtual reality. + toepasbaar							

### 3.2.2 Interventies die zijn gericht op het microsysteem

Het microsysteem bestaat uit groepen die direct in verbinding staan met het individu. De sociale netwerken en personen binnen deze netwerken hebben een grote impact op het individu, maar het individu kan ook een grote impact hebben op de netwerken (Rogers 2003). De groepen met de grootste invloed op het individu zijn de mensen die het meest nabij staan, zoals de partner, familie en naasten. Het individu wordt ook beïnvloed door zijn omgeving, zoals werk, school, gemeenschap of sportvereniging, en door zorgverleners uit de eerste lijn (zoals de huisarts of de eerstelijns fysiotherapeut). De patiënt die in het ziekenhuis is opgenomen, wordt daarnaast beïnvloed door bezoekers en hun gedrag en door de medewerkers uit het ziekenhuis. De medewerkers uit het ziekenhuis worden op hun beurt beïnvloed door mensen uit hun microsysteem. De invloed van directe collega's is het grootst. Interventies die zijn gericht op het microsysteem richten zich op de omgeving binnen de zorg en op de omgeving buiten de zorg. Binnen de zorgomgeving onderscheiden we de afdeling Fysiotherapie en de verpleegafdeling, omdat dit de afdelingen zijn waar de meeste beweegziekenhuizen hun interventies voor inrichten.

Interventies die voor de omgeving buiten de zorg kunnen worden ingezet, richten zich op:

- vergroten van de algemene kennis over bewegen;
- vergroten van de specifieke kennis over bewegen bij een bepaalde aandoening en/of ziekte;
- vergroten van de stimulans om met de patiënt te gaan bewegen;
- bewust zijn van het eigen (voorbeeld)gedrag en voldoen aan de beweegrichtlijn (Ministerie van VWS 2017);
- inzicht hebben in de mogelijkheden die het ziekenhuis biedt om te bewegen.

De interventies die hierbij passen, zijn gelijk aan de interventies die voor de patiënt worden ingezet. Zie paragraaf 3.2.1.



Interventies die kunnen worden ingezet voor de afdeling Fysiotherapie richten zich op:

- deelnemen aan het beweegziekenhuisproject;
- ambassadeur zijn van het beweegziekenhuisproject;
- optimaliseren van de fysiotherapeutische rol in het ziekenhuis;
- vergroten van de zichtbaarheid van de afdeling in het ziekenhuis;
- monitoren van fysieke activiteit bij patiënten.

Interventies die kunnen worden ingezet voor de verpleegafdeling richten zich op:

- deelname aan het beweegziekenhuisproject;
- bewegen als standaardzorg implementeren;
- de zorg inrichten rond het belang van bewegen.

Interventies die hierbij passen, staan in tabel 3.2-3.

Tabel 3.2-3. Interventies voor het microsysteem

	Doelen fysiotherapie		Doelen verpleegafdeling		
	Deelname aan het beweegziekenhuisproject	Optimaliseren fysiotherapeutische rol	Aandacht voor bewegen faciliteren	Implementatie standaardzorg	Zorg ingericht rond bewegen
<b>Interventies</b>					
Aansluiten bij artsensites		+			
Aansluiten bij multidisciplinaire overleggen		+			
Op vaste tijden aanwezig zijn op de verpleegafdeling		+			
Afspraken maken met verpleegafdelingen over consultatie		+			
Afspraken met patiëntvervoer om dit zo actief mogelijk te doen					+
Afspraken met de SEH over het opnemen van patiënten in bed					+
Alle medewerkers die betrokken zijn bij de patiënt zijn bekend met het functieniveau van de patiënt				+	
Artsenvisite organiseren buiten de patiëntenkamer				+	
Beweegcoaches (kartrekkers, aandachtsvelders) aanstellen			+		
Beweegmogelijkheden aanbieden	+				
Beweegdoelen opstellen voor patiënten		+			
Beweegdoelen en de fysieke activiteit bijhouden in EPD					
Beweegdoelen voor de patiënt vaststellen bij de (artsen)visite				+	
Bewegen bij patiënten stimuleren gedurende alle diensten				+	
Beweeggedrag en fysieke activiteiten van de patiënt worden standaard onderwerp tijdens (artsen)visite				+	
Bezoekers informeren over de mogelijkheden voor bewegen van de patiënt, in het ziekenhuis en binnen de regio				+	

Tabel 3.2-3. Interventies voor het microsysteem (vervolg)

	Doelen fysiotherapie		Doelen verpleegafdeling		
	Deelname aan het beweegziekenhuisproject	Optimaliseren fysiotherapeutische rol	Aandacht voor bewegen faciliteren	Implementatie standaardzorg	Zorg ingericht rond bewegen
<b>Interventies</b>					
Dagprogramma's maken met aandacht voor fysieke activiteit				+	
Ergocoaches aanstellen			+		
Fysieke functie van de patiënt bij opname registreren in EPD				+	
Fysiotherapeut is vaker aanwezig op de verpleegafdeling		+			
Gebruiken van activiteitenmonitors ter ondersteuning van de fysiotherapeutische behandeling		+			
Inactiviteit of fysieke achteruitgang bij een patiënt signaleren en actie ondernemen				+	
Inloopsprekuren door fysiotherapeut op de verpleegafdeling (beweegadvies)		+			
Inzet van vrijwilligers					+
Kennis delen om bewegen te stimuleren (bijv. gebruik mobilisatietechnieken)	+				
Klinische lessen verzorgen voor medewerkers	+				
Koppelen van bewegen aan ontslagcriteria				+	
Kritisch evalueren van barrières voor mobilisatie tijdens (artsen)visite				+	
Medewerkers faciliteren in het bijdragen aan het beweegziekenhuisproject	+		+		
Na ontslag beweegzorg organiseren				+	
Objectiveren van de fysieke activiteit van patiënten		+			
Onderscheiden fysiotherapeutische behandeling en bewegen		+			
Onderscheiden individuele behandelingen en groepsbehandelingen/oefengroepen		+			
Ondersteunen bij gebruik van technologische middelen (zoals activiteitenmonitors en oefenapplicaties)	+				
Opname beweegziekenhuisproject in het jaarplan	+				
Patiënt stimuleren zo veel mogelijk zelf ADL te doen ( <i>function focused care</i> )				+	
Personeel inzetten ten behoeve van het bewegen van patiënten			+		
Standaard fysiotherapeutisch consult bij patiënten met verhoogd valrisico		+			

Tabel 3.2–3. Interventies voor het microsysteem (vervolg)

	Doelen fysiotherapie		Doelen verpleegafdeling		
	Deelname aan het beweegziekenhuisproject	Optimaliseren fysiotherapeutische rol	Aandacht voor bewegen faciliteren	Implementatie standaardzorg	Zorg ingericht rond bewegen
<b>Interventies</b>					
Stimuleren facilitatoren voor het bewegen van patiënten			+		
Stimuleren van actief taalgebruik ten aanzien van bewegen	+				
Wegnemen van barrières voor het bewegen van patiënten (o.a. werkdruk)			+		
Zorg (ADL, artsenvisite, maaltijden) zo min mogelijk aan/op/ in bed				+	

### 3.2.3 Interventies die zijn gericht op het mesosysteem

Het mesosysteem staat voor de verbinding en afhankelijkheid tussen de verschillende groepen in het microsysteem. Voor het individu is het van belang hoe de verschillende groepen contact met elkaar hebben. Als een familielid van de patiënt langdurig bij een patiënt zit, ervaart deze wat inactiviteit met zijn lichaam doet. Bovendien worden zijn kennis en houding ten aanzien van bewegen beïnvloed door het gedrag van de zorgverleners die bij de patiënt betrokken zijn, die op hun beurt ook weer door anderen beïnvloed worden.

Interventies die zich richten op het mesosysteem hebben tot doel de groepen die in het microsysteem actief zijn, met elkaar te verbinden, ten gunste van de patiënt. Denk aan een interventie die is gericht op een verpleegafdeling die weinig contact heeft met de afdeling Fysiotherapie. Op die afdeling is de toegevoegde waarde van de fysiotherapeut geen gemeengoed. Mogelijk geven de medewerkers van die verpleegafdeling, en daarmee ook de patiënten, het bewegen tijdens een ziekenhuisopname op grond daarvan minder prioriteit.

Interventies die hierbij passen, zijn:

- een interdisciplinair team rond bewegen starten;
- bestaande samenwerkingsverbanden rond bewegen optimaliseren en uitbreiden;
- aansluiting zoeken bij bestaande projecten;
- collega's informeren over de lopende interventies (ook de interventies buiten hun werkzaamheden);
- samenwerken aan goede communicatie tussen alle betrokkenen;
- als zorgverleners gezamenlijk en multidisciplinair het belang van bewegen uitdragen en elkaar aanspreken op het eigen (voorbeeld)gedrag.

### 3.2.4 Interventies die gericht zijn op het exosysteem

Het exosysteem is de gehele omgeving waarin de patiënt of medewerker zich bevindt: het ziekenhuis. Tussen het exosysteem en het individu bestaat geen directe relatie. Het exosysteem wordt ook wel een strategische laag genoemd, denk aan de afdeling Communicatie, de Raad van Bestuur en de Patiëntenadviesraad. Deze lagen spelen een rol bij beleidsmatige besluiten die ten aanzien van het ziekenhuis als geheel genomen moeten worden.

Al heeft het individu geen directe invloed op het exosysteem, als individu krijg je hier wel mee te maken. Denk bijvoorbeeld aan de missie en visie van het ziekenhuis, het ziekenhuisbrede beleid of de media-uitingen waarmee patiënten, medewerkers en bezoekers worden geconfronteerd, maar waar zij geen directe invloed op hebben.

Interventies die kunnen worden ingezet voor het macrosysteem richten zich op:

- het zichtbaar maken van het bewegziekenhuisproject in het ziekenhuis;
- actief taalgebruik en gebruik van beeldmateriaal door het ziekenhuis;
- een ziekenhuisbreed actief beleid ten aanzien van gezond beweeggedrag;
- stimulering van gezond beweeggedrag onder de medewerkers.

Interventies die hierbij passen staan in tabel 3.2-4.

Tabel 3.2-4. Interventies voor het exosysteem

Interventies	Doelen			
	Zichtbaarheid in ziekenhuis	Actief taalgebruik en beeldmateriaal	Actief beleid t.a.v. gezond beweeggedrag	Gezond beweeggedrag medewerkers stimuleren
Fietsplan				+
Leefstijlproject voor medewerkers				+
Monitoren van beleid middels indicatoren	+		+	
Monitoren van beweeggedrag bij patiënten			+	
Ontwikkelen van interprofessionele zorgpaden			+	
Opnemen 'beweegbeleid' in functieomschrijvingen van personeel	+		+	
Organiseren van een startevenement ( <i>kick-off</i> )	+			
Deelnemen aan de Bewegeweek	+			
Publicaties in regionale/landelijke media	+	+		
Scholing van nieuwe medewerkers	+	+	+	+
Sturen op actieve communicatie		+	+	+

### 3.2.5 Interventies die gericht zijn op het macrosysteem

Het macrosysteem wordt gevormd door bijvoorbeeld sociale normen en waarden die een rol spelen in de samenleving. In het beweegziekenhuisproject kan het macrosysteem echter ook bepaald worden door de regio waarin het ziekenhuis zich bevindt. Het macrosysteem beïnvloedt de voortgang van het beweegziekenhuisproject doordat het bepaalt hoe de andere systemen reageren op de interventies.

Op het macrosysteem heb je weinig invloed. Er zijn wel een aantal passende interventies waarmee je de regio kunt beïnvloeden (tabel 3.2–5).

Interventies die gericht zijn op het macrosysteem zijn nauw gerelateerd aan de interventies die gericht zijn op het exosysteem.

Tabel 3.2–5. Interventies voor het macrosysteem

	Doelen	
	Externe samenwerking	Externe communicatie
<b>Interventies</b>		
Aanbieden van sport in de regio met korting (voor medewerkers)	+	
Aansluiten bij landelijke evenementen of beweeginitiatieven	+	+
Extern communicatieplan		+
Samen met maatschappelijke organisaties beweeginitiatieven opzetten	+	
Samen met sportverenigingen beweeginitiatieven opzetten	+	
Samen met zorgorganisaties beweeginitiatieven opzetten	+	
Samenwerken met organisaties in de regio m.b.t. bewegen	+	+
Scholingen geven bij organisaties in de regio	+	+

### 3.2.6 Interventies die zijn gericht op het chronosysteem

Het chronosysteem is de buitenste laag. Deze laag staat los van de andere lagen, omdat dit systeem niet te beïnvloeden is met een beweegziekenhuisproject. Het gaat in deze laag om de tijdgeest, waarmee zowel de tijd wordt bedoeld waarin de patiënt is opgegroeid en zijn opleiding heeft genoten, als de tijd van nu.

Binnen het socio-ecologisch model wordt verondersteld dat de tijdgeest krachtige invloed heeft op een persoon en zijn keuzes (Bronfenbrenner 1979). Zo was enkele jaren geleden bewegen weliswaar belangrijk, maar was het ondenkbaar dat een ziekenhuis bewegen zou betrekken bij organisatorische beslissingen of op zou nemen in de missie en visie van het ziekenhuis. Tegenwoordig is deze gang van zaken nog steeds niet vanzelfsprekend, maar wordt ze wel in steeds meer ziekenhuizen geaccepteerd.

Het is niet mogelijk om interventies uit te voeren die de impact van het chronosysteem beïnvloeden, maar het is wel belangrijk om te beseffen dat de invloed van het chronosysteem verweven is met alle facetten van het project.

### 3.3 Interventies die zijn gericht op materialen

Voor het succesvol implementeren van een beweegproject moeten de voorzieningen in het ziekenhuis geoptimaliseerd worden om fysieke inactiviteit te reduceren.

Voldoende oefenmaterialen<sup>2</sup>, medische hulpmiddelen, transfer- en loophulpmiddelen in het ziekenhuis ondersteunen patiënten en medewerkers bij het (mogelijk maken van) bewegen. Uit de interviews met projectleiders blijkt de inzet van materialen vaak nog niet optimaal geregeld: *“We hadden onvoldoende loophulpmiddelen met infuuspalen erop. We hadden ook geen loophulpmiddelen voor infusen van jonge patiënten of patiënten die gewoon goed konden lopen. Daarom hebben we toen een grote slag gemaakt om al onze loophulpmiddelen op orde te krijgen, dat het ook veilig is.”*

Je bent er niet met het aanschaffen van materialen. Je moet ook nagaan of de medewerkers scholing nodig hebben in het gebruik van de materialen. Misschien is ondersteuning binnen werkprocessen nodig om het gebruik ervan te bevorderen (paragraaf 3.2.1). De werkgroep adviseert daarom ten aanzien van producten en materialen de volgende stappen te doorlopen:

1. Inventarisatie van wat beschikbaar is.
2. Overgaan tot aanschaf van wat nodig is (mits de financiering rond is).
3. Implementeren van zowel beschikbare als nieuwe producten en materialen.

Deze stappen worden hierna toegelicht.

#### 3.3.1 Inventariseren van beschikbare materialen

Ga na of de beschikbare oefenmaterialen, medische hulpmiddelen, transfer- en loophulpmiddelen:

- in voldoende mate *beschikbaar* zijn voor alle patiënten,
- *passen* bij de patiëntenpopulatie,
- *veilig* zijn,
- beschikken over *voldoende kwaliteit*, en
- voor alle zorgverleners en patiënten *zichtbaar* zijn.

De werkgroep adviseert om deze evaluatie samen met de betrokken medewerkers uit te voeren.

Een fysiotherapeut, ergotherapeut en/of iemand van de Medische Instrumentale Dienst kan hierbij ondersteunen.

#### 3.3.2 Aanschaffen van nieuwe producten en materialen

Uit een inventarisatie kan blijken dat het noodzakelijk is om bestaand materiaal te vervangen en/of nieuwe (reeds ontwikkelde) materialen aan te schaffen. Een overzicht met mogelijke oefenmaterialen, medische hulpmiddelen, transfer- en loophulpmiddelen vind je in bijlage 8. Van elk materiaal kun je nagaan of er behoefte aan bestaat met behulp van de vragen in het volgende kader.

<sup>2</sup> In dit document wordt met de term oefenmateriaal verwezen naar klein oefenmateriaal dat gemakkelijk te verplaatsen is. Grotere materialen, zoals fitnessapparaten (bijv. een hometrainer of loopband) vallen onder inrichting van de gebouwde omgeving.

### Vragen ter inventarisatie van (nieuwe) materialen

- Past het materiaal bij de patiëntenpopulatie?
  - Welke barrières ervaren patiënten en/of medewerkers op de afdeling?
  - Zijn dit veel voorkomende barrières? Is dit een incidentele barrière?
- Welke medewerkers gaan het materiaal inzetten bij de patiënt?
- Hoe makkelijk is het materiaal in gebruik?
  - Kan het materiaal door medewerkers worden ingezet zonder (uitgebreide) scholing?
  - Kan het materiaal worden ingezet bij patiënten zonder toelichting of met eenvoudige instructies?
  - Kan het materiaal worden gebruikt door patiënten met een generiek oefenschema?
- Kan het materiaal veilig ingezet worden?
  - Kan het materiaal veilig door patiënten zelf gebruikt worden om te oefenen?
  - Kan het materiaal veilig door patiënten zelf gebruikt worden om te mobiliseren?
  - Wat zijn de risico's bij (verkeerd) gebruik?
- Hoelang kan het materiaal gebruikt worden (afschrijftermijn)?
- Hoe wordt het materiaal opgeslagen?
  - Kan het materiaal op de patiëntenkamer geplaatst worden?
  - Kan het materiaal op de verpleegafdeling opgeslagen worden?
  - Kan het materiaal centraal in het ziekenhuis worden opgeslagen?

Als de behoefte in kaart is gebracht, kan het helpen om er een totaaloverzicht van te maken. Dit geeft de betrokkenen inzicht in wat er aangeschaft kan/moet worden én maakt duidelijk wat de bijbehorende kosten zijn, want voor de aanschaf van materialen is financiering nodig. Deze kosten zijn doorgaans niet in het projectplan begroot, omdat je pas in een latere fase bepaalt wat je wilt aanschaffen.

De werkgroep maakt voor de financiering onderscheid tussen materialen die reeds bestaan (bijv. gewichtjes, rollators) en materialen die nog ontwikkeld moeten worden *from scratch* (bijv. aangepaste OK-kleding of een product zoals een applicatie).

Van reeds bestaande materialen en producten weet je wat ze kosten en ze zijn bovendien relatief snel leverbaar. Vaak kunnen ze worden gefinancierd vanuit het ziekenhuis zelf, door een verpleegafdeling, de afdeling Fysiotherapie of door het vriendenfonds van het ziekenhuis. Het kan lonen om na te gaan of meerdere afdelingen behoefte aan hetzelfde hebben, omdat een grotere bestelling de onderhandelingspositie bij leveranciers verbetert.

Wat nog ontwikkeld moet worden, is vele malen duurder doordat er vaak (hoge) ontwikkelkosten aan verbonden zijn. Die kosten zijn vooraf niet volledig inzichtelijk te maken, maar betreffen altijd een schatting. Daar is lastig financiering voor te genereren. Zo gaven projectleiders aan dat een vriendenfonds vaak alleen geld steekt in bestaande producten of materialen en niet in de ontwikkeling ervan. Natuurlijk bestaat er altijd nog de mogelijkheid om externe gelden (subsidies, prijzen) aan te vragen, maar of die ook worden toegekend, is vaak onzeker.

Een overzicht van hoe financiering van materialen/producten tot stand kan komen, staat in het volgende kader.

### Financiering van producten

Van tevoren uitzoeken:

- Bestaand of nieuw te ontwikkelen product?
- Mogelijkheid om product van een ander ziekenhuis over te nemen of door te ontwikkelen?
- Product voor één afdeling, voor meerdere afdelingen of ziekenhuisbreed?

Mogelijke bronnen voor financiering:

- Afdeling Fysiotherapie
- Beschikbare, ongebruikte producten van andere afdelingen
- Externe financier (bijv. gemeente of een start-up)
- Innovatiefonds van het ziekenhuis
- Overkoepelende afdeling (bijv. ICT-afdeling of de Facilitaire Dienst)
- Patiëntengiften
- Verpleegafdeling(en)
- Vriendenfonds van het ziekenhuis (of een andere sponsor)

Om de kosten te spreiden, wordt in veel ziekenhuizen de aanschaf van producten en materialen niet in één keer gedaan, maar wordt elk jaar een deel aangeschaft.

Wanneer verpleegafdelingen zelf geen geld beschikbaar stellen, bestaat misschien de mogelijkheid om als afdeling Fysiotherapie zelf een aanschaf te doen, zodat de verpleegafdelingen dan wel het hele ziekenhuis er kennis mee kunnen maken. Zo stelt een projectleider: *“We hebben een aantal jaren geleden zelf een turner aangeschaft en daar zijn wij op verschillende afdelingen met patiënten mee aan de slag gegaan. En iedereen werd daardoor heel enthousiast van: ‘goh, dat is een makkelijk ding’ en ‘hoe werkt dat?’ En je merkt nu dat bijna iedere afdeling zo’n turner heeft aangeschaft. Het is steeds opnieuw kijken van ‘waar kunnen we mee de boer op?’ zonder dat je iets opdringt. Maar dat je iets neerlegt waardoor weer een behoefte ontstaat om het in het grote geheel ook toe te passen; dat is de tactiek.”*

### 3.3.3 Inzetten van beschikbare en nieuwe materialen

Veel ziekenhuizen hebben de afgelopen jaren al geïnvesteerd in de aanschaf van materialen om het bewegen te stimuleren. De projectleiders geven echter ook aan dat je er met de aanschaf alleen niet bent. Materialen moeten ook worden geïmplementeerd.

Voor het bevorderen van de implementatie adviseert de werkgroep:

- een vaste opslagplek van materialen;
- een opslagplek die zichtbaar is voor patiënten;
- een protocol voor het gebruik en het onderhoud van materialen;
- een vermelding van beschikbaarheid c.q. vrij gebruik in de patiënteninformatie;
- een scholing voor het gebruik van materialen;
- een werkafpraak over het inzetten van materialen, en
- een terugkerende inventarisatie van beschikbare materialen en de aanschaf van nieuwe materialen.

Het is belangrijk om deze aspecten op te nemen in je implementatieplan (zie paragraaf 4.1).

## 3.4 Interventies die zijn gericht op de inrichting van de gebouwde omgeving

De gebouwde omgeving, ofwel de inrichting van het ziekenhuis, nodigt vaak niet uit tot bewegen, zo signaleert het merendeel van de projectleiders in Nederlandse ziekenhuizen. Een aantal ziekenhuizen heeft al verbouwd om een beweegvriendelijke omgeving te creëren op de verpleegafdeling. De uitda-



ging is om te kijken hoe je de gebouwde omgeving zo kunt inrichten dat de patiënt geprikkeld wordt om uit bed te gaan én te bewegen. Een projectleider vertelt: *“We hebben de afdeling Ouderengeneeskunde flink aangepast. De afdeling is letterlijk aangepast, helemaal verbouwd. Zo zijn bijvoorbeeld vierpersoonskamers driepersoonskamers geworden, met fatsoenlijke tafels en stoelen. Er is dus een bed opgeofferd, waardoor er ruimte is gekomen om op de kamer fatsoenlijk te kunnen zitten en ook te eten, als je dat wilt.”*

Op basis van de interviews en op advies van de Expertgroep Beweegziekenhuizen, heeft de werkgroep de mogelijke interventies opgedeeld in vier omgevingen: de patiëntenkamer, de verpleegafdeling, het ziekenhuis en het kantoor van de medewerkers. Hierna zijn de interventies per omgeving uitgewerkt. Een toelichting op de interventies en een aantal voorbeelden vind je in bijlage 7.

### 3.4.1 Interventies die zijn gericht op de patiëntenkamer

De patiënt die in het ziekenhuis is opgenomen, bevindt zich het grootste deel van de dag op de patiëntenkamer. Het is dus van belang dat dit een omgeving is die enerzijds de patiënt stimuleert elders op de kamer te verblijven in plaats van in bed, maar die anderzijds de patiënt informeert over de beweegen en recreatiemogelijkheden in de rest van het ziekenhuis. De interventies die hiervoor ingezet kunnen worden, richten zich op het creëren van voldoende vrije ruimte door de herinrichting van de patiëntenkamer en het aanbieden van passende faciliteiten, materialen en visuele prikkels. De hierbij behorende interventies staan in tabel 3.4-1

Tabel 3.4-1. Interventies voor de patiëntenkamer

	Doelen			
	Aanpassingen rondom het bed	Materialen en faciliteiten	Herinrichting ruimte	Informatie verschaffen
<b>Interventies</b>				
Bed tegen de muur	+			
Bedhoes gebruiken overdag	+			
Bedside terminals niet gefixeerd aan het bed of hangend boven het bed	+	+		
Beweegborden en beweegpictogrammen aan de muur		+		+
Beweegadvies van de fysiotherapeut op een whiteboard				+
Dag-nachtindeling (bijv. bed tegen de muur overdag)			+	
Extra aandacht voor isolatiekamers: bijv. ook aankleden met hometrainers			+	
Informatie op bedside terminals over belang bewegen, mogelijkheden, oefeningen		+		+
Infotainmentsysteem gebruiken (i.p.v. puur entertainment)		+		+
Inzetten van dag-/huiskamer, en bed alleen voor noodzakelijk gebruik (rust)			+	
Lichtplan optimaliseren			+	
Nachtkastjes in de kast opbergen	+			

Tabel 3.4-1. Interventies voor de patiëntenkamer (vervolg)

Interventies	Doelen			
	Aanpassingen rondom het bed	Materialen en faciliteiten	Herinrichting ruimte	Informatie verschaffen
Nachtkastjes aan de kant indien de patiënt niet in bed ligt	+			
Nederland in Beweging (ziekenhuisvariant) op tv		+		
Oefenmaterialen beschikbaar maken op patiëntenkamer		+		
Overdag bed onopgemaakt laten	+			
Plattegrond (zodat de patiënt weet waar hij zich bevindt)		+		
Posters aan de muur over het belang van bewegen, oefeningen		+		+
Praktisch meubilair (comfortabel en voldoende aanwezig)	+			
Relax- of zorgstoelen	+			
Ruimte creëren door een bed minder in de kamer te zetten			+	
Extern ruimte winnen door de patiëntenkamer kleiner te maken				
Stoel beschikbaar stellen voor elke patiënt	+			
Tafel nodigt uit, en staat niet in de hoek van de kamer bij één patiënt			+	
Tv niet boven het bed plaatsen	+			
Uitnodiging om een QR-wandelroute te gaan lopen op de gang (verleiden om de gang op te gaan)		+		
Voldoende vrije ruimte om te bewegen (de afmeting van het meubilair moet ruimte laten om te mobiliseren)			+	
Voldoende zitplekken aan tafel, namelijk gelijk aan het aantal personen op de kamer			+	
Zorgen voor voldoende stoelen bij bezoek	+			

### 3.4.2 Interventies die zijn gericht op de verpleegafdeling

De verpleegafdeling staat vaak vol met verpleegkundige apparatuur, waardoor het niet voelt als een omgeving waarin de patiënt zich mág bevinden of vrij kan bewegen. Daarnaast geven projectleiders aan dat het voor patiënten soms lastig is om op de verpleegafdeling de weg te vinden. Interventies die bewegen op de verpleegafdeling kunnen stimuleren, hebben we opgesplitst in materialen, de gezamenlijke, vrije ruimtes en de gang. Een overzicht van deze interventies staat in tabel 3.4-2.

Tabel 3.4-2. Interventies voor de verpleegafdeling

	Doelen		
	Materialen	Gezamenlijke ruimtes	Gang
<b>Interventies</b>			
Deuren op de afdeling openhouden (uitnodigender om de kamer te verlaten)	+		
Duidelijke bewegwijzering maken (plattegrond, routebordjes, voetstappen, lijnen)	+		+
Een kamer waar patiënten zonder bed opgenomen kunnen worden			+
Gezamenlijk eten door middel van een buffet buiten de kamer		+	+
Kamers herkenbaar maken voor patiënten (bijvoorbeeld door pictogrammen)	+		
Leuningen in de gangen installeren	+	+	
QR-wandelroutes ontwikkelen en/of looproutes op de muur maken	+		+
Loopafstanden markeren op de muur van de gangen	+		+
Organiseren dat de patiënt naar de zorgverlener komt in plaats van andersom		+	+
Recreatieve activiteiten organiseren (bijv. muziek luisteren/maken (piano), lezen (bibliotheek, boeken uitwisselkast), spelletjes, kunst, zitjes met thema: muziekhoek, sportcafé, enz.)		+	+
Stalling van veel gebruikte verpleegkundige materialen organiseren (niet in de gang stallen)	+		
Uitrustplekken of zitjes installeren	+	+	
Uitstraling afstemmen op de patiëntenpopulatie (onderscheid kinderen/ouderen enz.)	+	+	
Wanden bekleden (bijv. met kunst of natuurbehang)	+	+	
Zelf eten en drinken pakken buiten 'reguliere' uren (bijv. installatie notenbar, waterpunt, koffie en thee)		+	+
Zorgen dat mensen naar buiten kunnen (terras, toegankelijkheid uitgang)		+	+

### 3.4.3 Interventies die zijn gericht op het ziekenhuis

De ervaring van een patiënt, bezoeker en medewerker begint bij het betreden van het ziekenhuis. Denk maar eens aan de rolstoelen die je vaak al bij de ingang aantreft. Het ziekenhuis oogt als een klinische setting waar fysieke activiteit niet wordt gestimuleerd. De interventies die je kunt uitvoeren in het ziekenhuis als geheel zijn uitgesplitst naar de centrale ruimtes in het ziekenhuis, het trappenhuis en de liften, en de buitenruimte. Omdat dit vaak omvangrijke, ziekenhuisbrede interventies betreft, adviseert de werkgroep om als projectgroep aan te sluiten bij de relevante commissies die gaan over de inrichting, verbouwing of nieuwbouw van het ziekenhuis. Een overzicht van mogelijke interventies staat in tabel 3.4-3.

Tabel 3.4-3. Interventies voor het ziekenhuis

	Doelen		
	Activiteiten	Buitenruimte	Binnenruimte
<b>Interventies</b>			
Actief wachtverblijf (bijv. een fiets om je telefoon op te laden)	+		
Activiteitenruimtes inrichten	+		
Beweegbank/buitenfiets/buitenfitnessruimte		+	
Beweegtuintuin aanleggen		+	
Oproepen om ideeën aan te leveren voor informatievoorziening/ activiteitenmiddag	+		
Informatie geven over het belang van bewegen met een folder, digitaal, of door een activiteitenmiddag te organiseren	+		
Gebruik van pictogrammen, kleuren en/of belijning	+	+	+
Looproutes inrichten (al dan niet interactief of met QR-codes)	+	+	+
Motiverende stickers met quotes op de liftdeur/in de lift, en in het trappenhuis			+
Ontwikkelen van een plattegrond	+		
Promotiemateriaal plaatsen (banners)	+		
Restaurant/kiosk buiten (in de zomer)		+	
Speeltuin voor kinderen aanleggen		+	
Trap zichtbaarder maken door bewegwijzering (gebruik pictogrammen)			+
Ziekenhuisbrede activiteiten: bingo, optredens, lezingen, film, tentoonstellingen, muziek, sportactiviteiten	+		

### 3.4.4 Interventies die zijn gericht op het kantoor van de medewerkers

Wat de patiëntenkamer is voor de patiënt, is het kantoor voor veel medewerkers. De inrichting van een kantoor kan bijdragen aan gezond beweeggedrag van medewerkers, maar kan hen ook prikkelen om patiënten te stimuleren tot gezond beweeggedrag. De cultuurverandering kan dus ook op het kantoor beginnen. Interventies waar aan je kunt denken zijn:

- creëren van een stimulerende omgeving met posters, quotes en banners;
- inrichten van gezonde werkplekken:
  - een bureaufiets;
  - een hoog-laagbureau (stabureau);
  - hoge tafels (staand overleggen).

Er zijn nog weinig ziekenhuizen in het kader van hun beweegziekenhuisproject bezig met het herinrichten van de kantoren. Voor verdere realisatie van een beweegvriendelijke kantooromgeving kun je een bedrijfsfysiotherapeut raadplegen.

## Deel 4 Implementatie en borging

### Intro

Na het schrijven van het projectplan en het kiezen van de interventies wordt door de projectgroep en/of (afdelings)werkgroep besloten welke implementatiestrategieën worden ingezet om de gestelde doelen te bereiken. Daarnaast is het belangrijk om te bedenken hoe je het project behapbaar houdt. Want wat als je meerdere projecten binnen meerdere verpleegafdelingen hebt lopen, wat is dan jouw rol als project-leider? Wie monitort welke interventie? Hoe houd je overzicht?

#### 4.1 Hoe implementeer je een beweegziekenhuisproject?

Implementeren is het procesmatig en planmatig invoeren van vernieuwingen en/of verbeteringen met als doel dat deze een structurele plaats krijgen in het beroepsmatig handelen en/of het functioneren van de organisatie (Grol 2017). Met je project wil je een verandering in het ziekenhuis teweegbrengen. Daarvoor is implementatie van het project nodig. Implementatie is een cyclisch proces, waarbij continue evaluatie en bijstelling cruciaal zijn voor het succes ervan (Craig 2008). Hierbij gaat het om evaluatie en bijstelling van het proces en de inhoud van het beweegziekenhuisproject, maar ook om het antwoord op de vraag of het gewenste gedrag daadwerkelijk wordt bereikt. Bij de start van elk (deel)project start een nieuw proces van implementatie. Implementatie gebeurt aan de hand van een implementatieplan. Het verloop van de implementatie dient regelmatig geëvalueerd en waar nodig bijgesteld te worden, want de dagelijkse praktijk is weerbarstig. Soms gaat een verandering ook langzamer dan je had gehoopt: *“Wij moeten het steeds opnieuw onder de aandacht brengen, want anders komt het tot stilstand. De verpleging is allemaal supergemotiveerd, ik merk dat ook aan stagiaires, dat er in de opleiding aandacht aan wordt besteed. Ze weten allemaal hoe belangrijk het is om tijdens een opname in beweging te blijven, dus in die zin hoefden we niet veel meer. Maar het toepassen in de dagelijkse handelingen, dat is lastig. Maar ik begrijp wel dat veranderingen langzaam gaan, dus ik wil het wel graag onder de aandacht blijven houden.”* Maar ook als de implementatie niet loopt zoals je had verwacht, is het goed om een implementatieplan als houvast te hebben. Wanneer je dan afwijkt van je plan kun je dit bewust en onderbouwd doen.

Er zijn veel modellen voor het schrijven van een implementatieplan. Je bent vrij in je keuze, zolang het model past bij jouw specifieke situatie.

In een implementatieplan dienen de volgende zaken in ieder geval aandacht te krijgen:

1. *duidelijke doelen en oplossingscriteria;*
2. het betrekken van alle *relevante belanghebbenden* bij je project;
3. inventarisatie van de *feitelijke zorg en huidige problemen;*
4. een *analyse van de doelgroep en de context:* beantwoord de vraag welke belemmerende en bevorderende factoren een rol spelen in het realiseren van de verandering;
5. een beschrijving van de *strategie* voor effectieve verspreiding, implementatie en borging van het project;
6. een beschrijving van het *implementatieplan*, met bijbehorende activiteiten, taken en het tijdsplan;
7. integratie van het product in de *normale routines;*
8. *evaluatie* van het plan op regelmatige basis en *bijstelling* indien nodig; het gebruik van indicatoren om je project te monitoren.

In dit Standpunt wordt uitgegaan van het model van Grol en Wensing (2017), omdat dit model veelzijdig is, een concreet stappenplan voor het invoeren van vernieuwingen bevat en veel gebruikt wordt in de gezondheidszorg. In bijlage 9 vind je een format voor een implementatieplan volgens dit model, waarin al deze aspecten verwerkt zijn. Hierna volgt de beschrijving van alle stappen. Houd bij al deze stappen in gedachten dat continue evaluatie (en indien nodig bijstelling) essentieel is.

#### 4.1.1 Welke fasen doorloop je voor een vernieuwing?

In het model van Grol en Wensing (2017) worden vijf fasen onderscheiden waar een organisatie doorheen gaat om tot implementatie van een vernieuwing te komen: oriëntatie, inzicht, acceptatie, verandering en behoud (tabel 4.1-1). Aan elk van deze fasen kunnen specifieke doelen worden gekoppeld. In je implementatieplan besteed je aandacht aan deze vijf fasen en plan je activiteiten die bijdragen aan het succesvol doorlopen van elke fase van de implementatie.

Tabel 4.1-1. Fasen van implementatie (Grol 2017)

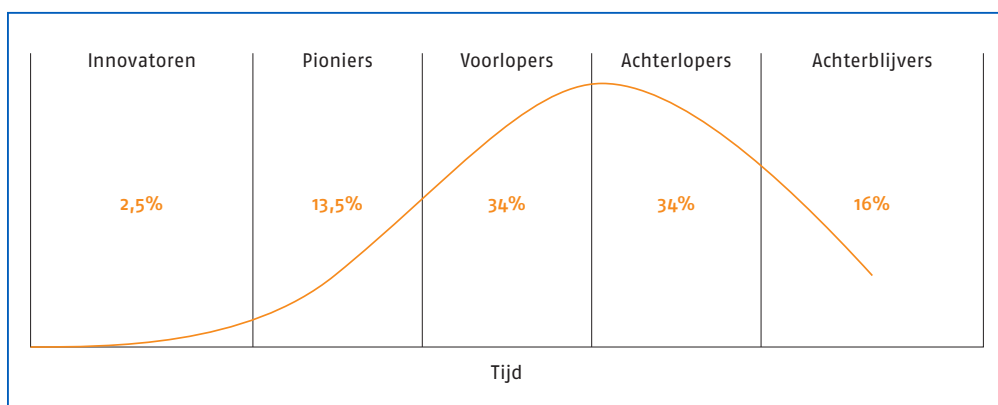
Implementatiefase bij gebruikers	Implementatieactiviteit gericht op...
1. Oriëntatie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• bewustzijn van de beoogde verandering</li> <li>• interesse en betrokkenheid</li> </ul>
2. Inzicht	<ul style="list-style-type: none"> <li>• kennis, begrip van de beoogde verandering</li> <li>• inzicht in eigen werkwijze</li> </ul>
3. Acceptatie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• positieve houding, motivatie om te veranderen</li> <li>• intentie of besluit om te veranderen</li> </ul>
4. Verandering	<ul style="list-style-type: none"> <li>• invoering van de verandering in de praktijk</li> <li>• bevestiging van nut en effect van de verandering</li> </ul>
5. Behoud van verandering	<ul style="list-style-type: none"> <li>• integratie van de verandering in bestaande routines</li> <li>• verankering in de organisatie</li> </ul>

De **oriëntatiefase** is erop gericht dat de doelgroep bekend wordt met het bestaan van het project en nieuwsgierig wordt naar het project. Je kunt in deze fase denken aan het benoemen van het beweegziekenhuisproject bij (informele) contactmomenten, maar je kunt bijvoorbeeld ook polsen wie er geïnteresseerd is en wie mee wil denken in de volgende projectfasen (aanstellen van kartrekkers). De **inzichtfase** is erop gericht dat de doelgroep weet wat het project precies inhoudt en inzicht heeft in hoe de nieuwe werkwijze verschilt van de huidige werkwijze. In deze fase moet een gevoel van urgentie ontstaan. Je kunt inzicht geven in het beweegziekenhuisproject door resultaten te publiceren, bijvoorbeeld op een poster in de koffiekamer, op het intranet, in de lokale media of misschien kun je ook wel scholing geven aan de doelgroep over je projectideeën. In de **acceptatiefase** gaat het erom dat de doelgroep gemotiveerd raakt om echt tot verandering over te gaan. Deze fase is gericht op een positieve houding ten aanzien van de verandering, en het besluit om te gaan veranderen. In deze fase geef je je interventie meer vorm binnen de (afdelings)werkgroep en creëer je samen meer draagvlak voor de veranderingen die op stapel staan. In de **veranderingsfase** maakt de doelgroep een start met de interventie, met als doel de doelgroep het gevoel te geven dat de interventie werkt en dat deze haalbaar is. Je introduceert, idealiter samen met de doelgroep, de interventie als een 'pilot' op de afdeling, hebt aandacht voor de meningen van de betrokkenen en staat open voor het bijstellen van de interventie waar nodig. Het helpt ook om successen te delen met de betrokkenen, om hen zo blijvend te enthousiasmeren voor de interventie. Als de interventie op kleine schaal succesvol is, kan deze verder uitgerold worden. De laatste fase, het **behoud**, is erop gericht de interventie tot onderdeel te maken van de bestaande routines en de interventie te verankeren in de organisatie. In een beweegziekenhuisproject blijkt dit vaak de lastigste stap, omdat dit duurzame gedragsverandering van individuen vraagt. Dit is de stap waarin je de innovatie moet borgen, en deze moet blijven bijstellen, zodat de interventie blijft aansluiten bij de situatie op de afdeling en onder de aandacht blijft. Daarnaast wil je misschien wel opschaalen.

#### 4.1.2 Welke fasen doorloop je voor een gedragsverandering?

Het beweegziekenhuisproject moet ingepast worden in de bestaande zorg en werkprocessen. Dit vereist gedragsverandering. Daarom vraagt gedragsverandering aandacht en doorzettingsvermogen. Bij ge-

dragsverandering zijn informele processen en de relaties tussen medewerkers onderling een belangrijke factor. Medewerkers moeten op een andere manier gaan (samen)werken. Dit is ook een van de belangrijkste redenen dat het implementeren van zorgvernieuwingen vaak moeizaam verloopt (Pauget 2018). Werkprocessen worden meestal door verschillende zorgprofessionals uitgevoerd en zijn vaak rigide, met als doel variatie in de uitvoering van taken te voorkomen (Pauget 2018). Daarom vraagt het veel energie om nieuwe processen en nieuw gedrag goed te implementeren en te borgen. Het vernieuwen en veranderen van zorg gaat door deze implementatieproblematiek vaak samen met weerstand onder betrokkenen (Thomas 2011). Voor succesvolle implementatie zijn positieve relaties tussen medewerkers in de verschillende lagen van het ziekenhuis daarom van groot belang. Niet iedereen gaat even makkelijk mee in een verandering. Het is goed om hierbij het model van Rogers (2003) in gedachten te houden (figuur 4.1-1).



Figuur 4.1-1. Model van Rogers (2003): verspreiding van innovatie

Elke verandering kent innovatoren en pioniers (de enthousiastelingen) die het voortouw nemen, een middengroep (voorlopers en achterlopers) die in de loop van de tijd veranderen, en achterblijvers, die weigeren om te veranderen. Je moet dus juist de enthousiastelingen bij je project betrekken. Op deze manier zorg je voor draagvlak en krijgt jouw project voet aan de grond binnen het ziekenhuis. Degenen die in het begin enthousiast zijn over je project en willen bijdragen (innovatoren en pioniers) kunnen helpen bij de implementatie, zodat de achterlopers en de achterblijvers meegaan in de innovatie. Heb je eenmaal een momentum, dan is het goed om ook de achterblijvers bij het project te betrekken en na te gaan wat hen weerhoudt. Dit kan ook waardevolle informatie opleveren voor het verder optimaliseren van je project.

Het is daarom verstandig om in je implementatieplan aandacht te besteden aan elk van de stappen van gedragsverandering, zoals beschreven in het model van Balm (2020). Dit model onderscheidt zes stadia waar mensen doorheen gaan bij een verandering: 'openstaan', 'begrijpen', 'willen', 'kunnen', 'doen' en 'volhouden' (tabel 4.1-2). Deze stappen overlappen deels met de fasen van implementatie van Grol en Wensing.

Tabel 4.1-2. Stappen van gedragsverandering (Balm 2020)

Fase van gedragsverandering	Implementatieactiviteit gericht op...
1. Openstaan	<ul style="list-style-type: none"> <li>bewustzijn van de beoogde verandering</li> <li>interesse en betrokkenheid</li> </ul>
2. Begrijpen	<ul style="list-style-type: none"> <li>kennis, begrip van de beoogde verandering</li> <li>inzicht in eigen werkwijze</li> </ul>
3. Willen	<ul style="list-style-type: none"> <li>positieve houding, motivatie om te veranderen</li> <li>intentie of besluit om te veranderen</li> </ul>
4. Kunnen	<ul style="list-style-type: none"> <li>bevestiging van nut en effect van de verandering</li> <li>aanleren van benodigde vaardigheden</li> </ul>

Tabel 4.1-2. Stappen van gedragsverandering (Balm 2020) (vervolg)

Fase van gedragsverandering	Implementatieactiviteit gericht op...
5. Doen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• invoering van de verandering in de praktijk</li> <li>• integratie van de verandering in bestaande routines</li> </ul>
6. Blijven doen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• verankering in de processen (onderdeel van de standaardzorg)</li> <li>• inslijten bij medewerkers (onderdeel van de dagelijkse routine)</li> </ul>

**Openstaan** voor de verandering is een voorwaarde om gedrag te kunnen veranderen of aanpassen. Openstaan voor nieuwe ideeën en inzichten is een eerste stap in het veranderproces. Daarna moet men **begrijpen** wat het nieuwe gedrag inhoudt. Wanneer men in eigen woorden kan omschrijven wat het gewenste gedrag is en welke voordelen het gedrag biedt, kan de verandering tot stand komen. Pas wanneer mensen daadwerkelijk **willen** veranderen, wordt gedragsverandering reëel. De voordelen van het nieuwe gedrag wegen dan zwaarder dan de nadelen. De logische volgende stap is dat mensen het gedrag ook **kunnen** veranderen. Door kennis te hebben van de wijze waarop het nieuwe gedrag kan worden volgehouden, lukt het beter om niet in oude gewoonten terug te vallen. Hierna is het tijd om te gaan **doen**; het in praktijk brengen van de verandering. Daarbij moeten onvoorziene problemen en tegenslagen overwonnen worden. Om de verandering hierna te kunnen **volhouden**, moet deze een tweede natuur worden en in de dagelijkse routine worden verweven.

## 4.2 Hoe monitor je de implementatie?

Door je beweegziekenhuisproject te monitoren op afdelings- en ziekenhuisniveau houd je grip op het project en kun je tijdig aanpassingen doorvoeren. Afhankelijk van de grootte van je project kun je het beweegziekenhuisproject als geheel evalueren, maar ook de verschillende interventies afzonderlijk. Er zijn verschillende soorten evaluaties en methoden die daarbij gebruikt kunnen worden. Welke je kiest, is afhankelijk van je doelstellingen.

### 4.2.1 Procesevaluatie

Een procesevaluatie (Moore 2015) geeft inzicht in het verloop van het project. Denk hierbij aan:

- de voorbereiding van het project,
- de activiteiten die worden uitgevoerd tijdens het project, en
- de resultaten van het project.

De procesevaluatie gaat vaak al direct van start. Je kunt bij de procesevaluatie grofweg drie momenten onderscheiden: de initialisatie van het project, de uitvoering van het project en het uiteindelijke projectresultaat. Per moment kun je verschillende evaluaties uitvoeren. In het volgende kader staan een aantal punten en voorbeeldvragen met betrekking tot procesevaluatie geformuleerd.

#### Procesevaluatie

Evaluatie van de *voorbereidingsfase* geeft inzicht in:

- de samenstelling van de projectgroep,
- het inschakelen van andere betrokkenen,
- de haalbaarheid van de planning c.q. de benodigde tijd om het project te realiseren, en
- de kosten die het project met zich meebrengt.



### Procesevaluatie (vervolg)

Mogelijke evaluatievragen:

- Waren de juiste personen bij het project betrokken? Was er voldoende kennis/ervaring aanwezig in de projectgroep en/of bij de externen om het project uit te voeren? Waren de personen op het juiste moment bij het project betrokken? Was het voor iedereen duidelijk wat er van hem/haar werd verwacht?
- Hoe verliep de planning? Is er afgeweken van de planning? Was er voldoende tijd beschikbaar om het project uit te voeren?
- Waren er voldoende (financiële) middelen aanwezig? Zijn er voldoende (financiële) middelen begroot?

Evaluatie van de *uitvoeringsfase* geeft inzicht in:

- de samenwerking met de projectgroep en andere betrokkenen,
- het verloop van het project,
- de succes- en faalfactoren van het project, en
- leerpunten voor een vervolgproject.

Mogelijke evaluatievragen:

- Hoe verliep de samenwerking? Hoe verliep de communicatie met de projectgroep? Hoe verliep de communicatie met andere betrokkenen? Is iedereen de afspraken nagekomen?
- Hoe verliep het proces? Is de juiste aanpak (implementatiestrategie) gekozen?
- Wat ging er goed bij de uitvoering van het project? Wat kon er beter? Waren er onverwachte gebeurtenissen? Hoe is hiermee omgegaan? Had dit voorkomen kunnen worden?
- Wat zou je de volgende keer opnieuw doen? Wat zou je een volgende keer anders doen?

Evaluatie van het *resultaat* geeft inzicht in:

- het behaalde resultaat en
- de ervaringen van gebruikers.

Mogelijke evaluatievragen:

- Heb je het gewenste resultaat behaald? Waarom wel/niet?
- Ben je tevreden met het resultaat?
- Is het resultaat bruikbaar in de praktijk?
- Wordt het project ingezet/gebruikt in de (dagelijkse) praktijk?
- Door hoeveel mensen wordt het project ingezet?

#### 4.2.2 Effectevaluatie

Met een effectevaluatie onderzoek je of je project het gewenste effect heeft gehad op de doelen die je hebt gesteld. Denk aan de verandering in beweeggedrag (meer uit bed, meer in beweging, meer actieve minuten), het optreden van complicaties, opnameduur, zelfstandig functioneren, ontslaglocatie, kwaliteit van leven of determinanten van gedrag (kennis, vaardigheden en attitude).

Een effectevaluatie kost tijd, maar meerdere projectleiders geven aan dat het voor je project van groot belang is om er tijd in te steken en dat zo'n meting de voorkeur heeft boven het overnemen van gegevens uit andere, vergelijkbare ziekenhuizen. Een projectleider noemt de effectevaluatie zelfs de meest waardevolle interventie: *“De meest waardevolle interventie is het meten geweest. Het werkelijk objectiveren van de situatie per afdeling. Dit is ongelooflijk belangrijk in de eerste fase van gedragsverandering: geconfronteerd worden met de feitelijke situatie. Want die informatie neem je mee in alle commu-*

*nicatie met stakeholders en patiënten. Pas als je kunt laten zien wat er gebeurt, zullen mensen bereid zijn om met je mee te denken over wat er anders moet. De meting gaat niet alleen over de getallen, het is ook een interventie op zich. Het zorgt ervoor dat de mindset van de betrokkenen al verandert."*

Het liefst zou je een effectevaluatie uitvoeren middels een randomized controlled trial, maar dit is in de meeste situaties niet realistisch en vaak ook niet wenselijk of noodzakelijk. In de praktijk worden de resultaten vaak gekwantificeerd met andere methoden, bijvoorbeeld met een voor- en nameting op het proces (bijv. er is meer bewegzorg aangeboden) of op de resultaten (bijv. patiënten bewegen meer). Je kunt hiervoor kwantitatieve en/of kwalitatieve onderzoeksmethoden gebruiken. Aanbevelingen voor het opzetten en uitvoeren van wetenschappelijk onderzoek vallen buiten de scope van dit Standpunt.

### 4.2.3 Evaluatiemethoden

Evaluatie is onderdeel van je implementatie. Blijvend evalueren is een belangrijke methode om de kwaliteit hoog te houden en de nieuwe werkwijze niet te laten afzakken. Daarnaast richt evaluatie opnieuw de aandacht op het project. Je kunt het proces zelf evalueren of het effect ervan. Er zijn meerdere evaluatiemethoden. Welke methode je kiest, is afhankelijk van wat het beste past bij jouw specifieke situatie en bij de hoeveelheid tijd en budget die je voor de evaluatie kunt vrijmaken. Je moet ook kiezen aan wie je de evaluatievragen voorlegt: de zorgmedewerkers of de gebruikers (patiënten, mantelzorgers of polikliniekbezoekers). Zorg dat je hierin bewuste keuzes maakt. In de volgende kaders staan evaluatiemethoden met voor- en nadelen per methode.

#### Enquête (proces + effect)

Bij een enquête laat je betrokkenen vragen beantwoorden over het proces van implementatie en/of over de interventie. Dit kan mondeling, telefonisch, digitaal of op papier. Een enquête is relatief eenvoudig uit te zetten bij een grote groep betrokkenen.

##### Voordelen

- Je kunt een enquête op meerdere manieren afnemen.
- Met een enquête kunnen alle betrokkenen relatief makkelijk bevestigd worden.
- Een enquête afnemen gaat relatief snel.
- Je hebt de mogelijkheid om een grote groep te bevestigen.
- Een enquête afnemen is goedkoop.
- Data-analyse is (relatief) eenvoudig.

##### Nadelen

- Je hebt weinig invloed op de respons.
- Bij lage respons is evaluatie maar in beperkte mate mogelijk.
- Een enquête geeft mogelijk minder informatie dan andere evaluatiemethoden.

#### Interviews (proces + effect)

Bij een interview ondervraag je een kleine groep betrokkenen over het proces en/of over de interventie. Je kunt geen direct effect afleiden uit interviews, wel kun je leren van de ervaringen van betrokkenen. Een interview kun je face to face, telefonisch of digitaal afnemen.

##### Voordelen

- Je kunt een interview individueel of in groepsverband (focusgroep) afnemen.
- Je kunt makkelijk doorvragen.
- Je krijgt (waarschijnlijk) veel informatie.

**Interviews (proces + effect) (vervolg)**

## Nadelen

- Het is tijdrovend.
- Het is duur.
- Een interview kan lastig te plannen zijn, zeker als het een groepsinterview betreft.
- Data van een interview uitwerken kost veel tijd.
- Data-analyse kan lastig zijn (als je niet bekend bent met het uitvoeren van kwalitatief onderzoek).

**Observatie van het project (proces + effect)**

Bij observatie van het project observeer je een interventie in de dagelijkse praktijk. Je kijkt niet naar individuen (zoals bij observaties van patiënten), maar naar het gebruik van de interventie. Niet elke interventie leent zich hiervoor; het is bijvoorbeeld in de praktijk haalbaar om een gezamenlijke lunch te observeren, maar het is bijna niet haalbaar om een oefenhoek te observeren, omdat deze heel wisselend gebruikt wordt.

## Voordelen

- Je krijgt een snelle indruk van het proces.
- Een observatie is (in het geval van een beweegproject) makkelijk te interpreteren.

## Nadelen

- Het is tijdrovend.
- Het is duur.
- Deze methode past niet bij alle interventies.
- Data-analyse is lastig te standaardiseren.

**Observatie van patiënten (proces + effect)**

Observeren van patiënten middels behavioral mapping of met een activiteitenmeter wordt gezien als bruikbare manier om het beweeggedrag van patiënten in kaart te brengen. Zie bijlage 10 en 11 voor de protocollen die het Radboudumc respectievelijk het UMC Utrecht hanteren voor het observeren van patiënten en die zij ter beschikking hebben gesteld ten behoeve van dit standpunt.

## Voordelen

- Je krijgt veel informatie over het beweeggedrag van de patiënt (de activiteiten van de patiënt), zeker wanneer er algemene informatie over de situatie aan wordt toegevoegd (bijv. het aantal personen op de kamer).
- De meting is zichtbaar op de afdeling.
- Observatie levert duidelijke cijfers op die gebruikt kunnen worden in het ziekenhuis.

## Nadelen

- Het is tijdrovend
- Het is duur.
- Het is arbeidsintensief.
- Het levert geen volledig beeld op, omdat je slechts een kort moment observeert en de barrières niet altijd duidelijk zijn (bijv. bedrust).

**Documentanalyse (proces)**

Bij een documentanalyse neem je bestaande documenten door (bijv. notulen, protocollen) en/of patiëntendossiers (met toestemming) om na te lezen hoe een bepaalde interventie beschreven staat, en wat genoteerd is over de uitwerking van die interventie.

**Voordelen**

- Je verzamelt veel waardevolle informatie.
- Documentanalyse kan op elk moment worden uitgevoerd (is niet afhankelijk van betrokkenen en hun beschikbare tijd).

**Nadelen**

- Het is tijdrovend.
- Data-analyse is lastig.
- Het is onduidelijk of alle informatie uit de documenten te halen is.

**4.3 Kwaliteitsindicatoren**

Voor het in kaart brengen van fysieke activiteit van patiënten tijdens een ziekenhuisopname is een set van zeven kwaliteitsindicatoren ontwikkeld (zie bijlage 12). Dit zijn indicatoren op structuur-, proces- en uitkomstniveau. De indicatoren kunnen gebruikt worden om de situatie op de afdeling in kaart te brengen (wel/geen reden voor project), te monitoren of een beweegproject te evalueren.

Deze indicatoren evalueren of:

- er sprake is van een actief beleid met betrekking tot bewegingszorg,
- patiënten gestimuleerd worden onafhankelijk te functioneren,
- patiënten geïnformeerd worden over het belang van lichamelijke activiteit, en of
- er een beweegplan wordt ingezet en of dit beweegplan wordt opgevolgd.

**4.4 Hoe borg je een beweegziekenhuisproject?**

Uit de interviews die afgenomen zijn bij de ontwikkeling van dit Standpunt blijkt dat het belangrijk is om na te denken over het borgen van de verschillende interventies en van het beweegziekenhuisproject in zijn geheel. Je wilt je ervan verzekeren dat de geïmplementeerde interventies ook na verloop van tijd nog worden uitgevoerd, ook wanneer jij niet op de afdeling bent. Tegelijkertijd blijkt dat in veel beweegziekenhuisprojecten weinig tot geen tijd wordt besteed aan borging van het project. Veel beweegziekenhuisprojecten beginnen op kleine schaal met weinig middelen. Hierdoor krijgt borging niet de prioriteit die ervoor nodig is. Het is niet haalbaar om als projectleider alle verpleegafdelingen en verschillende interventies te blijven monitoren. Zo stelt een projectleider: *“We hebben best veel afdelingen in het beweegziekenhuisproject, en we willen natuurlijk het project ziekenhuisbreed uitrollen, maar de organisatie per afdeling en het onderhoud van de interventies kosten erg veel tijd. Ik denk dat ik misschien wel meer uit handen kan geven, dat mijn collega's de borging over gaan nemen, want alles komt nu naar mij. En dat is op termijn niet houdbaar.”*

Je wilt dus zorgen dat de veranderingen die je bereikt met je project standhouden, ook na verloop van tijd en bij wisselingen in medewerkers. Daarnaast wil je zorgen dat er continue doorontwikkeling is. Hiertoe moet je zorgen dat, zoals al eerder vermeld, *“het thema beweegziekenhuizen in het DNA van je ziekenhuis zit”*. Dit kan bijvoorbeeld door je project aan te haken bij andere lopende projecten, te zorgen dat handelingen voor het beweegziekenhuis in bestaande werkprocessen ingebed worden of door te zorgen dat het beweegziekenhuisproject wordt opgenomen in het strategisch jaarplan van een afdeling of van het ziekenhuis. Het beweegziekenhuisproject moet dus niet aan jou gebonden zijn als persoon of aan één project specifiek, maar het moet een erkend onderdeel worden van het grotere geheel. Barrières en facilitatoren voor borging staan in het volgende kader.

**Barrières voor borging** (Cowie 2020; Lennox 2018)

1. Beperkte mogelijkheden voor training
2. (Ervaren) werkdruk
3. Complexiteit van het (onderliggende) probleem
4. Gebrek aan sterk leiderschap of support bij kartrekkers
5. Tekort aan medewerkers of een te grote wisseling in medewerkers
6. Gebrek aan ondersteuning vanuit de organisatie
7. Onvoldoende zicht op socio-economische of politieke aspecten

**Facilitatoren voor borging** (Cowie 2020; Lennox 2018)

- Inregelen van adequate training
- Monitoren van de langetermijnprogressie van de interventie
- Duidelijke verdeling van rollen en verantwoordelijkheden
- Ondersteunend leiderschap inclusief sterke kartrekkers
- Juiste infrastructuur die de interventie ondersteunt
- Ondersteuning voor de interventie vanuit de organisatie en een managementteam dat aan boord is
- Oog voor sociale en politiek-bestuurlijke aspecten

Het is goed om te inventariseren welk van deze barrières en facilitatoren een rol spelen binnen de specifieke context van jouw ziekenhuis en daar al vroegtijdig actie op te ondernemen, zodat je ook op termijn de resultaten van je project kunt borgen. Hierbij geldt ook weer dat vroegtijdige aandacht voor mogelijke barrières je veel werk achteraf kan besparen. Mogelijke acties hiervoor kun je inventariseren en beschrijven met behulp van een borgingschecklist (bijlage 13). Hierin beschrijf je welke punten binnen jouw beweegziekenhuisproject aandacht nodig hebben en welke acties je hierop zet. Dit kun je al doen vanaf het begin van je project, zodat de continuïteit te allen tijde geborgd is. De borgingschecklist kun je opnemen in je implementatieplan.

Borging is een essentieel onderdeel om ook op termijn je beweegziekenhuisproject te verankeren in de organisatie. Het borgen van de veranderingen zorgt ervoor dat binnen jouw ziekenhuis een duurzame verandering tot stand wordt gebracht. Zorg ervoor dat je project geen project blijft. Op die manier is je beweegziekenhuis ook op de lange termijn van grote meerwaarde voor de patiënt, het ziekenhuis, de regio die door het ziekenhuis wordt bediend, en de samenleving als geheel.

## Dankwoord

De werkgroep wil iedereen die betrokken was en geconsulteerd is bij de totstandkoming van het Standpunt Beweegziekenhuizen hartelijk bedanken.

In het bijzonder danken wij de projectleiders vanuit de deelnemende ziekenhuizen, namelijk (in alfabetische volgorde): Petra Bor (UMC Utrecht), Bram van den Buijs (Elisabeth-TweeSteden Ziekenhuis), Anneleene Cruijssen (Haaglanden Medisch Centrum), Inge Deen (Dijklander), Lotte van Delft (UMC Utrecht), Willemieke Driebergen (Rijnstate), Hanneke van Dijk-Huisman (Maastricht UMC+), Jordi Elings (Diakonessenhuis), Sven Geelen (Amsterdam UMC, locatie AMC), Yvonne Geurts (Radboudumc), Samira Hityahubessy (Albert Schweitzer Ziekenhuis), Margot Kerkemeijer (Zorggroep Twente), Annemiek Kooiker (Medisch Spectrum Twente), Frank de Kort (Albert Schweitzer Ziekenhuis), Liseth Oosterveld (Medisch Spectrum Twente), Anita van Opzeeland (Medisch Centrum Leeuwarden), Mandy Rood (St. Antonius), Alwin Speek (Wilhelmina Ziekenhuis Assen), Mercia Spek (Tergooi), Caroline van der Spek (St. Antonius), Marlou Staal-Herrema (Noordwest Ziekenhuisgroep), Hans Stoop (Franciscus Gasthuis & Vlietland), Bert Strookappe (Ziekenhuis Gelderse Vallei), Dieuwke Tammens (Ommelander Ziekenhuis), Karin Valkenet (UMC Utrecht), Marja Viltlijn (Tergooi), Vincent van Vliet (Amsterdam UMC, locatie VUmc), Miriam Witter (Alrijne Ziekenhuis), Karin Zaagman-Vorstenbosch (Catharina Ziekenhuis), en Siebrand Zoethout (Deventer Ziekenhuis).

Daarnaast wil de werkgroep de leden van de expertgroep en het visietraject bedanken voor hun deelname en inbreng in de toetsing van de statements en de tien ziekenhuizen (Deventer Ziekenhuis, Elisabeth-TweeSteden Ziekenhuis, Franciscus Gasthuis & Vlietland, Maastricht UMC+, Medisch Centrum Leeuwarden, Medisch Spectrum Twente, Noordwest Ziekenhuisgroep, Radboudumc, Wilhelmina Ziekenhuis Assen en Zorggroep Twente) voor het toetsen van de indicatoren. Tot slot wil de werkgroep de vormgever van dit rapport bedanken.

## Referenties

- Abeles A, Kwasnicki RM, Pettengell C, Murphy J, Darzi A. The relationship between physical activity and post-operative length of hospital stay: A systematic review. *Int J Surg.* 2017 Aug;44:295–302.
- Ainsworth BE, Haskell WL, Herrmann SD, Meckes N, Bassett DR, Tudor-Locke C, et al. 2011 compendium of physical activities: A second update of codes and MET values. *Med Sci Sports Exerc.* 2011 Aug;43(8):1575–81.
- Andreasen J, Soendergaard LN, Holst M. Factors affecting patient and nursing staff adherence to an integrated physical activity and nutritional intervention targeting functional decline on an acute medical ward: a qualitative study. *Patient Prefer Adherence.* 2018 Aug 10;12:1425–35.
- Asher RAJ. The dangers of going to bed. *Br Med J.* 1947;2:967.
- Baldwin C, van Kessel G, Phillips A, Johnston K. Accelerometry shows inpatients with acute medical or surgical conditions spend little time upright and are highly sedentary: Systematic review. *Phys Ther.* 2017 Nov 1;97(11):1044–65.
- Balm MFK. *Gezond bewegen kun je leren.* Amsterdam: Boom Lemma Uitgevers; 2000.
- Benatti FB, Ried-Larsen M. The effects of breaking up prolonged sitting time: a review of experimental studies. *Med Sci Sports Exerc.* 2015 Oct;47(10):2053–61.
- Bernaards CM. *Bewegen in Nederland 2000–2013: resultaten TNO-monitor bewegen en gezondheid.* Leiden: TNO; 2014.
- *Beter uit Bed, Radboudumc. Sjabloon kosten-baten voor implementatie bewegziekenhuisproject.* Nijmegen: Radboudumc; 2017.
- Biswas A, Oh PI, Faulkner GE, Bajaj RR, Silver MA, Mitchell MS, et al. Sedentary time and its association with risk for disease incidence, mortality, and hospitalization in adults a systematic review and meta-analysis. *Ann Intern Med.* 2015 Jan 20;162(2):123–32.
- Bowes A, Dawson A, Greasley-Adams C, McCabe L. Developing best practice guidelines for designing living environments for people with dementia and sight loss. *Ageing Soc.* 2018;38(5):900–25.
- Bronfenbrenner U. *The ecology of human development. Experiments by nature and design.* Cambridge, MA: Harvard University Press; 1979.
- Brown CJ, Redden DT, Flood KL, Allman RM. The underrecognized epidemic of low mobility during hospitalization of older adults. *J Am Geriatr Soc.* 2009 Sep;57(9):1660–5.
- Buurman BM, Hoogerduijn JG, van Gemert EA, de Haan RJ, Schuurmans MJ, de Rooij SE. Clinical characteristics and outcomes of hospitalized older patients with distinct risk profiles for functional decline: a prospective cohort study. *PLoS One.* 2012 Jan;7(1):e29621.
- Conijn D, van Bodegom-Vos L, Volker WG, Mertens BJA, Vermeulen HM, Huurman VAL, et al. A multicomponent intervention to decrease sedentary time during hospitalization: a quasi-experimental pilot study. *Clin Rehabil.* 2020;34(7):901–15.
- Corcoran PJ. Use it or lose it – The hazards of bed rest and inactivity. *West J Med.* 1991 May;154(5):536–8.
- Cortes OL, Delgado S, Esparza M. Systematic review and meta analysis of experimental studies: In-hospital mobilization for patients admitted for medical treatment. *J Adv Nurs.* 2019 Sep;75(9):1823–37.
- Covinsky KE, Pierluissi E, Johnston CB. Hospitalization-associated disability “She was probably able to ambulate, but I’m not sure.” *JAMA.* 2011 Oct 26;306(16):1782–93.
- Cowie J, Nicoll A, Dimova ED, Campbell P, Duncan EA. The barriers and facilitators influencing the sustainability of hospital-based interventions: A systematic review. *BMC Health Serv Res.* 2020 Jun 28;20(1):588.
- Craig P, Dieppe P, Macintyre S, Mitchie S, Nazareth I, Petticrew M. Developing and evaluating complex interventions: The new Medical Research Council guidance. *BMJ.* 2008;337:a1655.
- de Almeida Mendes M, da Silva I, Ramires V, Reichert F, Martins R, Ferreira R, et al. Metabolic equivalent of task (METs) thresholds as an indicator of physical activity intensity. *PLoS One.* 2018;13(7):13(7):e0200701.
- de Morton NA, Keating JL, Jeffs K. Exercise for acutely hospitalised older medical patients. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007 Jan 24;(1):CD005955.

- de Morton NA, Keating JL, Jeffs K. Exercise for acutely hospitalised older medical patients. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007 Jan 24 ;(1):CD005955.
- Delft L van, Petra Bor, Valkenet K, Slooter A, Veenhof C. The effectiveness of hospital in motion, a multidimensional implementation project to improve patients' movement behavior during hospitalization. *Phys Ther.* 2020 Dec 7; 100(12):2090–8.
- Driehuis F, Meerhoff G, Vreeken H, Swart N, Doormaal M van, Post M. KNGF–richtlijnenmethodiek 2019: Ontwikkeling en implementatie van KNGF–richtlijnen. Amersfoort: Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie; 2019. Beschikbaar via <https://www.kngf.nl/kennisplatform/richtlijnen>.
- Du Y, Liu B, Sun Y, Snetselaar LG, Wallace RB, Bao W. Trends in adherence to the physical activity guidelines for Americans for aerobic activity and time spent on sedentary behavior among US adults, 2007 to 2016. *JAMA Netw Open.* 2019 Jul 3;2(7):e197597.
- Ekelund U, Steene–Johannessen J, Brown WJ, Fagerland MW, Owen N, Powell KE, et al. Does physical activity attenuate, or even eliminate, the detrimental association of sitting time with mortality? A harmonised meta–analysis of data from more than 1 million men and women. *Lancet.* 2016 Sep 24;388(10051):1302–10.
- English KL, Paddon–Jones D. Protecting muscle mass and function in older adults during bed rest. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care.* 2010 Jan;13(1):34–9.
- Fazio S, Stocking J, Kuhn B, Doroy A, Blackmon E, Young HM, et al. How much do hospitalized adults move? A systematic review and meta–analysis. *Appl Nurs Res.* 2020 Feb;51:151189.
- Fortinsky RH, Covinsky KE, Palmer RM, Landefeld CS. Effects of functional status changes before and during hospitalization on nursing home admission of older adults. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 1999 Oct;54(10):521–6.
- Grol R, Wensing M. Implementatie: effectieve verbetering van de gezondheidszorg. 6e druk. Houten: BohnStafleu van Loghum; 2017.
- Hanada M, Kanetaka K, Hidaka S, Taniguchi K, Oikawa M, Sato S, et al. Effect of early mobilization on postoperative pulmonary complications in patients undergoing video–assisted thoracoscopic surgery on the esophagus. *Esophagus.* 2018;15(2):69–74.
- Hartley P, Costello P, Fenner R, Gibbins N, Quinn É, Kuhn I, et al. Change in skeletal muscle associated with unplanned hospital admissions in adult patients: A systematic review and meta–analysis. *PLoS One.* 2019 Jan 4;14(1):e0210186.
- Hogeschool van Arnhem en Nijmegen (HAN). Partnerschapskaart [Internet]. Arnhem/Nijmegen: HAN; 2020. Beschikbaar via <https://blog.han.nl/werkplaatssociaaldomeinnijmegen/partnerschapskaart/>. Geraadpleegd op 16 okt 2020.
- Hoogeboom TJ, Dronkers JJ, Hulzebos EJJ, van Meeteren NLU. Merits of exercise therapy before and after major surgery. *Curr Opin Anaesthesiol.* 2014 Apr;27(2):161–6.
- Hoyer EH, Friedman M, Lavezza A, Wagner–Kosmakos K, Lewis–Cherry R, Skolnik JL, et al. Promoting mobility and reducing length of stay in hospitalized general medicine patients: A quality–improvement project. *J Hosp Med.* 2016 May;11(5):341–7.
- Kaltenthaler E, Cooper K, Pandor A, Martyn–St James M, Chatters R, Wong R. The use of rapid review methods in health technology assessments: 3 case studies. *BMC Med Res Methodol.* 2016;16(1):108.
- Kehler DS, Theou O, Rockwood K. Bed rest and accelerated aging in relation to the musculoskeletal and cardiovascular systems and frailty biomarkers: A review. *Exp Gerontol.* 2019 Sep;124:110643.
- Klooster E, Marcellis LHM, Koenders N. Low physical activity among adults during hospitalization: a core set of quality indicators to evaluate and implement movement care. Unpublished, 2020.
- Koenders N, Marcellis L, Nijhuis–van der sanden R, Satink T, Hoogeboom T. A call for cultural change in hospital care to improve physical activity behaviour: a meta–ethnographic synthesis of qualitative research. Submitted 2020.
- Koenders N, van den Heuvel S, Bloemen S, van der Wees PJ, Hoogeboom TJ. Development of a longlist of healthcare quality indicators for physical activity of patients during hospital stay: a modified RAND Delphi study. *BMJ Open.* 2019a;9:e032208.

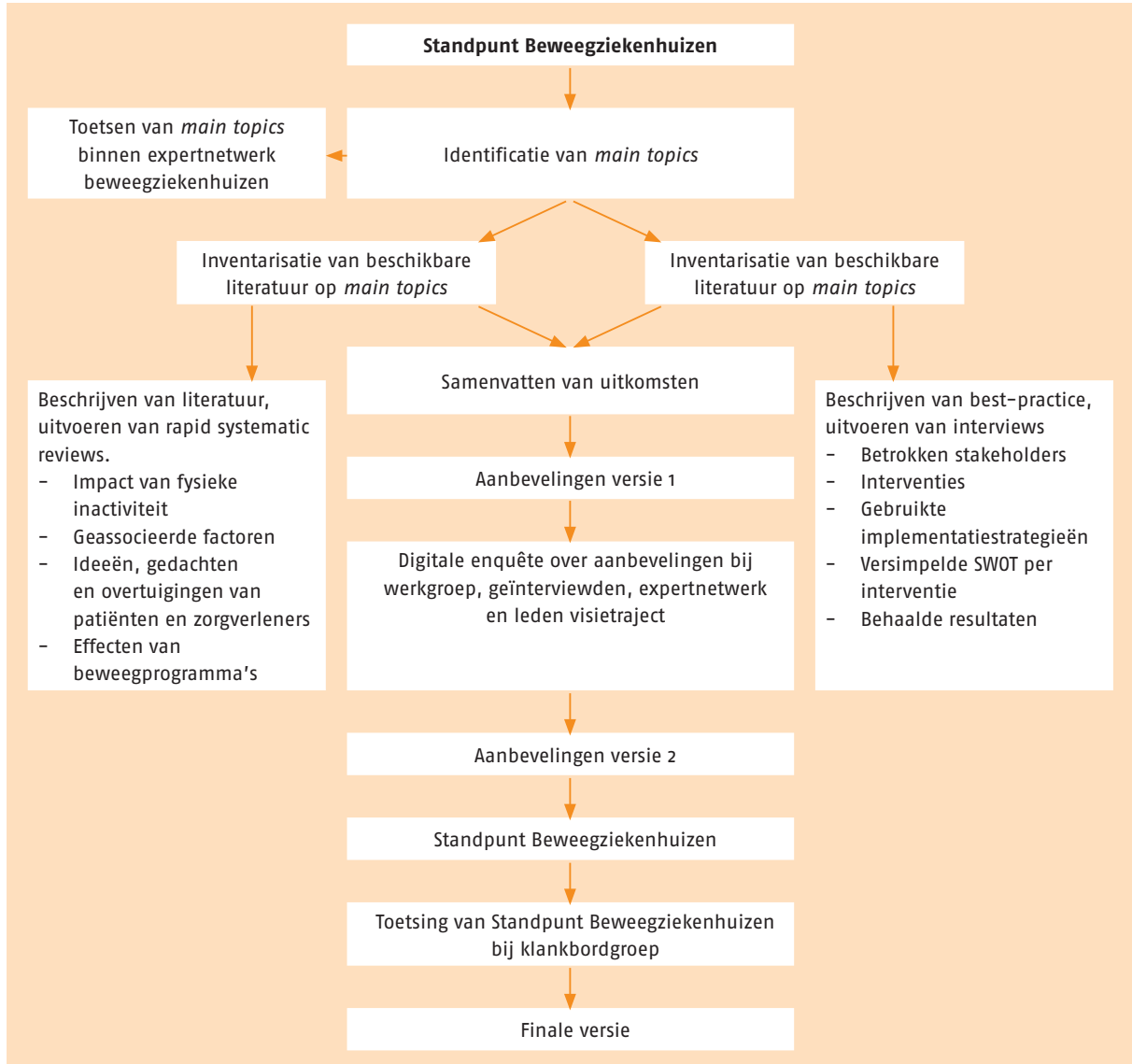


- Koenders N, Weenk M, van de Belt TH, van Goor H, Hoogeboom TJ, Bredie SJH. Exploring barriers to physical activity of patients at the internal medicine and surgical wards: a retrospective analysis of continuously collected data. *Disabil Rehabil.* 2019b Nov 6;1-7.
- Kortebein P, Symons TB, Ferrando A, Paddon-Jones D, Ronsen O, Protas E, et al. Functional impact of 10 days of bed rest in healthy older adults. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2008 Oct;63(10):1076–81.
- Kosse NM, Dutmer AL, Dasenbrock L, Bauer JM, Lamoth CJC. Effectiveness and feasibility of early physical rehabilitation programs for geriatric hospitalized patients: A systematic review. *BMC Geriatr.* 2013 Oct;13:107.
- Krell RW, Girotti ME, Dimick JB. Extended length of stay after surgery: complications, inefficient practice, or sick patients? *JAMA Surg.* 2014 Aug;149(8):815–20.
- Lennox L, Maher L, Reed J. Navigating the sustainability landscape: A systematic review of sustainability approaches in healthcare. *Implement Sci.* 2018;13(1):1–17.
- Ley L, Khaw D, Duke M, Botti M. The dose of physical activity to minimise functional decline in older general medical patients receiving 24-hr acute care: A systematic scoping review. *J Clin Nurs.* 2019 Sep;28(17-18):3049–64.
- Liu B, Moore JE, Almaawiy U, Chan WH, Khan S, Ewusie J, et al. Outcomes of Mobilisation of Vulnerable Elders in Ontario (MOVE ON): A multisite interrupted time series evaluation of an implementation intervention to increase patient mobilisation. *Age Ageing.* 2018 Jan 1;47(1):112–9.
- Liu B, Moore JE, Almaawiy U, Chan WH, Khan S, Ewusie J, et al. Outcomes of Mobilisation of Vulnerable Elders in Ontario (MOVE ON): a multisite interrupted time series evaluation of an implementation intervention to increase patient mobilisation. *Age Ageing.* 2018 Jan;47(1):112–9.
- Maastricht UMC. *Kliniek op Maat: een nieuw servicemodel met alle tijd voor de patiënt* [Internet]. Maastricht; 2017. Beschikbaar via <https://opex.mumc.nl/poli-en-kliniek-op-maat>. Geraadpleegd 2 december 2020.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. *Beweegrichtlijnen 2017*. Beschikbaar via <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2018/11/12/beweegrichtlijnen-2017>. Geraadpleegd 2 december 2020.
- Moore GF, Audrey S, Barker M, Bond L, Bonell C, Hardeman W, et al. Process evaluation of complex interventions: Medical Research Council guidance. *BMJ.* 2015;350:h1258.
- Nielsen KG, Holte K, Kehlet H. Effects of posture on postoperative pulmonary function. *Acta Anaesthesiol Scand.* 2003 Nov;47(10):1270–5.
- Oliver D. Fighting pyjama paralysis in hospital wards. *BMJ.* 2017;357:2096.
- Pauget B, Wald A. Creating and implementing organizational innovation: The role of professional identity and network embeddedness in healthcare organizations. *Eur J Innov Manag.* 2018;21(3):384–401.
- Pedersen MM, Bodilsen AC, Petersen J, Beyer N, Andersen O, Lawson-Smith L, et al. Twenty-four-hour mobility during acute hospitalization in older medical patients. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2013 Mar;68(3):331–7.
- Potkamp-Kloppers S, Koenders N, Geurts Y. Evaluation of Ban Bedcentricity, a multifaceted innovation to reduce sedentary behaviour of patients by cultural change in the hospital. Submitted 2020.
- Ried-Larsen M, Aarts HM, Joyner MJ. Effects of strict prolonged bed rest on cardiorespiratory fitness: Systematic review and meta-analysis. *J Appl Physiol.* 2017 Oct 1;123(4):790–9.
- Rogers EM. *Diffusion of Innovations*. 5e druk. Amsterdam: Free Press Unlimited; 2003.
- Rudberg MA, Sager MA, Zhang J. Risk factors for nursing home use after hospitalization for medical illness. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 1996 May;51(5):189–94.
- Seeger J, Koenders N, Staal B, Hoogeboom T. Effects of general physical activity promoting interventions on functional outcomes in patients during the hospital stay: a systematic review and meta-analysis. Submitted 2019.
- Smith TO, Sreekanta A, Walkeden S, Penhale B, Hanson S. Interventions for reducing hospital-associated deconditioning: a systematic review and meta-analysis. *Arch Gerontol Geriatr.* 2020 Sep-Oct;90:104176.

- Sourdet S, Lafont C, Rolland Y, Nourhashemi F, Andrieu S, Vellas B. Preventable Iatrogenic Disability in Elderly Patients During Hospitalization. *J Am Med Dir Assoc.* 2015 Aug 1;16(8):674–81.
- Thomas R, Hardy C. Reframing resistance to organizational change. *Scand J Manag.* 2011 Sep;27(3):322–31.
- UMC Utrecht. *Cursus Beweegziekenhuizen, patiëntenpersona's.* Utrecht: Renate Hilhorst, Design Innovation Group; 2020.
- Valkenet K, Bor P, van Delft L, Veenhof C. The adoption and reach of Hospital in Motion, a multidimensional implementation project to improve patients' movement behaviour during hospitalization: a mixed method study. Submitted 2020.
- Vancampfort D, Stubbs B, Koyanagi A. Physical chronic conditions, multimorbidity and sedentary behavior amongst middle-aged and older adults in six low- and middle-income countries. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2017 Oct 27;14(1):147.
- van Tuijl A, Wollersheim H, Fluit C, Gurp P, Calsbeek H. Development of a tool for identifying and addressing prioritised determinants of quality improvement projects led by healthcare professionals: a mixed-methods study. *Implement Sci Commun.* 2020;92:1.
- Welvaart WN, Paul MA, Stienen GJM, van Hees HWH, Loer SA, Bouwman R, et al. Selective diaphragm muscle weakness after contractile inactivity during thoracic surgery. *Ann Surg.* 2011 Dec;254(6):1044–9.
- Wondergem R, Pisters MF, Wouters EJM, de Bie RA, Veenhof C, Visser–Meily JMA. The course of physical functioning in the first year after stroke depends on peoples individual movement behaviour pattern. Submitted 2020.
- Zisberg A, Agmon M, Gur–Yaish N, Rand D, Hayat Y, Gil E, et al. No one size fits all – the development of a theory–driven intervention to increase in–hospital mobility: the “WALK–FOR” study. *BMC Geriatr.* 2018 Apr 13;18(1):91.
- Zisberg A, Shadmi E, Sinoff G, Gur–Yaish N, Srulovici E, Admi H. Low mobility during hospitalization and functional decline in older adults. *J Am Geriatr Soc.* 2011 Feb;59(2):266–73.

## Bijlagen

### Bijlage 1 Flowchart van de methodiek



## Bijlage 2 Nederlandse initiatieven

In veel Nederlandse ziekenhuizen loopt een beweegziekenhuisproject. Om een overzicht te genereren van de lopende projecten is aan de ziekenhuizen die hebben bijgedragen aan het Standpunt Beweegziekenhuizen gevraagd om een korte omschrijving van hun project aan te leveren.

### Albert Schweitzer Ziekenhuis (ASZ): Beweegbord

Naast het stimuleren van het beweeggedrag is het tijdens de ziekenhuisopname net zo belangrijk dat iedereen weet op welke manier een patiënt kan bewegen. Dit wordt inzichtelijk gemaakt met behulp van het 'Beweegbord'. Dit bord hangt bij ieder bed en is specifiek voor de desbetreffende patiënt ingevuld. In één opslag is voor de patiënt, familie en de verschillende zorgmedewerkers duidelijk hoeveel hulp en welk hulpmiddel de patiënt eventueel nodig heeft bij het maken van transfers en het lopen. Dit alles wordt weergegeven door middel van pictogrammen en wordt elke dag up-to-date gehouden door de fysiotherapeut.

**Website** –

**Contact** Samira Hityahubessy (s.hityahubessy@asz.nl), Gerard Oosterling (g.oosterling@asz.nl)

### Amsterdam UMC, locatie AMC: Beter Bewegen

Binnen het Amsterdam UMC, locatie AMC, is in juli 2017 het project 'Beter Bewegen' van start gegaan. Het project is een intern gefinancierd innovatieproject, waarbij de afdeling Revalidatie in samenwerking met de afdeling Chirurgie, Infectieziekten, Hematologie en Cardiologie nieuwe interventies ontwikkelt. Het doel is enerzijds meer bewegen en anderzijds meer tijd uit bed. Drie jaar na dato zijn verschillende nieuwe interventies ontwikkeld (zoals: AMEXO-mobiliteitscore, ontbijtbuffet) als ook interventies uit andere ziekenhuizen naar het AMC getransleerd (zoals: infographics, poster). Hierbij richt de stuurgroep zich op interventies die volledig aansluiten op al bestaande processen alsmede interventies die de ervaren werkdruk niet verhogen.

**Website** <https://www.amc.nl/web/plan-mijn-bezoek/bezoek/beter-bewegen-in-het-amc.htm>

**Contact** Marike van der Schaaf

### Amsterdam UMC, locatie VUmc: PAM beweegsensorenproject

Binnen Amsterdam UMC, locatie VUmc, is de afgelopen twee jaar uitvoerig geëxperimenteerd met activiteitenmonitoren (PAM–Atris, Peercode). De activiteitenmonitoren zijn ingezet om inzicht te krijgen in het beweeggedrag van patiënten. De bijbehorende smartphoneapp is zo ontworpen dat de zorgverlener direct mee kan kijken met de beweeggegevens van de patiënt. Het blijkt dat bij grotere operaties al vroeg na de operatie duidelijk wordt of het herstel voorspoedig verloopt. Bij een haperende revalidatie kunnen zo tijds maatregelen genomen worden. Kwalitatief onderzoek laat zien dat zowel patiënten als zorgverleners zeer tevreden zijn over het gebruik en er wordt gestreefd naar duurzame implementatie.

**Website** –

**Contact** Edwin Geleijn, Marijke Leeuwerk, Vincent van Vliet (v.vanvliet@amsterdamumc.nl)

### Catharina Ziekenhuis: Stuurgroep Bewegen

Binnen het Catharina Ziekenhuis in Eindhoven is er een stuurgroep bewegen met als doel 'ziekenhuisbreed meer bewegen tijdens opname'. De stuurgroep bestaat uit artsen, verpleegkundigen, beleidsmedewerkers en fysiotherapeuten. Er wordt gewerkt aan betere en gebundelde informatievoorziening voor de patiënt en de medewerkers middels een beweegfilm en een folder. Per klinische afdeling wordt een beweegmaand ontwikkeld. Tijdens die maand worden multidisciplinaire klinische lessen verzorgd over het belang van bewegen. Per afdeling zijn er al vele initiatieven ontplooid; de reeds bestaande producten worden verder ontwikkeld op de afdelingen zelf. De beweegmaand is een start van een verbeterde samenwerking op de afdeling.

**Website** –

**Contact** Karin Vorstenbosch

**Deventer Ziekenhuis (DZ): Kom in Beweging**

Dit project is gestart in 2015 en richt zich op het reduceren van sedentair gedrag bij patiënten voor, tijdens en na de ziekenhuisopname. Een multidisciplinaire groep heeft verschillende deelprojecten uitgevoerd, zoals de 'Beweegmakelaar', de realisatie van een Beweeg- en Beleeftuin, het delen van informatie over bewegen op de bedside terminals (iPads) en het invoeren van de Beweeg Activiteit Score (BAS). Inmiddels is het project ook onderdeel van de ziekenhuisbrede herinrichting van de kliniek, waarmee het bewegen in het DNA van het ziekenhuis lijkt te zijn doorgedrongen.

**Website** <https://www.dz.nl/bewegen>

**Contact** Emily Klooster (e.klooster@dz.nl)

**Diakonessenhuis: Reactiverend ziekenhuis**

Tijdens de ziekenhuisopname bewegen patiënten (veel) minder dan in de thuissituatie, wat resulteert in afname van spierkracht en conditie. Deze afname heeft voor met name de kwetsbare patiënt negatieve gevolgen, zoals afhankelijkheid bij de uitvoering van algemene dagelijkse handelingen. Het concept 'reactiverend ziekenhuis' is gericht op het voorkomen van deze achteruitgang door het bewegen van patiënten tijdens de opname te stimuleren. Zo wordt de gebouwde omgeving aangepast om de patiënt te verleiden meer uit bed te komen, zonder dat de patiënt daarvoor onnatuurlijke activiteiten moet ondernemen. Daarnaast worden tevens (zorg)processen geoptimaliseerd om het bewegen van patiënten verder te ondersteunen.

**Website** -

**Contact** Jordi Elings (jelings@diakhuis.nl)

**Dijklander Ziekenhuis: Dijklander in Beweging**

Ons project heeft als doel de ziekenhuispatiënt meer uit bed te krijgen en meer te laten bewegen. Allereerst hebben wij ervoor gezorgd dat er goed draagvlak is onder alle medewerkers. We hebben klinische lessen en presentaties gegeven aan verpleegkundigen, servicemedewerkers, afdelingshoofden, de Raad van Bestuur enz. Om aan informatie te komen, hebben we ook interviews bij hen afgenomen. Op dit moment bevindt ons project zich in de uitvoerende fase. Er zijn posters, filmpjes en folders ontwikkeld, er komt een oefenzaal, er zijn verschillende projecten ontwikkeld, zoals een kunstroute, allemaal met het doel de patiënt meer in beweging te krijgen.

**Website** -

**Contact** Inge Deen

**Elisabeth-TweeSteden Ziekenhuis (ETZ): Beter in beweging**

Het doel van het project is tweeledig: ziekenhuisbreed meer bekendheid aan bewegen geven en op de afdeling patiënten meer in beweging krijgen. Om het project bekendheid te geven hebben we een bewegervisie ontwikkeld, informatie op de website geplaatst, een behandelwijzerapp ontwikkeld en onder meer door middel van fotografie en video's informatie verstrekt. De focus lag eerst alleen op de klinische patiënten, maar preoperatieve projecten en projecten na ontslag zijn in ontwikkeling. We willen ons doel bereiken door verschillende kleine interventies op te zetten op vier verschillende afdelingen. Denk aan een deurhanger met 'ik ben even bewegen', beweegborden, informatiefilmpjes, apparatuur om te bewegen en een wandelroute. Daarnaast informeren we zowel personeel als patiënt. Per patiënt streven we naar persoonlijke beweegdoelen per dag. Met behulp van coaches die op de afdeling meelopen met alle disciplines (arts, afdelingsassistent, verpleging), zetten we in op meer integratie van bewegen in de dagelijkse zorg.

**Website** <https://www.etz.nl/bewegen>

**Contact** Bram van den Buijs (b.vandenbuijs@etz.nl)

**Franciscus Gasthuis & Vlietland: Franciscus Beweegziekenhuis**

Dit project is gestart om het bewegen van de opgenomen patiënt te bevorderen. Eerder werden kleinere projecten opgestart vanuit de 'Kwetsbare Ouderen' en deze zijn voor een groot deel al gerealiseerd, zoals een mobiliteitskaart, voorlichtings- en beweegvideo's, en het aanpassen van voorlichtingsfolders. Ondertussen zijn we gestart met een aantal langer lopende, omvangrijkere plannen. Zo wordt via het 'Projectenbureau' en 'Zorg en Innovatie' bij huidige en nieuwe projecten het gedachtegoed van het concept beweegziekenhuis meegenomen. Verder worden we al in de ontwikkelingsfase betrokken bij het opzetten van geïntegreerde zorgeenheden (door het geven van voorlichting, educatie, workshops) om beweegstimulering en preventie van functieverlies in te bouwen in deze plannen. We participeren, samen met de ergotherapie, bij de ontwikkeling van interieur en inrichting via het 'Project Bouw en Inrichting, nieuwbouw'. Tot slot schrijven we een projectvoorstel voor ons eigen project, het 'Franciscus Beweegziekenhuis'.

**Website** -

**Contact** Hans Stoop (h.stoop@franciscus.nl), Rutger Snel (r.snel@franciscus.nl)

**Medisch Spectrum Twente (MST): Medisch Spectrum Twente in Beweging**

Het MST streeft ernaar om een beweegziekenhuis te zijn. Dit houdt in dat patiënten gedurende een ziekenhuisopname gestimuleerd worden om zo veel mogelijk in beweging te zijn. In februari 2019 werd hiervoor de beweegkaart geïmplementeerd op de verpleegafdelingen: traumatologie, orthopedie, oncologische en vaatchirurgie, long- en interne geneeskunde en in het neurocentrum. Na implementatie werd gemerkt dat deze beweegkaart wisselend werd ingevuld en was het onbekend of de patiënt, naaste, verpleegkundige en roomservicemedewerker kennis heeft van de beweegkaart en het gebruik, het nut en de inzetbaarheid ervan. Middels het project 'Medisch Spectrum Twente in Beweging, de beweegkaart' hopen we aan het eind van de cursus Beweegziekenhuizen een aanbeveling te kunnen schrijven voor optimalisatie van de beweegkaart. Er wordt gewerkt aan een meerjarenplan.

**Website** -

**Contact** Annemiek Kooiker (a.kooiker@mst.nl), Liseth Oosterveld (l.oosterveld@mst.nl)

**Noordwest Ziekenhuisgroep: Beweeg je beter!**

In 2017 is het beweegprogramma Noordwest Ziekenhuisgroep, locatie Alkmaar en Den Helder, gestart in de vorm van een pilot. Hiervoor hadden we de artsen, unithoofden en het verpleegkundig personeel ingelicht en geïnformeerd. Ook hebben we presentaties gegeven aan de Raad van Bestuur, het Stafbestuur, de Ondernemingsraad en de Cliëntenraad. Onze middelen zijn divers: een informatiefolder, oefengidsen, looproutes, informatieposters, mobiliteitsborden, beweeghoeken met hometrainer en/of fietslabyrint en/of Silverfit3D. Per afdeling zijn we gaan uitrollen, samen met de bruggenbouwers van de betreffende afdeling. Daarnaast hebben we een nauwe samenwerking met de afdeling Communicatie, de afdeling Diëtetiek (eet je beter) en de Vrienden van Noordwest.

**Website** <https://www.nwz.nl/beweegjebeter>

**Contact** Marlou Staal-Herrema, Marjolein van Vianen

**Radboudumc: Beter uit bed**

'Beter uit bed' (2014) is een werkwijze waarbij we uitgaan van de visie dat het stimuleren van bewegen voor, tijdens en na de ziekenhuisopname beter is voor het herstel van de patiënt. Dit doen we door de manier van denken van patiënten, bezoekers en zorgmedewerkers (mindset), aanwezigheid van materiaal en de bouw en inrichting van het ziekenhuis te optimaliseren. Het programma is in 2020 ziekenhuisbreed geïmplementeerd. Dit is gerealiseerd door een multidisciplinaire groep betrokkenen. Als deelprojecten ontwikkelen we promotiemateriaal, trapstickers, bedhoezen, een infuusrollator, een draagbaar infuus en een alternatief OK-jasje.

**Website** <https://www.radboudumc.nl/beter-uit-bed>

**Contact** Shanna Bloemen (shanna.bloemen@radboudumc.nl), Yvonne Geurts (yvonne.geurts@radboudumc.nl), Niek Koenders (niek.koenders@radboudumc.nl)

**Rijnstate: Blijf in beweging!**

Rond 2017 is 'Blijf in beweging!' gestart in Rijnstate. Eigen initiatieven kwamen samen met verzoeken vanuit de verpleging. Inmiddels lopen er op verschillende afdelingen projecten en proberen we ook ziekenhuisbreed meer aandacht voor bewegen te krijgen. Nieuwbouw biedt daarin mooie kansen. Implementaties hebben zich onder andere gericht op het veranderen van de mindset van zorgverleners en patiënten middels scholing aan diverse disciplines, het maken van nieuwe werkafspraken en het ontwikkelen van informatiematerialen (o.a. folder, posters, oefenstencils) voor patiënten. Om de omgeving meer uitnodigend te maken zijn oefenplekken ingericht. Tot slot zijn voorlichtingsmaterialen gemaakt om mensen, ondanks (tijden van) corona, toch in beweging te houden.

**Website** <https://www.rijnstate.nl/blijfinbeweging>

**Contact** Willemieke Driebergen (wdriebergen@rijnstate.nl), Ivanka Houwen (ihouwen@rijnstate.nl)

**St. Antonius Ziekenhuis: Verschillende initiatieven om bewegen te stimuleren**

We hebben diverse initiatieven ontplooid om de patiënten te stimuleren meer en veilig te bewegen. Via een beweegkanaal op televisie kunnen patiënten met behulp van de Beweegfilm zelf trainen. Dit kanaal is 24 uur per dag beschikbaar. Er zijn drie oefenfolders ontwikkeld om op bed, zelfstandig op de kamer en zelfstandig elders in het ziekenhuis te kunnen oefenen. Ook zijn twee looproutes uitgezet die patiënten kunnen gebruiken om binnen het ziekenhuis te gaan wandelen. Met behulp van beweegmanagement willen we transparant maken hoe de patiënt veilig mobiliseert, en dit inzichtelijk laten zijn voor de betrokkenen. We hebben oefenruimtes ingericht op de klinische afdelingen, waar we vaste beweegmomenten creëren voor de individuele patiënt of in groepsverband.

**Website** <https://www.antoniusziekenhuis.nl/specialismen/fysiotherapie>

**Contact** Mandy Rood, Carolien van der Spek

**Tergooi: Beweegbord op afdeling Traumatologie**

Op deze afdeling hangt sinds november 2019 boven elk bed een beweegbord; dit is een magneetbord met grote magneten met plaatjes. Het doel van het beweegbord is ten eerste dat verpleegkundigen en naasten inzicht krijgen in de manier waarop de patiënt mobiliseert en ten tweede dat de patiënt vaker uit bed komt. Uit evaluatie van het project in mei 2020 bleek dat het voor verpleegkundigen duidelijker is hoe een patiënt kan mobiliseren en dat de fysiotherapeuten tevreden zijn met het gebruiksgemak van het beweegbord. Verder bleek dat patiënten in mei 2020 39,3 procent van de tijd uit bed kwamen en in november 2019 37,4 procent.

**Website** -

**Contact** Marja Viliijn (mvilijn@tergooi.nl), Mercia Spek (mspek@tergooi.nl)

**UMC Utrecht (UMCU): UMC Utrecht in Beweging**

Het doel van het project is tweeledig, namelijk het bewegen voor klinische patiënten leuker en aantrekkelijker maken, en onderzoeken of het project leidt tot meer fysieke activiteit van patiënten tijdens opname. In 2016 zijn we gestart met een pilot op de afdeling Geriatrie. Inmiddels zijn er veel verschillende interventies ontwikkeld en hebben we het project op vijf extra afdelingen geïmplementeerd. Ook zijn de eerste publicaties verschenen over de effectiviteit van de projecten. Inmiddels zijn we gestart met Project 2.0. In dit project richten we ons op de implementatie van een beweegsensor in de klinieken van het ziekenhuis en op familieparticipatie tijdens revalidatie op de intensive care.

**Website** <https://www.umcutrecht.nl/nl/beweging>

**Contact** Karin Valkenet (beweging@umcutrecht.nl)

**Ziekenhuisgroep Twente (ZGT): ZGT beweegt**

Met dit project beogen we beweging te integreren in de dagelijkse zorg, zowel klinisch als poliklinisch. Het project rust op drie pijlers: educatie voor zorgprofessionals, patiënten en naasten, een beweegvriendelijke omgeving en beweegactiviteiten. Zorgprofessionals worden actief geïnformeerd en geschoold met interactieve klinische lessen en up-to-date gehouden via interne bronnen. Patiënten en naasten worden actief geïnformeerd en geadviseerd over het effect van bewegen en hoe te bewegen, zowel pre-, per- als postoperatief en tijdens een opname. Hiervoor zetten we onder meer beweegborden en -posters, informatiefilmpjes en -folders in, en beleggen we een informatiebijeenkomst die we combineren met bewegen. Ook organiseren we activiteiten om bewegen te stimuleren, zoals lunch-/beweeggroepen en fysieke looproutes. De serious game GoGo is een innovatieve ontwikkeling waarmee ZGT patiënten wil motiveren om sneller en actiever bij te dragen aan hun herstel. Er wordt voortdurend gewerkt aan het meer beweegvriendelijk maken van kamers en gangen, om patiënten uit te dagen tot beweging.

**Website** –

**Contact** Margot Kerkermeijer (m.kerkemeijer@zgt.nl), Margreet Tinselboer-Ros (m.tinselboer@zgt.nl)

**Ziekenhuis Gelderse Vallei: BEZIG: BEwegen in Ziekenhuis Gelderse Vallei**

Gebrek aan beweging in combinatie met ziekte leidt tot een verminderde conditie, onnodig functieverlies en mogelijk verminderde zelfstandigheid. Binnen het interprofessionele project BEZIG zijn verschillende interventies ingezet om beweging te stimuleren. De fysiotherapeut wordt vanaf opname betrokken bij iedere kwetsbare patiënt en iedere patiënt heeft een mobiliteitsschema. Ook wordt beweging bij iedere opgenomen patiënt gemonitord en geëvalueerd met behulp van een accelerometer (PAM). PAM heeft ook zijn plaats binnen de (para)medische diagnostiek en behandeling. Daarnaast is de fysieke ziekenhuisomgeving (gang, patiëntenkamer, meubilair, gezamenlijke ruimte) aangepast om een beweegvriendelijke omgeving te creëren.

**Website** <https://www.geldersevallei.nl/voeding-en-bewegen/bewegen-in-het-ziekenhuis/project-bezig>

**Contact** Margot de Regt (regtm@zgv.nl), Bert Strookappe (strookappeb@zgv.nl)



### **Bijlage 3    Barrières voor fysieke activiteit tijdens een ziekenhuisopname**

#### **Barrières die patiënten ervaren**

- Aanwezigheid van lijnen
- Aanwezigheid van medische materialen en/of apparatuur
- Acute ziekte
- Advies om drukte te mijden
- Angst om te vallen
- Bed als de enige privéplek
- Chemotherapie
- Geloof dat fysieke activiteit dodelijk kan zijn
- Katheter
- Noodzaak tot ondersteuning bij mobiliseren
- Oefenen is een verspilling van de energie
- Onbekende ziekenhuisomgeving
- Ontmoediging
- Ouders voelen zich onveilig
- Risico op infectie(s)
- Te weinig aanmoediging
- Te weinig interesse van zorgverleners
- Te weinig kennis/begrip van de voordelen van fysieke activiteit
- Te weinig support door familie
- Te weinig support door zorgverleners
- Tekort aan loophulpmiddelen
- Tekort aan ondersteunende apparatuur
- Personeelstekort
- Tijdsdruk
- Verpleegkundigen niet willen belasten met de vraag om hulp bij mobiliseren
- Water wordt gebracht naar patiënten
- Ziekenhuiskleding

#### **Barrières die zorgverleners ervaren**

- Aanwezigheid van medische materialen en/of apparatuur
- Acute ziekte
- Angst voor klachten
- Angst voor vallen
- Beperkte fysiotherapie
- Blessures of letsels van de zorgverlener zelf
- Cognitieve beperkingen
- De schuld krijgen als er iets fout gaat
- Defensieve werkhouding
- Dubbelzinnige opdrachten
- Fysiologische instabiliteit
- Gebrek aan financiering
- Geen beschikbare loophulpmiddelen
- Gevoel van alleen zijn
- Grote patiënten
- Hectische werkomgeving
- Het risico lopen op vallen
- Kortetermijndoelen
- Luiers
- Medische redenen voor bedrust

- Mobiliseren wordt gezien als een ideaal, maar niet als noodzakelijk
- Motivatie van patiënten
- Nachtkastjes
- Nieuwe medische toestand
- Noodzaak voor ondersteuning
- Onbekende ziekenhuisomgeving
- Ongepland ontslag
- Onjuiste opdracht t.a.v. bedrust
- Onjuiste rapportage van uitgangssituatie (mobilisatieniveau bij opname)
- Onveilige, zelfstandige mobilisatie
- Oudere patiënt
- Overmatige afhankelijkheid van mantelzorger
- Overmatige en concurrerende taken/opdrachten
- Passief gedrag
- Personeelstekort
- Pijn
- Sociale of maatschappelijke verwachtingen bij betaalde zorgfunctie
- Taalbarrières
- Te weinig beweegprogramma's
- Te weinig discussie over fysieke activiteit
- Te weinig motivatie bij patiënten
- Te weinig stoelen
- Te weinig tijd
- Te weinig verwijzingen naar (beweeg)programma's
- Vallen in de voorgeschiedenis van de patiënt
- Veiligheidscultuur in het ziekenhuis
- Veronderstelde functietaken
- Vertonen van 'ziekte'gedrag door patiënt
- Voorkomen van vallen
- Werkdruk
- Ziekenhuisbeleid
- Ziekenhuiskleding
- Zware patiënten

**Bron**

- Zisberg A, Agmon M, Gur-Yaish N, Rand D, Hayat Y, Gil E, et al. No one size fits all – the development of a theory-driven intervention to increase in-hospital mobility: the “WALK-FOR” study. BMC Geriatr. 2018 Apr 13;18(1):91.

#### Bijlage 4 Vroege Health Technology Assessment analyse

De kosten van het ziekehuisbeweegproject 'Beter uit Bed' (Radboudumc) en de kosten waartoe fysieke inactiviteit kunnen leiden tijdens een ziekenhuisopname zijn geraamd met behulp van een vroege HTA-analyse (Potkamp–Kloppers 2020). Vervolgens is beoordeeld hoe deze kosten zich verhouden tot de kosten van het project.

##### Kosten 'Beter uit bed'

De kosten van 'Beter uit Bed' zijn geraamd per verpleegafdeling. De totale kosten zijn vervolgens omgerekend naar jaarlijkse kosten, waarbij rekening is gehouden met de jaarlijkse afschrijving, rente en het jaarlijkse onderhoud. De geschatte kosten komen op € 7.055,76 per jaar per verpleegafdeling voor een periode van 10 jaar.

Overzicht van de kosten van het ziekenhuisbeweegproject 'Beter uit Bed' (Potkamp–Kloppers 2020)

Domein	Investing	Jaarlijkse afschrijving en rente	Jaarlijkse onderhoudskosten	Totale kosten per jaar
mindset	€ 27.833,33	€ 3.465,85	€ 0,00	€ 3.465,85
materialen	€ 12.570,00	€ 1.565,24	€ 628,50	€ 2.193,74
omgeving	€ 8.000,00	€ 996,17	€ 400,00	€ 1.396,17
<b>totaal</b>				<b>7.055,76</b>

##### Mogelijke opbrengsten 'Beter uit bed'

De mogelijke opbrengsten zijn bepaald door een analyse te maken van de kosten die patiënten maken op basis van lage fysieke activiteit tijdens een ziekenhuisopname, en te beoordelen hoe deze zich verhouden tot de kosten van het ziekenhuisbeweegproject.

Mogelijke opbrengsten (Potkamp–Kloppers 2020)

Consequenties	Kosten per unit	Units	Kosten
fysieke achteruitgang			
opname in het ziekenhuis (per dag)	€ 480,00	1	€ 480,00
heropname	€ 480,00	5	€ 2.400,00
kort verblijf in een verpleeghuis	€ 170,00	42	€ 7.140,00
thuiszorg, huishoudelijk werk (per uur)	€ 20,00	1	€ 20,00
thuiszorg, verpleging (per uur)	€ 50,00	1	€ 50,00
huisarts, standaard consult	€ 33,00	1	€ 33,00
huisarts, huisbezoek	€ 50,00	1	€ 50,00
huisarts, telefonisch consult	€ 17,00	1	€ 17,00

## Mogelijke opbrengsten (Potkamp–Kloppers 2020) (vervolg)

Consequenties	Kosten per unit	Units	Kosten
fysiotherapie (per behandeling)	€ 33,00	1	€ 33,00
apothek (complicaties)			
• pneumonie	€ 415,00	1	€ 415,00
• longarts, consult	€ 0,11	21	€ 2,31
• flucloxacillin (7 dgn 3dd500 mg)	€ 12,00	1	€ 12,00
<b>totaal</b>			<b>429,31</b>
diepe veneuze trombose			
• internist, consult	€ 475,00	1	€ 475
• antistollingscentrum, eerste afspraak	€ 396,26	1	€ 396,26
• antistollingscentrum, vervolgspraak	€ 175,92	1	€ 175,92
• nadroparine (5 dgn, 1ddo, 8ml 19000 ie/ml)	€ 10,06	5	€ 50,30
• acenocoumarol (3 mnd, 1dd3)	€ 0,02	273	€ 5,46
apothek	€ 12,00	1	€ 12,00
steunkousen (klasse 3)	€ 68,00	1	€ 68,00
<b>totaal</b>			<b>1.182,94</b>
longembolie			
• longarts, consult	€ 715,00	1	€ 715,00
• antistollingscentrum, eerste afspraak	€ 396,26	1	€ 396,26
• antistollingscentrum, vervolgspraak	€ 175,92	1	€ 175,92
• nadroparine (5 dgn, 1ddo, 8ml 19000 IE/ml)	€ 10,06	5	€ 50,28
• acenocoumarol (3 mnd, 1dd3)	€ 0,02	273	€ 5,46
• apothek	€ 12,00	1	€ 12,00
<b>totaal</b>			<b>1.354,94</b>
decubitus			
• wondspecialist, consult	€ 290,00	1	€ 290,00
delirium			
• geriater, consult	€ 450,00	1	€ 450,00

## Bronnen

- Beter uit bed; Nijmegen: Radboudumc; 2014.
- Potkamp–Kloppers S, Koenders N, Geurts Y. Evaluation of Ban Bedcentricity, a multifaceted innovation to reduce sedentary behaviour of patients by cultural change in the hospital. Submitted 2020.

## Bijlage 5    **Format projectplan**

### **APDRA**

#### **Achtergrond en aanleiding**

Wat is de achtergrond en de aanleiding? Wat heeft geleid tot de huidige situatie? Waarom is dit onwenselijk?

#### **Probleemstelling**

Wat gaat er niet goed? Welk probleem wil je oplossen?

#### **Doelstelling (SMART)**

Wat is de gewenste situatie in de toekomst? Welke doelen beoog je te bereiken?

### Resultaat

Wat is er concreet opgeleverd als het klaar is?

### Afbakening

Wat hoort niet bij het project?

### Verdere uitwerking van je projectplan

#### Eindgebruikers van het bewegziekenhuisproject

Wie zijn de beoogde eindgebruikers? Richt je je in je project op de patiënten, bezoekers of medewerkers?

### Activiteiten

Welke activiteiten ga je concreet ondernemen?

### Tijdslijn/planning

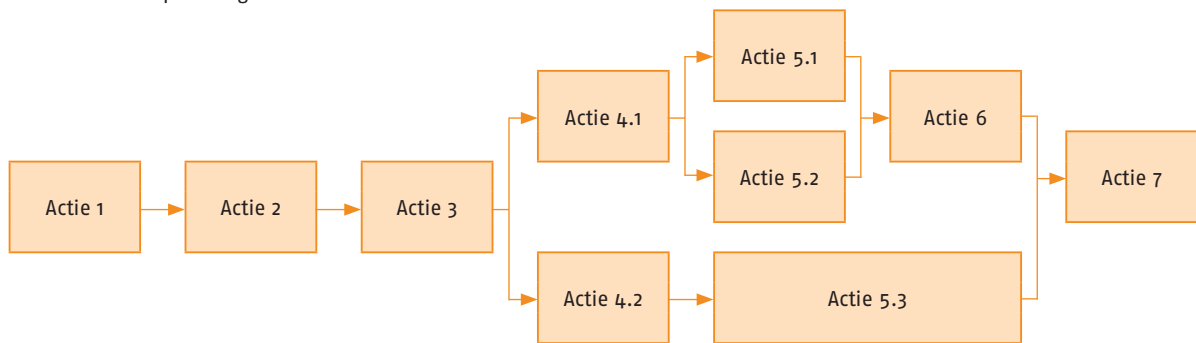
Wanneer doe je activiteiten en hoelang duurt elke activiteit? Door dit in te delen in een Gantt-planning en eventueel een PERT-planning krijg je zicht op het tijdsplan en de fasering, inclusief eventuele knelpunten en afhankelijkheden. Een Gantt-planning geeft je overzicht over welke taken wanneer moeten gebeuren, hoeveel tijd ze kosten en hoeveel taken je per moment hebt. Een PERT-planning geeft inzicht in mijlpalen en in de volgorde van taken (actie 1 moet klaar zijn voordat je aan actie 2 kunt beginnen, enz.). Het laat zien welke taak afgerond moet zijn voordat met een andere taak begonnen kan worden en welke taken tegelijkertijd opgepakt kunnen worden. Op deze manier zijn de Gantt- en PERT-planning complementair aan elkaar.

Voorbeeld Gantt-planning

Gantt-planning															
Week:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Actie 1															
Actie 2															
Actie 3															
Actie 4															
Actie 5															
Actie 6															
Actie 7															
Actie 8															
Actie 9															

Gantt-planning (vervolg)															
Week:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Actie 10															
Actie 11															
Actie 12															

Voorbeeld PERT-planning



**Betrokkenen**

Wie moeten erbij betrokken zijn en in welke mate? Waar ligt het mandaat en aan wie leg je verantwoording af? Beschrijf dit per groep.

Projectgroep:

Werkgroep:

Stuurgroep:

Klankbordgroep:

Onderzoeksgroep:



### Financiering en budget, tijd

Hoe is de financiering geregeld? Hoe is de benodigde tijd geregeld?

### Kwaliteit

Zijn er eisen met betrekking tot de kwaliteit en hoe hebben deze eisen impact op je budget en de tijd die je aan het project kunt besteden?

### Afhankelijkheden en risico's

Van welke andere interne en externe processen is je project afhankelijk en wat zijn de risico's? Hoe wil je de risico's minimaliseren?

## Bijlage 6 Voorbeeld van patiëntenpersona's

Het UMC Utrecht heeft voor de patiëntenpopulatie in de leeftijd van 18 tot 65+ jaar drie kenmerkende patiëntgroepen in persona's gevat: een patiëntgroep die een groter beroep doet op service en ondersteuning vanuit het ziekenhuis, een patiëntgroep die liefst kritisch meekijkt bij ieder aspect van de zorg en een patiëntgroep die behandeling en zorg zo praktisch mogelijk wil inrichten.

Deze persona's kunnen gebruikt worden om alle patiënten in hun behoefte te voorzien bij het ontwikkelen van beleid, middelen, producten en diensten.

### Persona's volgens het UMC Utrecht (UMC Utrecht 2020)

Op comfort gericht	Bewust maatschappijkritisch	Pragmatisch en efficiënt
<p><b>Hallo, ik ben Hetty</b> Mijn gezondheid is zoals het is</p>  <p>UMC Utrecht met jou, voor jou</p>	<p><b>Mijn naam is Marina</b> Ik kies bewust</p>  <p>UMC Utrecht met jou, voor jou</p>	<p><b>Hi, ik ben Evert</b> Online afspraken maken? Top!</p>  <p>UMC Utrecht met jou, voor jou</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Betrekt graag familie bij ziekte, persoonlijke begeleider is belangrijk.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Heeft graag persoonlijk contact met behandelaar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Wil vragen direct aan behandelaar kunnen stellen.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Wil persoonlijk contact en persoonlijke aandacht van zorgverleners.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Zoekt naar verdiepende informatie van wetenschappelijke sites.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kijkt positief naar gezondheidsinformatie via digitale kanalen.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Wil informatie kort en bondig ontvangen, bij voorkeur visueel.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gaat zo goed mogelijk voorbereid naar het ziekenhuis.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Wordt graag als individu gezien, heeft behoefte aan gerichte informatie en eigenaarschap.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Geld besteden aan technologische gadgets zoals smartphones gebeurt niet snel.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ontvangt graag informatie specifiek op hen gericht.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Heeft voorkeur om gezondheidsinformatie in eigen tijd tot zich te nemen.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Motivatie om kritisch naar zichzelf te kijken ontbreekt vaak.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gaat heel bewust om met eigen gezondheid en kennen effecten van voedingsstoffen.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Heeft geen moeite met gezond leven en richt zijn leven hiernaar in.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Passieve patiëntenrol: "De dokter weet wel wat goed is voor mijn gezondheid."</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Actieve, regisserende patiëntenrol: "Ik heb de touwtjes in handen en bepaal wat er wanneer gebeurt."</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Actieve patiëntenrol: "Ik ben zelf onderdeel van mijn zorgteam en snap wat me te doen staat."</li> </ul>

Bron: UMC Utrecht, Cursus Bewegziekenhuizen. Patiëntenpersona's. Renate Hilhorst, Design Innovation Group; 2020.

## Bijlage 7 Voorbeelden van interventies

Heel veel Nederlandse ziekenhuizen hebben al een of meer interventies. Hieronder volgen een aantal voorbeelden van interventies.

### Activiteitenmonitor

In meerdere Nederlandse ziekenhuizen wordt een activiteitenmonitor gebruikt binnen het bewegziekenhuisproject. Een voorbeeld hiervan is de koppeling van de Persoonlijke Activiteiten Meter (PAM) in Ziekenhuis Gelderse Vallei aan het elektronisch patiëntendossier of de koppeling van de PAM aan een 'big-screen' in het Amsterdam UMC, locatie VUmc.

In Ziekenhuis Gelderse Vallei krijgt elke patiënt op de afdeling Ouderengeneeskunde een PAM. De verpleegkundige doet de PAM om bij het opnamegesprek, of de fysiotherapeut doet dit bij het eerste contact. De projectleider zegt daarover: *“Het zegt ook iets over de kwantiteit en over de frequentie van mobiliseren. Dat geeft heel veel informatie: Hoe gaat het met de patiënt? Is het opbouwend of is het juist ineens veel minder dan daarvoor? Zo ja, dan is er vaak wat aan de hand, zoals bijvoorbeeld een longembolie. Of patiënten bewegen ruim voldoende. Dan kunnen ze misschien wel stoppen met de Fraxiparine. Als ze meer dan een half uur op een dag lopen, dan wordt wel eens overwogen om daarmee te stoppen. Dat scheelt weer spuitjes voor een paar weken. Dus dat is voor iedereen winst.”*

In Amsterdam UMC, locatie VUmc, is de PAM ingezet in een pilot met zo'n 40 patiënten en bij een kick-off van het bewegziekenhuisproject middels een big screen op de afdeling. *“Dat big screen op de afdeling plaatsen en zo'n kick-off van zo'n project, 6B beweegt, dat heeft wel heel erg bijgedragen aan het draagvlak op de afdeling. [...] Ik had een soort glazen-huisidee. Iedereen moest beweegminuten gaan realiseren met elkaar, dus patiënten, artsen, chirurg, fysio's, mantelzorgers. Gewoon de hele afdeling. Iedereen was bezig om beweegminuten te realiseren. Dit leidde ertoe dat andere professionals ook in aanraking kwamen met het systeem en ook doorhadden wat je ermee kon.”*

Zie bijvoorbeeld de website van Zorgvisie met 'Sensoren motiveren om te bewegen' en foto's van de kick-off van het project 6B beweegt, in het Amsterdam UMC, locatie VUmc.

### Applicatie: Hospital Fit app gecombineerd met een activiteitenmeter

Het Maastricht UMC+ heeft samen met Maastricht Instruments de Hospital Fit app ontwikkeld. De app is ontwikkeld om meer inzicht te krijgen in het beweggedrag van patiënten, om de patiënt gerichter te kunnen sturen middels objectieve data en om meer bewustwording te creëren. Met deze bewustwording wordt getracht om patiënten meer te betrekken bij hun eigen herstel.

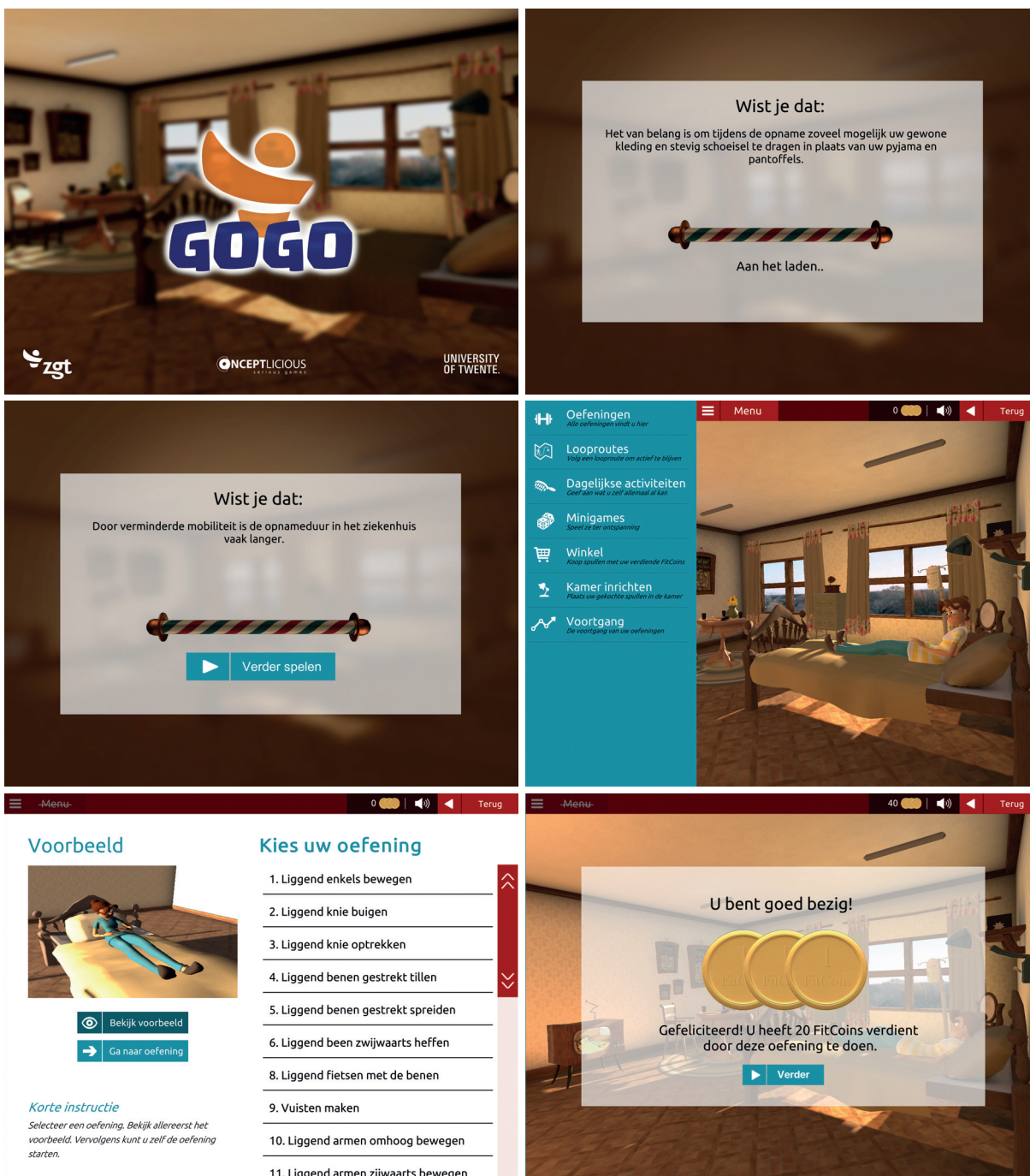
De projectleider van het MUMC zegt over de toepassing van de app: *“De Hospital Fit app is gekoppeld aan een accelerometer die patiënten op hun bovenbeen dragen. Via de accelerometer kan gemeten worden hoeveel minuten patiënten staan en lopen per dag. Ook kan de mate van functioneel herstel van de patiënt inzichtelijk gemaakt worden. Patiënten kunnen zelf zien wat ze al zelfstandig kunnen en waar ze nog ondersteuning bij nodig hebben in de basale ADL-taken. En patiënten kunnen oefenfilmpjes terugzien in deze app.”*

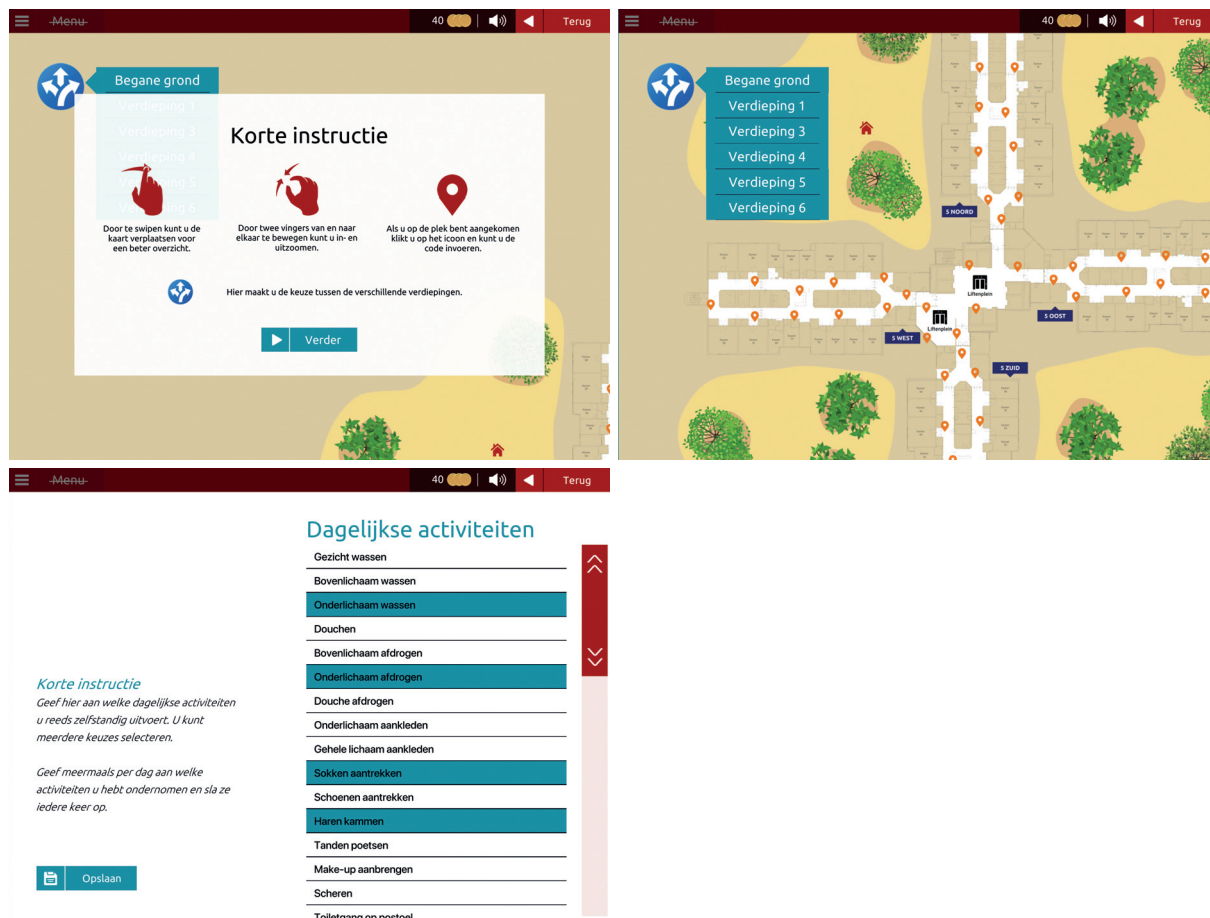


### Applicatie: GoGo

Het ZGT heeft samen met Conceptilicious en de Universiteit Twente een serious game ontwikkeld genaamd GoGo. Het doel van de serious game is om patiënten met behulp van een spelelement in beweging te krijgen. De projectleider zegt daarover: *“Patiënten kunnen hun mobilisatiekaart op kleur invoeren, dus rood, geel of groen. En bijvoorbeeld, als je een rode kaart hebt, dat is dus echt mobiliseren onder leiding van verpleging/fysiotherapie. En dan krijgen ze oefeningen in lig of zit. Maar voor mensen met bijvoorbeeld een gele of groene kaart, dan staan er ook oefeningen in stand op die ze zelf kunnen doen. Patiënten kunnen afvinken wat ze aan ADL gedaan hebben, wat ze aan activiteiten gedaan hebben, er staan digitale looproutes in. Patiënten kunnen fitcoins verdienen, waarmee ze een fictieve kamer in de game kunnen inrichten. Het is allemaal gericht op bewegen, op het stimuleren van ADL, op zelfredzaamheid.”*

Zie de screenshots van GoGo die zijn gemaakt door de appontwikkelaars.



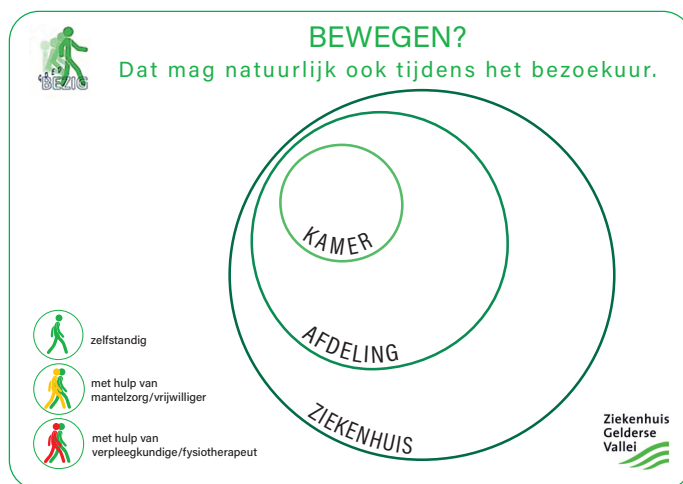


### Bewegbord

In verschillende Nederlandse ziekenhuizen worden de bewegmogelijkheden van de patiënt inzichtelijk gemaakt via een bewegbord. Sommige ziekenhuizen gebruiken hiervoor bestaande meetinstrumenten, zoals de Katz-ADL of de (gemodificeerde) Johns Hopkins Highest Level of Mobility (JH-HLM) schaal. Andere ziekenhuizen maken puur inzichtelijk of een patiënt zelfstandig, onder begeleiding of niet mag mobiliseren en/of met welk (loop)hulpmiddel.

Een aantal voorbeelden:

- [Albert Schweitzer Ziekenhuis](#)
- [Elisabeth–TweeSteden Ziekenhuis](#)
- [Ommelander](#)
- [Ziekenhuis Gelderse Vallei](#)



Mobiliteitsschema van Ziekenhuis Gelderse Vallei.

Bron: 'BEZIG in Ziekenhuis Gelderse Vallei'

## Informatiemateriaal

Heel veel ziekenhuizen hebben een folder, speciale website, voorlichtingsvideo of andere informatievoorzieningen beschikbaar gemaakt voor patiënten, bezoekers en/of medewerkers. Een aantal voorbeelden zie je hieronder.

### Folders

- Amsterdam UMC, locatie AMC
- Noordwest Ziekenhuisgroep
- UMC Utrecht

### Voorlichtingsvideo's

- Deventer Ziekenhuis
- Radboudumc voor zorgprofessionals
- Radboudumc voor patiënten en bezoekers
- UMC Utrecht

### Websites

- Amsterdam UMC, locatie AMC
- Deventer Ziekenhuis
- Elisabeth–TweeSteden Ziekenhuis
- Noordwest Ziekenhuisgroep
- Radboudumc
- Rijnstate
- UMC Utrecht
- Ziekenhuis Gelderse Vallei

### Oefenprogramma's

#### 7–minute workouts (UMC Utrecht)

- In lig
- In zit
- In stand

#### Oefenposters

- Amsterdam UMC, locatie AMC
- Rijnstate

#### Oefengidsen (UMC Utrecht)

- In lig
- In zit
- In stand

## Oefening #3 Squatten

**Herstellen na een operatie**  
Iedereen weet wel dat bewegen gezond is. U wordt er sterker van en u voelt zich er beter door. Ook na een operatie bevordert bewegen uw herstel. Oefen dus mee!

**Oefenstation #3**

1. Ga voor een stoel staan.
2. Zet uw voeten iets uit elkaar en strek uw armen voorwaarts.
3. Buig rustig door de knieën, alsof u wilt gaan zitten maar zorg dat u de stoel niet raakt.
4. Strek weer helemaal op.
5. Herhaal deze beweging 10x, bij voorkeur 3x per dag.



**Heeft u vragen?**

-  Twijfelt u of u het wel kan / mag? Vraag uw arts of verpleegkundige voor advies!
-  Advies nodig voor de beste revalidatie na een buikoperatie? Vraag de fysiotherapeut!
-  Lijnen en drains hoeven geen belemmering te zijn.
-  Voor overige tips en uitleg, neem gerust contact op met uw arts, verpleegkundige of fysiotherapeut. Zij helpen u graag op weg!


Nieuwsgierig? Vraag uw arts of verpleegkundige voor meer informatie.

Voorbeeld van een oefenposter van het Amsterdam UMC, locatie AMC













**Zorgkaart**

Om het bewegen te stimuleren hebben verpleegkundigen van het Deventer Ziekenhuis een zorgkaart ontwikkeld. Een zorgkaart is een visuele kaart met richtlijnen voor de patient met betrekking tot voeding, ADL en mobiliseren. De zorgkaart is ontwikkeld per aandoening/specialisme en wordt tijdens de opname met de patient doorgenomen.

# Kom in beweging voor een beter herstel



Hieronder vindt u richtlijnen die uw opname bespoedigen. Raadpleeg de verpleegkundige bij onduidelijkheden

	Voeding	Wassen/ aankleden	Beweging
Operatiedag Vrij in te vullen	 U mag thee met beschuit	 U wordt voor de nacht geholpen op bed	 Probeer vandaag 5 min. Op de bedrand te zitten
1 <sup>e</sup> dag Dag na operatie Vrij in te vullen	 Eet naar behoefte	 U wordt geholpen op de bedrand	 Probeer vandaag 3x 15-30 min. in de stoel te zitten.
2 <sup>e</sup> dag Vrij in te vullen	 Probeer eiwitrijk en gevarieerd te eten	 Was u zelf in de badkamer en vraag om hulp waar nodig	 Loop met begeleiding een stukje over de afdeling
3 <sup>e</sup> dag Tot en met het ontslag Vrij in te vullen	 Probeer eiwitrijk en gevarieerd te eten	 U kunt weer zelfstandig douchen	 U kunt zelfstandig lopen

Meer informatie vind je op: [www.dz.nl/afdeling](http://www.dz.nl/afdeling)

Pijn is nadelig voor uw herstel, raadpleeg de verpleegkundige.

Deze kaart is voor ..... ingrepen met langer herstel.

www.dz.nl

Informatie over de mogelijkheden om patiënten in beweging te brengen (voor zorgverleners)

# Beweegziekenhuis

## Hoe kunnen we de klinische patiënt meer in beweging krijgen?

Lisanne Vermeulen | fysiotherapeute op de geriatrische trauma Unit | l.vermeulen@antoniuziekenhuis.nl  
St. Antonius Ziekenhuis Utrecht

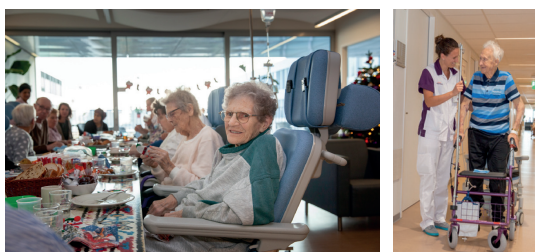
### + Beweegplannen / wandelroutes



### + Bewegiefilm



### + Huiskamerproject



### + Oefenruimte klinische afdeling



### + Mobiliseer schema / dagschema



### + Tovertafel / oefenboxen



ZIEKENHUIS  
**ST ANTONIUS**

Bron: St. Antonius Ziekenhuis



'UMCU in beweging': infographic voor patiënten

## BETER IN BEWEGING BIJ UMC UTRECHT

**BLIJF OOK VÓÓR UW OPNAME IN BEWEGING**

- NEEM REGELMATIG DE TRAP
- BLIJF WANDELEN EN FIETSEN
- PROBEER UW CONDITIE TE VERBETEREN ALS DAT KAN

Overleg met uw fysiotherapeut of arts als u niet zeker weet wat u wel of niet mag doen.

Draag dagelijkse kleding i.p.v. een pyjama

Blijf zo veel mogelijk in beweging

Probeer elk uur een stukje te lopen

Zitten is al beter dan in bed liggen


**BEWEGEN HELPT U IN UW HERSTEL. BLIJF DUS ZO VEEL MOGELIJK IN BEWEGING, OP EEN MANIER DIE BIJ U PAST.**

**BOUW UW CONDITIE NA UW OPNAME WEER OP**


- BREID DAGELIJKS UW LOOPAFSTAND UIT
- STA IEDER UUR EVEN OP
- GA SPORTEN ALS DAT KAN

Neem bij vragen gerust contact op met de afdeling Revalidatie & Sport.


**TIJDENS UW OPNAME: TIPS OM BETER TE BEWEGEN**




Neem comfortabele kleding en schoenen mee, om overdag in het ziekenhuis te dragen in plaats van een pyjama.




Gebruikt u krukken, een rollator of ander hulpmiddel? Neem deze mee en gebruik deze tijdens de opname.




Draagt u een bril? Neem hem mee en zet hem op tijdens de opname. Zo ziet u beter wat er om u heen gebeurt.



Probeer elk uur een stukje te lopen. Bouw het aantal stappen per keer op. Haal zelf koffie of loop met uw bezoek mee naar de trap.



In de stoel zitten is al beter dan in bed liggen. Eet dus zoveel mogelijk aan tafel en ga elke dag wat vaker en langer in de stoel zitten.



Per dag dat u weinig beweegt kunt u tot wel 5% van uw conditie en spierkracht kwijt raken. Dus blijf zo veel mogelijk in beweging!

Bron: UMC Utrecht

'UMCU in beweging': infographic voor professionals

# BETER IN BEWEGING BIJ UMC UTRECHT

**BEWEGEN HELPT PATIËNTEN BIJ HUN HERSTEL**

**HOE HELP JIJ JE PATIËNT IN BEWEGING?**

**BEWEGEN KAN OP ELK NIVEAU, OOK TIJDENS OPNAME**

**UMC Utrecht**

### BEWEGEN ALS VAST ONDERDEEL VAN ONZE ZORG

Overhandig bij opname de folder en poster over bewegen in het ziekenhuis en laat de animatie zien op het infotainment.

Bespreek elke morgen de dagplanning met je patiënt. Plan minimaal drie actieve momenten per dag.

Laat patiënten aan tafel eten in een stoel, en niet in bed. Dit vermindert de kans op verslikken en bevordert de eetlust.

Moedig je patiënt aan zijn dagelijkse workout te doen. Er zijn workouts op elk niveau:  
- Op bed  
- In de stoel  
- Staand

Laat je patiënt zijn eigen kleding en schoeisel dragen, dat maakt het minder aantrekkelijk om in bed te gaan liggen.

Moedig bezoek aan om met hun naaste te gaan oefenen of wandelen. Er zijn kunstroutes en lunchwandelingen beschikbaar.

### EEN PAAR FEITEN

- PATIËNTEN DIE MEER BEWEGEN LIGGEN KORTER IN HET ZIEKENHUIS
- PATIËNTEN BRENGEN OVERDAG 65% VAN HUN TIJD IN BED DOOR
- 1 OP DE 3 OUDEREN RAAKT AFHANKELIJK DOOR DE ZIEKENHUISOPNAME
- ONNODIG HANDELINGEN OVERNEMEN VAN DE PATIËNT GEEFT STRESS EN VERWARDHEID
- 3 WEKEN BEDRUST KAN EVENVEEL IMPACT HEBBEN OP DE CONDITIE ALS 40 JAAR OUDER WORDEN

### ANIMATIE, WORKOUTS EN MEER

- KIJK OP: [WWW.UMCUTRECHT.NL/BEWEGING](http://WWW.UMCUTRECHT.NL/BEWEGING)
- VIA INFOTAINMENT: ONTSPANNING > BEWEEG MEE!

Bron: UMC Utrecht

'UMCU in beweging': Raambord bij 'De ontdekkingstocht'

**ontdekpunt**

**Wat ontdek jij vandaag?**

- 1 Open de camera op je telefoon
- 2 Scan de QR-code
- 3 Open de link
- 4 Kijk en ontdek verder waar je maar wil

**U**

Hiernaast vind je nóg een ontdekpunt

**ontdekpunt**

**Wat ontdek jij vandaag?**

- 1 Open de camera op je telefoon
- 2 Scan de QR-code
- 3 Open de link
- 4 Kijk en ontdek verder waar je maar wil

**U**

Hiernaast vind je nóg een ontdekpunt

Bron: UMC Utrecht

## **Bijlage 8 Klein oefenmateriaal, medische hulpmiddelen, transfer- en loophulpmiddelen**

### **Klein oefenmateriaal**

- Gewichtjes (dumbbells)
- Stoelfietsjes
- Augmented realitybril met beweeggames
- Virtualrealitybril met beweeggames
- Katrol
- (Goedkope) stappentellers en/of activiteitenmonitors
- Theraband
- Pindaballen
- Spelletjes, knutselmateriaal en/of oefenmateriaal welke gebruikt kunnen worden door vrijwilligers, activiteitenbegeleiders en/of bewegingsagogen

### **Medische hulpmiddelen**

- Infuus
  - Infuuspaal met wielen, stopcontacten, armsteunen (zoals bij een rollator), katheterhaakjes en/of zuurstoffleshouder
  - Infuusvest
  - Draagbaar infuus
  - Infuusrollator
  - Infuusfiets (Kinderafdeling)
  - Spiraalslang
- Zuurstof
  - Zuurstoffleshouder op de loophulpmiddelen
  - Zuurstofflessen (naast de zuurstof via de muuraansluiting)
  - Spiraalslang ten behoeve van zuurstof (bij gebruik muuraansluiting)
- Draintasjes (heuptasjes)
- Katheterhaakjes op loophulpmiddelen
- Mobiel verpleegkundig oproepsysteem (bijv. horloge, drukknop)
- Ziekenhuiskleding welke voldoende bedekt en/of goed kan met aanwezige lijnen
- Antislipsokken en/of aangepast schoeisel

### **Transfer- en loophulpmiddelen**

- Rollators
- Elleboogkrukken
- Rolstoelen
- Looprekjes
- Walkers
- Draaischijf, evt. met ondersteuning
- Loopfiets
- Mobilisatiestoel
- Loopbrug (evt. met trapfunctie)

## Bijlage 9    **Format implementatieplan**

### **1. Doelen en oplossing**

Welke doelen wil je bereiken met de implementatie? Formuleer je doel(en) SMART.

Wat wil je implementeren? Waar wil je dit implementeren (verpleegafdeling, ziekenhuis etc.)?  
Wat zijn verwachte opbrengsten / resultaten?

## 2. Huidige zorg

Hoe ziet de huidige zorg eruit? Welke problemen zijn er op dit moment?

## 3. Betrokkenen

### a. Voor welke doelgroepen is het project relevant?

- Familie en/of naasten
- Fysiotherapeuten
- Paramedici, namelijk: .....
- Managers van .....
- Onderzoekers
- Patiënten
- Patiëntenvereniging, namelijk: .....
- Artsen (medisch specialisten, aios, anios en/of physician assistants)
- Ondersteunende diensten, namelijk: .....
- Verpleegkundigen
- Verzekeraars
- Anders, namelijk: .....

**b. Beschrijf de kenmerken van de belangrijkste doelgroepen met behulp van de volgende tabel.**

Hulpvragen	Doelgroep 1	Doelgroep 2	Doelgroep 3
Wat is de rol van de doelgroep?			
Welke belang heeft de doelgroep?			
Wat weet de doelgroep van het onderwerp?			
Wat vindt de doelgroep van de verandering?			
Welke motivaties spelen een rol (zoals angst voor verlies autonomie, hang aan vrije tijd, gevoelig zijn voor klachten van patiënten)?			

**c. Beschrijf wie en wat er moet veranderen in de huidige situatie om je doel te bereiken? Doe dit met behulp van de volgende tabel.**

Doelgroepen	Wat moeten ze weten?	Wat moeten ze denken?	Wat moeten ze doen?
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

#### 4. Probleemanalyse

Ga na wat de doelgroepen belemmert of bevordert om te veranderen. Beschrijf de verschillende factoren voor de verschillende niveaus (de vernieuwing zelf, diegene die de verbetering/vernieuwing moeten toepassen, de patiënt, de (sociale en organisatorische) context en de externe omgeving).

<i>Kenmerken van de verandering/vernieuwing</i>	<b>Bevorderende factoren</b>	<b>Belemmerende factoren</b>
<p>Voorbeelden:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• het voordeel dat de vernieuwing biedt, vergeleken met de huidige situatie</li> <li>• de geloofwaardigheid van de vernieuwing</li> <li>• in hoeverre de vernieuwing beantwoordt aan de behoefte van de betrokkenen</li> <li>• de mate waarin de vernieuwing aansluit op bestaande normen en waarden</li> <li>• de mogelijkheid om de vernieuwing eerst op kleine schaal uit te proberen en aan te passen</li> <li>• de mate waarin het lukt om helder te formuleren wat de vernieuwing is</li> <li>• het gemak (of de complexiteit) die het toepassen van de vernieuwing met zich meebrengt</li> <li>• de tijd die het vraagt om de vernieuwing in te voeren</li> <li>• de mogelijkheid om te evalueren of de vernieuwing heeft geholpen</li> <li>• de mate van garantie dat de vernieuwing zal lukken</li> </ul>		
<i>Kenmerken van de medewerkers die de vernieuwing moeten toepassen</i>		
<p>Voorbeelden:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• hun kennis, vaardigheden, attitude</li> <li>• hun behoeften en prioriteiten</li> <li>• hun bestaande routines en gedrag</li> <li>• hun ervaring met eerdere vernieuwingen</li> <li>• hun leeftijd en opleiding</li> <li>• hun inschatting dat zij met de vernieuwing uit de voeten kunnen (eigen effectiviteit)</li> </ul>		



<i>Kenmerken van patiënten en/of familie/naasten die de vernieuwing moeten toepassen</i>		
<p>Voorbeelden:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• hun kennis, vaardigheden, attitude</li> <li>• hun behoeften en prioriteiten</li> <li>• hun bestaande routines en gedrag</li> <li>• hun ervaring met eerdere vernieuwingen</li> <li>• hun leeftijd en opleiding</li> <li>• hun inschatting dat zij met de vernieuwing uit de voeten kunnen (eigen effectiviteit)</li> </ul>		
<i>Sociale context</i>		
<p>Voorbeelden:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• de houding en het gedrag van collega's, zoals hun interesse in de vernieuwing en de bereidheid om daaraan bij te dragen</li> <li>• de patiënten zelf, zoals hun kennis, houding, verwachtingen, behoeften en prioriteiten</li> <li>• de mening van opinieleiders en beslissers</li> <li>• de werksfeer en sociale interactie</li> <li>• de cultuur binnen de organisatie</li> <li>• de stijl van leiderschap binnen de organisatie</li> </ul>		
<i>Organisatorische context</i>		
<p>Voorbeelden:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• de manier waarop besluitvormingsprocessen plaatsvinden</li> <li>• de grootte en structuur van de organisatie</li> <li>• de wijze waarop de zorg is georganiseerd</li> <li>• de aanwezigheid van personeel</li> <li>• de taakverdeling tussen disciplines</li> <li>• logistieke processen</li> <li>• het communicatiebeleid en de stijl van communiceren</li> </ul>		

<i>Economische, politieke en juridische context</i>		
Voorbeelden: <ul style="list-style-type: none"> <li>• veranderingen in de omgeving, zoals de wet- en regelgeving, opleiding en financiering</li> <li>• contracten met zorgverzekeraars</li> <li>• actuele maatschappelijke en politieke ontwikkelingen</li> <li>• brandende kwesties binnen de beroepsgroep, de sector of organisatie</li> </ul>		

## 5. Implementatieplan

Wat is er per doelgroep nodig om het beoogde doel te bereiken? Houd hierbij rekening met de vijf fasen van implementatie: oriëntatie, inzicht, acceptatie, verandering en behoud van de verandering. Beschrijf je plan inclusief activiteiten, taken en tijdsplan. De volgende tabel kan je hierbij richting geven.

Houd er rekening mee dat het implementatieplan altijd op maat gemaakt dient te worden. Eén interventie kan dus wanneer je deze breed wilt uitrollen meerdere implementatieplannen hebben, omdat je met andere doelgroepen en behoeftes te maken krijgt.

<b>Vraag</b>	<b>Passende strategie</b>	<b>Mogelijke middelen</b>	<b>Plan (activiteiten, taken, tijdsplan)</b>
<input type="checkbox"/> We moeten ervoor zorgen dat de doelgroep weet dat de vernieuwing bestaat.	<i>Informerende strategie</i> Bedoeld om mensen te informeren over de verandering	<input type="checkbox"/> persbericht <input type="checkbox"/> lezing of presentatie op congres- en studiedagen <input type="checkbox"/> e-mail <input type="checkbox"/> mailings van folders of brochure <input type="checkbox"/> artikel in vakblad of publiekstijdschrift <input type="checkbox"/> rapport <input type="checkbox"/> prikbord <input type="checkbox"/> de wandelgangen <input type="checkbox"/> LinkedIn-groepen <input type="checkbox"/> tweets	

<p><input type="checkbox"/> De doelgroep moet geïnteresseerd raken in de vernieuwing en zich bij de vernieuwing betrokken voelen.</p>	<p><i>Motiverende en draagvlakvergroten- de strategie</i> Bedoeld om mensen mee te krijgen en aan te zetten tot de verandering</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> persoonlijk contact</li> <li><input type="checkbox"/> tweegesprek</li> <li><input type="checkbox"/> netwerkbijeenkomsten</li> <li><input type="checkbox"/> inschakelen sleutelfiguren en opinieleiders</li> <li><input type="checkbox"/> intercollegiaal contact</li> <li><input type="checkbox"/> invitational conference</li> <li><input type="checkbox"/> begeleidingsgroep samenstellen die gedurende het project al kan meepraten over de relevantie en toepassing van de resultaten</li> <li><input type="checkbox"/> bijeenkomsten</li> <li><input type="checkbox"/> feedback op basis van metingen of observaties</li> <li><input type="checkbox"/> reminders (zoals stickers of signalen in computerprogramma's dat je een pauze moet nemen)</li> </ul>	
<p><input type="checkbox"/> De doelgroep moet de vernieuwing kunnen toepassen. Dat vraagt om de nodige kennis en vaardigheden.</p>	<p><i>Educatieve strategie</i> Bedoeld om mensen kennis en vaardigheden aan te leren zodat zij de verandering in de praktijk kunnen uitvoeren</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> educatieve (computer)programma's</li> <li><input type="checkbox"/> workshops</li> <li><input type="checkbox"/> vaardigheidstrainingen</li> <li><input type="checkbox"/> kwaliteitscirkels</li> <li><input type="checkbox"/> consensusgroepen</li> <li><input type="checkbox"/> instructie en ondersteuning van een getrainde collega</li> <li><input type="checkbox"/> scholing door opinieleiders en onder hun begeleiding oefenen, demonstratie, gastcollege</li> <li><input type="checkbox"/> training</li> <li><input type="checkbox"/> intervisie</li> <li><input type="checkbox"/> buddiesysteem van elkaar opleiden en begeleiden</li> </ul>	

<p><input type="checkbox"/> We moeten de knelpunten in de organisatie oplossen die de vernieuwing in de weg staan.</p>	<p><i>Organisatorische strategie</i> Bedoeld om processen goed te stroomlijnen en blokkades op te lossen zodat de vernieuwing de beste kansen maakt</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> iets veranderen in de rol of taak van de zorgverlener (bijvoorbeeld een nieuwe taak erbij voor de doktersassistent)</li> <li><input type="checkbox"/> samenwerkingsverbanden of teams samenstellen waarin allerlei disciplines werken aan de zorgvernieuwing en betere resultaten</li> <li><input type="checkbox"/> ketenzorg opzetten rond een bepaalde aandoening (zoals COPD)</li> <li><input type="checkbox"/> aandacht voor kennismanagement (zoals elektronische patiëntendossiers)</li> <li><input type="checkbox"/> met regelmaat meten en analyseren van prestaties en nieuwe werkprocessen ontwerpen</li> <li><input type="checkbox"/> de communicatie (in- en extern) verbeteren</li> </ul>	
<p><input type="checkbox"/> De doelgroep moet kunnen terugvallen op iets of iemand om te kunnen veranderen en om die verandering vol te houden.</p>	<p><i>Faciliterende strategie</i> Bedoeld om in belangrijke randvoorwaarden te voorzien die een vernieuwing succesvol helpen invoeren</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> aanleren verbetervaardigheden en projectmanagementvaardigheden</li> <li><input type="checkbox"/> telefonisch advies</li> <li><input type="checkbox"/> detacheren van de onderzoeker in de gebruikerspraktijk</li> <li><input type="checkbox"/> gericht advies over de toepassing van de inzichten</li> <li><input type="checkbox"/> bijeenkomst waar belanghebbenden elkaar kunnen ontmoeten rond een aantal vraagstellingen</li> <li><input type="checkbox"/> een vertaalslag van de bevindingen naar bijvoorbeeld richtlijnen</li> <li><input type="checkbox"/> instrument om tot keuzes te komen bij beslissingen in praktijk of beleid</li> </ul>	

<p><input type="checkbox"/> We moeten de druk opvoeren zodat mensen de vernieuwing gaan toepassen</p>	<p><i>Marktgerichte strategie</i> Bedoeld om het gevoel van urgentie te vergroten, door een relatie te leggen tussen de vernieuwing en de (financiële) gevolgen</p>	<p><input type="checkbox"/> cijfers over prestaties publiek maken <input type="checkbox"/> meedingen naar kwaliteitskeurmerk van verzekeraars <input type="checkbox"/> de organisatie nog beter positioneren en profileren <input type="checkbox"/> zorgen dat de vernieuwing vergoed kan worden via de verzekering</p>	
<p><input type="checkbox"/> We moeten patiënten inzetten om de vernieuwing succesvol te maken</p>	<p><i>Patiëntgerichte strategie</i> Bedoeld om vanuit de patiënten de druk te vergroten om een vernieuwing toe te passen</p>	<p><input type="checkbox"/> schriftelijke aanmoediging om vragen te stellen tijdens de consulten <input type="checkbox"/> klachten en commentaren bijhouden en analyseren <input type="checkbox"/> investeren in therapietrouw (om ervoor te zorgen dat het nieuwe ook daadwerkelijk wordt gebruikt) <input type="checkbox"/> organiseren van bijeenkomsten waar patiënten leren actiever om te gaan met hun chronische ziekte (zelfmanagement)</p>	
<p><input type="checkbox"/> Andere vragen of strategieën om de oriëntatie, het inzicht, de acceptatie, de verandering en het behoud van de verandering te bevorderen</p>			

## 6. Monitoren van de implementatie

Je kunt je beweegziekenhuisproject monitoren op afdelings- en ziekenhuisniveau, of per interventie. Met de monitoring houd je grip op het project en kun je tijdig aanpassingen doorvoeren. Er zijn verschillende soorten evaluaties en methoden die daarbij gebruikt kunnen worden. Welke je kiest, is afhankelijk van je doelstellingen (zie par. 4.2).

### Welke evaluatie wil je uitvoeren?

- Procesevaluatie
- Effectevaluatie

### Procesevaluatie

a. Welke procesmaten wil je meenemen in de evaluatie van de implementatie van de verandering?

b. Welke vragen wil je beantwoorden in je procesevaluatie?

c. Welke methode gebruik je voor de procesevaluatie?

- Enquête
- Interviews
- Projectobservaties
- Patiëntobservaties
- Documentanalyse
- Kwaliteitsindicatoren
- Anders, namelijk: .....

d. Planning van je procesevaluatie (Wanneer? Wie?)

### ***Effectevaluatie***

a. Welke effecten van de verandering wil je evalueren?

b. Welke evaluatiemethode wil je hiervoor gebruiken?

- Enquête
- Interviews
- Projectobservaties
- Patiëntobservaties
- Documentanalyse
- Kwaliteitsindicatoren
- Anders, namelijk: .....

c. Planning van je effectevaluatie (Wanneer? Wie?)

***Wanneer stel je je implementatie bij?***



**Bijlage 10 Observaties volgens methode Radboudumc**

Ronde	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Liggen										
Liggen (zorgverlener aanwezig)										
Zitten op bed (rand van het bed!)										
Zitten op bed (zorgverlener aanwezig)										
Zitten op stoel										
Zitten op stoel (zorgverlener aanwezig)										
Staan/lopen										
Staan/lopen (zorgverlener aanwezig)										
Houding onbekend										

Bron: Potkamp-Kloppers 2020.

Aantal personen opgenomen op afdeling \*invullen\* bij aanvang meetperiode: .....

Aantal patiënten opgenomen op de afdeling \*invullen\* bij einde meetperiode: .....

### Werkinstructies

Vul het aantal personen opgenomen op de afdeling \*invullen\* in bij aanvang en einde van de meetperiode.

Bepaal het beginpunt en eindpunt van de observaties. Vergeet hierbij bijvoorbeeld niet de kamers \*eerste kamer\* en \*laatste kamer\*.

Alleen patiënten opgenomen op de afdeling \*invullen\* worden geobserveerd en gescoord.

Elke \*aantal\* minuten dient er een ronde gelopen te worden over de afdeling \*invullen\*. Wanneer een patiënt in het zicht is, wordt de houding eenmaal gescoord met een streepje bij de betreffende houding. Wanneer de patiënt in het zicht is en de houding onbekend is, wordt er 'houding onbekend' gescoord. Deze observaties en manier van scoren worden herhaald gedurende \*aantal\* minuten (10 ronden).

Wanneer een patiënt aanwezig is op \*invullen\* en bij de observator onbekend is, dient de verpleegafdeling waar de patiënt verblijft, nagevraagd te worden (bij patiënt of dienstcoördinator). De patiënt zou namelijk opgenomen kunnen zijn op een andere afdeling, maar door een wandeling op de afdeling \*invullen\* aanwezig kunnen zijn.

Wanneer een kamerdeur gesloten is, blijft deze kamerdeur gesloten. De observator mag niet de persoonlijke ruimte van de patiënt betreden. Aangezien het onbekend is of achter de deur een patiënt verblijft en welke houding aangenomen wordt, volgt er **geen score** (dus ook **niet** 'houding onbekend').

Bij de vraag 'Waarom bent u hier aan het observeren?' graag antwoorden: "In het kader van \*Beter uit bed\* zijn we bezig met het inventariseren van de aanwezige materialen op de afdeling en het gebruik hiervan."

De verzamelde data worden door de observator zo spoedig mogelijk ingescand en verwerkt. Het ingevulde *case report form* wordt opgeslagen in het fysieke dossier.

### Opmerkingen

### Bronnen

- Beter uit bed. Nijmegen: Radboudumc; 2014.
- Mudge AM, McRae P, McHugh K, Griffin L, Hitchen A, Walker J, et al. Poor mobility in hospitalized adults of all ages. *J Hosp Med.* 2016 Apr;11(4):289–91.
- Potkamp–Kloppers S, Koenders N, Geurts Y. Evaluation of Ban Bedcentricity, a multifaceted innovation to reduce sedentary behaviour of patients by cultural change in the hospital. Submitted 2020.

***Aanvullende informatie 'Observaties volgens methode Radboudumc'***

Het is belangrijk om:

- als observeerder het gedrag van patiënten en zorgverleners zo minimaal mogelijk te beïnvloeden;
- de tijd op de dag te wisselen per meting. Houd hierbij rekening met ochtendzorg, eettijden en bezoektijden;
- de observator te benoemen in verband met eventuele verschillen tussen observatoren;
- datum en tijdstip (aanvang) te vermelden;
- de hoeveelheid 'mogelijke observaties' te berekenen. Dit is erg belangrijk, aangezien hiermee ingeschat kan worden hoeveel observaties er daadwerkelijk plaats hebben gevonden in verhouding tot het daadwerkelijke aantal observaties;
- minimaal acht metingen (à tien ronden) uit te voeren;
- de medisch-ethische toetsingscommissie te informeren over dataverzameling en gebruik binnen wetenschappelijk onderzoek;
- de observaties te baseren op de studie van Mudge 2016;
- indien gewenst aan te vullen met observaties volgens de methode van het UMC Utrecht (bijlage 11).

## Bijlage 11 Observaties volgens methode UMC Utrecht

Voor deze observatiemethode is een sjabloon ontwikkeld, dat beschikbaar is via de website van het KNGF.

### Instructies voor 'behavioral mapping' van klinische patiënten

'Behavioral mapping' maakt gebruik van een observatiemethode waarbij een patiënt elke 10 minuten gedurende 1 minuut wordt geobserveerd. Deze methode maakt het mogelijk meerdere patiënten tegelijkertijd te observeren.

Per observatie worden vier onderdelen gescoord op een 'behavioral map':

1. Locatie van de patiënt
2. Welke personen op dat moment in direct contact zijn met de patiënt
3. In welke houding de patiënt op dat moment is of welke fysieke beweging hij uitvoert
4. Welke activiteit de patiënt op dat moment uitvoert

Aandachtspunten:

- Per 10 minuten wordt er een nieuwe 'behavioral map' ingevuld.
- Op één 'behavioral map' worden in een *vaste volgorde* meerdere patiënten gescoord.
- Elke patiënt wordt gedurende één minuut geobserveerd.
- Er wordt niet actief gecommuniceerd met de patiënten.
- De activiteit die wordt gescoord is de activiteit die gedurende deze minuut het meeste voorkwam. Komen twee activiteiten evenveel voor, dan scoor je degene met de hoogste intensiteit.
- Het is *niet* mogelijk meerdere vakjes aan te kruisen.
- Bij 'personen aanwezig' scoor je alleen de personen die *direct/actief* met de patiënt bezig zijn. De vaste patiënten aanwezig op de kamer van de patiënt worden dus in principe niet gescoord bij 'personen aanwezig', tenzij de patiënten onderling actief contact hebben met elkaar.
- Als de patiënt de afdeling verlaat, wordt er 'niet geobserveerd' gescoord.  
Als de patiënt niet zichtbaar is voor de observator *op de afdeling* (achter het gordijn of in de badkamer/toilet) wordt er aan de aanwezige verpleegkundige nagevraagd wat de activiteiten zijn geweest. Dit wordt dan gescoord. Is er geen verpleegkundige aanwezig geweest, lukt het niet om het na te vragen en kun je ook niet logischerwijs zelf bedenken wat je kunt scoren, dan wordt het vakje 'niet geobserveerd' aangekruist.  
Onder fysiek oefenen bij 'bezigheden' valt het zelfstandig oefenen (uitvoeren van voorgeschreven oefeningen) en oefenen met een therapeut. Je geeft dan bij 'personen aanwezig' aan of er iemand bij was en wie dan.  
Als de patiënt fysieke metingen/tests ondergaat door de fysiotherapeut valt dit ook onder oefenen. Als de patiënt niet actief bezig is terwijl er wel een therapeut aanwezig is (bijvoorbeeld bij het aanmeten van een handspalk), wordt er geen 'oefenen' gescoord maar een van de overige opties bij 'bezigheden'.
- Houdingen in bed: liggen in bed scoor je wanneer de leuning van het bed  $\leq 30$  graden staat, (passief) zitten in bed scoor je wanneer de leuning van het bed  $>$  dan 30 graden staat (actiever).

### Scoringopties per onderdeel

Locatie	In contact met	Houding	Activiteit
patiëntkamer	niemand	liggen in bed (< 30 graden)	praten_telefoneren
toilet_badkamer	andere patiënt(en)	zitten in bed (> 30 graden)	lezen_tv_tablet_telefoon
gang	verpleegkundige	zitten bedrand	eten_drinken
therapieruimte	arts	zitten (po)stoel	slapen

dagverblijf/woonkamer	fysio_ergo_logo_therapie	verplaatsen	verzorging_wassen_aankleden
onderzoeksruijnte	overige staf	staan	fysiek oefenen
buiten de afdeling	vrijwilliger	lopen	medisch onderzoek
onbekend	bezoek/familie	hometrainer	geen
	anders/onbekend	anders/overig	anders/overig
	niet geobserveerd	niet geobserveerd	niet geobserveerd

## Voorbeelden:

- Een patiënt is op zijn kamer, staat op, loopt naar de gang en loopt een wandeltest op de gang met een fysiotherapeut.

*Locatie:* gang *In contact met:* fysio\_ergo\_logo\_therapie  
*Houding:* lopen *Activiteit:* fysiek oefenen
- Een patiënt zit redelijk rechtop in zijn bed tv te kijken en gaat in de laatste 5 sec van je observatieminuut rechtop zitten. Er zijn kamergenoten aanwezig in de kamer.

*Locatie:* kamer *In contact met:* niemand  
*Houding:* zitten in bed (> 30 graden) *Activiteit:* lezen\_tv\_tablet\_telefoon
- Een patiënt zit aan tafel samen met een andere patiënt een puzzel in te vullen en neemt af en toe een slok drinken.

*Locatie:* kamer *In contact met:* andere patiënt  
*Houding:* zitten (po)stoel *Activiteit:* lezen\_tv\_tablet\_telefoon
- De ergotherapeut komt een rolstoel instellen. Hiervoor zijn ze een groot deel van de tijd bezig om vanuit het bed naar de rolstoel te komen.

*Locatie:* kamer *In contact met:* fysio\_ergo\_logo\_therapie  
*Houding:* verplaatsen *Activiteit:* fysiek oefenen
- Een patiënt is op de rand van het bed bezig zijn schoenen aan te doen. De verpleegkundige staat op hem te wachten om de patiënt naar een onderzoek te brengen.

*Locatie:* kamer *In contact met:* verpleegkundige  
*Houding:* zitten bedrand *Activiteit:* verzorging\_wassen\_aankleden

## Bron

- UMCU in Beweging. Utrecht, UMC Utrecht; 2015.

## Bijlage 12 Indicatoren

Onderstaande indicatoren (Koenders 2019, Klooster 2020) kun je gebruiken om de situatie op de afdeling in kaart te brengen (wel/geen reden voor project), te monitoren of om een beweegproject te evalueren. Je kunt een keuze maken welke indicatoren voor jouw project wel/niet relevant zijn. De operationalisatie van de indicator kun je aanpassen aan je eigen situatie, waarbij het belangrijk is om deze aangepaste operationalisatie dan te blijven gebruiken om vertekening te voorkomen.

### Indicator 1

**De verpleegafdeling heeft een actief beleid om patiënten te stimuleren lichamelijk actief te zijn.**

**Teller:** De verpleegafdeling heeft een actief beleid om patiënten te stimuleren lichamelijk actief te zijn. (ja of nee)

**Metten van de indicator:** Controleer of er afdelingsbreed afspraken zijn omtrent beleid over het stimuleren van patiënten om lichamelijk actief te zijn. Dit kan bijvoorbeeld zijn vastgelegd in een protocol of document, waarin duidelijk wordt omschreven wat taken en verantwoordelijkheden zijn middels werkafspraken. Een mondelinge afspraak onder medewerkers is onvoldoende.

**Antwoord indicator:** Heeft de verpleegafdeling een actief beleid om patiënten te stimuleren lichamelijk actief te zijn?

- Nee
- Ja
- Antwoord onbekend

### Indicator 2

**De verpleegafdeling heeft een actief beleid om familie en naasten van patiënten te informeren over het belang van lichamelijke activiteit.**

**Teller:** De verpleegafdeling heeft een actief beleid om familie en naasten van patiënten te informeren over het belang van lichamelijke activiteit, (ja of nee)

**Metten van de indicator:** Controleer of er afdelingsbreed afspraken zijn omtrent beleid om familie en naasten van patiënten te informeren over het belang van lichamelijke activiteit. Dit kan bijvoorbeeld zijn vastgelegd in een protocol of document waarin duidelijk wordt omschreven wat taken en verantwoordelijkheden zijn middels werkafspraken. Een mondelinge afspraak onder medewerkers is onvoldoende.

**Antwoord indicator**

Heeft de verpleegafdeling een actief beleid om familie en naasten van patiënten te informeren over het belang van lichamelijke activiteit?

- Nee
- Ja
- Antwoord onbekend

### Indicator 3

**Verpleegkundigen stimuleren patiënten om onafhankelijk te functioneren bij de dagelijkse activiteiten.**

**Teller:** Het aantal verpleegkundigen gedurende een dagdienst op de verpleegafdeling dat patiënten stimuleert om onafhankelijk te functioneren bij de dagelijkse activiteiten.

**Noemer:** Het aantal verpleegkundigen gedurende een dagdienst op de verpleegafdeling (min. 5 tot max. 10).

**Metten van de indicator:** Observeer maximaal 10 verpleegkundigen uit één dienst (dagdienst of late dienst) die op die dag werkzaam zijn op die verpleegafdeling. Observeer deze verpleegkundigen om erachter te komen of zij patiënten stimuleren om onafhankelijk te functioneren bij de dagelijkse activiteiten. Observeer hen bij één willekeurig contactmoment met

een patiënt gedurende de dag. Het gaat bij deze indicator over het stimuleren van onafhankelijk functioneren tijdens de contactmomenten van verpleegkundigen met de patiënt.

**Let op:** Vertel de verpleegkundigen niet waarom u gaat observeren, dit kan er namelijk voor zorgen dat er wenselijk gedrag vertoond gaat worden.

**Let op:** Wij vragen u om voor deze indicator minimaal 5 en maximaal 10 verpleegkundigen te observeren. Wanneer er minder dan 5 verpleegkundigen werkzaam zijn op de verpleegafdeling, vragen wij u om op meerdere dagen te observeren, tot het minimale aantal is bereikt. Wanneer er meer dan 10 verpleegkundigen werkzaam zijn op de verpleegafdeling, vragen wij u om zelf 10 verpleegkundigen te selecteren die u observeert.

#### Antwoord indicator

**Teller:** Wat is het aantal verpleegkundigen gedurende een dagdienst op de verpleegafdeling dat patiënten stimuleert om onafhankelijk te functioneren bij de dagelijkse activiteiten?

- [...] (min. 0 – max. 10)
- Antwoord onbekend  
Toelichting: [...]

**Noemer:** Wat is het aantal verpleegkundigen gedurende een dagdienst op de verpleegafdeling?

- [...] (min. 5 – max. 10)
- Antwoord onbekend  
Toelichting: [...]

#### Indicator 4

**Patiënten zijn geïnformeerd over het belang van lichamelijke activiteit.**

**Teller:** Het aantal opgenomen patiënten op de verpleegafdeling dat is geïnformeerd over het belang van lichamelijke activiteit.

**Noemer:** Het aantal opgenomen patiënten op de verpleegafdeling (min. 5 – max. 20).

**Metten van de indicator:** Vraag maximaal 20 willekeurige patiënten die zijn opgenomen op de verpleegafdeling of ze geïnformeerd zijn over het belang van lichamelijke activiteit. Het informeren over het belang van lichamelijke activiteit kan mondeling of digitaal gedaan zijn, maar ook met voorlichtingsmateriaal zoals een folder. De rol van het informeren is niet aan een specifieke zorgverlener gekoppeld; dit kan dus zowel door een arts, een verpleegkundige als door een fysiotherapeut gedaan zijn.

**Let op:** Wij vragen u om voor deze indicator minimaal 5 en maximaal 20 patiënten te bevragen. Wanneer er minder dan 5 patiënten opgenomen zijn op de verpleegafdeling, vragen wij u om op meerdere dagen verschillende patiënten te bevragen, tot het minimale aantal is bereikt. Wanneer er meer dan 20 patiënten opgenomen zijn op de verpleegafdeling, vragen wij u om zelf 20 patiënten te selecteren die u bevrageet.

#### Antwoord indicator

**Teller:** Wat is het aantal opgenomen patiënten op de verpleegafdeling dat is geïnformeerd over het belang van lichamelijke activiteit?

- [...] (min. 0 – max. 20)
- Antwoord onbekend  
Toelichting: [...]

**Antwoord indicator, noemer:** Wat is het aantal opgenomen patiënten op de verpleegafdeling?

- [...] (min. 5 – max. 20)
- Antwoord onbekend  
Toelichting: [...]

## Indicator 5

### Patiënten hebben een activiteitenplan.

**Teller:** Het aantal opgenomen patiënten op de verpleegafdeling dat een activiteitenplan heeft binnen 48 uur vanaf het begin van de ziekenhuisopname.

**Noemer:** Het aantal opgenomen patiënten op de verpleegafdeling (min. 5 tot max. 20).

**Metten van de indicator:** Controleer (maximaal) 20 willekeurige patiëntendossiers van patiënten die > 48 uur zijn opgenomen op de verpleegafdeling op de aanwezigheid van een activiteitenplan. Een activiteitenplan is op maat gemaakt voor de patiënt, en beschrijft de planning van uit te voeren activiteiten, rekening houdend met onder andere de beperkingen en belastbaarheid van de individuele patiënt. De rol van het samenstellen van een activiteitenplan is niet aan een specifieke zorgverlener gekoppeld, dit kan dus zowel door een verpleegkundige als door een fysiotherapeut gedaan zijn. Een activiteitenplan kan dan ook beschreven zijn in de rapportage c.q. het dossier van verschillende zorgverleners.

**Let op:** Het activiteitenplan dient aangepast te zijn aan de mogelijkheden van de patiënt. Wanneer er een protocol is waarin het mobiliseren concreet beschreven staat, wil dit niet altijd zeggen dat er een activiteitenplan op maat is. Denk bijvoorbeeld aan een patiënt die rolstoelafhankelijk is. Dan is een activiteitenplan pas voldoende op maat wanneer het protocol is aangepast aan de mogelijkheden van deze patiënt (en lopen dus niet wordt beschreven).

**Let op:** Wij vragen u om voor deze indicator minimaal 5 en maximaal 20 patiëntendossiers te controleren. Wanneer er minder dan 5 patiënten opgenomen zijn op de verpleegafdeling, vragen wij u om op meerdere dagen verschillende patiëntendossiers te controleren, tot het minimale aantal is bereikt. Wanneer er meer dan 20 patiënten opgenomen zijn op de verpleegafdeling, vragen wij u om zelf 20 patiëntendossiers te selecteren die u controleert.

### Antwoord indicator

**Teller:** Wat is het aantal opgenomen patiënten op de verpleegafdeling dat een activiteitenplan heeft binnen 48 uur vanaf het begin van de ziekenhuisopname?

- [...] (min. 0 – max. 20)
  - Antwoord onbekend
- Toelichting: [...]

**Noemer:** Wat is het aantal opgenomen patiënten op de verpleegafdeling?

- [...] (min. 5 – max. 20)
  - Antwoord onbekend
- Toelichting: [...]

## Indicator 6

### Patiënten die fysieke hulp nodig hebben bij lichamelijke activiteit, hebben een activiteitenplan.

**Teller:** Het aantal patiënten opgenomen op de verpleegafdeling dat fysieke hulp nodig heeft van ten minste één persoon bij lichamelijke activiteit, dat een activiteitenplan heeft binnen 48 uur vanaf het begin van de ziekenhuisopname.

**Noemer:** Het aantal opgenomen patiënten op de verpleegafdeling dat fysieke hulp nodig heeft van ten minste één persoon bij lichamelijke activiteit (min. 5 tot max. 20).

**Metten van de indicator:** Controleer (maximaal) 20 willekeurige patiëntendossiers van patiënten die > 48 uur zijn opgenomen op de verpleegafdeling, die fysieke hulp nodig hebben bij lichamelijke activiteit. Een activiteitenplan is op maat gemaakt voor de patiënt, en beschrijft de planning van uit te voeren activiteiten, rekening houdend met onder andere de beperkingen en belastbaarheid van de individuele patiënt. De rol van het samenstellen van een activiteitenplan is niet aan een specifieke zorgverlener gekoppeld; dit kan dus zowel door een verpleegkundige als door een fysiotherapeut gedaan zijn. Een activiteitenplan kan dan ook beschreven zijn in de rapportage c.q. het dossier van verschillende zorgverleners.



**Let op:** Het activiteitenplan dient aangepast te zijn aan de mogelijkheden van de patiënt. Wanneer er een protocol is waarin het mobiliseren concreet beschreven staat, wil dit niet altijd zeggen dat er een activiteitenplan op maat is. Denk bijvoorbeeld aan een patiënt die rolstoelafhankelijk is. Dan is een activiteitenplan pas voldoende op maat wanneer het protocol is aangepast aan de mogelijkheden van deze patiënt (en lopen dus niet wordt beschreven).

**Let op:** Wij vragen u om voor deze indicator minimaal 5 en maximaal 20 patiëntendossiers te controleren. Wanneer er minder dan 5 patiënten opgenomen zijn op de verpleegafdeling, vragen wij u om op meerdere dagen verschillende patiëntendossiers te controleren, tot het minimale aantal is bereikt. Wanneer er meer dan 20 patiënten opgenomen zijn op de verpleegafdeling, vragen wij u om zelf 20 patiëntendossiers te selecteren die u controleert.

#### Antwoord indicator

**Teller:** Wat is het aantal patiënten opgenomen op de verpleegafdeling dat fysieke hulp nodig heeft van ten minste één persoon bij lichamelijke activiteit, dat een activiteitenplan heeft binnen 48 uur vanaf het begin van de ziekenhuisopname?

[...] (min. 0 – max. 20)

Antwoord onbekend

Toelichting: [...]

**Noemer:** Wat is het aantal opgenomen patiënten op de verpleegafdeling dat fysieke hulp nodig heeft van ten minste één persoon bij lichamelijke activiteit?

[...] (min. 5 – max. 20)

Antwoord onbekend

Toelichting: [...]

#### Indicator 7

##### Patiënten zijn lichamelijk actief zoals beschreven in het activiteitenplan.

**Teller:** Het aantal opgenomen patiënten op de verpleegafdeling met een activiteitenplan dat minimaal lichamelijk actief is zoals beschreven in het activiteitenplan.

**Noemer:** Het aantal opgenomen patiënten op de verpleegafdeling met een activiteitenplan (min. 5 tot max. 20).

**Metten van de indicator:** Controleer bij (maximaal) 20 patiëntendossiers van patiënten die zijn opgenomen op de verpleegafdeling of er beschreven staat dat lichamelijke activiteiten conform het activiteitenplan zijn uitgevoerd.

**Let op:** Wij vragen u om voor deze indicator minimaal 5 en maximaal 20 patiëntendossiers te controleren. Wanneer er minder dan 5 patiënten opgenomen zijn op de verpleegafdeling, vragen wij u om op meerdere dagen verschillende patiëntendossiers te controleren, tot het minimale aantal is bereikt. Wanneer er meer dan 20 patiënten opgenomen zijn op de verpleegafdeling, vragen wij u om zelf 20 patiëntendossiers te selecteren die u controleert.

#### Antwoord indicator

**Teller:** Wat is het aantal opgenomen patiënten op de verpleegafdeling met een activiteitenplan dat minimaal lichamelijk actief is zoals beschreven in het activiteitenplan?

[...] (min. 0 – max. 20)

Antwoord onbekend

Toelichting: [...]

**Noemer:** Wat is het aantal opgenomen patiënten op de verpleegafdeling met een activiteitenplan?

[...] (min. 5 – max. 20)

Antwoord onbekend

Toelichting: [...]

**Verklarende woordenlijst voor de indicatoren**

Actief beleid	het behandelen of wijze van behandelen van een verpleegafdeling vastgelegd in actuele werkafspraken en/of protocollen
Activiteitenplan	de planning van uit te voeren activiteiten, rekening houdend met onder andere de beperkingen en belastbaarheid van de individuele patiënt
Dagdienst	werk dat gedurende de dag wordt uitgevoerd, het kan hier dus zowel om een vroege dienst als om een late dienst gaan; nachtdiensten zijn uitgesloten
Dagelijkse activiteiten	handelingen die mensen dagelijks in het gewone leven verrichten
Familie en naasten	personen die dicht bij de patiënt staan
Fysieke hulp	directe lichamelijk ondersteuning, medewerking of assistentie van een zorgverlener
Informereren	kennis geven van, inlichten
Lichamelijke activiteit	lichaamsinspanning; elke krachtsinspanning van skeletspieren resulterend in méér energiegebruik dan in rustende toestand
Onafhankelijk functioneren	zelfstandig lichamelijke activiteit uitvoeren; uit eigen kracht handelend, geen hulp zoekend of behoevend
Patiënt	iemand met lichamelijk en/of geestelijk lijden waarvoor een ziekenhuisopname noodzakelijk is
Stimuleren	prikkelen, aanmoedigen, activeren
Verpleegafdeling	afdeling in een ziekenhuis waar patiënten worden verpleegd
Ziekenhuisopname	opname in een ziekenhuis gedurende minimaal 48 uur; de periode gedurende welke iemand in een ziekenhuis is opgenomen

**Referenties**

- Klooster E, Marcellis LHM, Koenders N. Low physical activity among adults during hospitalization: a core set of quality indicators to evaluate and implement movement care. 2020. Unpublished.
- Koenders N, van den Heuvel S, Bloemen S, van der Wees PJ, Hoogeboom TJ. Development of a longlist of healthcare quality indicators for physical activity of patients during hospital stay: A modified RAND Delphi study. *BMJ Open*. 2019;9:e032208.

**Bijlage 13 Borgingschecklist**

<b>Borgingschecklist (70)</b>		
<b>Wat?</b>	<b>Belangrijk? (ja/nee)</b>	<b>Welke (extra) actie is nodig?</b>
Onder tijdsdruk is de vernieuwing vol te houden		
Ook na een tijdje is iedereen ervan overtuigd dat de vernieuwing belangrijk is		
Sleutelfiguren in de organisatie geven het goede voorbeeld		
De vernieuwing sluit aan op een bekend (kwaliteits)systeem		
De vernieuwing is opgenomen in het managementsturingssysteem en de rapportages		
De vernieuwing is opgenomen in en/of sluit aan bij de visie en het strategisch beleid van de organisatie		
De vernieuwing is onderdeel van het dagelijks werk geworden		
De vernieuwing komt terug als regulier agendapunt bij (multidisciplinaire) overleggen		
Tijdens functioneringsgesprekken wordt de vernieuwing besproken		
Bestuur en/of management voelen/voelt zich betrokken bij de vernieuwing		
Medewerkers blijven regelmatig op de hoogte van hoe het gaat met de vernieuwing		
Patiënten blijven op de hoogte van hoe het gaat met de vernieuwing		
Er is een kosten-batenberekening gemaakt die aangeeft wat de opbrengsten zullen zijn van de vernieuwing		
Nieuwe medewerkers krijgen informatie en ook scholing in de nieuwe werkwijze		
Er blijft iemand eigenaar van de vernieuwing		
Af en toe wordt een (ludieke) opfrisactie gedaan		
Successen worden gevierd		

© 2021 Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF)

Dit is een publicatie van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF)

Deze publicatie dient als volgt geciteerd te worden: KNGF Standpunt Bewegziekenhuizen, versie 1.0, februari 2021, Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF), Amersfoort, 2021.

Alle copyrightrechten voorbehouden. Uit deze publicatie kan vrijelijk worden geciteerd, mits met duidelijke en correcte bronvermelding.

Creatief concept: Total Identity

Vormgeving – DTP – Drukwerk: Drukkerij De Gans, Amersfoort

Eindredactie: Tertius – Redactie en organisatie, Houten