*Afstudeerscriptie Bewegingsgerichte zorg Treant Zorggroep*

Arjan Hekman

Hanzehogeschool Groningen

Studentnummer:293832

Begeleider: Paul Hodselmans

Datum: 05-02-2018



**De gedachtegang van medewerkers en patiënten van de Treant Ziekenhuizen omtrent de bewegingsgerichte zorg. Een cross sectioneel enquête onderzoek**

Inhoudsopgave

Voorwoord………………………………………………………………………………………………………………………………………3

Samenvatting…………………………………………………………………………………………………………………………………..4

Abstract…………………………………………………………………………………………………………………………………………..5

Inleiding…………………………………………………………………………………………………………………………………………..6

Methode……………………………………………………………………………………………………………………………………….…7

Resultaten……………………………………………………………………………………………………………………………………...10

Discussie…………………………………………………………………………………………………………………………………………14

Conclusie………………………………………………………………………………………………………………………………………..17

Bibliografie………………………………………………………………………………………………………………………………….….19

Bijlage 1: Informed consent en enquête patiënten…………………………………………………………………….…..21

Bijlage 2: Informed consent en enquête personeel………………………………………………………………………. .25

# Voorwoord

Bij deze het afstudeeronderzoek over bewegingsgerichte zorg voor de Treant zorggroep. Een onderzoek naar welke factoren omtrent bewegingsgerichte zorg van belang zijn mee te nemen, om vervolgens deze zorg te kunnen implementeren in de Treant ziekenhuizen. Dit onderzoek is gedaan binnen de drie locaties van Treant, te weten: Emmen, Hoogeveen en Stadskanaal. Het onderzoek is gedaan in het kader van een langlopend traject binnen Treant om bewegingsgerichte zorg te kunnen implementeren in de ziekenhuizen. Bewegen lijkt steeds meer het sleutelwoord te zijn in het dagelijks leven van ouderen. Zeker in het ziekenhuis is bewegen bijna letterlijk van levensbelang. Hoe meer iemand tijdens zijn opname beweegt, hoe vitaler men er weer uit komt. Het is dus van levensbelang dat hier verder onderzoek naar wordt gedaan, en dat het toegepast wordt in de dagelijkse ziekenhuiszorg. Op de drie locaties wordt onderzocht welke obstakels en factoren deze vorm van zorg nog in de weg staan. Dit afstudeeronderzoek is gedaan vanuit de opleiding fysiotherapie aan de Hanzehogeschool Groningen. Het doen van dit soort praktijkonderzoek vond ik persoonlijk erg interessant en leerzaam. Tijdens eerdere jaren binnen de opleiding krijg je alvast een voorproefje met enkele kleinere soortgelijke opdrachten, maar nu is het toch een stuk uitdagender. Het doen van onderzoek binnen de fysiotherapie heeft me altijd al erg aangesproken, vandaar ook dat ik dit met plezier gedaan heb.

Ik vind dat ik mijzelf door het maken van deze scriptie verder heb ontwikkeld in het doen van onderzoek. Ook het samenwerken met veel verschillende disciplines heeft mij veel kennis doen krijgen over hoe de dagelijkse gang van zaken precies loopt binnen een ziekenhuis. Normaal ben je erg bezig met je eigen afdeling, maar hierdoor krijg je een mooi inzicht hoe alle andere collega’s hun werk doen. Niet alleen het inzicht in het werk van collega’s, maar ook de samenwerking met andere locaties en het personeel daar heb ik als zeer prettig ervaren.

Ik kan terugkijken op een leerzaam half jaar waarbij ik veel heb bij mogen leren. In het algemeen wil ik graag de Treant zorggroep bedanken voor de goede samenwerking en medewerking deze periode. In het bijzonder wil ik graag mijn begeleiders vanuit Treant, Els en Jan bedanken voor alle hulp, feedback en de prettige samenwerking. Daarnaast wil ik graag Paul bedanken voor zijn kritische commentaar en de gesprekken over het hele proces deze afstudeerperiode.

Arjan Hekman

Groningen, 20 januari 2018

### Samenvatting

**Inleiding**

Nederlanders hebben een steeds hogere levensverwachting. Ook komen ouderen vaker in het ziekenhuis terecht dan vroeger. De opname in een ziekenhuis brengt voor veel ouderen een groot risico met zich mee. Om mensen in een zo goed mogelijke staat van gezondheid weer naar huis te laten gaan, lijkt bewegen het sleutelwoord. Uit verschillende studies blijkt dat bewegen in het ziekenhuis letterlijk van levensbelang is voor veel ouderen. Lichamelijke inactiviteit is één van de grootste risicofactoren voor het verlies van functieniveau. Het implementeren van bewegingsgerichte zorg tijdens de ziekenhuis opname is dan ook van groot belang. Voordat dit mogelijk is, moet onderzocht worden wat de gedachtegang van medewerkers en patiënten is op het gebied van bewegingsgerichte zorg.

**Methode**

Een cross-sectioneel onderzoeksdesign waarin door middel van een enquête de medewerkers en patiënten van de Treant ziekenhuizen worden ondervraagt over bewegingsgerichte zorg. Medewerkers uit alle lagen van de organisatie worden ondervraagd, evenals oudere patiënten (65+) vanuit een aantal afdelingen in het ziekenhuis. De vragen bestaan uit een aantal sociaal-demografische gegevens gevolgd door stellingen volgens de Likert-schaal.

*In-exclusiecriteria personeel:* in brede zin werkzaam zijn met patiënten. De Nederlandse taal begrijpend kunnen lezen.

*In-excusiecriteria Patiënten:* 65 jaar of ouder. Begrijpen van de Nederlandse taal. Minimaal één nacht opgenomen in het ziekenhuis. Geen ernstige ziekten waar besmettingsgevaar voorkomt.

Data-analyse is uitgevoerd met SPSS Statistics. Beschrijvende statistiek heeft inzichtelijk gemaakt hoe de groepen precies verdeeld zijn. Vervolgens is de ‘Mann Whitney U test’ uitgevoerd om de resultaten te toetsen en te vergelijken. Daarnaast zijn de percentages per antwoordmogelijkheid van de Likertschaal gebruikt om de uitkomsten zo duidelijk mogelijk inzichtelijk te maken.

**Resultaten**

In deze studie hebben 173 deelnemers de enquête ingevuld. Daarvan waren 98 patiënt en 75 medewerker van het ziekenhuis. Van de 173 deelnemers waren 77 man en 96 vrouw. Van de patiënten was de grootste groep (25.5%) 70-75 jaar oud. En lagen de meeste mensen opgenomen op de afdeling cardiologie (31.6%). Bij het personeel zijn de meeste deelnemers tussen de 20 en 35 jaar oud (44%). De meeste deelnemers zijn verpleegkundige, namelijk 42.6%. 44% is werkzaam in het Scheper ziekenhuis in Emmen, en is daarmee de grootste groep. In deze studie zijn de uitkomsten van 6 stellingen vergeleken tussen de patiënten en het personeel. De belangrijkste uitkomsten hiervan zijn: er is duidelijk een significant verschil bij de stellingen: *Ouderen bewegen genoeg tijdens hun ziekenhuis opname* *(P<0.000).* En *personeel neemt voldoende tijd voor de patiënt (P<0.000).* Stellingen waar geen significant verschil over is zijn: *de beweegtijd van patiënten per etmaal (P=0.145).* En of *het personeel voldoende op de hoogte is van wat een patiënt allemaal mag en kan tijdens een ziekenhuisopname (P=0.514).*

**Discussie**

Op vele fronten verschilt de denkwijze van patiënten en personeel sterk van elkaar. De belangrijkste uitkomst is dat personeel vindt dat patiënten sterk onvoldoende bewegen, maar de patiënten zelf zijn van mening dat zij ruim voldoende bewegen tijdens hun ziekenhuisopname. De conclusie luidt dat de basis voor implementatie voor bewegingsgerichte zorg, voorlichting van zowel patiënten als personeel moet zijn. Iedereen moet op zijn of haar manier gemotiveerd worden om dit toe te passen in de dagelijkse praktijk. In de toekomst moet er onderzoek gedaan worden naar hoe iedereen op de beste manier gemotiveerd kan raken. Vervolgens moet worden onderzocht in hoeverre het mogelijk is om de afdelingen in het ziekenhuis aan te passen om de beste bewegingsgerichte zorg aan te kunnen bieden.

**Sleutelwoorden:** Bewegingsgerichte zorg, lichamelijke inactiviteit, bewegen, gedachtegang, multidisciplinair.

## Abstract

**Background**

The Dutch have an ever-increasing life expectancy. Also, older people are more likely to be in the hospital than before. The hospitalization brings a great risk to many older people. To make people return to their homes in the best possible state of health, the keyword seems to be: movement. Several studies show that hospitalization is literally of vital importance for many older people. Physical inactivity is one of the greatest risk factors for the loss of function. Implementing motion-based care during hospitalization is therefore of great importance. Before this is possible, it is necessary to investigate the mindset of employees and patients in the field of motion-based care.

**Methods:**

A cross-sectional research design in which the employees and patients of the Treant hospitals are questioned about movement-oriented care by means of a survey. Employees from all levels of the organization are questioned, as are older patients (65+) from all departments in the hospital. The questions consist of a number of sociodemographic data followed by statements according to the Likert scale.  
In-exclusion criteria for personnel: working in a broad sense with patients. To be able to read the Dutch language comprehensively.  
In-excusion criteria Patients: 65 years or older. Understand the Dutch language. Recorded at least one night in the hospital. No serious diseases where contamination danger occurs.  
Data analysis was performed with SPSS Statistics. Descriptive statistics have made clear how the groups are divided exactly. Then the 'Mann Whitney U test' was performed to test and compare the results. In addition, the percentages for each answer option on the Likert scale were used to make the results transparent and as clear as possible.

**Results**

In this study, 173 participants completed a survey. Of these, 98 were patients and 75 were hospital employees. Of the 173 participants, 77 were male and 96 were female. Of the patients, the largest group (25.5%) was 70-75 years old. And most people were included in the cardiology department (31.6%). Among the staff, most participants are between 20 and 35 years old (44%). Most participants are nurses, namely 42.6%. 44% work in the Scheper hospital in Emmen, making it the largest group. In this study, the results of 6 statements were compared between patients and staff. The most important outcomes are: there is clearly a significant difference in the propositions: *Elderly people move enough during their hospital admission (P <0.000). And staff take sufficient time for the patient (P <0.000).* Proposals with no significant difference left are: *the movement time of patients per day (P = 0.145). And whether the staff is sufficiently aware of what a patient can and can’t do during a hospital stay (P = 0.514).*

**Discussion**

On many fronts, the way of thinking of patients and staff differs greatly. The most important outcome is that staff feel that patients do not exercise enough, but the patients themselves believe that they exercise more than enough during their hospital stay. The conclusion is that the basis for implementation for movement-oriented care should be information for both patients and staff. Everyone must be motivated in his or her way to apply this in daily practice. In the future, research must be done into how everyone can be motivated in the best way. Subsequently, it must be investigated to what extent it is possible to adjust the departments in the hospital in order to be able to offer the best movement-oriented care.

**Key words**

Motion based care, physical inactivity, movement, Mindset, multidisciplinary

# Inleiding

Het onderwerp bewegingsgerichte zorg bij ouderen (65+) is erg interessant om onderzoek naar te doen om twee redenen. Enerzijds vanuit de ouderen zelf. Hoe kunnen we de ziekenhuiszorg zo inrichten dat deze doelgroep door middel van bewegen zo gezond en vitaal mogelijk blijft. Anderzijds uit financieel oogpunt. Kan door middel van bewegingsgerichte zorg de ziekenhuisopname verkort worden? In Nederland blijven de zorgkosten maar stijgen. Misschien is het mogelijk dat door deze beweeginterventie automatisch ook de kosten van de ouderenzorg kunnen dalen door de verkorte ziekenhuisopname.

Het is zeer relevant om na te denken over verschillende oplossingen om voor deze steeds groter wordende groep mensen de beste kwaliteit van leven te kunnen realiseren.

Er woonden in 1960 nog ongeveer 1 miljoen 65+ers in Nederland, tegenover de 2.8 miljoen vandaag de dag. De vergrijzing in Nederland is in volle gang. Dit komt door de geboortegolf na de tweede wereldoorlog, de hogere levensverwachting en de verbetering van de gezondheidszorg.1 In 1950 werd de Nederlander gemiddeld 70.3 jaar. In 2007 was dat al 82.3 jaar.2 Dit zal volgens het CBS nog toenemen naar 89.9 jaar in 2060.3 Hierdoor is het zeer interessant om na te denken hoe we deze mensen zo gezond mogelijk oud kunnen laten worden. Ook hebben deze ouderen veel chronische ziekten, vaak zelfs meer dan een. De helft van alle 75+ers in Nederland heeft twee of meer chronische aandoeningen.4 We houden deze mensen door de huidige staat van onze gezondheidszorg steeds langer in leven.5 Hoe mooi zou het zijn om de kwaliteit van leven van deze ouderen zo te vergroten, zodat ze niet het gevoel hebben dat ze ‘het nog even moeten uitzitten’ maar dat ze nog veel langer kunnen genieten van hun oude dag in goede gezondheid. Veel ouderen komen op een bepaald moment in hun leven terecht in een ziekenhuis. Dit kan vele verschillende redenen hebben. Zoals bijvoorbeeld een heuptrauma. Deze heupfracturen geven een indicatie voor een hoge mortaliteit, hoge morbiditeit en hoge kosten voor de gezondheidszorg.6

Financieel kan bewegingsgerichte zorg ook van grote waarde zijn. Als mensen het ziekenhuis sneller en gezonder kunnen verlaten zullen de kosten dalen. Waar in 1972 een inwoner van Nederland nog 484 euro per jaar aan zorg koste, is dit in 2010 al 5243 euro. Een stijging van 1250 procent. Uiteraard groeide de economie ook mee, maar toch is deze kostenstijging bijna een verdubbeling van het percentage van het bnp (bruto nationaal product) van 8.7% naar 14.8%.7 Waar een gemiddelde Nederlander per jaar 5243 euro aan zorg kost, is dat voor een 65+er een stuk hoger, namelijk 8830 euro per jaar. In het verzorgingsgebied van de Treant ziekenhuizen is dit bedrag nog hoger, namelijk 9450 euro per 65+er per jaar.8

Om deze stijging van het aantal ouderen geen last voor de maatschappij te laten zijn, om ze zo lang mogelijk een goede kwaliteit van leven te kunnen bieden, en om ook nog eens de kosten te kunnen drukken, lijkt bewegen het sleutelwoord te zijn. Er zijn veel factoren die de kwaliteit van leven van ouderen bepalen dan wel voorspellen. Bijvoorbeeld kwaliteit van slapen, hoe men ADL-handelingen uitvoert. Ook de cognitieve functie en of een oudere last heeft van depressieve gevoelens kan een factor zijn die van invloed is van de kwaliteit van leven van een 65+er. Vele onderzoeken bewijzen dat bewegen bij ouderen zorgt voor een verbetering van bovengenoemde factoren, en dus tot een hogere kwaliteit van leven.9,10,11 Bewegen in het ziekenhuis lijkt dus van groot belang voor zowel de gezondheid van de ouderen als voor het drukken van kosten voor de gezondheidszorg. Uit onderzoek blijkt dat patiënten in een ziekenhuis op dit moment gemiddeld 4-7 minuten per dag lopen.12 Terwijl bedrust juist zo slecht is voor ouderen. Gezonde ouderen die tien dagen op bed werden gehouden verloren 10-15% van hun spierkracht, een percentage dat gelijk staat aan 15 jaar ouder worden.13 Bij zieke ouderen zal dit effect ongetwijfeld vele malen sterker zijn. Ook vroegtijdig mobiliseren tijdens de ziekenhuis opname blijkt van groot belang. Wanneer oudere patiënten op de tweede opnamedag twaalf minuten meer lopen dan op de eerste opnamedag kunnen deze ouderen gemiddeld twee dagen eerder het ziekenhuis verlaten.14

Het is van belang voor Treant zorggroep dat in kaart wordt gebracht wat er nodig is om bewegingsgerichte zorg te implementeren in de organisatie. Toch is er tot op heden weinig aandacht voor bewegingsgerichte zorg in het ziekenhuis. Het lijkt erop dat er belemmeringen c.q. obstakels zijn die de implementatie van bewegingsgerichte zorg in de weg staan. Echter het is onbekend of er obstakels zijn en wat die obstakels zijn vanuit het perspectief van het ziekenhuispersoneel en haar patiënten. Vandaar dat de onderzoeksvraag van deze studie is:

*Welke factoren omtrent bewegingsgerichte zorg zijn bij personeel en patiënten van belang mee te nemen, om vervolgens bewegingsgerichte zorg te kunnen implementeren in de Treant ziekenhuizen?*

# Methode:

In deze kwantitatieve studie is gekozen voor een cross-sectioneel onderzoeksdesign, gericht op het in kaart brengen van de gedachtegang van de medewerkers en patiënten van de Treant zorggroep ziekenhuizen omtrent de bewegingsgerichte zorg bij ouderen (65+). Er is gekozen voor twee verschillende enquêtes, één voor personeel en één voor de patiënten, omdat de denkwijze uit alle lagen van de Treantgroep moesten worden gehoord. Met een enquête kan je veel mensen bereiken en veel numerieke data verzamelen in relatief korte tijd,15 aangezien er in totaal ongeveer 700 bedden zijn, en er 5000 mensenwerkzaam zijn bij de drie ziekenhuizen16 Om een betrouwbaarheidsniveau van 95% te garanderen zouden er 375 respondenten mee moeten doen aan deze studie.17 Aangezien dit qua tijd onhaalbaar is, is er met de opdrachtgever vanuit Treant, en de opleiding overeengekomen om 100 werknemers en 100 patiënten uit alle afdelingen en alle lagen van de organisatie aan deze enquête te laten deelnemen. Per locatie dus ongeveer 35 zorgprofessionals en 35 patiënten. Om te zorgen voor een hoge externe validiteit en een grote representativiteit zal getracht worden een zo goed mogelijke weergave van alle lagen van de organisatie in verhouding tot de grote van het aantal werknemers per functie te bewerkstelligen.

## Beschrijving onderzoekspopulatie

Deze studie heeft betrekking op alle medewerkers van de Treant ziekenhuizen die te maken hebben met patiëntenzorg, alsook de leidinggevenden van de verschillende afdelingen. Daarnaast is het bedoeld voor medewerkers uit de hogere bestuurslagen van de ziekenhuizen. Hieronder in de in- en exclusiecriteria is beschreven welke functies in aanmerking komen voor deelname. Ook is de enquête bedoeld om de mening van patiënten op het gebied van bewegingsgerichte zorg te achterhalen. Patiënten moeten hiervoor 65 jaar of ouder zijn. Specifieke in en exclusiecriteria worden hieronder beschreven. De patiënten moeten minimaal één nacht doorbrengen in het ziekenhuis op één van de geïncludeerde afdelingen die hieronder beschreven zijn. Deze afdelingen zijn van belang omdat Treant in de toekomst op al deze afdelingen bewegingsgerichte zorg wil implementeren. Om te zorgen dat de onderzoekspopulatie een weergave is van een zo betrouwbaar mogelijke aselecte steekproef zullen alle respondenten benaderd worden in dezelfde periode op verschillende tijdstippen, zodat werknemers die in de dag-, avond- en nachtdienst werkzaam zijn, hun mening kunnen geven. Zodoende is gewaarborgd dat iedereen een even grote kans heeft om deel te nemen aan deze studie.

## In- en exclusiecriteria

*Personeel inclusiecriteria***:** Moet werkzaam zijn als: afdelingsmanager, arts/PA, diëtist/ voedingsassistent, fysiotherapeut, oefentherapeut, ergotherapeut, verpleegkundige of bestuurslid van het ziekenhuis.Het volledig kunnen begrijpen van de Nederlandse taal.

*Patiënten inclusiecriteria*: Ouder dan 65 jaar. Het volledig begrijpen van de Nederlandse taal. Minimaal één nacht doorbrengen op één van de volgende afdelingen: orthopedie, chirurgie, neurologie, cardiologie, oncologie, gynaecologie, urologie, geriatrie of pulmonologie.

*Exclusiecriteria:* Een cognitieve beperking. Ernstig besmettelijke aandoeningen waardoor patiënt in quarantaine moet worden gehouden.

## Meetprocedure

Deelnemers aan deze studie werden persoonlijk benaderd door de onderzoeker met de vraag of ze

geheel anoniem wilden deelnemen aan de enquête over bewegingsgerichte zorg. Nadat de deelnemers eerst een korte uitleg kregen over de reden en de opzet van de enquête, de tijdsduur en de manier van antwoorden op de vragen, vullen alle deelnemers de informed consent in. Deze begeleidende brief geeft informatie over het onderzoek en de enquête. Ook geeft het aan dat de gehele medewerking vertrouwelijk en anoniem is, en dat de resultaten hiervan anoniem verwerkt zullen worden. Deelnemers kunnen op elk gewenst moment zonder opgave van redenen stoppen. Daarna begint men aan de enquête. De uitleg zal zowel mondeling als per informatiebrief zijn om elke onduidelijkheid te voorkomen. Dit zal in totaal ongeveer tien tot vijftien minuten in beslag nemen.

## Meetinstrument en uitkomstmaten

Het gebruikte onderzoeksmethode in deze studie is een schriftelijk enquêteonderzoek. Er zijn twee enquêtes opgesteld, één voor het personeel en één voor de patiënten. Beide enquêtes beginnen met een aantal vragen over de achtergrond en sociaal-demografische gegevens van de deelnemers, zonder deze informatie kan geen uitspraak worden gedaan over de representativiteit van je steekproef.18 Daarna volgen een aantal vragen volgens de Likert schaal19, dit is een schaal waarbij de onderzoeker duidelijke stellingen formuleert over een bepaald onderwerp. De respondent geeft vervolgens zijn of haar mening door een hokje aan te kruisen dat overeenkomt met één van de antwoordmogelijkheden De antwoordmogelijkheden in deze enquête zijn: 1. Helemaal mee eens, 2. Mee eens, 3. Neutraal, 4. Mee oneens, 5. Helemaal mee oneens. Dit is een ordinale schaal. Dit wil zeggen dat de rangorde duidelijk is, maar de verschillen tussen de antwoorden zijn niet interpreteer- baar.

De patiënten-enquête bestaat uit zes vragen over sociaal-demografische gegevens, en veertien stellingen volgens de Likert schaal. De enquête voor het Treant personeel bestaat uit zeven nominale sociaal-demografische vragen. Daarna de vraag om een rangorde te maken in de zeven disciplines. Door aan elke discipline een cijfer toe te kennen van 1-7, kan de deelnemer aangeven hoe belangrijk elke discipline is. Aansluitend zeven stellingen volgens de Likert schaal zoals hierboven beschreven, en als afsluiting een vraag waarbij de deelnemers over dertien onderwerpen moeten aangeven hoe belangrijk ze dit vinden om bewegingsgerichte zorg te implementeren in de ziekenhuizen. Deze vragen kunnen gescoord worden met de volgende antwoordmogelijkheden: Zeer belangrijk, belangrijk, neutraal, onbelangrijk, zeer onbelangrijk en niet van toepassing. Ook dit is ordinaal gescoord.

## Betrouwbaarheid enquête

Door van tevoren in kaart te brengen welke factoren een gevaar kunnen zijn voor de betrouwbaarheid van de enquête, kan worden voorkomen dat de kwaliteit te laag is om aan de uitkomsten conclusies te verbinden. De opgestelde vragen zijn eerst aan een proef groep van vijf

medewerkers en vijf patiënten voorgelegd om eventuele onduidelijke begrippen of andere onduidelijkheden in vraagstelling of volgorde van vragen vast te stellen en vervolgens waar nodig te veranderen. Deze proef groep is random geselecteerd. Door bij het personeel zoveel mogelijk te zorgen voor een representatieve afspiegeling van het aantal medewerkers per functie is de betrouwbaarheid het meest gewaarborgd.

Door de korte en duidelijke vraagstelling in de enquêtes, is de kans dat deelnemers eerlijk antwoord geven groter dan wanneer zij hier te veel tijd aan moeten spenderen.

## Analysetechniek

Alle verzamelde data is geanalyseerd met het programma SPSS Statistics 24.0. De vele variabelen die in zowel de patiëntenquête als de personeelsenquête kunnen hiermee worden vergeleken. Hiermee kon in kaart worden gebracht hoe de vele geïncludeerde personen denken over bewegingsgerichte zorg. Doordat in de stellingen gebruikt wordt gemaakt van de Likert-schaal met een ordinale vijfpunt schaal als antwoordmogelijkheden zal er een ‘Mann Whitney U test’ worden uitgevoerd om te toetsen welke verschillen er zijn tussen de twee groepen. Dit is een niet parametrische toets waarbij geen groepsgemiddelden worden berekend aangezien de metingen op ordinaal niveau gedaan zijn.

De uitkomsten van de ‘Mann Whitney U test’ die in deze studie zijn gebruikt zijn de ‘p-waarde’ en de ‘z-waarde’. De p-waarde zegt iets over de mate van significantie van een stelling. Wanneer de p-waarde lager is dan 0.05, kan gesteld worden dat er een significant verschil is. Dit wil zeggen dat er een betrouwbaarheidsniveau is van meer dan 95%. Hoe dichter dat getal bij 1 komt, hoe minder betrouwbaar de uitkomst is, en hoe groter de kans dat de uitkomst op toeval berust.

De z-waarde gaat over de standaarddeviatie. Wanneer deze buiten de -2 tot 2 valt, is er ook sprake van een significant verschil. Hoe dichter bij de 0 hoe groter de kans is dat de uitkomst op toeval berust.

## Relevante getoetste stellingen

Niet alle stellingen die in de beide enquêtes zijn voorgelegd, zijn meegenomen in de resultaten, omdat achteraf gezien niet alle stellingen relevant zijn. De stellingen die wel getoetst zijn, zijn stellingen die opvallend zijn wanneer je personeel en patiënten met elkaar vergelijkt. Dit kan zijn omdat er een groot verschil tussen beide groepen is, maar ook als er opvallend weinig verschil tussen beide is. De ‘Mann Whitney U test’ is uitgevoerd bij deze stellingen. De z-waarde en de p-waarde zijn de relevante uitkomsten van deze test. De stellingen die getoetst zijn, met het doel om meningen van personeel en patiënten met elkaar te vergelijken zijn:

* Ouderen bewegen tijdens hun ziekenhuisopname voldoende.
* Het personeel heeft tijdens zijn/haar werk voldoende tijd voor de patiënt.
* Hoeveel beweging per etmaal denken patiënten en personeel dat patiënten krijgen.
* Personeel en patiënten hebben voldoende kennis over wat patiënten mogen en kunnen op het gebied van bewegen.
* Wie is er verantwoordelijk of de patiënt tijdens zijn/haar ziekenhuisopname voldoende beweegt?
* In het ziekenhuis is er voldoende ruimte die uitnodigt om te bewegen.

Naast de testen waarin de meningen van personeel en patiënten met elkaar zijn vergeleken, zijn er ook een aantal stellingen die afzonderlijk van elkaar zijn bekeken. Ook hier is de reden van includeren in de resultaten dat het stellingen betreft met een opvallende uitkomst. In deze stellingen is alleen gekeken naar percentages bij elke uitkomst van de Likert schaal. Voor personeel en patiënten zijn dat de volgende stellingen:

* Ik neem wel eens ADL-activiteiten over van de oudere patiënt (65+) omdat dit minder tijd kost.
* Ik heb tijdens mijn werk voldoende tijd om oudere patiënten waar mogelijk zelf hun ADL-activiteiten te laten uitvoeren.
* In dit ziekenhuis zijn voldoende hulpmiddelen en materialen aanwezig om waar mogelijk meer te laten bewegen.
* De materialen die ik in het ziekenhuis gebruik om te bewegen zijn van goede kwaliteit.
* Als ik geen katheter of infuus zou hebben, zou ik meer bewegen tijdens mijn ziekenhuisopname.
* Ik zou het leuker vinden als we in het ziekenhuis in groepsverband zouden eten.
* Ik zou meer bewegen als de beweging in groepsverband zou worden aangeboden.

Deze stellingen zijn in de resultaten geanalyseerd en uitgewerkt.

## Resultaten

### Sociaal demografische gegevens

In dit enquête onderzoek zijn 173 participanten (98 patiënten en 75 medewerkers.) door de onderzoeker geïncludeerd. In tabel 1.1 en 1.2 zijn alle sociaal demografische gegevens van de deelnemers weergegeven. Van de patiënten is 58.2% man en 41.8% vrouw. De meeste patiënten zijn tussen de 70 en de 75 jaar, namelijk 25.5%. De meeste geïncludeerde patiënten liggen in het Scheper ziekenhuis in Emmen, 46.9%. De meeste patiënten lagen opgenomen op de afdeling cardiologie, namelijk 31.6%. Bij het personeel zijn van de 75 deelnemers 73.3% vrouw, en 26.7% man. De meeste personeelsleden zijn tussen de 20 en 35 jaar oud, 44%. De verpleegkundige en de fysiotherapeut zijn in dit onderzoek het meest vertegenwoordigd met respectievelijk 42.7% en 26.7%. Van de personeelsleden die deelgenomen heeft is 44% werkzaam in Emmen, 32% in Stadskanaal en nog eens 24% in Hoogeveen. De meerderheid van de deelnemers is nog geen tien jaar werkzaam in het ziekenhuis, namelijk 54.7%.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Geslacht: | Percentage | Frequentie |
| Man | 26.7 % | 20 |
| Vrouw | 73.3 % | 55 |
| Totaal: | 100 % | 75 |
| Leeftijd: |  |  |
| 20-35 | 44 % | 33 |
| 35-45 | 20 % | 15 |
| 45-55 | 21.3 % | 16 |
| 55+ | 14.4 % | 11 |
| Totaal: | 100 % | 75 |
| Functie: |  |  |
| Arts/PA | 14.7 % | 11 |
| Diëtist/voedingsass. | 12 % | 9 |
| Fysiotherapeut | 26.7 % | 20 |
| Verpleegkundige | 42.7 % | 32 |
| Anders | 4 % | 3 |
| Totaal: | 100 % | 75 |
| Aantal jaren werkzaam in het ziekenhuis |  |  |
| 0-10 | 54.7 % | 41 |
| 10-20 | 21.3 % | 16 |
| 20-30 | 17.3 % | 13 |
| 30-40 | 4 % | 3 |
| 40+ | 2.7 % | 2 |
| Totaal: | 100 % | 75 |
| Locatie: |  |  |
| Scheper Emmen | 44 % | 33 |
| Refaja Stadskanaal | 32 % | 24 |
| Bethesda Hoogeveen | 24 % | 18 |
| Totaal: | 100% | 75 |

Tabel 1.1 Sociaal demografische gegevens personeel. Tabel 1.2 Sociaal demografische gegevens patiënten

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Geslacht: | Percentage | Frequentie |
| Mannen | 58.2 % | 57 |
| Vrouwen | 41.8 % | 41 |
| Totaal: | 100 % | 98 |
| Leeftijd: |  |  |
| 65-70 jaar | 17.3 % | 17 |
| 70-75 jaar | 25.5 % | 25 |
| 75-80 jaar | 22.4 % | 22 |
| 80-85 jaar | 19.4 % | 19 |
| 85-90 jaar | 11.2 % | 11 |
| 90+ jaar | 4.1 % | 4 |
| Totaal: | 100 % | 98 |
| Afdeling |  |  |
| Orthopedie | 18.4 % | 18 |
| Chirurgie | 17.3 % | 17 |
| Neurologie | 3.1 % | 3 |
| Cardiologie | 31.6 % | 31 |
| Oncologie | 8.2 % | 8 |
| Gynaecologie/urologie | 7.1 % | 7 |
| Geriatrie | 5.1 % | 5 |
| Pulmonologie | 9.2 % | 9 |
| Totaal: | 100 % | 98 |
| Locatie: |  |  |
| Scheper Emmen | 46.9 % | 46 |
| Refaja Stadskanaal | 29.6 % | 29 |
| Bethesda Hoogeveen | 23.5 % | 23 |
| Totaal: | 100 % | 98 |

### Relevante uitkomsten personeel

In onderstaande tabel zijn niet beide groepen met elkaar vergeleken (dat volgt in tabel4.1), maar is er naar de uitkomsten gekeken van alleen het personeel. Het personeel is verdeeld als het aankomt op de stelling of ze wel eens ADL (algemene dagelijkse levensverrichtingen) taken van de patiënt overnemen omdat dat minder tijd kost. Zo is 37.3% het met de stelling eens, maar 41.3% is het oneens met de stelling.

32% vindt dat zij voldoende tijd hebben om waar nodig de patiënt zijn eigen ADL taken te laten uitvoeren. Terwijl ook 32% vindt dat zij te weinig tijd hebben. De grootste groep, 36% is neutraal in deze. In stelling drie vindt 44% van het personeel dat er in het ziekenhuisvoldoende hulpmiddelen en materialen aanwezig zijn om de patiënt te helpen bewegen. 28% is het hiermee oneens, en nog eens 28% is neutraal.

### Tabel 2.1 Percentuele verschillen denkwijze personeel.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Stelling | Helemaal mee eens | Mee eens | Neutraal | Mee oneens | Helemaal mee oneens |
| Ik neem wel eens ADL activiteiten over van de oudere patiënt (65+) omdat dit minder tijd kost. | 0% | 37.3% | 21.3% | 32% | 9.3% |
| Ik heb tijdens mijn werk voldoende tijd om oudere patiënten waar mogelijk zelf hun ADL activiteiten te laten uitvoeren. | 1.3% | 30.7% | 36% | 28% | 4% |
| In dit ziekenhuis zijn voldoende hulpmiddelen en materialen aanwezig om waar mogelijk meer te laten bewegen. | 4% | 40% | 28% | 26.7% | 1.3% |

### Relevante uitkomsten patiënten

Patiënten zijn erg positief over de kwaliteit van de gebruikte materialen in het ziekenhuis. Hierbij moet gedacht worden aan: bedden, infuuspalen, rolstoelen, rollators, krukken en andere hulpmiddelen om te bewegen. 70.4% is het eens dat de gebruikte materialen van goede kwaliteit zijn. 22.4% is neutraal en maar 7.1% is het oneens met de stelling. Bij stelling twee in onderstaande tabel is het aan de orde of mensen zonder katheter of infuus meer zouden bewegen. 28.8% zegt meer te gaan bewegen zonder katheter of infuus. 43.9% zegt neutraal te zijn. 17.5% zegt niet meer te gaan bewegen als ze geen slangen aan hun lichaam zouden hebben.

De derde en vierde stelling gaan over het bewegen en eten in groepsverband. Zo zegt 56.1% van de patiënten dat zij het leuk zouden vinden om in groepsverband te eten. 37.7% zegt dit liever niet te willen. Over bewegen in groepsverband is men minder enthousiast. Zo is 34.7% het eens met de stelling: ik zou meer bewegen als het bewegen in groepsverband zou worden aangeboden. Terwijl 57.1% het daarmee oneens is.

### Tabel 2.2 Percentuele verschillen denkwijze patiënten.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Stelling | Helemaal mee eens | Mee eens | Neutraal | Mee oneens | Helemaal mee oneens |
| De materialen die ik in het ziekenhuis gebruik om te bewegen zijn van goede kwaliteit. | 5.1% | 65.3% | 22.4% | 7.1% | 0% |
| Als ik geen katheter of infuus zou hebben, zou ik meer bewegen tijdens mijn ziekenhuisopname. | 13.3% | 25.5% | 43.9% | 15.3% | 2% |
| Ik zou het leuker vinden als we in het ziekenhuis in groepsverband zouden eten. | 20.4% | 35.7% | 6.1% | 31.6% | 6.1% |
| Ik zou meer bewegen als de beweging in groepsverband zou worden aangeboden. | 7.1% | 27.6% | 8.2% | 45.9% | 11.2% |

### *Z-waarde en P-waarde tabel*

In deze studie zijn 6 stellingen tussen twee groepen met elkaar vergeleken door middel van de Mann Whitney U test. Bij de eerste stelling of ouderen voldoende bewegen tijdens hun ziekenhuisopname is er te zien dat er verschillen zijn tussen groep 1 (personeel) en 2 (patiënten). De p-waarde is 0.000 en dus kleiner dan het betrouwbaarheidsinterval van 0.05, waardoor met grote zekerheid is te zeggen dat er een zeer kleine kans is dat de uitkomsten op toeval berusten. Een significant verschil. De z-waarde bij deze eerste stelling is -8.920. Dat betekent dat de uitkomst 8.920 standaarddeviaties af ligt van het gemiddelde. Om een betrouwbaarheid van 95% te halen zou de uitkomst buiten -2 tot 2 moeten liggen. In dit geval is dat aan de orde, en dus kan hier ook gesteld worden dat er een significant verschil is tussen de beide groepen. In het geval van deze stelling wil dat zeggen dat het personeel vindt dat ouderen niet genoeg bewegen tijdens hun opname, terwijl de patiënten zelf vinden dat ze wel genoeg bewegen.

Bij de tweede stelling het verschil significant. De z-waarde ligt met 4.643 buiten de -2 tot 2, daardoor is hier sprake van een significant verschil. In deze stelling wil dat zeggen dat het personeel vindt dat zij te weinig tijd hebben om zich met de zorg van patiënten bezig te houden, terwijl de patiënten zelf vinden dat het personeel genoeg tijd voor hen neemt. Ook bij stelling 5 is er een verschil zichtbaar tussen de beide groepen. De z-waarde ligt buiten de -2 tot 2, en de p-waarde is 0.008. Hierdoor kan worden aangenomen dat de meningen tussen de patiënten en personeel bij deze stelling uit elkaar liggen.

Bij stelling 3, 4 en 6 ligt de z-waarde wel binnen de -2 tot 2, waardoor gesteld kan worden, dat personeel en patiënten het meer met elkaar eens zijn. De exacte percentuele resultaten worden weergegeven in tabel 3.1, 3.2 en 3.3. Ook de p-waarden zijn groter dan 0.05, waardoor gesteld kan worden dat er tussen de groepen minder verschil zit. Hier is geen sprake van significantie. Hoe dichter de waarde bij 1 komt, hoe groter de kans in dit geval dat de beide groepen het met elkaar eens zijn bij bijvoorbeeld stelling 4, waarbij de p-waarde op 0.514 ligt.

## Tabel 3.1 uitkomsten Mann Whitney U test

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Stelling: | Groep 1 Personeel | Groep 2 Patiënten | Z Waarde | P Waarde |
| 1. Ouderen bewegen tijdens hun ziekenhuisopname voldoende. | N=75 | N=98 | -8.920 | 0.000 |
| 2. Het personeel heeft tijdens zijn/haar werk voldoende tijd voor de patiënt. | N=75 | N=98 | 4.643 | 0.000 |
| 3. Hoeveel beweging per etmaal denken patiënten en personeel dat patiënten krijgen. | N=74 | N=98 | -1.456 | 0,145 |
| 4. Personeel en patiënten hebben voldoende kennis over wat patiënten mogen en kunnen op het gebied van bewegen. | N=75 | N=98 | -0.652 | 0.514 |
| 5. Wie is er verantwoordelijk of de patiënt tijdens zijn/haar ziekenhuisopname voldoende beweegt? | N= 75 | N=98 | -2.639 | 0.008 |
| 6. In het ziekenhuis is er voldoende ruimte die uitnodigt om te bewegen. | N=75 | N=98 | -1.742 | 0.082 |

### Percentuele verschillen personeel en patiënten

Hierboven is aan de z-waarden en de p-waarden te zien bij welke stellingen personeel en patiënten het wel of niet met elkaar eens zijn. Hieronder in de tabellen 3.1, 3.2 en 3.3 is nog eens percentueel te zien hoe de verdeling is tussen de meningen van personeel en patiënten. 68.4% van de patiënten is het helemaal eens of eens met de stelling dat zij in het ziekenhuis voldoende bewegen. Terwijl dit bij het personeel 1.3% is. 88% van het personeel is het oneens of helemaal oneens met de stelling dat ouderen in het ziekenhuis wel voldoende bewegen, tegenover 26.5 % bij de patiënten. Bij stelling 2 is er ook een meningsverschil zichtbaar. Zo vinden de patiënten met 69.4% dat ze ruim voldoende tijd krijgen van het personeel, terwijl het personeel met 32% dit minder vindt. 64% van het personeel vindt namelijk dat zij te weinig tijd hebben om patiënten te verzorgen. Terwijl 27.5% van de patiënten dit zo ervaart. Bij de derde stelling is te zien dat het personeel en de patiënten het met elkaar eens zijn. Zo denkt 82.7% van het personeel, en 87.8% van de patiënten dat zij voldoende kennis hebben van wat zij mogen en kunnen qua bewegen tijdens hun ziekenhuis opname. Deze twee getallen liggen dichtbij elkaar. Dit hoeft daarom niet te worden meegenomen om verschillen in denkwijze te overbruggen. Dit in tegenstelling tot de vorige twee stellingen waar dit erg ver uit elkaar lag. In de vierde stelling liggen de verschillen wederom uit elkaar. Zo vindt 44% van het personeel dat er in het ziekenhuis voldoende ruimte is die uitnodigt om te bewegen, maar 50% van de patiënten vindt dat er juist niet voldoende ruimte is om te bewegen. Het personeel en de patiënten zijn het eens over hoeveel patiënten bewegen tijdens hun ziekenhuisopname. In beide gevallen denken de meeste deelnemers dat patiënten 10-30 minuten bewegen per etmaal. Uit het onderzoek blijkt dat 43.2% van het personeel en 45.9% van de patiënten denkt dit. De laatste stelling in tabel 3.3 geeft weer wie er verantwoordelijk is of de patiënt wel genoeg beweegt in het ziekenhuis. De patiënt vindt vooral dat hij daar zelf verantwoordelijk voor is met 49%. Bij het personeel zijn de meningen verdeeld, daar vindt 34.7% dat de verpleging verantwoordelijk is, 32% de fysiotherapeut en nog eens 12% de arts. Maar 8% vindt dat het de patiënt zelf is.

### Tabel 4.1 Percentuele verschillen personeel en patiënten stelling 1-4.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Stelling: |  | Helemaal eens | Eens | Neutraal | Oneens | Helemaal oneens | Totaal |
| Ouderen bewegen genoeg tijdens hun ziekenhuisopname. | Personeel N=75 | 0 % | 1.3 % | 10.7 % | 56 % | 32 % | 100 % |
| Patiënten N= 98 | 14.3 % | 54.1 % | 5.1 % | 24.5 % | 2 % | 100 % |
| Het personeel neemt voldoende tijd voor de patiënt. | Personeel N=75 | 1.3 % | 30.7 % | 36 % | 28 % | 4 % | 100 % |
| Patiënten N= 98 | 29.6 % | 39.8 % | 7.1 % | 20.4 % | 3.1 % | 100 % |
| Personeel en patiënten hebben voldoende kennis over wat patiënten mogen en kunnen op het gebied van bewegen. | Personeel N=75 | 24 % | 58.7 % | 12 % | 4 % | 1.3 % | 100 % |
| Patiënten N= 98 | 14.3 | 73.5 % | 4.1 % | 8.2 % | 0 % | 100 % |
| In het ziekenhuis is voldoende ruimte die uitnodigt om te bewegen. | Personeel N=75 | 4 % | 40 % | 28 % | 26.7 % | 1.3 % | 100 % |
| Patiënten N=98 | 8.2 % | 29.6 % | 12.2 % | 48 % | 2 % | 100% |

### Tabel 4.2 Percentuele verschillen tussen personeel en patiënten stelling 5 en 6.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Stelling: |  | 0-10 min | 10-30 min | 30-60 min | 1-2 uur | 2-3 uur | 3-4 uur | 4+ uren | Totaal |
| Hoeveel denkt men dat patiënten per etmaal bewegen tijdens een ziekenhuisopname? | Personeel N=74 | 12.2 % | 43.2 % | 31.1 % | 12.2 % | 1.4 % | 0 % | 0 % | 100 % |
| Patiënten N= 98 | 21.4 % | 45.9 % | 17.3 % | 7.1 % | 4.1 % | 2 % | 2 % | 100 % |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Stelling: |  | Afdelings-manager | Arts/PA | Diëtist | Fysio-therapeut | Verpleging | Ziekenhuis-bestuur | Patiënt zelf | Totaal |
| Wie is er verantwoordelijk of de patiënt voldoende beweegt tijdens de ziekenhuisopname? | Personeel N=75 | 2.7 % | 12 % | 1.3 | 32 % | 34.7 % | 9.3 % | 8 % | 100 % |
| Patiënten N= 98 | 0 % | 24.5 % | 0 % | 15.3 % | 11.2 % | 0 % | 49 % | 100 % |

## Discussie

De onderzoeksvraag die deze studie tracht te beantwoorden is:

*Welke factoren omtrent bewegingsgerichte zorg zijn bij personeel en patiënten van belang mee te nemen, om vervolgens bewegingsgerichte zorg te kunnen implementeren in de Treant ziekenhuizen?*

Opvallend is dat er grote verschillen zijn op een aantal vlakken tussen personeel en patiënten. De belangrijkste uitkomst van dit onderzoek is dat personeel vindt dat patiënten veel te weinig bewegen, maar dat patiënten vinden dat ze voldoende bewegen tijdens hun ziekenhuisopname. Er is hier duidelijk een significant verschil tussen de beide groepen (p 0.000). De twee groepen zijn het wel eens over het aantal minuten dat patiënten gemiddeld bewegen per etmaal, namelijk ongeveer 10 tot 30 minuten. Patiënten vinden dat genoeg, terwijl personeel zegt dat dit veel te weinig is. Uit onderzoek blijkt dat patiënten die opgenomen liggen in het ziekenhuis maar 4-7 minuten bewegen per dag.12 Hieruit blijkt dat er een verschil is in denkwijze op een erg belangrijk punt.

Nog een bijzondere uitkomst refereert aan de vraag bij wie de patiënten en het personeel de verantwoordelijkheid leggen of ze wel voldoende bewegen. Het personeel legt die verantwoordelijkheid vooral bij de fysiotherapeut en de verpleging met respectievelijk 32% en 35%. Terwijl de patiënt zelf vaak vindt dat hij of zij zelf verantwoordelijk is voor de juiste hoeveelheid beweging tijdens opname, namelijk 49%.

Nog een verschil van inzicht op een belangrijk aspect van de ziekenhuiszorg ligt bij de stelling of personeel voldoende tijd neemt voor de zorg voor een patiënt. Opvallend is dat patiënten hier erg tevreden over zijn. 30% van de ondervraagden is het helemaal eens met de stelling en 40% is het er mee eens. In totaal is dus 70% van de patiënten tevreden over de hoeveelheid tijd die het personeel neemt voor een patiënt. Het personeel zelf vindt dat ze tijd te kort komen voor de patiëntenzorg, want slechts 32% is het helemaal eens of eens met de stelling. Terwijl 36% neutraal is, en 32% is het oneens of helemaal oneens. Dit is een zeer opvallende uitkomst, aangezien patiënten heel tevreden zijn met de hoeveelheid aandacht die ze krijgen. Terwijl personeel vindt dat ze te weinig tijd hebben.

De mindset van het personeel en de patiënten moet veranderen. Hiermee wordt het volgende bedoelt. Mindset is een ruim begrip, maar in dit geval betekent het een omslag in denkwijze over hoe de ziekenhuiszorg op dit moment geregeld is met het oog op bewegingsgerichte zorg. De mindset van personeel moet veranderen omdat uit dit onderzoek blijkt dat het personeel wel ziet dat patiënten te weinig bewegen, maar ze ondernemen nog niet voldoende actie om dit te veranderen. Ook de mindset van de patiënten moet veranderen, aangezien zij vinden dat ze zelf verantwoordelijk zijn voor hun bewegingsgedrag. Alleen blijkt nu dat ze niet voldoende op de hoogte zijn van de mate van bewegen die goed voor hun is. Ze moeten hier dus over worden voorgelicht. Ook moeten de faciliteiten in het ziekenhuis zo zijn, dat patiënten worden uitgenodigd om meer te bewegen.

Uit onderzoek blijkt dat wanneer een patiënt op dag twee van opname 12 minuten meer beweegt dan op dag 1, zij gemiddeld twee dagen eerder worden ontslagen.12 Als patiënten op beide dagen in totaal geen twaalf minuten halen, is deze eerdere ontslagduur helemaal niet aan de orde. In de mindset van zowel personeel als patiënten zijn nog grote winsten te behalen.20 In de kritische analysewordt aandacht besteed aan hoe de mindset veranderd kan worden.

Uit verschillende onderzoeken blijkt dat fysieke oefeningen grote positieve invloed hebben op: een gereduceerde kans op vallen,21-23 mentale functies,24,25 cognitieve achteruitgang,26 hart- en longfuncties,27-29 balansverstoringen en lopen30,31 en op de achteruitgang van spierkracht. Dit geldt zowel voor gezonde ouderen als voor ouderen met chronische ziekten en/of handicaps.32 Hieruit blijkt duidelijk dat bewegen voor ouderen van groot belang is. Ouderen die in het ziekenhuis komen kunnen het zich niet veroorloven om in hun bed te blijven liggen. Het bewijs is overduidelijk, bewegen is van levensbelang.

Als antwoord op de onderzoeksvraag is het van belang om de mindset van personeel en patiënten op één lijn te krijgen. Uit deze studie blijkt dat dit nog te veel uit elkaar ligt. De zorg is logischerwijs erg gericht op het beter worden van de patiënt. Dat is ook het belangrijkste, maar de lange termijnvisie lijkt nog wel eens te ontbreken. Patiënten moeten waar mogelijk thuis weer kunnen functioneren zoals voor de ziekenhuis opname. Zij moeten bewust gemaakt worden van het belang van bewegen in het ziekenhuis. Wat voor onnodige risico’s nemen patiënten als ze niet of niet voldoende bewegen? Ze moeten daar over worden voorgelicht. Ook voor de samenleving is het van belang dat mensen zo gezond mogelijk het ziekenhuis verlaten. Wanneer mensen meer bewegen in het ziekenhuis, is de kans op heropname kleiner dan wanneer patiënten dat niet of te weinig doen. Dit kan per jaar zorgen voor een gigantische daling van de totale zorgkosten.33 In de inleiding van deze studie wordt genoemd dat met een minimale stijging van het aantal minuten bewegen per dag, de ligduur in het ziekenhuis kan afnemen met twee dagen.12 Er vanuit gaande dat een verpleegdag in het ziekenhuis ongeveer 700 euro kost, kan dit de samenleving per jaar vele miljoenen euro’s per jaar besparen.34

### Kritische analyse

In de resultaten van dit onderzoek is niet alle data meegenomen. De enquêtes waren groter dan alleen de hier uitgelichte stellingen. Dit zou er voor kunnen zorgen dat niet alle relevante informatie is uitgelicht. Doordat er veel verschil zat in de stellingen bij de patiënten en het personeel was het maar bij zes stellingen mogelijk om deze goed met elkaar te vergelijken en de statistische toetsen toe te passen. Daardoor is er relatief veel data verloren gegaan. Als de vraagstelling van beide enquêtes gelijkwaardiger was geformuleerd was een vergelijking van meer stellingen mogelijk geweest. De verschillen of overeenkomsten tussen personeel en patiënten waren dan nog beter naar voren gekomen.

De belangrijkste uitkomsten in denkwijze van de twee groepen afzonderlijk van elkaar is wel tot uiting gekomen. Door de uitkomsten van negen stellingen voor het personeel en tien voor de patiënten zijn niet in alle gevallen de stellingen met elkaar vergeleken, maar het maakt wel duidelijk hoe de twee verschillende groepen denken over de bewegingsgerichte zorg in het ziekenhuis.

Aan het gebruik van schriftelijke enquêtes zijn een aantal risico’s verbonden. Zo kan de respons erg laag zijn, is het niet mogelijk om uitgebreide vragen te formuleren en kan het voorkomen dat de enquêtes niet volledig zijn ingevuld.35 In deze studie is de respons op de enquête erg hoog.Van alle uitgegeven enquêtes heeft 87.5% deze volledig ingevuld geretourneerd. De vraagstelling is zo makkelijk mogelijk gehouden. Dit is gedaan omdat enerzijds de patiënten in dit onderzoek erg op leeftijd zijn en zij het zo goed mogelijk moeten kunnen begrijpen. Anderzijds omdat het personeel weinig tijd heeft en zij de enquête het liefst zo snel mogelijk in willen vullen. Ondanks de getroffen maatregelen is het niet te voorkomen dat iedereen een vraag anders interpreteert. Dit zou voorkomen kunnen worden door de enquêtes mondeling af te nemen, omdat je als onderzoeker dan op ieder moment duidelijkheid kan geven over de vraagstelling. Het is dan echter niet mogelijk om een onderzoeksgroep van dusdanige omvang te bereiken. Ook is het risico bij een mondelinge enquête dat deelnemers eerder geneigd zijn sociaal gewenst antwoord te geven.35

In dit onderzoek zijn de resultaten van alle locaties bij elkaar genomen, en daar zijn uitspraken over gedaan. Dit kan een vertekend beeld geven aangezien de zorg op iedere locatie net iets anders is. Treant probeert op alle locaties dezelfde zorg aan te bieden, maar dit zal nooit helemaal gelijk zijn. Op het moment van het afnemen van de enquête op de locatie in Hoogeveen waren er zeer weinig patiënten opgenomen in dat ziekenhuis. Het gevolg daarvan was dat het personeel alle tijd had voor de patiënten. Hierdoor gaven de patiënten een grote mate van tevredenheid aan in de enquête. Deze situatie kan tot gevolg hebben dat de minder goede prestaties op de andere locaties genivelleerd worden. In de resultaten blijft er immers een gemiddelde van de drie locaties over. Er is gekozen om de resultaten van alle locaties bij elkaar te nemen, omdat per locatie afzonderlijk te weinig deelnemers zijn om betrouwbare resultaten weer te geven.

In deze studie zijn een aantal sociaal demografische gegevens meegenomen in de enquêtes, de beschrijvende statistiek. Achteraf gezien was de ligduur van de ondervraagde patiënten interessant geweest. Hiermee had inzichtelijk gemaakt kunnen worden of patiënten een goede eerste indruk van een ziekenhuis hadden gekregen wanneer ze nog maar kort geleden opgenomen waren, en of dat ook veranderd in de loop van de tijd. Mensen die langer in het ziekenhuis liggen willen graag naar huis en zullen dan hoogstwaarschijnlijk minder tevreden zijn over de zorg en het eten. Terwijl mensen die maar kort opgenomen zijn, vaker zullen denken: “dit houd ik nog wel even vol”.

In de enquête voor het personeel was het interessant geweest om te kijken naar de antwoorden van de verschillende leeftijdscategorieën. Zijn de jongere deelnemers ook vooruitstrevender en willen zij meer vernieuwing? Of wil juist de oudere medewerker vernieuwing, omdat ze zien dat het beter kan dan vroeger? En heeft het aantal dienstjaren in het ziekenhuis ook invloed op je antwoordgedrag? Wie heeft wat nodig om zijn of haar mindset te veranderen? Als je lang in het ziekenhuis werkt, heb je dan een ‘ouderwetse’ denkwijze over bewegingsgerichte zorg? Uit onderzoek blijkt namelijk dat alle leeftijden en alle functies in een organisatie een andere manier van vernieuwing nodig hebben. Van de schoonmaakploeg tot aan het bestuur, iedereen kan op zijn of haar manier bijdragen om een afdeling te vernieuwen. Vaak wordt er gebruik gemaakt van één aanpak om een afdeling te vernieuwen, maar dit hoeft geen uniforme aanpak te zijn. Zo kan je oudere collega’s anders benaderen dan de jonge collega. Uiteindelijk zal je dan komen tot een resultaat waar de hele afdeling trots op zal zijn.36 Om al deze vragen afzonderlijk te beantwoorden is deze dataset te klein.

In de methode is al benoemd dat er op een groep van ongeveer 5000 werknemers, 375 respondenten mee zouden moeten doen voor een betrouwbaarheidsniveau van 95%.8 In overleg met de opdrachtgever en de docent is overeengekomen om het aantal respondenten terug te brengen naar ongeveer 200, gezien de beperkte tijd voor dit onderzoek als student fysiotherapie.

De dataset is groot genoeg om algemene conclusies te kunnen trekken met betrekking op de hele onderzoekspopulatie. Om conclusies te trekken voor specifieke groepen, denk aan man/vrouw, leeftijdscategorieën of onderscheid in functies, zouden er meer mensen moeten deelnemen aan het onderzoek. Er kan dus gesteld worden dat uit deze relatief grote dataset de grootste generaliseerbare feiten zijn weergegeven in dit onderzoek. De weergegeven feiten komen voort uit de totale data vanuit de drie locaties. Er is alleen verschil gemaakt tussen twee groepen, de groep patiënten en het personeel. Verder onderscheid is niet gemaakt, omdat de afzonderlijke groepen te klein zijn voor betrouwbare conclusies.

# Conclusie:

De onderzoeksvraag zoals deze voorafgaand aan het onderzoek is gesteld, is de volgende*:*

*Welke factoren omtrent bewegingsgerichte zorg zijn bij personeel en patiënten van belang mee te nemen, om vervolgens bewegingsgerichte zorg te kunnen implementeren in de Treant ziekenhuizen?*

Het meest belangrijke antwoord op deze vraag is: er moet een verandering van de mindset komen bij zowel het personeel als bij de patiënten in het ziekenhuis. Uit dit onderzoek blijkt dat personeel inziet dat patiënten te weinig bewegen, maar dat er nog geen actie ondernomen wordt om ook daadwerkelijk te bewerkstelligen dat ze meer gaan bewegen. Door de mindset te veranderen bij zowel personeel en patiënten kan worden bereikt dat patiënten meer gaan bewegen. Als eerste zal iedereen voorlichting nodig hebben. Mensen moeten gemotiveerd worden om te bewegen. Een combinatie van enerzijds de gevolgen van het gebrek aan bewegen, en anderzijds de voordelen van bewegen, en wat voor positieve effecten het men kan brengen, kan een goede combinatie zijn om patiënten meer uit bed te krijgen.

Om deze vorm van zorg tot een succes te maken, moet er voor iedereen een voordeel in zitten. Niet alleen voor de gezondheid van de patiënten is het van levensbelang om meer te bewegen, het is ook voor het ziekenhuis aantrekkelijk omdat mensen die actiever zijn eerder met ontslag kunnen uit het ziekenhuis. Minder ligdagen zijn minder kosten. Voor de verpleging zijn mensen die meer bewegen beter te verplegen op het gebied van transfers bijvoorbeeld. Voor het ziekenhuisbestuur zou dit een financiële afweging kunnen zijn om bewegingsgerichte zorg te implementeren.

Patiënten zouden door middel van een informatiegids voorgelicht kunnen worden over belang van bewegen tijdens opname. Patiënten die een geplande operatie hebben, kunnen al weken van tevoren voorlichting krijgen, en patiënten die acuut opgenomen worden kunnen bij binnenkomst een folder of beweegmap krijgen. Hierbij is het belangrijk dat ook de naaste familie wordt betrokken. Hierdoor kan ook de familie de patiënt stimuleren om meer te bewegen.

Steeds meer ouderen gebruiken een smartphone of tablet. 63% van de 65+ers is in het bezit van een smartphone.36 Door middel van een app kunnen patiënten in veel gevallen hun eigen bewegen in kaart brengen en gestimuleerd worden om meer te bewegen. Als ze bijvoorbeeld om de twee uur een berichtje krijgen om weer te bewegen. Dit moet op verschillende niveaus worden aangeboden, zodat iedere patiënt op zijn of haar manier veilig kan bewegen.

Voor personeel zijn er ideeën om een e-learning omgeving te starten. Hier zitten enkele voor en nadelen aan. De nadelen zijn vooral dat mensen een goede zelfdiscipline moeten hebben om hier mee aan de slag te gaan. Voordat je dit kunt introduceren is het verstandig om voorafgaand het personeel enthousiast te maken om dit te willen leren. Ook moet er tijd vrijgemaakt worden om bezig te zijn met de e-learning. Personeel wil vaak niet in hun eigen tijd bezig zijn met leren. Ook zijn er een aantal voordelen te noemen, namelijk dat iedereen 24/7 bij de lesstof kan. Iedereen kan dit doen wanneer hij of zij wil. Je hoeft er niet voor naar een cursus te rijden, alles kan gewoon thuis of op het werk. Door interactieve componenten kan het aantrekkelijker gemaakt worden. Zo is e-learning interessanter en aantrekkelijker dan leren uit een boek. Uit recent onderzoek blijkt dat de informatie die je opslaat uit het leren uit een boek, en het leren via e-learning bijna gelijk is.37,38

De mindset bestaat ook uit het opnieuw kijken hoe een afdeling is opgebouwd. Patiënten krijgen bij binnenkomst een bed toegewezen en daar zijn ze het grootste gedeelte van de dag. De arts komt langs bij het bed, het eten wordt naar het bed gebracht, de medicijnen komen naar het bed en het bezoek komt naar het bed. Patiënten willen vaak niet te ver uit de buurt van het bed omdat ze dan misschien net de dokter of het eten missen. Uit deze studie blijkt dat patiënten over het algemeen het leuk/gezellig zouden vinden om in groepsverband te eten. Hiervoor zullen ze naar een soort woonkamer moeten komen om daar met andere patiënten hun eten te nuttigen. Ook is het een idee om als arts niet naar de patiënt toe te komen, maar laat de patiënt maar naar de arts toekomen in een artsenkamer. Bezoek die in de woonkamer komt en niet meer aan het bed. Al deze kleine veranderingen samen kunnen ervoor zorgen dat patiënten net even meer beweging krijgen op een dag. Dit kan letterlijk van levensbelang zijn. Er is sprake van gewenning dat alles vanuit het bed moet gebeuren. Natuurlijk zijn er altijd uitzonderingen. Patiënten die echt te ziek zijn om uit bed te komen, maar dat moeten uitzonderingen zijn, niet de regel. De regel is nu dat alles vanuit het bed gebeurd, dat moet veranderen. De gewenning van het bed, daar moeten we van af, en dat begint bij het personeel. Als er door bovenstaande maatregelen niet eens meer sprake is van een bed overdag, zijn patiënten daar snel aan gewend. Die weten namelijk niet beter.

Concluderend kan gesteld worden dat de factoren die meegenomen moeten worden om bewegingsgerichte zorg te implementeren beginnen bij de mindset van zowel het personeel als de patiënten. Wanneer alle neuzen dezelfde kant op staan kan de implementatie starten. Iedereen moet het belang inzien van bewegingsgerichte zorg. Dit begint met goede voorlichting over het belang, gevolgd door een verandering in veel facetten van het ziekenhuis. De omstandigheden moeten optimaal zijn om meer te bewegen.

### Aanbevelingen voor vervolgstudie

Allereerst moet er onderzoek gedaan worden naar waar een voorlichtingspakket uit zal moeten bestaan voor zowel patiënten als personeel. Dit is het fundament voor de slagingskans van bewegingsgerichte zorg. Hoe kunnen mensen zo enthousiast mogelijk worden gemaakt om het toe te passen in de dagelijkse praktijk. Voor iedereen die deelneemt aan de bewegingsgerichte zorg zullen er voordelen in moeten zitten.

Er zal een haalbaarheidsonderzoek gedaan kunnen worden naar de veranderingen die in het ziekenhuis moeten worden gedaan. Is er ruimte, tijd en geld voor het inrichten van een huiskamer? Kunnen er nu bestaande ruimtes worden omgebouwd tot woonkamer? Moeten afdelingen anders ingericht worden? Hoe ver wil het ziekenhuis gaan en wat hebben ze er voor over om dit toe te passen in de toekomst?

Ook zal onderzocht kunnen worden welke voordelen deze ingrijpende verandering heeft. Welke financiële gevolgen heeft het implementeren van bewegingsgerichte zorg? Wanneer ouderen beter mobiel zijn, is de verpleging korter bezig met transfers en patiëntenzorg. Het eten hoeft niet meer langs iedereen gebracht te worden, maar komt naar de woonkamer. De belangrijkste factor is de ligduur van patiënten. Hoe minder lang mensen opgenomen liggen, hoe goedkoper ze zijn.

Als laatste zou het goed zijn om dit onderzoek op een aantal zaken aan te passen zoals die in deze discussie vermeld staan, en vervolgens op een grotere populatie toe te passen. Zodat ook de kleinere subgroepen groot genoeg zijn om betrouwbare uitkomsten aan te verbinden. Op die manier is het mogelijk om veel gedetailleerder te onderzoeken hoe elke discipline of elke patiëntcategorie denkt over bepaalde zaken omtrent bewegingsgerichte zorg. Zo is beter inzichtelijk wat voor wie van belang is om het tot een groot succes te maken.

## Bronvermelding

1. Sanderse C (RIVM), Verweij A (RIVM), Beer J de (NIDI). Wat zijn de belangrijkste verwachtingen voor de toekomst? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM
2. Nationaal kompas CBS cijfers levensverwachting. Beschikbaar via: <http://gedachtenvoer.nl/pdf/cbs-levensverwachting.pdf> Geraadpleegd: 19-09-2017
3. H.F. Treurniet, N. Hoeymans, R. Gijsen en M.J.J.C. Poos Gezondheid en ziekte in Nederland; het Nationaal Kompas Volksgezondheid als informatiebron
4. Aantallen chronisch zieken in Nederland. Beschikbaar via: <http://www.rivm.nl/Documenten_en_publicaties/Algemeen_Actueel/Nieuwsberichten/2013/Aantal_chronisch_zieken_neemt_toe> Geraadpleegd op: 19-09-2017
5. Informatie over veroorzakers vergrijzing in Nederland: beschikbaar via: <https://www.ftm.nl/artikelen/vergrijzing-niet-grootste-veroorzaker-stijgende-zorgkosten?share=1> Geraadpleegd op: 19-09-2017
6. Folbert EC, Hegeman JH, Vermeer M, et al. Improved 1-year mortality in elderly patients with a hip fracture following integrated orthogeriatric treatment. Osteoporos Int. 2017;28:269-77.
7. <http://radar.avrotros.nl/nieuws/detail/zorgkosten-in-40-jaar-1250-procent-omhoog/> Via ANP (21-09-2017)
8. Zorgkosten van ouderen in de Nederlandse samenleving. Beschikbaar via: <https://www.zorgprismapubliek.nl/producten/patientgroepen/ouderenzorg/row-2/wat-zijn-de-gemiddelde-zorgkosten-van-ouderen/> Geraadpleegd op: 21-09-2017
9. Binnenkade,T.T. Eggermont, L.P.H. Scherder, E.J.A. (2012) Onbewogen om bewegen: Lichamelijke (in)activiteit in zorginstellingen. Amsterdam: Vrije Universiteit, Afd. Klinische Neuropsychologie
10. Dechamps, A., Diolez, P., Thiaudiere, E., Tulon, A., et al. (2010). Effects of exercise programs to prevent decline in health-related quality of life in highly deconditioned institutionalized elderly persons: a randomized controlled trial. Arch Intern Med, 170(2), 162 169.
11. Concannon L.G., Grierson M.J., Harrast M.A. (2012). Exercise in the older adult: from the sedentary elderly to the masters athlete. PM R. 2012 Nov ; 4(11): 833-9
12. 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;59:266-73. doi:10.1111/j.1532- 5415.2010.03276.x. Medline
13. Kortebein P, Symons TB, Ferrando A, et al. Functional impact of 10 days of bed rest in healthy older adults. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2008;63:1076-81. doi:10.1093/gerona/63.10.1076. Medline
14. Fisher SR, Kuo YF, Graham JE, Ottenbacher KJ, Ostir GV. Early ambulation and length of stay in older adults hospitalized for acute illness. Arch Intern Med. 2010;170:1942-3. doi:10.1001/archinternmed.2010.422. Medline
15. Verhoeven, N. Wat is onderzoek? (vijfde druk). Amsterdam: Boom uitgevers; 2014.
16. Informatie over de organisatie van de Treant Zorggroep. Beschrikbaar via: <https://www.treant.nl/over-treant/organisatie> Geraadpleegd op: 06-10-2017
17. Informatie over steekproeven bij een enquête onderzoek. Wolters-Noordhoff bv Groningen-Houten 2006 Beschikbaar via: http://hoadd.noordhoff.nl/sites/7105/ \_assets/7105d16.pdf Geraadpleegd op: 06-10-2017
18. Harinck F. Basisprincipes praktijkonderzoek (veertiende druk) – uitgeverij Garant 2013
19. Jaap Huinink Johan Stortelder Onderzoeksmethoden Schaalmethoden Beschikbaar via: <http://cs.ru.nl/~tomh/onderwijs/om2%20(2005)/om2_files/syllabus/schaalmethoden.pdf> Geraadpleegd op: 09-10-2017
20. De Caluwe LL. Vermaak H. Leren veranderen, een handboek voor de veranderkundige. Tweede geheel herziene editie. Uitgeverij vakmedianet. 2006.
21. Cadore EL, Casas-Herrero A, Zambom-Ferraresi F, Idoate F, Millor N, Gomez M, et al. Multicomponent exercises including muscle power training enhance muscle mass, power output, and functional outcomes in institutionalized frail nonagenarians. Age (Dordr). 2014;36(2):773–85.
22. Inokuchi S, Matsusaka N, Hayashi T, Shindo H. Feasibility and effectiveness of a nurse-led community exercise programme for prevention of falls among frail elderly people: A multi-centre controlled trial. J Rehabil Med. 2007;39(6):479–85.
23. Dionigi R. Resistance training and older adults’ beliefs about psychological benefits: The importance of self-efficacy and social interaction. J Sport Exerc Psychol. 2007;29(6):723–46.
24. Landi F, Abbatecola A, Provinciali M, Corsonello A, Bustacchini S, Manigrasso L, et al. Moving against frailty: Does physical activity matter? Biogerontology. 2010;11(5):537–45.
25. Kramer AF, Colcombe SJ, McAuley E, Scalf PE, Erickson KI. Fitness, aging and neurocognitive function. Neurobiol Aging. 2005;26 Suppl 1:124–7.
26. Arbab-Zadeh A, Dijk E, Prasad A, Fu Q, Torres P, Zhang R, et al. Effect of aging and physical activity on left ventricular compliance. Circulation. 2004; 110(13):1799–805.
27. Fletcher GF, Balady G, Blair SN, Blumenthal J, Caspersen C, Chaitman B, et al. Statement on exercise: Benefits and recommendations for physical activity programs for all americans. A statement for health professionals by the committee on exercise and cardiac rehabilitation of the council on clinical cardiology, American heart association. Circulation. 1996;94(4):857–62.
28. Ram FS, Robinson SM, Black PN. Effects of physical training in asthma: A systematic review. Br J Sports Med. 2000;34(3):162–7.
29. Hiroyuki S, Uchiyama Y, Kakurai S. Specific effects of balance and gait exercises on physical function among the frail elderly. Clin Rehabil. 2003; 17(15):472–9.
30. Madureira MM, Takayama L, Gallinaro AL, Caparbo VF, Costa RA, Pereira RM.Balance training program is highly effective in improving functional status and reducing the risk of falls in elderly women with osteoporosis: A randomized controlled trial. Osteoporos Int. 2007;18(4):419–25.
31. Hruda KV, Hicks AL, McCartney N. Training for muscle power in older adults: Effects on functional abilities. Can J Appl Physiol. 2003;28(2):178–89.
32. American College of Sports Medicine, Chodzko-Zajko WJ, Proctor DN, Fiatarone Singh MA, Minson CT, Nigg CR, et al. American college of sports medicine position stand, Exercise and physical activity for older adults. Med Sci Sports Exerc. 2009;41(7):1510–30.
33. Hamberg-van Reenen H.H. Van den Berg M. Bovendeur I. Feenstra T.L. RIVM Rapport 270091010/2009 Kosteneffectiviteit van preventie en zorg Vergelijking preventieve en curatieve interventies
34. Wat kost het verblijf in een ziekenhuis? Beschikbaar via: <https://www.zorgwijzer.nl/zorgverzekering-2018/wat-kost-een-verblijf-en-behandeling-in-het-ziekenhuis> geraadpleegd op: 20-01-2018
35. Hoftijzer M, Korte P. Onderneem! Ondernemerschap theorieboek. Noordhoff uitgevers B.V. September 2012 isbn: 978-90-01-82345-0
36. Cijfers over smartphonegebruik bij ouderen. Beschikbaar via: <https://www.parool.nl/binnenland/steeds-meer-ouderen-hebben-een-smartphone~a4329073/> Geraadpleegd op 20-01-2018
37. Verdonschot, S.G.M., & Kessels, J.W.M.(2011). Ontwerpgericht onderzoek als innovatiestrategie. In J. Van Aken & D. Andriessen(Red.), *Handboek ontwerpgericht wetenschappelijk onderzoek: Wetenschap met effect.*(pp. 377-398).
38. Vaona A, Banzi R, Kwag KH, Rigon G, Cereda D, Pecoraro V, Tramacere I, Moja L. E-learning for health professionals. Cochrane Database of Systematic Reviews 2018, Issue 1. Art. No.: CD011736. DOI: 10.1002/14651858.CD011736.pub2.

# Bijlage 1: Informed consent en enquête patiënten.

Informatiebrief Enquête bewegingsgerichte zorg Treant Zorggroep

Geachte heer/mevrouw,

U bent gevraagd deel te nemen aan een afstudeeronderzoek van de Hanze Hogeschool in Groningen dat in kaart wil brengen hoe personeel en patiënten van de Treant zorggroep denken over bewegingsgerichte ziekenhuiszorg. Door middel van deze enquête willen we uw gedachtegang zo nauwkeurig mogelijk inzichtelijk maken. De uitkomsten van het onderzoek moeten uitwijzen wat er nodig is en/of welke obstakels nog moeten worden weggenomen om bewegingsgerichte zorg toe te passen binnen de Treant ziekenhuizen.

De enquête bestaat uit zes algemene vragen over uzelf, gevolgd door veertien stellingen waarbij u uw mening kunt geven door één van de vijf vakje aan te kruisen. Elk vakje komt overeen met een bepaalde mening: Helemaal eens, eens, neutraal, oneens, helemaal oneens.

* De enquête zal ongeveer tien minuten van uw tijd in beslag nemen.
* Deelname aan de enquête is geheel anoniem.
* U kunt op elk moment zonder opgave van reden stoppen met deelnemen aan dit onderzoek.
* Deelname aan dit onderzoek is zonder enig risico en is geheel vrijwillig.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ik verklaar als deelnemer op duidelijke wijze te zijn geïnformeerd, en ik neem vrijwillig deel aan dit onderzoek over bewegingsgerichte zorg. Eventuele vragen zijn naar tevredenheid beantwoord.

*(Omcirkel wat van toepassing is)*

**JA NEE**

Alvast hartelijk dank,

Arjan Hekman

1. **Geslacht**
   * + 1. Man
       2. Vrouw
2. **Wat is uw leeftijd?** 
   * + 1. 65-70
       2. 70-75
       3. 75-80
       4. 80-85
       5. 85-90
       6. 90+
3. **In welk ziekenhuis bent u opgenomen (geweest)?**
   * + 1. Scheper ziekenhuis Emmen
       2. Refaja ziekenhuis Stadskanaal
       3. Bethesda ziekenhuis Hoogeveen.
4. **Op welke afdeling bent u opgenomen (geweest)?**
   * + 1. Orthopedie
       2. Chirurgie
       3. Neurologie
       4. Cardiologie
       5. Oncologie
       6. Gynaecologie/urologie
       7. Geriatrie
       8. Pulmonologie/longafdeling
5. **Hoeveel denkt u dat u gemiddeld per etmaal (24 uur) heeft bewogen in het ziekenhuis?** 
   * + 1. 0-10 minuten
       2. 10 -30 minuten
       3. 30-60 minuten
       4. 1-2 uur
       5. 2-3 uur
       6. 3-4 uur
       7. 4 uren of meer
6. **Wie vindt u dat er verantwoordelijk is of u tijdens uw ziekenhuisopname voldoende beweging krijgt?**
   * + 1. De behandelend arts
       2. De fysiotherapeut
       3. De verpleegkundige
       4. De diëtist of voedingsassistent
       5. De afdelingsmanager
       6. U zelf
       7. Uw familie en kennissen en ander bezoek.
       8. Iemand anders namelijk: …………………………………………………………

**In hoeverre bent u het eens met de volgende stellingen?**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| * **Stelling:** | * **Helemaal eens** | * **Eens** | * **Neutraal** | * **Oneens** | * **Helemaal oneens** |
| * 1: Ik vind dat ik tijdens mijn opname in het ziekenhuis voldoende beweging krijg. |  |  |  |  |  |
| * 2: Ik vind dat het ziekenhuispersoneel voldoende tijd neemt om met mij te bewegen. |  |  |  |  |  |
| * 3: Pijn is voor mij de grootste belemmering om te gaan bewegen tijdens mijn ziekenhuisopname. |  |  |  |  |  |
| * 4: Als ik meer pijnstillers zou krijgen, zou ik meer gaan bewegen. |  |  |  |  |  |
| * 5:Als de ruimte om te bewegen aantrekkelijker zou zijn, zou ik meer bewegen in het ziekenhuis. |  |  |  |  |  |
| * 6: Als ik geen katheter of infuus zou hebben, zou ik meer bewegen tijdens mijn ziekenhuisopname. |  |  |  |  |  |
| * 7: Als er een televisieprogramma zou zijn, die mij stimuleerde om te bewegen, zou ik hier zeker aan mee doen. |  |  |  |  |  |
| * 8: Ik ben zelf goed op de hoogte van wat ik allemaal mag en kan op het gebied van bewegen ondanks mijn klachten. |  |  |  |  |  |
| * 9: Ik vind dat het personeel voldoende op de hoogte is van wat ik op het gebied van bewegen wel en niet kan. |  |  |  |  |  |
| * 10: Ik zou het leuker vinden als we in het ziekenhuis in groepsverband zouden eten. |  |  |  |  |  |
| * 11: Ik zou meer bewegen als de beweging in groepsverband zou worden aangeboden. |  |  |  |  |  |
| * 12. De materialen die ik in het ziekenhuis gebruik om te bewegen zijn van goede kwaliteit. (krukken, looprek, rollator, tillift, rolstoel, spelmateriaal enz.) |  |  |  |  |  |
| * 13: Ik ben mij bewust van goede voeding als voorwaarde om voldoende te kunnen bewegen in het ziekenhuis. |  |  |  |  |  |
| * 14: Als ik straks weer thuis ben, is de zorg (thuiszorg, mantelzorg) daar goed geregeld, en voel ik me veilig en op mijn gemak. |  |  |  |  |  |
| * Eventuele toelichting: | | | | | |

# Bijlage 2: Informed consent en enquête personeel.

Informatiebrief Enquête bewegingsgerichte zorg Treant Zorggroep

Geachte heer/mevrouw,

U bent gevraagd deel te nemen aan een afstudeeronderzoek van de Hanze Hogeschool in Groningen dat in kaart wil brengen hoe personeel en patiënten van de Treant zorggroep denken over bewegingsgerichte ziekenhuiszorg. Door middel van deze enquête willen we uw gedachtegang zo nauwkeurig mogelijk inzichtelijk maken. De uitkomsten van het onderzoek moeten uitwijzen wat er nodig is, en/of welke obstakels nog moeten worden weggenomen om bewegingsgerichte zorg toe te passen binnen de Treant ziekenhuizen.

De enquête bestaat uit vijf korte algemene vragen over uzelf, gevolgd door vijf uitgebreide vragen waarbij u uw mening kunt geven over allerlei aspecten van bewegingsgerichte zorg.

* De enquête zal ongeveer tien minuten van uw tijd in beslag nemen.
* Deelname aan de enquête is geheel anoniem.
* U kunt op elk moment zonder opgave van reden stoppen met deelnemen aan dit onderzoek.
* Deelname aan dit onderzoek is zonder enig risico en is geheel vrijwillig.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ik verklaar als deelnemer op duidelijke wijze te zijn geïnformeerd, en ik neem vrijwillig deel aan dit onderzoek over bewegingsgerichte zorg. Eventuele vragen zijn naar tevredenheid beantwoord.

*(Omcirkel wat van toepassing is)*

**JA NEE**

Alvast hartelijk dank,

Arjan Hekman

1. **Geslacht**
   * + 1. Man
       2. Vrouw
2. **Leeftijd**
   * + 1. 20-35
       2. 35-45
       3. 45-55
       4. 55+
3. **Locatie** 
   * + 1. Emmen
       2. Hoogeveen
       3. Stadskanaal
4. **Jaren werkzaam in het ziekenhuis**
   * + 1. 0-10
       2. 10-20
       3. 20-30
       4. 30-40
       5. 40+
5. **Functie**
   * + 1. Afdelingsmanager
       2. Arts/PA
       3. Diëtist/voedingsassistent
       4. Fysiotherapeut/oefentherapeut/ergotherapeut
       5. Verpleegkundige
       6. Ziekenhuisbestuur
       7. Anders
6. **Wie is verantwoordelijk of de oudere patiënt voldoende beweegt tijdens zijn ziekenhuisopname?**
   * + 1. Afdelingsmanager
       2. Arts/PA
       3. Diëtist/Voedingsassistent
       4. Fysiotherapeut/oefentherapeut/ergotherapeut
       5. Verpleegkundige
       6. Ziekenhuisbestuur
       7. Anders nl:
7. **Hoe lang denkt u dat een patiënt per etmaal beweegt wanneer hij/zij ligt opgenomen in het ziekenhuis?**
   * + 1. 0-10 minuten
       2. 10 -30 minuten
       3. 30-60 minuten
       4. 1-2 uur
       5. 2-3 uur
       6. 3-4 uur
       7. 4 uren of meer
8. **Welke disciplines zijn het meest belangrijk om ouderen (65+) tijdens een ziekenhuisopname meer te laten bewegen?**

Geeft u een rangorde cijfer van 1-7 aan de verschillende disciplines. Waarbij u 1 geeft aan de discipline die u het belangrijkste vindt tot 7 aan de minst belangrijke.

|  |  |
| --- | --- |
| **Discipline** | **Cijfer 1-7** |
| Afdelingsmanager |  |
| Arts/PA |  |
| Diëtist/voedingsassistent |  |
| Fysiotherapeut\oefentherapeutergotherapeut |  |
| Verpleging |  |
| Ziekenhuisbestuur |  |
| Anders nl. |  |

1. **In hoeverre bent u het eens met de volgende stellingen:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| * **Stelling:** | * **Helemaal eens** | * **Eens** | * **Neutraal** | * **Oneens** | * **Helemaal oneens** |
| 1: Ouderen (65+) bewegen voldoende tijdens hun opname in het ziekenhuis. |  |  |  |  |  |
| 2: Ik ben tijdens het uitoefenen van mijn werk voldoende op de hoogte wat een oudere patiënt (65+) qua veilig bewegen wel en niet mag tijdens zijn/haar opname in het ziekenhuis. |  |  |  |  |  |
| 3: Ik ben als zorgprofessional voldoende op de hoogte van de thuissituatie van de patiënt op het gebied van bewegen en mobiliteit voor de opname in het ziekenhuis. |  |  |  |  |  |
| * 4: Ik neem wel eens ADL activiteiten over van de oudere patiënt (65+) omdat dit minder tijd kost. |  |  |  |  |  |
| * 5: Ik heb tijdens mijn werk voldoende tijd om oudere patiënten waar mogelijk zelf hun ADL activiteiten te laten uitvoeren. |  |  |  |  |  |
| * 6: In dit ziekenhuis zijn voldoende hulpmiddelen en materialen aanwezig om waar mogelijk meer te laten bewegen. |  |  |  |  |  |
| * 7: Er is in het ziekenhuis voldoende ruimte die uitnodigt om te bewegen. |  |  |  |  |  |

1. **Wat is er nodig om ouderen meer te laten bewegen tijdens ziekenhuisopname?**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Score:** | **Zeer belangrijk** | **Belangrijk** | **Neutraal** | **Onbelangrijk** | **Zeer onbelangrijk** | **Niet van toepassing** |
| Geld/investeringen |  |  |  |  |  |  |
| Tijd |  |  |  |  |  |  |
| Ruimte |  |  |  |  |  |  |
| Materiaal |  |  |  |  |  |  |
| Samenwerken disciplines |  |  |  |  |  |  |
| Scholing |  |  |  |  |  |  |
| Mindset Afdelingsmanager |  |  |  |  |  |  |
| Mindset Arts/PA |  |  |  |  |  |  |
| Mindset Diëtist/voedingsassistent |  |  |  |  |  |  |
| Mindset Fysiotherapeut/oefentherapeut |  |  |  |  |  |  |
| Mindset Verpleegkundige |  |  |  |  |  |  |
| Mindset Ziekenhuisbestuur |  |  |  |  |  |  |
| Mindset Patiënt |  |  |  |  |  |  |
| Anders nl.: |  |  |  |  |  |  |