



Zorgen moet je doen, niet maken ~ Loesje

Beweegzorg in het Beatrix Kinderziekenhuis (2.0)

Bachelor scriptie

Student: Lucia Everts
Studentnummer: 1113636
Opleiding: Sportkunde
Onderwijsinstelling: Hogeschool Windesheim
Locatie: Zwolle

Datum: 10 mei 2021
Versie: 1

Stagebegeleider organisatie: Dr. Otto Lelieveld
Stagebegeleider: Aart-Jan Warnaar



Zorgen moet je doen, niet maken

~

Loesje

Beweegzorg in het Beatrix Kinderziekenhuis (2.0)

Student: Lucia Everts
Studentnummer: s1113636
E-mailadres: lucia.everts@windesheim.nl

Opleiding: Sportkunde
Onderwijsinstelling: Hogeschool Windesheim
Locatie: Zwolle

Stagebegeleider: Aart-Jan Warnaar
Stageorganisatie: Universitair Medisch Centrum Groningen
Stagebegeleider organisatie: Dr. Otto Lelieveld
Afstudeerperiode: September 2020 – juni 2021
VOE-code: SK4.AFO.VT.19

Datum en locatie: 10 mei 2021 te Uffelte

Bronvermelding afbeelding: Innovatie in de zorg. Overgenomen uit Healthcare Infrastructure and Services van Desert Healthcare District & Foundation, 2019 (<https://www.dhcd.org/Mini-Grant-Programs>) Copyright 2019, Desert Healthcare District & Foundation.

Bronvermelding Loesje: Loesje (2013)
Bronvermelding logo UMCG: Groeidocument (2017)

Voorwoord

Voor u ligt het afstudeeronderzoek 'Beweegezorg in het Beatrix Kinderziekenhuis (2.0)'. Ik heb dit onderzoek uitgevoerd voor het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG) in de periode september 2020 tot juni 2021. Dit afstudeeronderzoek is geschreven als mijn bachelor scriptie in het kader van het afsluiten van de vierjarige opleiding Sportkunde aan hogeschool Windesheim te Zwolle.

Gedurende het afstudeeronderzoek heb ik mij beziggehouden met het optimaliseren van de beweegzorg, zodat iedere opgenomen patiënt in het Beatrix kinderziekenhuis (2.0) het beste wordt ondersteund en uitgedaagd ten aanzien van het bewegend functioneren. Het onderzoek dat ik heb verricht was erg leerzaam en heeft gezorgd voor een persoonlijke groei. Tijdens het onderzoek heeft mijn stagebegeleider dr. Otto Lelieveld altijd voor mij klaar gestaan. Otto Lelieveld heeft mij geholpen en ondersteund waar nodig, zorgde ervoor dat ik veel leerde waarbij ik eerst mijn hersens moest kraken en heeft het beste resultaat ten aanzien van het afstudeeronderzoek in mij naar boven gehaald.

Bij deze wil ik graag Otto Lelieveld bedanken voor de begeleiding, ondersteuning en aansturing van dit onderzoek en mijn persoonlijke groei. Ook wil ik alle geïnterviewden en deelnemers van de brainstormbijeenkomsten bedanken voor hun medewerking aan het onderzoek. Tevens wil ik Aart-Jan bedanken voor alle begeleiding en ondersteuning vanuit school het afgelopen jaar. Verder heb ik veel ondersteuning gekregen van mijn leerteamgroep. In het specifiek wil ik Tessa Groothuis bedanken. Het dagelijkse contact heeft mij en het afstudeeronderzoek verder gebracht dan ik mij had kunnen voorstellen. Tot slot verdienen mijn vrienden en familie ook een vermelding. Zij hebben mij aangespoord en ondersteund om een afstudeeronderzoek neer te zetten waar ik trots op mag zijn.

Ik wens u veel plezier met het lezen van het afstudeeronderzoek!

Lucia Everts

Uffelte, 10 mei

Samenvatting

Beweegzorg is de medische- en paramedische zorg die het bewegend functioneren en het gewenste beweeggedrag van patiënten ondersteunt en beïnvloedt met als doel om de gezondheid van de patiënt te bevorderen. Momenteel is de beweegzorg binnen het Beatrix Kinderziekenhuis niet optimaal. Het doel van dit afstudeeronderzoek is dan ook om het UMCG positief te stimuleren zodat de beweegzorg verbeterd wordt in het Beatrix Kinderziekenhuis (2.0). Hiervoor is de volgende onderzoeksvraag opgesteld: 'Wat is nodig om de beweegzorg binnen het Beatrix Kinderziekenhuis 2.0 te optimaliseren zodat iedere opgenomen patiënt het beste wordt ondersteund en uitgedaagd ten aanzien van het bewegend functioneren?' Om deze onderzoeksvraag te beantwoorden, is er data verzameld door middel van deskresearch en veldonderzoek. In de deskresearch en het veldonderzoek is er rekening gehouden met de drie niveaus (hardware, software en orgware) om de hoofdvraag vanuit drie perspectieven te benaderen. De interviews en de deskresearch zijn voortgekomen uit een theoretische basis. Deze theoretische basis omschrijft beweegzorg en is gefocust op vier pijlers: het bewegend functioneren, het beweegzorgaanbod, het beïnvloeden van het beweeggedrag en de toekomst van de beweegzorg.

Uit het kwalitatieve onderzoek is gebleken dat de beweegzorg niet op één niveau (hardware, software of orgware) geoptimaliseerd kan worden, maar dat een combinatie tussen de drie niveaus de oplossing is voor geoptimaliseerde beweegzorg.

- > Het is van belang dat er in en rondom het Beatrix Kinderziekenhuis 2.0 beweegzorg wordt aangeboden en dat de patiënten daarmee worden gestimuleerd om te gaan bewegen. Het Beatrix Kinderziekenhuis 2.0 moet daarbij beweegvriendelijk ingericht zijn, een natuurlijke omgeving nabootsen en multifunctionele playgrounds voor alle leeftijdscategorieën hebben. Bij het inrichten wordt aansluitend rekening gehouden met kleur, textuur, grootte, stijl, karakter en 'speldenprikjes'.
- > Voldoende onderhouden faciliteiten kunnen daarnaast overal in het Beatrix Kinderziekenhuis 2.0 niet ontbreken. De kamers van de patiënten zijn daarbij ruim opgezet en het bed kan aan de kant. Verder moeten er oefenruimten, beweeghoeken, beweeg/ ontspanningsruimten en speeltuinen aanwezig zijn in het Beatrix Kinderziekenhuis 2.0 om het beweeggedrag van de patiënten nog meer te beïnvloeden. De ruimtes en faciliteiten worden gesponsord en gedoneerd. Ook is het van belang dat de zorgverleners een ruimte hebben voor de opslag van oefenmaterialen. Naast deze verschillende ruimten doet het ertoe dat er meerdere activiteiten worden georganiseerd.
- > Het is van groot belang dat in het Beatrix Kinderziekenhuis 2.0 de verschillende disciplines elkaar ondersteunen en begrijpen. Goede voorlichting over het belang van bewegen is hierbij een vereiste.
- > Verschillende disciplines kunnen het zelfmanagement van de patiënt ondersteunen door te achterhalen, adviseren, afspreken, assisteren en arrangeren. Innovaties ten aanzien van de zelfredzaamheid van patiënten en voor het optimaliseren van de beweegzorg moeten daarbij geïmplementeerd worden in het Beatrix Kinderziekenhuis 2.0. De Beweegcirkel is daarnaast een goed toepasbare innovatie in het Beatrix Kinderziekenhuis 2.0.
- > Het zichtbaar maken van het dagprogramma waar beweegactiviteiten in zijn meegenomen, is één van de onderdelen welke helpen bij het doorbreken van de inactiviteit. Verder helpen innovaties ten aanzien van het activeren van de patiënt ook om de patiënt meer in beweging te krijgen.

Het Beatrix Kinderziekenhuis moet zich inzetten voor geoptimaliseerde beweegzorg door middel van het verbeteren en combineren van het hardware-, software- en orgware niveau in het Beatrix Kinderziekenhuis (2.0). Het Beatrix Kinderziekenhuis wordt dan ook aangeraden om te investeren in een beweegcoördinator die het verbeteren van de beweegzorg onder zijn of haar hoede neemt met als doel het optimaliseren van de beweegzorg. De beweegcoördinator gaat zich focussen op innovaties om de beweegzorg te verbeteren, het voorlichten van het personeel en het begeleiden van studenten.



Inhoudsopgave

BEGRIPPENLIJST	7
H1. INLEIDING	8
1.1 AANLEIDING.....	8
1.2 ORGANISATIEOMSCHRIJVING.....	8
1.2.1 Missie.....	8
1.2.2 Visie	8
1.2.3 Waarden.....	8
1.3 PROBLEEMSTELLING	9
1.4 DOELSTELLING.....	9
1.5 ONDERZOEKSVRAGEN	10
1.6 ONDERZOEKSOPZET.....	10
1.7 EINDKWALIFICATIES SPORTKUNDE	11
1.7.1 Theoretische basis	11
1.7.2 Onderzoekend vermogen.....	11
1.7.3 Professioneel vakmanschap.....	11
1.7.4 Beroepsethiek en maatschappelijke oriëntatie.....	12
1.8 LEESWIJZER.....	12
H2. THEORETISCH KADER	13
2.1 BEWEEGZORG	13
2.1.1 Bedrust	13
2.1.2 Uitgangspunt beweegzorg	14
2.2 BEWEGEND FUNCTIONEREN	14
2.2.1 Ziekenhuisfysiotherapeuten.....	15
2.2.2 Het ICF-model	15
2.3 BEWEEGZORGAANBOD.....	16
2.3.1 Beweegzorgprofessionals.....	17
2.4 BEWEEGGEDRAG BEÏNVLOEDEN	19
2.4.1 Modellen bewegingsgedrag	19
2.4.2 Toelichting ASE-model.....	19
2.5 TOEKOMST BEWEEGZORG	20
2.5.1 Interprofessionele samenwerking en zichtbaarheid.....	21
2.5.2 Innovatie.....	21
2.6 BEWEEGZORG OP DRIE NIVEAUS.....	22
2.6.1 Hardware.....	22
2.6.2 Software	23
2.6.3 Orgware.....	24
2.7 KORT SAMENGEVAT	24
2.8 CONCLUSIE	25
2.8.1 Toepasbaarheid informatie	25
2.8.2 Achtergrondinformatie	26
H3. METHODOLOGIE	27
3.1 SOORT ONDERZOEK	27
3.2 DATAVERZAMELINGSMETHODEN	27
3.3 DATAKENMERKEN	28
3.4 ONDERZOEKSVERLOOP	28
3.5 DATA-ANALYSE METHODEN.....	29
3.6 VALIDITEIT EN BETROUWBAARHEID	30
3.6.1 Validiteit	30
3.6.2 Betrouwbaarheid.....	31
H4. RESULTATEN	32



4.1 INTRODUCTIE GEÏNTERVIEWDEN	32
4.2 RESULTATEN INTERVIEWS	32
4.2.1 Definities begrippen	33
4.2.2 Patiëntendossier	33
4.2.3 Communiceren bewegend functioneren	34
4.2.4 (On)bewust beïnvloeden bewegend functioneren	34
4.2.5 Beste ondersteuning bewegend functioneren vanuit ziekenhuis	36
4.2.6 Optimale ondersteuning beweeggedrag	37
4.2.7 Activiteiten en evenementen	37
4.2.8 Inrichtingen ziekenhuizen	38
4.2.9 Innovaties in de ziekenhuizen	39
4.2.10 Samenwerking disciplines	40
4.2.11 Beste beweegzorg	40
4.2.12 Samenvatting resultaten interviews	41
4.3 RESULTATEN DESKRESEARCH	42
4.3.1 Inrichting ziekenhuis	42
4.3.2 Beweegvriendelijke omgeving	44
4.3.3 Zelfmanagement	46
4.3.4 Patiënten met chronische aandoening(en)	48
4.3.5 Beweeggedrag	49
4.3.6 Medisch dossier	51
4.3.7 Implementaties	51
4.3.8 Innovaties	52
4.3.9 Samenvatting resultaten deskresearch	52
4.4 RESULTATEN BRAINSTORMBIJEENKOMST BEWEEGZORG	53
4.4.1 Achtergrond	54
4.4.2 Compacte samenvatting	54
4.5 RESULTATEN BRAINSTORMBIJEENKOMST HET BELANG VAN BEWEGEN	55
4.5.1 Achtergrond	55
4.5.2 Compacte samenvatting	55
H5. CONCLUSIE	58
5.1 HARDWARE	58
5.2 SOFTWARE	59
5.2.1 Activiteiten	59
5.2.2 Begeleiding	60
5.2.3 Communicatie	60
5.3 ORGWARE	61
5.4 OPTIMALISATIE BEWEEGZORG (BEANTWOORDING HOOFDVRAAG)	62
H6. DISCUSSIE	64
H7. AANBEVELINGEN	67
7.1 HOOFDAANBEVELING AANNEMEN BEWEEGZORGCOÖRDINATOR	67
7.2 SUB-AANBEVELING INNOVATIE DIAGNOSTIEK EN ZELFREDZAAMHEID	67
7.2.1 Innovatie mogelijkheden patiënt	67
7.2.2 Innovatie Beweegcirkel	68
7.2.3 Innovatie dagprogramma	68
7.3 SUB-AANBEVELING VOORLICHTEN PERSONEEL	68
7.4 SUB-AANBEVELING INZET STUDENTEN	68
7.4.1 Actieve studenten	69
7.4.2 Technische studenten	69
7.4.3 Creatieve studenten	69
LITERATUURLIJST	70

Begrippenlijst

Begrip	Definitie/verklaring
Paramedische zorg	“Paramedische zorg richt zich op het beter functioneren van je lichaam en het op peil houden van je gezondheid” (Patiëntenfederatie Nederland, 2020).
Beweegzorg	‘Beweegzorg is de medische- en paramedische zorg die het bewegend functioneren en het gewenste beweeggedrag van patiënten ondersteunt en beïnvloedt met als doel de gezondheid van de patiënt te bevorderen.’
Beweegvriendelijke omgeving	“Een beweegvriendelijke omgeving is een omgeving: - met voorzieningen (plekken) in de openbare ruimte waar mensen spelen, bewegen, sporten, ontmoeten en zich verplaatsen - waarin gebruikers worden gestimuleerd zich actief te verplaatsen en te bewegen, te spelen en te sporten, daartoe ook aangezet door onder andere voorlichting - waar aan de voorzieningen een activiteitenaanbod is gekoppeld, zodat er duurzaam gebruik van wordt gemaakt - die schoon, heel en veilig is. En uitdagend en toegankelijk is ingericht - die tot stand is gekomen vanuit commitment bij de gebruikers en door samenwerking tussen publieke, private en particuliere partijen - die is toegepast en afgestemd op het juiste schaalniveau.” (NISB, 2012; Cammelbeeck, Engbers, Kunen, & L’abée, 2014, p. 8)
Bewegend functioneren	‘Het bewegend functioneren beschrijft de hoeveelheid en intensiteit van alle dagelijkse activiteiten, sport- en spel participatie van het (opgenomen) kind.’
Hardware	‘Hardware is de fysieke beweeginfrastructuur die voor iedereen toegankelijk is en die dagelijkse activiteiten, sport en spel participatie faciliteert.’
Software	“Software is een aanbod van activiteiten, begeleiding en communicatie” (Hoyng, 2019a).
Orgware	“Orgware bevat alles wat betreft het proces achter het zichtbare aanbod (hardware en software)” (Hoyng, 2019a).
Functionele gezondheidstoestand	“Met functionele gezondheidstoestand wordt de toestand van het menselijk functioneren in het licht van de complexe relatie tussen een aandoening of ziekte enerzijds en de externe en persoonlijke factoren anderzijds bedoeld” (Euwes et al., 2010).
Beweegzorgprofessional	‘De beweegzorgprofessional is deskundig op het gebied van het bewegend functioneren in relatie tot de chronische aandoening. De beweegprofessional kan specifieke hulp geven in geval van klachten die met de aandoening samenhangen. Het kan hier ook gaan om niet-fysiologische aspecten van de chronische aandoening.’
Fysieke zelfredzaamheid	“Het vermogen zich fysiek aan te passen aan de eigen context en een eigen regie te voeren” (Molenaar en Barten, 2018, pp. 6-8).
Adoptie	“Adoptie kan worden omschreven als de beslissing om een innovatie te gebruiken” (van Linge, 2006, p. 16).
Implementatie	“Implementatie wordt omschreven als het geheel van acties en gebeurtenissen die leiden tot het gebruik van innovatie” (van Linge, 2006, p. 16).

H1. Inleiding

In dit hoofdstuk wordt het onderwerp van dit afstudeeronderzoek beschreven samen met de organisatieomschrijving, de probleemstelling en het doel van dit afstudeeronderzoek. De onderzoeksvragen sluiten aan, waar na een compacte onderzoeksopzet de eindkwalificaties van de opleiding volgen. Afsluitend is de leeswijzer geformuleerd.

1.1 Aanleiding

Klaar staan voor een ander speelt een grote rol in het dagelijks leven. Het zorgpersoneel staat klaar voor iedere opgenomen patiënt op de best mogelijke manier. Het is hierbij van belang dat de faciliteiten voor het bieden van goede zorg optimaal zijn. Iedereen wil namelijk zo gezond en fit mogelijk het ziekenhuis verlaten. Om fit het ziekenhuis te verlaten, is het van belang dat patiënten goed blijven bewegen tijdens hun opname. Echter blijkt uit de praktijk dat patiënten nog steeds weinig bewegen tijdens hun opname (dr. O. Lelieveld, persoonlijke communicatie, 4 november 2020). De gevolgen hiervan zijn aanzienlijk. Volgens Isala (z.d.) leidt weinig bewegen een verminderde conditie, afname van spierkracht, functieverlies en bij ouderen soms zelfs tot afname van zelfstandigheid. Beweegzorgpersoneel probeert in samenwerking met de patiënten deze gevolgen te voorkomen. Beweegzorg richt zich namelijk op het ondersteunen en beïnvloeden van het bewegend functioneren van patiënten met als doel de gezondheid van de patiënt te bevorderen. Beweegzorg is daarom van groot belang in het ziekenhuis.

1.2 Organisatieomschrijving

Het UMCG is één van de grootste academische ziekenhuizen in Nederland en is gevestigd in Groningen (UMCG, z.d.-a). Het UMCG is herkenbaar aan zijn logo, de kikker. Een kikker symboliseert leven, gezondheid, vertrouwen en kwaliteit. Dat zijn de waarden waar het UMCG voor staat. Het Beatrix Kinderziekenhuis is een onderdeel van het UMCG. Voor het Beatrix Kinderziekenhuis geldt hetzelfde logo en dezelfde waarden.

1.2.1 Missie

De missie luidt: “Bouwen aan de toekomst van de gezondheid” (Aartsen, Kuipers, Snapper, & Van der Zee, 2014, p. 5). Hieronder vallen drie soorten kerntaken: patiëntenzorg, medische en verpleegkundige vervolgoopleidingen en wetenschappelijk onderzoek. Het UMCG wil in alle drie de kerntaken excelleren en innoveren aangezien zij weten dat het nog beter kan. Elke dag wordt het UMCG nieuwe kansen aangeboden om dat in te gaan zien. (Aartsen et al., 2014, p. 5).

1.2.2 Visie

De visie van het UMCG heeft twee drijfveren: Van mens tot mens, in alles wat we doen en Healthy Ageing. Het UMCG zet zich namelijk in voor het welzijn en de gezondheid van de mensen. Het draait om de mensen en hun belang. Het belang van de mensen is leidend bij alles wat het UMCG doet. Op die manier versterken zij hun zorg, maar ook de hele zorgketen met andere zorgverleners (Aartsen et al., 2014, p. 7). Daarnaast wil het UMCG mensen helpen om langer gezond en actief te blijven.

“Het UMCG heeft niet alleen een klassieke benadering van behandeling en genezing, maar kijkt ook naar preventie, onderzoeken de oorzaak van veroudering en geven voorlichtingen over gezondheid, preventie en de kwaliteit van het leven” (Aartsen et al., 2014, p. 7).

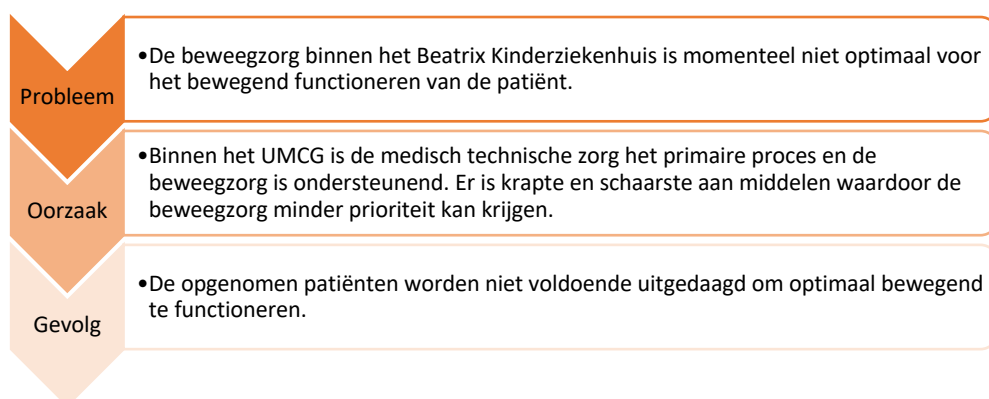
1.2.3 Waarden

Het UMCG is een voorbeeld voor anderen met zijn kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid. Dat komt door de sterke betrokkenheid tussen de professionals en de patiënten. Dit komt ook naar voren in de waarden van het UMCG. Het UMCG werkt samen, biedt veiligheid, is betrokken bij hun werk, gaat respectvol met

iedereen om en zorgt voor betrouwbaarheid (Aartsen et al., 2014, p. 11).

1.3 Probleemstelling

In het huidige Beatrix Kinderziekenhuis willen de fysiotherapeuten de opgenomen kinderen graag uitdagen tot bewegen. Momenteel is de beweegzorg binnen het Beatrix Kinderziekenhuis niet optimaal voor het bewegend functioneren van de opgenomen patiënten. Dit komt doordat de medische technische zorg van het UMCG als het primaire proces wordt gezien waarbij de beweegzorg als een ondersteunend proces wordt gezien. Door schaarste aan middelen vallen keuzes vaak ten nadele uit van de beweegzorg. De opgenomen patiënten kunnen hierdoor niet voldoende uitgedaagd worden om optimaal bewegend te functioneren. Dit kan een reden zijn waarom patiënten langer in het ziekenhuis verblijven. Deze probleemstelling staat overzichtelijk weergegeven in Afbeelding 1.



Afbeelding 1. Probleem, oorzaak, gevolg van de beweegzorg in het huidige Beatrix Kinderziekenhuis.

De bestaande literatuur biedt inzicht in de relatie tussen bewegen en gezondheid:

“Wat we al langer weten is: de hele dag in bed liggen om beter te worden werkt niet”, zegt Karin Valkenet, fysiotherapeut en projectleider UMC Utrecht in Beweging. Vooral het verlies aan spierkracht gaat razendsnel: per dag in bed tot 5 procent. (Van Houten, 2019)

Echter, ondanks verschillende studies over de relatie tussen bewegen en gezondheid, is de optimale beweegzorg die iedere opgenomen patiënt nodig heeft verschillend. Inzicht in de benodigdheden voor de beste beweegzorg kan eraan bijdragen om de beweegzorg in het Beatrix Kinderziekenhuis (2.0) zo goed mogelijk te maken.

1.4 Doelstelling

Het Beatrix kinderziekenhuis is een academisch ziekenhuis. Het Beatrix Kinderziekenhuis streeft ernaar om een beweegziekenhuis te worden. Dit houdt in dat het Beatrix Kinderziekenhuis de patiënten wil uitdagen tot bewegen in een beweegvriendelijke omgeving. Het Beatrix Kinderziekenhuis gaat op drie niveaus werken aan het ontwikkelen van een beweegziekenhuis. Namelijk op hardware-, software-, en orgware niveau.

- Hardware is de fysieke beweeginfrastructuur die voor iedereen toegankelijk is en die dagelijkse activiteiten, sport en spelparticipatie faciliteert.
- Software is een aanbod van activiteiten, begeleiding en communicatie.
 - o Onder activiteiten vallen programma's, projecten en evenementen.
 - o Onder begeleiding valt onder andere een pedagogisch medewerker en een verpleegkundige.
 - o Onder communicatie vallen onder andere posters en tijdschriften.
- Orgware is het proces achter hardware en software. Denk hierbij aan het management en onderhoud.

De totstandkoming van bovenstaande definities zijn toegelicht in Hoofdstuk 2.6: Beweegzorg op drie niveaus.

“Een beweegvriendelijke omgeving is een onderdeel van de gezonde leefomgeving. Het is een middel om te komen tot leefbaarheid, sociale cohesie, een gezonde leefstijl en betere school en werkprestaties, identiteit van een buurt, city- marketing en participatie” (NISB, 2012)

Dit sluit aan bij de twee drijfveren van het Beatrix kinderziekenhuis, namelijk ‘Van mens tot mens, in alles wat we doen’ en ‘Healthy Ageing’.

Van mens tot mens, in alles wat we doen

Van mens tot mens, in alles wat we doen doet het UMCG in patiëntenzorg, onderzoek, onderwijs en opleiding. Zij zetten zich in voor de gezondheid en welzijn van mensen. Het belang van de mens is leidend voor het UMCG in wat zij doen. Het UMCG luistert naar de patiënten. Zo versterken zij de zorg in het UMCG, maar ook de hele zorgketen met andere zorgverleners (UMCG, z.d.-b).

Healthy Ageing

Het UMCG werkt aan Healthy Ageing, omdat zij de mensen willen helpen om langer gezond en actief te blijven. Dit is de gemeenschappelijke focus (Aartsen, et al., 2014, p. 7). Het UMCG kijkt ook naar preventie, onderzoeken de oorzaak van veroudering en geven voorlichting over gezondheid, preventie en de kwaliteit van het leven (UMCG, z.d.-b).

Dit onderzoek draagt het meest bij aan de drijfveer Healthy Ageing. Het langer gezond en actief blijven begint al vanaf jongs af aan. Het doel van dit afstudeeronderzoek is dan ook om het UMCG positief te stimuleren zodat de beweegzorg wordt verbeterd in het Beatrix Kinderziekenhuis en de beweegzorg geoptimaliseerd gaat zijn in het Beatrix Kinderziekenhuis 2.0. De beweegzorg moet immers goed zijn, zodat de patiënten gezond(er) oud worden.

1.5 Onderzoeksvragen

Om dit doel te kunnen bereiken is de volgende hoofdvraag geformuleerd:

- ⊕ Wat is nodig om de beweegzorg binnen het Beatrix Kinderziekenhuis 2.0 te optimaliseren zodat iedere opgenomen patiënt het beste wordt ondersteund en uitgedaagd ten aanzien van het bewegend functioneren?

De hoofdvraag wordt beantwoord met behulp van de volgende deelvragen:

- ⊕ Wat is er nodig om de beweegzorg op hardware niveau binnen het Beatrix Kinderziekenhuis 2.0 te optimaliseren zodat iedere opgenomen patiënt het beste wordt ondersteund en uitgedaagd ten aanzien van het bewegend functioneren?
- ⊕ Wat is er nodig om de beweegzorg op software niveau binnen het Beatrix Kinderziekenhuis 2.0 te optimaliseren zodat iedere opgenomen patiënt het beste wordt ondersteund en uitgedaagd ten aanzien van het bewegend functioneren?
- ⊕ Wat is er nodig om de beweegzorg op orgware niveau binnen het Beatrix Kinderziekenhuis 2.0 te optimaliseren zodat iedere opgenomen patiënt het beste wordt ondersteund en uitgedaagd ten aanzien van het bewegend functioneren?

1.6 Onderzoekopzet

Om antwoord te geven op de hoofd- en deelvragen wordt er in dit onderzoek gebruik gemaakt van kwalitatief onderzoek. Dit zal ondersteund worden door deskresearch en veldonderzoek. Voor de deskresearch worden onder andere artikelen, documenten, nieuwsberichten en rapporten verzameld. Dit

zal hoofdzakelijk gaan over hoe de beweegzorg voor opgenomen patiënten optimaal is, zodat zij het beste worden ondersteund en uitgedaagd ten aanzien van het bewegend functioneren. Er wordt (data- en bronnen)triangulatie toegepast om de betrouwbaarheid van de resultaten te verhogen.

Voor het veldonderzoek worden interviews afgenomen onder het personeel van verschillende UMC's. Daarnaast worden er ook opgenomen patiënten uit het Beatrix Kinderziekenhuis geïnterviewd. Deze interviews worden afgenomen om inzicht te krijgen in de aanpak en mening ten aanzien van de (optimale) beweegzorg op hardware-, software-, en orgware niveau in de UMC's. De resultaten uit het literatuuronderzoek en veldonderzoek worden met elkaar vergeleken en er wordt gebruik gemaakt van een regressieanalyse om de relatie tussen literatuuronderzoek en veldonderzoek aan te tonen. Ook worden er twee brainstormbijeenkomsten uitgevoerd.

1.7 Eindkwalificaties Sportkunde

Dit onderzoek is representatief voor het werk van een Sportkundige en past binnen de eisen die de opleiding Sportkunde hieraan stelt. Dit onderzoek voldoet namelijk aan de HBO-standaard die de opleiding Sportkunde als eindkwalificatie van de opleiding stelt.

1.7.1 Theoretische basis

Er is gedurende de opleiding Sportkunde gewerkt aan het creëren van een basiskennis om de vakspecifieke kennis van het werkveld, waarvoor de onderzoeker wordt opgeleid, te beheersen. De opleiding heeft ervoor gezorgd dat dit ontwikkeld kon worden aan de hand van verschillende vakken. De vakken waar de onderzoeker het meest van heeft opgestoken voor een gedegen theoretische basis zijn 'schriftelijk rapporteren', 'methoden en technieken van kwantitatief onderzoek' en 'integratie van beleid en praktijk'. Daarnaast heeft de onderzoeker door middel van verschillende stageopdrachten kunnen werken aan haar theoretische basis. Voor dit onderzoek is het dan ook van groot belang dat de onderzoeker over deze kennis beschikt. Het theoretisch kader toont aan dat de onderzoeker beschikt over een gedegen theoretische basis en dat dit onderzoek past binnen de eisen van de opleiding.

1.7.2 Onderzoekend vermogen

Door middel van dit onderzoek toont de onderzoeker aan dat zij goed methodisch kan handelen en een gezonde nieuwsgierigheid heeft voor vernieuwing in het werkveld. De onderzoeker heeft dit ontwikkeld door de vakken 'methoden en technieken van kwantitatief onderzoek', 'sportmarketing en communicatie', 'practicum ontwerpen van een sport- en beweegaanbod' en 'integratie van beleid en praktijk'.

Het theoretisch kader laat zien dat de onderzoeker een kritische houding heeft ten aanzien van modellen en theorieën. De resultaten, conclusie en aanbevelingen laten zien dat de onderzoeker op bewijs gebaseerd kan denken en handelen. De discussie toont aan dat de onderzoeker kan reflecteren op het onderzoek. Dit onderzoek past binnen de eisen van de opleiding.

1.7.3 Professioneel vakmanschap

Door middel van dit onderzoek kan de onderzoeker ook aantonen dat zij beschikt over competenties die nodig zijn om in de praktijk goed te kunnen functioneren. Daarnaast doet de onderzoeker ervaring op in de beroepspraktijk voor zover dat mogelijk is.

Onderzoeken en ontwikkelen

Tijdens dit onderzoek stelt de onderzoeker vragen, analyseert en interpreteert zij resultaten van onderzoek, trek de onderzoeker conclusies, maakt zij verbinding tussen de resultaten en de ontwikkeling van de beweegzorg en handelt de onderzoeker overeenkomstig. Op basis van de opgedane kennis schrijft de onderzoeker een adviesrapport met handvaten voor de beste beweegzorg in het Beatrix Kinderziekenhuis 2.0.

Leidinggeven/ managen en organiseren

De onderzoeker heeft in het onderzoek een doelstelling geformuleerd welke zij gebruikt als leidraad in dit onderzoek. De onderzoeker heeft de keuze gemaakt voor tijd, financiële middelen en menskracht om tot een bruikbaar adviesrapport te komen. Daarnaast werkt de onderzoeker tijdens het onderzoek samen met professionals om het doel van haar onderzoek te behalen.

Coördineren, positioneren, begeleiden

De onderzoeker biedt het personeel van het Beatrix Kinderziekenhuis een adviesrapport aan, waarin staat beschreven hoe de beweegzorg in het Beatrix Kinderziekenhuis verbeterd kan worden. Met het schrijven van het adviesrapport signaleert en interpreteert de onderzoeker ontwikkelingen in de beweegzorg. De onderzoeker stemt de aanbevelingen in het adviesrapport af met de organisatie. Daarnaast werkt de onderzoeker voornamelijk samen in multidisciplinair verband tijdens de brainstormbijeenkomsten.

Evalueren en adviseren

De onderzoeker maakt bij dit onderzoek gebruik van de visie van de organisatie bij het maken van bepaalde keuzes in haar aanbevelingen. De onderzoeker geeft hierbij onderbouwde adviezen voor het creëren van goede beweegzorg in het Beatrix Kinderziekenhuis (2.0).

1.7.4 Beroepsethiek en maatschappelijke oriëntatie

De onderzoeker is zich bewust van geleerde kennis en vaardigheden en past deze toe tijdens het onderzoek in de maatschappelijke context. Het onderzoek toont aan dat de onderzoeker kritisch kan omgaan met de verkregen kennis. Daarnaast handelt de onderzoeker professioneel en heeft zij een maatschappelijke oriëntatie. Dit komt naar voren in het onderzoek.

1.8 Leeswijzer

Hoofdstuk 2 omvat het theoretisch kader. Het theoretisch kader biedt een overzicht van literatuur, modellen, theorieën en begrippen die relevant zijn voor het onderzoek. Het daaropvolgende hoofdstuk is Methodologie (Hoofdstuk 3). De methodologie betreft methoden die gebruikt zijn om tot de resultaten in het afstudeeronderzoek te komen. Aansluitend worden de resultaten gepresenteerd in hoofdstuk 4. De resultaten uit de interviews, de deskresearch en de brainstormbijeenkomsten zijn weergegeven. Verder wordt er in hoofdstuk 5, Conclusie, antwoord gegeven op de hoofdvraag en is er met de discussie in hoofdstuk 6 ingegaan op de resultaten van het onderzoek. Afsluitend zijn de aanbevelingen voor het Beatrix Kinderziekenhuis geformuleerd in hoofdstuk 7.

H2. Theoretisch kader

In dit hoofdstuk wordt een beschrijving gegeven van de literatuur, modellen, theorieën en begrippen die relevant zijn voor het onderzoek. Het onderzoek wordt ingekaderd in dit theoretisch kader. Dit theoretisch kader is gericht op de beweegzorg en wat er allemaal bij de beweegzorg komt kijken. De focus van dit onderzoek ligt gedurende deze scriptie op het bewegend functioneren van patiënten. Er wordt ook gekeken naar de bijbehorende begrippen die veelvuldig terugkomen in het afstudeeronderzoek. Deze begrippen worden afgebakend door verschillende theorieën waarbij de theorie die het beste aansluit bij het onderzoek de definitie van het begrip wordt. Ook zijn er begrippen samengesteld vanuit verschillende theorieën. Aan het eind van dit hoofdstuk staat een korte samenvatting met de definitieve definities en de hoofdlijnen van het theoretisch kader samen met een conclusie.

2.1 Beweegzorg

Er zijn meerdere definities van beweegzorg waarbij de definities op elkaar lijken, maar niet overeenkomen. De definities welke veel aansluiting hebben bij dit onderzoek, staan overzichtelijk weergegeven in Tabel 1.

1. Barten, Van der Herberg en Van der Linde (2019, p. 3)	“Met beweegzorg wordt de paramedische zorg bedoeld aan mensen die problemen ervaren met hun bewegend functioneren.”
2. De Fysioclub (2018)	“Beweegzorg is een programma dat het beweeggedrag van mensen verbetert met behulp van fysiotherapeuten en de samenwerking met andere disciplines.”
3. Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (2018)	“Beweegzorg is erop gericht het beweeggedrag van mensen positief te beïnvloeden en hun leefstijl te verbeteren. Het gaat daarbij om mensen met een (hoog risico op) een chronische ziekte . . . , maar ook om ouderen met een verhoogd risico op botbreuken.”

Tabel 1. Meerdere definities van het begrip ‘beweegzorg’.

In dit onderzoek wordt de volgende voorlopige definitie gebruikt:

‘Beweegzorg is de medische- en paramedische zorg die het bewegend functioneren en het gewenste beweeggedrag van patiënten ondersteunt en beïnvloedt met als doel de gezondheid van de patiënt te bevorderen.’

Deze definitie is tot stand gekomen in samenwerking met kinderfysiotherapeut dr. Otto Lelieveld. Samen met dr. Otto Lelieveld is gekeken welke componenten uit de definities van Tabel 1 het beste aansluiten bij de juiste definitie voor dit onderzoek en hoe hij zelf de definitie van bewegend functioneren zal omschrijven. Een combinatie van beide stappen heeft tot deze definitie geleid. De definitie is geformuleerd vanuit het perspectief van het kinderziekenhuis. Door de definitie vanuit het perspectief van het kinderziekenhuis te formuleren in samenwerking met het perspectief een kinderfysiotherapeut, is de definitie goed afgebakend en sluit deze aan bij dit onderzoek.

2.1.1 Bedrust

In veel ziekenhuizen staat het bed centraal in de kamer van de opgenomen patiënten. De opgenomen patiënten spenderen een groot deel van hun dag in bed. Wanneer patiënten over een langere periode worden opgenomen en eventuele bijwerkingen en complicaties hebben, kan een kind kracht, lenigheid en conditie verliezen (Prinses Máxima Centrum, z.d.). Dit beeld wordt versterkt als de patiënt van tevoren al enige tijd ziek was. Wel blijkt uit onderzoek van het UMC Utrecht (z.d.-c) dat zo veel mogelijk in beweging blijven in een ziekenhuis nog niet optimaal wordt nagestreefd:

- Patiënten brengen overdag 90% van de tijd door op hun kamer;
- Patiënten liggen overdag 60% van de tijd in bed;
- Slechts 5-10% van de tijd wordt besteed aan bewegen (staan, lopen of therapie);
- Bewegen staat nog te weinig op het prioriteitenlijstje van zorgverleners;
- Het bed staat erg centraal.

Het UMCG heeft in 2019 een kwantitatief onderzoek gedaan op de afdeling nefrologie (Van den Berg & Groen, persoonlijke communicatie, 30 december 2020). Deze uitkomsten komen grotendeels overeen met de uitkomsten van het onderzoek van het UMC Utrecht ten aanzien van bedrust. De gegevens komen niet perfect overeen, dit doordat het UMCG alleen één afdeling heeft gebruikt voor het onderzoek.

Om de gevolgen van bedrust tegen te gaan heeft het UMCG een mobiliteitsschema geïmplementeerd op de nefrologie afdeling in maart 2019. Op het mobiliteitsschema wordt weergegeven waar en met welk hulpmiddel de patiënt mag mobiliseren. Dit mobiliteitsschema is getest door middel van een kwantitatief onderzoek. Uit dit kwantitatieve onderzoek is gebleken dat de implementatie van een mobiliteitsschema een positief effect heeft op het beweeggedrag van patiënten. Er is een verschil in sedentair gedrag gebleken van 28,6% tussen de retrospectieve groep en de experimentele groep (Van den Berg & Groen, persoonlijke communicatie, 30 december 2020). De patiënten vertoonden dus overduidelijk meer niet-sedentair gedrag wanneer zij een mobiliteitsschema op hun kamer hadden. Sedentair gedrag is tijdens dit kwantitatieve onderzoek gedefinieerd als activiteiten waarbij het energieverbruik gelijk aan of minder dan 1,5 'Metabolic Equivalent of Task' is en de persoon een zittende of achteroverleunende houding heeft (Van den Berg & Groen, persoonlijke communicatie, 30 december 2020).

De gegevens van het UMC Utrecht en het onderzoek van het UMCG tonen aan dat veel patiënten een groot deel van de hele dag in bed liggen. Door het vele in bed liggen, wordt er weinig bewogen en dat heeft aanzienlijke gevolgen. Brower (2009, pp. 423-426) heeft de volgende gevolgen van bedrust aangegeven in zijn artikel 'Consequences of bed rest:'

- Zwakke spieren;
- Systemische ontsteking;
- Atelectase;
- Metabolisme;
- Microvasculaire functie;
- Trombo-embolische ziekte;
- Gewrichtscontracturen;
- Huidzweren.

De betekenissen van deze complicaties zijn uitgewerkt in Bijlagenboek Bijlage A.

Deze complicaties kunnen ontstaan door bedrust, wat ieder ziekenhuis wil voorkomen. Beweegzorg draagt hieraan bij. Het in beweging blijven tijdens de opname houdt de conditie op niveau en houdt de spieren sterker. Dit leidt tot een kleinere kans op complicaties en minder afhankelijke zorg van anderen. Uiteindelijk kan de patiënt dan sneller naar huis, aldus Karin Valkenet (UMC Utrecht, 2019). Beweegzorg is dus erg van belang in een ziekenhuis voor goede ziekenhuiszorg.

2.1.2 Uitgangspunt beweegzorg

Zorg (z.d.) geeft aan dat het uitgangspunt van beweegzorg het zelf nemen van verantwoordelijkheden voor voldoende beweging en een goede lichamelijke fitheid is. Dit kunnen mensen doen in hun eigen woon- en leefomgeving. Daarnaast zijn er genoeg voorzieningen om te kunnen bewegen en sporten. De gezondheidsvaardigheden worden belangrijker, aldus Hogeschool Leiden (2020). Toch blijkt uit onderzoek van Hogeschool Leiden (2020) dat het nog erg lastig is voor mensen om hun beweeggedrag te veranderen. Daarnaast kan door medische belemmeringen de basiszorg voor sommige mensen onvoldoende zijn. Voor hen is er beweegzorg. Zorginstituut Nederland (2016) geeft aan dat de beweegzorg die de patiënt nodig heeft, kan verschillen van begeleiding door een beweegzorgprofessional tot een gespecialiseerd beweegadvies.

2.2 Bewegend functioneren

Om te bepalen of de patiënt begeleiding nodig heeft van een beweegzorgprofessional, moet er allereerst gekeken hoe en op welk niveau een patiënt kan bewegend functioneren. Er zijn meerdere definities van bewegend functioneren waarbij de definities op elkaar lijken, maar niet overeenkomen. De definities welke veel aansluiting hebben bij dit onderzoek, staan overzichtelijk weergegeven in Tabel 2.

1. Centrum voor Spierziekten (2016)	“Het optimaliseren voor het bewegen in het dagelijks leven.”
2. Fysiotherapiepraktijk Hoozevee (z.d.)	“Het zo optimaal mogelijk functioneren in de omgeving waarin je leeft, woont en werkt.”
3. George (z.d.)	“Functional Movement is the ability to move the body with proper muscle and joint function for effortless, pain-free movement.”

Tabel 2. Meerdere definities van het begrip ‘bewegend functioneren’.

In dit onderzoek wordt de volgende voorlopige definitie gebruikt:

‘Het bewegend functioneren beschrijft de hoeveelheid en intensiteit van alle dagelijkse activiteiten en de sport- en spel participatie van het (opgenomen) kind.’

Deze definitie is tot stand gekomen in samenwerking met kinderfysiotherapeut dr. Otto Lelieveld. Samen met dr. Otto Lelieveld is gekeken welke componenten uit de definities van Tabel 2 het beste aansluiten bij de juiste definitie voor dit onderzoek en hoe hij zelf de definitie van bewegend functioneren zal omschrijven. Een combinatie van beide stappen heeft tot deze definitie geleid. De definitie is geformuleerd vanuit het perspectief van het kinderziekenhuis. Door de definitie vanuit het perspectief van het kinderziekenhuis te formuleren in samenwerking met het perspectief een kinderfysiotherapeut, is de definitie goed afgebakend en sluit deze aan bij dit onderzoek.

2.2.1 Ziekenhuisfysiotherapeuten

“Ziekenhuisfysiotherapeuten bieden fysiotherapeutische zorg aan alle in het ziekenhuis opgenomen patiënten op de verpleeg- en dagbehandelingsafdelingen met zorgvragen rondom het bewegend functioneren” (Reinier de Graaf, 2018).

Ziekenhuisfysiotherapeuten onderscheiden zich van andere disciplines zoals bijvoorbeeld een verpleegkundige, omdat ziekenhuisfysiotherapeuten het bewegend functioneren als aangrijpingspunt nemen bij de beïnvloeding van de functionele gezondheidstoestand (Euwe et al., 2010). Deze toestand wordt tijdens de eerste behandeling zo veel mogelijk in beeld gebracht. De klachten worden doorgenomen en daarna wordt het behandelplan besproken (Reinier de Graaf, 2018). Het uiteindelijke doel van de behandeling is om de patiënt zo optimaal mogelijk op zijn of haar eigen manier te laten bewegen en de zelfstandigheid van de patiënt te bevorderen. De ligduur in het ziekenhuis zal worden verkort en het risico op functieverlies zal worden verkleind (Reinier de Graaf, 2018). Nadat de zorgvraag rondom bewegend functioneren is beantwoord en klachten zo goed mogelijk zijn verholpen, wordt de behandeling afgerond. Het is mogelijk dat patiënten na hun ontslag nog fysiotherapie nodig hebben. Dit wordt besproken met de patiënt en er vindt een overdracht plaats met een collega-fysiotherapeut in de eerste lijn¹ of in een andere instelling om de behandeling voort te zetten (UMC Utrecht, z.d.-b).

2.2.2 Het ICF-model

De functionele gezondheidstoestand van patiënten in een ziekenhuis wordt door fysiotherapeuten in beeld gebracht met behulp van het ICF-model. ICF staat voor de International Classification of Functioning, Disability and Health (Stafleu van Loghum, 2002).

Volgens Stafleu van Loghum (2002) bestaat de ICF uit een raamwerk van classificaties die tezamen een gestandaardiseerd begrippenapparaat vormen voor het beschrijven van het menselijk functioneren en de problemen die daarin kunnen optreden. Het doel van ICF is het in kaart brengen van de begrippen zodat er een basis wordt gevormd voor een gemeenschappelijke standaardtaal. De ICF definieert naast gezondheidscomponenten ook gezondheid samenhangende componenten (Stafleu van Loghum, 2002).

¹ Eerstelijnszorg is zorg waar u zelf zonder verwijzing naartoe kunt gaan. Dit kan behandeling zijn door de huisarts, tandarts, fysiotherapeut, maatschappelijk werker of wijkverpleegkundige (Rijksoverheid, z.d.).

Denk hierbij aan onderwijs en werk. De ICF beschrijft volgens Stafleu van Loghum (2002) het menselijk functioneren vanuit drie verschillende perspectieven met bijhorende classificaties:

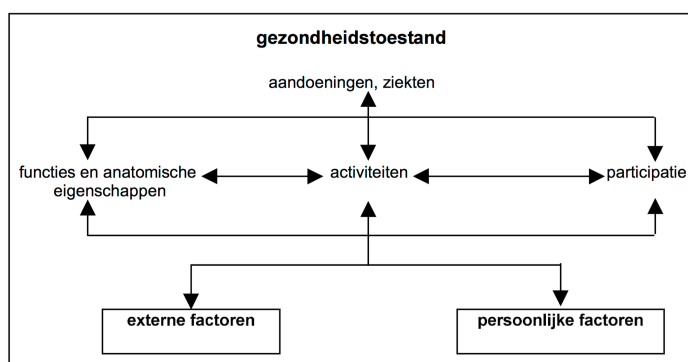
1. Het perspectief van het menselijk organisme.
 - a. De classificatie van functies van het organisme.
 - b. De classificatie van anatomische eigenschappen.
2. Het perspectief van het menselijk handelen.
 - a. Classificatie van activiteiten.
 - b. Classificatie van participatie.
3. Het perspectief van de mens als deelnemer aan het maatschappelijk leven.
 - a. Classificatie van activiteiten.
 - b. Classificatie van participatie.

Het menselijk functioneren verwijst volgens ICF naar functies, anatomische eigenschappen, activiteiten en participatie. Functioneringsproblemen verwijst naar stoornissen, beperkingen en participatieproblemen (Stafleu van Loghum, 2002).

In de ICF zijn termen geordend in twee delen. Elk deel heeft twee componenten volgens Stafleu van Loghum (2002).

1. Het menselijk functioneren en de problemen daarmee.
 - a. De eerste component van het menselijk organisme bestaat uit twee classificaties. Namelijk één voor functies en één voor anatomische eigenschappen.
 - b. De tweede component is die van activiteiten en participatie. Dit betreft de aspecten van het menselijk functioneren vanuit het perspectief van het menselijk handelen en dat van de deelname aan het maatschappelijk leven.
2. Factoren.
 - a. Externe factoren.
 - b. Persoonlijke factoren.

Om de verbindingen tussen de verschillende aspecten van de gezondheidstoestand in combinatie met de externe- en persoonlijke factoren te leggen is het ICF-model in Afbeelding 2 te zien.



Afbeelding 2. De wisselwerking tussen de verschillende aspecten van de gezondheidstoestand en externe en persoonlijke factoren. Overgenomen uit ICF van Nederlands WHO-FIC Collaborating Centre, 2002 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42407/903133913X-dut.pdf?sequence=117&isAllowed=y>). Copyright 2002, Nederlands WHO-FIC Collaborating Centre.

De uitkomst van de functionele gezondheidstoestand wordt vermeld in het medisch dossier van de patiënt. Alle zorgverleners die de desbetreffende patiënten behandelen hebben het recht om het medisch dossier in te zien (Rijksoverheid, 2018).

2.3 Beweegzorgaanbod

Wanneer het bewegend functioneren van de patiënt is beschreven aan de hand van het ICF-model, kan de patiënt in een zorgprofielen verdeeld worden. Tabel 3 toont de samenvatting van de vijf zorgprofielen

aan waar beweegzorg in onderverdeeld wordt volgens de stepped-care principe in de eerstelijns zorg. Volgens het Nederlands Huisartsen Genootschap (2014) betekent de stepped-care principe het volgende: “De patiënt wordt niet zwaarder behandeld dan strikt noodzakelijk is. Er wordt dus gestart met de eenvoudigste interventie die past bij de aandoening of de klachten.”

Zorgprofiel	Inhoud	Betrokken zorgverleners
1. Uitsluitend zelfmanagement	- Patiënt heeft het vermogen tot zelfmanagement - Patiënt beweegt volledig op eigen gelegenheid	- Geen - Zo nodig of op verzoek periodieke evaluatie bij huisarts
2. Bewegen in regulier sport- en bewegingsaanbod op basis van zelfmanagement onder begeleiding van een beweegprofessional in het publieke domein	- Patiënt heeft het vermogen tot zelfmanagement - Begeleiding door beweegprofessional (buurtcoach, sportinstructeur)	- Geen - Zo nodig of op verzoek periodieke evaluatie bij huisarts of beweegzorgprofessional
3.A Bewegen onder begeleiding van beweegzorg- professional met specifieke expertise op gebied van bewegen in relatie tot gezondheid en gedragsverandering	- Patiënt heeft niet het vermogen tot zelfmanagement - Nadruk ligt op gedragsverandering - Individueel behandelingsplan - Groepsbehandeling	- Beweegzorgprofessional
3.B Bewegen onder begeleiding van een beweegzorgprofessional met specifieke expertise op gebied van bewegen in relatie tot gezondheid en gedragsverandering	- Beperkte complicaties om zelfstandig te bewegen in het publieke domein - Individueel behandelingsplan - Individuele behandeling	- Beweegzorgprofessional
4. Bewegen onder begeleiding van een beweegzorgprofessional met specifieke expertise op gebied van bewegen in relatie tot gezondheid en gedragsverandering	- Multimorbiditeit - Grote mate van hulpafhankelijkheid - Gebruik van ziekte specifieke aanvulling - Individueel behandelingsplan	- Beweegzorgprofessional
5. Bewegen onder begeleiding van een beweegzorgprofessional met specifieke (vaak specialistische) expertise op gebied van bewegen in relatie tot gezondheid	- Multimorbiditeit - Grote mate van hulpafhankelijkheid - Slechte prognose - Individueel behandelplan - Langdurige multidisciplinaire individuele begeleiding nodig	- Beweegzorgprofessional

Tabel 3. Samenvatting zorgprofielen. Overgenomen uit *NHG-Zorgmodule Leefstijl Bewegen (volledige tekst)* van NHG, 2015 (<https://www.nhg.org/themas/publicaties/nhg-zorgmodule-leefstijl-bewegen-volledige-tekst>). Copyright 2015, NHG.

Een opgenomen patiënt wordt in een ziekenhuis ook in één van de vijf zorgprofielen ingedeeld wanneer het bewegend functioneren van de patiënt in beeld wordt gebracht. Het is mogelijk dat een patiënt in zorgprofiel één wordt ingedeeld wanneer de patiënt thuis regelmatig sport en zelf het belang van bewegen goed inziet. Er is dan weinig ondersteuning nodig vanuit de beweegzorgprofessionals. In het ziekenhuis werken namelijk veelal beweegzorgprofessionals, waardoor op elk niveau er sprake is van contact met een beweegzorgprofessional. Dit is het verschil tussen de eerstelijnszorg en het ziekenhuis ten aanzien van Tabel 3. In de eerstelijnszorg hebben de patiënten niet in elk niveau contact met een beweegzorgprofessional en in het ziekenhuis wel. De intensiteit van het contact tussen een opgenomen patiënt in het ziekenhuis en een beweegzorgprofessional hangt af van het niveau waar de patiënt zich in bevindt. Wanneer een opgenomen patiënt in niveau drie wordt ingedeeld, zal de patiënt aanzienlijk meer contact hebben met verschillende beweegzorgprofessionals ten aanzien van de patiënt welke in niveau één is ingedeeld.

2.3.1 Beweegzorgprofessionals

Vanaf zorgprofiel drie krijgen patiënten te maken met een beweegzorgprofessional. Er zijn meerdere definities voor het begrip beweegzorgprofessional. De definities welke veel aansluiting hebben bij dit onderzoek, staan overzichtelijk weergegeven in Tabel 4.

1. Nederlandse Diabetes Federatie (2018, p. 9)	“Een beweegzorgprofessional is BIG-geregistreerd, beschikt over gespecialiseerde expertise ten aanzien van het houdings- en bewegingsapparaat, over kennis van
--	--

	bewegen in relatie tot gezondheid en diabetes (mono- en multimorbiditeit) (bijvoorbeeld een fysiotherapeut, oefentherapeut, ergotherapeut, sportarts of revalidatiearts)."
2. Voogdt (2015, p. 10)	"De beweegzorgprofessional is deskundig op het gebied van sport en bewegen in relatie tot de chronische aandoening. De beweegprofessional kan specifieke hulp geven in geval van klachten die met de aandoening samenhangen. Het kan hier ook gaan om niet-fysiologische aspecten van de chronische aandoening."

Tabel 4. Meerdere definities van het begrip 'beweegzorgprofessional'.

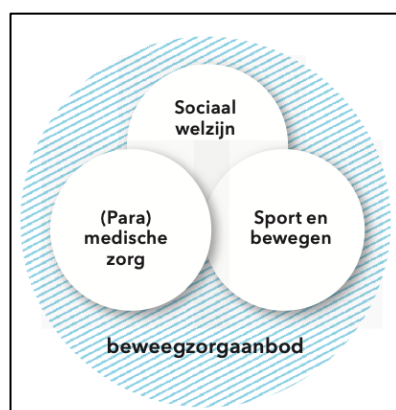
In dit onderzoek wordt de volgende voorlopige definitie gebruikt:

'De beweegzorgprofessional is deskundig op het gebied van het bewegend functioneren in relatie tot de chronische aandoening. De beweegprofessional kan specifieke hulp geven in geval van klachten die met de aandoening samenhangen. Het kan hier ook gaan om niet-fysiologische aspecten van de chronische aandoening.'

Deze definitie is afgeleid van de definitie van Voogdt. Echter zijn de woorden 'sport en bewegen' aangepast naar 'het bewegend functioneren'. Onder bewegend functioneren wordt onder andere alle dagelijkse activiteiten, sport- en spel verstaan. Deze aanpassing is gemaakt om een rode draad te houden in dit onderzoek door het begrip bewegend functioneren te gebruiken.

De definitie van een beweegzorgprofessional volgens de Nederlandse Diabetes Federatie is meer van toepassing op patiënten met diabetes. Hierdoor sluit deze definitie niet goed aan bij het onderzoek. Aan het eind dit onderzoek wordt namelijk een adviesrapport samengesteld wat uiteindelijk invloed heeft op alle patiënten in het Beatrix kinderziekenhuis 2.0. Dit zijn wel voornamelijk chronisch zieke kinderen. De aangepaste definitie van Voogdt sluit hierdoor goed bij aan. Daarnaast is de aangepaste definitie van Voogdt ook toepasbaar op niet-chronisch zieke kinderen.

Beweegprofessionals zorgen voor een beweegzorgaanbod. Het beweegzorgaanbod bestaat uit drie domeinen, namelijk: sociaal welzijn, (para)medische zorg en sport en bewegen. Zie Afbeelding 3 ter verduidelijking. Het beweegzorgaanbod bestaat hierbij uit het beweegzorgdeel en het beweegdeel. Het beweegzorgdeel omvat de paramedische- en medische zorg en het beweegdeel wordt verzorgd door sportscholen en sportverenigingen (Barten et al., 2019, p. 4). Tijdens dit onderzoek wordt er gefocust op beide delen. Het beweegzorgdeel wordt goed meegenomen bij het definiëren van de resultaten en hierom draait grotendeels het onderzoek. Daarnaast wordt het beweegdeel gebruikt wanneer beweegzorgprofessionals het bewegend functioneren van de patiënt in beeld brengen. Hierbij wordt vaak gevraagd naar de sport van de patiënt en van welke vereniging of sportschool de patiënt lid is. Dit is voor beweegzorgprofessionals goed om te weten zodat zij dit kunnen inzetten als bijvoorbeeld het beweeggedrag van de patiënt beïnvloed moet worden.



Afbeelding 3. Schematische weergave van het beweegzorgaanbod. Overgenomen uit *Positioneringsthema's voor de fysio- en oefentherapeut in de wijk* door Barten, D., Van der Herberg, E., & Van der Linde, T. 2019 (https://husite.nl/moves/wp-content/uploads/sites/260/2020/10/MOVES_inspiratiewaaiervoor_positioneringsthemas_sept-2019.pdf). Copyright 2019, MOVES in de beweegzorg.

De beweegzorgprofessionals bieden de opgenomen patiënten, indien zij niet goed meer kunnen bewegend functioneren, een beweegzorgaanbod aan. Dit beweegzorgaanbod (ook wel de (para)medische zorg genoemd) verschilt per opgenomen patiënt. Tijdens dit onderzoek wordt er voornamelijk gefocust op de faciliteiten en benodigdheden die bij het beweegzorgaanbod komen kijken.

2.4 Beweeggedrag beïnvloeden

Wanneer opgenomen patiënten in aanraking komen met beweegzorg, ervaren beweegzorgprofessionals vaak dat het beweeggedrag van de opgenomen patiënt moet worden beïnvloed (dr. O. Lelieveld, persoonlijke communicatie, 4 november 2020). Het beweeggedrag is “de uitvoering van lichaamshoudingen en -bewegingen in het dagelijks leven in de voor een persoon natuurlijke omgeving” (Bussmann, Den Ambtman, Horemans, Nooijen, 2012). Het beweeggedrag van de mens is op verschillende manier te beïnvloeden. Er zijn verschillende modellen die het beweeggedrag verklaren: het ASE-model, het Integrated Change model en de zelfbeschikkingstheorie (Willemsen, 2020a). Bij het ASE-model staat ASE voor Attitude, Sociale invloed en Eigen-effectiviteit.

2.4.1 Modellen bewegingsgedrag

Er zijn meerdere modellen welke het (beweeg)gedrag van mensen kunnen verklaren.

Integrated Change Model

Het Integrated Change model is een uitgebreid vervolg op het ASE-model. Het Integrated Change model geeft aan dat motivatie door meerdere factoren wordt beïnvloed (Willemsen, 2020a):

- Iemands achtergrond;
- De kennis die iemand heeft over het gedrag;
- De risico's die iemand ziet van een bepaald gedrag.

Deze factoren bij elkaar hebben invloed op de intentie die iemand heeft om gewenst gedrag te gaan vertonen. Of het nieuwe gedrag ook écht wordt uitgevoerd hangt, naast iemands intentie, ook nog af van de ervaren drempels en of iemand het plan om te gaan sporten ook kan uitvoeren. (Willemsen, 2020a)

Er is gekozen om niet voor dit model te gaan. Dit model is erg uitgebreid wat als gevolg heeft dat de kern van het onderzoek niet duidelijk naar voren komt. De focus in dit onderzoek ligt op het verklaren en beïnvloeden van gezondheidsgedrag. Het ASE-model sluit hier goed bij aan.

Zelfbeschikkingstheorie

De zelfbeschikkingstheorie gaat ervan uit dat we gedrag vertonen op basis van onze motivatie (Willemsen, 2020a). Motivatie is sterk gerelateerd aan intentie (Wesselman, 2019). Het ASE-model gaat van intentie tot gedrag hebben. Hierdoor zit motivatie verweven in het ASE-model en sluit het ASE-model beter aan bij dit onderzoek.

Het ASE-model

Het ASE-model is een gedragsmodel welke factoren bevat die opgenomen patiënten kunnen beïnvloeden wanneer zij hun beweeggedrag moeten veranderen (Willemsen, 2020a). Het model gaat ervan uit dat de intentie om bepaald gedrag te vertonen, leidt tot het daadwerkelijk uitvoeren van gedrag (Wesselman, 2019). Het model is overzichtelijk, duidelijk en is goed toepasbaar op dit onderzoek. Tijdens dit onderzoek wordt dan ook het ASE-model van De Vries, Dijkstra & Kuhlman (1988) gebruikt.

2.4.2 Toelichting ASE-model

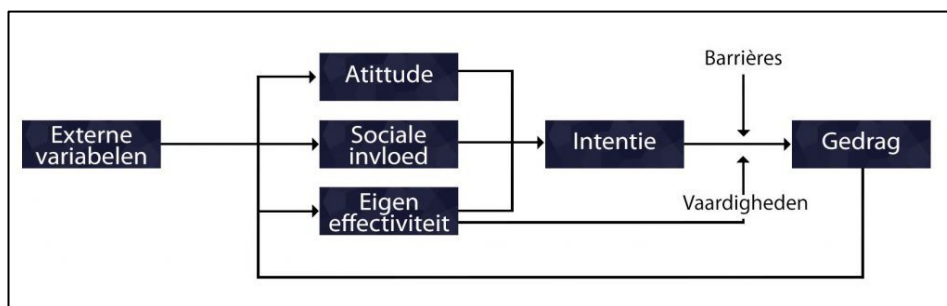
Het ASE-model gaat “van attitude, sociale invloed, en eigen-effectiviteit naar intentie tot gedrag hebben” volgens Wesselman (2019). Wesselman (2019) geeft aan dat de intentie tot gedrag hebben, betekent dat mensen van plan zijn om zich op een bepaalde (nieuwe) manier te gaan gedragen. Het is hierbij wel van belang om vaardigheden te hebben om het uiteindelijke gedrag uit te voeren. Wanneer deze niet

voldoende zijn, lukt het niet om bepaald gedrag uit te voeren alhoewel de intenties er wel kunnen zijn. Daarnaast kunnen er ook barrières zijn waardoor het gewenste gedrag niet wordt uitgevoerd (Wesselman, 2019). Een voorbeeld hiervan is dat een opgenomen patiënt de afstand tussen de speelkamer en zijn kamer te ver uit elkaar ligt, waardoor de opgenomen patiënt er niet zelfstandig kan komen. Dit toont aan dat de intentie tot gedrag niet direct leidt tot het gedrag (Wesselman, 2019). Ook kan de intentie tot (nieuw) gedrag snel verdwijnen.

Volgens het ASE-model is de intentie voor nieuw gedrag grotendeels te beïnvloeden door de volgende drie punten (Wesselman, 2019):

- Attitude: “Is de houding ten opzichte van het gedrag en wordt bepaald door ervaringen en verschillende soorten beliefs ten opzichte van het gedrag.”
 - Cognitieve beliefs: gerelateerd aan kennis.
 - Affectieve beliefs: gerelateerd aan gevoel en emotie.
 - Conatieve beliefs: gerelateerd aan gedrag.
- Sociale invloed: De invloed van de sociale omgeving.
 - Via een subjectieve vorm: gedrag aanpassen door verwachtingen van de omgeving.
 - Via sociale steun: door sociale steun het gesteunde gedrag vaker vertonen.
 - Via sociale druk: gedrag aanpassen onder sociale druk.
 - Via modelling: het gedrag van rolmodellen overnemen.
- Eigen effectiviteit: het in staat achten om het gedrag uit te kunnen voeren. Denken dat wij het kunnen.
 - Control beliefs: de mate waarin mensen denken de capaciteiten en mogelijkheden te hebben om het gedrag uit te voeren.
 - Power of control: de mate waarin de persoon deze factoren denkt te kunnen beïnvloeden.

Naast deze drie punten spelen de vaardigheden en barrières ook een rol zoals hierboven omschreven. Ter verduidelijking van het ASE-model, zie Afbeelding 4.



Afbeelding 4. Het ASE-model. Overgenomen uit *ASE-model: van attitude, sociale invloed en eigen-effectiviteit naar intentie tot gedrag* door Wesselman, M. 2019. (<https://www.allesoversport.nl/artikel/ase-model-van-attitude-sociale-invloed-en-eigen-effectiviteit-naar-intentie-tot-gedrag/>). Copyright 2019, Alles over Sport.

2.5 Toekomst beweegzorg

De verwachting is dat het aantal mensen met problemen in het fysiek functioneren in de toekomst alleen maar groeit. Dit heeft volgens Molenaar en Barten (2018, pp. 6-8) twee verklaringen. Allereerst komt dit door de vergrijzing. Daarnaast is het ook een gevolg van een ongezonde leefstijl. Om het fysiek functioneren van de mens zo veel mogelijk te beïnvloeden, is de verwachting dat het goede fysieke functioneren van de bevolking een sterke boost gaat geven aan de gezondheid² en de kwaliteit van het leven van de mens. Boven op deze vooruitgang is volgens het Molenaar & Barten (2018, pp. 6-8) de verwachting dat hierdoor zorgkosten op de langere termijn kunnen worden voorkomen of verlaagd.

² Gezondheid wordt hierbij gezien “als het vermogen van mensen zich aan te passen en eigen regie te voeren, in het licht van fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven”, aldus Machteld Huber (Westhoff, 2017).

De overheid heeft als wens om in de toekomst de zorg te verbeteren en om de druk die wordt gelegd op het zorgstelsel te verminderen. Zorg gaat naast het bestrijden van een ziekte ook veelal over het verbeteren van het functioneren of behoud van zelfredzaamheid. Iemand zijn of haar fysieke zelfredzaamheid hangt af van diegene zijn of haar eigen fysiek vermogen. Volgens Dronkers (2018, p. 26) heeft de internationale literatuur een eigen term voor de afname van de fysieke zelfredzaamheid door een ziekenhuisopname: ‘hospital associated disability’. “De literatuur beschrijft het als een vermijdbare aandoening, omdat onnodige lichamelijke inactiviteit van de patiënt zowel voor, tijdens als na de ziekenhuisopname een belangrijke oorzaak is” (Dronkers, 2018, p. 26). Voornamelijk is dit een probleem voor ouderen. Zij verliezen drie keer zo veel spierfunctie in vergelijking met jongere patiënten en herstellen slechter. Dit door de vele bedrust.

Fysieke zelfredzaamheid beperkt zich niet tot curatieve zorg³ en ook niet tot het domein van een beweegprofessional. Het vraagt om een vroegtijdige aandacht voor alle dimensies van fysieke zelfredzaamheid. Dit gebeurt momenteel veelal met verschillende innovaties waarbij de patiënt centraal staat. De meeste innovaties zijn ten aanzien van de zelfredzaamheid van de patiënten. Volgens Veenhof (2018a, p.42) hebben zorgverleners vooral een ondersteunende rol in het streven naar zelfredzame patiënten die hun zorg zo veel mogelijk zelf managen en daar zelf de regie over voeren. Elke patiënt heeft hierin een andere soort ‘hulp’ nodig. Voor zorgprofessionals zijn hierbij twee aspecten belangrijk: interprofessionele samenwerking en zichtbaarheid.

2.5.1 Interprofessionele samenwerking en zichtbaarheid

Interprofessionele samenwerking tussen beweegzorgprofessionals, huisartsen, wijkverpleegkundigen, diëtisten, sociaal werkers en sportaanbieders is in de toekomst noodzakelijk (Molenaar & Barten, 2018, pp. 6-8). Veenhof (2018a, p. 42) geeft aan dat de zorg steeds meer naar de patiënt komt, in plaats van de patiënt naar de zorg. Dit houdt in dat de patiënten worden verplaatst naar de eerstelijnszorg. Hierbij is de samenwerking tussen zorgverleners zeer belangrijk. Deze eerstelijnszorg in een wijk vergt een interprofessioneel team. Dit team komt niet vanzelf tot stand. Beweegzorgprofessionals moeten op zoek naar het wijkteam en zich actief bezighouden met het samenwerken en verbinden tot andere zorgprofessionals. Hierbij mag de zorgprofessional de patiënt niet vergeten.

“Een belangrijke voorwaarde voor interprofessioneel werken is dat beweegzorgprofessionals zichtbaar zijn voor patiënten en andere beweeg-/zorgprofessionals in de wijk” (Veenhof, 2018a, pp. 42-43).

Als iedere beweegzorgprofessional de expertise van iedere andere beweegzorgprofessional kent uit de wijk, is het duidelijk op welk vlak iemand kan bijdragen aan de beweegzorg van een patiënt. Het is belangrijk om als beweegzorgprofessional jezelf goed zichtbaar te maken in de wijk en je te profileren in je expertise (Veenhof, 2018a, p. 43). Wanneer de beweegzorgprofessionals bezig zijn met het creëren van een samenwerking en zichtbaarheid is het van belang dat zij niet vergeten te innoveren. Innovaties in de beweegzorg waarbij de patiënt centraal staat is namelijk de toekomst. Innoveren doe je samen. Voor dit onderzoek worden voornamelijk innovaties ten aanzien van het verbeteren van de beweegzorg onderzocht.

2.5.2 Innovatie

Innovatie kent veel verschillende definities. De definities welke veel aansluiting hebben bij dit onderzoek, staan overzichtelijk weergegeven in Tabel 5.

1. Knight (1967)	“Een innovatie is de adoptie van een verandering welke nieuw is voor een organisatie en relevant is voor de omgeving.”
2. Rogers (1995, p. 11)	“Een innovatie is een idee, praktijk of object is dat wordt gezien als nieuw bij een individu of een andere adoptie eenheid.”

³ Curatieve zorg is de zorg die zich richt op genezing en behandeling van acute en chronische lichamelijke aandoeningen (ENCYCLO.nl, 2013).

3. Innovatie (z.d.)	“De ontwikkeling en succesvolle invoering van nieuwe of verbeterde goederen en diensten (productinnovatie), productie- of distributieprocessen (procesinnovatie).”
4. Joosten (2020)	“Innovatie is het ontdekken en toepassen van nieuwe ideeën om iets sneller, handiger, goedkoper of beter te maken.”

Tabel 5. Meerdere definities van het begrip ‘innovatie’.

Bovenstaande definities hebben overeenkomsten, maar zijn niet gelijk. Er zijn veel definities voor innovaties in het algemeen, maar er is geen specifieke definitie voor innovatie in de zorg. Wel komen de woorden adoptie en implementatie in de algemene definities duidelijk naar voren. “Adoptie kan worden omschreven als de beslissing om een innovatie te gebruiken” (van Linge, 2006, p. 16). “Implementatie wordt omschreven als het geheel van acties en gebeurtenissen die leiden tot het gebruik van innovatie” (van Linge, 2006, p. 16). Tijdens dit onderzoek wordt er dan bij innovatie gefocust op de woorden adoptie en implementatie. Innovaties in de beweegzorg zijn daarbij volgens Veenhof (2018a, pp. 10-12) gericht op de zelfredzaamheid en het fysieke functioneren van de patiënt. Dit is dan ook de toekomst van de beweegzorg.

Er zijn volgens Rogers (1995, p. 247) vijf adoptie categorieën op basis van de snelheid waarmee, na de introductie van de innovatie, de consument een innovatie adopteert:

- **Innovatoren:** Innovatoren betreft de mensen die graag als eerste iets nieuws bezitten en bereid zijn om nieuwe ideeën uit te proberen. De categorie bestaat voornamelijk uit jonge mensen die iets te besteden hebben. Deze groep bestaat uit 2,5% van het totaal.
- **Pioniers:** Het nieuwe product kan pas als een succesvol product worden gedefinieerd zodra de groep pioniers het product heeft aangeschaft. De pioniers vormen de belangrijkste groep, want zij zijn de leiders en veelal het voorbeeldmodel voor de volgende kopers. Vaak wanneer pioniers het model kopen, volgen andere groepen ook. Deze groep bevat 13,5% van het totaal.
- **Voorlopers:** De voorlopers bestaan uit mensen het product graag willen hebben, maar wat voorzichtiger zijn met een aankoop en wachten eerst afwachten tot de pioniers het product hebben aangeschaft. Deze groep bevat 34% van het totaal.
- **Achterlopers:** De achterlopers bestaan ook uit 34% van het totaal en betreft voornamelijk de kopers die alleen een product aanschaffen wanneer de meerderheid ze al heeft uitprobeerde of wanneer ze er niet meer omheen kunnen.
- **Achterblijvers:** Laggards hechten veel waarde aan traditie en houden niet van verandering. Vaak betreft het oudere mensen. Ook hebben laggards over het algemeen weinig te besteden. Deze groep betreft 16% van het totaal.

Er wordt gedurende dit onderzoek, en bij het schrijven van de aanbevelingen, rekening gehouden met de vijf verschillende adoptie categorieën die mensen kunnen gebruiken voor het adopteren van de innovatie. In deze vijf verschillende adoptie categorieën spelen adoptie en implementatie een grote rol.

2.6 Beweegzorg op drie niveaus

Gedurende dit onderzoek wordt de beweegzorg op drie niveaus onderzocht, namelijk op hardware-, software- en orgware niveau. Deze niveaus zijn voortgekomen uit het Beweeg Vriendelijke Omgeving model (BVO-model). De omgeving speelt namelijk een belangrijke rol in de gezondheid van mensen (Hoyng, 2019a). Deze drie niveaus zijn goed toe te passen op de beweegzorg en de drie niveaus worden duidelijk onderscheiden in dit onderzoek.

2.6.1 Hardware

Er zijn verschillende definities voor hardware. De definities welke veel aansluiting hebben bij dit onderzoek, staan overzichtelijk weergegeven in Tabel 6.

1. Hoyng (2019a); Hoyng en Van Eck (2019, p. 4)	“Hardware bestaat uit de fysieke (sport)infrastructuur dat voor iedereen toegankelijk is en die sport en bewegen faciliteren.”
2. De klein (2020)	“Hardware is de fysieke infrastructuur.”

3. Kenniscentrum Sport & Bewegen (2016)	“Hardware zijn fysieke aanpassingen in de schoolomgeving,”
---	--

Tabel 6. Meerdere definities van het begrip ‘hardware’.

In dit onderzoek wordt de volgende voorlopige definitie gebruikt:

‘Hardware bestaat uit de fysieke beweeg infrastructuur die voor iedereen toegankelijk is en die dagelijkse activiteiten, sport en spelparticipatie faciliteert.’

Deze definitie is tot stand gekomen in samenwerking met kinderfysiotherapeut dr. Otto Lelieveld. Samen met dr. Otto Lelieveld is gekeken welke componenten uit de definities van Tabel 6 het beste aansluiten bij de juiste definitie voor dit onderzoek en hoe hij zelf de definitie van hardware zal omschrijven. Samen met dr. Otto Lelieveld is de definitie van Hoyng als leidraad gebruikt en deze bruikbaar gemaakt voor dit onderzoek. Bij de definitie van De Klein komt er niet duidelijk naar voren dat het gaat om een beweeginfrastructuur, sport en bewegen. Hetzelfde geldt voor de definitie van Kenniscentrum Sport & Bewegen. Hierdoor is ervoor gekozen om niet met deze twee definities te werken.

Onder fysieke beweeginfrastructuur wordt het volgende verstaan (Hoyng, 2019a):

- Sportaccommodaties, sportvoorzieningen (grasvelden, zwembaden);
- Speel- en sportplekken (playgrounds, speeltuinen, skateparken, outdoor fitness);
- Sport-, speel- en beweegruimte (breegten, parken, speelvijvers);
- Routes (wandelpaden, fietspaden, skeeleroutes);
- Buitengebied (bos, hei, duin en strand);
- Nabijheid publieke voorzieningen (supermarkt, kerk).

Voor dit onderzoek valt een oefenzaal, fitnesszaal en overige beweegruimtes ook onder een fysieke beweeginfrastructuur.

Wat daarnaast volgens Hoyng (2019a) als onderdeel van een beweegvriendelijke omgeving te beschouwen valt, is bewegingsstimulerend vastgoed (breegvriendelijke gebouwen, beweegstimulerende plinten).

2.6.2 Software

Er zijn verschillende definities voor software. De definities welke veel aansluiting hebben bij dit onderzoek, staan overzichtelijk weergegeven in Tabel 7 te zien.

1. Hoyng (2019a); Hoyng en Van Eck (2019, p. 4)	“Het begrip software staat voor het aanbod van activiteiten, begeleiding en communicatie.”
2. De klein (2020)	“Aanbod van activiteiten.”
3. Buiten Spelen (2013)	“Software houdt in: organisatie van sportactiviteiten, spelmiddagen, instuiven, buurtbijeenkomsten, toernooien, fiets- en wandeltochten, sportieve opvang, et cetera. Ook vallen daaronder voorlichting en communicatie: buurtbijeenkomsten, bewegwijzing, bebording - met de spelregels van een Cruiff Court bijvoorbeeld. En begeleiding: inzet van een sportbuurtwerker, buurtsportcoach, jeugd- en jongerenwerker, pedagogische medewerkers NME-centra en kinderopvang, wijkmanager, etc. De begeleiding kan de vorm aannemen van het leiden van sport- en spelactiviteiten maar ook het beheren van een speeltuin.”

Tabel 7. Meerdere definities van het begrip ‘hardware’.

De definitie van Hoyng en van Eck wordt gebruikt voor het definiëren van software. De Klein definieert het begrip software voor een derde. Zij gebruikt alleen het aanbod van activiteiten, terwijl begeleiding en communicatie ook onder software valt, welke ook naar voren komen tijdens dit onderzoek. Hierdoor geeft De Klein niet de juiste definitie van het begrip software voor dit onderzoek. Buiten spelen heeft daarnaast een uitleg met erg veel voorbeelden, waardoor er niet duidelijk staat wat het begrip software exact inhoudt. Concluderend wordt de definitie van Hoyng en Hoyng en Van Eck gebruikt voor dit onderzoek.

“Het begrip software staat voor het aanbod van activiteiten, begeleiding en communicatie.”

Activiteiten

Activiteiten bestaan onder andere uit programma's en projecten. Dit zijn bijvoorbeeld spelmiddagen, toernooien en wandeltochten (Hoyng, 2019a).

Begeleiding

Begeleiding is de inzet van bijvoorbeeld een pedagogisch medewerker, een verpleegkundige of een fysiotherapeut (Hoyng, 2019a).

Communicatie

Met communicatie worden bijvoorbeeld posters, websites, campagnes of apps bedoelt om mensen te informeren over beweegmogelijkheden, bewegwijzering en bebording met instructieteksten (Hoyng, 2019a).

2.6.3 Orgware

Orgware heeft naast hardware en software ook verschillende definities. De definities welke veel aansluiting hebben bij dit onderzoek, staan overzichtelijk weergegeven in Tabel 8.

1. Hoyng (2019a)	“Orgware bevat alles wat betreft het proces achter het zichtbare aanbod (hardware en software).”
2. De klein (2020)	“Achterliggende processen zoals burgerparticipatie en beheer.”
3. Buiten Spelen (2013)	“De wijze waarop een beweegvriendelijke omgeving tot stand komt.”

Tabel 8. Meerdere definities van het begrip ‘hardware’.

De definitie van Hoyng wordt gekozen voor het toelichten van het begrip orgware. De Klein geeft niet duidelijk aan dat het om de achterliggende processen van hardware en software gaan. Buiten spelen geeft alleen aan hoe een beweegvriendelijke omgeving tot stand komt en niet hoe bijvoorbeeld de beweegvriendelijke omgeving daarna onderhouden en/of gemanaged wordt. Hierdoor is er gekozen voor de definitie van Hoyng.

“Orgware bevat alles wat betreft het proces achter het zichtbare aanbod (hardware en software).”

Het proces achter het zichtbare aanbod is bijvoorbeeld participatie, beheer en onderhoud, financiën en evaluatie (Hoyng, 2019a).

2.7 Kort samengevat

De definitie van beweegzorg is als volgt geformuleerd: Beweegzorg is de medische- en paramedische zorg die het bewegend functioneren en het gewenste beweeggedrag van patiënten ondersteunt en beïnvloedt met als doel de gezondheid van de patiënt te bevorderen. Beweegzorg is een belangrijk onderdeel van de ziekenhuiszorg, omdat een ziekenhuisopname en bedrust snel kan leiden tot: zwakke spieren, systemische ontstekingen, atelectase, metabolisme, microvasculaire functies, trombo-embolische ziekten, gewrichtscontracturen en huidzweren. Beweegzorg wordt voornamelijk uitgevoerd door beweegzorgprofessionals. Beweegzorgprofessionals zorgen voor het beweegzorgaanbod. Patiënten komen in aanraking met beweegzorgprofessionals wanneer zij zelfstandig niet goed meer kunnen bewegend functioneren.

De definitie voor het bewegend functioneren is als volgt geformuleerd: Het bewegend functioneren beschrijft de hoeveelheid en intensiteit van alle dagelijkse activiteiten, sport- en spel participatie van het (opgenomen) kind. Het bewegend functioneren van de patiënt kan hierbij worden beschreven in het ICF-model. De beperkingen in de lichamelijke functies en anatomische eigenschappen, de huidige activiteiten en het participatie niveau worden dan beschreven. Dit kan de diagnostiek naar het bewegend functioneren genoemd worden. Na deze constatering wordt bepaald welk beweegzorgaanbod de opgenomen patiënt nodig heeft. Dit is voornamelijk (para)medische zorg tijdens dit onderzoek. Het

beweeggedrag van de opgenomen patiënten moet hierbij vaak worden beïnvloed. Met dit onderzoek wordt het ASE-model gebruikt voor deze gedragsverandering. De factoren van het ASE-model beïnvloeden de intentie tot nieuw gedrag bij de opgenomen patiënten.

In de toekomst wordt gefocust op innovaties in de beweegzorg, gericht op de zelfredzaamheid en het fysieke functioneren van de patiënt. Dit kan alleen door interprofessionele samenwerking. In dit onderzoek wordt er bij de innovaties in het ziekenhuis gefocust op adoptie en implementatie. Er zijn vijf verschillende adoptiecategorieën van innovatie, waar rekening mee wordt gehouden tijdens het onderzoek.

In het Beatrix Kinderziekenhuis 2.0 draait het vooral om het verbeteren van de beweegzorg ten opzichte van het huidige Beatrix Kinderziekenhuis. Het verbeteren van de beweegzorg wordt onderzocht op hardware-, software- en orgware niveau.

2.8 Conclusie

Uit het theoretisch kader is naar voren gekomen dat beweegzorg centraal staat in dit onderzoek. Beweegzorg is in het theoretisch kader onderverdeeld in bewegend functioneren, beweeggedrag (beïnvloeden), het beweegzorgaanbod en innoveren. Niet alle informatie uit het theoretisch kader komt in het verdere vervolg van het onderzoek grootschalig aan bod. Hieronder is te zien welke informatie wel goed toepasbaar is in het verdere vervolg van het onderzoek en welke informatie meer achtergrondinformatie is.

2.8.1 Toepasbaarheid informatie

Gedurende dit onderzoek wordt er gekeken naar wat er nodig is voor de beste beweegzorg. Dit wordt onderzocht op drie niveaus: hardware-, software- en orgware niveau. Deze niveaus zijn voortgekomen uit het Beweeg Vriendelijke Omgeving model (BVO-model) van Hoyng (2019a). Door de drie niveaus te gebruiken in het onderzoek, worden alle perspectieven van een beweegvriendelijke omgeving meegenomen.

De drie niveaus (hardware, software en orgware) worden verwerkt in de interviews en bij de deskresearch:

- In het theoretisch kader staat de uitleg van de drie niveaus weergegeven.
- Bij de interviews krijgen de geïnterviewden vragen met betrekking tot de beweegzorg. De dimensies zijn bewegend functioneren, beweeggedrag (beïnvloeden), het beweegzorgaanbod en innoveren. Deze dimensies omvatten aspecten van de drie niveaus. Uit de interviews komt de toepassing van de drie niveaus in de praktijk naar voren bij verschillende organisaties.
- In de deskresearch komt de theorie over goede beweegzorg ten aanzien van de drie niveaus naar voren.

Beweegzorgaanbod

Beweegzorgprofessionals zorgen voor het beweegzorgaanbod. Tijdens het onderzoek wordt voornamelijk gefocust op de faciliteiten en benodigdheden welke bij het beweegzorgaanbod komen kijken met betrekking tot de paramedische- en medische zorg (beweegzorgdeel) en het beweegdeel. Hier wordt het gehele onderzoek op gefocust.

ASE-model

Bij het formuleren van aanbevelingen is het van belang om naast de drie niveaus, ook rekening te houden met de aspecten van het ASE-model. Het verbeteren van de beweegzorg wordt immers gedaan voor de patiënt. De patiënt moet zijn of haar beweeggedrag aanpassen wanneer zij beweegzorg krijgen. Om direct al mogelijke drempels vanuit het ASE-model uit te sluiten bij het schrijven van de aanbevelingen, wordt de intentie tot gedrag optimaal gestimuleerd bij de verbeterde beweegzorg.

Innoveren

Indien uit de aanbevelingen naar voren komt dat er innovaties geïmplementeerd moeten worden in het Beatrix Kinderziekenhuis (2.0) is het van belang dat er rekening wordt gehouden met de verschillende adoptie categorieën die mensen gebruiken voor het adopteren van een innovatie. De vijf adoptie categorieën zijn voor de onderzoeker dus informatie ter voorbereiding van het presenteren van de innovaties. Innovaties in de beweegzorg waarbij de patiënt centraal staat is namelijk de toekomst. Vanuit hier kan er tijdens de rest van het onderzoek gekeken worden naar innovaties ten aanzien van het verbeteren van de beweegzorg. Voor het verbeteren van de beweegzorg zijn interprofessionele samenwerkingen tussen beweegzorgprofessionals noodzakelijk.

2.8.2 Achtergrondinformatie

Uit het theoretisch kader is naar voren gekomen dat beweegzorg nodig is om de complicaties die gepaard gaan met bedrust te voorkomen. De complicaties van bedrust zijn verder niet relevant voor het vervolg van het onderzoek. Dit is ter achtergrondinformatie.

Verder worden de vijf zorgprofielen ook uitgelegd in het theoretisch kader. Dit was om aan te geven dat patiënten vanaf niveau drie te maken krijgen met beweegzorgprofessionals. Dit wordt opgevat als achtergrondinformatie.

De beweegzorgprofessionals beoordelen het bewegend functioneren van patiënten aan de hand van het ICF-model. Dit was om duidelijk te maken hoe beweegzorgprofessionals het bewegend functioneren van patiënten beïnvloeden en toepassen in de behandeling van de patiënt. Dit is goed om te weten voor het vervolg van het onderzoek, maar speelt verder geen rol in het vervolg van het onderzoek.

H3. Methodologie

In dit hoofdstuk worden de methoden besproken welke worden gebruikt om tot het antwoord op de onderzoeksvraag te komen. Er wordt ingegaan op het soort onderzoek, de dataverzamelmethode, datakenmerken, het onderzoeksverloop, de data-analyse methoden en de validiteit en betrouwbaarheid.

3.1 Soort onderzoek

In dit onderzoek wordt gebruik gemaakt van kwalitatief onderzoek om antwoord te geven op de hoofdvraag: 'Wat is er nodig om de beweegzorg binnen het Beatrix kinderziekenhuis 2.0 te optimaliseren zodat iedere opgenomen patiënt het beste wordt ondersteund en uitgedaagd ten aanzien van het bewegend functioneren?'

3.2 Dataverzamelmethode

Dit kwalitatieve onderzoek komt tot stand door het verzamelen van data door middel van deskresearch en veldonderzoek. Met de verzamelde data kunnen ook de deelvragen beantwoord worden en vervolgens de hoofdvraag.

Deskresearch

Bij deskresearch wordt gezocht naar zo veel mogelijk relevante data voor bruikbare informatie. Deze bruikbare informatie komt voort uit een basis van kernwoorden welke in de probleemstelling, de onderzoeksvragen en het theoretisch kader naar voren zijn gekomen. Er wordt op deze kernwoorden gezocht via Google. Enkele voorbeelden van kernwoorden zijn: beweegzorg, bewegend functioneren, beweeggedrag, hardware, software, orgware en innovaties in de beweegzorg. De opkomende internetpagina's, artikelen en pdf-documenten worden bekeken. Dit is de basis. Alle bruikbare informatie die uit deze bronnen naar voren komen, gaan een grote waarde leveren aan het onderzoek. Vervolgens wordt er gebruik gemaakt van de sneeuwbalmethode om nog meer bruikbare informatie te verzamelen uit de verzamelde bronnen. Er wordt dan verder gegaan op de gelegde basis. Door de sneeuwbalmethode kunnen er nog extra kernwoorden naar voren komen, welke verder toegepast kunnen worden in het onderzoek. Bij het verzamelen van bruikbare informatie is het van belang dat er goed wordt gelet op de betrouwbaarheid van de bron. Bij het meten naar de betrouwbaarheid van de bron wordt er gekeken naar de actualiteit van de bron, de gebruikte referenties en de auteur.

De bronnen die gebruikt kunnen worden voor de deskresearch zijn uiteenlopend. Enkele voorbeelden hiervan zijn:

- Wetenschappelijke literatuur;
- Artikelen;
- PDF-documenten;
- Nieuwsberichten;
- Rapporten;
- Informatiefolders;
- Jaarverslagen;
- Onderzoeken/scripties.

Veldonderzoek

Voor het te verrichten veldonderzoek worden interviews afgenomen en worden er twee brainstormbijeenkomsten georganiseerd. De interviewvragen voor de verschillende UMC's gaan uit ongeveer 30 open vragen bestaan. Deze interviewvragen zijn opgesteld naar aanleiding van het theoretisch kader. In het theoretisch kader is voornamelijk ingegaan op beweegzorg. Hierbij is beweegzorg verdeeld in vier onderdelen in het theoretisch kader. Namelijk bewegend functioneren, het beïnvloeden van beweeggedrag, het beweegzorgaanbod en innovaties in de beweegzorg. Deze inzichten van het theoretisch kader worden verwerkt in het interviewschema. Waarbij de vragen in het interview zó gesteld gaan worden, dat de drie niveaus (hardware, software en orgware) hier goed in naar voren komen. De vragen in de interviewschema's zijn niet voor iedere organisatie gelijk. De vragen die gaan

afwijken, zijn aangepast naar de missie, visie en kernwaarden van de organisatie. Hierbij gaan de vragen op die manier geformuleerd worden, dat de vragen veel overeenkomsten hebben en de antwoorden van de vragen dicht bij elkaar liggen. De interviewvragen voor de patiënten gaan uit ongeveer vijftien open vragen bestaan. Deze interviewvragen zijn ook opgesteld naar aanleiding van het theoretisch kader. De vragen in de interviewschema's zijn voor iedere patiënt gelijk.

De interviews worden semigestructureerd, zodat eventueel doorgevraagd kan worden en er dieper op de antwoorden in kan worden gegaan. Tijdens de interviews worden notities gemaakt. Verder worden de interviews opgenomen indien hier toestemming voor wordt verkregen. Met behulp van deze notities en opnames worden de interviews volledig uitgewerkt en gecodeerd. Door het coderen kunnen de deelvragen beter beantwoord worden.

De interviews worden afgenomen onder het personeel van het Beatrix Kinderziekenhuis, het Prinses Máxima Centrum, Wilhelmina Kinderziekenhuis, Sophia Kinderziekenhuis, Emma Kinderziekenhuis en het UMCG. Daarnaast worden patiënten geïnterviewd.

Voor het te verrichten veldonderzoek worden er ook twee brainstormbijeenkomsten georganiseerd. Er kan momenteel geen inhoudelijke informatie worden gegeven over de brainstormbijeenkomsten. De inhoud en invulling van de brainstormbijeenkomsten worden naarmate het onderzoek vordert verder vormgegeven. Indien de eerste resultaten zijn geconcretiseerd, wordt er aandacht besteed aan de brainstormbijeenkomsten. De brainstormbijeenkomsten worden dan ook verder niet meer toegelicht in dit hoofdstuk.

3.3 Datakenmerken

De datakenmerken van de deskresearch en het veldonderzoek zijn hieronder toegelicht.

Deskresearch

Om inzicht te krijgen in goede beweegzorg op hardware-, orgware- en softwareniveau, worden verschillende bronnen verzameld waarin wordt gesproken over goede beweegzorg bij andere organisaties en hoe de wetenschap naar goede beweegzorg op deze drie niveaus kijkt. Ook wordt gekeken naar de effecten van bedrust, hoe patiënten in beweging kunnen blijven tijdens hun opname, de inrichtingen van andere ziekenhuizen en ontwerpprincipes die stimuleren om te bewegen. Voor de deskresearch wordt alleen gebruik gemaakt van data uit 2000 tot en met 2021 met uitzondering van het definiëren van begrippen. Begrippen zijn soms al voor 2000 gedefinieerd, welke nog steeds goed bruikbaar zijn.

Veldonderzoek

Om te kijken hoe de verschillende UMC's het bewegend functioneren van hun patiënten faciliteren, worden er zes semigestructureerde interviews gehouden bij zes verschillende organisaties. Deze interviews worden op locatie gehouden indien corona dit toelaat. Anders vinden de interviews plaats via een Microsoft Teams verbinding. De interviews gaan ongeveer 50 minuten duren. Om te kijken hoe de patiënten in het Beatrix Kinderziekenhuis aankijken tegen de beweegzorg in het Beatrix Kinderziekenhuis, worden er tien semigestructureerde interviews gehouden. Ook voor deze interviews geldt dat de interviews plaats vinden in het Beatrix Kinderziekenhuis indien corona dit toelaat. Anders vinden ook deze interviews plaats via een Microsoft Teams verbinding. De interviews gaan ongeveer tien minuten duren.

3.4 Onderzoeksverloop

Het verloop van het onderzoek wordt beschreven.

Deskresearch

Zoals aangegeven zal er veelal informatie worden gezocht aan de hand van kernbegrippen en gaat de sneeuwbalmethode gebruikt worden. Belangrijke gedownloade artikelen en pdf-documenten worden opgeslagen op de laptop van de onderzoeker. De artikelen worden hierbij geordend in mapjes, zodat de juiste artikelen er snel bij gezocht kunnen worden. Websites, welke belangrijke informatie bevatten voor

de deskresearch, worden opgeslagen in de leeslijst van de onderzoeker. Zo gaat geen belangrijke informatie verloren.

Veldonderzoek

Om in contact te komen met personeel uit de verschillende UMC's, gaat dr. Otto Lelieveld zijn contactpersonen in de andere UMC's benaderen. Dr. Otto Lelieveld vraagt hierbij aan zijn contactpersoon met wie de onderzoeker in contact kan treden voor het afnemen van haar interview. Hierdoor wordt uiteindelijk de juiste persoon voor het interview benaderd. Dr. Otto Lelieveld legt hierbij dus het eerste contact. De onderzoeker neemt verder het contact op zich en gaat het interview inplannen en afnemen met de juiste contactpersoon. In het Emma Kinderziekenhuis zijn nog geen contacten. Via de website van het Emma Kinderziekenhuis gaat de onderzoeker op zoek naar de juiste contactpersoon om een interview mee af te nemen. Indien dit niet lukt, belt de onderzoeker het ziekenhuis op en legt haar onderzoeksopdracht uit. Vanaf hier zal zij verder geholpen worden.

Voor interviews met de patiënten wordt eerst met dr. Otto Lelieveld besproken welke patiënten benaderbaar en in staat zijn voor een interview. Vervolgens wordt aan de ouders toestemming gevraagd voor het interviewen van hun zoon of dochter voor het verbeteren van de beweegzorg.

Er wordt toestemming gevraagd aan de geïnterviewden (en/of ouders van de geïnterviewden) om het interview op te nemen. Met behulp van deze opname en het maken van notities tijdens het interview, wordt het interview volledig uitgewerkt en gecodeerd. Op deze manier kunnen de antwoorden beter geanalyseerd worden.

3.5 Data-analyse methoden

De deskresearch en het veldonderzoek zijn beiden op een andere manier geanalyseerd.

Deskresearch

Bruikbare informatie uit verschillende bronnen wordt verzameld door middel van de sneeuwbalmethode. De gevonden informatie wordt kritisch geanalyseerd en alleen bruikbare informatie wordt gebruikt. De bronnen worden direct met de juiste APA-verwijzing genoteerd, waarbij de bronvermelding wordt bijgewerkt. Er wordt (data-en bronnen)triangulatie toegepast om de betrouwbaarheid van de resultaten te vergroten.

Veldonderzoek

De data van de interviews worden verwerkt in Microsoft Word. De interviewdata worden beschreven en gecodeerd met behulp van notities en opnames van het interview.

Stappenplan coderen:

Stap 1 – Transcriberen interview.

Stap 2 – Tekstfragmenten codes geven.

Stap 3 – Axiaal coderen: codes worden vergeleken en met elkaar gekoppeld. Er ontstaan hoofdcategorieën.

Stap 4 – Hoofdcategorieën koppelen aan de drie niveaus: hardware, software, orgware.

Stap 5 – Selectief coderen: de hoofdcategorieën worden gekoppeld aan de gevonden literatuur. De resultaten uit het literatuuronderzoek en veldonderzoek kunnen dan met elkaar vergeleken worden. Er wordt gebruik gemaakt van een regressieanalyse om de relatie tussen de deskresearch en het veldonderzoek aan te tonen.

De deskresearch geeft aan wat de wenselijke situatie is van goede beweegzorg. De twee interviews uit het UMCG tonen aan hoe het UMCG de beweegzorg faciliteert voor hun opgenomen patiënten. De interviews met de patiënten zelf laten zien hoe de patiënten tegen de beweegzorg in het Beatrix Kinderziekenhuis aankijken en hoe de beweegzorg vanuit hun oogpunt wordt gefaciliteerd. De overige drie interviews laten zien hoe andere UMC's de beweegzorg faciliteren. De interviews in het UMCG geven

aan hoe de situatie ten aanzien van beweegzorg is gefaciliteerd. Dit kan worden vergeleken met de deskresearch en de andere interviews. Vanuit hier wordt een advies geschreven.

3.6 Validiteit en betrouwbaarheid

De betrouwbaarheid van dit onderzoek wordt gewaarborgd in combinatie met de omschrijving van de validiteit van dit onderzoek.

3.6.1 Validiteit

De validiteit van dit afstudeeronderzoek wordt toegelicht aan de hand van indrukvaliditeit, expertpanelvaliditeit en saturatie.

Indrukvaliditeit

De validiteit van het onderzoek wordt gewaarborgd door een combinatie van deskresearch en veldonderzoek. De verkregen literatuur uit de deskresearch wordt vergeleken met de interviews uit het veldonderzoek. Hierbij wordt er vanuit vier verschillende perspectieven gekeken:

- Wat geeft de literatuur aan?
- Wat zegt het personeel van andere organisaties?
- Wat zegt het personeel van het Beatrix Kinderziekenhuis en het UMCG?
- Wat zeggen de patiënten van het Beatrix Kinderziekenhuis?

De vragen van het interview worden hierbij opgesteld vanuit de literatuur en de input van dr. Otto Lelieveld. Dit toont aan dat de indrukvaliditeit hoog is.

Uit de theorie blijkt dat het bewegend functioneren wordt gemeten aan de hand van het ICF-model. Daarnaast geeft het ASE-model weer door welke aspecten het beweeggedrag van mensen beïnvloed kan worden. Aspecten van beide modellen gaan terugkomen in de interviews. Doordat de inhoud van beide modellen terugkomen in de interviews, worden alle aspecten van de modellen volledig beantwoord. Deze resultaten worden vervolgens gebruikt in het onderzoek. Ook dit toont aan dat het dit onderzoek een hoge indrukvaliditeit heeft.

Expertpanelvaliditeit

Daarnaast worden de interviewschema's gecontroleerd door dr. Otto Lelieveld. Door dr. Otto Lelieveld zijn deskundige oogpunt, worden de interviewschema's kritisch beoordeeld bij zijn kijk op subtiele kwesties en onderscheidingen. Eveneens wordt er voorkomen dat geïnterviewden gefrustreerd raken wanneer zij vragen moeten beantwoorden die zij niet relevant vinden of vragen welke niet gerelateerd zijn aan het onderwerp. Dit toont aan dat het onderzoek expertpanelvaliditeit heeft.

Saturatie

De interviews worden afgenomen bij verschillende organisaties, waarbij de geïnterviewden verschillende beroepen beoefenen. Er wordt hierbij een heterogene groep onderzocht, waarin de groep wordt onderverdeeld in subgroepen. De verwachting is dat er één of twee personen per subgroep gaan zijn. Er worden zes interviews gehouden, waarbij de verwachting is dat er dan geen nieuwe informatie meer wordt verkregen bij antwoorden op de interviewvragen. Er is dan saturatie opgetreden. Interviewvragen gebaseerd op meningen worden hierbuiten gelaten. Dit toont aan dat het onderzoek valide is.

De interviews worden ook afgenomen bij verschillende patiënten, waarbij de patiënten om verschillende redenen in het ziekenhuis liggen. Er wordt hierbij een heterogene groep onderzocht, waarin de groep wordt onderverdeeld in subgroepen. De verwachting is dat dit één persoon per subgroep gaat zijn. Er worden tien interviews gehouden, waarbij de verwachting is dat er dan geen nieuwe informatie meer wordt verkregen bij antwoorden op de interviewvragen. Er is dan saturatie opgetreden. Interviewvragen gebaseerd op meningen worden hierbuiten gelaten. Ook dit toont aan dat het onderzoek valide is.

Concluderend, dit onderzoek is valide.

3.6.2 Betrouwbaarheid

De betrouwbaarheid van dit onderzoek wordt toegelicht aan de hand van vijf vormen toegelicht: (Data- en bronnen)triangulatie, het voorkomen van willekeurige fouten, onderzoekersafhankelijkheid, gelijkwaardigheid en door het verhogen van de haalbaarheid.

(Data- en bronnen)triangulatie

Er wordt data- en bronnentriangulatie toegepast om de betrouwbaarheid van de resultaten te vergroten. Er worden namelijk meerdere soorten bronnen gebruikt om eenzelfde informatie over een onderwerp te onderzoeken. Het onderzoek is hierdoor gedetailleerder en completer wat leidt tot een betrouwbaarder onderzoek. Daarnaast wordt het afstudeeronderzoek elke keer gecontroleerd door dr. Otto Lelieveld. Indien er onwaarheden in het verslag geformuleerd worden, kan dr. Otto Lelieveld dit aangeven. Dr. Otto Lelieveld is namelijk werkzaam in deze sector. Daarnaast kan dr. Otto Lelieveld ook nog extra informatie aandragen voor dit onderzoek indien er informatie mist. Er wordt dus (data- en bronnen)triangulatie toegepast in dit onderzoek wat de betrouwbaarheid van het onderzoek vergroot.

Willekeurige fouten voorkomen

In dit onderzoek worden meerdere willekeurige antwoorden van de interviews voorkomen, waardoor de betrouwbaarheid van het onderzoek erg hoog blijft.

- De respondenten krijgen genoeg tijd om een vraag te beantwoorden tijdens het interview. Indien zij de vraag niet begrijpen, wordt deze uitgelegd.
- Het afnemen van het interview gaat in een rustige omgeving plaatsvinden.
- Tijdens het interview worden begrippen gedefinieerd en gecontroleerd bij de geïnterviewde. Hierdoor gaan begrippen niet anders geïnterpreteerd worden.
- Alle interviews worden getranscribeerd met behulp van de opname van het interview. Hierdoor ontstaan weinig tot geen fouten tijdens het verwerken van de gegevens.

Onderzoeker onafhankelijkheid

De interviews zijn een momentopname. Indien onderzoekers dit interview een jaar later houden, kunnen de geïnterviewden andere antwoorden geven dan zij dit jaar gaan geven. De geïnterviewden kunnen in een jaar meer kennis opdoen over de informatie die wordt gevraagd in het interview. Daarnaast kunnen meningen van de geïnterviewden ook veranderen evenals de insteek van de organisatie. Hierdoor kan het onderzoek minder betrouwbaar zijn, indien dit onderzoek nogmaals wordt uitgevoerd.

Gelijkwaardigheid

De interviews worden zó opgesteld dat elke organisatie en patiënt dezelfde vragenlijst krijgt. Vragen die gaan afwijken voor de organisatie, zijn aangepast naar de missie, visie en kernwaarden van de organisatie. Hierbij gaan de vragen op die manier geformuleerd worden, dat de vragen veel overeenkomsten hebben en de antwoorden van de vragen dicht bij elkaar liggen. Alle resultaten van de interviews worden op dezelfde manier getranscribeerd en gecodeerd.

Haalbaarheid verhogen

Alle getranscribeerde en gecodeerde interviews worden beschikbaar gesteld voor derden. Hierdoor wordt het onderzoek herhaalbaar en navolgbaar.

Al met al is dit onderzoek ook betrouwbaar. Concluderend is de kwaliteit van het onderzoek zeer hoog.

H4. Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten weergegeven welke zijn voortgekomen uit de interviews, de deskresearch en de twee brainstormbijeenkomsten. Eerst worden de geïnterviewden geïntroduceerd. Vervolgens worden de resultaten van de interviews weergegeven. Aansluitend worden de resultaten van de deskresearch weergegeven. Afsluitend zijn de resultaten van de brainstormbijeenkomst beweegzorg en de brainstormbijeenkomst belang van bewegen weergegeven.

4.1 Introductie geïnterviewden

Behorend tot dit onderzoek zijn zes semigestructureerde interviews gehouden bij zes verschillende organisaties en er is een gesprek gevoerd welke is meegenomen bij het schrijven van de resultaten. Deze interviews zijn afgenomen met behulp van de interviewschema's, welke zijn opgesteld aan de hand van het theoretisch kader. De interviewschema's zijn in Bijlage B tot en met Bijlage F weergegeven in het Bijlagenboek. De volledige uitwerking van de interviews zijn te vinden bij het Bijlagenboek in Bijlage G tot en met Bijlage M. De interviews zijn gecodeerd. De geïnterviewden zijn hieronder geïntroduceerd.

Carola Timmer is werkzaam als kinderfysiotherapeut in het Beatrix Kinderziekenhuis in Groningen. Hierbij werkt zij één keer in de zes weken ook weekenddiensten. Zij werkt in haar weekenddiensten voor de gehele kliniek, maar doordeweeks is Carola Timmer voornamelijk werkzaam in de kinderkliniek.

Danique Agterberg is coördinator van het programma Máximaal bewegen in het Prinses Máxima Centrum in Utrecht. Haar functie is om het programma Máximaal bewegen draaiend te houden. Daarnaast organiseert Danique Agterberg evenementen en zorgt zij ervoor dat iedereen het programma Máximaal bewegen leert kennen. Een aanvullend onderdeel van haar werkzaamheden is het aansturen van studenten welke meehelpen met het programma Máximaal bewegen.

Erik Hulzebos is sportfysiotherapeut en inspanningsfysioloog in het Wilhelmina Kinderziekenhuis in Utrecht. Daarnaast doet Erik Hulzebos verschillende onderzoeken, is hij gepromoveerd, begeleidt hij promovenda en promovendi, geeft hij onderwijs en is hij de programmaleider van WKZ Sportief.

Heleen Maring is fysiotherapeut in het UMCG en volgt daarnaast de master Healthy Ageing. Vanuit deze master is Heleen Maring betrokken bij het Promotionproject in het UMCG. 'Pro' staat voor proteïne en 'motion' voor bewegen. Heleen Maring werkt met name als fysiotherapeut op de afdeling cardiologie en thoraxchirurgie.

Suzan Moors is kinderfysiotherapeut in het Sophia Kinderziekenhuis in Rotterdam. Zij behandelt klinische en poliklinische patiënten van nul tot achttien jaar. Suzan Moors werkt voornamelijk op de kindergeneeskundeafdeling en op de reumatologiepoli.

Britt Sijbolts is student psychologie aan de Rijksuniversiteit in Groningen en is voorzitter van de kinderadviesraad binnen het Beatrix Kinderziekenhuis. Vanwege haar spierziekte Myasthenia gravis is Britt Sijbolts in contact gekomen met de kinderadviesraad en uiteindelijk lid geworden van de kinderadviesraad.

Janjaap van der Net is een kinderfysiotherapeut, senior onderzoeker en geeft leiding aan het kinderbewegingslandschap in het Wilhelmina Kinderziekenhuis in Utrecht. Daarnaast is hij hoofddocent Klinische Gezondheidswetenschappen.

4.2 Resultaten interviews

De resultaten van de gehouden interviews staan in dit kopje verder uitgewerkt. De volgorde van de resultaten komen grotendeels overeen met de volgorde van de dimensies uit de interviewschema's. Allereerst worden de begrippen beoordeeld door de geïnterviewden. Het patiëntendossier komt

vervolgens aan bod. Aansluitend worden de manieren van communiceren in de verschillende ziekenhuizen besproken. Hierna is uitgewerkt hoe het bewegend functioneren van de patiënten (on)bewust beïnvloed kan worden. Vervolgens zijn de uitkomsten van de beste ondersteuning vanuit het ziekenhuis voor het bewegend functioneren van de patiënt uitgewerkt en de optimale ondersteuning van het beweeggedrag van patiënten. Daaropvolgend zijn de activiteiten en evenementen van de ziekenhuizen uitgewerkt. Verder worden de huidige innovaties in de ziekenhuizen toegelicht en de samenwerking tussen de verschillende disciplines. Aansluitend is er uitgewerkt wat volgens de geïnterviewden de beste beweegzorg is. Ten slotte is er een korte samenvatting geschreven van de resultaten van de interviews.

4.2.1 Definities begrippen

De definitie van beweegzorg is als volgt geformuleerd: Beweegzorg is de medische- en paramedische zorg die het bewegend functioneren en het gewenste beweeggedrag van patiënten ondersteunt en beïnvloedt met als doel de gezondheid van de patiënt te bevorderen. Uit alle interviews is naar voren gekomen dat de definitie van beweegzorg goed geformuleerd is. Wel is aangegeven dat de definitie erg extern gericht is en niet op de patiënt zelf. De patiënt zelf speelt hier wel een rol in en dit moet beter verwerkt worden in de definitie.

De definitie voor het bewegend functioneren beschrijft de hoeveelheid en intensiteit van alle dagelijkse activiteiten en de sport- en spel participatie van het (opgenomen) kind. De definitie voor het bewegend functioneren heeft iets meer opmerkingen gekregen van de geïnterviewden. De meerderheid ging akkoord met de definitie, maar er werd wel aangegeven dat ‘participeren’ op verschillende manieren in te vullen is. Er zit een verschil in wat een kind kan uitvoeren en wat het kind uitvoert. Er moet in de definitie duidelijker naar voren komen welke vorm van participeren bedoeld wordt.

Volgens Veenhof (2018a, pp. 10-12) zijn innovaties in de beweegzorg gericht op de zelfredzaamheid en het fysieke functioneren van de patiënt. Dit is dan ook de toekomst van de beweegzorg. Deze definitie heeft ook enkele opmerkingen gekregen van de geïnterviewden. Carola Timmer heeft als side note aangegeven dat met name de verpleegkundigen nog moeten leren wat de fysieke mogelijkheden van de patiënt zijn en hoe zij deze fysieke mogelijkheden optimaal kunnen stimuleren. Heleen Maring vindt dat de definitie nu nog te weinig is gericht op het preventieve gedeelte en dat het ook meer gericht moet worden op de leefstijl van de patiënten. Ook gaat het niet alleen om het eigenaarschap van de patiënt, maar ook om de (on)bewuste prikkels die patiënten krijgen van de omgeving.

4.2.2 Patiëntendossier

Het patiëntendossier is voor alle zorgverleners in het ziekenhuis zichtbaar, blijkt uit de interviews. De diagnostiek van de patiënt staat in het patiëntendossier van de patiënt. Deze diagnostiek wordt geschreven door de primaire behandelaar. Daarnaast wordt de diagnostiek ten aanzien van het bewegend functioneren van de patiënt vermeld in de notities van de fysiotherapeut in het Beatrix Kinderziekenhuis. De fysiotherapeut beoordeelt immers hoe goed de patiënt kan bewegend functioneren. De verschillende disciplines moeten daarbij in de notitie van de fysiotherapeut kijken hoe goed de patiënt kan bewegend functioneren. Er is geen algemeen kopje in het patiëntendossier ten aanzien van het niveau van het bewegend functioneren van de patiënt. Hier ervaren zij in het Beatrix Kinderziekenhuis hinder van. Het Beatrix Kinderziekenhuis maakt gebruik van het ziekenhuisinformatiesysteem EPIC waar onder andere de patiëntendossiers zijn weergegeven.

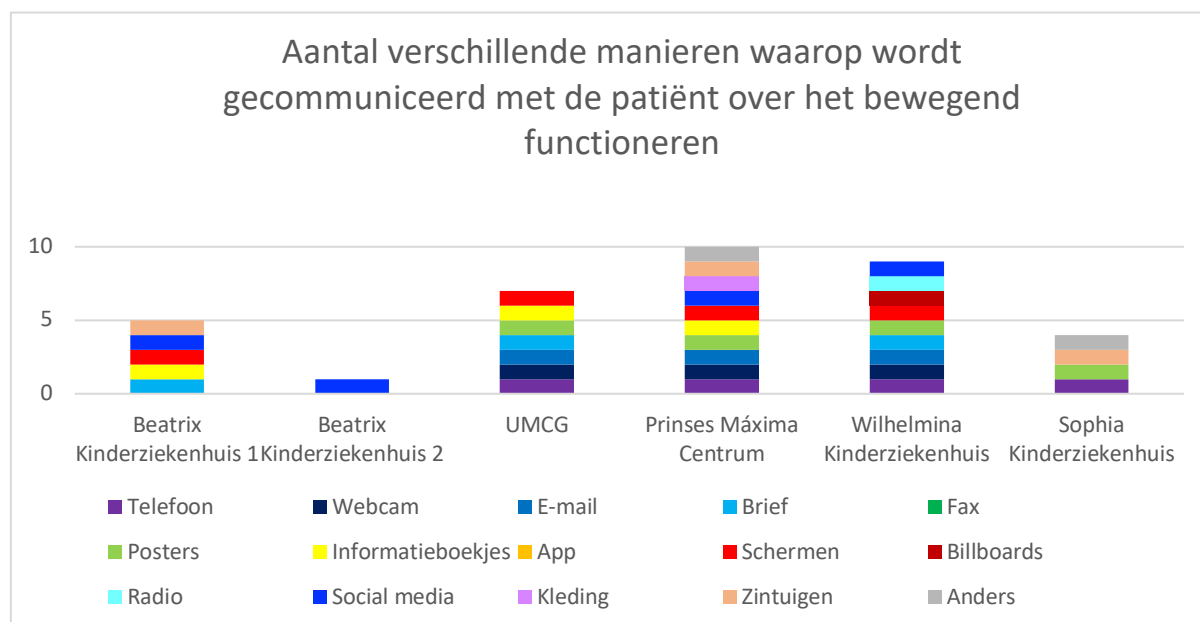
Hetzelfde geldt voor het dagprogramma in het Beatrix Kinderziekenhuis. Het dagprogramma is in het Beatrix Kinderziekenhuis ook niet zichtbaar voor de verschillende disciplines. De fysiotherapeut wordt hierdoor vaak onderbroken tijdens de behandeling.

“Dit is gewoon niet gunstig. Dus daarvoor zou je wel willen dat het dagprogramma duidelijker zichtbaar is” (C. Timmer, Bijlagenboek Bijlage K, p. 116)

In het Wilhelmina Kinderziekenhuis, het Sophia Kinderziekenhuis en het Prinses Máxima Centrum is daarentegen het dagprogramma wel duidelijk zichtbaar op de kamer. Deze staat geschreven op een whiteboard of er is een geprinte versie aanwezig. Iedereen kan dit zien. In Bijlagenboek Bijlage N, Afbeelding 1 staat het whiteboard weergegeven welke zij in het Sophia Kinderziekenhuis gebruiken voor het dagprogramma van de patiënt. Het dagprogramma wordt in de ziekenhuizen gemaakt door de pedagogisch medewerkers. Dit gebeurt vaak alleen in overleg met de fysiotherapeuten.

4.2.3 Communiceren bewegend functioneren

Per kinderziekenhuis is het verschillend of het dagprogramma wel of niet zichtbaar is. Dit geldt ook voor de manier waarop er wordt gecommuniceerd met de patiënt over zijn of haar bewegend functioneren. Een overzicht van de aantal verschillende communicatiemogelijkheden welke de verschillende kinderziekenhuizen toepassen, is overzichtelijk weergegeven in Figuur 1. Het Beatrix Kinderziekenhuis 1 zijn de uitkomsten uit het interview van Carola Timmer en het Beatrix Kinderziekenhuis 2 zijn de uitkomsten uit het interview van Britt Sijbolts. Naast de gegeven manieren van communiceren, wordt er in het Prinses Máxima Centrum ook gecommuniceerd via het patiëntendossier en in het Sophia Kinderziekenhuis aan de hand van whiteboards op de kamers van de patiënten.



Figuur 1: Aantal verschillende manieren waarop wordt gecommuniceerd in de verschillende ziekenhuizen met de patiënten over het bewegend functioneren (B. Sijbolts, Bijlagenboek Bijlage M, pp. 151-152; C. Timmer, Bijlagenboek Bijlage K, pp. 117-118; D. Agterberg, Bijlagenboek Bijlage H, pp. 62-64; E. Hulzebos, Bijlagenboek Bijlage I, pp. 84-85; H. Maring, Bijlagenboek, Bijlage J, pp. 104-105; S. Moors, Bijlagenboek Bijlage L, pp. 130-133).

Tijdens de ziekenhuisopnames van Britt Sijbolts is het haar niet opgevallen dat zij eraan wordt herinnerd om te bewegen door de zorgverleners. Dit werd haar ook niet meegegeven. Eveneens heeft Britt Sijbolts bij de andere patiënten geen fysiotherapeuten gezien, waardoor zij de andere patiënten ook niet in beweging zag.

4.2.4 (On)bewust beïnvloeden bewegend functioneren

Op de vraag hoe de kinderen onbewust beïnvloed worden om meer te gaan bewegen en met welke middelen, is wisselend antwoord gegeven. Er is hiervoor onderscheid gemaakt in verschillende leeftijdscategorieën. De gegeven antwoorden tijdens de interviews zijn weergegeven in Tabel 9. Er is tijdens de interviews aangegeven dat niet één interventie het orakel is, maar dat veel verschillende dingen ertoe leiden dat patiënten onbewust meer gaan bewegen. Dit door goede informatieverstrekking, posters op de kamer, een uitdagende omgeving en de cultuur op de afdelingen.

“Dus alleen een beweegkaart gaat niet werken of allemaal mooie foto’s op de muur gaat niet werken. Maar dat juist die dingen allemaal bij elkaar dat dat het verschil gaat maken” (H. Maring, Bijlagenboek Bijlage J, p. 106).

	Pre-school (0-6 jaar)	Basisschool (7-12 jaar)	Middelbaar onderwijs (13-18 jaar)
Beatrix Kinderziekenhuis	- Fietsjes op de afdelingen. - Dingen op de muur die kinderen kunnen bewegen.		
Prinses Máxima Centrum	- Om de paar meter iets wat bewegen stimuleert. - Sportpakket.	- Om de paar meter iets wat bewegen stimuleert. - Sportpakket.	- Om de paar meter iets wat bewegen stimuleert. - Sportpakket.
Wilhelmina Kinderziekenhuis	- Dingen op de muur die kinderen kunnen bewegen.	- Stappentellers. - Voetbalkooi op het dak. - Zwembad in het Prinses Máxima Centrum. - Fitnesszaal in het Prinses Máxima Centrum. - Samenwerking met Sportcentrum Olympus om te sporten.	- Stappentellers. - Voetbalkooi op het dak. - Zwembad in het Prinses Máxima Centrum. - Fitnesszaal in het Prinses Máxima Centrum. - Samenwerking met Sportcentrum Olympus om te sporten.
Sophia Kinderziekenhuis	- Dingen op de muur die kinderen kunnen bewegen. - Tafeltje en stoeltje neerzetten. - Oefenmat op de grond neerleggen.	- Tafeltje en stoeltje neerzetten. - Oefenmat op de grond neerleggen.	- Albert Heijn of de Etos in de hal van het ziekenhuis.

Tabel 9: Hoe kinderen (on)bewust worden beïnvloed om meer te gaan bewegen in de ziekenhuizen (C. Timmer, Bijlagenboek Bijlage K, p. 119; D. Agterberg, Bijlagenboek Bijlage H, p. 65; E. Hulzebos, Bijlagenboek Bijlage I, pp. 85-86; S. Moors, Bijlagenboek Bijlage L, pp. 134-135).

In Bijlagenboek Bijlage N, Afbeelding 2 staat een voorbeeld weergegeven hoe het Prinses Máxima Centrum om de paar meter bewegen stimuleert bij de patiënten. Daarnaast heeft het Prinses Máxima Centrum op de kamers van de patiënten sportpakketten. Deze sportpakketten bevatten verschillende sport- en spelmaterialen. Deze sportpakketten zijn voor de drie verschillende leeftijdscategorieën samengesteld. Er komt verder geen personeel bij kijken.

ASE-model

De intentie van de patiënten om te gaan bewegen, leidt tot het uiteindelijk uitvoeren van beweeggedrag. De intentie van de patiënt kan beïnvloed worden door de attitude van de patiënt, de sociale invloed en de eigen effectiviteit.

Attitude

Over het algemeen werden in alle interviews dezelfde antwoorden gegeven hoe de geïnterviewden inspelen op de actieve of passieve houding van de patiënt ten aanzien van zijn of haar bewegend functioneren. De geïnterviewden gaven aan dat dit gebeurt door middel van interactie tussen de patiënt en de zorgverlener. Er wordt hierbij aangesloten bij het niveau van de patiënt. Deze interactie is een (leer)gesprek om erachter te komen wat de patiënt weet ten aanzien van het bewegend functioneren en wat de patiënt leuk vindt om te doen. De zorgverlener kan hier vervolgens op reageren en de behandeling aanpassen gericht op de patiënt.

Sociale invloed

Bij het beïnvloeden van de sociale invloed van de patiënt is het belangrijk om gebruik te maken van comfort talk/positief taalgebruik en het coachen van ouders blijkt uit de interviews. Het is belangrijk om

in te spelen op het kind en succeservaringen te creëren bij de patiënt. De verwachtingen van de patiënten en de omgeving moeten in verhouding zijn en aansluitend moet er goed op de leerstrategie van de patiënt worden gelet. Een pre-school leerling heeft immers een andere leerstrategie dan een middelbare scholier.

Het gebruik van rolmodellen speelt ook een rol in het Prinses Máxima Centrum, het Wilhelmina Kinderziekenhuis en het Sophia Kinderziekenhuis. Patiënten zijn bij deze ziekenhuizen vaak elkaars rolmodel. Dit geldt voor elke leeftijdscategorie.

Eigen effectiviteit

Het beïnvloeden van de eigen effectiviteit bij de patiënten is lastig, aangezien het niet zeker is of patiënten echt gedrag gaan uitvoeren wanneer de patiënten wel de capaciteiten en de mogelijkheden hebben. Het geven van goede voorlichting aan ouders moet duidelijk maken wat de patiënt wel of niet mag, wat de eigen effectiviteit van de patiënt kan beïnvloeden. Daarnaast zorgt het zo laag mogelijk inzetten van een activiteit voor een succesgevoel bij het kind blijkt uit de interviews. Deze techniek wordt toegepast bij de pre-school leerlingen, basisschoolleerlingen en middelbare scholieren. Heleen Maring geeft aan dat het per patiënt verschilt hoe zij te werk gaat. Als de patiënt wel kan bewegen maar dit niet doet, wordt er voornamelijk gewerkt aan motivatie.

4.2.5 Beste ondersteuning bewegend functioneren vanuit ziekenhuis

Om antwoord te geven op de vraag hoe de opgenomen patiënten het beste ondersteund en uitgedaagd kunnen worden vanuit het ziekenhuis ten aanzien van het bewegend functioneren, is deze opgedeeld in de drie categorieën welke de geïnterviewden veelal benoemden: faciliteiten, personeel en communicatie.

Faciliteiten

Als een kind wel mobiel is en eigenlijk niet altijd in bed moet liggen, dan zou eigenlijk mooiste zijn als het bed gewoon ook uit de kamer gaat en dat er een stoel of een tafel is waar ze aan kunnen werken en zo uitgedaagd worden om te bewegen. (C. Timmer, Bijlagenboek Bijlage K, p. 120)

Daarnaast moet er voldoende ruimte zijn op een kamer en is het wenselijk dat de tv op de stoel gericht staat en niet op het bed. Het hebben van genoeg rustplekken is ook belangrijk volgens de geïnterviewden. Een uitdagende omgeving en een uitdagende gang draagt samen met het hebben van genoeg materialen er aan bij om in beweging te komen. De kamer, rustplekken, omgeving en materialen moeten daarbij aansluiten bij de leeftijd van de patiënt.

Personeel

Het onwijs belangrijk dat er door al het personeel wordt uitgedragen dat bewegen belangrijk is. Het personeel moet de patiënten stimuleren om te bewegen. In het Wilhelmina Kinderziekenhuis werken zij met een team welke allemaal de inactiviteit bij de patiënten willen doorbreken. Onder inactiviteit wordt verstaan dat patiënten in bed zitten of liggen en niet in beweging zijn.

“Dus minder inactiviteit heeft meer effect dan meer activiteit” (E. Hulzebos, Bijlagenboek Bijlage I, p. 82).

Daarnaast is het van belang dat er goed naar de patiënt wordt gekeken waar hij of zij staat op dat moment. Wanneer een patiënt nog niet zo mobiel is, moet ernaartoe gewerkt worden dat de verpleegkundigen en artsen dit opmerken. Fysiotherapeuten kunnen dan direct ingeschakeld worden indien dit nodig is. Dit is van belang bij alle drie de leeftijdscategorieën. Ook is het goed om te kijken naar de motivatie van de patiënt. Is de patiënt intrinsiek gemotiveerd of extrinsiek gemotiveerd. Hier moet vervolgens goed op gehandeld worden. Een pre-school leerling vraagt om een andere aanpak om meer

gemotiveerd te worden dan een middelbare scholier. Heleen Maring uit het UMCG vindt ook dat er dan genoeg personeel of vrijwilligers moeten zijn die de patiënten kunnen helpen met bewegen. Het hebben van een lopend buffet voor de patiënten vindt Heleen Maring daarnaast een erg goed idee.

Communicatie

Communicatie met de patiënt over zijn of haar bewegend functioneren is onwijs belangrijk naast goede communicatie op de afdelingen tussen de verschillende disciplines. Alle zorgverleners moeten goed met elkaar samenwerken en goed communiceren. De organisatie tussen de aanvrager en verwijzer moet goed zijn. Daarnaast moeten de patiënten voldoende informatie krijgen over zijn of haar beweeggedrag. Deze informatie moet op verschillende manieren aan de patiënten aangeboden worden rekening houdend met de leeftijd van het kind. Voorbeelden van communicatiemogelijkheden zijn een gesprek, posters en video's.

4.2.6 Optimale ondersteuning beweeggedrag

Onderstaande gegevens lijken op de gegevens van de twee vorige kopjes. Echter is dit kopje gericht op wat er nodig is om het beweeggedrag van patiënten het beste te beïnvloeden. Dit vat samen hoe patiënten (on)bewust worden gestimuleerd om te bewegen en welke ondersteuning daarvoor nodig is vanuit het ziekenhuis.

Het beweeggedrag van patiënten kan het beste beïnvloed worden door al het zorgpersoneel voorlichting te geven over het belang van bewegen en wie verantwoordelijk is voor welke taken. Onderlinge communicatie is daarbij onmisbaar. De cultuur op afdelingen speelt ook een grote rol. Niet iedereen staat met de neus dezelfde kant op ten aanzien van het bewegen van de patiënt. In het Prinses Máxima Centrum is dit wel het geval, vergeleken met de andere ziekenhuizen.

Voor de patiënten zijn meerdere factoren nodig om het beweeggedrag van patiënten het beste te beïnvloeden, aldus de geïnterviewden. Onderstaand geeft aan wat de patiënten, aangepast per leeftijdscategorie, nodig hebben volgens de geïnterviewden:

- Optimale kamerinrichting voor een vrije bewegingsruimte;
- Kleuren en leuke dingen op de muren en in de gang;
- Centrale ruimte (bijvoorbeeld voor pre-schoolers een spelletjes kamer en voor middelbare scholieren een gamekamer);
- Voldoende en goed onderhouden (oefen)materiaal met ruimte voor de opslag van deze (oefen)materialen.

4.2.7 Activiteiten en evenementen

Uit de interviews blijkt dat er in de kinderziekenhuizen verschillende activiteiten en evenementen worden georganiseerd voor de patiënten. Deze activiteiten en evenementen zijn niet altijd gericht op het bewegend functioneren van de patiënt. Een reden hiervoor is dat het personeel ervoor wil zorgen dat de patiënten gewoon plezier hebben. In het Sophia Kinderziekenhuis faciliteren zij dit door elke woensdagmiddag in de hal van het Sophia Kinderziekenhuis een knutsel gerelateerde activiteit te geven en op donderdag kunnen de kinderen (live) aanwezig zijn bij Sophia TV.

Alle activiteiten en evenementen welke georganiseerd worden in de verschillende kinderziekenhuizen worden niet altijd gemanaged. De volledige uitwerking van alle activiteiten/ evenementen is te zien in Bijlagenboek Bijlage O, Tabel 1. In diezelfde bijlage staat ook vermeld wie de activiteiten/ evenementen organiseren en/of deze activiteiten/ evenementen ook zijn gericht op het bewegend functioneren. Uit het interview met Carola Timmer is daarnaast goed naar voren gekomen dat er momenteel in het Beatrix Kinderziekenhuis geen activiteiten en evenementen voor de patiënten worden georganiseerd. Carola Timmer heeft aangegeven dat zij hier meer ondersteuning en aansturing in wil zien, zodat zij wel activiteiten en evenementen kunnen organiseren (Bijlagenboek Bijlage K, p. 120).

Kinderadviesraad

De kinderadviesraad is een raad met kinderen welke gevraagd en ongevraagd advies geven. De kinderadviesraad komt zes keer per jaar samen om het te hebben over de binnengekregen vraagstukken. Als kinderadviesraad worden zij niet betrokken bij het bedenken van sport- en beweegactiviteiten van patiënten. Hier staat de kinderadviesraad wel voor open. Verder wordt er in de kinderadviesraad geen aandacht gegeven aan het bewegend functioneren van de patiënt, alhoewel zij hier wel mee in willen en kunnen denken. Dus hoe patiënten gestimuleerd kunnen worden om uit bed te komen, vanuit het oogpunt van de patiënt, aansluitend bij de leeftijd van de patiënt. Het lijkt de kinderadviesraad daarnaast ook leuk om mee te denken met de inrichting van het Beatrix Kinderziekenhuis 2.0. Bij vorige projecten heeft de kinderadviesraad mee mogen helpen met het inrichten van wachtkamers en daar heeft het Beatrix Kinderziekenhuis veel aan gehad.

Momenteel is de kinderadviesraad bezig met het creëren van een traumavrij en pijnvrij ziekenhuis. Zij willen hierbij de ervaring van de patiënt zo goed mogelijk verbeteren. Het is volgens Britt Sijbolts goed om dit door te zetten in het Beatrix Kinderziekenhuis 2.0.

Begeleiden buiten georganiseerde activiteiten en evenementen om

Naast deze georganiseerde activiteiten en evenementen is het ook van belang dat patiënten worden begeleid om te gaan bewegen buiten deze georganiseerde activiteiten om. Hoe de patiënten hierin worden begeleid, verschilt per ziekenhuis. In het Beatrix Kinderziekenhuis worden veelal adviezen gegeven aan patiënten van basisschoolleeftijd en middelbare schoolleeftijd om een rondje over de afdeling te gaan lopen in plaats van een rolstoel te gebruiken. Vanuit de verpleegkundigen vindt Carola Timmer dat hier meer aandacht aan mag worden besteed. In het Prinses Máxima Centrum proberen zij een band met de patiënten op te bouwen en zetten zij meerdere disciplines in om een kind in beweging te krijgen. Dit geldt voor alle leeftijdscategorieën. In het Wilhelmina Kinderziekenhuis adviseren alle zorgverleners de patiënten om aan de bewegingsrichtlijn te voldoen en stimuleren zij de patiënten om niet in bed te eten. Daarnaast komen er op maandag en woensdag bewegingsagogen. Zij signaleren of er problemen zijn in het bewegend functioneren bij de patiënt. In het Sophia Kinderziekenhuis proberen zij de patiënten te begeleiden om meer te bewegen door beweegtaken in hun dagprogramma mee te nemen. Bijvoorbeeld dat zij aan tafel huiswerk moeten maken voor de basisschoolkinderen en middelbare scholieren. Voor de pre-schoolers zetten zij een box op de kamer zodat het kind in de box speelt en in bed slaapt.

4.2.8 Inrichtingen ziekenhuizen

Het Beatrix Kinderziekenhuis is momenteel niet optimaal ingericht blijkt uit de interviews. Het Beatrix Kinderziekenhuis stimuleert namelijk de patiënten niet genoeg uit om voldoende te bewegen. Daarentegen zijn er momenteel wel genoeg oefenzalen verdeeld over het UMCG. Wel mogen de oefenzalen in de kinderkliniek wat ruimer ingericht worden. Carola Timmer heeft aangegeven dat er in het nieuwe Beatrix Kinderziekenhuis allemaal eenpersoonkamers worden gemaakt in plaats van meerpersoonkamers. Dit heeft volgens Carola Timmer voor- en nadelen. Een nadeel van eenpersoonkamers is dat meer opgeknapte patiënten minder in contact kunnen komen met leeftijdsgenoten. Indien er vierpersoonkamers zijn, kunnen zij naar deze kamers verplaatst worden en in contact komen met de leeftijdsgenoten. Britt Sijbolts geeft aan dat een vierpersoonkamer erg druk is en dat er erg veel gaande is op de kamer. Daarnaast geeft Britt Sijbolts aan dat vaak de thuissituatie van andere patiënten, welke bij haar op de kamer lagen, niet altijd goed was. Dit maakte bij Britt Sijbolts meer indruk dan haar eigen opname.

De inrichting in het Prinses Máxima Centrum is ontwikkeld door kinderen, ouders, literatuur, ontwerpers en verschillende disciplines. Daarnaast zijn verschillende faciliteiten, zoals bijvoorbeeld de sporttuin, gesponsord of geschonken vanuit een foundation. Ook wordt er geld opgehaald door het CIOS in Goes voor het Prinses Máxima Centrum. Van het opgehaalde geld worden faciliteiten betaald. De inrichting van het Prinses Máxima Centrum is volgens Danique Agterberg meer dan voldoende.

Suzan Moors is er ook niet mee bekend hoe het Sophia Kinderziekenhuis is ingericht en door wie. Wel heeft het Sophia Kinderziekenhuis een patiënten klankbordgroep welke bij sommige projecten over de inrichting van het Sophia kinderziekenhuis worden betrokken. Daarnaast heeft het Sophia Kinderziekenhuis Vrienden voor Sophia. Vrienden voor Sophia beheren een extern geldpotje waarmee faciliteiten worden betaald.

De inrichting van het Wilhelmina Kinderziekenhuis is ontworpen door studenten van de Technische Universiteit uit Delft. Kinderen, ouders en zorgprofessionals zijn ook bij dit ontwerp betrokken. Zij hebben hierbij voor een kindvriendelijke en comfortabele omgeving gezorgd door veel met kleuren te werken. Daarnaast komen ook verschillende mensen langs die gaan tekenen of zingen met de kinderen. Het hebben van het kinderbewegingslandschap draagt ook bij aan de kindvriendelijke omgeving. Het kinderbewegingslandschap is een open ended playscape. Dit wordt zo genoemd, omdat dit een omgeving is waar het spel leidend is en het kind bepaalt wat er gebeurt, aldus Janjaap van der Net (Bijlagenboek Bijlage G, p. 48). Een playscape heeft geen regels zoals dat bij een game wel zo is. Het is belangrijk dat kinderen hun fantasie laten gaan.

Faciliteiten ziekenhuizen

Nu kwam er tijdens de interviews naar voren dat in het Sophia Kinderziekenhuis en het UMCG de opgenomen patiënten niet optimaal ondersteund en uitgedaagd worden met de faciliteiten die de ziekenhuizen momenteel hebben. Het Beatrix Kinderziekenhuis en het Wilhelmina Kinderziekenhuis geven beiden aan dat de patiënten wel optimaal uitgedaagd kunnen worden, kijkend naar het bewegend functioneren, maar dat het altijd beter kan. In het Prinses Máxima Centrum kunnen zij volgens Danique Agterberg voor vrijwel alle drie de leeftijdscategorieën alles bieden wat er nodig is. Iedere opgenomen patiënt kan daar het beste ondersteund en uitgedaagd worden met de aanwezige faciliteiten, kijkend naar het bewegend functioneren van de patiënt. In Bijlagenboek Bijlage O, Tabel 2 staat een overzicht weergegeven van de aanwezige faciliteiten in de ziekenhuizen welke de geïnterviewden hebben aangegeven tijdens het interview.

4.2.9 Innovaties in de ziekenhuizen

In alle ziekenhuizen zijn verschillende innovaties, maar veelal weten de geïnterviewden er niet veel te noemen. Behalve in het Prinses Máxima Centrum. In Tabel 10 heeft Danique Agterberg enkele voorbeelden genoemd waar zij veel weet van heeft. De vele innovaties komen volgens Danique Agterberg doordat het Prinses Máxima Centrum nog een ontwikkelende zorgorganisatie is.

“Er wordt heel veel gedaan en dat maakt het ook zo onwijs tof!” (D. Agterberg, Bijlagenboek Bijlage H, p. 74.)

	Innovaties
Beatrix Kinderziekenhuis	Healthy Ageing
	Zichtbaarheid fysiotherapeuten
Prinses Máxima Centrum	PSD-onderzoek
	Physical literacy
	Praat- en beweegkaart
	Projecten studenten
	Overige innovaties
Wilhelmina Kinderziekenhuis	Binnentuin
	Kindvriendelijke omgeving
	Physical literacy
Sophia Kinderziekenhuis	IPad bij bed
UMCG	GLIM-project (Groninger Leefstijl Interventie Model-project)
	Promotionproject
	Healthy Ageing
	Beweegkaart

Tabel 10: Genoemde innovaties in de ziekenhuizen volgens de geïnterviewden (C. Timmer, Bijlagenboek Bijlage K, p. 120, p. 125; D. Agterberg, Bijlagenboek Bijlage H, p. 73; E. Hulzebos, Bijlagenboek Bijlage I, pp. 94-95; S. Moors, Bijlagenboek Bijlage L, p. 145; H. Maring, Bijlagenboek Bijlage J, p. 101, p. 110).

Verdere toelichting van de innovaties zijn weergegeven in Bijlagenboek Bijlage O, Tabel 3. Bovenstaande innovaties tonen aan dat de ziekenhuizen steeds meer in gaan zien wat het belang van bewegen is tijdens de opname van een patiënt. Voornamelijk in het Prinses Máxima Centrum valt dit op.

Physical literacy

In Tabel 10 is te zien dat het Prinses Máxima Centrum en het Wilhelmina Kinderziekenhuis innovaties hebben welke gericht zijn op physical literacy. Physical literacy is de fysieke geletterdheid die kan worden gedefinieerd als de motivatie, het vertrouwen, de fysieke competentie, het begrip en kennis om de fysieke activiteit op een individueel passend niveau te houden, gedurende het leven (Ellerton, 2018). In het Prinses Máxima Centrum zijn zij dan ook aan het kijken hoe de vijf termen van physical literacy toegepast kunnen worden in het ziekenhuis en hoe er een dagelijkse bezigheid van gemaakt kan worden. In het Wilhelmina Kinderziekenhuis wordt er gekeken of physical literacy echt bijdraagt aan het vertrouwen, de fysieke competentie, de kennis en het begrip van de patiënten door middel van een trainingsprogramma.

Uit de interviews kwam naar voren dat alle geïnterviewden gebruik maakten van physical literacy, alleen wordt het niet direct in die termen gebruikt. Indien de ziekenhuizen er niet bewust mee bezig zijn, wordt het niet als een innovatie beschouwd. De vijf onderdelen van physical literacy worden over het algemeen mondeling toegelicht en gepeild bij de patiënten. Dit wordt in alle ziekenhuizen persoonlijk aangepast naar de patiënt. In het Prinses Máxima Centrum wordt direct het belang van bewegen toegelicht bij de patiënten wanneer zij zijn opgenomen. Hierbij willen zij direct een band opbouwen met de patiënt. Zo krijgen zij het vertrouwen van de patiënt en daarna kan er worden ingegaan op de kennis, motivatie, begrip en vaardigheid. Janjaap van der Net heeft aangegeven dat de patiënten alle vijf de pijlers van physical literacy moeten meekrijgen vanuit de zorgverleners. Janjaap van der Net (Interview, Bijlagenboek Bijlage G, p. 46) geeft hierover het volgende aan:

“Dus als je kinderen wil opvoeden in fysieke vaardigheid, moet je ze helpen hun motivatie te ontwikkelen, moet je ze helpen hun vertrouwen te ontwikkelen, moet je helpen hun vaardigheid te ontwikkelen en moet je ze ook kennis overdragen, maar moet je die kennis eigenlijk ook toetsen zodat ze het begrijpen. Dat cirkeltje is heel belangrijk, dat doen we lang niet altijd heel goed.”

4.2.10 Samenwerking disciplines

In alle ziekenhuizen vinden veel interprofessionele samenwerkingen plaats. De kinderadviesraad wordt hier ook in meegenomen in het Beatrix Kinderziekenhuis. In het Beatrix Kinderziekenhuis wordt wel opgemerkt dat het contact met de verpleegkundigen merendeels moet komen vanuit de fysiotherapeuten en dat er over het algemeen duidelijker gecommuniceerd kan worden tussen de verschillende disciplines. Carola Timmer heeft aangegeven dat het personeel goed voorgelicht moet worden in wat de mogelijkheden zijn en waar goed aan gedacht moet worden qua beweging bij de patiënt. Zij wil hier meer aansturing in zien en iets structureels.

4.2.11 Beste beweegzorg

In het Beatrix Kinderziekenhuis vinden Carola Timmer en Britt Sijbolts het prettig dat veel pedagogische medewerkers meedenken in de zorg. Ook het feit dat artsen en verpleegkundigen proberen om de verbinding tussen allerlei afdelingen te houden, vindt Carola Timmer erg goed. Daarnaast is de aanwezigheid van fietsjes op de afdelingen een veelgebruikte faciliteit voor de pre-school leerlingen. In het Prinses Máxima Centrum probeert iedereen van het personeel de allerbeste zorg te geven en willen zij altijd de zorg verbeteren. De beweegzorg is al goed, maar Danique Agterberg geeft aan dat het altijd beter kan. In het Wilhelmina Kinderziekenhuis zijn zij trots op het kinderbewegingscentrum en het

programma WKZ Sportief. Het programma van de vroegmobilisatie is in Sophia Kinderziekenhuis een programma waar Suzan Moors trots op is. Afsluitend vindt Heleen Maring het goed dat het UMCG zich er steeds bewuster van wordt dat beweegzorg een belangrijk onderdeel is en dat steeds meer afdelingen met beweegzorg bezig zijn.

Op de vraag wat volgens de geïnterviewden de beste beweegzorg is, wordt wisselend antwoord gegeven. Volgens Carola Timmer stimuleert de beste beweegzorg de opgenomen patiënten zo maximaal mogelijk op hun niveau om zelfstandig te bewegen op een afdeling. Danique Agterberg vindt dat alle kinderen op hun eigen niveau moeten kunnen bewegen en uitgedaagd moeten worden om te bewegen. Er zijn hier voornamelijk voldoende faciliteiten voor nodig en gemotiveerd personeel met goede kennis en kunde. Erik Hulzebos vindt ook dat er inderdaad personeel nodig is welke bewegen met een warm hart toedragen en verstand van zaken hebben. Daarnaast moet er niet alleen op bewegen gelet worden, maar voeding en herstel is ook van groot belang volgens Erik Hulzebos. Het bewegen, rust, voeding en herstel moet goed in het dagprogramma meegenomen worden. Suzan Moors geeft aan dat kinderen voldoende ruimte moeten hebben om te kunnen bewegen, dat er voldoende personeel is, dat de cultuur op de afdelingen goed is en dat er genoeg materiaal is wat ook onderhouden wordt. Britt Sijbolts vindt het belangrijk dat er voor elke leeftijdscategorie faciliteiten zijn, zodat de patiënten kunnen bewegen. Ook het updaten van de 'twister' in de hal is een goede zet of dat deze omgetoverd kan worden tot een binnenspeeltuin.

Er zijn uit de interviews verschillende tips naar voren gekomen voor het optimaliseren van de beweegzorg in het Beatrix Kinderziekenhuis 2.0. Het is van belang dat er op alle vlakken binnen het ziekenhuis bewegen wordt aangeboden en dat de beweegzorg voorop staat. De patiënten kunnen dan ook bewegen op de momenten dat er geen fysiotherapeuten of andere zorgverleners aanwezig zijn. De omgeving moet daarnaast zo ingericht worden dat deze uitdaagt tot bewegen en actief te blijven. In de kamers moet er ook gerealiseerd worden dat de patiënten aangepast per leeftijdscategorie vrij kunnen bewegen. Verder moeten de materialen tegen een stootje kunnen. Indien dit niet kan, moeten deze materialen beschermd zijn zodat deze niet kapot gaan. Het veranderen van de kamers naar eenpersoonkamers is wel echt een goede stap volgens Britt Sijbolts en volgens haar moet dit zeker worden meegenomen in het Beatrix Kinderziekenhuis 2.0.

4.2.12 Samenvatting resultaten interviews

De definitie van beweegzorg is erg extern gericht. De definitie voor het bewegend functioneren moet duidelijk aantonen welke vorm van participeren wordt bedoeld en de definitie voor innovaties in de beweegzorg moet meer de aandacht leggen op de leefstijl van de patiënten.

Het patiëntendossier is voor alle zorgverleners zichtbaar, waarbij de diagnostiek ten aanzien van het bewegend functioneren van de patiënt in het Beatrix Kinderziekenhuis niet goed zichtbaar is voor de verschillende disciplines in het ziekenhuisinformatiesysteem EPIC. Dit staat alleen weergegeven in de notities van de fysiotherapeut. Daarnaast is het dagprogramma ook niet zichtbaar voor de patiënt, familie en verschillende disciplines in het Beatrix Kinderziekenhuis. In het dagprogramma moet de fysieke activiteit, rust, voeding en herstel meegenomen worden.

Er wordt op verschillende manieren gecommuniceerd met de patiënt over zijn of haar bewegend functioneren blijkt uit de interviews. Dit gebeurt voornamelijk via de telefoon, webcam, e-mail, brief, posters, informatieboekjes en schermen.

Om patiënten (on)bewust te beïnvloeden om meer te gaan bewegen, wordt er gebruik gemaakt van verschillende middelen. Dit door goede informatieverstrekking, een uitdagende omgeving en de faciliteiten op de kamer. De intentie van de patiënt om te gaan bewegen speelt hierbij een grote rol. Zorgverleners beïnvloeden deze intentie door middel van interactie, positief taalgebruik, het coachen/voorlichting geven aan ouders, het gebruik van rolmodellen en het creëren van een succesgevoel bij de patiënt. Vanuit het ziekenhuis spelen de faciliteiten, het personeel en de communicatie tussen de zorgverleners een grote rol bij het ondersteunen en uitdagen van de patiënt ten aanzien van zijn of haar

bewegend functioneren. De zorgverleners moeten voorlichting krijgen over het belang van bewegen en welke taken de verschillende disciplines hebben. Zo kunnen de zorgverleners goed onderling afstemmen voor het creëren van de beste beweegzorg. Daarnaast is het van belang dat de zorgverleners een ruimte hebben voor de opslag van oefenmaterialen.

De georganiseerde activiteiten en evenementen zijn niet altijd gericht op het bewegend functioneren van de patiënt, maar op plezier. Voor het organiseren van deze activiteiten en evenementen krijgt het personeel geen aansturing. Buiten de georganiseerde activiteiten en evenementen om worden de patiënten op verschillende manieren begeleid om te bewegen bij de verschillende ziekenhuizen. In het Beatrix Kinderziekenhuis mag er meer aandacht worden besteed aan het stimuleren van beweeggedrag bij patiënten.

Het Beatrix Kinderziekenhuis en het Wilhelmina Kinderziekenhuis geven beiden aan dat de patiënten wel optimaal uitgedaagd kunnen worden, kijkend naar het bewegend functioneren, maar dat het altijd beter kan. In het Prinses Máxima Centrum kunnen zij volgens Danique Agterberg voor vrijwel alle drie de leeftijdscategorieën alles bieden wat er nodig is. Dit geldt ook voor de innovaties. In het Prinses Máxima Centrum zijn veel innovaties doordat het Prinses Máxima Centrum nog een ontwikkelende zorgorganisatie is. In de overige ziekenhuizen zijn er weinig innovaties.

Uit de interviews kwam naar voren dat alle geïnterviewden gebruik maakten van physical literacy. De vijf onderdelen van physical literacy worden over het algemeen mondeling toegelicht en gepeild bij de patiënten. Dit wordt in alle ziekenhuizen persoonlijk aangepast naar de patiënt.

De beste beweegzorg stimuleert de opgenomen patiënten zo maximaal mogelijk op hun niveau om zelfstandig te bewegen op een afdeling. De patiënten moeten daarbij op hun eigen niveau kunnen bewegen en uitgedaagd worden. Om dit te bewerkstelligen zijn er voldoende faciliteiten en gemotiveerd personeel met goede kennis en kunde nodig. Eveneens is het van belang dat er op alle vlakken binnen het ziekenhuis bewegen wordt aangeboden en dat de beweegzorg voorop staat. De omgeving moet daarnaast zo ingericht worden dat deze uitdaagt tot bewegen en actief te blijven. In de kamers moet er ook gerealiseerd worden dat de patiënten aangepast per leeftijdscategorie vrij kunnen bewegen.

4.3 Resultaten deskresearch

De resultaten van de deskresearch staan in dit kopje verder uitgewerkt. Allereerst worden er richtlijnen opgesteld waaraan een ziekenhuis moet voldoen samen met tips voor een beweegvriendelijke omgeving. Vervolgens worden er tips gegeven voor het stimuleren van de zelfredzaamheid van de patiënten. Dit vloeit over in informatie over patiënten met een chronische aandoening(en). Verder is het beweeggedrag van de patiënten toegelicht vanuit de theorie samen met de regels voor het medisch dossier. Eveneens zijn implementaties uit ziekenhuizen toegelicht samen met theorie waarom innovaties van belang zijn in de ziekenhuisomgeving. Afsluitend is er een korte samenvatting geschreven van de resultaten uit de deskresearch.

4.3.1 Inrichting ziekenhuis

In het UMC Utrecht worden patiënten gestimuleerd om te bewegen door aantrekkelijke gangen waar kunst- en interactieve wandelroutes voor afleiding zorgen. Daarnaast worden gezamenlijke lunches georganiseerd, zijn er op elke afdelingen activiteitenruimtes, worden er beweegplannen gemaakt en worden uitjes gestimuleerd (UMC Utrecht, z.d.-a). In het Antonius ziekenhuis zijn er momenteel drie beweegprogramma's gaande en er zijn twee wandelroutes ontwikkeld. De programma's zijn afgestemd op de mogelijkheden van de patiënt. Het eerste programma is voor patiënten die niet uit bed kunnen of mogen. Zij krijgen eenvoudige oefeningen waarmee ze zoveel mogelijk actief blijven. Het tweede programma is voor patiënten die op de kamer zelfstandig oefeningen kunnen doen. Het derde programma is voor patiënten die door het ziekenhuis kunnen en mogen lopen (Antonius ziekenhuis, 2017). De twee wandelroutes kunnen de patiënten zelfstandig lopen of met begeleiding van familie, bezoek en vrijwilligers. Daarnaast heeft het Antonius ziekenhuis een beweeghoek gemaakt op een

afdeling. Hier staat een hometrainer en oefenmaterialen waar veelvuldig gebruik van wordt gemaakt (Antonius ziekenhuis, 2017). In het Rivierland ziekenhuis hebben zij een Kwiek Beweegroute welke uit duidelijke en aansprekende pictogrammen bestaat die patiënten stimuleren om te bewegen. Hierbij maken zij gebruik van bestaande bankjes en railings, want bewegen kun je overal volgens Ziekenhuis Rivierland (2019).

Hoyng & Sluimer (2020a) stimuleren deze ontwikkelingen in ziekenhuizen. Hoyng & Sluimer (2020a) geven namelijk aan dat er meerdere plezierige ervaringen tijdens het lopen moeten worden aangebracht in een gebouw om beweeggedrag te stimuleren. Hierbij moet het oog en oor geprikkeld worden door kleur, textuur, grootte, stijl, karakter en andere vormen van onderscheiding (Hoyng & Sluimer, 2020a). Van den Dool (2015) geeft aan dat 'speldenprikjes' ook gedrag sturen. Een voorbeeld hiervan is pijlen die naar de trap wijzen in plaats van de lift.

Een ziekenhuis moet toegankelijk zijn. Haug (2011) heeft richtlijnen opgesteld waaraan een ziekenhuis moet voldoen, gericht op kleine mensen en kinderen. Deze gegevens van de richtlijnen zijn gebaseerd op praktische ervaringen, wensen en ideeën van patiënten zelf en op ervaringen van ziekenhuismedewerkers (Haug, 2011). Twee richtlijnen welke van toepassing kunnen zijn in het Beatrix Kinderziekenhuis 2.0, zijn hieronder weergegeven.

1. Er zijn meerdere stoelen voor kleine mensen en kinderen (zithoogte tussen 0,3 tot 0,35 m).
2. Speelruimte voor kinderen zijn gesitueerd naast openbare zithoeken en wachtruimten.

De kwaliteitscriteria in de ziekenhuizen is ook belangrijk. De kwaliteitscriteria van Haug (2011) is vanuit het patiëntenperspectief onderverdeeld naar het proces dat de patiënt doorloopt als hij of zij naar het ziekenhuis gaat. De zes kwaliteitscriteriums zijn hieronder weergegeven samen met de belangrijkste punten welke toepasbaar kunnen zijn in het Beatrix Kinderziekenhuis 2.0:

1. Naar het ziekenhuis.
2. In het ziekenhuis.
 - a. Verblijf in het ziekenhuis.
 - i. Patiënten worden na opname zo veel mogelijk verpleegd in eenpersoonkamers.
 - ii. Er zijn mogelijkheden voor ontspanning en beweging.
 - iii. Er zijn mogelijkheden voor de patiënt om zich terug te trekken.
3. Uit het ziekenhuis.
4. Organisatie van het ziekenhuis.
5. Patiëntenrechten in het ziekenhuis.
 - a. Fysieke omgeving en voorzieningen.
 - i. De inrichting is prettig, gebruiksvriendelijk en overzichtelijk.
 - ii. Er hangt een prettige sfeer en/of een aangenaam klimaat.
 - iii. Er zijn voorzieningen voor specifieke doelgroepen.
 - iv. Er zijn voldoende ontspanningsmogelijkheden.
 - v. Er is een prettige buitenruimte.
 - b. Wachtruimten.
 - i. Er is voldoende afleiding.
 - ii. Er is een speelhoekje voor kinderen.

Hoyng (2019b) heeft verschillende tips gegeven voor het inrichten van een gebouw. De best toepasbare tips voor in het Beatrix Kinderziekenhuis 2.0 zijn geselecteerd:

- Biedt variatie door verschillende kleur- of lichtstemmingen: natuurlijk/artificieel, warm/koud, sterk/zwak, activerend/rustgevend, enzovoort.
 - o De Vries (2017) heeft hierover aangegeven dat kleuren voor in de zorgsector een helende werking kunnen hebben en/of het herstelproces van patiënten kunnen versnellen. Het toepassen van kleuren in het interieur en kleding van zorgprofessionals kan de stemming van de patiënt positief veranderen en bijdragen aan stressvermindering. Het gebruiken van heldere en vrolijke kleuren op kinderafdelingen houden kinderen kalm en verminderen stress bij volwassenen. Het combineren van

raamdecoraties, accessoires en meubelstoffering kan angst en irritaties verminderen. In Bijlagenboek Bijlage O, Tabel 4 staan de betekenissen van de kleuren kort weergegeven.

- Creëer informele plekken voor persoonlijke interactie in de buurt van hoofdroutes.

Routes in het gebouw:

- Zorg voor goede verbindingen tussen binnen en buiten.
- Prikkel de zintuigen langs routes door het gebouw. Gebruik daarvoor kleur, aangename materialen, kunstobjecten, muziek en beplanting.
- Plaats bewegwijzering met informatie richting voorzieningen, trappen en looproutes (ook buiten gebouw, naar voorzieningen zoals het park, winkels, de sporthal).
- Voorzie routes van herkenbare signalering (bijvoorbeeld bordjes, voetstappen, gekleurde lijnen) en afstandsmarkeringen.
- Gebruik materialen die je eenvoudig kunt schoonmaken.

Trappen en liften in het gebouw:

- Plaats motiverende boodschappen op borden of traptreden.
- Voorzie trappen van antislip en gebruik contrastkleuren.
- Plaats stickers in of op de lift die het belang van bewegen benadrukken.

In Bijlagenboek Bijlage N, Afbeelding 3 staat een voorbeeld van een trap, waarbij de trap mensen motiveert en stimuleert om de trap te nemen.

(Sport)voorzieningen in het gebouw:

- Zorg voor bewegwijzering naar aantrekkelijke bestemmingen in het gebouw zoals een dakterras met fraai uitzicht, stilteruimtes of binnenterreinen.
- Zorg voor kleed- en doucheruimtes.
- Overweeg gemeenschappelijke ruimtes voor fysieke inspanning. Zorg dat deze ruimtes zichtbaar zijn, dat ze uitzicht hebben op natuur of andere menselijke activiteiten en dat er centrale informatie is over de beschikbaarheid van deze voorzieningen.

Om een stedelijke omgeving te herontwerpen om bewegen, spelen, sporten en gezondheid een grotere rol te laten spelen, is volgens Hoyng & Sluimer (2020b) een methode ontwikkeld die vijf dimensies kent. Deze methode heet City at Eye level methodiek. Deze methodiek is gericht op de begane grond en op plinten. Deze vijf dimensies zijn goede punten om rekening mee te houden voor het ontwerp van het Beatrix Kinderziekenhuis 2.0.

1. Walkability: de mate van beloopbaarheid voor de grote groep gebruikers.
2. Wayfinding: elementen die mensen helpen de weg te vinden en de vervolgroute te bepalen.
3. Menselijke maat: dit gaat over het rekening houden met hoe onze zintuigen op een positieve manier geprikkeld worden in het stedelijk ontwerp.
4. Inclusiviteit: iedereen moet letterlijk in staat zijn om de straten en openbare ruimte te gebruiken.
5. Eigenaarschap: dit zorgt ervoor dat mensen daadwerkelijk gaan bewegen in de openbare ruimte.

4.3.2 Bewegvriendelijke omgeving

Naast de richtlijnen en kwaliteitscriteria van het ontwerp van een ziekenhuis, tips voor het ontwerpen van een gebouw en de vijf dimensies voor het ontwerpen van een stedelijke omgeving, is het van belang dat het Beatrix Kinderziekenhuis 2.0 ook een beweegvriendelijke omgeving uitstraalt. Cammelbeeck et al. (2015) hebben tips ontwikkeld voor het ontwerpen van een beweegvriendelijke omgeving. De tips welke toepasbaar kunnen zijn in en rondom het Beatrix Kinderziekenhuis 2.0, zijn geselecteerd.

- Bankjes en groenvoorziening verhogen de verblijfskwaliteit.
- Gebruik de zonnige kant van de straat of het plein voor een beter resultaat.
- Houd rekening met de verschillende doelgroepen en de wensen van hen. Kijk hierbij naar de speelbehoeftes per leeftijdscategorie.
- Toegankelijkheid, herkenbaarheid, bereikbaarheid en veiligheid zijn ontzettend belangrijk.
- Maak de playgrounds multifunctioneel.

- Bijzondere ontwerpen dragen vaak bij aan de herkenbaarheid en aantrekkelijkheid van een openbare ruimte.

Uit onderzoek van Busch (2019) blijkt dat een beweegvriendelijke omgeving de lichamelijke activiteit van de mens stimuleert. Hoyng & Van Eck (2019) geven aan dat een beweegvriendelijke omgeving onder andere bijdraagt aan:

- Minder overgewicht, wat leidt tot een langere levensverwachting en minder ziektes.
- Minder zorgkosten door een betere lichamelijke gezondheid.
- Betere geestelijke gezondheid vanwege minder stress en wat leidt tot een beter zelfbeeld.
- Betere ontwikkeling van kinderen op het vlak van bijvoorbeeld hun motorische ontwikkeling, zorgeloos buiten spelen en frisse lucht inademen.
- Een socialer klimaat voor jong en oud, omdat de omgeving aantrekkelijker is om er tijd in door te brengen en elkaar te ontmoeten. Een aantrekkelijke leefomgeving is een hulpmiddel voor ouderen om onder andere eenzaamheid en afzondering tegen te gaan.

Uit onderzoek van De Jong, Hoyng & Takken (2017) blijkt dat een natuurlijke omgeving ook een positief effect heeft op de mate van fysieke actiefheid, stressreductie, het mentaal welbevinden, overgewicht en obesitas. Doordat een natuurlijke omgeving, en dus buitenspelen, een positief effect heeft op de fysieke activiteiten en fysieke competenties van kinderen, heeft Boon (2020) playscapes ontwikkeld. Deze playscapes zijn voornamelijk voor kinderen onder zes jaar en playscapes zorgen ervoor dat kinderen spontaan en ongestructureerd gaan spelen.

“Younger children generally find it hard to adhere to rules and structure and tend to be physically active in an unstructured and spontaneous way” (Boon, 2020, pp. 10-11).

Door het ontwerp van playscapes streefde Boon (2020, p. 21) ernaar om de kinderen in staat te stellen fysiek actief te zijn in de manier waarop ze anders zouden genieten bij het buitenspelen. Voor het ontwikkelen van playscapes in een ziekenhuisomgeving zijn er drie speelkwaliteiten die relevant zijn voor de fysieke activiteit bij kinderen. Namelijk lichamelijk spelen (bodily play), verspreid spelen (dispersed play) en vrij spelen (free play).

- Lichamelijk spelen is vol lichaamsbewegingen waarbij kinderen gebruik maken van de grote spieren. Zoals in een boom klimmen. Lichamelijk spel is belangrijk bij de ontwikkeling van de fysieke competentie.
- Onder verspreid spelen wordt het spelen voorbij grenzen van een speelgebied verstaan. Kinderen nemen bijvoorbeeld bomen en struiken ook graag mee bij het spelen in een speeltuin. Verspreid spelen is relevant voor voortbeweging en het ontwikkelen van ruimtelijke bewustzijn. Daarnaast stelt verspreid spelen kinderen in staat om hun spelverhalen uit te breiden.
- Vrij spelen is ongestructureerd, spontaan en zelfgestuurd spelen. Een bos heeft bijvoorbeeld geen regels en biedt veel kansen voor kinderen om te spelen zonder structuur. Vrij spelen biedt kinderen kansen voor het nemen van besluiten, oplossen van problemen, creatief denken en sociale interactie (Boon, 2020, pp. 31-33).

In Bijlagenboek Bijlage N, Afbeelding 4 staat een voorbeeld van een playscape.

In het Medisch Spectrum in Twente hebben zij een interactieve playground geopend, Airplay. Een voorbeeld van een interactieve playground is weergegeven in Bijlagenboek Bijlage N, Afbeelding 5. Het doel van de playground in het Medisch Spectrum in Twente was om jonge astmapatiënten meer in beweging te krijgen (ICT & Health, 2019a).

“Door de inzet van games en technologie moeten kinderen met astma worden gereactiveerd, sociaal gemotiveerd en met behulp van ‘games’ alles leren over bewegen en zelfmonitoring.” (ICT & Health, 2019a).

De ervaringen met de playground zijn positief. Projectleider Monique Tabak heeft aangegeven dat jonge astmapatiënten het leuk vinden om samen te bewegen. Zij ervaren hierbij dat bewegen niet eng is, maar leuk en veilig. Dit verlaagt voor de patiënten ook de drempel om op school of thuis mee te doen aan sport (ICT & Health, 2019a). Bij Holomoves in Utrecht krijgen patiënten een Augmented Reality (AR)-bril te leen. Het doel van deze AR-bril is om patiënten te informeren over het belang van bewegen en om de patiënten daadwerkelijk te laten bewegen (ICT & Health, 2019b). De patiënten blijven volgens ICT & Health (2019b) meer therapietrouw en ervaren bewegen als leuk door het aanbieden van aantrekkelijke games. Naast Holomoves in Utrecht, welke werken met een AR-bril, zijn er veel andere ziekenhuizen welke gebruik maken van een Virtual Reality (VR)-bril. Enkele voorbeelden van ziekenhuizen welke gebruik maken van een VR-bril, zijn het Bravis ziekenhuis, het Catharina ziekenhuis, het Maasziekenhuis Pantein en het St. Antonius ziekenhuis. Een VR-bril draagt bij aan het vergroten van het comfort van de patiënt tijdens de behandeling waarmee pijn en angst wordt verminderd (Bravis ziekenhuis, 2021; Catharina, 2019; Maasziekenhuis Pantein, 2020; St Antonius, 2020). De AR-brillen en VR-brillen zijn inzetbaar voor klinische- en poliklinische patiënten. Playscapes, playgrounds, Ar-Brillen en VR-brillen hebben een positief effect op het bewegend functioneren van de patiënt.

4.3.3 Zelfmanagement

Het menselijk brein heeft voortdurend twee onafhankelijke systemen actief. De emotionele kant welke instinctmatig is, pijn voelt en plezier heeft. De rationele kant is het deel van het menselijk brein wat zaken afweegt en analyseert (Van Schie & Steenbergen, 2018). Beide kanten zijn voortdurend met elkaar in 'strijd'. Indien gedrag veranderd moet worden, moet er een beroep gedaan worden op beide kanten. Volgens Van Schie & Steenbergen (2018) moet je dan denken aan de sociale omgeving, maar vooral aan de fysieke omgeving. Een omgeving kan mensen stimuleren tot bewegen, indien het beweeggedrag niet wordt belemmerd door de omgeving.

Om bij patiënten het belang van bewegen aan te geven is het goed om de houding ten aanzien van bewegen te bespreken net zoals het bespreken van de motivatie van de patiënt om zelfstandig een actieve leefstijl aan te (blijven) houden (Voogdt, 2015). Daarnaast moet de eigen effectiviteit van de patiënt ook goed besproken worden. Dit zijn de fysieke, psychische en cognitieve mogelijkheden om zelfstandig een actieve leefstijl aan te houden. Het vragen naar behoefte voor ondersteuning bij zelfmanagement mag ook niet vergeten worden volgens Voogdt (2015). Bovenstaande gespreksonderwerpen gelden voor zowel klinische patiënten als poliklinische patiënten. Om het zelfmanagement van patiënten te ondersteunen en stimuleren wordt er bij de ziekenhuislocatie Scheper, onderdeel van Treant Zorggroep, functionele zorg geboden. Dit is gericht op het functiebehoud van de patiënt. Deze aanpak richt zich op zelfredzaamheid, samenredzaamheid en zelfregie (Treant Zorggroep, 2017).

- Zelfredzaamheid: het vermogen om dagelijkse activiteiten (zoals wassen en aankleden) zelfstandig, dus zonder professionele hulp, uit te voeren.
- Samenredzaamheid: het bevorderen van de informele zorg.
- Zelfregie: de patiënt stelt zijn mogelijkheden en kracht centraal.

Deze aanpak is omgezet in een bewegingsprogramma waarbij de patiënten worden ingedeeld van functieniveau A tot F. Functieniveau A staat voor een bedlegerige patiënt, terwijl een patiënt met functieniveau F mobiel is en zelfstandig taken uit kan voeren. Het functieniveau staat vermeld op een gekleurde taakkaart, die bij het bed van de patiënt wordt opgehangen. Zo weet iedereen waartoe de patiënt in staat is om te mobiliseren en welke hulp daarbij noodzakelijk is (Treant Zorggroep, 2017). Daarnaast hebben alle betrokken disciplines de taak om de patiënt te stimuleren om in beweging te komen.

Een andere interventie om de actieve leefstijl van de patiënten te onderhouden en/of bevorderen is de Beweegcirkel. De Beweegcirkel ondersteunt, stimuleert en begeleidt de patiënt stapsgewijs, samen met een professional, om meer te gaan bewegen (Willemsen, 2020b). De Beweegcirkel bestaat uit vijf stappen welke gebaseerd zijn op verschillende gedragstheorieën en -methodieken. Deze vijf stappen maken het de professional makkelijker om het gesprek aan te gaan met de patiënt om meer te gaan bewegen. Aan

de hand van invuloefeningen en voorbeelden wordt er door de professional en patiënt samen aan een plan gewerkt. In Bijlagenboek Bijlage P, Afbeelding 1-4 staat het werkblad van de Beweegcirkel weergegeven. De Beweegcirkel is toepasbaar voor klinische- en poliklinische patiënten.

Bij de Beweegcirkel draait het allereerst om het in kaart brengen hoeveel iemand beweegt op een dag. Dit wordt onderverdeeld in de ochtend, middag en avond. Dit is stap één. Deze stap kan de patiënt laten inzien dat hij of zij meer moet gaan bewegen. Om te bepalen welke beweegactiviteiten de patiënt kan gaan doen, krijgt de patiënt in stap twee van de professional verschillende beweegactiviteit voorbeelden aangereikt welke bij de Beweegcirkel zijn toegevoegd. Dit zijn activiteiten voor in huis (of het ziekenhuis), om huis en buitenshuis. Door de voorbeelden zien de patiënten in dat zij meer kunnen bewegen op een dag. Vervolgens wordt bij stap drie gekeken of de activiteiten in de patiënt zijn of haar dag passen. Hierbij wordt de dagindeling van stap één meegenomen. Vervolgens wordt er in stap vier gekeken welke hulpmiddelen of ondersteuning de patiënt nodig heeft indien de patiënt moeite heeft met het nakomen van beweeggedrag. Na enkele tijd wordt besproken of de patiënt toe is aan een vervolgstap. Indien dit niet het geval is, krijgt de patiënt tips om zich te houden aan het beweegplan. Anders krijgt de patiënt een andere activiteit, andere omgeving of andere frequentie. Dit gebeurt in stap vijf (Willemsen, 2020b).

Tamara Spitters werkt als PhD student op de afdeling IQ healthcare in het Radboud UMC in Nijmegen en op de afdeling Reumatologie in een ziekenhuis in Uden. Voor haar is de Beweegcirkel een hulpmiddel om het gesprek over bewegen meer te structureren (Kenniscentrum sport & bewegen, 2020).

Sommige mensen denken dat ze al heel veel bewegen, terwijl dit in de praktijk anders is. Ook het omgekeerde komt voor. Voor mensen met een chronische aandoening is het belangrijk om hun activiteiten te spreiden over de dag. De Beweegcirkel biedt hier mogelijkheden toe. (Kenniscentrum sport & bewegen, 2020)

Het zelfmanagement van de patiënt speelt bij bovenstaande interventies en bij alle andere interventies een grote rol. Voor een goede zorgverlener is het essentieel dat de zorgverlener het zelfmanagement van de patiënt ondersteunt. Volgens CBO (2014) zijn er vijf stappen nodig voor de zorgverlener om de patiënt te ondersteunen bij zijn of haar zelfmanagement:

1. Achterhalen: de actuele situatie wordt in kaart gebracht. De patiënt geeft zijn of haar ervaringen en behoeften aan.
2. Adviseren: de bevindingen van de patiënt worden verklaard en er wordt informatie op maat gegeven.
3. Afspreken: de patiënt wordt ondersteund met het stellen van haalbare doelen en kom tot een gedeelde besluitvorming.
4. Assisteren: het omgaan met persoonlijke barrières is een van de taken waar de zorgverlener de patiënt bij helpt. De andere taak is het bieden van ondersteuning waar nodig.
5. Arrangeren: er wordt een specifiek plan gemaakt voor de komende tijd.

Om het zelfmanagement van de patiënt te ondersteunen, wordt er veel gebruik gemaakt van persoonsgerichte zorg. Daarnaast zijn verschillende zorgverleners nodig om zo goed mogelijk een patiënt met een chronische ziekte te ondersteunen. Zelfmanagementondersteuning dient hierbij aandacht te besteden aan het leven met de ziekte, het eigen aandeel van de patiënt in de zorg (CBO, 2014). Het ondersteunen van het zelfmanagement van de patiënt levert daarbij een voordeel op voor mensen met een chronische aandoening, wat tevens kan leiden tot minder gebruik van professionele zorg en lagere zorgkosten (CBO, 2014). Patiënten met een chronische ziekte kunnen klinische- en poliklinische patiënten zijn.

Zelfmanagement is het zodanig omgaan met de chronische aandoening (symptomen, behandeling, lichamelijke, psychische en sociale consequenties en bijbehorende aanpassingen in leefstijl) dat de aandoening optimaal wordt ingepast in het leven. Zelfmanagement betekent dat mensen met een chronisch ziekte zelf kunnen kiezen in hoeverre men de regie over het leven in eigen hand wil houden en mede richting wil geven aan hoe beschikbare zorg wordt ingezet, om een optimale kwaliteit van leven te bereiken of te behouden. (CBO, 2014)

4.3.4 Patiënten met chronische aandoening(en)

Voor mensen met een chronische aandoening kan de angst voor het verergeren van de gezondheidsproblemen belemmerend zijn voor het sport- en beweeggedrag (Hoogendoorn & De Hollander, 2016). In Bijlagenboek Bijlage O, Tabel 5 staat een overzicht van de belemmeringen en drijfveren voor mensen met een chronische aandoening, lichamelijke beperking of verstandelijke beperking. Daarnaast staat er ook in vermeld hoe de belemmeringen weggenomen kunnen worden volgens Hoogendoorn & De Hollander (2016).

Evenals CBO (2014) en Hoogendoorn & De Hollander (2016), geeft Voogdt (2015) ook aan dat (beweeg)zorgprofessionals patiënten met een chronische aandoening moeten ondersteunen, coachen en stimuleren tot het voeren van eigen regie over hun beweeggedrag. Voogdt (2015) geeft verder aan dat het beweeggedrag van de patiënt wordt bepaald door zijn of haar attitude, eigen effectiviteit, kennis en motivatie ten aanzien van bewegen. Indien de patiënt niet voldoende zelfmanagementvaardigheden heeft om zijn of haar beweeggedrag aan te passen, is het van belang dat de patiënt vanuit de zorg daarin wordt ondersteund (Voogdt, 2015).

Een manier om de eigen regie van patiënten te versterken en de autonomie en het zelfmanagement van patiënten te ondersteunen gebeurt door gezamenlijke besluitvorming. In dat proces wordt de patiënt optimaal geïnformeerd over de mogelijke opties van (beweeg)interventies, de voor- en nadelen van de opties en de kans dat deze voor- en nadelen optreden. Verder gaat de (beweeg)zorgprofessional na wat de voorkeuren, wensen en verwachtingen van de patiënt zijn om uiteindelijk gezamenlijk tot een beslissing over de beweegzorg te komen. De meerwaarde van gedeelde besluitvorming leidt ertoe dat de patiënt onder andere meer betrokken is, beter geïnformeerd is en mogelijk (in eigen omgeving) meer therapietrouw vertoont (Voogdt, 2015).

In 2011 hebben patiëntenorganisaties in het kader van het programma Kwaliteit in Zicht zes kwaliteitscriteria voor beweegzorg bij mensen met een chronische aandoening opgesteld, welke overeenkomen met het onderzoek van Voogdt (2015). Deze zes punten staan hieronder samengevat:

1. De beweegzorgprofessional is deskundig op het gebied van sport en bewegen in relatie tot de chronische aandoening.
2. De beweegzorg wordt op maat gegeven.
3. De beweegzorg moet eenvoudig toegankelijk en laagdrempelig zijn.
4. Er is sprake van een goede samenwerking tussen beweegzorgprofessionals, beweegzorgprofessionals in het publieke domein en de patiënten(organisatie).
5. De beweegzorg vindt plaats in een begripvolle omgeving.
6. De omgeving waar de beweegzorg plaatsvindt voldoet aan de normen voor veiligheid en hygiëne en is afgestemd op de mogelijkheden van de patiënt met een chronische aandoening (Voogdt, 2015).

Hoogendoorn & De Hollander (2016) sluiten zich hierbij aan. Drijfveren om te gaan sporten voor mensen met een lichamelijke beperking en/of chronische ziekte(n) zijn sociale steun, een vaardige trainer, aanbod op maat en het hebben van kennis over het aanbod van maat. Vanuit de zorg is het hierin van belang dat de zorg handvaten kan bieden aan de doelgroepen om hen door te verwijzen naar een goed sport- en/of beweegaanbod. Het versterken van de verbinding tussen de zorg en het sport- en/of beweegaanbod kan hierbij bijdragen aan succesvolle bewegingsstimulering (Hoogendoorn & De Hollander, 2016).

Uit onderzoek van Boon (2020, p. 10) is gebleken dat kinderen met chronische ziekten vaak een zeer laag niveau van fysieke activiteit hebben tijdens perioden van ziekenhuisopnames. Dit komt doordat kinderen zich angstig kunnen voelen in de ziekenhuisomgeving waardoor zij niet gaan bewegen. Daarnaast kunnen de ouders te overbezorgd zijn waardoor zij hun kind tegenhouden om te bewegen. Verder is het interieur van het ziekenhuis vaak gericht op veiligheid en comfort in plaats van het stimuleren van patiënten om te bewegen. (Boon, 2020, p. 26). Het stimuleren van fysieke activiteit van patiënten kan veel voordelen leveren in de gezondheidszorg en de ontwikkeling van de kinderen. Verder zorgt een fysieke activiteit bij patiënten voor een meer positieve ervaring tijdens de ziekenhuisopname. Momenteel worden veel fysieke activiteiten gegeven welke zijn gebaseerd op bewegen. Patiënten kunnen vaak meedoen aan oefenprogramma's.

Persoonlijke communicatie

Het Beatrix Kinderziekenhuis heeft meerdere poli's voor chronisch zieke kinderen. Op deze poli's speelt de beweegzorg een belangrijke rol. In het Beatrix Kinderziekenhuis zijn zij er druk mee bezig om chronisch zieke kinderen gezonder oud te laten worden. Er wordt namelijk veel onderzoek gedaan naar het ontstaan, verloop en het behandelen van de chronische ziekten met alle aandacht voor de kwaliteit van het leven (UMCG, z.d.-b). Het streven is dat de chronisch zieke patiënten zo normaal mogelijk kunnen participeren met leeftijdsgenoten. Hiervoor worden plannen op maat gemaakt (C. Timmer, persoonlijke communicatie, 26 maart 2021).

Wanneer de chronisch zieke patiënten zijn opgenomen in het Beatrix Kinderziekenhuis, verschilt per aandoening de intensiteit van de behandelrelatie. In het eerste gesprek met de patiënt wordt onder andere de motorische ontwikkeling en het activiteitsniveau van de patiënt in kaart gebracht. Daarnaast is er een beweegnorm van de gezondheidsraad waar de patiënten aan moeten voldoen. Echter blijkt dat gezonde kinderen hier ook vaak niet aan voldoen (C. Timmer, persoonlijke communicatie, 26 maart 2021). De norm van de gezondheidsraad wordt tijdens een polibezoek besproken met de patiënten. Daarnaast wordt bij bepaalde groepen, afhankelijk van de chronische aandoening, regelmatig de spierkracht en het uithoudingsvermogen van de patiënt in kaart gebracht door middel van verschillende testen (C. Timmer, persoonlijke communicatie, 26 maart 2021). Indien de chronische patiënten angst hebben om te bewegen, worden er net zoals de niet-chronisch zieke patiënten gebruik gemaakt van comfort talk (C. Timmer, persoonlijke communicatie, 26 maart 2021).

De patiënten worden gestimuleerd om meer te gaan bewegen door het gebruik van de beweegadviezen van de gezondheidsraad en motivational interviewing. Daarnaast heeft de locatie Beatrixoord (een onderdeel van het UMCG) een bureau sport. Bureau sport denkt mee met de patiënten met een chronische aandoening voor het vinden van een geschikte sport (C. Timmer, persoonlijke communicatie, 26 maart 2021).

4.3.5 Beweeggedrag

Er zijn naast de playscapes ook andere benaderingen om de fysieke activiteit van kinderen te stimuleren. Onder andere 'exergames', 'Head Up Games' en 'open-ended plays'. Exergames vragen een bepaald niveau van inspanning. Head Up Games moedigen sociale interactie aan, stimuleren de fysieke activiteit, ondersteunen aanpasbare regels en creëren een leuke ervaring voor de kinderen. Open-ended plays is het gebied tussen spelletjes en vrij spelen. De kinderen kunnen hun eigen regels en betekenissen geven aan de activiteit. Open-ended plays worden gebruikt om de fysieke activiteit van kinderen te stimuleren (Boon, 2010, pp. 26-27). Een voorbeeld van exergames, Head Up Games en open-ended plays is weergegeven in Bijlagenboek Bijlage N, Afbeelding 6, 7 en 8.

Bij jeugd en jongeren is het van belang dat hen een actieve en gezonde leefstijl wordt aangeleerd voor de rest van hun leven vanwege het belang van een goede motorische ontwikkeling. Een bewegingsachterstand die jeugd en jongeren oplopen, blijft de rest van hun leven merkbaar (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), 2001). Het is dan ook voor gezondheidsprofessionals van belang dat bewegen als middel voor primaire preventie wordt uitgedragen in commissies binnen de medische beroepsorganisaties. Bij revalidatie beïnvloedt sport en beweging namelijk het verloop van de ziekte en het herstel indirect. Sport en beweging heeft een positieve invloed op onder andere het neuromusculaire, cardiovasculaire, respiratoire en metabole systeem en op het voorkomen of verminderen van de secundaire gezondheidsrisico's (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), 2001). Lichamelijke activiteit, indien dit in voldoende mate en op verantwoorde wijze wordt uitgevoerd, kan de duur en de kwaliteit van het leven van de patiënt aanzienlijk doen toenemen (Ministerie van VWS, 2001). Daarnaast moeten volgens De Jong et al. (2017) de ouders van de patiënt ook goed geïnformeerd worden over de invloed die de ouders hebben op het beweeggedrag van hun kinderen. Dit kan ervoor zorgen dat er angsten bij ouders worden weggenomen, waardoor zij hun kinderen sneller laten bewegen en uiteindelijk de kinderen sneller het ziekenhuis kunnen verlaten.

Nu draait het beweeggedrag van de kinderen niet alleen om de soort houding en de beweging, maar ook de duur en intensiteit ervan heeft er mee te maken evenals de momenten wanneer er beweeggedrag plaatsvindt (Bussmann et al., 2012). Dit komt ook terug in de Nederlandse Norm Gezond Bewegen (Van der Lucht & Polder, 2010). Een vorm van beweeggedrag wat sterk wordt geassocieerd met een verhoogd gezondheidsrisico is sedentair beweeggedrag. "Sedentair beweeggedrag kenmerkt zich door het langdurig aannemen van passieve houdingen zoals liggen en zitten en een gemiddeld laag niveau van energiegebruik" (Bussmann et al., 2012). Zorgverleners kunnen dit sedentair gedrag voorkomen door de volgende tips mee te nemen tijdens hun werkdag:

- Stimuleer de patiënt om gewone kleding te dragen.
- Wees helder naar de patiënt over de gevolgen van weinig beweging, zodat de patiënt het nut van bewegen inziet.
- Neem niet alle zorg uit handen van de patiënt: laat de patiënt doen wat hij zelf kan.
- Laat de patiënt wanneer mogelijk niet eten in bed, maar aan tafel.
- Maak een schema voor de patiënten waaruit duidelijk wordt wanneer zij moeten bewegen.
- Stimuleer de bezoekers van de patiënt, zodat zij met de patiënten gaan lopen.
- Zorg dat je zelf genoeg kennis hebt over het belang van bewegen, zodat je dit uit kan leggen aan de patiënt.

Hitters (2015) heeft onderzoek gedaan naar gedragsverandering bij 'moeilijke groepen'. Onder moeilijke groepen wordt verstaan: mensen die wel een positieve intentie hebben om te gaan sporten en bewegen, maar er desondanks niet aan toe komen. Het zijn niet noodzakelijkerwijs allochtonen, mensen met een handicap, ouderen of lager opgeleiden, maar de kans dat zij hier bij horen is wel groter (Van den Dool, 2015). Uit zijn tips zijn twee goede tips geselecteerd welke eventueel toepasbaar zijn in het Beatrix Kinderziekenhuis 2.0. De eerste tip is om de sociale en fysieke omgeving te beïnvloeden of te veranderen. Hierbij is het van belang om onderzoek te doen naar de doelgroep. De sociale en fysieke omgeving wordt in kaart gebracht en er wordt gekeken welke invloed dit heeft op hun (beweeg)gedrag. De omgeving kan daarna beïnvloed of veranderd worden. Daarnaast moet er gebruik gemaakt worden van het feit dat mensen graag ergens bij horen en 'het goed willen doen' om goedkeuring van voor hen belangrijke personen te krijgen (Hitters, 2015). Gehandicaptensport Nederland (2020) sluit zich aan bij het feit dat de sociale en fysieke omgeving van mensen een directe invloed heeft op hun sport- en beweeggedrag. De omgeving kan iemands motivatie verhogen. Daarnaast kan een verandering in de omgeving een invloed hebben op hoe beweegvriendelijk iemand zijn of haar omgeving waardeert. Volgens Gehandicaptensport Nederland (2020) is dit een samenspel van hardware, software en orgware. De tweede tip voor gedragsverandering bij 'moeilijke groepen' is om eerst te werken aan andere problemen van de patiënt volgens Hitters (2015).

Wilskracht is als een spier; deze kan uitgeput raken. Gewoonten op uitsluitend wilskracht doorbreken lukt vrijwel niemand. We hebben een beperkte hoeveelheid ruimte/wilskracht om bewust (ander) gedrag in te zetten (Hitters, 2015).

Om aan te geven waarom de samenwerking tussen hardware, software en orgware zo belangrijk is, staat hieronder een quote weergegeven.

Neem een patiënt in een ziekenhuis. Je beschikt over (alweer) een mooie kamer met de meest moderne medische apparatuur. En dan is het aan jou om (nog) iets te maken van je leven. Daarvoor is orgware nodig. Langdurig zieke mensen hebben orgware nodig. Het talent om de zinloosheid van het resterende leven zo goed en zo kwaad mogelijk te verbergen, ja zelfs te doen verdwijnen. (Melancholia, 2009)

Hoyng & Van Eck (2019) geven ook aan dat hardware, software en orgware in balans moeten zijn. De fysieke omgeving is van belang om mensen te faciliteren om te kunnen bewegen. Het hebben van een georganiseerd aanbod en ondersteuning kan niet ontbreken. Daarnaast is het beheer, toezicht en onderhoud van de fysieke omgeving ook van belang. Pas als alle drie de componenten in balans zijn, kan beweeggedrag gemaximaliseerd worden volgens Hoyng & van Eck (2019).

4.3.6 Medisch dossier

Hulpverleners moeten uit het medisch dossier van de patiënt kunnen begrijpen wat de medische achtergrond en situatie van de patiënt is.

Artsen hebben hierbij de plicht om een medisch dossier bij te houden met betrekking tot de behandeling of begeleiding van een patiënt. Deze plicht rust in de eerste plaats op behandelend artsen. Voor beoordelend artsen geldt deze plicht zo ver mogelijk in gelijke zin, maar geldt in de regel een kortere bewaarplicht. (KNMG, 2020)

In het medisch dossier wordt de gezondheid van de patiënt genoteerd eveneens als de uitgevoerde verrichtingen van de arts. Het medisch dossier van de patiënt moet zorgvuldig worden bijgehouden om de continuïteit en kwaliteit van de zorg aan de patiënt te waarborgen. De patiënt heeft hierbij het recht om zijn of haar medisch dossier in te zien.

4.3.7 Implementaties

In het UMC Utrecht hebben zij een multidisciplinair beweegplan geïmplementeerd in de dagelijkse zorg op de verpleegafdeling Geriatrie. In Bijlagenboek Bijlage O, Tabel 6 staan de verschillende interventies op hardware, orgware en software niveau uitgeschreven. De implementatie van het beweegplan heeft positieve effecten op de patiënten. Er werd meer op een stoel gezeten en er werd minder tijd in bed doorgebracht. Daarnaast brachten de patiënten meer tijd door in de woonkamer en hadden de patiënten meer contact met elkaar (Bakker et al., 2018).

In het VieCuri Medisch Centrum hebben zij een beweegwijzer geïmplementeerd. De beweegwijzer hangt naast het bed van de patiënt en de verpleegkundige of fysiotherapeut geeft met magneten aan wat de patiënt mag en kan (VieCuri, z.d.). Er zijn vier magneten en deze kunnen in de cirkel worden geplaatst. De beweegwijzer staat in Bijlagenboek Bijlage N, Afbeelding 9.

In het UMCG hebben Van den Berg & Groen (persoonlijke communicatie, 30 december 2020) een mobiliteitsschema geïmplementeerd op de nefrologieafdeling. Het mobiliteitsschema liet bezoek, zorgverleners en de patiënt zelf zien wat het mobiliteitsniveau van de patiënt is. Ook staan de hulpmiddelen en de supervisie bij het mobiliseren aangegeven op het mobiliteitsschema. Het geïmplementeerde mobiliteitsschema staat in Bijlagenboek Bijlage N, Afbeelding 10. Uit hun onderzoek

kwam naar voren dat het geïmplementeerde mobiliteitsschema een positief effect had op het beweeggedrag van de patiënten. Er was een verschil van 28,6% in het niet-sedentaire gedrag tussen de retrospectieve groep en de experimentele groep. Er is wel een goede implementatie nodig voor het gebruik van een mobiliteitsschema.

4.3.8 Innovaties

Volgens Joosten (2015) zijn er enkele ontwikkelingen die aangeven dat er vernieuwing in de gezondheidszorg nodig is. Namelijk een groeiend tekort aan personeel, assertieve en beter geïnformeerde patiënten, toenemende levensverwachtingen, tekort aan financiële middelen, technologische ontwikkelingen en betere gezondheidszorg. Deze ontwikkelingen hebben allemaal met elkaar te maken. Volgens Joosten (2015) kan innovatie de zorg beter maken. De levensverwachting van de mensen neemt sterk toe door vernieuwingen en verbeteringen in de gezondheidszorg. Hierdoor is innoveren nodig voor de huidige gezondheidszorg. Om met innovaties bezig te gaan is het belangrijk om de patiënt centraal te stellen. Houdt dus rekening met de gebruiker, aldus Joosten (2015). Bij het innoveren mag ook gefaald worden indien dit niet ten koste gaat van de gezondheid van de patiënt. Daarnaast helpt het om met meerdere perspectieven naar het probleem te kijken.

Veenhof (2018b) geeft aan dat innoveren over meer gaat dan alleen interprofessioneel werken en zichtbaar zijn. Volgens Veenhof (2018b) zijn er nog meer uitdagingen om met alle ontwikkelingen mee te bewegen. Waarbij technologische ontwikkelingen zijn toegepast, maar het gebruik van de ontwikkelingen tegenvallen. Een belangrijke voorwaarde voor de inzet van technologie is dan ook dat deze goed aansluit bij de behoeften van de patiënt en beweegzorgprofessional. De zorgverlener moet hierbij weten welke technologie goed bruikbaar is in de praktijk bij de patiënt en of deze technologie een toevoeging geeft aan het behandelproces van de patiënt (Veenhof, 2018b). Volgens Joosten (2015) is technologische innovatie dan ook niet nodig ten koste van alles.

Momenteel is de ontwikkeling van genezen naar preventie de grootste verandering in de zorg. Deze verandering komt grotendeels door: medici, medisch wetenschappers, de overheid, bedrijven die zich richten op een gezonde leefstijl en individuen die zich bewuster worden van hun leefstijl en de invloed daarvan op hun gezondheid. De verschuiving van genezen naar preventie wordt dus veelal ondersteund door de samenleving (Joosten, 2015). Beweegzorg voor patiënten met een chronische aandoening heeft dan ook als doel om het beloop van de chronische aandoening zo gunstig mogelijk te bevorderen. De zorg richt zich niet primair op genezing, maar op zorg gerelateerde preventie (Voogdt, 2015). Daarnaast is de toekomst van de zorg maatwerk en gepersonaliseerd, ook wel precisiegeneeskunde.

“Het is veel belangrijker te weten welke persoon de ziekte heeft dan welke ziekte de persoon heeft” – Hippocrates (Joosten, 2015).

4.3.9 Samenvatting resultaten deskresearch

In het UMC Utrecht, het Antonius ziekenhuis en het Rivierland ziekenhuis worden patiënten op meerdere manieren gestimuleerd om te bewegen. Waarbij volgens Hoyng & Sluimer (2020a) een plezierige ervaring tijdens het lopen door en om een gebouw het beweeggedrag moet stimuleren. Dit door middel van kleur, textuur, grootte, stijl, karakter en andere vormen van onderscheiding. Eveneens moet een ziekenhuis toegankelijk zijn waarbij er rekening wordt gehouden met richtlijnen en kwaliteitscriteria volgens Haug (2011). Hoyng (2019b) heeft ook enkele tips gegeven voor het inrichten van een gebouw en het ontwerp welke ook toepasbaar kunnen zijn voor in het Beatrix Kinderziekenhuis 2.0. Het is van belang om hierbij rekening te houden met de vijf dimensies van de methode City at Eye level methodiek.

Uit onderzoek van Busch (2019) blijkt dat een beweegvriendelijke omgeving de lichamelijke activiteit van de mens stimuleert. Aansluitend hebben Cammelbeeck et al. (2015) tips voor het ontwerpen van een beweegvriendelijke omgeving welke ook van toepassing kunnen zijn in het Beatrix Kinderziekenhuis 2.0. Een natuurlijke omgeving draagt net zoals de beweegvriendelijke omgeving bij aan de mate van fysieke actiefheid, stressreductie, het mentaal welbevinden, overgewicht en obesitas. Hierdoor heeft Boon (2020)

playscapes ontwikkeld. Voor het ontwikkelen van playscapes in een ziekenhuisomgeving zijn er drie speelkwaliteiten die relevant zijn voor de fysieke activiteit bij kinderen. Namelijk lichamelijk spelen, verspreid spelen en vrij spelen. Naast playscapes zijn er ook interactieve playgrounds, AR-brillen en VR-brillen in de ziekenhuizen in Nederland om patiënten in beweging te krijgen.

Om het zelfmanagement van patiënten te ondersteunen en stimuleren wordt er bij de ziekenhuislocatie Schepers functionele zorg geboden. Functionele zorg richt zich op de zelfredzaamheid, samenredzaamheid en de zelfregie van de patiënt, ingedeeld van functieniveau A tot F (Treant Zorggroep, 2017). Een andere interventie om de actieve leefstijl van de patiënten te onderhouden en/of bevorderen is de Beweegcirkel. De Beweegcirkel ondersteunt, stimuleert en begeleidt de patiënt stapsgewijs, samen met een professional, om meer te gaan bewegen (Willemsen, 2020b). Volgens CBO (2014) zijn er vijf stappen nodig voor de zorgverlener om de patiënt te ondersteunen bij zijn of haar zelfmanagement: achterhalen, adviseren, afspreken, assisteren en arrangeren. Voor patiënten met een chronische aandoening is het van belang dat zij worden ondersteund, gecoacht en gestimuleerd tot het voeren van regie over hun eigen beweeggedrag (CBO, 2014; Hoogendoorn & De Hollander, 2016; Voogdt, 2015).

Het stimuleren van fysieke activiteit van de kinderen kan veel voordelen leveren in de gezondheidszorg en de ontwikkeling van de kinderen. Verder zorgt een fysieke activiteit bij kinderen voor een meer positieve ervaring tijdens de ziekenhuisopname (Boon, 2020). De fysieke activiteit van kinderen wordt naast playscapes ook gestimuleerd door 'exergames', 'Head Up Games' en 'open-ended plays'. Lichamelijke activiteit, indien dit in voldoende mate en op verantwoorde wijze wordt uitgevoerd, kan daarnaast de duur en de kwaliteit van het leven van de patiënt aanzienlijk doen toenemen (Ministerie van VWS, 2001). De ouders van de patiënt moeten aansluitend volgens De Jong et al. (2017) goed geïnformeerd worden over de invloed die de ouders hebben op het beweeggedrag van hun kinderen. Dit kan ervoor zorgen dat er angsten bij ouders worden weggenomen, waardoor zij hun kinderen sneller laten bewegen en uiteindelijk de kinderen sneller het ziekenhuis kunnen verlaten. Het beweeggedrag kan daarbij gemaximaliseerd worden volgens Hoyng & Van Eck (2019) door balans tussen hardware, software en orgware.

Hitters (2015) heeft onderzoek gedaan naar gedragsverandering bij 'moeilijke groepen'. Uit zijn tips zijn twee goede tips geselecteerd welke eventueel toepasbaar zijn voor in het Beatrix Kinderziekenhuis 2.0. De eerste tip is om de sociale en fysieke omgeving te beïnvloeden of te veranderen. De tweede tip voor gedragsverandering bij 'moeilijke groepen' is om eerst te werken aan andere problemen van de patiënt volgens Hitters (2015).

De levensverwachting van de mensen neemt sterk toe door vernieuwingen en verbeteringen in de gezondheidszorg. Hierdoor is innoveren nodig voor de huidige gezondheidszorg, waarbij technologische innovaties niet nodig zijn ten koste van alles (Joosten, 2015). Een multidisciplinair beweegplan heeft in het UMC Utrecht op de verpleegafdeling Geriatrie ervoor gezorgd dat er meer op een stoel werd gezeten en er minder tijd in bed werd doorgebracht. In het UMCG is een mobiliteitsschema geïmplementeerd op de nefrologieafdeling. Dit mobiliteitsschema had een positief effect op het beweeggedrag van de patiënten.

De verschuiving van genezen naar preventie wordt veelal ondersteund door de samenleving (Joosten, 2015). De zorg richt zich niet primair op genezing, maar op zorg gerelateerde preventie (Voogdt, 2015). Daarnaast is de toekomst van de zorg maatwerk en gepersonaliseerd (Joosten, 2015).

4.4 Resultaten brainstormbijeenkomst beweegzorg

In dit kopje zijn de resultaten van de brainstormbijeenkomst beweegzorg uitgewerkt. De achtergrond van de bijeenkomst wordt kort toegelicht. Daarna volgt een compacte samenvatting van de bijeenkomst.

4.4.1 Achtergrond

Er is een brainstormbijeenkomst gehouden met de actieve startvraag: 'Wat is er nodig voor goede beweegzorg?' Deze actieve startvraag kwam voort uit het onderzoek wat de onderzoeker had verricht tot op dat moment. Hierbij wilde de onderzoeker weten wat de verschillende disciplines belangrijk vonden voor het faciliteren van goede beweegzorg. De brainstormbijeenkomst is gehouden met kinderfysiotherapeut Carola Timmer, pedagogisch medewerker Manon Haan, kinderverpleegkundige Nynke Hofstee en fysiotherapeut & promovendus Petra Bor met het programma UMC Utrecht in Beweging. De brainstormbijeenkomst is gehouden via Microsoft Teams voor de communicatie en via Miro voor de ideeën van de brainstorm.

4.4.2 Compacte samenvatting

Hieronder staat een compacte samenvatting van de brainstormbijeenkomst weergegeven.

PowerPointpresentatie

De brainstormbijeenkomst is begonnen met een PowerPointpresentatie. In deze presentatie is iedereen welkom geheten en heeft de onderzoeker zichzelf voorgesteld. Vervolgens hebben de deelnemers zich ook één voor één voorgesteld. Aansluitend heeft de onderzoeker haar afstudeerstage toegelicht en hoe zij er nu voor staat. De laatste dia ging over de brainstormbijeenkomst. Hier legde de onderzoeker uit wat de brainstormbijeenkomst oplevert, de methoden, de actieve startvraag en de betekenis van beweegzorg. Vervolgens heeft de onderzoeker Miro uitgelegd en wat de bedoeling was.

Miro start, stap 1

Bij deze stap werd de eerste brainstormmethode gebruikt, namelijk de brainwritting pool. Iedereen had dezelfde actieve startvraag en mocht ideeën voor zichzelf gaan bedenken. Er mocht gedacht worden zonder restrictie van geld. Toen de meeste ideeën waren bedacht, had de onderzoeker nog woordwolkjes toegevoegd met de uitleg van de drie niveaus (hardware, software, orgware).

Miro proces, stap 2

Deze stap ging door met de brainstormmethode brainwritting pool. Iedereen ging nu de ideeën van elkaar lezen. Indien zij toevoegingen hadden aan een idee, zetten zij de sticky note in hun eigen kleur ernaast. Indien zij een nieuw idee bedachten, mochten zij dit eronder zetten. Veel ideeën leken op elkaar, maar dit laat goed zien wat er echt nodig is voor goede beweegzorg.

Er is een gesprek ontstaan over het idee dat de bedden wellicht de kamer ook uit kunnen. Dit is echter nog een hele logistieke operatie geweest bij de volwassenen in het UMC Utrecht, aldus Petra Bor. Daarnaast voelde het volgens Petra Bor ook patiëntonvriendelijk.

Er is een gesprek ontstaan over het idee van Petra Bor: 'Voorlichting (voor zowel patiënten als zorgverleners) ten aanzien van het belang van bewegen/ gevolg inactiviteit'. Volgens Petra Bor is dit ontzettend belangrijk (Bijlagenboek Bijlage Q, uitwerking brainstormbijeenkomst beweegzorg, pp. 186-189). Voor patiënten in het UMC Utrecht hebben zij voorlichtingsvideo's. Daarnaast krijgen de patiënten voorafgaand aan een opname al informatie over hun opname. Ook zijn er in het UMC Utrecht simpele posters met het belang van bewegen. Voor de zorgverleners houden zij in het UMC Utrecht klinische lessen op de afdeling met enige regelmaat. Eveneens moet de familie ook voorlichting krijgen volgens Petra Bor, zodat ze kunnen helpen om het bewegen te stimuleren en wat daarbij belangrijk is. Carola Timmer ging hierop door en gaf aan dat patiënten vanuit de plastische chirurgie ook filmpjes thuis gestuurd krijgen voor het belang van bewegen en dat zij zo snel mogelijk weer gewone kleren aan moeten doen overdag. En dat het inderdaad belangrijk is dat ouders voorlichting krijgen over het belang van bewegen. Manon Haan sloot zich hierbij aan en gaf aan dat het soms niet helemaal duidelijk is wat kinderen mogen doen. Afdelingen moeten wel meer ingericht worden op bewegen, zodat het voor de patiënten ook interessant wordt om iets te gaan doen. Petra Bor ging door op de uitspraken van Manon Haan en gaf aan dat zorgverleners buiten de directe patiëntenzorg vaak niet zo goed op de hoogte zijn wat een patiënt daadwerkelijk kan. Het zichtbaar maken hiervan is een hele belangrijke stap. In het UMC

Utrecht gebruiken zij hiervoor een beweegbord. Nynke Hofstee gaf daarnaast aan dat ouders ook vaak erg terughoudend zijn.

Miro verdelen, stap 3

De selection brainstorm matrix is de methode welke bij stap drie is gebruik. De brainstorm bijeenkomst was bijna afgelopen. Ieder gaf een top één of twee aan van haar bedachte ideeën en zette deze in de selection matrix. Deze was ingedeeld in lage of hoge impact en is moeilijk of makkelijk te implementeren.

Carola Timmer:

- > Bed niet zo centraal --> hoge impact, grens moeilijke/gemiddelde implementatie.
- > Belang van bewegen --> hoge impact, makkelijke implementatie.

Manon Haan:

- > Moderne speeltuin --> gemiddelde impact, moeilijke implementatie.

Petra Bor:

- > Sloot zich aan bij bed minder centraal.
- > Aantrekkelijker maken van de omgeving --> hoge impact, moeilijke implementatie.
- > Sloot zich aan bij belang van bewegen.

Nynke Hofstee

- > Een goede planning --> hoge impact, moeilijke implementatie.
- > Ouders voorlichting geven --> hoge impact, makkelijke implementatie.

Het totale overzicht van alle ideeën uit de brainstormbijeenkomst staan weergegeven in Bijlagenboek Bijlage Q samen met de totale uitwerking van de brainstormbijeenkomst.

4.5 Resultaten brainstormbijeenkomst het belang van bewegen

In dit kopje zijn de resultaten van de brainstormbijeenkomst het belang van bewegen uitgewerkt. De achtergrond van de bijeenkomst wordt kort toegelicht. Daarna volgt een compacte samenvatting van de bijeenkomst.

4.5.1 Achtergrond

Naar aanleiding van de vorige brainstormbijeenkomst wilde de onderzoeker zich gaan verdiepen in het belang van bewegen bij patiënten, familie en zorgverleners. Bij de vorige brainstormbijeenkomst (beweegzorg) kwam er duidelijk naar voren dat patiënten, familie en personeel het belang van bewegen in moeten gaan zien. Om dit beeld te concretiseren is een tweede brainstormbijeenkomst gehouden over het belang van bewegen. De brainstormbijeenkomst is gehouden met drie actieve startvragen, gericht op de patiënt, de familie en de zorgverleners:

1. 'Hoe kunnen we ervoor zorgen dat patiënten het belang van bewegen in gaan zien?'
2. 'Op welke manier kan de familie het beste worden geïnformeerd over het belang van bewegen voor de patiënt?'
3. 'Wat hebben zorgverleners zodat zij het belang van bewegen begrijpen, uitspreken en naleven?'

De brainstormbijeenkomst is gehouden met kinderarts Anneke Jaarsma, coördinator van het programma Máximaal bewegen Danique Agterberg en verpleegkundig specialiste Isabel Bosma. De brainstormbijeenkomst is gehouden via Microsoft Teams voor de communicatie en via Miro voor de ideeën van de brainstorm.

4.5.2 Compacte samenvatting

Hieronder staat een compacte samenvatting van de brainstormbijeenkomst weergegeven.

PowerPointpresentatie

De brainstormbijeenkomst is begonnen met een PowerPointpresentatie. In deze presentatie is iedereen welkom geheten. De onderzoeker en de deelnemers hebben zichzelf voorgesteld. Vervolgens heeft de onderzoeker haar afstudeerstage toegelicht en hoe zij er nu voor staat. Aansluitend ging het over de vorige brainstormbijeenkomst welke de onderzoeker twee maanden geleden had gehad. Daarna ging over de huidige brainstormbijeenkomst. Vervolgens heeft de onderzoeker Miro uitgelegd en wat de bedoeling was.

Miro 1.1. vragen

Anneke Jaarsma is begonnen met vraag 1: 'Hoe kunnen we ervoor zorgen dat patiënten het belang van bewegen in gaan zien?' Danique Agterberg is begonnen met vraag 2: 'Op welke manier kan de familie het beste worden geïnformeerd over het belang van bewegen voor de patiënt?' Isabel Bosma is begonnen met vraag 3: 'Wat hebben zorgverleners nodig zodat zij het belang van bewegen begrijpen, uitspreken en naleven?'

Isabel Bosma heeft toelichting gegeven over het idee 'vast moment op de dag om te bewegen (met elkaar)'. Anneke Jaarsma heeft aangegeven dat het idee 'geen bed beschikbaar overdag' nog niet concreet was uitgedacht en uitgewerkt, maar zij dit een goed idee vond.

Miro 1.2. vragen

Iedereen schoof een ronde door. Anneke Jaarsma is naar vraag 2 gegaan, Danique Agterberg naar vraag 3 en Isabel Bosma naar vraag 1. De ideeën van de ander werden doorgelezen en eigen ideeën werden toegevoegd.

Danique Agterberg heeft uitleg gegeven over het idee 'voorbeeld van challenge; tafeltennis competitie onder de werknemers'. Vervolgens heeft de onderzoeker bij alle drie de vragen gele notities toegevoegd. Deze notities zijn ingevuld met informatie uit de vorige brainstormbijeenkomst en door een uitgenodigde deelnemer welke helaas niet aanwezig kon zijn. Daarentegen heeft diegene wel de vragen via de mail beantwoord. Deze antwoorden zijn dan ook meegenomen op de gele notities. Enkele gele notities zijn toen toegelicht.

Miro 1.3. vragen

Dit was de laatste keer dat iedereen doorschoof. Anneke Jaarsma is naar vraag 3 gegaan, Danique Agterberg naar vraag 1 en Isabel Bosma naar vraag 2. De ideeën van de ander werden doorgelezen en eigen ideeën werden toegevoegd indien dit nog van toepassing was.

Danique Agterberg heeft gevraagd of er dagprogramma's zijn in het Beatrix Kinderziekenhuis. Die zijn er wel maar er worden veelal rustmomenten in opgenomen, aldus Isabel Bosma. Dit moet vervangen worden door beweeg/sportmomenten. De beweeg/sportmomenten moeten meer onder de aandacht worden gebracht bij patiënten, familie en zorgverleners. Het leggen van connecties met sportverenigingen uit de buurt kunnen daarbij aansluitend door stagiaires gedaan worden. De stagiaires kunnen ervoor zorgen dat er elke week een sportvereniging komt voor een sportactiviteit.

Danique Agterberg over het Prinses Máxima Centrum

De onderzoeker heeft aan Danique Agterberg gevraagd of zij iets kon vertellen over de beweegzorg in het Prinses Máxima Centrum: Bij de bouw van het Prinses Máxima Centrum is direct de beweegzorg op een hoog pitje gezet. Zij hebben drie tuinen volledig ingericht op het bewegen. Binnen hebben zij een ruim voorziene sportzaal en een kleine fitnesszaal. De patiënten, familie en medewerkers mogen allemaal gebruik maken van de beweegfaciliteiten. Bij het Prinses Máxima Centrum hebben zij naast de tuinen, sportzaal en fitnesszaal overal in de gangen de mogelijkheden om te bewegen. Ook hebben zij sinds kort sportpakketten op de kamer voor kinderen die langer dan twee dagen worden opgenomen. Het programma Máximaal bewegen is er verder ook niet onmisbaar in het Prinses Máxima Centrum. Bij dit programma maken zij gebruik van de inzet van CIOS-studenten. In het Prinses Máxima Centrum begeleidt een Danique Agterberg deze studenten. Van maandag tot en met vrijdag zetten de studenten

groepsactiviteiten neer voor verschillende leeftijdscategorieën. In het Prinses Máxima Centrum ervaren zij positieve effecten bij de patiënten door de activiteiten. Daarnaast gaan de CIOS-studenten naar de kamer van de patiënt toe indien de patiënt zelf niet naar de gymzaal kunnen komen. In het Prinses Máxima Centrum wordt alles buiten de zorg om gefinancierd door middel van foundations en donaties.

Miro 2. COCD-box

Vervolgens zijn de top twee/drie ideeën van Anneke Jaarsma, Danique Agterberg en Isabel Bosma in de COCD-box gezet, waarbij het niet uitmaakte in welke box het idee terecht kwam.

Isabel Bosma

- > Beweging naar het kind halen in plaats van kind naar beweging; sportmateriaal op de kamer neerzetten. Juist op de momenten zonder professional in de buurt bewegen stimuleren (NOW idee, kwam uit vraag 1).
- > Kinderen niet weghalen bij sportverenigingen; fysio eerste lijn tijdens voetbaltraining in plaats van fysiokamer/ BN'ers in combinatie met evenementen om belang van bewegen te benadrukken (HOW idee, kwam uit vraag 1 en vraag 2).

Danique Agterberg

- > Gemakkelijk toepasbaar maken op een manier die bij patiënten past en leuk is/ Vanzelfsprekend laten zijn, vooral in de kleine dagelijkse dingen, bijvoorbeeld lopend naar onderzoeken in het ziekenhuis (NOW idee, kwamen beiden uit vraag 1).
- > Indeling van kamers veranderen; bed minder centraal (wanneer mogelijk) en tafel + stoel vast in de kamer/ geen bed overdag beschikbaar (WOW/HOW idee, kwam uit vraag 3 en vraag 1).*

Anneke Jaarsma

- > Dagprogramma wat voor iedereen toegankelijk is met de activiteiten bewegen, eten en rust die het kind wel mag doen (zodat het bezoek dit ook weet) (NOW idee, een gecreëerd idee van meerdere ideeën).
- > Beweegmaterialen overal toegankelijk (ook buiten) (WOW idee, een gecreëerd idee van meerdere ideeën).

* Volgens Anneke Jaarsma moet er een cultuuromslag komen bij de medici.

“Mensen zijn niet geneigd tot verandering als er niet een noodzaak is” (Bijlagenboek Bijlage R, pp. 213-214).

In het Prinses Máxima Centrum zijn zij er mee bezig dat het bed tegen de muur komt. Daarnaast moet er in de kamer een goede stoel en tafel aanwezig zijn voor het kind.

Afsluiting

De onderzoeker heeft de deelnemers hartelijk bedankt voor de deelname, ideeën en de ontstane gesprekken. Anneke Jaarsma gaf aan dat zij het de onderzoeker gunt om net zoals Danique Agterberg een beweegcoördinator te worden, maar dan in het Beatrix Kinderziekenhuis. Volgens Anneke Jaarsma is het hard nodig dat er een medewerker komt in het in het Beatrix Kinderziekenhuis welke zich gaat bezighouden met het verbeteren van de beweegzorg (Bijlagenboek Bijlage R, pp. 216-218).

Het totale overzicht van alle ideeën uit de brainstormbijeenkomst staan weergegeven in Bijlagenboek Bijlage R samen met de totale uitwerking van de brainstormbijeenkomst.

H5. Conclusie

In dit onderzoek is een antwoord gezocht op de vraag: ‘Wat is nodig om de beweegzorg binnen het Beatrix Kinderziekenhuis 2.0 te optimaliseren zodat iedere opgenomen patiënt het beste wordt ondersteund en uitgedaagd ten aanzien van het bewegend functioneren?’ Voor het beantwoorden van deze onderzoeksvraag is gebruik gemaakt van kwalitatief onderzoek door middel van veldonderzoek en deskonderzoek. Eerst worden de deelvragen beantwoord en aansluitend de hoofdvraag.

De deelvragen welke beantwoord worden, luiden als volgt:

- ⊕ Wat is er nodig om de beweegzorg op hardware niveau binnen het Beatrix Kinderziekenhuis 2.0 te optimaliseren zodat iedere opgenomen patiënt het beste wordt ondersteund en uitgedaagd ten aanzien van het bewegend functioneren? (Hardware)
- ⊕ Wat is er nodig om de beweegzorg op softwareniveau binnen het Beatrix Kinderziekenhuis 2.0 te optimaliseren zodat iedere opgenomen patiënt het beste wordt ondersteund en uitgedaagd ten aanzien van het bewegend functioneren? (Software)
- ⊕ Wat is er nodig om de beweegzorg op orgware niveau binnen het Beatrix Kinderziekenhuis 2.0 te optimaliseren zodat iedere opgenomen patiënt het beste wordt ondersteund en uitgedaagd ten aanzien van het bewegend functioneren? (Orgware)

De deelvragen zijn opgesplitst per niveau. Bij het beantwoorden van de deelvragen is zo veel mogelijk rekening gehouden met het beantwoorden van de deelvraag per niveau. Wel worden er vaak verschillende aspecten van de andere niveaus bij meegenomen. Hierdoor kan de codering van de interviews afwijken. Daarnaast leiden bij elk niveau meerdere aanpassingen tot geoptimaliseerde beweegzorg. Hierdoor zijn per niveau meerdere aanpassingen benoemd.

5.1 Hardware

Uit de resultaten zijn tips en voorbeelden naar voren gekomen voor een goede fysieke (sport)infrastructuur in het Beatrix Kinderziekenhuis 2.0. De fysieke (sport)infrastructuur is onderverdeeld in de inrichting van het Beatrix Kinderziekenhuis (2.0), de vormgeving, het ontwerp en de faciliteiten van het Beatrix Kinderziekenhuis (2.0).

Om de fysieke activiteit van patiënten te verhogen, blijkt uit de deskresearch dat de inrichting van het Beatrix Kinderziekenhuis 2.0 beweegvriendelijk moet zijn, waarbij omgeving en verschillende ruimten het beweeggedrag van patiënten stimuleren. Multifunctionele playgrounds voor alle leeftijdscategorieën zijn dan ook niet weg te denken in het Beatrix Kinderziekenhuis 2.0. Daarnaast kunnen wandelroutes en beweeghoeken ook niet ontbreken in het Beatrix Kinderziekenhuis 2.0. De wandelroutes moeten daarbij herkenbaar zijn en goed aangegeven. Verder moet de inrichting van het ziekenhuis een natuurlijke omgeving nabootsen om de fysieke activiteit van patiënten, voornamelijk jonger dan zes jaar, meer te stimuleren. Deze ruimtes worden ook wel playscapes genoemd. Deze playscapes worden verwerkt in de multifunctionele playgrounds en zijn gericht op de drie speelkwaliteiten voor de fysieke activiteit van kinderen. Aansluitend gaan voldoende oefenruimten, een beweegruijme/ ontspanningsruimte en buitenruimtes/ speeltuinen aangepast per leeftijdscategorie bijdragen aan het stimuleren van beweeggedrag. Deze ruimten kunnen dan ook niet ontbreken in het Beatrix Kinderziekenhuis 2.0. Daarnaast is het van belang dat de zorgverleners een ruimte hebben voor de opslag van oefenmaterialen.

De vormgeving van het Beatrix Kinderziekenhuis moet verder volgens de desksresearch en het veldonderzoek het oog en oor van de patiënt prikkelen. Dit door middel van verschillende licht- en kleurstemmingen, textuur, grootte, stijl, karakter, ‘speldenprikjes’ (naar de trap, oefenzaal, fitnesszaal, wandelroutes) en andere vormen van onderscheiding.

Bij het ontwerp van het Beatrix Kinderziekenhuis 2.0 moet rekening worden gehouden met de vijf dimensies van City at Eye level methodiek: walkability, wayfinding, menselijke maat, inclusiviteit en eigenaarschap. Deze vijf dimensies omschrijven de belangrijkste dimensies voor een beweegvriendelijke

stedelijke omgeving en sluiten aan bij bovenstaande conclusie voor het creëren van een goede infrastructuur in het Beatrix Kinderziekenhuis 2.0 rekening houdend met de verschillende richtlijnen en kwaliteitscriteria.

Naast de inrichting, vormgeving en het ontwerp zijn de aanwezigheid van voldoende onderhouden faciliteiten in het Beatrix Kinderziekenhuis 2.0 ook van groot belang blijkt uit het veldonderzoek. Buiten de georganiseerde activiteiten om kunnen de patiënten dan ook bewegen met de aanwezige faciliteiten. Het is van belang dat er in het Beatrix Kinderziekenhuis 2.0 om de paar meter iets neergezet of gehangen wordt wat bewegen stimuleert. De belangrijkste faciliteiten in een kamer van een patiënt zijn: een goede stoel en tafel, een tv die niet gericht staat op het bed, ruimte, een bed wat aan de kant kan en een sportpakket. De kamers moeten daarbij éénpersoonsskamers worden, waarbij de meer opgeknapte patiënten op een meerpersoonkamer worden geplaatst. Dit voor het opdoen van sociale contacten. De kamers moeten daarbij aangepast zijn naar de leeftijdscategorie van het kind.

Uit de resultaten kan aanvullend geconcludeerd worden dat studenten naast de patiënten, ouders, kinderadviesraad, literatuur en ontwerpers kunnen meehelpen bij de inrichting, vormgeving en het ontwerp van een ziekenhuis. Het is van belang dat het Beatrix Kinderziekenhuis (2.0) in gaat zetten op de kennis en kunde van studenten, zodat de studenten kunnen bijdragen bij aan het ontwikkelen van kindvriendelijk en beweegvriendelijke omgeving vanuit het perspectief van de patiënt. Eveneens komt uit de resultaten naar voren dat studenten inzetbaar kunnen zijn voor het promoten van het Beatrix Kinderziekenhuis (2.0), zodat verbeteringen in de beweegzorg gefinancierd kunnen worden door middel van foundations en donaties.

5.2 Software

Voor het optimaliseren van het softwareniveau in het Beatrix Kinderziekenhuis 2.0 zijn er meerdere aspecten van belang. Deze aspecten zijn onderverdeeld in activiteiten, begeleiding en communicatie.

5.2.1 Activiteiten

Allereerst kan er geconcludeerd worden dat VR-brillen en AR-brillen ook toegepast moet worden in het Beatrix Kinderziekenhuis 2.0. Door het aanbieden van aantrekkelijke games gaan patiënten bewegen als leuk ervaren en heeft dit een positief effect op het bewegend functioneren van patiënten. Deze games kunnen aangeboden worden in de multifunctionele playgrounds. Indien de patiënt niet van de kamer af mag of kan, kan de VR-bril of AR-bril ook naar de patiënt toe. Naast VR-brillen en AR-brillen stimuleren onder andere exergames, Head Up Games en open-ended plays ook de fysieke activiteit van de patiënt.

Verder is uit de resultaten naar voren gekomen dat het beweeggedrag van patiënten gestimuleerd kan worden door het organiseren van meerdere soorten activiteiten. Voor het Beatrix Kinderziekenhuis (2.0) is het van belang dat er regelmatig meerdere soorten (groeps)activiteiten en games georganiseerd worden om de fysieke activiteit van de patiënten optimaal te ondersteunen. Deze activiteiten draaien om plezier met als onderliggend doel dat de patiënten meer bewegen. Het aanbieden van één activiteit zorgt immers niet voor optimale beweegzorg op softwareniveau. Om het organiseren van de activiteiten in goede banen te leiden, is uit de resultaten naar voren gekomen dat de verschillende disciplines aansturing moeten krijgen van hun teamleider om deze activiteiten te organiseren. Naast de verschillende disciplines is er uit het veldonderzoek naar voren gekomen dat de inzet van studenten voor het organiseren van deze activiteiten ook goed toepasbaar is in een ziekenhuis. Naast de verschillende disciplines en/of studenten moet de kinderadviesraad in het Beatrix Kinderziekenhuis (2.0) ook gaan helpen met het bedenken van activiteiten. Zij weten hoe patiënten gestimuleerd kunnen worden om uit bed komen vanuit het oogpunt van de patiënt, aansluitend bij de leeftijd van de patiënt. De kinderadviesraad moet daarnaast in het Beatrix Kinderziekenhuis 2.0 doorgaan met het realiseren van een traumavrij en pijnvrij ziekenhuis.

Naast de inzet van studenten voor activiteiten is uit het veldonderzoek naar voren gekomen dat studenten contact met verenigingen uit de buurt moeten leggen, zodat de sportverenigingen ook sportactiviteiten kunnen organiseren in het Beatrix Kinderziekenhuis (2.0).

5.2.2 Begeleiding

Voor het begeleiden van patiënten ten aanzien van hun beweeggedrag is de inzet van alle disciplines nodig blijkt uit onderzoek. Alle disciplines moeten de patiënten ondersteunen, begeleiden en aansturen om meer te gaan bewegen. Het hebben van goede onderlinge communicatie tussen de verschillende disciplines over het belang van het bewegend functioneren leidt tot betere aansturing en begeleiding van patiënten om meer te gaan bewegen. Het geven van voorlichting aan de patiënt over zijn of haar beweeggedrag kan hierbij niet ontbreken blijkt uit de deskresearch.

De deskresearch heeft aangetoond dat de drijfveren om te gaan sporten voor mensen met een lichamelijke beperking en/of chronische ziekte(n) sociale steun, een vaardige trainer, aanbod op maat en het hebben van kennis over het aanbod van maat zijn. Het Beatrix Kinderziekenhuis 2.0 gaat de patiënten deze handvaten bieden en de patiënten ondersteunen, coachen en stimuleren om regie te voeren over hun eigen beweeggedrag. Het Beatrix Kinderziekenhuis 2.0 gaat daarbij de verbinding tussen de zorg en het sport- en/of beweegaanbod leggen, zodat dit kan bijdragen aan succesvolle bewegingsstimulering en goede begeleiding bij de chronisch zieke patiënten.

5.2.3 Communicatie

Onder innovaties in de beweegzorg wordt de volgende aangepaste versie verstaan: Innovaties in de beweegzorg zijn gericht op de zelfredzaamheid, de leefstijl en het fysieke functioneren van de patiënt waarbij het creëren van een beweegvriendelijke omgeving onmisbaar is.

Innovaties in de gezondheidszorg zijn essentieel blijkt uit onderzoek. Zorg draait immers om innoveren. Uit de deskresearch en het veldonderzoek komt naar voren dat innovaties, welke aantonen wat een patiënt kan en mag, het beweeggedrag van patiënten beïnvloeden. Een beweegkaart, beweegwijzer of een mobiliteitsschema is een goede zichtbare werkzame innovatie, blijkt uit de resultaten, voor het positief beïnvloeden van het beweeggedrag van patiënten. Het Beatrix Kinderziekenhuis moet een soortgelijke innovatie maken of een van de innovaties gaan toepassen in het Beatrix Kinderziekenhuis 2.0. Deze innovatie moet goed zichtbaar zijn op de kamer van de patiënt. De patiënt, familie en zorgverleners kunnen dan zien wat de patiënt kan en mag om hier vervolgens op in te spelen. Voordat deze innovatie wordt ingevoerd is het van groot belang dat het voor iedere discipline duidelijk is wat de diagnostiek, de mate van zelfredzaamheid en de diagnostiek ten aanzien van het bewegend functioneren van de patiënt is. Dit moet goed zichtbaar zijn in ziekenhuisinformatiesysteem EPIC. Om die reden moet in het Beatrix Kinderziekenhuis 2.0 bij de diagnostiek van de patiënt aangegeven worden hoe goed de patiënt kan bewegend functioneren en hoe zelfredzaam deze patiënt is. Vervolgens kan er dan een innovatie op de kamer van de patiënt gehangen worden welke aantoont wat de patiënt kan en mag.

De innovatie ten aanzien van wat een patiënt kan en mag is een innovatie gericht op de zelfredzaamheid van patiënten. Dit soort innovaties zijn onmisbaar in het Beatrix Kinderziekenhuis (2.0). Naast de innovatie wat een patiënt kan en mag is het ook goed om de innovatie Beweegcirkel toe te passen in het Beatrix Kinderziekenhuis (2.0). De Beweegcirkel draagt bij aan het zelfmanagement van de patiënt, brengt het beweeggedrag van de patiënt in kaart en helpt de fysiotherapeuten om het gesprek over bewegen meer te structureren. De Beweegcirkel is daarbij inzetbaar bij klinische- en poliklinische patiënten. Naast de innovatie wat een patiënt kan en mag en de Beweegcirkel is het dagprogramma ook een innovatie welke zelfredzaamheid van de patiënt beïnvloeden. Uit de resultaten is naar voren gekomen dat het dagprogramma zichtbaar op de kamer van de patiënt moet hangen, zodat de patiënt, familie en de verschillende zorgverleners het dagprogramma zien en hierop inspelen. Aansluitend is uit de resultaten naar voren gekomen dat fysieke activiteit, rust, voeding en herstel meegenomen moet worden in het dagprogramma. Het dagprogramma moet in samenwerking met de pedagogisch medewerkers, fysiotherapeuten en artsen gemaakt worden in het Beatrix Kinderziekenhuis (2.0). Dit zodat de artsen weten op welk uur van de dag zij naar een patiënt kunnen. Iedere discipline moet zich vervolgens aan het dagprogramma gaan houden.

Door het implementeren van innovaties gericht op de zelfredzaamheid wordt er meegewerkt aan de grootste verandering in de zorg, de ontwikkeling van genezen naar preventie. Naast bovenstaande

innovaties moeten technologische innovaties in het Beatrix Kinderziekenhuis 2.0 alleen ingezet wanneer deze goed aansluit bij het behandelproces van de patiënt.

Naast de zichtbare innovaties moeten posters, projectoren en spellenprikjes het bewegen van patiënten ook (on)bewust stimuleren. Het promoten van de trap, waarbij de trap motiverende boodschappen heeft, kan ook niet ontbreken in het Beatrix Kinderziekenhuis 2.0 volgens de deskresearch evenals goede wegbewijzing naar verschillende ruimtes en wandelroutes. Concluderend moet het Beatrix Kinderziekenhuis 2.0 'signalen' gaan afgeven, zodat de patiënten (on)bewust meer gaan bewegen.

5.3 Orgware

Uit de resultaten zijn veel punten naar voren gekomen welke geoptimaliseerd moeten worden voor het proces achter het zichtbare aanbod. Het zichtbare aanbod is de hardware en software. Allereerst is er uit de deskresearch en het veldonderzoek naar voren gekomen dat de definitie van beweegzorg goed moet aansluiten bij het Beatrix Kinderziekenhuis 2.0 en de definitie van het bewegend functioneren goed de rol van participeren moet uitleggen. De aangepaste definities luiden als volgt:

- > Beweegzorg is de medische- en paramedische zorg die het bewegend functioneren en het gewenste beweeggedrag van patiënten ondersteunt en beïnvloedt met als doel, in samenspraak en met een actieve houding van de patiënt, de gezondheid van de patiënt te bevorderen.
- > Het bewegend functioneren beschrijft de hoeveelheid en intensiteit van alle dagelijkse activiteiten en actieve sport- en spel deelname van het (opgenomen) kind.

Verder komt overduidelijk naar voren dat de samenwerking en communicatie tussen de verschillende disciplines en de patiënt met zijn of haar familie een vereiste moet zijn in het Beatrix Kinderziekenhuis 2.0. Deze samenwerkingen en communicatie moeten in het Beatrix Kinderziekenhuis 2.0 betrekking hebben op de beweegzorg en het bewegend functioneren van de patiënt. Elke discipline moet daarbij volgens het veldonderzoek hetzelfde denken over de beweegzorg en het bewegend functioneren van de patiënt. Hier moeten zij voorlichting over krijgen. Door middel van deze voorlichting wordt er bijgedragen aan een betere onderlinge afstemming tussen de verschillende disciplines ten aanzien van de beweegzorg en kunnen de verschillende disciplines het belang van bewegen goed duidelijk maken bij de patiënt en zijn of haar familie. De angst van de familie wordt aansluitend weggenomen, wat leidt tot meer activiteit bij de patiënt. Concluderend wordt de inactiviteit bij patiënten doorbroken met behulp van de verschillende disciplines, vrijwilligers en/of familie. Naast de voorlichting over het belang van bewegen is het ook goed dat de verschillende zorgverleners de taak van iedere discipline weten. Hier moeten zij ook voorlichting over krijgen. Door de voorlichtingen staat iedere discipline met de neus in dezelfde richting ten aanzien van de beweegzorg en streven zij allemaal dezelfde waarden na. Dit gaat ervoor zorgen dat de beweegzorg voorop komt te staan. Uit het veldonderzoek is aanvullend naar voren gekomen dat er medewerker nodig is in het Beatrix Kinderziekenhuis (2.0) welke zich bezig gaat houden met verschillende projecten voor het verbeteren van de beweegzorg.

Verder blijkt aan de hand van de resultaten dat de verschillende disciplines het beste kunnen inspelen op de actieve of passieve houding van de patiënt om zijn of haar beweeggedrag te veranderen. De zorgverleners moeten ingegaan op de motivatie, houding en eigen effectiviteit van de patiënt:

- De attitude van de patiënt kan het beste beïnvloed worden door goed te communiceren met de patiënt.
 - o Het communiceren met de patiënt over zijn of haar beweeggedrag kan aansluitend het beste gebeuren door de inzet van meerdere communicatie-instrumenten blijkt uit het veldonderzoek. Bij het communiceren is het daarbij belang dat de vijf dimensies van physical literacy worden meegegeven aan de patiënten blijkt uit de deskresearch.
- De sociale invloed kan worden beïnvloed door gebruik te maken van positief taalgebruik en het voorlichten van ouders. Er moet daarnaast ingespeeld worden op het kind en de verwachtingen van de patiënt en de omgeving. Het inzetten van rolmodellen is daarnaast voor de patiënten een goede trigger om het beweeggedrag van patiënten te veranderen.
- De eigen effectiviteit van de patiënten kan beïnvloed worden door het inzetten van laagdrempelige activiteiten en in te gaan op de motivatie van de patiënt. Daarnaast helpt het

geven van goede voorlichting aan ouders het beïnvloeden van de eigen effectiviteit van de patiënt.

Concluderend kunnen de verschillende disciplines het zelfmanagement van de patiënt ondersteunen door achterhalen, adviseren, afspreken, assisteren en arrangeren. Dit alles bij elkaar is persoonsgerichte zorg. Persoonsgerichte zorg is van groot belang in het Beatrix Kinderziekenhuis 2.0 bij de klinische- en poliklinische patiënten. Bij poliklinische patiënten is het daarbij van belang dat er ook wordt gekeken naar onderliggende problemen bij de patiënt. Onderliggende problemen van poliklinische patiënten kan immers van invloed zijn op het beweggedrag van de patiënt.

5.4 Optimalisatie beweegzorg (beantwoording hoofdvraag)

De hoofdvraag van dit onderzoek luidt: 'Wat is nodig om de beweegzorg binnen het Beatrix Kinderziekenhuis 2.0 te optimaliseren zodat iedere opgenomen patiënt het beste wordt ondersteund en uitgedaagd ten aanzien van het bewegend functioneren?' Uit dit kwalitatieve onderzoek blijkt dat de beweegzorg niet door één niveau (hardware, software of orgware) geoptimaliseerd kan worden, maar dat een combinatie tussen de drie niveaus de oplossing is voor geoptimaliseerde beweegzorg. Per niveau leidt daarbij één aanpassing niet tot geoptimaliseerde beweegzorg, maar juist meerdere aanpassingen per niveau leiden tot geoptimaliseerde beweegzorg in samenwerking met de andere niveaus.

Het is van belang dat er in en rondom het Beatrix Kinderziekenhuis 2.0 bewegen wordt aangeboden en dat de patiënten eveneens worden gestimuleerd om te gaan bewegen. Het Beatrix Kinderziekenhuis 2.0 moet daarbij beweegvriendelijk ingericht zijn, een natuurlijke omgeving nabootsen en multifunctionele playgrounds voor alle leeftijdscategorieën hebben. Bij deze multifunctionele playgrounds zijn VR-brillen en AR-brillen niet te missen. Bij het inrichten wordt aansluitend rekening gehouden met kleur, textuur, grootte, stijl, karakter, de 'speldenprikjes'. Bij het ontwerp van het Beatrix Kinderziekenhuis (2.0) wordt rekening gehouden met de vijf dimensies van City at Eye level methodiek. Studenten kunnen goed meedenken over de inrichting, vormgeving en het ontwerp van het Beatrix Kinderziekenhuis 2.0 naast de verschillende disciplines, ontwerpers, de patiënt, de familie en de kinderadviesraad. Daarnaast kunnen studenten het Beatrix Kinderziekenhuis (2.0) gaan promoten en contact gaan leggen met sportvereniging voor een samenwerking tussen het Beatrix Kinderziekenhuis (2.0) en de sportvereniging.

Voldoende onderhouden faciliteiten kunnen eveneens in het Beatrix Kinderziekenhuis 2.0 niet ontbreken. Deze faciliteiten zijn aanwezig in de gangen, ruimten en kamers van de patiënten. De kamers van de patiënten zijn daarbij ruim opgezet en het bed kan aan de kant. De patiënten worden behandeld in eenpersoonkamers tot zij meer opgeknapt zijn. Zij worden dan overgeplaatst naar een meerpersoonkamer met patiënten uit dezelfde leeftijdscategorie. Om het beweggedrag van de patiënten nog verder te beïnvloeden zijn oefenruimten, beweeghoeken, beweeg/ ontspanningsruimten en speeltuinen niet meer weg te denken in het Beatrix Kinderziekenhuis 2.0. Naast eigen middelen kunnen ruimtes en faciliteiten worden gesponsord en gedoneerd. Daarnaast doet het ertoe dat er meerdere soorten activiteiten worden georganiseerd. De organisatoren van deze activiteiten moeten ondersteuning en aansturing krijgen van hun teamleider(s) en/ of stagebegeleider.

Het is van groot belang dat in het Beatrix Kinderziekenhuis 2.0 de verschillende disciplines elkaar ondersteunen en begrijpen. Voorlichting over het belang van beweegzorg, het bewegend functioneren van de patiënt en de taken van iedere discipline zijn daarbij een vereiste. Door deze voorlichtingen wordt er onderling beter gecommuniceerd en streeft iedereen dezelfde waarden na. Zo wordt de beste (beweeg)zorg geleverd. De verschillende disciplines moeten hierbij altijd de beste zorg willen leveren en de zorg willen verbeteren. Voor het verbeteren van de beweegzorg is het dan ook een vereiste dat alle disciplines de patiënten ondersteunen, begeleiden en aansturen om meer te gaan bewegen. Voor chronisch zieke patiënten worden handvaten geboden om regie te voeren over hun eigen gedrag.

De zorgverleners gaan in het Beatrix Kinderziekenhuis 2.0 in op de motivatie van de patiënten, houding en eigen effectiviteit over zijn of haar zelfmanagement. Concluderend kunnen de verschillende disciplines het zelfmanagement van de patiënt ondersteunen door te achterhalen, adviseren, afspreken, assisteren en arrangeren. Innovaties ten aanzien van de zelfredzaamheid van patiënten moeten tevens

geïmplementeerd worden in het Beatrix Kinderziekenhuis 2.0. Dit gaat om innovaties wat de diagnostiek van de patiënt is op het gebied van bewegend functioneren, de innovatie voor wat een patiënt kan en mag, de Beweegcirkel en het zichtbaar maken van het dagprogramma. De ontwikkeling van genezen naar preventie wordt dan ook zeer uitgebreid verwerkt in het Beatrix Kinderziekenhuis.

Technologische innovaties kunnen in het Beatrix Kinderziekenhuis 2.0 alleen worden toegepast indien deze een meerwaarde geven aan het behandelproces van de patiënt. Naast innovaties is het ook van belang dat de zorgverleners in het Beatrix Kinderziekenhuis 2.0 inspelen op de houding van de patiënten zodat het beweeggedrag van de patiënten ook op die manier wordt beïnvloed.

Om bovenstaande punten in goede banen te leiden is er in het Beatrix Kinderziekenhuis (2.0) een medewerker nodig die zich bezig gaat houden met het verbeteren van de beweegzorg.

Concluderend kan gezegd worden dat het Beatrix Kinderziekenhuis 2.0 zich in moet zetten voor geoptimaliseerde beweegzorg door middel van het verbeteren en combineren van het hardware-, software- en orgware niveau. Op die manier wordt er op alle vlakken van het ziekenhuis beweegzorg aangeboden.

H6. Discussie

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op resultaten van het onderzoek. Het proces richting het beantwoorden van de hoofdvraag wordt bekritiseerd en de validiteit van het onderzoek wordt beargumenteerd. Afsluitend zijn er suggesties geschreven voor een vervolgonderzoek.

Voor dit kwalitatieve onderzoek is deskresearch en veldonderzoek gedaan omtrent het optimaliseren van de beweegzorg binnen het Beatrix Kinderziekenhuis 2.0. Voor de deskresearch is met behulp van kernwoorden gezocht naar bruikbare informatie door middel van het internet en aangereikte artikelen van dr. Otto Lelieveld. Er is de keuze gemaakt om het ASE-model te gebruiken, omdat de focus van het onderzoek lag op het verklaren en beïnvloeden van het beweeggedrag van patiënten (zie Hoofdstuk 2, Theoretisch kader). Het ASE-model sloot daarom beter aan bij het onderzoek dan het I-change model en de zelfbeschikkingstheorie. Binnen het onderzoek zijn alle factoren van het I-change model naar voren gekomen. Doordat de focus lag op het ASE-model, is er minder ingegaan op de factoren van het I-changemodel. Dit kunnen de resultaten beïnvloeden.

De predisponerende factoren, het bewustzijn en de informatiefactoren zijn de factoren welke niet aanwezig zijn in het ASE-model, maar wel in het I-change model.

- Met de predisponerende factoren van het I-change model kan alleen rekening worden gehouden. Vaak zijn deze factoren niet te beïnvloeden. De predisponerende factoren van het I-change model zijn in mindere mate naar voren gekomen in het onderzoek ten aanzien van het bewustzijn en de informatiefactoren. Doordat er alleen rekening gehouden kan worden met de predisponerende factoren en deze factoren in mindere mate naar voren zijn gekomen in het onderzoek, geeft deze factor weinig tot geen veranderingen in de resultaten indien het I-change model wel was gebruikt.
- Tijdens het onderzoek is er ingegaan op de kennis van patiënten ten aanzien van bewegen, de aanleiding van de patiënten om meer te gaan bewegen en de risicoperceptie van patiënten. Deze sluiten aan bij de factor bewustzijn van het I-changemodel. Indien de onderzoeker het I-change model had gebruikt, had de onderzoeker dieper op deze factoren in kunnen gaan dan de onderzoeker momenteel heeft gedaan. Hierdoor had de uitkomst van het onderzoek meer gedetailleerde resultaten kunnen opleveren ten aanzien van gedragsverandering en de bijkomende componenten.
- Tijdens het onderzoek is ingegaan op de onderdelen van de informatiefactoren uit het I-changemodel. Er is ingegaan op de boodschap dat patiënten meer moeten bewegen. Er is ingegaan op de bron van de boodschap en er is ingegaan op de manier van het verspreiden van de boodschap (social media, posters, et cetera). Indien de onderzoeker het I-change model had gebruikt, had de onderzoeker dieper op deze factoren in kunnen gaan dan de onderzoeker momenteel heeft gedaan. Hierdoor had de uitkomst van het onderzoek meer gedetailleerde resultaten kunnen opleveren ten aanzien van gedragsverandering en de bijkomende componenten.

Daarnaast heeft de onderzoeker veel gebruik gemaakt van literatuur over een beweegvriendelijke omgeving en ontwerpprincipes van de vrijetijdswetenschapper J. Hoyng. De overige artikelen ten aanzien van deze onderwerpen heeft de onderzoeker in mindere mate gebruikt. De literatuur van J. Hoyng gaf de benodigde informatie voor dit onderzoek ten aanzien van de twee bovenstaande onderwerpen duidelijk weer. Daarnaast waren zijn artikelen goed toepasbaar voor in het Beatrix Kinderziekenhuis (2.0). De overige artikelen waren vaker onduidelijk, waren erg compact omschreven en waren minder goed toepasbaar voor in het Beatrix Kinderziekenhuis (2.0). Eveneens verwezen de overige artikelen vaak terug naar de literatuur van J. Hoyng. Alhoewel de overige artikelen minder duidelijk en erg compact waren beschreven, had de onderzoeker deze artikelen ook kunnen gebruiken. Doordat de onderzoeker veel gebruik heeft gemaakt van de literatuur van J. Hoyng is er alleen naar zijn benadering van de twee onderwerpen gekeken. Doordat er voornamelijk vanuit één perspectief is gekeken, kunnen dit de resultaten ten aanzien van de deskresearch beïnvloeden. Dit leidt er daarnaast tot een minder betrouwbaar onderzoek doordat er geen gebruik is gemaakt van (data- en bronnen)triangulatie.

In de methodologie is omschreven dat er voor de deskresearch alleen data werd verzameld uit de jaren 2000 tot en met 2021 met uitzondering van het definiëren van begrippen. Echter is er ook gebruik gemaakt van literatuur uit 1995, Rogers. Deze literatuur gaat over de vijf adoptiecategorieën van een innovatie. Echter blijkt dat deze adoptiecategorieën nog steeds worden gehanteerd. Dit heeft de resultaten ten aanzien van de deskresearch niet beïnvloed.

Voor het veldonderzoek zijn er zes semigestructureerde interviews gehouden. Er heeft geen interview plaatsgevonden met een personeelslid uit het Emma Kinderziekenhuis, wat wel stond aangegeven bij Hoofdstuk 3.2, Dataverzamelingsmethoden. Dit in verband met de planning en aangezien er al voldoende informatie verzameld was uit de andere interviews. Verder werd verwacht dat dit interview geen nieuwe inzichten ging geven. Daarnaast zijn drie interviews afgenomen met fysiotherapeuten. Zij gaven daarbij hun mening over de beweegzorg in het ziekenhuis waar zij momenteel werkzaam zijn. De uitkomsten van de interviews gelden niet voor alle fysiotherapeuten in diezelfde ziekenhuizen en mogen ook niet gegeneraliseerd worden naar alle werkzame fysiotherapeuten in de Nederlandse ziekenhuizen. Indien meerdere disciplines werden geïnterviewd konden er andere resultaten uit dit onderzoek voortkomen. Daarentegen zijn de ideeën uit de brainstormbijeenkomsten met verschillende disciplines ook verwerkt in de resultaten en conclusie.

De onderzoeker had weinig kennis van het onderwerp, waardoor er in het begin van het proces veel aandacht is besteed aan het begrijpen van het onderwerp. Dit heeft ervoor gezorgd dat het onderzoek langzamer op gang is gekomen. Hierdoor heeft de onderzoeker de keuze gemaakt om een lid van de kinderadviesraad te gaan interviewen in plaats van de patiënten. Hierdoor is het perspectief van de patiënten niet meegenomen in dit onderzoek, kan dit invloed hebben op de resultaten, conclusie en aanbevelingen. Het kan namelijk zijn dat de patiënten andere wensen en ideeën hebben ten aanzien van bijvoorbeeld de inrichting van het gebouw of het weergeven van het dagprogramma dan de geïnterviewden en de literatuur.

In het theoretisch kader is omschreven dat de functionele gezondheidstoestand van patiënten in een ziekenhuis door fysiotherapeuten in beeld wordt gebracht met behulp van het ICF-model. De onderzoeker heeft het ICF-model meegenomen in het interviewschema, maar niet direct aan de geïnterviewden gevraagd of zij ook gebruik maakten van het ICF-model voor het beschrijven van de functionele gezondheidstoestand van de patiënt. Hierdoor kon de onderzoeker in de conclusie geen aandacht aan het ICF-model geven en weet de onderzoeker niet of de fysiotherapeuten dit ook gebruiken.

Dit onderzoek is valide. De indruksvaliditeit van het onderzoek is gewaarborgd door de combinatie van deskresearch en veldonderzoek. Het ASE-model is teruggekomen in de interviews en de uitkomsten zijn toegepast in het onderzoek. Dit draagt ook bij aan de indruksvaliditeit. Verder heeft het onderzoek ook een grote expertsvaliditeit. De interviewschema's zijn gecontroleerd door dr. Otto Lelieveld. De interviews waren semigestructureerd waardoor er dieper op bepaalde onderwerpen is ingegaan. Niet alle interviewvragen zijn door de geïnterviewden beantwoord, dit doordat de geïnterviewden er soms geen weet van hadden. Ondanks die beperking was het wel mogelijk om een conclusie te trekken. Aansluitend is er een heterogene groep onderzocht, waarbij er geen nieuwe informatie is verkregen bij de antwoorden op de interviewvragen. Er is saturatie opgetreden. De heterogene groep zijn de geïnterviewden uit de verschillende organisaties met hun verschillende beroepen en/of taken. Concluderend, dit onderzoek is valide.

De betrouwbaarheid van het onderzoek kan in twijfel worden getrokken. De gehouden interviews waren momentopnames. Indien dit onderzoek over een jaar wordt herhaald, is het mogelijk dat de geïnterviewden andere antwoorden geven. De geïnterviewden kunnen in een jaar meer kennis opdoen over de informatie die wordt gevraagd in de interviews. Daarnaast kunnen de meningen van de geïnterviewden ook veranderen evenals de insteek van de organisatie. Hierdoor kan het onderzoek minder betrouwbaar zijn, indien dit onderzoek nogmaals wordt uitgevoerd.

Voor een vervolgonderzoek is het advies om een soortgelijk onderzoek te doen waarbij het I-changemodel wordt gebruikt. Er kan dan achterhaald worden of de extra factoren, welke niet terugkomen in het ASE-model, de resultaten van het huidige onderzoek aanzienlijk veranderen. Ook wordt het advies gegeven om patiënten te interviewen, zodat hun perspectief ook wordt meegenomen bij het schrijven van de resultaten en de conclusie.

H7. Aanbevelingen

In dit hoofdstuk worden de aanbevelingen voor het managementteam van het Beatrix Kinderziekenhuis geschreven. De focus is gelegd op één hoofdaanbeveling met meerdere sub-aanbevelingen aangezien de hoofdaanbeveling te maken heeft met de overige aanbevelingen. De aanbevelingen zijn verder uitgewerkt in het adviesrapport 'Optimale beweegzorg, minder patiënten'.

7.1 Hoofdaanbeveling aannemen beweegzorgcoördinator

Uit het afstudeeronderzoek 'Beweegzorg in het Beatrix Kinderziekenhuis (2.0)' is gebleken dat een medewerker in het Beatrix Kinderziekenhuis 2.0 zich in moet zetten voor geoptimaliseerde beweegzorg door middel van het verbeteren en combineren van het hardware-, software- en orgware niveau. Daarom wordt aan het managementteam van het Beatrix Kinderziekenhuis geadviseerd om te investeren in een beweegzorgcoördinator die het verbeteren van de beweegzorg onder zijn of haar hoede neemt met als doel het optimaliseren van de beweegzorg. Diegene gaat te werk met het verbeteren en optimaliseren van de beweegzorg op hardware-, software- en orgware niveau. Dit doet de beweegzorgcoördinator eerst in het Beatrix Kinderziekenhuis waarbij de aanpassingen doorgezet kunnen worden in het Beatrix Kinderziekenhuis 2.0. De beweegzorgcoördinator gaat zich focussen op het verbeteren van de beweegzorg door middel van:

- Innovaties ten aanzien van het zichtbaar maken van de diagnostiek en de zelfredzaamheid bij patiënten;
- Het voorlichten van het personeel;
- (Het begeleiden van) studenten.

7.2 Sub-aanbeveling innovatie diagnostiek en zelfredzaamheid

Het is van belang dat er naast de diagnostiek in EPIC in één oogopslag zichtbaar is wat de diagnostiek ten aanzien van het bewegend functioneren van de patiënt is (verder diagnostiek patiënt genoemd), eveneens het niveau van zelfredzaamheid van de patiënt. Dit is gebleken uit het afstudeeronderzoek 'Beweegzorg in het Beatrix Kinderziekenhuis (2.0)'. Indien de diagnostiek en zelfredzaamheid van de patiënt goed zichtbaar is, kan er goed worden ingespeeld op wat een patiënt kan en mag. Hierdoor is het van belang dat beide componenten goed zichtbaar zijn in EPIC. Het managementteam van het Beatrix Kinderziekenhuis wordt aansluitend geadviseerd om te investeren in een innovatie gericht op het zichtbaar maken van de diagnostiek en zelfredzaamheid van de patiënt in EPIC. De beweegzorgcoördinator gaat innovaties hierop gericht onderzoeken, uitwerken en toepassen in het Beatrix Kinderziekenhuis (2.0). Betrokken zorgverleners krijgen aansluitend voorlichting over de innovatie. De beweegzorgcoördinator wordt bij het implementeren en voorlichten van de innovatie bij het personeel ondersteund door het managementteam van het Beatrix Kinderziekenhuis. Door deze ondersteuning wordt ingespeeld op de vijf adoptiecategorieën van Rogers (1995, p.275). Het personeel gaat een innovatie namelijk sneller oppakken als het managementteam het werken met de innovatie ook stimuleert.

7.2.1 Innovatie mogelijkheden patiënt

Uit het afstudeeronderzoek 'Beweegzorg in het Beatrix Kinderziekenhuis (2.0)' is naar voren gekomen dat een zichtbare innovatie, gericht op wat de patiënt kan en mag, eveneens onmisbaar is in het huidige Beatrix Kinderziekenhuis. Deze innovatie komt voort uit het zichtbaar maken van de diagnostiek en zelfredzaamheid van patiënten voor de zorgverleners. Het managementteam van het Beatrix Kinderziekenhuis wordt hierbij aangeraden om te investeren in een innovatie welke aan de patiënt, familie en zorgverleners zichtbaar maakt wat de patiënt kan en mag. Voor deze innovatie is het van belang dat de beweegzorgcoördinator onderzoek gaat doen om te kijken hoe deze innovatie goed vormgegeven kan worden. De beweegzorgcoördinator gaat vervolgens de innovaties uitwerken, toepassen in het Beatrix Kinderziekenhuis (2.0). De beweegzorgcoördinator wordt bij het implementeren en aankarten van de innovatie bij het personeel ondersteund door het managementteam van het

Beatrix Kinderziekenhuis. Hierbij wordt ingespeeld op de vijf adoptiecategorieën van Rogers (1995, p.275).

7.2.2 Innovatie Beweegcirkel

Uit het afstudeeronderzoek 'Beweegzorg in het Beatrix Kinderziekenhuis (2.0)' is naar voren gekomen dat de Beweegcirkel de patiënten, samen met een professional, stapsgewijs ondersteunt, stimuleert en begeleidt om meer te gaan bewegen. Het managementteam van het Beatrix Kinderziekenhuis wordt hierdoor aangeraden om te investeren in de innovatie Beweegcirkel. Voor de innovatie Beweegcirkel is het dan ook van belang dat de beweegzorgcoördinator gaat kijken of deze innovatie goed toe te passen is in het huidige Beatrix Kinderziekenhuis. Daarnaast is het van belang om te kijken of de Beweegcirkel zorgt voor eenzelfde behandelprocedure bij de patiënten en is het belangrijk of het beweegprogramma van de Beweegcirkel goed te verwerken is in het dagprogramma. De volgende stap is om deze innovatie te implementeren in het Beatrix Kinderziekenhuis (2.0). De beweegzorgcoördinator wordt bij het aankaarten en implementeren van de innovatie bij het personeel ondersteund door het managementteam van het Beatrix Kinderziekenhuis. Hierbij wordt ingespeeld op de vijf adoptiecategorieën van Rogers (1995, p.275).

7.2.3 Innovatie dagprogramma

Uit het afstudeeronderzoek 'Beweegzorg in het Beatrix Kinderziekenhuis (2.0)' blijkt dat zichtbaarheid van het dagprogramma onmisbaar is in het Beatrix Kinderziekenhuis (2.0). Door zichtbaarheid van het dagprogramma wordt het beweeggedrag van patiënten gestimuleerd. Het managementteam van het Beatrix Kinderziekenhuis wordt dan ook aangeraden om te investeren in het zichtbaar maken van het dagprogramma. De beweegzorgcoördinator gaat onderzoeken waar het dagprogramma zichtbaar op de kamer van een patiënt kan hangen en welke materialen hiervoor nodig zijn. De beweegzorgcoördinator gaat vervolgens de innovaties uitwerken en toepassen in het Beatrix Kinderziekenhuis (2.0). Bij het maken van het dagprogramma wordt rekening gehouden met het advies ten aanzien van de Beweegcirkel. De beweegzorgcoördinator informeert alle disciplines over de functie en betekenissen van het dagprogramma. De beweegzorgcoördinator wordt hierbij ondersteund door het managementteam van het Beatrix Kinderziekenhuis. Hierbij wordt ingespeeld op de vijf adoptiecategorieën van Rogers (1995, p.275).

7.3 Sub-aanbeveling voorlichten personeel

Uit het afstudeeronderzoek 'Beweegzorg in het Beatrix Kinderziekenhuis (2.0)' is gebleken dat het personeel in moet zien wat het belang van bewegen is. Het managementteam van het Beatrix Kinderziekenhuis wordt aangeraden om het personeel voorlichting te geven over het belang van bewegen en wat de taak van iedere discipline is. Door middel van deze voorlichting wordt er bijgedragen aan een betere onderlinge afstemming tussen de verschillende disciplines ten aanzien van de beweegzorg en kunnen de verschillende disciplines het belang van bewegen goed duidelijk maken bij de patiënt en zijn of haar familie. Deze voorlichting wordt gegeven door de beweegzorgcoördinator. Daarnaast wordt ook aangeraden dat de beweegzorgcoördinator het personeel voorlichting gaat geven over nieuwe geïmplementeerde innovaties waarbij wordt toegelicht welke taken de verschillende disciplines hebben bij deze innovatie. Het managementteam van het Beatrix Kinderziekenhuis stimuleert, samen met de beweegzorgcoördinator, het personeel om te gaan werken met een innovatie. Door de betrokkenheid van het managementteam wordt ingespeeld op de vijf adoptiecategorieën van Rogers (1995, p.275).

7.4 Sub-aanbeveling inzet studenten

Uit het afstudeeronderzoek 'Beweegzorg in het Beatrix Kinderziekenhuis (2.0)' is naar voren gekomen dat de inzet van studenten bijdraagt aan het verbeteren en optimaliseren van de beweegzorg. Het managementteam van het Beatrix Kinderziekenhuis wordt aangeraden om de kennis en kunde van studenten in te zetten om de beweegzorg te verbeteren op hardware-, software-, en orgware niveau. De focus moet liggen op:

- > 'Actieve' studenten: deze studenten organiseren sport- en beweegactiviteiten, leggen contact met sportverenigingen en promoten het Beatrix Kinderziekenhuis (2.0).

- > ‘Technische’ studenten: deze studenten denken mee en helpen mee met het (her)ontwerpen, (her)vormgeven en (her)inrichten van het Beatrix Kinderziekenhuis (2.0). Daarnaast promoten ook zij het Beatrix Kinderziekenhuis (2.0).
- > ‘Creatieve’ studenten: Deze studenten gaan één keer per week iets creatiefs doen met de patiënten en promoten ook het Beatrix Kinderziekenhuis (2.0).

7.4.1 Actieve studenten

Het managementteam van het Beatrix Kinderziekenhuis wordt aangeraden om zich te focussen op actieve studenten om patiënten meer in beweging te krijgen. Studenten van bijvoorbeeld het ALFA-college, ALO, Calo of CIOS kunnen sport- en beweegactiviteiten voor patiënten van het Beatrix Kinderziekenhuis (2.0) organiseren onder begeleiding van de beweegzorgcoördinator. Hierbij kunnen zij ook contact leggen met de sportverenigingen in de buurt. Deze sportverenigingen gaan ook activiteiten voor de patiënten organiseren. Dit gebeurt onder begeleiding van de studenten en de beweegzorgcoördinator. Door een samenwerking te creëren tussen het Beatrix Kinderziekenhuis (2.0) en de sportverenigingen worden patiënten uitgedaagd om meer te gaan bewegen wat leidt tot een kortere opname van de patiënt, blijkt uit het afstudeeronderzoek ‘Beweegzorg in het Beatrix Kinderziekenhuis (2.0)’. Afsluitend gaan deze studenten het Beatrix Kinderziekenhuis (2.0) promoten, zodat er verschillende faciliteiten en ruimtes worden geschonken, gedoneerd of gefinancierd aan het Beatrix Kinderziekenhuis (2.0). Het promoten van het Beatrix Kinderziekenhuis (2.0) kunnen de studenten op hun eigen manier doen, bijvoorbeeld door het organiseren van een sponsorloop. De beweegzorgcoördinator begeleidt de studenten gedurende hun stageperiode en zorgt door middel van een goede opdrachtomschrijving voor de juiste studenten van de juiste opleiding.

7.4.2 Technische studenten

Het managementteam van het Beatrix Kinderziekenhuis wordt aangeraden om zich te focussen op technische studenten zodat deze studenten kunnen meedenken en meehelpen met het (her)ontwerpen, (her)vormgeven en (her)inrichten van het Beatrix Kinderziekenhuis (2.0). Studenten die een opleiding volgen richting architect, ruimtelijk ontwerpen, vormgeving, interior design & styling, et cetera kunnen deze werkzaamheden op zich pakken. Daarnaast leggen deze studenten ook contact met patiënten en familie voor hun wensen ten aanzien van het verbeteren van het Beatrix Kinderziekenhuis 2.0, rekening houdend met een beweging stimulerende omgeving. Afsluitend gaan ook deze studenten het Beatrix Kinderziekenhuis (2.0) promoten, zodat er verschillende faciliteiten en ruimtes worden geschonken, gedoneerd of gefinancierd. Dit kunnen de studenten op hun eigen manier doen, bijvoorbeeld door het verkrijgen van gratis hout van een bouwbedrijf. De beweegzorgcoördinator begeleidt de studenten gedurende hun stageperiode en zorgt door middel van een goede opdrachtomschrijving voor de juiste studenten van de juiste opleiding.

7.4.3 Creatieve studenten

Het managementteam van het Beatrix Kinderziekenhuis wordt aangeraden om zich te focussen op creatieve studenten om iets creatiefs met de patiënten te doen. Er wordt ingezet op het plezier van de patiënt met als onderliggend doel dat de patiënten (onbewust) meer bewegen. Dit zijn studenten welke muziek maken, schilderen, kunst creëren, et cetera op hun opleiding. Naast de activiteiten kunnen de studenten ook helpen met het vormgeven van het Beatrix Kinderziekenhuis 2.0. Het maken van vrolijke figuren op de muren is hier een voorbeeld van. Afsluitend gaan ook deze studenten het Beatrix Kinderziekenhuis promoten, zodat er verschillende soorten materialen worden geschonken, gedoneerd of gefinancierd. Denk hierbij aan het verkrijgen van bijvoorbeeld potjes verf. De beweegzorgcoördinator begeleidt de studenten gedurende hun stageperiode en zorgt door middel van een goede opdrachtomschrijving voor de juiste studenten van de juiste opleiding.

Literatuurlijst

- Aartsen, J., Kuipers, F., Snapper, H., Van der Zee, A. (2014). Bouwen aan de toekomst van gezondheid 2020. Geraadpleegd op 17 september 2020, van <https://www.umcg.nl/SiteCollectionDocuments/UMCG/Publicaties/Bouwen%20aan%20de%20toekomst%20van%20gezondheid%202014.pdf>
- Antonius ziekenhuis. (2017, juni). *Patiënt in beweging*. Geraadpleegd op 26 februari 2021, van <https://www.antoniusziekenhuis.nl/patient-in-beweging>
- Ausplay Playscapes. (2019, 16 december). *The Edge Early Learning Milton*. Geraadpleegd op 7 april 2021, van <https://ausplay.net.au/projects/the-edge-early-learning-milton/>
- Bakker, S., Valkenet, K., Emmelot, M., Drenth, C., Het Lam, J., Mandersloot, & Veenhof, C. (2018). *UMC Utrecht in Beweging: de implementatie van een multidisciplinair beweegplan in de dagelijkse zorg op de verpleegafdeling Geriatrie*. Geraadpleegd op 5 maart 2021, van https://assets-eu-01.kc-usercontent.com/546dd520-97db-01b7-154d-79bb6d950a2d/4163992e-1267-41d0-abb3-d45cc05d3469/2018-03%20NTGF_Resultaten%20Beweegplan.pdf
- Barten, D., Van der Herberg, E., & Van der Linde, T. (2019, juli). *Positioneringsthema's voor de fysio- en oefentherapeut in de wijk*. Geraadpleegd op 27 oktober 2020, van https://husite.nl/moves/wp-content/uploads/sites/260/2020/10/MOVES_inspiratiewaaiervoor_positioneringsthemas_sept-2019.pdf
- Boon, M. J. B. (2020, 23 maart). *Playscapes: Creating Space for Young Children's Physical Activity and Play* (Master scriptie), <https://doi.org/10.4233/uuid:8f3090a6-39c6-4ddf-9ee8-9afb73021605>
- Bravis ziekenhuis. (2021, 11 februari). *Pijncentrum Bravis start met Virtual Reality*. Geraadpleegd op 22 april 2021, van <https://www.bravisziekenhuis.nl/over-bravis/laatste-nieuws/pijncentrum-bravis-start-met-virtual-reality>
- Brower, R. G. (2009). *Consequences of bed rest*. Geraadpleegd op 4 december 2020, van <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20046130/>
- Buiten Spelen (2013, 4 januari). *NISB Pilots BeweegVriendelijke Omgeving*. Geraadpleegd op 21 oktober 2020, van <https://www.platformbuitenspelen.nl/nieuws/040113/nisb-pilots-beweegvriendelijke-omgeving>
- Busch, M. C. M. (2019, 23 juli). *Aanbod bevorderen sport en bewegen*. Geraadpleegd op 2 maart 2021, van <https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/bewegen/preventie-zorg/preventie#node-aanbod-bevorderen-van-sport-en-bewegen>
- Bussmann, J. B. J., Den Ambtman, P., Horemans, H. L. D., & Nooijen, C. F. J. (2012, augustus). *Het meten van fysieke activiteit en sedentair gedrag*. Geraadpleegd op 4 november, van <https://www.kennisbanksportenbewegen.nl/?file=2210&m=1422883073&action=file.download>
- Cammelbeeck, C., Engbers, L., Kunen, M., & L'abée, D. (2014). *Ontwerpprincipes voor een beweegvriendelijke omgeving* (p. 8). Geraadpleegd op 14 oktober 2020, van <https://www.kennisbanksportenbewegen.nl/?file=4021&m=1424781174&action=file.download>
- Catharina. (2019, 5 december). *Catharina Ziekenhuis pakt pijn en angst bij patiënten aan met VR-brillen*. Geraadpleegd op 22 april 2021, van <https://www.catharinaziekenhuis.nl/nieuws/2309-catharina-ziekenhuis-pakt-pijn-en-angst-bij-patienten-aan-met-vr-brillen.html>

- CBO. (2014). *Zorgmodule zelfmanagement 1.0. Het ondersteunen van eigen regie bij mensen met één of meerdere chronische ziekten*. Geraadpleegd op 4 maart 2021, van <https://www.zorgvoorbeter.nl/zorgvoorbeter/media/documents/thema/persoonsgerichte-zorg/zorgmodule-zelfmanagement-1-0.pdf>
- Centrum voor Spierziekten. (2016). *Bewegend functioneren*. Geraadpleegd op 14 oktober 2020, van <http://www.centrumvoorspierziekten.nl/bewegendFunctioneren.html>
- De Fysioclub. (2018, 17 december). *Het belang van het beweegzorgprogramma*. Geraadpleegd op 27 oktober 2020, van <https://fysioclub.nl/blogs/belang-van-het-beweegzorg-programma/>
- De Gele Flamingo. (2020, 10 november). *Open ended play*. Geraadpleegd op 7 april 2021, van <https://www.degeleflamingo.com/blogs/news/open-ended-play>
- De Jong, N. B., Hoyng, J., & Takken, T. (2017, 15 november). *Een beweegvriendelijke omgeving*. Geraadpleegd op 2 maart 2021, van <https://www.timtakken.nl/wp-content/uploads/de-Jong-NTVG-2017.pdf>
- De Klein, K. (2020, 25 mei). *Nota gezondheidsbeleid 2020 – 2024: impact op sport en bewegen*. Geraadpleegd op 21 oktober 2020, van <https://www.gehandicaptensport.nl/actueel/nieuws/1155/nota-gezondheidsbeleid-2020-2024-impact-op-sport-en-bewegen>
- De Vries, H., Dijkstra, M., & Kuhlman, P. (1988). *Self-efficacy: the third factor besides attitude and subjective norm as a predictor of behavioural intentions*. Geraadpleegd op 11 december 2020, van <https://academic.oup.com/her/article-abstract/3/3/273/671516?redirectedFrom=fulltext>
- De Vries, M. (2016, 1 november). *Mijn fysio heeft de leukste trap!* Geraadpleegd op 7 april 2021, van <https://twitter.com/marijnfiets/status/793506650258825216>
- De Vries, W. (2017, 28 november). *Het effect van kleur in de zorg*. Geraadpleegd op 3 maart 2021, van <https://blog.blomsma.nl/printensign/het-effect-van-kleur-in-de-zorg>
- Desert Healthcare District & Foundation. (2019). *Healthcare Infrastructure and Services*. Geraadpleegd op 4 januari 2021, van <https://www.dhcd.org/Mini-Grant-Programs>
- Dokterdokter. (z.d.-a). *Atherogenese*. Geraadpleegd op 3 december 2020, van <https://www.dokterdokter.nl/encyclopedie/atherogenese/item32367>
- Dokterdokter. (z.d.-b). *Atheromatose*. Geraadpleegd op 3 december 2020, van <https://www.dokterdokter.nl/encyclopedie/atheromatose/item32369>
- Dokterdokter. (z.d.-c). *Coagulopathie*. Geraadpleegd op 3 december 2020, van <https://www.dokterdokter.nl/encyclopedie/coagulopathie/item33781>
- Dronkers, J. (2018, 30 januari). *Speerpunt fysieke zelfredzaamheid rond ziekenhuisopname*. Geraadpleegd op 4 november 2020, van <https://issuu.com/hogeschoolutrecht/docs/fmagazineivbv2/4>
- Ellerton, H. (2018, 27 juni). *What is physical literacy and why is it important for children today?* Geraadpleegd op 24 maart 2021, van <https://humankinetics.me/2018/06/27/what-is-physical-literacy/>
- ENCYCLO.nl (2013, 7 mei). *Curatieve zorg*. Geraadpleegd op 4 november 2020, van https://www.encyclo.nl/begrip/Curatieve_zorg

Euwes, M., Engelbert, R. H. H., Geleijnm, E, Mulder, W. J., Van der Veen, M., Rietberg, M., Dronkers, J., & Coppoolse, R. (2010). *Beroepscompetentieprofiel ziekenhuisfysiotherapeut*, NVZF. Geraadpleegd op 4 december 2020, van <http://nvzf.kngf2.nl/binaries/content/assets/bi/nvzf/onbeveiligd/vakgebied/kwaliteit/beroepscompetentieprofiel-ziekenhuisfysiotherapeut.pdf>

Fysiopraktijk Hoogeveen (z.d.). *Wat is fysiotherapie*. Geraadpleegd op 14 oktober 2020, van <https://www.fysiotherapiepraktijkhoogeveen.nl/wat-is-fysiotherapie>

Gehandicaptensport Nederland (2020, 15 juni). *Nota gezondheidsbeleid 2020-2024: impact op sport en bewegen*. Geraadpleegd op 2 maart 2021, van <https://www.gehandicaptensport.nl/actueel/nieuws/1155/nota-gezondheidsbeleid-2020-2024-impact-op-sport-en-bewegen>

George, A. (z.d.) *What is functional movement?* Geraadpleegd op 14 oktober 2020, van <https://www.centerworks.com/what-is-functional-movement/>

Groeidocument. (2017, 23 juni). *Logo UMCG*. Geraadpleegd op 20 april 2021, van <https://groeidocument.nl/home/logo-umcg/>

Haug, J. J. M. (2011, juli). *Richtlijn toegankelijkheid ziekenhuizen*. Geraadpleegd op 2 maart 2021, van <http://www.batutrecht.nl/download/Richtlijn-ziekenhuis.pdf>

Het nieuwe gymen. (2019, 9 april). *Lü – Interactieve Playground*. Geraadpleegd op 7 april 2021, van <https://hetnieuwegymmen.nl/product/lu-interactive-playground/>

Hitters, K. (2015, 25 augustus). *11 tips om gedragsverandering te bereiken*. Geraadpleegd op 2 maart 2021, van <https://www.kennisbanksportenbewegen.nl/?file=4858&m=1440503530&action=file.download>

Hogeschool Leiden. (2020, 10 augustus). *Gezond bewegen (naar) weten én doen*. Geraadpleegd op 4 november 2020, van <https://www.hsleiden.nl/eigen-regie-bij-fysiotherapie-en-beweegzorg/onderzoeken/gezond-bewegen-naar-weten-en-doen>

Hoogendoorn, M. P., & De Hollander, E. L. (2016). *Belemmeringen en drijfveren voor sport en bewegen bij ondervertegenwoordigde groepen*. Geraadpleegd op 3 maart 2021, van <https://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/2016-0201.pdf>

Hoyng, J. (2019a, 11 november). *Model Beweeg Vriendelijke Omgeving (BVO-model)*. Geraadpleegd op 24 november 2020, van <https://www.allesoversport.nl/artikel/model-beweegvriendelijke-omgeving-bvo-model/>

Hoyng, J. (2019b, 5 december). *Gebouw inrichten voor meer bewegen*. Geraadpleegd op 2 maart 2021 van, <https://www.allesoversport.nl/thema/gezonde-leefstijl/gebouw-inrichten-voor-meer-bewegen/>

Hoyng, J., & Sluimer, N. (2020a, 8 september). *Ontwerpprincipes voor plinten om bewegen te stimuleren*. Geraadpleegd op 2 maart 2021, van <https://www.allesoversport.nl/thema/beleid/ontwerpprincipes-voor-plinten-om-bewegen-te-stimuleren/>

Hoyng, J., & Sluimer, N. (2020b, 8 september). *Zo ontwerp je straten en 'plinten' die uitdagen tot bewegen*. Geraadpleegd op 2 maart 2021, van <https://www.allesoversport.nl/thema/beweegstimulering/zo-ontwerp-je-straten-en-plinten-die-uitdagen-tot-bewegen/>

- Hoyng, J., & Van Eck, M. (2019, september). *Speel, ren, fiets, skate, zwem, sup en bewandel de route naar een beweegvriendelijke omgeving*. Geraadpleegd op 14 oktober 2020, van <https://www.kennisbanksportenbewegen.nl/?file=9821&m=1578040553&action=file.download>
- ICT & Health. (2019a, 9 januari). *Interactieve playground voor astma-patiëntjes krijgt vervolg*. Geraadpleegd op 2 maart 2021, van <https://www.icthealth.nl/nieuws/interactieve-playground-voor-astma-patientjes-krijgt-vervolg/>
- ICT & Health. (2019b, 12 februari). *AR moet bewegen in ziekenhuis stimuleren*. Geraadpleegd op 26 februari 2021, van <https://www.icthealth.nl/nieuws/ar-moet-bewegen-in-ziekenhuis-stimuleren/>
- Innovatie. (z.d.). In *Economisch woordenboek*. Geraadpleegd op 4 december 2020, van <https://www.economischwoordenboek.nl/?zoek=innovatie>
- Isala. (z.d.). *Bewegen tijdens ziekenhuisopname*. Geraadpleegd op 14 december 2020, van <https://www.isala.nl/patientenfolders/7427-bewegen-tijdens-ziekenhuisopname/>
- Joosten, P. (2020, 11 oktober). *Innovatie gezondheidszorg Nederland: betekenis & 9 cases*. Geraadpleegd op 4 december 2020, van <https://www.peterjoosten.net/innovatie-gezondheidszorg/>
- Kenniscentrum Sport & Bewegen. (2016, 25 november). *Schoolzone*. Geraadpleegd op 21 oktober 2020, van <https://tools.kenniscentrumsportenbewegen.nl/schoolzone/hoofdstuk/stap-3-maak-plan/>
- Kenniscentrum sport & bewegen. (2020, 23 juni). *Stap voor stap naar een lichamelijk meer actieve leefstijl*. Geraadpleegd op 24 maart 2021, van <https://www.kenniscentrumsportenbewegen.nl/klantverhalen/julia-weijers/>
- Knight, K. E. (1967). *A descriptive Model of the Intra-Firm Innovation Process*. Geraadpleegd op 4 december 2020, van <https://www.jstor.org/stable/2351630?seq=1>
- KNMG (2020, januari). *KNMG-richtlijn omgaan met medische gegevens*. Utrecht: Auteur.
- Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie. (2018) *Programma beweegzorg*. Geraadpleegd op 27 oktober, van <https://www.kngf.nl/vakgebied/programmas/beweegzorg-2018/beweegzorg.html>
- Loesje. (2013, 19 november). *Zorgen moet je doen niet maken*. Geraadpleegd op 4 januari 2021, van https://www.loesje.nl/posters/overig-1003_0/
- Maasziekenhuis Pantein. (2020, 19 juni). *Virtual reality-bril voor kinderen tegen angst en pijn*. Geraadpleegd op 22 april 2021, van <https://www.maasziekenhuispantein.nl/nieuws/virtual-reality-bril-voor-kinderen-tegen-angst-en-pijn/>
- Margaert, J. (2016, 4 april). *Exergames, de LO lessen van de toekomst?* Geraadpleegd op 7 april 2021, van <http://onderwijs-technologie.blogspot.com/2016/04/exergames-de-lo-lessen-van-de-toekomst.html>
- Melancholia. (2009, 19 september). *Orgware*. Geraadpleegd op 2 maart 2021, van <https://melancholia.typepad.com/melancholia/2009/09/orgware.html>
- Menselijk Lichaam. (2013, 17 september). *Atelectase*. Geraadpleegd op 3 december 2020, van <https://www.menselijklichaam.nl/longen/atelectase>

- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). (2001). *Sport, bewegen en gezondheid: naar een actief kabinetsbeleid ter vergroting van de gezondheid door en bij sport en beweging*. Geraadpleegd op 3 maart 2021, van <https://www.kennisbanksportenbewegen.nl/?file=1&m=1422882655&action=file.download>
- Molenaar, E., & Barten, D. (2018, 30 januari). Fysieke zelfredzaamheid: het uitgangspunt van beweegzorg? *FG Magazine Lectoraat Innovatie van Beweegzorg*, 6-8. Geraadpleegd op 4 november 2020, van <https://issuu.com/hogeschoolutrecht/docs/fgmagazineivbv2/4>
- Mumsnet. (2018, 20 juli). *Kids Play 'Head Up' | According to Kids*. Geraadpleegd op 7 april 2021, van https://www.youtube.com/watch?v=E_BPZ3cx2jY
- Nederlands Huisartsen Genootschap. (2014). *Stepped care*. Geraadpleegd op 30 oktober 2020, van https://www.nhg.org/sites/default/files/content/nhg_org/images/thema/stepped_care.pdf
- Nederlands WHO-FIC Collaborating Centre. (2002). *ICF*. Geraadpleegd op 14 oktober 2020, van <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42407/903133913X-dut.pdf?sequence=117&isAllowed=y>
- Nederlandse Diabetes Federatie (2018, november). *Bewegen voor mensen met (een hoog risico op) diabetes type 2*. Geraadpleegd op 27 oktober 2020, van https://diabetesfederatie.nl/images/181126_NDF_Diabetesspecifieke_module_bewegen_DEF.pdf
- NHG. (2015) *NHG-Zorgmodule Leefstijl Bewegen (volledige tekst)*. Geraadpleegd op 27 oktober 2020, van <https://www.nhg.org/themas/publicaties/nhg-zorgmodule-leefstijl-bewegen-volledige-tekst>
- NISB (2012, juli) *Beweegvriendelijke omgeving*. Geraadpleegd op 14 oktober 2020, van <https://www.kennisbanksportenbewegen.nl/?file=2098&m=1422883050&action=file.download>
- Patiëntenfederatie Nederland. (2020, 22 mei). *Paramedische zorg*. Geraadpleegd op 11 december 2020, van <https://www.patiëntenfederatie.nl/over-de-zorg/paramedische-zorg>
- Prinses Máxima Centrum (z.d.). *Stamceltransplantatie: in beweging blijven*. Geraadpleegd op 4 december 2020, van https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwjE65_K3cPtAhWC_aQKHf1hDhYQFjAAegQIAxAC&url=https%3A%2F%2Fzorg.prinsesmaximacentrum.nl%2Fdownload%2Fnl%2F40&usg=AOvVaw1NwaTsQzY5RjK2y9x59I43
- Reinier de Graaf. (2018, 10 november). *Fysiotherapie*. Geraadpleegd op 4 december 2020, van <https://www.reinierdegraaf.nl/patienten/specialismen-en-afdelingen/fysiotherapie/>
- Rijksoverheid. (2018, 29 mei). *Wie kan er in een ziekenhuis allemaal in mijn medisch dossier kijken?* Geraadpleegd op 4 december 2020, van <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/rechten-van-patient-en-privacy/uw-medisch-dossier/inzage-medisch-dossier-ziekenhuis>
- Rijksoverheid. (z.d.). *Eerstelijnszorg*. Geraadpleegd op 3 december 2020, van <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/eerstelijnszorg>
- Rogers, E.M. (1995). *Diffusion of innovations*. Geraadpleegd op 4 december 2020, van <https://teddykw2.files.wordpress.com/2012/07/everett-m-rogers-diffusion-of-innovations.pdf>

- St Antonius. (2020, 17 februari). *Even ontsnappen aan het ziek zijn in een virtuele wereld*. Geraadpleegd op 22 april 2021, van <https://www.antoniusziekenhuis.nl/nieuws/even-ontsnappen-aan-ziek-zijn-in-virtuele-wereld>
- Stafleu van Loghum, B. (2002). *ICF*. Geraadpleegd op 4 november 2020, van <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42407/903133913X-dut.pdf?sequence=117&isAllowed=y>
- Teng, Y. K. O. (2018, 16 april). *Wat is systemische vasculitis?* Geraadpleegd op 3 december 2020, van <https://www.nieren.nl/bibliotheek/67-systemische-vasculitis/472-wat-is-systemische-vasculitis>
- Treant Zorggroep. (2017, 17 februari). *Liggen is dodelijk!* Geraadpleegd op 2 maart 2021, van <https://www.treant.nl/ziekenhuiszorg/specialismes-afdelingen/geriatrie/bewegingsgerichte-zorg--treant-zorggroep/bewegingsgerichte-zorg-liggen-is-dodelijk>
- UMCG. (z.d.-a). *Het UMCG*. Geraadpleegd op 17 september 2020, van <https://www.umcg.nl/NL/UMCG/overhetumcg/Paginas/default.aspx>
- UMCG. (z.d.-b). *Missie en visie*. Geraadpleegd op 26 januari 2021, van <https://www.umcg.nl/-/over-het-umcg/missie-en-visie>
- UMCG. (z.d.-c). *Patiënteninformatie over HBP-chirurgie*. Geraadpleegd op 8 maart 2021, van <https://www.umcg.nl/NL/UMCG/Afdelingen/hepatopancreatobiliairechirurgie/Patienten/Paginas/default.aspx>
- UMC Utrecht. (2019, 6 februari). *Dit is veel leuker dan mijn andere oefeningen*. Geraadpleegd op 3 december 2020, van <https://www.umcutrecht.nl/nieuws/dit-is-veel-leuker-dan-mijn-andere-oefeningen>
- UMC Utrecht. (z.d.-a). *Beweging*. Geraadpleegd op 26 februari 2021, van <https://www.umcutrecht.nl/nl/ziekenhuis/behandeling/fysiotherapie>
- UMC Utrecht. (z.d.-b). *Fysiotherapie*. Geraadpleegd op 4 december 2020, van <https://www.umcutrecht.nl/nl/ziekenhuis/behandeling/fysiotherapie>
- UMC Utrecht. (z.d.-c). *UMC Utrecht in beweging*. Geraadpleegd op 3 december 2020, van <https://www.umcutrecht.nl/nl/umc-utrecht-in-beweging>
- Van den Dool, R. (2015, juni). *Gedragsverandering bij 'moeilijke' groepen*. Geraadpleegd op 2 maart 2021, van <https://www.kennisbanksportenbewegen.nl/?file=4720&m=1437571688&action=file.download>
- Van der Lucht, F., Polder, J. J. (2010). *Van gezond naar beter*. Geraadpleegd op 3 maart 2021, van <https://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/270061005.pdf>
- Van Houten, R. (2019, 24 juni). *Beter het bed uit*. Geraadpleegd op 23 oktober 2020, van <https://www.nrc.nl/handelsblad/2019/06/24/#204>
- Van Ling, R. (2006). *Innoveren in de gezondheidszorg*. Geraadpleegd op 4 december 2020, van https://books.google.nl/books?hl=nl&lr=&id=akZ3xP1IWKIC&oi=fnd&pg=PA5&dq=innoveren+zorg+betekenis&ots=MZ3DbYyxNm&sig=eHKbXDr_b7_vlr_pt0ZGq8Y6uYg#v=onepage&q=innoveren%20zorg%20betekenis&f=false

- Van Schie, T., & Steenbergen, J. (2018, 8 mei). *Meer bewegen als meer bewegen mogelijk is: sport, bewegen en omgevingswet (deel 1)*. Geraadpleegd op 2 maart 2021, van <https://www.sportknowhowxl.nl/nieuws-en-achtergronden/column-xl/item/112614/meer-bewegen-als-meer-bewegen-mogelijk-is-sport--bewegen-en-omgevingswet--deel-1->
- Veenhof, C. (2018a, 30 januari). Een eerste kennismaking met het lectoraat innovatie van beweegzorg. *FG Magazine Lectoraat Innovatie van Beweegzorg*, 10-12. Geraadpleegd op 4 november 2020, van <https://issuu.com/hogeschoolutrecht/docs/fgmagazineivbv2/4>
- Veenhof, C. (2018b, 1 februari). *Fysieke zelfredzaamheid, dat doe je samen*. Geraadpleegd op 3 maart 2021, van <https://docplayer.nl/106482841-Fysieke-zelf-redzaamheid-dat-doe-je-samen.html>
- VieCuri. (z.d.). *Bewegen tijdens uw ziekenhuisopname*. Geraadpleegd op 5 maart 2021, van <https://www.viecuri.nl/onze-specialismen/fysiotherapie/bewegen-in-de-goede-richting/bewegen-tijdens-uw-ziekenhuisopname/>
- Voogdt, H. (2015, november). *Zorgmodule bewegen*. Geraadpleegd op 27 oktober 2020, van https://www.nhg.org/sites/default/files/content/nhg_org/uploads/15122015_zorgmodule_bewegen_0.pdf
- Wesselman, M. (2019, 15 november). *ASE-model: van attitude, sociale invloed en eigen-effectiviteit naar intentie tot gedrag*. Geraadpleegd op 4 november 2020, van <https://www.allesoversport.nl/artikel/ase-model-van-attitude-sociale-invloed-en-eigen-effectiviteit-naar-intentie-tot-gedrag/>
- Westhoff, M. (2017, december). *Goed op weg met brede integrale kijk op gezondheid*. Geraadpleegd op 3 november 2020, van <https://www.zonmw.nl/nl/over-zonmw/positieve-gezondheid/goed-op-weg-met-brede-integrale-kijk-op-gezondheid/>
- Willemsen, N. (2020a, 6 juli). *Beweeggedrag beïnvloeden: modellen die gedrag verklaren*. Geraadpleegd op 15 december 2020, van <https://www.allesoversport.nl/artikel/beweeggedrag-beinvloeden-modellen-die-gedrag-verklaren/>
- Willemsen, N. (2020b, 21 juli). *Handleiding Beweegcirkel*. Geraadpleegd op 2 maart 2021, van <https://tools.kenniscentrumsportenbewegen.nl/handleiding-Beweegcirkel/tool/handleiding-Beweegcirkel/>
- Willemsen, N. (2020c, 21 juli). *Involvellen Beweegcirkel*. Geraadpleegd op 2 maart 2021, van <https://www.kenniscentrumsportenbewegen.nl/wp-content/uploads/2021/04/Involvellen-Beweegcirkel-2021.pdf>
- Woerdeman, J. P. (2018, 7 november). *Obesity, microvascular function and red wine polyphenols*. Geraadpleegd op 3 december 2020, van <https://research.vu.nl/ws/portalfiles/portal/71327763/abstract+dutch.pdf>
- Ziekenhuis Rivierland. (2019, 2 mei). *Ziekenhuis Rivierland stimuleert bewegen*. Geraadpleegd op 2 maart 2021, van <https://www.ziekenhuisrivierenland.nl/over-ons/nieuws/artikel/ziekenhuis-rivierenland-stimuleert-bewegen>
- Zorginstituut Nederland (2016, 29 maart). *Bewegen zorgmodule*. Geraadpleegd op 27 oktober 2020, van <https://www.zorginzicht.nl/kwaliteitsinstrumenten/bewegen-zorgmodule>
- Zorgr (z.d.). *Beweegzorg*. Geraadpleegd op 27 oktober 2020, van <https://www.zorgr.nl/zorgcategorie/beweegzorg>