

WETENSCHAPPELIJK ARTIKEL

Wat beweegt verpleeghuisbewoners? Een interviewstudie naar de drijfveren en obstakels voor beweging

Steven van Andel,^{1*} Milou Logtenberg¹

Samenvatting

Bewegen is goed, toch bewegen ouderen wonend in een verpleeghuis vaak te weinig. In tegenstelling tot het algemene cohort ouderen, is er over verpleeghuisbewoners maar weinig bekend wat betreft hun motivatie om te bewegen. Deze studie richt zich op het vergroten van het inzicht in drijfveren en obstakels voor beweging onder verpleeghuisbewoners, aan de hand van deelvragen over de betekenis van bewegen, obstakels, drijfveren en verantwoordelijkheid. Acht bewoners van één verpleeghuis namen deel aan semigestructureerde interviews. Het begrip 'bewegen' blijkt onder te verdelen in lichamelijke activiteit, het beweegaanbod en de mogelijkheid om een eigen leven te leiden. Het thema 'een eigen leven leiden' is een beweegreden die specifiek lijkt te zijn voor verpleeghuisbewoners. Een belangrijke belemmering die is gevonden zijn niet-helpende (soms feitelijk onjuiste) overtuigingen, zoals de overtuiging dat meer bewegen toch geen zin meer zou hebben. Andere beweegredenen en belemmeringen komen overeen met bevindingen uit eerdere studies over zelfstandig wonende ouderen. De verantwoordelijkheid voor bewegen leggen bewoners vooral bij zichzelf. Sommige bewoners zien ook een rol weggelegd voor naasten, de organisatie en de (lokale) overheid. De gevonden helpende en belemmerende factoren kunnen dienen als input voor het ontwikkelen van beweegprogramma's.

Trefwoorden: beweging, motivatie, obstakels, beweegprogramma

¹ IJsselheem, Kampen

* Correspondierend auteur: s.vanandel@ijsselheem.nl

What moves nursing home residents? An interview study into motivators and barriers for physical activity

Steven van Andel,^{1*} Milou Logtenberg¹

Abstract

Physical activity is beneficial, yet older adults living in nursing homes often move too little. Compared to the general population of older adults, less is known about nursing home residents regarding their motivation to engage in physical activity. This study focuses on gaining insight into the drivers and barriers to movement among nursing home residents, based on sub-questions addressing the meaning of physical activity, obstacles, motivations, and responsibility. Eight residents from one nursing home participated in semi-structured interviews. The concept of 'physical activity' could be divided into physical exercise, available activity programs, and the ability to lead an independent life. The theme of 'leading an independent life' appears to be a motivation specific to nursing home residents. An important barrier identified was the presence of unhelpful (and sometimes factually incorrect) beliefs, such as the notion that increasing physical activity would no longer have any benefit. Other motivations and obstacles aligned with findings from previous studies on independently living older adults. Residents primarily place the responsibility for physical activity on themselves. Some also see a role for family, the organization, and (local) government. The identified helpful and obstructive factors can serve as input for developing exercise programs.

Keywords: Movement, Physical activity, Motivators, Barriers, Exercise programs

¹ IJsselheem, Kampen

* Corresponding author: s.vanandel@ijsselheem.nl

Introductie

Bewegen is goed voor de gezondheid en het lichamelijk functioneren. Onder mensen met meerdere aandoeningen (multimorbiditeit) blijkt dat beweging leidt tot minder depressie en angst, en tot een verbetering van het lichamelijk functioneren en de gezondheid-gerelateerde levenskwaliteit¹. Ook voor verpleeghuisbewoners heeft beweging een positieve uitwerking op de gezondheid². Specifiek voor verpleeghuisbewoners met dementie is aangetoond dat meer bewegen gerelateerd is aan een verbetering van cognitie, stemming, mobiliteit en algemeen dagelijkse levensverrichtingen (ADL), en aan een vermindering van agitatie³. Ook wanneer fysieke beperkingen de mogelijkheden tot bewegen inperken is er nog steeds winst te behalen met behulp van beweegprogramma's. Zo bieden ook stoel-gebonden beweegprogramma's voordelen in het fysiek en cognitief functioneren en het welbevinden van verpleeghuisbewoners⁴.

Mede door de toename in wetenschappelijk bewijs over de voordelen van bewegen voor de oudere leeftijdsgroep, is ook het overheidsbeleid in Nederland gericht op het stimuleren van bewegen. Sinds 2017 is er een vaste beweegrichtlijn voor ouderen, die gelijk is aan de richtlijn voor jongere volwassenen: minimaal 150 minuten per week matig intensief bewegen, twee keer per week spier- en botversterkende oefeningen, en het voorkomen van veel stilzitten, met als toevoeging voor ouderen het doen van balansoefeningen⁵. Data van het Centraal Bureau voor Statistiek (CBS) laten zien dat 45% van mensen in de leeftijd van 65 tot 75 jaar en 29% van de 75+'ers deze norm haalt. Vooral deze oudste groep vormt een afwijking van de trend, aangezien de gemiddelden voor alle andere gerapporteerde leeftijdsgroepen (vanaf 18 jaar) tussen de 44 en 48% liggen⁶. Deze cijfers geven een beeld over ouderen in het algemeen en zijn niet specifiek voor verpleeghuisbewoners. Over de bewoners van verpleeghuizen is weinig recente data bekend. Wel weten we dat deze groep vaak achterblijft in het bewegen. Data van het Sociaal en Cultureel Planbureau van 2008 en 2009 lieten zien dat destijds slechts vier procent van de bewoners in het somatische verpleeghuis de (toen geldende) norm haalde⁷. Bovendien liet een studie uit 2016 zien dat verpleeghuisbewoners met dementie veel minder actief waren dan zelfstandig wonende mensen met dementie en dan gezonde ouderen⁸. In het licht van deze beweegarmoede onder verpleeghuisbewoners is het relevant om beter te begrijpen wat deze groep beweegt, en vooral ook welke obstakels hen weerhouden om meer te bewegen.

Drijfveren en obstakels tot bewegen zijn al vaker onderzocht, maar ook hier mist specifieke kennis over verpleeghuisbewoners^{9,10}. Vaak worden deze factoren onderzocht in een socio-ecologisch model. In dit model worden invloeden op gedrag onderverdeeld in verschillende schillen om een individu heen, die op verschillende

afstand tot het individu staan¹¹. Het individu staat centraal en zijn of haar kennis, motivatie en persoonlijkheid bepalen het beweeggedrag. Onder ouderen worden hierin fysieke gezondheid en plezier vaak genoemd als motiverende factoren, terwijl fysieke beperkingen, tijdgebrek, vermoeidheid, valangst, gebrek aan interesse of motivatie en pijn beperkend zijn voor beweging¹⁰. Hierna volgt de interpersoonlijke schil, die interacties tussen mensen omvat (zoals vrienden, directe familie en het sociaal netwerk), waarbij vooral de sociale component van beweeginterventies motiverend werkt¹⁰. Verder zijn van invloed het organisatorische niveau (invloed vanuit bijvoorbeeld werk of zorginstelling), het gemeenschapsniveau (bijvoorbeeld buurt, kerk of uitgebreide familie) en, ten slotte, het beleidsniveau (bijvoorbeeld gemeente en overheid). Hieruit komt vooral de geschiktheid van de omgeving naar voren als een belangrijke factor bij het bepalen van het beweeggedrag, idealiter met zo min mogelijk fysieke barrières voor het lopen¹⁰. Ten slotte wordt het weer genoemd als beperkende omgevingsfactor¹⁰.

Samenvattend stellen we dat, hoewel onduidelijk is hoeveel verpleeghuisbewoners precies bewegen, wél duidelijk is dat de inactiviteit onder deze groep groot is en dat beweging ook voor hen meerdere gezondheidsvoordelen met zich meebrengt. Het doel van deze studie is daarom het vergroten van het inzicht in de drijfveren en obstakels voor beweging onder verpleeghuisbewoners. Om dit doel te bereiken werken we met drie onderzoeksvragen: i. wat betekent beweging voor verpleeghuisbewoners? ii. wat zijn drijfveren en obstakels voor deze groep, passend bij deze definitie van bewegen? En iii. waar (in het socio-economische model) ligt volgens verpleeghuisbewoners de verantwoordelijkheid voor beweging?

Methode

Deze studie maakte gebruik van een fenomenologische benadering van kwalitatief onderzoek, waarbij semigestructureerde interviews zijn afgenomen om antwoord te geven op de onderzoeksvragen. Er is een deductieve aanpak van thematische analyse toegepast, waarbij de deelvragen zijn gebruikt om de thema's te bepalen.

Ethische aspecten

Het protocol van deze studie werd vooraf gelezen en goedgekeurd door de institutionele ethische stuurgroep. Volgens de kaders van de CCMO betrof het hier geen medisch-wetenschappelijk onderzoek, waardoor toetsing door een METC niet noodzakelijk was¹². Deelnemers gaven schriftelijk toestemming voor deelname aan het onderzoek en voor het maken van audio-opnames. De dataopslag werd georganiseerd volgens institutionele en nationale richtlijnen, in samenwerking met een privacy officer.

Deelnemers

Voor deelname aan dit onderzoek werden verpleeghuisbewoners benaderd in de langdurige ouderenzorg van een Nederlandse zorginstelling. Deelnemers werden geworven via een uitnodigingsbrief, gevolgd door een persoonlijke benadering. De uitnodigingsbrief werd mee gestuurd met een vragenlijstonderzoek dat gelijktijdig in de instelling werd uitgevoerd. De exclusiecriteria waren verblijf op een psychogeriatrische (PG) afdeling of een andere reden waardoor zelfrapportage niet betrouwbaar of onmogelijk was. De Nederlandse versie van de Mini Mental State Examination (MMSE)¹³ werd gebruikt om te beoordelen of deelnemers zelfstandig informed consent konden geven. Daarbij werd de afkapwaarde voor matige cognitieve achteruitgang (score <18)¹⁴ gehanteerd als exclusie criterium. Hiervoor is geen gebruik gemaakt van het zorgdossier of van overleg met de behandelend arts, omdat dit een extra inbreuk zou vormen op de privacy van de cliënt. Omdat de MMSE als screenings-tool werd gebruikt, is deze ingezet nadat deelname informeel was besproken, maar voordat er formeel toestemming gegeven kon worden. Om te voorkomen dat de MMSE onterecht werd afgenomen, werd deelname tijdig besproken en werd een geprinte informatiebrief achtergelaten, zodat deelnemers dit ook met hun naasten konden bespreken. De PG afdeling werd bewust uitgesloten van deelname, om te voorkomen dat de MMSE onterecht werd afgenomen bij bewoners die hiervoor zelf geen geïnformeerde toestemming konden geven. Om een zo representatief mogelijk beeld te krijgen van de doelgroep, werden verder geen exclusiecriteria gehanteerd. Deelnemers konden zich op ieder moment uit het onderzoek terugtrekken, zonder opgaaf van reden.

Dataverzameling

De interviews vonden plaats in de persoonlijke omgeving van de verpleeghuisbewoners, zodat zij in een vertrouwde setting konden blijven. Twee onderzoekers namen, onafhankelijk van elkaar, semigestructureerde interviews af op basis van een vooraf opgestelde interviewgids (zie bijlage). De interviewers waren beiden werkzaam bij de instelling waar de deelnemers verbleven (als psycholoog en als onderzoeker) en hadden geen bestaande werkrelatie of persoonlijke relatie met de deelnemers. De interviews duurden circa 45 minuten en werden opgenomen met een audiorecorder. De interviewgids bestond uit open en gesloten vragen die ingingen op de volgende onderwerpen: de betekenis van beweging, drijfveren en obstakels om te bewegen, mening over het beweegaanbod op de woonlocatie en de verantwoordelijkheid om te bewegen (appendix 1). De interviewgids werd samengesteld aan de hand van het vooronderzoek en de verwachte thema's. Het eerste interview diende als pilotinterview, waarbij beide onderzoekers aanwezig waren. Na afloop werd de interviewgids definitief vastgesteld. Omdat dit niet leidde tot grote aanpassingen, is ook dit interview meegenomen in de analyse. Per onderwerp werd eerst een open vraag gesteld

om de deelnemer de ruimte te geven zelfstandig te antwoorden. Vervolgens werd met gesloten vragen doorgevraagd om voldoende diepgang in het gesprek aan te brengen.

Het gesprek werd verbatim getranscribeerd in twee stappen. Geluidsopnames werden eerst omgezet naar tekst met de transcriptiefunctie in Microsoft Word. De resultaten werden vervolgens gecontroleerd aan de hand van de audio-opnames, om fouten op te sporen en te corrigeren.

Data-analyse

De data-analyse werd uitgevoerd met behulp van het softwareprogramma ATLAS.ti. Alle transcripten werden in eerste instantie gecodeerd door de onderzoeker die het interview had afgenomen. Vervolgens las de andere onderzoeker het transcript om te controleren of de analyse correct en compleet was uitgevoerd. In onderling overleg werden de codes ondergebracht in subthema's, passend bij de thema's waren afgeleid van de deelvragen, met behoud van de ruimte om tot een betere indeling van thema's te komen. Het opstellen van codes, subthema's en thema's was een iteratief proces, waarbij continue verfijning plaatsvond om te komen tot een beter begrip van de deelnemers. Beide onderzoekers bereikten consensus over de codes, subthema's en thema's door herhaaldelijke discussie en door de transcripten meermaals te herlezen en analyseren.

Resultaten

Aan dit onderzoek namen acht verpleeghuisbewoners deel. Alle deelnemers behaalden een MMSE-score boven de vastgestelde afkapwaarde, ondertekenden informed consent en gaven toestemming voor het maken van audio-opnames. Er werden geen bewoners uitgesloten van deelname, en niemand trok zich voortijdig terug.

Er deden vijf vrouwen en drie mannen mee, met een leeftijd variërend van 56 tot en met 93 jaar (gemiddelde: 76,5 jaar; SD: 11,2). Vier deelnemers waren rolstoelafhankelijk. De overige deelnemers waren afhankelijk van een rollator en gebruikten voor langere afstanden eventueel een rolstoel of scootmobiel.

Betekenis van het concept 'beweging'

Uit de reacties van de deelnemers kwamen drie subthema's naar voren met betrekking tot de betekenis van beweging, namelijk: 1) het beweegaanbod, 2) een eigen leven leiden en 3) lichamelijke activiteit (tabel 1). Al snel bleek dat de term 'sport' bij deze groep respondenten niet goed aansloeg en eerder aversie teweeg bracht.

Om die reden werd in latere gesprekken niet meer expliciet naar 'sport' gevraagd. Sommige respondenten relateerden hun dagelijkse vormen van beweging wel aan sport en inspanning: "Sport? Ik heb vroeger op badminton gezeten, maar verder niet zo'n sporter. [...] Nee, verder helemaal niet. Dit is al sport genoeg, dat trippelen".

Deelnemers benoemden 'fysiotherapie' wanneer er werd gesproken over de betekenis van beweging. Daarnaast refereerden deelnemers aan (plezierige) vrijetijdsactiviteiten die beroep doen op een vorm van beweging. Hierbij werden zowel (creatieve) hobby's als spel- en beweegactiviteiten genoemd. Een illustratieve quote van één van de deelnemers: "Ik heb twee keer in de week fysio. En de jeu de boule is ook een beetje arm slingeren. Nou, en ik kan zelf kiezen of ik die week wel of niet ga fietsen dus boven."

Meerdere deelnemers zagen alledaagse taken – zowel ADL (algemene dagelijkse levensverrichtingen) als HDL (huishoudelijke dagelijkse levensverrichtingen) – als een vorm van beweging. Een deelnemer: "Ik moet zo op dat ding staan. Ja, dat is best veel op dat ding staan. Je moet op de wc. Je moet weer op dat ding staan. Je moet weer in bed rollen. Dat is al een heleboel beweging." Bovendien kwam uit de interviews naar voren dat deelnemers waarde hechten aan het leiden van een eigen leven. Een deelnemer: "Ik heb heel, heel erg hekel aan als iemand achter me komt: 'zal ik even duwen mevrouw?'. Dan denk ik 'ik ben geen invalide'. Maar ja, dat denk ik dan. 'Nee hoor, doet u maar niet, ik trippel wel even'". Ten slotte werd het kunnen verplaatsen genoemd, zowel in houding als in omgeving. Een deelnemer: "Ja, dat ik van A naar B kan en ja, wat ik net opnoem ook naar de stad".

Drijfveren en obstakels voor beweging

Bij het analyseren van de resultaten op de tweede deelvraag bleek tijdens het iteratieve analyseproces dat de drijfveren en obstakels beter te vatten waren in drie thema's. De drijfveren werden opgesplitst in 'beweegredenen' en 'helpende factoren', en de obstakels werden samengevat onder het thema 'belemmerende factoren'. De structuur van deze thema's, met bijbehorende subthema's en codes, is weergegeven in tabel 2.

Tabel 1 Subthema's en codes gerelateerd aan de betekenis van het concept 'beweging'

Thema	Subthema	Code
Het concept 'Beweging'	Lichamelijke activiteit	Bewegen
		Bezig zijn
		Lopen
		Niet stil zitten
		Verandering van houding
	Beweegaanbod	Fysiotherapie
		Georganiseerde activiteiten
		Vrije tijds beweging
	Eigen leven leiden	Algemene dagelijkse levensverrichtingen
		Huishoudelijke dagelijkse levensverrichtingen
		Normaal leven
		Zelfredzaamheid
		Verplaatsen

Tabel 2 Thema's, subthema's en codes gerelateerd aan drijfveren en obstakels m.b.t. beweging.

Thema	Subthema	Code
Beweegredenen	Algehele gezondheid	Achteruitgang tegengaan
		Gezondheid
	Mentaal functioneren	Cognitief functioneren
		Mentaal welzijn
	Lichamelijk functioneren	Lichamelijk welzijn
	Eigen leven leiden	Actieve leefstijl
		Participatie
		Zelfstandigheid
		HDL
	Sociaal contact	Sociaal contact
	Uiterlijk	Gewicht
		Postuur
	Mobiliteit	Mobiliteit
		Verandering omgeving
		Verplaatsing

Thema	Subthema	Code
Helpende factoren	Faciliteiten	Aanpassingen woning
		(Beweeg)tuin
		Beweegapparaten
		Hulpmiddelen
		Oefenzaal
	Sociale omgeving	Hulp personeel
		Mantelzorg
		Motivatatie naasten
		Motivatatie personeel
		Toezicht
		Vrijwilligers
	Therapieaanbod	Fysiotherapie
	Plezier	Plezier
	Weersomstandigheden	Beter weer
		Droog weer
Belemmerende factoren	Afhankelijkheid	Afwezigheid toezicht
		Beperkingen partner/naaste
		Hulpbehoevendheid
		Hulp moeten vragen
		Lichamelijke beperking
		Vermoeidheid/ energiegebrek
		Toezicht noodzakelijk
	Obstakels fysieke omgeving	Beweegruimte tweepersoons-appartement
		Drukke omgeving
		Faciliteiten woning
		Hulpmiddelafhankelijkheid
		Regulier meubilair
		Stoep
		Snelheid automatische deur
		Verre afstanden
		Hoeveelheid licht

Thema	Subthema	Code
	Valrisico	(Val)angst
		Afgenomen veiligheid
	Mentale belemmeringen	Niet-helpende gedachten
		(Val)angst
		Afgenomen zelfvertrouwen
	Personele bezetting	Tijd personeel
		Personeelstekort
	Weeromstandigheden	Koud weer
		Regen
		Wind
	Beperkingen georganiseerde bewegactiviteiten	Voelt zich niet deel van de doelgroep vanwege cognitie
		Desinteresse
		Ongeschikt met hulpmiddel
		Voelt zich niet deel van de doelgroep vanwege leeftijd
		Ongeschikt met fysieke beperkingen

Beweegredenen

De beweegredenen werden gezien als redenen waarom de deelnemer(s) zouden bewegen. Hierbij kwamen zeven subthema's naar voren: 1) algehele gezondheid, 2) mentaal functioneren, 3) lichamelijk functioneren, 4) eigen leven leiden, 5) sociaal contact, 6) uiterlijk en 7) mobiliteit. Deelnemers gaven aan het belangrijk te vinden hun functioneren te behouden of achteruitgang te voorkomen. Daarbij benoemden zij eveneens het sociale component en een vorm van zelfstandigheid. Zo zei een van de deelnemers: "Nou, dat ik niet zo'n suffig oud wijf wil worden in een stoel. [...] Dan denken ze 'moet ik daar weer naartoe'. Je moet wel blijven". Een andere deelnemer gaf daarentegen expliciet aan dat sociaal contact voor haar geen reden was om te bewegen. Wat betreft mobiliteit kwam naar voren dat men het belangrijk vond om van houding te veranderen, te kunnen verplaatsen van A naar B en in een andere omgeving te kunnen zijn. Bij dit laatste werd ook gerefereerd aan een eigen leven kunnen leiden en/of sociaal contact. Bovendien gaven deelnemers aan dat zij bewegen om uiterlijke redenen, zoals het postuur. Zo zei een van hen: "Dat vind ik wel belangrijk. Ik wil [er] niet [uitzien] als een uitgezakte pudding".

Helpende factoren

Uit de gevonden codes bleek dat niet alle drijfveren konden worden gecategoriseerd als beweegredenen. Waar beweegredenen werden gezien als directe aanleidingen om te bewegen, beschreven deelnemers ook factoren die wel helpend waren, maar niet direct aanleiding gaven tot beweging. Bijvoorbeeld, de aanwezigheid van een beweegtuin is niet direct een reden om in beweging te komen, maar kan wel helpend zijn op het moment dat de deelnemers de ambitie ontwikkelen meer te gaan bewegen. Deze codes werden gecategoriseerd als 'helpende factoren'. Er kwamen vijf subthema's naar voren, te weten: 1) faciliteiten, 2) sociale omgeving, 3) plezier, 4) therapieaanbod en 5) weersomstandigheden. De meerderheid van de deelnemers noemde één of meer reeds aanwezige faciliteiten die hen helpen om te bewegen. Zo vertelden deelnemers dat het hen helpt dat er een (beweeg)tuin aanwezig is bij het verpleeghuis. Bovendien verwezen deelnemers naar andere aanwezige faciliteiten, zoals woningaanpassingen, hulpmiddelen, beweegapparaten in en om het verpleeghuis, en de oefenzaal van de fysiotherapie. De aanwezige virtuele zitfietsen, waarmee op een scherm een fietstocht kan worden gemaakt door bekende en onbekende landschappen, werden specifiek genoemd. Dit speelt in op het plezier van bewegen: "Ja, en dan denk ik: 'oh daar ben ik ook geweest', 'oh dat ken ik ook'. Dat is heel leuk en je doet meteen je hersens gebruiken." Een deelnemer gaf aan dat het haar zou helpen om meer te bewegen als er een oefenzaal met toezicht aanwezig was, waarvan men met een vrijblijvend karakter gebruik kan maken. Deelnemers ervaarden de sociale omgeving als een helpende factor om te bewegen. Daarbij werd zowel de stimulans van buitenaf genoemd als het toezicht dat door de sociale omgeving geboden kan worden. De aard van de sociale omgeving loopt uiteen van naasten, mantelzorgers, vrijwilligers en personeel. Wat betreft personeel werden met name het zorgpersoneel en de fysiotherapeuten als helpend gezien. Deelnemers gaven ook aan dat fysiotherapie hen helpt om te bewegen. Een deelnemer benoemde specifiek dat hij de fysiotherapie – waarvan hij momenteel gebruikmaakt – niet zou missen. Ten slotte gaven sommige deelnemers aan dat weersomstandigheden, zoals droog weer, bepalend kunnen zijn om meer te bewegen.

Belemmerende factoren

De belemmerende factoren die in de gesprekken naar voren kwamen, waren afhankelijkheid, obstakels in de omgeving, valrisico, mentale belemmeringen, personele bezetting, kenmerken van activiteiten en weersomstandigheden. Een aantal van deze factoren werd in de gesprekken aan elkaar gerelateerd: door verminderde lichamelijke mogelijkheden werd een grotere afhankelijkheid van anderen om te bewegen waargenomen. Dit, gecombineerd met een waargenomen krapte in de personele bezetting, niet-helpende gedachten en een afgenomen zelfvertrouwen kan er toe leiden dat verpleeghuisbewoners inactief worden. Een deelnemer vat dit samen: "Ik

moet de gelegenheid krijgen om het te doen, maar het moet wel onder toezicht want anders dan ken ik mezelf, dan ga ik te ver.” Daarnaast vielen er bij meerdere deelnemers niet-helpende gedachten en overtuigingen ten aanzien van beweging op. Zo gaf een van de deelnemers het volgende aan: “Nou, ik kan gewoon helemaal niks meer. Dus het [beweging] heeft ook geen zin meer”.

De deelnemers spraken ook over de fysieke omgeving als een belangrijke factor. Zo werden de drukte op straat en de kwaliteit van de stoepen als beperking gezien. Ook het weer was hierbij bepalend voor het naar buiten gaan om te bewegen. Daarnaast speelden de hulpmiddelafhankelijkheid en de beperkte beweegruimte in de appartementen een rol. Valangst en valrisico waren zowel binnen als buiten van belang, vooral wanneer respondenten eerdere een val hadden mee gemaakt.

Ten slotte leefde bij een aantal deelnemers het idee dat de georganiseerde beweegactiviteiten niet echt voor hen bedoeld waren. Zo gaf een aantal respondenten aan de activiteiten niet leuk of oninteressant te vinden, of vatte men de activiteiten samen als ‘simpele’ of ‘kinderachtige’ spelletjes. Een deelnemer gaf dit als volgt weer: “Ik zie mezelf ook nog niet op een rijtje zitten met een ballon voor je. Dat is misschien goed voor mensen met, mijn schoonzus in [...] doet dat wel. [...] Maar die is dus echt verregaand dementerend. En die vindt dat dan wel leuk, ja.”

Verantwoordelijke

Op de vraag wie voornamelijk de verantwoordelijkheid draagt voor het bewegen van de deelnemers, was het meest eenduidige antwoord dat de persoon zelf verantwoordelijk is voor zijn of haar beweegmogelijkheden. Respondenten waren meer verdeeld over de rol van naasten voor hun bewegingsmogelijkheden. Zo zag de ene deelnemer dit expliciet niet als deel van een bezoek: “Nee, die komen op visite, brengen wat lekkers mee, drinken thee en koffie, die wassen voor me af en gaan weer.” Een andere deelnemer gaf in deze context aan dit niet als taak voor naasten te zien, omdat “het heel belastend voor anderen [is], om hulp te gaan vragen.” Daarentegen gaven andere deelnemers wel aan dat vooral hun kinderen hen helpen om actief te blijven. Een deelnemer benoemde dat de kinderen ondersteunen, maar dat hun mogelijkheden beperkt zijn: “ik heb maar één dochter en die heeft beperkt tijd [...]”.

Reacties op de verantwoordelijkheid van de organisatie, gemeente en overheid voor de beweegmogelijkheden van verpleeghuisbewoners waren divers. Hierbij viel op dat vooral de deelnemers die dit stellig als een eigen verantwoordelijkheid zagen, minder een rol toeschreven aan de organisatie en de overheid.

Discussie

De eerste onderzoeksvraag gaat over de betekenis die verpleeghuisbewoners geven aan beweging. Uit de resultaten blijkt duidelijk dat verpleeghuisbewoners over beweging spreken in drie dimensies. Ten eerste hebben ze het over beweging als lichamelijke activiteit; beweging is gelijk aan bezig zijn, niet stil zitten en lopen – of, waar lopen niet meer gaat: “een verandering van houding”. Hiermee geven de deelnemers een heel letterlijke definitie van wat beweging is. Opvallend is dat het gebruik van de term ‘sport’ niet goed aansloeg. Daarnaast is te merken dat de vraag “Wat betekent beweging voor u?” al snel de associatie oproept met georganiseerde beweegactiviteiten. Onder de deelnemers zijn velen voornamelijk actief tijdens de fysiotherapie; dit blijkt dan ook een belangrijk onderdeel te zijn van de betekenis die zij aan beweging geven. Ten slotte is er een associatie met zelfstandigheid en ‘een eigen leven leiden’. Beweging geeft de vrijheid om dingen zelf te blijven doen en om een eigen leven te leiden. Kortom, de respondenten zien beweging als een lichamelijke activiteit die kan worden uitgevoerd tijdens therapie, maar die ook belangrijk is voor het leiden van een zelfstandig leven.

De tweede onderzoeksvraag is gericht op het blootleggen van drijfveren en obstakels om te bewegen. Hierbij zijn de drijfveren op basis van de analyse onderverdeeld in beweegredenen en helpende factoren. Beweegredenen zijn gezondheid, mentaal of lichamelijk functioneren, zelfstandigheid, sociaal contact, uiterlijk en mobiliteit. Helpende factoren zijn de aanwezigheid van faciliteiten, stimulans vanuit de sociale omgeving, het therapieaanbod, plezier en het weer. Belemmerende factoren zijn gevonden in de afhankelijkheid van anderen, dat anderen soms te veel overnemen, obstakels in de fysieke omgeving, valrisico, mentale belemmeringen, personele bezetting, het weer en de beperkingen van de beweegactiviteiten.

Net zoals in de reviewstudie van Yarmohammadi en collega's¹⁰ komen het verbeteren van de fysieke en mentale gezondheid, plezier en sociaal contact naar voren als motiverende factoren, terwijl (val)angst, fysieke problemen, gebrek aan interesse, fysieke obstakels bij het lopen en weersomstandigheden worden genoemd als obstakels. Een opvallende beweegreden die in de huidige studie naar voren komt, maar niet wordt genoemd in de systematische review van Yarmohammadi en collega's, is het bewegen om zelfstandig een eigen leven te kunnen leiden. Een mogelijke reden voor deze bevinding is het verschil in cohort. Waar Yarmohammadi en collega's studies includeerden naar drijfveren en obstakels van senioren (iedereen met de leeftijd van 65+), richt het huidige onderzoek zich specifiek op verpleeghuisbewoners. Het is mogelijk dat verpleeghuisbewoners, door hun gemiddeld beperktere fysieke mogelijkheden, zich meer bewust zijn van het feit dat ADL- en HDL-taken ook inspanning kosten. Fysieke inspanning werkt aan de ene kant beschermend voor

het functioneren¹⁵, aan de andere kant is het uitvoeren van alledaagse taken ook een oefening op zich, wat het sedentaire gedrag kan doorbreken¹⁶.

Wat betreft belemmerende factoren is valangst zowel in deze studie als in die van Yarmohammadi en collega's gevonden als een belangrijke factor¹⁰. Daarnaast komen in het huidige onderzoek ook specifiek niet-helpende overtuigingen ten aanzien van beweging naar voren. Bijvoorbeeld in de veelal foutieve overtuiging dat beweging niet (meer) zinvol is, of dat er niets meer mogelijk is.

De derde onderzoeksvraag was gericht op de verantwoordelijkheid voor beweging. De antwoorden kenmerken verpleeghuisbewoners zelf als de voornaamste personen die verantwoordelijkheid dragen voor bewegen. Toch zagen sommige deelnemers ook een rol weggelegd voor naasten, de organisatie en de (lokale) overheid. Het is interessant dat veel deelnemers de verantwoordelijkheid voor beweging bij zichzelf leggen, maar dat dit hen niet allen direct aanzet tot meer bewegen. Dit kan te maken hebben met waargenomen niet-helpende gedachten en een afgenomen zelfvertrouwen met betrekking tot beweging^{17,18}, wat ertoe kan leiden dat juist deze groep de 'waargenomen eigen verantwoordelijkheid' niet of in mindere mate oppakt.

Samen met eerdere bevindingen uit de literatuur heeft deze studie belangrijke implicaties voor het ontwerp van beweegprogramma's voor verpleeghuisbewoners. In een interviewstudie onder mensen in '*assisted living*' onderzochten Webster en collega's²⁰ wat ouderen belangrijk vinden in een beweeginterventie. De belangrijkste elementen voor deze groep zijn een korte duur van de interventie, korte sessies en een focus op het bevorderen van lichte inspanning (tegenover een focus op het verminderen van het sedentaire gedrag)²⁰. Mogelijk bieden elementen uit dit recept oplossingen voor bepaalde obstakels die verpleeghuisbewoners ervaren. Een kort programma met korte sessies maakt de drempel om mee te doen lager. Persoonlijke aandacht bij de promotie en opzet van het programma zou een uitkomst kunnen bieden. Zo kunnen ouderen leren wat ze wél kunnen en wat de positieve effecten zijn van die activiteiten¹⁹, om zo niet-helpende overtuigingen ten aanzien van beweging te overwinnen. Het bevorderen van lichaamsbeweging kan daarbij goed inspelen op de in deze studie gevonden drijfveren. Zo wordt bewegen neergezet als een middel om een doel te bereiken (tabel 2; beweegredenen), in plaats van als doel op zichzelf.

Hierboven worden kenmerken geschetst van een interventie passend bij de uitkomsten van deze studie. Voor de uitvoering van dit programma liggen er mogelijkheden binnen participatief actie onderzoek^{21,22}. In deze onderzoeksmethode wordt samen met de doelgroep het gesprek gestart over hoe een probleem kan worden aangepakt. Het onderzoeksproces en het veranderproces lopen parallel en zijn met elkaar

verweven. Zo kan samen met de bewoners een haalbaar beweegprogramma worden ontwikkeld, waarbij oog is voor de drijfveren en de obstakels tot beweging. Dit geeft de bewoner tevens een gevoel van betrokkenheid. Bovendien wordt op die manier de druk op de personele bezetting en de naaste omgeving beperkt.

Het werven van deelnemers bleek een van de voornaamste uitdagingen van dit onderzoek. In eerste instantie werd de werving per brief georganiseerd, in samenhang met een vragenlijstonderzoek dat gelijktijdig op de afdeling plaatvond. Hierop kwam echter slechts een zeer beperkte respons. Daarom werd in tweede instantie een persoonlijke benadering toegepast, waarbij verpleeghuisbewoners die in het vragenlijstonderzoek aangaven hiervoor open te staan, persoonlijk werden benaderd. Zo zijn we tot een deelnemersgroep gekomen met wie we de onderzoeksvragen konden beantwoorden. Toch blijft de generaliseerbaarheid van deze studie een beperking. De relatief kleine groep deelnemers vormt mogelijk geen representatieve afspiegeling van alle bewoners van deze woonlocatie, laat staan van alle verpleeghuisbewoners in Nederland. Tegelijkertijd werd gezien dat ook verpleeghuisbewoners deelnamen die geen interesse hadden in beweging, waardoor er op dit vlak geen sprake was van selectiebias. Bovendien was de groep heterogeen wat betreft geslacht, leeftijd en beperkingen. We raden daarom aan om toekomstig onderzoek met een grotere groep deelnemers beweegprogramma's in de praktijk te laten brengen, waarbij rekening wordt gehouden met de heterogeniteit binnen deze doelgroep. Een verdere beperking van dit onderzoek was de één-op-één interviewmethode. Door de interviews in duo's af te nemen, zou de consistentie tussen interviews kunnen worden vergroot en zou één interviewer zich kunnen richten op het registreren van non-verbale communicatie. Vanwege organisatorische beperkingen binnen dit onderzoek is hier gekozen voor individuele interviews. Toekomstig onderzoek met twee interviewers zou tot een objectiever beeld kunnen komen.

Conclusie

Dit onderzoek verkent de drijfveren en belemmeringen voor beweging bij verpleeghuisbewoners. Bewegen blijkt drie dimensies te omvatten: lichamelijke activiteit, deelname aan beweegaanbod en het leiden van een eigen leven. Naast bekende motieven uit eerdere studies¹⁰, is duidelijk geworden dat bewoners bewegen om hun zelfstandigheid te behouden. Niet-helpende overtuigingen beperken soms het bewegen. Bewoners voelen zich zelf verantwoordelijk, maar zien ook een rol voor naasten, de organisatie en overheid. Deze inzichten helpen bij het ontwikkelen van beweegprogramma's die inspelen op motivatie en obstakels. Participatief actieonderzoek wordt aanbevolen om beter aan te sluiten bij bewoners en personeelstekorten.

Financiering

Dit onderzoek is ondersteund door Fonds SGS, onderdeel van Zilveren Kruis <https://www.zilverenkruis.nl/zorgaanbieders/visie-en-transformatie/financiering-van-innovatie/stichtingen/sgs>

Literatuur

1. Bricca A, Harris LK, Jäger M, Smith SM, Juhl CB, Skou ST. Benefits and Harms of Exercise Therapy in People with Multimorbidity: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomised Controlled Trials. *Ageing Res Rev.* 2020;63.
2. Arrieta H, Rezola-Pardo C, Zarrazquin I, Echeverria I, Yanguas JJ, Iturburu M, Gil SM, Rodriguez-Larrad A, Irazusta, J. A Multicomponent Exercise Program Improves Physical Function in Long-Term Nursing Home Residents: A Randomized Controlled Trial. *Exp Gerontol.* 2018;103:94-100. DOI:10.1016/J.EXGER.2018.01.008.
3. Brett L, Traynor V, Stapley P. Effects of Physical Exercise on Health and Well-Being of Individuals Living With a Dementia in Nursing Homes: A Systematic Review. *J Am Med Dir Assoc.* 2016;17:104-116. DOI:10.1016/J.JAMDA.2015.08.016.
4. Cordes T, Schoene D, Kemmler W, Wollesen B. Chair-Based Exercise Interventions for Nursing Home Residents: A Systematic Review. *J Am Med Dir Assoc.* 2021;22:733-740.
5. Gezondheidsraad. Beweegrichtlijnen 2017; 2017.
6. CBS.nl. <https://Www.Cbs.Nl/Nl-Nl/Nieuws/2023/37/Ruim-4-Op-de-10-Volwassenen-Bewegen-Voldoende>.
7. Chorus A, Campen C van, Draak M den. Ouderen in Beweging: Van Vitaal Belang. In *Sport: een leven lang rapportage sport 2010*. Tiessen-Raaphorst A, Verbeek D, Haan J de, Breedveld K, red. Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP): Den Haag, 2010; pp. 137-152. ISBN 97837705041.
8. Van Alphen HJM, Volkers KM, Blankevoort CG, Scherder EJA, Hortobágyi T, Van Heuvelen MJG. Older Adults with Dementia Are Sedentary for Most of the Day. *PLoS One.* 2016;11:e0152457. DOI:10.1371/JOURNAL.PONE.0152457.
9. Baert V, Gorus E, Mets T, Geerts C, Bautmans I. Motivators and Barriers for Physical Activity in the Oldest Old: A Systematic Review. *Ageing Res Rev.* 2011;10:464-474.
10. Yarmohammadi S, Saadati HM, Ghaffari M, Ramezankhani A. A Systematic Review of Barriers and Motivators to Physical Activity in Elderly Adults in Iran and Worldwide. *Epidemiol Health.* 2019;41.
11. Mcleroy KR, Bibeau D, Steckler A, Glanz K. An Ecological Perspective on Health Promotion Programs. *Health Educ Q.* 1988;15:351-377.
12. Uw onderzoek: WMO-plichtig of niet? [Internet]. Ccmo.nl. 2018 [cited 2025 Jun 6]. Available from: <https://www.ccmo.nl/onderzoekers/wet-en-regelgeving-voor-medisch-wetenschappelijk-onderzoek/uw-onderzoek-wmo-plichtig-of-niet>.
13. Kok R, Verhey F. Dutch Translation of the Mini Mental State Examination (Folstein et al., 1975). Altrecht: GGZ; 2002.
14. Ward A, Caro JJ, Kelley H, Eggleston A, Molloy W. Describing Cognitive Decline of Patients at the Mild or Moderate Stages of Alzheimer's Disease Using the Standardized MMSE. *Int Psychogeriatr.* 2002;14:249-258. DOI:10.1017/S1041610202008451.
15. Morris JN, Fiatarone M, Kiely DK, Belleville-Taylor P, Murphy K, Lock Ooi W, O'Neill E, Doyle N. Nursing Rehabilitation and Exercise Strategies in the Nursing Home. *Journal of Gerontology: Medical Sciences.* 1999;54:494-500.
16. de Souto Barreto P, Morley JE, Chodzko-Zajko W, Pitkala KH, Weening-Dijksterhuis E, Rodriguez-Mañas L, Barbagallo M, Rosendahl E, Sinclair A, Landi F, et al. Recommendations on Physical

- Activity and Exercise for Older Adults Living in Long-Term Care Facilities: A Taskforce Report. *J Am Med Dir Assoc*. 2016;17:381-392. DOI:10.1016/j.jamda.2016.01.021.
17. Šare S, Ljubičić M, Gusar I, Čanović S, Konjevoda S. Self-Esteem, Anxiety, and Depression in Older People in Nursing Homes. *Healthcare*. 2021;9:1035. DOI:10.3390/HEALTHCARE9081035.
 18. Pluzarić J, Ilakovac V, Železnik D. Comparison of Self-Esteem and Quality of Life between Residents of Old People's Home and the Elders Living at Home. *Obzornik zdravstvene nege*. 2016;50. DOI:10.14528/SNR.2016.50.3.108.
 19. Troutman-Jordan M, O'Brien T, Keaton M. Older Adults' Views and Attitudes on Physical Activity; Reasons to Participate and Abstain. *J Community Health Nurs*. 2021; 38:232-243. DOI:10.1080/07370016.2021.1972247.
 20. Webster KE, Seng JS, Gallagher NA, Gothe NP, Colabianchi N, Smith EML, Ploutz-Snyder R, Larson JL. Physical Activity Programming for Older Adults in Assisted Living: Residents' Perspectives. *West J Nurs Res*. 2023;45:105-116. DOI:10.1177/01939459221107579.
 21. Andersen J, Bilfeldt A. Action Research in Nursing Homes. *Action Research*. 2016;14: 19-35. DOI:10.1177/1476750315569082.
 22. Van Malderen L, De Vriendt P, Mets T, Goris E. Active Ageing in the Nursing Home: Could Participatory Action Research Provide the Answer? *Action Research*. 2017;15: 239-257. DOI:10.1177/1476750316636668.

Appendix 1. Interview guide

1. Wat betekent 'Beweging' voor u?
2. Vraag door als het antwoord niet gaat richting lichaamsbeweging: "en wat betekend 'sport' of 'lichaamsbeweging' voor u?"
3. Wat zijn voor u drijfveren of redenen om te bewegen?
 - a. Vraag door: "en wat nog meer?", "Kunt u dat verder toelichten?"
4. Heeft u wel eens het voornemen gehad om (meer) te bewegen? Ja / Nee
 - a. Is dit gelukt? Ja / Nee
 - b. Zo ja, hoe is dit u gelukt?
 - i. Vraag door: "en wat hielp er nog meer"?
5. Wat heeft u nodig om (nog) meer te bewegen?
6. Graag zal ik het nu met u hebben over factoren die het minder makkelijk maken om (meer) te bewegen. Wat ervaart u zelf als een drempel of obstakel om (meer) te bewegen?
 - a. Alternatief: "wat voor dingen weerhouden u om (lichamelijk) actief te zijn?"
 - b. Vraag door: "en wat nog meer?", "Kunt u dat verder toelichten?"

7. Maakt uw woonlocatie het makkelijk voor u om actief te zijn? Ja / Nee / Enigszins
 - a. "Kunt u dat toelichten?"
 - b. "Zijn daarop ook uitzonderingen?"
 - i. Bijvoorbeeld door de bereikbaarheid van activiteit?
 - ii. De hoeveelheid licht in de ruimte?
 - iii. Groepsgrootte?
 - iv. Weersomstandigheden?
8. Wat vindt u van het aanbod van beweegactiviteiten binnen <naam instelling>?
 - a. Eventueel toelichten: "met beweegactiviteiten bedoelen we de mogelijkheden die <naam instelling> biedt voor u om actief te zijn, zoals een wandelgroep, gymnastiek uurtje of andere activiteiten waar u lichamelijk actief bent."
 - b. Eventueel doorvragen: "Wat vindt u goed aan het beweegaanbod binnen <naam instelling>?"
 - c. Eventueel doorvragen: "Wat kan er volgens u beter?"
 - i. "Hoe kan dit volgens u aangepakt worden?"
9. Onderzoek laat zien dat lichaamsbeweging goed is voor de gezondheid. Wie vindt u dat er verantwoordelijk is voor het mogelijk maken van lichaamsbeweging in uw situatie?
 - a. Heeft u zelf daar een rol in?
 - b. En uw naasten?
 - c. Kennissen?
 - d. <naam instelling>?
 - e. De gemeente of overheid?