

Beweegredenen bij dementie

Wat verpleeghuisbewoners hindert en aanzet tot bewegen

Ouderen in het verpleeghuis zijn zeer inactief. Binnen verpleeghuis DrieMaasHave, onderdeel van Argos Zorggroep, is onderzocht wat verpleeghuisbewoners met een mild tot matig gevorderde dementie hindert of aanzet tot bewegen.

► I. van den Berg, M ANP, drs. A.M.C.H. Hoogenboom, dr. E.S. van der Ploeg en dr. J. de Lange

Inactiviteit in het verpleeghuis

Uit onderzoek van de Vrije Universiteit, dat is gedaan in opdracht van de Inspectie voor de Gezondheidszorg, blijkt dat bijna 90% van de verpleeghuisbewoners lichamelijk inactief is (Binnekade et al., 2012). Wetenschappelijk onderzoek toont aan dat ook verpleeghuisbewoners met dementie kunnen profiteren van regelmatig bewegen.

Bewegen zou een positief effect hebben op zowel het lichamelijk als cognitief functioneren dat vervolgens kan leiden tot langere zelfstandigheid in algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL), afname van valincidenten en toename van de kwaliteit van leven (Blankevoort et al., 2010; Heyn et al., 2004 en 2008; Potter et al., 2011; Rolland et al., 2007).

Deze onderzoeken naar de effecten van een bewegingsprogramma in het verpleeghuis hadden echter te maken met een hoog percentage uitvallers of beperkte therapietrouw. Onderzoeken naar factoren die de deelname van ouderen aan beweegactiviteiten al dan niet bevorderen, beperken zich meestal tot

zelfstandig wonende ouderen of beschrijven alleen de praktijkervaringen van zorgverleners. Er is één onderzoek dat sterk overeenkomt met ons onderzoek. Dit betreft een kwalitatief onderzoek van Galik et al. (2009) dat gebruik maakte van twee focusgroepen, bestaande uit verzorgenden van mensen met dementie.

Onderzoeksdoelstelling

Het doel van ons onderzoek was inzicht te krijgen in factoren die verpleeghuisbewoners met een mild tot matig gevorderde dementie aanzetten of hinderen om te bewegen. Binnen dit onderzoek houden we de definitie voor fysieke activiteit van de World Health Organization (2010, p. 53) aan: 'Elke lichaamsbeweging die geproduceerd wordt door skeletspieren en resulteert in energieverbruik'.

Onderzoeksmethode

We gebruikten een kwalitatief design met focusgroepen en observaties.

Deelnemers

Verzorgenden van drie verschillende verpleegafdelingen vormden één focusgroep (n = 7). De andere focusgroep bestond uit een arts (in opleiding tot specialist ouderengeneeskunde), een verpleegkundig specialist (VS), een ergotherapeut, een psychomotorisch therapeut, twee teamleiders, een fysiotherapeut en een activiteitenbegeleider (n = 8). Achttien bewoners met een mild tot matig gevorderde dementie werden geobserveerd, met MMSE-range 10-25 als uitkomst. (De Mini Mental State Examination (MMSE) is een schaal om de mate van dementie vast te stellen.)

Dataverzameling

In de focusgroepen werden visies op bewegen, bewegestimulering en factoren die volgens de deelnemers wel of niet aanzetten tot bewegen besproken. Er werd gediscussieerd over het beweegbeleid van de organisatie. Een VS i.o. en een specialist ouderengeneeskunde i.o. verrichtten ieder negen observaties met behulp van een observatieschema. De observaties duurden 45 minuten tot een uur. Tijdens de dagelijkse zorg, therapie sessies en georganiseerde beweegactiviteiten observeerden zij of de bewoner aangaf al dan niet te willen bewegen en hoe de bewoner dit kenbaar maakte. Tijdens de observaties is gelet op verbale en non-verbale reacties van zowel de bewoners als het personeel.

Analyse

De focusgroepen werden opgenomen met geluidsapparatuur en werden letterlijk uitgetypt. De transcripties van de focusgroepen en de veldverslagen van de observaties zijn gecodeerd, geclusterd, gestructureerd en geïnterpreteerd zoals beschreven door Boeije (2005). Het softwareprogramma Atlas-Ti bood de mogelijkheid om het transcript digitaal te coderen en te structureren.

Resultaten

Belemmerende factoren

Het aanbod aan beweegactiviteiten is volgens alle focusgroepdeelnemers nog minimaal en sluit momenteel niet aan bij de behoeften van bewoners. Bewoners gaven volgens alle verzorgenden met name aan naar buiten te willen gaan, wat vaak onhaalbaar is vanwege personeelsbezetting. Er heerst consensus over dat veel fysieke activiteiten die bewoners zelf of met minimale hulp kunnen uitvoeren door medewerkers worden overgenomen. Verzorgenden gaven aan dat het overnemen van activiteiten niet alleen vanwege tijdsdruk gebeurt, maar ook vanuit hun

zorgende karakter een automatisme is geworden. Tijdens de observaties bleek inderdaad dat activiteiten veelal werden overgenomen. Zo werd tijdens het ontbijt de ontbrekende lepel gehaald en werd de rolstoel naar het toilet geduwd.

Meerdere deelnemers benoemden tijdens beide focusgroepgesprekken gevolgen van dementie zoals agitatie, angst en apathie als belemmerende factor voor bewegen. Ook leidden volgens hen het stellen van veel vragen tegelijkertijd en abstracte bewoordingen tot verwarring en onzekerheid bij bewoners. Tijdens de observaties stelden bewoners na uitnodiging van zowel verzorgenden, therapeuten als vrijwilligers in bijna alle gevallen vragen over wat er ging gebeuren of waar ze naar toe zouden gaan. Lange of onduidelijke antwoorden leidden meerdere malen tot onbegrip, onzekerheid of agitatie bij bewoners. Een overdaad aan prikkels, zoals overleggend personeel en binnenrijdende etenskarren, resulteerde tijdens activiteiten meerdere malen in afleiding waardoor de bewoner stopte met bewegen.

“Wanneer ik een bewoner vraag om mee te gaan naar de damessoos en vervolgens komt er iemand die vraagt of ze nog even snel haar medicijnen in wil nemen... ja, dan is mijn vraag alweer verdwenen!” - Verzorgende, focusgroepdeelnemer

Bewoners gaven tijdens de observaties verbaal met name somatische klachten als pijn, vermoeidheid en algehele malaise aan als reden om niet te willen bewegen. De meeste bewoners hadden een afwachtende houding; op eigen initiatief bewogen zij weinig. Initiatie (verbaal of non-verbaal) vanuit het personeel leek noodzakelijk.

Bevorderende factoren

We observeerden dat bewoners met name gedurende de ochtendzorg door het verzorgend personeel werden gestimuleerd om te bewegen. Volgens de focusgroepdeelnemers dient bewegen meer onderdeel te worden van dagelijkse routines, zoals het helpen met tafels dekken of met de post halen. Een teamleider gaf aan dat als een activiteit voorgedaan of samen gedaan wordt, bewoners eerder bereid zijn deel te nemen. De fysiotherapeut voegde daaraan toe dat het benoemen van veiligheidsaspecten belangrijk is (“Ik sta achter u”). De activiteiten en de uitnodiging daartoe dienen te passen bij het cognitieve niveau, persoonlijkheid en interesses. Een competitief persoon kan, volgens de psychomoto-

risch therapeut, worden gevraagd om te sporten. Een gezelschapsmens vraag je eerder om samen te wandelen. Met name fysiotherapeuten gebruikten tijdens de observaties vaak korte instructies. Tijdens therapieessies merkten we dat het uiten van somatische klachten voor therapeuten geen reden was om de therapie te stoppen. Wanneer zij niet ingingen op klachten maar wel kort de tijd namen voor persoonlijke aandacht, leek dit de bereidheid van de bewoner te vergroten. Pas na duidelijke uitleg of het benoemen van randvoorwaarden (“Ik breng u weer terug”) wilden bewoners bewegen. Tijdens meerdere observaties viel op dat de concentratie toenam wanneer een doel of samenwerking aan het bewegen werd verbonden, zoals bijvoorbeeld het omgooien van blikjes. Tijdens de geobserveerde fysio- en psychomotorische therapieessies die plaatsvonden in een aparte, rustige ruimte leken de geobserveerde bewoners minder afgeleid en beter geconcentreerd.

Overige uitkomsten

Volgens verzorgenden en andere professionals is familie vaak onvoldoende op de hoogte van de mogelijkheden om te bewegen. Zij nemen de bewoner bijvoorbeeld in de rolstoel mee naar het restaurant, terwijl deze nog kan lopen. Familie kan volgen

hen worden betrokken door samen het beweegverleden in kaart te brengen en huidige beweegmogelijkheden aan te dragen.

Over het effect van complimenten zijn de opvattingen verdeeld. Volgens enkele verzorgenden zijn mensen met dementie vaak niet meer in staat om complimenten te begrijpen en dragen hierdoor complimenten niet bij aan de bereidheid tot bewegen. Therapeuten menen dat iedereen, dus ook iemand met dementie, gevoelig is voor complimenten. Gedurende de observaties werden complimenten vooral tijdens het beweeguur en door therapeuten gebruikt. Vaak werd een activiteit daarna voortgezet of langer volgehouden. Hetzelfde gebeurde wanneer bewoners werden aangemoedigd.

De vrijwilliger begeleidt de oefening non-verbaal. De bewoner stopt met de oefening wanneer ze wordt afgeleid door een verzorgende die overleg pleegt op de gang. De activiteitenbegeleidster neemt de oefening weer over: “Laatste ronde! Goed zo! Jullie zijn heel goed!” Mevrouw slaat de ballon enthousiast terug en heeft zichtbaar weer plezier in het spel. - Observatienotitie

Discussie

De bevorderende en belemmerende factoren uit het onderzoek van Galik et al. zijn ook binnen ons onderzoek benoemd. De resultaten van onze focusgroepen gaven echter een bredere kijk door niet alleen persoonlijke barrières van mensen met dementie te bespreken, maar meerdere thema's zoals het activiteiten aanbod en omgevingsfactoren. Tevens organiseerden we een tweede focusgroep met therapeuten en medici. Hierdoor werden verschillen in opvattingen tussen de disciplines inzichtelijk. Ook konden we dieper ingaan op de wijze van uitnodigen en complimenteren als motiverende factor. Galik et al. rapporteerden humor als bevorderende factor. Binnen ons onderzoek is ons niet opgevallen dat humor bewust werd ingezet om bewoners te motiveren om te bewegen. Door gebruik te maken van observaties werden bevindingen van de focusgroepen aangevuld of bevestigd en was het mogelijk het onderwerp vanuit het perspectief van verpleeghuisbewoners zelf te beschrijven. Het onderzoek is beperkt in omvang. De resultaten kunnen niet zonder meer gegeneraliseerd worden naar andere verpleeghuisafdelingen.

Conclusie

Beweegstimulering heeft nog geen prominente plaats binnen de dagelijkse zorgverlening aan mensen met dementie. Somatische klachten en onze-

Tips

Bewegen stimuleren in het verpleeghuis voor de praktijk van de verpleegkundig specialist:

1. Wees de verbindende schakel. Vraag familieleden bij te dragen aan beweegstimulering. Zij zijn vaak verbaasd te horen dat zij een stukje buiten mogen wandelen met de bewoner. Of vraag de fysiotherapeut een instructie te verzorgen voor de hometrainer, zodat familie met de bewoner kan trainen.
2. Verzorg een training/les voor het verzorgend/verplegend personeel met een therapeut (fysiotherapeut/psychomotorisch therapeut) over stimulerende technieken.
3. Geef het goede voorbeeld! Laat de bewoner bijvoorbeeld niet in de rolstoel naar je spreekkamer brengen maar haal hem/haar op en loop samen naar de spreekkamer. Schrijf bewegen 'op recept' voor.
4. Bespreek beweegdoelen en -interventies tijdens het multidisciplinair overleg; beweegstimulering vraagt om een multidisciplinaire aanpak.
5. Ga de dialoog met het management aan en geef aan dat je een rol wilt spelen in het opstellen van het beweegbeleid.

oproep



kerheid vormen voor verpleeghuisbewoners met dementie de grootste factor om niet te bewegen. Door cognitieve functiestoornissen zijn zij snel afgeleid en vaak niet in staat abstracte instructies te begrijpen. Hierdoor raken zij onzeker en soms geagiteerd. Ook apathie speelt een rol. Bevorderende factoren zijn een divers activiteiten aanbod, inbedding van beweegactiviteiten in de dagelijkse structuur, de juiste benaderingswijze, beperking van het aantal prikkels en het betrekken van familie. Complimenten en aanmoedigingen kunnen zorgen voor een verhoogde deelname aan en het volhouden van beweegactiviteiten.

Aanbevelingen

Een verpleeghuis dat beweegstimulering succesvol wil implementeren, doet er goed aan vast te stellen wat zij onder bewegen verstaat, welke doelen zij nastreeft en op welke wijze individuele doelen en interventies worden vastgelegd en geëvalueerd. Of uitbreiding of wijziging van het aanbod aan beweegactiviteiten noodzakelijk is, kan om te beginnen worden onderzocht door bewoners en familie te bevragen. Er dient bewustwording te worden gecreëerd rondom het feit dat beweegstimulering een multidisciplinaire aangelegenheid is en om samenwerking vraagt. Kennisoverdracht aan verzorgenden, therapeuten en familie over bewegen en stimulerende technieken is hierbij cruciaal. De resultaten uit ons onderzoek kunnen hierbij behulpzaam zijn. Verzorgenden en verpleegkundigen hebben een belangrijke rol in het stimuleren van lichaamsbeweging tijdens de dagelijkse zorgverlening en dienen daarom betrokken te worden bij het ontwikkelen van het beweegbeleid. De verpleegkundig specialist kan een belangrijke functie vervullen tijdens het implementeren van beweegstimulering, omdat zij een verbindende schakel is tussen diverse disciplines en in staat is om innovatietrajecten te begeleiden. ✿

► *Inge van den Berg is verpleegkundig specialist en werkzaam bij Argos Zorggroep. Annemieke Hoogenboom is docent aan de MANP van Hogeschool Rotterdam. Eva van der Ploeg is onderzoeker binnen Argos Zorggroep en assistent professor bij het LUMC. Jacomine de Lange is lector bij het Kenniscentrum Zorginnovatie van Hogeschool Rotterdam.*

Literatuur

- Berg, I. van den (2014). Beweegreden. Masterthese Advanced Nursing Practice. Hogeschool Rotterdam.
- Binnekade, T.T., Eggermont, L.H.P. & Scherder, E.J.A. (2012). Onbewogen om bewegen: lichamelijke (in)activiteit in zorginstellingen. Amsterdam: Vrije Universiteit.
- Blankevoort, C.G., Heuvelen, M.J.G., Boersma, F., Luning, H., de Jong, J. & Scherder, E.J.A. (2010). Review of effects of physical activity on strength, balance, mobility and ADL performance in elderly subjects with dementia. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 30, 392-402.
- Boeije, H. (2005). *Analyseren in kwalitatief onderzoek. Denken en doen*. Amsterdam: Boom Onderwijs.
- Galik, E.M., Resnick, B. & Pretzer-Aboff, I. (2009). Knowing what makes them tick: Motivating cognitively impaired older adults to participate in restorative care. *International Journal of Nursing Practice*, 15, 48-55.
- Heyn, P.C., Abreu, B.C. & Ottenbacher, K.J. (2004). The effects of exercise training on elderly persons with cognitive impairment and dementia: A meta-analysis. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 85, 1694-1704.
- Heyn, P.C., Johnson, K.E. & Kramer, A.F. (2008). Endurance and strength training outcomes on cognitively impaired and cognitively intact older adults: A meta-analysis. *Journal of Nutrition Health and Aging*, 12, 401-409.
- Potter, R., Ellard, D., Rees, K. & Thorogood, M. (2011). A systematic review of the effects of physical activity on physical functioning, quality of life and depression in older people with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 26, 1000-1011.
- Rolland, Y., Pillard, F., Klapouszczak, A., Reynish, E., Thomas, D., Andrieu, S., Rivièrè, D. & Vellas, B. (2007). Exercise program for nursing home residents with Alzheimer's disease: A 1-year Randomized Controlled Trial. *Journal of The American Geriatrics Society*, 55, 158-165.
- World Health Organization (2010). *Global recommendations on physical activity for health*. Switzerland: Author.