

Evaluatierapport

'Ouderen in Beweging'



Over de ervaringen met speel- en beweegtoestellen
voor senioren bij 20 zorglocaties

Hilversum, 10 juni 2011



Inhoudsopgave

Aanleiding

Opzet evaluatie

Omschrijving van het project

Ervaringen

- Algemene bevindingen
- Deelnemers
- Processen
- Het toestel zelf
- Locatie
- Fysieke of sociale activiteit?
- Begeleiders/trainers
- Samenwerking
- Train-de-trainer training
- Werkdruk
- Seizoensgebondenheid
- Veiligheid
- Financiering

Conclusies, verbeterpunten en kansen

Bijlage 1: Onderzochte locaties

Bijlage 2: Enkele feiten rond bewegen

Aanleiding

Het fenomeen spelenderwijs bewegende senioren is in andere landen een heel normaal verschijnsel. Zo is het bijvoorbeeld heel gebruikelijk dat in China senioren zowel individueel als groepsgewijs beweegoefeningen doen op speel- en beweegtoestellen die daar gewoon behoren bij het straatbeeld. Dichter bij huis zien we dat bijvoorbeeld in Barcelona in zo'n 150 openbare speeltuinen, speciale beweegtoestellen staan waarop senioren groepsgewijs en individueel beweegoefeningen doen.

Begin van deze eeuw werden ook de eerste beweegtoestellen die speciaal geschikt gemaakt zijn voor senioren, in Nederland geplaatst. Deze kwamen te staan in wijkspeltuinen. Het grootste deel van de tijd worden ze daar gebruikt door kinderen, maar een aantal uren per week doen senioren daar collectief beweegoefeningen.

TNO deed onderzoek naar de effecten van het gebruik van het eerst geplaatste toestel in Hillesluis in Rotterdam en de groep senioren die daarop actief was. Deze varieerden in leeftijd van 65 tot 90 jaar. Uit dit onderzoek kwamen ondermeer de volgende gegevens naar voren:

- Betrokkenen vonden het heel leuk om te doen.
- De sociale component was wellicht nog belangrijker dan de fysieke component; de groep is hecht geworden en men eet nu zelfs af en toe samen.
- De deelnemers voelen zich veel zekerder.
- De spieren van betrokkenen zijn sterker; de deelnemer die met een rollator aan het project begon, had die na afloop niet meer nodig.
- De oefeningen zijn een uitstekende training valpreventie. Betrokkenen ervaren minder valangst en het balanceervermogen was meetbaar toegenomen.
- Het groepsproces droeg er aan bij dat mensen niet afhaakten en mee bleven doen.
- Zelfstandig beweegoefeningen doen buiten de geplande uren per week, gebeurde maar mondjesmaat.

In 2009 stonden er verspreid over Nederland tegen de twintig van deze toestellen in wijkspeltuinen, waar ook senioren collectief hun beweegoefeningen doen en was de start van nog meer wijkprojecten in voorbereiding (inmiddels zijn dit er meer dan vijftig). Op al die toestellen waren de ervaringen vergelijkbaar als met het eerste door TNO geëvalueerde toestel. Ook het Nederlands Instituut Sport en Beweging (NISB) deed in het kader van het Nationaal Actieplan Sport en Beweging (NASB) onderzoek naar de effecten van het beweegprogramma voor senioren op dit toestel. Op basis van dit onderzoek werden het beweegprogramma met deze toestellen door het NISB erkent als een goede interventie.

In het verlengde hiervan ontstond het plan om deze toestellen ook te plaatsen bij zorginstellingen. Het idee hierachter is dat net als in wijkspeltuinen, thuiswonende senioren ook hier collectief hun oefeningen kunnen gaan doen. Maar als nieuwe doelgroep wordt ook nadrukkelijk gemikt op de bewoners van de zorginstellingen zelf. Dit zal veelal een zwaardere doelgroep zijn, waarmee ook internationaal nog weinig ervaring is. Natuurlijk is de verwachting dat ook kinderen uit de buurt en kinderen van bezoekers van de zorginstelling, ook gebruik maken van het toestel.



Zo werd het project 'Ouderen in beweging' geboren. Bij een zevental verpleeg- en verzorgingshuizen werd hetzelfde beweeg- en speeltoestel geplaatst dat ook al in de wijken gebruikt werd. Fonds NutsOhra heeft dit project gedeeltelijk gesubsidieerd.

In dit rapport treft u de bevindingen met deze toestellen. Omdat tijdens de looptijd van dit project al op veel meer vergelijkbare locaties dezelfde toestellen zijn geplaatst, is in overleg met NutsOhra besloten om ook die nieuwe toestellen mee te nemen in dit evaluatierapport. In totaal vormen de ervaringen met 20 beweegtoestellen bij zorginstellingen de basis voor dit rapport.

Opzet evaluatieonderzoek

Dit rapport is tot stand gekomen aan de hand van interviews met de projectleiders/trainers op alle 20 locaties, alsmede groeps gesprekken met de deelnemers aan de beweegactiviteiten. Daar waar het lastig was om deelnemers groepsgewijs te spreken, zijn schriftelijke enquêtes uitgezet. Ook is er op de meeste locaties gesproken met bewoners van de zorginstellingen die niet meedoen aan de activiteiten op de toestellen. Deze evaluatiegesprekken zijn uitgevoerd door zorginnovatiebureau DAZ.

Op diverse locaties zijn door de zorginstellingen zelf evaluaties uitgevoerd. Dit geldt met name voor de locaties die geen onderdeel uit maakten van het oorspronkelijke project van de zeven toestellen. Betrokken zorginstellingen hanteerden verschillende methodieken. Eén partij heeft in samenwerking met een Hogeschool de eerste tien weken een effectmeting gedaan. Een andere zorginstelling maakt doelbewust gebruik van de Par-Q test. Hiermee wordt aan de hand van een kleine vragenlijst de problematiek van forse lichamelijke klachten, zoals hartfalen, longproblemen, en gewrichtsklachten, onderzocht gedaan om zo mogelijk deelnemers op basis van hun lichamelijke gesteldheid uit te sluiten en/of eerst door te verwijzen naar de huisarts of specialist alvorens de deelnemer te laten deelnemen. Ook maken sommigen gebruik van de Berg Balance Scale waarbij deelnemers veertien eenvoudige taken op het gebied van balans moeten uitvoeren. Hiermee kan men maximaal 56 punten scoren. De uitkomst van de Berg Balance Scale geeft een betrouwbare indicatie over hoeveel of hoe weinig begeleiding de deelnemer nodig heeft.

Ook deze evaluaties zijn verwerkt in deze rapportage. Voor de eenduidigheid van deze rapportage zijn ook de locaties waar al lokale evaluaties gehouden waren, door DAZ bezocht in het kader van de voorbereidingen op dit rapport.

Uiteraard hebben wij ook de eerdere evaluatierapporten rond de 'wijktoestellen' bestudeerd, zoals het onderzoek van TNO in Rotterdam en het onderzoek van de NISB. Vandaar dat wij in dit rapport regelmatig een vergelijking maken met deze 'wijktoestellen' voor senioren.

Alle interviews en groeps gesprekken in het kader van deze evaluatie zijn namens DAZ uitgevoerd door Trea van der Wijk. Omdat tijdens de looptijd van het project Ruud Dirkse van DAZ alle overkoepelende projectactiviteiten heeft uitgevoerd en ook regelmatig als procesbegeleider op de diverse locaties is geweest, hebben zij gezamenlijk dit rapport geschreven.

Omschrijving van het project

De plaatsing van de 7 toestellen bij zorginstellingen was een gezamenlijk project van een aantal organisaties:

- De toestellen zijn geplaatst bij locaties van de volgende zorginstellingen:
 - 3 locaties van Humanitas Rotterdam
 - 2 locaties van de CarintReggeland groep
 - 1 locatie van de Stichting Groenhuysen
 - 1 locatie van de Stichting Friso
- Yalp, als leverancier van de toestellen en aanbieder van de training.
- DAZ als adviseur en verzorger van de communicatie en evaluatie van het project.
- Fonds NutsOhra als subsidieverstrekker voor het project.
- Actiz en LOC als ondersteuners van het project en de subsidieaanvraag.

Humanitas Rotterdam trad op als penvoerder van het project.

Zoals in de inleiding al gemeld, zijn in deze evaluatie ook nog 14 andere toestellen meegenomen, die inmiddels ook bij zorginstellingen staan.

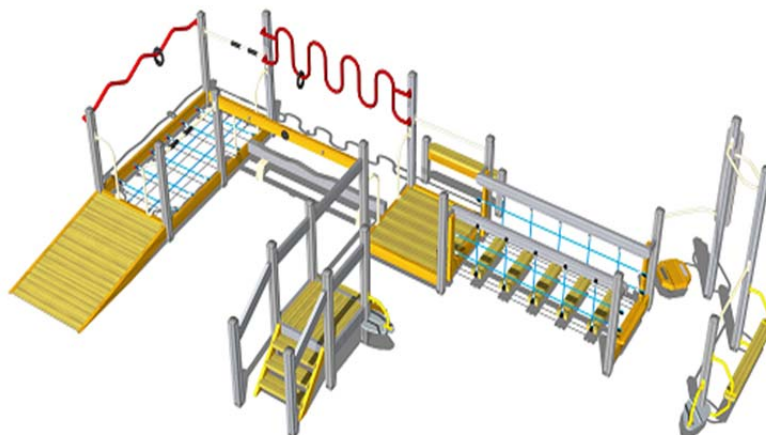
In het projectplan is zoveel mogelijk gekozen voor aansluiting bij de ervaringen met de wijktoestellen:

- Groepsgewijs gebruik van het toestel
- Sociale activiteiten rond de oefeningen (met name samen koffie drinken)

Ook is ervoor gekozen om bij alle locaties met hetzelfde toestel te werken. Redenen hiervoor:

- Dit toestel is speciaal ontwikkeld in het kader van Design for All (DFA), oftewel geschikt voor alle generaties. In het toestel zit ruim 10 jaar productontwikkeling.
- Dit toestel is – in tegenstelling tot diverse andere buitenbeweegtoestellen – ontwikkeld voor groepsgebruik.
- De eerder genoemde ervaringen in Nederland zijn met hetzelfde toestel opgedaan. Inmiddels staan van dit toestel enkele duizenden exemplaren in Europa.

De precieze opbouw van het toestel verschilt op kleine punten per locatie. Het toestel ziet er als volgt uit:



In het projectplan zijn een aantal hoofdoelen en een aantal nevendoelen geformuleerd. Deze waren:

Hoofdeffecten

- ◆ Net als bij de toestellen in wijkspeeltuinen, kunnen senioren uit de omgeving oefeningen doen op de DFA beweegtoestellen; het aantal DFA toestellen wordt verder uitgebreid;
- ◆ Als nieuwe doelgroep kunnen de bewoners van de woonzorgcomplexen er gebruik van maken. Het feit dat deze bewoners andere senioren oefeningen zien doen op het toestel kan uitnodigen dit ook te willen proberen;
- ◆ Bewoners wonend in de intramurale zorginstelling komen in de regel relatief weinig buiten. Het toestel kan hen uitdagen om vaker naar buiten te gaan, met alle positieve effecten van dien.

Neveneffecten

- ◆ (Achter)kleinkinderen kunnen gebruik maken van de geplaatste speeltoestel bij de zorginstelling, waardoor zij makkelijker op visite komen bij opa en oma en/of de senioren verleiden mee te doen in het spel;
- ◆ Woonzorgcomplexen zullen meer een integraal onderdeel van de wijk worden;
- ◆ Senioren uit de wijk worden doordat zij via het koffiedrinken de zorginstellingen binnen komen, makkelijker vrijwilliger in die zorginstelling.

Bij de verdere opzet van het project is er bewust voor gekozen om niet met een standaardmodel van implementatie te werken. Zo was iedere locatie vrij om een eigen plan van aanpak en fasering te hanteren. Ook de keuze voor specifieke doelgroepen verschilde per locatie. Reden hierachter was dat hierdoor zoveel mogelijk uiteenlopende ervaringen kunnen worden opgedaan en bovendien goed kan worden aangesloten bij lokale wensen.

Vlak voor de zomervakantie van 2009 werd bekend dat Fonds NutsOhra dit project mede wilde financieren. De plaatsing van de toestellen vond mede daarom pas na de zomervakantie plaats. Omdat in 2009 de herfst relatief snel begon met regenachtig en winderig weer, vond de feitelijk start met beweegactiviteiten van het project bij de meeste locaties pas in het voorjaar van 2010 plaats. Voordeel hiervan was dat er meer tijd was om de plaatsing en de activiteiten voor te bereiden. Een nadeel was dat het enthousiasme dat er was rond de ideevorming en de plaatsing, soms weer nieuw leven ingeblazen moest worden.

De gezamenlijke eendaagse training voor begeleiders van de zeven 'oorspronkelijke' toestellen was op 5 oktober 2009. Vanuit de meeste instellingen waren hier één tot drie personen aanwezig. Omdat op dat moment nog niet overal duidelijk was wie als begeleider zou optreden, hebben diverse begeleiders op een later moment alsnog meegedaan met trainingen rond de wijktoestellen. Hier kwamen zij soms ook mensen tegen van andere zorgorganisaties, die inmiddels ook besloten hadden om het beweegtoestel neer te zetten op hun buitenterrein, vaak medegefinancierd door de gemeente. Tijdens de training werd ingegaan op de voordelen van bewegen, de kunst van het verleiden van deelnemers en op de ervaringen tot nu toe in de wijk. Ook werd de map met vele voorbeeldoefeningen behandeld en werden de deelnemers uitgedaagd om met elkaar nieuwe oefeningen te bedenken. Uiteraard werd er ook geoefend op een toestel en kennis gemaakt met het 'promotieteam' uit Rotterdam. Met name de aanwezigheid van deze ervaringsdeskundige senioren uit Rotterdam werd als stimulerend en positief ervaren.

In de meeste betrokken zorginstellingen was de keuze om mee te doen met dit project een keuze van de directie. De periode tot ingebruikstelling werd binnen de meeste locaties gebruikt om meer draagvlak te krijgen, een lokale projectleider aan te wijzen, de trainers/begeleiders te werven en op te leiden en de communicatie met gekozen potentiële doelgroepen te starten. Op bijna alle locaties is – meestal in het voorjaar van 2010 – een feestelijk en publicitair moment gecreëerd als officiële start van de beweegactiviteiten. Soms was hier een bekende Nederlander bij (bijvoorbeeld Olga Commandeur), meestal een wethouder of andere lokale bestuurder. Deze opening had vaak ook een wervend karakter naar potentiële deelnemers. De lokale, maar soms ook landelijke media hebben vrijwel altijd aandacht besteed aan deze openingen.

*“Een enthousiaste start met pers bij de opening leidt niet vanzelfsprekend tot blijvend succes. Projectgroep Stoevelaar zoekt opnieuw de verbinding op tussen de Stichting ouderenwerk, gemeente en anderen om het bewegen voor ouderen voor de lange termijn op de kaart te zetten, nadat het project was ‘ingezakt’. Hierbij wordt ook de verbinding tussen jong en oud wordt gemaakt.
Er wordt gezocht naar mogelijkheden om de kinderen van de dagopvang via het speeltoestel in contact te brengen met de ouderen van het woon-zorg complex.”*

De aard van de oefeningen verschilt van locatie tot locatie. De keuze voor oefeningen is afhankelijk van de samenstelling van de groep, maar ook van de ervaring en belangstelling van de trainer/begeleider.

De beweegactiviteiten kennen vrijwel altijd als opbouw:

- warming up
- aantal oefeningen doen per 'oefenstation'
- cooling down als afsluiting
- voorafgaand en/of aansluitend is er een gezamenlijk kopje koffie.



Warming up bij Friso, Almelo

Regelmatig wordt er gewerkt in tweetallen, waarbij de ene deelnemer oefeningen doet en een andere deelnemer deze persoon begeleidt en ondersteunt. Soms is die ondersteuning niet nodig en kan de ander even rusten.

Bij de beweegactiviteiten werkt de ene trainer/begeleider op basis van afwisseling iedere keer weer anders. Een ander werkt met een opbouwmethode in tien weken, waarbij gericht aandacht wordt besteed aan kracht (week 1), snelheid (week 2), lenigheid (week 3), coördinatie (week 4) en balans (week 5). In week zes herhaald men de voorgaande weken, enzovoort. Ook zijn sommige trainers actief in het vertalen van activiteiten in het dagelijks leven naar het gericht werken met oefeningen. Voorbeeld: het actief kunnen blijven pakken van spullen uit een aanrechtkastje, wordt vertaald naar het reiken naar de rekstok met ingebouwde moeilijkheidsgraden. Een ander voorbeeld is het werken met elastieken of het balanceren op een wiebelende ondergrond waarbij de deelnemer zich voor moet stellen in het donker een broek aan en uit te trekken.

Meestal vinden de groepsactiviteiten op een vaste ochtend of middag in de week plaats. Enkele groepen overwegen om de intensiteit te verhogen naar twee keer per week.



Ervaringen

Algemene bevindingen

In zijn algemeenheid kan gesteld worden dat zorgorganisaties, deelnemers en andere betrokkenen tot op de dag van vandaag positief zijn over het gebruik en de mogelijkheden die het toestel biedt voor meer bewegen en gezelligheid. Wel is duidelijk dat er ook grote verschillen zijn in de intensiteit waarmee de toestellen door de verschillende doelgroepen gebruikt worden. Met name de interne organisatie rond het toestel is hierin een bepalende factor, zo is in dit evaluatieonderzoek gebleken. Wij komen hier verderop in dit rapport op terug.

Een aantal algemene lijnen rond het gebruik van de toestellen bij zorginstellingen zijn:

- Op alle locaties weten kinderen als vanzelfsprekend de toestellen te vinden. De meeste toestellen staan in het 'buitengebied' van de zorginstellingen. Een enkel toestel staat in een binnentuin of zelfs in een atrium en ook daar maken kinderen gebruik van.
- Op bijna alle toestellen zijn gedurende een deel van het jaar één of meer groepen senioren uit de buurt actief.
- Groepsgewijze deelname van bewoners van de betrokken zorginstellingen verschilt erg van locatie tot locatie. Op de meeste toestellen gebeurt dit, maar wel met een uiteenlopende groepsgrootte. Op vrijwel alle locaties wordt het toestel door betrokken fysiotherapeuten ook gebruikt voor individuele therapie.
- Samen bewegen van jong en oud gebeurt relatief weinig. Het toestel bevordert wel de ontmoeting tussen generaties.

Een aantal algemene lijnen rond de beleving van de toestellen zijn:

- De senioren en bewoners van zorginstellingen die het toestel gebruiken voelen zich fysiek sterker.
- Deelnemers vinden het doen van de oefeningen op het toestel gezellig.
- Het aansluitende kopje koffie wordt vaak als een belangrijk sociaal moment genoemd.
- Niet-deelnemers geven als belangrijkste reden op, dat het hen nooit gevraagd is.

Deze algemene ervaringen komen overeen met de eerdere ervaringen met de 'wijktoestellen'. Ook zijn zij in overeenstemming met algemene basisgegevens:

- Bewegen versterkt de spieren en zorgt daardoor voor meer zelfredzaamheid en minder risico op vallen;
- Bewegen is goed voor de doorbloeding en voor mentaal welbevinden;
- De aanwezigheid van buitenlucht en buitenlicht heeft een grote positieve invloed op mentaal welbevinden.

Deelnemers

In deze evaluatie zijn een aantal deelnemersgroepen te onderscheiden:

- ✓ Senioren uit de wijk
- ✓ Bewoners van de zorginstellingen, met daarbinnen weer drie te onderscheiden groepen:
 - Bewoners met somatische problematiek
 - Bewoners met dementie
 - Bewoners die revalideren
- ✓ Kinderen uit de wijk
- ✓ Bezoekende (achter)(klein)kinderen van bewoners van de zorginstellingen

Senioren uit de wijk

Deze groep deelnemers die onder begeleiding beweegactiviteiten uitvoeren op de toestellen, is in de regel 65 jaar en ouder, tot soms wel in de 90. Vrijwel alle deelnemers gaven aan dat het in het begin wel even wennen was; op deze leeftijd te gaan bewegen op een speeltoestel. Dat samen bewegen op deze toestellen door deze doelgroep aantrekkelijk wordt gevonden, was al bekend uit de ervaringen met de toestellen in wijkspeeltuinen. Dat is ook in deze evaluatie weer bevestigd. Een belangrijke vraag in deze evaluatie was of het feit dat de toestellen nu bij zorginstellingen staan, als drempelverhogend wordt ervaren; ziet men een zorginstelling niet als een voorland waar men niet mee geconfronteerd wil worden? Dat effect bleek niet in onze evaluatie. Deelnemers uit de wijk gaven aan dat zij de locatie zelfs wel als 'vertrouwd' ervaren. De eenvoudige mogelijkheid om samen voorafgaand of aansluitend koffie te drinken wordt ook als positief ervaren.

De werving van deze groep deelnemers verliep uiteenlopend. Soms via lokale media (o.a. rond de opening), soms via fysiotherapie, soms via ouderenadviseurs, soms via huis-aan-huis oproepen. Wij hebben op basis van ons onderzoek geen conclusies kunnen trekken welke manier van werven het meest effectief is. Onze verwachting is dat een combinatie van schriftelijke en persoonlijke benadering het beste is.

“Een deelnemer maakte bij de kennismaking met het DFA toestel de opmerking dat het beweegtoestel bij hem de associatie opriep met de stormbaan uit militaire dienst; na ervaring van de groepsactiviteit neemt deze heer met veel plezier deel aan samen bewegen”

Bewoners van de zorginstellingen

Bij ruim de helft van de 20 onderzochte toestellen zijn zowel mensen met een somatische beperking als mensen met dementie actief. Dit zijn in de regel wel aparte groepen. Op de toestellen in de wijkspeeltuinen bestaat een groep meestal uit 15 tot 25 mensen. Bij de groepen bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen zijn de groepen kleiner, meestal rond de 10 personen. Bij mensen met dementie zien we dat dit meestal bewoners zijn, maar soms ook bezoekers van een in de zorginstelling gevestigde dagopvang. Een extra aandachtspunt bij deelname van mensen met dementie is het eventuele weglopen tijdens de beweegoefeningen. Daarom worden bij mensen met dementie meestal ook nog één of twee vrijwilligers ingeschakeld voor extra toezicht. Soms helpt de inrichting van de locatie ook mee voor dit vraagstuk (binnentuin, obstakels als een heg of hek). Zowel mensen met somatische beperkingen als mensen met dementie blijken goed uit de voeten te kunnen met het toestel. Voor mensen in een rolstoel is het toestel slechts beperkt bruikbaar. Zij kunnen met name aan de buitenkant van het toestel diverse oefeningen doen. Door de extra inzet van een bal of andere hulpmiddelen kunnen de gebruiksmogelijkheden voor mensen in een rolstoel snel verruimd worden blijkt in de praktijk.

Op de meeste locaties worden de toestellen naast groepsgewijs gebruik, ook op individuele basis door fysiotherapeuten gebruikt. Meestal betreft dit specifieke oefeningen in het kader van revalidatieprocessen. Op één locatie (Roosendaal) kent het betrokken verpleeghuis een grote revalidatieafdeling. Daar wordt het toestel succesvol ingezet voor collectieve en individuele revalidatie-oefeningen, vaak meermaals per week. Hier wordt ook nauw samengewerkt met het naastgelegen ziekenhuis. In Goor en Emmen is het toestel ook gebruikt voor revalidatie, met ook hier positieve ervaringen.

“Een geïnterviewde deelnemer uit Goor geeft aan baat te hebben bij het beweegprogramma om zo zijn spierkracht en beweeglijkheid van de aangedane zijde na zijn CVA te onderhouden”



Op één locatie, in Culemborg, worden deelnemers vanuit een groter gebied met behulp van busjes naar het toestel gebracht, vanuit andere locaties van dezelfde zorggroep. Deze mensen ervaren dit als een 'uitje'. De betrokken begeleiderstrainers vragen zich tegelijkertijd af of het toestel niet meer gebruikt was als het bij de grotere locatie 'zorgcentrum Beatrix' geplaatst was.

Kinderen

Kinderen uit de wijk hebben de toestellen zo gevonden. Als vanzelfsprekend maken zij hier gebruik van. Het grootste deel van de tijd is het 'hun' toestel, want senioren maken er slechts enkele uren in de week gebruik van, vooral als de kinderen op school zijn. Bewoners van de zorginstellingen en senioren uit de wijk vinden het leuk om naar de spelende kinderen te kijken. Bij de meeste toestellen staan dan ook bankjes. Een enkele bewoner van de zorginstellingen klaagt over toegenomen geluidsoverlast. Op een enkele locatie vraagt het aandacht om te voorkomen dat het toestel een hangplek voor jongeren wordt. In de regel valt dit overigens wel mee, omdat de toestellen vol in het zicht van de zorginstellingen staan. Indien het toestel in een binnentuin of zelfs een atrium staat, maken buurtkinderen vrijwel geen gebruik van het toestel.

Kinderen die op visite zijn bij opa en/of oma maken ook gebruik van het toestel. Wij hebben niet kunnen meten, of de komst van het toestel zorgt dat zij vaker komen.

“Agnes Schaap, directeur Maldenburch te Malden is trots op het beweegtoestel die jong en oud samenbrengt. Het beweegtoestel als ontmoetingsplek. Het toestel wordt gebruikt door de kinderen van de buitenschoolse opvang en kinderen die op visite zijn. Kinderen verleiden ouders maar ook mensen uit het verzorgingshuis om naar buiten te komen en zo mogelijk mee te doen. En dat geeft voldoening”

Deelnemers zijn gaan deelnemen door zowel intrinsieke als extrinsieke motivatie. Deelnemers maken gebruik van de groepsactiviteit bij het DFA-toestel als alternatief voor beweeg-oefeningen met als doel zo lang mogelijk zelf dingen te kunnen blijven doen. Een ander geeft aan dat deelname aan de groepsactiviteit goed te doen is en juist om die meer sociale reden mee te doen. Een andere reden voor deelname is het afwisselen van het lopen en wandelen. Bij het DFA toestel doet men verschillende beweegoefeningen. Een deelnemer geeft aan dat er Bechterev was geconstateerd en dat hem was geadviseerd gekregen meer te gaan bewegen. Het beweegtoestel bood hierin mogelijkheden. Tot slot: deelnemers geven zelf aan überhaupt te weinig beweging te krijgen, waardoor deelname nuttig is. Dit wordt volledig door de intrinsieke motivator gestuurd. Een externe motivatie wat de groepscohesie versterkt, vanuit de gedachte ergens bij te horen, is het trainingspak.

Zo heeft zorgcentrum Friso, net als de Hillesluis groep, trainingspakken gesponsord waarop 'Friso in beweging' staat vermeld.

“De dames en heren van Friso in beweging voelen zich verenigt als groep. Ze stralen in hun trainingspak, en vertellen een nieuwe deelnemer enthousiast dat zij ook zo'n pak krijgt als ze zich aansluit bij de club. Als het aan de groep ligt gaan ze 2x per week 'trainen'. Ze ervaren plezier, ze delen verhalen bij de koffie, en blijven er ook nog fit bij. Het is een mooie manier om de dag te beginnen. Start de dag met een warming up op muziek, en lekker de spieren op het DFA- toestel”



Processen

Het gebruik van het toestel door senioren en bewoners van de zorginstelling loopt per locatie sterk uiteen. Op sommige toestellen is slechts één groep senioren/bewoners actief, op andere toestellen meerdere. Er is één toestel waar men bewust geen actie heeft ondernomen om groepen actief te krijgen, omdat men wilde kijken of men uit zichzelf met toestel aan de slag gaat. Dit bleek niet het geval. Inmiddels worden wel stimuleringsactiviteiten voorbereid. Bij dit toestel wordt overigens wel incidenteel een groepsactiviteit uitgevoerd, doordat de collectieve fysiotherapie van de interne sportzaal naar buiten wordt verplaatst.

Voor alle andere 19 toestellen geldt wel dat er collectieve beweegactiviteiten plaats vinden. Uit ons onderzoek is naar voren gekomen dat er twee processen van groot belang zijn die het succes daarvan bepalen:

1. *De mate waarin wordt samengewerkt binnen de zorginstelling en met externe partijen als de gemeente.*

De meest succesvolle toestellen, zijn die toestellen waar een team van mensen het gebruik begeleidde en stimuleerde. Ook de multidisciplinaire samenstelling heeft positieve invloed. Persoonlijk commitment van het locatiemanagement werkt stimulerend en faciliterend. Een activiteitenbegeleider of vrijwilligerscoördinator kijkt op een hele andere manier naar bewegen dan een fysiotherapeut. Communicatie met alle personeelsleden en alle bewoners is belangrijk, voor het verkrijgen van draagvlak, maar ook voor de werving van deelnemers. Op teveel plaatsen zagen wij dat de activiteiten gekoppeld waren aan slechts één of twee personen, vaak vanuit de fysiotherapie. Dat maakt het geheel kwetsbaar. In meerdere situaties was ziekte van een begeleider de reden dat het gebruik van het toestel voor langere tijd 'insukkelde'.

2. *De mate waarin de cultuur verandert wordt.*

Er spelen rond het gebruik van deze toestellen een aantal cultuurveranderingen. Zorginstellingen mijden in de regel risico's. Bij oefeningen op dergelijke toestellen moet de omslag gemaakt worden naar het nemen van verantwoorde risico's. Dat gaat niet vanzelf. Aansturing vanuit het management, deskundige begeleiding van bijvoorbeeld fysiotherapeuten is van belang, gecombineerd met voorlichting over het effect van buiten bewegen, zowel in fysiek als mentaal opzicht.

Een andere cultuuromslag ligt in het verlengde hiervan. De meeste deelnemers geven aan plezier en gezelligheid een belangrijke drijfveer te vinden om mee te doen. Zij willen het niet als 'therapie' zien, maar als zinvolle ontspanning. Voor met name fysiotherapeuten was het even wennen, om twee bewoners elkaar te laten

ondersteunen, in plaats van één op één iedere bewoner zelf te ondersteunen. Meerdere fysiotherapeuten gaven in het onderzoek aan dat een lastige omslag te vinden.

Een derde cultuuromslag betreft de (toekomstige) gebruikers zelf. Voor hen is het vreemd om opeens op een speeltoestel te gaan bewegen. Vanwege dit aspect werden door zorginstellingen meerdere namen gebruikt voor de activiteiten voor hun bewoners op de toestellen. We zijn als namen ondermeer tegengekomen: 'spelenderwijs bewegen', 'buitenfitness', 'seniorengym', 'ouderen in beweging'. Wij hebben geen relatie kunnen ontdekken voor de naamgeving van de activiteit en de hoeveelheid deelnemers. Enige gêne speelt in het begin vrijwel altijd. Wij vermoeden dat dit één van de redenen is dat de meeste mensen die niet meedoen aangeven dat zij niet gevraagd zijn; men moet over een drempel heen geholpen worden. Is dat eenmaal het geval dan vindt men het leuk en zinvol.

“Onbekend maakt onbemind. Angst is hierin een drijfveer. Men fietst bijvoorbeeld nog wel, en denkt bij deze gewoonte niet aan vallen en botbreuken. Het beweegtoestel durft men op basis van kans op vallen en botbreuken niet zelfstandig te betreden”

Het feit dat de oefeningen groepsgewijs plaats vinden is één van de belangrijkste sleutels voor succes. Binnen de groep ontstaat verbondenheid, elkaar ondersteunen en gezelligheid. Dit groepsproces helpt bij het wegnemen van de eerder genoemde gêne. De aanwezigheid van de groep geeft ook een gevoel van veiligheid.

Opvallend is dat het bij de 'wijktoestellen' nauwelijks voorkomt dat mensen los van de groep ook oefeningen gaan doen. Bij deze toestellen bij zorginstellingen gebeurde dat ook niet veel, maar toch meer dan bij de 'wijktoestellen'. Uit onze gesprekken is hier geen verklaring voor naar voren gekomen, maar wij denken zelf dat dit te maken heeft met twee gegevens:

- het toestel staat pal naast het eigen huis en is daardoor 'vertrouwer'
- en er zijn meer mensen die prikkels kunnen afgeven om oefeningen te gaan doen, zoals familie en zorgverleners.

Als men los van de groep gaat oefenen zijn hier meestal wel familieleden of vrijwilligers bij voor ondersteuning en toezicht. Enkele deelnemers geven aan wel meer individueel gebruik te willen maken van het toestel individueel, maar zij hebben hierbij behoefte aan tekst en uitleg. De oefeningen staan nu niet op borden bij de toestellen of zijn op internet/papier verkrijgbaar.

Het toestel zelf

Het toestel is zo ontworpen dat het voor alle leeftijden geschikt is. Bij de wijktoestellen, zowel in Nederland als internationaal, was al gebleken dat het toestel voldoet voor senioren. Er zijn voldoende mogelijkheden voor steun en houvast, terwijl er ook genoeg prikkelingen zijn, zoals een evenwichtsbalk, een net met openingen waar doorheen gestapt moet worden en een trappetje.

Ook biedt het toestel voldoende variatie om de oefeningen leuk en afwisselend te houden. In het handboek behorend bij het toestel, staan al vele uiteenlopende oefeningen, maar al werkende worden door de deelnemers en begeleiders ook nog tientallen andere oefeningen verzonden. Het toestel biedt voldoende mogelijkheden om een bepaalde groep spieren extra aandacht te geven, indien nodig. Zoals ook in het TNO-onderzoek al stond, biedt het toestel ook de mogelijkheid om specifieke valpreventieoefeningen te doen.

Met de wijktoestellen zijn ervaringen opgedaan met mensen die al wat slechter ter been waren en al met een rollator liepen. Hiervoor bleek het toestel geschikt; sterker nog in vele 'wijkgroepen' begonnen deelnemers met rollator aan de oefeningen maar hadden zij die na

verloop van tijd niet meer nodig. Met de plaatsing van deze toestellen bij zorginstellingen zijn de eerste ervaringen opgedaan met een aantal nieuwe doelgroepen, namelijk mensen met meer lichamelijke beperkingen en mensen met dementie.

De dementie blijkt in de regel geen enkel obstakel om te bewegen met dit toestel.

Betrokkenen slagen er prima in om mee te doen. De begeleiders houden natuurlijk bij hun uitleg wel extra rekening met deze 'beperkingen' door bijvoorbeeld oefeningen nog wat meer voor te doen.

Voor mensen met iets grotere fysieke beperkingen biedt het toestel ook kansen, maar heeft het ook zijn beperkingen. Eerder schreven wij al over de beperktere mogelijkheden voor mensen in een rolstoel. Ook gaven diverse deelnemers die fysiek wat beperkter zijn aan, dat zij soms de 'opstapjes' te hoog vinden.

Daar waar veel mensen met forsere somatische beperkingen gebruik maken van het toestel, valt te overwegen om naast dit toestel nog één of meer kleinere 'buitenfitnesstoestellen' neer te zetten. Ook komen de begeleiders/trainers een heel eind door extra attributen in te zetten, zoals een bal, pionnen, kegels of touwen.

Locatie

De plaatsing van het beweegtoestel op het terrein van de zorginstelling is in overleg gegaan met de instelling en kent diverse plaatsbepalingen, zoals o.a.:

- op de buitenplaats bij de fysiotherapie. Bij de ene instelling was het toestel direct toegankelijk en bij de andere organisatie niet. Hier is wel de verwachting uitgesproken dat een toegangsdeur vanuit de fysiotherapie wordt gerealiseerd om het gebruik van het toestel ook vanuit individuele en groepsbegeleiding sneller en vaker in te zetten.
- Bij twee instellingen staat het toestel in het atrium, waarvan één overdekt. Hierbij valt op dat het toestel direct na plaatsing in het overdekte atrium in gebruik is genomen.
- Een aantal in de buiten-omgeving van de zorginstelling, waarbij het toestel geïntegreerd is opgesteld tussen verschillende gebouwen (verzorgingshuis, service flat) of aangrenzend aan de openbare weg of in het zicht van de ontmoetingsruimte van het verzorgingshuis.

Op de vraag of het beweegtoestel op de juiste plaats geplaatst is, wordt verschillend gereageerd. Enkele reacties van deelnemers en begeleiders:

- het toestel staat goed in het zicht, waardoor ik als deelnemer er bewust mee wordt geconfronteerd; dit vind ik prettig;
- het toestel staat teveel in het zicht; dit nodigt niet uit; iedereen kan mij zien bewegen en hier voel ik mij ongemakkelijk bij;
- het toestel staat dicht bij de weg, waardoor mensen blijven kijken en/of reageren; dit wordt door de zorginstelling en deelnemers als leuk ervaren;
- het is een ontmoetingsplek van jong en oud; de jeugd en pubers mogen er gebruik van maken of op de bankjes erbij gaan zitten, zodat zij het gebruik van het toestel niet hinderen;
- het toestel staat op een plek, waar het veel tocht, en waait;
- het toestel staat op de plek voor de instelling, waar juist 's middags de zon op valt; we hadden hier liever (ook) zitbankjes gehad.

De ervaringen van de plek van het toestel is erg persoonsgebonden. Vraag tien mensen en allen geven een verschillend antwoord. Het valt op dat de deelnemers die baat hebben bij het DFA toestel en samen bewegen geen bezwaren ervaren over de plek van het toestel.

In de praktijk blijkt dat maar op één locatie op basis van hun ervaringen de plek ter discussie wordt gesteld. In het evaluatie gesprek blijkt dat Humanitas bij één locatie het toestel heeft

geplaatst en bewust geen actie heeft ondernomen voor het opzetten van groepen. Men wilde ervaring opdoen of het toestel ook uitnodigt tot het zelf in beweging komen. In praktijk blijkt dat kinderen spontaan het toestel beklimmen, maar dat ouderen hiertoe niet worden aangezet. Mogelijk dat hierin de plek van het toestel ook een rol heeft gespeeld. Vooraf was besproken het toestel voor de serre van de instelling te plaatsen, zodat ongeacht het weer de groepsactiviteit "bewegen en onderhouden sociale contacten" continuïteit zou kennen. Daarnaast konden de mensen in de serre bij mooi weer betrokken worden bij het beweegprogramma en zo mogelijk worden geprikkeld om mee te doen. Het toestel is uiteindelijk op een andere plek geplaatst. Het toestel staat nu afgeschermd door bomen, niet in het zicht van de instelling, maar des te meer in het zicht van de (service)flat. Deze locatie en de tocht, weerhoudt mensen om er spontaan aan deel te nemen. De organisatie houdt nu intern beraad om het toestel mogelijk naar een andere plek op het terrein te verplaatsen waarbij het beter tot zijn recht kan komen. Hierbij denkt men aan een koppeling met de 'kinderspeelplaats' aan de andere kant van het gebouw, om jong en oud bij elkaar te brengen en het gebruik van het toestel te verhogen.

Fysieke of sociale activiteit?

De motivatie van het management van zorginstellingen om met dergelijke toestellen aan de slag te gaan is uiteenlopend. We zijn de volgende redenen tegengekomen:

- Als ontmoetingsplek voor verschillende generaties, en voor bewoners uit de instelling en mensen uit de wijk;
- Als trainingsfaciliteit om betrokkenen fysiek sterker te maken;
- Als 'verleiding' om bewoners vaker naar buiten te krijgen;
- Als 'afleiding', bewoners hebben iets leuks om naar te kijken;
- Ter promotie van de zorginstelling, de instelling komt op een positieve manier in de media.

Natuurlijk is het mogelijk om enkele van deze doelstellingen te combineren. Toch is het goed om bij de keuze van de precieze locatie, de communicatie en de werving van deelnemers enige prioriteitstelling in deze doelstellingen te hanteren.

Kijken we vanuit de deelnemers, dan geven zij aan, dat het voor hen vooral gaat om de combinatie van gezelligheid en het oefenen van hun spieren om fysiek sterker te worden. Het samen koffie drinken en de sociale interactie tijdens het uitvoeren van de oefeningen is voor hen onlosmakelijk verbonden met het doen van de fysieke beweegoefeningen. Hierop is één uitzondering. De groepen in Hengelo bij een serviceflat blijven nooit met elkaar nazitten; zij kenden deze behoefte niet. Daar beperkt het zich tot het gezamenlijk bewegen als gymgroep.

Begeleiders/trainers

Uit de interviews blijkt dat de trainers die werken met het DFA toestel verschillende achtergronden kennen. De meesten zijn geschoold als, fysiotherapeut, bewegingsagoog, activiteitenbegeleider of verzorgende. Ook wordt gebruik gemaakt van een gymdocent of sportinstructeur, die op de hoogte zijn van de anatomie van het lichaam.

De opleidingsachtergrond van de trainer heeft invloed op de insteek bij activiteiten op het beweegtoestel. In praktijk blijkt dat sommige fysiotherapeuten in willen steken op individuele therapie of de groepsactiviteit een therapeutisch tintje geeft. De activiteitenbegeleider en verzorgende steekt meer in op bewegen vanuit de sociale context.

De groepen deelnemers verschillen in fitheid. Ouderen uit de wijk blijken regelmatig nog redelijk fit, zeker na enige tijd van oefenen. Dan worden de standaard oefeningen soms te makkelijk. Dit vraagt aanpassingsvermogen en creativiteit van de trainers en deelnemers. Zo



werken bepaalde trainers met aanvullend materiaal, zoals extra gewichten om oefeningen te verzwaren, of touwen, pionnen, stokken en kegels om het circuit uit te breiden.

Het succes hangt mede af van de creativiteit, continuïteit en betrokkenheid van de trainers. De trainer met voorliefde voor bewegen draagt dit uit door zijn/haar enthousiasme en dit werkt motiverend voor anderen om erbij te willen horen, wanneer er bij de oudere minder sprake is van de intrinsieke motivatie.

De oorzaak waarom de ene groep goed draait en continuïteit kent en de andere groep minder draait of uitdooft is lastig te concretiseren. Factoren als enthousiasme, afwisseling, creativiteit, aansluiten bij de denktrant van ouderen over bewegen, vertaalslag kunnen maken naar het bevorderen van de zelfstandigheid, het vaststellen van persoonlijke doelen per deelnemer en continuïteit door aanwezigheid van vaste trainer(s) maken de slaagkans groter. Hierbij zal het per locatie verschillen en is het belangrijk voor de trainer/coördinator om de juiste ingrediënten samen te stellen voor een succesvol beweegprogramma met het DFA toestel buiten en alternatieven binnen.

Samenwerking

Sommige organisaties hebben de samenwerking opgezocht met andere partijen die zich ook inzetten voor de zorg en welzijn van ouderen. Gebleken is wanneer partijen, zoals zorginstelling, gemeente en lokale Stichting Welzijn Ouderen met elkaar een samenwerking afspreken, dit een positief effect heeft op het gebruik van het buitentoestel. Er is sprake van een gezamenlijke verantwoordelijkheid. Zo zijn er voorbeelden te noemen van initiatieven uit de gemeente om ouderen met behulp van het DFA-toestel te testen op hun conditie en het inventariseren van hun behoeften, om hen na tien weken extra training weer te stimuleren aan reguliere sporten mee te doen. Andere organisaties hebben scholen, atletiekverenigingen en vrijgevestigde fysiotherapeuten aangeschreven over het bestaan van het DFA buitentoestel en men uitgenodigd hier vrijblijvend gebruik van te maken. Zo maakt atletiek vereniging Sprint in Breda gebruik van een DFA toestel; dit nodigt mogelijk op termijn ook andere mensen, jong en oud, uit om te bewegen. In Malden maakt onder andere de buitenschoolse opvang gebruik van het DFA toestel, waarbij ouderen uit het zorgcentrum kunnen genieten van deze kinderen. Zij noemen het dan ook de ontmoetingsplek waar jong en oud samenkomen. In Goor wordt de Nordic Walking groep uitgenodigd om de start en stop plaats te laten vinden bij het DFA toestel waar dan de warming up en cooling down kan worden gedaan.

Meestal is de samenwerking 'vrijblijvend' van karakter. Betrokken organisaties overleggen met elkaar over de mogelijkheden en maken praktische afspraken. In Wijchen is men een stap verder gegaan. Hier heeft men een aparte beheersstichting opgericht rondom het DFA toestel, waarin ondermeer de Zorggroep Zuid-Gelderland (ZZG), een woningbouwvereniging, de gemeente en de buurtvereniging in het bestuur zitten. Dit maakt – zo ervaart men dat daar - gezamenlijke aanwending en besteding van financiële middelen en de organisatie van gezamenlijke activiteiten makkelijker. Het past ook bij de filosofie van de zorginstelling om vernieuwende allianties aan te gaan.

Maassen is van mening dat het bieden en onderhouden van bewegen in groepsverband kan worden ingezet om deelnemers weer te interesseren voor bewegen. Dit biedt de mogelijkheid om de deelnemers te screenen in mogelijkheden en interesses, om hen vervolgens weer aansluiting te laten vinden in het reguliere sporten. Dit gedachtegoed sluit ook aan bij de gedeelde mening van de gemeente en zorginstelling in Emmen.

Op meerdere plaatsen wordt ook een link gelegd naar overige beweegactiviteiten voor senioren, bijvoorbeeld in het kader van Meer Bewegen Voor Ouderen (MBVO). Het 'buitenfitnessen' op de beweegtoestellen kan worden meegenomen in het reguliere MBVO-aanbod.

Ook liggen er naar de toekomst mogelijkheden om activiteiten met deze toestellen te integreren in lokale activiteiten in het kader van het Nationaal Actieplan Sport en Bewegen (NASB), waar ook subsidies mee gepaard gaan. Op 19 mei 2011 heeft het ministerie van VWS ook een beleidsnota gepresenteerd over sport en bewegen, waarin het bewegen in de eigen wijk één van de speerpunten is. De inzet van deze toestellen en de activiteiten daarop passen hier naadloos in.

Train de trainer training

Door leverancier Yalp en de sportacademie van Fontys Hogeschool is een eendaagse training verzorgd voor alle begeleiders die met het DFA toestel in de praktijk (kunnen) gaan werken. Tijdens de training is aandacht besteed aan de diverse mogelijkheden die het toestel biedt, met aandacht voor de opbouw van beweegoefeningen, het zelf door ontwikkelen en het uitvoeren van diverse oefeningen.

De deelnemers, toekomstige trainers/begeleiders, hebben de volgende uitspraken gedaan over de 'train de trainerdag':

- Leuke informatieve dag over mogelijkheden van bewegen op het 'speeltoestel' waarbij interactief 'oefeningen' met elkaar bedacht kan worden;
- De demonstratiegroep uit Rotterdam Hillesluis werkt inspirerend;
- De training is ingezet op MBO niveau en kent ook HBO opgeleiden; de groep deelnemers beschikken over verschillend kennisniveau, waardoor dit voor de één inspirerend en de ander onderhoudend werkt.
- Het interactief zelf bedenken van oefeningen is niet verkeerd; maar concreet aangeboden krijgen van mogelijke oefeningen had mij meer aangesproken.

Deelnemers geven aan dat de training de deelnemer leert op een andere manier te kijken naar bewegen.

In de praktijk is gebleken dat het organiseren van een landelijke trainingsdag voor verschillende begeleiders van verschillende zorginstellingen lastig te realiseren valt. Om die reden is het voor de toekomst gewenst te werken met een in gebruikstelling en training op locatie, zodat de instelling na het enthousiasme van plaatsing direct ook geïnspireerd wordt. Coaching on the job wordt ervaren als een wenselijker en aansluitende vorm van training/begeleiding. Zeker ook met het oog op de verschillende in dit rapport beschreven cultuurveranderings-processen, zoals die bij de trainers/begeleiders zelf.

Het organiseren van drie bijeenkomsten om ervaringen uit te wisselen en te delen tussen de zeven zorginstellingen is om dezelfde reden niet gerealiseerd. Een van de oorzaken hierin is de afstand, de reistijd, en het plannen van de afspraak waarop iedereen kan. In plaats hiervan is meer begeleiding op locatie geboden.

Om toch gebruik te maken van kennis en ervaring hebben verschillende zorginstellingen gebruik gemaakt van de demonstratiegroep uit Rotterdam Hillesluis die op locatie voorlichting en demonstraties gaven om het publiek, de senioren op die locatie, te enthousiasmeren. Dit is bij iedereen goed ontvangen. Dit bezoek leidt niet direct tot opvolging van senioren om te starten en een groep te vormen. Hiervoor is meer nodig. Een enkeling spreekt uit dat het zien van dit bewegen heeft geleid tot deelname.

Werkdruk

Diverse betrokken begeleiders/trainers en projectleiders gaven aan dat het project in hun ogen minder succesvol is geweest dan had gekund, vanwege hun eigen werkdruk. Op de meeste locaties hebben zij dit project naast hun reguliere werkzaamheden gedaan, zonder dat zij daar extra uren voor kregen. Dit punt verdient naar de toekomst meer aandacht van



het lokale management, waarbij ook rekening wordt gehouden met de opbrengsten van het totale project. We komen hier verderop bij 'financiering' uitgebreid op terug.

Seizoensgebondenheid

Bij de start van dit project is onvoldoende rekening gehouden met het seizoensgebonden karakter van de mogelijkheden van dit toestel. Helaas zijn de meeste toestellen van het oorspronkelijke project vlak voor de vroege herfst van 2009 geplaatst, waardoor het feitelijke gebruik pas in het voorjaar van 2010 plaats vond. Dit zorgde voor een 'valse start'.

In de herfst en winter, maar ook op de allerwarmste dagen in de zomer, kunnen de toestellen op de meeste locaties niet gebruikt worden. Op een enkele locatie speelt men daarom met de gedachte een overkapping boven het toestel te plaatsen, maar dat brengt ook weer extra kosten en andere neveneffecten met zich mee.

Om de groepen bij elkaar te houden en de groepsprocessen niet steeds opnieuw te moeten 'aanjagen en opbouwen' is het eerder wenselijk om mogelijkheden te creëren om ook binnen collectief te bewegen. Bij een aantal locaties is de gedachtevorming daarop al volop aan de gang. Hierbij wordt ondermeer gedacht aan:

- reguliere MBVO (meer bewegen voor ouderen) activiteiten in de recreatiezaal van de zorginstelling
- competities met de Nintendo Wii
- gezamenlijk gebruik van de Silverfit
- bewegen op muziek, zoals dansen

Veiligheid

Het is van groot belang dat het gebruik van dit toestel zo veilig mogelijk gebeurt. Op geen van de toestellen heeft zich tijdens de beweegoefeningen een valincident voorgedaan. Dit komt mede door de goede begeleiding en het ontwerp van het toestel.

Aandachtspunt bij toekomstige plaatsingen is de valondergrond. Leverancier Yalp heeft conform de richtlijnen voor speeltoestellen slechts onder een deel van het toestel valondergrond gelegd. Diverse begeleiders gaven aan dat het gelet op de kwetsbaardere doelgroepen alsmede de acceptatie van deelnemers wenselijk is dat voortaan onder het hele toestel een speciale valondergrond wordt geplaatst. Dit maakt de plaatsing wel duurder.

Financiering

De vraagstukken rond financiering vallen uiteen in een drietal aandachtsgebieden:

1. De eenmalige financiering van plaatsing en de inrichting van de directe omgeving van het toestel.
2. De financiering van de training en begeleiding in verband met de gewenste veranderingsprocessen bij de start.
3. De structurele financiering van de begeleiding en activiteiten.

1. Financiering toestellen

De financiering van de zeven toestellen van het oorspronkelijke project was een tweeledige. De eenmalige kosten per locatie waren in het oorspronkelijke project ongeveer €21.500,- per toestel, inclusief BTW en ondergrond. Hiervan is € 12.000,- gesubsidieerd door fonds NutsOhra en het resterende bedrag is door de instelling zelf betaald. Bij de financiering van de andere toestellen zien wij dat hier vaak sprake is van een gecombineerde financiering door zorginstelling en gemeente. In meerdere situaties is het toestel zelf zelfs geheel betaald door de gemeente. Soms gebeurde dit door een eenmalige subsidie vanuit de WMO-middelen in het kader van lokaal ouderenbeleid, maar vaker werd dit gefinancierd vanuit reguliere gemeentelijk middelen voor sport en spel. Soms werd een extra 'speeltuyn'



gefinancierd, soms werd een in de buurt gelegen speeltuin in het kader van een reguliere opknappbeurt verplaatst naar het buitengebied van een zorginstelling, onder gelijktijdige plaatsing van een nieuw DFA-toestel. Meestal vroeg dit proces om enige creativiteit aan gemeentezijde, waarover vanuit de directie van de zorginstelling op wethoudersniveau overleg is geweest. In een enkel geval financierde ook een woningbouwvereniging mee, vanuit hun betrokkenheid bij leefbaarheid van een wijk. Meestal vonden de zorginstellingen op de eigen begroting ook wel eenmalige financiën voor inrichting van de buitenruimte. Soms droeg een 'vereniging vrienden van...' financieel bij. In één geval is een speciale actie ondernomen om de komst van het toestel te financieren:

“Samenwerking om het Guinness book of records te halen met 1026 Nordic Walking deelnemers heeft voldoende sponsorgeld opgeleverd om een beweegtoestel bij adviesbegeleidingscentrum Maassen te kunnen plaatsen voor jong en oud, om vrijblijvend op te bewegen ”

2. Financiering training en begeleiding veranderingsprocessen

Ook hierbij gaat het om eenmalige kosten bij de start van een project. Deze kosten zijn bij de oorspronkelijke zeven locaties door de zorginstelling gedragen, net als bij de overige instellingen.

3. Financiering van de structurele kosten voor begeleiding van de deelnemers

Dit is de lastigste kostenpost. Indien de activiteiten onder reguliere beweegprogramma's te brengen zijn, zoals MBVO, dan kunnen voor senioren uit de wijk de subsidieregelingen daarvoor gebruikt worden. Eerder in dit rapport noemden wij ook al de mogelijkheden van financiering van activiteiten vanuit het NASB.

Bij de meeste beweegprojecten met dit toestel, zoals die in dit rapport beschreven zijn, hebben de deelnemers een eigen bijdrage betaald. Deze varieerde van €1,- tot €3,- per keer. Meestal is de koffie dan gratis. Deze eigen bijdrage is in de regel geen enkele belemmering voor deelname gebleken. Geïnterviewde deelnemers gaven ook aan begrip te hebben voor deze bijdrage.

De financiering van de beweegactiviteiten voor de bewoners van de verpleeg- en verzorgingshuizen bleek lastiger. Indien fysiotherapie onderdeel uitmaakt van het totale behandelplan, dan is groepsgewijze behandeling financierbaar en zelfs goedkoper. Dat is echter het geval bij slechts een beperkt deel van de deelnemers.

Diverse trainers/begeleiders zijn vrij gevestigde fysiotherapeuten. Zij werken op declaratiebasis voor en in de zorginstellingen. In het kader van dit project hebben zij meestal een aantal uren kunnen declareren bij de zorginstelling, maar dat staat onder druk.

“Fysiotherapeuten van zorgcentrum Beatrix in Culemborg hebben nu al enige jaren een groep van ongeveer tien deelnemers actief aan het bewegen, na ontslag dagbehandeling. Financieel kan het niet uit, zeker niet wanneer ze met de cliëntenbus naar de Kulenburg rijden om met het DFA beweegtoestel te bewegen. Vanuit revalidatie had het toestel ook goed bij Beatrix kunnen staan. De fysiotherapeuten zijn altijd present ondanks gebrek aan financiële middelen ”

Deze lastige financiering is één van de redenen waarom er meer senioren uit de wijk meedoen aan collectieve beweegactiviteiten, dan bewoners van de zorginstellingen. Als de begeleiding bij een activiteitenbegeleider ligt, is er meestal minder discussie over de financiering. Van een dergelijke functionaris wordt vanuit de functie verwacht dat die dit soort activiteiten begeleidt en organiseert. Ook zijn wij bij diverse locaties tegen gekomen dat de



begeleiding vooral berustte bij stagiaires en vrijwilligers. Dat is ook mogelijk, maar roept de vraag op wat dit betekent voor het groepsproces, de vakkundigheid en de continuïteit. Het verschil in omgang met een fysiotherapeut geeft ons inziens aan dat de knelpunten bij financiering van beweegactiviteiten voor bewoners niet zozeer een probleem van kosten is, maar een probleem rond interne administratieve systemen. Waarom zou een fysiotherapeut niet ook uren vanuit de AWBZ mogen schrijven voor activiteiten? Wij zien daarvoor geen belemmeringen. De activiteiten kennen ook financiële opbrengsten. Bewoners kunnen meer zelf en hebben minder begeleiding nodig bij dagelijkse handelingen. Als bewoners lekkerder in hun vel zitten, mentaal sterker zijn, vraagt dit ook minder begeleiding van zorgverleners. Hierdoor kan een verschuiving in uitgaven ontstaan: van uren voor zorgverleners naar uren voor begeleiders.

Naar verhouding van de inkomsten en uitgaven in een zorginstelling gaat het bij de begeleiding om relatief weinig geld. Een beperkt aantal uren in de week begeleiding voor een grote groep bewoners, moet ons inziens makkelijk uit de betrokken zorgzwaartepakketten betaald kunnen worden. Het is aan het management om de benodigde financiële middelen vrij te maken. We hebben grote verschillen in de omgang met deze kostenpost gezien. Bij sommige zorginstellingen was hier niet eens discussie over en vond men deze kostenpost vanzelfsprekend, terwijl het bij andere zorginstellingen een verdere groei van de activiteiten in de weg staat en veel interne bureaucratie oplevert.

Conclusies, verbeterpunten en kansen

Op basis van ons onderzoek trekken wij de volgende hoofdconclusies:

1. Deelnemers aan beweegactiviteiten met dit toestel bij zorginstellingen vinden dit leuk en zinvol. Men ervaart in de regel dat men zowel fysiek als mentaal sterker wordt.
2. Voor senioren uit de buurt is plaatsing van de toestellen bij zorginstellingen geen drempel gebleken.
3. De komst van het toestel draagt bij aan een betere integratie van de zorginstelling in de wijk. Dit komt zowel door de activiteiten van de kinderen, als door de activiteiten van senioren op het toestel.
4. Activiteiten door uiteenlopende doelgroepen op het toestel komen er niet vanzelf. Alleen het toestel neerzetten is onvoldoende. Deelnemers moeten verleid worden tot activiteiten. Persoonlijke benadering blijkt goed te werken. Kinderen maken er wel als vanzelfsprekend gebruik van.

Verbeterpunten:

5. Het aantal deelnemers per toestel kan meestal groter, met name door het gebruik van de toestellen nog meer als een multidisciplinair project te zien. Communicatie is cruciaal.
6. Het gebruik van het toestel is seizoensgebonden. Als het koud of regenachtig is, of juist te warm, wordt het toestel bijna niet gebruikt. Een beleid om het hele jaar door mensen te prikkelen tot bewegen is wenselijk, ook voor het onderlinge groepsproces.
7. De begeleiding moet minder vaak afhankelijk zijn van één persoon.
8. Een eenmalige training van één dag is te kort en vindt niet altijd op het juiste moment plaats. Het lijkt wenselijker om de training voor begeleiders op locatie te verzorgen, in combinatie met persoonlijke coaching.

Kansen

9. De mogelijkheden voor mensen die rolstoelafhankelijk zijn, zijn beperkt. Een combinatie met andere toestellen en/of andere beweegactiviteiten biedt voor hen meer mogelijkheden.
10. Ook voor andere specifieke doelgroepen, zoals thuiswonende mensen met (beginnende) dementie, is door gerichte werving en begeleiding nog veel te bereiken. De toekomstige grotere rol van gemeenten bij dagopvang en dagbesteding kan hierbij helpen.
11. Inzet van nieuwe media met gebruikmaking van internet, kan helpen het groepsproces te versterken, maar ook om deelnemers te werven en de oefeningen toegankelijker te maken.
12. Structurele financiering van de beweegactiviteiten zelf, bijvoorbeeld via zorgverzekeraars, kan financiële knelpunten wegnemen.

Bijlage 1: onderzochte locaties

De zeven locaties behorend tot het oorspronkelijke project:

- | | |
|------------------------------|------------|
| • Humanitas Jan Meertensflat | Rotterdam |
| • Humanitas IJsselburgh | Rotterdam |
| • Humanitas Acropolis | Rotterdam |
| • Verpleeghuis Weihoek | Roosendaal |
| • De Kloksteen | Hengelo |
| • De Stoevelaar | Goor |
| • Woonzorgcentrum Friso | Almelo |

Overige in deze evaluatie betrokken locaties:

- | | |
|-------------------------------------|---------------------------------|
| • Woonzorgcentrum de Elsthof | Wychen |
| • Malderburch centrum voor WWZ | Malden |
| • ABC Maassen | Boxmeer |
| • Zorgcentrum De Posten | Enschede |
| • Zorgcentrum De Kulenburg | Culemborg |
| • Zorggroep Hof en Hiem | 2 locaties in Friesland |
| • Verpleeghuis De Horst | Emmen |
| • Woonzorgcentrum Maasdreef | Stadskanaal |
| • Stichting Ouderenwerk Breda (Wij) | 3 locaties in Breda en omgeving |
| • Woonzorgcomplex Maarsdreef | Stadskanaal |

Bijlage 2: Enkele feiten rondom bewegen¹

In 2007 voldeed ongeveer 29% van de mannen en 36% van de vrouwen tussen de 65 en 75 jaar niet aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen (NNGB) die voor hun leeftijd geldt. Boven de 75 jaar voldeed 39% van de mannen en 66% van de vrouwen niet aan de NNGB norm. Een inactieve leefstijl verhoogt het risico op functionele beperkingen en daarmee het verlies op zelfstandigheid (Harbers & Deeg, 2009).

De noodzaak om m.b.v. verschillende en vernieuwende projecten ouderen meer te laten bewegen wordt nog groter omdat Nederland in de komende decennia sterk vergrijst. Een toename in aantal ouderen zal gepaard gaan met een toename van het aantal mensen met ziekte en functiestoornissen.

Door verantwoord te bewegen kan het verloop van langdurige aandoeningen gunstig worden beïnvloed. Dit betekent ook dat daarmee de zelfstandigheid en de kwaliteit van leven voor mensen word vergroot. Verder bevordert bewegen ook functiebehoud. Uit onderzoek is bekend dat inactiviteit namelijk leidt tot veranderingen in het spier- en skeletstelsel, het hart- en vaatstelsel en in de hersenen. Door niet te bewegen neemt de kans op complicaties en verder verslechtering van de fysieke conditie sterk toe. (Fox, Bowers, & Foss, 2004). De laatste jaren is duidelijk geworden dat voor het goed aansturen van de motoriek informatie nodig is die alleen door het bewegen zelf kan worden gegenereerd. Inactiviteit vermindert niet alleen de spierkracht, maar ook de regulatie van bewegingen. (Morree, de, Jongert, Poel, van der, 2006).

Lichamelijke activiteit heeft een duidelijk effect op het bloedsuikergehalte en op de insulinegevoeligheid van patiënten met diabetes mellitus (zowel type 1 als type 2). Regelmatige lichamelijke inspanning vermindert de behoefte aan insuline. Ook is bekend dat mensen met een voorstadium van diabetes door meer te bewegen hun kans op diabetes aanzienlijk kunnen verlagen.

Men vermoedt ook een verband tussen beweging en het immuunsysteem. In een inmiddels tien jaar oud Engels onderzoek met 7000 deelnemers tussen 19 en 94 jaar werd een opmerkelijk verband gevonden tussen fysieke activiteit en reactietijd. Actieve ouderen verschilden in de reactietijd niet van jongeren en niet-actieve jongeren. Sneller kunnen reageren vermindert de kans op vallen, een veel voorkomende oorzaak van ziekte en sterfte op oudere leeftijd. Regelmatige beweging is dus belangrijk en dient gestimuleerd te worden (Knottnerus, 2005).

Veel ouderen hebben verschillende chronische aandoeningen tegelijk. Uit cijfers blijkt dat één op de drie 75-plussers (328.000) meer dan één chronische ziekte heeft. Van de mensen tussen de 65 en 75 heeft ongeveer 22% (279.000) meer dan één chronische ziekte. Tot 55 jaar is multimorbiditeit nog relatief zeldzaam. Van alle chronisch zieken heeft bijna één derde meer dan één chronische ziekte. Dit komt neer op 1,3 miljoen mensen ofwel 8% van de totale bevolking (Hoeymans, & Schellevis, 2008), (Harbers, 2009).

Ongeveer één op de achttien ouderen (5,7%) leed in 2008 aan depressie. Dat zijn in totaal 128.000 mensen. Bepaalde ziekten, evenals het verlies van de levenspartner en vereenzaming, kunnen bij ouderen het risico op depressie verhogen. Ook ouderen die lang

1 Ondermeer afkomstig uit projectplan Chaam iov Nelly de Grauw (Wij, stichting ouderen Breda)



in een verpleeghuis verblijven hebben een verhoogd risico op depressie. Hetzelfde geldt voor mensen met dementie, waarbij uit onderzoek zelfs een percentage van 30% naar voren komt. Mensen die depressief zijn bewegen vaak ook minder of helemaal niet. Bewegen zou juist kunnen helpen bij het probleem van de vereenzaming. Buitenlicht en buitenlucht werken hierin ook bevorderend.

Het aantal ouderen dat voldoende beweegt neemt toe, maar is nog steeds te beperkt. Het streefcijfer van 45% normactieve 65-plussers werd in 2004 gehaald en de doelstelling van 50% voor 2010 in 2005. In 2000 bewoog 44% van de mannen en 40% van de vrouwen voldoende en in 2005 52% van de mannen en vrouwen. Het percentage 65-plussers dat niet voldoende beweegt is volgens deze cijfers hoger dan volgens de cijfers op basis van de SQUASH-vragenlijst uit het Permanent Onderzoek Leefsituatie (POLS) van het CBS die sinds 2001 stabiel zijn. (Harbers, 2009).

Uit onderzoek, ondermeer aan de VU (Scherder e.a.), blijkt dat bewegen voor mensen met dementie een positieve werking heeft. Dit geldt zowel voor de cognitie, het welbevinden, als voor de lichamelijke gesteldheid. Hierin speelt een rol dat door bewegen het hormoon dopamine wordt aangemaakt en er meer zuurstof bij de hersenen komt. Bewegen is één van de weinige 'remmers' van het dementeringsproces.

Jaarlijks komen naar schatting 66.000 65-plussers op een spoedeisende hulp-afdeling terecht voor behandeling na een valongeval, en worden er 14.000 in een ziekenhuis opgenomen vanwege een heupfractuur. Het buitenfitness project houdt zich ook bezig met het verbeteren van o.a. de balans en coördinatie waardoor ouderen minder angstig zullen worden om te bewegen en hun valrisico minder zal worden (Harbers, 2009).