

# **Journey towards a ‘Moving Hospital’**

*Analysis of required steps before final  
implementation of interventions*



## **UNIVERSITY OF TWENTE.**

*Author:*

*1<sup>st</sup> supervisor:*

*2<sup>nd</sup> supervisor:*

*R.M.L. Scheffer*

*Thesis MSc Health Sciences*

*M.M.R. Vollenbroek – Hutten*

*J.G. van Manen*

*4<sup>th</sup> of November, 2019*

## Preface

Before you lies the thesis; *'Journey towards a 'Moving Hospital''*. This thesis is the final product of the Master programme Health Sciences of the University of Twente. This thesis was written by in the period of the 1<sup>st</sup> of February 2019 till the 4<sup>th</sup> of November 2019.

The ZGT hospital provided an interesting topic for my Master Thesis. Last year, another Health Sciences student wrote a Master Thesis on this topic. This then required further study into the topic, which I conducted. I was honoured to write a scientifically substantiated advice with which the hospital can truly chase their goal of becoming a 'moving hospital'.

During my thesis I have been supported by Miriam Vollenbroek-Hutten and Jeannette van Manen as supervisors from the University of Twente. They have helped me to create this final product, even though it was not always easy to write this thesis. Miriam has always supported my ideas and helped me giving the final touch to those ideas. I would like to give a special thanks to Jeannette van Manen. Initially, Hans Heerkens was my second supervisor. Unfortunately, he could not continue to supervise my work. Jeannette immediately accepted to take the job, for which I am very grateful.

Next to my supervisors from the University, I would like to thank my external supervisor; Margreet Tinselboer. She has always provided me with new insights and made time to answer my questions. Furthermore, she helped me conduct the focus group.

Finally, I would like to give thanks to the healthcare professionals who participated in this study. Without them this thesis could not have been written.

I hope you will enjoy reading this thesis.

Rianne Scheffer  
Enschede, November 2019

## **Abstract**

### *Background*

Patients tend to be inactive during hospitalisation, even though mobilisation during hospital admission has a significant positive effect on health. The ZGT hospital wants to become a ‘moving hospital’, a hospital in which patients are constantly motivated to be physically active. A previous conducted study determined which interventions best suited the hospital in completing their journey. However, doubts were raised about whether implementation of these interventions would be successful in the current healthcare process. The aim of this study is therefore to identify (perceived) barriers that would prevent successful implementation and provide the hospital with advice about how to remove or to lower these barriers as much as possible.

### *Method*

The Managerial Problem-Solving Method was used as guidance. After constructing a problem cluster, an online survey among unit leaders and nurses across several wards determined which of the problems in the cluster had the highest priority solving. Solving the chosen problem(s) was thought to have most impact on creating a ‘moving hospital’. The results of the survey were analysed using SPSS. The problems; ‘Difference in beliefs about which activities are physical activity’ and ‘Unwillingness and fearfulness of relatives to support physical activity’ were further investigated in a focus group. The scope of both problems, current measures taken, and measures staff believes can be taken were discussed. Using ATLAS.ti, the transcript of the focus group was coded.

### *Results*

In total, seven participants joined the focus group (three nurses, two physiotherapists, one unit leader, one healthcare specialist). There were three categories identified during the coding of the focus group, which describe the current situation, enfold measures taken and measures that can be taken in order to find solutions for the two problems. These categories were; ‘Involvement’, ‘Knowledge’, and ‘Stimulation’. On the category ‘Involvement’, it was stated that patients and relatives are not enough involved in the mobilisation plan, constructed by the healthcare professionals. Therefore, they do not feel responsible (enough) to carry out the plan. Measures taken include the introduction of an activity plan and a card system. Both measures are thought to be up for improvement. In the category ‘Knowledge’, professionals made clear that patients and relatives often do not have enough knowledge about the importance of mobilisation, the types of mobilisation they can, and are allowed to execute with patients and mobilisation possibilities in the hospital. Education on these topics should mostly be performed during intake. The last category ‘Stimulation’ concerns the relatives. Healthcare professionals stated that it was desirable that relatives should stimulate patients into mobilising, since patients tend to listen to relatives more often than healthcare professionals.

### *Conclusion*

The hospital is not yet ready to become a moving hospital. Additional steps are required to ensure successful implementation. A top-down approach should be used when implementing a mission and vision regarding the ‘moving hospital’ hospital wide. When implementing a mobilisation policy, it should be underlined that successful implementation is a shared responsibility of all those involved.

## Table of contents

2. Method .....	7
2.1 Identifying the problem .....	7
2.1.1 <i>Problem cluster</i> .....	7
2.1.2 <i>Core problem</i> .....	9
2.1.3 <i>Survey</i> .....	10
2.1.4 <i>Results survey</i> .....	11
2.2 Planning the problem-solving process .....	13
2.2.1 <i>Planned activities</i> .....	13
2.2.2 <i>Stakeholder analysis</i> .....	13
2.2.3 <i>Focus group</i> .....	15
3. Results .....	18
3.1 Experiences of differences in beliefs about physical activity .....	18
3.2 Measures for differences in beliefs .....	18
3.3 Role of relatives .....	21
3.4 Desired role of relatives .....	21
3.5 Measures to ensure desired role of relatives .....	21
3.6 Other results .....	23
4. Discussion .....	24
4.1 Discussion of the research question .....	24
4.3 Methodological considerations .....	26
4.4 Recommendations .....	26
5. Conclusion .....	28
6. Reference list .....	29
Appendix 1: Card System .....	31
Appendix 2: Questionnaire problem cluster .....	32
Appendix 3: Answers to question 7a .....	38
Appendix 4: Time frame focus group .....	39
Appendix 5: Invitation participation focus group .....	42
Appendix 6: Consent form focus group .....	43
Appendix 7: Transcript focus group .....	44
Appendix 8: Memos .....	71

# 1. Introduction

When admitted to a hospital, patients tend to spend 83% - 88% of the time in their room [1,2]. Younger, as well as older patients, tend to stay inactive during hospitalisation [3]. Although patients expect that they must stay in bed [4], (early) ambulation has a significant positive effect on length of stay [5,6] and hazard ratio [7]. Patients who took more than 100 steps within the first 24 hours after hospitalisation had 2-3% lower risk of death over the first two years. Moreover, patients whose number of steps declined during hospital admission had a more than four times greater risk of death within the first two years after discharge [7].

Because of the scientific evidence that (early) mobilisation during hospitalisation brings positive health outcomes for patients, the ZGT (Ziekenhuisgroep Twente) hospital wants to incorporate more physical activity programs in their standard care program. The ZGT hospital [8] is a general hospital with locations in Hengelo and Almelo, and several clinics in Goor, Nijverdal and Rijssen. In 2017, they had 3,236 employees and 189,971 patients. A study at location Almelo [9] into which types of interventions best suit their hospital in their journey towards a 'moving hospital', has recently been completed. The interventions recommended included patient- and relative education about the importance of physical activity, expansion of the current card system, and the creation of uniformity among healthcare professionals about what activities are defined as physical activity. The card system indicates the patient's ability to walk independently, by hanging up cards with different colours at the patient's bedside (appendix 1). This research provided recommendations to start implementing these interventions as well. Implementation of education could be achieved by verbal explanation, a hospital-wide displayed movie and a folder with information. Second, the card system could be expanded by adding patient names and aids patients need for physical activity to the cards. Explanation of the content is recommended as well. Finally, uniformity was recommended to be created by composing a document which includes the responsibilities of each profession. However, the implementation of these interventions is thought to be a step too far. Questions have been raised by the physiotherapy department about whether implementation in the current healthcare process will be successful. This is mostly because of the expected increase in workload following the implementation of the interventions, due to which desired effects may not be reached.

From personal conversations with multiple healthcare professionals [S. Heilmann and M. Tinselboer, personal communication, 25-02-2019] [C. van Rijssen, personal communication, 03-04-2019], it became clear that the staff recognises the positive effects of (early) ambulation of hospitalised patients. However, a reoccurring discrepancy has been determined between intention; incorporation of the execution of physical activity tasks with patients in the healthcare process, and behaviour; not including the execution of physical activity tasks in the healthcare processes, in the hospital. Furthermore, it was stated that hospital staff expects that inclusion of these interventions in the current healthcare processes would rise workload, while the workload is seen as high in the current process [S. Heilmann and M. Tinselboer, personal communication, 25-02-2019]. Hoyer et al. [10] underline the expectancy of staff that workload will rise when the mobilisation of patients increases. Moreover, high demand would contribute to this workload as well. According to Barlow [11], demand in healthcare is one of the challenges for innovation. This underlines the contribution of the beliefs of healthcare professionals on workload, on the successful implementation of the suggested interventions in previous research [9]. Finally, in the thesis of Abbink, gives thought to whether caregivers know when it is safe to mobilise patients and may require additional training. Furthermore, there is no clear division on which professional is the primary care

provided regarding patient mobilisation. All the above-mentioned factors put the hospital in an immature position. This immature position is described as a situation in which the further evolvement and adaption of current processes, with the aim of the described, desired effects on mobilisation of patients during hospital admission, is thought to be infeasible. Moreover, the successful implementation of an innovation is thought to be unattainable. In this situation, all related the factors that contribute to this situation and the staff's beliefs are questioned since staff has a positive attitude towards (early) ambulation and incorporation of an intervention is desirable.

The study therefore aims to identify (perceived) barriers that would prevent successful implementation and provide the hospital with advice about how to remove or to lower these barriers as much as possible. The study will take place at the hospital location Almelo. Prerequisites of the hospital staff will be considered during this process. By using a stepwise approach, advice can be given about how to create a situation in which the implementation of an intervention is successful. Taking everything into consideration, the following research question was composed:

*Which steps are necessary to take so that the (perceived) barriers, which block successful implementation of interventions, can be resolved, so that the hospital can continue to become a 'moving hospital'?*

## 2. Method

The theory that is used as guidance throughout the study is the Managerial Problem-Solving Method (MPSM) [12]. The MPSM is a stepwise framework that can be used when one wants to solve a managerial problem. The method consists of the following seven steps:

1. Identifying the problem
2. Planning the problem-solving process
3. Analysing the problem
4. Generating alternative solutions
5. Choosing a solution
6. Implementing the solution
7. Evaluating the solution

The MPSM [13] combines a systematic and creative approach to solving problems. It analyses problems within the context of organisations, which helps creating a tailored solution. This is desirable for the hospital, since there are many different stakeholders present who all need to be taken into account so that applied interventions will be accepted by all. The method is developed in such a way that it can be applied to any problem-solving situation. Complicated prior knowledge of the situation at hand is not required.

In this chapter, step 1 and 2 will take place. The problem that will be tackled will be identified by creating a problem cluster. By using an online survey, one problem from the problem cluster will be chosen to be further identified and solved. This problem is described as the core problem. Then, the following methodological process to solve the problem will be planned. Step 3, 4 and 5 will take place in the following chapters. Step 6 and 7 will not take place in this study.

### 2.1 Identifying the problem

The first step of the MPSM is the identification of the problem or problems. In this step, the problems are identified, and their relation to one another is determined. Causal relations between all problems are mapped out systematically in a problem cluster. Using the cluster, potential core problems can be identified. Solving the core problem is thought to make most impact on the initial problem; immature hospital situation [13].

#### 2.1.1 Problem cluster

The problem that ZGT hospital seems to face is their immature position and thus unattainable goal to create a 'moving hospital'. Because of this situation, intended effects of suggested interventions will not be reached with current implementation. One aim of this research was to identify the (perceived) barriers that prevent the hospital from successfully implementing an intervention. By creating a problem cluster, these barriers are mapped out systematically (figure 1). The issues presented are found through conversations with three healthcare professionals [Physiotherapists; S. Heilmann and M. Tinselboer, personal communication, 25 February 2019] [Nurse; C. van Rijszen, personal communication, 03-04-2019], in previous study into the subject performed in the ZGT hospital [9] and in literature research. The literature search was conducted in the database of Scopus, and included the following keywords; *influence, workload, 'high workload', innovation, uniformity, uniform, 'physical activity', 'physically*

*active, 'hospital admission', admission, 'task division', '(early) ambulation/mobilisation'*. Used filters were; full text available, articles, written in Dutch or English, subject area medicine or nursing and published between 2015 and 2019.

As can be seen in figure 1, the immature position of the hospital arises from three different paths, which will be elaborated one by one;

1. High workload of healthcare professionals
2. Indistinct task division among healthcare professionals
3. Feeling of unsafety when executing physical activity tasks of healthcare professionals

#### *2.1.1.1 High workload*

Literature states that high workload negatively influences the ability to innovate [14], which implies that high workload causes an immature hospital concerning the implementation of an intervention. High workload then, can be caused by three different factors. A first cause is the unwillingness and/or fearfulness of relatives of the patient to help with physical activity tasks. Relatives uptake an important role in the mobilisation of patients. When relatives stimulate or even help patients to mobilise, healthcare professionals would have to spend less time convincing patients that it is necessary to be physically active. Thereby it must be stated that help from relatives is not a must and should be minimal [9]. It is most important that relatives understand the necessity of mobilisation and stimulate patients to keep physically active. A second cause of high workload could be the complexity of the healthcare processes. The more complex the healthcare process, the higher the workload [14]. A final cause of high workload could be insufficient nurse-to-patient staffing, according to literature [15].

#### *2.1.1.2 Indistinct task division*

Indistinct task division can lead to extra, avoidable conversations between healthcare providers in order to divide the tasks, and to tasks that end up not being executed. This requires extra time and contributes to a higher workload [9]. There are two main causes found for this unclear division of tasks. First, the physician orders on the mobilisation of the patients are sometimes inappropriate [9]. These orders then need to be adapted by a healthcare professional on the ward. However, no professional has been appointed as responsible for this job [S. Heilmann and M. Tinselboer, personal communication, 25-02-2019]. The second cause of indistinct task division is that there is no uniform agreement on who is responsible for executing physical activity tasks [9]. For this problem, two causes are described. The first is that there is no clear agreement on which activities are labelled as physical activity between healthcare professionals, patients and/or relatives. Therefore, it is not clear who is responsible for the execution which physical activity task. Second, there is some disagreement on whether the patient or the healthcare professional is responsible for initiating physical activity [9].

#### *2.1.1.3 Feeling of unsafety*

Implementing an intervention which stimulates physical activity of the patient may not resolve in a greater feeling of safety. However, that is dependent on the type of intervention implemented. A cause of



this feeling is that healthcare professionals declare that they require additional training for executing physical activity tasks with their patients. Another cause is the risk of injury healthcare professionals and patients have when executing ambulate tasks. This is caused by the unsafe infrastructure of the hospital, regarding the execution of physical activity tasks [9].

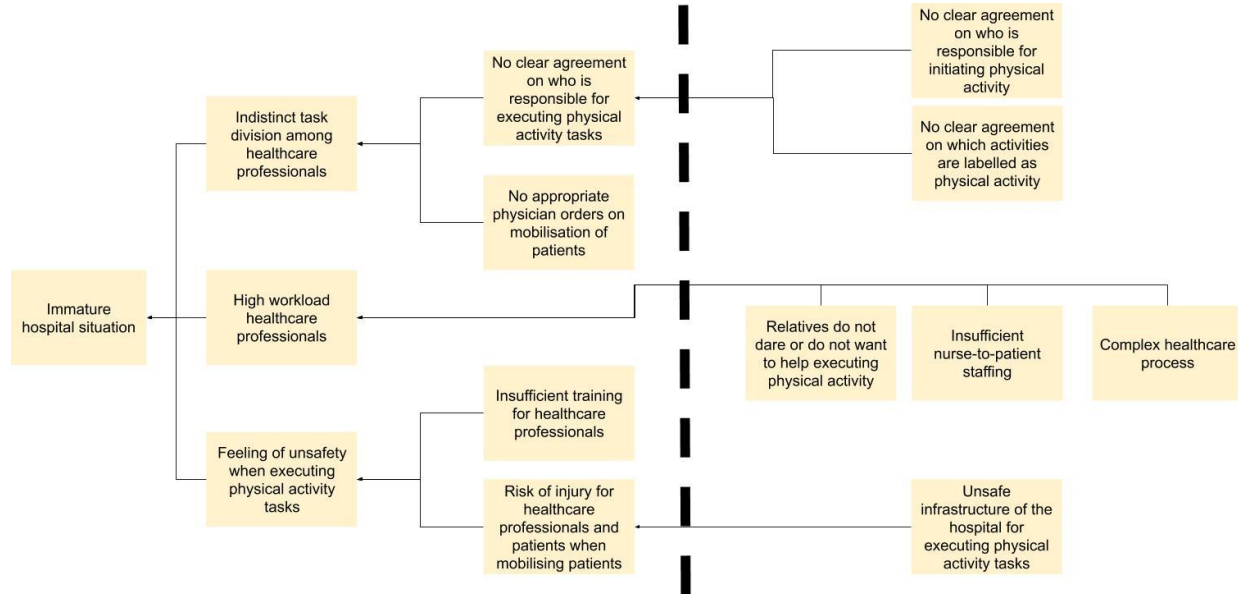


Figure 1: Problem cluster ZGT hospital Almelo

### 2.1.2 Core problem

Looking at the problem cluster presented in figure 1, multiple problems can be pointed out as core problems. Potential core problems are identified as the problems which are at the beginning of all causal relationships presented in figure 1 [13]. All problems on the right side of the dotted line are core problems. When tackling core problems arisen in a problem cluster, one must take notion that not all core problems can be addressed at once. One or two of these problems will be addressed in this research. Following steps helped determine which potential core problem was chosen as lead in this study. The optional core problems are;

1. No appropriate physician orders on mobilisation of patients
2. No clear agreement on which activities are labelled as physical activity
3. No clear agreement on who is responsible for initiating physical activity
4. Relatives do not dare or do not want to help with the execution of physical activity tasks
5. Insufficient training for healthcare professionals
6. Unsafe infrastructure of the hospital
7. Complex healthcare processes
8. Insufficient nurse-to-patient staffing

The problems that are not solvable within the set time frame and because of other restrictions are; *'complex healthcare processes'* and *'insufficient nurse-to-patient staffing'*. These are therefore excluded

from further analysis. The scope of the remaining potential core problems will be analysed throughout the hospital.

### 2.1.3 Survey

In an online survey, set up in Qualtrics, all potential core problems were set out. Using this survey, the absence or presence of all above mentioned potential core problems was analysed. In case a ward experiences one of the potential core problem, the level of presence of that problem on a daily routine is estimated. By setting out this survey, the problem cluster is verified for the hospital. This research method was approved by the ethics committee of the faculty BMS (Behavioural, Management and Social sciences) of the University of Twente. The survey was spread across wards of the hospital. All wards that include a long-term admission unit and were located in Almelo were included. All other wards were excluded. 11 wards match these criteria. The survey was to be filled out by one unit leader or nurse of every ward. The profession of the respondent and the ward at which they operate were collected. Other personal data were not gathered.

In a period of three weeks, responses were collected. Respondents were recruited by sending an e-mail, including an anonymous link to the questionnaire, to a mailing list of all unit leaders in the ZGT hospital. Responses were anonymous. The estimated duration of filling out the questionnaire was five minutes, due to which the questionnaire was not seen as an added burden for the respondents included. The questionnaire can be found in appendix 2. In table 1, all questions in the survey are linked to the corresponding core problems. Question 5 and 9 do not represent one of the core problems described in the section above. They are however included in the survey, in order to validate the problem cluster and to evaluate the relation between the core problems and these problems.

Question 1 till 6 were presented at a 5-point Likert scale with the following categories: 1) ‘Yes, always’, 2) ‘Yes, often’, 3) ‘Yes, sometimes’, 4) ‘Yes, rarely’ and 5) ‘No, never’. Since the questions were positively formulated, the answer ‘Yes, always’ indicates that the corresponding ward does not experience the problem, and the answer ‘No, never’ indicates that the ward constantly experiences the problem. Positive formulation of the questions was chosen, since respondents are inclined to answer disagreeing to a negative formulated question, rather than agreeing to a positively formulated question [16]. Question 7 was presented as a nominal category, with the answer possibilities; ‘Yes’ and ‘No’. Question 8 and 9 were presented as a nominal category as well, with three answering possibilities. These can be found in table 3.

Collected data was analysed in SPSS. Since the total response was low, no statistical analysis took place. Frequency- and descriptive analysis were conducted.

Table 1: *Overview of question numbers and related core problems*

<b>Question number</b>	<b>Core problem</b>
1.	No appropriate physician orders on mobilisation of patients
2.	No clear agreement on which activities are labelled as physical activity among healthcare professionals
3.	No clear agreement on which activities are labelled as physical activity between family members and/or patients, and healthcare professionals
4.	No clear agreement on who is responsible for initiating physical activity
5.	No clear agreement on who is responsible for executing physical activity tasks
6.	Relatives do not dare or do not want to help with the execution of physical activity tasks

- 7. Insufficient training for healthcare professionals
- 8. Unsafe infrastructure of the hospital
- 9. Risk of injury for healthcare professionals and patients when mobilising patients

#### 2.1.4 Results survey

Table 2 presents multiple wards of the hospital, split up to; wards did not respond to the questionnaire and match the inclusion criteria, wards that responded and did not match the inclusion criteria, and finally, wards that responded and were included. The frequency- and descriptive analysis in SPSS is presented for every question in table 3.

Table 2: Ward overview

Wards that did respond and are included	Wards that did not respond	Wards that did respond and are excluded
Acute admission	Neurology	Day admission
Cardiology		Emergency room
Clinical geriatrics		Mother and child
Coronary care unit		
Haematology		
Internal medicine / Nephrology		
Oncology / Gastro-enterology /		
Pulmonology		
Urology / Vascular surgery /		
Gynaecology		
Surgery		
Traumatology		

Table 3: Experience of problems across wards (n)

Question	Yes, always (n)	Yes, often (n)	Yes, sometimes (n)	Yes, rarely (n)	No, never (n)	Mean ( $\mu$ )	St. dev. ( $\sigma$ )
1.	3	5	2	-	-	1.9	0.7
2.	2	7	1	-	-	1.9	0.6
3.	-	6	4	-	-	2.4	0.5
4.	1	7	1	1	-	2.2	0.8
5.	1	6	2	1	-	2.3	0.8
6.	-	1	8	1	-	3.0	0.5
						Mean ( $\mu$ )	St. dev. ( $\sigma$ )
7.		Yes 3			No 7	1.7	0.5
						Mean ( $\mu$ )	St. dev. ( $\sigma$ )
8.	Yes, it is always safe 2		Yes, when the ward is tidied up 8	No, that is impossible due to the infrastructure -		1.8	0.4

	<i>Yes, always</i>	<i>That depends on whether the ward is tidied up</i>	<i>No, never</i>	<i>Mean (<math>\mu</math>)</i>	<i>St. dev. (<math>\sigma</math>)</i>
<b>9.</b>	-	6	4	2.4	0.5

First, questions 1 to 6 are reviewed. Then question 7 is discussed, after which the final questions 8 and 9 are given thought to. Reviewing the answers given to questions 1 to 6, the results indicate that at least one ward experiences each potential core problem sometimes. This can be concluded since not all wards answered; ‘Yes, always’. Still, the problems are not greatly present. Most wards indicate that they rarely or not experience the problems. Question 6 stands out since it has the highest mean, and one of the lowest standard deviations. The presence of this potential core problem seems to be highest amongst all wards. The problem related to question 6 concerned the relatives of patients. The other question to concern the relatives is question 3. This question has the second highest mean and the lowest standard deviation as well. Furthermore, there is not one ward to state that they do not experience the problems presented in question 3 and 6.

Reviewing question 7, three wards stated that some of their personnel require additional training, which is to teach the professionals how to execute physical activity tasks with patients in a safe way. The respondents for these wards pointed out which professionals they believe required such additional training. Their answers are presented in appendix 2.

Finally, question 8 and 9 are analysed. Both questions concern the infrastructure of the ward related to the safety of patients and professionals when executing physical activity tasks. The response to question 8 indicates that the infrastructure of the wards can be safe when the wards are tidied up. Response to question 9 substantiates this statement. Some wards claim that professionals and patients never risk injury when executing physical activity tasks, where other wards state that this is dependent on whether the ward spruced up.

The questions that include the problems which seem to be most are question 3, 6, 7, 8 and 9. Questions 3, 6, and 9 present the only problems every ward responds to experience. Since question 3 and 6 have a common factor; namely the role of relatives, these questions were chosen to be further analysed in this study. By doing this, two problems can be solved instead of one. The following problems are therefore analysed during this study:

- 1) *‘No clear agreement on which activities are labelled as physical activity between family members and/or patients, and healthcare professionals’*
- 2) *‘Relatives do not dare or do not want to help with the execution of physical activity tasks’*

Since both problems relate to the relatives of the patients, they are both chosen as core problems that are sought to be resolved in this research. Creating uniformity about these issues with all staff throughout the hospital is thought to help create an environment in which implementing an intervention is likely to be successful.

## 2.2 Planning the problem-solving process

The second step of the MPSM is the planning of the problem-solving process. The core problems that will be tackled have been determined. First, all important activities that will need to take place in order to solve these problems are listed and planned in a time frame. By doing this, a structured plan is created, which enhances the chances of a successful execution of the problem-solving process.

### 2.2.1 Planned activities

All required activities for solving this problem are planned. An overview is presented in table 4. The activities are presented in chronological order, from top to bottom. By analysing the scope of the core problems and generating ideas for possible solutions, step 4 and 5 of the MPSM are covered in the focus group. Results of these steps are written in section 3 (results).

Table 4: *Overview of planned activities*

<b>Activity</b>	<b>Additional remarks</b>
Identify relevant stakeholders	See paragraph 2.2.2
Identify wards which experience the problem(s)	Results survey
Write invitation letter	Sent to relevant stakeholders
Collect knowledge on physical activity tasks performed in the hospital	Sensitizing concepts
Write research questions	For the focus group
Focus group	Analyse the scope of core problems; Generate ideas for possible solutions; Identify constraints
Write the transcript	Of the focus group
Code the transcript	
Feedback from supervisors	Discuss outcome focus group
Write advice	Create detailed advice for the hospital on how to tackle these problems
Spread the advice	Through KLIK

### 2.2.2 Stakeholder analysis

When solving these problems, it is important to incorporate relevant stakeholders in the problem-solving process. In order to determine which stakeholders are relevant, all stakeholders are analysed using the most used stakeholder analysis in the MPSM; the qualitative classes of stakeholders [17]. The model is presented in figure 2. Eight different types of stakeholders are classified in this model;

1. Dormant stakeholder
2. Discretionary stakeholder
3. Demanding stakeholder
4. Dominant stakeholder
5. Dangerous stakeholder
6. Dependent stakeholder
7. Definitive stakeholder
8. Non-stakeholder

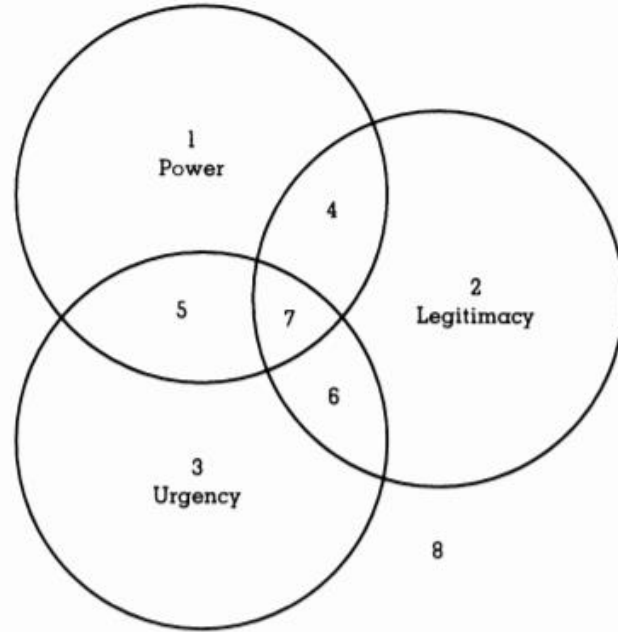


Figure 2: Qualitative classes of stakeholders [17]

The areas 1, 2 and 3 are labelled as ‘latent’ stakeholders since they are in low salience classes [17]. They only possess one of the attributes. The moderately salient stakeholders are the areas 4, 5 and 6. They possess two attributes, and are known to ‘expect things’. Therefore, they are also called expectant stakeholders. The stakeholder that possesses all three attributes is the definite stakeholder of highly salient stakeholders.

Table 5 shows an overview of stakeholders in this research, and classifies them into the qualitative classes, regarding the topic at hand. By classifying these stakeholders, it can be determined which stakeholders are important to include closely in the problem-solving process. Some stakeholders (e.g. financiers and patient board) were excluded from the stakeholder typology analysis. This was due to the irrelevance of their inclusion since the aim of the study was to identify (perceived) barriers.

Table 5: Stakeholders classified

	<i>Physician</i>	<i>Physician assistant</i>	<i>Nurse</i>	<i>Physio-therapist</i>	<i>Ergo therapist</i>	<i>Unit leader</i>	<i>Care assistant</i>	<i>Volunteer</i>	<i>Patient</i>
1. Dormant									
2. Discretionary									
3. Demanding									X
4. Dominant	X					X			
5. Dangerous									
6. Dependent		X	X	X	X		X		
7. Definite									
8. Non-stakeholder								X	

Dominant stakeholders are stakeholders that should be involved in the problem-solving process. Dominant stakeholders are important to managers. Their opinions and ideas ‘matter’ to the management, since dominant stakeholders have the power and legitimacy to act upon claims [17]. Unit leaders and medical specialists are identified as dominant stakeholders in this research. These stakeholders are important to keep updated of all steps in the transition toward a moving hospital. However, they should not be too closely involved in the process since they experience time restrictions and may legitimately prioritise other matters above this process.

Next to the dominant stakeholders, dependent stakeholders have been identified as well. Dependent stakeholders experience urgency and have legitimacy. They must depend on the power of other stakeholders to carry out their will [17]. In this case, medical specialist assistants, nurses, physiotherapists, ergo therapists and care assistants depend on the power of medical specialists and management to implement interventions which support becoming a moving hospital. These stakeholders should be closely involved in the transition process since they are most closely involved with the physical activity of patients.

Thirdly, patients are defined as demanding stakeholders. They only possess the attribute urgency, since they make urgent claims on receiving healthcare, in which mobilisation is an important aspect.

Finally, volunteers are labelled as non-stakeholders [17]. They do not have to be considered in the process, though need to be updated of the outcome since they are involved in the mobilisation process of patients.

Reviewing these classifications, physicians, physician assistants, nurses, physiotherapists, ergo therapists, unit leaders and care assistants are the stakeholders that can be involved in the problem-solving process. Therefore, participants will be recruited from these professions. Group composition of the focus group is to be considered as well [18]. All participants are healthcare professionals, thus are thought to have the same socioeconomic status, and relatively the same knowledge level about the mobilisation policy. Since they are from different professions, a discussion about experiences and ideas can be held in a comfortable environment [18].

### 2.2.3 Focus group

The chosen research method for finding possible solutions to solve the core problems is to organise a focus group. When solving this problem, the inclusion of the opinions of multiple employees with various professions is desirable. By placing professionals of several disciplines together, a discussion can be risen about the core problems and their scope throughout the hospital. Furthermore, this method is most likely to provide possible solutions that will suit the whole hospital. Constraints can be discussed as well. Altogether, this focus group can provide answers to step 3 and 4 of the MPSM, after which a solution can be constructed (step 5 of the MPSM). The execution of a focus group was approved by the ethics committee of the BMS-faculty of the University of Twente.

There were five research questions drawn up prior to the focus group. Research questions are indispensable when conducting a focus group [19]. There were two research questions constructed for the first core problem; *‘Differences in beliefs about which activities are labelled as physical activity between patients, relatives and/or healthcare professionals’*:

1. Which experiences do healthcare professionals have with differences in beliefs about which activities are labelled as physical activity between patients, relatives, and/or healthcare professionals?
2. Which measures did healthcare professionals take, or do they believe could be taken in order to minimise the differences in beliefs about what physical activity is between patients, relatives and/or healthcare professionals?

There were two research questions drawn up for the second core problem; *'Role of relatives in the execution of physical activity tasks with patients'*:

3. Which role do relatives partake regarding the execution of physical activity tasks with patients, according to healthcare professionals?
4. Which role should relatives partake regarding the execution of physical activity tasks with patients, according to healthcare professionals?
5. Which measures did healthcare professionals take, or do they believe could be taken in order to ensure that relatives partake a desired role regarding the execution of physical activity tasks with patients?

The focus group was semi-structured because of the use of a time frame, in which the predefined topics and several open-end questions were set up (appendix 3) [20]. The scopes of both core problems were discussed, after which possible solutions were brought up and reviewed throughout the group.

In total there were seven participants present, one group leader (the moderator) and one timekeeper. The disciplines of the eight respondents can be found in table 6. All respondents were invited through an e-mail, of which the content is displayed in appendix 4. The respondents were made attentive through the invitation and at the start, that the focus group was audio-recorded and later transcribed and added to this research. Aliases were used instead of the names of the participants so that they would remain anonymous. They had to sign a consent form at the beginning of the focus group (appendix 5), in which the participants agreed to audio-recording of the focus group and the processing of the data.

Table 6: *Characteristics of participants focus group*

<b>Role</b>	<b>Number of participants</b>
Nurse	3
Physiotherapist	2
Medical specialist	1
Unit leader	1
Timekeeper	1
Moderator	1

The computer program ATLAS.ti was used for the coding of the transcript. In the coding process, three different phases were distinguished; open coding, axial coding and selective coding [19]. In the open- and axial coding phase, the relevance of all codes was constantly checked by linking them to the



research questions (presented in section 2.2.3) [19]. In the axial coding phase, codes were categorised to their topics. Within these categories, tree structures were made, which presents the hierarchic structure of the codes. Prior to placing the codes in categories, they were first checked in the transcript, in order to constantly check conceptual ideas with the empirical evidence [19]. During the coding, memos were written in order to record all steps taken and decisions made. The memos can be found in appendix 7.

### 3. Results

The transcript of the focus group is presented in appendix 6. Results of the focus group will be presented per research question. All results presented are beliefs and ideas of participants of the focus group on the previously presented five research questions. Furthermore, there are quotes added to the results. These quotes are translated from Dutch.

#### 3.1 Experiences of differences in beliefs about physical activity

There were some physical activity tasks pointed out about which patients and relatives can disagree with healthcare professionals. The activities; sitting up in bed, and walking to the bathroom, are the activities that were mentioned in the focus group were mentioned as activities about which patients and professionals can disagree. The activities; sitting up in bed, walking to the bathroom and self-care of the patient, were not seen as physical activity by relatives, while healthcare professionals acknowledge these as physical activities for several patients.

*‘...I think that when I go to the bathroom with someone, we sometimes walk to a further away bathroom, so that someone is triggered to walk a greater distance, or even to walk to the bathroom at all instead of using a chamber pot, or something like that and then the patient believes that he has not performed any physical activity throughout the day, whilst I already walked ten times with him, or with her. And then the relatives think that we do nothing at all...’*

Differences in beliefs between patients, relatives and healthcare professionals about the what is expected from all stakeholders in order to keep the patient physically active were often discussed in the group. Patients often disagree with healthcare professionals about the extent of the physical activity and refuse to adopt the recommendations of the professionals. Nurses expressed their discontent about this attitude from many patients and claimed that convincing patients to live up to the advice cost lots of time, which could far better be used for the execution of physical activity (tasks).

*‘...I think that convincing people to mobilize several times a day takes more time than to actually using that time to mobilize people...’*

#### 3.2 Measures for differences in beliefs

Participants did come up with several countermeasures in order to ensure that patients and relatives will get a clearer picture of what is expected of them within the mobilisation plan of the patient and provides them with a daily structure during admission. It was pointed out that professionals try to put responsibility for the execution of physical activity more and more on patients and relatives. Involvement of patients and relatives in the healthcare process is thought to make them feel more responsible for up taking a part in the mobilisation policy. At this moment, patients and relatives do not feel responsible enough for the execution mobilisation and thus are not involved enough. There are two measures implemented in the current process which were to increase patient and relative involvement. These are presented in table 7. These measures are put in the coding category; *Involvement*.

The first measure, the activity plan, is currently only used for patients who are visited by the physiotherapist. However, not all these patients receive an activity plan. Physiotherapists hand them out when they believe that a patient needs a daily routine. Furthermore, the activity plan is verbally communicated with the patient and nurses, and not always written down. It is thought that the use of an activity plan shows relatives that patients must mobilise. There were several concepts used during the focus group to describe the activity plan. The words; activity plan, time scheme and mobilisation plan were all used in the same context. The different meaning of these concepts was not made clear.

The second measure is the use of the card system. This system was set up by the physiotherapy department in order to clarify the mobilisation possibilities of each patient to the patient and their relatives. Generally, the participants have a positive attitude towards the card system. Some flaws were reported about the system. It was sometimes unclear to patients what the cards meant. A written explanation of the system was missing on the four-bedded rooms. This explanation is present on the one-person bedrooms. Second, there are too many informative cards from different professions hanging at the patient's bedside. Due to this, patients do not take notice of the cards.

For both subcategories of the category 'Involvement', the whiteboard hanging at the patient's bedside is used for the implementation of the measures. The activity plan and the card system are hung up on this board. However, not every ward has enough space on the whiteboard to implement these measures. Second, as stated at the subcategory 'Card System', many professions use the whiteboard to communicate information to the patient. Participants reported that there are too many folders and information sheets hanging on the patient's bedside. The effectiveness of the use of this way of information diffusion is reported to be low due to the amount of information.

Table 7: *Current involvement measures*

<b>Activity plan</b>	<b>Card system</b>
1. Patients with physiotherapy	1. Insight into mobilisation possibilities
2. Provides structure/routine	2. Card is not read
3. Not always written down	<i>Too many cards from different disciplines</i>
	3. Unclear
	<i>Explanation card is available at single rooms</i>

Table 8 presents an overview of measures participants think can be taken in order to increase the feeling of involvement, and thus the responsibility of patients and relatives to up take part in the mobilisation policy of the hospital. Several suggestions were made that were thought to improve the current measures and one measure was mentioned that was not discussed previously.

There were multiple points of improvement for the use of the activity plan in order to involve patients and relatives more. By creating personal activities for all patients and letting them tick these activities of themselves, the feeling of involvement in the care process, hence the feeling of responsibility for executing physical activity tasks are thought to increase. Second, instead of writing down which activities a patient can do daily, the activities can be written in a specific time frame for some patients who require more structure.

For the card system, there were improvement suggestions made as well. Since the system is thought to be unclear, there are two suggestions made in order to make the system clearer. An explanation card could be hung up in the middle of the four-bedded rooms, and an explanation could be written on the cards. The second suggestion was made to provide the patients and relatives with more insight into mobilisation possibilities. Tips for physical activity could be written onto the cards so that patients and relatives become more aware of what physical activity is. Another improvement suggestion concerned joining all information folders that are hanging at the patient's bedside with all professions and limit the amount of information for the patient and the relatives.

The final measure in the category *involvement* is the making of agreements with patients and relatives during intake. Participants believed that clarity about behavioural expectations leads to a greater involvement of the patients in the mobilisation plan. Furthermore, by acknowledging the patient's wishes, the patient is thought to be more willing to live up to made agreements. Professionals are to express their expectations of behaviour of the patients and relatives during hospitalisation and are to take the desires of the patient into account. Combining these two factors should result in a mobilisation plan, which encompasses the desires of both parties. Working in this two-way street approach is thought to work motivating and involves the patient and relatives more in the healthcare process.

Table 8: *Desired involvement measures*

<b>Activity plan</b>	<b>Card system</b>	<b>Collaboration</b>
1. Written personal activities <i>Tick box for activities</i> <i>Patient ticks the boxes</i>	1. Tips for physical activity written on card	1. Two-way street approach <i>Motivating</i> <i>Simple agreements</i>
2. Tasks in a set time frame	2. Explanation written on card <i>Keep explanation concrete</i>	2. Increase use of expectation management
	3. Explanation in the middle of every room <i>Keep explanation concrete</i>	
	4. Merge information	

Next to involvement, the category *knowledge* was brought up several times during the focus group. Patient- and relative education is a measure that is used in the current healthcare process. However, participants all agree that education is a measure that can and should be implemented more. Patients and relatives should become aware of the effects of mobilising, and subsequently the effects of not mobilising during hospitalisation. Gaining knowledge about the effects of not mobilising is thought to motivate the patient to mobilise. Furthermore, it is thought that education will lead to a better understanding of what activities are considered to be physical activity in the hospital by the patients and their relatives. Moreover, informing patients and relatives about the mobilisation policy during intake was thought to be a necessary step. All the mentioned measures were to take place during intake, or before

that. Next, the patients and relatives should learn what the card system is about, and what its function is. Finally, rooms designed for mobilisation should be shown to patients and relatives during intake.

The final measure mentioned was an idea of which realisation was thought to be difficult, and for some parts impossible to implement in the next few years. Education and advice provided to patients about where, when and how to perform physical activity should become more individualised. This is to stimulate patients more to mobilise. In the ideal situation, all disciplines were to collaborate and draw up a plan which contains individualised information and plans.

*'...it would be great if for every patient, whether it is clinical or outpatient care, a well-being plan would be written, in which clarity is provided in a two-way street approach, of the patient side, what he thinks about it, and also of the side of the healthcare professional, what he believes is good for the well-being of the patient, a method in which multiple dimensions can come to agreements...'*

### 3.3 Role of relatives

Many relatives do not help with the mobilisation of the patient. Participants estimated that 50% to 80% of all relatives do not dare to help with mobilisation. This mostly applies to the first few days of admission. After that, relatives tend to help more and dare to as well.

*'...often people see that after a few days things are better, but it is mostly the first few days, and then we have to insist and insist and then on the third or fourth day things go easier, however, then you've lost three days...'*

Next to not daring, it is experienced that relatives do not know which types of activity they may perform with patients. They often consult a professional about whether they are allowed to perform some physical activity tasks with the patient. A final experience of the role of relatives was that unsuitable relatives want to help mobilising. This was reported to occur several times a week. These relatives are called on not to execute these tasks with the patient since they can cause risky situations for themselves and the patient.

### 3.4 Desired role of relatives

There were several desirable roles described. First, it is desired that relatives support patients when they want to mobilise. This help may be minimal, they do not have to take over the care of the patient. They are allowed to help the patient get in and out of bed, however, this is not required if the relative does not want to. Supporting the patient should happen within visiting hours.

Second, relatives should stimulate the patient to mobilise. This is desirable since it is experienced that patients tend to perform physical activity when relatives encourage them to do so, rather than when nurses encourage them.

### 3.5 Measures to ensure desired role of relatives

A measure used to involve patients in the healthcare process should be used to involve relative as well. The feeling of responsibility of relatives to mobilise patients should increase. Again, expectation

management and using a two-way street approach during intake are the measures to be taken. Relatives are to get the idea that caring for the patient is a joint process, in which they take part as well.

On the category *knowledge*, the measure communicating the effects of mobilising and not mobilising is mentioned for this research question as well as it was mentioned in section 3.3. Communicating the effects of mobilising and informing the relatives about which physical activities they can support the patient with occurs in the current healthcare process. However, it was stated that it still has not been made entirely clear to all relatives. Next, a measure that is sometimes taken is that physiotherapists write down on the whiteboard whether the patient requires a walking aid or not. This is thought to ensure the relatives what types of mobilisation they can undertake with patients.

*‘Something we often do is writing down whether someone uses a walking aid, so that relatives know that, and they also know how they can mobilise the patient...’*

Furthermore, relatives should gain knowledge about mobilisation possibilities in the hospital. As mentioned in section 3.3, rooms designed for physical activity tasks should be appointed to the relatives during intake. Lastly, relatives should gain more information about what the card system is about. It was reported that relatives may not understand the meaning of the cards. Relatives should be informed about what the card system means during intake. Moreover, an explanation about what the system is should be written on the card itself. These measures were mentioned in section 3.3 as well. The use of the card system is thought to stimulate relatives to mobilise the patient and educates relatives which activities they can execute with the patient. By writing mobilisation tips on the cards, relatives are thought more stimulated to execute physical activity tasks with the patient. Table 9 presents the codes given to this category.

*‘...There were tips written on there, like whether the patient could independently get in- and out of bed...That card system made it happen that relatives said things like ‘I am going to take my mother downstairs’, instead of ‘Can I leave this room with my mother?’...’*

Table 9: *Desired knowledge measures*

---

**Education**

---

1. Communication

*Importance mobilisation*

*Mobilisation possibilities*

2. Card system

*Written explanation*

*Written mobilisation tips*

---

The final category is *stimulation*. Professionals would like relatives to stimulate the patient to mobilise. Therefore, measures were pointed out that are taken and can be taken to stimulate relatives to start

mobilising patients. First, writing down personal activities of patients on the whiteboard is thought to increase the stimulation of relatives to ensure completion of the personal activities. Second, a game table could be introduced on the wards. This is thought to stimulate both patients and relatives to walk to this table, instead of lying in bed and sitting on the chair next to the bed. Again, the card system can help to ensure that relatives stimulate the patient to mobilise.

### 3.6 Other results

During the focus group, it was mentioned that at some wards, the used visiting hours did not match the desired mobilisation possibilities of patients, described by the professionals. It was mentioned that visiting hours at some wards are relatively short and in an inconvenient time frame for the patient, physiotherapists and nurses. Patients were often tired during visiting hours, thereby the expectancy of mobilisation with relatives can be described as too high. Furthermore, it was mentioned that because of short visiting hours, letting relatives leave the wards with patients was possible, however in a very strict time frame. Moreover, the elevator square was overcrowded during visiting hours. The combination of these events limits the will of patients and relatives to leave the ward at all during visiting hours. It was acknowledged that planning visiting hours at different times is quite a struggle, yet necessary to do.

Another result was that patients and relatives have different beliefs about the care process in the hospital than staff. It was reported that they believe that when admitted to a hospital, they would be taken care of, while putting in minimal effort themselves. The necessity of mobilising during hospitalisation is unknown to patients and relatives. They more often stick to the idea that ill persons should lie down in a bed and be taken care of by others, whilst healthcare professionals want the patients to mobilise independently.

The final other result was that a (higher) workload was not mentioned in the focus group. Participants came up with ideas which are thought to lead to a greater involvement of healthcare professionals in ensuring patients mobilise. This is striking, since it is one of the motives that implementation of interventions in current healthcare processes was thought not to be successful.

## 4. Discussion

In this chapter, the research question defined in the introduction will be repeated and answered. The results found will be reflected on scientific literature. Other results of the study will be discussed, after which the quality of the study itself will be taken into consideration. Finally, a conclusion is drawn from all findings, and advice is presented to the ZGT hospital on how to move forward to becoming a 'moving hospital'.

### 4.1 Discussion of the research question

*Which steps are necessary to take so that the (perceived) barriers, which block successful implementation of interventions, can be resolved, so that the hospital can continue to become a 'moving hospital'?*

Following the MSPM, the (perceived) barriers of hospital staff were determined. One of these barriers was that patients and relatives do not have the same beliefs about what a mobilisation plan should entail. Furthermore, they sometimes disagree about the necessity of mobilising at all during hospital admission. Patients and relatives are thought to not be aware enough about the effects of mobilisation, and subsequently the effects of not mobilising. Finally, relatives are thought to have too little knowledge about which activities they are allowed to perform with patients.

In this study, taking the beliefs and desires of healthcare professionals into account was the focus for solving the core problems. The professionals came up with several interventions which they believed to be helpful when lowering above mentioned barriers. Most of them involved the expansion and more frequent application of currently used measures. These are the expansion of the card system, and the verbal communication of the importance of mobilisation. The last one should evolve into a two-way street approach according to the professionals. All agreed that implementing these interventions would lead to a situation in which patients more actively mobilise.

There were some striking results identified in the focus group. These results were called striking since they were not identified in the problem cluster. First, visiting hours of some wards were thought to be unfitting in the desired mobilisation possibilities. The visiting hours make it harder for relatives to live up to the expectations of healthcare professionals. Second, the described core problem: '*Relatives do not dare or do not want to help with the execution of physical activity tasks*' does not describe the correct situation. It is not correct to expect that relatives help with the execution of physical activity. Conversely, they should understand the importance of physical activity, so that they can stimulate patients to be physically active. It became clear however that relatives do not understand the importance of physical activity during hospitalisation. The mindset of patients and relatives was believed to be an obstacle. Many patients and relatives have different ideas about the degree of mobilisation of patients during hospital admission than professionals. Another striking result was that all mentioned interventions during the focus group are not focussed on workload. Implementation of presented interventions may even increase workload. As stated in the introduction, increased workload is thought to contribute to a situation in which the chances of successful implementation of an intervention are decreased.

The final striking result is that the term 'mobilisation policy' is used by healthcare professionals. During personal conversations with healthcare professionals, this term was used. The term was therefore, however falsely included in the questions stated during the focus group. The hospital namely does not have a written, hospital-wide implemented mobilisation policy. Even though participants of the focus



group did not use the term, they did answer all questions about the policy as if there were one. No questions were raised during the focus group about what this policy were to entail.

#### 4.2 Comparison of study

The results of this study are compared to scientific literature. First, the results are compared to the results of the study of Abbink [9]. The intervention; ‘expansion of the card system’, which was mentioned in this study, was recommended in the study of Abbink as well. Moreover, writing down whether patients use a mobilisation aid is mentioned in both studies. Second, both studies involve a measure which enfold further education of patients on the importance of physical activity during hospital admission. The importance of this education is mentioned in another study as well [21]. Finally, Abbink stated the need of uniformity in the care processes [9]. Task division was not clear. Even though this study did not focus on the task division of healthcare professionals, uniformity was at stake at some topics. One of these topics was that patients, relatives and healthcare professionals have different beliefs about which activities are physical activity. Professionals underlined that uniformity about these topics is difficult to reach since it is differently assessed per patient while taking their health status into account. Another topic where uniformity lacks may be the activity plan. As said before, there were several different names used in the same context as the activity plan. The difference between these topics was not made clear. This is the case for the card system as well. The system was in total called three different names in the focus group.

Overall, the same topics were discussed in previous research as in this study. Nonetheless, there were more suggestions mentioned as possible measures for lowering (perceived) barriers of healthcare professionals. The desire of putting more responsibility on the patient and the relatives for the execution of physical activity was not yet mentioned in previous research. Furthermore, the wish that relatives will stimulate patients to mobilise was not mentioned as well. Lastly, the unsuitable visiting hours for active mobilisation of patients with relatives on some wards is a new topic as well.

When considering the other results, it is striking that professionals communicate as if there is a policy on mobilisation, whilst there is none. This result can be discussed using the theory of Bateson and Dilts (figure 3). This model is created from the ideas presented in study on the levels of learning [22]. This model underlines the importance of creating a mission and vision throughout an organisation, before values and beliefs can be implemented in that organisation. In the ZGT hospital, staff has a good view on what their core values are and should be. Reaching desired goals successfully hospital-wide requires a top-down implementation of these core values, knowledge, strategy and results. Only then a mobilisation policy be successfully implemented, and will it be certain which interventions are best suited to the hospital.



Figure 3: Logical levels of learning (derived from the theory of Bateson)

### 4.3 Methodological considerations

This study follows most steps of the Managerial Problem-Solving Method (MPSM). This method was used as guidance for this study, to establish the desired structure. By following the steps of the MPSM, a scientific approach towards finding and solving the organisational problem is assured. However, not all steps were taken, due to time restrictions of the study. The implementation and evaluation of the solutions, step 6 and 7 of the MPSM, are not yet executed. Second, for analysing the focus group, the scientific steps described by Boullart et. al. [19] were followed. This ensured valid results of the focus group.

Besides the use of frameworks, there are other methodological decisions to be discussed. One of the limitations of this study was that the online survey was only filled out by one respondent of every included ward. This may plant doubt in the validity of the results of this survey [23]. Another limitation concerns that all wards are treated as equal in this study, while when solving a problem, an individualistic approach is desirable. Variety in resources, costs and demand across wards, results in the desire for an individualistic approach [11]. However, described solutions can be adapted to fit each separate ward. Furthermore, in the results of the survey, the most common problem experienced on the wards was chosen as the core problems. However, there is no indication made whether the most occurring problem is the largest problem as well. A final limitation concerns the use of one focus group. In qualitative research, it is common to base conclusions on multiple sets of qualitative data. Since coding is an iterative process, unclear findings in a first data collection can be clarified in further research [19]. Due to time limitations, only one focus group could take place.

Next to limitations, this study has several strengths as well. First, the study took place across wards over the entire hospital. This led to the gain of solutions which can fit all wards. Second, the survey was kept as short as possible. This was to ensure that filling out the questionnaire would not be considered as time-consuming by the respondents. Moreover, short questionnaires have higher response rates than long questionnaires [24]. Third, the participants of the focus group were chosen based on stakeholder typology analysis [17], and the composition of the group was considered as well. Heterogeneity and homogeneity of the group were considered. This ensured that only relevant stakeholders were included in the focus group, and there was a comfortable environment in which participants had the same level of knowledge about the topic at hand.

### 4.4 Recommendations

In this section, the recommendations for the next steps the hospital can take in order to set the next step in their journey to become a ‘moving hospital’ are presented. First, a mobilisation policy should be written and be implemented top-down, hospital wide. The desire to become a ‘moving hospital’ should be implemented in the vision and mission of the hospital. Only then will full evolution to a ‘moving hospital’ be successful. Scientific study can determine which steps are necessary in order to construct this mission and vision together with those on top of the organogram of the hospital and implement these hospital wide. The desires and ideas of healthcare professionals, which are presented in this study and that of Abbink [9] should be considered in this process.

Second, the interventions recommended by hospital staff should be adapted to interventions which will not increase workload. Most interventions presented were thought to increase awareness and knowledge of patients and relatives on the importance of mobilisation, and mobilisation possibilities. Visual stimulation is a strong motivator to increase awareness. Instead of increasing verbal

communication, it is recommended to increase visual stimulation of mobilising, the effects of mobilising and mobilising possibilities in the hospital. The display of a hospital wide film about mobilisation is recommended. In this movie, it should be made clear that mobilising during hospitalisation is a responsibility of both professionals as patients and relatives. Furthermore, notable signage of where mobilisation possibilities can be found can be implemented, as well as signage which stimulates physical activity on floors and walls can be implemented. One can hereby think of drawing the lines of a running court on the floors, or drawing bright, large arrows on floors or walls which point to the staircase instead of the elevators. Moreover, elevator doors could be painted with information about the health effects of taking the stairs instead of the elevator.

Verbal stimulation is still seen as important; however, it should not be wishful to be increased. The care process could be displayed as a mutual process, in which patients, relatives and healthcare professionals all have different responsibilities. The visual stimulation of mobilisation will help patients and relatives to keep living up to made agreements about mobilisation with the healthcare professionals.

Third, the effects of current visiting hours should be critically assessed for every ward. Expecting high involvement levels of relatives regarding the mobilisation of the patient is highly unreasonable when visiting hours are not optimal. Short visiting hours restrain the possibility of patients leaving the ward to mobilise with relatives due to time pressure. Furthermore, visiting hours at times when patients are tired, put a strain on the willingness of patients to mobilise with relatives. It cannot be expected that relatives push patients hard enough to get them to mobilise in these situations.

## 5. Conclusion

The hospital is not yet ready to become a moving hospital. Additional steps are required to ensure successful implementation. A top-down approach should be used when implementing a mission and vision regarding the 'moving hospital' hospital wide. When implementing a mobilisation policy, it should be underlined that successful implementation is a shared responsibility of all those involved. It is believed that implementation of recommended interventions will decrease workload, since it is thought that professionals will have to spend less time ensuring that patients are physically active during hospitalisation. The amount of verbal communication about the importance of physical activity and discussions with patients and relatives about what that importance are thought to decrease as well. By following these steps, it is thought that the described discrepancy in intention and behaviour of the hospital will decrease.

## 6. Reference list

- [1] Kuys SS, Dolecka UE, Guard A, *Activity level of hospital medical inpatients: An observational study*, Archives of Gerontology and Geriatrics, 2012;55(2): 417-21
- [2] Brown CJ, Redden DT, Flood KL, Allman RM, *The underrecognized epidemic of low mobility during hospitalization of older adults*, Journal of the American Geriatrics Society. 2009;57(9): 1660-5
- [3] Mudge AM, McRae P, McHugh K, Griffin L, Hitchen A, Walker J, et al, *Poor mobility in hospitalized adults of all ages*, Journal of Hospital Medicine. 2016;11(4): 289-91
- [4] Cattanach N, Sheedy R, Gill S, Hughes A, *Physical activity levels and patients' expectations of physical activity during acute general medical admission*, Internal Medicine Journal. 2014;44(5): 501-4
- [5] Guerra ML, Singh PJ, Taylor NF, *Early mobilization of patients who have had a hip or knee joint replacement reduces length of stay in hospital: a systematic review*, Clinical Rehabilitation, 2015;29(9): 844-54
- [6] Oestergaard AS, Mathiesen MH, Karlsen A, Turtumoeygaard IF, Vahlgren J, Kjaer M, et al, *In acutely admitted geriatric patients, offering increased physical activity during hospitalization decreases length of stay and can improve mobility*, Translational Sports Medicine. 2018;1(1): 46-53
- [7] Ostir GV, Berges IM, Kuo YF, Goodwin JS, Fisher SR, Guralnik JM, *Mobility activity and its value as a prognostic indicator of survival in hospitalized older adults*, Journal of the American Geriatrics Society, 2013;61(4): 551-7
- [8] Jaardocument ZGT 2017, Gastvrij en deskundig, 2018
- [9] Abbink L, *A 'moving hospital', is ZGT ready? An examination of the current state of mind of professionals*, University of Twente, 2018
- [10] Hoyer EH, Brotman DJ, Chan KS, Needham DM, *Barriers to early mobility of hospitalized general medicine patients: survey development and results*, American journal of physical medicine & rehabilitation. 2015;94(4): 304-12.
- [11] Barlow J, *Managing Innovation in Healthcare*, Imperial College London, World Scientific Publishing Europe Ltd., 2017
- [12] Heerkens H, van Winden A, *Geen probleem; een aanpak voor alle bedrijfskundige vragen en mysteries*, VWC
- [13] Heerkens H, van Winden A, Tjooitink JW, *Solving Managerial Problems Systematically*, Noordhoff Uitgevers bv, 2017
- [14] Davis AR, Da Silva N, *Absorptive Capacity at the Individual Level: Linking Creativity to Innovation in Academia*, The Review of Higher Education, 2011;34: 355-379
- [15] van Oostveen CJ, Mathijssen E, Vermeulen H, *Nurse staffing issues are just the tip of the iceberg: A qualitative study about nurses' perceptions of nurse staffing*, International Journal of Nursing Studies, 2015;52(8): 1300-9

- [16] Kamoen N, Holleman B, van den Bergh H, *Hoe makkelijk is een niet moeilijke tekst? Een meta-analyse naar het effect van vraagformulering in Tekstevaluatieonderzoek*, Tijdschrift voor Taalbeheersing, 2007, 314-332
- [17] Mitchell RK, Agle BR, Wood DJ, *Toward a Theory of Stakeholder Identification and Salience: Defining the Principle of Who and What Really Counts*, The Academy of Management, 1997;22(4): 853-886
- [18] Fern EF, *Advanced Focus Group Research*, Sage publications, 2001, United States of America
- [19] Boullart A, Bakker E, Fischer T, Julsing M, *Basisboek kwalitatief onderzoek: handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek*, Noordhoff Uitgevers bv, third edition, 2013: 205-249
- [20] Van Til J, Bridges JFP. *Patient preferences in health technology assessment*. The Future of Health Economics: Taylor and Francis; 2016
- [21] Universitair Medisch Centrum Utrecht, *UMC Utrecht in beweging*, 2018, cited Juli 27, 2019, Available from:  
<https://www.umcutrecht.nl/nl/Ziekenhuis/Afdelingen/Hersencentrum/Specialismen/Revalidatiegeneeskunde/UMC-Utrecht-in-Beweging>
- [22] Bateson G, *Steps to an Ecology of Mind*, 1999, The University of Chicago Press, United States of America
- [23] Sivo SA, Saunders C, Chang Q, Jiang JJ, *How Low Should You Go? Low Response Rates and the Validity of Inference in IS Questionnaire Research*, Journal of the Association for Information Systems, 2006;7(6): 351-414
- [24] Sahlqvist S, Song Y, Bull F, Adams E, Preston J, Ogilvie D, *Effect of questionnaire length, personalisation and reminder type on response rate to a complex postal survey: randomised controlled trial*, BMC Medical Research Methodology, 2011;11(62), 10.1186/1471-2288-11-62

## Appendix 1: Card System

Figure 4: Current card system in the ZGT hospital

### *Kaartensysteem*

We maken gebruik van een kaartensysteem die het niveau van veilig en zelfstandig bewegen per patiënt weergeeft.

-  Alleen met hulp van verpleging of fysiotherapie lopen.
-  Met hulp van zorg assistent, familie of bezoek lopen.
-  U kunt veilig en zelfstandig op de afdeling lopen.

## Appendix 2: Questionnaire problem cluster

Beste unithoofd,

Ten eerste hartelijk dank dat u wilt deelnemen aan dit onderzoek!

Hieronder geef ik u kort wat algemene informatie over deze enquête:

- Het invullen duurt ongeveer 5 minuten
- Indien u unithoofd bent van meerdere afdelingen, wilt u dan deze vragenlijst **per afdeling** invullen? U kunt in dat geval, nadat u deze vragenlijst hebt ingevuld voor één afdeling, de vragenlijst afsluiten en opnieuw openen. U kunt dan de vragenlijst voor de andere afdeling(en) invullen.

Succes met het invullen van deze vragenlijst!

---



In dit eerste onderdeel wordt er gevraagd op welke afdeling u werkzaam bent. Dit is belangrijk zodat er onderscheid tussen afdelingen kan worden gemaakt in de uitkomsten van deze vragenlijst.

1 Op welke afdeling bent u werkzaam als unithoofd?

- 3N - Interne geneeskunde / Nefrologie
  - 3W / 3O - Cardiologie verpleegkunde
  - 3Z - Longgeneeskunde
  - 1CCU / 3CCU - Coronary Care Unit
  - 4O - Klinische geriatrie
  - 4Z - Traumatologie
  - 4W - Neurologie
  - 5N - Heelkunde
  - 5Z - Urologie / Vaatchirurgie / Gynaecologie
  - 5W - Oncologie / Maag-, Darm-, Leverziekten / Hematologie
  - 6O - Acute Opname Afdeling
  - Anders, namelijk: \_\_\_\_\_
-

In dit deel van de vragenlijst wordt er gevraagd naar de taakverdeling op uw afdeling met betrekking tot (het uitvoeren van) fysieke activiteit, zowel door de patiënt als collega's samen met de patiënt. Kunt u aangeven in welke mate deze aspecten voorkomen op uw afdeling?

2. Zijn de voorschriften van artsen, wat betreft het actief worden van de patiënt tijdens opname, toegespitst op de individuele patiënt?

- Ja, altijd
- Ja, vaak
- Ja, soms
- Ja, zelden
- Nee, nooit
- Niet van toepassing

3. Zijn collega's het met elkaar eens over welke activiteiten zij zien als fysieke activiteit voor de patiënt?

- Ja, altijd
- Ja, vaak
- Ja, soms
- Ja, zelden
- Nee, nooit

4. Zijn patiënten en/of familieleden het met de zorgverlener eens over welke activiteiten worden gezien als fysieke activiteit voor de patiënt?

- Ja, altijd
- Ja, vaak
- Ja, soms
- Ja, zelden
- Nee, nooit

5. Is er duidelijkheid over wie verantwoordelijk is (bijvoorbeeld de fysiotherapeut, verpleegkundige of de patiënt zelf) voor het *initiëren* van fysieke activiteit?

- Ja, altijd
- Ja, vaak
- Ja, soms
- Ja, zelden
- Nee, degene die dit altijd initieert is: \_\_\_\_\_

6. Is er duidelijkheid over wie verantwoordelijk is (bijvoorbeeld de fysiotherapeut, verpleegkundige of de patiënt zelf) voor het *uitvoeren* van oefeningen die de patiënt fysiek actief houden?

- Ja, altijd
- Ja, vaak
- Ja, soms
- Ja, zelden
- Nee, nooit

7. Willen en/of durven familieleden te helpen bij het uitvoeren van fysieke activiteit met de patiënt?

- Ja, altijd
  - Ja, vaak
  - Ja, soms
  - Ja, zelden
  - Nee, nooit
- 

Dit is het laatste deel van deze vragenlijst. In dit deel worden enkele vragen gesteld over de veiligheid van collega's en patiënten ten opzichte van het uitvoeren van fysieke activiteit.

8. Heeft u het idee dat werknemers op uw afdeling behoefte hebben aan extra training, waarin zij leren hoe ze op een veilige manier met patiënten fysieke activiteit kunnen uitvoeren?

- Ja
- Nee

8a Welke werknemers hebben hier behoefte aan?

---

9. Is uw afdeling zo ingedeeld dat het uitvoeren van fysieke activiteit als veilig wordt gezien door u en uw collega's?

- Ja, het is altijd veilig
- Ja, als het opgeruimd is
- Nee, door de infrastructuur kan dat niet

10. Lopen u, uw collega's en de patiënten risico op verwondingen door een onveilige indeling op de afdeling tijdens het uitvoeren van fysieke activiteit?

- Ja, altijd
- Dat ligt eraan of het opgeruimd is
- Nee, nooit

## Appendix 3: Answers to question 7a

<b>Ward</b>	<b>Answer</b>
Cardiology	Veel nieuwe collega's. Daarnaast samenwerking met het MST waarbij we toewerken naar 1 lijn betreft revalidatie na hartchirurgie etc.
Internal Medicine / Nephrology	Iedereen
Coronary Care Unit	IC verpleegkundigen

## Appendix 4: Time frame focus group

Tijd	Wat	Opmerkingen
-	Consent form ondertekenen en koffie halen	
5 minuten	Presentatie en vragen beantwoorden	Margreet introduceren Wekker benoemen Audio opname benoemen Uitleggen waarom zij zijn uitgenodigd
2 minuten	Open vraag stellen	Antwoorden laten opschrijven op papiertje (individueel)
5 minuten	Omvang onderwerp 1	Is het een probleem? Wie vindt dit een probleem? Waarom is het wel/niet een probleem? Hoe aanwezig is het probleem? Beperkt het de gewenste gezondheidseffecten?
10 minuten	Verbeterpunten onderwerp 1	Zijn er al verbeterpunten? Wat zijn ideeën voor oplossingen? Is er al iets geïmplementeerd? Wat is de gewenste uitkomst? Hoe ziet de ideale situatie eruit? Hoe kunnen we de ideale situatie bereiken?  Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Realistisch, Tijdsgebonden; doelen
5 minuten	Herhaling bespreking onderwerp 1	
2 minuten	Open vraag stellen	Antwoorden laten opschrijven op papiertje (individueel)
5 minuten	Omvang onderwerp 2	Is het een probleem? Wie vindt dit een probleem? Waarom is het wel/niet een probleem? Hoe aanwezig is het probleem? Beperkt het de gewenste gezondheidseffecten?
10 minuten	Verbeterpunten onderwerp 2	Zijn er al verbeterpunten? Wat zijn ideeën voor oplossingen? Is er al iets geïmplementeerd? Wat is de gewenste uitkomst? Hoe ziet de ideale situatie eruit? Hoe kunnen we de ideale situatie bereiken?  SMART doelen
5 minuten	Herhaling bespreking onderwerp 2	
5 minuten	Dankwoord en afsluiting	Laten weten of ze resultaten te zien krijgen (overleggen Miriam)

## Introductie

Voordat we beginnen wil ik een paar dingen melden die tijdens deze focusgroep gelden:

1. Er zijn geen goede of foute antwoorden, voel je vrij om te zeggen wat je wilt.
2. Je hoeft geen hand op te steken. Wacht tot iemand is uitgesproken en dan kun je erop reageren als je dat wilt
3. Zoals ook op het toestemmingsformulier staat, blijft alle besproken informatie binnen deze groep.
4. Als laatste is het delen van persoonlijke verhalen niet de bedoeling. U kunt uw ervaringen als zorgprofessional bespreken, maar houd dat beperkt.

## Onderwerp 1

- Als je denkt aan het beweegbeleid in dit ziekenhuis, welke eventuele barrières denk je dan dat het ziekenhuis tegenaan loopt bij het handhaven van dit beleid bij opgenomen patiënten?
- Als jullie denken aan het nieuwe beweegbeleid in het ziekenhuis, waar denk je dan aan?
  - o Welke activiteiten ondernomen worden?
  - o Hoe het wordt opgepakt door patiënten en naasten?
  - o Hoe het wordt doorgevoerd door zorgprofessionals?
- Komt het wel eens voor dat patiënten het soms niet eens zijn met de professional over wat fysieke activiteit is?
  - o Over welke activiteiten hebben we het dan?
- Komt het ook voor dat naasten het er soms niet mee eens zijn?
  - o Dezelfde soorten activiteiten?
- Hoe groot is dit probleem voor jou? Vind je dit een probleem?
  - o Waarom?
- Zijn er al oplossingen bedacht om ervoor te zorgen dat het minder voorkomt?
  - o Zo ja, wat zijn deze?
  - o Is iedereen van deze op de hoogte?
  - o Wat vindt de rest van deze oplossing?
- Hoe ziet voor jou de ideale situatie eruit met betrekking tot het actief houden van opgenomen patiënten?
  - o Hoe kunnen we dit bereiken? (SMART)
- Samenvatting:
  - o Is het correct om te zeggen dat .... , of wil iemand hier nog iets aan toevoegen?
  - o Hebben we nog iets over het hoofd gezien?



## Onderwerp 2

- Welke rol vinden jullie dat naasten moeten innemen bij het fysiek actief houden van opgenomen patiënten?
  - o Geldt dit bij iedere patiënt?
    - Waarom wel/niet?
    - Hoe bepaal je bij wie wel?
  
- Komt het wel een voor dat naasten niet durven helpen met het uitvoeren van fysieke activiteit van de patiënt?
  - o Waarom denk je dat dat is?
- Zijn alle naasten geschikt om te helpen met het fysiek actief houden van patiënten?
  - o Wanneer is iemand dan geschikt?
  
- Hoe ziet voor jou de ideale situatie met betrekking tot dit onderwerp eruit?
  - o SMART
- Zijn er al oplossingen bedacht?
- Hoe kunnen we ervoor zorgen dat naasten durven helpen?
  - o SMART
- Hoe kunnen we ervoor zorgen dat ongeschikte naasten niet helpen?
- Hoe kunnen we ervoor zorgen dat geschikte naasten betrokken zijn en helpen?
  - o Wat vindt de rest hiervan? Waarom wel/niet?
  
- Samenvatting:
  - o Is het correct om te zeggen dat .... , of wil iemand hier nog iets aan toevoegen?
  - o Hebben we nog iets over het hoofd gezien?

## Appendix 5: Invitation participation focus group

Beste,

Ter bevordering van de ontwikkeling van het ziekenhuis naar een ‘beweegziekenhuis’ wordt er op midden augustus 2019 een focusgroep georganiseerd binnen het ZGT, locatie Almelo. U wordt van harte uitgenodigd deze bij te wonen.

### Onderwerpen.

Tijdens de focusgroep worden de volgende twee onderwerpen belicht:

1. Verschillen in ideeën tussen patiënten, naasten en zorgprofessionals over wat fysieke activiteit is
2. Rol van naasten bij het uitvoeren van fysieke activiteit met de patiënt

De omvang van beide onderwerpen door het ziekenhuis zal binnen de groep worden besproken, waarbij eventuele knelpunten aan het licht zullen komen. Het laatste doel van de focusgroep is daarom om verbeterpunten voor deze eventuele knelpunten gezamenlijk te bedenken en bespreken.

### Anonimiteit.

Voor deze focusgroep worden verschillende zorgprofessionals benaderd van meerdere afdelingen binnen het ZGT, locatie Almelo. Er bestaat een kans dat u één van de andere genodigden op voorhand kent. Persoonlijke gegevens zullen onder geen beding openbaar worden gemaakt. Er zal in het onderzoek enkel worden aangegeven wat de professionaliteit van de aanwezigen was.

De focusgroep zal daarnaast worden opgenomen (audio) en naderhand worden getranscribeerd. De opname wordt beveiligd opgeslagen en verwijderd na het transcriberen. De transcriptie is anoniem en wordt bijgevoegd bij het onderzoek.

### Details.

De focus groep zal plaatsvinden op *\*Intentionally left blanc\**. Deze bijeenkomst zal maximaal anderhalf uur duren.

Indien u in wilt gaan op deze uitnodiging wordt u vriendelijk verzocht om dit aan te geven door te reageren op deze e-mail, of een bericht te sturen naar de onderzoeker via: *\*Intentionally left blanc\**

Hopende van u te horen,

Met vriendelijke groet,

Rianne Scheffer

## Appendix 6: Consent form focus group

### **Toestemmingsformulier deelname en opname focusgroep**

*'ZGT Beweegt'*

#### **Doel van de focusgroep**

Het doel van deze focusgroep is om te achterhalen of er barrières zijn binnen het ziekenhuis bij de ontwikkeling naar een beweegziekenhuis. Tijdens de focusgroep worden twee eventuele barrières besproken, die uit eerder onderzoek naar voren zijn gekomen. Het doel is om de omvang van deze barrières binnen het ziekenhuis vast te stellen, en indien nodig hiervoor verbeterpunten te bespreken. Met de uitkomst van de focusgroep wordt een advies geschreven voor verdere implementatie van het programma *'ZGT Beweegt'* in het ziekenhuis.

#### **Anonimiteit**

Er wordt een audio-opname gemaakt van de focusgroep. Deze wordt later uitgewerkt en toegevoegd aan het onderzoek. De opname wordt alleen gebruikt door de onderzoeker, beveiligd opgeslagen en wordt maximaal drie maanden bewaard. De opname wordt anoniem uitgewerkt. Uw naam wordt niet verwerkt in het onderzoek. Bij de resultaten wordt verwezen naar uw functie.

#### **Vertrouwelijkheid**

U wordt verzocht om vertrouwelijk om te gaan met alles dat besproken wordt tijdens de focusgroep. De onderzoeker zal resultaten enkel bespreken met het onderzoeksteam, waarbij geen namen van deelnemers worden genoemd.

#### **Vrijwilligheid**

Deelname aan deze focusgroep is geheel vrijwillig. U kunt op ieder moment uw deelname stoppen zonder opgave van reden. Eventuele reeds opgenomen informatie zal in dit geval niet worden meegenomen in de uitwerking van de audio-opname.

#### **Toestemmingsverklaring**

Met ondertekening verklaart u dat u...:

1. ...bovenstaande informatie heeft gelezen. U hier vragen over heeft kunnen stellen en dat deze duidelijk zijn beantwoord, voorafgaand aan ondertekening
2. ...goed geïnformeerd bent over de manier waarop onderzoeksgegevens verwerkt worden, en hiermee akkoord gaat
3. ...vrijwillig deelneemt aan deze focusgroep
4. ...op de hoogte bent dat u de mogelijkheid heeft om op ieder moment deelname aan de focusgroep stop te zetten

---

Naam deelnemer

---

Handtekening

---

Datum

## Appendix 7: Transcript focus group

### **Focusgroep Beweegziekenhuis**

*Duur; 1 uur en zes minuten*

~Intro – 7 minuten~

Moderator: Als je denkt aan het beweegbeleid in dit ziekenhuis; welke eventuele barrières kom jij vaak tegen in het ziekenhuis bij het handhaven van dit beleid? Zouden jullie wat punten voor jezelf op willen schrijven over wat jij vaak meemaakt?... *2 min stilte*...Als iedereen naar zijn laatste punt wil toewerken...Phy1, mag ik jou vragen wat je hebt opgeschreven

Phy1: eh, nou angst om de patiënten te mobiliseren, eh familie die niet durft te helpen bij het mobiliseren, of de eh nou tijddrukte op de afdeling dat de verpleegkundigen eigenlijk gewoon heel veel te doen hebben, gewoon heel druk en zo en dat ze met sommige handelingen niet kunnen helpen terwijl je sommige dingen niet alleen kunt doen

Moderator: En dat eerste wat je zei, angst, bedoel je dan van de eh zorgverleners?

Phy1: Nee nee nee van de patiënt zelf om te gaan bewegen, om uit bed te komen of in de stoel te gaan zitten. Eh ja angst voor pijn en angst voor vallen

Moderator: Zijn er meer mensen die dit hebben opgeschreven?

Unit: Ja

Moderator: En ervaart de rest dit ook? Wil iemand nog wat toevoegen?

Phy2: Ja de patiënt heeft natuurlijk de mind-set dat die op eh, ja dat je op bed ligt. Ik lig in het ziekenhuis en ik lig op bed. En dat wordt verwacht ook van de rest

Moderator: Van de naasten en zo...

Phy2: Ja

Moderator: Ja.. nog meer mensen die iets anders hebben opgeschreven?

Unit: Te weinig uitdaging hebt, die patiënten hebben om te bewegen...

Moderator: Kun je dit toelichten?

Unit: Eh, er worden vaak dezelfde oefeningen gedaan met de patiënt, vaak op bed en een beetje lopen met de patiënt... bij ons op de afdeling hebben wij sinds kort een fiets, eh, op de afdeling op een kamer, maar

dat is ook nogal best wel een dingetje om dat te laten gebruiken door patiënten, patiënten gaan natuurlijk op zitten, maar dat kan vaak nog wel veel meer gestimuleerd worden. Dus eh...

Moderator: Zijn er nog meer mensen die dit ervaren?

Vplk1: Ik heb ook weinig uitnodigende ruimtes, weinig apparaten om te kunnen gebruiken...

Vplk2: ... Ja ik heb dan inderdaad vaak op de geriatrie dat patiënten wat meer concentratie nodig hebben en dat het op de gang gewoon niet lukt want iedereen moet erlangs en er is geen ruimte, er staan heel veel spullen, en dan willen ze zich wel focussen maar dan heb je de focus niet om na zeven ja.. de linkerkant erbij te pakken.. dat is te druk voor ze

Moderator: Is dat ook op andere afdelingen zo? ... Merken jullie dat? Of is dat meer geriatrie specifiek?

Phy2: Ja over het algemeen is het al, ja is triage(?) niet uitnodigend, dus het klopt wel...

Vplk1: ...ze moeten ook om zich heen kijken of er niet toevallig iemand langs komt scheuren met een bed...

Phy1: Ik moet wel zeggen, er zijn nog enkele afdelingen, ruimtes waar je kunt oefenen, dus waar een pulley staat, een hometrainer staat, een step, een rek, dus, maar die zijn nog niet op elke afdeling te realiseren dus dat is het ook een beetje, het punt inderdaad, dat je natuurlijk ook gewoon de ruimtes nodig hebt voor de patiënten zelf

Moderator: En op de afdelingen waar die staat, worden ze daar wel...

Unit: ...Onvoldoende, want ik heb ze dus wel, ik heb één vierpersoonskamer vrij inderdaad om te oefenen, daar hebben we een oefen-/familiekamer voor gebruikt, met eh, twee apparaten en die worden minimaal gebruikt op de afdeling ja

Moderator: Wordt wel gestimuleerd door de...

Unit: ...wordt gestimuleerd, overal hangt wat, in toiletten affiches, fysiotherapeuten helpen ze daarin, op de een of andere manier zit die mind-set er niet in om even ook te gaan bewegen in een ziekenhuis.

Moderator: Nee. Oké. Eh, als jullie denken aan het nieuwe beweegbeleid in het ziekenhuis, waar denk je dan aan? Hoef je niet op te schrijven, maar...

Unit: Meer stoelen, bedden weg. Ja

Moderator: Oké, en dat bij lang opgenomen patiënten?

Unit: Ja.. je kunt natuurlijk niet alle bedden weg doen

Moderater: Nee natuurlijk maar...

Unit: ... Ja, maar ik denk ook met een kleine operatie, mensen gaan natuurlijk al heel snel weer in bed liggen, terwijl het ook heel goed kan terwijl ze een makkelijke stoel hebben waar ze in kunnen gaan zitten wat een veel actievere houding met zich meebrengt. Eh, het gezamenlijk eten bij wijze van spreken, aan een grote tafel zal al veel meer uitnodigend zijn dan wanneer mensen naast hun bed of in bed zo hun nachtkastje voor zich hebben met een blad en dan het spul naar binnen lepelen

Moderater: Oké, en dan eh als je kijkt naar wat voor een activiteiten nu ondernomen worden in het beweegbeleid, wat gebeurt er dan, op dit moment?

Phy1: Ik wil eigenlijk nog even inhaken op dat andere puntje, als je meer, of in ieder geval wordt gestimuleerd en bij aanvang weet wat er mogelijk is qua bewegen en bijvoorbeeld dat al.. eh.. toegewezen krijgt wat je zou kunnen gaan doen en inzicht krijgt waar bijvoorbeeld ruimte is waar je kunt bewegen wordt het misschien daardoor eerder gebeurd... Ik denk alleen ook wel dat het in het zicht moet zitten en dat het inderdaad waarschijnlijk niet eh, weggestopt moet worden.

Moderater: Oké, over al deze punten met eventuele oplossingen gaan we straks nog weer op terugkomen, dus, heel goed wat jullie zeggen, maar daar wil ik straks even dan over hebben met zijn allen wat we daar dan van verwachten. ... Eh, dan wil ik eigenlijk dus nu weer terugpakken op wat het beweegbeleid nu inhoud, eh, wat gebeurt er precies om patiënten in beweging te houden? Doet iedereen hetzelfde? Zit de fysiotherapeut bij iedereen?

Phy1: Nou we zitten niet bij iedereen, want het is ook niet bij iedereen nodig, maar volgens mij wel bij degenen waar het nodig is om te bewegen. Degene die waar ze niet komen, waar wij niet komen, die mensen kunnen voornamelijk ook zelfstandig bewegen, eh, diegene waar we komen die helpen we om te mobiliseren, geven we oefeningen die ze achter het bed doen, of die ze gewoon op de gang doen, eh, we hebben een stepje, we hebben inderdaad ook op vijf oost inderdaad ook een hometrainer staan die ze gebruiken, die staat op de gang waar mensen af en toe ook wel zelf zelfstandig op gaan zitten, niet heel vaak...

Vplk2: ...Dat zijn dan ook de zelfstandige mensen die dat over het algemeen doen...

Phy1: ...Ja, dat zijn niet de mensen die dat dan, inderdaad

Vplk2: Nou ja, we hebben een kleurensysteem waardoor je familie al uitnodigt om te...

Unit: ...Stoplichtsysteem bedoel je?...

Vplk2: ...Ja, en dan eigenlijk vaste tijden waarop we een beetje.. mensen helpen mobiliseren...

Arts: ...Tijdens visite zeg ik in ieder geval altijd eh, tegen patiënten hup het bed uit en eh.. motiveer ik ze echt dat het goed voor herstel is. Vanuit doktersadvies wordt het eigenlijk wel bij iedereen benadrukt van eruit en schiet eens op

Moderator: Krijg je daar dan ook terugkoppeling van dat het gebeurt?

Arts: Eh ja, eh als het niet gebeurt zeker.. die is niet vooruit te branden of die heeft geen zin eh, dan kom ik direct even daarop terug... maar ik ga niet eh, niet alle oefeningen uitleggen natuurlijk (lacherig)

Moderator: Ja dat snap ik. Maar hoe wordt die motivatie opgepakt door de meeste patiënten?

Vplk2: Nou bij ons worden ze vaak vergeten (lacherig). Of dat mensen toch wel wat delirant zijn, eh, tijdelijke verwardheid hebben, het vergeten of ook zeggen ja, ik ben al 92, dus ik ga geen tien knieheffingen doen, maar ja ze moeten wel weer naar huis en ze moeten weer daarna zich zien te redden dus ze moeten wel een beetje iets kracht hebben, en dan kunnen ze beter met ons, maar ja als zij het vergeten en wij hebben er echt geen tijd voor, dus dat eh, dat is helaas, de insteek is goed maar de uitvoering is minimaal

Phy1: Ik merk wel dat er een shifting is tussen twee groepen, de ene groep die het zelfstandig wel graag wil doen en die ook meer gemotiveerd zijn, en je hebt een groep die inderdaad liever in bed ligt en dus inderdaad goed voor zou zijn dat het bed een keer weg is, eh, want de ene groep die doet wel de oefeningen en die pakt het blaadje erbij en die gaat echt staan en als we vragen hoe de oefeningen moeten weten ze het ook precies en kunnen ze het ook echt meteen uitvoeren, en de andere groep die pakt het blaadje erbij die zegt van nou ja hoe ging dat ook alweer, dus daar zit echt wel een shifting tussen.

Moderator: Oké, eh, komt het weleens voor dat patiënten het niet eens zijn met de professional over het beweegbeleid?

Vplk3: Ja heel vaak

Moderator: Kun je dat toelichten?

Vplk3: Ja mensen zeggen gewoon ik heb geen zin en ik wil het niet doen, het komt morgen wel en morgen zeggen ze komt morgen wel, dus eh, heel vaak vinden mensen het niet nodig...

Phy2: ...ja dat is ook een bekend onderzoek dat de therapietrouw gewoon heel matig is vaak hè, dat zijn wel bekende dingen...

Phy1: ...of ze zeggen dat ze pas willen starten in het revalidatiecentrum... als ze hier weg zijn...

Vplk1: ...ja als ze thuis zijn...

Phy1: ...dat ze dan wel aan de gang gaan

Moderator: En zou de invloed van een arts daar iets op hebben?

Arts: Ik denk het wel

Unit: Ik denk het ook, ik denk wanneer een arts daar heel duidelijk in is, want dan zegt iemand het, dus eh, en ik denk wel dat de patiënt daar wat meer aandacht aan besteed

Moderator: En merk je ook dat daar behoefte aan is op de afdelingen?

Unit: Nou wij vragen wel soms aan de arts, van hij is niet vooruit te branden, probeer...

Arts: ...Ja ja natuurlijk, ik zal die mevrouw nog eens even toespreken, dat wil nog weleens helpen

Vplk1: Ik vind het zelfs al bij fysiotherapeuten, dat als mensen met fysiotherapie uit bed gaan, dan zijn mensen al veel meer gemotiveerd om het goed te doen want de fysiotherapie is er, zeg je vervolgens kom er een even uit, want de fysiotherapie heb ik het al mee gedaan en dan hoeft dat niet meer, dat mensen dan toch denken de fysiotherapie komt voor bewegen, dat is belangrijk en die zuster moet mij toch verzorgen, zorgen dat ik geen pijn heb, andere eigenschappen word ik denk ik toegerekend

Moderator: Een ander beeld wat ze dan hebben

Unit: Ik denk wel dat daar wat in zit hoor, ik denk dat dat ook wel in de mind-set van de patiënt zit van de fysiotherapie van oké ik moet wat gaan doen, en gaat de zuster dan van oké, moet het nu echt? Heb ik net ook al gedaan, moet straks ook alweer met de therapeut...

Vplk1: ...Of ik ga niet uit bed want over een uur komt de fysiotherapie...

Vplk2: ...Ja...

Moderator: ...Ja...

Vplk3: ...En omdat wij het soms ook wel accepteren omdat wij gewoon geen tijd hebben en dan denken van ja ik heb geen zin om die discussie aan te gaan met de patiënt want ik heb nog 100 andere dingen te doen, en dan denken ze van oh bij die verpleegkundige hoef ik het toch niet te doen maar bij de fysio moeten ze het écht doen, dus dan...

Phy1: ...Ja, en ik denk dat de tijdsdruk dan ook wel meespeelt als jullie het druk hebben op de afdeling, wij hebben wat dat betreft natuurlijk net iets meer tijd voor zo'n patiënt, eh, ja dan laat ik ook gewoon iemand het zelf doen want ik weet dat diegene het zelf, als diegene het zelf kan, en dan wacht ik ook gewoon, en dan geef ik nog wel lichte hulp, maar dan moet diegene het wel zelf doen. Waar jullie misschien de tijd niet hebben en hem juist wel die extra...

Unit: ...Wordt eerder getrokken door de verpleegkundigen...

Phy1: ...Ja wel die extra, omdat het ook zo'n stukje tijdsdruk is...

Unit: ...En dan denk je dat het wat oplevert maar het levert juist niks op...



Phy1: ...Maar op dat moment wel...

Unit: ...Ja maar op dat moment wel maar op denk duur niet...

Phy1: ...Maar voor de rest niet inderdaad...

Unit: ...Nee...

Phy1: ...Maar het is wel, ik vind wel, ik snap het wel dat het gebeurt...

Unit: ...Ik ook wel

Moderator: Zijn er ook bepaalde activiteiten waarvan jullie zeggen, dit is fysieke activiteit en de patiënt denkt, dit is niet wat, of andersom als de patiënt denk oh als ik rechtop in bed zit is al genoeg terwijl jullie denken, eh nee eruit?

Vplk1: Dat is met name familie heel vaak vind ik, ik vind dat als ik met iemand naar het toilet ga, dan lopen we bijvoorbeeld tot een deurtje verder, zodat iemand toch getriggerd wordt om wat verder te lopen, of überhaupt om naar het toilet heen te lopen in plaats van op een postoel, of iets dergelijks en dan heeft de patiënt zoiets ik heb de hele dag nog niks gedaan, terwijl ik al tien keer met hem gelopen, of met haar gelopen heb. En dan denkt de familie vaak van jullie doen helemaal niks

Moderator: ...Ja...

Vplk1: ...En inderdaad het rechtop zitten wordt vaak ook wel gezien als zijnde van ik heb de hele tijd al rechtop gezeten

Moderator: Meer mensen die dat meemaken?

Vplk2: Ja inderdaad de zelfzorg, dat is soms echt topsport bij eh 70-plussers, en eh, ja de meeste dames van 70-plus zien dat al wel als topactiviteit, eh familie inderdaad niet altijd, die denken dan dat is gewoon normaal, dat hoort zo, maar als je iemand helemaal gewassen hebt dan is opstaan soms best wel zwaar

Moderator: Nog andere opmerkingen daarover? ... Vinden jullie dit een heel groot probleem in het ziekenhuis?

Vplk2: Ja ik wel...

Unit: ...Ik denk het wel, ik denk echt dat wanneer je mensen sneller en beter gaat mobiliseren dat gewoon heel veel complicaties kunnen worden voorkomen. Dat denk ik echt

Vplk1: En ik vind ook dat er heel veel tijd in gaat zitten om mensen te overtuigen om te gaan mobiliseren, ik denk dat ik nog langer bezig ben met overtuigen om te mobiliseren een aantal keren per dag, dan dat ik

tijd gebruik om mensen daadwerkelijk te mobiliseren, ik denk als ik aangeef bij de patiënt van het is tien uur, we gaan koffiedrinken, of van u mag koffiedrinken op de stoel, en ik moet dat eerst helemaal uitleggen waarom ik dat belangrijk vind, dat gebeurt bij elk momentje dat ik iemand uit bed wil halen, dan denk ik van daar ben ik gewoon heel erg veel tijd aan kwijt...

Moderator: ...Ja...En merk je dan ook dat je vaak de naasten bij dat moet betrekken?...Bij van dit is echt wel fysieke activiteit?

Vplk1: Ja, heel vaak probeer ik ook wel rond het bezoeken eh, dat aan te geven van hè uit bed gaan dat is belangrijk of mensen mee laten gaan in de rolstoel naar buiten eh, of naar beneden of even van de afdeling af of wat dan ook

Moderator: En bijvoorbeeld bij intake, worden dan de naasten ook direct ingelicht van...

Vplk1: ...Ja, tegenwoordig tenminste bij ons wel ligt het kaartensysteem, en ook wel het belang eh, ik denk dat mijn collega's dat ook wel, het belang van mobiliseren wordt eh, wordt wel aangegeven en dat gebeurt ook steeds meer en meer denk ik...

Vplk3: ...Ja...

Vplk 1: ...Gezien de afgelopen jaren

Vplk2: Dat kaartensysteem waar je het over hebt, is dat het vak met de groene...

Vplk1: ...Ja

Phy1: Ik kan me daar inderdaad ook wel in vinden, ik heb af en toe ook mensen die inderdaad aangeven maar ik wil niet, en dan dat je inderdaad het belang van rechtop zitten uitlegt of alleen het belang van lopen of van een oefening, en dat je inderdaad soms gewoon vijf of tien minuten bezig bent om iemand over te halen, en dat dan 's ochtends maar ook weer 's middags, en dat ze het uiteindelijk wel doen, dus dan ben je tevreden dat ze het doen, maar het kost soms wel heel veel overredingskracht en je moet mensen ook niet willen dwingen want ze moeten het wel uit vrije wil kunnen blijven doen. Dat stukje dat ze weten dat het goed is, ja dat hebben ze soms nodig maar duurt soms wel langer

Moderator: Ja... Andere opmerkingen?

Arts: Ik zie het nu ook nog wat breder, eh in herstel, niet alleen klinisch maar ook pro-poliklinisch geldt natuurlijk ook, waarbij eh, ik denk een gezond lichaam ook een gezonde geest moet hebben. Als mensen eh, enthousiast zijn, betrokken zijn dan zijn ze open voor alle zaken, dus eh als je niet lekker in je vel zit ben je ook niet enthousiast meer om te gaan bewegen, dat geldt ook voor eten, als je niet goed eet omdat je depressief bent, dan ga je ook wat minder snel herstellen. Dus bewegen is een onderdeel van het geheel, maar eh, daar zijn nog factoren die daarin meespelen die net zo belangrijk zijn

Moderator: Kunnen jullie (de rest) je hierin vinden?...

Phyl: ...Ja...

Unit: ...Ja zeker

Moderator: Dit komt dus ook voor op de afdelingen?

Unit: ...Ja ik denk dat dit van heel groot belang is, ja als je een electieve opname hebt dan kun je van tevoren daar al op inspelen, dus eh, preoperatief, als ik bedenk de slokdarmoperatie bij ons wordt altijd heel veel aandacht poliklinisch al besteed aan het mobiliseren na de tijd, daar wordt ook echt gezegd dat moet je gaan doen anders krijg je dit en dan krijg je dat, ja weet je dan bij mensen tot wie dat doordringt die zijn ook wel veel actiever daarin, en dan hoeft je op dat moment bij die groep niet die overredingskracht te gebruiken om mensen het bed nog uit te krijgen, dat is dus anders dan bij een acute patiënt, die heeft die voorbereiding niet gehad

Vplk1: En bij ons zijn het ook inderdaad acute mensen die eh...

Unit: ...Ja, ja, dus een klein gedeelte kun je wel, in mijn beleving, kun je alvast, kun je al wel wat mee. Door daar eh, op een vroegtijdig stadium wat mee te doen

Moderator: Jullie merken ook op de afdeling dat wat Arts zegt? Dat de ene patiënt heel actief, enthousiast, wat actiever al binnen is, terwijl een ander depressiever...

Vplk1: ...Ja, absoluut...en wij hebben natuurlijk ook best wel veel mensen die ook steeds weer komen, en je ziet ook dat ze steeds minder, actief eigenlijk worden, en al moe worden als de fysio überhaupt binnenkomt, ja, en ook steeds minder gemotiveerd zijn doordat het eigenlijk steeds zieker worden...

Unit: ...Het levert niets bij aan hun herstel in hun beleving...

Vplk3: ...Ja precies dat ja...

Unit: ...Dat, dus dan denk ik van we doen dat maar waar doe ik het voor, kom straks toch weer, dus dat is zo'n draaideurpatiënt aan het worden...

Vplk1: ...Ja

Moderator: Oké, eh, hebben jullie al oplossingen bedacht om ervoor te zorgen dat die verschillen in ideeën, eh, minder zijn? Dus tussen patiënten dat je iedereen op één lijn krijgt

Unit: Ja ik denk dat dat een bijna utopie is om iedereen op één lijn te krijgen

Moderator: Ja dat is het ook (lacherig)

Unit: Dat denk ik echt (lacherig)... dat eh, dat waar Tijdwaarnemer mee bezig is, zo'n spel ontwikkelen, ik denk dat dat zeer zeker bijdraagt aan een betere beweeglijkheid van de patiënt, maar goed die zijn ook niet voor iedereen geschikt, dan moet je wel echt eh, ook een beetje feeling hebben met de digitale wereld, ze eh, ja ik denk wel dat het een utopie is en ik denk dat dat heel lastig is om die neuzen continu dezelfde kant op te krijgen. Maar goed als wij als zorgverleners daar niet mee beginnen zal de patiënt het altijd nalaten

Tijdwaarnemer: ...Nou dan hebben we het natuurlijk over iedereen op één lijn is natuurlijk 100%...

Unit: ...Nee dat krijg je niet...

Tijdwaarnemer: ...Stel dat we een bepaald percentage zouden willen halen, wat zou je realistisch vinden?

Unit: 70% (twijfelachtig)

Moderator: Ben jij (Vplk1) het eens met 70%?

Vplk1: Ik vind het nog wel veel, het zou wel een mooi streven zijn...

Phy2: ...Ja maar wat is voor jou (Unit) 70% dan, ik bedoel...

Unit: ...Nou 70% die ervoor gaat...

Phy2: ...Ja, oké

Arts: Ik weet het niet, en ik denk dat eh, iemand die eh, ervoor gaat die gaat al dus die heb je al binnen, dus die hoeft je niet te scoren, het gaat om juist de mensen die niet willen dat je die een vorm van verbetering kunt geven...

Unit: ...Ja dat klopt wel...

Arts: ...iets activeren, net zoals, personalised medicine, dat je gaat kijken van wat heeft die persoon nodig om, in ieder geval wat extra te doen, en dat hoeft niet hetzelfde te zijn als de buurman, de buurman zit misschien op een ander niveau, maar wel een beetje extra te doen, en ja dat is moeilijk om te kijken of je dat op de persoonlijke manier kan regelen in een organisatie, hè voor die persoon wat heeft die dan, wat kan ik voor die persoon betekenen, net zoals eh, eten, eten on demand, eh, dat is gewoon bewezen effectief wat betreft de calorieën wat je binnenkrijgt per patiënt, daar is over nagedacht, kan het eventueel ook met bewegen, of is het een andere redenatie eh, zien eten en doen eten

Vplk2: Ik ken uit een vorige werkomgeving dat ze daar ook de vakkaarten gebruiken, dus rood is mobili-, of bedrust of mobiliseren met twee personen, dan heb je geel en dan heb je groen, maar dan stond er op die vakkaart van eh, deze patiënt mag naar het toilet met verpleegkundigen of geel is dan onder leiding van één persoon. Daar stonden dan ook wat tips op, bijvoorbeeld patiënt mag zelf in- en uit bed, eh, en in die vorige werkomgeving hadden we dan ook een whiteboard waar we dan eventueel persoonsgerichte

activiteiten op deden, bijvoorbeeld de ene patiënt moest thuis wel traplopen en de ander niet, en dan mocht die dat dan oefenen met de fysio bijvoorbeeld, en dan kon die ook per dag een vinkje erachter zetten dat die het had gedaan, een soort beloningssysteem, of met magneetjes. Eh, maar die vakkaart zorgde er ook eigenlijk voor dat familie ook zei van ik ga met mijn moeder naar beneden, in plaats van mag ik met mijn moeder van de kamer af? Dat was wat actiever ofzo

Moderator: Heb je er al over gedacht om dat hier ook voor te leggen?

Vplk2: Ja ik dacht ik wacht eerst even deze focusgroep af, en dan eens kijken wat hieruit komt...

Moderator: ...Ik moet heel eerlijk zeggen dat ik daar ook mee bezig ben...

Vplk2: ...Ja, en de fysiotherapeuten op onze afdeling zijn ook heel erg actief met nieuwe dingen en efficiëntie, dus ik weet zeker als daar eens een balletje opgooi dat dat wel opgepakt wordt

Moderator: Oké, dus dat zou een eventuele oplossing kunnen zijn

Vplk2: Het zou efficiënt zijn, denk ik

Unit: Een mogelijke oplossing

Vplk2: Of één van de mogelijke oplossingen

Phy1: Ik vind het eigenlijk wel een mooie aanvulling bij wat, op 5 Oost zijn er inderdaad al van die magneetborden per eh, per bed, per patiënt, daar hebben we ook per patiënt hebben we inderdaad de kaart erachter hangen dus dat kopje fysiotherapie eh, verwachte ontslagdatum, eh overige, dus daar is ook inderdaad de mogelijkheid om het erbij te zetten. Wat we ook vaak doen is dat we al erbij zetten of iemand met de stok of met de rollator loopt, zodat ook familie dat weet en weet hoe ze dan kunnen gaan mobiliseren, eh, en ik geef eigenlijk altijd een blaadje vooraf, ik denk ook dat het op 5 Noord zo is, eh, met wat het inhoudt, en die hang ik of achter het bed of die leg ik in ieder geval op het, op de kar naast hen, in ieder geval op eh, op het blad zodat iedereen in ieder geval inzichtelijk is en het kan zien zodat ook familie weet eh, wat er aan de hand is, eh, en eigenlijk geven de patiënt en de verpleegkundige vaak aan of mensen zelf naar het toilet mogen lopen of dat het onder leiding van is, en dat inderdaad als het ware eigenlijk de gele kaart of de rode kaart het ook al aangeeft wat er inderdaad mogelijk is met de patiënt, maar dat, de toevoeging aan inderdaad de eventuele de oefeningen als traplopen of dergelijke erop zetten is inderdaad ook eh, een goede, wij doen het meestal aan het einde omdat het meestal nog best wel wat vaag voor de patiënt of op de afdeling waar ik zit, omdat ze dat eigenlijk op kracht niet aankunnen

Vplk2: Ja als wij al weten dat een patiënt moet gaan traplopen dan laten we hem zelf al zijn broek aantrekken, dan heb je ook de bovenbeen op tillen dat soort dingen. Maar over die vakkaarten, daar hangt dan wel leuk het kaartje naast maar dan weet niet iedereen wat het betekent...

Unit: ...Nee ik snap wat je bedoelt...

Vplk2: ...Ik had dus laatst een familie die dacht dat het niet goed ging met moeders...

Vplk1: ...ohh (ongeloof)...

Phy1: ...ohh (ongeloof)...

Unit: ...ohh (ongeloof)...

Vplk2: ...Terwijl als er staat rood, dan even op dat kaartje zeg maar, bewegingskaart ofzo

Unit: Maar ik snap hem wel, want ik denk dat heel veel mantelzorgers en familieleden niet begrijpen eh, wat precies bedoelt wordt met iemand een groene, gele of rode kaart geven...

Vplk2: ...Als jouw moeder rood heeft en de buurman hier heeft groen dan denk je nou...

Vplk1: ...Maar goed dan maak je al wel weer een discussie los op de kamer en ik heb wel het idee dat die bij ons die rode, gele en groene kaart hebben wel aardig weten wat ze nu moeten en anders komen ze toch ook wel bij ons vragen...

Phy1: ...En wat eventueel nog een idee is, is om misschien de uitleg van die kaarten gewoon middenin de kamer op te hangen zodat ook familieleden kunnen zien wat er...

Vplk2: ...Ja...

Unit: ...Dat zou misschien nog wel een oplossing kunnen zijn...

Phy1: ...En vooral op de grote kamers, nou dat hebben we wel sinds vorig jaar, de éénpersoonskamers daar hangen ze eigenlijk altijd standaard bij de patiënt zodat iedereen ze kan zien, omdat het voor de patiënt is het wel duidelijk omdat het ze is uitgelegd, misschien dat het op de grote kamers juist meer ... (30.29)

Vplk1: ...Maar het andere nadeel vind ik dan wel weer dat je, kijk je hebt gele kaarten, rode kaarten, de diëtiste die komt met kaarten, je hebt allerlei soorten eh, gedragsregels, dus op een gegeven moment heb je zoveel kaarten liggen dat mensen denken van ja weet je, nou leuk hoor maar dat ga ik echt niet lezen, het wordt te veel. Wij zitten he, ook over om dingen op de kaarten te gaan schrijven, ik weet eigenlijk niet meer precies of we dat kunnen gaan doen of, ik heb net vakantie gehad

Tijdwaarnemer: Samenvattend zou het mooi zijn om dat wel uit te breiden en dan zeg maar concreet te houden en andere disciplines samen te doen...

Vplk1: ...Ja...

Tijdwaarnemer: ...Want dan heb je één overzicht, of één of twee overzichten zeg maar

Vplk1: En benoemen, toch, iedere keer toch benoemen van, als je toch in gesprek gaat met familie van eh, er hangt nu een rode kaart achter, dat betekent, en ik denk dat op den duur, kijk dit is natuurlijk vrij nieuw dus op den duur gaan mensen het ook herkennen, denk ik

Moderator: Goed, iemand anders die hier nog iets aan wil toevoegen?

Phy2: Ja ik weet eigenlijk niet hoeveel, in hoeverre eh, ik werk dan ook met name in Hengelo voor Ocon, wel grappig daar eh, ja dat zijn orthopedische mensen dus die weten zelf wel mind-set ik moet eruit, dus die zitten, dat is heel anders, eh, daar is een onderdeel dat is heel veel eten aanbieden, want als je eet dan zit je dus in een betere mind-set en dan voel je je lekkerder en dan ga je er makkelijker uit, maar goed omgeving is ook heel mooi en waarbij denk ik ook gewoon de patiënt zelf in een prettige omgeving zit en meer wordt uitgedaagd, dus dat is heel erg wat ik bij het Ocon zie. Eh, daar hebben we ook gewoon eh, daar geven we ook patiënten gewoon opdrachten van het zou goed voor je zijn, laat maar zeggen, om zeven uur en negen uur op te schrijven, dan moet je dat en dat doen, die oefeningen, ik weet niet, dan ben je daar expliciet over naar de patiënt toe van nou, dit wordt nog van je verwacht, dus ja ik, als je het bij de patiënt laat van je moet nog een keer dit en dat doen dan ja, dan doen ze het gewoon niet. Die therapietrouw is er niet

Vplk1: Ja wat ik wel vind als ik kijk naar de patiëntencategorie bij ons op de afdeling dat je wat jongere eh, wat mobieler mensen, daar kun je best afspraken mee maken, die zijn vaak ook wel goed gemotiveerd, maar het is met name de ouder wordende mens wat gewoon heel erg moeilijk is te mobiliseren en gewend zijn in het ziekenhuis lig je in bed, de familie vind het eigenlijk zielig en vind dat moeder van 94 toch echt niet meer in de benen hoeft te komen. De thuiszorg zegt die neemt de gehele zorg over, dus daarvoor hoeft je het ook niet te doen. Eh, ze staan ook voor reactivering dus dán gaat het gebeuren eh, en vaak willen de patiënten al niet met jou overleggen want dan is het van overleg maar met mijn dochter...

Phy2: ...En dat zijn juist de meest kwetsbare mensen die juist heel erg verzwakken als je ze gewoon een paar dagen niks doet, en daarvoor voor die mensen moet je het juist wel doen eigenlijk...

Tijdwaarnemer: ...Ja en ik weet niet hoe specialisten daarnaar kijken maar eh, als ik jou hoor zeg maar dan denk ik dan is er een discrepantie in zeg maar beleid en wat patiënt wil...

Vplk1: ...Ja...

Tijdwaarnemer: ...Want we gaan of voor een actief beleid en daar hoort alles bij, niet alleen je medicatie en medische zorg die je krijgt maar ik denk dat daar alles bij hoort, maar goed dat is mijn mening, maar ik denk dat voor jullie dat die mening toebedaan zijn zeg maar, wel in de zorg, dus dat blijf ik een lastig punt vinden en ik denk dat dat misschien heel mooi is om dat met meer specialisten te exploreren van, hoe kijken jullie daarnaar, wat vinden jullie daarvan zeg maar, weet niet of je daar zelf een mening over hebt maar

Arts: Wat bedoel je dan precies met discrepantie, van wat van medisch specialisten wordt verwacht ten opzichte van de patiënten...

Tijdwaarnemer: ...Nee zeg maar wat de patiënt dus blijkbaar verwacht zeg maar hè, die verwacht wel de medische zorg, maar ja eigenlijk eh, geven ze zelf eh, hebben ze zelf geen inzet daarin of geen aandeel daarin laat ik het zo zeggen, en dat vind ik heel vaak wat ik tegenkom in de kliniek dat daar een discrepantie is of ook wel poliklinisch moet ik zeggen we screenen bijvoorbeeld heel veel voor de chirurgen en die mensen die zeggen ja hè die chirurgen die doet het werk, of zij dan wat moeten doen dat is de vraag zeg maar en dat vind ik zo'n groot verschil aan het worden, steeds meer, en dat vind ik wel lastig want dan denk ik hoe gaan we daarmee dealen zeg maar, bijvoorbeeld in ZGT

Arts: Ja dat hebben we net al besproken, dat verwachtingsmanagement wat je kan doen bij de intake, dat ze daar wel het een en het ander bespreken met de patiënt, maar ik denk zeker met de kwetsbare ouderen dat het juist, dat je dat met de familie moet bespreken van dit gaat er komen, dit wordt er verwacht van de patiënt dat kan wel eens moeilijk zijn, we willen eigenlijk een activiteitenprogramma voor die patiënt, willen jullie kijken wat jullie daarin voor ons kunnen betekenen, je legt daarmee de druk een beetje bij de familie van wat kunnen we van jullie verwachten...

Tijdwaarnemer: ...Ja...

Unit: ...Dat je ze het gevoel geeft dat je het samen doet...

Arts: ...Ja precies...

Tijdwaarnemer: ...Nou ja de vraag is doen we dat genoeg...

Arts: ... Weet ik niet, nee...

Tijdwaarnemer: ...Want dat vraag ik me heel erg af...

Arts: ...Want dan zou ik het daarop gooien want inderdaad eh, als dochter zegt kom op ma, uit bed dan gaan we een lekker wandelingetje doen, ja dan eh dan zie je inderdaad .... (35.20) dan als verpleging dat zegt

Tijdwaarnemer: ...Ja, alleen is dat ook de wens van moeder, dat is dan de vraag

Arts: Het is niet zozeer de wens van moeder waar ik over praat maar het is wel wat je dus, planbare zorg dan, bij voorkeur van tevoren afgesproken hebt met familie, je hebt al een verwachtingspatroon neergelegd, je hebt al een behandelovereenkomst gesloten om het zo maar te zeggen...

Tijdwaarnemer: ...Ja, dus dan is het een kwestie van verwachtingsmanagement aanpassen zeg maar...



Arts: ...Ja, dit is deel van het geheel van het plan waar we het over gehad hebben, daar hebben we het over gehad, weten jullie nog? Nog even doorzetten. Dan leg je dus een deel van de verantwoordelijkheid ook bij de familie neer. Of ja verantwoordelijkheid, de familie is eigenlijk meer betrokken...

Unit: ...Ja, ik denk dat dat het goede woord is, dat je betrokken...

Arts: ...Ja, ja geen verplichtingen hè, je kunt niet eisen van de familie hè maar je kunt wel vragen...

Unit: ...Ja want als zij zich meer betrokken voelen en je hebt het gevoel dat je iets samen doet dan krijgt de familie ook het gevoel dat ze gehoord worden...

Arts: ...Ja...

Unit: ...Dus je hebt die verbinding met elkaar veel meer, dus dan heb je eigenlijk de ver...(36.18) dat het gaat lopen...

Phy2: ...Daar is ook wel veel winst te halen denk ik...

Arts: ...Ja...

Unit: ...Ja, dat denk ik wel...

Vplk2: ...En voorlichting van familie, dat eh, ook heel veel winst kunt halen...

Unit: ...Dat is natuurlijk wat wij zeiden hè, daar, op het preoperatieve traject dat scheelt echt enorm...

Arts: ...Ja, dat is dus die van planbare zorg, acute zorg is wel iets anders...

Unit: ...Ik denk dat de voorbereiding voor zo'n patiënt, die hebben die groepsbijeenkomsten...

Arts: ...Die hebben van die straatjes...

Unit: ...Die heeft van die straatjes, ja weet je, maar dat zit in de mind-set van de patiënt, want...

Phy2: ...Ze hebben boekjes en oefeningetjes, het hele rattenplan hebben ze al...

Arts: ...En je hebt de sociale druk hè, als buurman tegenover jou die loopt al, ja dan denk je van hé, dat wil ik ook...

Unit: ...Dus daar komt, van hij heeft de kleren al aangedaan, dat scheelt ook al hè, want dat is misschien ook wel iets, eh, mensen bij lang, mensen heel lang in de pyjama laten liggen, dat heeft ook te maken met mind-set, maar je hebt mensen die zeggen van doe maar gewoon de kleren aan die zich dan anders voelen, en daardoor misschien wel eerder in beweging komen...

Vplk2: ...Wij hebben eigenlijk haast niemand de pyjama aan overdag, al ligt die in bed...

Unit: ...Bij ons nog wel hoor dus (lacherig), en weet je dat is ook wel soms logisch op de EEG-afdeling met mensen die ziek, zwak en misselijk zijn, maar het, kijk mensen lopen ook wel gewoon rond met eh, drie palen om zich heen, dus dan kun je ook gewoon de kleren aan

Moderator: Ik wil graag even terugkoppelen op wat jij net zei Phy2, jij had het over een tijdschema wat je hebt bij de Ocon, om negen uur doen we dit, om elf uur doen we dit, is dat idee om hier ook te doen, met betrekking tot bewegen? Dat je voor elke patiënt zegt van oké je moet vandaag deze en deze oefeningen doen, zo laat dit, zo laat dit?

Phy1: Nou wat we wel eens doen is dat we aangeven dat we, hoe laat ze uit bed moeten en dat we daar bijvoorbeeld, eh, voor mensen die dat, die die structuur nodig hebben dat we een schema maken en achter het bed neerhangen, zodat mensen dat zien en de familie het ziet, en dat we daarmee eigenlijk zorgen dat ze om normale tijden gaan opzitten, zodat het voor familie in ieder geval ook inzichtelijk wordt dat dat moet

Unit: Ja dan maak je gewoon een activiteitenplan van mobilisatie

Phy1: Ja. En bij de meeste bespreken we dat met de verpleegkundige en af en toe hangen we het ook achter het bed...

Unit: ...Dus eigenlijk een beetje een dagschema zodat de patiënt precies weet waar die aan toe is en wat er wat gebeurt, dat geeft wat duidelijkheid, maar gelijk duidelijkheid voor de familie. Maar met duidelijkheid moet iedereen zich er wel aan houden, dus dat is wel een dingetje

Phy1: Ja bij de oefeningen geef ik altijd aan dat ze het meerdere keren op een dag mogen doen, dat ze sowieso moeten kijken of ze twee of drie keer op een dag kunnen lopen, dus dat ze dat 's ochtends, 's middags, 's avonds gaan verdelen, en de oefeningen precies hetzelfde, dus op zich, het is alleen niet altijd genoteerd, dat is het enige

Tijdwaarnemer: Hoe kijk je (Phy1), want jij zegt heel duidelijk er zit discrepantie tussen de zorgprofessionals, dat zeg je eigenlijk net toch? Een beetje? Hoe kijkt de rest daar tegen aan? Daar ben ik wel benieuwd naar want eh, dat heb je natuurlijk en hoe kunnen we daar...

Unit: ...Het heeft heel erg te maken met denk ik, de mind-set van verschillende verpleegkundigen. Kijk als je jong-verpleegkundigen hebt die staan, die is op de afdeling om te overleven, die is daar de eerste tijd heel erg druk mee, die vindt mobilisatie op dat moment niet de hoogste prioriteit, die heeft de prioriteit om het werk af te krijgen. Dus en, nou ja, naarmate je wat meer kennis en ervaring krijgt ga je inzien mobiliseren is heel erg belangrijk is, dan kun je daar de prioriteit neerzetten, dus ik denk dat het de mind-set van de zorgprofessional hetzelfde daarin is, terwijl ze allemaal in hun achterhoofd weten dat het goed is, maar het is met name de tijdsdruk dan, wat de verpleegkundige ervaart, want een jong-verpleegkundige heeft meer tijdsdruk omdat die van alles nog moet leren, en dan schieten die dingen er nog weleens bij in

Tijdwaarnemer: En als je zou kijken, stel dat we dat naar 70 procent willen krijgen, wat we net zeiden aan eh, dat we het equal kunnen krijgen zeg maar, hoe zou je dat kunnen bewerkstelligen, heb je daar een idee van? Of vind je dat dat helemaal niet bewerkstelligt kan worden?

Unit: Nou ik zeg niet dat je, ik denk op zich wat wel heel erg mooi was dat was twee jaar geleden ofzo, toen hebben ze zo'n filmpje gemaakt over de kwetsbare ouderen, wat het deed met de patiënt als die een dag eh, in bed lag bijvoorbeeld, leeftijdsjaren die teruggingen. Weet je dat zijn dingen wat bij iedereen op het netvlies blijft hangen. Dus dat zijn misschien hulpmiddelen om de bewustwording bij elke zorgprofessional te krijgen van joh, als we die niet uit bed halen dán. Gaat het met name om een bepaalde leeftijd dan gaat dat zo hard achteruit. Ik weet wel dat dat toen heel erg leefde bij mij op de afdeling, van jeetje dat scheelt echt zoveel jaar, dus dat moeten we wel gaan doen

Vplk1: Ik heb hem vandaag nog gebruikt...

Unit: ...Ja toch! Maar dat is toch maar mooi...

Vplk1: ...Bijna één van de beste, eh, motivaties om toch dat bed uit te komen...

Unit: ...Ja toch!...

Vplk1: ...Ja het is eigenlijk, als ik dat uitleg dan zijn mensen nog wat meer geneigd om uit bed te komen...

Unit: ...Maar mensen zien namelijk niet, die denken ach het maakt niet uit of ik de hele dag in bed lig, maar iemand van 70-plus eh, dat heeft dus wél heel veel effect of je een dag of twee dagen in bed blijft liggen, weet je, en om dit helder te krijgen, zowel bij de patiënt als bij de zorgverlener denk ik dat je mensen makkelijker kunt gaan motiveren, maar goed ik eh...

Vplk1: ...Ik denk dat het algehele beeld ook met name, waar we het net ook al over hadden, van de patiënt en met name de acute patiënt die bij ons ligt, en je bent ziek en wordt dan overvallen door een MR-beleid waar je al over na moet gaan denken, en dan zijn ze goed en wel op de afdeling en heb je het op het ene moment over MR gehad dus die zal wel heel erg ziek zijn anders begin je daar niet over dat de patiënt wat heeft, en vervolgens komt de volgende dag iemand, maar nee nu moet je... dus dat vind ik soms ook wel rottig...

Unit: ...Heel tegenstrijdig...

Vplk1: ..Heel tegenstrijdig, en mensen vanuit thuis al, ik kan het misschien nog wel boven het ZGT trekken, mensen hebben gewoon het idee van je bent ziek dus je wordt verzorgd en wat jij (Unit) zegt inderdaad van het idee van die ouderen die hè, jaren achteruit gaan, ik denk dat je dat misschien zelfs landelijk zal aanpakken en mensen daar bewust van laat worden, we leven toch in een maatschappij dat vergrijst, dat je daar al zoveel meer hè, dat ze thuis al een keer, überhaupt voordat ze in het ziekenhuis komen, want wij willen ze uit bed hebben zodat wij geen werk hebben, dat is ook het idee van de patiënt,

zo van als ik naar de wc wil heb jij geen werk met mij, denk dat het voor mij echt wel 20 minuten langer duurt dan wat ik ook wat anders doe, maar dat is nog wel steeds wat er leeft, en communicatie is daarin gewoon heel erg belangrijk in het hele, het hele plan tot mobiliseren

Unit: ...En het moet heel simpel zijn...

Vplk1: ...Ja

Moderator: Ik zou dit onderwerp een beetje naar het einde willen werken, ik weet niet of iemand anders nog bijzondere opmerkingen heeft over waar we het nu over hebben gehad?...Niemand meer? Dan gaan we naar het volgende onderwerp, en dat is de rol van de naasten, daar hebben we het net al deels over gehad en over gesproken, maar ik wil er graag wat dieper op in gaan, waarbij ik als eerste vraag aan jullie wil stellen, welke rol vind je dat een naaste moet innemen bij het fysiek actief houden van een opgenomen patiënt?...Vplk3 bijvoorbeeld?

Vplk3: Nou ja eh, wat eigenlijk ook al is benoemd dat je hoopt dat de naaste van de patiënt in ieder geval de patiënten stimuleren en aanspreken daarop dat, omdat patiënten het heel vaal wel van familie aannemen in plaats van van een verpleegkundige

Moderator: Maar vind je dan ook dat ze daadwerkelijk bijvoorbeeld de patiënt moeten helpen met uit bed gaan? Of

Vplk3: Nou ja niet per sé, maar het zou wel fijn zijn als ze dan op bezoek zijn en de patiënt die wil een rondje lopen of die wil even naar beneden dat ze dat dan ook wel doen met de patiënt. Maar niet per sé dat ze ook echt ze uit bed moeten halen of weer in bed moeten leggen, dat vind ik niet

Unit: Ook niet dat het alleen met lichte ondersteuning is? Kijk zo'n patiënt is daar soms meer mee thuis (?)

Vplk3: ...Alleen ter ondersteuning, dat zou kunnen, maar dat zit niet, dat vind ik vaak een beetje afhankelijk van de familieleden zelf, want heel veel hebben ook een beetje zoiets van ik doe het niet...

Unit: ...Ja want ze liggen in het ziekenhuis en daar is natuurlijk de zuster voor...

Vplk1: ...En er zit een infuus aan, en ik durf er dan niet aan te zitten...

Unit: ...Maar van de andere kant als je erover nadenkt, kijk als zo'n patiënt in de thuissituatie is dan, iemand die er naast zal er ook een bepaalde rol in hebben. Dat wil niet zeggen dat die de zorg helemaal moet overnemen, maar wat lichte ondersteuning geven misschien is dat wel iets wat we wat meer kunnen promoten, van je mag rustig een keer helpen, ook al heeft ze een infuus, kijk eh

Phy1: Ja dus meer aangeven wat mag...

Unit: ...Ja...

Phy1: ...Omdat het voor heel veel mensen zo is van mág ik mijn moeder uit bed halen, mag ik wel met haar naar beneden, dat het inderdaad gewoon een keer inzichtelijk moet worden voor familie wat ze allemaal mogen doen, met zo'n kaartsysteem krijg je dat een beetje inzichtelijk dat ze weten wat ze mogen, dat de familie dus ook mag helpen. Dat soort dingen inderdaad ook gewoon duidelijk worden

Vplk2: Ja ik denk inderdaad ook dat zo'n kaartsysteem wat onduidelijk is voor alle partijen maar dat het ook heel erg bijdraagt

Moderator: In hoeveel procent van de gevallen denk je (algemeen) dat dat voorkomt dat een patiënt, of dat een naaste niet durft te helpen, door bijvoorbeeld een infuus of bang om te vallen

Phy1: Ik denk dat dat er best wat zijn...

Vplk1: ...Best wel veel...

Vplk2: ...Meer dan de helft ja...

Vplk1: ...Ja

Vplk3: Ik denk toch wel 80 procent hoor...

Unit: ...Ik denk het ook, tenzij de patiënt zich zo heel erg vertrouwd voelt met de dingen om zich heen...

Vplk1: ...Maar die gaat zelf al uit bed...

Unit: ...Ja die gaat zelf al uit bed

Vplk2: Ja en wij moeten patiënten van 80, 90 jaar, hebben kinderen van 60 jaar, die vinden het ook een beetje spannend om iemand uit bed te halen, want soms zouden ze het niet kunnen houden zeg maar. En kleinkinderen denken dan weer ja laat ik het toch eerst met mijn moeder overleggen. Ja, dat is dan net de hiërarchie dat dan net niet

Phy2: Ja dat is wel een heikel punt, dat is wel een beetje een kantelpunt, ja wat jij (Vplk2) zegt terecht, twee dagen later doen ze het al, en het is heel vaak is het een transfer wat soms helemaal niks voorstelt, alleen maar een beentje eruit tillen, of een handje...

Unit: ...Even een handje geven...

Phy2: ...Het is soms helemaal niks, en dat maakt wel of iemand in beweging komt of niet, dus het klopt wel wat je zegt. Ik denk dat heel veel mensen ook wel een beetje worstelen, wanneer laten we dat dan aan de naasten...

Unit: ...Het idee leeft denk ik heel erg van dat wanneer je dan in het ziekenhuis bent, de zuster is er dus bel maar even, en wat jij (Phy1) zegt van mág ik dat wel. Kijk als het heel duidelijk is dat je dat mag als mantelzorger, ja dan gaat het misschien wat makkelijker...

Phy2: ...Ja en nogmaals, dat verwachtingsmanagement als je het vooraf bespreekt het mobiliseren eh, heb je ook een rol in en het zou mooi zijn als je kunt helpen, en de fysiotherapeut of eh, met zijn allen geven we wel aan wat mogelijk is, dat je in die richting gaat

Unit: En dan wel erbij zeggen dat het geen gemakzucht is voor de zorgverleners dat die minder werk te doen hebben, maar dat meer is in het belang van de patiënt...

Phy2: ...Ja...

Unit: ...Want anders dan gaan ze andersom doen dan wat jij zegt, dus volgens mij moet je dat wel gaan benadrukken

Vplk1: En dan kom ik nog bij een volgend punt wat ik dan ook nog rottig aan vind, eh, want wij vragen het ook inderdaad vaak aan mensen van goh hè, je mag wel dit, je mag wel dat, maar je moet wel om drie uur weg want dan is het bezoekuur afgelopen, en dat is bij heel veel dingen, je mag wel komen helpen, maar als het dan klaar is moet je weg, dat vinden wij dan vervelend buiten bezoektijden. Ergens op de afdeling plaatsnemen, ja we hebben een familiekamer daar zit je met vier man zit je vol, eh, op een gewone vierpersoonskamer gaat een patiënt dan vaak gewoon in bed liggen want anders kan mijn man niet zitten want er is maar één stoel, van de afdeling af is eigenlijk al een beetje, nou ja goed dat kunnen ze net halen, kom je in het liftenplein zit het bomvol, kun je ook niet terecht dus dat vind ik ook wel heel erg moeilijk

Vplk3: Je moet eigenlijk het bed kunnen opklappen ofzo tot een tafel...

Vplk1: ...Ja, want dat vind ik, want aan de ene kant zeggen we van goh we willen eigenlijk wel dat de naasten worden betrokken, en aan de andere kant willen we ook eigenlijk...

Unit: ...Ja weet je in het ziekenhuis is de logistiek er ook niet echt op ingericht, dat is eigenlijk wat ik je (Vplk1) heb horen zeggen, als je een nieuw ziekenhuis zou bouwen zou je misschien alles heel anders inrichten, dus eh, maar dat is nog ingericht op vier bedden op zo'n kamer met zo'n kastje ernaast, en dan kan er net iemand naast zitten en dan is het vol

Vplk1: Ja, en dan mag je met twee man ook komen, dus dan eh, nou ja de kleinkinderen zijn dan al bijna niet meer welkom want moeder komt met de dochter, dus even gezellig met de hele familie door het ziekenhuis wandelen dat is dan eigenlijk al niet, want dat geeft te veel, rumoert te veel, want er zijn ook heel veel zieke mensen natuurlijk op zo'n kamer, die dat dan ook niet kunnen hebben, dat vind ik ook wel moeilijk. En op het moment dat iemand heel ziek is en die hulp nodig heeft dan mag het wel, maar als die patiënt dan vrij zelfstandig is dan zeggen we van ja maar nu is het bezoekuur einde en nu is het, ja nee nu is uw vader weer zo goed, dan hoeft je nu niet meer, hè, zoveel erbij te zijn

Unit: Nou ja dat is een vraag, dat is misschien een andere vraag, hoe je daar dan mee om gaat de hele tijd. Kijk op onze afdeling hebben wij bezoektijden van 16:00 uur tot 19:30 uur, dus dat is een vrij ruim begrip. 's Morgens van 11:00 uur tot 12:00 uur

Vplk3: Ik denk dat wij als afdeling daar misschien ook wat in moeten aanpassen want onze bezoektijden zijn écht heel kort...

Vplk1: ...Drie kwartier...

Vplk3: ...Ja, en dan hebben we ook nog weleens mensen dan tijdens het bezoekuur inderdaad...

Unit: ...En als je dan echt maar drie kwartier, en je wilt bijvoorbeeld dan ook nog van de patiënten wat verwachten, dan verwacht je ook wel heel veel van de mantelzorger en de patiënt

Vplk1: Ja dat zeg ik, en dat vind ik ook moeilijk daarin, maar van de andere kant hebben we ook wel heel zieke mensen, die liggen bij ons ook op vierpersoonskamers omdat er eigenlijk geen één- of tweepersoonskamer zijn, dus voor die, als je op een vierpersoonskamer één keer een zieke patiënt hebt liggen dan kun je ook niet, eh, met de rest van de mensen daar iets gaan doen. Dus dat vind ik ook wel dat dat een heel groot eh...

Unit: ...Dat is logistiek, we moeten een ander ziekenhuis gaan bouwen (lacherig)...

Tijdwaarnemer: ...Goede conclusie van deze focusgroep (lacherig)

Vplk2: Sommige afdelingen zijn nog oud, die hebben die blauwe vloer met die vakken, en die worden nu vernieuwd, wij zitten nu op een nieuwe afdeling en wat ik daar heel jammer van vind is dat je de patiënt niet meer bij de wasbak kunt zetten, want dat vind ik heel bewegingsgericht, patiënt bij de wasbak, zelf tandenborsteltje, dat ze zelf wat dingen doen, maar dat kan nu niet meer, dus ik weet niet of iemand nog invloed erop heeft met die kamers die nog verbouwd moeten worden...

Unit: ...Ze moeten bijna allemaal nog verbouwd worden, de patiëntenkamers zijn pas over vier jaar aan de beurt, we doen nu voor het zicht...

Vplk2: ...Is 4 Oost dan de enige die...

Unit: ...Ja...

Vplk2: ...Nou ja voordat de rest verbouwd wordt...

Vplk3: Maar hoezo kan de patiënt niet meer bij de wasbak?...

Vplk2: ...Omdat wij nu een vet fancy prullenbakje hebben die je zo met je voet met een sensor open kan doen. Niemand die het snapt van 60-plus

Vplk3: Ja dat hebben wij al met onze kranen (lacherig)

Moderator: Oké (lacherig), even terug naar het onderwerp, hebben jullie ook weleens dat je naasten hebt die wel willen helpen met het mobiliseren van patiënten maar er eigenlijk niet geschikt voor zijn?

Vplk2: Oh ja...

Vplk3: ...Ja

Moderator: En hoe vaak komt dat ongeveer voor?

Phy2: Zelf nog nooit over nagedacht

Vplk3: Een paar keer per week

Vplk2: Ja

Moderator: Hoe gaan jullie daarmee om?

Vplk2: Op de afdeling waar ik werk heb je vaak dat de echtgenoot ook al op hoge leeftijd is en die wil dan wel, maar die zou het dan niet meer moeten. En ja die moet je dan wel echt informeren en de thuiszorg er eigenlijk ook al bij betrekken tijdens de opname in het ziekenhuis

Moderator: En hoe is dat op andere afdelingen? Meer ervaringen?

Phy1: Ja eigenlijk hetzelfde

Vplk3: Ja ze toch vriendelijk verzoeken om het toch maar niet te doen omdat je bang bent dat het anders niet goed gaat

Moderator: Maar gebeurt dat ook op de afdeling?

Vplk3: Als ik het zie gebeuren dan zeg ik het wel. Ik zit er niet op te wachten dat ze vervolgens allebei op de grond liggen, ja is toch zo (lacherig)

Phy2: Nou ja, eh, subtiel eh neem je mensen in bescherming...

Vplk3: ...Ja...

Phy2: ...Ja je zegt dan pas op voor je rug en het lijkt me niet, ja ja, dat los je wel op, maar het komt wel voor ja dat klopt

Moderator: Oké, even kijken... Hoe ziet voor jullie de ideale situatie eruit?



Unit: ...Ooh...

Moderator: ...Met betrekking tot dit onderwerp, hoe zou je willen dat iedereen zich gedraagt? Vooral de naasten?

Vplk1: Misschien wat meer vertrouwen in je hebben dat je dat echt wel uit goede wil eh, en uit eh, dat het ook echt zinvol is, wat je doet, dat ze dan ook weten dat het zinvol is wat je doet

Moderator: En hoe, hoe zou je hen dat kunnen laten weten?

Vplk1: Ja ik doe tot heden het altijd met uitleg, en vaak zien mensen het ook na een aantal dagen wel dat het dan beter gaat maar het is met name de eerste paar dagen, en dan toch volhouden en volhouden en dan op de derde of de vierde dag is het toch wel soepeler maar goed, dan ben je wel drie dagen verder

Tijdwaarnemer: Dat is wel belemmerend als ik je zo hoor

Vplk1: Ja

Vplk2: Ik zou wel wat meer eh, ideale randvoorwaarden willen zien om het mogelijk te maken wat we nu al doen, dus bijvoorbeeld een tafel waar je een spelletje aan kan doen of een ruimte waar je rustig kan oefenen of iets meer ruimte naast het bed, beetje die randvoorwaarden die we eigenlijk al hebben genoemd maar dan ook echt in de praktijk, want ik denk dat het dan al wel gaat gebeuren. En wat meer communicatie mogelijkheden met de patiënten en familie

Unit: En als je de mantelzorgers er meer wilt bij gaan betrekken dan moet je wat meer open bezoektijden gaan houden

Moderator: Maar op de ene afdeling is het heel kort hoorde ik en op de andere best wel lang, is er een reden voor dat verschil?

Unit: Wij hebben de opzet gedaan met deze tijden op 5 Noord, want het was van 13:45 uur tot 14:30 uur, hadden ze na het eten geen tijd om te rusten de patiënten, de patiënten zijn eigenlijk heel erg moe, en dan eh, na het bezoekuur een halfuur komt de therapie, die gaat dan meteen met de mensen lopen, dus ze zijn kapot, dus wij hebben zoiets gehad we doen van 11:00 uur dan kunnen ze na het eten gewoon lekker gaan rusten, stoort niemand ze, komt pas om 14:30 uur / 15:00 uur de therapie en om 16:00 uur komt het bezoek. En dus de familie kan er ook bij zijn met eten, dat is ook wel een voordeel

Vplk1: Die hebben dus vanaf 16:00 uur...

Unit: ...Van 16:00 uur tot 19:30 uur en dan 's morgens een uurtje van 11:00 uur tot 12:00 uur

Vplk1: Bevalt dat wel goed dan?

Unit: Ja. Ja ik zeg niet dat iedereen daar zo blij mee is maar over het algemeen bevalt het wel goed

Vplk1: Nou ja die ruime tijd, want wij hebben ook weleens een beetje zitten puzzelen van, ja hè, van fysiotherapietijden, want dat zijn eigenlijk onze spitstijden en jullie spitstijden die vallen tezamen maar hoe het op andere tijden in te plannen, ja dat is lastig

Vplk3: Ja daar zit je ook vaak mee dat wij vanaf 15:45 uur er zijn en dat vanaf 15:30 uur moet je nog iemand uit bed halen en een rondje mee lopen en dan weer in bed helpen, ja dan ben je al, dan ben je 15:45 uur zo voorbij dus dan ben je altijd aan het overwerken

Moderator: Dat gebeurt vaak?

Vplk3: Ja, omdat je dan ook wel weer inziet dat het wel belangrijk is dat je gaat mobiliseren en dat de fysio er dan bij is en die kunnen je dan helpen, maar ja ze hebben wel hulp daarbij nodig omdat het vaak mensen zijn die met zijn tweeën moeten, nou ja dan help je wel, maar ja het is niet heel handig

Moderator: Is dat op andere afdelingen ook zo?

Vplk2: Ja wij hebben vaak als de fysio om 15:30 uur komt dan hebben we daar écht geen tijd voor want onze patiënten kunnen niet zelf vertellen, of nou ja de meeste patiënten kunnen niet zelf vertellen hoe ze hebben gegeten, of ze ontlasting hebben gehad, hoe ze lopen, je moet eigenlijk ze helpen bij elk onderdeel van zelfzorg, dus de overdracht duurt bij ons ook echt wel een halfuur, en je moet ook echt, ja ik zeg altijd elke poep en scheet, moet je gewoon overdragen want als je een scheetje mist, en je hebt een obstipatie, ja dan gaat het bij oudere mensen vaak heel snel mis, en eh, ja als de fysio er dan is dan ja, sorry, succes (fluisterend)

Phy1: Nu moet ik ook zeggen dat wij wel proberen te plannen om om jullie overdracht heen te plannen zodat echt de mensen die met twee personen moeten of bijvoorbeeld meteen om 15:00 uur of pas na 15:45 uur, dus dat ik eigenlijk, maar ja soms dan wil het gewoon niet...

Vplk2: ...Nee, en dan slapen de meeste mensen ook nog...

Phy1: ...Je probeert er wel rekening mee te houden, maar af en toe is het inderdaad gewoon niet mogelijk

Vplk2: Nee en ze doen bij ons ook hele lange middagdutjes

Phy1: Ja dat is bij jullie inderdaad...

Vplk2: ...En dat duurt een halfuur voordat je eentje zeg maar weer in de kleren hebt dus ja

Tijdwaarnemer: Hoe kijken specialisten daarnaar? Hebben die eh, juist voordelen of nadelen van

Arts: Nou ja je (Moderator) vroeg net wat de meest ideale situatie is, en daar kan ik best wel over uitweiden, ik denk eh dat het eh, goed, dat heeft ook te maken met de tijd, mogelijkheid, financiën, het zou heel erg mooi zijn als bij elke patiënt, of dat nou poliklinisch of klinisch is een welbevind-plan zou

krijgen, waarbij van twee kanten duidelijk wordt gemaakt, zowel voor patiënt-kant, wat die ervan vindt, maar ook van zorgverlener-kant wat die vindt wat goed voor het welbevinden is en waar van verschillende dimensies afspraken kan maken. We hebben het over eten gehad, over bewegen gehad, over privacy, sociale cohesie eh, noem maar op, maar ook middagdutje bij die patiënt die het heel prettig vindt, nou als die dat vindt oké prima, kunnen we regelen, maar dan willen we wel dat je van tevoren even gaat bewegen en dan maak je daar afspraken over, van twee kanten kun je daar mee overweg, dat zeg ik nu even omdat dat heel veel tijd en energie kost om dat op het individuele niveau uit te kunnen werken, maar dat zou wel de ideale situatie zijn

Unit: Dan laat je ook meer de regie bij de patiënt

Arts: Ja ook, ja van twee kanten

Unit: Ja van twee kanten, dat werkt ook vaak beter

Moderator: Denk je dat dat motiverender werkt voor patiënten?

Arts: Ja, dat denk ik wel

Unit: Ja

Tijdwaarnemer: Autonomie

Unit: Dat denk ik echt, hebben wel af en toe een patiënt die is zo moe en dan moet die van alles, en op een gegeven moment dan zeggen we ook van laat hem nu even een dag en dan komt die wel, dan had die het gewoon even nodig, en dan komt die vanzelf. Kun je niet bij iedereen doen, maar er zijn wel mensen die kunnen prima de regie bij de patiënt zelf neerleggen, met een goede instructie

Moderator: En zo'n plan opschrijven waar je (Arts) het over had, zou je dat dan door de specialist willen laten doen of...

Arts: ...Nee, zeker niet

Moderator: Maar bedoel je dan verpleegkundigen of fysiotherapeuten of

Arts: Nou ja het is input van verschillende mensen, van patiënten natuurlijk zelf, van familie die de patiënt kent, eh, van diëtisten die weten wat die kan geven, van fysiotherapeuten voor mobiliseren, van de specialist of PR die weet wat de consequenties na die ingreep zijn, wat van tevoren verwacht kan worden, kan zo dadelijk nog wel heel veel meer mensen op noemen (lacherig), hier kom ik zo even snel op

Moderator: Wat vinden jullie van dat...

Unit: ...Ja ik zie dat wel, ik zie dat wel voor me, ik denk wel dat dat de toekomst eh, perspectief kan zijn

Moderator: Dat lijkt me op dit moment natuurlijk niet mogelijk...

Unit: ...Nee

Moderator: Goed, dan zou ik graag nog even willen samenvatten met jullie waar we het over hebben gehad, want we hebben het over heel veel gehad, en eh, waar ik het eigenlijk over wil hebben zijn de oplossingen waar we het over hebben gehad, bijvoorbeeld het kaartsysteem, waarbij je dus klein op de kaartjes kunt gaan zetten wat mobilisatie opties zijn per kleur, maar jullie hebben het er ook over gehad om daar van diëtiëk iets bij op te zetten, toch?

Unit: Nou ja er werd op een gegeven moment aangegeven dat je zoveel kaartjes had, om alles samen te gaan voegen

Moderator: Ja. We hebben het gehad over de eh, om meer spelletjestafels neer te zetten, meer spelletjes ruimtes in te richten voor het samen zijn, zodat naasten daar naartoe gaan. We hebben het erover gehad eh, minder bedden, meer stoelen, kunnen jullie zo nog meer dingen toevoegen?

Phy2: Ja ik denk aan de voorkant dat je daar wat meer energie in steekt in het verwachtingsmanagement, dat je daar dus eh...

Moderator: ...Direct bij intake...

Phy2: ...Ja dat je direct weet wat er van elkaar verwacht wordt, en die verbinding aangaan, dat je dat dus samen gaat doen. En misschien die eh, die verbinding ook wat meer tussen verpleging en laat maar zeggen en alle professionals rondom die patiënt om dat allemaal uit te dagen, dezelfde taal spreken met elkaar, dus nadenken over hoe het misschien qua tijdsindeling ook eh, wie wanneer aan de beurt is misschien ook wel handig is, dat je toch op die hiel zit te drukken van die patiënt, misschien kun je daar wel winst uit halen

Vplk3: En de naasten erbij betrekken

Phy2: Ik weet niet wanneer zij eh, wanneer eten ze hier, 17:30 uur of eh?

Vplk1: 17:00 uur

Phy2: 17:00 uur

Vplk1: Ja dat kan zowel warm als een boterham zijn, en dat kan ook...

Phy2: ...In het Ocon hebben heel veel mensen aan het eind van de, nou ja laat maar zeggen tussen 16:15 uur en 17:00 uur gaan de mensen uit bed, en dan zetten we ze gewoon in de stoel of dan loop je met iemand naar de huiskamer, dan is dat al geregeld, dan zijn ze daar, dus dan zit je iets later in het schema waardoor je, waardoor de drukte althans voor de verpleging er iets af is, en je zit ook vaak met overdracht momenten, dus daar kun je denk ik ook nog wel iets uit halen...

Phy1: ...Ja maar de mensen die dat kunnen die doen dat altijd...

Phy2: ...Ja weet ik, weet ik, dat snap ik, Ocon is natuurlijk een andere situatie, dat snap ik, en wat wij ook deden is eh, laat maar zeggen dat je een beetje achter elkaar aan eh, verpleegkundigen hebben natuurlijk het wassen en hun zorg aan de patiënt, en eh, laat maar zeggen de fysiotherapeut loopt daar een beetje achteraan, dus als ze voor beginnen, dan gaat de fysiotherapeut, eh, dan weten ze hoe laat zij aan de voorkant ook kunnen beginnen, dan kunnen ze bij wijze van spreken om 9:30 uur daar terecht

Tijdwaarnemer: Werken achter elkaar aan...

Phy2: ...Een stukje organisatie eh, op de afdeling van wanneer je elkaar verwacht, zeker, want dan is dat moment dat de fysiotherapie komt vanaf 10:00 uur, dan kun je daar ook meer rendement halen denk ik, althans, in de organisatie over en weer zal denk ik ook nog iets te halen zijn denk ik

Moderator: Nog andere punten?

Vplk2: Nou ja ik denk met de rest van de verbouwing van het hele ziekenhuis dat we daar nog wat winst kunnen halen voordat het allemaal is eh, gerealiseerd want dat is echt heel erg jammer

Moderator: Ja dat kan ik me voorstellen

Vplk2: Ik weet niet waar ik dat moet eh...

Unit: ...Vastgoed...

Vplk2: ...Ja?

Vplk1: Die communicatie is heel erg moeilijk, wij zitten ook in de ergo-groep, en voordat onze afdeling werd verbouwd hebben we ook meerdere lijnen uitgegooid en meerdere dingen, maar op een gegeven moment is het geld op en dan is het klaar en dat is het zoals het wordt

Phy2: Maar het is wel heel verassend dan hoe, dan worden stoelen aangeschaft dan denk ik bij mezelf van, hele lage stoelen, van ja dan moet je altijd meehelpen met die stoelen, stoelen altijd iets hoger zetten dan kan de patiënt er makkelijk uit...

Arts: ...Je moet er ergonomisch over nadenken...

Phy2: ...Ja maar dat, er gebeurt maar wat, en dat is natuurlijk heel jammer ik bedoel dat hoeft ik...

Unit: ...En kost ook heel veel geld...

Phy2: ...Ja, maar kijk wat jij (Vplk2) dan vertelt over dat eh...

Vplk2: ...Zo'n prullenbak die niemand snapt en dat je patiënt niet bij zijn eigen kunstgebit kan...

Phy2: ...Dat is wel jammer...

Arts: ...Ja dat zijn gewoon dingen die, ja dat moet je a priori zeggen je moet visie hebben van het ziekenhuis, van hoe wil je ruimtes inrichten, daar moet je echt over nadenken, met patiënten, met patiëntenraad, hè wat vindt die nou, maar ook met mensen met ergometristen die iets kan indelen wat logisch is wat je kunt verwachten, en niet zomaar denken van ja we gaan een mooi concept doen en we doen maar en we zien wel waar we komen. Dus ja ik denk als je wilt investeren in het ideale model dan hoort daar dat plaatje bij

Tijdwaarnemer: Dat dient dan nog een structuur te krijgen

Phy2: Ja nogmaals, ik wil nog wel eens zeggen tegen jou (Arts), bij het Ocon zie je wel aan één ding is extreem goed nagedacht, dat is op die toiletten en de ruimte en overall alles is voor elkaar, en dat vind ik wel heel frustrerend wat ze gedaan hebben daar (geriatrie), dus dat is...

Arts: ...Ja ik vind het eigenlijk gewoon normaal...

Unit: ...Het zou normaal moeten zijn...

Phy2: ...Maar dat vind ik echt eh, het klopt daar...

Unit: ...Kijk als je kijkt naar het verpleeghuis, dan heb je ook wastafels waar je gewoon met de rolstoel onder...

Vplk2: ...Ja met die wastafels die je hoger en lager kan stellen...

Unit: ...En daar kun je gewoon onderdoor, daar kun je lekker voor zitten, dat is eigenlijk wat je wilt...

Vplk1: ...Hadden we vroeger ook allemaal

Moderator: Goed, ik denk dat dat het was. Allemaal ontzettend bedankt voor het aanwezig zijn en jullie inzet, ik hoop dat jullie het ook leuk en interessant vonden!

## Appendix 8: Memos

### *Open coderen*

'Mind-set patiënt' was eerst de code, later besloten deze toch onder te gaan verdelen in verschillende codes wat de mind-set dan inhield

Memo oplossingen, mind-set van meerdere stakeholders, gewenst, ideaal en randvoorwaarde gemaakt tijdens open coderen → Gemaakte memo's functioneren als themacodes

Verder gaan kijken wat de relevantie is van alle codes met betrekking tot de onderzoeksvragen!

Uit de focusgroep wordt niet het verschil duidelijk tussen een tijdschema, een activiteitenplan en een papiertje waar oefeningen op staan. Het is hiermee niet duidelijk wat de precieze betekenis is van deze begrippen en hoe of ze uniform worden gebruikt door zorgprofessionals. Het lijkt er op dat dit laatste niet het geval is.

### *Axiaal coderen*

Nieuwe memo straks maken met whiteboard? --> wat staat erop en wat voor een (verwachte) effecten heeft het op patiënt en naasten?

Misschien wel het onderwerp: patiënt ziet het belang van bewegen niet in, meenemen als opvallend resultaat. Ook al gaan de onderzoeksvragen hier niet over, het komt zeer frequent terug in de codes. Dit geldt ook voor mindset

Toevoegen wat deelnemers willen bereiken binnen deze onderwerpen?

Vakkaart, kleurkaart en kaartsysteem wordt door elkaar gebruikt

Mobilisatieplan, activiteitenplan, tijdschema ook door elkaar

Verschillende categorieën maken, waarbinnen een boomstructuur

Overkoepelende codes gaan ontwikkelen!!

Deze oplossingen geven enkel duidelijkheid en structuur aan patiënten. Hiermee speel je niet direct in op de ideeën van een patiënt, maar je verandert het verwachtingspatroon en het beeld wat een patiënt heeft van bewegen. Dit kan dus worden gedaan met voorlichting en kleine aanpassingen in het proces

Verschil tussen oplossingen die al zijn/worden getroffen en oplossingen die moeten/kunnen worden getroffen duidelijk maken.

Naasten kun je niet dwingen --- Naasten kun je vragen