

# Stappen richting een beweegziekenhuis

*Een kwalitatief onderzoek naar de effectieve organisatiebrede implementatie van de innovatie 'ZGT beweegt'*



26-06-2020

A.G. Potze en V. Niessink

UNIVERSITY  
OF TWENTE.



## Algemene informatie

### Studenten

Naam: V. Niessink  
Studentnummer: sXXXXXXX  
E-mailadres: -

Naam: A.G. Potze  
Studentnummer: sXXXXXXX  
E-mailadres: -

### Opleiding

Bachelor: Gezondheidswetenschappen  
Faculteit: Technische Natuurwetenschappen (TNW)

## Begeleiding

### Universiteit Twente

Eerste begeleider: dr. A.C. Bos-Nehles (Assistent professor, Faculty of Behavioural, Management and Social Sciences, Universiteit Twente)

Tweede begeleider: prof. dr. ir. R.M. Verdaasdonk (Professor, Faculty of Science and Technology, Universiteit Twente)

### Ziekenhuisgroep Twente

Begeleider: M. Kerkemeyer, afdeling Fysiotherapie

## Contactgegevens

### Universiteit Twente

Drienerlolaan 5  
7522 NB Enschede

### Ziekenhuisgroep Twente

Zilvermeeuw 1  
7609 PP Almelo

## Voorwoord

Voor u ligt de scriptie 'Stappen richting een beweegziekenhuis'. Wij hebben dit onderzoek uitgevoerd in opdracht van Margot Kerkemeyer, fysiotherapeute bij ZGT en lid van het projectteam van 'ZGT beweegt'. Met dit onderzoek studeren wij af voor de bachelor Gezondheidswetenschappen aan de Universiteit Twente.

De periode van het afstuderen hebben wij met veel enthousiasme en ambitie doorlopen. Door COVID-19 werd de uitvoerbaarheid van dit onderzoek onzeker en is de opzet aangepast. Tijdens deze periode hebben onze begeleiders geholpen met het bijstellen van ons plan van aanpak. Ondanks dat wij soms gestrest waren, bleef onze motivatie groot en zijn wij tevreden met het eindresultaat. In deze periode hebben wij onze interviewvaardigheden vergroot en geleerd om oplossingsgericht te werken.

Een speciaal dankwoord gaat uit naar onze eerste begeleider, Anna Bos-Nehles, voor de persoonlijke begeleiding, feedback en motiverende woorden tijdens dit onderzoek. Onze externe begeleider, Margot Kerkemeyer, heeft ons altijd veel vrijheid gegeven in de uitvoering van dit onderzoek. Ze was altijd bereid tot het beantwoorden van onze vragen en heeft ons gesteund in onze keuzes, waarvoor wij haar willen bedanken. Ook willen wij onze tweede begeleider, Ruud Verdaasdonk, bedanken voor zijn opbouwende feedback om ons onderzoek in de goede richting te sturen. Dit onderzoek had niet uitgevoerd kunnen worden zonder de bijdrage van alle geïnterviewden. De motivatie en inzet van hen om mee te werken aan ons onderzoek bleef ondanks COVID-19 groot, dit wordt zeer door ons gewaardeerd. Tot slot zijn wij erg blij met de steun en wijze woorden die wij hebben ontvangen van familie en vrienden.

Veel plezier met het lezen van onze scriptie!

Annemieke Potze en Vera Niessink

*Enschede, 26 juni 2020*

## Management samenvatting

Tot op heden staat tijdens een ziekenhuisopname het bed centraal en zijn patiënten weinig fysiek actief. Weinig beweging heeft voor patiënten van alle leeftijdscategorieën negatieve gevolgen, waaronder een afname in spierkracht, problemen met cognitie en een langere ziekenhuisopname. Om deze negatieve gevolgen te voorkomen, zetten een aantal ziekenhuizen interventies in die gericht zijn op het stimuleren van fysieke activiteit. Vijf ziekenhuizen in Nederland zijn koploper op het gebied van beweging. Ziekenhuisgroep Twente (ZGT) streeft naar het worden van een beweegziekenhuis, waarbij patiënten (meer) gestimuleerd worden tot beweging. In ZGT is vanuit de afdeling Fysiotherapie gestart met de innovatie 'ZGT beweegt'. Twee afdelingen doen mee aan een pilot om deze innovatie op hun afdeling te implementeren. Het projectteam wil 'ZGT beweegt' graag implementeren in het gehele ziekenhuis. Het is echter onbekend hoe effectieve organisatiebrede implementatie wordt bereikt. Op basis hiervan is de volgende onderzoeksvraag opgesteld en bijbehorende deelvragen:

### ***"Welke stappen kan ZGT zetten om de op de werkvloer ontstane innovatie 'ZGT beweegt' organisatiebreed effectief te implementeren?"***

1. *Wat kan ZGT leren van ziekenhuizen in Nederland die koplopers zijn op het gebied van beweegziekenhuizen?*
2. *Wat zijn de ervaringen van unithoofden, fysiotherapeuten en verpleegkundigen met de pilot van de innovatie 'ZGT beweegt'?*
3. *Hoe kunnen bestuurders, managers, unithoofden en verpleegkundigen van ZGT bijdragen aan de organisatiebrede effectieve implementatie van de innovatie 'ZGT beweegt'?*

Om deze vragen te beantwoorden, is een kwalitatief onderzoek uitgevoerd. In totaal zijn 29 semigestructureerde interviews afgenomen. Deze zijn gehouden met projectleiders van koploper beweegziekenhuizen en bij ZGT met de Raad van Bestuur (RvB), een medewerker van de Coöperatie Medisch Specialisten (CMS), managers van het clustermanagement (cluster MT), unithoofden, verpleegkundigen en fysiotherapeuten van zowel de pilotafdelingen als andere klinische afdelingen.

Uit de interviews bleek dat de koploper beweegziekenhuizen voor het merendeel dezelfde interventies inzetten, zoals beweegmeters en verbouwingen van afdelingen. De koplopers zijn allen met een pilot begonnen en hebben bij aanvang van hun beweegproject(en) op afdelingsniveau met een multidisciplinaire werkgroep een implementatieplan opgesteld. Hierbij werd een kartrekker, ofwel *champion*, aangesteld om de werkvloer te motiveren en stimuleren. Metingen van fysieke activiteit werden ingezet ter identificatie van behoeften en evaluatie van de implementatie. De projectleiders ervaarden dezelfde barrières bij implementatie, zoals een gebrek aan tijd, ruimte en geld. Het lijkt erop dat patiënten meer uit het ziekenhuisbed komen, maar er is geen daadwerkelijke verhoging in de fysieke activiteit gemeten.

De ervaringen van de pilotafdelingen zijn in tabel 4 in paragraaf 4.2.2 overzichtelijk weergegeven. De deelnemers gaven aan enthousiast te zijn over 'ZGT beweegt' en mobilisatie leuker te vinden dan voorheen. Het project bleek echter geen onderdeel te zijn van de routines en standaard zorg (ofwel *usual care*). Ervaren barrières bij de pilot waren voornamelijk praktisch van aard. Onderdeel hiervan zijn het tekort aan financiering voor het inrichten van ruimtes en de aanschaf van middelen én de beschikbare tijd voor mobilisatie. Daarnaast ontbrak bij patiënten en zorgverleners soms ook de motivatie voor mobilisatie.

De vastgestelde taken en verantwoordelijkheden bij organisatiebrede implementatie van 'ZGT beweegt' zijn opgenomen in tabel 6 in paragraaf 4.3.1. De bestuurs- en managementlaag werd

door de geïnterviewden als verantwoordelijk gezien voor de verwerking van 'ZGT beweegt' in het meerjarenbeleid en/of visie van het ziekenhuis. Het doel is hiervan is borging van het project. De bestuurs- en managementlaag moet uitdragen dat zij zich aansluit bij ZGT als beweegziekenhuis door bijvoorbeeld het plaatsen van berichten op het intranet genaamd KLIK. Daarnaast kunnen bestuurders en managers de implementatie faciliteren en monitoren. Het cluster MT kan *key performance indicators* opstellen ten behoeve van de monitoring. De CMS en de RvB kunnen implementatie faciliteren door het aanbieden van educatie en financiële middelen. Het houden van presentaties in kleinschalige bijeenkomsten over 'ZGT beweegt' behoort tot de verantwoordelijkheden van het cluster MT en de CMS. Het cluster MT is ook verantwoordelijk voor het aanpassen van de werkprocessen, zodat deze aansluiten bij de visie van ZGT als beweegziekenhuis. Desgewenst kunnen managers unithoofden aansturen op de implementatie van 'ZGT beweegt'. Unithoofden zijn verantwoordelijk voor het aansturen, informeren en stimuleren van de werkvloer. Verpleegkundigen zijn eindverantwoordelijk voor de mobilisatie van patiënten.

Als één van de volgende stappen in het implementatieproces moet de RvB de visie van ZGT als beweegziekenhuis in het meerjarenbeleid opnemen. Daarnaast kunnen zij een 90-dagen methodiek inzetten gericht op fysieke activiteit ter bevordering van de organisatiebrede implementatie van 'ZGT beweegt'. Vervolgonderzoek kan zich richten op de identificatie van de *patient journey* en/of gedragsverandering van de werkvloer en de bestuurs- en managementlaag bij op de werkvloer ontstane innovaties.

Concluderend is het combineren van de top-down en bottom-up methoden, waarbij implementatie multidisciplinair en afdelingsspecifiek wordt aangepakt, van belang bij effectieve organisatiebrede implementatie van 'ZGT beweegt'

## Samenvatting voor projectleiders 'ZGT beweegt'

Tot op heden staat tijdens een ziekenhuisopname het bed centraal en zijn patiënten weinig fysiek actief. Weinig beweging heeft voor patiënten van alle leeftijdscategorieën negatieve gevolgen, waaronder een afname in spierkracht, problemen met cognitie en een langere ziekenhuisopname. Om deze negatieve gevolgen te voorkomen, zetten een aantal ziekenhuizen interventies in die gericht zijn op het stimuleren van fysieke activiteit. Vijf ziekenhuizen in Nederland zijn koploper op het gebied van beweging. Ziekenhuisgroep Twente (ZGT) streeft naar het worden van een beweegziekenhuis, waarbij patiënten (meer) gestimuleerd worden tot beweging. In ZGT is vanuit de afdeling Fysiotherapie gestart met de innovatie 'ZGT beweegt'. Twee afdelingen doen mee aan een pilot om deze innovatie op hun afdeling te implementeren. Het projectteam wil 'ZGT beweegt' graag implementeren in het gehele ziekenhuis. Het is echter onbekend hoe ZGT effectieve organisatiebrede implementatie kan bereiken. Op basis hiervan is de volgende onderzoeksvraag opgesteld en bijbehorende deelvragen:

### ***"Welke stappen kan ZGT zetten om de op de werkvloer ontstane innovatie 'ZGT beweegt' organisatiebreed effectief te implementeren?"***

- 1. Wat kan ZGT leren van ziekenhuizen in Nederland die koplopers zijn op het gebied van beweegziekenhuizen?*
- 2. Wat zijn de ervaringen van unithoofden, fysiotherapeuten en verpleegkundigen met de pilot van de innovatie 'ZGT beweegt'?*
- 3. Hoe kunnen bestuurders, managers, unithoofden en verpleegkundigen van ZGT bijdragen aan de organisatiebrede effectieve implementatie van de innovatie 'ZGT beweegt'?*

Om deze vragen te beantwoorden, is een kwalitatief onderzoek uitgevoerd. In totaal zijn 29 semigestructureerde interviews afgenomen. Het merendeel van de interviews vond plaats door middel van videobellen en een aantal deelnemers hebben schriftelijk antwoord gegeven. Er zijn interviews gehouden met projectleiders van koploper beweegziekenhuizen en bij ZGT met de Raad van Bestuur (RvB), een medewerker van de Coöperatie Medisch Specialisten (CMS), managers van het clustermanagement (cluster MT), unithoofden, verpleegkundigen en fysiotherapeuten van zowel de pilotafdelingen als andere klinische afdelingen. Er is gekozen voor het betrekken van de projectleiders van de koploper beweegziekenhuizen, omdat zij ervaringsdeskundigen zijn op dit gebied. Bij de tweede deelvraag zijn unithoofden, fysiotherapeuten en verpleegkundigen geïnterviewd die lid zijn van de werkgroep van 'ZGT beweegt' op hun afdeling. Bij deelvraag drie is gefocust op klinische afdelingen, omdat zij prioriteit hebben bij organisatiebrede implementatie.

De geïnterviewden hebben onder andere vragen beantwoord over ervaren barrières bij de implementatie van het project, de mogelijke taken van stakeholders bij de organisatiebrede implementatie, de manier waarop de implementatie is aangepakt én implementatiemethoden en -strategieën. De interviews zijn getranscribeerd en vervolgens inductief gecodeerd.

Uit de interviews bleek dat de koploper beweegziekenhuizen voor het merendeel dezelfde interventies inzetten, zoals beweegmeters en het verbouwen van afdelingen. Een overzicht van de interventies is weergegeven in afbeelding 2. De koplopers zijn allen met een pilot begonnen. Bij aanvang van hun beweegproject(en) op afdelingsniveau stellen zij in samenwerking met een multidisciplinaire werkgroep het implementatieplan op. Hierbij werd een kartrekker, ofwel *champion*, aangesteld om de werkvloer te motiveren en stimuleren. Metingen van fysieke activiteit werden ingezet ter identificatie van behoeften en evaluatie van de implementatie. De projectleiders ervaarden dezelfde barrières, zoals een gebrek aan tijd,

ruimte en geld. Het lijkt erop dat patiënten meer uit het ziekenhuisbed komen, maar er is geen daadwerkelijke verhoging in de fysieke activiteit gemeten.

De ervaringen van de pilotafdelingen zijn in tabel 4 in paragraaf 2.2.2 overzichtelijk weergegeven. De deelnemers gaven aan in het algemeen enthousiast te zijn over 'ZGT beweegt' en mobilisatie leuker te vinden dan voorheen. Het project bleek echter geen onderdeel te zijn van de routines en standaard zorg (ofwel *usual care*). Patiënten gaan vaak niet uit zichzelf naar de lunchgroep en/of verpleegkundigen vergeten de lunchgroep en het kaartensysteem. Het ontbreken van *usual care* is ten dele te verklaren door COVID-19 én de korte periode tussen de start van de pilot en dit onderzoek. Andere ervaren barrières bij de pilot waren voornamelijk praktisch van aard. Door een tekort aan financiering is de lunchkamer ongezellig. Door een tekort aan tijd worden patiënten niet altijd gestimuleerd tot mobilisatie. Daarnaast ontbrak bij patiënten en zorgverleners soms ook de motivatie voor mobilisatie.

De vastgestelde taken en verantwoordelijkheden bij organisatiebrede implementatie van 'ZGT beweegt' zijn opgenomen in tabel 6 (paragraaf 4.3.1). Bij de organisatiebrede implementatie hebben unithoofden een centrale rol en zij zijn verantwoordelijk voor het aansturen, informeren en stimuleren van de werkvloer. Dit kunnen zij doen door het te bespreken in een teamoverleg of het gebruik maken van massamedia door bijvoorbeeld het plaatsen van berichten op het intranet genaamd KLIK. Verpleegkundigen zijn eindverantwoordelijk voor de mobilisatie van patiënten. Verpleegkundigen en unithoofden kunnen beiden lid zijn van een werkgroep en zo bijdragen aan de identificatie van behoeften en de ontwikkeling van materialen. Zowel het bestuur als het management werd door de geïnterviewden als verantwoordelijk gezien voor de verwerking van 'ZGT beweegt' in het meerjarenbeleid en/of visie van het ziekenhuis. Zij moeten uitdragen dat zij zich aansluiten bij ZGT als beweegziekenhuis én de implementatie faciliteren en monitoren.

Als één van de volgende stappen in het implementatieproces kunnen de gevonden problemen en barrières worden opgelost. Daarnaast kan meer gefocust worden op interventies die specifiek gericht zijn op het verhogen van de fysieke activiteit. Wanneer implementatie wordt uitgebreid, moet per afdeling een multidisciplinaire werkgroep worden opgericht en de stappen zoals beschreven in paragraaf 4.4 worden gevolgd. Het is van belang om af te wegen of de kosten van 'ZGT beweegt' op (gaan) wegen tegen de baten, voordat het project wordt uitgerold naar andere afdelingen. Vervolgonderzoek kan zich richten op de identificatie van de *patient journey*.

Concluderend is het combineren van de top-down en bottom-up methoden, waarbij implementatie multidisciplinair en afdelingsspecifiek wordt aangepakt, van belang bij effectieve organisatiebrede implementatie van 'ZGT beweegt'.

## Leeswijzer

Deze scriptie start met de inleiding in [hoofdstuk 1](#), waarin de aanleiding van dit onderzoek wordt besproken en de opgestelde hoofd- en deelvragen worden gepresenteerd. [Hoofdstuk 2](#) beschrijft de relevante literatuur, definities en het model van Grol en Wensing. De gebruikte methoden worden toegelicht in [hoofdstuk 3](#). De resultaten van de interviews worden beschreven in [hoofdstuk 4](#). In [hoofdstuk 5](#), de discussie, worden de deelvragen bediscussieerd, beperkingen van dit onderzoek besproken en aanbevelingen gegeven. In het laatste hoofdstuk, ofwel [hoofdstuk 6](#), staat de conclusie van dit onderzoek.

Om een volledig beeld van dit onderzoek te krijgen, is het verstandig om het gehele document te lezen. Vanwege de omvang van deze scriptie en de verscheidenheid aan onderwerpen, wordt hieronder per doelgroep aangegeven welke onderdelen overwegend voor hen van belang zijn.

### Bestuurs- en managementlaag van ZGT

Het wordt voor de bestuurs- en managementlaag aangeraden om [paragraaf 4.3](#), de resultaten van deelvraag 3, te lezen. Het belangrijkste onderdeel deze paragraaf, de taakverdeling, staat in **tabel 6** weergegeven. In [paragraaf 4.4](#) wordt het gehele implementatieproces van 'ZGT beweegt' in een flowchart weergegeven, dit kan nuttig zijn om door te nemen. Van hoofdstuk 5, de discussie wordt aangeraden de discussie van alle deelvragen te lezen (paragraaf [5.1 t/m 5.3](#)) en de praktische implicaties, paragraaf [5.4.2](#).

### Projectleiders en -teamleden 'ZGT beweegt'

Voor de projectleiders en -teamleden is het gehele onderzoek belangrijk. Extra belangrijk zijn de resultaten, de discussie en de conclusie. Dit zijn respectievelijk **hoofdstuk 4**, **5** en **6**.

### Unithoofden en verpleegkundigen van ZGT

In [paragraaf 4.3](#) worden de taken van unithoofden en verpleegkundigen bij implementatie in **tabel 6** weergegeven. Het wordt daarnaast ook aangeraden om [paragraaf 5.3](#) te lezen waarin de bijdrage van onder andere unithoofden en verpleegkundigen wordt bediscussieerd.

### Lezers van andere (beweeg)ziekenhuizen

Wat de belangrijkste onderdelen voor lezers van andere (beweeg)ziekenhuizen zijn, hangt af van de kennis over de implementatie van beweegprojecten. Wanneer een ziekenhuis nog géén kennis heeft over hoe zij een beweegziekenhuis (kunnen) worden, is het gehele onderzoek, en in het bijzonder hoofdstuk [4](#) en [5](#), nuttig om te lezen. Binnen hoofdstuk 4 en 5 zijn de paragrafen over de ervaringen, te weten paragrafen [4.1.5](#) (koplopers) en [4.2.2](#) (ZGT) belangrijk. Daarnaast worden in [paragraaf 4.1.7](#) adviezen gegeven voor het worden van een beweegziekenhuis. **Tabel 6** over de taakverdeling bij implementatie en de flowchart over het implementatieproces van (beweeg)projecten ([paragraaf 4.4](#)) zijn ook van belang. Wanneer een ziekenhuis al verder gevorderd is, zijn voornamelijk de flowchart ([paragraaf 4.4](#)) en de praktische implicaties weergegeven in paragraaf [5.4.2](#) van belang.

## Inhoudsopgave

|                                                                                                                           |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Voorwoord.....                                                                                                            | 3  |
| Management samenvatting .....                                                                                             | 4  |
| Samenvatting voor projectleiders ‘ZGT beweegt’.....                                                                       | 6  |
| Leeswijzer .....                                                                                                          | 8  |
| Hoofdstuk 1: Inleiding .....                                                                                              | 11 |
| Hoofdstuk 2 Theoretisch kader .....                                                                                       | 13 |
| 2.1 Literatuur over beweegziekenhuizen.....                                                                               | 13 |
| 2.1.1 Definitie beweegziekenhuis .....                                                                                    | 13 |
| 2.1.2 Omschrijving van de koploper beweegziekenhuizen in Nederland.....                                                   | 13 |
| 2.2 Literatuur over implementatie.....                                                                                    | 14 |
| 2.2.1 Definitie implementatie .....                                                                                       | 14 |
| 2.2.2 Top-down en bottom-up implementatie.....                                                                            | 15 |
| 2.2.3 Relevant wetenschappelijk onderzoek naar implementatie van interventies ter bevordering van fysieke activiteit..... | 15 |
| 2.3 Implementatiemodel van Grol en Wensing.....                                                                           | 16 |
| Hoofdstuk 3: Onderzoeksmethoden .....                                                                                     | 18 |
| 3.1 Stakeholders bij implementatie van ‘ZGT beweegt’.....                                                                 | 18 |
| 3.1.1 Selectie stakeholders .....                                                                                         | 18 |
| 3.1.2 Toelichting organisatiestructuur ZGT .....                                                                          | 18 |
| 3.2 Onderzoeksdesign .....                                                                                                | 19 |
| 3.2.1 Werving en selectie van de onderzoekspopulatie .....                                                                | 19 |
| 3.2.4 Data-verzameling .....                                                                                              | 19 |
| 3.2.5 Data-analyse .....                                                                                                  | 20 |
| 3.2.6 Ethische overwegingen.....                                                                                          | 21 |
| 3.2.7 Impact COVID-19 .....                                                                                               | 21 |
| Hoofdstuk 4 Resultaten .....                                                                                              | 22 |
| 4.1 Resultaten deelvraag 1 .....                                                                                          | 22 |
| 4.1.1 Interventies van koploper beweegziekenhuizen.....                                                                   | 22 |
| 4.1.2 Stakeholders bij de koploper beweegziekenhuis .....                                                                 | 23 |
| 4.1.4 Implementatie aanpak van de koploper beweegziekenhuizen .....                                                       | 24 |
| 4.1.5 Negatieve ervaringen, problemen en barrières bij koploper beweegziekenhuizen .....                                  | 27 |
| 4.1.6 Resultaten van koploper beweegziekenhuizen .....                                                                    | 28 |
| 4.1.7 Adviezen van projectleiders voor starten beweegziekenhuis .....                                                     | 29 |
| 4.2 Resultaten deelvraag 2 .....                                                                                          | 30 |
| 4.2.1 Implementatie aanpak op pilotafdelingen ‘ZGT beweegt’.....                                                          | 30 |
| 4.2.2 Positieve en negatieve ervaringen met de pilot van ‘ZGT beweegt’ .....                                              | 31 |
| 4.2.3 Ervaren resultaten bij de pilot van ‘ZGT beweegt’ .....                                                             | 35 |

|                                                                                                                               |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 4.2.4 Verbeterpunten bij de pilot van 'ZGT beweegt' .....                                                                     | 35 |
| 4.3 Resultaten deelvraag 3 .....                                                                                              | 37 |
| 4.3.1 Taken bij organisatiebrede implementatie van 'ZGT beweegt' .....                                                        | 37 |
| 4.3.2 Betrokkenheid, aansturing en samenwerking bij 'ZGT beweegt' .....                                                       | 39 |
| 4.3.3 Gebruik van implementatiestrategieën bij 'ZGT beweegt' .....                                                            | 40 |
| 4.3.4 Organisatiestructuur van ZGT.....                                                                                       | 42 |
| 4.3.5 Bottom-up en top-down implementatie 'ZGT beweegt' .....                                                                 | 42 |
| 4.3.6 Visie ZGT als beweegziekenhuis.....                                                                                     | 43 |
| 4.4 Hoe ziet het implementatieproces van een beweegziekenhuis er uit?.....                                                    | 44 |
| Hoofdstuk 5: Discussie .....                                                                                                  | 47 |
| 5.1 Wat kan ZGT leren van koploper beweegziekenhuizen?.....                                                                   | 47 |
| 5.2 Wat zijn de ervaringen met de pilot van de innovatie 'ZGT beweegt'?.....                                                  | 47 |
| 5.3 Hoe kunnen bestuurders, managers, unithoofden en verpleegkundigen bijdragen aan de implementatie van 'ZGT beweegt'? ..... | 48 |
| 5.4 Theoretische en praktische implicaties.....                                                                               | 49 |
| 5.4.1 Theoretische implicaties .....                                                                                          | 49 |
| 5.4.2 Praktische implicaties .....                                                                                            | 50 |
| 5.5 Methodologische overwegingen.....                                                                                         | 52 |
| 5.6 Aanbevelingen vervolgonderzoek .....                                                                                      | 53 |
| Hoofdstuk 6: Conclusie.....                                                                                                   | 54 |
| Referenties.....                                                                                                              | 55 |
| Bijlage 1: Overzicht benaderde potentiële respondenten en non-respons .....                                                   | 59 |
| Bijlage 2: Overzicht geïnterviewden per afdeling .....                                                                        | 61 |
| Bijlage 3: Interviewvragen deelvraag 1 .....                                                                                  | 62 |
| Bijlage 4: Model ZonMw .....                                                                                                  | 63 |
| Bijlage 5: Interviewvragen deelvraag 2: unithoofd en fysiotherapeut.....                                                      | 65 |
| Bijlage 6: Interviewvragen deelvraag 2 en 3: verpleegkundigen pilot .....                                                     | 66 |
| Bijlage 7: Interviewvragen deelvraag 3: verpleegkundigen niet-pilot.....                                                      | 68 |
| Bijlage 8: Interviewvragen deelvraag 3: unithoofden niet-pilot afdelingen .....                                               | 70 |
| Bijlage 9: Interviewvragen deelvraag 3: Cluster Management .....                                                              | 72 |
| Bijlage 10: Interviewvragen deelvraag 3: Coöperatie Medisch Specialisten.....                                                 | 76 |
| Bijlage 11: Interviewvragen deelvraag 3: Raad van Bestuur .....                                                               | 79 |
| Bijlage 12: Voorbeelden codering.....                                                                                         | 82 |
| Bijlage 13: Voorblad schriftelijke interviewvragen .....                                                                      | 84 |
| Bijlage 14: Suggesties ter aanvulling van 'ZGT beweegt' .....                                                                 | 85 |

## Hoofdstuk 1: Inleiding

De gemiddelde patiënt brengt tijdens een ziekenhuisopname vaak meer dan 71% (1,2) van de tijd in het bed door, terwijl dit niet altijd noodzakelijk is. Deze centrale positie van het bed tijdens de ziekenhuisopname wordt veroorzaakt door onder andere de inrichting van het ziekenhuis en het stereotype beeld van patiënten in pyjama (3). Beperkte fysieke activiteit is een gevolg van de centrale positie. Uit onderzoek blijkt dat patiënten minder dan 10% van de tijd in het ziekenhuis staand of lopend doorbrengen (2). Weinig beweging tijdens een ziekenhuisopname heeft voor patiënten van alle leeftijden negatieve gevolgen. Uit onderzoek (4) blijkt dat oudere patiënten met weinig fysieke activiteit een 34 keer hogere kans hebben om te overlijden ten opzichte van patiënten die minimaal twee keer per dag wandelen. Andere negatieve gevolgen zijn een verminderde longfunctie en afgenomen spierkracht (5), maar ook problemen met de huid en cognitie (6). Daarnaast kan beperkte beweging resulteren in een langer ziekenhuisverblijf (7).

Interventies van ziekenhuizen die gericht zijn op het stimuleren van mobilisatie, resulteren in een verhoogde fysieke activiteit (7–9). Het verspreiden van informatie over bewegen is een voorbeeld van dergelijke stimulatie. In een onderzoek (9) naar het gebruik van een protocol gericht op vroegtijdige mobilisatie werd het percentage patiënten dat binnen 72 uur na opname bewoog verhoogd van 15% tot ruim 70%.

In Nederland zijn er vijf koploper beweegziekenhuizen (10). Ziekenhuisgroep Twente (ZGT) streeft ook naar het worden van een beweegziekenhuis, waarbij patiënten meer gestimuleerd worden tot beweging (11). Op initiatief van de afdeling Fysiotherapie is hierom het project 'ZGT beweegt' gestart. Hierbij is een projectteam opgericht dat zich bezighoudt met het ontwikkelen en implementeren van interventies. 'ZGT beweegt' maakt onderdeel uit van het regionale project 'Zorg voor morgen - programma waardegedreven zorg' (12). Vanuit dit programma ontwikkelt ZGT samen met Menzis en de Verpleging, Verzorging en Thuiszorg (VVT) initiatieven om de zorg beter te organiseren.

In het kader van een masteropdracht is onderzocht welke mobilisatie interventies het meest geschikt zijn voor ZGT (13). De uitkomst hiervan was dat educatie van patiënten en hun naasten een belangrijke stap is voor ZGT om zich te ontwikkelen tot een beweegziekenhuis. Het bieden van trainingsactiviteiten, zoals fysieke oefeningen, stond op plek twee. Vervolgens is voor een andere masteropdracht onderzocht wat de verwachte problemen bij implementatie van deze interventies zijn volgens zorgprofessionals van ZGT (14). De twee gevonden kernproblemen waren onduidelijkheid over welke activiteiten onder fysieke activiteit vallen en naasten die niet durven of willen helpen bij het uitvoeren van fysieke activiteiten. Educatie van patiënten, uniformiteit over mobilisatie en de uitbreiding van het kaartensysteem<sup>1</sup> zijn mogelijke oplossingen voor de kernproblemen.

ZGT is in oktober 2019 op locatie Almelo gestart met een pilot op de afdelingen 5noord en 5oost (11). De pilot is met name gericht op educatie van patiënten en bezoekers (Intern bericht ZGT, 09-01-2020). Zo ontvangen patiënten een informatiefolder bij de opname en hangen er beweegposters op iedere kamer. Daarnaast wordt gezamenlijk geluncht. Door het gehele ziekenhuis is ook informatie over het belang van bewegen verspreid. Voor patiënten, bezoekers en medewerkers van ZGT is een week vol activiteiten met betrekking tot beweging georganiseerd (Intern bericht ZGT, 09-01-2020). Deze 'ZGT beweegt week' heeft bijgedragen aan de bekendheid van het project.

---

<sup>1</sup> Bij het kaartensysteem wordt gebruik gemaakt van drie kleurcodes die aangeven in welke mate de patiënt zelfstandig kan bewegen (68). Rood staat voor: 'Alleen met hulp van verpleging of fysiotherapie lopen'. Geel staat voor: 'Met behulp van zorg assistent, familie of bezoek lopen' en groen staat voor: 'U kunt veilig en zelfstandig op de afdeling lopen'.

Vanuit de afdeling Fysiotherapie is de wens ontstaan om de innovatie 'ZGT beweegt' organisatiebreed te implementeren. Hierbij willen zij dat het ziekenhuis gaat uitdragen dat het stimuleren van fysieke activiteit bij patiënten prioriteit is, gezien de wetenschappelijk bewezen effectiviteit van bewegen op het herstel van de patiënt (M. Kerkemeyer, persoonlijke communicatie, 14-01-2020). Op dit moment is ZGT geen beweegziekenhuis, omdat de innovatie 'ZGT beweegt' nog maar kleinschalig wordt toegepast.

Zoals genoemd is de innovatie 'ZGT beweegt' op de werkvloer (bij de afdeling Fysiotherapie) ontstaan, maar organisatiebrede implementatie beïnvloedt de gehele organisatie. De programmamanager van waardegedreven zorg benadrukte dat het bij dit project gaat om een cultuurverandering, waarbij de gehele organisatie het belang van bewegen moet uitdragen (K. Nienhuis, persoonlijke communicatie, 10-03-2020). Wanneer dit niet gebeurt, blijft het een losstaand project. Succesvolle implementatie wordt bevorderd door het betrekken van zorgprofessionals, aangezien zij één van de eindgebruikers zijn (15). Uit wetenschappelijk onderzoek (16,17) blijkt dat bij effectieve organisatiebrede implementatie de ondersteuning van managers essentieel is. Wanneer innovaties ingrijpend zijn voor een organisatie, zijn zorgverleners die gemotiveerd zijn om een innovatie in te zetten (18) (ofwel *champions*) én over macht in de organisatie beschikken essentieel (19). Onder andere omdat de werkvloer niet altijd over de benodigde autoriteit en middelen beschikt (16). Op dit moment is echter niet bekend hoe zorgverleners, managers en bestuurders betrokken kunnen worden bij de implementatie van 'ZGT beweegt' en wat hierbij hun taken zijn. Het masteronderzoek van L. Abbink (13) wijst wel uit dat zorgprofessionals van ZGT zichzelf verantwoordelijk zien voor de initiatie van fysieke activiteit van patiënten.

Er is op dit moment weinig bekend over de exacte onderdelen van implementatieproces van beweegprojecten. Er zijn in de literatuur veel theoretische modellen die handvatten bieden bij het streven naar effectieve implementatie (18,20). Denk aan modellen als *Consolidation Framework for Implementation Research (CFIR)*, *Organizational readiness*, het implementatiemodel van Grol en Wensing én *Reach, Effectiveness, Adoption, Implementation, Maintenance (RE-AIM)*. Over de praktische invulling van deze en soortgelijke modellen bij mobilisatie interventies is echter weinig bekend.

Momenteel ontbreekt kennis over hoe 'ZGT beweegt' effectief organisatiebreed geïmplementeerd kan worden. Het doel van dit onderzoek is dan ook onderzoeken hoe effectieve organisatiebrede implementatie van de op de werkvloer ontstane innovatie 'ZGT beweegt' kan worden bereikt. Hiermee draagt dit onderzoek bij aan de wetenschappelijke kennis over organisatiebrede implementatie van op de werkvloer geïnitieerde (mobilisatie) projecten. Voor dit onderzoek is de volgende onderzoeksvraag opgesteld:

***"Welke stappen kan ZGT zetten om de op de werkvloer ontstane innovatie 'ZGT beweegt' organisatiebreed effectief te implementeren?"***

Grol en Wensing (18), twee onderzoekers die zich richten op implementatie in de zorg, hebben een implementatiemodel ontwikkeld voor de gezondheidszorg. Dit is een veel gebruikt model in de gezondheidssector en door onder andere UMC Utrecht ingezet tijdens de implementatie van beweegprojecten (21). Met behulp van het model zijn ter beantwoording van de onderzoeksvraag de volgende drie deelvragen opgesteld:

1. *Wat kan ZGT leren van ziekenhuizen in Nederland die koplopers zijn op het gebied van beweegziekenhuizen?*
2. *Wat zijn de ervaringen van unithoofden, fysiotherapeuten en verpleegkundigen met de pilot van de innovatie 'ZGT beweegt'?*
3. *Hoe kunnen bestuurders, managers, unithoofden en verpleegkundigen van ZGT bijdragen aan de organisatiebrede effectieve implementatie van de innovatie 'ZGT beweegt'?*

## Hoofdstuk 2 Theoretisch kader

Dit hoofdstuk start met het definiëren van het begrip ‘beweegziekenhuizen’ en geeft een korte toelichting van mobilisatie interventies die worden ingezet bij koploper ziekenhuizen. Daaropvolgend wordt ook implementatie gedefinieerd en ingegaan op implementatiemethoden (bottom-up en top-down). Relevant wetenschappelijk onderzoek naar implementatie van mobilisatie interventies wordt ook beschreven. Dit hoofdstuk sluit af met het model van Grol en Wensing.

### 2.1 Literatuur over beweegziekenhuizen

#### 2.1.1 Definitie beweegziekenhuis

In de literatuur worden verschillende termen en definities gehanteerd voor ‘beweging’. Denk aan termen als *mobilization*, *exercise* en *physical activity*. De term die in dit onderzoek wordt aangehouden, is fysieke activiteit wat door Caspersen et al. (22) als volgt is gedefinieerd: “alle lichaamsbewegingen die door skeletspieren worden geproduceerd, waarbij energie wordt verbruikt”. Binnen de verschillende definities voor fysieke activiteit wordt ook onderscheid gemaakt op basis van het moment in de tijd waarop fysieke activiteit wordt ingezet, bijvoorbeeld pre- en postoperatief. Zo is de definitie van *early mobilization* in een onderzoek (23) naar de inzet van vroegtijdige mobilisatie bij patiënten met een heup- of knieprothese als volgt: “het zo dicht mogelijk bij het tijdstip van operatie nog uit bed komen en/of lopen”.

Uit een onderzoek van Koenders et al. (5) naar de interpretatie van het concept ‘fysieke activiteit gedurende een ziekenhuisopname’ bleek dat bewegen gericht op een specifiek doel belangrijk is bij het definiëren van fysieke activiteit. In dit onderzoek benadrukken zorgverleners namelijk dat ‘bewegen om te bewegen’ niet de lading van fysieke activiteit dekt. Er bestaat op dit moment geen definitie voor de term ‘beweegziekenhuis’. De koploper beweegziekenhuizen in Nederland stellen pijlers op, waarmee zij de kern van hun beweegproject omschrijven (24,25). ZGT houdt momenteel aan dat patiënten in een beweegziekenhuis tijdens de ziekenhuisopname gestimuleerd worden om zoveel mogelijk in beweging te zijn binnen de mogelijkheden van de patiënt (11,26).

Gebaseerd op de definitie van ZGT en persoonlijke communicatie met de opdrachtgever (M. Kerkemeyer, persoonlijke communicatie, 14-02-2020) wordt in dit onderzoek de volgende definitie van een beweegziekenhuis aangehouden: “Een ziekenhuis waarin patiënten voor, tijdens en na opname gestimuleerd worden om zoveel mogelijk fysiek actief te zijn, binnen de mogelijkheden van de patiënt”.

#### 2.1.2 Omschrijving van de koploper beweegziekenhuizen in Nederland

Zoals eerder genoemd zijn er vijf koploper beweegziekenhuizen (10). Dit zijn het Radboudumc, UMC Utrecht, Deventer Ziekenhuis, De Gelderse Vallei en Leiden UMC. Deze ziekenhuizen hebben gelijksoortige interventies, zoals filmpjes en informatiepagina's over beweging en voorbeelden van oefeningen (27–30). Toch wordt stimulatie van fysieke activiteit door elk ziekenhuis anders in de praktijk gebracht.

Het Radboudumc richt zich bijvoorbeeld met het project ‘Beter uit bed’ (25) op de volgende drie speerpunten (31): mindset, materiaal en inrichting. Naar aanleiding van dit project is er een toename geconstateerd in de tijd die door patiënten besteed wordt aan zitten en lopen. Het UMC Utrecht heeft onderzoek gedaan naar het gebruik van een multidisciplinair beweegplan op de afdeling Geriatrie (24). Het plan bevatte de volgende vier onderdelen: voorlichting, bewegen als ketenzorg, beweegvriendelijke omgeving & technologie en hulp van derden. Door deze interventie brachten patiënten minder tijd in bed door, maar werd op het gebied van activiteiten, waaronder ‘fysieke beweging’, geen verschil waargenomen. Een voorbeeld van een interventie van de Gelderse Vallei is het beweegvriendelijker inrichten van

de afdeling Geriatrie (32). Leiden UMC heeft de studie genaamd 'FLITZ' (33). Een voorbeeld van een interventie binnen deze studie is 'fysiotherapie à la carte', waarbij patiënten contact kunnen opnemen met een beweegcoach. De Gelderse Vallei en Deventer ziekenhuis hebben een soortgelijke coach, respectievelijk de 'buurtsportcoach' (34) en 'beweegmakelaar' (35). Naast de beweegmakelaar heeft Deventer Ziekenhuis met het project 'Kom in Beweging' onder andere een beweeg- en beleefstuin aangelegd (36) en hebben zij een fietslabyrint (37).

## 2.2 Literatuur over implementatie

### 2.2.1 Definitie implementatie

Implementatie kan gezien worden als een proces of een resultaat (38) en betreft vaak een innovatie (39). Dit is een product of toepassing, dat nieuw is voor de ontwikkelaars en/of de gebruikers. Wanneer implementatie wordt gezien als een proces, omvat de term 'implementatie' de gehele transitieperiode (38). Hieronder vallen de volgende vier fasen: initiatie, adaptatie, acceptatie en opname in routines. Wanneer implementatie als een resultaat wordt gezien, betreft dit het resultaat op een specifiek tijdstip. Een voorbeeld hiervan is het gebruik in de dagelijkse praktijk.

Grol en Wensing (18) definiëren implementatie als volgt: 'Een gepland proces en systematische introductie van innovatie en of veranderingen van bewezen waarde; het doel is dat deze een structurele plaats in de professionele praktijk, het functioneren van een organisatie of in een gezondheidszorg structuur krijgen'.

Het simpelweg implementeren van een innovatie is niet voldoende om de beoogde doelen te bereiken van de innovatie. Grol en Wensing (18) stellen dat effectieve implementatie de feitelijke toepassing en integratie is in de normale routines en zorgprocessen. Deze definitie sluit aan bij de definitie van NIVEL (40), welke tweedelig is. Zij stellen dat een project effectief is als het einddoel (van het project) behaald wordt, of wanneer het geïntegreerd is in de bestaande procedures en/of organisatie. De mate van succes wordt aan de hand van deze onderdelen gescoord. Trullen, Bos-Nehles en Valverde (38) hebben een definitie van effectieve implementatie opgesteld die aansluit bij eerdergenoemde definities, maar gaan daarnaast ook in op de actoren en het gebruik. De definitie is als volgt: "*HRM implementation effectiveness occurs when the relevant organizational actors use an HRM policy or practice consistently, skilfully, and in ways that are congruent with its original purpose, even if the policy or practice has been modified during the implementation process*". Zoals omschreven in het artikel kan de term "HRM" in deze definitie ook weggelaten worden. Binnen deze definitie is de *original purpose* vergelijkbaar met het behalen van het einddoel, zoals omschreven door NIVEL. Het einddoel van 'ZGT beweegt' is dat patiënten van ZGT meer dan 25% van de dag fysiek actief zijn binnen de mogelijkheden van de individuele patiënt (11). *Consistently* en *skillfully* in de definitie duiden op bekwaam gebruik van de innovatie wanneer het nodig is. Het artikel beschrijft ook het begrip *routinization*, wat vergelijkbaar is met wat NIVEL beschrijft als 'integratie in bestaande procedures' en Grol en Wensing als 'structurele plaats in praktijk'. Deze en vergelijkbare termen worden in dit onderzoek aangeduid als *usual care* (18).

In de literatuur worden de termen 'succesvol' en 'effectief' door elkaar gebruikt. In deze scriptie is gekozen voor het gebruik van de term 'effectief'. Op basis van de in de literatuur omschreven definities hebben de onderzoekers voorwaarden van effectieve implementatie van de innovatie 'ZGT beweegt' opgesteld. Dit is het gewenste resultaat van het implementatieproces, ofwel de transitieperiode. De innovatie 'ZGT beweegt' is effectief geïmplementeerd wanneer:

- De innovatie 'ZGT beweegt' onderdeel is van *usual care*;
- De innovatie bekwaam en wanneer nodig gebruikt wordt;
- Patiënten meer dan 25% van de dag fysiek actief zijn.

### 2.2.2 Top-down en bottom-up implementatie

Grofweg zijn er twee implementatiemethoden, namelijk top-down en bottom-up. Bij top-down implementatie wordt beleid op macroniveau opgesteld door besluitvormers (41). De besluitvormers zijn bij deze benadering de hoofdstakeholders en zijn verantwoordelijk voor het formuleren van oplossingen. Een voordeel van deze methode is dat de werkwijze en/of het gevormde beleid aansluit op de doelstellingen van de organisatie (42,43). Bij een top-down methode worden verantwoordelijkheden en aansprakelijkheden duidelijk weergegeven (43). Een al in de inleiding omschreven voordeel is dat er bij top-down implementatie sprake is van autoriteit en men makkelijker beschikking heeft over de benodigde middelen, zoals geld (44). Kritiek op de top-down implementatie betreft met name de rolverdeling, omdat de werkvloer, ofwel het microniveau, weinig tot niet betrokken wordt bij het opstellen van beleid (41,43,44). Dit kan leiden tot verzet bij de uitvoerende laag (41). De top-down methode heeft ook specifieke gevolgen wanneer deze toegepast wordt in een gezondheidszorgsetting. Een nadeel is dat een hiërarchische structuur kan resulteren in fouten in de geleverde zorg (45). Wanneer aansturing ingezet wordt voor een verbetering van de kwaliteit van zorg, is dit een top-down methode (46). Onderzoek (46) wijst hierbij uit dat strengere aansturing resulteert in een hogere kwaliteit van zorg.

Naast een top-down methode kan er ook gekozen worden voor een bottom-up methode. Hierbij vormt de praktijk het startpunt en komt een voorstel tot verandering vanuit de werkvloer (47). Het voorstel ontstaat bij deze methode door de behoefte van de werkvloer om een werkwijze aan te passen. Een voordeel van de bottom-up methode is dat werknemers zich meer betrokken voelen bij veranderprocessen (42). Een nadeel van de bottom-up methode is het risico op inconsistente werkwijzen (41). Bovendien verloopt verandering langzamer en kan de mate van adoptie verschillen (43). De bottom-up methode heeft ook specifieke gevolgen in de gezondheidszorgsetting. Door middel van een bottom-up benadering wordt soms informeel beleid gevormd in de zorg. Dit kan bijdragen aan de ontwikkeling van het formele beleid. Uiteindelijk wordt hiermee het gevoel van *ownership* van de zorgverleners versterkt (45).

### 2.2.3 Relevant wetenschappelijk onderzoek naar implementatie van interventies ter bevordering van fysieke activiteit

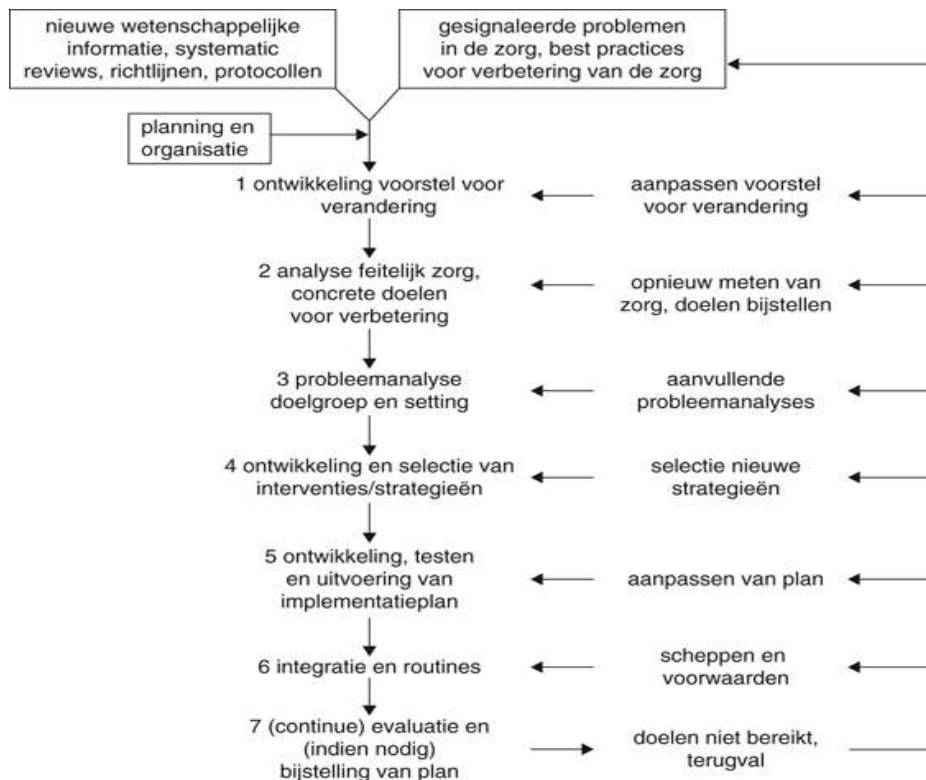
Wetenschappelijke onderzoeken op het gebied van fysieke activiteit in het ziekenhuis richten zich voornamelijk op de implementatie van beweeginterventies en ervaren barrières bij de implementatie. Een specifiek voorbeeld van een dergelijk onderzoek is *'The Mobilization of Vulnerable Elders - MOVE'* (48), waarbij het mobilisatie programma 'MOVE' wordt opgeschaald. Dit programma focust op vroegtijdige mobilisatie interventies en maakt gebruik van verschillende implementatiemodellen, zoals de *knowledge action* cyclus en de *Select, Tailor, Plan and Engage* (STEP) tool. Uit dit onderzoek is gebleken dat het gebruik van *champions*, scholing van patiënten en zorgverleners en/of *audit-feedback* de implementatie bevorderen. MOVE resulteerde bij de deelnemende ziekenhuizen in eerste instantie in een stijging van fysieke activiteit bij patiënten tijdens de implementatieperiode. Dit percentage daalde echter na afloop van de implementatieperiode. Desondanks waren patiënten meer fysiek actief dan vóór de implementatie het geval was.

Andere onderzoeken (8,9,49–51) gaan dieper in op ervaren barrières bij de implementatie van mobilisatie interventies in ziekenhuizen. De barrières worden hierbij geclusterd in drie niveaus (50), namelijk: de patiënt, de zorgverlener en de afdeling. Ervaren barrières voor de patiënt zijn bijvoorbeeld de angst om een arts mis te lopen, fysieke en cognitieve status (50) of weinig vertrouwen in het eigen lichaam (49). Zorgverleners worden beperkt door de beschikbare hoeveelheid tijd (8,53), hebben te weinig scholing (8), zijn niet op de hoogte van de fysieke status van de patiënt door slechte documentatie van de functionele status (8,50) of twijfelen aan de aanpak (9,49). Een voorbeeld van een ervaren barrière op het niveau van de afdeling

is dat de afdeling niet altijd optimaal ingericht is voor het stimuleren van mobilisatie (49). Zo wordt beweging bijvoorbeeld door de ziekenhuisapparatuur soms beperkt (49). Ook is er vaak sprake van onderbezetting (51). Daarnaast is er vaak geen consistent systeem voor het documenteren en monitoren van de mobilisatie van de patiënt (50).

### 2.3 Implementatiemodel van Grol en Wensing

Zoals omschreven in de inleiding hebben Grol en Wensing een implementatiemodel opgesteld dat stapsgewijs beschrijft hoe vernieuwingen in de zorg ingevoerd kunnen worden (53). In afbeelding 1 wordt het model schematisch weergegeven.



Afbeelding 1: Implementatiemodel Grol en Wensing (18)

Het model start bij een aanleiding voor een verandering (18). In de eerste stap wordt een voorstel ontwikkeld, waarin de gewenste verandering wordt beschreven. Hierin worden onder andere de kenmerken, zoals de doelgroep en de scope van de innovatie, toegelicht. De tweede stap richt zich op de huidige situatie en beschrijft de verschillen tussen de gewenste en de huidige situatie. In deze fase wordt ook een *sense of urgency* opgewekt. Dit houdt in dat men zich realiseert dat er iets verbeterd moet worden en dat zij daar zelf onderdeel van zijn. Bij de derde stap worden de factoren bepaald die invloed hebben op succesvolle implementatie. Het vaststellen van de doelgroep is hier onderdeel van. Bij stap vier worden de interventies en de daarbij behorende strategieën ontwikkeld en geselecteerd (18). Er is een begrippenkader (54) toegepast op patiëntenzorg én preventie met betrekking tot strategieën voor implementatie. Er wordt hierbij onderscheid gemaakt tussen strategieën gericht op het individu, de organisatiestructuur, werkprocessen, organisatieprocessen en de maatschappij. Een voorbeeld van een strategie gericht op het individu is 'gebruik van massamedia' (54). In de meeste gevallen is een combinatie van de strategieën het meest effectief (18).

Het geven van aandacht aan de effectieve verspreiding en aanmoedigen van acceptatie staan centraal in de vijfde stap (18). Het advies is om op kleine schaal te beginnen met het testen van het plan, waarbij de doelgroep betrokken moet zijn. Hierbij worden taken, procedures en verantwoordelijkheden verdeeld. In deze fase kan ook aandacht gegeven worden aan de organisatiecultuur en het opstellen van langere termijn doelen. Na de vijfde stap is het de bedoeling dat de verandering onderdeel gaat uitmaken van de dagelijkse routine (18). Bij de zevende (en laatste) stap vindt de evaluatie van het implementatieproces plaats. Indien de beoogde doelen van implementatie niet bereikt zijn, kan een deel van het proces opnieuw doorlopen worden.

Het model van Grol en Wensing wordt als hulpmiddel gebruikt bij het beantwoorden van de hoofdvraag. Dit onderzoek richt zich op de eerste vier stappen en een gedeelte van stap vijf van het model. De laatste drie stappen van het model richten zich op de daadwerkelijke uitvoering van de implementatie op de werkvloer, wat buiten de scope van dit onderzoek valt. De gevonden stappen ter beantwoording van de onderzoeksvraag bestaan niet uit de invulling van dit model.

## Hoofdstuk 3: Onderzoeksmethoden

Dit hoofdstuk start met een omschrijving van de selectie van de stakeholders, waarbij wordt toegelicht waarom enkele stakeholders buiten beschouwing zijn gelaten. Vervolgens wordt de onderzoekspopulatie en dataverzameling per deelvraag benoemd. Hierna volgt de opzet van de data-analyse voor de desbetreffende onderzoeksmethoden. Tot slot worden de ethische overwegingen kort toegelicht.

### 3.1 Stakeholders bij implementatie van 'ZGT beweegt'

#### 3.1.1 Selectie stakeholders

De stakeholder selectie van dit onderzoek is gebaseerd op het organogram van ZGT (55) en gesprekken met de opdrachtgever. In dit onderzoek zijn de volgende stakeholders betrokken: projectleiders van koploper beweegziekenhuizen, bestuurders, managers, unithoofden, verpleegkundigen en fysiotherapeuten. Allen zijn, op de projectleiders na, werkzaam bij ZGT. Onder managers en bestuurders, zoals opgenomen in deelvraag 3, vallen de Raad van Bestuur (RvB), de Coöperatie Medisch Specialististen (CMS) en het clustermanagement (cluster MT). Er is gekozen voor het betrekken van de projectleiders van de koploper beweegziekenhuizen, omdat zij de ervaringsdeskundigen zijn op dit gebied. Voor de tweede deelvraag is gekozen voor het betrekken van stakeholders die lid zijn van de werkgroep 'ZGT beweegt' op hun afdeling. De focus bij deelvraag 3 ligt op klinische afdelingen, omdat de opdrachtgever aangaf dat deze op dit moment prioriteit zijn bij implementatie van 'ZGT beweegt'. Het besluit om naast unithoofden ook fysiotherapeuten en verpleegkundigen bij dit onderzoek te betrekken, is gebaseerd op het feit dat zij dicht bij de werkvloer staan en daardoor anders tegen 'ZGT beweegt' aan kunnen kijken. Daarnaast zijn zij ook verantwoordelijk voor de mobilisatie van de patiënt.

Er zijn drie stakeholders die betrokken zijn bij 'ZGT beweegt', maar die ter inkadering van dit onderzoek buiten beschouwing zijn gelaten. Dit zijn zorgverzekeraar Menzis, patiënten en medisch specialisten van ZGT. Menzis is in samenspraak met de opdrachtgever niet betrokken, omdat zij geen grote invloed hebben op de invulling van het implementatieproces. Het onderzoek naar de implementatie van 'ZGT beweegt' bij patiënten maakte de scope te breed en kan als losstaand onderzoek gelden. Het standpunt van patiënten met betrekking tot mobilisatie is bovendien al vaker onderzocht (21,56), waaronder een onderzoek bij UMC Utrecht. Het is waarschijnlijk dat het standpunt van de patiënten van ZGT niet significant verschilt van patiënten uit deze onderzoeken. Daarnaast richt dit onderzoek zich meer op organisatorische en procesmatige aspecten van implementatie waar patiënten minder mee gemoeid zijn. Medisch specialisten waren betrokken bij de masteronderzoeken van L. Abbink (13) en R. Scheffer (14). Indien medisch specialisten in dit onderzoek ook betrokken werden, bestond de kans dat de scope te groot werd.

#### 3.1.2 Toelichting organisatiestructuur ZGT

Om inzicht te krijgen in de posities van stakeholders bij organisatiebrede implementatie wordt in deze alinea de organisatiestructuur van ZGT toegelicht. De RvB heeft een grote invloed op het gehele ziekenhuis en is eindverantwoordelijk voor de bedrijfsvoering, waaronder de strategie, het beleid en de doelstellingen van ZGT (57). De CMS heeft een vergelijkbare positie, maar dan gericht op de beleids- en besluitvorming met betrekking tot medisch specialistische zorg. De CMS heeft namelijk een samenwerkingsovereenkomst met ZGT voor het leveren van medisch specialistische zorg (55). Medisch specialisten van ZGT zijn meestal aangesloten bij de CMS. De verschillende specialismen binnen ZGT zijn verdeeld in vier zorgclusters (55), te weten Snijdend, Beschouwend, Acuut/intensief en overig én Medisch-ondersteunend. Het cluster MT is verantwoordelijk voor zowel het beleid als de bedrijfsvoering van deze zorgclusters. Het cluster MT bestaat uit vier medisch managers en vier bedrijfskundig

managers. Elk zorgcluster heeft één medisch- en één bedrijfskundig manager, zij vormen samen het duaal management. Unithoofden hebben de leiding over de werkvloer. Fysiotherapeuten zijn vanuit de afdeling Fysiotherapie onder andere werkzaam op één of meerdere afdelingen.

### 3.2 Onderzoeksdesign

Dit onderzoek betreft een explorerend kwalitatief onderzoek. De hoofd- en deelvragen zijn beantwoord aan de hand van semigestructureerde interviews en schriftelijke interviewvragen.

#### 3.2.1 Werving en selectie van de onderzoekspopulatie

Hieronder wordt per deelvraag beschreven wie, hoeveel en de manier waarop potentiële deelnemers zijn benaderd. Voor een schematisch overzicht van het aantal benaderde potentiële deelnemers en uitval, zie bijlage 1.

Bij deelvraag 1 werd gestreefd naar het interviewen van projectleiders van de vijf koploperziekenhuizen van Nederland. Uiteindelijk zijn projectleiders van Deventer ziekenhuis, De Gelderse Vallei, UMC Utrecht en RadboudUMC geïnterviewd. Het doel om voor deelvraag 2 minstens één unithoofd, fysiotherapeut en verpleegkundige per pilotafdeling te interviewen is behaald. Voor deelvraag 3 was het streven om te spreken met één unithoofd en één verpleegkundige van elke klinische afdeling én schriftelijk antwoord te ontvangen van alle leden van het cluster MT, de leden van het RvB en één medewerker van het CMS. Unithoofden en verpleegkundigen van de afdelingen Longgeneeskunde en/of de Intensive Care werden uitgesloten bij dit onderzoek in verband met de hoge werkdruk door COVID-19. De unithoofden die werkzaam zijn op de pilotafdelingen zijn uitgesloten van deelname bij deelvraag 3, zodat bij hen gefocust kon worden op de beantwoording van deelvraag 2. Bij deelvraag 3 is uiteindelijk gesproken met of schriftelijk antwoord ontvangen van unithoofden en verpleegkundigen van de volgende afdelingen: 3noord, 3west, 4zuid, 5zuid, 5noord, 5oost, AOA, Kind- Tiener, Geriatrie & psychiatrie, en de PAAZ. Daarnaast hebben de managers van de clusters Beschouwend, Snijdend én Acut- Intensief, Moeder-Kind & Overig, twee leden van de RvB en één medewerker van de CMS schriftelijk geantwoord. In bijlage 2 is een geanonimiseerd overzicht te zien van de deelnemers per afdeling met betrekking tot deelvraag 2 en 3.

Alle potentiële deelnemers zijn door de onderzoekers en/of de opdrachtgever per e-mail benaderd met de vraag om deel te nemen aan dit onderzoek. Bij het ontbreken van reactie is een reminder gestuurd, waarbij het belang van deelname extra is benadrukt. De werving eindigde wanneer de opgestelde reactietermijn (in totaal vier weken) verlopen was.

#### 3.2.4 Data-verzameling

Er is gekozen voor kwalitatief onderzoek, vanwege de mogelijkheid om open te starten en omdat cijfermatige gegevens minder geschikt zijn om uitgebreide informatie over standpunten te verzamelen (58). Met betrekking tot dit onderzoek is het belangrijk om in te kunnen gaan op de achterliggende gedachten van de stakeholders ('waarom' en 'hoe' vragen). Daarnaast is een kwalitatief onderzoek ten opzichte van kwantitatief onderzoek geschikter wanneer er geen specifieke uitkomstmaten zijn en dus open aan het onderzoek wordt gestart. Door te spreken met de stakeholders is de kans groter dat het bewustzijn van de innovatie 'ZGT beweegt' meer gestimuleerd werd dan bij kwantitatief onderzoek het geval zou zijn. Vrijwel alle interviews vonden plaats via (video)bellen. Tijdens de interviews bevonden de interviewers zich in een afgesloten ruimte. De geïnterviewden waren in het ziekenhuis of een thuissituatie. Alle interviews zijn met toestemming van de geïnterviewden opgenomen met elektronische apparatuur. Beide onderzoekers waren bij alle interviews aanwezig en namen hierbij beiden deel als interviewer.

Ter beantwoording van deelvraag 1 zijn semigestructureerde interviews afgenomen, waarbij gefocust is op de beweegprojecten van de betreffende ziekenhuizen. Hierbij zijn vragen gesteld over de keuze van interventies en de manier waarop zij de beweegprojecten hebben geïmplementeerd. Daarnaast hebben de onderzoekers gevraagd naar adviezen voor de organisatiebrede implementatie van een beweegproject. De interviewvragen van deelvraag 1 staan vermeld in bijlage 3.

De semigestructureerde interviews van deelvraag 2 hadden betrekking op positieve en negatieve ervaringen met de pilot van 'ZGT beweegt', waarbij gesproken is over ervaren barrières. Bij het opstellen van de interviews is gebruikt gemaakt van het invulschema van ZonMw (59), welke in bijlage 4 staat weergegeven. Dit schema is een hulpmiddel voor het indelen van problemen die kunnen optreden tijdens de implementatie van een vernieuwing. Door bij de analyse te classificeren is vastgesteld in welke fase de problemen optraden. De positieve ervaringen zijn ook in dit model ingedeeld. De interviewvragen van deelvraag 2 zijn per functie te lezen in bijlage 5 en 6.

Ter beantwoording van deelvraag 3 zijn semigestructureerde interviews afgenomen en schriftelijke interviewvragen verstuurd. In beide varianten van de interviews werden voornamelijk vragen gesteld over de mogelijke taken van de stakeholders bij de organisatiebrede implementatie. Daarnaast werd ook de geschiktheid van implementatiestrategieën en -methoden besproken. Bij het opstellen van de interviewvragen is gebruik gemaakt van het begrippenkader van Plas (54) om vragen omtrent implementatiestrategieën te structureren. De digitale interviewvragen zijn per functie te vinden in bijlage 6-8 en de schriftelijke interviewvragen in bijlage 9-11.

Alle digitale interviews waren semigestructureerd vanwege de mogelijkheid tot doorvragen. Er is gekozen voor schriftelijke interviews, omdat voor een enquête veelal vaste antwoordcategorieën benodigd zijn (60). Daarnaast is de mogelijkheid tot het stellen van open vragen bij een enquête beperkt. Een enquête is om dezelfde redenen ook een minder geschikte methode voor dataverzameling bij deelvraag 1 en 2. Er is gekozen om bij geen van de deelvragen een focusgroep met deelnemers uit meerdere disciplines te organiseren, vanwege het risico op sociaal wenselijke antwoorden door het verschil in functies (bijvoorbeeld manager versus verpleegkundige) (60). Daarnaast vraagt een individueel interview minder tijd van een deelnemer dan een focusgroep. Tijdens individuele interviews kan ook beter gefocust worden op de betreffende functie, afdeling en/of ziekenhuis. Idealiter werd ter beantwoording van deze deelvraag ook kwantitatieve informatie benut, zoals de hoeveelheid fysieke activiteit. Dit was echter niet mogelijk, omdat de T1-meting is uitgesteld (M. Kerkemeyer, persoonlijke communicatie, 07/04/2020).

### 3.2.5 Data-analyse

In totaal zijn 20 digitale en 9 schriftelijke interviews afgenomen. De totale duur van het audiomateriaal van de digitale interviews is 12 uur en 20 minuten. Een interview duurde gemiddeld 37 minuten. De digitale interviews zijn handmatig getranscribeerd, waarbij gebruik is gemaakt van woordelijke transcriptie. Woorden zoals 'uh' en 'ja', tussentijdse pauzes én het voor- en nagesprek zijn niet verwerkt. De transcripten van de digitale interviews bestaan opgeteld uit 101 pagina's.

Na het transcriberen zijn de transcripten in Atlas.ti anoniem gecodeerd. Hierbij is gebruik gemaakt van inductieve codering, bestaande uit opeenvolgend: open, axiaal en selectief coderen (61). Het coderen startte per deelvraag met het gezamenlijk open coderen van één interview. De overige interviews zijn individueel gecodeerd, waarbij de onderzoekers elkaars coderingen hebben gecontroleerd. Tijdens de open codering van de derde deelvraag is het begrippenkader van Plas (54) gebruikt bij de codering van tekstfragmenten over implementatiestrategieën. De definities uit het begrippenkader werden hierbij als open codes

gebruikt. Aan het einde van de open codering fase zijn de codes gezamenlijk gecontroleerd. Hierbij zijn synoniemen samengevoegd en overbodige codes verwijderd. Bij de axiale codering zijn de codes gezamenlijk opgesteld, waarna de open codes individueel zijn gegroepeerd in de axiale codes. Tijdens dit proces zijn ook open codes aangepast en verwijderd én heeft achteraf een onderlinge controle van de groepering plaatsgevonden. Tijdens de selectieve coderingsfase zijn gezamenlijk verbanden gelegd ter voorbereiding op het beantwoorden van de deelvragen. Met de inductieve codering konden uiteindelijk nieuwe inzichten worden gevormd en werd de onderzoeksvraag met bijbehorende deelvragen beantwoord. Zie bijlage 12 voor enkele voorbeelden van de codering.

Tussentijds is er meermaals contact geweest met J.G. van Manen (assistent professor en aangesloten bij BMS) en A.C. Bos-Nehles (eerste begeleider) voor het bespreken van de aanpak bij het coderen en het verkrijgen van feedback. Door het bespreken van de codering, zowel onderling als met beide experts, is de kwaliteit van de codering en daarmee de interne validiteit van dit onderzoek gewaarborgd.

### 3.2.6 Ethische overwegingen

Dit onderzoek heeft ethische goedkeuring ontvangen van de ethische commissie van de faculteit *Behavioural, Management en Social Sciences* (BMS). Eén van de overwegingen was de last voor geïnterviewden, welke klein was. De interviews waren nauwelijks persoonlijk van karakter en de emotionele lading was nihil. *Informed consent* werd mondeling doorlopen bij de digitale interviews en bij de schriftelijke interviews behandeld in de begeleidende brief, te lezen in bijlage 13. In deze brief is ook beschreven dat door beantwoording van de interviewvragen toestemming wordt gegeven voor het anoniem verwerken van de data. Voorafgaand aan de digitale interviews werd benadrukt dat gegevens anoniem verwerkt worden. Daarnaast werd ook besproken dat deelname vrijwillig is en dat deelname te allen tijde kan worden stopgezet. Voor het maken van audio-opnames is tweemaal toestemming gevraagd. De transcripten zijn per e-mail ter controle voorgelegd aan de geïnterviewden, waarbij zij de mogelijkheid kregen om feedback te geven en/of wijzigingen aan te brengen. Dit draagt bij aan de transparantie van het onderzoek. Eén geïnterviewde heeft de onderzoekers verzocht een klein fragment niet te gebruiken voor het onderzoek. Nadat de transcripten opgesteld waren, zijn de audio opnames verwijderd. Transcripten worden niet gedeeld met derden en verwijderd na voltooiing van dit onderzoek.

### 3.2.7 Impact COVID-19

Ten gevolge van COVID-19 is de opzet van het onderzoek aangepast. De oorspronkelijke focus van dit onderzoek lag meer bij de bestuurs- en managementlaag van ZGT. Het was echter door de crisissituatie niet haalbaar deze groep intensief te betrekken. Om toch hun standpunt in kaart te brengen, zijn schriftelijke interviewvragen verstuurd. Daarnaast is besloten om toch verpleegkundigen te betrekken bij deelvraag 3 om dataverzameling te waarborgen. Het standpunt van de unithoofden zou in eerste instantie in kaart gebracht worden met een focusgroep. Vanwege COVID-19 is besloten de focusgroep te vervangen door individuele interviews. Vrijwel alle interviews hebben via videobellen plaatsgevonden in verband met de Corona maatregelen. Ten gevolge van de verhoogde werkdruk in ZGT is bovendien gekozen voor het inplannen van relatief korte interviews (maximaal 30 minuten).

## Hoofdstuk 4 Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten van de interviews per deelvraag beschreven. De resultaten zijn geclusterd in overkoepelende thema's vanwege de grote verscheidenheid aan onderwerpen. Deze worden belicht vanuit het standpunt van de deelnemers waarbij citaten worden gebruikt. Bij de citaten zijn de deelnemers en afdelingen op willekeurige wijze genummerd om zo de anonimiteit te waarborgen en tegelijkertijd het vergelijken van de data mogelijk te maken. Zowel deelnemers van de digitale interviews als de schriftelijke worden aangeduid als 'geïnterviewden'.

### 4.1 Resultaten deelvraag 1

Deze paragraaf begint met het beschrijven van de interventies die de koplopers gebruiken, waarbij een aantal specifieke interventies worden uitgelicht. Daarna worden de stakeholders die betrokken zijn bij de beweegprojecten van de koploper ziekenhuizen benoemd. Ook de implementatie aanpak op zowel afdelings- als ziekenhuisniveau wordt omschreven. Hierna komen de ervaren barrières bij implementatie aan bod en worden de resultaten van de beweegprojecten weergegeven. Tot slot worden de adviezen van de projectleiders aan ZGT besproken.

#### 4.1.1 Interventies van koploper beweegziekenhuizen

Tijdens de interviews is gefocust op de interventies die door de koploper beweegziekenhuizen worden ingezet met als doel achterhalen wat de meest gangbare en succesvolle interventies zijn. De interventies die ingezet worden in de vier ziekenhuizen zijn onderverdeeld in acht categorieën. In onderstaande afbeelding wordt weergegeven welke soorten interventies per categorie worden ingezet. Een aantal categorieën worden onder de afbeelding kort toegelicht.

|                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <br><b>Technologische interventies</b><br><i>Interventies waarbij technologie wordt ingezet</i><br>Apps<br>Fietslabyrint<br>Oefenvideo's<br>Koppeling EPD | <br><b>Doelstelling gerelateerde interventies</b><br><i>Interventies waarbij een individueel doel wordt ingezet ter motivatie van patiënt</i><br>Beweegdoelen<br>Zitadvies<br>Beweegscore |
| <br><b>Meet interventies</b><br><i>Interventies waarbij fysieke activiteit patiënt wordt gemeten</i><br>Beweegmeter                                       | <br><b>Materiële interventies</b><br><i>Interventies waarbij materialen worden aangepast ter vergemakkelijking</i><br>OK-kleding<br>Rollator<br>Stoelen<br>Infuuspaal<br>Beweegmeter      |
| <br><b>Verbouwingen</b><br><i>(Ruimtelijke) verbouwing van ziekenhuisafdeling</i><br>Sportcafé<br>Schrijfhoek<br>Oefenruimte<br>Kamerinrichting           | <br><b>Informatieve interventies</b><br><i>Interventies waarbij de patiënt/naaste wordt geïnformeerd</i><br>Informatiesketch video's<br>Posters<br>Zorgkaarten                            |
| <br><b>Fitness interventies</b><br><i>Interventies waarbij fitness (middelen) word(en) gebruikt</i><br>Beweegkwartier<br>Hometrainer<br>Oefengidsen       | <br><b>Lunch interventies</b><br><i>Interventies waarbij het gezamenlijk lunchen van patiënten wordt gestimuleerd</i><br>Lunchgroep<br>Lunchkamer                                         |

Afbeelding 2: Indeling interventies met voorbeelden.

Een voorbeeld van een technologische interventie betreft de koppeling van fysieke activiteit van de patiënt met het Elektronisch Patiënten Dossier (EPD). De metingen vanuit de beweegmeter zijn opgenomen in het EPD en zichtbaar voor zorgverlener en patiënt. Hierover vertelde een projectleider het volgende:

*“We zijn het eerste ziekenhuis die het gekoppeld heeft [de beweegmeter uitslag] aan het elektronisch patiëntendossier. Daar zijn we de eerste van in Nederland en überhaupt volgens mij ter wereld.” (Projectleider ziekenhuis 4)*

Metingen worden veelal ingezet als interventie en worden soms ook gezien als de meest succesvolle interventie. Met meetgegevens krijgen de patiënt, de zorgverlener en onderzoekers inzicht in de daadwerkelijke fysieke activiteit van de patiënt. Meet interventies liggen in het verlengde van doelstelling gerelateerde interventies, aangezien data noodzakelijk is voor het stellen (en behalen) van doelen. Zo kan bijvoorbeeld de beweegscore met de patiënt worden besproken en op basis daarvan vervolgacties worden ondernomen.

Doordat patiënten vanwege hun fysieke staat niet altijd de afdeling kunnen verlaten, zijn verbouwingen ingezet om de mogelijkheid om te bewegen op de ziekenhuisafdeling te vergroten. Daarnaast werd met verbouwingen ook de beschikbare ruimte op een patiëntenkamer vergroot door bijvoorbeeld het vervangen van één bed door één stoel. Het doel van de verbouwingen was uiteindelijk het verminderen van de centrale positie van het bed.

De ontwikkeling van aangepaste materialen, zoals mobiele infuuspalen, is gericht op het vergemakkelijken van fysieke activiteit van de patiënt. Op dit moment zijn namelijk niet alle materialen die worden ingezet in het ziekenhuis geschikt voor een fysiek actieve patiënt. Eén projectleider gaf aan dat de ontwikkelde aangepaste stoel de meest succesvolle interventie is van het desbetreffende beweegziekenhuis.

#### 4.1.2 Stakeholders bij de koploper beweegziekenhuis

Tijdens de interviews is gesproken over de stakeholders die betrokken zijn bij de implementatie van beweegprojecten en welke taken zij al dan niet vervullen. In tabel 1 worden alle tijdens de interviews genoemde stakeholders weergegeven per ziekenhuis. De projectleiders streven naar een beweegproject dat niet enkel de verantwoordelijkheid van de afdeling Fysiotherapie is.

| Stakeholder/ Ziekenhuis (ZH) | ZH 1 | ZH 2 | ZH 3 | ZH 4 |
|------------------------------|------|------|------|------|
| Zorgverzekeraar              |      |      |      | X    |
| Raad van Bestuur             | X    | X    |      | X    |
| Management                   | X    | X    | X    | X    |
| Beleidsmakers                |      |      | X    |      |
| Afdelingshoofd               | X    | X    | X    | X    |
| Projectteam                  |      | X    | X    | X    |
| Projectleider                | X    | X    | X    | X    |
| Implementatie team           |      | X    |      |      |
| Werkgroep                    | X    | X    |      | X    |
| Onderzoekers                 | X    | X    | X    | X    |
| Afdeling van implementatie   | X    | X    | X    | X    |
| Afdeling communicatie        |      |      |      | X    |
| Beweegexpert                 | X    |      |      | X    |
| Fysiotherapeut               | X    | X    | X    | X    |
| (Vertegenwoordiger) Arts     | X    | X    | X    | X    |
| Verpleegkundige              | X    | X    | X    | X    |
| Voedingsmedewerker           | X    | X    | X    | X    |
| Vrijwilligers                | X    |      | X    | X    |
| Patiënt                      | X    | X    | X    | X    |
| Bezoekers                    | X    |      | X    |      |

Tabel 1: stakeholders koploper ziekenhuizen

De helft van de stakeholders worden in alle koploperziekenhuizen betrokken. Deze stakeholders worden hieronder kort toegelicht.

Geïnterviewden gaven aan dat het management draagvlak creëert voor het beweegproject. Zonder het draagvlak van managers zal een project nooit succesvol geïmplementeerd worden. Een andere belangrijke stakeholder is het afdelingshoofd die de implementatie monitort én verpleegkundigen kan aansturen en aanspreken op de implementatie van het beweegproject. Hierbij kan het afdelingshoofd benadrukken dat mobiliseren onderdeel is van het werk. Het opstellen van begrotingen voor het project behoort ook bij de verantwoordelijkheden van het afdelingshoofd.

Het begeleiden van de implementatiefase kan een taak zijn van de projectleiders, zij zijn in eerste instantie ook verantwoordelijk voor het opzetten van het beweegproject op de afdeling. Een projectleider beschreef haar taken als volgt:

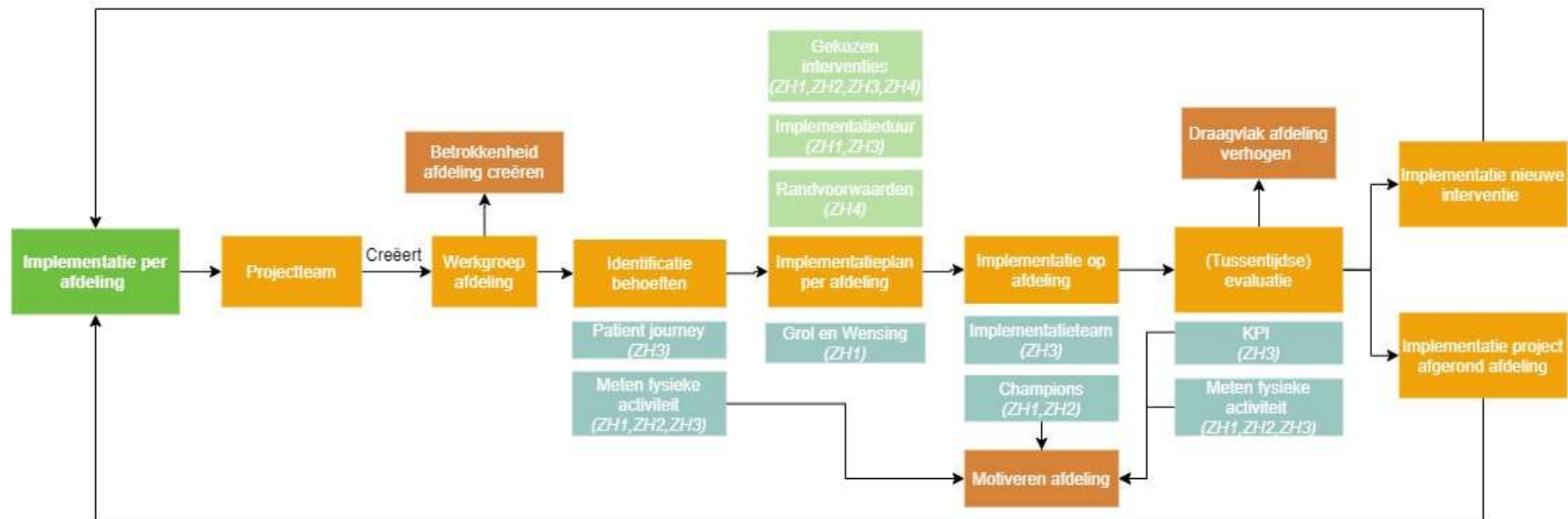
*“Dus wat mijn werkzaamheden zijn, is vrij breed maar de implementatie op afdelingen die begeleid ik, zowel in presentaties die ik daar moet geven tot, wat wij noemen, werkvloercoaching. Dus het coachen van de medewerkers die daadwerkelijk met de patiënten in aanraking komen. We testen materialen op afdelingen en we passen de inrichting aan.”*

De projectleiders hebben naast begeleiding ook vaak een onderzoekstaak. In de beweegziekenhuizen zijn meerdere promovendi, waaronder sommige projectleiders, die op het onderwerp van fysieke activiteit wetenschappelijk onderzoek uitvoeren. Het is van belang dat de afdeling van implementatie vanaf de start actief betrokken is bij de implementatie, zodat het beweegproject niet enkel de verantwoordelijkheid is van de projectleider en/of fysiotherapeut. De afdelingen waar implementatie van het beweegproject plaatsvindt komen zelf ook vaak met ideeën over interventies.

Het betrekken van een arts bij de implementatie heeft volgens een geïnterviewde een positieve werking op de implementatieduur. Artsen, fysiotherapeuten en verpleegkundigen stimuleren een patiënt tot bewegen. Daarnaast kunnen ze ook alle drie betrokken worden bij de ontwikkeling van interventies. Van deze drie stakeholders vervullen verpleegkundigen de grootste rol, omdat zij de beweegprojecten in de praktijk brengen door het mobiliseren en stimuleren van patiënten. Patiënten worden bij de beweegziekenhuizen betrokken door het geven van feedback over de projecten en het meedenken over de ontwikkeling van nieuwe interventies.

#### 4.1.4 Implementatie aanpak van de koploper beweegziekenhuizen

Uit de interviews zijn in grote lijnen twee niveaus van implementatie van een beweegproject gekomen. Implementatie vindt namelijk plaats op afdelingsniveau én organisatiebreed op ziekenhuisniveau. De invulling van de verschillende stappen in de implementatie aanpak verschilt per ziekenhuis. In afbeelding 3 is implementatie op afdelingsniveau schematisch weergegeven. Per invulling van een stap of een specifiek onderdeel van het implementatieplan is tussen haakjes weergegeven welk ziekenhuis of welke ziekenhuizen hier gebruik van maken.



#### Legenda



Afbeelding 3: Schematische weergave implementatie op afdelingsniveau

#### 4.1.4.2

#### Implementatie

#### op

#### afdelingsniveau

De implementatie op een afdeling start met het opzetten van een werkgroep op de afdeling. Deze werkgroepen zijn multidisciplinair en zorgen voor betrokkenheid van de afdeling. Samenwerking met de werkvloer blijkt erg belangrijk:

*“Alleen denk ik dat je vooral moet zoeken naar interventies waarbij je het echt samen opzet, waardoor mensen ook steeds meer overtuigd zijn van ‘hé dit is ook mijn werk’ en dit levert me niet persé extra werk op.”* (Projectleider ziekenhuis 1)

De werkgroep gaat de behoeften van de afdeling op het gebied van fysieke activiteit identificeren. Middelen hiervoor zijn het in kaart brengen van de *patient journey* en/of het meten van fysieke activiteit. Het meten van fysieke activiteit draagt bij aan het overtuigen van een afdeling van het belang van het beweegproject.

Wanneer behoeften zijn geïdentificeerd wordt door de werkgroep een implementatieplan opgesteld. In dit plan zijn onder andere de gekozen interventies, de geplande implementatieduur en de randvoorwaarden opgenomen. Een projectleider benoemde hierbij dat zij het model van Grol en Wensing gebruiken om de implementatie structuur te geven. Nadat het implementatieplan is opgesteld vindt de implementatie op de afdeling plaats. Hierbij kan een implementatieteam worden gebruikt, waarbij ervaren verpleegkundigen gedetacheerd worden van afdelingen waar het beweegproject al geïmplementeerd is. Ook kunnen *champions* worden ingezet die verantwoordelijk zijn voor het motiveren van de zorgverleners op de afdeling. Dit kunnen verpleegkundigen zijn die extra uren en taken omtrent de implementatie van het beweegproject toegewezen krijgen.

Gedragsverandering van zorgverleners is bij de implementatie van een project belangrijk. Het evalueren van de huidige situatie is een voorbeeld van een middel waarmee gedrag kan worden veranderd. De resultaten kunnen beoordeeld worden aan de hand van *Key Performance Indicators* (KPI's) of het meten van fysieke activiteit. Beide zijn gericht op het motiveren van de afdeling door inzicht in daadwerkelijke prestaties. Met (tussentijdse) evaluatie kan het draagvlak van de werkvloer worden vergroot wanneer positieve resultaten zichtbaar zijn. Indien na evaluatie de implementatie niet effectief blijkt, kan het oorspronkelijke implementatieplan worden aangepast. Na een positieve evaluatie wordt het implementatieproces afgerond en begint hetzelfde proces op een andere afdeling van begin af aan. Het implementatieproces kan op meerdere afdelingen gelijktijdig plaatsvinden. Eén ziekenhuis implementeert één interventie per keer en rond na positieve evaluatie de implementatie af, of gaat een nieuwe interventie op de huidige afdeling van implementatie introduceren.

#### 4.1.4.2 Implementatie op organisatieniveau

Implementatie op organisatieniveau startte in ieder beweegziekenhuis met één of meerdere pilotafdelingen. Alle ziekenhuizen implementeren bij organisatiebrede implementatie een beweegproject per afdeling zoals in paragraaf 4.1.4.1 beschreven. Een projectleider gaf voor afdelingsspecifieke implementatie de volgende toelichting:

*“Dus niet een soort kant en klaar pakket wat op elke afdeling weer hetzelfde gedaan wordt. Ja, de patiënten zijn gewoon heel anders, dus dat kan ook niet in mijn mening.”* (Projectleider ziekenhuis 2)

Ter bevordering van organisatiebrede implementatie van een beweegproject wordt scholing geleverd aan zorgverleners om kennis te vergroten. Deze scholing vindt veelal plaats in de vorm van klinische lessen. Zo vertelde een projectleider het volgende:

*“Veel klinische lessen, dat is één route. Dus we geven zelf met regelmaat op die afdelingen waar we het project starten, lessen over nadelige gevolgen van bedrust, belang van bewegen, wat kan je dan doen als zorgverlener, hoe kan je dat doen.” (Projectleider ziekenhuis 3)*

Ziekenhuizen zetten diverse manieren in om het beweegproject te borgen. Borging kan plaatsvinden door de opname van het beweegproject in de missie en visie van het ziekenhuis. Daarnaast werd ook benoemd dat het beweegproject meegenomen kan worden in de jaarplannen en/of -doelen. Het krijgen van financiële ondersteuning, bijvoorbeeld in de vorm van innovatiesubsidie, kan ook een teken zijn van borging en vergroot daarnaast de beschikbare middelen voor implementatie. Eén ziekenhuis is bezig met het verkrijgen van financiële ondersteuning van de zorgverzekeraar. Deze methoden van borging kunnen bijdragen aan de organisatiebrede implementatie. Het opnemen van het beweegproject in *usual care* draagt ook bij aan de (organisatiebrede) implementatie.

Alle ziekenhuizen werken samen in een expertgroep waarin tien beweegziekenhuizen zitten die gezamenlijk onderzoek doen, met elkaar sparren en producten delen. Deze expertgroep organiseert ook een scholing voor andere ziekenhuizen.

#### 4.1.5 Negatieve ervaringen, problemen en barrières bij koploper beweegziekenhuizen

De projectleiders benoemden verschillende barrières die optraden bij de implementatie van hun beweegproject. Geen enkele barrière werd door alle ziekenhuizen benoemd. De barrières zijn in tabel 2 weergegeven in het model van ZonMw. In bijlage 4 staat het volledige model. In onderstaande tabel is per probleem aangegeven welk ziekenhuis (ZH) het desbetreffende probleem heeft ervaren.

|                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Fase/ problemen</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Oriëntatie             | De doelgroep vindt de vernieuwing niet relevant, niet noodzakelijk (ZH3)                                                                                                                                                                                                                   |
| Inzicht                | -                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Acceptatie             | De motivatie om te veranderen is niet zo groot (ZH2) (ZH3) (ZH4)                                                                                                                                                                                                                           |
| Verandering            | Tijdens het doorvoeren van de vernieuwing doen zich praktische knelpunten voor, zoals tijd en geld (ZH2) (ZH3) (ZH4)<br><br>Er is gebrek aan vaardigheid om de vernieuwing in de praktijk te brengen (ZH3)<br><br>Patiënten of <u>collega's</u> werken niet mee of reageren negatief (ZH4) |
| Behoud                 | -                                                                                                                                                                                                                                                                                          |

*Tabel 2: Problemen ingevuld in model ZonMw*

Uit bovenstaande tabel blijkt dat de meeste problemen zich voordoen in de fase van 'verandering'. Dit sluit aan bij de fase waarin de koploper beweegziekenhuizen zich bevinden, namelijk tussen verandering en behoud in. Ziekenhuis 1 benoemde geen concrete barrières.

Zowel het ontbreken van motivatie bij zorgverleners voor het mobiliseren van patiënten als de hoge werkdruk op de werkvloer, wat een praktisch knelpunt van tijd is, werd door het merendeel van de projectleiders benoemd. Eén projectleider gaf aan dat de motivatie bij verpleegkundigen soms ontbreekt, omdat mobiliseren geen technische handeling is:

*“Bij het werken met de verpleegkundige [...] is mobiliseren niet echt een ‘sexy’ handeling zeg maar [...] De meer verzorgende handelingen, tandenpoetsen, iemand laten zitten, rondje lopen over de gang ja er zijn echt wel verpleegkundigen die dat niet graag doen.”* (Projectleider van ziekenhuis 2)

Over de hoge werkdruk vertelde een geïnterviewde het volgende:

*“De eerste barrière die je moet beslechten is denk ik dat als je dit komt brengen op een afdeling dan zul je van verpleegkundigen meteen horen van ‘ja maar wij gaan het er niet nog eens bij doen’.”* (Projectleider ziekenhuis 2)

De beperkte beschikbaarheid van financiële middelen vormt een ander praktisch knelpunt. Zo bestaat er bij meerdere ziekenhuizen de wens om afdelingen te verbouwen, zodat het bed een minder centrale positie krijgt en patiënten op de afdeling de mogelijkheden krijgen om fysiek actief te zijn. Dergelijke ingrepen vereisen veel financiële middelen en zijn hierdoor vaak beperkt uitvoerbaar.

Het ontbreken van draagvlak om het project te implementeren op sommige afdelingen werd ook als barrière omschreven. Deze afdelingen zagen het project dus niet als noodzakelijk. Een ander knelpunt was het ontbreken van voldoende kennis en vaardigheden bij zowel de zorgverleners als de patiënten over het belang van fysieke activiteit. Daarnaast werd het ontbreken van een betrokken arts als probleem gezien. Een projectleider vertelde hierover het volgende:

*“Dus een geriater was erbij betrokken dat helpt heel erg om zowel de artsen als de verpleegkundigen als de fysio bij elkaar te krijgen. Wij merken dat bijvoorbeeld op cardiologie houden ze dat heel erg af. En dan merk je ook dat het moeilijker is om het echt te implementeren.”* (Projectleider ziekenhuis 4)

Eén van de projectleiders ging in op barrières die nog niet bij andere interviews aan bod waren gekomen en niet in het model van ZonMw staan. Twee voorbeelden hiervan zijn de moeite die het kost om werkwijzen te veranderen en de verkeerde focus van interventies. De projectleider vertelde het volgende over de focus van de interventies:

*“Maar ze [patiënten] gaan nog niet meer bewegen. En dat heeft denk ik voor een deel te maken met de interventies, bijvoorbeeld gezamenlijk lunchen, ja dan ga je dus inderdaad meer zitten, maar niet per se meer bewegen.”* (Projectleider ziekenhuis 3)

Bij hetzelfde ziekenhuis komt nog een barrière voor die ook niet in het model staat, namelijk werkprocessen die niet aansluiten bij de visie van een beweegziekenhuis, waardoor patiënten de afdeling of zelfs hun bed niet kunnen verlaten. Een voorbeeld hiervan is de arts die op een willekeurig tijdstip zijn visite loopt, waardoor patiënten geneigd zijn de hele dag op de kamer te wachten. Meerdere ziekenhuizen gaven als probleem aan dat de ziekenhuisafdelingen de patiënt niet voldoende uitdagen om fysiek actief te zijn. Daarnaast blijkt dat door wisselingen in personeel het beweegproject moeilijk te implementeren is.

#### 4.1.6 Resultaten van koploper beweegziekenhuizen

Alle projectleiders beaamden dat het meten van resultaten naar aanleiding van het inzetten van een beweegproject lastig is. Eventuele gemeten resultaten kunnen een gevolg zijn van andere aspecten dan enkel de interventies van de beweegprojecten. Denk hierbij aan andere projecten of wijzigende protocollen. Op dit moment wordt door de expertgroep onderzoek gedaan naar indicatoren om resultaten van het beweegziekenhuis te kunnen meten. Een projectleider vertelde dat het bij hun ziekenhuis lastig is om resultaten vast te stellen door het ontbreken van een nulmeting. Er zijn daarom geen resultaten van ziekenhuis 4. De andere

koploper beweegziekenhuizen hebben wel positieve resultaten geconstateerd. In onderstaande tabel worden de resultaten per ziekenhuis weergegeven.

| Resultaat/ziekenhuis                       | ZH1 | ZH2 | ZH3 |
|--------------------------------------------|-----|-----|-----|
| Verkorte opnameduur                        |     | X   |     |
| Verandering ontslagbestemming <sup>2</sup> |     | X   |     |
| Minder hulpbehoevende patiënten            | X   |     |     |
| Patiënten meer uit bed                     |     |     | X   |
| Patiënttevredenheid verhoogd               | X   |     | X   |

Tabel 3: Resultaten koploper beweegziekenhuizen

#### 4.1.7 Adviezen van projectleiders voor starten beweegziekenhuis

De projectleiders hebben elk één of meerdere adviezen gegeven aan ZGT en andere ziekenhuizen die zich willen ontwikkelen tot een beweegziekenhuis. Een voorbeeld hiervan is het betrekken van de bestuurs- en managementlaag, omdat zij onder andere op financieel gebied kunnen bijdragen. Een ander advies is om klein te beginnen met het beweegproject. Zo vertelde een geïnterviewde het volgende:

*“Ik zou gewoon beginnen op één afdeling en op één afdeling een groep enthousiastelingen verzamelen die het allemaal in eigen tijd zou willen doen.”* (Projectleider ziekenhuis 2)

Ook het hebben van een connectie met de RvB wordt aangeraden:

*“En ik denk dat bijvoorbeeld een stuurgroep in een hoger managementniveau daarbij ook heel erg kan helpen. Dan heb je meteen de link naar de raad van bestuur vaak, of het potje met geld in het ziekenhuis.”* (Projectleider ziekenhuis 1)

Daarnaast is het belangrijk dat het beweegproject aansluit bij de missie en visie van het ziekenhuis om zo borging en continuïteit van het project te bewerkstelligen. Ook is het van belang om te investeren in draagvlak voor het beweegproject, waar een geïnterviewde het volgende over vertelde:

*“Ik zou vooral heel veel investeren in het begin in draagvlak om te zorgen dat er echt een soort van basis is die verder gaat dan jou als projectleider.”* (Projectleider ziekenhuis 1).

Zoals eerder omschreven in paragraaf 4.1.2 is het verstandig om niet alleen de afdeling Fysiotherapie te betrekken bij het beweegproject. Hiermee wordt namelijk voorkomen dat zorgverleners het idee krijgen dat de fysiotherapeuten hen een extra taak opleggen. Door het betrekken van de afdeling wordt juist ervaren dat er sprake is van een gezamenlijke verantwoordelijkheid. Meerdere projectleiders adviseren om het beweegproject multidisciplinair in te zetten. Daarnaast hoeft een beweegproject zich volgens een geïnterviewde niet alleen op fysieke activiteit te richten. Zij gaf als voorbeeld dat een beweegziekenhuis zich ook kan richten op leefstijl in het algemeen met bijvoorbeeld het integreren van voeding. Tegenstrijdig hieraan geeft zij aan dat het belangrijk is om te focussen op één aandachtsgebied en klein te beginnen.

Twee adviezen betroffen het belang van het betrekken van specifieke stakeholders, namelijk de arts en de patiënt. Over het betrekken van een arts werd het volgende gezegd:

<sup>2</sup> Met de verandering in ontslagbestemming wordt bedoeld dat patiënten vaker na een opname naar huis kunnen in plaats van naar een verpleeg- of verzorgingshuis.

“Vooral als je een enthousiaste arts hebt denk ik dat je een Raad van Bestuur sneller kan overtuigen, dus dat zou dan wel belangrijk zijn.” (Projectleider ziekenhuis 4)

Eén van de projectleiders had slechts één advies, namelijk: het beginnen bij verbouwen van het ziekenhuis. Zij vertelde dat een beweegproject pas effectief geïmplementeerd kan worden als een ziekenhuisafdeling hiervoor is ingericht en het bed niet meer centraal staat.

## 4.2 Resultaten deelvraag 2

De pilot van ‘ZGT beweegt’ bestaat voornamelijk uit het inzetten van een lunchgroep, waarbij patiënten gezamenlijk lunchen. Daarnaast wordt ook gebruik gemaakt van het kaartsysteem, waarmee de mogelijkheid van de patiënt tot fysieke activiteit wordt aangeduid met verschillende kleuren. In het gehele ziekenhuis én op de pilotafdelingen hangen ook posters met informatie over het belang van bewegen. Bovendien is in maart 2020 de ZGT beweegt week georganiseerd, waarbij patiënten, bezoekers en werknemers gestimuleerd werden tot bewegen. Deze paragraaf beschrijft de ervaringen en implementatie aanpak van de pilot, die onderverdeeld kunnen worden in drie hoofdgroepen, te weten: de lunchgroep, het kaartensysteem en ‘ZGT beweegt’ in het algemeen.

### 4.2.1 Implementatie aanpak op pilotafdelingen ‘ZGT beweegt’

Beide afdelingen hebben de implementatie anders aangepakt. In tabel 4 staat weergegeven welke onderdelen bij implementatie zijn ingezet en door welke afdeling. De stakeholders bij de implementatie bleken ook verschillend. Uit de interviews kwam naar voren dat het unithoofd, verpleegkundigen, zorgassistenten, fysiotherapeuten, patiënten en familie de stakeholders zijn bij de implementatie van ‘ZGT beweegt’ op afdeling 1. Op afdeling 2 zijn de volgende stakeholders betrokken: het unithoofd, verpleegkundigen, zorgassistenten, ergocoaches, fysiotherapeuten, artsen, patiënten en afdeling Communicatie.

| Onderdeel/afdeling                     | Afdeling 1 | Afdeling 2 |
|----------------------------------------|------------|------------|
| Inzetten <i>champions</i>              | X          | X          |
| Start: informeren zorgverleners        | X          | X          |
| Presentaties tijdens werkoverleg       | X          |            |
| Bespreken project in teambijeenkomsten | X          | X          |
| Uitdraging project door unithoofd      | X          |            |
| Minimale voorwaarden bij implementatie |            | X          |
| Opname ‘ZGT beweegt’ in ERAS           | X          |            |
| Werkgroep stelt plan op                | X          | X          |
| Werkgroep legt plan voor               | X          | X          |

Tabel 4: Onderdelen implementatie aanpak per afdeling

Door geïnterviewden van beide afdelingen is aangegeven dat *champions* worden ingezet, welke optreden als katrekker. Zij geven voorlichting aan de afdeling en spreken collega’s aan op de uitvoering van ‘ZGT beweegt’. Op één van beide pilotafdelingen hebben de ergocoaches de taak van *champion* gekregen, omdat zij feeling hebben met het onderwerp. Zij zijn het aanspreekpunt voor de afdeling met betrekking tot ‘ZGT beweegt’ en werken hierbij nauw samen met de fysiotherapeuten. Daarnaast passen zij het project aan op afdelingsniveau, zodat de interventies aansluiten bij de patiëntencategorie. Op de andere afdeling zijn verpleegkundigen *champions*. Verpleegkundigen en ergocoaches staan dicht bij de werkvloer dan een unithoofd, waardoor het aannemelijk is dat zij geloofwaardiger overkomen met betrekking tot mobiliseren van patiënten.

De implementatie startte op beide afdelingen met het informeren van de zorgverleners. Het draagvlak is op afdeling 1 vergroot door het houden van een presentatie tijdens een werkoverleg. In deze presentatie werd onder andere wetenschappelijke literatuur benut om zorgverleners te overtuigen van het belang van fysieke activiteit. Daarnaast bespreken fysiotherapeuten en unithoofden het project in teambijeenkomsten. Verpleegkundigen van beide afdelingen vertelden dat de projectgroep voor beide afdelingen het plan opstelt en dit aan hen voorlegt. Op afdeling 2 is wel sprake van een gedeelde verantwoordelijkheid van fysiotherapeuten, ergocoaches, verpleegkundigen en het unithoofd bij de uitvoering van 'ZGT beweegt'. Verschillende verpleegkundigen gaven aan dat zij voornamelijk geïnformeerd worden via KLIK en niet vanuit het unithoofd. Het unithoofd van één van de afdelingen heeft het idee dat zij coördineert, terwijl verpleegkundigen van mening zijn dat zij dit niet doet. Deze coördinatie blijkt ook niet per se noodzakelijk, omdat verpleegkundigen elkaar kunnen aanspreken op de uitvoering van 'ZGT beweegt'. Het unithoofd van afdeling 1 draagt wel het belang van 'ZGT beweegt' uit naar de afdeling om hen zo te stimuleren tot implementatie. Zij vertelde hierover het volgende:

*“Kijk als ik er heel laks mee om zou gaan en ik zou het niet uitdragen als iets wat ik heel belangrijk vind, weet je, je hebt wel een voorbeeldfunctie als leidinggevende. Dan gaat niemand meer wat doen hoor. Dan is het trekken aan een dood paard, want dan zijn ze van [naam unithoofd] vindt het niet zo belangrijk, dus ik hoef het niet te doen, klaar.”* (Unithoofd afdeling 1)

Het project is bij afdeling 1 opgenomen in het ERAS (*Enhanced Recovery After Surgery*) protocol. Bij de implementatie op afdeling 2 zijn voorafgaande aan de start van de lunchgroep weinig afspraken gemaakt.

#### 4.2.2 Positieve en negatieve ervaringen met de pilot van 'ZGT beweegt'

Tijdens de interviews zijn zowel positieve als negatieve ervaringen met de pilot van 'ZGT beweegt' besproken. Deze ervaringen zijn ingedeeld in het model van ZonMw. Het model is ontworpen voor het clusteren van problemen tijdens de implementatie van een verandering. In dit onderzoek worden echter ook de positieve ervaringen in het model opgenomen om zo een volledig overzicht te geven. Het volledige invulschema van 'problemen en oplossingen' staat in bijlage 4. Ervaren barrières, problemen en/of negatieve ervaringen zijn ingedeeld in deze paragraaf per hoofdgroep in het model van ZonMw (62), zie hiervoor tabel 4.

| Fase/<br>problemen | Positieve<br>ervaringen<br>lunchgroep                                                                               | Problemen<br>lunchgroep                                                                                                                                                                                                                                                                       | Problemen<br>kaartensysteem                                   | Positieve<br>ervaringen 'ZGT<br>beweegt'                                                                                                                                                     | Problemen<br>'ZGT<br>beweegt'                                                                                                                                                                                    |
|--------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Oriëntatie</b>  | De doelgroep is op de hoogte van de vernieuwing (afd. 1)<br><br>Er is genoeg interesse voor de vernieuwing (afd. 1) | De doelgroep vindt de vernieuwing niet relevant, niet noodzakelijk (afd. 1)                                                                                                                                                                                                                   | -                                                             | De doelgroep is op de hoogte van de vernieuwing (afd. 2)<br><br>De doelgroep vindt de vernieuwing relevant, noodzakelijk (afd. 1)<br><br>Er is genoeg interesse voor de vernieuwing (afd. 1) | -                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Inzicht</b>     | -                                                                                                                   | -                                                                                                                                                                                                                                                                                             | -                                                             | -                                                                                                                                                                                            | -                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Acceptatie</b>  |                                                                                                                     | -                                                                                                                                                                                                                                                                                             | -                                                             | De motivatie om te veranderen is groot (afd. 2)<br><br>De doelgroep ziet meer voordelen dan nadelen (afd.1) (afd. 2)                                                                         | De motivatie om te veranderen is niet zo groot (afd.1) (afd.2)                                                                                                                                                   |
| <b>Verandering</b> | De eerste ervaringen met de vernieuwing zijn positief (patiënt) (afd. 2)                                            | Tijdens het doorvoeren van de vernieuwing doen zich praktische knelpunten voor, zoals tijd en geld (afd.1) (afd.2)<br><br>De eerste ervaringen met de vernieuwing zijn niet positief (zorgverlener) (afd.1)<br><br><u>Patiënten</u> of collega's werken niet mee of reageren negatief (afd.1) | -                                                             | De eerste ervaringen zijn positief (afd.1) (afd. 2)                                                                                                                                          | Tijdens het doorvoeren van de vernieuwing doen zich praktische knelpunten voor, zoals tijd en geld (afd.1) (afd.2)<br><br>Er is gebrek aan vaardigheid om de vernieuwing in praktijk te brengen (afd.1) (afd. 2) |
| <b>Behoud</b>      | -                                                                                                                   | De doelgroep valt terug in de oude gewoontes (afd.1)                                                                                                                                                                                                                                          | De doelgroep valt terug in de oude gewoontes (afd.1) (afd. 2) | -                                                                                                                                                                                            | -                                                                                                                                                                                                                |

Tabel 4: Positieve en negatieve ervaringen ingevuld in Model ZonMw.

Uit bovenstaande tabel blijkt dat de meeste positieve ervaringen zich voordoen in de fase van de 'oriëntatie' en 'acceptatie' en de meeste problemen zich voordoen in de fase van 'verandering' en 'behoud'. De fase van 'verandering' en 'behoud' zijn de fasen waarin de pilotafdelingen zich momenteel bevinden. Opvallend is dat geen negatieve en positieve ervaringen zich voordoen in de fase van 'inzicht'. Daarnaast valt ook op dat afdeling 1 meer barrières heeft benoemd dan afdeling 2.

In de volgende paragrafen worden de ervaringen met de lunchgroep, het kaartensysteem en 'ZGT beweegt' in het algemeen besproken.

#### 4.2.2.1 Ervaringen met de lunchgroep

De pilotafdelingen zijn geïnteresseerd in de lunchgroep. De lunchgroep is bekend onder zorgverleners en er wordt ook steeds meer aandacht aan gegeven. Het kostte echter wel tijd voordat alle zorgverleners op de hoogte waren. Patiënten zijn enthousiast over de lunchgroep en vinden onder andere het sociale contact hierbij prettig. De eerste ervaringen van hen lijken dus positief. Toch hebben zij niet altijd zin om mee te doen. Dit is onder andere te verklaren door de ongezellige inrichting van de lunchkamer.

De lunchgroep blijkt op dit moment nog niet altijd prioriteit van het jonge team, omdat zij voornamelijk bezig zijn met overleven. Jonge verpleegkundigen vinden de lunchgroep momenteel niet relevant (genoeg). De eerste ervaringen van de zorgverleners met de lunchgroep zijn grotendeels negatief. Op dit moment is het aantal deelnemers aan de lunchgroep beperkt. Soms komt slechts één patiënt in aanmerking, omdat andere patiënten op dat moment te ziek zijn. De meerwaarde van het organiseren van de lunchgroep wordt door het kleine deelnemersaantal in twijfel getrokken. Het blijkt ook dat verpleegkundigen af en toe vergeten dat de lunchgroep er is. Het is dus nog geen onderdeel van *usual care* en verpleegkundigen vallen terug in oude gewoontes, zoals het brengen van eten op de kamer. Het vraagstuk welke patiënten al dan niet deel mogen nemen aan de lunchgroep werd als knelpunt ervaren. Een unithoofd gaf het volgende aan over dit vraagstuk:

*"Dat [wel/niet elke patiënt toelaten] zijn wel van die ethische dilemma's waar je wel van denkt oh ja. Iemand die niet correct kan eten, of niet netjes, dat is niet prettig om daar tegenover te zitten."* (Unithoofd afdeling 2)

De patiëntenpopulatie van de pilotafdelingen blijken voor de lunchgroep en 'ZGT beweegt' in het algemeen niet geheel geschikt. Op één van de afdelingen liggen voornamelijk maag-, darm- en leverpatiënten die beperkt zijn in eten en drinken. Een geïnterviewde vertelde dat een kop thee bij sommige patiënten het enige is wat zij kunnen nuttigen tijdens de lunchgroep en dat dit niet uitnodigt tot deelname. Wanneer patiënten in theorie wél kunnen aansluiten bij de lunchgroep zijn ze vaak al ontslagen. Door de fysieke staat zijn patiënten soms ook beperkt in de mogelijkheden tot mobilisatie. Deze patiënten, voornamelijk ouderen, kunnen bijvoorbeeld niet een uur op een stoel zitten. De huidige werkprocessen op de afdelingen sluiten ook niet volledig aan bij de visie van 'ZGT beweegt' en er is niet voldoende ruimte binnen de zorgprocessen om te mobiliseren door een tekort aan personeel. Ook de tijdsplanning van activiteiten is soms onhandig:

*"Het bijt elkaar natuurlijk weleens, omdat de dokter net wil visite lopen terwijl jij net samen met een zorg assistent naar de badgelegenheid wilt lopen, zodat de patiënt zich daar kan wassen. Of de patiënt net voor een onderzoek weg moet."* (Unithoofd afdeling 2)

Het tijdstip waarop de lunchgroep wordt gehouden, namelijk tijdens de pauze van de zorgverleners én tijdens het bezoekuur, is ook niet optimaal. Door het bezoekuur blijken patiënten minder gemotiveerd tot deelname, omdat zij vinden dat ze dan in bed mogen liggen.

#### 4.2.2.3 Ervaringen met het kaartensysteem

Geen van de benoemde positieve ervaringen met het kaartensysteem passen binnen het model van ZonMw. Er waren wel positieve ervaringen. Het kaartensysteem werd gezien als een mooi systeem wat veel duidelijkheid aan patiënten en bezoekers geeft over de mogelijkheden van de patiënt met betrekking tot fysieke activiteit. De mate van gebruik van het kaartensysteem blijkt nog wel te wisselen:

*“Ik merk wel de ene bezoeker doet daar meer mee dan de ander. De ander denkt van ‘oeh ik weet niet of ik mij daar bekwaam genoeg voor vindt om met jou te gaan lopen’. En misschien is dat meer iets voor de zorg assistent, verpleegkundige en fysiotherapeut. Terwijl een ander iemand van het bezoek juist denkt ‘oh oké gele kaart. Ik kan ook met jou aan de wandel, kom maar op’.”* (Fysiotherapeut afdeling 2)

Het kaartensysteem blijkt ook nog geen onderdeel van *usual care*. Verpleegkundigen blijken vaak terug te vallen in oude gewoontes en vergeten het kaartensysteem aan te passen wanneer een patiënt voor- of achteruitgaat. Daarnaast wordt het meenemen van de kaart regelmatig vergeten wanneer een patiënt wordt verplaatst.

#### 4.2.2.4 Ervaringen met ‘ZGT beweegt’ in het algemeen

Zorgverleners drukten hun enthousiasme uit over ‘ZGT beweegt’ en zijn geïnteresseerd in het project. Andere afdelingen in het ziekenhuis zijn ook op de hoogte van de pilotafdelingen. Een geïnterviewde gaf aan dat de afdelingen waarop de pilot plaatsvindt, ook de afdelingen in het ziekenhuis zijn waar het meeste bewustzijn is met betrekking tot fysieke activiteit. Volgens de fysiotherapeut van afdeling 2 vinden verpleegkundigen het door de vergrote kennis over mobilisatie na de implementatie van ‘ZGT beweegt’ leuker om patiënten te mobiliseren. Eén verpleegkundige gaf aan dat de stimulatie van patiënten op haar afdeling echt de prioriteit heeft, vanwege de positieve gevolgen op de fysieke gesteldheid van de patiënten. Daarnaast worden sinds ‘ZGT beweegt’ meer manieren bedacht om patiënten te stimuleren tot fysieke activiteit. Naar aanleiding van de ZGT beweegt week hebben verpleegkundigen ook met elkaar gesproken over nieuwe mogelijkheden voor mobilisatie. De ZGT beweegt week blijkt een positieve invloed te hebben gehad op de motivatie van verpleegkundigen. Hierover vertelde een fysiotherapeut het volgende:

*“De verpleegkundigen waren daardoor [ZGT beweegt week] heel enthousiast en die hadden zoiets van gaan we dit vaker doen, en blijven we dit doen want alle mensen zijn heel gemotiveerd als ze de bootcamp gaan doen.”* (Fysiotherapeut afdeling 2)

Wanneer een patiënt wordt opgenomen moet er veel gebeuren waardoor mobilisatie niet altijd prioriteit heeft. Met betrekking tot ‘ZGT beweegt’ in het algemeen werd aangegeven dat de motivatie van verpleegkundigen en patiënten om te mobiliseren soms laag is. Een tekort aan kennis over mobilisatie resulteerde bij de introductie van het project op de afdeling vaak in weerstand.

Van praktische knelpunten was ook sprake met betrekking tot ‘ZGT beweegt’ in het algemeen. Het blijkt dat niet altijd de benodigde materialen voor mobilisatie beschikbaar zijn. Zo zijn er geen goede stoelen beschikbaar en moeten materialen vaak met meerdere patiënten én afdelingen gedeeld worden. Het beperkte budget werd ook meermaals als barrière aangegeven, waardoor bijvoorbeeld kamers niet aantrekkelijk ingericht zijn. Daarnaast is er simpelweg beperkte ruimte om fysiek actief te zijn. Een ziekenhuisafdeling wordt niet als uitdagend ervaren. Een unithoofd gaf hierover het volgende aan:

*“Ik wil niet lullig doen he, maar als je hier bent en je loopt een rondje, en dan nog een rondje. Nu hebben wij best wel leuke schilderijen [...], maar dan heb je ze ondertussen wel gezien [...] er is niet zoveel uitdaging te halen voor iemand die dan wel graag wil bewegen.”* (Unithoofd afdeling 1)

Te hoge werkdruk, wat een praktisch knelpunt van ‘tijd’ is, werd ook benoemd. Zorgverleners hebben op dit moment namelijk te weinig tijd om patiënten te mobiliseren. Te weinig tijd wordt ook vaak genoemd als reden van het bieden van weerstand vanuit zorgverleners. Een verpleegkundige gaf aan dat door scholing van verpleegkundigen het ‘excuus’ van beperkte tijd kan worden verminderd door hen de winst van mobilisatie in te laten zien. De laatste praktische barrière is dat de huidige manier van informatievoorziening aan de patiënt nog niet voldoende is. Een unithoofd geeft aan dat folders niet worden gelezen en de beweegposters te groot zijn en daardoor niet passen op alle patiëntenkamers. Het laatste benoemde probleem binnen het invulschema van ZonMw is het gebrek aan vaardigheid. Verpleegkundigen blijken over te weinig kennis te beschikken met betrekking tot het belang van mobiliseren van patiënten.

#### 4.2.3 Ervaren resultaten bij de pilot van ‘ZGT beweegt’

De resultaten van de pilot zijn niet eenduidig. Het lijkt erop dat de aandacht voor mobilisatie in het algemeen is verhoogd, maar het is niet duidelijk of de pilot gezorgd heeft voor verhoogde fysieke activiteit. Er heeft (nog) geen T1-meting plaatsgevonden, waardoor kwantificatie van de resultaten niet mogelijk is. De meningen over een verhoging in fysieke activiteit zijn verdeeld:

*“Nee er wordt verder niet meer bewogen dan anders.”* (Unithoofd afdeling 1)

*“Het gevoel is wel dat die mensen sneller rondlopen.”* (Fysiotherapeut afdeling 1)

Er werd ook aangegeven dat verpleegkundigen sinds de pilot van ‘ZGT beweegt’ patiënten sneller mobiliseren. Daarnaast zijn patiënten door de pilot van ‘ZGT beweegt’ fanatieker met oefeningen. Patiënten stimuleren ook elkaar tot bewegen:

*“En de buurvrouw of de buurman die weet ook dat de mensen kunnen mobiliseren en dat die ook onder leiding van iemand mogen mobiliseren. of zelfstandig dus dan wordt er wat vaker gezegd van goh ‘kom zullen we een stukje gaan lopen’.”* (Fysiotherapeut afdeling 2)

Eén verpleegkundige gaf aan dat patiënten fysiek actiever zijn door de lunchgroep, omdat zij door het hebben van een doel, meer gemotiveerd zijn om te bewegen. Doordat de lunchgroep de sociale contacten vergroot, wordt eenzaamheid verkleind. Patiënten voelen zich geestelijk meer gehoord. Daarnaast gaan patiënten beter eten doordat ze samen eten. Tot slot bleek dat door het project de aanschaf van mobilisatie materialen is vergemakkelijkt.

#### 4.2.4 Verbeterpunten bij de pilot van ‘ZGT beweegt’

Tijdens de interviews is gesproken over verbeterpunten van de pilot. Deze verbeterpunten worden in tabel 5 weergegeven. Wanneer geïnterviewden niet genoemd hebben hoe de uitkomst bereikt kan worden, is in de tabel ‘n.v.t.’ opgenomen. Een aantal verbeterpunten vragen enige toelichting en worden onder de tabel kort uitgelegd.

| Verbeterpunt                                                                              | Hoe?                                                                                    | (Gewenste) uitkomst                                                   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| Er moet vaker aan de lunchgroep gedacht worden                                            | Fysiotherapeuten spreken verpleegkundigen aan op stimulatie patiënt voor lunchgroep     | Lunchgroep onderdeel van <i>usual care</i>                            |
| De kaarten moeten meer verwisseld worden                                                  | Fysiotherapeuten en verpleegkundigen besteden meer aandacht aan verwisselen van kaarten | Kaartensysteem onderdeel van <i>usual care</i>                        |
| Het kaartensysteem moet meer gebruikt worden                                              | Meer uitleg over systeem aan verpleegkundige en patiënt                                 | Kaartensysteem onderdeel van <i>usual care</i>                        |
| Er moet meer gecommuniceerd worden over 'ZGT beweegt' richting patiënten en zorgverleners | Belang 'ZGT beweegt' blijven herhalen                                                   | 'ZGT beweegt' onderdeel van <i>usual care</i>                         |
| Het bed moet minder centraal staan                                                        | Veranderen mindset patiënt en zorgverlener                                              | Verminderde centrale positie van het bed                              |
| Het bestuur en management moeten meer betrokken zijn                                      | N.v.t.                                                                                  | 'ZGT beweegt' verweven in meerjarenbeleid                             |
| Verpleegkundigen moeten winst mobilisatie inzien                                          | Aanbieden scholing aan verpleegkundigen over belang fysieke activiteit                  | Draagvlak verpleegkundigen 'ZGT beweegt' verhoogd                     |
| Beweegruimte moet meer gebruikt worden                                                    | N.v.t.                                                                                  | Verhoogd gebruik beweegruimte<br>Verhoogde fysieke activiteit patiënt |
| De mobilisatiemogelijkheden voor de patiënt moeten vergroot worden                        | Uitbreiden mobilisatie middelen                                                         | Meer mobilisatie patiënt                                              |
| De werkvloer moet meer bij implementatie betrokken worden                                 | Creëren werkgroep<br>Actiever betrekken werkgroep                                       | Draagvlak werkvloer 'ZGT beweegt' verhoogd                            |
| De pilotafdelingen moeten meer samenwerken                                                | Bijeenkomst 5noord en 5oost                                                             | Het delen van informatie<br>Onderlinge afspraken<br>Van elkaar leren  |

Tabel 5: aangedragen verbeterpunten en mogelijke oplossingen

Het eerste verbeterpunt dat een korte toelichting behoeft, is de vermindering van de centrale positie van het bed. Er werd aangegeven dat deze positie verminderd kan worden door een verandering van de mindset. Een verpleegkundige bedoelde hiermee het volgende:

*“Wat ze ook zeggen dat ze uiteindelijk willen dat patiënten zelf uit bed gaan, naar de arts. Daar is echt nog wel veel in te behalen. Dan moet je echt wel anders gaan denken dan nu.”*  
(Verpleegkundige 1 afdeling 2)

De tweede toelichting heeft betrekking op de samenwerking van pilotafdelingen. Op dit moment werken de pilotafdelingen nog niet samen. Enkel zorgverleners van afdeling 1 hebben aangegeven wél potentie te zien in samenwerking. De pilotafdelingen kunnen dan van elkaar leren. Eén van de aangedragen argumenten om niet samen te gaan werken, is dat de afdelingen hiervoor te veel verschillen. Het laatste verbeterpunt heeft betrekking op de betrokkenheid van de werkvloer. Verpleegkundigen van afdeling 2 gaven aan dat zij zich niet voldoende betrokken worden bij de implementatie op hun afdeling. Een voorbeeld hiervan is:

*“Ik heb nu het idee dat hun [afd. Fysiotherapie] het bedenken, de uitvoering met ons overleggen, maar eigenlijk toch hun idee wel doen zeg maar.”* (Verpleegkundige 1 afdeling 2)

De fysiotherapeut van deze afdeling had echter zelf wél het idee dat verpleegkundigen genoeg betrokken werden:

*“Ik denk dat er met de verpleegkundigen heel goed overleg is.”* (Fysiotherapeut afdeling 2)

Een geïnterviewde vertelde dat het oprichten van een werkgroep op de afdeling een middel is om de werkvloer te betrekken. Door een andere verpleegkundige werd aangegeven dat de huidige werkgroep actiever bij het implementatieproces betrokken kan worden. Beide manieren zorgen ervoor dat de pilot meer ‘eigen’ gaat voelen, waardoor het draagvlak van de werkvloer wordt vergroot.

### 4.3 Resultaten deelvraag 3

Deze paragraaf start met een beschrijving van de mogelijke taken bij de organisatiebrede implementatie. Hier is voor gekozen, omdat de taakverdeling een groot onderdeel is van de bijdrage die de verschillende stakeholders kunnen leveren. Daaropvolgend komt de gewenste betrokkenheid, aansturing en samenwerking van verschillende stakeholders aan bod. Vervolgens worden de implementatiestrategieën doorlopen en wordt de organisatiestructuur behandeld. Daarna volgen de standpunten met betrekking tot bottom-up en top-down implementatie. Dit hoofdstuk sluit af met een paragraaf over standpunten van de geïnterviewden met betrekking tot de visie van ZGT als beweegziekenhuis

#### 4.3.1 Taken bij organisatiebrede implementatie van ‘ZGT beweegt’

Tijdens de interviews was het bespreken van de mogelijke verantwoordelijkheden en taken van verschillende stakeholders bij de (organisatiebrede) implementatie van ‘ZGT beweegt’ een terugkerend thema. Dit resulteerde in meer dan 15 potentiële taken en/of verantwoordelijkheden. Deze zijn opgenomen in tabel 6. In dezelfde tabel wordt aangegeven welke stakeholders de taken volgens de respondenten kunnen vervullen. Zo kwam in de interviews naar voren dat het cluster MT onder andere verantwoordelijk is voor het aanpassen van werkprocessen en het inzetten van implementatiestrategieën. Het faciliteren van financiële middelen voor educatie (door de RvB of CMS) is een voorbeeld van de taak ‘faciliteren’.

De haakjes die in tabel 6 achter een aantal taken staan, duiden aan op wie/wat de uitvoering van de taak betrekking heeft. Ter illustratie: unithoofden moeten hun afdeling aansturen op de implementatie van ‘ZGT beweegt’. Een ander voorbeeld is dat de RvB verantwoordelijk is voor de uitstraling van het ziekenhuis naar buiten toe. Dit kunnen zij bijvoorbeeld doen door het verwerken van ‘ZGT beweegt’ in media-uitingen. De sterretjes geven taken aan die de betreffende functie niet aan zichzelf heeft toegekend. Een voorbeeld hiervan is dat het bestuur verantwoordelijk is voor het opnemen van ‘ZGT beweegt’ in de visie van het ziekenhuis. Het bestuur heeft deze taak echter niet aan henzelf toegekend.

Opvallend is dat unithoofden door alle geïnterviewden (inclusief unithoofden) de meeste potentiële taken toegewezen krijgen. Zij lijken bij de implementatie van ‘ZGT beweegt’ het schakelpunt te zijn tussen de bestuurs- en managementlaag en de werkvloer. Wat nog meer opvalt, is dat alle stakeholders in onderstaande tabel (eind) verantwoordelijk zijn de voor de implementatie. Enkel verpleegkundigen zijn echter verantwoordelijk voor het mobiliseren van patiënten. Daarnaast krijgen CMS de minste taken toegewezen bij de organisatiebrede implementatie.

| Taak/Stakeholder                             | Bestuur         | Cluster MT                       | CMS                      | Unithoofden  | Verpleegkundigen       |
|----------------------------------------------|-----------------|----------------------------------|--------------------------|--------------|------------------------|
| Aanpassen werkprocessen                      |                 | x                                |                          |              |                        |
| Aanstellen leidinggevenden                   | x               |                                  |                          |              |                        |
| Aansturen op implementatie                   |                 | x (unithoofden en zorgverleners) | x (medisch specialisten) | x (afdeling) | x (afdeling)           |
| Communiceren                                 | x               |                                  | x                        | x            |                        |
| Creëren van (rand)voorwaarden implementatie  | x               |                                  |                          | x*           |                        |
| Evalueren implementatie                      |                 | x                                |                          | x            |                        |
| Faciliteren implementatie                    | x               | x*                               | x                        | x            |                        |
| Inzetten implementatiestrategieën            |                 | x                                |                          | x*           |                        |
| Informeren                                   |                 | x (zorgverleners)                |                          | x (afdeling) | x (patiënt en familie) |
| Inventariseren verwachtingen                 |                 |                                  |                          | x            |                        |
| Mobiliseren patiënt                          |                 |                                  |                          |              | x                      |
| Monitoren implementatie                      | x               | x                                |                          | x            |                        |
| Motiveren implementatie                      |                 |                                  |                          | x (afdeling) |                        |
| Besluiten nemen                              | x               |                                  |                          |              |                        |
| Ontwikkelen interventies                     |                 |                                  |                          | x            | x                      |
| Plan van aanpak opstellen                    |                 |                                  |                          | x            |                        |
| Projectleider zijn                           |                 | x                                |                          | x            |                        |
| Stimuleren implementatie/ fysieke activiteit |                 |                                  |                          | x (afdeling) | x (patiënt)            |
| Terugkoppelen implementatie                  |                 |                                  |                          | x            |                        |
| Uitstralen belang                            | x* (ziekenhuis) |                                  |                          | x (afdeling) | x (patiënt)            |
| (Eind)verantwoordelijk implementatie         | x               | x                                | x*                       | x*           | x                      |
| Verweken 'ZGT beweegt' in visie              | x*              |                                  |                          |              |                        |

Tabel 6: Taken bij organisatiebrede implementatie van 'ZGT beweegt'

#### 4.3.2 Betrokkenheid, aansturing en samenwerking bij 'ZGT beweegt'

In dit thema zijn een aantal onderwerpen geclusterd. Deze onderwerpen hebben betrekking tot de betrokkenheid en aansturing van het project. Daarnaast wordt ook ingegaan op de standpunten over samenwerking tussen afdelingen.

Meerdere zorgverleners benadrukten dat de betrokkenheid van de RvB belangrijk is. Verschillende geïnterviewden verwachten dat financiering daardoor makkelijker kan worden verkregen. Eén geïnterviewde benoemde het volgende:

*"Ik denk als het Raad van Bestuur het bewegen niet belangrijk vindt, dat je op de werkvloer niet heel veel kunt, omdat er dan geen voorwaarden worden geschept."* (Verpleegkundige 1 afdeling 2)

Naast de betrokkenheid van de RvB, is ook de betrokkenheid van managers van belang. Zo vertelde een geïnterviewde het volgende:

*"Ja, die [managers] moeten zorgen dat het budget haalbaar is. Dat je inderdaad als je ergens iets nodig hebt, dat zij daarin meegaan. Je hebt ze nodig, absoluut."* (Verpleegkundige afdeling 6)

De geïnterviewde managers omschreven verschillende wijzen waarop zij betrokken kunnen worden bij de implementatie van 'ZGT beweegt'. Voorbeelden hiervan zijn het geven van presentaties in bijeenkomsten en beoordelen van plannen met betrekking tot nieuwe interventies. Daarnaast is het ook van belang dat er overleg gaat plaatsvinden tussen unithoofden en managers over 'ZGT beweegt'. Eén unithoofd gaf daarentegen aan dat actieve betrokkenheid van de bestuurs- en managementlaag geen vereiste is:

*"Er lopen zoveel projecten, als je [management en bestuur] overal actief bij betrokken wilt zijn, dat is bijna niet te doen. Ik denk dat je dat ook prima bij de mensen in de lagen daaronder neer kunt leggen. En mag je ook vertrouwen dat die daar actief mee bezig gaan en dat het goed komt."* (Unithoofd afdeling 6 en 10)

Eén van de redenen hiervoor is dat je volgens de geïnterviewde de werkvloer ook verantwoordelijkheden moet geven, zodat het beleid niet altijd van hogerhand komt:

*"Geef hun [zorgverleners] ook de verantwoordelijkheden. Want ik ben van mening als je mensen verantwoordelijkheid daarin geeft, dat je daar veel verder mee komt dan te denken van ik hou zelf de touwtjes in handen en een ander mag doen wat ik bedacht heb."* (Unithoofd afdeling 6 en 10)

Een andere geïnterviewde sluit zich bij bovenstaand devies aan:

*"Mijn overtuiging is daarbij [...] omdat zij [verpleegkundigen/medewerkers] daar ook een affiniteit mee hebben, dat zij het ook uit gaan dragen en ook collega's daardoor mee kunnen nemen. Omdat het dan binnen hun verantwoordelijkheid en eigenaarschap valt. Dan denk ik dat je uiteindelijk de beste resultaten behaalt."* (Unithoofd afdeling 5)

De meningen over de aansturing van unithoofden zijn verdeeld. Een aantal geïnterviewden, waaronder unithoofden en managers, gaven aan dat het weldegelijk belangrijk is dat unithoofden aangestuurd worden op de implementatie van 'ZGT beweegt'. Eén van de genoemde redenen hiervoor is dat unithoofden moeten inzien dat het project onderdeel is van de bedrijfsvoering. Aansturing van unithoofden kan gebeuren door het bespreken van het project in reguliere overleggen. Twee andere unithoofden zijn juist van mening dat aansturing niet nodig is, omdat zij zelf bekwaam genoeg zijn om het project te implementeren.

Verschillende geïnterviewden gaven aan dat zij, onder andere door de uitnodiging voor deelname aan dit onderzoek, meerdere ideeën hebben voor interventies ter aanvulling van 'ZGT beweegt'. Deze ideeën staan vermeld in bijlage 14. Meerdere verpleegkundigen benoemden als aanvulling hierop dat het belangrijk is om de werkvloer te betrekken bij de ontwikkeling van interventies en stelden het creëren van een werkgroep voor. Hiermee wordt volgens hen de kans op draagvlak vergroot:

*"Er lopen over het algemeen meer verpleegkundigen dan fysiotherapeuten, dus als je die groep meekrijgt, dan heb je een veel breder draagvlak denk ik. [...] Als je niet de verpleegkundigen meekrijgt, dan kun je het wel vergeten met je project"* (Verpleegkundige afdeling 6)

Een factor die kan bijdragen aan het verhogen van de motivatie van zorgverleners is het overtuigen van de effecten van het project. Wanneer de zorgverleners de nut en de noodzaak inzien van 'ZGT beweegt', zullen zij eerder geneigd zijn om patiënten te stimuleren om fysiek actief te zijn. Een middel wat een unithoofd hiervoor benoemde is het continue herhalen van het project via de Plan-Do-Check-Act (PDCA) methode, waarmee borging wordt bewerkstelligd.

Samenwerking tussen afdelingen, disciplines en op de werkvloer met betrekking tot de implementatie werd ook door meerdere zorgverleners aangekaart. Er zijn twee tegengestelde manieren van samenwerking tussen afdelingen naar voren gekomen, namelijk het samenwerken van gelijksoortige afdelingen én het samenwerken van afdelingen die verschillen:

*"Ik denk dat je juist als je met mensen samenwerkt die niet zo lijken op jouw afdeling, dat dat heel veel verrassende informatie geeft en juist je mindset veel breder maakt dan dat je elke keer met dezelfde mensen samenwerkt."* (Unithoofd afdeling 6 en 10)

*"En zo zijn er denk ik vaak wel, in ieder geval wel twee afdelingen vergelijkbaar met elkaar. Dus dan zou je hetzelfde plan inderdaad kunnen invoeren."* (Verpleegkundige 2 afdeling 2)

#### 4.3.3 Gebruik van implementatiestrategieën bij 'ZGT beweegt'

De implementatiestrategieën uit het begrippenkader van Plas (53) zijn voorgelegd aan de geïnterviewden en zij hebben daarbij hun mening gegeven over de potentie daarvan.

De cultuurverandering die gepaard gaat met ZGT als beweegziekenhuis kan volgens twee respondenten op de volgende wijzen gestimuleerd worden:

*"[...] educatie, procesverandering (protocollen), voorbeeldgedrag van het unithoofd, communicatie ter inspiratie, opvolging KPI's. Daarnaast is belangrijk of er echte urgentie is en/of een sterk enthousiasme om de droom te realiseren."* (Lid 1 RvB)

*"Veel aandacht, informatie, opleiding & onderwijs, herhaling, inbedden in dagelijkse routine."* (Lid 2 RvB)

Scholing van zorgverleners werd door een andere geïnterviewde ook gezien als een effectief middel:

*"Ik merk wel als je mensen even weer het vizier de juiste kant op hebt en de juiste kennis weer hebben [...] dat zij daar weer actief mee bezig gaan."* (Unithoofd afdeling 6 en 10)

Over het algemeen zijn de geïnterviewden negatief over bijeenkomsten in grote groepen voor educatie door onder andere de verwachte lage opkomst. Daarnaast gaf een geïnterviewde aan dat er al vrij veel verplichte scholingen zijn:

*“Weer extra scholingen en dergelijke daar worden wij denk ik niet heel gelukkig van. Als ik voor mezelf spreek, tegenwoordig wordt alles omgezet in scholingen. Je bent bijna altijd e-learnings aan het doen en als het nodig is prima, maar je wordt er op een gegeven moment wel heel erg dood mee gegooit.”* (Verpleegkundige afdeling 6)

In tegenstelling tot de bijeenkomsten in grote groepen, ziet het merendeel van de geïnterviewden bijeenkomsten in kleine groepen wél zitten. Dit kan in de vorm van een klinische les of als onderdeel van teambijeenkomsten, waarin meer ruimte is voor interactie.

De geïnterviewden vinden het gebruik van massamedia veelal een geschikte implementatiestrategie, waarbij KLIK meermaals werd genoemd als toepassing. Zo vertelde een verpleegkundige:

*“KLIK bereik je wel veel mee, de meeste mensen bij ons lezen de berichten goed. Met korte berichten denk ik wel dat je daar ook veel medewerking krijgt.”* (Verpleegkundige afdeling 6)

Eén manager benoemde daarentegen dat de berichten op KLIK niet alle medewerkers bereiken, omdat het lezen daarvan te vrijblijvend is. Daarnaast gaf een verpleegkundige aan dat bij een bericht op KLIK niet duidelijk is waar zorgverleners hun vragen kenbaar kunnen maken.

Het gebruik maken van *champions* werd, ten opzichte van andere strategieën, minder vaak benoemd als mogelijke strategie. Een geïnterviewde gaf wel aan dat het inzetten van een coach kan bijdragen aan het blijven stimuleren van de afdeling tot het uitvoeren van ‘ZGT beweegt’. Drie managers zien het gebruik van persoonlijk materiaal voor educatie en begeleiding zitten. Een genoemde reden hiervoor is dat het zorgpersoneel dan meer tijd heeft om de informatie te verwerken. Dezelfde managers reageerden positief op het gebruik van de implementatiestrategie ‘persoonlijk contact’. Zorgverleners voelen zich dan namelijk meer betrokken bij het project. De deelnemer vanuit de CMS is positief over het gebruik van beslissingsondersteuning, maar de managers vinden dit geen goede methode. Het gebruik van metingen wordt als een vereiste gezien om het project te laten slagen. KPI's kunnen volgens een manager hierbij worden ingezet. Metingen kunnen volgens een verpleegkundige bijdragen aan het verkrijgen van een budget:

*“Als de zorgverzekering dat [positieve cijfers] weet, kun je daar misschien budget lospeuteren en kun je inderdaad er een meerjarenproject of beleid van maken.”* (Verpleegkundige afdeling 6)

Volgens het merendeel van de geïnterviewden past ‘ZGT beweegt’ in de bestaande zorgprocessen. Toch blijft enige bijstelling nodig:

*“Er blijft altijd dat er wat bijgesteld moet worden of wat weer andere interventies vraagt. In principe is dat prima te implementeren en om mensen daarin mee te krijgen, dat past ook wel een beetje bij de cultuur van het ziekenhuis. Dat je best snel schakelt van het een naar het ander en best wel meerdere dingen naast elkaar kunt hebben lopen.”* (Unithoofd afdeling 6 en 10)

Verschillende geïnterviewden benoemden dat uiteindelijk een combinatie van verschillende strategieën beter zal werken dan het inzetten van slechts één methode.

#### 4.3.4 Organisatiestructuur van ZGT

Tijdens de interviews is ook ingegaan op de organisatiestructuur van ZGT, waarbij onder andere de afstand tussen verschillende functies is besproken. In tabel 7 zijn, waar besproken, deze ervaren 'afstanden' per functie weergegeven.

| Functie/afstand               |       |
|-------------------------------|-------|
| Verpleegkundigen -- unithoofd | Klein |
| Verpleegkundigen – cluster MT | Groot |
| Unithoofd – unithoofd         | Klein |
| Unithoofd – cluster MT        | Klein |

Tabel 7: ervaren afstanden per functie

Een aantal verpleegkundigen benoemde dat zij zowel de cluster- als medisch managers alleen van naam kennen. Zo vertelde een verpleegkundige het volgende over de lange lijnen tussen de werkvloer en het cluster MT:

*“Die lijnen zijn soms lang en wie moet je precies hebben. Elk probleem heeft zijn eigen manager en dat is soms wel rotzig.”* (Verpleegkundige 1 afdeling 2)

Een andere verpleegkundige vertelde dat zij de lange afstand echter niet als een belemmering ziet:

*“Je [verpleegkundigen] hebt er geen behoefte aan om in contact te gaan met hen [bestuurs- en managementlaag] in de grote lijnen. Dat hoeft niet, want die hebben we via het unithoofd. [...] En als je iets wil van de raad van bestuur, dan ga je eerst jouw leidinggevende bellen.”* (Verpleegkundige afdeling 8)

De meningen zijn verdeeld over het al dan niet hiërarchisch zijn van ZGT. Zo vertelde geïnterviewden het volgende:

*“Ons hoofd weet dan nog wel een beetje wat er op de afdeling is, maar haar baas of daarboven heeft niet zo'n idee van wat er op de afdeling leeft.”* (Verpleegkundige 1 afdeling 1)

*“Ik denk dat heel veel mensen denken dat het niet hiërarchisch is en dat dat zeker niet de opzet moet zijn, toch denk ik dat de beleving van de medewerkers wel is dat het hiërarchisch is. [...] Maar goed, de lagen hier zijn niet hiërarchisch en zeker niet als je ze ziet, Raad van Bestuur zijn gewoon mensen die je groet en een praatje mee kunt maken en geïnteresseerd zijn.”* (Unithoofd afdeling 6 en 10)

Wat opviel tijdens de interviews is dat de respondenten enigszins ongemakkelijk reageerden bij de vraag over de organisatiestructuur en moeizamer tot een antwoord kwamen. Daarnaast werd vaak een verantwoording gegeven wanneer een verpleegkundige bijvoorbeeld aangaf een manager niet te kennen.

#### 4.3.5 Bottom-up en top-down implementatie 'ZGT beweegt'

De geïnterviewden hebben allen een afweging gemaakt tussen bottom-up en top-down implementatie. Het merendeel heeft voorkeur voor bottom-up implementatie van 'ZGT beweegt' omdat de kans van slagen volgens hen groter is bij deze aanpak. Zo beschreef een respondent het volgende:

*“Bijna alles is beter bottom-up. Meer enthousiasme, meer goede ideeën, gemakkelijker implementatie en meteen breder draagvlak.”* (Manager cluster B)

Opvallend was dat veel geïnterviewden aangaven dat de bottom-up implementatiemethode hun voorkeur heeft, terwijl zij ZGT als hiërarchisch ervaren. Toch werd top-down implementatie af en toe ook als noodzakelijk gezien:

*“Af en toe heb je top-down nodig omdat er iets nieuws komt of om aan bepaalde dingen te voldoen.”* (Unithoofd afdeling 6 en 10)

Voornamelijk verpleegkundigen maar ook unithoofden benoemden dat er negatieve aspecten zijn bij top-down implementatie. Zo gaven een aantal verpleegkundigen aan dat deze methode weerstand van de werkvloer oproept, omdat het dan ervaren wordt als een verplichting. Hierdoor is er minder motivatie om deel te nemen en bij te dragen aan de verandering. Daarnaast is de top-down aanpak volgens een manager niet bestendig op langere termijn.

Het merendeel van de geïnterviewden gaf aan dat een combinatie van beide methoden vaak het beste werkt. De respondenten van de RvB omschreven dit als volgt:

*“Een succesvolle verandering vraagt bijna altijd een combinatie van beiden.”* (Lid 1 RvB)

*“Beiden [top-down en bottom-up zijn geschikte methoden] en het liefst tegelijk.”* (Lid 2 RvB)

Een verpleegkundige lichtte toe dat de voorkeur voor een combinatie van top-down en bottom-up implementatie voornamelijk te maken heeft met het feit dat de werkvloer vaak goede ideeën heeft, maar dat zij deze ideeën zonder de hulp van hogerop niet in de praktijk kunnen brengen. De bestuurs- en managementlaag is bijvoorbeeld nodig op het gebied van financiën.

#### 4.3.6 Visie ZGT als beweegziekenhuis

Alle geïnterviewden hebben zich uitgesproken over de visie van ZGT als beweegziekenhuis. Er is sprake van *sense of urgency* bij de deelnemers, omdat zij allen aangeven het belang van fysieke activiteit in te zien. In totaal benoemden 20 van de 21 geïnterviewden specifiek dat zij zich aansluiten bij ZGT als beweegziekenhuis. Van deze 20 gaven 9 deelnemers aan dat ‘ZGT beweegt’ een prioriteit moet worden van het ziekenhuis. Een geïnterviewde zei het volgende over de visie van ZGT als beweegziekenhuis:

*“We moeten m.i. veel meer naar een ziekenhuis waar de patiënt niet hoofdzakelijk in bed ligt, maar juist, als het kan, wel aankleden, rondlopen, gezamenlijk in een soort huiskamer praten, lezen, etc. Kort gezegd actief zijn.”* (Manager zorgcluster B)

Er zijn echter ook een aantal geïnterviewden, waaronder een respondent van de RvB, die zich niet direct aansluiten bij ‘ZGT beweegt’ als strategische prioriteit van het ziekenhuis. Een reden hiervoor was dat het project al onderdeel is van waardegedreven zorg, welke wél prioriteit heeft. Een andere respondent gaf aan dat ‘ZGT beweegt’ indirect al onderdeel is van de missie van het ziekenhuis. Opvallend is dat de andere respondent van de RvB vindt dat het project wél de prioriteit moet krijgen. Dit zou bijvoorbeeld kunnen door het opnemen van ‘ZGT beweegt’ in de ziekenhuisbrede doelstellingen voor 2021. Het verwerken van ‘ZGT beweegt’ in een 90-dagen thema<sup>3</sup> ter bevordering van de organisatiebrede aandacht en implementatie werd gesuggereerd door meerdere geïnterviewden.

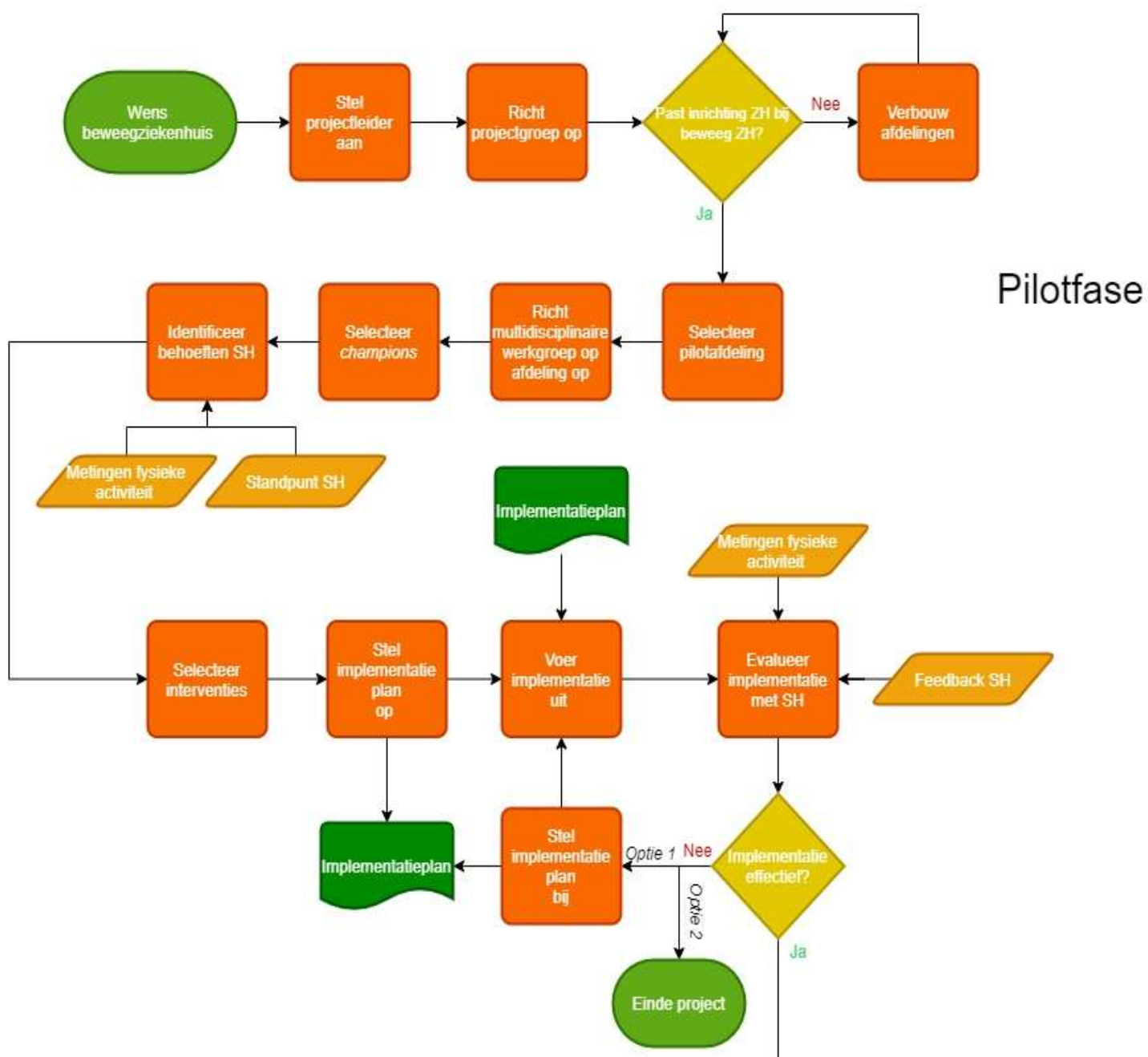
---

<sup>3</sup> ZGT heeft een 90 dagen methodiek (69) ontwikkeld, waarbij een thema 90 dagen lang onder de aandacht wordt gebracht binnen het ziekenhuis. Het gaat hierbij veelal om kwaliteits- en veiligheidsthema's. Niet alleen medewerkers van ZGT worden betrokken bij het desbetreffende thema, maar ook patiënten en bezoekers.

#### 4.4 Hoe ziet het implementatieproces van een beweegziekenhuis er uit?

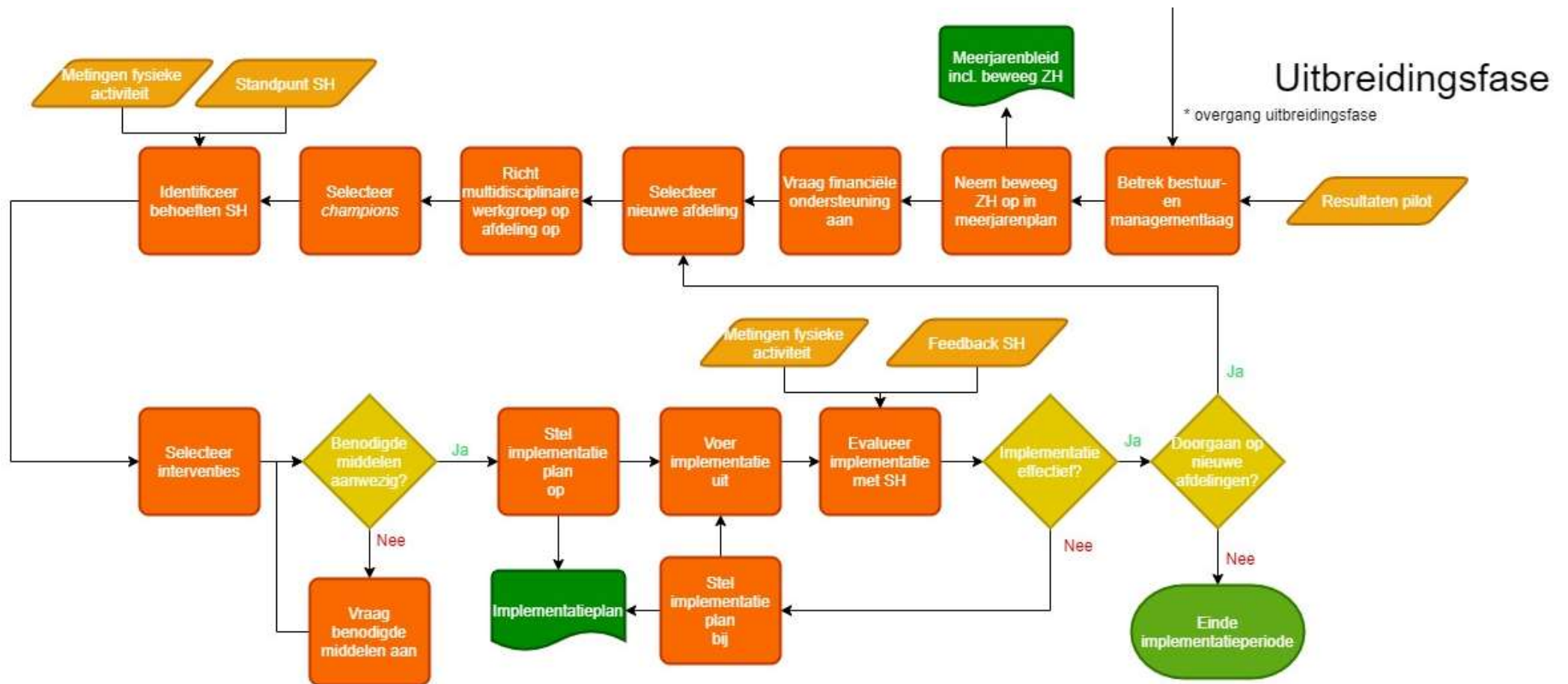
Aan de hand van de interviews van alle drie de deelvragen kan een algemeen beeld geschetst worden van het organisatiebrede implementatieproces van beweegprojecten. Dit proces is in de vorm van een flowchart weergegeven in afbeelding 4. Bij de implementatie van projecten anders dan beweegprojecten kan dit implementatieproces ook als handvat dienen. Het uitgangspunt, de wens, zal dan anders worden ingevuld. De plekken waar in de flowchart nu 'beweegziekenhuis' staat, moeten dan logischerwijs ook anders worden ingevuld. Daarnaast zal de input en output mogelijk verschillen, omdat dit van het type project afhangt. Zo zal bijvoorbeeld bij de implementatie van een project gericht op patiënten participatie waarschijnlijk geen fysieke activiteit worden gemeten.

Het implementatieproces is één geheel waar na effectieve implementatie van de pilot overgegaan wordt op de uitbreidingsfase en implementatie op andere afdelingen wordt gestart. Hoewel de flowchart eindigt met 'einde implementatieperiode' betekent dit niet dat hier het zijn of worden van beweegziekenhuis eindigt. Een beweegziekenhuis kan zichzelf continue verbeteren door bijvoorbeeld een nieuwe technologie te implementeren. Daarnaast is het belangrijk dat nieuwe werknemers meteen worden geïnformeerd over de werkwijzen van de betreffende afdelingen, waarbij ook aspecten behorende bij het beweegziekenhuis worden benadrukt om *usual care* op de afdeling te waarborgen.



Afbeelding 4 (deel 1): Flowchart implementatie pilot- en uitbreidingsfase

Het vervolg van deze afbeelding staat op de volgende pagina en start bij \*overgang uitbreidingsfase.



Afbeelding 4 (deel 2): Flowchart implementatie pilot- en uitbreidingsfase

## Hoofdstuk 5: Discussie

In dit hoofdstuk worden de resultaten per deelvraag bediscussieerd. Vervolgens worden de resultaten van dit onderzoek vergeleken met de literatuur en aan de hand daarvan de theoretische en praktische implicaties behandeld. Daarna worden de methodologische overwegingen besproken aan de hand van enkele sterke punten en tekortkomingen van dit onderzoek. Tot slot worden aanbevelingen gegeven voor mogelijk vervolgonderzoek.

### 5.1 Wat kan ZGT leren van koploper beweegziekenhuizen?

Uit de interviews met de projectleiders van de koploper beweegziekenhuizen blijkt dat ZGT op dit moment in vergelijking met de koploperziekenhuizen veel minder interventies inzet. Het aantal interventies van 'ZGT beweegt' kan uitgebreid worden. Geen van de koploper beweegziekenhuizen heeft een significant verschil in fysieke activiteit gemeten. Daardoor is het bij de uitbreiding van interventies van belang om te focussen op interventies die specifiek gericht zijn op het stimuleren van fysieke activiteit. Ook het anders inrichten van de ziekenhuisafdelingen, namelijk meer gericht op een stimulerende en uitdagende ziekenhuisomgeving, is een leerpunt voor ZGT. Geïnterviewde projectleiders borgen het beweegproject door het onder andere op te nemen in de missie en visie van het ziekenhuis en te zorgen voor actieve betrokkenheid van de bestuurs- en managementlaag. Beide methoden zijn nuttig, maar worden niet bij 'ZGT beweegt' gebruikt. De door de geïnterviewden ervaren barrière van beperkte financiën kan bij ZGT met het vroegtijdig toepassen van deze methoden gedeeltelijk worden voorkomen. Van de implementatie aanpak van de koploperziekenhuizen kan ZGT leren dat zij de bestaande project- en werkgroep(en) meer multidisciplinair kunnen invullen. Daarnaast kan ZGT de afdeling waarop de implementatie plaatsvindt actiever betrekken bij het ontwerpen van interventies en uitvoeren van 'ZGT beweegt'. Afdeling Fysiotherapie kan meer taken naar *champions* die op de afdeling werken verschuiven. Net zoals in de koploperziekenhuizen kan het unithoofd een grote rol krijgen bij de aansturing van de afdeling op de implementatie van 'ZGT beweegt'. De kennis van verpleegkundigen kan vergroot worden door het aanbieden van kleinschalige klinische lessen. Het is van belang dat interventies beter aansluiten bij de doelgroep van de afdeling. Bij het opzetten van interventies en implementeren van 'ZGT beweegt' op (nieuwe) afdelingen is het belangrijk dat rekening wordt gehouden met de behoeften van de specifieke afdelingen, waarbij realistische verwachtingen worden gesteld ten aanzien van de betreffende doelgroep. Het is belangrijk om het standpunt en de behoeften van de patiënt hierbij mee te nemen. De projectgroep van 'ZGT beweegt' gebruikt metingen in de vorm van een turfprotocol ter evaluatie en terugkoppeling naar de (pilot) afdelingen. De projectgroep kan als aanvulling hierop metingen van fysieke activiteit inzetten voor continue inzage in de voortgang met bijvoorbeeld een beweegmeter.

### 5.2 Wat zijn de ervaringen met de pilot van de innovatie 'ZGT beweegt'?

Het is door het ontbreken van de T1 meting onbekend of de pilot 'ZGT beweegt' resulteert in een verhoging in fysieke activiteit. Op dit moment is 'ZGT beweegt' volgens de opgestelde definitie (zie paragraaf 2.2.1) niet effectief geïmplementeerd, omdat het geen onderdeel van *usual care* is en niet wanneer nodig wordt gebruikt. De implementatie is rond november 2019 gestart en loopt nog steeds. Dit verklaart samen met de opkomst van COVID-19 ten dele waarom 'ZGT beweegt' nog niet consistent wordt ingezet.

Het lijkt er wel op dat de patiënten meer gemobiliseerd worden door het zorgpersoneel. Een verhoging in fysieke activiteit is door sommige deelnemers geconstateerd. Het merendeel van de geïnterviewden gaf aan enthousiast te zijn over 'ZGT beweegt' en de ZGT beweegt week. Uit de ingevulde tabel van ZonMw is gebleken dat de meeste problemen optreden in de fasen

van 'verandering' en 'behoud'. Positieve ervaringen bevonden zich juist in de eerste twee fasen, 'oriëntatie' en 'acceptatie'. De eerste twee fasen lijken dus succesvol te zijn doorlopen. Verpleegkundigen zijn gemotiveerd om patiënten te mobiliseren, maar benoemden tegelijkertijd veel barrières en knelpunten. Zo hebben verpleegkundigen het idee dat zij onvoldoende betrokken worden bij 'ZGT beweegt', waardoor het project als extra werk en minder 'eigen' wordt ervaren wat motivatie tot implementatie vermindert. Wat opviel is dat de ingezette interventies bij de pilotafdelingen niet altijd goed aansluiten bij de patiëntenpopulatie. Bovendien lijkt de lunchgroep niet te werken op de manier waarop het aanvankelijk bedoeld is. Het idee is dat patiënten uit eigen wil deelnemen aan de lunchgroep, maar in de huidige situatie is motivering tot deelname door verpleegkundigen noodzakelijk. Door de beperkte deelname levert de lunchgroep op dit moment geen winst, maar juist extra werk op, wat niet efficiënt is. Een ander knelpunt is de inrichting van de lunch-/beweegruijnte, welke kaal is en daardoor niet uitnodigt tot fysieke activiteit. Dit is ten dele te verklaren door de beperkte beschikbaarheid van financiële middelen. De beschikbaarheid van mobilisatie materialen (bijvoorbeeld tilliften of fietsen) is ook beperkt wat mobilisatie van de patiënt bemoeilijkt.

Soms ontbreekt de motivatie voor en kennis over fysieke activiteit bij zowel zorgpersoneel als patiënten. Het gebrek aan kennis en motivatie kan gedeeltelijk veroorzaakt zijn door de gebreken in de informatievoorziening richting patiënt en zorgverlener. Het gebrek aan kennis heeft weer een negatieve impact op de motivatie. Wanneer scholing wordt georganiseerd voor verpleegkundigen is de verwachting dat zij eerder de winst van het project inzien.

### 5.3 Hoe kunnen bestuurders, managers, unithoofden en verpleegkundigen bijdragen aan de implementatie van 'ZGT beweegt'?

'ZGT beweegt' kan meer direct opgenomen worden in de visie van ZGT. De RvB kan dit realiseren door het verwerken van het project in het meerjarenplan en kan daarbij (meer) uitdragen dat zij zich aansluit bij ZGT als beweegziekenhuis. Deze uitdraging kan plaatsvinden met behulp van massamedia zoals KLIK. Door de erkenning van het belang door het bestuur wordt het voor werknemers duidelijker dat 'ZGT beweegt' onderdeel is van de prioriteiten van het ziekenhuis. De RvB is ook verantwoordelijk voor het opstellen van randvoorwaarden van implementatie en (samen met cluster MT) de monitoring van de implementatie. Het is belangrijk dat zowel het bestuur als het cluster MT de werkvloer intensief betrekken bij de implementatie van 'ZGT beweegt' en hierbij de implementatiemethoden top-down en bottom-up combineren. Op deze manier wordt draagvlak van de werkvloer eerder bereikt én is er een link naar de financiële middelen. Deze combinatie van methoden sluit goed aan bij het feit dat het merendeel van de respondenten aangaf dat zij de organisatiestructuur als hiërarchisch ervaren, maar wél voorkeur geven aan een bottom-up methode.

Managers van het cluster MT kunnen presentaties, over bijvoorbeeld het belang van het project, geven in kleinschalige bijeenkomsten. Daarnaast kunnen zij plannen voor nieuwe beweeginterventies (in samenwerking met unithoofden) beoordelen. Toch is het van belang dat het cluster MT niet te veel verantwoordelijkheden op zich neemt en een groot deel van de verantwoordelijkheden overlaat aan de unithoofden, verpleegkundigen en fysiotherapeuten. Het cluster MT kan, als hier behoefte aan is, unithoofden aansturen op de implementatie van 'ZGT beweegt'. Daarnaast kan het cluster MT KPI's opstellen om implementatie te stimuleren en monitoren. Het cluster MT, de unithoofden en de *champions* zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor het monitoren van de KPI's. Een andere verantwoordelijkheid van het cluster MT is het aanpassen van de werkprocessen, zodat deze waar mogelijk beter aansluiten bij het beweegproject. Dit in samenwerking met de unithoofden en verpleegkundigen, omdat zij behoeften en benodigde middelen van de afdeling bij implementatie kunnen identificeren. Het faciliteren van bijvoorbeeld educatie, het communiceren richting en aansturen van medisch specialisten met betrekking tot 'ZGT beweegt' behoren tot de verantwoordelijkheden van de CMS.

De werkvloer kan door de unithoofden meer verantwoordelijkheden krijgen. Unithoofden kunnen het realiseren van *usual care* stimuleren door *champions* aan te stellen. Deze *champions* zijn verpleegkundigen, bijvoorbeeld ergocoaches, die extra verantwoordelijkheden krijgen. Zij sturen, stimuleren en informeren de werkvloer met betrekking tot 'ZGT beweegt'. Het aansturen en aanspreken van verpleegkundigen op de implementatie van het project gebeurt ook door unithoofden. Daarnaast hebben unithoofden een aandeel in het proces van gedragsverandering door middel van het uitstralen van het belang van 'ZGT beweegt'. Een middel hiervoor is het organiseren van bijeenkomsten in kleine groepen en/of het inzetten van massamedia, zoals een bericht op KLIK. De werkvloer, waaronder verpleegkundigen, kan op hun beurt verantwoordelijkheid tonen voor mobilisatie van de patiënt, maar ook ontwikkeling van materialen en opname in *usual care*. Verpleegkundigen zijn eindverantwoordelijk voor het mobiliseren van patiënten. Zij kunnen patiënten informeren over het belang van fysieke activiteit, stimuleren tot deelname aan bijvoorbeeld een lunchgroep en aanspreken op de eigen verantwoordelijkheid met betrekking tot fysieke activiteit. Unithoofden en verpleegkundigen kunnen ook bijdragen aan de implementatie van 'ZGT beweegt' door onderdeel uit te maken van werkgroepen en hierin de behoeften, benodigdheden, interventies en evaluaties te bespreken.

## 5.4 Theoretische en praktische implicaties

In onderstaande paragrafen worden de theoretische en praktische implicaties aan bod. Bij de theoretische implicaties wordt gekeken naar de overeenkomsten en verschillen met de bestaande wetenschappelijke literatuur. Bij de praktische implicaties wordt ingegaan op zowel ZGT als ziekenhuizen in het algemeen die de wens hebben om zich te ontwikkelen tot een beweegziekenhuis. Daarnaast worden enkele aanbevelingen gegeven.

### 5.4.1 Theoretische implicaties

Bij aanvang van dit onderzoek is vastgesteld wat er in de literatuur al bekend is over de organisatiebrede implementatie van (beweeg)interventies in het ziekenhuis. De wetenschappelijke literatuur gaat voornamelijk in op *early mobilization* en toepassingen van beweeginterventies op de Intensive Care. Er was een gebrek aan kennis over de concrete invulling van het implementatieproces voor het bereiken van effectieve organisatiebrede implementatie van beweegprojecten. Met dit onderzoek is de invulling en de samenhang tussen de verschillende aspecten die spelen bij implementatie in beeld gebracht, zie daarvoor afbeelding 4. De bevindingen van dit onderzoek dragen bij aan de bestaande kennis over de implementatie van op de werkvloer ontstane (beweeg)projecten in ziekenhuizen.

Er zijn een aantal bevindingen die niet in de literatuur worden beschreven. Onderdeel hiervan zijn het belang van verbouwen van het ziekenhuis en het continue meten van fysieke activiteit van de patiënt. Daarnaast is uit dit onderzoek gebleken dat een lunchgroep niet voor alle patiëntengroepen een geschikte manier is voor stimulatie van fysieke activiteit. De specifieke invulling van de implementatie aanpak en het implementatieplan bij (beweeg)projecten wordt ook niet door de literatuur beschreven. Een voorbeeld hiervan is de waarde van een werkgroep bij implementatie.

Een deel van de gevonden aspecten komen wel overeen met de bevindingen uit de literatuur, maar worden in de koploperziekenhuizen en ZGT soms anders toegepast. Zo wordt het inzetten van *champions* (16,18,63) die over macht in de organisatie beschikken (18) als een effectief middel beschreven. De *champions* van ZGT zijn daarentegen aangesteld op basis van hun motivatie en kennis op het gebied van fysieke activiteit.

Het model van Grol en Wensing (18) beschrijft de mogelijke implementatiestrategieën bij implementatie in een zorginstelling. Dit onderzoek heeft onderzocht welke van deze strategieën het meest geschikt zijn bij de implementatie van een beweegproject. De voorkeur

voor (kleinschalige) scholing sluit aan bij ander onderzoek (48). De uit dit onderzoek gebleken geschikte strategie van het terugkoppelen van uitkomsten kan volgens de literatuur bijdragen aan het overtuigen van verpleegkundigen van de voordelen (48,64).

Voor dit onderzoek was onbekend welke barrières koploperziekenhuizen en ZGT ervaren bij het worden van een beweegziekenhuis. Het blijkt dat een groot deel van de barrières bij implementatie van (beweeg)projecten uit de literatuur overeenkomen met de bevindingen van dit onderzoek. De tijdens de interviews genoemde barrières van (de angst voor) een te hoge werkdruk, een gebrek aan kennis, de inrichting van de ziekenhuisafdeling, een tekort aan personeel, de verloopsnelheid van werknemers, beperkingen in consistent gebruik, te zieke patiënten en de attitude van patiënten komen allemaal in de literatuur terug. Voor dit onderzoek was onbekend welke barrières koploperziekenhuizen en ZGT ervaren bij het worden van een beweegziekenhuis. Het blijkt dat een groot deel van de barrières bij implementatie van (beweeg)projecten uit de literatuur overeenkomen met de bevindingen van dit onderzoek. De tijdens de interviews genoemde barrières van (de angst voor) een te hoge werkdruk, een gebrek aan kennis, de inrichting van de ziekenhuisafdeling, een tekort aan personeel, de verloopsnelheid van werknemers, beperkingen in consistent gebruik, te zieke patiënten en de attitude van patiënten komen allemaal in de literatuur terug (8,49–52,65–67).

Het was voor dit onderzoek ook niet duidelijk welke stakeholders betrokken zijn bij de implementatie van beweegprojecten én welke verantwoordelijkheden en/of taken zij hierbij krijgen. Het betrekken van de stakeholders, zoals gedaan door ZGT en koploper beweegziekenhuizen, wordt in de literatuur omschreven als een stap richting effectieve implementatie (18). De bevindingen over de verantwoordelijkheden en taken sluiten aan bij de algemene literatuur over implementatie. Dit onderzoek wees verpleegkundigen aan als eindverantwoordelijke voor mobilisatie. In andere beweegziekenhuizen kregen zij ook deze taak (48,50). Een ander voorbeeld is dat unithoofden in dit onderzoek een centrale rol toegewezen krijgen bij de implementatie. De literatuur schuift gelijksoortige taken in de handen van een leidinggevende, in dit geval het unithoofd, zoals coaching, evalueren, monitoring en het ondersteunen van verandering (64).

Tegenstrijdig met het masteronderzoek van R. Scheffer (14), blijkt uit dit onderzoek dat een combinatie van top-down en bottom-up implementatie bij 'ZGT beweegt' beter is dan enkel het gebruik van de top-down methode. Samenwerking tussen het management en de werkvloer én tussen disciplines komt ook in andere literatuur naar voren (63). Hoewel men verwacht dat werknemers zich betrokken voelen bij een implementatie vanaf de werkvloer (42), bleek dit bij de implementatie van 'ZGT beweegt' niet altijd het geval. Uit dit onderzoek blijkt dat de twee pilotafdelingen in de mate van adoptie verschillen, dit wordt in de literatuur beschreven als één van de nadelen van bottom-up implementatie (43). Wetenschappelijk onderzoek toont aan dat beweegprojecten effectief zijn in het verhogen van fysieke activiteit (8,9). Dit lijkt bij de koploper beweegziekenhuizen en ZGT echter niet het geval. Het verschil tussen de uitkomsten in de literatuur en de Nederlandse beweegziekenhuizen komt mogelijk door de verschillende interventies die zij inzetten en het ontbreken van een eenduidige definitie voor 'beweging'. Een andere mogelijke verklaring is het verschil in tijdstip waarop een interventie wordt ingezet en/of de patiëntenpopulatie. Het is momenteel onduidelijk of het beoogde doel, verhoging van fysieke activiteit, wel met het zijn van een beweegziekenhuis wordt behaald.

#### 5.4.2 Praktische implicaties

Dit onderzoek is relevant voor ZGT en andere ziekenhuizen die zich willen ontwikkelen tot een beweegziekenhuis. Met de uitvoering van dit onderzoek is binnen ZGT het eerste directe contact gelegd met de bestuurs- en managementlaag over 'ZGT beweegt'. Daarnaast heeft dit onderzoek bijgedragen aan de bewustwording van de deelnemers met betrekking tot deze innovatie. De resultaten van dit onderzoek kunnen als handvat gebruikt worden bij organisatiebrede implementatie van beweegprojecten in ZGT en andere ziekenhuizen. De bevindingen over de implementatieaanpak en barrières kunnen ook gebruikt worden bij de

implementatie van vergelijkbare projecten en/of initiatieven die niet specifiek betrekking hebben op bewegen. De belangrijkste resultaten die gevolgen hebben voor de praktijk worden in deze paragraaf kort benoemd. Vervolgens worden er aanbevelingen gedaan die specifiek gericht zijn op het vervolg van de implementatie van 'ZGT beweegt'.

Dit onderzoek heeft ervaringen met het beweegziekenhuis beschreven die niet enkel positief zijn. Het is daarom belangrijk om vooraf een afweging te maken tussen de kosten en de baten. Het inzetten van beweegprojecten blijkt namelijk niet per definitie te resulteren in een verhoging van fysieke activiteit. Dit roept vragen op over de effectiviteit en de mogelijke winst. Wanneer gekozen wordt voor het worden van een beweegziekenhuis is het belangrijk dat dit kleinschalig van start gaat. Begin met een pilot op één à twee afdelingen en gebruik deze pilot voor het testen van interventies. Deze en latere interventies moeten gericht zijn op het verhogen van fysieke activiteit en aansluiten bij de patiëntenpopulatie. Dit onderzoek wijst uit dat het bij uitbreiding van de implementatie naar meerdere ziekenhuisafdelingen belangrijk is dat implementatie per afdeling wordt aangepakt en hierbij multidisciplinaire werkgroepen worden opgericht. In essentie is het gehele ziekenhuis betrokken bij het implementatieproces, maar de belangrijkste stakeholders zijn de patiënten, artsen, fysiotherapeuten, verpleegkundigen, zorgassistenten, unithoofden, het management en het bestuur. Bij de analyse van de verantwoordelijkheden en taken van stakeholders kunnen de resultaten van dit onderzoek gebruikt worden.

De bevindingen van dit onderzoek wijzen uit dat de visie behorende bij het beweegziekenhuis opgenomen moet zijn in het meerjarenbeleid van het ziekenhuis om effectieve implementatie te stimuleren. Ter bevordering van effectieve implementatie kunnen hoofdzakelijk twee implementatiestrategieën ingezet worden, dit zijn 'kleinschalige bijeenkomsten' en 'massamedia'. Kleinschalige bijeenkomsten ter bevordering van het draagvlak kunnen ingezet worden op afdelingsniveau. Massamedia, zoals intranet, kan juist ingezet worden om het gehele ziekenhuis te benaderen.

Vanuit de bevindingen van dit onderzoek zijn een aantal aanbevelingen specifiek gericht op het implementatieproces van 'ZGT beweegt'. Dit onderzoek heeft zoals genoemd het eerste contact gelegd met het cluster MT en de RvB. Het is van belang dat de projectleiders op korte termijn met hen in gesprek gaan om actieve betrokkenheid te creëren. Ze kunnen hiervoor bijvoorbeeld aansluiten bij een managementbijeenkomst. Daarnaast is het belangrijk dat gevonden problemen bij implementatie op pilotafdelingen worden opgelost. Hiervoor kan het in dit onderzoek gebruikte model van ZonMw (zie bijlage 4) worden geraadpleegd. De bevindingen van dit onderzoek tonen aan dat een lunchgroep op de pilotafdelingen op dit moment niet de meest geschikte interventie lijkt. Kijk daarom ook naar andere interventies en neem hierbij het standpunt van patiënten en verpleegkundigen mee. Wanneer implementatie op andere afdelingen gaat plaatsvinden, zijn de gevonden stappen uit dit onderzoek een geschikte leidraad. Ter bevordering van de bewustwording van het belang van 'ZGT beweegt' in het gehele ziekenhuis kan de 90-dagen methodiek<sup>4</sup> worden ingezet. Tot slot wordt aangeraden om de projecten binnen 'Zorg voor Morgen – Programma Waardegedreven zorg' neutraler te verwoorden, waardoor 'ZGT beweegt' als lijnproject<sup>5</sup> ten opzichte van kernprojecten niet als minder belangrijk wordt gezien.

---

<sup>4</sup> ZGT heeft een 90 dagen methodiek (69) ontwikkeld, waarbij een thema 90 dagen lang onder de aandacht wordt gebracht binnen het ziekenhuis. Het gaat hierbij veelal om kwaliteits- en veiligheidsthema's. Niet alleen medewerkers van ZGT worden betrokken bij het desbetreffende thema, maar ook patiënten en bezoekers.

<sup>5</sup> Binnen 'Zorg voor Morgen' zijn er drie verschillende categorieën, namelijk: kernprojecten, lijnprojecten en smart-up projecten. Deze bewoording geeft aan in welke mate de verschillende stakeholders binnen het ziekenhuis betrokken zijn.

## 5.5 Methodologische overwegingen

Er zijn een aantal sterke punten en tekortkomingen te noemen met betrekking tot dit onderzoek. Een sterk punt is dat bij de digitale interviews voldoende tijd en gelegenheid was voor doorvragen. Het afnemen van de interviews en de data-analyse vond voor een deel gelijktijdig plaats, waardoor het mogelijk was om de interviewvragen tussentijds waar nodig bij te stellen. Tijdens de eerste interviews benoemde één respondent dat de interviewers veel voorbeelden gaven, waardoor het voor de geïnterviewden makkelijk was om de voorbeelden te beamen. Nadien zijn enkele voorbeelden verwijderd, zodat de geïnterviewden in de daaropvolgende interviews meer gestimuleerd werden om zelf een antwoord te formuleren.

Een ander sterk punt is dat het onderzoek in het geheel door twee onderzoekers is uitgevoerd. Zo zijn de interviews afgenomen door beide onderzoekers, waardoor zij elkaar konden aanvullen en eventuele misinterpretaties vroegtijdig konden vaststellen. De data-analyse is gezamenlijk uitgevoerd en in verschillende fasen met elkaar besproken, waarmee de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid is gewaarborgd.

Een ander sterk punt van dit onderzoek is het aantal afgenomen interviews. Bij het benaderen van potentiële deelnemers is rekening gehouden met de interne validiteit door waar mogelijk van alle klinische afdelingen hetzelfde aantal respondenten te betrekken. Het bereiken van verzadiging bij de dataverzameling van deelvraag 2 en met de standpunten van unithoofden en verpleegkundigen van deelvraag 3 is ook een sterk punt. Wat nog meer heeft bijgedragen aan de interne validiteit, is dat alle geïnterviewden en respondenten bij deelvraag 3 dezelfde uitleg hebben gekregen over 'ZGT beweegt', zodat zij allemaal dezelfde kennis en informatie hadden. Met het houden van individuele interviews is gepoogd de kans op sociaal wenselijke antwoorden te verminderen en zo ook de interne validiteit te waarborgen.

Een tekortkoming is de schriftelijke vorm van interviewen. In het aanvankelijke plan werden schriftelijke interviews vermeden, maar door COVID-19 was het niet mogelijk en/of gepast om de bestuurs- en managementlaag te benaderen voor een digitaal interview. Achteraf is gebleken dat de schriftelijke interviewvragen veelal in korte zinnen zijn beantwoord. Hierdoor waren antwoorden soms niet helder. Aangezien het schriftelijke vorm van interviewen betreft, is er geen mogelijkheid tot doorvragen. Voor respondenten was ook geen mogelijkheid tot het verkrijgen van verduidelijking, afgezien van contact opnemen met de onderzoekers. Geen enkele respondent heeft dit gedaan. Wanneer vragen toch onduidelijk waren, kan dit een negatieve invloed hebben op de betrouwbaarheid van dit onderzoek. Om onduidelijkheden te voorkomen, hebben de onderzoekers uitleg over bijvoorbeeld implementatiestrategieën opgenomen in de interviewvragen. Een leerpunt voor de onderzoekers is om bij schriftelijke interviews gesloten vragen waar mogelijk te beperken. Een aantal vragen nodigden niet uit tot het geven van een toelichting, wat nadelig kan zijn voor de interpretatie van het antwoord.

Door het uitsluiten van medisch-specialisten van dit onderzoek en het betrekken van slechts één respondent vanuit CMS zijn de door respondenten toegekende bijdragen van CMS mogelijk niet representatief voor de werkelijkheid. Door het richten op klinische afdelingen is het de vraag of de uitkomsten te generaliseren zijn naar de rest van het ziekenhuis. Het implementatieproces zal waarschijnlijk grotendeels gelijk zijn, maar barrières kunnen verschillen. Er zijn enige verschillen tussen de koploper beweegziekenhuizen en ZGT. Zo zijn twee van de koploper ziekenhuizen academisch, waar per definitie meer aandacht is voor onderzoek en innovatie. Het is bij deze ziekenhuizen aannemelijk dat het implementeren van een innovatie gemakkelijker gaat dan bij perifere ziekenhuizen. Er zijn ook andere verschillen tussen de ziekenhuizen, zoals bijvoorbeeld de patiëntenpopulatie en/of de mindset van werknemers. Desalniettemin zullen deze verschillen geen grote invloed hebben op de in de gevonden resultaten en is dit onderzoek extern valide. Barrières, taken en de implementatie

aanpak, zoals gevisualiseerd in paragraaf 4.4, zijn waarschijnlijk vergelijkbaar met die van andere ziekenhuizen. Meer specifieke aspecten, zoals de onderdelen van het implementatieplan kunnen qua invulling per ziekenhuis verschillen.

### 5.6 Aanbevelingen vervolgonderzoek

Een volgende stap richting effectieve implementatie van 'ZGT beweegt' is het doen van onderzoek naar de *patient journey* op verschillende afdelingen in het gehele ziekenhuis. Er kan hierbij gekeken worden naar het gehele proces van de patiënt van diagnose en/of opname tot ontslag of zelfs het revalidatieproces. Hierbij kan onderzocht worden tijdens welke stappen in het proces een patiënt weinig wordt gemobiliseerd en hoe dit door bijvoorbeeld het veranderen van werkprocessen kan worden verbeterd.

Om meer inzicht te krijgen in de laatste stappen van het model van Grol en Wensing kan meer aandacht besteed worden aan gedragsverandering. Vervolgonderzoek kan zich richten op hoe gedragsverandering van de werkvloer, maar ook van het hogere management, bewerkstelligd kan worden bij een innovatie die net zoals 'ZGT beweegt' op de werkvloer is ontstaan. Het blijkt dat wanneer een innovatie op de werkvloer ontstaat dit geen garantie biedt voor draagvlak van de werkvloer. In het vervolgonderzoek kan onderzocht worden waarom dit zo is en/of hoe dit voorkomen kan worden.

## Hoofdstuk 6: Conclusie

Met dit kwalitatieve onderzoek is gezocht naar een antwoord op de volgende onderzoeksvraag: *"Welke stappen kan ZGT zetten om de op de werkvloer ontstane innovatie 'ZGT beweegt' organisatiebreed effectief te implementeren?"*.

Uit dit onderzoek blijkt dat een eerste stap is dat de projectgroep en werkgroep gaan kijken naar de verbeterpunten en oplossingen voor barrières bij de pilotafdelingen en deze vervolgens door te voeren. Het is voor de borging en continuïteit van de innovatie 'ZGT beweegt' van belang dat de bestuurs- en managementlaag actief betrokken wordt bij het uitrollen van 'ZGT beweegt' naar andere afdelingen. Een belangrijke stap is dat, ter bevordering van effectieve implementatie, de visie van 'ZGT beweegt' wordt opgenomen in het meerjarenplan. Wanneer wordt uitgebreid naar andere afdelingen moet implementatie afdelingsspecifiek gaan plaatsvinden, waarbij multidisciplinaire werkgroepen op afdelingsniveau worden opgesteld. Deze werkgroepen gaan de behoeften identificeren en het implementatieplan opzetten. Het meten van fysieke activiteit is hier én bij de evaluatie een belangrijke stap. Unithoofden kunnen bij implementatie van 'ZGT beweegt' verantwoordelijk zijn voor de aansturing en stimulering van de werkvloer.

Concluderend is het combineren van de top-down en bottom-up methoden, waarbij implementatie multidisciplinair én afdelingsspecifiek wordt aangepakt, van belang bij effectieve organisatiebrede implementatie van 'ZGT beweegt'

## Referenties

1. Meesters J, Conijn D, Vermeulen H, Vliet Vlieland T. Physical activity during hospitalization: Activities and preferences of adults versus older adults. *Physiother Theory Pract*. 2019;35:10:975–85.
2. Mudge AM, Mcrae P, Mchugh K, Griffin L, Hitchen A, Walker J, et al. Poor mobility in hospitalized adults of all ages. *J Hosp Med*. 2016;11(4):289–91.
3. Martínez-Velilla N, Casas-Herrero A, Zambom-Ferraresi F, Sáez De Asteasu MLML, Lucia A, Galbete A, et al. Effect of Exercise Intervention on Functional Decline in Very Elderly Patients During Acute Hospitalization. *JAMA Intern Med*. 2019 Jan 1;179(1):28.
4. Brown CJ, Friedkin RJ, Inouye SK. Prevalence and Outcomes of Low Mobility in Hospitalized Older Patients. *J Am Geriatr Soc*. 2004 Aug 1;52(8):1263–70.
5. Koenders N, van Oorsouw R, Seeger JPH, Nijhuis–van der Sanden MWG, van de Glind I, Hoogeboom TJ. “I’m not going to walk, just for the sake of walking...”: a qualitative, phenomenological study on physical activity during hospital stay. *Disabil Rehabil*. 2020;42(1):78–85.
6. Conceição TMA da, Gonzáles AI, Figueiredo FCXS de, Vieira DSR, Bündchen DC. Critérios de segurança para iniciar a mobilização precoce em unidades de terapia intensiva. Revisão sistemática . Vol. 29, Revista Brasileira de Terapia Intensiva . scielo ; 2017. p. 509–19.
7. Jonsson M, Hurtig-Wennlöf A, Ahlsson A, Vidlund M, Cao Y, Westerdahl E. In-hospital physiotherapy improves physical activity level after lung cancer surgery: a randomized controlled trial. *Physiotherapy*. 2019 Dec;105(4):434–41.
8. Johnson AM, Kuperstein J, Howell D, Dupont-Versteegden EE. Physical Therapists Know Function: An Opinion on Mobility and Level of Activity During Hospitalization for Adult Inpatients. *Hosp Top*. 2018 Apr 3;96(2):61–8.
9. Drolet A, DeJuilio P, Harkless S, Henricks S, Kamin E, Leddy EA, et al. Move to improve: The feasibility of using an early mobility protocol to increase ambulation in the intensive and intermediate care settings. *Phys Ther*. 2013;93(2):197–207.
10. Hoe implementeer je het beweegziekenhuis? [Internet]. Zorg voor innoveren. 2018 [cited 2020 Feb 19]. Available from: <https://www.zorgvoorinnoveren.nl/actueel/nieuws/2018/11/21/hoe-implementeer-je-het-beweegziekenhuis>
11. ZGT. ZGT BEWEEGT van start [Internet]. 2019 [cited 2020 Feb 18]. Available from: <https://www.zgt.nl/nieuws/algemeen/algemeen/zgt-beweegt-van-start/>
12. ZGT. Zorg voor morgen [Internet]. Available from: <https://www.zgt.nl/patienten-en-bezoekers/onze-specialismen/zorg-voor-morgen/>
13. Abbink L. A “moving hospital”, is ZGT ready?: An examination of the current state of mind of professionals? (MSc thesis). University of Twente; 2018.
14. Scheffer R. Journey towards a “Moving Hospital”: Analysis of required steps before final implementation of interventions (MSc thesis). University of Twente; 2019.
15. Zorg voor morgen - De Zorgpraktijk [Internet]. Rijksoverheid. Available from: <https://www.zorgvoorinnoveren.nl/onderzoek/welk-onderzoek-doen/de-zorgpraktijk>
16. Klein KJ, Knight AP. Innovation Implementation: Overcoming the Challenge. *Curr Dir Psychol Sci*. 2005 Mar 5;14(5):243–6.

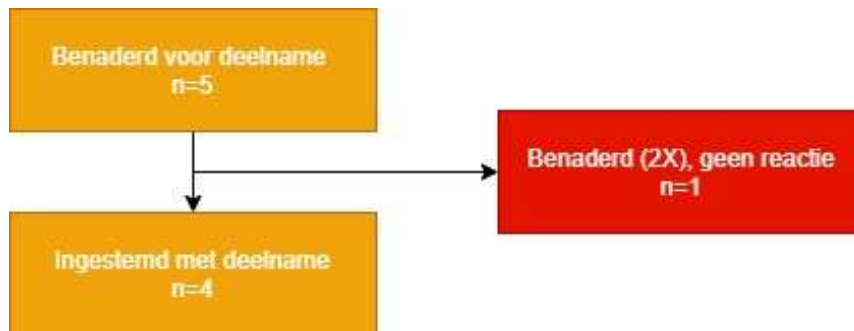
17. Gaynor GH. Innovation: transition from bottom-up to top-down innovation. *IEEE Eng Manag Rev.* 2014;42(1):5–7.
18. Grol R, Wensing M. Implementatie: Effectieve verbetering van de patiëntenzorg. 4th ed. Amsterdam: Reed Business; 2011.
19. Rogers EM. Diffusion of innovations. 5th ed. New York: Free Press; 2003. 576 p.
20. Nilsen P. Making sense of implementation theories, models and frameworks. *Implement Sci.* 2015;10(1):53.
21. van Delft LMM, Bor P, Valkenet K, Veenhof C. Hospital in Motion, a Multidimensional Implementation Project to Improve Patients' Physical Behavior During Hospitalization: Protocol for a Mixed-Methods Study. *JMIR Res Protoc.* 2019;8(4):e11341.
22. Caspersen CJ, Powell KE, Christenson GM. Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Rep.* 1985;100(2):126–31.
23. 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. *Clin Rehabil.* 2014 Dec 1;29(9):844–54.
24. Bakker S, Valkenet K, Emmelot M, Drenth C, het Lam J, Mandersloot T VC. UMC Utrecht in Beweging: de implementatie van een multidisciplinair beweegplan in de dagelijkse zorg op de verpleegafdeling Geriatrie. *Nederlands Tijdschrift voor Geriatriefysiotherapie.* 2018;36–44.
25. Beter uit bed: haal het bed uit het dna van het ziekenhuis. Radboud UMC. 2017;
26. ZGT. ZGT beweegt [Internet]. 2018 [cited 2020 Mar 1]. Available from: <https://www.zgt.nl/patienten-en-bezoekers/onze-specialismen/wetenschap/nieuws/zgt-beweegt/>
27. Deventer Ziekenhuis. Kom in beweging [Internet]. [cited 2020 Mar 4]. Available from: <https://www.dz.nl/patient/kom-in-beweging>
28. Radboud UMC. Beter uit bed [Internet]. [cited 2020 Mar 4]. Available from: <https://www.radboudumc.nl/patientenzorg/uw-opname/tijdens-uw-opname/beter-uit-bed>
29. UMC Utrecht. Beweging [Internet]. [cited 2020 Feb 24]. Available from: <https://www.umcutrecht.nl/nl/Ziekenhuis/In-het-ziekenhuis/Voorbereiden/Beweging>
30. Project bezig [Internet]. Ziekenhuis Gelderse Vallei. [cited 2020 Mar 1]. Available from: <https://www.geldersevallei.nl/voeding-en-bewegen/bewegen-in-het-ziekenhuis/project-bezig>
31. Radboud UMC. Drie speerpunten van Beter uit bed [Internet]. [cited 2020 Feb 19]. Available from: <https://www.radboudumc.nl/patientenzorg/uw-opname/tijdens-uw-opname/beter-uit-bed/beter-uit-bed-zorgprofessionals/beter-uit-bed-in-de-praktijk-brengen/drie-speerpunten/mindset>
32. Jaap Dronkers, Flora Strookappe, Soraya Mosterd, André Janse, Marco Idema, Tineke van der Ziel, Margo de Regt CV. Inactiviteit in het ziekenhuis ligt niet aan de patiënt. *Ned Tijdschr voor Geriatr.* 2019;13–6.
33. Meesters J, Conijn D, Fremouw L, Vermeulen E, Vliet Vlielan T. Flitz bevordert bewegen tijdens opname. *FysioPraxis.* 2015;45.
34. Gelderse Vallei. Fitadvies: bewegen op maat [Internet]. [cited 2020 Feb 19]. Available

from: <https://www.geldersevallei.nl/voeding-en-bewegen/beweegadvies/fitadvies>

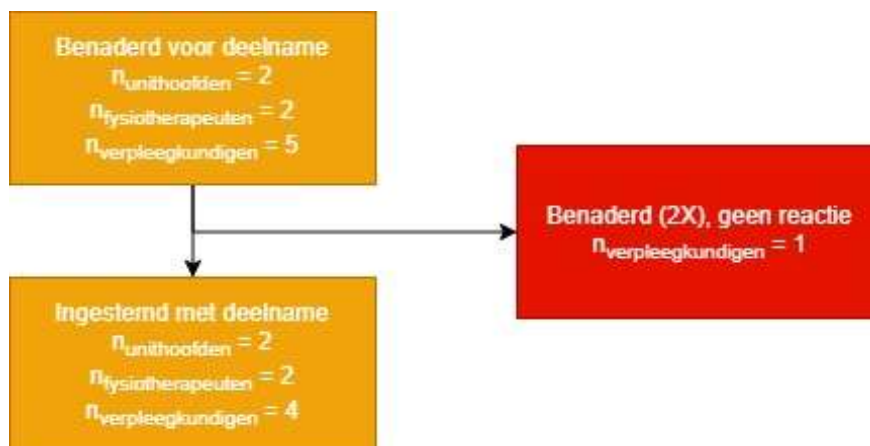
35. Deventer Ziekenhuis. Beweegmakelaar [Internet]. [cited 2020 Feb 19]. Available from: <https://www.dz.nl/patient/kom-in-beweging#beweegmakelaar>
36. Deventer Ziekenhuis. Beleef- en beweegtuin [Internet]. [cited 2020 Feb 19]. Available from: <https://www.dz.nl/patient/kom-in-beweging#beleef-en-beweegtuin>
37. Deventer Ziekenhuis. Beweegtips [Internet]. [cited 2020 Feb 19]. Available from: <https://www.dz.nl/patient/tijdens-een-opname>.
38. Trullen J, Bos-Nehles A, Valverde M. From Intended to Actual and Beyond: A Cross-Disciplinary View of (Human Resource Management) Implementation. *Int J Manag Rev*. 2020 Feb 1;
39. Drach-Zahavy A, Somech A, Granot M, Spitzer A. Can we win them all? Benefits and costs of structured and flexible innovation– implementations. *J Organ Behav*. 2004 Mar 1;25(2):217–34.
40. Wensing M, Ouwens M, Boerboom L, Bal R, de Bont A, de Mul M, et al. Kennis van Implementatie Programma. 2010.
41. Matland R. Synthesizing the Implementation Literature: The Ambiguity-Conflict Model of Policy Implementation. *J Public Adm Res Theory*. 1995 Apr;5(2):145–74.
42. Long E, Franklin A. The Paradox of Implementing the Government Performance and Results Act: Top-Down Direction for Bottom-Up Implementation. *Public Adm Rev*. 2004;64(3):309–19.
43. Ogunlayi F, Britton P. Achieving a ‘top-down’ change agenda by driving and supporting a collaborative ‘bottom-up’ process: case study of a large-scale enhanced recovery programme. *BMJ Open Qual*. 2017 Oct 26;6(2):e000008.
44. Woodrow C, Guest DE. When good HR gets bad results: exploring the challenge of HR implementation in the case of workplace bullying. *Hum Resour Manag J*. 2014 Jan 1;24(1):38–56.
45. DiMartino LD, Birken SA, Hanson LC, Trogdon JG, Clary AS, Weinberger M, et al. The influence of formal and informal policies and practices on health care innovation implementation. *Health Care Manage Rev*. 2018;43(3):249–60.
46. Mukamel DB, Haeder SF, Weimer DL. Top-Down and Bottom-Up Approaches to Health Care Quality: The Impacts of Regulation and Report Cards. *Annu Rev Public Health*. 2014 Mar 18;35(1):477–97.
47. de Groot N, van der Zwet R. Implementeren in het sociale domein. 2016. 170 p.
48. Holroyd-Leduc J, Harris C, Hamid JS, Ewusie JE, Quirk J, Osiowy K, et al. Scaling-up implementation in community hospitals: a multisite interrupted time series design of the Mobilization of Vulnerable Elders (MOVE) program in Alberta. *BMC Geriatr*. 2019;19(1):288.
49. UMCG. Hart voor de patiënt, hart voor beweging [Internet]. 2017 [cited 2020 Mar 5]. Available from: [https://www.umcg.nl/NL/UMCG/healthy\\_ageing/Healthy-Ageing-bij-ziekte/Paginas/Hart-voor-de-patient-hart-voor-beweging.aspx](https://www.umcg.nl/NL/UMCG/healthy_ageing/Healthy-Ageing-bij-ziekte/Paginas/Hart-voor-de-patient-hart-voor-beweging.aspx)
50. Moore JE, Mascarenhas A, Marquez C, Almaawiy U, Chan W-H, D'Souza J, et al. Mapping barriers and intervention activities to behaviour change theory for Mobilization of Vulnerable Elders in Ontario (MOVE ON), a multi-site implementation intervention in acute care hospitals. *Implement Sci*. 2014 Dec 30;9(1):160.

51. Geerligs L, Rankin NM, Shepherd HL, Butow P. Hospital-based interventions: a systematic review of staff-reported barriers and facilitators to implementation processes. *Implement Sci.* 2018 Feb 23;13(1):36.
52. Timmerman L. INZICHT IN HET GEDACHTEPROCES VAN VERPLEEGKUNDIGEN MET BETREKKING TOT MOBILISATIE VAN OUDERE PATIËNTEN IN HET ZIEKENHUIS (BSc thesis). Hanzehogeschool Groningen; 2018.
53. Munten G, Snoeren M, Cardiff S. Systematisch implementeren van vernieuwingen. *Ned Tijdschr voor Evid Based Pract.* 2011 Oct 1;9.
54. Plas M, Fleuren M, Friele R, Haaijer-Ruskamp F, Keijsers J, Ravensbergen J, et al. Begrippenkader voor het 'wat' en het 'waarom' bij implementatie van vernieuwingen in patiëntenzorg en preventie. *Ned Tijdschr voor Evid Based Pract.* 2007 Apr;85:160–5.
55. ZGT. Ziekenhuisgroep Twente Jaardocument 2018. ZGT; 2018. 1–140 p.
56. De Klein K, Valkenet K, Veenhof C. Perspectives of patients and health-care professionals on physical activity of hospitalized patients. *Physiother Theory Pract.* 2019 Jun 17;1–8.
57. ZGT. ZGT bestuur [Internet]. [cited 2020 Jun 5]. Available from: <https://www.zgt.nl/over-zgt/onze-organisatie/zgt-bestuur/>
58. Baarda B, van der Hulst M. Basisboek Interviewen. Vierde dru. Groningen: Noordhoff Uitgevers B.V; 2017.
59. Zijlstra-Vlasveld M. Implementatiestrategieën [Internet]. ZonMW. Available from: <https://www.zonmw.nl/nl/onderzoek-resultaten/palliatieve-zorg/implementatiepagina/implementatiestrategieen/>
60. Baarda B. Dit is onderzoek! 2nd ed. Groningen: Noordhoff Uitgevers B.V; 2014. 192 p.
61. Baarda B. H7: Hoe analyseer je data? In: Basisboek Kwalitatief Onderzoek. 4th ed. Noordhoff Uitgevers B.V; 2018. p. 205–50.
62. ZonMw. Maak zelf een implementatieplan [Internet]. [cited 2020 Mar 6]. Available from: <https://publicaties.zonmw.nl/maak-zelf-een-implementatieplan/>
63. Brickman J. How to get health care employees onboard with change [Internet]. Harvard Business Review. 2016 [cited 2020 Jun 3]. Available from: <https://hbr.org/2016/11/how-to-get-health-care-employees-onboard-with-change>
64. Ionescu E-I, Meruță A, Dragomiroiu R. Role of Managers in Management of Change. *Procedia Econ Financ.* 2014;16:293–8.
65. Surkan MJ, Gibson W. Interventions to Mobilize Elderly Patients and Reduce Length of Hospital Stay. *Can J Cardiol.* 2018;34(7):881–8.
66. Grol R, Wensing M. What drives change? Barriers to and incentives for achieving evidence-based practice. *Med J Aust.* 2004 Mar 1;180(S6):S57–60.
67. Kneafsey R, Clifford C, Greenfield S. What is the nursing team involvement in maintaining and promoting the mobility of older adults in hospital? A grounded theory study. *Int J Nurs Stud.* 2013;50(12):1617–29.
68. ZGT. Geriatriefysiotherapie. 2018.
69. ZGT. 90 dagen methodiek [Internet]. [cited 2020 Jun 4]. Available from: <https://www.zgt.nl/over-zgt/kwaliteit-bij-zgt/90-dagen-methodiek/>

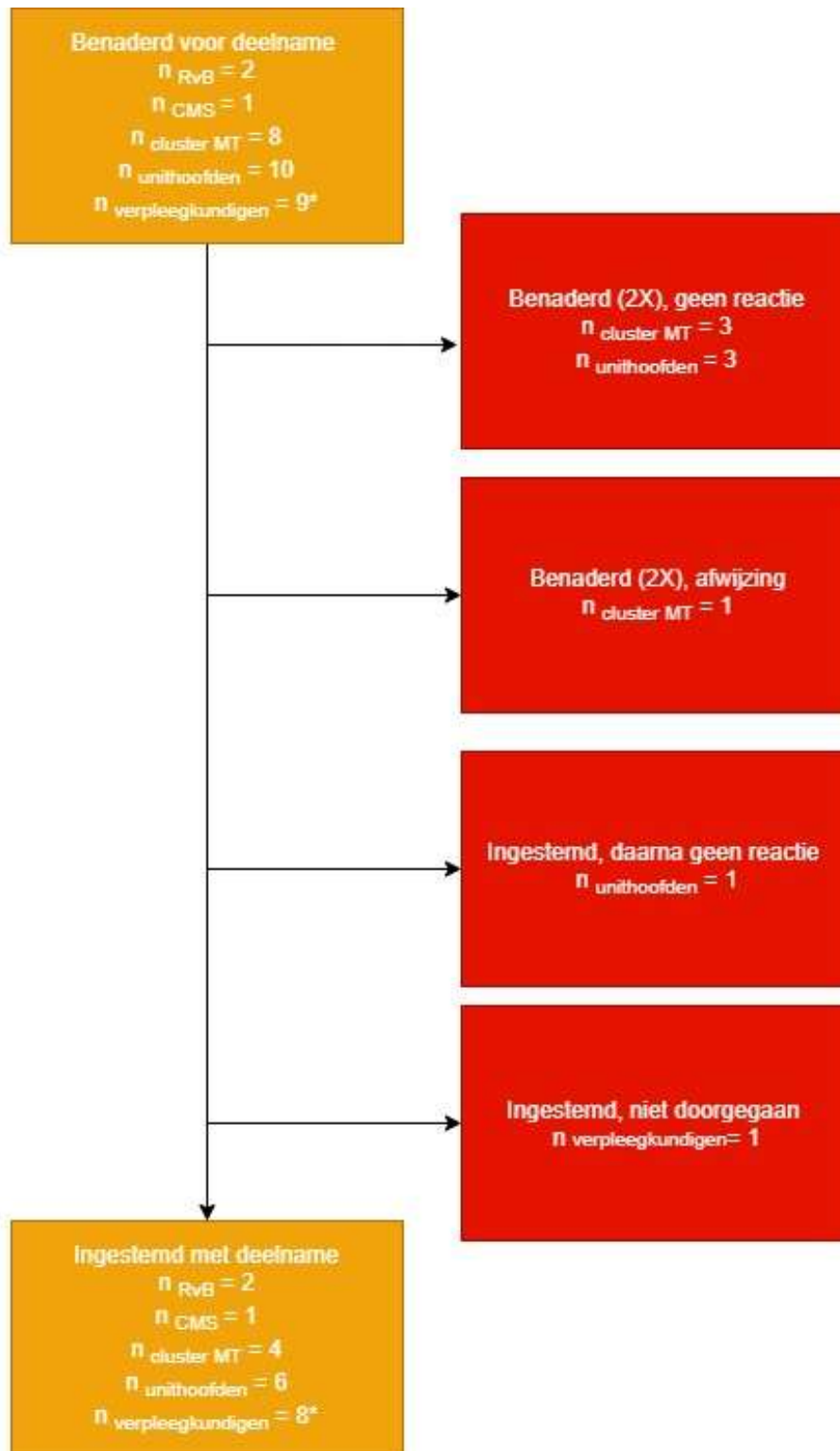
## Bijlage 1: Overzicht benaderde potentiële respondenten en non-respons



Afbeelding 5: werving deelnemers deelvraag 1



Afbeelding 6: werving deelnemers deelvraag 2



Afbeelding 7: werving deelnemers deelvraag 3

\*Vier verpleegkundigen van deelvraag 2 zijn ook betrokken bij deelvraag 3.

## Bijlage 2: Overzicht geïnterviewden per afdeling

| Deelvraag 2 | Functies          |
|-------------|-------------------|
| 5noord      | Unithoofd         |
|             | Fysiotherapeut    |
|             | Verpleegkundige 1 |
|             | Verpleegkundige 2 |
| 5oost       | Unithoofd         |
|             | Fysiotherapeut    |
|             | Verpleegkundige 1 |
|             | Verpleegkundige 2 |

Tabel 8: deelnemers deelvraag 2

| Deelvraag 3                                    | Functies          | Digitaal / Schriftelijk |
|------------------------------------------------|-------------------|-------------------------|
| 5noord                                         | Verpleegkundige 1 | Digitaal                |
|                                                | Verpleegkundige 2 | Digitaal                |
|                                                |                   |                         |
| 5oost                                          | Verpleegkundige 1 | Digitaal                |
|                                                | Verpleegkundige 2 | Digitaal                |
|                                                |                   |                         |
| 3noord                                         | Unithoofd         | Digitaal                |
|                                                | Verpleegkundige   | Digitaal                |
|                                                |                   |                         |
| Kind-tiener                                    | Unithoofd         | Digitaal                |
|                                                | Verpleegkundige   | Digitaal                |
|                                                |                   |                         |
| AOA                                            | Unithoofd         | Digitaal                |
|                                                |                   |                         |
| 4zuid                                          | Unithoofd         |                         |
|                                                | Verpleegkundige   | Digitaal                |
|                                                |                   |                         |
| 3west                                          | Unithoofd         | Schriftelijk            |
|                                                |                   |                         |
| Psychiatrie + Geriatrie                        | Unithoofd         |                         |
|                                                | Verpleegkundige   | Digitaal                |
|                                                |                   |                         |
| PAAZ                                           | Unithoofd         | Schriftelijk            |
|                                                |                   |                         |
| 5zuid                                          | Unithoofd         | Digitaal                |
|                                                |                   |                         |
| Cluster Beschouwend                            | Manager 1         | Schriftelijk            |
|                                                | Manager 2         | Schriftelijk            |
|                                                |                   |                         |
| Cluster Snijdend                               | Manager           | Schriftelijk            |
|                                                |                   |                         |
| Cluster Acut, Intensief, Moeder, Kind & Overig | Manager           | Schriftelijk            |
|                                                |                   |                         |
| CMS                                            | Medewerker        | Schriftelijk            |
|                                                |                   |                         |
| RvB                                            | Lid 1             | Schriftelijk            |

Tabel 9: deelnemers deelvraag 3

## Bijlage 3: Interviewvragen deelvraag 1

Onderstaande interviewvragen zijn behandeld tijdens de interviews met koploperziekenhuizen. De vragen zijn per ziekenhuis gespecificeerd.

### 1.1 Introductie

1. Kunt u wat meer vertellen over uw functie als projectleider van project X
2. Welke definitie van een beweeg ziekenhuis wordt binnen ziekenhuis X aangehouden?

### 1.2 Beweegziekenhuis

1. Wat doet ziekenhuis X op gebied van bewegen (interventies)?
2. Hoe zijn jullie tot de keuze van deze interventies gekomen?
3. Vanuit wie is project X geïnitieerd? En waarom is dit project gestart?
4. Wat is de doelgroep van uw project? Waarom is er gekozen voor deze doelgroep?
5. Wordt het project over het gehele ziekenhuis geïmplementeerd of alleen op specifieke afdelingen?
6. Wij zagen dat uw ziekenhuis tot de koplopers behoort op gebied van beweegziekenhuizen.
  - Bent u het daarmee eens? Zo ja, waarom?
  - Wanneer behoor je tot de koplopers, is dit meetbaar?
7. Wij zagen dat ziekenhuis X onderdeel uitmaakt van de cursus over beweegziekenhuizen. Wordt er nog op een andere manier samengewerkt met andere ziekenhuizen?

### 1.3 Implementatie

1. Wie zijn er betrokken bij de uitvoering van project X
2. Hoe hebben jullie de implementatie van project X aangepakt?
3. Wat waren ervaren barrières bij de implementatie van project X? (bijvoorbeeld tijd, gebrek aan kennis, geen draagvlak etc.)
4. Op welke manier wordt de werkvloer gestimuleerd om het project toe te passen?

### 1.4 Resultaten

1. Welke interventies zijn succesvol en welke minder?
2. Wat zijn de voordelen van het zijn van een beweegziekenhuis voor het ziekenhuis?

### 1.6 Afsluiting

1. Zou u andere ziekenhuizen adviseren om een beweegziekenhuis te worden? Waarom wel/niet?
2. Waar en bij wie zouden jullie beginnen bij het worden van een beweegziekenhuis?
3. Zijn er nog dingen die wij niet behandeld/besproken hebben en u nog kwijt wil?

## Bijlage 4: Model ZonMw

| Fase               | Problemen                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Oplossingen                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|--------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Oriëntatie</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>□ De doelgroep is niet genoeg op de hoogte van de vernieuwing</li> <li>□ De doelgroep vindt de vernieuwing niet relevant, niet noodzakelijk</li> <li>□ Er is niet genoeg interesse voor de vernieuwing</li> <li>□ De doelgroep heeft beperkt inzicht in het eigen functioneren</li> <li>□ De stukken worden niet of selectief lezen</li> <li>□ De doelgroep volgt niet de nascholing</li> </ul>                                                                                                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>□ Via allerlei kanalen kernachtig de boodschap communiceren</li> <li>□ Sleutelpersonen inschakelen</li> <li>□ Wervende brochure maken en inzetten</li> <li>□ Persoonlijke benadering en uitleg <ul style="list-style-type: none"> <li>□ Confrontatie met eigen handelen</li> <li>□ Concurrentie bevorderen als prikkel tot bewustzijn</li> </ul> </li> </ul>                                                                                                                            |
| <b>Inzicht</b>     | <ul style="list-style-type: none"> <li>□ Het ontbreekt de doelgroep aan specifieke kennis <ul style="list-style-type: none"> <li>□ De doelgroep ziet niet in dat het eigen functioneren te kort schiet</li> </ul> </li> <li>□ De houding is defensief</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>□ Goede instructiematerialen, kernachtige boodschappen, informatie gebaseerd op problemen uit de praktijk, regelmatige herhalingen</li> <li>□ Eenvoudige methode om jezelf te kunnen toetsen of methoden voor onderlinge toetsing</li> <li>□ Feedback, zoals videoregistratie en observaties</li> </ul>                                                                                                                                                                                 |
| <b>Acceptatie</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>□ De motivatie om te veranderen is niet zo groot</li> <li>□ De doelgroep ziet meer nadelen dan voordelen</li> <li>□ Er zijn twijfels over de wetenschappelijke onderbouwing van de vernieuwing</li> <li>□ Er zijn twijfels over de geloofwaardigheid van degene die de vernieuwing heeft ontwikkeld</li> <li>□ De doelgroep verwacht problemen bij het toepassen van de vernieuwing</li> <li>□ De doelgroep heeft weinig vertrouwen in het eigen kunnen om de vernieuwing toe te passen</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>□ De vernieuwing aanpassen aan de wensen van de doelgroep, lokale discussie en consensus, weerstanden bespreken, goede wetenschappelijke argumentatie, inschakelen van sleutelpersonen en opinieleiders</li> <li>□ Collega's laten demonstreren dat de vernieuwing uitvoerbaar is, knelpunten inventariseren en oplossingen zoeken, veranderplannen met haalbare doelen opstellen</li> <li>□ Zoveel mogelijk de (financiële) risico's beperken die kleven aan de verandering</li> </ul> |
| <b>Verandering</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>□ Tijdens het doorvoeren van de vernieuwing doen zich praktische knelpunten voor, zoals tijd en geld</li> <li>□ Er is gebrek aan vaardigheid om de vernieuwing in praktijk te brengen</li> <li>□ De eerste ervaringen met de vernieuwing zijn niet positief</li> <li>□ Patiënten of collega's werken niet mee of reageren negatief</li> </ul>                                                                                                                                                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>□ Extra middelen, ondersteuning, vaardigheidstraining, hulp bij het herontwerp van zorgprocessen, hulpkrachten of consultants inzetten</li> <li>□ Informatiematerialen maken voor patiënten</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                  |

|               |                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|---------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|               |                                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> Nieuw plan opstellen met bijgestelde doelen die wel haalbaar zijn                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Behoud</b> | <input type="checkbox"/> De doelgroep valt terug in de oude gewoontes<br><input type="checkbox"/> Nieuwe inzichten zijn weer vergeten<br><input type="checkbox"/> Er is geen ondersteuning vanuit het management | <input type="checkbox"/> Hulpmiddelen inzetten voor monitoren, feedback en reminders<br><input type="checkbox"/> Vernieuwing een plek geven in zorgplannen, protocollen en zorgketens<br><input type="checkbox"/> Voldoende middelen, steun van het management, beloning en vergoeding voor bepaalde taken<br><input type="checkbox"/> Vernieuwing inbouwen in contractuele afspraken |

Tabel 10: Volledige tabel ZonMw (62)

## Bijlage 5: Interviewvragen deelvraag 2: unithoofd en fysiotherapeut

Onderstaande interviewvragen zijn bij beide interviews gebruikt en per functie ingevuld.

### 1.1 Introductie

1. Hoe lang werkt u al in ZGT?
2. Wat is uw functie als X? Waar houdt u zich mee bezig?
3. Wat is de patiëntenpopulatie op deze afdeling? (Alleen unithoofd)

### 1.2 Interventies

1. Kunt u wat vertellen over de pilot op uw afdeling?
  - Welke interventies worden ingezet op uw afdeling?
  - Welke interventies worden ingezet in het gehele ziekenhuis?
2. Hoe is de implementatie van het project op deze pilot afdeling aangepakt?

### 1.3 Uitvoering

1. Wat zijn uw positieve en negatieve ervaringen met de pilot?
2. Wat zijn eventuele ervaren barrières door u/ zorgverleners/ patiënten?
  - Zien de zorgverleners het belang in?
  - Beschikken de zorgverleners over genoeg kennis?
  - Is er motivatie om 'ZGT beweegt' te implementeren?
  - Zijn er praktische knelpunten? (denk aan geld, tijd, vaardigheden)
  - Is de benodigde ondersteuning vanuit bijvoorbeeld het management voldoende aanwezig?
3. Wat is voor u de belangrijkste drijfveer om de visie van het project uit te voeren?
4. Door wie en op welke manier wordt personeel gestimuleerd/aangestuurd om de patiënten aan het bewegen te krijgen?
5. Wie zou volgens u betrokken moeten zijn bij de uitvoering van ZGT als beweegziekenhuis?
  1. En wat is dan hun taak?
6. Heeft u tips voor de organisatiebrede implementatie van dit project?

### 1.4 Resultaten

1. Heeft u tot dusver (sinds oktober 2019) verschil in fysieke activiteit van de patiënt gemerkt?
2. Wat is het grootste verschil op de afdeling nu en bijvoorbeeld een jaar geleden?
3. Wat denkt u dat eventuele voordelen van een beweegziekenhuis voor het ziekenhuis kunnen zijn?
4. Mist u dingen of zijn er interventies die u achterwege zou laten?

### 1.5 Afsluiting

1. Zijn er nog dingen die wij niet behandeld/besproken hebben en u nog kwijt wil?

## Bijlage 6: Interviewvragen deelvraag 2 en 3: verpleegkundigen pilot

### 1.1 Introductie

1. In hoeverre bent u betrokken bij 'ZGT beweegt'?
2. Sluit u zich aan bij de visie van ZGT als beweegziekenhuis? Waarom wel/niet?

### 1.2 Ervaringen met pilot

1. Wat zijn uw ervaringen met de pilot van 'ZGT beweegt'?
2. Wat zijn eventuele ervaren barrières door u? (geld, tijd, ruimte, kennis)
3. Wat is voor u de belangrijkste drijfveer om de visie van het project uit te voeren?
4. Welke middelen had u nodig om 'ZGT beweegt' in de praktijk te brengen?
  - Bijvoorbeeld prioriteit ziekenhuis/ Educatie/ FTE
5. In hoeverre is mobilisatie van de patiënten op deze afdeling mogelijk?
6. Heeft u tot dusver (sinds oktober 2019) verschil in fysieke activiteit van de patiënt gemerkt?
7. Wat is het grootste verschil op de afdeling nu en bijvoorbeeld een jaar geleden?
8. Mist u interventies of zijn er interventies die u achterwege zou laten?

### 1.3 Taken bij implementatie

1. Wie zou volgens u betrokken moeten zijn bij organisatiebrede implementatie van 'ZGT beweegt'? En wat is dan hun taak?
2. Denkt u dat verpleegkundigen betrokken moeten worden bij de ontwikkeling van en keuze tot interventies?
3. Op welke manier kunnen verpleegkundigen betrokken worden bij de ontwikkeling van en keuze tot interventies? (bijvoorbeeld betrokken bij werkgroepen).
4. Heeft u het idee dat verpleegkundigen aangestuurd moeten worden voor implementatie van 'ZGT beweegt'?
5. Indien ja, wie is er volgens u verantwoordelijk voor deze aansturing?
6. Heeft u het idee dat u op dit moment voldoende geïnformeerd wordt over 'ZGT beweegt'?
7. Wie is hier volgens u verantwoordelijk voor?
8. Vindt u het de verantwoordelijkheid van verpleegkundigen om patiënten te stimuleren tot beweging?
  - Zo ja, wat heeft u nodig om deze stimulatie te bewerkstelligen?
  - Zo nee, wie is volgens u verantwoordelijk voor deze stimulatie?

### 1.4 Implementatiestrategieën

Wanneer innovaties geïmplementeerd worden, kunnen hier verschillende implementatiestrategieën voor gebruikt worden. Deze implementatiestrategieën kunnen zich richten op verschillende niveaus. Bijvoorbeeld op het individu, de organisatie of de maatschappij. Effectieve implementatie wordt bevorderd wanneer deze implementatiestrategieën bewust worden toegepast.

#### 1.4.1 Zorgverlener

De innovatie 'ZGT beweegt' is effectief geïmplementeerd wanneer:

- Stakeholders de innovatie 'ZGT beweegt' hebben geïntegreerd in de normale routines en bestaande zorgprocessen van ZGT;
  - De innovatie bekwaam en wanneer nodig gebruikt wordt;
  - Patiënten meer dan 25% van de dag fysiek actief zijn.
1. Met behulp van welke implementatie strategieën kunnen verpleegkundigen gestimuleerd worden tot effectieve implementatie van 'ZGT beweegt'?

- Mogelijke implementatie strategieën zijn bijvoorbeeld het gebruik van massamedia, bijeenkomsten (voor educatie) metingen, inzet van symbolen (zoals een *champion*)
2. En waar gaat uw voorkeur naar uit?
  3. Wie is er volgens u verantwoordelijk voor de inzet van deze middelen?

#### **1.4.2 Zorgprocessen**

4. Wat is er momenteel benodigd om 'ZGT beweegt' effectief te implementeren binnen de zorgprocessen van uw afdeling? Denk aan het verminderen van de centraliteit van het bed, het ontwikkelen van een richtlijn of meer informatie in EPD.
  - Herontwerp zorgproces (bijvoorbeeld patiënt naar arts, centraliteit bed veranderen)
  - Standaardisering zorgproces (bijvoorbeeld richtlijn of protocol)
  - Informatisering van werkprocessen (bijvoorbeeld meer informatie over beweging van patiënt EPD).
5. Wie is volgens u verantwoordelijk voor de uitvoering van deze aanpassingen?

#### **1.5 Implementatie methoden**

1. Hoe zou u de organisatiestructuur van ZGT beschrijven?
  - Machtsverdelingen
  - Bevoegdheden

Er zijn eigenlijk 2 hoofd- implementatiemethoden; bottom-up (Met beleid van RvB naar werknemer en dan weer van werknemer naar RvB) of top-down (van RvB naar werknemer)

2. Welk van deze methoden zou volgens u het meest geschikt zijn voor effectieve organisatiebrede implementatie van 'ZGT beweegt'? En waarom?
3. Vindt u dat 'ZGT beweegt' opgenomen moet worden in het meerjarenbeleid van ZGT als kernpijler?
  - Zo ja, hoe zou dit volgens u kunnen?

#### **1.6 Afsluiting**

Wij willen u heel erg bedanken voor uw tijd.

- Heeft u nog vragen en of opmerkingen?

## Bijlage 7: Interviewvragen deelvraag 3: verpleegkundigen niet-pilot

### 1.1 Introductie

1. Kunt u wat meer vertellen over de afdeling waar u werkt?
2. In hoeverre wordt op dit moment aandacht besteed aan mobiliseren op deze afdeling?
3. In hoeverre is mobilisatie van de patiënten op deze afdeling mogelijk?

### 1.2 'ZGT beweegt'

1. In hoeverre bent u bekend met 'ZGT beweegt'?
2. In hoeverre bent u betrokken bij 'ZGT beweegt'?
3. Sluit u zich aan bij de visie van ZGT als beweegziekenhuis? Waarom wel/niet?

### 1.3 Taken bij implementatie

1. Wie zou volgens u betrokken moeten zijn bij de organisatiebrede implementatie van ZGT als beweegziekenhuis? En wat is dan hun taak?
2. Denkt u dat verpleegkundigen betrokken moeten worden bij de ontwikkeling van en keuze tot interventies?
  - Zo ja, op welke manier kunnen verpleegkundigen betrokken worden bij de ontwikkeling van en keuze tot interventies? (bijvoorbeeld betrokken bij werkgroepen).
3. Wat heeft u nodig om 'ZGT beweegt' in de praktijk te brengen?
  - Prioriteit ziekenhuis
  - Educatie
  - FTE
4. Heeft u het idee dat verpleegkundigen aangestuurd moeten worden voor implementatie van 'ZGT beweegt'?
  - Zo ja, wie is er volgens u verantwoordelijk voor deze aansturing?
  - Managers of leidinggevendenden
  - Onderling (verpleegkundigen) aanspreken
5. Vindt u het de verantwoordelijkheid van verpleegkundigen om patiënten te stimuleren tot beweging?
  - Zo ja, Wat heeft u nodig om deze stimulatie te bewerkstelligen?
  - Zo nee, wie is volgens u verantwoordelijk voor deze stimulatie?

### 1.4 Implementatiestrategieën

Wanneer innovaties geïmplementeerd worden, kunnen hier verschillende implementatiestrategieën voor gebruikt worden. Deze implementatiestrategieën kunnen zich richten op verschillende niveaus. Bijvoorbeeld op het individu, de organisatie of de maatschappij. Effectieve implementatie wordt bevorderd wanneer deze implementatiestrategieën bewust worden toegepast.

De innovatie 'ZGT beweegt' is effectief geïmplementeerd wanneer:

- Stakeholders de innovatie 'ZGT beweegt' hebben geïntegreerd in de normale routines en bestaande zorgprocessen van ZGT;
- De innovatie bekwaam en wanneer nodig gebruikt wordt;
- Patiënten meer dan 25% van de dag fysiek actief zijn.

#### 1.4.1 Zorgverlener

1. Met behulp van welke implementatie strategieën kunnen verpleegkundigen gestimuleerd worden tot effectieve implementatie van 'ZGT beweegt'?

- Mogelijke implementatie strategieën zijn bijvoorbeeld het gebruik van massamedia, bijeenkomsten (voor educatie) metingen, inzet van symbolen (zoals een *champion*)
- 2. En waar gaat uw voorkeur naar uit?
- 3. Wie is er volgens u verantwoordelijk voor de inzet van deze middelen?

#### **1.4.2 Zorgprocessen**

4. Wat is benodigd om 'ZGT beweegt' effectief te implementeren binnen de zorgprocessen van uw afdeling? Denk aan het verminderen van de centraliteit van het bed, het ontwikkelen van een richtlijn of meer informatie in EPD.
  - Herontwerp zorgproces (bijvoorbeeld patiënt naar arts, centraliteit bed veranderen)
  - Standaardisering zorgproces (bijvoorbeeld richtlijn of protocol)
  - Informatisering van werkprocessen (bijvoorbeeld meer informatie over beweging van patiënt EPD).
5. Wie is volgens u verantwoordelijk voor de uitvoering van deze aanpassingen?

#### **1.5 Implementatie methoden**

1. Hoe zou u de organisatiestructuur van ZGT beschrijven?

Er zijn eigenlijk 2 hoofd- implementatiemethoden; bottom-up (van naar RvB naar werknemer en dan weer van werknemer naar RvB) of top-down (van RvB naar werknemer)

2. Welk van deze methoden zou volgens u het meest geschikt zijn voor effectieve organisatiebrede implementatie van 'ZGT beweegt'? En waarom?

#### **1.4 Afsluiting**

Vindt u dat 'ZGT beweegt' opgenomen moet worden in het meerjarenbeleid van ZGT als kernpijler?

- Zo ja, hoe zou dit volgens u kunnen?

## Bijlage 8: Interviewvragen deelvraag 3: unithoofden niet-pilot afdelingen

### 1.1 Introductie

1. Kunt u wat meer vertellen over uw afdeling?
2. In hoeverre wordt op dit moment aandacht besteed aan mobiliseren op deze afdeling?
3. In hoeverre is mobilisatie van de patiënten op deze afdeling mogelijk?

### 1.2 'ZGT beweegt'

1. In hoeverre bent u bekend met 'ZGT beweegt'?
2. In hoeverre bent u betrokken bij 'ZGT beweegt'?
3. Sluit u zich aan bij de visie van ZGT als beweegziekenhuis? Waarom wel/niet?
4. Wat zou voor u de belangrijkste drijfveer zijn om de visie van 'ZGT beweegt' uit te voeren?
5. Wat is volgens u een geschikte interventie om patiënten op uw afdeling (meer) te mobiliseren? Bij de pilotafdelingen wordt bijvoorbeeld een lunchgroep ingezet. Deventer ziekenhuis heeft bijvoorbeeld interactieve fietsroutes.

### 1.3 Taken bij implementatie

1. Welke taken vervult u normaal gesproken wanneer projecten geïmplementeerd worden bij ZGT?
2. Wie zou volgens u betrokken moeten zijn bij organisatiebrede implementatie van 'ZGT beweegt'? En wat is dan hun taak?
3. Welke functie/ taak kan een unithoofd hebben bij de implementatie van 'ZGT beweegt' op de afdeling?  
Mogelijke voorbeelden:
  - Ontwikkeling
  - Informeren
  - Faciliteren
  - Aansturen
  - Monitoren
4. Op welke manier kunnen unithoofden deze functie(s) en taken uitvoeren/ vormgeven?
5. Vindt u dat unithoofden aansturing nodig hebben voor het overgaan tot implementatie van 'ZGT beweegt'?

### 1.3 Implementatiestrategieën

Wanneer innovaties geïmplementeerd worden, kunnen hier verschillende implementatiestrategieën voor gebruikt worden. Deze implementatiestrategieën kunnen zich richten op verschillende niveaus. Bijvoorbeeld op het individu, de organisatie of de maatschappij. Effectieve implementatie wordt bevorderd wanneer deze implementatiestrategieën bewust worden toegepast.

De innovatie 'ZGT beweegt' is effectief geïmplementeerd wanneer:

- Stakeholders de innovatie 'ZGT beweegt' hebben geïntegreerd in de normale routines en bestaande zorgprocessen van ZGT;
  - De innovatie bekwaam en wanneer nodig gebruikt wordt;
  - Patiënten meer dan 25% van de dag fysiek actief zijn.
1. Met behulp van welke implementatie strategieën kunnen unithoofden gestimuleerd worden tot effectieve implementatie van 'ZGT beweegt'?

- Mogelijke implementatie strategieën zijn bijvoorbeeld het gebruik van massamedia, bijeenkomsten (voor educatie) metingen, inzet van symbolen (zoals een *champion*)
- 2. En waar gaat uw voorkeur naar uit?
- 3. Wie is er volgens u verantwoordelijk voor de inzet van deze middelen?

#### **1.4.3 Organisatieprocessen**

- 4. Wordt er op dit moment voldoende gecommuniceerd over 'ZGT beweegt'?
  - Zo nee, hoe kan dit verbeterd worden?
- 5. Wie is er volgens u verantwoordelijk voor de communicatie over 'ZGT beweegt'?

#### **1.4.4 Zorgprocessen**

- 6. Wat is er momenteel benodigd om 'ZGT beweegt' effectief te implementeren binnen de zorgprocessen van uw afdeling? Denk aan het verminderen van de centraliteit van het bed, het ontwikkelen van een richtlijn of meer informatie in EPD.
  - Herontwerp zorgproces (bijvoorbeeld patiënt naar arts, centraliteit bed veranderen)
  - Standaardisering zorgproces (bijvoorbeeld richtlijn of protocol)
  - Informatisering van werkprocessen (bijvoorbeeld meer informatie over beweging van patiënt EPD).
- 7. Wie is volgens u verantwoordelijk voor de uitvoering van deze aanpassingen?

#### **1.5 Implementatiemethoden**

- 1. Hoe zou u de organisatiestructuur van ZGT beschrijven?
  - Machts verdelingen
  - Bevoegdheden

Er zijn eigenlijk 2 hoofd- implementatiemethoden; bottom-up (Met beleid van RvB naar werknemer en dan weer van werknemer naar RvB) of top-down (van RvB naar werknemer)

- 2. Welk van deze methoden zou volgens u het meest geschikt zijn voor effectieve organisatiebrede implementatie van 'ZGT beweegt'? En waarom?

#### **1.6 Afsluiting**

- 1. Vindt u dat 'ZGT beweegt' opgenomen moet worden in het meerjarenbeleid van ZGT als kern pijler?
  - Heeft u nog vragen en/of opmerkingen?

## Bijlage 9: Interviewvragen deelvraag 3: Cluster Management

### 1.1 Introductie

1. Kunt u wat meer vertellen over uw functie?

.....

1. Kunt u wat meer vertellen over uw zorgcluster?

.....

.....

Op de website van ZGT staat het volgende:

*ZGT streeft naar een beweegziekenhuis. Dat houdt in dat patiënten gedurende een ziekenhuisopname gestimuleerd worden om zoveel mogelijk in beweging te zijn. Dit in het belang voor de patiënten. Meer bewegen tijdens ziekenhuisopname wordt geassocieerd met ligduurverkorting, vermindering van de kans op complicaties en betere fysieke fitheid bij ontslag.*

2. Sluit u zich aan bij de visie van ZGT als beweegziekenhuis? Waarom wel/ niet?

.....

.....

3. Wat moet 'ZGT beweegt' volgens u opleveren voor het ziekenhuis indien deze organisatiebreed geïmplementeerd wordt?

.....

.....

4. Heeft u het idee dat 'ZGT beweegt' omarmt wordt in uw zorgcluster?

.....

.....

### 1.2 Taken bij implementatie

1. Welke taken vervult u wanneer projecten geïmplementeerd worden bij ZGT?

.....

.....

Er worden continue nieuwe interventies ontwikkeld die ingezet kunnen worden ter stimulatie van fysieke activiteit bij patiënten.

2. Op welke manier kunnen managers betrokken worden bij de ontwikkeling van interventies?

.....

.....

Wanneer interventies ontwikkeld zijn, vindt daarna logischerwijs de implementatie plaats. Wij willen graag onderzoeken welke rol medisch- en bedrijfskundig managers kunnen spelen bij de implementatie. Uit gesprekken blijkt dat zorgverleners vaak aangestuurd moeten worden, voordat zij overgaan tot handelen.

3. Vindt u dat managers verantwoordelijk zijn voor het aansturen van zorgverleners betreffende de uitvoering van 'ZGT beweegt'?

.....

.....

- Zo ja, op welke manier zou deze aansturing vorm kunnen krijgen?

.....  
 .....

Het informeren van zorgverleners over 'ZGT beweegt' gebeurt momenteel vanuit de afdeling Fysiotherapie (bijvoorbeeld het belang van bewegen uitleggen).

4. Wie is hier volgens u verantwoordelijk voor?

.....  
 .....

Evaluatie van implementatie behoort tot het proces van implementatie. Het blijkt dat implementatie van innovaties effectiever is wanneer de implementatie wordt gemonitord. Denk aan het opstellen van KPI's.

5. Vindt u het belangrijk dat gecontroleerd wordt of 'ZGT beweegt' effectief wordt geïmplementeerd?

.....  
 .....

- Zo ja, denkt u dat een manager verantwoordelijk is voor deze monitoring en evaluatie?

.....  
 .....

6. Wie is volgens u eindverantwoordelijk voor de effectieve organisatiebrede implementatie van 'ZGT beweegt'?

.....  
 .....

### 1.3 Implementatiestrategieën

Wanneer innovaties geïmplementeerd worden, kunnen hier verschillende 'implementatiestrategieën' voor worden gebruikt. Deze implementatiestrategieën kunnen zich richten op verschillende niveaus. Bijvoorbeeld op het individu, de organisatie of de maatschappij. Effectieve implementatie wordt bevorderd wanneer deze implementatiestrategieën bewust worden toegepast.

#### 1.3.1 Gericht op de zorgverleners

In onderstaande tabel worden strategieën weergegeven die gericht zijn op het individu. Deze strategieën kunnen ingezet worden om de implementatie van 'ZGT beweegt' te bevorderen. Wij willen u vragen om per strategie aan te geven of deze volgens u wel of niet geschikt. Wanneer u 'ja' antwoordt bij een strategie willen wij u vragen kort toe te lichten hoe deze strategie dan vorm kan krijgen.

Een voorbeeld van een ingevulde rij:

| Strategie  | Geschikt: Ja/ nee | Toelichting vorm  |
|------------|-------------------|-------------------|
| Massamedia | Ja                | Promotie via KLIK |

1. Wilt u de volgende tabel invullen?

| Strategie                                                                                              | Geschikt: ja /<br>nee | Toelichting<br>vorm |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|---------------------|
| Massamedia, zoals televisie, krant, internet etc. voor<br>educatie en begeleiding                      |                       |                     |
| Personeel materiaal voor educatie en begeleiding                                                       |                       |                     |
| Persoonlijk contact voor educatie en begeleiding                                                       |                       |                     |
| Bijeenkomsten in kleine groepen voor educatie en<br>begeleiding                                        |                       |                     |
| Bijeenkomsten in grote groepen voor educatie en begeleiding                                            |                       |                     |
| Terugkoppeling op basis van metingen                                                                   |                       |                     |
| Beslissingsondersteuning                                                                               |                       |                     |
| Verandering in leef- of werkomgeving ter bevordering van<br>bepaalde leef- of werkstijl                |                       |                     |
| Inzet van symbolen met invloed op houding zorgverleners<br>(bijvoorbeeld een <i>champion</i> of motto) |                       |                     |

2. Wie is volgens u verantwoordelijk voor de uitvoering van deze stimulatie?

.....  
 .....

### 1.3.2 Werkprocessen

3. Wat is benodigd om 'ZGT beweegt' effectief te implementeren binnen de  
zorgprocessen van uw cluster? Denk aan het verminderen van de centraliteit van het  
bed, het ontwikkelen van een richtlijn of meer informatie in EPD.

.....  
 .....

4. Wie is volgens u verantwoordelijk voor de uitvoering van deze aanpassingen?

.....  
 .....

### 1.3.3 Organisatieprocessen

5. Wordt er op dit moment voldoende gecommuniceerd over 'ZGT beweegt'?

.....  
 .....

- Zo nee, hoe kan dit verbeterd worden?

.....  
 .....

2. Wie is er volgens u verantwoordelijk voor de communicatie over 'ZGT beweegt'?

.....  
.....

#### **1.4 Implementatiemethoden**

Globaal gezien zijn er in de literatuur twee implementatie methoden, namelijk: top-down en bottom-up.

1. Welke soort implementatie methode is volgens u binnen ZGT geschikt om 'ZGT beweegt' organisatiebreed te implementeren? En waarom?

.....  
.....

#### **1.5 Afsluiting**

Heeft u nog vragen en/of opmerkingen?

.....  
.....

U bent aan het einde gekomen van de vragen. Nogmaals bedankt voor uw tijd! Wij vragen u om het ingevulde document te sturen naar [e-mailadres invullen].

## Bijlage 10: Interviewvragen deelvraag 3: Coöperatie Medisch Specialisten

### 1.1 Introductie

2. Kunt u wat meer vertellen over uw functie?

.....  
.....

3. Kunt u toelichten welke positie CMS heeft binnen de organisatiestructuur van ZGT?

.....  
.....

4. In hoeverre bent u bekend met en betrokken bij 'ZGT beweegt'?

.....  
.....

Op de website van ZGT staat het volgende:

*ZGT streeft naar een beweegziekenhuis. Dat houdt in dat patiënten gedurende een ziekenhuisopname gestimuleerd worden om zoveel mogelijk in beweging te zijn. Dit in het belang voor de patiënten. Meer bewegen tijdens ziekenhuisopname wordt geassocieerd met ligduurverkorting, vermindering van de kans op complicaties en betere fysieke fitheid bij ontslag.*

5. Sluit u zich aan bij de visie van ZGT als beweegziekenhuis? Waarom wel/niet?

.....  
.....

### 1.2 Taken bij implementatie

1. Welke taken vervult CMS wanneer projecten geïmplementeerd worden bij ZGT?

.....  
.....

Uit gesprekken blijkt dat zorgverleners vaak aangestuurd moeten worden voordat zij overgaan tot handelen.

2. Vindt u dat CMS verantwoordelijk is voor het aansturen van medisch specialisten betreffende de uitvoering van 'ZGT beweegt'?

.....  
.....

- Zo ja, op welke manier zou deze aansturing vorm kunnen krijgen?

.....  
.....

Het informeren van medisch specialisten over 'ZGT beweegt' gebeurt momenteel vanuit de afdeling Fysiotherapie (bijvoorbeeld het belang van bewegen uitleggen).

3. Wie is hier volgens u verantwoordelijk voor?

.....  
.....

Het is niet onwaarschijnlijk dat voor effectieve implementatie van 'ZGT beweegt' middelen benodigd zijn, denk aan educatie van werknemers of financiering van producten.

*De innovatie 'ZGT beweegt' is effectief geïmplementeerd wanneer:*

- *Stakeholders de innovatie 'ZGT beweegt' hebben geïntegreerd in de normale routines en bestaande zorgprocessen van ZGT;*
- *De innovatie bekwaam en wanneer nodig gebruikt wordt;*
- *Patiënten meer dan 25% van de dag fysiek actief zijn.*

4. Welke middelen denkt u dat CMS kan faciliteren aan medisch specialisten ter bevordering van effectieve implementatie?

.....  
 .....

5. Wie is volgens u eindverantwoordelijk voor de effectieve organisatiebrede implementatie van 'ZGT beweegt'?

.....  
 .....

### 1.3 Implementatiestrategieën

Wanneer innovaties geïmplementeerd worden, kunnen hier verschillende strategieën voor worden gebruikt. Deze strategieën kunnen zich richten op verschillende niveaus. Bijvoorbeeld op het individu, de organisatie of de maatschappij. Effectieve implementatie wordt bevorderd wanneer deze strategieën bewust worden toegepast.

#### 1.3.1 Gericht op medisch specialist

In onderstaande tabel worden strategieën weergegeven die gericht zijn op het individu. Deze strategieën kunnen ingezet worden om de implementatie van 'ZGT beweegt' te bevorderen. Wij willen u vragen om per strategie aan te geven of deze volgens u wel of niet geschikt. Wanneer u 'ja' antwoord bij een strategie willen wij u vragen kort toe te lichten hoe deze strategie dan vorm kan krijgen.

Een voorbeeld van een ingevulde rij:

| Strategie  | Geschikt: Ja/ nee | Toelichting vorm  |
|------------|-------------------|-------------------|
| Massamedia | Ja                | Promotie via KLIK |

1. Wilt u de volgende tabel invullen?

| Strategie                                                                      | Geschikt: ja / nee | Toelichting vorm |
|--------------------------------------------------------------------------------|--------------------|------------------|
| Massamedia, zoals televisie, krant, internet etc. voor educatie en begeleiding |                    |                  |
| Personeel materiaal voor educatie en begeleiding                               |                    |                  |

|                                                                                                            |  |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| Persoonlijk contact voor educatie en begeleiding                                                           |  |  |
| Bijeenkomsten in kleine groepen voor educatie en begeleiding                                               |  |  |
| Bijeenkomsten in grote groepen voor educatie en begeleiding                                                |  |  |
| Terugkoppeling op basis van metingen                                                                       |  |  |
| Beslissingsondersteuning                                                                                   |  |  |
| Verandering in leef- of werkomgeving ter bevordering van bepaalde leef- of werkstijl                       |  |  |
| Inzet van symbolen met invloed op houding medisch specialisten (bijvoorbeeld een <i>champion</i> of motto) |  |  |

2. Wie is volgens u verantwoordelijk voor de uitvoering van deze strategieën?

.....  
 .....

#### 1.4 Implementatiemethoden

Globaal gezien zijn er in de literatuur twee implementatie methoden, namelijk: top-down en bottom-up.

1. Welke soort implementatie methode is volgens u binnen ZGT geschikt om 'ZGT beweegt' organisatiebreed te implementeren? En waarom?

.....  
 .....

#### 1.6 Afsluiting

Heeft u nog vragen en/of opmerkingen?

.....  
 .....

U bent aan het einde gekomen van de vragen. Nogmaals bedankt voor uw tijd! Wij vragen u om het ingevulde document te sturen naar [e-mailadres invullen].

## Bijlage 11: Interviewvragen deelvraag 3: Raad van Bestuur

### 1.1 Introductie

1. In hoeverre bent u bekend met en betrokken bij 'ZGT beweegt'?

.....  
.....

Op de website van ZGT staat het volgende:

*ZGT streeft naar een beweegziekenhuis. Dat houdt in dat patiënten gedurende een ziekenhuisopname gestimuleerd worden om zoveel mogelijk in beweging te zijn. Dit in het belang voor de patiënten. Meer bewegen tijdens ziekenhuisopname wordt geassocieerd met ligduurverkorting, vermindering van de kans op complicaties en betere fysieke fitheid bij ontslag.*

2. Sluit u zich aan bij de visie van ZGT als beweegziekenhuis? Waarom wel/ niet?

.....  
.....

3. Wat vindt u dat 'ZGT beweegt' op moet leveren voor het ziekenhuis indien deze organisatiebreed geïmplementeerd wordt?

.....  
.....

### 1.2 Taken bij implementatie

4. Welke taken vervult RvB wanneer projecten geïmplementeerd worden bij ZGT?

.....  
.....

Uit gesprekken blijkt dat zorgverleners vaak aangestuurd moeten worden voordat zij overgaan tot handelen.

5. Vindt u dat de RvB verantwoordelijk is voor het aansturen van werknemers betreffende de uitvoering van 'ZGT beweegt'?

.....  
.....

- Zo ja, op welke manier zou deze aansturing vorm kunnen krijgen?

.....  
.....

Het is niet onwaarschijnlijk dat voor effectieve implementatie van 'ZGT beweegt' middelen benodigd zijn, denk aan educatie van werknemers of financiering van producten.

In onze scriptie wordt de volgende definitie van 'effectieve implementatie' aangehouden:

*De innovatie 'ZGT beweegt' is effectief geïmplementeerd wanneer:*

- *Stakeholders de innovatie 'ZGT beweegt' hebben geïntegreerd in de normale routines en bestaande zorgprocessen van ZGT;*
- *De innovatie bekwaam en wanneer nodig gebruikt wordt;*
- *Patiënten meer dan 25% van de dag fysiek actief zijn.*

6. Welke middelen denkt u dat RvB kan faciliteren ter bevordering van effectieve implementatie?

.....

.....

Evaluatie van implementatie behoort tot het proces van implementatie. Het blijkt dat implementatie van innovaties effectiever is wanneer de implementatie wordt gemonitord. Denk aan het opstellen van KPI's.

7. Wie is er volgens u verantwoordelijk voor deze evaluatie en monitoring van de implementatie?

.....  
.....

De innovatie 'ZGT beweegt' gaat gepaard met een cultuurverandering. Hierbij is met name belangrijk dat de centrale positie van het bed van de patiënt wordt verminderd en zorgverleners het belang van beweging van de patiënt gaan inzien.

8. Is er al eerder een project geweest waarbij cultuurverandering benodigd was?

.....  
.....

- Zo ja, hoe is deze cultuurverandering gerealiseerd?

.....  
.....

Uit gesprekken met andere ziekenhuizen is gebleken dat, indien ZGT stappen wil maken richting een beweegziekenhuis, het van belang is dat de innovatie 'ZGT beweegt' als prioriteit wordt bestempeld.

9. Bent u het hiermee eens?

.....  
.....

- Zo ja, hoe kan 'ZGT beweegt' een prioriteit worden binnen het ziekenhuis?

.....  
.....

- Zo nee, kunt u dit nader toelichten?

.....  
.....

10. Wie is volgens u eindverantwoordelijk voor de effectieve organisatiebrede implementatie van 'ZGT beweegt'?

.....  
.....

### **1.3 Implementatiestrategieën**

Wanneer innovaties geïmplementeerd worden, kunnen hier verschillende strategieën voor worden gebruikt. Deze strategieën kunnen zich richten op verschillende niveaus. Bijvoorbeeld op het individu, de organisatie of de maatschappij. Effectieve implementatie wordt bevorderd wanneer deze implementatiestrategieën bewust worden toegepast.

#### **1.3.1 Organisatiestructuur**

11. Uit gesprekken met andere ziekenhuizen blijkt dat de fysieke inrichting van het ziekenhuis een grote invloed heeft op het bewegen van de patiënt. Denkt u dat op dit moment de fysieke inrichting van ZGT geschikt is voor effectieve implementatie van innovatie 'ZGT beweegt'?

.....

- Zo ja, waarom is de fysieke inrichting geschikt?

- Zo nee, wat zou er moeten veranderen aan de fysieke inrichting?

- Wie is er verantwoordelijk voor deze verandering?

12. Denkt u dat op dit moment het benodigde personeel bij de organisatiebrede implementatie van 'ZGT beweegt' aanwezig is?

### 1.5 Implementatie methoden

Globaal gezien zijn er in de literatuur twee implementatie methoden, namelijk: top-down en bottom-up.

13. Welke soort implementatie methode is volgens u binnen ZGT geschikt om 'ZGT beweegt' organisatiebreed te implementeren? En waarom?

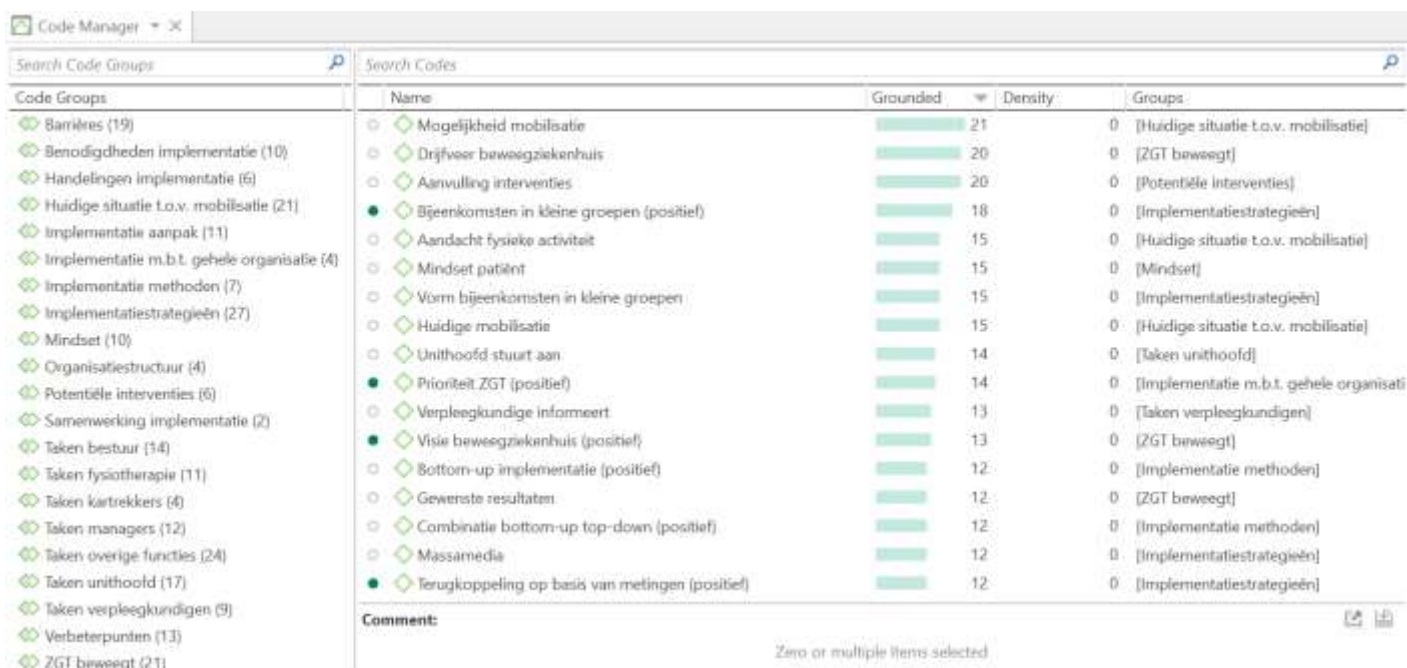
### 1.6 Afsluiting

Heeft u nog vragen en/of opmerkingen?

U bent aan het einde gekomen van de vragen. Nogmaals bedankt voor uw tijd! Wij willen u vragen om het ingevulde document te sturen naar [e-mailadres invullen].

## Bijlage 12: Voorbeelden codering

Onderstaande afbeelding geeft een screenshot uit Atlas.ti weer. In de afbeelding wordt ter illustratie een deel van de codering van de derde deelvraag weergegeven. Onder 'Code Groups' staan de groepen die gevormd zijn tijdens de axiale codering. Het getal die achter elke groep tussen haakjes staan, geeft het aantal open codes weer die onder de desbetreffende groep vallen. Onder 'name' staan een aantal open codes, waarbij de getallen onder het kopje 'grounded' de frequentie van de open codes laat zien. In de meest rechtse kolom wordt de groep weergegeven, waarin de open code is opgenomen.



Afbeelding 8: voorbeeld codering

Voor de beeldvorming van de open codering, worden in onderstaande tabellen een willekeurige selectie uit respectievelijk de groep 'taken managers' en 'implementatiemethoden' weergegeven.

| Axiale code           | Open code                              | Benoemd door                                          | Citaat                                                                                                                       |
|-----------------------|----------------------------------------|-------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Taken managers</b> | Manager evalueert                      | Manager cluster B                                     | <i>Het clustermanagement moet projecten zien, beoordelen en eventueel aanpassen.</i><br><br>(Manager cluster B)              |
|                       | Manager verantwoordelijk implementatie | Lid 1 RvB<br>Manager 2 cluster A<br>Manager cluster B | <i>Het zorgmanagement en de projectgroep zijn in de lead om de implementatie tot een succes te maken.</i><br><br>(Lid 1 RvB) |

| Axiale code                  | Open code                                | Benoemd door                                                                                                                                                                                                                                    | Citaat                                                                                                                                                              |
|------------------------------|------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Implementatiemethoden</b> | Bottom-up implementatie (positief)       | Unithoofd afd. 3<br>Unithoofd afd. 4<br>Unithoofd afd. 5<br>Unithoofd afd. 7<br>Unithoofd afd. 8 en 9<br>Manager 2 cluster A<br>Manager cluster B<br>Manager cluster C<br>Lid 1 RvB                                                             | <i>Bijna alles is beter bottom-up. Meer enthousiasme, meer goede ideeën, gemakkelijker implementatie en meteen een breder draagvlak.</i><br><br>(Manager cluster B) |
|                              | Top-down implementatie (positief)        | Verpleegkundige afd. 4<br>Unithoofd afd. 5<br>Unithoofd afd. 6 en 10<br>Manager cluster B<br>Lid 1 RvB                                                                                                                                          | <i>Af en toe heb je top-down nodig omdat er iets nieuws komt of om aan bepaalde dingen te voldoen.</i><br><br>(Unithoofd afdeling 6 en 7)                           |
|                              | Combinatie bottom-up top-down (positief) | Verpleegkundige 1 afd. 1<br>Verpleegkundige 2 afd. 1<br>Verpleegkundige 1 afd. 2<br>Verpleegkundige 2 afd. 2<br>Verpleegkundige afd. 3<br>Verpleegkundige afd. 6<br>Verpleegkundige afd. 8<br>Unithoofd afd. 4<br>Unithoofd afd. 5<br>Lid 1 RvB | <i>Een succesvolle verandering vraagt bijna altijd een combinatie van beiden.</i><br><br>(Lid 1 RvB)                                                                |

Tabel 11: voorbeeld coderingen

## Bijlage 13: Voorblad schriftelijke interviewvragen

Beste meneer/mevrouw,

Bedankt dat u de tijd en moeite wil nemen voor het invullen van onze vragen. Wij zijn Vera Niessink en Annemieke Potze en studeren Gezondheidswetenschappen aan Universiteit Twente. In het kader van onze bachelor opdracht doen wij onderzoek naar organisatiebrede implementatie van beweeginterventies bij ZGT. Onze opdrachtgevers zijn Margot Kerkemeyer en Margreet Tinselboer (Fysiotherapeuten). De hoofdvraag van onze scriptie is als volgt:

*"Welke stappen kan ZGT zetten om de op de werkvloer ontstane innovatie 'ZGT beweegt' organisatiebreed effectief te implementeren?"*

In kader van dit onderzoek hebben wij al gesproken met projectleiders van andere beweegziekenhuizen om te kijken wat ZGT kan leren van de ervaringsdeskundigen. Daarnaast zijn wij ook in gesprek met unithoofden en verpleegkundigen van ZGT. Wij hopen ook schriftelijk antwoord te krijgen van [invullen RvB, cluster MT of CMS]. Wij hebben u benaderd, omdat wij ook graag het standpunt van [invullen RvB, cluster MT of CMS] willen betrekken. Met de antwoorden op deze vragen brengen wij in kaart wat de eventuele bijdrage van deze partijen kan zijn bij organisatiebrede implementatie.

Wij vragen u om zo uitgebreid mogelijk antwoord te geven. Daarnaast is het belangrijk dat u tijdens de beantwoording van de vragen uitgaat van de normale gang van zaken (bijvoorbeeld zonder het Coronavirus).

Met het invullen van deze vragen gaat u akkoord met het gebruik van de door u ingevulde gegevens. De gegeven antwoorden worden vertrouwelijk behandeld. Deze gegevens worden niet gedeeld met derden en worden anoniem verwerkt. Het invullen van onderstaande vragen duurt ongeveer 15 minuten. Indien u nog vragen en/of opmerkingen heeft over ons onderzoek, dan kunt u contact met ons opnemen via: [e-mailadres invullen].

Wij willen u vragen om het ingevulde document voor 17 april te sturen naar bovenstaand e-mailadres.

Met vriendelijke groeten,  
Vera Niessink en Annemieke Potze

## Bijlage 14: Suggesties ter aanvulling op 'ZGT beweegt'

Verschillende geïnterviewden hadden nagedacht over mogelijke interventies ter aanvulling op 'ZGT beweegt'. Het meest genoemde idee is het creëren van een beweegruimte op de afdeling en/of het liftenplein. Het ontwikkelen van een beweegroute door het gehele ziekenhuis werd ook aangedragen. Dit kan ook op afdelingsniveau gerealiseerd worden, door bijvoorbeeld het ophangen van foto's van plaatsen in Nederland, waaronder met een kaartje wordt aangegeven hoe groot de afstand is tot de volgende plaats. Een ander voorstel is het meten van de fysieke activiteit op individueel niveau. Denk hierbij bijvoorbeeld aan rollators met een stappenteller. Eén van de geïnterviewden ervaarde het ontbreken van tablets op haar afdeling als een groot gemis. Volgens de desbetreffende geïnterviewde biedt een tablet veel mogelijkheden, zoals spelletjes waarmee punten behaald worden of een app met instructies voor oefeningen. Dit sluit aan bij het voorstel tot het koppelen van een competitief element aan het project. De meningen zijn hier echter over verdeeld, omdat patiënten in het ziekenhuis veelal ziek zijn, waardoor zij niet fysiek in staat zijn of geen zin hebben in "spelletjes". Vanuit de betrokkenen van de kinderafdeling kwamen ook een aantal specifieke ideeën, zoals het ontwerpen van een hinkelpatroon op de afdeling en/of een vloerspel. Voor kinderen die aan het bed gebonden zijn, kunnen oefeningen met een (soft)bal de uitkomst bieden.

Wat betreft de informatievoorziening stelde enkele geïnterviewden voor om de posters (nog meer) over het gehele ziekenhuis te verspreiden. Het is hierbij van belang dat de posters gericht zijn op het aanzetten tot bewegen. Dit kan ook op afdelingsniveau gerealiseerd worden door middel van infographics en/of stroomdiagrammen, welke dienen als een instructiekaart voor zowel zorgpersoneel als patiënten. Voor patiënten kunnen ook kaarten ontwikkeld worden met oefeningen die zij op hun kamer kunnen uitvoeren. Tot slot nog één ander idee, namelijk een fietslabyrint, waarmee patiënten bijvoorbeeld in de omgeving van Twente kunnen fietsen.