

## Inleiding

Anno 2013 behoren ongeveer 5,1 miljoen Nederlanders tot de doelgroep 55+. Dit aantal stijgt de komende jaren. Een groot deel (ruim 4,7 miljoen) van de ouderen woont zelfstandig in de wijk (deels in ouderenwoningen). Hiervan heeft ruim een kwart geen aandoeningen. Tweederde van de zelfstandig wonenden heeft 1 of meer langdurige aandoeningen. Een klein deel van de zelfstandig wonenden (8,9%) maakt gebruik van de AWBZ (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten). De AWBZ dekt langdurige medische zorgkosten die niet onder de zorgverzekering vallen. Naast deze grote groep wonen ongeveer 330.000 (vooral oudere) ouderen in verpleeg/verzorghuizen (3).

De doelgroep ouderen varieert dus van actieve jongere ouderen tot kwetsbare ouderen met beperkte mogelijkheden die vragen om een laagdrempelig op maat gesneden beweegaanbod. Elke doelgroep vraagt om een ander aanbod, een andere benaderingswijze en een andere deskundigheid van betrokken professionals.

## Effecten van bewegen

Regelmatige lichamelijke activiteit kan de gevolgen van het verouderingsproces vertragen en vitaliteit stimuleren van ouderen in zorginstellingen. Het is aannemelijk dat beweegstimulering voor deze mensen een positieve invloed heeft op de participatie, zelfredzaamheid en kwaliteit van leven. De kwaliteit van leven van ouderen wordt bepaald door verschillende factoren, zoals: de kwaliteit en kwantiteit van het slapen, het cognitief functioneren, de mate van depressieve gevoelens, het vermogen en de mate van zelfstandigheid om zelf ADL handelingen uit te voeren. Bewegen kan tot een vermindering van zorgzwaarte leiden en dus tot minder zorgkosten (1).

Bewegen bij ouderen in het algemeen en in verzorgingshuizen in het bijzonder, kan dus positieve effecten hebben op:

Tabel 1: Positieve effecten van bewegen inclusief toelichting.

Positief effect van bewegen	Toelichting/bewijslast	Bron
<b>1) de cognitieve en aanspreekbaarheid</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Verlaagt het risico op het ontstaan van dementie en Alzheimer en vertraagt het proces van Alzheimer, met name op de vasculaire component en haar risicofactoren (hoge bloeddruk, diabetes, obesitas)</li><li>• Bewegen kan leiden tot een verbetering van het cognitief functioneren in het algemeen en kan leiden tot verbetering van het geheugen en de executieve functies in het bijzonder bij verzorgingshuisbewoners.</li></ul>	1,2,19
<b>2) het behoud van / vertraging van achteruitgang van bewegingsvaardigheden</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Op hoge leeftijd (85+) levert bewegen 40% meer spierkracht op</li><li>• Leidt tot een beter behoud van coördinatie en loopvermogen van het lichaam</li><li>• Leidt tot meer lenigheid</li><li>• Vertraagt de achteruitgang in ADL handelingen</li></ul>	6,8,14,17
<b>3) de lichamelijke conditie</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Leidt tot een beter uithoudingsvermogen</li></ul>	4,11,13

Positief effect van bewegen	Toelichting/bewijslast	Bron
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vertraagt het proces van osteoporose</li> <li>• Verkleint het risico op chronische aandoeningen zoals diabetes en hoge bloeddruk</li> <li>• Zorgt voor soepele gewrichten (meer aanmaak gewrichtssmeer)</li> </ul>	
<b>4) het risico op valincidenten</b>	Leidt bij pre-frail deelnemers (In Balans) tot een afname van het valrisico van 61%.	7
<b>5) mate van lichamelijke onrust</b>	Kan een verstoord slaap-waak ritme voorkomen	1,15
<b>6) depressieve gevoelens mentaal welbevinden</b>	Vertraagt de achteruitgang van de kwaliteit van leven van ouderen in zorginstellingen	6
<b>7) obstipatie</b>	Leidt tot een betere spijsvertering en stoelgang en voorkomt zo obstipatie	1
<b>8) decubitus</b>	Regelmatige mobiliteit kan decubitus helpen voorkomen	1
<b>9) incontinentie</b>	Bevorderen van fysieke activiteit en mobiliteit laat de incontinentie in frequentie afnemen	16

## Hoeveel bewegen? Aanbevelingen over bewegen

Bewegen wordt vaak in één adem genoemd met gezondheidsbevordering. Sport maakt onderdeel uit van het beweeggedrag in de vrije tijd. Andere domeinen waarin beweging plaatsvindt zijn; bewegen op het werk, bewegen voor transport en bewegen thuis (huishouden, klussen en tuinieren). Voor het beoordelen van de gezondheidsbevorderende waarde van het beweeggedrag zijn normen ontwikkeld. In Nederland zijn drie normen algemeen geaccepteerd; de Nederlandse Norm Gezond Bewegen (NNGB), de fitnorm en de combinorm (9).

Er is geen officiële norm voor ouderen in instellingen, maar een onderzoek van TNO uit 2008 (12) doet aanbevelingen voor een minimale richtlijn voor bewegen van ouderen in verpleeg- en verzorgingshuizen:

“Dagelijks bewegen, gedurende minimaal 15-30 minuten per dag matig intensief bewegen. Waarbij men verspreid over de dag beweegt en de type activiteiten af worden gestemd op de wensen en mogelijkheden van de oudere (12)”

## Hoeveel wordt er bewogen?

In het algemeen bewegen ouderen (65+) minder dan jongeren. In 2010-2011 voldeed 56% van in de leeftijd van 65-74 jaar aan de NNGB. Ouderen van 75 jaar en ouder blijven iets achter met 45% die aan de NNGB voldoet. Daarnaast doet 73% van alle personen van 65 jaar en ouder geen enkele dag spierversterkende oefeningen (10).

Ouderen in zorginstellingen (verpleeg-, verzorgingshuizen en kleinschalige woonvormen) bewegen structureel te weinig en voldoen niet aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen (NNGB). Slechts 12% van de ouderen uit zorginstellingen voldoet aan de Nederlandse norm gezond bewegen, dat is beduidend lager dan ouderen in het algemeen<sup>3</sup> Van de 88% die niet normactief is in zorginstellingen, is zelfs 78% inactief. Onderstaande tabel geeft een beeld van het percentage ouderen in zorginstellingen tegenover ouderen in het algemeen dat voldoet aan de Nederlandse norm gezond bewegen (18).

**Tabel 2:** Percentage ouderen in zorginstellingen (65+) dat voldoet aan de NNGB, naar woonvorm 2008-2009.

Indicatie NNGB	Verzorgingshuis	Somatisch verpleeghuis	Totaal
Voldoende beweging	14%	4%	12%
Niet-normactief	86%	96%	88%

Het percentage (volledig) inactieve ouderen in zorginstellingen geeft duidelijk de omvang van het probleem weer. Inactief betekent in dit geval het geen enkele dag in de zomer of winter minimaal 30 minuten uitvoeren van matige lichamelijke activiteit. Ondanks het gebrek aan grootschalig onderzoek naar fysieke activiteit van ouderen in zorginstellingen kan wel met enige

### Algemene beweegnormen ouderen (9)

#### Nederlandse Norm Gezond Bewegen (NNGB)

Tenminste een half uur matig intensief lichamenlijk actief zijn (tussen de 3 MET en 5 MET<sup>1</sup>) op minimaal vijf en bij voorkeur alle dagen van de week ( in zomer en winter). Matig intensief betekent bijvoorbeeld wandelen in een tempo van 4 km per uur of fietsen met een snelheid van 10 km per uur. Voor niet-actieven, met of zonder beperkingen, is elke extra hoeveelheid lichaamsbeweging zinvol, onafhankelijk van intensiteit, duur frequentie en type.

#### Fitnorm

Ouderen voldoen aan de fitnorm als zij tenminste drie keer per week gedurende minimaal 20 minuten zwaar intensief lichamenlijk actief zijn (in zomer en winter).

#### Combinorm

De combinorm is een combinatie van de NNGB en fitnorm. Ouderen voldoen aan de combinorm als zij aan tenminste één van beide normen voldoet.

#### Inactiviteit

Inactiviteit is gedefinieerd als geen enkele dag in zomer en winter tenminste 30 minuten matig intensief lichamenlijk actief.

#### Kracht (aanbeveling)

Minimaal twee keer per week krachtoefeningen.

zekerheid gesteld worden dat wanneer gemiddeld 78% van de bewoners (volledig) inactief is, er sprake is van een problematische situatie. In tegenstelling tot thuiswonende ouderen zijn factoren als leeftijd, opleiding en sociaaleconomische status geen voorspellers van de mate van lichamelijke (in)activiteit bij ouderen in verzorgingshuizen. Het geslacht heeft wel duidelijke invloed op de mate van (in)activiteit. Zo voldoen vrouwen minder vaak aan de NNGB en zijn zij vaker inactief (18).

Tenslotte kom meer dan de helft (50%) van de tehuisbewoners hooguit 1 keer per week buiten. 1 op de 5 bewoners (20%) komt zelfs minder dan 1 keer per maand buiten. 1 op de 10 bewoners (10%) komt helemaal nooit buiten. Veel tehuisbewoners (42%) zouden wel vaker naar buiten willen (5).

*Meer informatie over de Bouwstenen, het belang van bewegen voor ouderen en goede voorbeelden uit de praktijk vindt u op [www.nisb.nl](http://www.nisb.nl) onder het kopje 'weten, kennisgebied ouderen'.*

1. Binnenkade, T.T., Eggermont, L.P.H., Scherder, E.J.A. (2012) Onbewogen om bewegen: Lichamelijke (in)activiteit in zorginstellingen. Amsterdam: Vrije Universiteit, Afd. Klinische Neuropsychologie
2. Bruijn de R.F., Schrijvers E.M., de Groot K.A., Witteman J.C., Hofman A., Franco O.H., Koudstaal P.J., Ikram M.A. (2013) The association between physical activity and dementia in an elderly population: the Rotterdam Study. *Eur J Epidemiol.* 2013 Feb 6;
3. Ciz (2014), Basisrapportage AWBZ Nederland versie 1-7-2013. Centrum indicatiestelling Zorg, Den Haag
4. Concannon L.G., Grierson M.J., Harrast M.A. (2012). Exercise in the older adult: from the sedentary elderly to the masters athlete. *PM R.* 2012 Nov ; 4(11): 833-9
5. Draak den, M. (2010). Oudere tehuisbewoners, Landelijk overzicht van de leefsituatie van ouderen in instellingen 2008/2009. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau
6. Dechamps, A., Diolez, P., Thiaudiere, E., Tulon, A., et al. (2010). Effects of exercise programs to prevent decline in health-related quality of life in highly deconditioned institutionalized elderly persons: a randomized controlled trial. *Arch Intern Med*, 170(2), 162-169.
7. Faber M.J., Bosscher R.J., Chin A Paw MJ, van Wieringen PC. (2006). Effects of exercise programs on falls and mobility in frail and pre-frail older adults: A multicenter randomized controlled trial. *Arch Phys Med Rehabil.* 2006 Jul;87(7):885-96.
8. Forster, A., Lambley, R., Hardy, J., Young, J., et al. (2009). Rehabilitation for older people in long-term care. *Cochrane Database Syst Rev*, (1), CD004294.
9. Hildebrandt, V.H., Bernaards, C.M., Stubbe, J.H. (2013) Trendrapport Bewegen en Gezondheid 2010/2011. Leiden: TNO Kwaliteit van Leven
10. Hildebrandt, V.H., Chorus, A.M.J., Stubbe, J.H. (2010) Trendrapport Bewegen en Gezondheid 2008/2009. Leiden: TNO Kwaliteit van Leven
11. Howe T.E., She B., Dawson L.J., Downie F., Murray A., Ross C., Harbour R.T., Caldwell L.M., Creed G. (2011). Exercise for preventing and treating osteoporosis in postmenopausal women. The Cochrane collaboration, DOI: 10.1002/14651858.CD000333.pub2.
12. Jans M.P., deVreede P.L., Tak E.C.P.M., van Meeteren N.L.U. (2008). Ontwikkeling van een beweegnorm voor ouderen in verpleeg- en verzorgingshuizen. Leiden: TNO Kwaliteit van Leven
13. Liu, C-j, Latham, N.K. (2009). Progressive resistance strength training for improving physical function in older adults. The Cochrane collaboration, DOI: 10.1002/14651858.CD002759.pub2,
14. Loon van, L.J.C. (2011). Gezond ouder worden is topsport. Inaugurele rede, Maastricht: Maastricht University.
15. Montgomery P., Dennis, J.A. (2009) Physical exercise for sleep problems in adults aged 60+. The Cochrane collaboration, DOI: 10.1002/14651858.CD003404.
16. Schnelle, J.F., Leung, F.W., Rao, S.S., Beuscher, L., et al. (2010). A controlled trial of an intervention to improve urinary and fecal incontinence and constipation. *J Am Geriatr Soc*, 58(8), 1504-1511.
17. Tak E.C.P.M., Kuiper R., Chorus A., Hopman-Rock M. (2012). Prevention of onset and progression of basic ADL disability by physical activity in community dwelling older adults: a meta-analysis. *Ageing Res Rev.* 2012 Oct 10. pii: S1568-1637(12)00143-2. doi: 10.1016/j.arr.2012.10.001. [Epub ahead of print]
18. Tiessen-Raaphorst, A., Verbeek, D., Haan, J.D., and Breedveld, K. (2010). Sport: een leven lang. S.C.P / Mulier Instituut: Den Haag / 's Hertogenbosch.
19. Volkers K.M., (2012). Physical (in)activity and cognition in cognitively impaired older people. Dissertatie, Amsterdam: Vrije Universiteit, Fac. Psychologie en Pedagogiek