



Stichting
Kwaliteitsimpuls
Langdurige
Zorg

Richtlijn

Bewegen als gewoonte in de langdurige zorg

Autorisatiedatum 11-09-2025

Deze pdf is gepubliceerd op 15-09-2025 om 12:34. Bekijk de meest actuele versie op

<https://www.richtlijnenlangdurigezorg.nl/richtlijnen/bewegen-als-gewoonte-in-de-langdurige-zorg>

Richtlijnen

Langdurige Zorg

Inhoudsopgave

Inhoudsopgave	2
1. Overzicht van aanbevelingen	5
1.1 Waarom (meer) bewegen?	5
1.2 Organisatie van zorg	5
1.3 Gewoonte in het dagelijks leven	6
1.4 Beweegactiviteiten	7
1.5 Digitale technologie	8
1.6 Motivatie	9
2. Algemene inleiding	11
2.1 Aanleiding en doel	11
2.1.1 Aanleiding	11
2.1.2 Doel van de richtlijn	12
2.1.3 Bevorderen van bewegen op alle niveaus	12
2.1.4 Inhoud van de richtlijn	13
2.2 Doelpopulatie	14
2.3 Doelgroep	14
2.4 Wat voegt deze richtlijn toe?	14
2.5 Begrippen en afkortingen	15
3. Waarom (meer) bewegen?	18
3.1 Voordelen van bewegen	18
3.1.1 Kennisvraag	18
3.1.2 Kernboodschap	18
3.1.3 Voordelen van bewegen	19
4. Organisatie van zorg	23
4.1 Dagelijks bewegen als onderdeel van zorg	23
4.1.1 Uitgangsvraag	23
4.1.2 Aanbevelingen	23
4.1.3 Onderbouwing	24
4.1.4 Overwegingen	24

5. Gewoonte in het dagelijks leven	31
5.1 Bewegen in het dagelijks leven	31
5.1.1 Uitgangsvraag	31
5.1.2 Aanbevelingen	31
5.1.3 Onderbouwing	33
5.1.4 Overwegingen	34
6. Beweegactiviteiten	37
6.1 Toepassen van beweegactiviteiten	37
6.1.1 Uitgangsvraag	37
6.1.2 Aanbevelingen	37
6.1.3 Onderbouwing	38
6.1.4 Overwegingen	38
7. Digitale technologie	43
7.1 Effectieve hulpmiddelen	43
7.1.1 Uitgangsvraag	43
7.1.2 Aanbevelingen	43
7.1.3 Onderbouwing	44
7.1.4 Overwegingen	44
8. Motivatie	48
8.1 Stimuleren van cliënten	48
8.1.1 Uitgangsvraag	48
8.1.2 Aanbevelingen	48
8.1.3 Onderbouwing	49
8.1.4 Overwegingen	49
8.2 Stimuleren van naasten	52
8.2.1 Uitgangsvraag	52
8.2.2 Aanbevelingen	52
8.2.3 Onderbouwing	53
8.2.4 Overwegingen	53
9. Onderbouwing: samenvatting van de literatuur	55
9.1 Beweegactiviteiten	55

9.2 Factoren die van invloed zijn op bewegen	57
9.3 Digitale technologie	58
10. Verantwoording	61
10.1 Algemene achtergrondgegevens	61
10.2 Samenstelling werkgroep en klankbordgroep	61
10.3 Belangenverklaringen	62
10.4 Autoriserende partijen	62
10.5 Juridische betekenis	63
10.6 Publicatiedatum en herziening	63
10.7 Financiële gevolgen	63
10.8 Procesinformatie ontwikkeling richtlijn	64
10.8.1 Inbreng van cliëntenperspectief	64
10.8.2 Klankbordgroep	65
10.8.3 Van knelpunten naar aanbevelingen	65
10.8.4 Van conceptrichtlijn tot publicatie	68
11. Referentielijst	70
12. Disclaimer	79

1. Overzicht van aanbevelingen

Autorisatiedatum 11-09-2025 Beoordelingsdatum 11-09-2025

1.1 Waarom (meer) bewegen?

Waarom is bewegen belangrijk voor cliënten in de langdurige zorg?

Bewegen heeft vele gezondheidsvoordelen en nagenoeg geen negatieve bijwerkingen. Het belangrijkste voordeel is de gezondheidswinst die te behalen valt. Deze is mogelijk ook kosteneffectief.

Bewegen heeft positieve effecten op de fysieke gezondheid. Ook beïnvloedt bewegen het mentale welzijn en sociale interacties van cliënten positief. Dit kan uiteindelijk de algehele kwaliteit van leven verbeteren.

Bewegen van cliënten kan ook positieve effecten hebben op zorgverleners en zorgorganisaties: vermindering in werkdruk, werkvoladoening en reductie van ziekteverzuim.

1.2 Organisatie van zorg

Hoe kunnen zorgorganisaties binnen de langdurige zorg de beweegzorg het best organiseren om beweging bij cliënten te stimuleren en te normaliseren?

Stel beleid vast over beweegstimulering in de zorgorganisatie. Zorg daarbij voor een visie op bewegen en maak een vertaalslag van beweegbeleid naar de uitvoering hiervan.

Werk samen met cliënten bij het voorbereiden, uitvoeren en evalueren van beleid over beweegstimulering. Hierdoor sluit het beleid aan bij de motivatie, wensen en behoeften van cliënten.

Borg het beweegbeleid en de beweegstimulering in de organisatiestructuur. Betrek hierbij een beweegambassadeur en (zorg)medewerkers van alle niveaus en lagen uit de organisatie.

Zorg voor deskundigheidsbevordering van- en voorlichting voor- medewerkers, vrijwilligers, cliënten en naasten over het belang, de voordelen en de mogelijkheden van bewegen.

Leg afspraken vast over beweegstimulering en bewegen in het dagelijks leven in bijvoorbeeld het zorg- en ondersteuningsplan van cliënten.

Bied mogelijkheden binnen de omgeving van de instelling die cliënten, naasten, vrijwilligers en medewerkers stimuleren om te bewegen.

Werk samen met bestaande faciliteiten in de buurt.

1.3 Gewoonte in het dagelijks leven

Hoe kun je als zorgverlener bewegen inbouwen in het dagelijks leven van cliënten die langdurige zorg ontvangen?

Moedig cliënten aan om actief deel te nemen aan hun eigen zorgmomenten en dagelijkse activiteiten (zelfstandig) uit te voeren. Neem niet zomaar de activiteiten over van de cliënt. Wees hierbij bewust dat wat een cliënt zelf kan doen, per dag en moment kan verschillen.

Laat cliënten doen wat zij zelf kunnen en breid dit waar mogelijk uit. Op de lange termijn kan dit mogelijk leiden tot verlaging van de werkdruk en fysieke belasting voor zorgverleners (en naasten).

Ga het gesprek met cliënten aan over hoe bewegen meer ingebouwd kan worden in het dagelijks leven, zodat beweging ook aansluit bij wat een cliënt fijn vindt om te doen. Overweeg de vijf stappen van [de Beweegcirkel](#) te gebruiken, deze kunnen helpen om het gesprek te voeren.

Gebruik [deze poster](#) met voorbeelden voor inspiratie op welke momenten bewegen ingebouwd kan worden in het dagelijks leven.

1.4 Beweegactiviteiten

Hoe en welke beweegactiviteiten kunnen het best toegepast worden om bewegen te stimuleren bij cliënten die langdurige zorg ontvangen?

Maak samen met de cliënt (en eventueel naasten) een plan hoe de cliënt meer kan bewegen:

- Sluit aan bij activiteiten en sporten waar de cliënt blij van wordt.
- Denk ook aan bewegen tijdens dagelijkse activiteiten.
- Denk aan specifieke conditie- spierversterkende- en balans oefeningen.
- Blijf evalueren; behoeften kunnen veranderen door de tijd of per dag.

Neem, als je er samen niet goed uitkomt, contact op met een beweegprofessional, zoals een bewegingsagoog of fysiotherapeut, om samen een plan te maken hoe de cliënt meer in beweging gebracht kan worden.

Houd rekening met specifieke aandachtspunten bij verschillende cliëntpopulaties bij het toepassen van beweegactiviteiten: Maatwerk voor bewegen is belangrijk.

Cliënten met specifieke behoeften kunnen zijn: cliënten met niet-aangeboren hersenletsel (NAH), cliënten met (gevorderde) dementie, cliënten met een ernstige meervoudige beperking of cliënten die rolstoel- of bedgebonden zijn.

Houd bij de inzet van beweegactiviteiten rekening met het fysieke en cognitieve vermogen van cliënten. Beweegactiviteiten kun je passend maken door:

- Eenvoudige instructies en voorspelbare oefeningen te geven.

- Oefeningen regelmatig voor te doen en te herhalen.
- Oefeningen met verschillende moeilijkheidsgraden aan te bieden.
- Veilige en makkelijke oefeningen te kiezen.
- Voor een veilige omgeving te zorgen.

Overweeg ook te overleggen met [andere disciplines](#) om samen een plan te maken hoe de cliënt meer in beweging gebracht kan worden.

Bekijk bijvoorbeeld de volgende websites voor praktische voorbeelden van beweegactiviteiten:

- [Databank erkende interventies voor de langdurige zorg](#)
- [Fit met Steffie](#)
- [Beweegbundel van het Beweegprogramma GOUD](#)
- [Toolbox Lopen Stimuleren](#)

1.5 Digitale technologie

Hoe kan digitale technologie het best ingezet worden om bewegen te stimuleren bij cliënten die langdurige zorg ontvangen?

Overweeg digitale technologie in te zetten ([zie voorbeelden](#)) met als doel:

- Cliënten in beweging krijgen die je zonder digitale technologie niet in beweging krijgt.
- Ter variatie op het analoge aanbod.
- Cliënten meer zelfstandig te laten bewegen.

Ondersteun cliënten bij het gebruik van digitale technologie: neem bijvoorbeeld het voortouw om een digitaal spel te starten of help de cliënt op een apparaat.

Begeleid en stimuleer vrijwilligers en naasten in het gebruik van digitale technologie (zoals digitale beweegspellen) met de cliënt.

Houd bij de inzet van digitale technologie rekening met privacy en veiligheid: voer bijvoorbeeld niet zomaar de gegevens van cliënten in het systeem in.

Bespreek met de cliënt of die de privacy- en veiligheidsinstellingen begrijpt.

Overweeg bij twijfel contact op te nemen met ICT-medewerkers van de zorgorganisatie.

Denk bij de aanschaf van digitale technologie aan de implementatie en borging.

1.6 Motivatie

Hoe kunnen cliënten in de langdurige zorg het best gemotiveerd worden om meer te bewegen?

Zorg dat beweegmomenten plezierig zijn voor de cliënt door samen te ontdekken wat passend en leuk is.

Overweeg een sociale component in te zetten om bewegen te stimuleren.

Stel samen positief geformuleerde doelen op, die aansluiten bij de wensen van de cliënt. Werk de doelen uit in haalbare stappen. Leg niet te sterk de focus op meer bewegen, maar maak van bewegen het middel om het doel te bereiken.

Geef passende taken en concrete instructies aan cliënten.

Moedig cliënten aan, beloon bewegen en vier successen.

Heb samen met cliënten aandacht voor (het ervaren van) de voordelen van bewegen.

Verhoog (zelf)vertrouwen en/of verlaag angsten om te bewegen bij cliënten.

[Deze overzichtskaart](#) geeft praktische tips voor zorgverleners.

Hoe kunnen naasten en hun omgeving in de langdurige zorg het best gemotiveerd worden om samen met cliënten te bewegen?

Vergroot kennis bij naasten over de voordelen en mogelijkheden van bewegen met cliënten.

Vergroot enthousiasme bij naasten om samen met cliënten te bewegen.

Vergroot het (zelf)vertrouwen bij naasten om samen met de cliënt te gaan bewegen en verminder angst voor blessures of vallen.

2. Algemene inleiding

Autorisatiedatum 11-09-2025 Beoordelingsdatum 11-09-2025

2.1 Aanleiding en doel

2.1.1 Aanleiding

Bewegen is essentieel voor de gezondheid van cliënten in de langdurige zorg. Het huidige zorglandschap richt zich, naast het voorkomen of genezen van ziekten, meer en meer op het vergroten van de gezondheid van cliënten. Leefstijlondersteuning kan een grote rol spelen bij het verbeteren van de gezondheid en kwaliteit van leven. Bewegen heeft vele [voordelen](#) zoals het bijdragen aan fitheid, verhogen van mentale veerkracht en het voorkomen of verminderen van chronische aandoeningen.

Het belang van een richtlijn voor de langdurige zorg

Voor cliënten die langdurige zorg ontvangen, zijn de gezondheidsvoordelen van bewegen groot. Denk aan het voorkomen van valincidenten, vergroten van zelfstandig functioneren, verminderen van gedragsproblemen en het verlagen van het risico op bijkomende gezondheidsproblemen.

Het hoeft niet altijd te gaan om een sport- of beweegles maar ook de dagelijkse 'gewone' bewegingen zijn juist nuttig om de hoeveelheid bewegen te bevorderen. Veel van de bestaande reguliere beweeginterventies en programma's zijn niet zomaar toepasbaar voor cliënten die langdurige zorg ontvangen. Door fysieke, cognitieve en/of mentale beperkingen kan bewegen een grotere uitdaging zijn en hebben cliënten vaak begeleiding nodig. Zorgverleners kunnen hierbij een grote rol spelen. In deze richtlijn is daarom aandacht voor het zoveel mogelijk wegnemen van belemmeringen bij cliënten en zorgverleners en juist het stimuleren van de drijfveren. Belemmeringen zijn bijvoorbeeld afhankelijkheid van anderen, gezondheids- en mobiliteitsproblemen en onvoldoende kennis bij sportaanbieders over sporten met een beperking ¹. Het benadrukken van het sociale aspect bij sporten en sporten op maat, kunnen juist drijfveren zijn.

Huidige situatie

In de Nederlandse zorg krijgt bewegen nog te weinig prioriteit. De zorgsector staat momenteel onder grote druk door vergrijzing, een toenemend aantal chronische ziekten en aanhoudende personeelstekorten ². Deze uitdagingen zullen naar verwachting in de komende jaren alleen maar toenemen. Actief inzetten op meer bewegen, kan bijdragen aan een betere gezondheid, grotere zelfredzaamheid en een betere kwaliteit van leven van cliënten ³. Dit komt niet alleen hun lichamelijke en mentale gezondheid ten goede, maar kan ook de druk op zorgverleners verlichten. Bovendien kan structureel meer bewegen leiden tot lagere zorgkosten door een vermindering van ziekenhuisopnames en het gebruik van medische voorzieningen ⁴. De urgentie om bewegen een integraal onderdeel van de zorg te maken, is dan ook groter dan ooit.

Het is bekend dat cliënten die langdurige zorg ontvangen vaak minder bewegen dan de algemene bevolking. Over het algemeen bewegen deze cliënten veel te weinig, zijn ze niet fit en hebben ze bovengemiddeld veel gezondheidsproblemen ⁵. Zo is de fitheid van 50+'ers met een verstandelijke beperking te vergelijken met de fitheid van 70+'ers in de algemene bevolking ^{6 7}. Dit terwijl we weten dat

de gezondheidsvoordelen van bewegen voor cliënten in de langdurige zorg groot zijn ⁸. De meeste ouderen (90%) in zorginstellingen bewegen minder dan de Nederlandse beweegrichtlijn voorschrijft ⁹.

De [Nederlandse beweegrichtlijn](#) stelt '*bewegen is goed, meer bewegen is beter*'. De richtlijn adviseert om minstens 150 minuten per week, verspreid over de week, matig intensief te bewegen en om tweemaal per week spier- en botversterkende oefeningen te doen. Deze richtlijn geldt voor volwassen personen. Daarnaast zijn specifieke adviezen beschreven:

- Voor mensen met een verstandelijke en/of lichamelijke beperking: Bewegen is goed, meer bewegen is beter. Sta vaker op of wissel van houding. En voeg een extra beweegmoment aan je dag toe.
- Voor ouderen: Combineer spier- en botversterkende oefeningen met balansoefeningen.

In 2018 maakten overheid, bedrijfsleven en maatschappelijke organisaties bindende afspraken met elkaar om Nederland gezonder te maken. Daarbij wordt sterk ingezet op bewegen als dagelijks onderdeel van het leven. Het doel is dat in 2040 75% van de mensen aan de beweegrichtlijn voldoet (Preventieakkoord) ¹⁰. Het Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA) en Sportakkoord II bieden het fundament voor samenhangend gezondheidsbeleid. Hierbij is onder andere aandacht voor vitaler ouder worden ¹¹. Het GALA zet in op een domeinoverstijgende aanpak vanuit een lokale en regionale preventie-infrastructuur. In het Sportakkoord II wordt een coördinator Sport en Preventie in elke gemeente verplicht gesteld. Het Integraal Zorgakkoord (IZA) beschrijft dat bewegen een onderdeel moet zijn van het behandelplan bij leefstijl-gerelateerde aandoeningen ¹². De huidige richtlijn beoogt dat bewegen ook in de langdurige zorg wordt benaderd als dagelijks onderdeel van het leven.

Er zijn zeer goede initiatieven gericht op meer bewegen. Binnen zorginstellingen worden beweegprogramma's opgezet en individuele zorgverleners doen hun best om cliënten te stimuleren. In de thuiszorg wordt steeds meer ingezet op herstelgerichte zorg ('reablement'). Dit zijn interventies waarbij cliënten wordt geleerd om hun zelfredzaamheid te verbeteren ¹³. Vergroten van zelfredzaamheid heeft niet alleen positieve effecten op de kwaliteit van leven van cliënten, maar kan ook positief zijn voor het (werk)plezier en de (werk)druk van naasten en zorgverleners ^{14 15 16}. Echter, deze initiatieven missen nog te vaak de aansluiting met reguliere dagprogramma's van cliënten die langdurige zorg ontvangen.

2.1.2 Doel van de richtlijn

Deze richtlijn heeft als doel de zorgsector te ondersteunen door het bevorderen van beweging bij cliënten die langdurige zorg ontvangen. De richtlijn biedt handvatten om beweging te integreren als een vast onderdeel in de dagelijkse routine en basiszorg. Uiteindelijk beoogt de richtlijn de gezondheid en kwaliteit van leven van deze cliënten te verbeteren, ondanks de toenemende druk op zorgverleners, door belemmeringen bij cliënten en zorgverleners weg te nemen en juist drijfveren te stimuleren. Vanuit multidisciplinair perspectief worden concrete tips en adviezen geboden aan zorgverleners en zorgorganisaties.

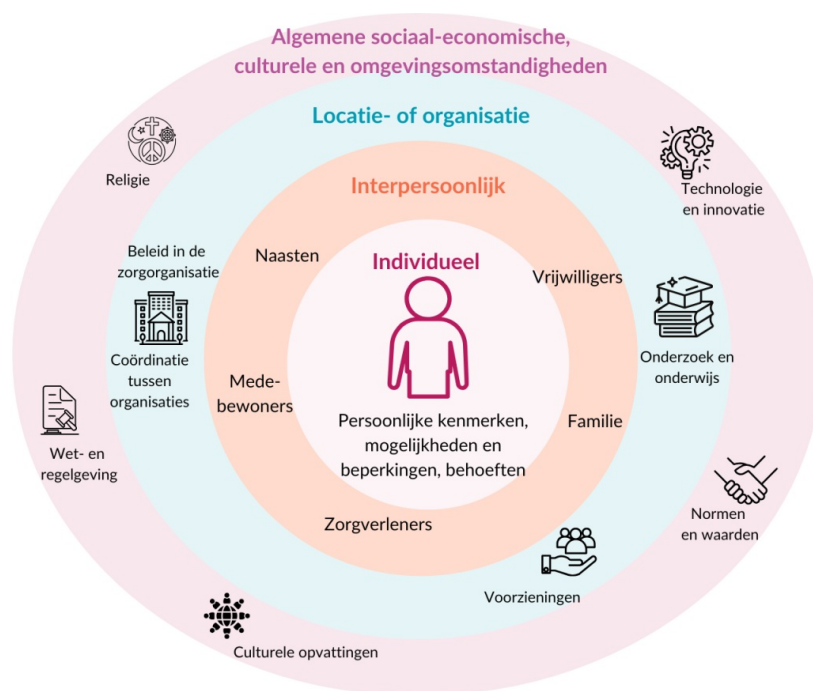
De resultaten van de knelpunteninventarisatie vormen de basis van deze richtlijn. Best practices en wetenschappelijk onderzoek worden gebundeld en gewogen. Hierdoor ontstaat een afgewogen, praktisch uitvoerbaar en duidelijk advies voor zorgverleners in de langdurige zorg.

2.1.3 Bevorderen van bewegen op alle niveaus

Het bevorderen van beweging in de langdurige zorg hangt niet alleen af van individuele factoren, maar wordt ook sterk beïnvloed door de omgeving op verschillende niveaus (zie Figuur 2.1). Het sociaal-ecologisch model van Dahlgren & Whitehead (1991) plaatst het individu in het midden met daaromheen de verschillende niveaus die van invloed zijn op gezondheid ¹⁷ :

- *Individueel niveau:* Hier gaat het om kenmerken van de cliënt zelf, zoals leeftijd, geslacht, mate van (verstandelijke) beperkingen, individuele mogelijkheden en beperkingen, mobiliteit, voorkeuren en behoeften van de cliënt.
- *Interpersoonlijk niveau:* De interactie met sociale en professionele contacten die direct met de cliënt te maken hebben, zoals naasten, medebewoners, zorgverleners, vrijwilligers en familie. Ook de samenwerking tussen zorgverleners speelt hier een rol. Een effectieve samenwerking op het interpersoonlijk niveau kan helpen om beweging te stimuleren. Denk hierbij bijvoorbeeld aan goede samenwerking tussen verpleegkundigen of begeleiders en fysiotherapeuten. Ook positieve betrokkenheid van familie kan helpen bij het stimuleren van bewegen.
- *Locatie-/of organisatieniveau:* De leef-, werk- en regionale omstandigheden, zoals beleid binnen een organisatie, voorzieningen in een zorgorganisatie, coördinatie tussen zorgorganisaties, de toepassing van digitale technologie, onderzoek of onderwijs.
- *Algemene sociaal-economische, culturele en omgevingsomstandigheden:* Hier spelen factoren zoals gewoonten en opvattingen, religie, wet- en regelgeving, publiek beleid, normen en waarden en technologie en innovatie.

Cliënten die langdurige zorg ontvangen in Nederland zijn heel divers en iedere cliënt heeft diens eigen, unieke model. De systemen binnen het model kunnen elkaar beïnvloeden, hebben overlap en zijn verbonden met elkaar.



Figuur 2.1: Sociaal- ecologisch model voor bewegen in de langdurige zorg

2.1.4 Inhoud van de richtlijn

De richtlijn 'Bewegen als gewoonte in de langdurige zorg' bestaat uit zes inhoudelijke modules, met aandacht voor de meerwaarde van bewegen, organisatie van zorg, gewoonte in het dagelijks leven, beweegactiviteiten, digitale technologie en motivatie van zowel cliënten als naasten en het cliëntsysteem.

Deze richtlijn heeft als visie dat bewegen een belangrijke levensbehoefte is. Bewegen moet geïntegreerd zijn in de dagelijkse routine van een persoon en een vast onderdeel van basiszorg zijn.

2.2 Doelpopulatie

De doelpopulatie van de richtlijn bestaat uit cliënten die langdurige zorg ontvangen. Zij ontvangen langdurige zorg vanwege een (combinatie van) psychogeriatrische aandoening(en), verstandelijke beperking, gerontopsychiatrische aandoening(en), lichamelijke handicap(s) en/of somatische aandoening(en).

SKILZ omschrijft langdurige zorg als: Zorg en ondersteuning die structureel en veelal blijvend is, vaak op dagelijkse basis. Deze zorg en ondersteuning richt zich meer op bevorderen of behouden van kwaliteit van leven, en minder op genezing. Langdurige zorg is bedoeld voor mensen die door beperkingen in het functioneren afhankelijk zijn van hulp of zorg van anderen. De zorg en ondersteuning kan worden geleverd door zorgverleners en/of naasten, en kan vallen onder de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), de Zorgverzekeringswet (Zvw), de Wet langdurige zorg (Wlz) of de Geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen (GZSP).

Langdurige zorg wordt thuis of in een zorginstelling gegeven. In de thuissituatie wordt deze bijvoorbeeld door de wijkverpleging of -verzorging gegeven. Bij zorginstellingen kan gedacht worden aan woonzorgcentra, locaties voor kleinschalig wonen of verpleeghuizen.

NB. Waar hij of hem staat in deze richtlijn kan ook zij, haar, die of hen gelezen worden.

2.3 Doelgroep

De richtlijn is geschreven voor alle zorgverleners die zorg en ondersteuning bieden aan cliënten die langdurige zorg ontvangen en betrokken zijn bij bewegen als gewoonte in de langdurige zorg.

Dit zijn: artsen, (activiteiten) begeleiders, bewegingsagogen, ergotherapeuten, fysiotherapeuten, orthopedagogen, psychologen, sociaal werkers, verpleegkundig specialisten en verzorgenden en verpleegkundigen.

Daarnaast kan de richtlijn ook nuttig zijn voor andere zorgverleners in de langdurige zorg of zorgverleners werkzaam in andere settings die te maken krijgen met cliënten uit de langdurige zorg, zoals zorgverleners werkzaam in ziekenhuizen of in de GGZ-zorg. Deze richtlijn geldt niet voor huisartsen.

Ook cliënten, naasten en informele zorgverleners (mantelzorgers en vrijwilligers) kunnen de richtlijn gebruiken als hulpmiddel in de dagelijkse praktijk. Zorgaanbieders en andere professionals werkzaam in de zorgsector (bijvoorbeeld beleidsmedewerkers of onderzoekers) kunnen de inhoud van de richtlijn gebruiken om de zorg in te richten en beleid te ontwikkelen op het gebied van beweging.

2.4 Wat voegt deze richtlijn toe?

Reguliere beweeginterventies en programma's zijn niet altijd toepasbaar voor cliënten die langdurige zorg ontvangen. Daarnaast ontbreekt een richtlijn in de langdurige zorg met concrete en heldere adviezen hoe bewegen bij cliënten kan worden ingezet en gestimuleerd. Deze richtlijn van SKILZ is de eerste richtlijn die handvatten en adviezen geeft aan zorgprofessionals- en organisaties hoe bewegen als vast onderdeel in de dagelijkse gewoonte en basiszorg geïntegreerd kan worden, ter bevordering van het bewegen van cliënten die langdurige zorg ontvangen. Daarnaast kan deze richtlijn ondersteuning bieden bij de toenemende werkdruk.

Uiteraard bestaan er al diverse (inter)nationale initiatieven ter bevordering van beweging, zoals richtlijnen, beweegadviezen, handreikingen en protocollen. De Nederlandse Beweegrichtlijnen en de richtlijn van de wereldgezondheidsorganisatie (WHO) 'Physical activity' hebben aandacht voor een advies voor minimale beweging per doelgroep^{18 19}.

Diverse andere richtlijnen in de zorg hebben aandacht voor bewegen, zoals de richtlijn Cardiovasculair Risicomanagement (2024)²⁰. De NHG Praktijkhandleiding Leefstijl (2015) biedt adviezen voor huisartsen om beweging vanuit het huisartsbezoek te stimuleren²¹. De herziene richtlijn Obesitas en overgewicht bij volwassenen (2023) beschrijft de meest effectieve vormen en variabelen van beweging in de behandeling van volwassenen met overgewicht of obesitas²². V&VN biedt een richtlijn Leefstijl bij patiënten met ernstige psychische aandoeningen (2015), waarbij onder andere aandacht is voor gewichtsmanagement²³. De Britse organisatie die richtlijnen voor gezondheidszorg ontwikkelt National Institute for Health and Care Excellence (NICE) ontwikkelde de richtlijn 'Mental wellbeing in over 65s: occupational therapy and physical activity interventions' (2008)²⁴. Deze biedt aanbevelingen voor ouderen (65+) gericht op ergotherapeutische interventies, beweging, wandelschema's en training. Deze instrumenten die beweging beschrijven binnen andere doelpopulaties kunnen mogelijk wat overlap met deze richtlijn vertonen.

2.5 Begrippen en afkortingen

Onderstaand zijn de begrippen met definities weergegeven zoals die in deze richtlijn gehanteerd worden:

Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen (ADL): De basisactiviteiten die mensen dagelijks uitvoeren om voor zichzelf te zorgen. Deze handelingen zijn essentieel voor het functioneren en omvatten basale zelfzorgtaken zoals wassen, aankleden, eten en zich verplaatsen.

Beweegambassadeur: Een medewerker binnen de zorginstelling die betrokken is bij, en meedenkt met het beleid van de organisatie ter bevordering van de beweging. Deze inspireert andere zorgprofessionals met voorbeeldgedrag met betrekking tot meer bewegen en is het aanspreekpunt voor management en zorgprofessionals over beweegadviezen.

Bewegen: Bewegen (ook wel lichamelijke activiteit) is gedefinieerd als elke beweging door skeletspieren die resulteert in energieverbruik. Bewegen verwijst naar alle bewegingen, inclusief die in de vrije tijd, voor transport om van en naar plaatsen te komen, of als onderdeel van iemands werk. Zowel matige als intensieve lichamelijke activiteit dragen bij aan een verbetering van de gezondheid²⁵.

Formele zorgverlener: Een professional die op basis van deskundigheid/registratie zorg verleent en hiervoor een salaris ontvangt. Hiermee bedoelen we iedereen die binnen zorg en welzijn professionele ondersteuning, begeleiding, verzorging, verpleging of behandeling biedt aan mensen met een

zorgvraag²⁶.

Informele netwerk: Het bredere sociale netwerk dat verder betrokken is, zoals vrienden, burens, medebewoners, groepsgenoten, kennissen en vrijwilligers.

Informele zorgverlener: Een informele zorgverlener is in deze richtlijn gedefinieerd als een persoon die hulp biedt aan mensen met uiteenlopende gezondheidsproblemen die niet wordt gegeven in het kader van een beroep. Dit kunnen vrijwilligers, mantelzorgers, naasten of verwanten zijn²⁷.

Instrumentele Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen (IADL): Complexe vaardigheden die mensen nodig hebben om zelfstandig in hun omgeving te kunnen functioneren. IADL-taken gaan verder dan de basale zelfzorgactiviteiten en omvatten handelingen die essentieel zijn voor een zelfstandig leven, zoals: boodschappen doen, koken en huishouden.

Langdurige zorg: Zorg en ondersteuning die structureel en veelal blijvend is, vaak op dagelijkse basis. Het kan hierbij gaan om formele en informele zorg. Cliënten die langdurige zorg ontvangen, kunnen zowel thuis als in een instelling wonen.

Lichamelijke fitheid: Een set van eigenschappen die mensen hebben of kunnen verwerven en die hen in staat stelt tot lichamelijke activiteit. Fitheid bestaat uit gezondheidsgerelateerde eigenschappen (lichaamssamenstelling, uithoudingsvermogen, kracht, spieruithoudingsvermogen en flexibiliteit) en prestatiegerelateerde eigenschappen (coördinatie, balans, reactietijd, snelheid, wendbaarheid en explosiviteit). Lichamelijke fitheid is sterk gerelateerd aan gezondheid en het kunnen uitvoeren van activiteiten in het dagelijks leven²⁸.

Mantelzorger: In deze richtlijn is een mantelzorger gedefinieerd als een persoon die hulp, begeleiding en zorg aan een cliënt biedt. Deze hulp wordt niet in het kader van een hulpverlenend beroep of vrijwilligerszorg geboden, maar door de directe omgeving van de cliënt²⁹. Mantelzorgers mogen ook risicovolle of voorbehouden handelingen uitvoeren, als zij dit zorgvuldig en met instemming van de cliënt of patiënt doen. Het is dan belangrijk dat de handeling is aangeleerd door een deskundig zorgverlener en dat de mantelzorger zich bekwaam voelt voor het uitvoeren van de handeling³⁰.

Naasten: In deze richtlijn zijn naasten of verwanten gedefinieerd als personen die dicht bij de persoon met een zorgvraag staan. Dit kunnen partners of andere familieleden zijn, maar ook de burens of goede vrienden. Waar in de richtlijn over naasten gesproken wordt, kan ook verwanten gelezen worden.

Mensen met gerontopsychiatrische problemen: Mensen met gerontopsychiatrische problemen, kampen al een groot deel van hun leven met psychiatrische problematiek. Kenmerkend is dat er sprake is van een stapeling van problemen. Naast de psychiatrische problematiek zijn er op nog minimaal twee, maar meestal meer, domeinen problemen: gedrag, cognitie, lichamelijke gezondheid, (i)ADL en/of sociale betrokkenheid. Mensen met gerontopsychiatrische problemen hebben vaak beperkt ziekte-inzicht en er is sprake van verlies van zelfregie³¹.

Mensen met een lichamelijke beperking of somatische aandoening: Een lichamelijke handicap is in deze richtlijn gedefinieerd als een fysieke aandoening die beperkingen geeft door stoornissen van het perifere en/of centrale zenuwstelsel en/of het bewegingsapparaat (bot-/spierstelsel, gewrichten en bindweefsel). Een lichamelijke handicap is niet te genezen. Een somatische aandoening is een actuele lichamelijke ziekte, aandoening of beperking. Een somatische aandoening kan door behandeling nog

verbeteren.

Een aantal aandoeningen zijn in de eerste fasen een somatische aandoening en gaan later over in een lichamelijke handicap. Er wordt dan eerst een wisselend patroon van klachten gezien met ook stabiele periodes. Later belemmeren de klachten het functioneren ernstig.

Mensen met een psychogeriatrische aandoening: Een psychogeriatrische aandoening is in deze richtlijn gedefinieerd als een ziekte, aandoening of stoornis in of van de hersenen (mede) als gevolg van ouderdom. Deze aandoening gaat vaak gepaard met aantasting van het denkvermogen, gevoelsleven, intellect en het geheugen. Soms is er ook sprake van een afname van motorische functies en een vermindering van sociale redzaamheid. Dementie is een van de meest voorkomende aandoeningen die hieronder valt. Cliënten met jongdementie vallen ook onder deze groep.

Mensen met een verstandelijke beperking: Een verstandelijke beperking is in de richtlijn gedefinieerd volgens de internationale definitie, opgesteld door de American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD): 'Een verstandelijke beperking wordt gekenmerkt door aanzienlijke beperkingen in zowel intellectueel als adaptief functioneren. Dit zorgt ervoor dat er beperkingen zijn in conceptuele, sociale en praktische vaardigheden. Een verstandelijke beperking ontstaat voor de leeftijd van 22 jaar, tijdens de ontwikkeling'³². Beperkingen in intellectueel functioneren hebben te maken met het IQ van een persoon. Internationaal wordt voor iemand met een verstandelijke beperking een IQ met de bovengrens van 70-75 gehanteerd³². Beperkingen in adaptief functioneren zijn belemmeringen in de dagelijkse vaardigheden, zoals het aangaan van sociale contacten, het gebruiken van een telefoon en het hebben van tijdsbesef.

Vrijwilliger: In deze richtlijn zijn vrijwilligers gedefinieerd als mensen die zorg bieden - vanuit een zorgaanbieder - aan iemand met wie zij bij de start van hun taken nog geen persoonlijke band hebben. Vrijwilligers mogen onder voorwaarden verschillende zorgtaken uitvoeren. De zorgaanbieder die vrijwilligers inzet, is verantwoordelijk voor het handelen van de vrijwilligers bij het uitvoeren van zorgtaken. Als vrijwilligers voldoende geschoold of bekwaam zijn, mogen ze in opdracht van een bevoegde zorgverlener ook risicovolle en voorbehouden zorghandelingen uitvoeren. Het is dan van belang dat het zowel voor de vrijwilliger als voor de professionele zorgverleners duidelijk is wie welke handeling beheerst en mag uitvoeren³⁰.

Zorg- en ondersteuningsplan: Een elektronisch (of schriftelijk) document waarin de afspraken over de zorg voor de cliënt worden vastgelegd. Met zorg- en ondersteuningsplan worden in deze richtlijn ook soortgelijke termen bedoeld, zoals zorgplan, zorgleefplan, begeleidingsplan en ondersteuningsplan.

Onderstaand zijn de afkortingen weergegeven zoals in deze richtlijn gehanteerd worden:

- **ADL:** Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen
- **EMB:** Ernstige meervoudige beperking
- **IADL:** Instrumentele Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen
- **IGJ:** Inspectie voor de Gezondheidszorg en Jeugd
- **NAH:** Niet-aangeboren hersenletsel
- **Wlz:** Wet langdurige zorg
- **Wmo:** Wet maatschappelijke ondersteuning
- **Zvw:** Zorgverzekeringswet

3. Waarom (meer) bewegen?

Autorisatiedatum 11-09-2025 Beoordelingsdatum 11-09-2025

3.1 Voordelen van bewegen

Het stimuleren van bewegen bij zowel zorgverleners als cliënten in de langdurige zorg is nodig. Daarvoor is het belangrijk om bewustwording te creëren over de voordelen van beweging. Uit de [knelpunteninventarisatie](#) onder (zorg)personeel bleek dat deze bewustwording soms ontbreekt bij zorgverleners: de positieve effecten van bewegen worden onderschat. Daarnaast hebben zorgverleners soms andere normen en waarden. Ook bleek dat ze veiligheid soms boven beweging plaatsten. Zo durven zorgverleners cliënten niet altijd te laten bewegen omdat ze bang zijn dat deze vallen. Daarnaast wordt het goede voorbeeld vanuit de zorgverleners, waarop cliënten kunnen aansluiten, soms gemist. Het goede voorbeeld vanuit het (zorg)personeel kan cliënten juist stimuleren. Deze module beschrijft de meerwaarde van bewegen met als doel het vergroten van de bewustwording bij zorgverleners en hun motivatie om bewegen te stimuleren te vergroten.

3.1.1 Kennisvraag

Waarom is bewegen belangrijk voor cliënten in de langdurige zorg?

3.1.2 Kernboodschap

Bewegen heeft vele gezondheidsvoordelen en nagenoeg geen negatieve bijwerkingen. Het belangrijkste voordeel is de gezondheidswinst die te behalen valt. Deze is mogelijk ook kosteneffectief.

Bewegen heeft positieve effecten op de fysieke gezondheid. Ook beïnvloedt bewegen het mentale welzijn en sociale interacties van cliënten positief. Dit kan uiteindelijk de algehele kwaliteit van leven verbeteren.

Bewegen van cliënten kan ook positieve effecten hebben op zorgverleners en zorgorganisaties: vermindering in werkdruk, werkvoladoening en reductie van ziekteverzuim.



3.1.3 Voordelen van bewegen

Bewegen is goed voor iedereen. Uit onderzoek blijkt dat beweegprogramma's vaak net zo goed werken als medicijnen, en soms zelfs beter, om sterfte te verminderen. Dat geldt net zo goed voor cliënten die langdurige zorg ontvangen. Maar voor deze groep cliënten is bewegen niet altijd een vanzelfsprekendheid. Door zowel fysieke als cognitieve beperkingen, of mentale klachten, kost het soms meer moeite om aan voldoende beweging te komen^{33 34}. Dat neemt niet weg dat ook voor cliënten die langdurige zorg ontvangen, bewegen veel voordelen oplevert.

Een van de belangrijkste voordelen die bewegen oplevert is gezondheidswinst^{33 35}. Voor mensen met een verstandelijke beperking is de mogelijke gezondheidswinst van bewegen zelfs groter gebleken dan bij de algehele populatie³⁶. Naast de gezondheidswinst die het oplevert, blijkt bewegen ook een kosteneffectieve interventie voor veel aandoeningen³⁷. Een systematische review laat zien dat een beweegadvies in de eerstelijnszorg goedkoper is dan veel farmaceutische interventies³⁸. Het is onduidelijk of deze uitspraak ook geldt voor de langdurige zorg. Wat wel onderzocht is, is dat beweging ook zorgt voor een verlaging van zorgkosten, waardoor het landelijk financieel iets oplevert³⁹. 'Bewegen blijkt een goed medicijn en heeft relatief weinig (ernstige) negatieve bijwerkingen', is een zin die regelmatig wordt beschreven maar ook is onderzocht. Uit onderzoek blijkt dat de voordelen van bewegen groot zijn en over het algemeen opwegen tegen de nadelen^{40 41}. Het voorschrijven van oefeningen als medicijn is aangetoond effectief bij de behandeling en aanpak van symptomen van verschillende psychiatrische aandoeningen, neurologische ziekten, stofwisselingsziekten, hart- en vaatziekten, longaandoeningen, aandoeningen van het bewegingsapparaat en kanker⁴¹.

Het domino-effect van voordelen van bewegen voor cliënten die langdurige zorg ontvangen

Zoals hierboven al beschreven, is beweging voor cliënten die langdurige zorg ontvangen meer dan alleen een fysieke activiteit: het is een belangrijke sleutel tot het verbeteren van de algehele gezondheid en het verbeteren of zelfs oplossen van een scala aan aandoeningen bij cliënten. Wat begint als een eenvoudige beweegactiviteit, kan leiden tot een domino-effect dat de gezondheid en het welzijn van cliënten op meerdere niveaus verbetert. Door een verbeterde fysieke gezondheid kunnen de gevolgen van (chronische) aandoeningen verminderen. Doordat een cliënt minder fysieke problemen ervaart, kan deze zich mentaal ook beter gaan voelen. En, als een cliënt zich mentaal goed voelt, is het mogelijk makkelijker om sociale contacten op te zoeken en relaties te onderhouden. Dit domino-effect van

voordelen kan uiteindelijk leiden tot een verbetering van de algehele kwaliteit van leven voor een cliënt.

Positieve effecten van bewegen op het lichamelijk functioneren

- Regulering slaapritme en verhoging diepe slaap: Door overdag te bewegen, kan iemand 's avonds sneller in slaap vallen en wordt het lichaam 's nachts aangemoedigd om beter te rusten. Daardoor verbetert diepe slaap en wordt een gezond slaappatroon bevorderd ⁴².
- Gewicht en vetpercentage: Bewegen verhoogt de stofwisseling via spieropbouw en vetafbraak. Dit is een belangrijke factor in het voorkomen en bestrijden van overgewicht/obesitas ^{43 33 44 45}.
- Behoud en verbetering van fitheid zoals spierkracht, uithoudingsvermogen, botsterkte, balans, loopsnelheid, flexibiliteit en coördinatie ^{43 45 46 41 47}. Hierdoor blijft de mobiliteit en het kunnen uitvoeren van ADL- en IADL-taken beter behouden.
- Fracturen: Een sterk lichaam met een goede balans, geeft een verminderde kans op vallen. Wanneer het aantal vallen kan worden beperkt, geeft dit een verkleinde kans op osteoporose en fracturen of andere blessures ⁴⁶. Daarnaast zorgen botversterkende activiteiten, zoals (stevig door)wandelen of dansen voor het behoud van een betere botkwaliteit en daarmee een kleinere kans op fracturen bij vallen.
- Zelfredzaamheid: Door bewegen kunnen spierkracht en kracht van gewrichten behouden blijven en door gerichte beweegactiviteiten kunnen deze ook toenemen. Ook de motoriek kan verbeteren. Hierdoor kunnen algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL) zoals zich verplaatsen en persoonlijke verzorging makkelijker worden uitgevoerd ^{48 49 45}. Uit onderzoek is gebleken dat oudere cliënten die langdurige zorg ontvangen na fysieke revalidatie een hogere mate van zelfstandigheid hebben ontwikkeld in het uitvoeren van ADL-activiteiten ⁵⁰.

Medische voordelen bij bewegen en fysieke gezondheid

- De bloeddruk: Beweging versterkt het hart. Dit resulteert in een efficiëntere pompwerking. Een sterker hart kan het bloed met minder moeite door het lichaam pompen. Dit gaat een verhoogde bloeddruk tegen ⁵¹.
- Het immuunsysteem: Beweging zorgt voor een verbeterde circulatie, een verhoogde lymfestroom, stressvermindering en verbeterde slaapkwaliteit. Al deze elementen zorgen voor een effectievere en betere werking van het immuunsysteem waardoor het lichaam beter bestand is tegen infecties ⁵².
- Diabetes type 2: Regelmatige lichaamsbeweging helpt de bloedsuikerspiegel onder controle te houden en kan het risico op type 2-diabetes verminderen ^{53 45 54 41}.
- Osteoporose: Beweging draagt bij aan sterkere botten, behoud van spierkracht en verbetering van balans en coördinatie ⁴⁵. Hierdoor is de kans op osteoporose lager.
- Hart- en vaatziekten: Beweging kan het risico op hart- en vaatziekten verminderen door de bloedcirculatie te verbeteren en de bloeddruk te reguleren ^{55 56 45 54}.
- Kanker: Beweging draagt bij aan gewichtsbeheersing, aan een versterkt immuunsysteem, verbeterde hormoonbalans en regulatie van ontstekingen. Een gezond lichaam en een gezonde weefselomgeving werken minder bevorderlijk voor de groei van kankercellen ^{45 54 41}.
- Cognitieve achteruitgang en dementie: Beweging kan zowel preventief werken, zorgen voor uitstel van cognitieve achteruitgang, of cognitieve achteruitgang vertragen bij dementie ^{57 58 59 37 60 45 41 57}.

- Verminderde pijnklachten: Beweging kan zorgen voor verlichting van spanning in het lichaam, wat kan leiden tot minder pijnklachten. Daarnaast kan beweging ook zorgen voor afleiding waardoor de focus ergens anders ligt dan de pijn die wordt ervaren.
- Verminderde kans op doorlig- of zitplekken: Door beweging en van houding te wisselen, wordt de constante druk op bepaalde delen van het lichaam verminderd. Daarnaast zorgt beweging voor een goede doorbloeding en lichaamspositie. Dit zijn allemaal elementen die helpen om doorlig- of zitplekken te voorkomen.

Voordelen van bewegen op mentale gezondheid

- Plezier en ontspanning: Bewegen kan zorgen voor meer ontspanning en blijheid. Ook kan bewegen een gevoel van vrijheid geven⁶¹. Cliënten geven aan dat ze zich vaak blijer en fitter voelen na het sporten⁶¹.
- Minder kans op depressie, angst en stress: Door bewegen wordt op natuurlijke wijze het stresshormoon vermindert en worden gelukshormonen (endorfine, serotonine, dopamine) aangemaakt^{47 62 45 54 42 63 64 41}. Bewegen kan dus ondersteunen bij het verminderen (of opklaren) van stemmingsklachten.
- Een beter geheugen: Door beweging kan mogelijk de afname van cognitieve functies en geheugenverlies worden vertraagd^{65 41}.

Voordelen van bewegen op sociaal welzijn

- Verbeterde sociale vaardigheden en interactie met anderen: Beweegactiviteiten bieden cliënten de gelegenheid om samen te komen, met elkaar te communiceren en sociale banden op te bouwen. Door samen te werken en te communiceren tijdens groepsactiviteiten kunnen cliënten hun sociale vaardigheden verbeteren en nieuwe vriendschappen opbouwen. Zo kunnen beweegmomenten cliënten helpen bij het ontwikkelen en versterken van sociale vaardigheden, zoals samenwerking, communicatie en empathie⁶¹.
- Minder eenzaamheid/sociaal isolement: Het samen delen van ervaringen, uitdagingen en successen tijdens beweegmomenten kan bijdragen aan het creëren van een ondersteunende en inclusieve gemeenschap waarin cliënten zich gewaardeerd en begrepen voelen.

Uitwerking op de kwaliteit van leven

- Uit onderzoek is gebleken dat voor cliënten met een verstandelijke beperking het gevoel van kwaliteit van leven positief veranderde na fysieke activiteit³³.
- Verhoogd gevoel van eigen regie en autonomie: cliënten die meer bewegen ervaren een gevoel van trots en onafhankelijkheid^{33 66}. Hierop aansluitend gaven cliënten ook aan dat door beweging vaardigheden worden behouden. Hierdoor zijn cliënten minder afhankelijk.
- Succeservaringen tijdens beweegactiviteiten kunnen het zelfvertrouwen en de eigenwaarde van cliënten vergroten. Het behalen van persoonlijke doelen, zoals het verbeteren van de conditie of het versterken van spieren, kan bijdragen aan een positief zelfbeeld en gevoelens van trots en voldoening stimuleren³³.

Voordelen voor zorgverleners en zorgorganisaties

In de context van langdurige zorg is het bevorderen van beweging niet alleen van meerwaarde voor de cliënten. Zorgverleners en zorgorganisaties kunnen op verschillende vlakken profijt hebben van het

aanmoedigen en faciliteren van beweging voor cliënten die langdurige zorg ontvangen. Dit sluit aan bij nieuwe benaderingen, zoals [functiegerichte en herstelgerichte zorg](#), in de (langdurige) zorg over het aanmoedigen van zelfstandigheid en zelfredzaamheid.

Vermindering in belasting en werkdruk

Zorgverleners werkzaam in de langdurige zorg hebben vaak te maken met een grote werkdruk en fysiek veeleisende taken, zoals tillen, verplaatsen en ondersteunen van cliënten. Door beweging te integreren in de dagelijkse routines van cliënten zullen deze fitter blijven of worden. Dit bevordert meer zelfredzaamheid van cliënten. Als cliënten meer zelf kunnen doen, wordt de (fysieke) belasting van de verzorging minder zwaar. Het is mogelijk dat een toegenomen zelfredzaamheid van de cliënt ook invloed heeft op de ervaren werkdruk van zorgverleners. Door een grotere zelfredzaamheid hebben cliënten mogelijk minder intensieve ondersteuning en verzorging van zorgverleners nodig bij de zorgmomenten en dagelijkse activiteiten. Dit kan resulteren in minder personele inzet. Als laatste kan bewegen ook meer rust geven bij de cliënt, waardoor onbegrepen gedrag afneemt. Ook dit kan de werkdruk voor zorgverleners verminderen ^{67 68}.

Voldoening

Een zorgorganisatie die beweging en actieve betrokkenheid van cliënten bevordert, kan ook een positieve invloed hebben op de werksfeer en de tevredenheid van zorgverleners ⁶⁹. Het zien van cliënten die actief deelnemen aan beweegactiviteiten en het behalen van persoonlijke doelen kan zorgverleners een gevoel van voldoening en vervulling geven in hun werk. Bovendien kan het bevorderen van een gezonde levensstijl onder cliënten inspirerend zijn voor zorgverleners en hen aanmoedigen om zelf ook gezondere keuzes te maken. Samen met de cliënten bewegen kan weer leiden tot nieuwe of verbeterde relaties tussen cliënt en zorgverlener.

Reductie van ziekteverzuim

Regelmatige beweging van cliënten kan het immuunsysteem versterken. Daardoor worden cliënten minder vatbaar voor verkoudheid of griep ⁵². Zorgverleners worden hierdoor minder blootgesteld aan ziekte van cliënten. Dit, in combinatie met het verminderde gevoel van werkdruk en het verhoogde gevoel van plezier en voldoening in het werk, kan zorgen voor een vermindering in het ziekteverzuim onder zorgverleners ⁷⁰. Minder ziekteverzuim onder personeel heeft een positieve uitwerking op de continuïteit van zorg, de werkbelasting op collega's en op de kosten voor de zorgorganisaties.

4. Organisatie van zorg

Autorisatiedatum 11-09-2025 Beoordelingsdatum 11-09-2025

4.1 Dagelijks bewegen als onderdeel van zorg

De module '[Waarom \(meer\) bewegen](#)' beschrijft de vele voordelen van bewegen. Het blijvend aanbieden van voldoende beweging is een uitdaging in de dagelijkse zorgpraktijk. Het vergt aandacht van de zorgprofessionals in het dagelijks werk. Zij moeten hierbij op organisatieniveau consequent en voortdurend gesteund, gemotiveerd en ondersteund worden.

De [knelpunteninventarisatie](#) laat zien dat zorgprofessionals te weinig aandacht ervaren voor bewegen op beleidsniveau. Bewegen is bijvoorbeeld geen expliciet onderdeel van zorg en is vaak niet met een concrete uitwerking vastgelegd in beleidsprogramma's. Er wordt een tekort aan middelen (bijvoorbeeld materialen en geschikte ruimten) en personeel (bijvoorbeeld beweegprofessionals zoals bewegingsagogen of fysiotherapeuten, andere zorgprofessionals of vrijwilligers die kunnen ondersteunen bij beweegactiviteiten) ervaren. Daarnaast is de omgevingsinrichting van de zorgorganisaties niet altijd gericht op het stimuleren van (meer) bewegen. Het is een permanente uitdaging om bewegen tot een dagelijkse routine te maken. Bewegen en sporten zijn bijna nergens een vast onderdeel van het dagprogramma en dagelijkse (ADL)-momenten worden vaak niet benut. Onvoldoende samenwerking wordt ook als knelpunt aangegeven, bijvoorbeeld tussen zorgprofessionals onderling maar ook in de samenwerking met en tussen instanties in de wijk.

4.1.1 Uitgangsvraag

Hoe kunnen zorgorganisaties binnen de langdurige zorg de beweegzorg het best organiseren om beweging bij cliënten te stimuleren en te normaliseren?

4.1.2 Aanbevelingen

Stel beleid vast over beweegstimulering in de zorgorganisatie. Zorg daarbij voor een visie op bewegen en maak een vertaalslag van beweegbeleid naar de uitvoering hiervan.

Werk samen met cliënten bij het voorbereiden, uitvoeren en evalueren van beleid over beweegstimulering. Hierdoor sluit het beleid aan bij de motivatie, wensen en behoeften van cliënten.

Borg het beweegbeleid en de beweegstimulering in de organisatiestructuur. Betrek hierbij een

beweegambassadeur en (zorg)medewerkers van alle niveaus en lagen uit de organisatie.

Zorg voor deskundigheidsbevordering van- en voorlichting voor- medewerkers, vrijwilligers, cliënten en naasten over het belang, de voordelen en de mogelijkheden van bewegen.

Leg afspraken vast over beweegstimulering en bewegen in het dagelijks leven in bijvoorbeeld het zorg- en ondersteuningsplan van cliënten.

Bied mogelijkheden binnen de omgeving van de instelling die cliënten, naasten, vrijwilligers en medewerkers stimuleren om te bewegen.

Werk samen met bestaande faciliteiten in de buurt.

Deze [kwaliteitsmeting](#) kan organisaties helpen bij het bepalen van het actuele en gewenste ontwikkelingsniveau op het gebied van beweegzorg.

4.1.3 Onderbouwing

Om factoren die een rol spelen bij bewegen in de organisatie in kaart te brengen, is systematisch literatuuronderzoek uitgevoerd naar de volgende onderzoeksvraag:

Hoe kunnen cliënten, naasten en hun omgeving in de langdurige zorg gemotiveerd worden om meer te bewegen?

[Klik hier](#) voor een samenvatting en de conclusies van het literatuuronderzoek. De verantwoording van het literatuuronderzoek is in [deze bijlage](#) te vinden.

Daarnaast is er een [overzicht van beïnvloedende factoren](#) die in de literatuur zijn gevonden.

Naast het literatuuronderzoek is een focusgroep met zorgmanagers en wetenschappelijke experts in organisatie van zorg georganiseerd. Een verslag van deze bijeenkomst is in [deze bijlage](#) te vinden. Daarnaast is voor het beantwoorden van deze uitgangsvraag gebruikgemaakt van diverse beleidsstukken en proefschriften.

4.1.4 Overwegingen

Deze module is bedoeld om zorgorganisaties te ondersteunen om bewegen onderdeel te maken van de dagelijkse routine. Om dit blijvend te maken en te zorgen dat de focus van zorgprofessionals niet weer verschuift, is het belangrijk om cliënten zoveel mogelijk te stimuleren en uit te dagen om dingen zelf te doen. Hierbij wordt uitgegaan van het 'Participatiemodel'. Als de cliënt meer zelf doet, krijgen zowel de cliënt als diens begeleiders/zorgprofessionals het vertrouwen dat het kan. Het Participatiemodel is tegengesteld aan het 'Hotelmiddel', waarin cliënten weinig zelf hoeven te doen en zoveel mogelijk ontzorgd worden (zoals in een hotel) ⁷¹. Het participatiemodel sluit aan bij herstelgerichte en functiegerichte zorg, zoals beschreven in de module [Gewoonte in het dagelijks leven](#). Uiteraard geldt ook in deze module: de wensen, behoeften en mogelijkheden van de cliënt zijn leidend.

Deze module beschrijft welke randvoorwaarden er binnen een organisatie nodig zijn om beweegbeleid te maken en uit te voeren en zo bewegen te stimuleren. Als kapstok worden de zeven bouwstenen van de Inspectie voor de Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) voor beweegstimulering gebruikt om te laten zien hoe beweegzorg georganiseerd kan worden ⁷².

De zeven bouwstenen:

1. Beleid: hoe bewegen verankeren?
2. Cliënten betrekken: volgens de wensen en behoeften.
3. Structuur beweegstimulering: werkgroep of beweegambassadeur?
4. Scholing en voorlichting: weten over het belang van bewegen.
5. Zorg- en ondersteuningsplan: hoe bewegen te integreren.
6. Mogelijkheden voor beweegstimulering: optimaal inrichten van de omgeving.
7. Buurt betrekken: samenwerking met de wijk.

Deze bouwstenen zijn in 2012 ontwikkeld voor het integreren van bewegen in de ouderenzorg met als doel om bewegen een onderdeel van verantwoorde ouderenzorg te laten zijn ⁷².

De werkgroep ziet onder iedere bouwsteen een toepassing voor de hele langdurige zorg, een aantal randvoorwaarden en een aantal tips die overwogen kunnen worden.

1. Beleid: hoe bewegen verankeren?

Bewegen (of leefstijl in het algemeen) moet opgenomen worden in de missie en visie van zorgorganisaties. Maak als zorgorganisatie ook de concrete vertaalslag naar beleid en vooral de uitvoering hiervan. Een uitwerking over hoe dit aan te pakken binnen de eigen organisatie is nodig.

Door bewegen op te nemen in het beleid van de zorgorganisaties, wordt bewegen verankerd in de zorg. De beleidsstukken, maar ook de missie en visie, over bewegen worden uitgeschreven in de jaarplannen en worden vertaald in concrete en toetsbare doelen op alle niveaus binnen de zorgorganisatie. Binnen het beleid is aandacht nodig voor:

- Ruimte in het budget voor het uitvoeren van beweegbeleid.

- Aanwezigheid van beweegambassadeurs of een beweegteam binnen de zorgorganisatie. Idealiter zijn dit medewerkers met een achtergrond binnen Sport en Bewegen, maar deze kunnen ook een andere achtergrond hebben.
- Zorg voor een multidisciplinaire aanpak. Betrokkenen bij de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking benoemen de onduidelijkheid over rollen en ondersteuning bij het aanbieden van leefstijlinterventies⁷³. Hierbij gaat het om factoren zoals duidelijke afspraken over functiebeschrijvingen en verantwoordelijkheden, duidelijke afspraken over triage, korte communicatiestijlen en eenheid in doel(en).
- Biedt zorgverleners de ruimte om te veranderen en aandacht te kunnen hebben voor het veranderen van gewoonten in de zorg (bijvoorbeeld alles overnemen versus motiveren om cliënten meer zelfstandig uit te laten voeren).
- Mogelijke (lokale) samenwerkingen. Denk bijvoorbeeld ook aan een samenwerking met de sportschool om de hoek, met de sociale sportschool of een (basis)school.
- Het organiseren van een jaarlijkse beweegdag (feestelijk) binnen de instelling waar zorgverleners en cliënten samen bewegen en hierbij inspiratie en motivatie opdoen.
- Voor extramurale zorgorganisaties: werk samen met regionale samenwerkingsverbanden met onder andere paramedici.

2. Cliënten betrekken: volgens de wensen en behoeften

Beleid laten aansluiten bij de motivatie, wensen en behoeften van cliënten en naasten. De werkgroep benadrukt dat het een randvoorwaarde is om met deze groep samen te werken bij het ontwikkelen, uitvoeren en evalueren van het beweegbeleid. De verwachting is dat cliënten en naasten daardoor meer gestimuleerd worden om te bewegen (volgens het beleid van de zorgorganisatie). Als er met cliënten en naasten wordt samengewerkt om beleid vorm te geven, zijn er verschillende mogelijkheden:

- Cliënten en naasten kunnen meedenken in de vorm van verschillende raden, zoals de cliëntenraad of de medezeggenschapsraad.
- De motivatie om te bewegen en de wensen en behoeften van cliënten kunnen bijvoorbeeld tijdens het intakegesprek bij opname van een nieuwe cliënt besproken worden. Dit kan door aandacht te hebben voor beweegverleden, -behoeften, en -mogelijkheden. Hier kan vervolg aan gegeven worden tijdens bijvoorbeeld individuele multidisciplinaire besprekingen of gezamenlijke huiskamerbesprekingen waarin cliënten hun wensen en behoeften kunnen uiten.
- Ga in gesprek met naasten om te bespreken wat er gedaan kan worden om een gezonde leefstijl te creëren voor hun verwanten. Dit kan in de vorm van een interactieve voorlichtingsavond.

3. Structuur beweegstimulering: werkgroep of beweegambassadeur?

Een goede structuur voor beweegstimulering wordt genoemd als een randvoorwaarde om bewegen goed te integreren in de dagelijkse routine van de langdurige zorg. Beweegdoelen vertalen naar de werkvloer en cliënten is belangrijk. Hierbij worden bij voorkeur alle medewerkers op alle niveaus in alle processen betrokken. In alle lagen van een zorgorganisatie zou een goede structuur rond beweging terug moeten komen. Dat kan gedaan worden met aandacht voor de volgende punten:

- Ga uit van een gezonde leefstijl als vertrekpunt. De samenwerking met andere thema's binnen gezonde leefstijl kan daarin worden opgezocht, zoals gezonde voeding en goede slaap.
- Voorkom dat beweegmomenten enkel als losse activiteit op het dagprogramma van een cliënt staan. Als er bijvoorbeeld een sport- en spelactiviteit specifiek ingepland staat, kan die uiteraard wel in het programma. Maar de routine van de dagelijkse beweegmomenten behoren onderliggend

onderdeel te zijn van het dagprogramma, zoals in de ADL-activiteiten of het lopen van of naar een andere activiteit.

- Het opzetten van een beweegteam met beweegprofessionals (zoals bewegingsagogen of fysiotherapeuten) die andere zorgprofessionals kunnen coachen en/of ondersteunen in beweegactiviteiten.
- Een beweegambassadeur (bij voorkeur iemand met affiniteit met bewegen en/of achtergrond binnen Sport en Bewegen) als aanjager van bewegen. De rol van een beweegambassadeur kan bijvoorbeeld betekenen dat een fysiotherapeut of bewegingsagoog erop toeziet dat bewegen meer/beter focus krijgt. Let op: als één persoon verantwoordelijk is, is dit een kwetsbare positie. Als deze persoon wegvalt, zal de structuur ook wegvallen. Om die reden is het belangrijk om breder in te zetten dan enkel een ambassadeur. Hierbij kan gedacht worden aan een samenwerking met meerdere ambassadeurs binnen verschillende disciplines en achtergronden.
- Realiseer de borging van beweging ook binnen de dagbesteding of welzijnsactiviteiten. Lees meer hierover in de SKILZ-richtlijn [Zingevende daginvulling](#). Hierbij kan gedacht worden aan actieve pauzes of het koffiezetapparaat of printer verder weg plaatsen.
- Het motiveren van zorgprofessionals om mee te doen met beweegactiviteiten. Dit kan bijvoorbeeld door zorgprofessionals zelf beweegactiviteiten te laten kiezen die aansluiten bij hun eigen voorkeur of de fitnessruimte ook openstellen voor zorgprofessionals. Zodra zorgprofessionals een motivatie ervaren om te bewegen, kunnen ze ook cliënten beter motiveren om te bewegen.
- Het betrekken van medewerkers die niet direct in de zorg werken. Bijvoorbeeld door de kantoormedewerkers een half uur per week vrij te plannen om een wandeling met een cliënt te maken.
- Motiveer zorgverleners op de werkvloer om zelf ook in beweging te komen door bijvoorbeeld goede secundaire arbeidsvoorwaarden: het openstellen van de fitnessruimte voor personeel, een nieuwe fiets door een regeling of (sport)introductielessen organiseren voor personeel.
- Motiveer zorgverleners die werkzaam zijn in de extramurale setting om beweegmomenten in te plannen als deze hun cliënt bezoeken. Dit kan door bijvoorbeeld een korte wandeling te maken tijdens het bespreken van de medicatie of door iemand aan te moedigen zelf de koffie te zetten in plaats van dit over te nemen.

Daarnaast kan ook gedacht worden aan:

- Plan ook beweegactiviteiten in het avond- en weekendprogramma; de dag stopt niet om 17.00 uur. Doordeweeks hebben cliënten een werkschema, maar in de avond en het weekend niet; zorg dat er een avond- en weekendbeweegprogramma is.
- Bied mogelijkheden voor beweegmomenten op dagbesteding en/of op het werk. Hierbij kan gedacht worden aan een beweegles, maar ook een rondje wandelen na de lunch of kleine leuke beweegpauzes met daarin een korte work-out of dansles (zie onder andere [het Beweegprogramma van GOUD](#)).
- De inzet van digitale technologie die de beweging van cliënten kan stimuleren; apps en dergelijke (zie voor meer informatie de [module Digitale technologie](#)).
- Uitnodigen van familie en naasten om meer te bewegen met hun naasten. Denk daarbij aan het stimuleren om wandelend naar het restaurant te gaan voor koffie in plaats van deze op de kamer drinken, cliënten aanmoedigen mee te lopen om het bezoek uit te zwaaien of aan mogelijkheden van het gebruikmaken van faciliteiten binnen de organisatie zoals het huren van duo-fietsen.

Ook in de structuur die zorgverleners zelf op de werkvloer hebben, kan bewegen terugkomen. Prioriteiten

op de werkvloer verschuiven vaak waardoor het soms lastig is de aandacht voor bewegen vast te houden. Daarnaast is de voorbeeldfunctie van zorgprofessionals niet te onderschatten. Vanuit hun professionaliteit is het de taak van begeleiders om te enthousiasmeren en bewegen te stimuleren, binnen de ADL, op het werk en met sport en bewegen.

4. Scholing en voorlichting: weten over het belang van bewegen

De werkgroep ziet het als een randvoorwaarde voor zorgorganisaties om kennis en deskundigheid van zorgprofessionals, vrijwilligers, cliënten en naasten te vergroten. Kennis en deskundigheid gaan in dit geval over het belang, voordelen en mogelijkheden van bewegen in de langdurige zorg. Daarbij gaat het niet alleen om het eenzijdig overdragen van kennis. Het belangrijkste aandachtspunt is dat de kennis begrepen en ook in de praktijk wordt toegepast als dagelijkse gewoonte. Door zorgprofessionals, vrijwilligers, cliënten en naasten meer eigenaar te maken van de stof en niet alleen leerling te laten zijn, zullen ze eerder kennis overnemen en toepassen.

Kennis, deskundigheid en eigenaarschap kan onder andere bevorderd worden door:

- Aanwezigheid van eigen beweegprofessionals (zoals bewegingsagogen of fysiotherapeuten) binnen een zorgorganisatie en deze langs laten gaan bij alle afdelingen en/of thuiswonende cliënten. De beweegprofessional kan meekijken, meedenken en meedraaien met de cliënten. Zij kunnen daarbij een coachende adviserende rol innemen.
- (Cyclische) Scholing van zorgprofessionals over het belang van en het stimuleren van bewegen in het dagelijks leven van cliënten (bijvoorbeeld tijdens ADL). Scholing kan een onderdeel zijn van scholing over gezonde leefstijl (bijvoorbeeld vanuit de BPSW, de Krachten gebundeld, VGN academy en Special Heroes). Belangrijk hierbij is dat het niet alleen een scholing is maar dat het zorgverleners ook lukt om het geleerde om te zetten in een dagelijkse gewoonte.
- (Cyclische) Scholing over veilig bewegen, bijvoorbeeld rekening houdend met valpreventie.
- Scholingsmogelijkheden zoals een 'kijkje in de keuken bij iemand anders' (meelopen bij andere zorgorganisaties) of een interactieve (beweeg)voorlichtingsavond voor informele zorgverleners.

5. Zorg- of ondersteuningsplan: hoe bewegen te integreren

De vijfde bouwsteen adviseert om afspraken over beweegstimulering vast te leggen in het zorg- of ondersteuningsplan van cliënten. De werkgroep adviseert om deze mee te nemen en vast te leggen in de gemaakte zorgafspraken of zorgdossier. Voor nieuwe zorgverleners of uitzendkrachten kan het goed zijn om hierin te lezen wat de cliënt allemaal zelf kan, waar behoeften liggen, welke (vormen van) bewegen de cliënt fijn vindt en waarbij ondersteuning nodig is. Daarnaast werkt het opnieuw lezen ook voor vaste medewerkers als een herinnering of motivator.

- Overweeg om bewegen als onderdeel van het zorg- of ondersteuningsplan op te nemen met de focus op ADL-activiteiten.
- Beschrijf in het zorg- of ondersteuningsplan welke beweegactiviteiten de cliënt prettig vindt, wat die allemaal zelf kan, waar behoeften liggen en waarbij ondersteuning nodig is.
- Formuleer vragen over bewegen als vast onderdeel tijdens al bestaande gespreksmomenten zoals een anamnesegeprek of een zorgplanbespreking.
- Neem ook afspraken met familie en naasten over het stimuleren van bewegen bij de cliënt en samen bewegen op in het zorg- en ondersteuningsplan.

6. Mogelijkheden voor beweegstimulering: optimaal inrichten van de omgeving

Bij het stimuleren van bewegen valt ook te denken aan een stimulerende inrichting van de omgeving om

dagelijks bewegen te bevorderen. De werkgroep ziet hierbij ook een onderscheid tussen randvoorwaarden die een zorgorganisatie aan moet bieden en tips waardoor bewegen gestimuleerd wordt (zie ook [Motivatie](#)). Daarnaast geldt bij alles: Houd hierbij rekening met de behoeften en wensen van cliënten zelf. Stel het aanbod aan beweegactiviteiten op in samenspraak met de cliëntenraad en cliënten en naasten.

De werkgroep stelt het passend inrichten van de omgeving als voorwaarde bij het bieden van mogelijkheden. In de huidige wereld wordt een omgeving meestal zo efficiënt mogelijk ingericht waarbij het mensen makkelijker gemaakt wordt én het hen zo min mogelijk energie kost. Daarmee wordt bewegen niet gestimuleerd. Veel maatregelen zijn dan ook zowel positief als negatief. Een lift kan heel handig zijn, maar ook demotiverend werken voor mensen (die het kunnen) om de trap te nemen. Een aantrekkelijk trappenhuis (bijvoorbeeld goed verlicht, makkelijk vindbaar, motiverende kleuren, kunst op de muren, duidelijke treden, goede leuning en quotes) kan motiveren om toch de trap te nemen. Zorgverleners met expertise in bewegen (zie [Overzicht disciplines](#)) kunnen meedenken om de omgeving motiverend in te richten.

Dit geldt ook voor omgevingen waarin cliënten in de langdurige zorg wonen. De inrichting van een verpleeghuis, woonvoorziening of organisatie kan effect hebben op (de motivatie en mogelijkheden om te) bewegen. Zowel bij cliënten en naasten, als bij zorgprofessionals. Een toegankelijke en veilige woonomgeving, met activerende stimuli, wordt als belangrijk gezien voor het bewegen van cliënten⁷⁴. Denk hierbij aan voldoende ruimte om te bewegen en een toegankelijke (beweeg)tuin/buitenruimte. Factoren zoals zware deuren, trappen, gladde vloeren en slechte verlichting werken juist belemmerend. In een studie bij cliënten met dementie in een verpleeghuis bleek dat achtergrondmuziek, een huiselijke omgeving en functionele aanpassingen (bijvoorbeeld informatieve posters of verbale aanwijzingen) aanleiding waren om meer te bewegen⁷⁵. Deze studies laten de relevantie van een stimulerende omgeving zien. Nudging is een methode om een omgeving, onbewust, meer stimulerend te maken. Een nudge is een 'subtiel duwtje in de rug': een subtiele verandering in de omgeving waarin een keuze plaatsvindt om die keuze te beïnvloeden⁷⁶. Er worden daarbij geen keuzes verboden of uitkomsten veranderd. Een nudge kan het best ingezet worden in situaties waar mensen kunnen kiezen tussen gezond en ongezond gedrag. Een voorbeeld van een nudge is motiverende stickers richting het trappenhuis (in plaats van de lift), stimulerende kleuren op de trap of stickers met het aantal verbrande calorieën op een trap. Nudges in publieke gebouwen zoals treinstations en vliegvelden blijken een positief effect te hebben op beweging, zoals meer trapgebruik⁷⁷. Een overweging bij het plaatsen van nudges is dat het niet te kinderachtig wordt, maar aantrekkelijke nudges die cliënten serieus nemen. Het gehele zorgteam kan hierin gezamenlijk optrekken om deze nudging vorm en inhoud te geven. Daardoor wordt het een breder gedragen thema.

Ook een dagbestedingslocatie waar cliënten (zittend)werken kan optimaal ingericht worden om stimulerend te zijn voor bewegen. Vergelijk algemene ARBO-regels met de inrichting van een dagbestedingslocatie. Zijn er mogelijkheden tot zit-stabureaus of bureaufietsen? Zijn er mogelijkheden om de pauze actief in te vullen? Denk aan een tafeltennistafel, sjoelbak, etc. De ergotherapeut kan hierin een adviserende rol hebben. Voor andere dagbestedingslocaties gelden dezelfde aanbevelingen als voor zorginstellingen en zorgorganisaties in deze richtlijn.

7. Buurt betrekken: samenwerking met de wijk

Samenwerking in en met de wijk kan bewegen makkelijker maken. De werkgroep ziet dit niet als randvoorwaarde maar is wel van mening dat het bijdraagt aan de bevordering van de beweging van

cliënten. Zorgorganisaties kunnen cliënten mogelijkheden geven om gebruik te maken van faciliteiten in de buurt en de voorzieningen beschikbaar stellen. Domeinoverstijgend samenwerken tussen het zorg- en sportdomein kan een efficiënte manier zijn om bewegen te vergroten. Ongeveer de helft van de buurtsportcoaches staat in verbinding met de eerstelijnszorg. Slechts 22% van de buurtsportcoaches heeft deze verbinding met de tweedelijnszorg ⁷⁸. Het rapport 'Sport en bewegen wordt te weinig ingezet in de gezondheidszorg' beschrijft dat 'Formalisatie van samenwerkingsafspraken tussen professionals in de keten' kan helpen om die samenwerking te verbeteren ⁷⁹. Denk bijvoorbeeld aan:

- Mogelijkheden die er zijn in de omgeving. Om deze mogelijkheden te verkennen kun je onder andere gebruik maken van [de wijktekening](#), [uniek sporten](#), en [het sportloket](#).
 - G-teams: Sportteams voor mensen met een verstandelijke of cognitieve beperking.
 - Sociale sportscholen: Deze brengen sportclubs en (woon)zorgorganisaties bij elkaar, en daarmee kwetsbare ouderen en sporters. Niet in een fysieke sportschool, maar met bootcamps in de buitenlucht.
 - Buurtsportcoaches kunnen een brugfunctie vervullen bij het betrekken van de instelling en buurt bij beweegstimulering door deels in de wijk en deels in de instelling actief te zijn.
 - Samenwerking met sportverenigingen of personal trainers. Bijvoorbeeld, zij kunnen gebruikmaken van een leegstaande ruimte in het weekend en in ruil verzorgen zij trainingen voor cliënten, denk aan fitness of judo.
 - Samenwerking met scholen en/of kinderopvang waar kleinschalige beweegactiviteiten meegedaan kunnen worden.
 - Buurtbewoners als beweegbuddy.
- Gemeentelijke regelingen voor kortingstarieven (of bijvoorbeeld een pas) voor mensen met een lager inkomen om voordelig (beweeg)activiteiten te kunnen ondernemen.
- Samenwerking met derden (vooral de gemeente) is van belang om de buurt te betrekken bij beweegstimulering, bijvoorbeeld in een concrete activiteit als een beweegdag of gezondheidsmarkt. Denk hierbij aan samenwerking met het WMO-loket van gemeenten.
- Cliënten laten helpen met het uitlaten van honden in de buurt.
- Beweegstimulering als preventieve dienstverlening kan in woonservicegebieden een kans zijn voor behoud van mobiliteit en zelfredzaamheid.
- Organiseer beweegstimulering als preventieve dienstverlening voor extramurale cliënten die de organisatie kan bieden in samenwerking met derden.

5. Gewoonte in het dagelijks leven

Autorisatiedatum 11-09-2025 Beoordelingsdatum 11-09-2025

5.1 Bewegen in het dagelijks leven

Bewegen als gewoonte in de langdurige zorg vraagt gedragsverandering op vele gebieden. Hierbij kan het gaan om praktische verandering zoals starten met inzetten van digitale technologie, (andere manieren van) samenwerking met naasten en andere beweeginterventies. In de [knelpunteninventarisatie](#) benoemden zorgverleners dat het soms efficiënter voelt om een taak zelf uit te voeren dan deze door een cliënt te laten uitvoeren ook al komt die daardoor in beweging. Maar voor een optimale borging van meer bewegen, is het belangrijk dat bewegen juist meer in het dagelijks leven wordt ingebouwd. Het gaat dan om het dagelijks leven van de cliënt en de dagelijkse zorg. Denk aan kleine manieren om bewegen in te bouwen, zoals de manier waarop iemand naar dagbesteding gaat, ADL-handelingen en kleine huishoudelijke taken.

5.1.1 Uitgangsvraag

Hoe kun je als zorgverlener bewegen inbouwen in het dagelijks leven van cliënten die langdurige zorg ontvangen?

5.1.2 Aanbevelingen

Moedig cliënten aan om actief deel te nemen aan hun eigen zorgmomenten en dagelijkse activiteiten (zelfstandig) uit te voeren. Neem niet zomaar de activiteiten over van de cliënt. Wees hierbij bewust dat wat een cliënt zelf kan doen, per dag en moment kan verschillen.

Laat cliënten doen wat zij zelf kunnen en breid dit waar mogelijk uit. Op de lange termijn kan dit mogelijk leiden tot verlaging van de werkdruk en fysieke belasting voor zorgverleners (en naasten).

Ga het gesprek met cliënten aan over hoe bewegen meer ingebouwd kan worden in het dagelijks leven, zodat beweging ook aansluit bij wat een cliënt fijn vindt om te doen. Overweeg de vijf stappen van [de Beweegcirkel](#) te gebruiken, deze kunnen helpen om het gesprek te voeren.

Gebruik [deze poster](#) met voorbeelden voor inspiratie op welke momenten bewegen ingebouwd kan worden in het dagelijks leven.

Met welke kleine beweging begin jij?



**Naar het toilet
lopen**



**Tandenpoetsen,
gezicht wassen of
haren kammen**



**Vaker trippelen:
beensteunen van de
rolstoel**



**Vaatwasser in- en
uitruimen**



**Planten water geven
of de vloer vegen**



**Was opvouwen en
opruimen**



**Aankleden, wassen
of douchen**



**Samen wandelen met
begeleiders of naasten**



**Koffie inschenken,
brood smeren of de
tafel dekken**

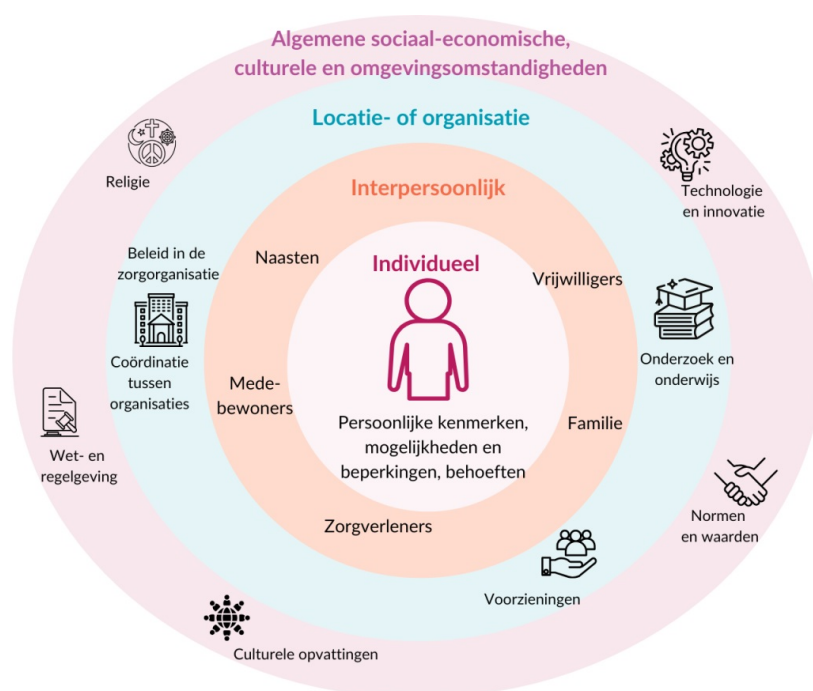


5.1.3 Onderbouwing

Voor het beantwoorden van deze uitgangsvraag is geen systematische literatuuranalyse uitgevoerd. De werkgroep is op basis van expert opinion, met ondersteuning van de klankbordgroepen, tot aanbevelingen gekomen.

5.1.4 Overwegingen

Deze richtlijn heeft als visie dat bewegen een belangrijke levensbehoefte is. Bewegen moet geïntegreerd zijn in de dagelijkse routine van een persoon en een vast onderdeel van de basiszorg zijn. Dat vraagt om aanpassingen op diverse niveaus (individueel, interpersoonlijk, organisatie en omgeving) zoals beschreven in het sociaal-ecologisch model (zie figuur 5.1 en [de algemene inleiding](#) voor een toelichting op het model). Het opnemen van [beweegbeleid in de organisatie](#) is het uitgangspunt, met aandacht voor de inrichting van de zorgorganisatie.



Figuur 5.1: Sociaal-ecologisch model voor bewegen in de langdurige zorg

Voor zorgverleners zou bewegen niet hoeven voelen als een extra handeling in de zorg voor cliënten. In plaats daarvan kan het onderdeel zijn van het dagelijks leven van elk persoon. Cliënten meer laten uitvoeren tijdens ADL is daar een belangrijk voorbeeld van. Dit biedt kleine veranderingen zonder dat een grote interventie nodig is. Om dit in te zetten is ook een gedragsverandering nodig van de zorgverleners zelf. In plaats van ADL-activiteiten over te nemen van de cliënt, is het soms goed om eerst eens te vragen en te proberen wat de cliënt zelf kan. In het begin zal dit extra tijd kosten maar als de cliënt dit steeds vaker zelf doet, wordt deze mogelijk zelfstandiger. Dit kan zorgverleners juist tijd opleveren. Naast ADL kan het ook gaan om grotere veranderingen zoals wandelen naar de dagbesteding in plaats van met de bus gaan. Bij het inbouwen van dagelijks bewegen, helpt het als dit aansluit bij wat een cliënt fijn vindt om te doen. Hiervoor moet een zorgverlener het gesprek aangaan om inzicht te krijgen in wat een cliënt blij maakt. De vijf stappen van [de Beweegcirkel](#) kunnen helpen om het gesprek te voeren. Wees altijd bewust van het feit dat het per dag of zelfs per moment kan verschillen wat een cliënt zelf kan doen.

Deze aanpak sluit aan bij *functiegerichte zorg* en *reablement*. Functiegerichte zorg is een benadering van

zorg waarbij de nadruk ligt op het optimaliseren en behouden van de functionele capaciteiten van cliënten⁸⁰. In plaats van taken volledig over te nemen, moedigen zorgverleners cliënten aan om actief deel te nemen aan hun eigen zorg en dagelijkse activiteiten⁸¹. Dit omvat activiteiten zoals aankleden, eten, lopen en persoonlijke verzorging. Het doel van functiegerichte zorg is om de zelfstandigheid van de cliënt te bevorderen, fysiek functioneren te verbeteren en de kwaliteit van leven te verhogen. Het richt zich op wat cliënten wél kunnen doen, met passende ondersteuning en begeleiding.

Reablement ('herstelgerichte zorg') is een manier van ondersteuning om het functioneren van het individu dusdanig te verbeteren, dat die zo onafhankelijk mogelijk de dagelijkse activiteiten kan ondernemen¹³. Het beoogt bij te dragen aan het versterken van autonomie, welzijn en kwaliteit van leven. In plaats van zorg te geven die afhankelijkheid bevordert, helpt reablement cliënten om hun dagelijkse vaardigheden te herwinnen of te behouden, zodat ze zo zelfstandig mogelijk blijven. Dit wordt bereikt door middel van intensieve, korte interventies, vaak met ondersteuning van zorgverleners zoals fysiotherapeuten en ergotherapeuten. Reablement is dus een gedachtengoed én een interventieprogramma die elkaar helpen versnellen. Het doel is om cliënten te ondersteunen bij het opnieuw leren van dagelijkse activiteiten zoals aankleden, koken en persoonlijke verzorging. Hierdoor verbetert hun kwaliteit van leven en vermindert hun behoefte aan langdurige zorg. Juist als bewegen moeizaam gaat bij cliënten is het belangrijk om hier aandacht voor te hebben. Dit heeft positieve effecten op de kwaliteit van leven van cliënten, maar mogelijk ook op tevredenheid en werkdruk van zorgverleners en naasten^{14 15 16}.

Cliënten meer zelf laten doen, waar mogelijk, bevordert beweging ook al in veel gevallen. Overweeg hierbij de ergotherapeut, of een [andere discipline](#), in te schakelen voor advies. De werkgroep noemt aanvullend de volgende punten die zorgverleners kunnen gebruiken om het inbouwen van bewegen in het dagelijks leven makkelijker te maken:

- Maak van huishoudelijke taken een activiteit en laat cliënten meehelpen met alle huishoudelijke taken tot het niveau dat ze het zoveel mogelijk zelf kunnen. Daarbij kan gedacht worden aan de was vouwen, post ophalen, vaatwasser in/uitruimen, tafeldekken/afruimen, maaltijden in buffetvorm, krant halen, stofzuigen, tuinonderhoud, koken.
- Laat waar mogelijk cliënten lopend of fietsend naar het werk gaan in plaats van met een vervoersmiddel zoals een taxi.
- Speel tijdens contactmomenten. Maak grappige uitdagingen, maak wedstrijdjes van de was vouwen, zorg voor een wisselbeker die bewoners kunnen verdienen.
- Als de televisie aangaat, denk dan aan het opzetten van programma's zoals Nederland in beweging.
- Probeer mensen ook in de avond actief te laten zijn, bijvoorbeeld door zelf wat te drinken te pakken.
- Zet spellen neer die bewegen stimuleren zoals sjoelen, dartbord, KUBB, etc.

Waar kan een zorgverlener aan denken bij meer bewegen tijdens ADL-activiteiten?

Voor alle onderstaande activiteiten geldt dat zorgverleners ondersteuning of aanpassingen kunnen doen indien nodig. Voor adviezen hierbij kunnen Daarnaast is het belangrijk dat er succeservaringen opgedaan worden en een cliënt niet wordt ontmoedigd omdat een vaardigheid (nog) te moeilijk is. Wanneer het de eerste of tweede keer moeizaam gaat, blijf de cliënt dan motiveren en houd vol de cliënt aan te moedigen in zelfstandigheid. Succeservaringen kun je krijgen door goed aan te sluiten op de mogelijkheden van de cliënt. Dit is maatwerk. geraadpleegd worden. Daarnaast is het belangrijk dat er succeservaringen

opgedaan worden en een cliënt niet wordt ontmoedigd omdat een vaardigheid (nog) te moeilijk is. Wanneer het de eerste of tweede keer moeizaam gaat, blijf de cliënt dan motiveren en houd vol de cliënt aan te moedigen in zelfstandigheid. Succeservaringen kun je krijgen door goed aan te sluiten op de mogelijkheden van de cliënt. Dit is maatwerk.

Onderstaande lijst is niet volledig maar bevat enkele voorbeelden waaraan gedacht kan worden.

- Lopen: Ga lopend naar het restaurant/koffieruimte (of een deel van de afstand) en naar gemeenschappelijke activiteiten. Organiseer na het avondeten geen koffiemoment maar een loopmoment.
- Wandelen: Ga wandelen tijdens een (al bestaand) een-op-een-moment tussen begeleider en cliënt.
- Trippelen in de rolstoel: Haal de voetsteunen van de rolstoel van een cliënt en laat deze zelf trippelen naar de koffieruimte of eetzaal.
- Lopen/fietsen in de vorm van vervoer: Naar werk/dagbesteding, of stap een bushalte eerder uit en loop een stukje naar werk/dagbesteding.
- Zelf aankleden, wassen of douchen: Moedig de cliënt aan om zoveel mogelijk zelf kleding aan te trekken, zoals sokken of een trui, met de minimale benodigde ondersteuning.
- Lopen naar het toilet: In plaats van een urinaal of poststoel te gebruiken, begeleidt de cliënt om zelf naar het toilet te lopen als dat mogelijk is.
- Tandenvoetsen of haren kammen: Laat de cliënt zoveel mogelijk eigenhandig taken als tandenvoetsen, gezicht wassen en haar kammen uitvoeren, met de minimale benodigde ondersteuning.
- Balansoefeningen tijdens tandenvoetsen: Bijvoorbeeld het bovengebit voetsen op het rechterbeen en het ondergebit voetsen op het linkerbeen.
- Helpen bij huishoudelijke taken: Activiteiten zoals afstoffen, vegen, gordijnen openen of planten water geven. Deze taken kunnen lichte beweging stimuleren terwijl ze tegelijkertijd nuttig zijn.
- Was opvouwen: Na het ontvangen van de schone was, kan een cliënt helpen met opvouwen en opbergen.
- Eten voorbereiden: Laat de cliënt, indien mogelijk, taken uitvoeren zoals brood smeren, een appel snijden of een kop thee maken.
- Traplopen: Wanneer veilig en mogelijk, kan traplopen een effectieve manier zijn om kracht en balans te oefenen, zelfs als het slechts een paar treden zijn.

6. Beweegactiviteiten

Autorisatiedatum 11-09-2025 Beoordelingsdatum 11-09-2025

6.1 Toepassen van beweegactiviteiten

Beweegactiviteiten zijn er in vele vormen en maten. Niet iedere beweegactiviteit is geschikt voor iedere cliënt. Bij het toepassen van beweegactiviteiten is het belangrijk om aandacht te hebben voor de hele context, de cliënt zelf en alle lagen om de cliënt heen. Een gedragen plan door alle betrokkenen om bewegen te stimuleren, is hier ook een belangrijk onderdeel van.

Uit de [knelpunteninventarisatie](#) blijkt dat er een gebrek is aan kennis en bewustzijn onder zorgverleners met betrekking tot beweegactiviteiten. Er is vaak onduidelijkheid over welke interventies effectief zijn en welke worden aanbevolen, met name voor specifieke doelpopulaties. Dit tekort aan kennis wordt nog verder bemoeilijkt door eigenschappen van cliënten zoals pijnklachten, lichamelijke en cognitieve beperkingen, comorbiditeit, rolstoelafhankelijkheid, gedragsproblemen en valgevaar. Dit kan de inzet van beweegactiviteiten bemoeilijken. Daarnaast werd door zorgverleners benoemd dat niet elke cliënt in staat is om in groepsverband deel te nemen aan beweegactiviteiten, wat zorgt voor extra uitdagingen.

Deze module beschrijft welke beweegactiviteiten effectief zijn bevonden voor cliënten die langdurige zorg ontvangen. Daarnaast wordt er ingegaan op hoe beweegactiviteiten het beste kunnen worden toegepast om bewegen te stimuleren bij cliënten die langdurige zorg ontvangen.

6.1.1 Uitgangsvraag

Hoe en welke beweegactiviteiten kunnen het best toegepast worden om bewegen te stimuleren bij cliënten die langdurige zorg ontvangen?

6.1.2 Aanbevelingen

Maak samen met de cliënt (en eventueel naasten) een plan hoe de cliënt meer kan bewegen:

- Sluit aan bij activiteiten en sporten waar de cliënt blij van wordt.
- Denk ook aan bewegen tijdens dagelijkse activiteiten.
- Denk aan specifieke conditie- spierversterkende- en balans oefeningen.
- Blijf evalueren; behoeften kunnen veranderen door de tijd of per dag.

Neem, als je er samen niet goed uitkomt, contact op met een beweegprofessional, zoals een bewegingsagoog of fysiotherapeut, om samen een plan te maken hoe de cliënt meer in beweging gebracht kan worden.

Houd rekening met specifieke aandachtspunten bij verschillende cliëntpopulaties bij het

toepassen van beweegactiviteiten: Maatwerk voor bewegen is belangrijk.

Cliënten met specifieke behoeften kunnen zijn: cliënten met niet-aangeboren hersenletsel (NAH), cliënten met (gevorderde) dementie, cliënten met een ernstige meervoudige beperking of cliënten die rolstoel- of bedgebonden zijn.

Houd bij de inzet van beweegactiviteiten rekening met het fysieke en cognitieve vermogen van cliënten. Beweegactiviteiten kun je passend maken door:

- Eenvoudige instructies en voorspelbare oefeningen te geven.
- Oefeningen regelmatig voor te doen en te herhalen.
- Oefeningen met verschillende moeilijkheidsgraden aan te bieden.
- Veilige en makkelijke oefeningen te kiezen.
- Voor een veilige omgeving te zorgen.

Overweeg ook te overleggen met [andere disciplines](#) om samen een plan te maken hoe de cliënt meer in beweging gebracht kan worden.

Bekijk bijvoorbeeld de volgende websites voor praktische voorbeelden van beweegactiviteiten:

- [Databank erkende interventies voor de langdurige zorg](#)
- [Fit met Steffie](#)
- [Beweegbundel van het Beweegprogramma GOUD](#)
- [Toolbox Lopen Stimuleren](#)

6.1.3 Onderbouwing

Om de effectiviteit van diverse beweegactiviteiten in kaart te brengen, is systematisch literatuuronderzoek uitgevoerd naar de volgende onderzoeksvraag:

Wat is de effectiviteit van beweegactiviteiten op de mate van bewegen bij cliënten die langdurige zorg ontvangen?

[Klik hier](#) voor een samenvatting en de conclusies van het literatuuronderzoek. De verantwoording van het literatuuronderzoek is in [deze bijlage](#) te vinden.

6.1.4 Overwegingen

Elk klein beetje meer bewegen kan al gezondheidswinst opleveren. Uit onderzoek blijkt ook dat bewegen effectief is voor de behandeling van diverse aandoeningen zoals psychiatrische en neurologische, stofwisselingsziekten, hart- en vaatziekten, longziekten, spier- en skeletaandoeningen, neurocognitieve

aandoeningen en kanker^{41 82}. Het doel van deze richtlijn is om meer te bewegen in het dagelijks leven. Beweegactiviteiten kunnen grote effecten hebben. Vaak hebben deze interventies vergelijkbare, en soms zelfs een betere, impact op uitkomsten zoals sterfte dan het voorschrijven van medicijnen⁸³. Ook blijkt beweegadvies in de eerstelijnszorg kosten-effectiever dan veel farmaceutische interventies³⁸. Het is niet bewezen dat beweegactiviteiten zorgen voor meer bewegen buiten de interventie om. In de praktijk nodigt een interventie vaak wel uit om meer te bewegen door de positieve effecten die mensen ervaren zoals het hebben van meer energie, zich fitter voelen en het opdoen van succeservaringen.

In het literatuuronderzoek zijn beweegactiviteiten onderzocht die erop gericht zijn om mensen méér in beweging krijgen. Er is weinig bewijs gevonden voor beweegactiviteiten die bewegen stimuleren. Tijdens de activiteit is er natuurlijk wel sprake van 'meer beweging', maar dit vertaalt zich niet altijd door in meer bewegen in het dagelijks leven. Er is meer nodig dan enkel een beweegactiviteit om cliënten in de langdurige zorg structureel (meer) aan het bewegen te krijgen. Bovendien is veel onderzoek gericht op andere uitkomstmaten dan bewegen, zoals gezondheidswinst (deze staan beschreven in de module [Voordelen van bewegen](#)). Toch nodigen beweegactiviteiten in de praktijk cliënten wel uit om meer te gaan doen. Dit komt door de positieve effecten zoals het krijgen van energie en het opdoen van succeservaringen.

De werkgroep beschrijft onderstaand enkele belangrijke beweegactiviteiten met daarbij handvatten voor zorgverleners om deze in te zetten bij cliënten die langdurige zorg ontvangen. De volgende verwijzingen kunnen ondersteunen bij de inzet en het passend maken van beweegactiviteiten in de langdurige zorg:

- De [Databank erkende interventies](#) voor de langdurige zorg biedt een uitgebreid overzicht van beweeginterventies.
- Op [Fit met Steffie](#) zijn goede voorbeelden voor zorgverleners en cliënten te vinden van oefeningen.
- [De Beweegebundel van het Beweegprogramma GOUD](#) geeft voorbeelden van diverse beweegactiviteiten op verschillende niveaus. Deze bundel is primair ontwikkeld voor de sector verstandelijk gehandicapten, maar is toepasbaar voor andere doelgroepen.
- De [Toolbox Lopen Stimuleren](#) biedt ondersteuning om lopen te stimuleren. Het is toegankelijk, makkelijk in te zetten en haalbaar bij een groot deel van de cliënten in de langdurige zorg.

Functioneel-sociale beweging

Het doel van een beweegactiviteit hoeft niet altijd bewegen te zijn. Bewegen kan immers ook een bijkomstigheid van een ander doel zijn, bijvoorbeeld wandelen naar de dagbesteding, boodschappen doen, of sociaal contact⁸⁴. Voor cliënten die niet makkelijk te motiveren zijn om te bewegen, helpt het vaak om bewegen niet als doel te stellen, maar als middel om een ander doel te bereiken. In de module [Gewoonte in het dagelijks leven](#) zijn voorbeelden gegeven van kleine veranderingen om cliënten meer zelf te laten doen zodat bewegen wordt bevorderd.

Spelenderwijs bewegen is een belangrijk principe voor cliënten in de langdurige zorg en van toepassing op alle soorten beweegactiviteiten. Spelenderwijs bewegen, zijn oefeningen gericht op zowel fysieke als sociale interactie, waarbij plezier en samen bewegen centraal staan. Hierbij valt te denken aan oefeningen met een bal of andere materialen, spelenderwijs bewegen in de natuur, winkelen, dansen, en de inzet van [technologie](#) zoals digitale beweegspellen⁸⁴. Spelenderwijs bewegen, klinkt voor veel personen aantrekkelijker dan sporten.

Soorten beweegactiviteiten

Conditietraining (aerobe activiteiten)

Denk hierbij aan aerobics, dansen, wandelprogramma's, of gebruik van een hometrainer. Dit zijn activiteiten die meestal haalbaar zijn en goed aan te passen aan de behoeften en het vermogen van cliënten. Dit type beweegactiviteiten wordt meestal in groepsverband georganiseerd, maar kan ook individueel, en wordt bij voorkeur begeleid door een zorgverlener met expertise in bewegen (bijvoorbeeld een bewegingsagoog of fysiotherapeut). Voor meer actieve cliënten kan ook gekeken worden naar actievare lessen in bijvoorbeeld reguliere sportscholen. Het is vanuit de literatuur niet bekend of de interventies zorgen voor meer bewegen buiten de interventie om. Maar er zijn hierdoor zeker wel gezondheidsvoordelen te behalen.

Ook wandelen is onderdeel van conditietraining. Loopinterventies zijn een laagdrempelige en functionele vorm van beweging. Uit de literatuur blijkt tot nu toe niet dat een loopinterventie zorgt voor meer bewegen door de cliënt buiten de interventie om. Er zijn echter ook weinig tot geen negatieve consequenties, maar wel veelzijdige positieve gezondheidseffecten. Het lopen stimuleert bijvoorbeeld de hersenactiviteit, verbetert doorbloeding en de stemming. Daarnaast zorgt de interventie zelf uiteraard voor activiteit. Bovendien zorgt lopen in een loopgroep ook voor sociale interactie.

Spierversterkende oefeningen (krachttraining en weerstandsoefeningen)

Trainingen zoals krachttraining, zit-, sta- en stoeloefeningen zijn goed in te zetten in de praktijk en te integreren in het dagelijks leven. Zorginstellingen hebben vaak de beschikbaarheid over een zaal met apparatuur, maar spierversterkende oefeningen zijn ook gemakkelijk te doen zonder apparatuur, met bijvoorbeeld gewichtjes of weerstandsbanden. Dit maakt laagdrempelig en gericht trainen voor cliënten mogelijk. Als bijvoorbeeld de beenfunctie niet meer werkt, kan het bovenlijf wel getraind worden. Het is een goede manier om kracht in de spieren die nog functioneren te behouden. Deze oefeningen worden bij voorkeur begeleid door een zorgverlener met expertise in bewegen (zoals een bewegingsagoog of fysiotherapeut, zie [overzicht met disciplines](#)).

Flexibiliteit, mobiliteit en balans

Spiertijfheid speelt vaak een rol bij cliënten in de langdurige zorg. Activiteiten die de beweeglijkheid van gewrichten verbeteren en spierstijfheid verminderen, zijn daarom van belang. Denk bij deze oefeningen aan rek- en strekoefeningen, yoga, en hand- en vingeroefeningen voor fijne motoriek.

Sensorische stimulatie en fijne motoriek

Oefeningen gericht op sensorische stimulatie en fijne motoriek kunnen cliënten helpen om hun zintuigen te stimuleren en de handvaardigheid te verbeteren. Het verbeteren van motoriek kan een cliënt ondersteunen om dagelijkse handelingen zelf uit te blijven voeren (denk bijvoorbeeld aan tandenpoetsen, eventueel onder begeleiding van een stimulerend muziekje).

Handoefeningen zijn als mogelijke interventie gevonden in de literatuur. De werkgroep vindt dat iedere beweging telt. Een handbeweging heeft minder impact en geeft minder beweegvoordelen als het maken van een wandeling, maar het is evengoed beweging en levert dus winst op. Voor rolstoel- of bedgebonden cliënten kan dit type beweging juist ook een oplossing zijn. In het kader van handbeweging kan een cliënt gestimuleerd worden om dagelijkse handelingen zelf uit te voeren. Daardoor kan de handfunctie verbeteren. Denk hierbij aan een cliënt die zelf melk door de koffie kan roeren.

Passend maken van beweegactiviteiten

Beweegactiviteiten in de langdurige zorg moeten aangepast worden aan de fysieke en cognitieve mogelijkheden van cliënten. Denk eraan dat behoeften kunnen wisselen tussen de cliënten, maar ook per

cliënt per dag. De ene cliënt zal een prikkelvrije omgeving fijn vinden terwijl de ander het fijn vindt om op muziek te bewegen. Beweegactiviteiten aanpassen vraagt van zorgverleners om creativiteit en ervaring met de doelpopulatie én met sport en bewegen. Een realistische kijk op wat mogelijk is op het gebied van bewegen is nodig vanuit de zorgverleners. Zorgverleners kunnen samen met cliënt (en eventueel naasten) een plan maken hoe de cliënt meer kan bewegen. Samenwerking met [diverse zorgverleners](#) kan hiervoor gezocht worden.

De volgende aandachtspunten kunnen helpen om bewegen passend te maken voor cliënten in de langdurige zorg:

Cognitieve aandachtspunten:

- Pas de complexiteit aan op basis van het cognitief vermogen. Bied daarbij oefeningen met een verschillende moeilijkheidsgraad aan.
- Zorg voor eenvoudige instructies (korte zinnen, duidelijke uitleg) en voorspelbare oefeningen: vermijd te veel details en focus op één stap tegelijk.
- Houd rekening met een mogelijk kortere aandachtspanne van cliënten, door bijvoorbeeld activiteiten niet te lang te maken, te zorgen voor rust tussendoor en regelmatige bevestiging en aanmoediging.
- Maak een bewuste keuze in de manier van aanbieden van de activiteit: individueel of in groepsverband.
- Doe oefeningen regelmatig voor, laat dit eventueel ook door bekenden (naasten) in de omgeving doen.
- Beweeg liever vaker en korter dan één lang beweegmoment.
- Overweeg de inzet van intuïtief bewegen. Dat is bewegen op basis van reflexen, actie/reactie of logische bewegingen. Dit kan bijvoorbeeld met behulp van een beweegprojector of reactie lichten.

Fysieke aandachtspunten:

- Kies activiteiten die veilig en makkelijk uitgevoerd kunnen worden, bijvoorbeeld stoel oefeningen of door het gebruik van lichte materialen.
- Zorg voor een veilige omgeving, zoals voldoende ruimte, goede verlichting, geen obstakels, geen losse kleden.
- Gebruik lichte materialen of materialen die makkelijk voorhanden zijn, zoals flesjes water of dozen.
- Let op een goede uitvoering van de bewegingen en denk daarbij ook aan voldoende rustmomenten.

Het is belangrijk dat zorgverleners inzicht krijgen in de mogelijkheden, interesses, voorkeuren en doelen van de cliënt. Als een cliënt plezier heeft in het bewegen, is de kans veel groter dat deze vaker gaat bewegen. De [module Motivatie](#) beschrijft meer over het motiveren van cliënten. Ook [randvoorwaarden in de omgeving](#) (bijvoorbeeld middelen, financiën en inzet personeel) spelen hierbij een rol. Een zorgverlener met expertise kan in diens zorgorganisatie het speelveld in kaart brengen. Daarnaast is het belangrijk om de veiligheid altijd goed in de gaten te houden. Zorgverleners kunnen uiteraard niet alle blessures van een cliënt voorkomen, maar kunnen wel alert zijn op gevaarlijke of impulsieve bewegingen bij een cliënt en deze hiervoor behoeden door samen een alternatief te zoeken.

Bewegen aanpassen op specifieke doelpopulaties

De langdurige zorg bestaat uit een divers landschap met verschillende doelpopulaties. Bij het opstellen van deze richtlijn is aan deze diverse doelpopulaties gedacht (denk aan: mensen met EMB, NAH of (gevorderde) dementie, en mensen die rolstoel- of bedgebonden zijn). Maatwerk, aan de hand van bovengenoemde punten, is belangrijk. Veel voorbeelden uit de richtlijn kunnen ook, met een kleine aanpassing, van toepassing zijn op rolstoel of bedgebonden cliënten. Een voorbeeld van een ander specifiek aandachtspunt is een rustige ruimte waar weinig afleiding is voor cliënten met aandachtsproblemen. Voor alle cliënten geldt: laat cliënten zoveel mogelijk zelf doen en neem eigen regie niet uit handen. Hierdoor stijgt zelfwaardering, zelfvertrouwen en motivatie om dingen zelf te doen. Dat zorgt automatisch voor meer beweging.

Voor het maken van (kleine) aanpassingen voor specifieke doelpopulaties kan het advies van verschillende disciplines worden ingewonnen. Bekijk in [deze bijlage](#) welke disciplines waarbij kunnen ondersteunen.

7. Digitale technologie

Autorisatiedatum 11-09-2025 Beoordelingsdatum 11-09-2025

7.1 Effectieve hulpmiddelen

Digitale technologie heeft een belangrijke rol in het toekomstbestendig maken van de langdurige zorg. Daarom is het belangrijk dat digitale technologie meer prioriteit krijgt en toegankelijk is voor zorgverleners en cliënten. Zorgverleners gaven in de [knelpunteninventarisatie](#) aan dat ze een tekort aan kennis over digitale technologie ervaren maar ook dat er een tekort is aan digitale technologie op de werkvloer. Daarnaast wordt weerstand en spanning ervaren om digitale technologie in te zetten of wordt er weinig prioriteit gegeven aan het inzetten ervan. Deze module beschrijft manieren wanneer en hoe digitale technologieën ingezet kunnen worden met als doel cliënten (meer) te laten bewegen.

7.1.1 Uitgangsvraag

Hoe kan digitale technologie het best ingezet worden om bewegen te stimuleren bij cliënten die langdurige zorg ontvangen?

7.1.2 Aanbevelingen

Overweeg digitale technologie in te zetten ([overzicht met voorbeelden](#)) met als doel:

- Cliënten in beweging krijgen die je zonder digitale technologie niet in beweging krijgt.
- Ter variatie op het analoge aanbod.
- Cliënten meer zelfstandig te laten bewegen.

Ondersteun cliënten bij het gebruik van digitale technologie: neem bijvoorbeeld het voortouw om een digitaal spel te starten of help de cliënt op een apparaat.

Begeleid en stimuleer vrijwilligers en naasten in het gebruik van digitale technologie (zoals digitale beweegspellen) met de cliënt.

Houd bij de inzet van digitale technologie rekening met privacy en veiligheid: voer bijvoorbeeld

niet zomaar de gegevens van cliënten in het systeem in.
 Bespreek met de cliënt of die de privacy- en veiligheidsinstellingen begrijpt.
 Overweeg bij twijfel contact op te nemen met ICT-medewerkers van de zorgorganisatie.

Denk bij de aanschaf van digitale technologie aan de implementatie en borging.

7.1.3 Onderbouwing

Om de effectiviteit van digitale technologische beweeginterventies in kaart te brengen, is systematisch literatuuronderzoek uitgevoerd naar de volgende onderzoeksvraag:

Wat zijn effectieve technische hulpmiddelen en innovaties die ingezet kunnen worden om bewegen te stimuleren bij cliënten die langdurige zorg ontvangen?

[Klik hier](#) voor een samenvatting en de conclusies van het literatuuronderzoek. De verantwoording van het literatuuronderzoek is in [deze bijlage](#) te vinden.

7.1.4 Overwegingen

Het gebruik van digitale technologie kan bij verschillende doelpopulaties laagdrempelig worden ingezet. Het kan ervoor zorgen dat cliënten meer bewegen op een manier die voor hen aantrekkelijk is en hen meer plezier geeft. Cliënten vinden het vaak leuk om met behulp van spellen te bewegen. In plaats van 'je moet sporten of bewegen', kunnen cliënten nu gestimuleerd worden om 'te gaan spelen'. Dat kan stimulerend werken. De werkgroep ziet de inzet van digitale technologie als een aanvulling op reguliere beweegmomenten: ondersteunend aan het beweegdoel. Daarbij moet uiteraard wel goed naar de mogelijkheden, wensen en behoeften van de cliënt gekeken worden voor een passend aanbod.

De werkgroep benadrukt drie manieren waarop technologie kan worden ingezet:

1. Cliënten in beweging krijgen die zonder digitale technologie niet in beweging komen.
2. Ter variatie op het analoge aanbod.
3. Om cliënten meer zelfstandig te laten bewegen.

1. Cliënten in beweging krijgen die zonder digitale technologie niet in beweging komen

Digitale technologie biedt goede mogelijkheden om cliënten te bereiken die anders moeilijk in beweging te krijgen zijn. Het gebruik van digitale technologie kan drempels verlagen en motivatie verhogen voor cliënten. Voor sommige cliënten kunnen speelse, interactieve spellen zoals virtuele realiteit (VR) of bewegingsgestuurde gameconsoles een perfecte match zijn. Anderen hebben mogelijk meer baat bij eenvoudiger, aan tafel uit te voeren activiteiten. Voorbeelden van beschikbare soorten technologie zijn weergegeven in [dit overzicht](#).

De voordelen van de inzet van digitale technologie, die gevonden zijn in het literatuuronderzoek, worden door de werkgroep grotendeels herkend. Er wordt een positieve impact ervaren voor de cliënten die

(starten met) bewegen. Met name de positieve effecten op de mate van bewegen, fysieke fitheid, mobiliteit en flexibiliteit, balans en het voorkomen van vallen worden door de werkgroep beaamd. Wat betreft de positieve effecten op het cognitieve functioneren die gevonden zijn in de literatuur ziet de werkgroep hier ook een mogelijke winst. De werkgroep heeft hier echter zelf geen praktijkervaring mee dus ze kunnen er geen concrete uitspraken over doen.

De effecten op psychische uitkomsten waren in de literatuur minder overtuigend. De werkgroep ziet echter wel veel plezier bij het gebruik van de digitale technologie bij cliënten en verwacht dus zeker een meerwaarde op het stimuleren van bewegen. Daarnaast wordt er door de werkgroep ook een positief effect ervaren van digitale technologie op het gevoel van 'samen doen' en het groepsgevoel en op de motivatie van cliënten om te bewegen.

2. Technologie als variatie op het analoge aanbod

Variatie in het beweegaanbod is belangrijk om cliënten gemotiveerd te houden. Digitale technologie kan hierin een belangrijke rol spelen. Waar traditionele beweegvormen (bijvoorbeeld een rondje wandelen) effectief zijn, kunnen ze soms repetitief en minder aantrekkelijk worden voor cliënten. De werkgroep ziet dat het integreren van digitale technologie een welkome aanvulling biedt die bewegen meer divers en dynamischer maakt.

Het is wel belangrijk om de juiste balans te vinden tussen digitaal en analoog aanbod. Dit om te voorkomen dat cliënten overweldigd raken of het aanbod niet (meer) als plezierig ervaren. Daarnaast is het belangrijk dat de gekozen technologie gebruiksvriendelijk is en plezier biedt aan de cliënten. Tegelijkertijd mag de technologie hen niet verwarren of overweldigen met een andere sensorische ervaring dan ze gewend zijn. Niet elke beschikbare digitale technologie is inzetbaar bij alle cliëntengroepen. Overweeg om voor specifieke cliënten specifieke, op maat gemaakte digitale technologieën in te zetten, om aan hun unieke behoeften tegemoet te komen.

Digitale platforms en tools maken het mogelijk om activiteiten aan te bieden die aansluiten bij de interesses en mogelijkheden van cliënten. Dit varieert van interactieve dansspellen tot virtuele groepslessen. Deze dragen bij aan de fysieke fitheid, mobiliteit en balans van de cliënten, zoals de literatuur suggereert. Hoewel de effecten op cognitief functioneren wisselend zijn, en de psychische uitkomsten in de literatuur minder overtuigend leken, heeft de werkgroep wel positieve ervaringen met het plezier dat cliënten beleven aan digitale technologieën. Het sociale aspect van 'samen doen' en het groepsgevoel worden hierdoor versterkt, wat bijdraagt aan de motivatie om te bewegen.

3. Digitale technologie om cliënten meer zelfstandig te laten bewegen

Een belangrijk voordeel van digitale technologie in de langdurige zorg is de mogelijkheid om cliënten meer zelfstandigheid te bieden in hun bewegingsroutine. Door het gebruik van apps, digitale platforms en draagbare technologie kunnen cliënten met meer zelfstandigheid oefeningen uitvoeren en hun fysieke activiteiten monitoren. Dit bevordert niet alleen hun fysieke gezondheid, maar geeft hen ook het vertrouwen dat ze zelf in staat zijn om invloed te hebben op het eigen welzijn. Overweeg hierbij goed of de technologie de cliënt niet overvraagt, verwacht of overweldigt en stem deze af op de wensen van de cliënt. Voor het inschatten van de fysieke mogelijkheden kan een fysiotherapeut ingeschakeld worden. Voor een analyse van de cognitieve mogelijkheden en het eventueel opstellen van een aanpak voor het aanleren van omgang met technologie kan de ergotherapeut ingeschakeld worden.

Hoewel de effecten op cognitief functioneren als wisselend zijn ervaren, biedt digitale technologie mogelijkheden om cliënten (meer) autonoom te laten bewegen en zo hun dagelijks leven te verrijken.

Daarnaast kan er ook gedacht worden aan een GPS-systeem voor cliënten met dementie om zelfstandig te gaan wandelen. Hierbij moeten de ethische aspecten wel goed worden afgewogen en zo nodig het stappenplan Wzd worden gevolgd ^{85 86}.

Onderstaand een aantal aanvullende overwegingen van de werkgroep die meegenomen kunnen worden bij de inzet van digitale technologische hulpmiddelen.

Ondersteuning bij het gebruik van digitale technologie

Hoewel cliënten die langdurige zorg ontvangen door digitale technologieën meer zelfstandigheid kunnen vinden in beweegroutines, zullen er ook cliënten zijn die begeleiding of ondersteuning nodig hebben. Voor veel cliënten, maar vooral voor cliënten met ernstige of meervoudige fysieke en/of cognitieve beperkingen, is begeleiding nodig om digitale technologie te kunnen gebruiken. Vaak is de begeleiding of verzorging nodig om het voortouw te nemen en cliënten te betrekken. Bij bepaalde doelpopulaties is ook fysieke ondersteuning noodzakelijk, zoals bij het helpen van een cliënt om op de fiets te stappen.

Het gebruik van digitale technologie vraagt van zorgverleners dat zij zich hierin verdiepen. Dit vereist niet alleen tijd om de benodigde vaardigheden te ontwikkelen, maar ook een bewuste integratie ervan in hun takenpakket als ondersteuning bij de inzet van de gekozen technologie.

Naast zorgprofessionals kunnen vrijwilligers of naasten een waardevolle rol vervullen in dit proces. Zij kunnen worden betrokken om cliënten aan te moedigen de technologie te gebruiken of dit gezamenlijk doen. Dit biedt niet alleen een interactieve ervaring voor de cliënt, maar kan ook verrijkend zijn voor naasten zoals broers, zussen of (klein)kinderen die op bezoek komen. Het betrekken van naasten en vrijwilligers vergt investering en educatie. Denk aan zaken als het organiseren van workshops waarin het gebruik van specifieke hulpmiddelen, zoals bijvoorbeeld een fietslabyrint, wordt uitgelegd.

De werkgroep benadrukt dat, om de effecten van het inzetten van digitale technologie te zien, de tijdsinvestering van zorgprofessionals nodig is. Maar ook dat deze tijd zich later terugbetaalt als cliënten daadwerkelijk meer (zelfstandig) gaan bewegen door digitale technologieën en cliënten mentaal en fysiek gezond(er) worden.

Toegankelijkheid en kosten

De inzet van digitale technologie vraagt om investering vanuit de zorgorganisatie. De range van kosten voor digitale technologie is groot. Prijzen tussen diverse apparaten en keuzes verschillen. Binnen een instelling kan slim worden omgegaan met deze kosten door bijvoorbeeld roulatiesystemen tussen afdelingen en locaties in te voeren. Hierbij kan bijvoorbeeld gereserveerd worden voor gebruik. Voor cliënten in een thuis- of thuiszorgsituatie kan de aanschaf van dergelijk materiaal een aanzienlijke financiële last vormen. Daar staat wel tegenover dat er ook veel gratis applicaties beschikbaar zijn voor voor beweegspellen of oefeningen.

Een belangrijke overweging hierbij is dat de zichtbaarheid van de technologie van invloed kan zijn op hoe vaak ze worden ingezet. Het helpt om technologie op een zichtbare en aantrekkelijke plek in de zorgorganisatie te plaatsen. Om nieuwe hulpmiddelen op de werkvloer te introduceren, met name bij cliënten die wellicht wat begeleiding nodig hebben, kan een promotiemoment worden georganiseerd. Tijdens dit feestelijke moment kunnen cliënten en medewerkers de mogelijkheden van de technologie uitproberen en worden de voordelen ervan belicht. Het is ook belangrijk om dit onder de aandacht te brengen van naasten, zodat zij ook de digitale technologie kunnen vinden. Het verrichten van vooronderzoek hiervoor is belangrijk, zoals beschreven in deze richtlijn, om te bepalen welk

technologisch middel het meest geschikt is voor een specifieke doelgroep.

Ethische overwegingen

Bij het implementeren van technologie in zorgorganisaties is het essentieel om rekening te houden met verschillende ethische overwegingen zoals privacy. Privacy vormt een belangrijk punt van aandacht, met name bij het gebruik van verschillende applicaties waarbij vaak gevraagd wordt gegevens in te voeren. Veel cliënten hebben onvoldoende kennis over wat privacy inhoudt, hoe informatie wordt opgeslagen en wat ermee gebeurt. Dit geldt zeker voor cliënten met ernstige cognitieve problemen, een verstandelijke beperking of voor cliënten met meervoudige beperkingen. Het kan echter ook gelden bij alle andere cliënten die langdurige zorg ontvangen. Het is daarom van groot belang om een duidelijke werkwijze te hanteren zodat cliënten, of hun vertegenwoordigers, weloverwogen beslissingen kunnen nemen over het gebruik van technologie. Als een cliënt zelfstandig gebruikmaakt van digitale technologie, adviseert de werkgroep om met de cliënt te bespreken of die de privacy- en veiligheidsinstellingen begrijpt. Wanneer veiligheidsinstellingen onduidelijk zijn, raadpleeg dan een ICT-medewerker binnen de organisatie. Daarnaast is het ook raadzaam om geen cliëntgegevens in te vullen in applicaties en alles zo mogelijk op anonieme wijze te laten verlopen. Dit proces moet een integraal onderdeel zijn van de implementatie van technologische beweeginterventies.

Implementatie en borging

Het is belangrijk dat aangeschafte digitale technologieën ook daadwerkelijk worden geïmplementeerd en geborgd om de kwaliteit van zorg te verbeteren en efficiënter te maken. De werkgroep ziet vaak dat technologieën worden aangeschaft, maar dat deze niet goed benut worden. Zonder juiste implementatie blijft het potentieel van technologieën onbenut. Dit kan leiden tot verspilling van middelen, en gemiste kansen voor betere zorgverlening. Een goede borging zorgt ervoor dat technologieën op lange termijn bruikbaar blijven en geïntegreerd worden in dagelijkse processen, wat consistentie en continuïteit van zorg ondersteunt.

Om digitale technologieën succesvol te implementeren, is betrokkenheid van zorgverleners en cliënten belangrijk. Duidelijke doelstellingen en verwachtingen helpen om te weten wat de technologie oplevert. Ook is training en ondersteuning nodig om zorgverleners goed te begeleiden in het gebruik en aandacht voor het integreren van de technologie in bestaande werkprocessen en systemen, zodat deze onderdeel wordt van de dagelijkse zorg. Binnen iedere instelling is het raadzaam om een aantal zorgverleners, die kunnen bewegingsagogen maar ook andere medewerkers zijn, aan te wijzen die zich verantwoordelijk voelen voor de technologie en deze zullen promoten. Als laatste kan het helpen om korte filmpjes op te nemen met de werking van de digitale technologie zodat iedereen deze laagdrempelig kan bekijken.

8. Motivatie

Autorisatiedatum 11-09-2025 Beoordelingsdatum 11-09-2025

8.1 Stimuleren van cliënten

Iemand anders kan niet voor jou bewegen. Het is daarom belangrijk om cliënten zélf te motiveren om in beweging te komen. Er spelen diverse bevorderende en belemmerende factoren die cliënten beïnvloeden om te bewegen. Deze module beschrijft hoe zorgverleners cliënten het best kunnen motiveren om (meer) te bewegen.

8.1.1 Uitgangsvraag

Hoe kunnen cliënten in de langdurige zorg het best gemotiveerd worden om meer te bewegen?

8.1.2 Aanbevelingen

Zorg dat beweegmomenten plezierig zijn voor de cliënt door samen te ontdekken wat passend en leuk is.

Overweeg een sociale component in te zetten om bewegen te stimuleren.

Stel samen positief geformuleerde doelen op, die aansluiten bij de wensen van de cliënt. Werk de doelen uit in haalbare stappen. Leg niet te sterk de focus op meer bewegen, maar maak van bewegen het middel om het doel te bereiken.

Geef passende taken en concrete instructies aan cliënten.

Moedig cliënten aan, beloon bewegen en vier successen.

Heb samen met cliënten aandacht voor (het ervaren van) de voordelen van bewegen.

Verhoog (zelf)vertrouwen en/of verlaag angsten om te bewegen bij cliënten.

Deze overzichtskaart geeft praktische tips voor zorgverleners.

PRAKTISCHE TIPS VOOR HET VERGROTEN VAN MOTIVATIE OM TE BEWEGEN

Deze overzichtskaart hoort bij de SKILZ-richtlijn 'Bewegen als gewoonte in de langdurige zorg'. Deze is te vinden op www.richtlijnenlangdurigezorg.nl

01 Plezier maken

- **Doe wat de cliënt wil, leuk vindt en kan.** Zoek samen uit wat de cliënt graag wil doen. Pas de activiteiten daarop aan: welke activiteitenervaart de cliënt als zingend?
- **Buiten bewegen** is voor veel mensen plezieriger.
- **Speelse momenten:** bijvoorbeeld grappige uitdagingen of maak een wedstrijd van de was opvouwen.
- **Enthousiasmeren:** bijvoorbeeld met stimulerende muziek, spellen of technologie.
- **Nieuwsgierigheid opwekken:** bijvoorbeeld door een apparaatje met een vogelgeluid in een ruimte te plaatsen waar cliënten naar op zoek kunnen.
- **Aansluiten** bij wat een persoon eerder aan sport, hobby's, gewoontes en interesses had: bijvoorbeeld helpen in de tuin als tuinieren een hobby was.

02 Sociale activiteiten

- **Maatjesprojecten**, binnen of buiten de zorgorganisatie.
- **Zelf in beweging komen**, kan een cliënt ook uitnodigen om meer te gaan bewegen.
- **In groepen** spelenderwijs sporten.
- Een **sociale betekenis** geven aan bewegen: bijvoorbeeld sociale sportscholen die zorg en sport samenbrengen.
- **Interactie** met andere groepen: bijvoorbeeld mensen met en zonder verstandelijke beperking, of ouderen en jongeren die samen bewegen.
- Cliënten wat **voor een ander** laten doen, zodat de cliënt zich nuttig voelt: bijvoorbeeld een soepje brengen naar de zieke buurvrouw.

03 Doelen stellen

- **Samen doelen opstellen:** wat is de wens van de cliënt? Wat wil die bereiken? Waar is diegene goed in en kan dat worden uitgebreid?
- Wensen laten aansluiten op een **klein, positief en specifiek doel**. Bijvoorbeeld geen doel om '10 kilo af te vallen' maar om 'zelf naar de woonkamer te kunnen wandelen'.
- **Niet te snel opgeven:** het kan soms zoeken zijn om een passende vorm van beweging te vinden. Blijf uitproberen en aanpassen.
- **Kleine aanpassingen:** De trap gebruiken in plaats van de lift of staand werken tijdens de dagbesteding in plaats van zittend.

04 Passende taken en instructies

- **Huishoudelijke taakjes:** Planten water geven, het vuilnis wegbrengen, krant of post halen, tafeldekken en afruimen, met de hand afwassen (eventueel zittend aan tafel).
- **Eenvoudige instructies** maken het makkelijker.
- **Herhaal oefeningen** voor routine.
- **Bestaande elementen:** vraag bijvoorbeeld eens een cliënt mee voor de boodschappen die toch gehaald moeten worden.

05 Aanmoediging en beloning

- **Complimenten** voor kleine vooruitgang en successen vieren.
- Af en toe een **beloning** voor bewegen: bijvoorbeeld een persoonlijke kaart omdat een cliënt het goed doet.
- **Geen (ongezonde) snacks** als beloning voor bewegen.
- Rekening houden met de **mogelijkheden** van een cliënt: maak het niet te moeilijk zodat bewegen altijd een succeservaring is.

06 Aandacht voor de voordelen van bewegen

- **Uitleg geven** over bewegen en de voordelen hiervan. Dit kan ook in de vorm van fysieke producten, zoals posters in het gebouw.
- Cliënten de **voordelen zelf laten benoemen:** voelt de cliënt zich bijvoorbeeld beter of energiekeer?
- Het helpt als cliënten **zelf ervaren** dat ze fitter worden.
- Door bewegen te trainen, kan een cliënt meer zelf (blijven) doen. Het werkt vaak motiverend voor cliënten als zij beseffen dat zij hierdoor zo fit, onafhankelijk en autonoom mogelijk kunnen leven. **Benadruk daarom zelfredzaamheid en onafhankelijkheid** als voordelen bij het uitleggen van de voordelen van bewegen.

07 Verhogen van zelfvertrouwen

- **Angsten of negatieve ervaringen bespreken** met de cliënt. De zorgverlener kan overwegen om hier actief naar te vragen.
- **Veiligheid inbouwen:** bijvoorbeeld door een opgeruimde ruimte en een goede ondergrond.
- **Valpreventie:** bijvoorbeeld in de vorm van trainingen voor cliënten of naasten.
- **De lat niet te hoog leggen** zodat het zelfvertrouwen kan groeien.

8.1.3 Onderbouwing

Om factoren die motivatie voor bewegen beïnvloeden in beeld te brengen, is systematisch literatuuronderzoek uitgevoerd naar de volgende onderzoeksvraag:

Hoe kunnen cliënten, naasten en hun omgeving in de langdurige zorg het best gemotiveerd worden om meer te bewegen?

[Klik hier](#) voor een samenvatting en de conclusies van het literatuuronderzoek. De verantwoording van het literatuuronderzoek is in [deze bijlage](#) te vinden.

Daarnaast is er een [overzicht van beïnvloedende factoren](#) die in de literatuur zijn gevonden.

8.1.4 Overwegingen

Het verhogen van motivatie kan mensen helpen om gezonde of gewenste gedragsverandering uit te voeren. In het uitgevoerde literatuuronderzoek werd een groot aantal factoren benoemd dat bewegen bij cliënten in de langdurige zorg beïnvloedt. Binnen deze factoren was een tweedeling te zien. Enerzijds ging het om factoren die niet te beïnvloeden zijn, zoals leeftijd, sociaaleconomische status en voorgeschiedenis. Anderzijds ging het om factoren die wel te beïnvloeden zijn. In deze module hebben we aandacht voor de factoren die zorgverleners wel kunnen beïnvloeden.

Bij het motiveren van cliënten om meer te bewegen, kan een balans gezocht worden tussen het respecteren van de autonomie van de cliënt en het bevorderen van diens gezondheid. Cliënten motiveren en stimuleren om meer te bewegen hoort bij het leveren van goede zorg, maar uiteraard staat de eigen wil van cliënten voorop. Het is belangrijk om gezonde keuzes daarbij in stapjes aan te bieden: 'Wil je nu mee wandelen?' Blijven proberen is bij veel cliënten noodzaak. Een 'nee' voor bewegen kan tien minuten later een 'ja' zijn. Ook een keuze geven tussen verschillende activiteiten of momenten op de dag is belangrijk. Voor meer tips om hier goed mee om te gaan, zie de SKILZ-richtlijn Het zorgvuldig omgaan met drang en het herkennen en voorkomen van verzet (in concept).

Het verhogen van motivatie kan mensen helpen om gezonde of gewenste gedragsverandering uit te voeren. In de algemene bevolking worden gedragsveranderingstechnieken (behavior change techniques) vaak gebruikt als middel om motivatie te vergroten⁸⁷. Gedragsveranderingstechnieken worden gedefinieerd als de actieve ingrediënten of componenten van een interventie die is ontworpen om gedrag te veranderen. Cliënten in de langdurige zorg hebben soms andere wensen en behoeften dan de algemene bevolking en daarbij zijn ook andere technieken van gedragsverandering nodig. De inzet van bewegen én gedragsverandering moet worden aangepast aan de fysieke en cognitieve vaardigheden van de cliënt.

Onderstaand zijn acht categorieën weergegeven die de motivatie van cliënten kunnen verhogen. Hierbij is gebruikgemaakt van de factoren uit het literatuuronderzoek en bestaande kennis over gedragsveranderingstechnieken. In de [overzichtskaart Praktische tips](#) staan per categorie praktische suggesties voor zorgverleners om te helpen bij het vergroten van motivatie bij cliënten.

Plezier maken

Het voelen en ervaren van plezier is een krachtige manier om intrinsieke motivatie te vinden voor beweging. Cliënten kunnen geënthousiasmeerd en aangemoedigd worden door een plezierige activiteit van bewegen te maken. Het helpt om plezier maken daarbij als het doel te zien, zonder nadruk op bewegen. Dit wordt ook wel reframing genoemd: bewegen niet zien als 'moeten', maar als een middel om plezier te ervaren. Plezier wordt ervaren als een cliënt het leuk vindt om te doen. Het aanpassen van beweegactiviteiten op de wensen en behoeften van een cliënt kan het plezier en het bewegen bevorderen⁸⁸. Zoek dus samen uit wat past bij de cliënt en wat mogelijk is binnen de setting waarin de cliënt woont. Welke activiteiten ervaart de cliënt als zingevend?

Sociale activiteiten

Een sociale component bij bewegen wordt door veel cliënten als motiverend gezien. Het draagt bij aan plezier, en geeft een gevoel van voldoening en erbij horen. Denk aan sociale interactie, leuke spelletjes en gezelligheid. Sociale steun, het hebben van een sportmaatje, of vrienden die ook interesse hebben in bewegen, kan ook helpen. Blijf altijd alert en vraag of een cliënt de sociale component ook als positief ervaart, niet voor iedereen is samen sporten van meerwaarde.

Het ontwikkelen van een plan voor sociale steun bij het proberen te bereiken van gedragsverandering is

een veelvoorkomende en ondersteunende component van beweeginterventies bij verschillende doelpopulaties in de langdurige zorg ^{89 90}.

Doelen stellen

Het hebben van (positief geformuleerde) doelen kan mensen motiveren om gedrag te veranderen. Hierbij kan het gaan om doelen stellen (op gedrag) waarbij aandacht is voor stapsgewijze taken. Dit wordt ook wel 'graded activity' genoemd, waarbij activiteiten stapsgewijs worden opgevoerd in tijd, aantal en/of zwaarte. Doelen stellen op uitkomst wordt bij ouderen in verpleeghuizen als effectief gezien ^{89 90}. Ook een Nederlands onderzoek onder zorgverleners beschrijft doelen stellen als passende strategie voor mensen met een lichte verstandelijke beperking ⁹¹.

Stel doelen samen met de cliënt op en denk daarbij aan vragen als: Wat is de wens van de cliënt? Wat wil die bereiken? Waar is die goed in en kan dat worden uitgebreid? Maak positief geformuleerde en specifieke doelen. Bijvoorbeeld geen doel om 'kilo's af te vallen', maar om 'zelf naar de woonkamer te kunnen wandelen'. Zorg voor zoveel mogelijk succeservaringen door haalbare doelen te stellen. Dit kan het zelfvertrouwen vergroten en de motivatie en het enthousiasme doen toenemen.

Ook actieplanning is een ondersteunende gedragsveranderingstechniek. Hierbij worden mensen geholpen om het gewenste gedrag concreet in te plannen en te realiseren ⁹⁰. Denk hierbij aan het stellen van concrete doelen waarbij aandacht is voor het 'wat, wanneer, waar en hoe'. Bijvoorbeeld een rustige wandeling van 20 minuten (wat), iedere ochtend om 10 uur na het ontbijt (wanneer), in de binnentuin van het wooncomplex (waar), met steun van een wandelstok (hoe).

Passende taken en concrete instructies

Het geven van eenvoudige en concrete instructies over hoe een taak uit te voeren, kan helpen en motiveren voor het uitvoeren van beweegactiviteiten ^{89 90 92}. Dit geldt ook voor demonstreren hoe het gedrag eruit kan zien. Dit helpt voor het begrip van de cliënt over de uit te voeren activiteit, en kan daarmee het zelfvertrouwen en de motivatie ten goede komen. Kleine en spontane beweegmomenten kunnen een cliënt motiveren. Ook hierbij is bewegen vaak niet het doel, het kan ook om alledaagse (huishoudelijke) klusjes gaan. Het kan een cliënt motiveren omdat die zich daardoor nuttig of belangrijk voelt: 'Het is fijn om een taakje te hebben'.

Aanmoediging en beloning

Het aanmoedigen en belonen van cliënten kan helpen om het beweeggedrag te motiveren. Zorgverleners noemen het belonen van gedrag als één van de belangrijkste gedragsveranderingstechnieken ⁹¹. Om te zorgen dat bewegen altijd een succeservaring is, is het belangrijk om rekening te houden met de mogelijkheden van de cliënt. Zet dus niet te moeilijk of te hoog in. Successen vieren op een gezonde manier, met bijvoorbeeld een beloningskaart in plaats van een (ongezonde) snack als beloning. Het stimuleren van oefening én het stimuleren van zelfmonitoren van het gedrag, worden regelmatig als leefstijlinterventie om bewegen te stimuleren toegepast ⁸⁹. Het zelf ervaren van verbeteringen in vaardigheden en de gezondheid kan bevorderend werken om meer te gaan bewegen. Ook (positieve) feedback op het geven van prestaties is een effectieve gedragsveranderingstechniek.

Waar belonen en aanmoedigen vooral inspelen op bewuste keuzes van cliënten, richt nudging ('een subtiel duwtje in de rug') zich op onbewuste keuzeroutes van de cliënt. Denk bijvoorbeeld aan visuele prikkels en verbondenheid. Nudging is toegelicht in [Organisatie van zorg](#).

Aandacht voor de voordelen van bewegen

Kennis van de voordelen van bewegen kan cliënten motiveren om (meer) te bewegen. De motivatie om zo fit, onafhankelijk en autonoom mogelijk te leven, wordt als bevorderend gezien voor cliënten: 'Het helpt om zélf te ervaren dat je fitter wordt.' Bij het uitleggen van de voordelen van bewegen, kan zelfredzaamheid en onafhankelijkheid dus worden benadrukt. Een gebrek aan kennis over bewegen kan zorgen voor belemmering. Cliënten kunnen hun lichaamssignalen (zoals spierpijn, een verhoogde hartslag en zweten) bijvoorbeeld verkeerd interpreteren. Ook kunnen ze bang zijn dat bewegen schadelijk is. Het geven van informatie over de gevolgen van gedrag in het algemeen is een veelgebruikte methode voor leefstijlinterventies voor cliënten in de langdurige zorg^{89 90}. Een geloofwaardige bron, bijvoorbeeld een (huis)arts of fysiotherapeut, helpt daarbij^{90 92}. Als een (huis)arts aan een cliënt vertelt dat bewegen goed is, kan dit stimulerend werken. Ook het zelf ervaren van de voordelen is bevorderend, bijvoorbeeld als een cliënt zich daardoor fitter of energieverder voelt.

Verhogen van (zelf)vertrouwen

Pijn of angst voor vallen is een veelvoorkomende belemmering om te bewegen. Hetzelfde geldt voor negatieve ervaringen in het verleden, schaamte om te bewegen of schaamte als bepaalde activiteiten niet (meer) lukken, een voorgeschiedenis van een zittende levensstijl en de eigen perceptie dat iemand lui is. Schaamte voor het gebruik van hulpmiddelen (zoals een rollator) voor lopen of andere beweging kan ook een rol spelen. Daarnaast begrijpen sommige cliënten niet dat zij een hulpmiddel nodig hebben om veilig te kunnen bewegen, hoe ze het hulpmiddel moeten gebruiken of vergeten ze het hulpmiddel. Het identificeren van barrières is een gedragsveranderingstechniek die veelvoorkomend en passend is in leefstijlinterventies voor cliënten met een verstandelijke beperking^{89 91}. Het verhogen van zelfvertrouwen, het zetten van kleine stapjes en het creëren van succeservaringen, kan een cliënt helpen. Een voorbeeld om hiermee om te gaan is het inzetten van valtraining of valpreventie (bijvoorbeeld door de ergotherapeut en/of fysiotherapeut). Zo leert een cliënt wat mogelijk of nodig is, wat weer bijdraagt aan meer (zelf)vertrouwen.

8.2 Stimuleren van naasten

Bewegen als gewoonte in de langdurige zorg vraagt om gedragsverandering op diverse niveaus. Een andere persoon kan niet voor jou bewegen. Naasten en hun omgeving kunnen cliënten wel helpen om meer te bewegen. Bijvoorbeeld door met hun familie te gaan wandelen in plaats van koffie te drinken. Deze module beschrijft hoe zorgverleners naasten en hun omgeving het best kunnen stimuleren.

8.2.1 Uitgangsvraag

Hoe kunnen naasten en hun omgeving in de langdurige zorg het best gemotiveerd worden om samen met cliënten te bewegen?

8.2.2 Aanbevelingen

Vergroot kennis bij naasten over de voordelen en mogelijkheden van bewegen met cliënten. [De informatiekaart](#) bij deze richtlijn geeft informatie over bewegen voor cliënten en naasten.

Vergroot enthousiasme bij naasten om samen met cliënten te bewegen.

Vergroot het (zelf)vertrouwen bij naasten om samen met de cliënt te gaan bewegen en verminder angst voor blessures of vallen.

8.2.3 Onderbouwing

Om factoren die motivatie voor bewegen beïnvloeden in kaart te brengen, is systematisch literatuuronderzoek uitgevoerd naar de volgende onderzoeksvraag:

Hoe kunnen cliënten, naasten en hun omgeving in de langdurige zorg het best gemotiveerd worden om meer te bewegen?

[Klik hier](#) voor een samenvatting en de conclusies van het literatuuronderzoek. De verantwoording van het literatuuronderzoek is in [deze bijlage](#) te vinden.

Daarnaast is er een [overzicht van beïnvloedende factoren](#) die in de literatuur zijn gevonden.

8.2.4 Overwegingen

Informele zorg speelt een steeds belangrijkere rol in de langdurige zorg. Naasten en zorgverleners zelf spelen dan ook een belangrijke rol in het motiveren van cliënten. Deelname en ondersteuning van familie en naasten wordt als bevorderend gezien bij het stimuleren van cliënten bij bewegen. Tegelijkertijd zijn er zorgen, angst en weerstand bij familie en naasten.

Een deel van de naasten en mantelzorgers voelt zich overbelast. Het resultaat is dat zij na een opname in het verpleeghuis het gevoel kunnen hebben dat ze nu alles los kunnen laten. Ook kan het voorkomen dat alleen noodzakelijke taken worden uitgevoerd en juist het plezierige samenzijn (inclusief bewegen) met een persoon verdwijnt. De V&VN-Richtlijn Overbelaste Mantelzorger beschrijft adviezen voor zorgverleners om overbelasting bij mantelzorgers te signaleren en mantelzorgers te ondersteunen²⁹. Het is belangrijk dat naasten zich gehoord en erkend voelen. Daarnaast kunnen naasten vanuit bestaande expertise vanuit verschillende hoeken ondersteund worden. Bekijk [hier](#) welke disciplines waarin zouden kunnen ondersteunen.

Onderstaand is een aantal adviezen weergegeven die zorgverleners kunnen gebruiken om naasten te stimuleren om met hun cliënt te gaan bewegen.

Kennis van naasten vergroten

Kennis bij naasten over de positieve effecten van bewegen op de fysieke en mentale gezondheid kan helpen om naasten te motiveren.

Daarnaast verwachten naasten dat zij meteen 'grote' beweegmomenten moeten inbouwen terwijl juist kleine beweegmomenten al van waarde kunnen zijn. Denk hierbij aan wandelend naar het restaurant in het verpleeghuis in plaats van met de rolstoel.

Zorgverleners kunnen onder andere op de volgende manieren de kennis van naasten vergroten:

- Verhoog het bewustzijn van de voordelen van bewegen. Dit kan onder andere door het belang van bewegen te bespreken in familiebesprekingen, bijvoorbeeld met behulp van de informatiekaart behorende bij deze richtlijn.
- Maak naasten bewust van de mogelijkheden om samen met het familielid te bewegen. Dit kan binnen de zorginstelling of thuis, maar cliënt en naaste(n) kunnen ook samen naar buiten gaan.

Enthousiasme bij naasten vergroten

Enthousiasme helpt niet alleen cliënten zelf, maar ook naasten. Zij moeten ervaren dat het bewegen onderdeel van het bezoek en de dagelijkse routine kan zijn, zonder dat het extra tijd kost. Ook het ervaren hoe leuk activiteiten en uitjes kunnen zijn, kan helpen.

Zorgverleners kunnen onder andere op de volgende manieren het enthousiasme bij naasten vergroten:

- Stimuleren dat naasten en cliënten in de woonkamer of buiten koffie kunnen drinken.
- Plezier van de cliënt kan ook de naaste stimuleren en andersom. Overweeg om met zowel cliënt als naasten een gesprek te voeren over welke beweegactiviteiten als plezierig worden gezien.
- Organiseer groepsbeweegactiviteiten voor naasten en cliënten samen.

Vergroten van zelfvertrouwen en verminderen van angst

Een belemmering om samen te bewegen, is de angst bij naasten voor incidenten als cliënten gaan bewegen, of als zij samen gaan bewegen. Hierbij gaat het vooral om angst om te vallen en daardoor pijn of blessures.

Zorgverleners kunnen onder andere op de volgende manieren angst bij naasten verminderen:

- Aanbieden van cursussen over valpreventie voor naasten.
- Goede uitleg en begeleiding bieden bij specifieke bewegingen/activiteiten.
- Gezamenlijk afwegingen maken over bewegen en niet bewegen, wat levert het op voor de cliënt.
- Psycho-educatie geven over de kansen op en gevolgen van vallen.

9. Onderbouwing: samenvatting van de literatuur

Autorisatiedatum 11-09-2025 Beoordelingsdatum 11-09-2025

9.1 Beweegactiviteiten

In deze paragraaf worden de resultaten van het wetenschappelijk literatuuronderzoek beschreven die horen bij de module [Beweegactiviteiten](#).

Om de uitgangsvraag bij deze module te beantwoorden is de volgende onderzoeksvraag opgesteld:
Wat is de effectiviteit van beweegactiviteiten op de mate van bewegen bij cliënten die langdurige zorg ontvangen?

Onderstaand is een samenvatting van de methode en resultaten weergegeven. De volledige verantwoording van het literatuuronderzoek is in [deze bijlage](#) te vinden.

De zoekactie identificeerde zes systematische literatuurreviews die van toepassing zijn op de onderzoeksvraag. Onderstaand zijn de resultaten weergegeven aan de hand van drie soorten beweegactiviteiten: Loopinterventies, gepersonaliseerde (thuis)programma's en fysieke interventies.

Loopinterventies

Loopinterventies zijn programma's gericht op het bevorderen van het lopen. De participanten werden onder supervisie begeleid om te lopen. In het geval van personen die langdurige zorg ontvingen en in een verpleeghuis verbleven, bestonden de interventies uit met een begeleider door de gangen lopen, op eigen tempo lopen en lopen met ruimte voor een pauze.

De loopinterventies werden gerapporteerd door Barret et al. (2021) en Brett et al. (2016)^{93 94}. Beide studies werden uitgevoerd bij personen met dementie of Alzheimer in een verpleeghuis. Beide studies rapporteren over één-op-één begeleide loopsessies en vonden geen effect op de mate van bewegen.

Gepersonaliseerde (thuis)programma's

Gepersonaliseerde (thuis)programma's bestaan uit oefeningen die op maat worden gemaakt voor de cliënt en individueel in de thuissetting worden uitgevoerd.

Gepersonaliseerde (thuis)programma's werden gerapporteerd door Brooker et al. (2015) en Temple et al. (2017) onder thuiswonende personen met een verstandelijke beperking^{95 96}. De programma's werden of thuis of via een organisatie uitgevoerd. De interventies bestonden uit levensstijlveranderingsprogramma's met fysieke oefeningen zoals gewichtsverliesoefeningen, een loopplan en educatie of hulp bij voedingskeuzes en boodschappen. Beide studies rapporteerden een toename in zelfgerapporteerde fysieke activiteit, meer licht intensieve beweging, minder zittijd en gemiddeld meer stappen per dag na de interventies.

Fysieke interventies

Fysieke interventies omvatten programma's met een gevarieerd aanbod aan fysieke oefeningen zoals aerobics, stoeloefeningen, zit-en-sta oefeningen, resistentie- en functionele training en oefeningen gericht op mobiliteit en flexibiliteit. Afhankelijk van de studiebevolking, werden de fysieke interventies in

groepsvorm of individueel aangeboden. De fysieke activiteiten konden zowel als één oefening worden gegeven of als een combinatie van oefeningen.

Multicomponenten-interventies zijn programma's die bestonden uit twee of meer componenten. Meestal waren dit programma's die bestonden uit een fysieke component gecombineerd met een gedragsinterventie zoals educatie, gedragstherapie of twee verschillende fysieke componenten zoals groepsoefeningen en functioneel trainen van dagelijkse activiteiten. Deze interventies werden toegepast bij personen met een verstandelijke beperking, ouderen die in een verpleeghuis woonden of personen met dementie.

Jansen et al. (2015) en Wylie et al. (2023) includeerden studies met fysieke interventies voor ouderen die in een verpleeghuis wonen^{97 98}. Jansen et al. (2015) vonden dat fysieke oefeningen zoals aerobics en herhaalde zit-en-sta-programma's leidden tot meer beweging en maten een groot effect (Cohens $d > 0.8$) van de interventies op de uitkomst⁹⁸. Wylie et al. (2023) rapporteerden dat fysieke interventies zoals weerstandstraining, stoeloefeningen en mobiliteitsoefeningen ook leidden tot meer bewegen⁹⁷. Dit effect werd ook gemeten door de studies die multicomponenten-oefeningen aanboden aan ouderen die in een verpleeghuis woonden^{98 97}.

Conclusies uit de literatuur:

Mate van vertrouwen	Conclusie
Laag	Beweegactiviteiten zoals beweeginventies, krachtoefeningen en trainingsprogramma's lijken enigszins te resulteren in een toename in beweging bij personen die langdurige zorg behoeven, ongeacht het ziektebeeld.

Mate van vertrouwen	Sub-conclusies
Redelijk	Loopinterventies resulteren waarschijnlijk niet in een toename van fysieke activiteit na de interventie bij personen met dementie of Alzheimer. (Barret et al., 2021 ⁹³ ; Brett et al., 2016 ⁹⁴)
Redelijk	Handoefeningen resulteren waarschijnlijk niet in een toename van fysieke activiteit na de interventie bij personen met dementie of Alzheimer. (Brett et al., 2016 ⁹⁴)
Laag	Gepersonaliseerde thuisoefeningen, bestaande uit fysieke activiteit programma's, lijken enigszins te resulteren in een toename van beweging en meer tijdsbesteding in intensieve, laag-belastende fysieke activiteit bij personen met een mentale beperking die thuis wonen en langdurige zorg ontvangen. (Brooker et al., 2015 ⁹⁵ ; Temple et al., 2017 ⁹⁶)
Laag	Fysieke activiteit programma's, zoals stoeloefeningen, resistentietraining en multicomponenten oefeningen lijken enigszins te resulteren in een toename van beweging en het aantal stappen bij ouderen die in een verpleeghuis wonen. (Jansen et al., 2015 ⁹⁸ ; Wylie et al., 2023 ⁹⁷)

9.2 Factoren die van invloed zijn op bewegen

In deze paragraaf worden de resultaten van het wetenschappelijk literatuuronderzoek beschreven naar factoren die van invloed zijn op bewegen. De resultaten uit dit literatuuronderzoek zijn gebruikt voor de module [Motivatie](#) en de module [Organisatie van zorg](#).

Voor dit onderzoek is de volgende onderzoeksvraag opgesteld:

Hoe kunnen cliënten, naasten en hun omgeving in de langdurige zorg gemotiveerd worden om meer te bewegen?

Onderstaand is een samenvatting van de methode en resultaten weergegeven. De volledige verantwoording van het literatuuronderzoek is in [deze bijlage](#) te vinden.

De zoekactie identificeerde elf systematische literatuurreviews die van toepassing zijn op de onderzoeksvragen 61 75 99 100 101 102 103 104 105 74 106. In de reviews werd een groot aantal factoren gevonden dat van invloed is op de mate van bewegen. Veelvoorkomende factoren zijn hieronder beschreven. Een volledig overzicht van factoren is in [deze bijlage](#) te vinden.

Cliëntgerelateerde factoren

De mate van fysieke beperkingen, gezondheidsstatus en fysieke en intellectuele vaardigheden worden vaak genoemd als beïnvloedende factoren. Een gebrek aan kennis is belemmerend, bijvoorbeeld als cliënten lichaamssignalen verkeerd interpreteren of angstig zijn om iets op te lopen bij bewegen. Beloning, aanmoediging, sociale interactie en plezier in bewegen, worden als bevorderende factoren gevonden. Het zelf ervaren van de voordelen blijkt ook helpend, bijvoorbeeld door het ervaren van meer energie. Mentale problemen van een cliënt, gedragsproblemen, cognitieve problemen, gebrek aan energie en angst om te vallen, worden juist als belemmerend gezien. Dit geldt ook voor een gebrek aan motivatie en een passieve houding.

Zorgprofessional gerelateerde factoren

Interesse, steun en aanmoediging van het personeel worden als bevorderend gezien, en het gebrek aan deze punten als belemmerend. Er is benoemd dat een gebrek aan deskundigheid, kennis en creativiteit (weinig scholing) bij het personeel belemmerend werken bij het stimuleren van bewegen. Voldoende personeel en ondersteuning helpt, zoals ondersteuning van een onderzoeksteam of activiteitencoördinator. De inzet van vrijwilligers wordt genoemd als beïnvloedende factor. Ook de houding van zorgverleners kan bevorderend en belemmerend werken. Gebrek aan vertrouwen (in bewegen van cliënten) en interesse bij zorgverleners zijn als belemmerend genoemd. Bereidheid van personeel, medeparticipatie en goede voorbereidingen zijn juist bevorderend.

Factoren gerelateerd aan familie en naasten

Ondersteunen en betrekken van familie is bevorderend. Zij kunnen als rolmodel optreden. Tegelijkertijd zijn er ook belemmerende factoren bij familie en naasten, zoals: angst om te bewegen (of vallen), zorgen van ouders en acceptatie van een inactieve levensstijl van de cliënt.

Type bewegen en interventies

Een gebrek aan op maat gemaakte programma's is de meest voorkomende belemmerende factor bij de inrichting van interventies. De aangeboden sport en oefeningen zijn dan niet passend bij de cliënt. Gevarieerde en aangepaste programma's zijn juist bevorderend. Ondersteuning zoals geschreven informatie kan bevorderend werken, net als de inzet van activerende hulpmiddelen.

Omgevingsfactoren

Voldoende en een specifieke ruimte voor bewegen met (fitness)apparatuur werkt bevorderend in het stimuleren van bewegen. Toegankelijkheid van sport in de omgeving is een beïnvloedende factor. Een gebrek aan ruimte om te bewegen kan belemmerend werken. Ook de inrichting van een gebouw speelt een rol in het bevorderen van bewegen. Denk aan automatische deuren, een brede gang, veiligheidsvoorzieningen en wandelpaden. Factoren zoals zware of moeilijke deuren, drempels en gebrek aan zitplaatsen in de gang zijn juist als belemmerend gevonden. De reviews lieten ook zien dat de weersomstandigheden belemmerend kunnen zijn.

Organisatorische factoren

De aanwezigheid van heldere beleidsrichtlijnen en tegelijkertijd het gebrek daaraan worden als beïnvloedende factoren voor de organisatie benoemd. De huidige zorgcultuur is niet gericht op bewegen. Voldoende financiering is bevorderend, net als een toegankelijke locatie en buurtfaciliteiten. Institutionele routines en timing van de lessen zijn belemmerend. Beweeglessen worden bijvoorbeeld tijdens etenstijd of tijdens andere activiteiten gepland. Ook belemmerend in de organisatie kunnen zijn: personeelstekort en personeelsverloop, gebrek aan tijd, vervoersproblemen, maatschappelijke factoren (zoals gebrek aan inclusie en steun vanuit gemeente).

9.3 Digitale technologie

In deze paragraaf worden de resultaten van het wetenschappelijk literatuuronderzoek beschreven die horen bij de module [Digitale technologie](#).

Om de uitgangsvraag bij deze module te beantwoorden, is de volgende zoekvraag opgesteld:

Wat zijn effectieve digitale technologische beweeginterventies die ingezet kunnen worden om bewegen te stimuleren bij cliënten die langdurige zorg ontvangen?

Onderstaand is een samenvatting van de methode en resultaten weergegeven. De volledige verantwoording van het literatuuronderzoek is in [deze bijlage](#) te vinden.

De zoekactie identificeerde acht systematische literatuurreviews die van toepassing zijn op de onderzoeksvraag. Twee van de geïnccludeerde reviews gingen over mensen met een verstandelijke beperking. Vijf reviews gingen over interventies in verpleeghuizen en andere langdurige zorginstellingen. Eén studie onderzocht interventies bij mensen met een ernstige neurocognitieve stoornis (DSM-IV en DSM-V).

Alle geïnccludeerde systematische reviews gingen over digitale beweegspellen (ook wel 'virtual reality games' of 'exergames' genoemd). Dit zijn videospellen die fysieke activiteit aanmoedigen en waarbij spelers bewegen om het spel te spelen. Deze spellen combineren entertainment met lichaamsbeweging en worden vaak gebruikt als een vorm van lichaamsbeweging of fitness. De digitale beweegspellen worden meestal op commerciële producten zoals de Nintendo Wii of Xbox with Kinect gespeeld.

Mate van bewegen

Vier reviews onderzochten het effect van digitale beweegspellen op fysieke activiteit. Diener et al. (2022) lieten geen consistent effect zien van meer bewegen¹⁰⁷. Zelfrapportage (vragenlijsten) rapporteerden een significante verbetering, maar meting met sensoren niet. Een mogelijke verklaring hiervoor was dat de vragenlijsten een kortetermijneffect laten zien, omdat ze kort na de interventie werden afgenomen. De review van Chu et al. (2022) rapporteerden significante verbeteringen in fysieke activiteit¹⁰⁸. Kukkohovi

et al. (2023) rapporteerden een groot effect op zelf-gerapporteerde fysieke activiteit ¹⁰⁹. Lancioni et al. (2022) beschreven dat in twee studies de fysieke activiteit was verhoogd ¹¹⁰.

Fysiek functioneren en fysieke fitheid

Zeven reviews onderzochten het effect van fysieke uitkomstmaten zoals het fysiek functioneren of fysieke fitheid. Kukkohovi et al. (2023) lieten grote effecten zien op het gebied van fysiek functioneren ¹⁰⁹. Meer fysieke fitheid werd door Li et al. (2023) gerapporteerd in de volgende uitkomstmaten:

spieruithoudingsvermogen, cardiorespiratoire fitheid, snelheid en behendigheid ¹¹¹. Ook Agbangla et al. (2022) rapporteerden verhoging van fysieke presentaties door digitale beweegspellen, betere beweging (reikafstand, snelheid en afstand) en fitnessparameters (hoofd tegen de muur, reikwijdte, knijpkracht, schouderflexibiliteit), handknijpkracht en loopsnelheid ¹¹². Chu et al. (2022) beschreven een gemiddeld tot groot effect op mobiliteit, uithoudingsvermogen, reactietijd en fysiek welbevinden ¹⁰⁸. De review van Lancioni et al. (2022) rapporteerde tal van positieve effecten op fysiek functioneren, zoals wandelen, hartslag, lichaamsbewegingen, stretchen, coördinatie en spierkracht ¹¹⁰. Andere reviews rapporteerden meer inconsistente resultaten: De review van Chen et al. (2023) liet geen significante verbeteringen zien op mobiliteit, kracht en flexibiliteit ¹¹³. Ook Diener et al. (2022) rapporteerden inconsistente resultaten op kracht, mobiliteit, loopsnelheid, plaatsing van de voet en aërobe capaciteit ¹⁰⁷. Li et al. (2023) toonden inconsistente of minimale resultaten op flexibiliteit, coördinatie en algemene motorische vaardigheid ¹¹¹.

Zes studies lieten zien dat digitale beweegspellen een positief effect hebben op het voorkomen van vallen. Chen et al. (2023), Lancioni et al. (2022), Li et al. (2023) en Swinnen et al. (2022) lieten dit indirect zien door een positief effect op balans ^{113 110 111 114}. Ook het vertrouwen in balans was significant verbeterd. Verhoogd vertrouwen werd niet gevonden in de studie van Diener et al. (2022) ¹⁰⁷. Chu et al. (2022) lieten gemixte resultaten over het effect op balans zien ¹⁰⁸. Swinnen et al. (2022) beschreven daarbij een verbetering in lopen en mobiliteit ¹¹⁴. Diener et al. (2022) rapporteerden overtuigend bewijs voor het verbeteren van balans ¹⁰⁷. Ook liet deze review een direct effect zien dat digitale beweegspellen valincidenten en valrisico verminderen.

Cognitief functioneren

Vijf reviews rapporteerden op veranderingen in cognitieve uitkomsten. Chen et al. (2023) en Swinnen et al. (2022) beschreven positieve effecten in cognitieve uitkomsten ^{113 114}. Hierbij ging het onder andere om verbetering in cognitie, episodisch geheugen, en executief functioneren. Lancioni et al. (2022) rapporteerden een positief effect op cognitief functioneren in één geïncorporeerde studie ¹¹⁰. Een deel van de studies liet geen verbeteringen in cognitief functioneren zien ¹¹⁴. In de review van Chu et al. 2022 en Diener et al. (2022) waren de verbeteringen in cognitief functioneren niet consistent ^{108 107}.

Mentaal functioneren

Vijf reviews rapporteerden over het effect van digitale beweegspellen op psychische uitkomstmaten. De review van Lancioni et al. (2022) rapporteerde een positief effect op geluksindicatoren, tevredenheid, positieve deelname, minder zelf-verwondend gedrag, plezier, geluk en welzijn ¹¹⁰. Verbeteringen op het gebied van kwaliteit van leven waren inconsistent en lieten geen overtuigend bewijs zien in de resultaten van de reviews van Chu et al. (2022), Diener et al. (2022) en Swinnen et al. (2022) ^{108 107 114}. Hoewel drie van de vier afzonderlijke studies positieve resultaten toonden, rapporteerde de meta-analyse van

Kukkohovi et al. (2023) geen significant effect op depressie ¹⁰⁹. Hetzelfde geldt voor sociaal functioneren (drie van de vijf studies gaven positieve resultaten). Ook Swinnen et al. (2022) lieten geen effect op depressie zien ¹¹⁴. Ook de resultaten op activiteiten in het dagelijks leven waren niet overtuigend. Chen et al. (2023) rapporteerden geen significante verbetering na gebruik van online games ¹¹³. Swinnen et al. (2022) lieten zien dat één van de vier studies een verbetering rapporteerde op psychische uitkomsten ¹¹⁴.

Conclusies uit de literatuur:

Mate van vertrouwen	Conclusie
Laag	De inzet van digitale beweegspellen lijkt enigzins te resulteren in een positief effect op het verhogen van beweging bij cliënten die langdurige zorg ontvangen. (<i>Chu et al. (2022)</i> ¹⁰⁸ , <i>Diener et al. (2022)</i> ¹⁰⁷ , <i>Lancioni et al. (2022)</i> ¹¹⁰ en <i>Kukkohovi et al. (2023)</i> ¹⁰⁹)
Laag	Digitale beweegspellen lijken een positief effect te hebben op de fysieke fitheid (o.a. spierfitheid, reikafstand en uithoudingsvermogen) van cliënten die langdurige zorg ontvangen. (<i>Agbangla et al. (2022)</i> ¹¹² , <i>Chu et al. (2022)</i> ¹⁰⁸ , <i>Kukkohovi et al. (2023)</i> ¹⁰⁹ , <i>Lancioni et al. (2022)</i> ¹¹⁰ en <i>Li et al. (2023)</i> ¹¹¹)
Zeer laag	Het bewijs is zeer onzeker over het effect van digitale beweegspellen op mobiliteit en flexibiliteit bij cliënten die langdurige zorg ontvangen. (<i>Chen et al. (2023)</i> ¹¹³ , <i>Chu et al. (2022)</i> ¹⁰⁸ , <i>Diener et al. (2022)</i> ¹⁰⁷ , <i>Lancioni et al. (2022)</i> ¹¹⁰ en <i>Li et al. (2023)</i> ¹¹¹)
Redelijk	Digitale beweegspellen hebben waarschijnlijk een positief effect op balans bij cliënten die langdurige zorg ontvangen. (<i>Chen et al. (2023)</i> ¹¹³ , <i>Chu et al. (2022)</i> ¹⁰⁸ , <i>Diener (2022)</i> ¹⁰⁷ , <i>Lancioni et al. (2022)</i> ¹¹⁰ , <i>Li et al. (2023)</i> ¹¹¹ en <i>Swinnen et al. (2022)</i> ¹¹⁴)
Redelijk	Digitale beweegspellen hebben waarschijnlijk een positief effect op het voorkomen van vallen bij cliënten die langdurige zorg ontvangen. (<i>Swinnen et al. (2022)</i> ¹¹⁴)
Redelijk	Digitale beweegspellen hebben waarschijnlijk een effect op cognitief functioneren van cliënten die langdurige zorg ontvangen. (<i>Chen et al. (2023)</i> ¹¹³ , <i>Diener (2022)</i> ¹⁰⁷ , <i>Li et al. (2023)</i> ¹¹¹ en <i>Swinnen et al. (2022)</i> ¹¹⁴)
Laag	Digitale beweegspellen lijken niet te resulteren in een positief effect op psychische uitkomstmaten zoals kwaliteit van leven, depressie en activiteit in het dagelijks leven bij cliënten die langdurige zorg ontvangen. (<i>Chu et al. (2022)</i> ¹⁰⁸ , <i>Diener et al. (2022)</i> ¹⁰⁷ , <i>Kukkohovi et al. (2023)</i> ¹⁰⁹ en <i>Swinnen et al. (2023)</i> ¹¹⁴)

10. Verantwoording

Autorisatiedatum 11-09-2025 Beoordelingsdatum 11-09-2025

10.1 Algemene achtergrondgegevens

Deze richtlijn is ontwikkeld en wordt beheerd door Stichting Kwaliteitsimpuls Langdurige Zorg (SKILZ). De richtlijn werd gefinancierd door het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. De financier heeft geen invloed gehad op de inhoud van de richtlijn.

10.2 Samenstelling werkgroep en klankbordgroep

Voor het ontwikkelen van de richtlijn is in september 2023 een multidisciplinaire werkgroep ingesteld, bestaande uit de volgende personen:

- **Dr. A. (Alyt) Oppewal** (voorzitter), universitair docent en bewegingswetenschapper, Afdeling Huisartsgeneeskunde, Geneeskunde voor Verstandelijk Gehandicapten Onderzoek, Erasmus MC Universitair Medisch Centrum Rotterdam, namens Academische werkplaats GOUD.
- **M. (Max) van Aarsen**, bewegingsagoog, Oldael Den Haag, namens Movere Vakvereniging bewegingsagogie, vanaf oktober 2024.
- **Drs. M.C. (Marjanne) Fakkeldij**, GZ-psycholoog, GGZ Centraal Bussum, namens Nederlands Instituut voor Psychologen (NIP).
- **E. (Evelien) Hoving**, leefstijlcoach en huisarts, Abrona Utrecht, namens Beroepsvereniging Leefstijlcoaches Nederland (BLCN).
- **A. (Anke) Korf-Keijzers**, ergotherapeut, De Ergo Vlaardingen, namens Ergotherapie Nederland.
- **L. (Lidewij) Louvet**, begeleider, Amarant Groep Boxtel, namens Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk (BPSW).
- **Dr. T. (Tim) Pelle**, epidemioloog en onderzoeker Radboudumc Nijmegen, namens Academische werkplaats Sterker op Eigen Benen.
- **M. (Marit) Scheers**, bewegingsagoog, Movido Deventer, namens Movere Vakvereniging bewegingsagogie, tot september 2024.
- **Dr. C.S. (Shanty) Sterke**, fysiotherapeut en postdoc onderzoeker, Aafje Thuiszorg Huizen, namens en de Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie in de Geriatrie en Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (NVFG, KNGF).
- **A.D. (Ashley) de Sterke**, verpleegkundig specialist, Aafje Thuiszorg Huizen, namens Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland Verpleegkundig Specialisten (V&VN).
- **Dr. S. (Stijn) Weterings**, fysiotherapeut en postdoc onderzoeker, Abrona Utrecht, namens Nederlandse Vereniging van Fysiotherapeuten voor Verstandelijk Gehandicapten en Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (NVFVG, KNGF).

Voor het ontwikkelen van de richtlijn is in november 2023 een klankbordgroep met cliënten en cliëntvertegenwoordigers ingesteld, bestaande uit de volgende personen:

- **N.F. (Niels) Mittertreiner**, namens de landelijke belangenorganisatie dóór en vóór mensen met een verstandelijke beperking (LFB).

- **S.T. (Sandra) Overbeek**, namens de landelijke belangenorganisatie dóór en vóór mensen met een verstandelijke beperking (LFB).
- **Dr. G.R. (Gwen) Teesing**, namens Alzheimer Nederland.

Voor het ontwikkelen van de richtlijn is in maart 2023 een multidisciplinaire klankbordgroep ingesteld, bestaande uit de volgende personen:

- **M. (Marnik) Gommers**, specialist beweeggedrag, namens Kenniscentrum Sport en Bewegen.
- **D. (Döndü) Özdemir**, projectleider diversiteit en inclusie, op persoonlijke titel.
- **M.L.G. (Marie Louise) Gilcher**, danstherapeute Cirya GGZ, namens Vaktherapie Nederland.
- **C.C.R. (Cheryl) Heijnen-Bischoff**, specialist ouderengeneeskunde Zuyderland, namens Vereniging van Specialisten Ouderengeneeskunde (Verenso)

Met ondersteuning van:

- **Dr. T. (Tanja) Mol**, procesbegeleider richtlijnontwikkeling, SKILZ.
- **Dr. M.M. (Marscha) Engelen**, procesbegeleider richtlijnontwikkeling, SKILZ.

10.3 Belangenverklaringen

Alle werkgroepleden hebben bij aanvang en bij afronding van de richtlijn de belangenverklaring behorend bij de 'KNAW-Code ter voorkoming van oneigenlijke beïnvloeding door belangenverstrengeling' ondertekend, zie de bijlage [Samenvattingstabel belangenverklaringen](#). Hiermee geven zij aan onafhankelijk gehandeld te hebben bij het opstellen van de richtlijn. Alle werkgroepleden hebben schriftelijk verklaard of ze in de laatste drie jaar directe financiële belangen of indirecte belangen hebben gehad. Uit de belangenverklaringen bleken geen belemmeringen voor deelname in de richtlijnwerkgroep. De ondertekende belangenverklaringen zijn op te vragen via richtlijnenlangdurigezorg@skilz.nu.

10.4 Autoriserende partijen

De volgende partijen hebben de richtlijn Bewegen als gewoonte in de langdurige zorg geautoriseerd:

- Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk (BPSW)
- Beroepsvereniging Leefstijlcoaches Nederland (BLCN)
- Ergotherapie Nederland
- Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF), Nederlandse Vereniging van Fysiotherapeuten voor Verstandelijk Gehandicapten (NVFVG) en de Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie in de Geriatrie (NVFG)
- Movere
- Nederlands Instituut van Psychologen (NIP)
- Nederlandse Vereniging van Pedagogogen en Onderwijskundigen (NVO)
- Vaktherapie Nederland
- Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN)

De volgende partijen hebben een verklaring van geen bezwaar afgegeven voor de richtlijn Bewegen als gewoonte in de langdurige zorg:

- Nederlandse Vereniging Artsen Verstandelijk Gehandicapten (NVAVG)
- Vereniging van Specialisten Ouderengeneeskunde (Verenso)
- Patientenfederatie Nederland
- Alzheimer Nederland
- Parkinson Vereniging

10.5 Juridische betekenis

Richtlijnen zijn geen wettelijke voorschriften, maar op 'evidence' gebaseerde inzichten en aanbevelingen waaraan zorgverleners moeten voldoen om kwalitatief goede zorg te verlenen. Na autorisatie van de richtlijn door een beroepsvereniging, wordt de richtlijn gezien als deel van de 'professionele standaard'. Aanbevelingen in een richtlijn zijn hoofdzakelijk gebaseerd op de 'gemiddelde' cliënt, en zijn dus mogelijk niet op elke individuele cliënt van toepassing. Er kunnen zich feiten of omstandigheden voordoen waardoor de zorgverlener beslist dat het wenselijk is om in het belang van de cliënt van de richtlijn af te wijken. Wanneer van de richtlijn wordt afgeweken, moet dit beargumenteerd en gedocumenteerd worden.

10.6 Publicatiedatum en herziening

De publicatiedatum van deze richtlijn is 11 september 2025. Uiterlijk in 2030 bepaalt het bestuur van SKILZ of (modulaire) herziening van deze richtlijn gewenst is. De aan de werkgroep verbonden organisaties delen de verantwoordelijkheid voor het actualiseren van de richtlijn. Zo nodig wordt een nieuwe werkgroep geïnstalleerd om de richtlijn te herzien. De geldigheid van de richtlijn komt eerder te vervallen als nieuwe ontwikkelingen aanleiding zijn een herzieningstraject te starten.

10.7 Financiële gevolgen

Bij de richtlijn is conform de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) een kwalitatieve raming uitgevoerd of de aanbevelingen mogelijk leiden tot substantiële financiële gevolgen. Bij het uitvoeren van deze beoordeling zijn richtlijnmodules op verschillende domeinen getoetst.

Module	Uitkomst raming	Toelichting
Organisatie van zorg	Geen substantiële financiële gevolgen	Hoewel uit de toetsing volgt dat de aanbeveling(en) breed toepasbaar zijn (meer dan 40.000 cliënten), en voldoet het grotere geheel nog niet aan de norm, volgt ook uit de toetsing dat het geen toename in voltijdsequivalenten dan wel kwalificaties verwacht. Ook wordt er geen nieuwe manier van zorgverlener of organisatie vereist maar enkel een andere benadering naar de cliënt toe. Er worden daarom geen substantiële financiële gevolgen verwacht.

Gewoonte in het dagelijks leven	Geen substantiële financiële gevolgen	Hoewel uit de toetsing volgt dat de aanbeveling(en) breed toepasbaar zijn (meer dan 40.000 cliënten), en voldoet het grotere geheel nog niet aan de norm, volgt ook uit de toetsing dat het geen toename in voltijdsequivalenten dan wel kwalificaties verwacht. Ook wordt er geen nieuwe manier van zorgverlener of organisatie vereist maar enkel een andere benadering naar de cliënt toe. Er worden daarom geen substantiële financiële gevolgen verwacht.
Beweegactiviteiten	Geen substantiële financiële gevolgen	Hoewel uit de toetsing volgt dat de aanbeveling(en) breed toepasbaar zijn (meer dan 40.000 cliënten), en voldoet het grotere geheel nog niet aan de norm, volgt ook uit de toetsing dat het geen toename in voltijdsequivalenten dan wel kwalificaties verwacht. Ook wordt er geen nieuwe manier van zorgverlener of organisatie vereist. Er worden daarom geen substantiële financiële gevolgen verwacht.
Digitale technologie	Geen substantiële financiële gevolgen	Hoewel uit de toetsing volgt dat de aanbeveling(en) breed toepasbaar zijn (meer dan 40.000 cliënten), en voldoet het grotere geheel nog niet aan de norm, volgt ook uit de toetsing dat het geen toename in voltijdsequivalenten dan wel kwalificaties verwacht. Ook wordt er geen nieuwe manier van zorgverlener of organisatie vereist. Er worden daarom geen substantiële financiële gevolgen verwacht.
Motivatie	Geen substantiële financiële gevolgen	Hoewel uit de toetsing volgt dat de aanbeveling(en) breed toepasbaar zijn (meer dan 40.000 cliënten), en voldoet het grotere geheel nog niet aan de norm, volgt ook uit de toetsing dat het geen toename in voltijdsequivalenten dan wel kwalificaties verwacht. Ook wordt er geen nieuwe manier van zorgverlener of organisatie vereist. Er worden daarom geen substantiële financiële gevolgen verwacht.

10.8 Procesinformatie ontwikkeling richtlijn

Deze richtlijn is opgesteld conform de richtlijnmethode van SKILZ. Dit document beschrijft een stappenplan dat gebaseerd is op de kwaliteitscriteria uit de volgende documenten: de AQUA-Leidraad (2021) ¹¹⁵, de HARING-tools (2013) ¹¹⁶ en AGREE-II (2010) ¹¹⁷.

10.8.1 Inbreng van cliëntenperspectief

Tijdens de ontwikkeling van deze richtlijn is het cliëntenperspectief in diverse fasen meegenomen. Ten eerste hebben cliëntenvertegenwoordigers tijdens de knelpunteninventarisatie de online vragenlijst ingevuld. Ten tweede werd tijdens de start van de ontwikkeling een klankbordgroep met cliënten en cliëntvertegenwoordigers opgericht. Deze groep werd op twee manieren geconsulteerd:

- Tijdens een bijeenkomst op donderdag 26 september 2024. Het cliëntperspectief op bewegen in de langdurige zorg werd uitgevraagd en de concept-ideeën van de werkgroep werden getoetst.
- Schriftelijk in het najaar van 2024. Klankbordgroepleden konden feedback geven op de

conceptteksten van de richtlijn.

In de klankbordgroep werd het cliëntenperspectief vertegenwoordigd door Alzheimer Nederland, de landelijke belangenorganisatie dóór en vóór mensen met een verstandelijke beperking (LFB), Kansplus en Patiëntenfederatie Nederland.

Actieve betrokkenheid van cliënten/cliëntvertegenwoordigers is belangrijk voor het bewaken van de wensen van cliënt en naasten bij het opstellen van de inhoud van een richtlijn. Ideeën van de werkgroep werden door cliënten(vertegenwoordigers) bediscussieerd en aangevuld. Door input van deze klankbordgroep is onder andere meer aandacht voor pijn als reden voor weinig bewegen, angst of frustratie door te moeilijke oefeningen en schaamte bij cliënten om te bewegen.

10.8.2 Klankbordgroep

De klankbordgroep werd voor de commentaarfase uitgenodigd om feedback te geven op de conceptversie van de richtlijn. Het ontvangen commentaar werd bekeken en besproken met de werkgroep en meegenomen in het schrijven van de definitieve teksten.

10.8.3 Van knelpunten naar aanbevelingen

Knelpunteninventarisatie

Voorafgaand aan de knelpunteninventarisatie zijn bestaande relevante (onderdelen van) kwaliteitsinstrumenten, lopende initiatieven en onderzoeken rondom het thema geïnventariseerd. Vervolgens werd de knelpunteninventarisatie uitgevoerd door middel van het uitzetten van een vragenlijst. Voor de knelpunteninventarisatie werden leden van relevante beroepsverenigingen, cliëntenverenigingen en andere relevante zorgorganisaties uitgenodigd. De voorzitter(s), de werkgroepleden en de procesbegeleiding hebben de knelpunten besproken, geanalyseerd en geprioriteerd. Een verslag van de knelpunteninventarisatie is terug te vinden in [deze bijlage](#).

Opstellen uitgangsvragen en uitkomstmaten

Op basis van de uitkomsten van de knelpuntenanalyse zijn door de werkgroep uitgangsvragen opgesteld. Vervolgens inventariseerde de werkgroep per uitgangsvraag welke uitkomstmaten voor de cliënt relevant zijn, waarbij zowel naar gewenste als ongewenste effecten werd gekeken. De conceptuitgangsvragen zijn in de eerste werkgroepbijeenkomst op 13 september 2023 met de werkgroep besproken en na afloop per e-mail vastgesteld.

Methode literatuuronderzoek

In deze richtlijn werden vier uitgangsvragen beantwoord met behulp van systematisch literatuuronderzoek:

- Hoe en welke beweegactiviteiten kunnen het best toegepast worden om bewegen te stimuleren bij cliënten die langdurige zorg ontvangen?
- Hoe kunnen digitale technologische beweeginterventies het best ingezet worden om bewegen te stimuleren bij cliënten die langdurige zorg ontvangen?
- Hoe kunnen cliënten in de langdurige zorg het best gemotiveerd worden om meer te bewegen?
- Hoe kunnen naasten en hun omgeving in de langdurige zorg het best gemotiveerd worden om samen met cliënten te bewegen?

De werkgroep heeft, samen met de procesbegeleiding, een literatuurprotocol opgesteld met daarin weergegeven de zoekvragen, PICO (Population, Intervention, Comparison, Outcome), zoekstrategie en selectiecriteria. Een uitgebreide beschrijving van de strategie voor het zoeken en selecteren van de literatuur is te vinden in de bijlage met verantwoordingen van de modules [Beweegactiviteiten](#), [Technologie](#), [Beïnvloedende factoren](#). De [Onderbouwing](#) in de richtlijn beschrijft een korte samenvatting van de methode en resultaten uit het literatuuronderzoek.

Selecteren en includeren van studies

Literatuurselectie gaat via twee selectiestappen, gebruikmakend van de vooraf opgestelde inclusie- en exclusiecriteria:

1. Selectie waarbij op basis van titel en abstract wordt bepaald of een artikel mogelijk relevante informatie bevat voor de uitgangsvraag; vervolgens bij de overgebleven artikelen.
2. Selectie waarbij op basis van het lezen van het volledige artikel beoordeeld wordt of het relevante informatie bevat voor de uitgangsvraag en de uitkomstmaat.

Het selecteren en includeren is door één procesbegeleider uitgevoerd. De andere procesbegeleider van SKILZ voerde aanvullend 10% uit. Onduidelijkheden werden bediscussieerd om overeenstemming te bereiken over de selectie.

Kwaliteitsbeoordeling van studies

Individuele studies werden systematisch beoordeeld, op basis van op voorhand opgestelde methodologische kwaliteitscriteria, om zo het risico op vertekende studieresultaten (bias) te kunnen inschatten. De kwaliteitsbeoordeling is door één onderzoeker uitgevoerd. Onduidelijkheden werden met een tweede onderzoeker bediscussieerd om overeenstemming te bereiken over de kwaliteitsbeoordeling.

Deze beoordelingen zijn te vinden in de risk-of-bias-tabellen, zie bijlagen met verantwoordingen van de modules [Beweegactiviteiten](#), [Technologie](#), [Beïnvloedende factoren](#).

Voor de richtlijn Bewegen als gewoonte in de langdurige zorg is de AMSTAR-2- (Assessing the Methodological Quality of Systematic Reviews, Canada) checklist gebruikt om de kwaliteit van de afzonderlijke studies te beoordelen ¹¹⁸.

Samenvatten van de literatuur

De relevante onderzoeksgegevens van alle geselecteerde artikelen zijn weergegeven in evidence-tabellen en beschreven per studie en per uitgangsvraag. De resultaten uit de literatuur werden per module beschreven in de bijlage Resultaten literatuuronderzoek.

Beoordelen van de kracht van het wetenschappelijke bewijs

De zekerheid van het bewijs ('certainty of evidence') werd waar mogelijk beoordeeld met behulp van GRADE ¹¹⁹. GRADE is een methode die per uitkomstmaat van een interventie, of voor een risico- of prognostische factor, een gradering aan de zekerheid van het bewijs toekent op basis van de mate van vertrouwen in de schatting van de effectgrootte.

GRADE onderscheidt vier gradaties voor de zekerheid van het wetenschappelijk bewijs: hoog, redelijk, laag en zeer laag. Deze gradaties verwijzen naar de mate van zekerheid die er bestaat over de literatuurconclusie, in het bijzonder de mate van zekerheid dat de literatuurconclusie de aanbeveling adequaat ondersteunt ¹²⁰.

Tabel 10.1: GRADE-gradaties voor zekerheid van het wetenschappelijk bewijs

GRADE	Definitie
Hoog	- Er is hoge zekerheid dat het ware effect van behandeling dichtbij het geschatte effect van behandeling ligt. - Het is zeer onwaarschijnlijk dat de literatuurconclusie klinisch relevant verandert wanneer er resultaten van nieuw grootschalig onderzoek aan de literatuuranalyse wordt toegevoegd.
Redelijk	- Er is redelijke zekerheid dat het ware effect van behandeling dichtbij het geschatte effect van behandeling ligt. - Het is mogelijk dat de conclusie klinisch relevant verandert wanneer er resultaten van nieuw grootschalig onderzoek aan de literatuuranalyse wordt toegevoegd.
Laag	- Er is lage zekerheid dat het ware effect van behandeling dichtbij het geschatte effect van behandeling ligt. - Er is een reële kans dat de conclusie klinisch relevant verandert wanneer er resultaten van nieuw grootschalig onderzoek aan de literatuuranalyse worden toegevoegd.
Zeer laag	- Er is zeer lage zekerheid dat het ware effect van behandeling dichtbij het geschatte effect van behandeling ligt. - De literatuurconclusie is onzeker.

Overwegingen (van bewijs naar aanbeveling)

Voor het formuleren van een aanbeveling zijn naast de resultaten en kwaliteit van bewijs van het wetenschappelijk onderzoek, vaak ook nog andere factoren van belang¹²¹. De werkgroep bediscussieerde de kennis uit de literatuur, en plaatste daarbij haar overwegingen. Dit werd in twee stappen uitgevoerd: 1) de werkgroepleden werden via een online vragenlijst uitgenodigd om hun overwegingen te plaatsen bij het literatuuronderzoek, en hun expertise bij een uitgangsvraag te delen 2) de resultaten uit deze vragenlijst werden bediscussieerd tijdens werkgroepbijeenkomsten, waarna overwegingen en aanbevelingen werden opgesteld.

In deze richtlijn werden drie uitgangsvragen niet beantwoord met systematisch literatuuronderzoek:

- Waarom is bewegen belangrijk voor cliënten in de langdurige zorg?
- Hoe kunnen zorgorganisaties binnen de langdurige zorg beweging bij cliënten het best stimuleren?
- Hoe kun je als zorgverlener bewegen inbouwen in het dagelijks leven van cliënten die langdurige zorg ontvangen?

Deze vragen werden expert-based beantwoord, op basis van de expertise van de werkgroep en best-practice. In de overwegingen kunnen de volgende aspecten meegenomen zijn:

- gezondheidswinst,
- waarden, voorkeuren en ervaringen van cliënten en zorgverleners met betrekking tot interventies en uitkomsten van zorg,
- balans van gewenste en ongewenste effecten van interventies ten opzichte van geen of andere interventies,

- aanvaardbaarheid van interventies,
- ethische overwegingen,
- kosten(implicaties),
- veiligheid,
- duurzaamheid,
- haalbaarheid van een aanbeveling.

Deze aspecten worden per module (indien van toepassing) besproken onder het kopje 'Overwegingen'.

Formuleren van de aanbevelingen

De aanbevelingen geven een antwoord op de uitgangsvragen en zijn gebaseerd op het beste beschikbare wetenschappelijk bewijs en de belangrijkste overwegingen. De kracht van het wetenschappelijk bewijs en het gewicht dat door de werkgroep is toegekend aan de overwegingen bepalen samen de sterkte van de aanbeveling.

De sterkte van een aanbeveling verwijst naar de mate van zekerheid dat de voordelen van de interventie opwegen tegen de nadelen (of vice versa), gezien over het hele spectrum van cliënten waarvoor de aanbeveling is bedoeld. De sterkte van een aanbeveling heeft duidelijke implicaties voor cliënten, behandelaars en beleidsmakers (zie tabel 10.2).

Tabel 10.2: Implicaties van sterke en zwakke aanbevelingen voor verschillende richtlijngebruikers

	Sterke aanbeveling	Zwakke (conditionele) aanbeveling
Voor cliënten	De meeste cliënten zouden de aanbevolen interventie of aanpak kiezen en slechts een klein aantal niet.	Een aanzienlijk deel van de cliënten zou de aanbevolen interventie of aanpak kiezen, maar veel cliënten ook niet.
Voor behandelaars	De meeste cliënten zouden de aanbevolen interventie of aanpak moeten ontvangen.	Er zijn meerdere geschikte interventies of aanpakken. De cliënt moet worden ondersteund bij de keuze voor de interventie of aanpak die het beste aansluit bij diens waarden en voorkeuren.
Voor beleidsmakers	De aanbevolen interventie of aanpak kan worden gezien als standaardbeleid.	Beleidsbepaling vereist uitvoerige discussie met betrokkenheid van veel stakeholders. Er is een grotere kans op lokale beleidsverschillen.

Randvoorwaarden (organisatie van zorg) (indien van toepassing)

In de knelpunteninventarisatie en bij de ontwikkeling van de richtlijn is expliciet rekening gehouden met de organisatie van zorg: alle aspecten die randvoorwaardelijk zijn voor het verlenen van zorg (zoals coördinatie, communicatie, (financiële) middelen, menskracht en infrastructuur). Randvoorwaarden die relevant zijn, worden beschreven in de module [Organisatie van zorg](#) van deze richtlijn.

10.8.4 Van conceptrichtlijn tot publicatie

Opstellen van het implementatieplan

De werkgroep heeft een implementatieplan opgesteld waarin een advies voor beroepsverenigingen en

instellingen wordt gegeven voor de implementatie. Deze staat beschreven in het [Implementatieplan](#).

Formuleren van kennislacunes

Tijdens de ontwikkeling van deze richtlijn is systematisch gezocht naar onderzoek waarvan de resultaten bijdragen aan een antwoord op de uitgangsvragen. Bij elke uitgangsvraag is door de werkgroep nagegaan of er (aanvullend) wetenschappelijk onderzoek gewenst is. Een overzicht van aanbevelingen voor nader/vervolgonderzoek staat in [de Kennislacunes](#).

Commentaar- en autorisatiefase

De conceptrichtlijn is aan de betrokken (wetenschappelijke) verenigingen en andere relevante partijen voorgelegd voor commentaar. In de periode van 16 januari 2025 t/m 3 maart 2025 konden de partijen de richtlijn becommentariëren via het platform Richtlijnen Langdurige Zorg. De commentaren werden verzameld en besproken met de werkgroep. Naar aanleiding van de commentaren werd de conceptrichtlijn aangepast en definitief vastgesteld door de werkgroep. De definitieve richtlijn is aan de betrokken (wetenschappelijke) verenigingen voorgelegd voor autorisatie en door de verenigingen geautoriseerd.

De volgende partijen hebben commentaar geleverd op de richtlijn Bewegen als gewoonte in de langdurige zorg:

Partijen		
Alzheimer Nederland	Federatie Vaktherapeutische Beroepen (FVB)	Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN)
Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk (BPSW)	Zorgverzekeraars Nederland (ZN)	Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF)
Patientenfederatie Nederland	Ergotherapie Nederland (EN)	Nederlandse Vereniging van Pedagogogen en Onderwijskundigen (NVO)
Vereniging van Specialisten Ouderengeneeskunde (Verenso)	Nederlandse Vereniging voor Diëtisten (NVD)	Parkinson Vereniging

Publicatie

Nadat de richtlijn is geautoriseerd door de betrokken verenigingen, is de richtlijn gepubliceerd op het platform Richtlijnen Langdurige Zorg.

11. Referentielijst

1. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2016). Belemmeringen en drijfveren voor sport en bewegen bij ondervertegenwoordigde groepen. Geraadpleegd op: <https://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/2016-0201.pdf>
2. Volksgezondheid en Zorg (2024). Chronische aandoeningen en multimorbiditeit | Leeftijd en geslacht. Geraadpleegd op: <https://www.vzinfo.nl/chronische-aandoeningen-en-multimorbiditeit/leeftijd-en-geslacht>
3. Rojer, A.G.M., Ramsey, K.A., & Amaral Gomes, E.S. (2021). Objectively assessed physical activity and sedentary behavior and global cognitive function in older adults: a systematic review. *Mechanisms of Ageing and Development*. 198(111524). doi: 10.1016/j.mad.2021.111524
4. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (2022). Impact scenario's voor sport en bewegen op gezondheid en zorgkosten. Geraadpleegd op: <https://www.rivm.nl/sites/default/files/2022-02/impact-van-scenarios-voor-sport-en-bewegen-op-gezondheid-en-zorgkosten.pdf>
5. Van Alphen, H.J.M., Volkers, K.M., Blankevoort, C.G., Scherder, E.J.A., Hortobágyi, T., van Heuvelen, M.J.G. (2016). Older Adults with Dementia Are Sedentary for Most of the Day. *PLoS One*. 31;11(3). doi: 10.1371/journal.pone.0152457
6. Oppewal, A., & Hilgenkamp, T.I.M. (2020). Is fatness or fitness key for survival in older adults with intellectual disabilities? *Journal of Applied Research Intellectual Disabilities*. 33(5):1016-1025. doi: 10.1111/jar.12724
7. Oppewal, A. & Hilgenkamp, T.I.M. (2019). Physical fitness is predictive for 5-year survival in older adults with intellectual disabilities. *Journal of Applied Research Intellectual Disabilities*. 32(4):958-966. doi: 10.1111/jar
8. Hilgenkamp, T.I.M., van Wijck, R., Evenhuis, H.M. (2012). Low physical fitness levels in older adults with ID: results of the HA-ID study. *Res Dev Disabil*, 33(4), 1048-1058. doi: 10.1016/j.ridd.2012.01.013
9. Leyden Academy on Vitality and Ageing (2018). Onderzoek: Bewegen in de Zorginstelling. Geraadpleegd op: <https://www.leydenacademy.nl/wp-content/uploads/2019/07/2.-Onderzoek-Bewegen-in-de-zorginstelling.pdf>
10. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2018). Nationaal Preventieakkoord. Geraadpleegd op: <https://open.overheid.nl/repository/ronl-1f7b7558-4628-477d-8542-9508d913ab2c/1/pdf/nationaal-preventieakkoord.pdf>
11. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2023). Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA). Geraadpleegd op: <https://open.overheid.nl/documenten/ronl-e8e739b2e77bf92b7bfed78d4569ae4ecbce8dac/pdf>
12. Rijksoverheid (2022). Integraal Zorgakkoord 'Samen werken aan gezonde zorg'. Geraadpleegd op: <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2022/09/16/integraal-zorgakkoord-samen-werken-aan-gezonde-zorg>
13. van 't Hof, A., Nijboer, A., Jorna, F., Oomes, I., Althuisen, M., & Neuvel, S. (2022). Een goede dag op eigen kracht. Een beschrijvend en praktijkgericht onderzoek naar reablement. Geraadpleegd op: <https://open.overheid.nl/documenten/ronl-2cb283785b8dbc44c9619017d4d1f7eb74f6b3f2/pdf>
14. Kjerstad, E., & Tuntland, H.K. (2016). Reablement in community-dwelling older adults: a cost-effectiveness analysis alongside a randomized controlled trial. *Health economics review*, 6(1). doi: 10.1186/s13561-016-0092-8
15. Rostgaard, T., & Graff, L. (2023). Better care, better work? Reablement in Danish home care and

- the implications for care workers. Bristol University Press, 189-216. doi: 10.51952/9781447359944.ch009
16. Mulquiny, L., & Oakman, J. (2022). Exploring the experience of reablement: A systematic review and qualitative evidence synthesis of older people's and carers' views. *Health and Social Care in the community*, 30(5):e1471-e1483. doi: 10.1111/hsc.13837
 17. Dahlgren, G., & Whitehead, M. (1991). *Policies and Strategies to promote social equity in health*. Stockholm, Sweden: Institute of Future Studies.
 18. Gezondheidsraad (2017). Kernadvies Beweegrichtlijnen 2017. Geraadpleegd op: <https://www.gezondheidsraad.nl/documenten/adviezen/2017/08/22/beweegrichtlijnen-2017>
 19. World Health Organization (2024). Physical activity. Geraadpleegd op: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>
 20. Federatie Medisch Specialisten (FMS) (2024). Richtlijn Cardiovasculair risicomanagement (CVRM). Geraadpleegd op: https://richtlijnendatabase.nl/richtlijn/cardiovasculair_risicomanagement_cvrn
 21. Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) (2015). *Praktijkhandleiding Leefstijl*. Geraadpleegd op: <https://www.nhg.org/praktijkvoering/leefstijl/>
 22. Federatie Medisch Specialisten (FMS) (2023). Richtlijn Overgewicht en obesitas bij volwassenen en kinderen. Geraadpleegd op: https://richtlijnendatabase.nl/richtlijn/overgewicht_en_obesitas_bij_volwassenen_en_kinderen
 23. Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN) (2015). Richtlijn Leefstijl bij patiënten met een ernstige psychische aandoening. Geraadpleegd op: <https://www.venvn.nl/richtlijnenoverzicht/alle-richtlijnen/richtlijn-leefstijl-bij-patienten-met-een-ernstige-psychische-aandoening>
 24. National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2008). Public health guideline Mental wellbeing in over 65s: occupational therapy and physical activity interventions. Geraadpleegd op: <https://www.nice.org.uk/guidance/ph16>
 25. World Health Organization (WHO) (2022). Definition of physical activity. Geraadpleegd op: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>
 26. Zorginstituut Nederland (2024). Van zelfredzaam naar samenredzaam. Signalement Passende langdurige zorg. Geraadpleegd op: <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/rapport/2024/08/29/signalement-passende-langdurige-zorg>
 27. Kennis Informele Zorg (2024). Over informele zorg. Geraadpleegd op: kennisinformelezorg.nl
 28. American College of Sports Medicine (2013). *ACSM's guidelines for exercise testing and prescription*. Lippincott Williams & Wilkins: Philadelphia.
 29. Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN) (2021). Richtlijn Mantelzorg. Geraadpleegd op: <https://www.venvn.nl/media/u5oboc0o/richtlijn-mantelzorg-21-9-2021-2.pdf>
 30. Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) (2024). Duidelijkheid over wat mantelzorgers en vrijwilligers mogen in de zorg. Geraadpleegd op: <https://www.igj.nl/actueel/nieuws/2024/06/04/duidelijkheid-over-wat-mantelzorgers-en-vrijwilligers-mogen-in-de-zorg>
 31. Vereniging voor Gerontopsychiatrie (z.d.). Wie zijn onze cliënten? Geraadpleegd op: <https://www.vvgp.net/>
 32. American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (z.d.). Definition of Intellectual Disability. Geraadpleegd op: <https://aaidd.org/intellectual-disability/definition#.WbvNUrJJJaUI>
 33. Jacob, U. S., Pillay, J., Johnson, E., Omoya, O. T., & Adedokun, A. P. (2023). A systematic review

- of physical activity: benefits and needs for maintenance of quality of life among adults with intellectual disability. *Frontiers in sports and active living*, 8(5), 1184946. doi: 10.3389/fspor.2023.1184946
34. den Ouden, M., Bleijlevens, M. H., Meijers, J. M., Zwakhalen, S. M., Braun, S. M., Tan, F. E., & Hamers, J. P. (2015). Daily (In)Activities of Nursing Home Residents in Their Wards: An Observation Study. *Journal of the American Medical Directors Association*, 16(11), 963–968. doi: 10.1016/j.jamda.2015.05.016
 35. Piedras-Jorge, C., Meléndez-Moral, J. C., & Tomás-Miguel, J. M. (2010). Beneficios del ejercicio físico en población mayor institucionalizada [Benefits of physical activity in nursing home residents]. *Revista española de geriatría y gerontología*, 45(3), 131–135. doi: 0.1016/j.regg.2009.10.012
 36. Voskamp, D., & Koning, R. (2022). Waarde van sport en bewegen voor mensen met een verstandelijke beperking: een onderzoek in opdracht van Kenniscentrum Sport & Bewegen. Rotterdam: Rebel.
 37. Li, W., Kim, K. R., Zhang, D., Liu, B., Dengler-Crish, C. M., Wen, M., Shi, L., Pan, X., Gu, Y., & Li, Y. (2023). Cost-effectiveness of physical activity interventions for prevention and management of cognitive decline and dementia-a systematic review. *Alzheimer's research & therapy*, 15(1), 159. doi:10.1186/s13195-023-01286-7
 38. Garrett, S., Elley, C. R., Rose, S. B., O'Dea, D., Lawton, B. A., & Dowell, A. C. (2011). Are physical activity interventions in primary care and the community cost-effective? A systematic review of the evidence. *British Journal of General Practice*, 61(584), e125-e133. doi: 10.3399/bjgp11x561249
 39. van den Berg, L., & Wouters, W. (2022). Dit is de waarde van sport en bewegen voor mensen met een verstandelijke beperking. Geraadpleegd op: <https://www.allesoversport.nl/thema/meedoen-door-sport-en-bewegen/dit-is-de-waarde-van-sport-en-bewegen-voor-mensen-met-een-verstandelijke-beperking/>
 40. Niemeijer, A., Lund, H., Stafne, S. N., Ipsen, T., Goldschmidt, C. L., Jørgensen, C. T., & Juhl, C. B. (2020). Adverse events of exercise therapy in randomised controlled trials: a systematic review and meta-analysis. *British journal of sports medicine*, 54(18), 1073–1080. doi:10.1136/bjsports-2018-100461
 41. Pedersen, B. K., & Saltin, B. (2015). Exercise as medicine - evidence for prescribing exercise as therapy in 26 different chronic diseases. *Scandinavian journal of medicine & science in sports*, 25 Suppl 3:1-72. doi: 10.1111/sms.12581
 42. Veronese, N., Solmi, M., Basso, C., Smith, L., & Soysal, P. (2018). Role of physical activity in ameliorating neuropsychiatric symptoms in Alzheimer disease: A narrative review. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 34(9):1316-1325. doi: 10.1002/gps.4962
 43. Ballenger, B. K., Schultz, E. E., Dale, M., Fernhall, B., Motl, R. W., & Agiovlasitis, S. (2023). Health Outcomes of Physical Activity Interventions in Adults With Down Syndrome: A Systematic Review. *Adapted physical activity quarterly*, 1;40(2):378-402. doi: 10.1123/apaq.2022-0102
 44. Jacinto, M., Monteiro, D., Antunes, R., Ferreira, J. P., Matos, R., & Campos, M. J. (2023). Effects of exercise on body mass index and waist circumference of individuals with intellectual and developmental disabilities: a systematic review with meta-analysis. *Frontiers in physiology*, 2(14):1236379. doi: 10.3389/fphys.2023.1236379
 45. Health Council of the Netherlands (2017). Physical activity and risk of chronic diseases. Geraadpleegd op: <https://www.healthcouncil.nl/documents/advisory-reports/2017/08/22/physical-activity-guidelines-2017>

46. Van Hanegem, E., Enkelaar, L., Smulders, E., & Weerdesteyn, V. (2014). Obstacle course training can improve mobility and prevent falls in people with intellectual disabilities. *Journal of intellectual disability research*, 58(5):485-92. doi: 10.1111/jir.12045
47. Agbangla, N. F., Séba, M. P., Bunlon, F., Toulotte, C., & Fraser, S. A. (2023). Effects of Physical Activity on Physical and Mental Health of Older Adults Living in Care Settings: A Systematic Review of Meta-Analyses. *International journal of environmental research and public health*, 20(13), 6226. doi:10.3390/ijerph20136226
48. Okamae, A., Ogawa, T., Makizako, H., Matsumoto, D., Ishigaki, T., Kamiya, M., Miyashita, T., Ihira, H., Taniguchi, Y., Misu, S., Ohnuma, T., Chibana, T., Morikawa, N., & Ikezoe, T. (2023). Efficacy of Therapeutic Exercise on Activities of Daily Living and Cognitive Function Among Older Residents in Long-term Care Facilities: A Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 104(5), 812–823. doi:10.1016/j.apmr.2022.11.002
49. Begde, A., Jain, M., Hogervorst, E., & Wilcockson, T. (2022). Does physical exercise improve the capacity for independent living in people with dementia or mild cognitive impairment: an overview of systematic reviews and meta-analyses. *Aging & mental health*, 26(12), 2317–2327. doi:10.1080/13607863.2021.2019192
50. Crocker, T., Young, J., Forster, A., Brown, L., Ozer, S., & Greenwood, D. C. (2013). The effect of physical rehabilitation on activities of daily living in older residents of long-term care facilities: systematic review with meta-analysis. *Age and ageing*, 42(6), 682–688. doi:10.1093/ageing/aft133
51. Naci, H., Salcher-Konrad, M., Dias, S., Blum, M.R., Sahoo, S.A., Nunan, D., Ioannidis, J.P.A. (2019). How does exercise treatment compare with antihypertensive medications? A network meta-analysis of 391 randomised controlled trials assessing exercise and medication effects on systolic blood pressure. *British Journal of Sports Medicine*, 53(14):859-869. doi: 10.1136/bjsports-2018-099921
52. Song, Y., Ren, F., Sun, D., Wang, M., Baker, J.S., István, B., Gu, Y. (2020). Benefits of Exercise on Influenza or Pneumonia in Older Adults: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 13;17(8):2655. doi: 10.3390/ijerph17082655.
53. Pedrosa, A., Furtado, G., de Barros, M. P., Bachi, A.L.L., Ferreira, J. P., Sardão, V.A., Rama, L., & Teixeira, A. (2023). The Impact of Moderate-to-High-Intensity Exercise Protocols on Glycated Hemoglobin Levels in Type 2 Diabetes Patients. *Diabetology*, 4(1), 11-18. doi:10.3390/diabetology4010002
54. Health Council of the Netherlands (2017). Sedentary behaviour and risk of chronic diseases. Geraadpleegd op: <https://www.healthcouncil.nl/documents/advisory-reports/2017/08/22/physical-activity-guidelines-2017>
55. Paluch, A. E., Bajpai, S., Ballin, M., Bassett, D. R., Buford, T. W., Carnethon, M. R., Chernofsky, A., Dooley, E. E., Ekelund, U., Evenson, K. R., Galuska, D. A., Jefferis, B. J., Kong, L., Kraus, W. E., Larson, M. G., Lee, I. M., Matthews, C. E., Newton, R. L., Jr, Nordström, A., Nordström, P., ... Steps for Health Collaborative (2023). Prospective Association of Daily Steps With Cardiovascular Disease: A Harmonized Meta-Analysis. *Circulation*, 147(2), 122–131. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.122.061288
56. Fadah, K., & Payan-Schober, F. (2023). Physical Activity and Mortality in Patients with Coronary Artery Disease. *Current cardiology reports*, 25(7), 663–667. doi:10.1007/s11886-023-01890-x
57. Iso-Markku, P., Kujala, U. M., Knittle, K., Polet, J., Vuoksima, E., & Waller, K. (2022). Physical activity as a protective factor for dementia and Alzheimer's disease: systematic review, meta-

- analysis and quality assessment of cohort and case-control studies. *British journal of sports medicine*, 56(12), 701–709. doi:10.1136/bjsports-2021-104981
58. Vítor, J., Melita, C., Rodrigues, M., de Sousa, D. A., Costa, J., Ferro, J. M., & Verdelho, A. (2023). Physical activity in vascular cognitive impairment: Systematic review with meta-analysis. *Journal of stroke and cerebrovascular diseases: the official journal of National Stroke Association*, 32(8), 107133. doi:10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2023.107133
 59. Chen, Y., Wang, K., Huang, T., Xie, C., & Chen, Z. (2023). Exercise interventions ameliorate neuropsychiatric symptoms in dementia: A meta-analysis. *Mental Health and Physical Activity*, 24, 1–10. doi: 10.1016/j.mhpa.2022.100496
 60. Ye, K. X., Sun, L., Wang, L., Khoo, A. L. Y., Lim, K. X., Lu, G., Yu, L., Li, C., Maier, A. B., & Feng, L. (2023). The role of lifestyle factors in cognitive health and dementia in oldest-old: A systematic review. *Neuroscience and biobehavioral reviews*, 152, 105286. doi: 10.1016/j.neubiorev.2023.105286
 61. Aitchison, B., Rushton, A. B., Martin, P., Barr, M., Soundy, A., & Heneghan, N. R. (2022). The experiences and perceived health benefits of individuals with a disability participating in sport: A systematic review and narrative synthesis. *Disability and health journal*, 15(1), 101164. doi: 10.1016/j.dhjo.2021.101164
 62. Moyers, S. A., & Hagger, M. S. (2023). Physical activity and cortisol regulation: A meta-analysis. *Biological psychology*, 179, 108548. doi: 10.1016/j.biopsycho.2023.108548
 63. Singh, B., Olds, T., Curtis, R., Dumuid, D., Virgara, R., Watson, A., Szeto, K., O'Connor, E., Ferguson, T., Eglitis, E., Miatke, A., Simpson, C. E., & Maher, C. (2023). Effectiveness of physical activity interventions for improving depression, anxiety and distress: an overview of systematic reviews. *British journal of sports medicine*, 57(18), 1203–1209. doi: 10.1136/bjsports-2022-106195
 64. Verhoeven, J. E., Han, L. K. M., Lever-van Milligen, B. A., Hu, M. X., Révész, D., Hoogendoorn, A. W., Batelaan, N. M., van Schaik, D. J. F., van Balkom, A. J. L. M., van Oppen, P., & Penninx, B. W. J. H. (2023). Antidepressants or running therapy: Comparing effects on mental and physical health in patients with depression and anxiety disorders. *Journal of affective disorders*, 329, 19–29. doi: 10.1016/j.jad.2023.02.064
 65. Karamacoska, D., Butt, A., Leung, I. H. K., Childs, R. L., Metri, N. J., Uruthiran, V., Tan, T., Sabag, A., & Steiner-Lim, G. Z. (2023). Brain function effects of exercise interventions for cognitive decline: a systematic review and meta-analysis. *Frontiers in neuroscience*, 17, 1127065. doi: 10.3389/fnins.2023.1127065
 66. Roikjær, S. G., Skou, S. T., Walløe, S., Tang, L. H., Beck, M., Simonj, C., & Asgari, N. (2023). Experiences of integrating and sustaining physical activity in life with multiple sclerosis, Alzheimer's disease, and ischaemic heart disease: a scoping review. *Disability and rehabilitation*, 1–10. Advance online publication. doi: 10.1080/09638288.2023.2244424
 67. Embregts, P., Kroezen, M., Mulder, E.J., Van Bussel, C., Van der Nagel, J., Budding, M., Busser, G., De Kuijper, G., Duinkerken-Van Gelderen, P., Haasnoot, M., Helder, A., Lenderink, B., Maes-Festen, D.A.M., Olivier-Pijpers, V., Oud, M., Oude Luttikhuis, I., Schilt, C.J., Smit, T., Van den Heuvel, J., Van Wouwe, H., Willems, A., Pasma, A., Van den Akker, N., Van Houwelingen, I., Wolkorte, R., & Wieland, J.(2019). Multidisciplinaire richtlijn probleemgedrag bij volwassenen met een verstandelijke beperking. Geraadpleegd op: https://nvavg.nl/wp-content/uploads/2022/06/Richtlijn-Probleemgedrag_definitief-update-2022.pdf
 68. Vereniging voor Specialisten Ouderengeneeskunde (verenso) (2018). Richtlijn probleemgedrag bij mensen met dementie. Geraadpleegd op: <https://www.verenso.nl/kwaliteit/richtlijnen-en-praktijkvoering/richtlijnen/database/probleemgedrag-bij-mensen-met-dementie>

69. Jung, D., De Gagne, J. C., Lee, M., & Lee, H. (2020). The effect of function-focused care on long-term care workers in South Korea. *Geriatric Nursing*, 41(5), 629-634. doi: 10.1016/j.gerinurse.2020.03.017
70. Nederlandse Arbeidsinspectie Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (2023). Fysieke belasting in verpleeghuizen, verzorgingshuizen en de thuiszorg. Geraadpleegd op: <https://www.nlarbeidsinspectie.nl/binaries/nlarbeidsinspectie/documenten/publicaties/2023/05/10/verpleeghuizen-verzorgingshuizen-en-thuiszorg/fysieke-belasting-in-de-vvt-20230510.pdf>
71. Mansell, J., Elliott, T. E., & Beadle-Brown, J. (2005). Active support measure (revised). Tizard Centre, Canterbury.
72. Kenniscentrum Sport en Bewegen (2016). Implementatie van 7 IGZ bouwstenen in woonzorginstellingen. Geraadpleegd op: https://www.kenniscentrumsportenbewegen.nl/kennisbank/publicaties/?implementatie-van-7-igz-bouwstenen-in-woonzorginstelling=&kb_id=17609
73. Kuijken, N.M.J., Vlot-van Anrooij, K., van Schrojenstein Lantman-de Valk, H.M.J., Leusink, G., Naaldenberg, J., & Nijhuis-van der Sanden, M.W. (2019). Stakeholder expectations, roles and responsibilities in Dutch health promotion for people with intellectual disabilities. *Health Promotion International*. 34(5). e59-e70. doi: 10.1093/heapro/day059
74. Narsakka, N., Suhonen, R., Kielo-Viljamaa, E. & Stolt, M. (2022). Physical, social, and symbolic environment related to physical activity of older individuals in long-term care: A mixed-method systematic review. *International Journal of Nursing Studies*. 135. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2022.104350
75. Anderiesen, H., Scherder, E.J.A., Goossens, R.H.M., & Sonneveld, M.H. (2014). A systematic review: physical activity in dementia: The influence of the nursing home environment. *Applied ergonomics*. 45(6). 1678-1686. doi: 10.1016/j.apergo.2014.05.011
76. Thaler, R.H., & Sunstein, C.R. (2009). *Nudge: Improving decisions about health, wealth and happiness*. London: Penguin Books.
77. Forberger, S., Reisch, L., Kampfmann, T., & Zeeb, H. (2019). Nudging to move: a scoping review of the use of choice architecture interventions to promote physical activity in the general population. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 16, 77. doi: 10.1186/s12966-019-0844-z
78. Collard, D. C. M., & Gutter, K. (2022). *Leefstijlpreventie door verbinding van het zorg- en sportdomein: de rol van de buurtsportcoach om bewegen buiten de zorg te stimuleren*. Utrecht: Mulier Instituut.
79. Gullard, D. & Gutter, K. (2023). *Sport en bewegen wordt te weinig ingezet in de gezondheidszorg*. Utrecht: Mulier instituut.
80. Resnick, B. Galik, E., & Boltz, M. (2013). Function focused care approaches: literature review of progress and future possibilities. *Journal of the American Medical Directors Association*. 14(5), 313-318. doi: 10.1016/j.jamda.2012.10.019
81. Resnick, B. & Galik, E. (2013). Using function-focused care to increase physical activity among older adults. 31. 175-208. doi: 10.1891/0739-6686.31.175
82. Nydahl, P., Jeitziner, M. M., Vater, V., Sivarajah, S., Howroyd, F., McWilliams, D., & Osterbrink, J. (2023). Early mobilisation for prevention and treatment of delirium in critically ill patients: Systematic review and meta-analysis. *Intensive & critical care nursing*, 74, 103334. doi: 10.1016/j.iccn.2022.103334

83. Naci, H., & Ioannidis, J. P. (2015). Comparative effectiveness of exercise and drug interventions on mortality outcomes: metaepidemiological study. *British journal of sports medicine*, 49(21), 1414–1422. doi: 10.1136/bjsports-2015-f5577rep
84. Thornton, C. M., Kerr, J., Conway, T. L., Saelens, B. E., Sallis, J. F., Ahn, D. K., Frank, L. D., Cain, K. L., & King, A. C. (2017). Physical Activity in Older Adults: an Ecological Approach. *Annals of behavioral medicine: a publication of the Society of Behavioral Medicine*, 51(2), 159–169. doi: 10.1007/s12160-016-9837-1
85. Cooper, J., Burrow, S., & Pusey, H. (2021). What are the perceptions of people living with dementia, family carers, professionals and other potential stakeholders to the use of global positioning systems to promote safer outdoor walking?: a qualitative literature review. *Disability and rehabilitation. Assistive technology*, 16(6), 614–623. doi: 10.1080/17483107.2019.1686074
86. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2024). Onvrijwillige zorg in de Wzd. Geraadpleegd op: <https://www.dwangindezorg.nl/wzd/onvrijwillige-zorg>
87. Michie, S., van Stralen, & M.M., West, R. (2011). The behaviour change wheel: A new method for characterising and designing behaviour change interventions. *Implementation Science*, 23(6), 42. doi: 10.1186/1748-5908-6-42
88. Ma, J. K., Floegel, T. A., Li, L. C., Leese, J., De Vera, M. A., Beauchamp, M. R., Taunton, J., Liu-Ambrose, T., & Allen, K. D. (2021). Tailored physical activity behavior change interventions: challenges and opportunities. *Translational behavioral medicine*, 11(12), 2174–2181. doi: 10.1093/tbm/ibab106
89. Willems, M., Hilgenkamp, T.I., Havik, E., Waninge, A., & Melville, C.A. (2016). Use of behaviour change techniques in lifestyle change interventions for people with intellectual disabilities: A systematic review. *Research in Developmental Disabilities*, 60, 256-268. doi: 10.1016/j.ridd.2016.10.008
90. Shi, Y., Xie, T., Xie, X., Shao, L., Lao, A., & Zhang, J. (2024). Behavior change techniques to increase physical activity among older adults living in long-term care facilities: A systematic review. *Journal of Health Psychology*, 15:13591053241270491. doi: 10.1177/13591053241270491
91. Willems, M., Waninge, A., de Jong, J., Hilgenkamp, T. I. M., & van der Schans, C. P. (2019). Exploration of suitable behaviour change techniques for lifestyle change in individuals with mild intellectual disabilities: A Delphi study. *Journal of applied research in intellectual disabilities*, 32(3), 543–557. doi: 10.1111/jar.12548
92. Gilchrist, H., Oliveira, J. S., Kwok, W. S., Sherrington, C., Pinheiro, M. B., Bauman, A., Tiedemann, A., & Hassett, L. (2024). Use of behavior change techniques in physical activity programs and services for older adults: findings from a rapid review. *Annals of behavioral medicine: a publication of the Society of Behavioral Medicine*, 58(3), 216–226. doi: 10.1093/abm/kaad074
93. Barrett, E., Casey, B., Dollard, M., McCarthy, B., & Casey, D. (2020). Effectiveness of Functionally based Physical Activity Programs on Physical, Psychological, Cognitive, and Adverse Outcomes in Older Adults Living in Nursing Homes: Systematic Review. *Activities, Adaptation & Aging*, 45(4), 306–347. doi: 10.1080/01924788.2020.1794352
94. Brett, L., Traynor, V., & Stapley, P. (2016). Effects of Physical Exercise on Health and Well-Being of Individuals Living With a Dementia in Nursing Homes: A Systematic Review. *Journal Of The American Medical Directors Association*, 17(2), 104-116. doi: 10.1016/j.jamda.2015.08.016
95. Brooker, K., Van Dooren, K., McPherson, L., Lennox, N., & Ware, R. (2015). Systematic Review of Interventions Aiming to Improve Involvement in Physical Activity Among Adults With Intellectual Disability. *Journal of Physical Activity & Health*, 12(3), 434-444. doi: 10.1123/jpah.2013-0014

96. Temple, V. A., Frey, G. C., & Stanish, H. I. (2017). Interventions to promote physical activity for adults with intellectual disabilities. *Salud Pública De México/Salud Pública De México*, 59(4, jul-ago), 446. doi: 10.21149/8218
97. Wylie, G., Kroll, T., Witham, M. D., & Morris, J. (2022). Increasing physical activity levels in care homes for older people: a quantitative scoping review of intervention studies to guide future research. *Disability and Rehabilitation*, 45(19), 3160-3176. doi: 10.1080/09638288.2022.2118869
98. Jansen, C., Claßen, K., Wahl, H., & Hauer, K. (2015). Effects of interventions on physical activity in nursing home residents. *European Journal of Ageing*, 12(3), 261-271. doi: 10.1007/s10433-015-0344-1
99. Benjamin, K., Edwards, N., Ploeg, J., & Legault, F. (2014). Barriers to physical activity and restorative care for residents in long-term care: a review of the literature. *Journal of aging and physical activity*, 22(1), 154-165. doi: 10.1123/japa.2012-0139
100. Bossink, L. W., van der Putten, A. A., & Vlaskamp, C. (2017). Understanding low levels of physical activity in people with intellectual disabilities: A systematic review to identify barriers and facilitators. *Research in developmental disabilities*, 68, 95-110. doi: 10.1016/j.ridd.2017.06.008
101. Douma, J. G., Volkers, K. M., Engels, G., Sonneveld, M. H., Goossens, R. H., & Scherder, E. J. (2017). Setting-related influences on physical inactivity of older adults in residential care settings: A review. *BMC geriatrics*, 17, 1-10. doi: 10.1186/s12877-017-0487-3
102. Jacinto, M., Vitorino, A. S., Palmeira, D., Antunes, R., Matos, R., Ferreira, J. P., & Bento, T. (2021). Perceived barriers of physical activity participation in individuals with intellectual disability —A systematic review. *Healthcare* 8;9(11):1521. doi: 10.3390/healthcare9111521
103. Laxton, P., Patterson, F., & Healy, S. (2022). Factors related to physical activity in adults with intellectual disabilities in group home settings: A systematic literature review. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 21; 40(2), 347-377. doi: 10.1123/apaq.2022-0064
104. MacDonald, C., Bush, P. L., & Foley, J. T. (2022). Physical activity promotion and adults with intellectual disabilities: A neglected area. *Journal of Intellectual Disabilities*, 26(2), 509-521. doi: 10.1177/1744629521995345
105. Maurer, C., Draganescu, S., Mayer, H., & Gatteringer, H. (2019). Attitudes and needs of residents in long-term care facilities regarding physical activity—A systematic review and synthesis of qualitative studies. *Journal of clinical nursing*, 28(13-14), 2386-2400. doi: 10.1111/jocn.14761
106. Vseteckova, J., Dadova, K., Gracia, R., Ryan, G., Borgstrom, E., Abington, J., Gopinath, M., & Pappas, Y. (2020). Barriers and facilitators to adherence to walking group exercise in older people living with dementia in the community: a systematic review. *European review of aging and physical activity*, 17, 1-16. doi: 10.1186/s11556-018-0200-3
107. Diener, J., Rayling, S., Bezold, J., Krell-Roesch, J., Woll, A., & Wunsch, K. (2022). Effectiveness and acceptability of e-and m-health interventions to promote physical activity and prevent falls in nursing homes—a systematic review. *Frontiers in Physiology*, 20;13:894397. doi: 10.3389/fphys.2022.894397
108. Chu, C. H., Quan, A. M. L., Souter, A., Krisnagopal, A., & Biss, R. K. (2022). Effects of exergaming on physical and cognitive outcomes of older adults living in long-term care homes: a systematic review. *Gerontology*, 68(9), 1044-1060. doi: 10.1159/000521832
109. Kukkohovi, S., Siira, H., Arolaakso, S., Miettunen, J., & Elo, S. (2023). The effectiveness of digital gaming on the functioning and activity of older people living in long-term care facilities: a systematic review and meta-analysis. *Aging clinical and experimental research*, 35(8), 1595-1608. doi: 10.1007/s40520-023-02459-y

110. Lancioni, G. E., Singh, N. N., O'reilly, M., Sigafoos, J., Alberti, G., & Desideri, L. (2022). Programs using stimulation-regulating technologies to promote physical activity in people with intellectual and multiple disabilities: Scoping review. *JMIR Rehabilitation and Assistive Technologies*, 9(2), e35217. doi: 10.2196/35217
111. Li, X., Huang, J., Kong, Z., Sun, F., Sit, C. H., & Li, C. (2023). Effects of virtual reality-based exercise on physical fitness in people with intellectual disability: a systematic review of randomized controlled trials. *Games for health journal*, 12(2), 89-99. doi: 10.1089/g4h.2022.0168
112. Agbangla, N. F., Séba, M. P., & Bunlon, F. (2022). SnackivityTM, giant games and immersive virtual reality exercises: a rapid narrative review of these new physical activity practices among older people living in nursing homes and long-term care facilities. *Healthcare*, 28;10(10):1897. doi: 10.3390/healthcare10101897
113. Chen, P. J., Hsu, H. F., Chen, K. M., & Belcastro, F. (2023). VR exergame interventions among older adults living in long-term care facilities: A systematic review with Meta-analysis. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, 66(3), 101702. doi: 10.1016/j.rehab.2022.101702
114. Swinnen, N., Vandenbulcke, M., & Vancampfort, D. (2022). Exergames in people with major neurocognitive disorder: a systematic review. *Disability and Rehabilitation: Assistive Technology*, 17(4):376-389. doi: 10.1080/17483107.2020.1785566
115. AQUA-Leidraad (2021). Zorginstituut Nederland. Geraadpleegd op: <https://www.zorginzicht.nl/ontwikkeltools/ontwikkelen/aqua-leidraad>
116. Hilbink, M., Ouwens, M., & Kool, T. (2013). De HARING-tools. Dertien instrumenten voor ondersteuning bij het opstellen, herzien, implementeren en evalueren van richtlijnen. ZonMw. Geraadpleegd op: <https://www.iqhealthcare.nl/media/56707/eindrapport.pdf>
117. AGREE Next Steps Consortium. (2009). AGREE II. Instrument voor de beoordeling van richtlijnen. Geraadpleegd op: <https://www.zorginzicht.nl/binaries/content/assets/zorginzicht/ontwikkeltools-ontwikkelen/AGREE+instrument.pdf>
118. Shea, B.J., Reeves, B.C., Wells, G., Thuku, M., Hamel, C., Moran, J., Moher, D., Tugwell, P., Welch, V., Kristjansson, E., & Henry, D.A. (2017). AMSTAR 2: a critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both. *British Medical Journal*, 358. doi: 10.1136/BMJ.J4008
119. Guyatt, G.H., Oxman, A.D., Vist, G.E., Kunz, R., Falck-Ytter, Y., Alonso-Coello, P. & Schünemann, H.J. (2008); GRADE Working Group. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *British Medical Journal*, 336: 924-6. doi: 10.1136/bmj.39489.470347
120. Schünemann H., Brožek J., Guyatt G., & Oxman, A. (2013). GRADE handbook for grading quality of evidence and strength of recommendations. The GRADE Working Group. Geraadpleegd op: http://gdt.guidelinedevelopment.org/central_prod/_design/client/handbook/handbook.html
121. Alonso-Coello, P., Oxman, A.D., Moberg, J., Brignardello-Petersen, R., Akl, E.A., Davoli, M., Treweek, S., Mustafa, R.A., Vandvik, P.O., Meerpohl, J., Guyatt, G.H., & Schünemann, H.J. (2016). GRADE Working Group. GRADE Evidence to Decision (EtD) frameworks: a systematic and transparent approach to making well informed healthcare choices. 2: Clinical practice guidelines. *British Medical Journal*, 353, i2089. doi: 10.1136/bmj.i2016

12. Disclaimer

Op www.richtlijnenlangdurigezorg.nl publiceert SKILZ richtlijnen voor de langdurige zorg. Ondanks de zorg en aandacht die wordt besteed aan de informatie op www.richtlijnenlangdurigezorg.nl is het mogelijk dat inhoud niet volledig en/of onjuist is.

Aansprakelijkheid

SKILZ sluit alle aansprakelijkheid voor de opmaak en de inhoud van de richtlijnen uit, evenals gevolgen die de toepassing van de richtlijnen in de langdurige zorg mocht hebben uit. Richtlijnen Langdurige Zorg staat open voor het attenderen op (vermoedelijke) fouten c.q. onjuistheden in de inhoud of opmaak van de richtlijnen. Hiervoor kan contact worden opgenomen met vraag@richtlijnenlangdurigezorg.nl.

Intellectueel eigendom

Het intellectueel eigendom van de richtlijnen en de afgeleide producten, ligt bij de beheerder van de richtlijn. Voor eigen gebruik mag informatie worden gedownload en/of afgedrukt worden. Zonder voorafgaande toestemming van SKILZ mogen gepubliceerde bestanden (of delen daarvan) niet worden overgenomen, gepubliceerd of op een andere manier openbaar gemaakt of verveelvoudigd worden. U kunt een verzoek voor toestemming sturen aan SKILZ via bureau@skilz.nu SKILZ zal uw verzoek behandelen.

Het is toegestaan een directe link naar www.richtlijnenlangdurigezorg.nl te plaatsen op een andere website of direct te linken naar de richtlijnen op dit platform.