

ReSpAct: Revalidatie, Sport en Actieve Leefstijl

Onderzoeksrapportage Deel III



In opdracht van Revalidatie, Sport en Bewegen

Femke Hoekstra, Trynke Hoekstra, Bregje Seves
Onderzoeksgroep ReSpAct

Groningen, September 2017

Colofon

Deze rapportage beschrijft de resultaten van het wetenschappelijk onderzoek ReSpAct. De rapportage is een uitgave van de Onderzoeksgroep ReSpAct en is uitgevoerd in opdracht van het programma Revalidatie, Sport en Bewegen (Stichting Special Heroes Nederland).

Coördinatie, samenstelling en vormgeving:

Femke Hoekstra, MSc ^{1,2}

Trynke Hoekstra, PhD ^{1,2}

Bregje Seves, BSc ^{1,2}

Leden van de onderzoeksgroep ReSpAct:

Femke Hoekstra, MSc ^{1,2}

Trynke Hoekstra, PhD ^{1,2}

Florentina J. Hettinga, PhD ³

Rienk Dekker, MD, PhD ^{2,4}

Prof. dr. Cees P. van der Schans ^{2,5}

Prof. dr. Lucas H.V. van der Woude ^{1,2}

Met advisering van:

Drs. Marjo Duijf ⁶

¹Centrum voor Bewegingswetenschappen, Universitair Medisch Centrum Groningen, Groningen, Rijksuniversiteit Groningen; ²Afdeling Revalidatiegeneeskunde, Centrum voor Revalidatie, Universitair Medisch Centrum Groningen, Groningen; ³Centre of Sport and Exercise Science, University of Essex, Essex, UK, ⁴Centrum voor Sportgeneeskunde, Rijksuniversiteit Groningen, Universitair Medisch Centrum Groningen, Groningen; ⁵Lectoraat Healthy Ageing, Allied Health Care and Nursing, Hanzehogeschool, Groningen ⁶Kenniscentrum Sport, Ede.

Onderzoeksgroep ReSpAct

Antonius Deusinglaan 1

9713 AV Groningen

E mail@respact.nl

I www.respact.nl

© 2017 Onderzoeksgroep ReSpAct

Alle rechten voorbehouden. Uit deze uitgave mag niet worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt, in enige vorm of enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen, of enige ander manier, tenzij dit kenbaar wordt gemaakt bij de uitgever.

Inhoudsopgave

Hoofdstuk 1: Inleiding

1.1 Achtergrond	9
1.2 Het programma Revalidatie, Sport en Bewegen	10
1.3 Het conceptueel model – PAD model	13
1.4 De doelstellingen van ReSpAct	15
1.5 Leeswijzer	16

Hoofdstuk 2: Methode

2.1 Onderzoeksopzet	18
2.2 Onderzoekspopulatie	19
2.3 Data verzameling	20
2.4 Inhoud vragenlijsten	21
2.5 Data analyse	24

Hoofdstuk 3: Trajecten van beweeggedrag

3.1 Beweegtrajecten	26
3.2 Beschrijving van beweegtrajecten: sport- en beweeggedrag	27
3.2.1 Totaal aantal minuten lichamelijke activiteit	27
3.2.2 Licht intensieve activiteiten	28
3.2.3 Matig intensieve activiteiten	29
3.2.4 Zwaar intensieve activiteiten	30
3.2.5 Nederlandse Norm Gezond Bewegen	31
3.2.6 Sportgedrag	32
3.3 Beschrijving van beweegtrajecten: patiëntkenmerken tijdens de revalidatie	33
3.3.1 Persoonskenmerken	33
3.3.1 Revalidatiecontext	34
3.3.1 Aandoening en co-morbiditeit	35
3.3.1 Redenen om te bewegen	38

Inhoudsopgave

3.4 Beschrijving van beweegtrajecten: verandering over de tijd	39
3.5.1 Psychosociale factoren	40
3.5.2 Gezondheidsfactoren	44
3.5.3 Omgevingsfactoren	49
 Hoofdstuk 4: Trajecten van gezondheidsbeleving	
4.1 Gezondheidstrajecten	54
4.2 Beschrijving van gezondheidstrajecten: sport- en beweeggedrag	55
4.2.1 Totaal aantal minuten lichamelijke activiteit	55
4.2.2 Licht intensieve activiteiten	56
4.2.3 Matig intensieve activiteiten	57
4.2.4 Zwaar intensieve activiteiten	58
4.2.5 Nederlandse Norm Gezond Bewegen	59
4.2.6 Sportgedrag	60
4.3 Beschrijving van gezondheidstrajecten: patiëntkenmerken tijdens revalidatie	61
4.3.1 Persoonskenmerken	61
4.3.2 Revalidatiecontext	62
4.3.3 Aandoening en co-morbiditeit	63
4.3.4 Redenen om te bewegen	68
4.4 Beschrijving van gezondheidstrajecten: verandering over de tijd	69
4.4.1 Psychosociale factoren	69
4.4.2 Gezondheidsfactoren	73
4.4.3 Omgevingsfactoren	77

Inhoudsopgave

Hoofdstuk 5: Trajecten van zorgkosten

5.1 Trajecten van zorgkosten	82
5.2 Beschrijving van zorgtrajecten: eerstelijnszorg	83
5.2.1 Eerstelijnszorg	83
5.2.2 Contacten huisarts	84
5.2.3 Contacten fysiotherapeut	85
5.3 Beschrijving van zorgtrajecten: tweedelijnszorg	86
5.3.1 Tweedelijnszorg	86
5.3.2 Contacten specialist	87
5.4 Beschrijving van zorgtrajecten: patiëntkenmerken tijdens revalidatie	88
5.4.1 Persoonskenmerken	88
5.4.2 Revalidatiecontext	89
5.4.3 Aandoening en co-morbiditeit	90
5.5 Beschrijving van zorgtrajecten: sport- en beweeggedrag	91
5.5.1 Totaal aantal minuten lichamelijke activiteit	91
5.5.2 Licht intensieve activiteiten	92
5.5.3 Matig intensieve activiteiten	93
5.5.4 Zwaar intensieve activiteiten	94
5.5.5 Nederlandse Norm Gezond Bewegen	95
5.5.6 Sportgedrag	96
5.6 Beschrijving van zorgtrajecten: gezondheidsbeleving	97

Hoofdstuk 6: Samenhang tussen beweeg-, gezondheids- en zorgtrajecten

6.1 Inleiding	99
6.2 Samenhang zorg- en beweegtrajecten	100
6.3 Samenhang zorg- en gezondheidstrajecten	101
6.4 Samenhang gezondheids- en beweegtrajecten	102

Inhoudsopgave

Hoofdstuk 7: Profielen van Programmakenmerken

7.1 Patiëntprofielen –ontvangen begeleiding	105
7.2 Beschrijving van profielen: patiëntkenmerken tijdens revalidatie	106
7.2.1 Persoonskenmerken	106
7.3 Beschrijving van profielen: beweeg- en sportgedrag	107
7.3.1 Totaal aantal minuten lichamelijke activiteit	107
7.3.2 Licht intensieve activiteiten	108
7.3.3 Matig intensieve activiteiten	109
7.3.4 Zwaar intensieve activiteiten	110
7.3.5 Nederlandse Norm Gezond Bewegen	111
7.3.6 Sportgedrag	112

Hoofdstuk 8: Patiëntkenmerken

7.1 Patiëntprofielen – constructie	115
7.2 Beschrijving van profielen: ontvangen begeleiden	116
7.2.1 Ontvangen begeleiding	116
8.2.2 Motivational Interviewing	117
7.3 Beschrijving van profielen: patiëntkenmerken tijdens revalidatie	118
8.3.1 Persoonskenmerken	118
8.3.2 Aandoening en co-morbiditeit	119
8.3.2 Redenen om te bewegen	121

Inhoudsopgave

8.4 Beschrijving van profielen: beweeg- en sportgedrag	122
8.4.1 Totaal aantal minuten lichamelijke activiteit	122
8.4.2 Licht intensieve activiteiten	123
8.4.3 Matig intensieve activiteiten	124
8.4.4 Zwaar intensieve activiteiten	125
8.4.5 Nederlandse Norm Gezond Bewegen	126
8.4.6 Sportgedrag	127
8.4.5 Sporten tijdens de revalidatiebehandeling	128
8.4.6 Voorgeschiedenis lichamelijke activiteit	129
8.5 Beschrijving van gezondheidstrajecten: verandering over de tijd	130
8.5.1 Psychosociale factoren	130
8.5.2 Gezondheidsfactoren	133
8.5.3 Omgevingsfactoren	135
Hoofdstuk 9: Samenvatting	139
Hoofdstuk 10: Algemene conclusie	145
Hoofdstuk 11: Aandachtspunten voor de toekomst	147
11.1 Aandachtspunten voor praktijk	147
11.2 Aandachtspunten voor beleid	150
11.3 Aandachtspunten voor onderzoek	151
Referenties	153

Hoofdstuk 1

Inleiding

In dit eerste hoofdstuk wordt het onderzoek ReSpAct en het programma Revalidatie, Sport en Bewegen geïntroduceerd. Er wordt aandacht besteed aan de achtergrond van het onderzoek, het programma Revalidatie, Sport en Bewegen, het conceptuele model en de doelstellingen van het onderzoek ReSpAct.

- 1.1 Achtergrond
- 1.2 Het programma Revalidatie, Sport en Bewegen
- 1.3 Het conceptuele model: PAD-model
- 1.4 Doelstellingen ReSpAct
- 1.4 Leeswijzer

Hoofdstuk 1

1.1 Achtergrond

Mensen met een lichamelijke beperking en/of chronische ziekte blijken structureel minder te bewegen en te sporten ten opzichte van de algemene bevolking [1]. Daarnaast blijkt deze groep per dag aanzienlijk meer tijd zittend door te brengen [2,3]. Lichamelijke inactiviteit en sedentair gedrag zijn, onafhankelijk van elkaar, risicofactoren voor het ontwikkelen van onder meer obesitas, diabetes en hart- en vaatziekten [4-7]. Mede door deze verhoogde gezondheidsrisico's zorgen langdurige lichamelijke inactiviteit en sedentair gedrag voor een aanzienlijke stijging van de zorgkosten [8, 9].

Er is veelvuldig in de literatuur aangetoond dat regelmatige lichamelijke activiteit vele gezondheidsvoordelen met zich meebrengt en dat het de risico's op secundaire gezondheidsproblemen aanzienlijk kan verminderen [2]. Bovendien zijn de gezondheidsvoordelen voor mensen met een chronische ziekte en/of lichamelijke beperking mogelijk nog groter dan voor de algemene bevolking. Het is daarom van groot belang om een actieve leefstijl bij deze groep te stimuleren. In eerder onderzoek van Van der Ploeg *et al.* [10] is aangetoond dat het stimuleren van sportdeelname in combinatie met het bevorderen van een actieve leefstijl, tijdens en na de revalidatiebehandeling, bij mensen met een lichamelijke beperking, effectief bleek te zijn. Deelnemers lieten een significante toename van sport en lichamelijke activiteit zien, zowel op de korte termijn als een jaar na het beëindigen van de revalidatiebehandeling.

Op basis van de uitkomsten van het onderzoek van Van der Ploeg *et al.* is het huidige programma Revalidatie, Sport en Bewegen¹ [11] ontwikkeld. Het programma Revalidatie, Sport en Bewegen richt zich op het structureel aanbieden van bewegen en sport aan patiënten tijdens en na het revalidatieproces. De patiënt wordt vanaf het begin van het revalidatieproces gestimuleerd om bewegen en sport tot een vast en blijvend onderdeel van zijn/haar dagelijkse leven te maken.

¹ Stichting Onbeperkt Sportief, als voormalig eigenaar van het programma, heeft in de periode van 2012 – 2015 de landelijk implementatie van het programma opgezet en gecoördineerd. Een evaluatie van de implementatie in 18 deelnemende revalidatie-instellingen is beschreven in de “Eindrapportage van de monitor” [12]. Het programma Revalidatie, Sport en Bewegen is vanaf januari 2016 onderdeel van Stichting Special Heroes Nederland.

1.2 Het programma Revalidatie, Sport en Bewegen

Het programma Revalidatie, Sport en Bewegen

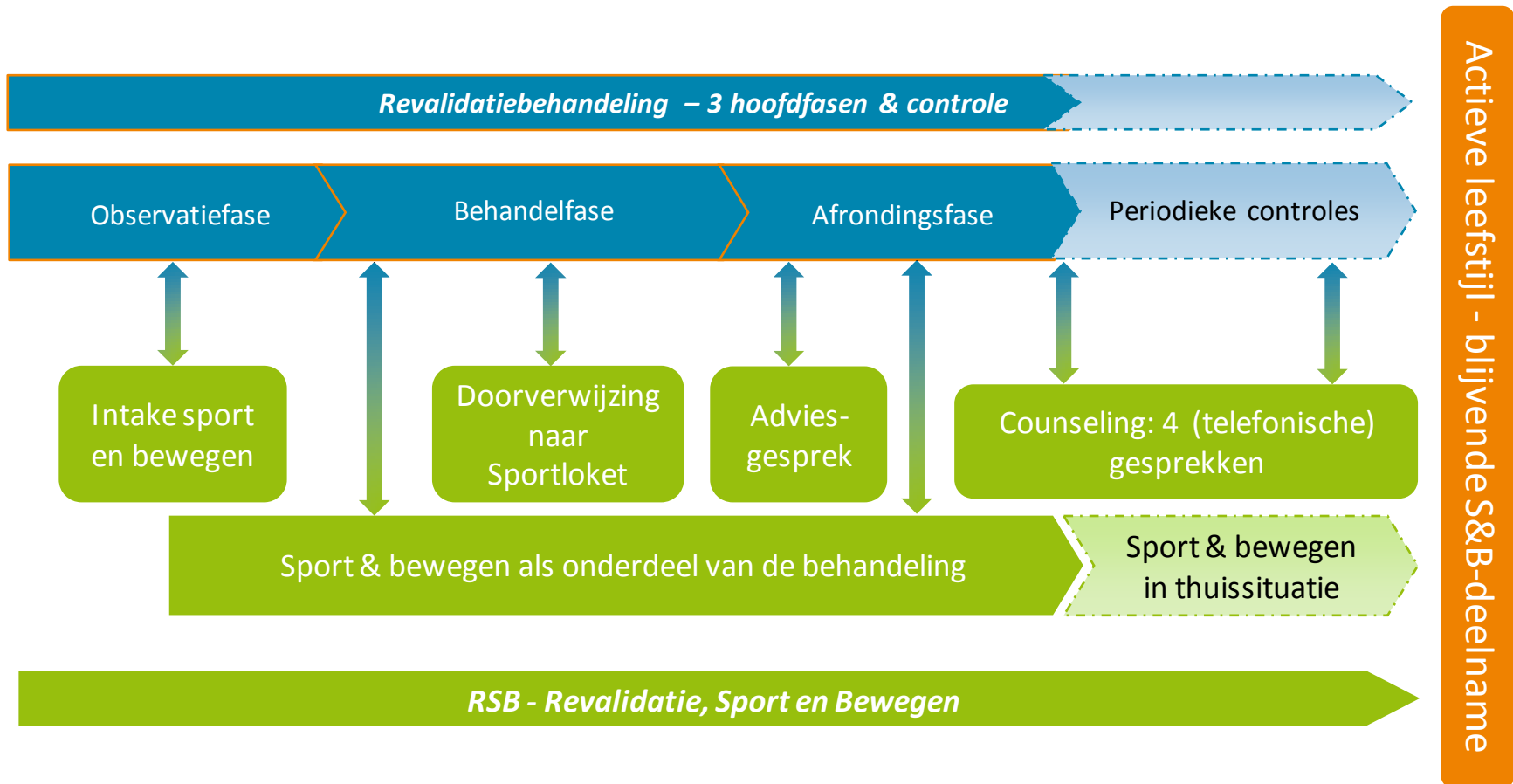
Het programma bestaat uit verschillende onderdelen die ingrijpen op verschillende fases van de revalidatiebehandeling. Het programma is daarmee volledig verweven in de gehele behandeling. De kernonderdelen van het programma Revalidatie, Sport en Bewegen zijn:

- *Intake sport en bewegen*
Tijdens een intake gesprek wordt de sportieve voorgeschiedenis van patiënten en hun interesse op het gebied van sport en bewegen tijdens de behandeling in kaart gebracht. Mede op basis van deze intake kan het behandelprogramma van de patiënt worden vastgesteld.
- *Sport en Bewegen tijdens de behandeling*
Patiënten gaan als vast onderdeel van de revalidatiebehandeling sporten en bewegen (fysiotherapie, bewegingsagogie etc.).
- *Doorverwijzing naar het Sportloket*
Aan het einde van de behandeling wordt de patiënt doorverwezen naar een sport- en beweegconsulent van het Sportloket om ondersteuning of advies te ontvangen omtrent het ontwikkelen en behouden van een actieve leefstijl in de thuissituatie.
- *Persoonlijk adviesgesprek bij het Sportloket*
In het persoonlijk adviesgesprek met de sport- en beweegconsulent wordt de patiënt gemotiveerd en ondersteund om de tijdens de behandeling opgedane actieve leefstijl thuis voort te zetten. Een doorverwijzing naar een sport- en beweegactiviteit in de regio kan onderdeel uitmaken van het adviesgesprek.
- *Counseling vanuit Sportloket*
Na afronding van de behandeling ontvangt de (ex-)patiënt een viertal telefonische counselinggesprekken. Met deze telefoongesprekken tussen de sport- en beweegconsulent en de (ex-)patiënt, wordt de (ex-)patiënt verder ondersteund in het oppakken en behouden van een actieve leefstijl in de thuissituatie

Het figuur op de volgende pagina geeft een schematische weergave van het programma bij een (poli)klinische revalidatiebehandeling. Daarnaast kunnen patiënten die alleen een behandeling ontvangen op basis van consulten (consultair) ook deelnemen aan het programma Revalidatie, Sport en Bewegen. Het figuur op pagina 9 geeft een overzicht van het programma voor de consultaire behandeling.

1.2 Het programma Revalidatie, Sport en Bewegen

Schematische weergave van het programma Revalidatie, Sport en Bewegen bij een (poli)klinische revalidatiebehandeling



In het handboek *Revalidatie, Sport en Bewegen* [11] van Stichting Onbeperkt Sportief staat het programma *Revalidatie, Sport en Bewegen* in detail beschreven.

1.2 Het programma Revalidatie, Sport en Bewegen

Schematische weergave van het programma Revalidatie, Sport en Bewegen bij een consultaire behandeling.



In het handboek Revalidatie, Sport en Bewegen [11] van Stichting Onbeperkt Sportief staat het programma Revalidatie, Sport en Bewegen in detail beschreven.

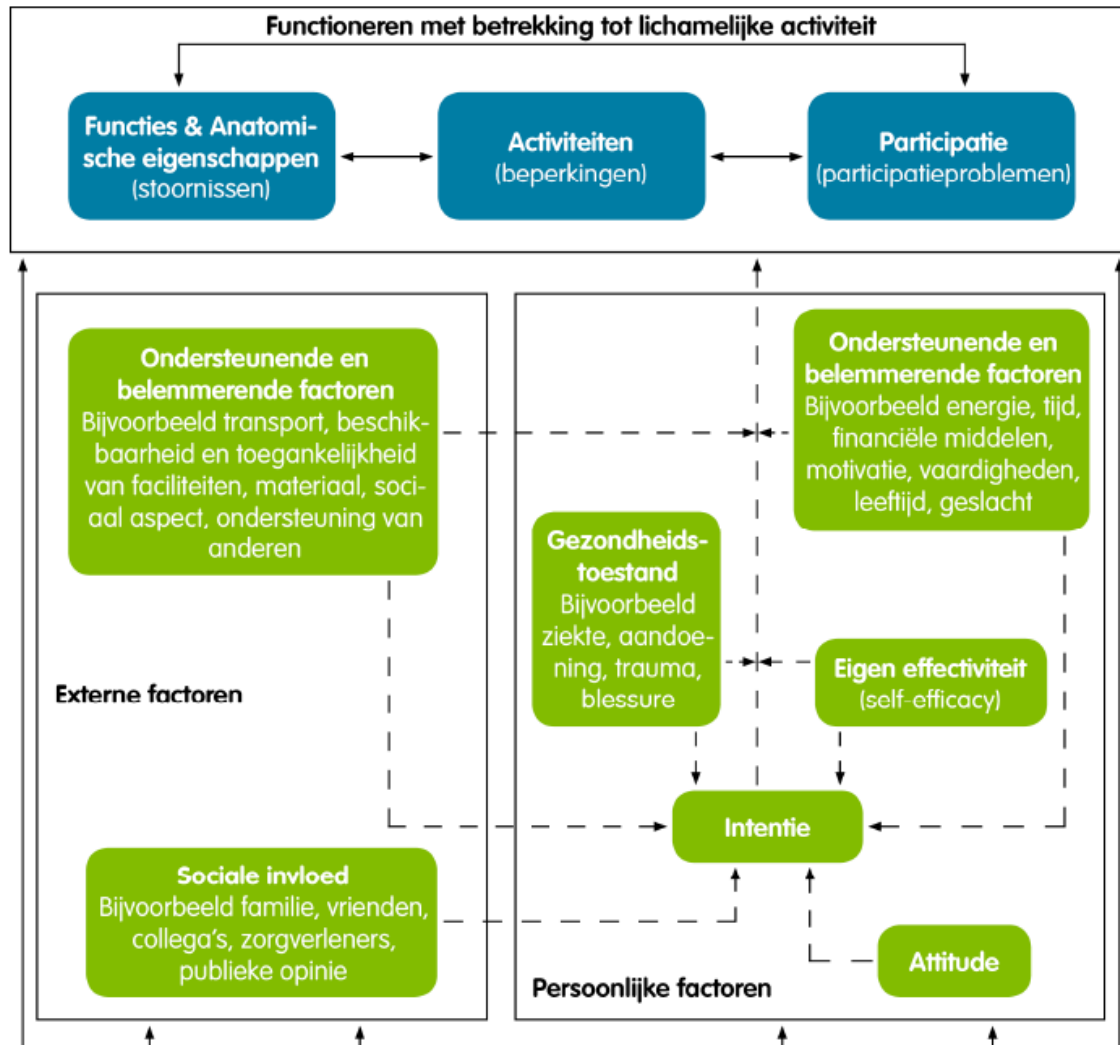
1.3 Het conceptueel model – PAD model

Het programma Revalidatie, Sport en Bewegen en het daarbij horende wetenschappelijke onderzoek ReSpAct is onder andere gebaseerd op het Physical Activity Disability model (PAD) model [13]. In dit PAD-model wordt de relatie beschreven tussen lichamelijke activiteit, de determinanten van lichamelijke activiteit en het functioneren van mensen met een lichamelijke beperking. Het PAD-model is gebaseerd op het International Classification of Functioning, Disability and Health model [14], the Attitude, Social influence and self-Efficacy (ASE) model [15] en het stage-of-change model [16].

Daarnaast is het model van Bouchard et al. [17] sterk verweven in het PAD model, zie figuur op pagina 14. Het model van Bouchard laat zien hoe lichamelijke activiteit, lichamelijke fitheid en de gezondheidstoestand van een persoon elkaar wederkerig beïnvloeden en worden beïnvloed door persoons- en omgevingsfactoren.

Het programma Revalidatie, Sport en Bewegen heeft als doel lichamelijke activiteit bij (ex)patiënten te stimuleren door middel van het beïnvloeden van de determinanten. Het beïnvloeden van de determinanten zal onder andere bestaan uit het bevorderen van een positieve *attitude* t.a.v. sport en bewegen en het wegnemen van de barrières. De verwachting is dat wanneer men meer lichamelijk actief is, dit ook positieve effecten heeft op de lichamelijke fitheid en de gezondheidstoestand van de persoon [17,18].

1.3 Het conceptueel model – PAD model



1.4 De doelstellingen van ReSpAct

Het onderzoek ReSpAct

Gekoppeld aan de landelijke implementatie van het programma Revalidatie, Sport en Bewegen is het wetenschappelijk onderzoek Revalidatie, Sport en Actieve Leefstijl (ReSpAct) opgezet om de resultaten van het programma op het niveau van de patiënten te evalueren [19, 20].

Het onderzoek ReSpAct heeft daarmee de volgende hoofddoelstellingen:

- Inzicht krijgen in het beloop van het sport- en beweeggedrag, gezondheidsbeleving en zorgkosten van deelnemers aan het programma Revalidatie, Sport en Bewegen tijdens en na afloop van het programma
- Inzicht krijgen in de onderliggende werkingsmechanismen van het programma Revalidatie, Sport en Bewegen

De resultaten van het onderzoek ReSpAct kunnen in de toekomst gebruikt worden om het programma Revalidatie, Sport en Bewegen verder te optimaliseren. De 'evidence-based' inzichten vanuit het onderzoek ReSpAct kunnen daarmee bijdragen aan verbeteringen van de revalidatiezorg voor volwassenen met een lichamelijke beperking en/of een chronische ziekte.

Doelstellingen rapportage deel I en II

In de eerste onderzoeksrapportage van ReSpAct, gepubliceerd in april 2016, zijn de eerste onderzoeksresultaten van het programma Revalidatie, Sport en Bewegen beschreven op het niveau van de patiënt [21]. In deze rapportage is het beloop van het sport- en beweeggedrag, gezondheidsbeleving en het zorggebruik van deelnemers aan het onderzoek ReSpAct in de periode van revalidatiebehandeling tot 14 weken na het beëindigen van de revalidatiebehandeling beschreven. In de tweede rapportage, gepubliceerd in januari 2017, is inzicht verkregen in de onderliggende werkingsmechanismen van het programma Revalidatie, Sport en Bewegen op korte termijn (tot 14 weken na revalidatie).

Doelstellingen huidige rapportage (Deel III)

Met de huidige rapportage wordt inzicht gegeven in het beloop van het sport- en beweeggedrag, gezondheidsbeleving en zorgkosten van deelnemers aan het onderzoek ReSpAct in de periode van revalidatiebehandeling tot een jaar en na het beëindigen van de revalidatiebehandeling. Tevens wordt inzicht verkregen in de onderliggende werkingsmechanismen van het programma Revalidatie, Sport en Bewegen op lange termijn (tot 1 jaar na revalidatie). Met andere woorden: waarom wordt/blijft de ene patiënt wel actief en de andere niet? En welke programma- en patiëntkenmerken zijn hierin bepalend? De huidige en tevens laatste rapportage is daarmee het vervolg op de eerder gepubliceerde rapportages van ReSpAct.

1.5 Leeswijzer

De rapportage start met een korte beschrijving van de gebruikte methoden. In de volgende hoofdstukken (3-5) wordt het beloop van het beweeggedrag, gezondheidsbeleving en zorgkosten beschreven aan de hand van verschillende beweeg-, gezondheids- en zorgtrajecten. Vervolgens wordt in hoofdstuk 6 besproken in hoeverre de verschillende geïdentificeerde trajecten met elkaar samenhangen. Hoofdstuk 7 beschrijft patiëntprofielen op basis van de ontvangen begeleiding (programmamenmerken). In dit hoofdstuk wordt inzicht verkregen in hoeverre de variatie van de ontvangen begeleiding samenhangt met het beloop van het sport- en beweeggedrag. In het daarop volgende hoofdstuk (8) worden op dezelfde wijze andere patiëntprofielen beschreven, die geconstrueerd zijn op basis van verschillende patiëntkenmerken (o.a. motivatie, self-efficacy en vermoeidheid). Vervolgens wordt gekeken in hoeverre het beloop van het sport- en beweeggedrag en daarmee samenhangende factoren verschilt tussen de profielen.

De rapportage is achtereenvolgens opgebouwd uit de volgende onderwerpen:

- Hoofdstuk 2: Methode
- Hoofdstuk 3: Trajecten van het beweeggedrag
- Hoofdstuk 4: Trajecten van gezondheidsbeleving
- Hoofdstuk 5: Trajecten van zorgkosten
- Hoofdstuk 6: Samenhang tussen de beweeg-, gezondheid- en zorgtrajecten
- Hoofdstuk 7: Profielen op basis van programmamenmerken
- Hoofdstuk 8: Profielen op basis van patiëntkenmerken
- Hoofdstuk 9: Samenvatting
- Hoofdstuk 10: Conclusie
- Hoofdstuk 11: Aandachtspunten voor de toekomst

Deze rapportage heeft een visueel karakter. De bevindingen zijn zoveel mogelijk in figuren weergegeven. Indien in de tekst in de huidige rapportage over 'consulenten' gesproken wordt, dan worden daar de 'sport- en beweegconsulenten' mee bedoeld. De deelnemers aan het onderzoek ReSpAct worden in deze rapportage 'patiënten' genoemd. De standaard deviatie wordt afgekort met SD.

Hoofdstuk 2

Methode

In dit hoofdstuk wordt de methode van het onderzoek beschreven. Allereerst wordt ingegaan op de onderzoeksopzet en de selectie van de patiëntenpopulatie. Vervolgens worden de data verzameling en de data analyse nader toegelicht.

- 2.1 Onderzoeksopzet
- 2.2 Onderzoekspopulatie
- 2.3 Data verzameling
- 2.4 Inhoud vragenlijsten
- 2.5 Data analyse

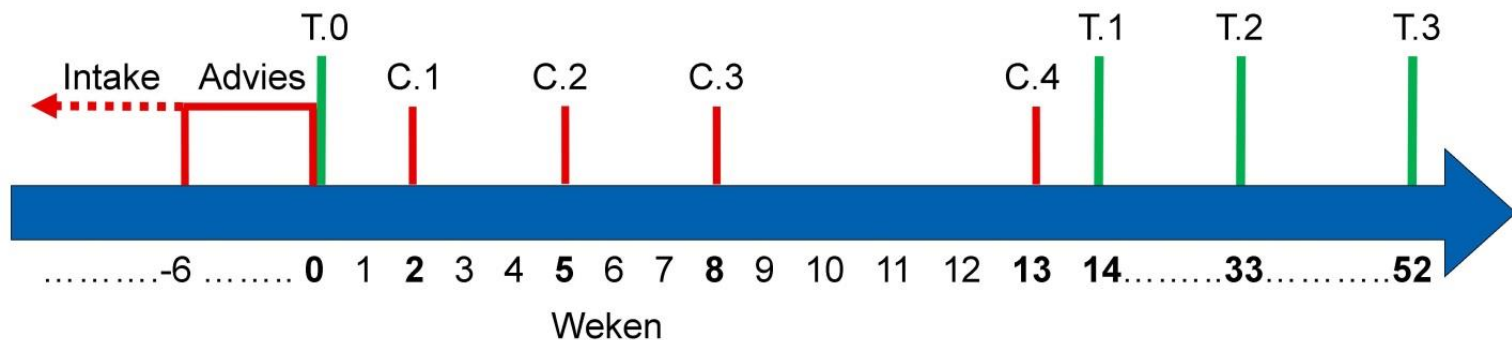
2.1 Onderzoeksopzet

Onderzoeksdesign

Als onderzoekdesign is gekozen voor een longitudinale cohortstudie. Deelnemers aan het onderzoek zijn gedurende een jaar gevolgd en hebben op meerdere momenten in de tijd een vragenlijst ontvangen.

Onderzoeksprotocol

Deelnemers aan het onderzoek zijn op vier momenten in de tijd gemeten, namelijk 3 tot 6 weken voor het einde van de revalidatiebehandeling (T0), 14 weken (T1), 33 weken (T2) en na 52 weken na het einde van de revalidatiebehandeling (T3). De vier counselinggesprekken (C1 - C4) vinden plaats tussen de T0-meting en T1-meting. Het gehele onderzoeksprotocol inclusief de vier counselinggesprekken (C1 – C4) en meetmomenten (T0 – T3) is schematisch weergegeven in onderstaand figuur.



Schematisch overzicht van de verschillende aspecten van het programma Revalidatie, Sport en Beweging (rood) en de verschillende meetmomenten per patiënt van het wetenschappelijke onderzoek ReSpAct (groen). Week 0 impliceert het ontslagmoment voor de (poli)klinische patiënten en het moment van het adviesgesprek voor de patiënten die een consultaire behandeling ontvangen. C = counselinggesprek; T = meetmoment onderzoek.

2.2 Onderzoekspopulatie

Onderzoekspopulatie

In totaal zijn 1719 patiënten geïnccludeerd in het onderzoek ReSpAct. De groep patiënten voldoet aan de volgende inclusie- en exclusiecriteria:

Inclusie criteria:

- Personen van 18 jaar en ouder;
- Personen met een lichamelijke beperking en/of chronische ziekte;
- Personen die (poli)klinisch of consultair in behandeling zijn in één van de deelnemende revalidatie-instellingen;
- Personen die deelnemen aan het programma Revalidatie, Sport en Bewegen

Exclusie criteria:

- Personen die niet in staat zijn de vragenlijsten in te vullen, zelfs met hulp;
- Personen die deelnemen aan een ander programma die fysieke activiteit stimuleert

Een uitgebreide beschrijving van de onderzoekspopulatie is beschreven in Onderzoeksrapportage Deel I [21].

2.3 Data verzameling

Onderzoeksinstrumenten

Voor de huidige rapportage is gebruik gemaakt van verschillende onderzoeksinstrumenten. Een complete beschrijving van de gebruikte instrumenten en de data die verzameld zijn binnen het onderzoek ReSpAct, is elders beschreven [19]. Voor deze rapportage is gebruik gemaakt van de data afkomstig van de vragenlijsten van het eerste en tweede meetmoment (T0 en T1) en de online registratietool.

T0-vragenlijst

De vragenlijst van het eerste meetmoment (T0) bestaat uit drie delen, waarvan het eerste deel (Vragenlijst Adviesgesprek) onderdeel uitmaakt van het programma Revalidatie, Sport en Bewegen. Patiënten zijn geïnstrueerd om deze vragenlijst schriftelijk, voorafgaand aan het adviesgesprek bij het Sportloket, in te vullen. De lijst bestaat uit de SQUASH, een vragenlijst over lichamelijke activiteit welke in 15 minuten ingevuld kan worden [22].

Vragenlijst Deel A bestaat uit een aantal vragenlijsten over hoe de patiënt tegen bewegen en sporten aankijkt. Dit deel is tijdens het eerste contactmoment met de consulent in het Sportloket ingevuld, voorafgaand aan het daadwerkelijke adviesgesprek. Het schriftelijk invullen van dit deel kost ongeveer 20 minuten.

Het laatste deel van de T0-vragenlijst (Vragenlijst deel B) heeft de patiënt direct na afloop van het adviesgesprek ontvangen. Het invullen van dit deel neemt ongeveer 45–60 minuten in beslag. Patiënten hebben de vragenlijst online of papier ingevuld. Alle delen van de T0-vragenlijst zijn afgenomen in de periode van mei 2013 tot oktober 2015.

T1-, T2 en T3-vragenlijst

Alle patiënten die klinisch of poliklinisch in behandeling zijn, hebben respectievelijk op 14, 33 en 52 weken na het einde van hun revalidatiebehandeling de T1-, T2- en T3-vragenlijst op papier of digitaal ontvangen. Consultaire patiënten hebben de vragenlijsten 14, 33 en 52 weken na het adviesgesprek met de consulent van het Sportloket ontvangen. Het invullen van de vragenlijst nam per meetmoment in totaal ongeveer 60 minuten in beslag. Deelnemers hadden de mogelijkheid om de vragenlijst in etappes in te vullen.

Online registratietool

Voor het registreren van deelnemende patiënten aan het onderzoek ReSpAct is een online registratietool ontwikkeld die de sport- en beweegconsulenten binnen het Sportloket hebben gebruikt. In deze registratietool is een aantal algemene kenmerken van de patiënt, zoals behandelvorm en aandoening, door de consulent geregistreerd. Gegevens uit deze registratietool zijn, naast de vragenlijsten, gebruikt voor de rapportage.

2.4 Inhoud vragenlijsten

Inhoud vragenlijsten

Vragen over het sport- en beweeggedrag en daarmee mogelijk samenhangende factoren (determinanten), de gezondheidsbeleving en het zorggebruik zijn in alle vier vragenlijsten (T0, T1, T2, T3) opgenomen. Vragen over de algemene persoonskenmerken van de patiënt zijn bij de T0-meting bevraagd.

Sport- en beweeggedrag

De mate van de dagelijkse lichamelijke activiteit is gemeten met behulp van een aangepaste versie van de Short Questionnaire to ASses Health enhancing physical activity (SQUASH) [22]. Aan de deelnemers van het programma is gevraagd om aan te geven hoeveel dagen per week ze bepaalde activiteiten uitvoeren (frequentie), hoeveel tijd ze daar gemiddeld per dag mee bezig zijn (duur) en hoe inspannend ze het uitvoeren van de betreffende activiteiten hebben ervaren (intensiteit). Als terugvraagperiode is gekozen voor een normale week in de afgelopen maand.

In de vragenlijst wordt achtereenvolgens gevraagd naar lichamelijke activiteiten tijdens woon/werkverkeer, lichamelijke activiteit op het werk of school, huishoudelijke activiteiten en beweeg- en sportactiviteiten in de vrije tijd. Tot slot wordt de vragenlijst afgesloten met een overkoepelende vraag die gericht is op de Nederlandse Norm Gezond Bewegen (NNGB).

Omdat de originele versie van de SQUASH vragenlijst oorspronkelijk niet ontworpen is voor mensen met een lichamelijke beperking, is er een aantal kleine aanpassingen gedaan aan de vragenlijst. Zo is als aanvulling op de activiteiten 'lopen/wandelen' en 'fietsen' ook 'rolstoelrijden' en 'handbiken' toegevoegd bij de categorieën 'woon/werkverkeer' en 'vrije tijd'. Daarnaast wordt er gevraagd naar de ervaren intensiteit van de activiteiten in termen van licht, matig en zwaar met daarbij een korte toelichting op deze termen. Verder is ook als voorbeeld '(rolstoel)tennis' toegevoegd, in plaats van gewoon tennis.

Daarnaast is ook een aantal vragen in de vragenlijsten opgenomen over de vorm en het niveau van de sportbeoefening in de thuissituatie van de patiënt.

2.4 Inhoud vragenlijsten

Determinanten van lichamelijke activiteit

Om inzicht te krijgen in de achterliggende werkingsmechanismen van veranderingen in de mate van lichamelijke activiteit, is ook een aantal belangrijke determinanten van lichamelijke activiteit in de vragenlijsten uitgevraagd. De determinanten zijn onder andere uitgekozen op basis van het Physical Activity for people with a Disability (PAD) model (zie figuur op pagina 14). In het volgende overzicht zijn de determinanten weergegeven die op T0 t/m T3 zijn uitgevraagd. Daarnaast is ook aangegeven met behulp van welke vragenlijsten of vragen deze aspecten zijn gevraagd.

Determinant	Bron
Psychosociaal	
Stage of change (fase van gedragsverandering)	Marcus et al, 1992 [23]
Self-efficacy (eigen effectiviteit)	Marcus et al, 1992 [23] met toevoeging van stellingen (f en g) uit Campagneonderzoek WUR/NISB [24]
Attitude	Biddle et al, 1994 [25] en Martilla & Nupponen, 2006 [26]
Motivatie	Behavioral Regulation in Exercise Questionnaire (BREQ-2) Markland & Tobin, 2004 [27]
Gezondheid	
Belemmering: aandoening	Sallis 1989/1999 [28, 29]
Ervaren gezondheid	VAS-schaal
Vermoeidheid	Fatigue Severity Scale (FSS), Krupp et al. 1989 [30]; Fleurke et al. 2004 [31]
Mate van pijn	RAND 12-item health survey [32, 33].
Omgeving	
Sociale steun	Sallis 1987[34], Papandonatos 2012 [35]

2.4 Inhoud vragenlijsten

Gezondheidsbeleving

De algemene gezondheidstoestand is gemeten met behulp van de RAND 12-item health survey [36]. De RAND-12 is een verkorte versie van de RAND 36-item [37,38] en bestaat uit twaalf vragen, welke zijn onderverdeeld in de volgende onderdelen:

- Algemene gezondheid
- Fysieke gezondheid
- Mentale gezondheid
- Pijn

Medisch zorggebruik

Het medisch zorggebruik is gemeten met behulp van een aangepaste en uitgebreide versie van de iMCQ [39]. Met deze vragenlijst wordt het medisch zorggebruik van de afgelopen drie maanden bevraagd. Het betreft onder andere de volgende aspecten:

- Bezoeken aan zorgverleners, zoals huisarts, fysiotherapeut, ergotherapeut
- Bezoeken aan medisch specialisten
- Dagbehandeling en/of opname in zorginstellingen
- Medisch onderzoek in ziekenhuis
- Opname in ziekenhuis
- Thuiszorg
- Medicijngebruik¹

¹ Kosten met betrekking tot het medicijngebruik zijn in deze rapportage buitenbeschouwing gelaten. Deze informatie zal in de volgende rapportage worden toegevoegd.

2.5 Data analyse

Nadat alle beschikbare data zijn samengevoegd in het statistisch programma SPSS, zijn zij opgeschoond en zijn sterk afwijkende of onrealistische waarden uitgesloten van verdere analyse. Categoriele variabelen (bijv. geslacht, opleidingsniveau) worden beschreven aan de hand van percentages en continue variabelen zullen gepresenteerd worden aan de hand van het gemiddelde en de spreiding hieromheen (standaard deviatie). Resultaten zijn zowel tekstueel als figuurlijk gepresenteerd.

De trajecten en profielen vormen de basis voor deze rapportage en zijn geconstrueerd in het statistisch programma Mplus.

Trajecten van beweeggedrag, gezondheidsbeleving en zorgkosten

Zogenaamde latent class growth modellen zijn gebruikt om de variatie in het beloop van het beweeggedrag, gezondheidsbeleving en de zorgkosten inzichtelijk te maken op basis van een gangbare werkwijze [40]. Uiteindelijk is het doel geweest om trajecten te construeren waarbij patiënten binnen elk traject zo vergelijkbaar mogelijk zijn op het beloop van het beweeggedrag, gezondheidsbeleving of zorgkosten, maar zo verschillend mogelijk van patiënten uit de andere trajecten. De trajecten voor deze rapportage zijn gebaseerd op de periode na afloop van de revalidatie (m.a.w. de periode vanaf T1). De periode tijdens de revalidatie (m.a.w. de periode tussen T0 en T1) is naderhand opgenomen in de gepresenteerde teksten en figuren.

Patiëntprofielen van programmakenmerken en patiëntkenmerken

Zogenaamde latente klasse analyses (oftewel clusteranalyses) zijn aan de hand van 1) kenmerken omtrent ontvangen begeleiding (programmakenmerken) en 2) patiëntkenmerken geconstrueerd op basis van een gangbare werkwijze [36]. Uiteindelijk is het doel geweest om profielen te construeren waarbij patiënten binnen elk profiel zo vergelijkbaar mogelijk zijn op het gebied van de ontvangen begeleiding of geïnccludeerde patiëntkenmerken, maar zo verschillend mogelijk van patiënten uit de andere profielen.

Verschillen tussen de profielen en trajecten zijn geanalyseerd aan de hand van gemiddelden voor continue variabelen of chi-kwadraat toetsen voor categoriele variabelen. In hoofdstuk 6 is de samenhang tussen de drie trajecten van het beweeggedrag, gezondheidsbeleving of zorgkosten geanalyseerd aan de hand van kruistabellen.

Een belangrijk verschil tussen de trajecten en de profielen is het soort data dat gebruikt is om de trajecten en profielen te construeren. Zo zijn de *trajecten* geconstrueerd op basis van gegevens gemeten op *verschillende momenten in de tijd* (bijv. beweeggedrag op 14, 33 en 52 weken na revalidatie), terwijl de *profielen* geconstrueerd zijn op basis van verschillende gegevens/kenmerken gemeten op *één moment in de tijd* (bijv. motivatie, fase van gedragsverandering, vermoeidheid tijdens de revalidatie).

Hoofdstuk 3

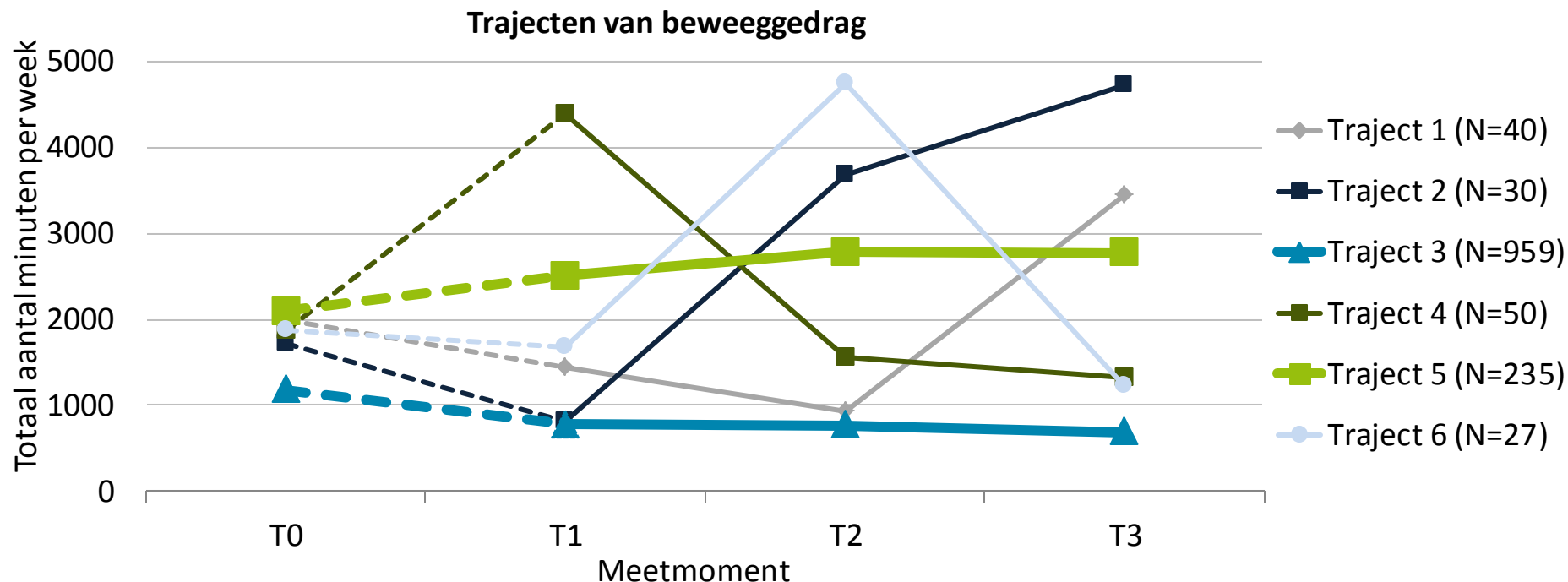
Trajecten van beweeggedrag

In dit hoofdstuk worden de trajecten van beweeggedrag over de tijd beschreven. De patiënten in de verschillende beweegtrajecten worden beschreven aan de hand van patiëntkenmerken uit het PAD model.

Dit hoofdstuk is als volgt opgebouwd:

- 3.1 Beweegtrajecten
- 3.2 Beschrijving van beweegtrajecten: sport- en beweeggedrag
 - 3.2.1 Totaal aantal minuten lichamelijke activiteit
 - 3.2.2 Licht intensieve activiteiten
 - 3.2.3 Matig intensieve activiteiten
 - 3.2.4 Zwaar intensieve activiteiten
 - 3.2.5 Nederlandse Norm Gezond Bewegen
 - 3.2.6 Sportgedrag
- 3.3 Beschrijving van beweegtrajecten: patiëntkenmerken tijdens de revalidatie
 - 3.3.1 Persoonskenmerken
 - 3.3.2 Revalidatiecontext
 - 3.3.3 Aandoening en co-morbiditeit
 - 3.3.4 Redenen om te bewegen
- 3.4 Beschrijving van beweegtrajecten: verandering over de tijd
 - 3.4.1 Psychosociale factoren
 - 3.4.2 Gezondheidsfactoren
 - 3.4.3 Omgevingsfactoren

3.1 Beweegtrajecten

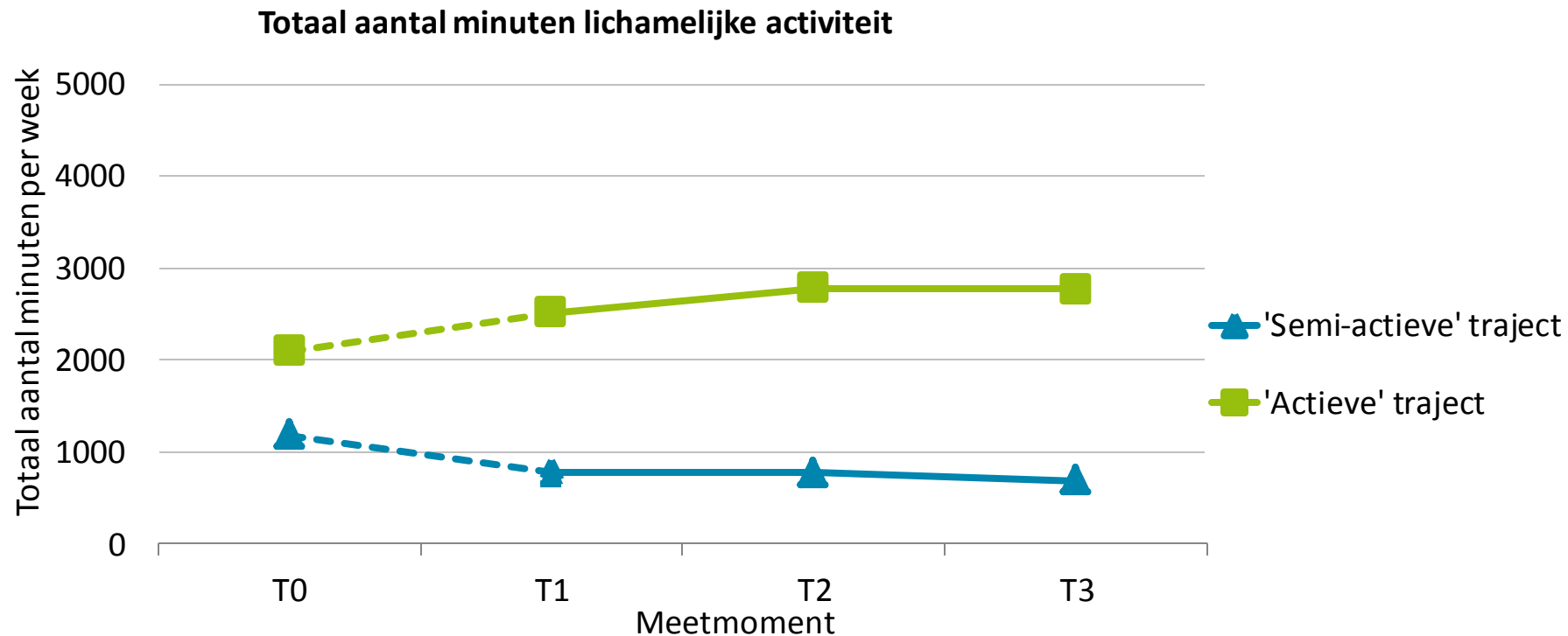


Beweegtrajecten over de tijd

Op basis van de latent class growth modellen zijn zes verschillende beweegtrajecten geïdentificeerd: twee grote trajecten die gekenmerkt worden door een redelijk stabiel beweeggedrag over de tijd (traject 3 en 5) en vier kleine trajecten die een fluctuerend beweeggedrag over de tijd laten zien (traject 1, 2, 4 en 6).

Vanwege het lage aantal patiënten per traject, zijn traject 1, 2, 4 en 6 niet meegenomen in de vervolganalyses van dit hoofdstuk. De volgende paragrafen van dit hoofdstuk zijn daarom gebaseerd op de vergelijking van de twee grootste patiëntgroepen: traject 3 en 5. Traject 3 wordt vanaf nu het '**Semi-actieve**' traject (blauw) genoemd en traject 5 het '**Actieve**' traject (groen). Patiënten in het 'Semi-actieve' traject laten een lichte afname zien in het aantal minuten lichamelijke activiteit per week, terwijl patiënten in het 'Actieve' traject een lichte toename in hun beweeggedrag laten zien.

3.2.1 Totaal aantal minuten lichamelijke activiteit

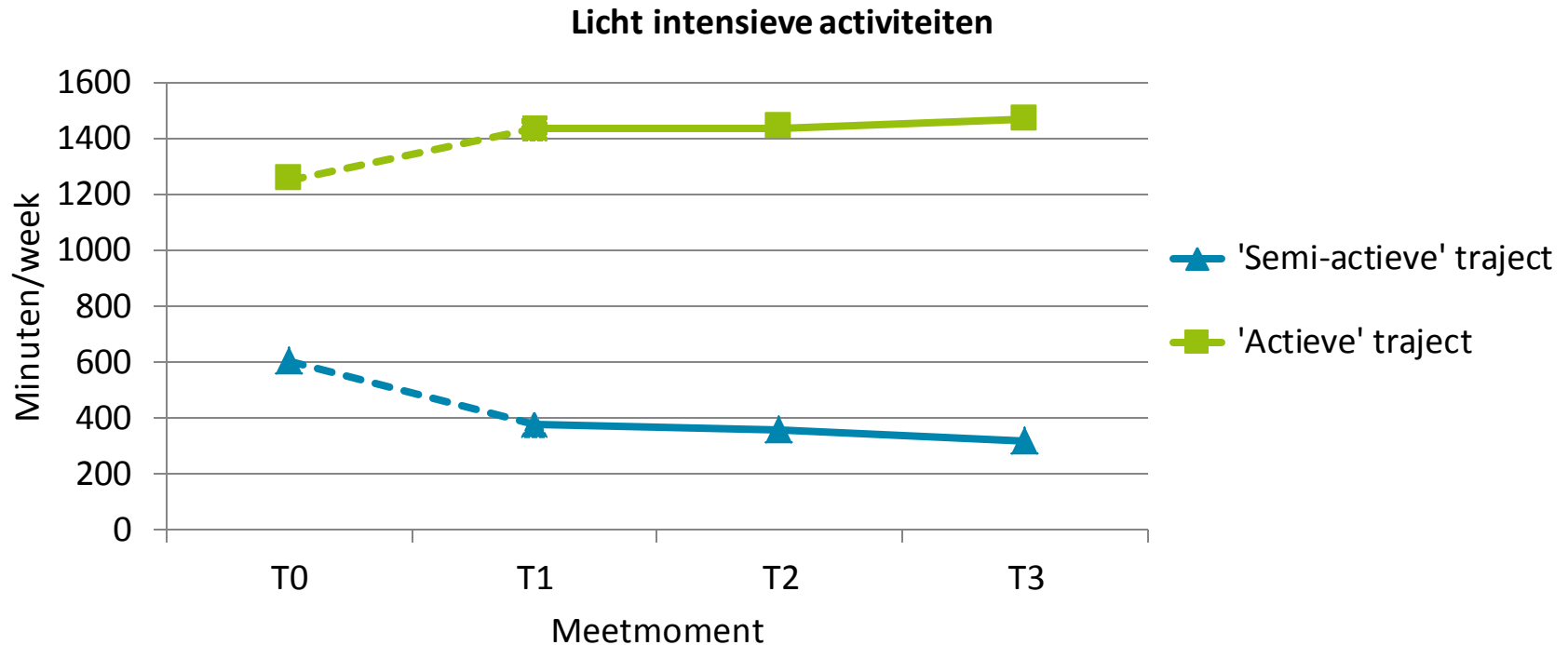


Totaal aantal minuten lichamelijke activiteit per week

Het totaal aantal minuten lichamelijke activiteit per week is op alle meetmomenten hoger in het 'Actieve' traject ten opzichte van het 'Semi-actieve' traject. De verschillen zijn het grootste één jaar na revalidatie (T3: gemiddeld 2768 versus 688 min/week).

In het 'Actieve' traject is een toenemende trend te zien in het totaal aantal minuten lichamelijke activiteit van gemiddeld 2093 min/week op T0 naar 2768 min/week op T3. In het 'Semi-actieve' traject is een afnemende trend te zien van gemiddeld 1181 min/week op T0 naar 688 min/week op T3.

3.2.2 Licht intensieve activiteiten

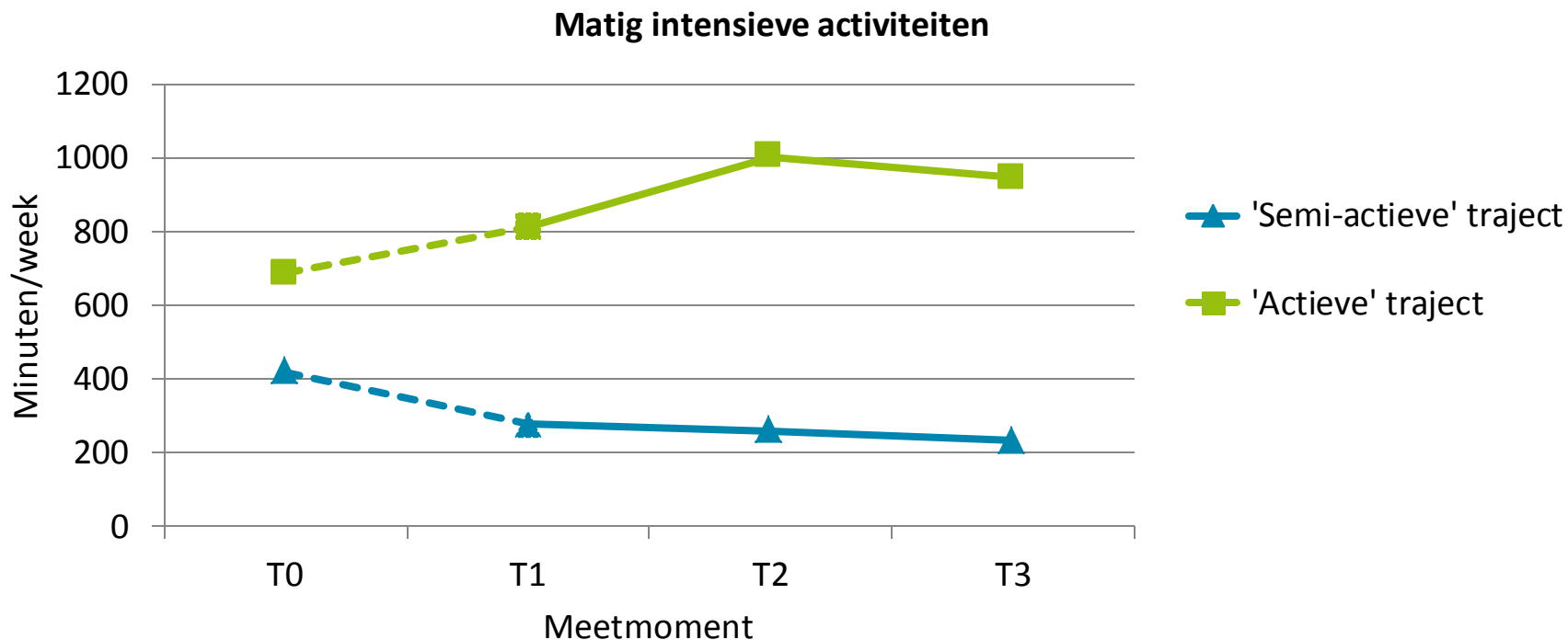


Totaal aantal minuten licht intensieve activiteiten per week

Het gemiddeld aantal minuten licht intensieve activiteiten per week is op alle meetmomenten hoger in het 'Actieve' traject ten opzichte van het 'Semi-actieve' traject. De verschillen zijn het grootste in de periode na revalidatie (T3: gemiddeld 1466 versus 317 min/week).

In het 'Actieve' traject is een toenemende trend te zien in het gemiddeld aantal minuten licht intensieve beweegactiviteiten van 1252 min/week op T0 naar 1466 min/week op T3. In het 'Semi-actieve' traject is een afnemende trend te zien van 603 min/week op T0 naar 317 min/week op T3.

3.2.3 Matig intensieve activiteiten

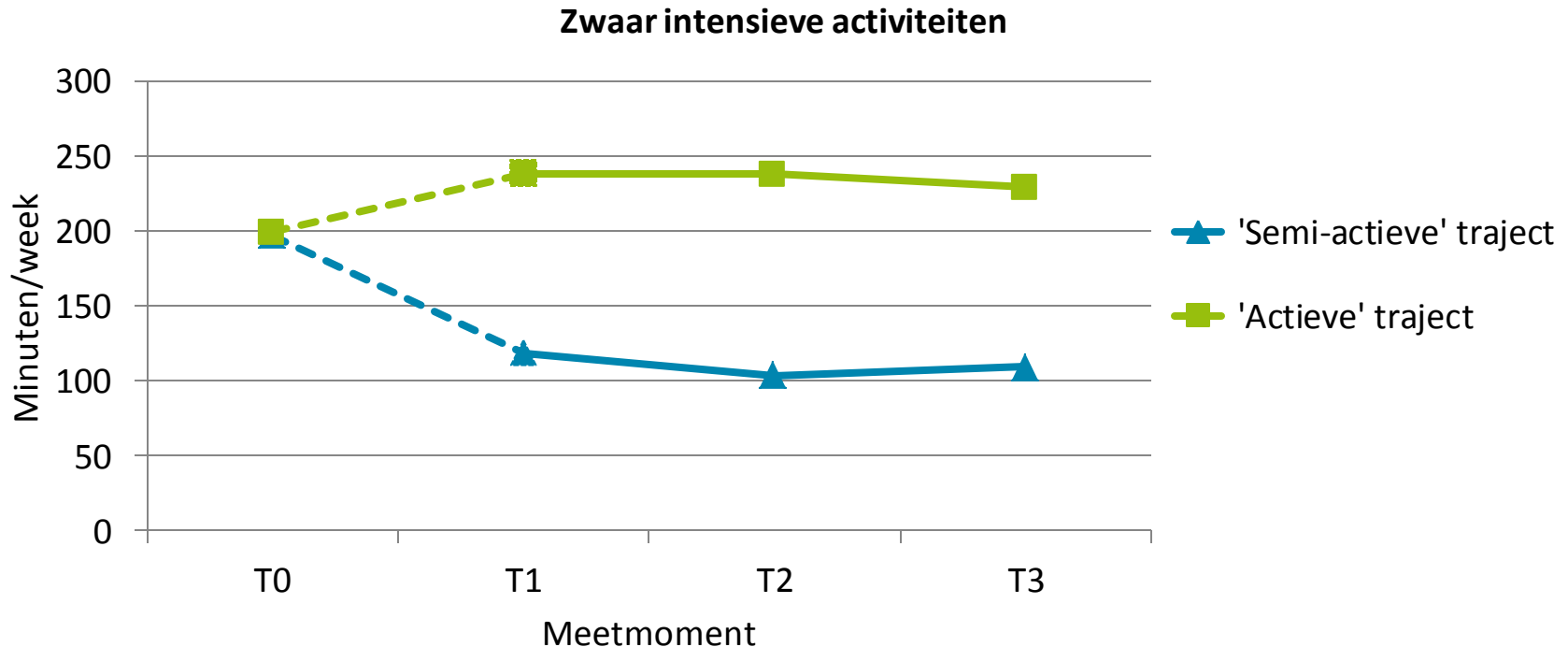


Totaal aantal minuten matig intensieve activiteiten per week

Het aantal minuten matig intensieve activiteiten per week is op alle meetmomenten hoger in het 'Actieve' traject dan in het 'Semi-actieve' traject.

In het 'Actieve' traject is een toenemende trend te zien van 687 min/week op T0 naar 1002 min/week op T2, maar vervolgens neemt het aantal minuten matig intensieve activiteiten af naar 946 min/week op T3. In het 'Semi-actieve' traject is een afnemende trend te zien van 418 min/week op T0 naar 231 min/week op T3.

3.2.4 Zwaar intensieve activiteiten

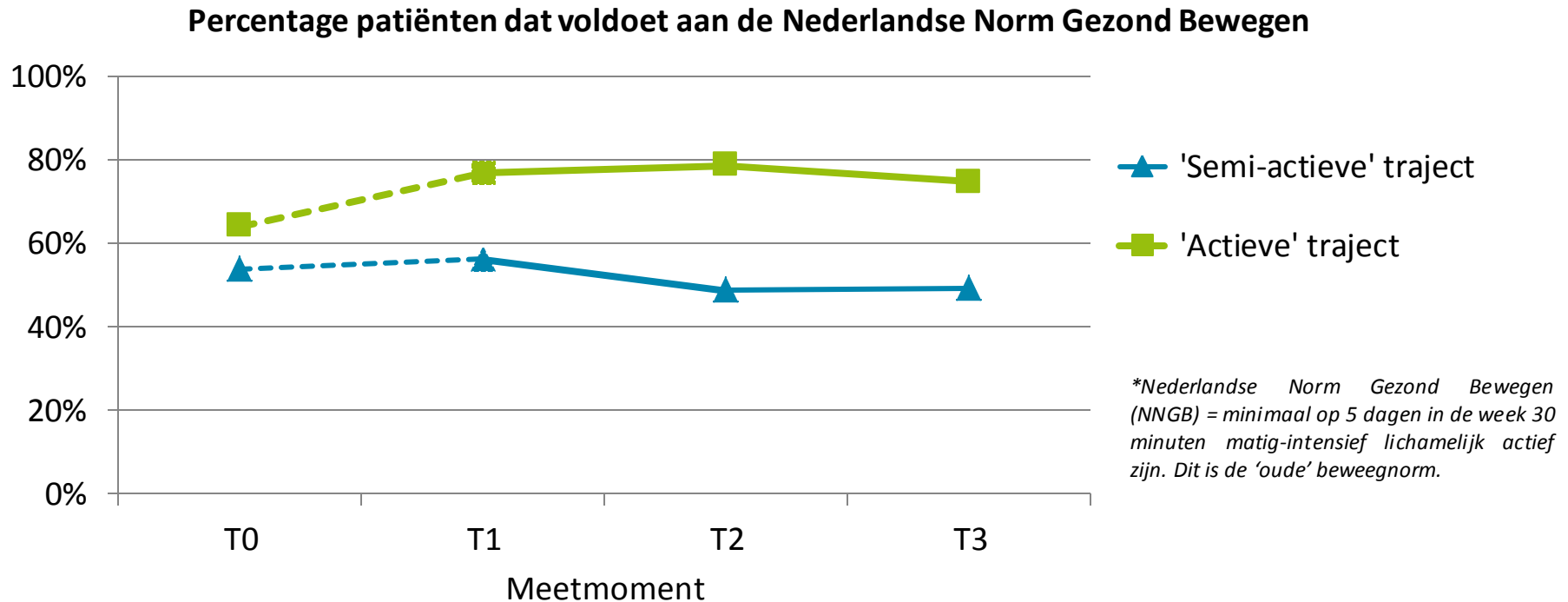


Het aantal minuten zwaar intensieve activiteiten

Tijdens de revalidatiebehandeling (op T0), is er nauwelijks verschil in het gemiddeld aantal minuten zwaar intensieve activiteiten per week tussen het 'Actieve' en 'Semi-actieve' traject (± 198 min/week). Na revalidatie (T1-T3), daarentegen, is het gemiddeld aantal minuten zwaar intensieve activiteiten per week hoger in het 'Actieve' traject dan in het 'Semi-actieve' traject.

In het 'Actieve' traject neemt over de tijd het gemiddeld aantal minuten zwaar intensieve activiteiten toe naar 229 min/week op T3. In het 'Semi-actieve' traject neemt het gemiddeld aantal minuten zwaar intensieve activiteiten af naar 109 min/week op T3.

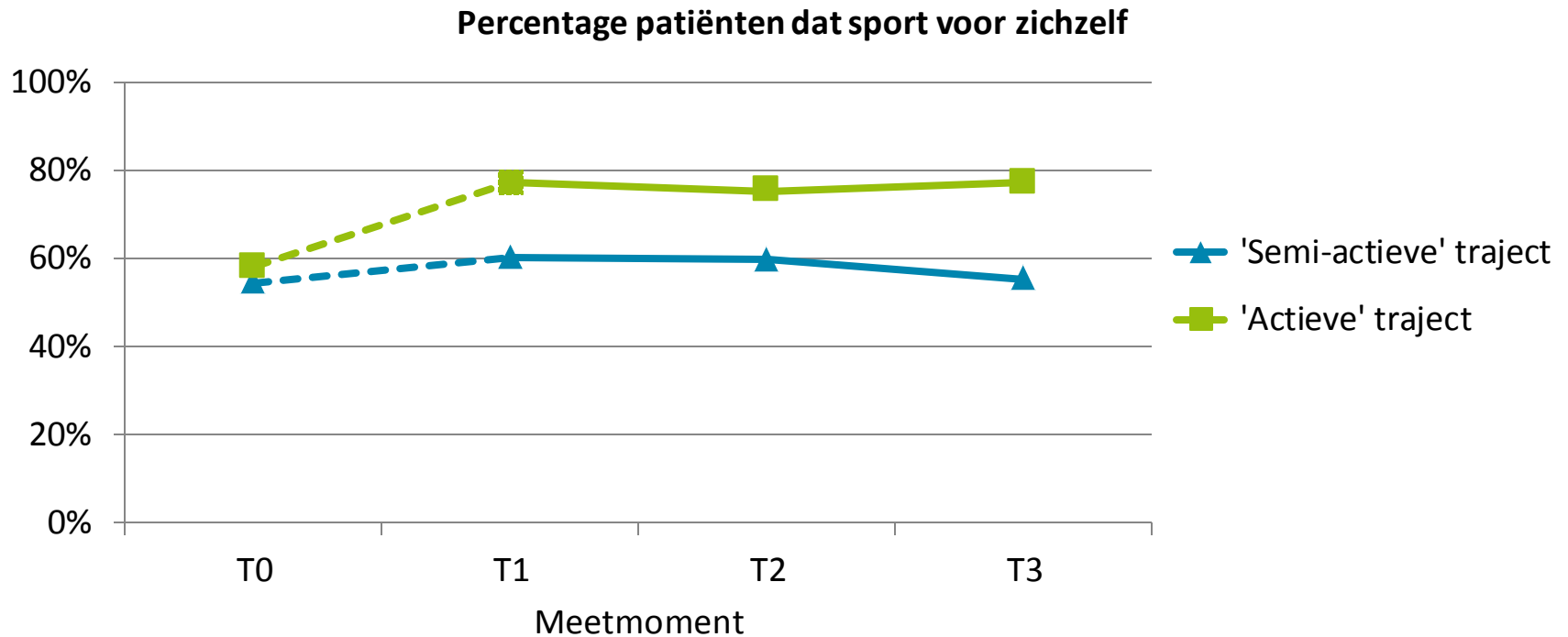
3.2.5 Nederlandse Norm Gezond Bewegen



Het percentage patiënten dat voldoet aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen (NNGB)

Het percentage patiënten dat voldoet aan de NNGB is op alle meetmomenten hoger in het 'Actieve' traject (64 – 79%) dan in het 'semi-actieve' traject (48 – 56%).

3.2.6 Sportgedrag



Sportgedrag

Tijdens de revalidatiebehandeling (T0), verschilt het percentage patiënten dat sport voor zichzelf niet tussen het 'Actieve' traject en het 'Semi-actieve' traject ($\pm 56\%$). Na revalidatie (T1-T3), is het percentage patiënten dat sport voor zichzelf hoger in het 'Actieve' traject (75%-77%) in vergelijking met het 'Semi-actieve' traject (55%-64%).

3.3.1 Persoonskenmerken

	'Semi-actieve' traject N=959 Gemiddelde ± SD of % (N)	'Actieve' traject N=235 Gemiddelde ± SD of % (N)
Geslacht (% vrouw)	56.8 (545)	48.5 (114)
Leeftijd (jaren)	51.8 ± 13.6	46.0 ± 12.3
Body Mass Index (kg/m ²)	27.6 ± 5.9	27.0 ± 5.0
Opleidingsniveau		
Lagere school	5.0 (44)	1.0 (2)
VMBO, MAVO, MULO, LBO	35.6 (304)	21.2 (43)
HAVO, VWO, MBO	36.8 (315)	42.9 (87)
HBO, universitair onderwijs	22.5 (192)	35 (71)
Roken (% ja)	19.0 (160)	16.1 (32)
Alcohol (% ja)	39.0 (328)	46.2 (92)

Algemene persoonskenmerken

De resultaten laten zien dat er statistisch significante verschillen zijn in geslacht, leeftijd en opleidingsniveau tussen het 'Semi-actieve' traject en het 'Actieve' traject. De twee trajecten verschillen niet in Body Mass Index en leefstijlfactoren (roken en alcoholgebruik).

Het 'Semi-actieve' traject heeft relatief meer vrouwen (56.8% versus 48.5%) met een gemiddeld hogere leeftijd (51.8 versus 46.0 jaar) en een lager opleidingsniveau in vergelijking met het 'Actieve' traject.

3.3.2 Revalidatiecontext

	'Semi-actieve' traject N=959 % (N)	'Actieve' traject N=235 % (N)
Aantal counseling momenten		
0	12.1 (116)	10.2 (24)
1	17.5 (168)	20.0 (47)
2	16.4 (157)	17.9 (42)
3	21.7 (208)	23.0 (54)
4	29.3 (281)	26.0 (61)
5	3.0 (29)	3.0 (7)
Behandelcontext		
Ziekenhuis	71.6 (687)	70.6 (166)
Revalidatie instelling	28.4 (272)	29.4 (69)
Behandelvorm		
Klinsch	2.7 (26)	3.0 (7)
Poliklinisch	90.1 (864)	91.1 (214)
Consultair	7.2 (69)	6.0 (14)

Revalidatiecontext

Bovenstaande tabel laat minimale verschillen zien in het aantal ontvangen counseling momenten, de behandelcontext en de behandelvorm tussen het 'Semi-actieve' en het 'Actieve' traject.

3.3.3 Aandoening en co-morbiditeit (1)

	'Semi-actieve' traject N=959 % (N)	'Actieve' traject N=235 % (N)
Aandoening		
Aandoeningen bewegingsapparaat	17.7 (168)	25.6 (60)
Amputatie	4.4 (42)	4.3 (10)
Hersenaandoeningen	27.1 (257)	22.6 (52)
Neurologie	16.4 (155)	13.2 (31)
Dwarslaesie	3.3 (31)	1.7 (4)
Organen	11.3 (107)	12.4 (29)
Chronische pijn	16.6 (157)	14.5 (34)
Overige aandoeningen	3.2 (30)	5.6 (13)
Aantal co-morbiditeiten		
1	52.4 (448)	62.2 (125)
2	22.5 (192)	18.9 (38)
3	12.9 (110)	10.9 (22)
4	6.3 (54)	2.5 (5)
≥ 5	6.0 (51)	5.5 (11)

Aandoening en co-morbiditeit

Bovenstaande tabel laat minimale verschillen zien in het soort aandoening en het aantal co-morbiditeiten tussen het 'Semi-actieve' en het 'Actieve' traject. De drie meest voorkomende aandoeningen in het 'Semi-actieve' traject zijn 1) aandoeningen aan de hersenen (27%), 2) aandoeningen aan het bewegingsapparaat (18%), en 3) chronische pijn (17%). De drie meest voorkomende aandoeningen in het 'Actieve' traject zijn 1) aandoeningen aan het bewegingsapparaat (26%), 2) aandoeningen aan de hersenen (23%), en 3) chronische pijn (15%).

3.3.3 Aandoening en co-morbiditeit (2)

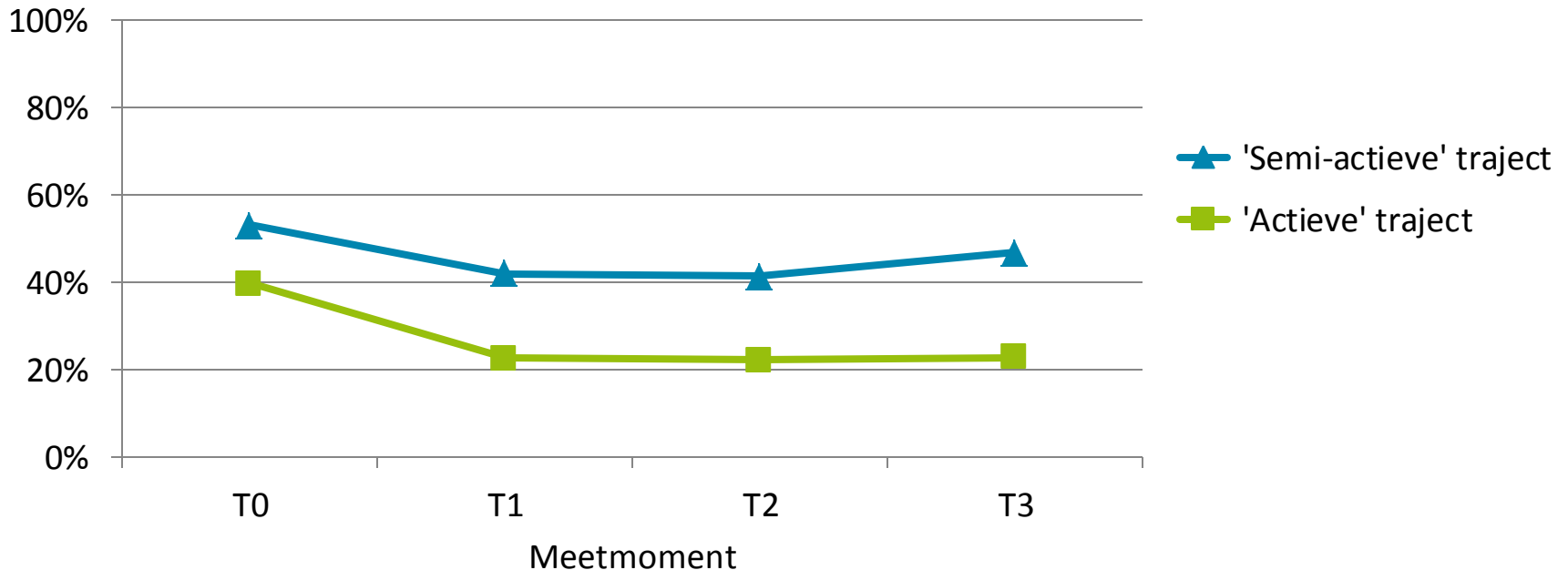
	'Semi-actieve' traject N=959 % (N)	'Actieve' traject N=235 % (N)
Goede acceptatie van de aandoening		
Niet	8.7 (76)	3.9 (8)
Een beetje	36.4 (316)	33.3 (68)
In sterke mate	41.5 (361)	46.6 (95)
Helemaal	11.9 (103)	15.2 (31)
Goed kunnen omgaan met de aandoening		
Niet	4.4 (38)	2.5 (5)
Een beetje	33.3 (289)	26.0 (53)
In sterke mate	50.6 (440)	57.8 (118)
Helemaal	10.2 (89)	12.7 (26)

Acceptatie van de aandoening

Bovenstaande tabel laat minimale verschillen zien in de mate van acceptatie van de aandoening en de omgang met de aandoening tussen het 'Semi-actieve' en het 'Actieve' traject.

3.3.3 Aandoening en co-morbiditeit (3)

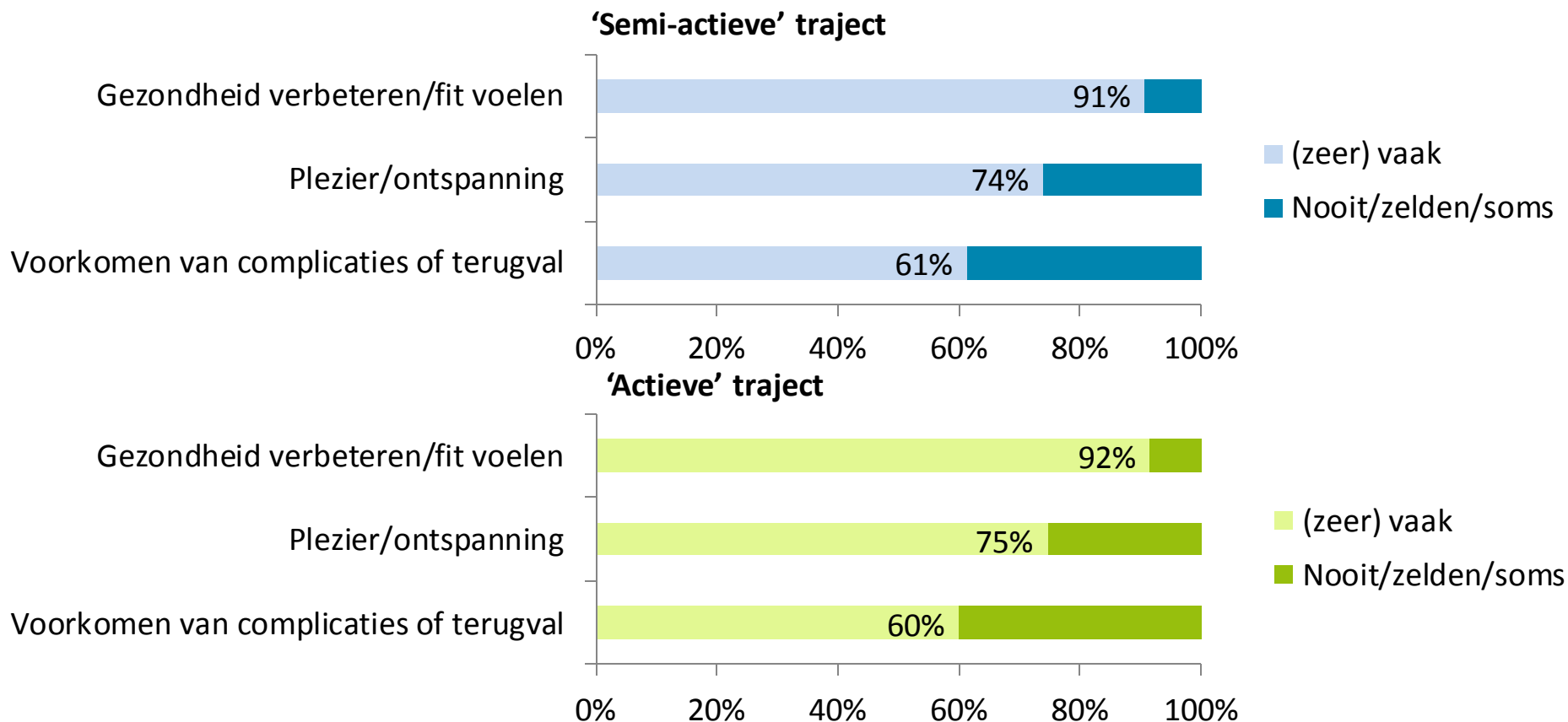
Percentage patiënten dat (zeer) vaak belemmerd wordt door de aandoening/ziekte om lichamelijke actief te zijn



Ervaren belemmering om lichamelijk actief te zijn door de aandoening/ziekte

Op alle meetmomenten is het percentage patiënten dat (zeer) vaak belemmerd wordt door hun aandoening/ziekte om lichamelijke actief te zijn het hoogste in het 'Semi-actieve' traject. Op T3 ervaart 47% van de patiënten in het 'Semi-actieve' traject de aandoening/ziekte (zeer) vaak als een belemmering om regelmatig lichamelijk actief te zijn. In het 'Actieve' traject is dit percentage 23%.

3.3.4 Redenen om te bewegen



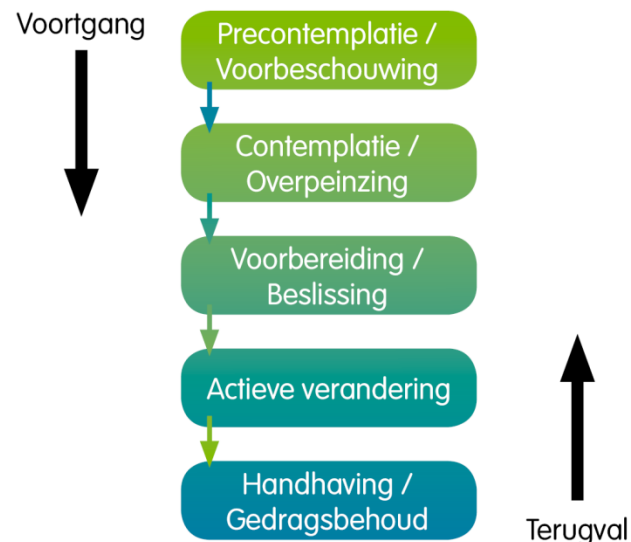
De top 3 redenen om te bewegen

Patiënten zijn gevraagd in welke mate verschillende redenen om te bewegen voor hun van toepassing zijn. Er zijn minimale verschillen tussen het 'Semi-actieve' en 'Actieve' traject in de top 3 redenen om te bewegen die door patiënten (zeer) vaak worden genoemd. De top 3 redenen om te bewegen zijn: 1) Gezondheid verbeteren/fit voelen, 2) Plezier/ontspanning, en 3) Voorkomen van complicaties of terugval.

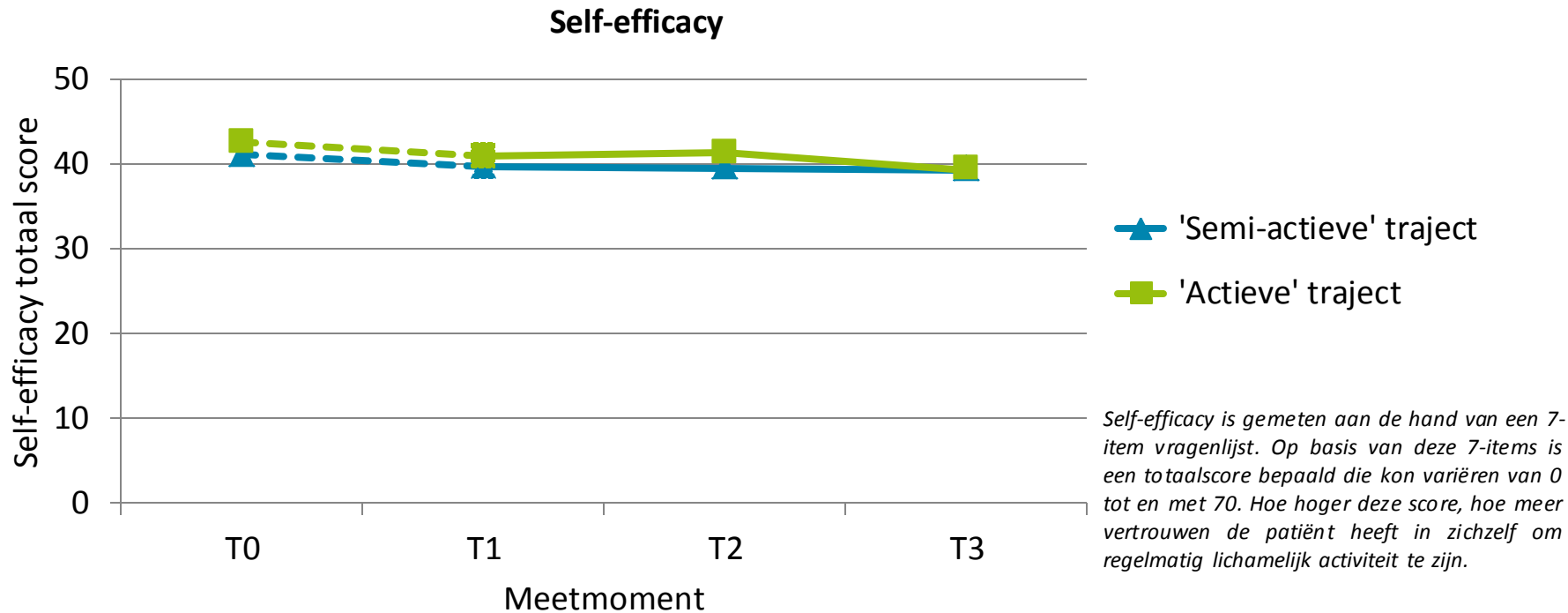
3.4.1 Beschrijving van de trajecten: psychosociale factoren

Vanuit de literatuur is bekend dat verschillende psychosociale factoren van invloed kunnen zijn op het beweeggedrag van mensen met een beperking of een chronische aandoening [13,41]. In deze paragraaf wordt het beloop van de volgende factoren per beweegtraject beschreven:

- Self-efficacy
- Motivatie
- Fase van gedragsverandering (zie onderstaand figuur)



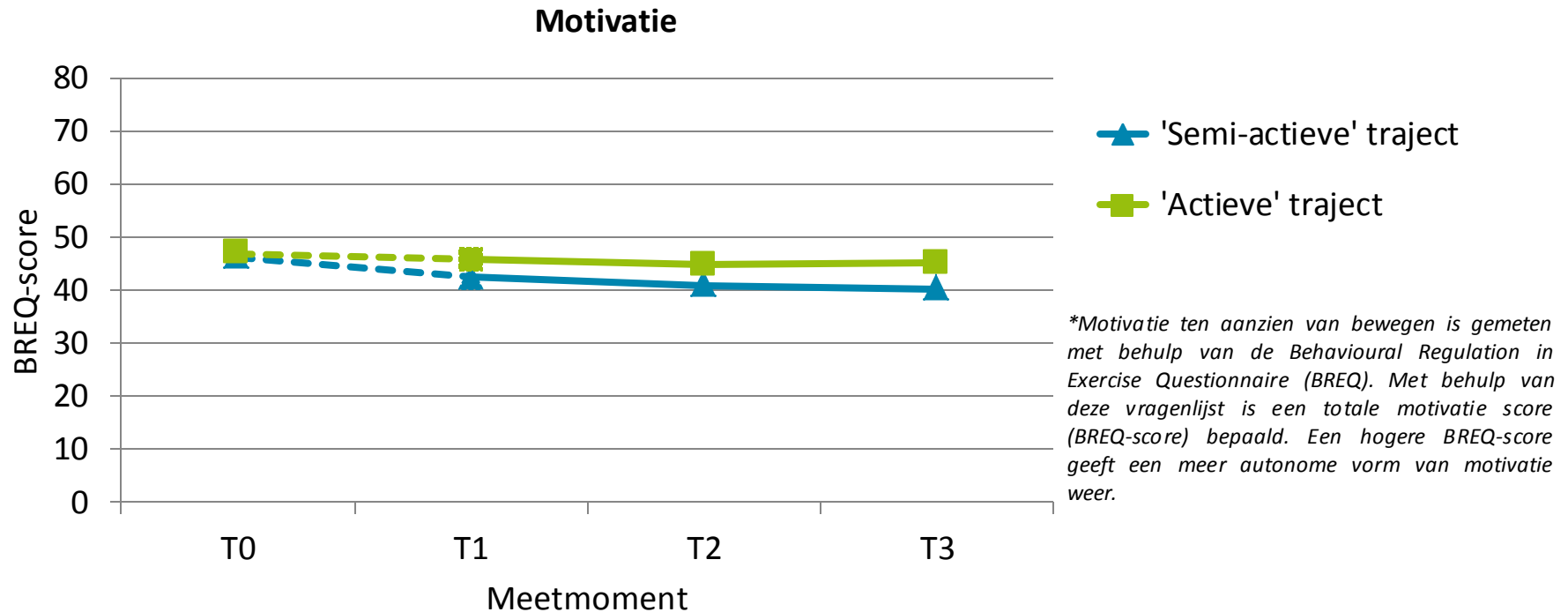
3.4.1 Psychosociale factoren: self-efficacy (1)



Self-efficacy

Er zijn geen verschillen in self-efficacy tussen het 'Semi-actieve' en 'Actieve' traject. Beide trajecten zijn redelijk stabiel over de tijd. De self-efficacy score op T3 is voor beide trajecten gemiddeld 39 op een schaal van 0 tot 70, waarin 0 een lage en 70 een hoge self-efficacy betekent.

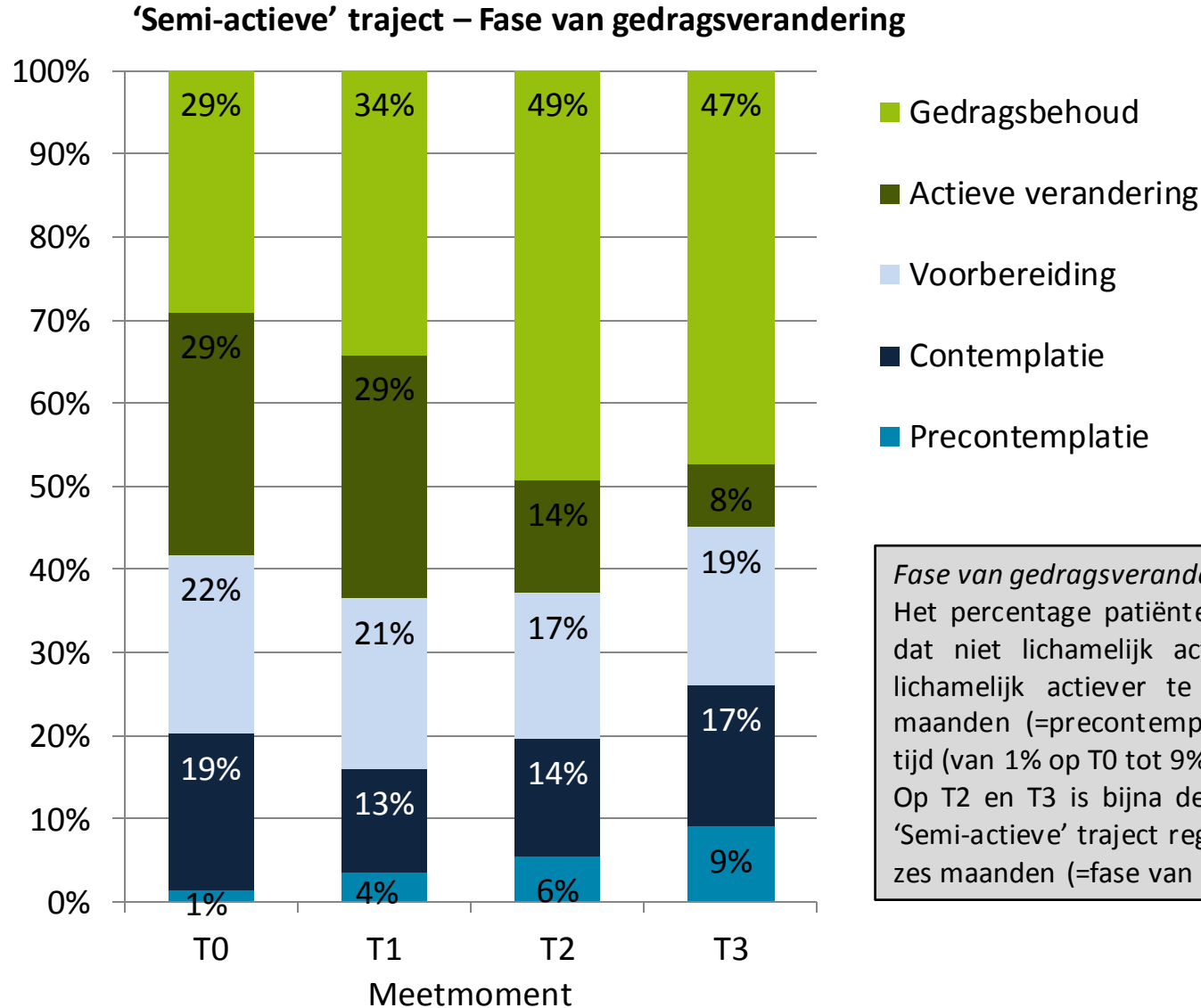
3.4.1 Psychosociale factoren: motivatie (2)



Motivatie

Op T0, T1 en T2 is er nauwelijks verschil in motivatie ten aanzien van bewegen tussen het 'Semi-actieve' en 'Actieve' traject. Op T3 is de mate van motivatie hoger in het 'Actieve' traject dan in het 'Semi-actieve' traject.

3.4.1 Psychosociale factoren: fase van gedragsverandering (3)



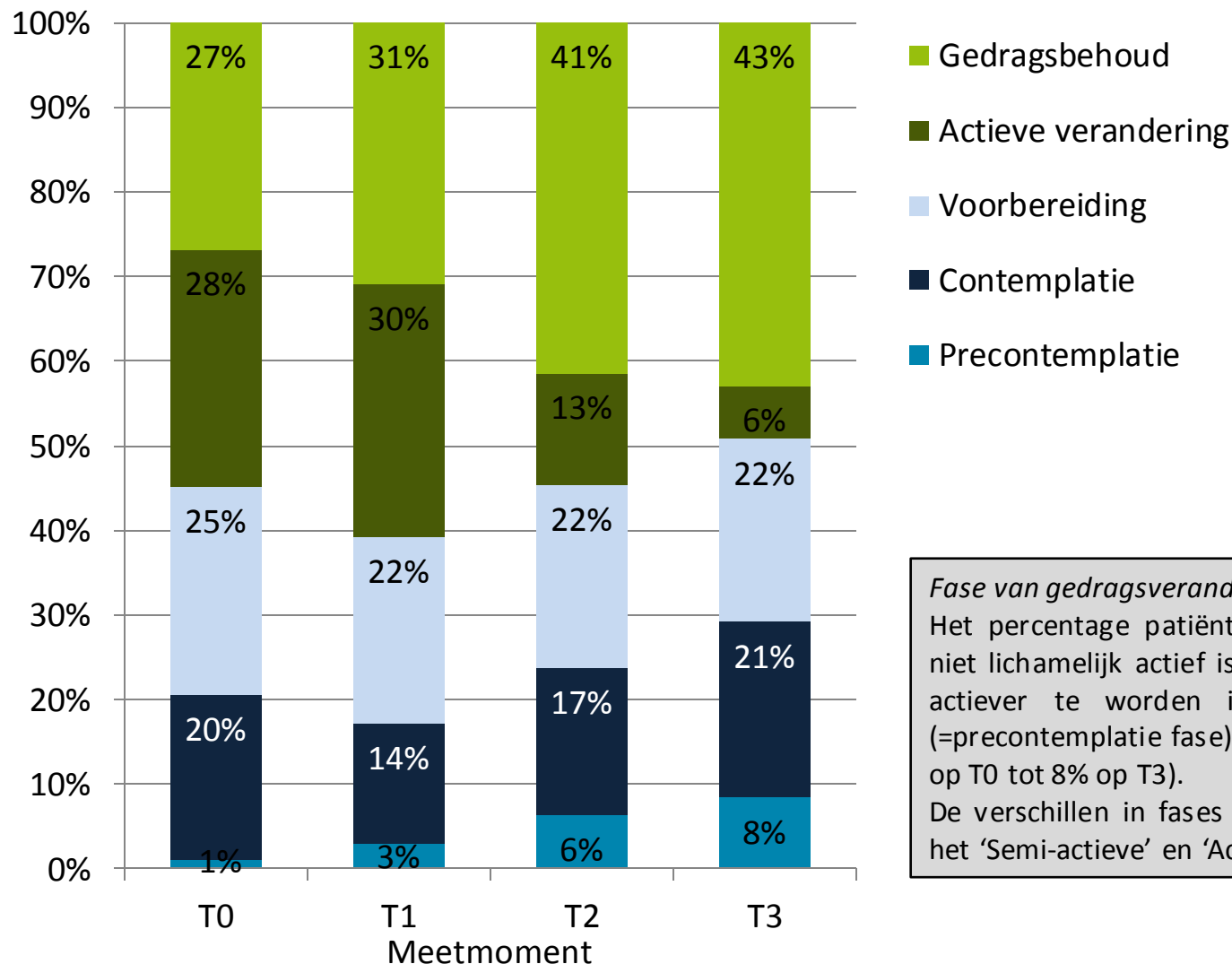
Fase van gedragsverandering

Het percentage patiënten in het 'Semi-actieve' traject dat niet lichamelijk actief is en niet van plan zijn lichamelijk actiever te worden in de komende zes maanden (=precontemplatie fase) neemt toe over de tijd (van 1% op T0 tot 9% op T3).

Op T2 en T3 is bijna de helft van de patiënten in het 'Semi-actieve' traject regelmatig actief en al langer dan zes maanden (=fase van gedragsbehoud).

3.4.1 Psychosociale factoren: fase van gedragsverandering (4)

'Actieve' traject – Fase van gedragsverandering

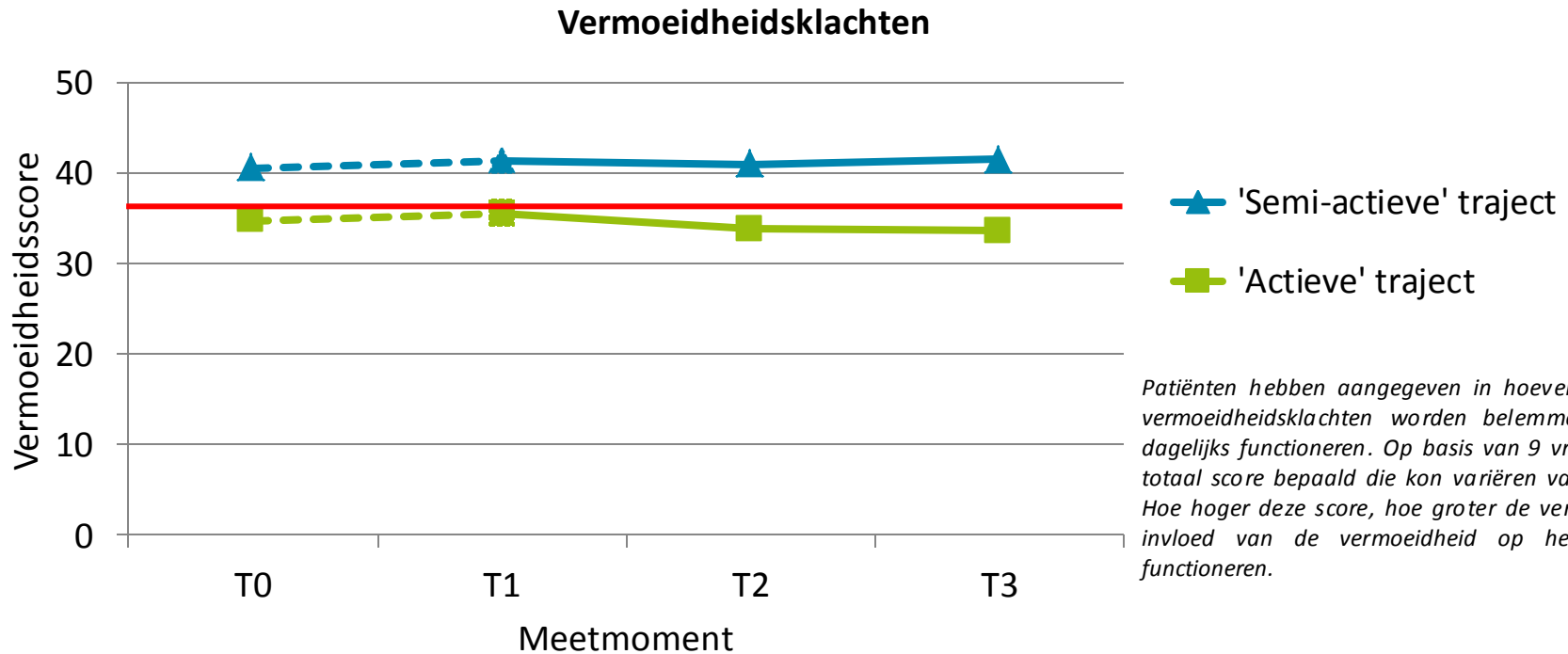


Fase van gedragsverandering

Het percentage patiënten in het 'Actieve' traject dat niet lichamelijk actief is en niet van plan is lichamelijk actiever te worden in de komende 6 maanden (=precontemplatie fase) neemt toe over de tijd (van 1% op T0 tot 8% op T3).

De verschillen in fases van gedragsverandering tussen het 'Semi-actieve' en 'Actieve' traject zijn minimaal.

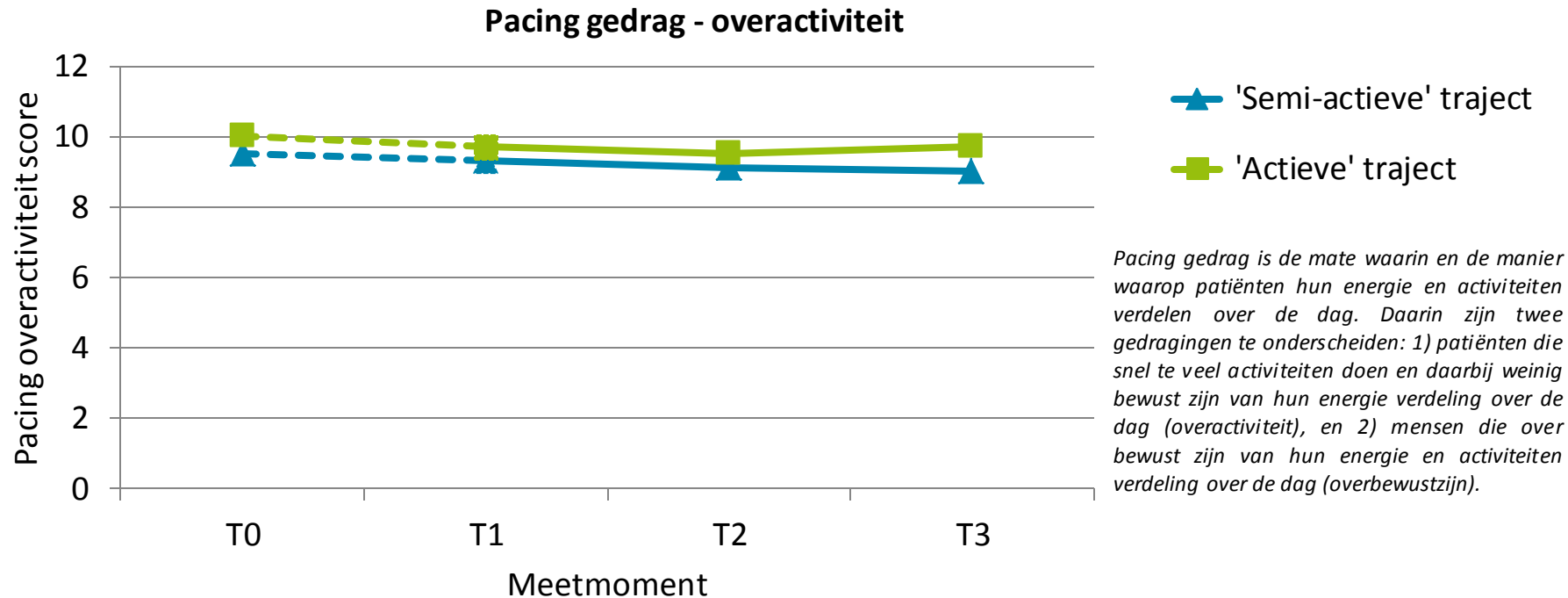
3.4.2 Gezondheidsfactoren: vermoeidheid (1)



Vermoeidheidsklachten

Patiënten in het 'Semi-actieve' traject ervaren op alle meetmomenten (T0 – T3) een hogere mate van vermoeidheid dan patiënten uit het 'Actieve' traject. Patiënten in het 'Semi-actieve' traject hebben gemiddeld een vermoeidheidscore boven de 36 (zie rode lijn in de figuur), wat ernstige vermoeidheid aanduidt.

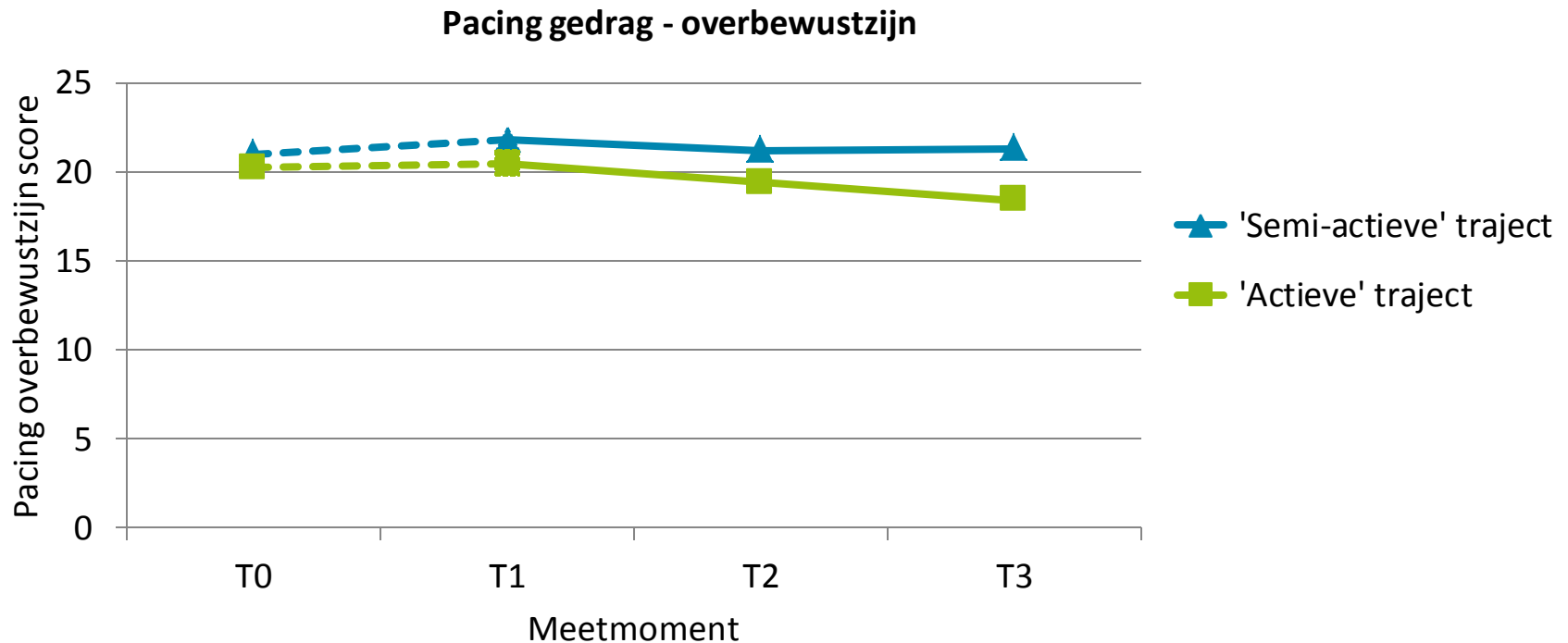
3.4.2 Gezondheidsfactoren: pacing (2)



Pacing gedrag – overactiviteit

Hoewel de verschillen klein zijn, scoren patiënten in het 'Actieve' traject op T0, T1 en T3 significant hoger op de overactiviteit score van pacing in vergelijking met patiënten in het 'Semi-actieve' traject. Dit betekent dat deze groep patiënten mogelijk gevoeliger zou kunnen zijn om te veel activiteiten te doen en dat zij minder bewust zijn van hun energie verdeling over de dag.

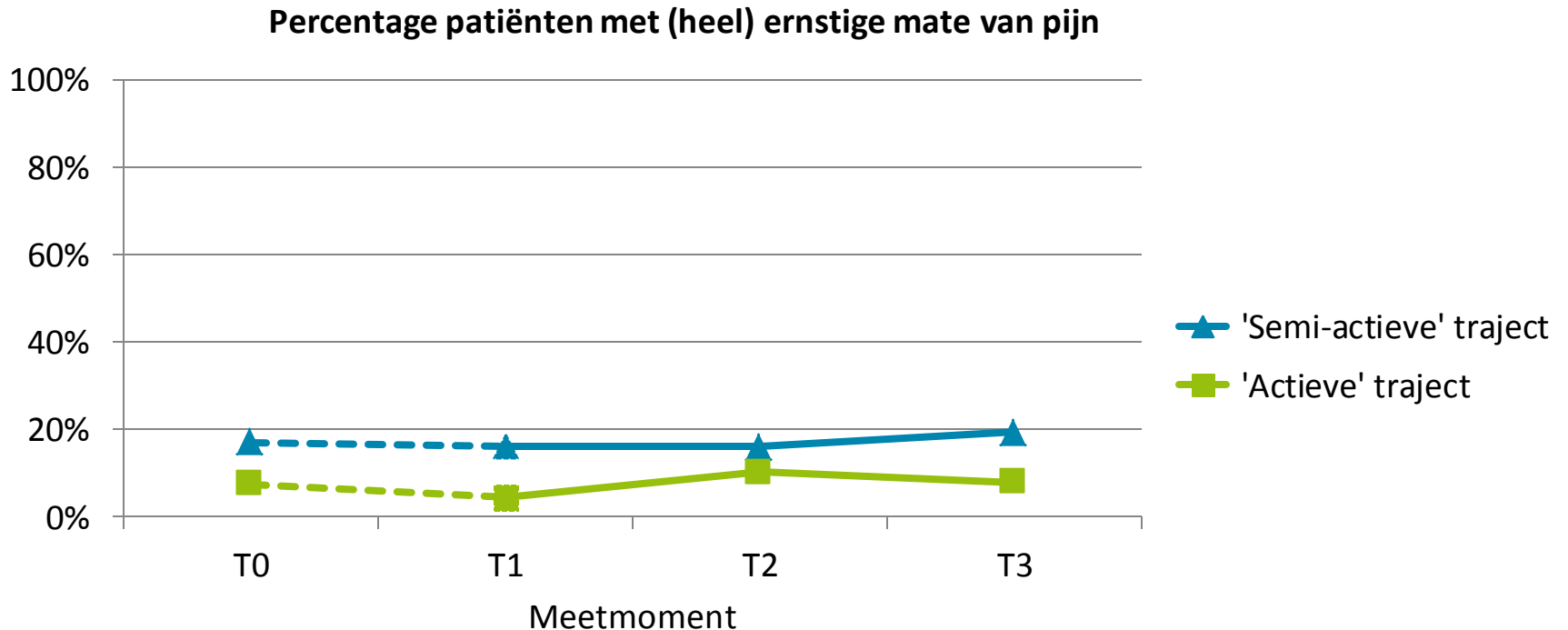
3.4.2 Gezondheidsfactoren: pacing (3)



Pacing gedrag – overbewustzijn

Hoewel de verschillen klein zijn, scoren patiënten in het 'Semi-actieve' traject op alle meetmomenten significant hoger op de overbewustzijn score van pacing in vergelijking met patiënten uit het 'Actieve' traject. Dit betekent dat patiënten in het 'Semi-actieve' traject over het algemeen meer bewust zijn van het verdelen van hun activiteiten en energie over de dag.

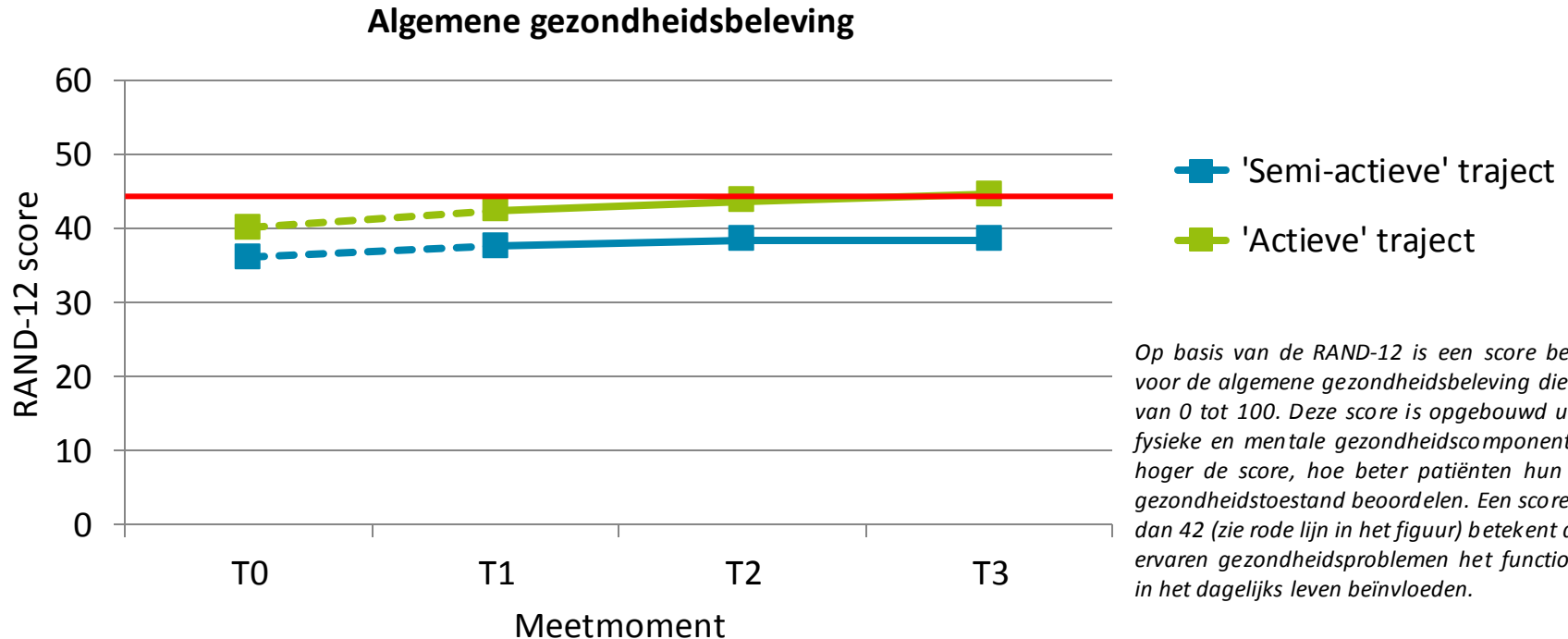
3.4.2 Gezondheidsfactoren: pijn (4)



Pijn

Op alle meetmomenten ervaren patiënten in het 'Semi-actieve' traject meer of vaker (heel) ernstige pijn dan patiënten in het 'Actieve' traject. Tijdens revalidatie (op T0), ervaart 17% van de patiënten in het 'Semi-actieve' traject (heel) ernstige mate van pijn tegenover 7% van de patiënten in het 'Actieve' traject.

3.4.2 Gezondheidsfactoren: algemene gezondheid (5)

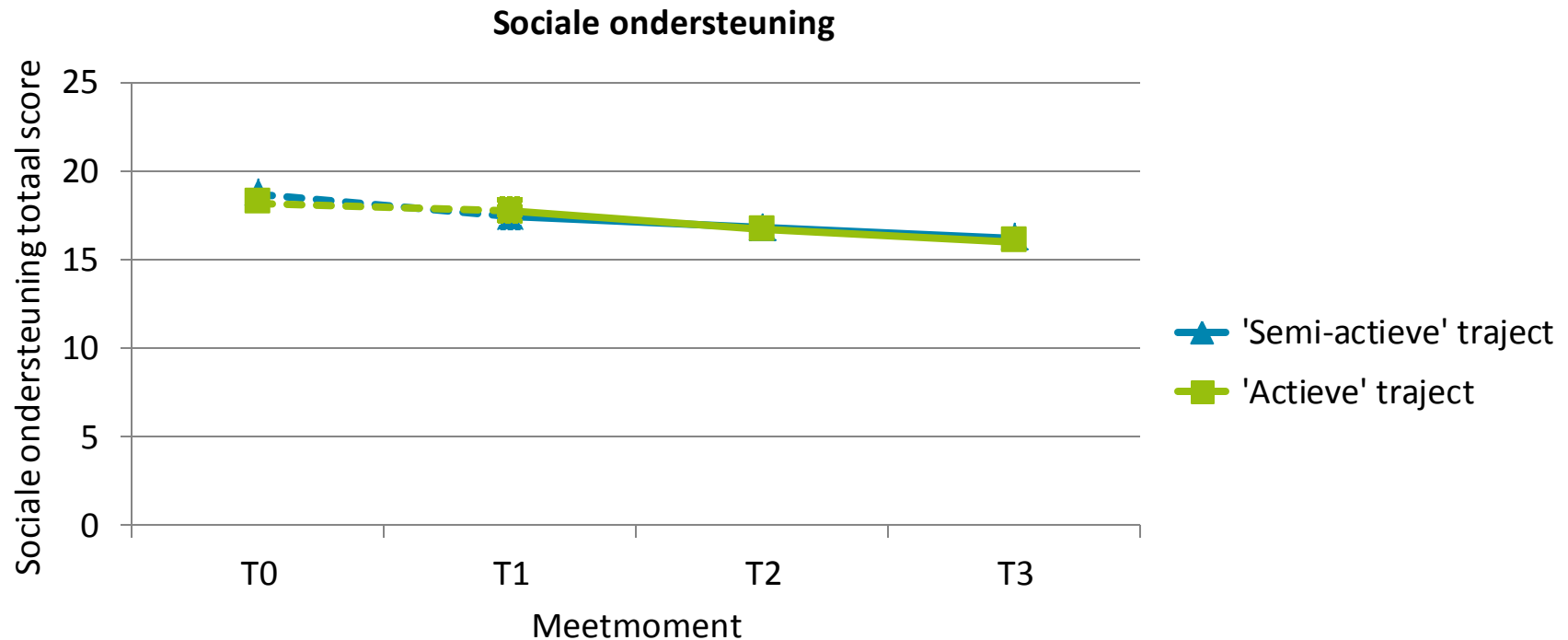


Algemene gezondheid

Patiënten in het 'Actieve' traject beoordelen op alle meetmomenten hun algemene gezondheidsbeleving (RAND-12-score) beter dan patiënten in het 'Semi-actieve' traject. In beide trajecten is een licht toenemende trend in de gezondheidsbeleving te zien over de tijd. Patiënten in het 'Semi-actieve' traject hebben op alle meetmomenten gemiddeld een score lager dan 42, wat betekent dat de ervaren gezondheidsproblemen het functioneren in het dagelijks leven beïnvloed.

De mentale en fysieke gezondheidscomponenten van de gezondheidsbeleving laten een vergelijkbaar resultaat zien waarbij patiënten in het 'Actieve' traject gemiddeld op alle meetmomenten het hoogste scores op de afzonderlijk gezondheidscomponenten.

3.4.3 Omgevingsfactoren (1)

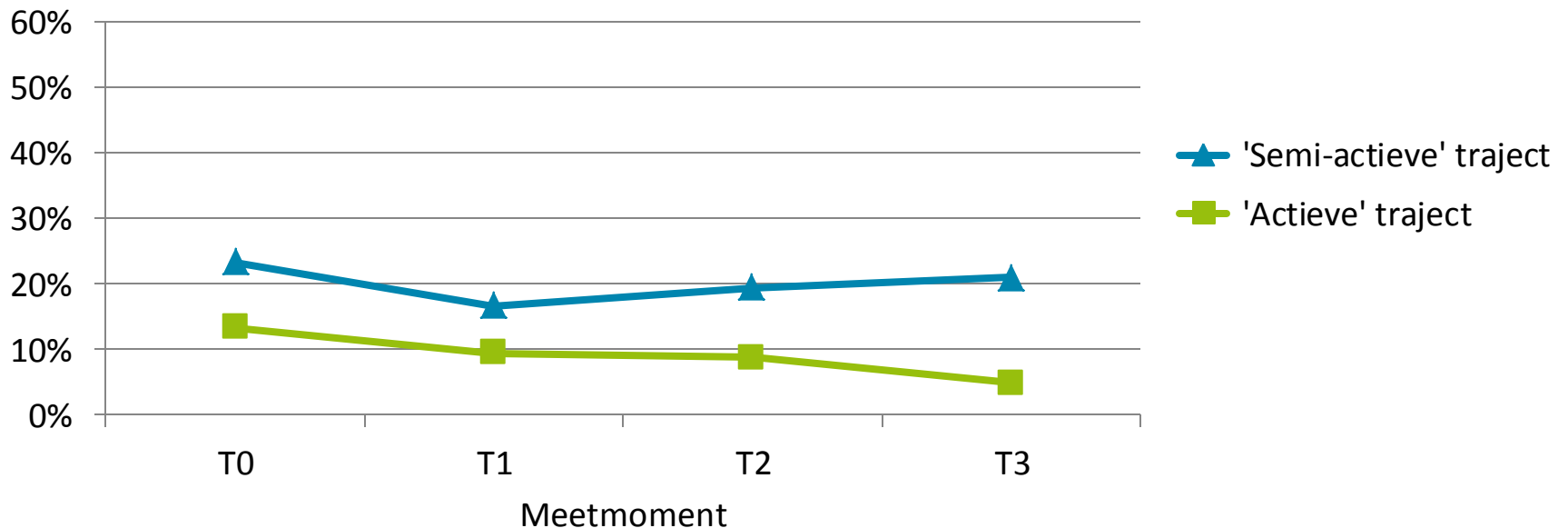


Sociale ondersteuning

Er zijn geen verschillen in sociale ondersteuning tussen het 'Semi-actieve' en 'Actieve' traject. Wel is in beide trajecten een licht afnemende trend over de tijd te zien in de mate waarin patiënten ondersteuning ontvangen van vrienden/familie/kennissen/collega's om lichamelijk actief te zijn.

3.4.3 Omgevingsfactoren (2)

Percentage patiënten dat (zeer) vaak belemmerd wordt door beperkte mogelijkheden om lichamelijk actief te zijn in de omgeving

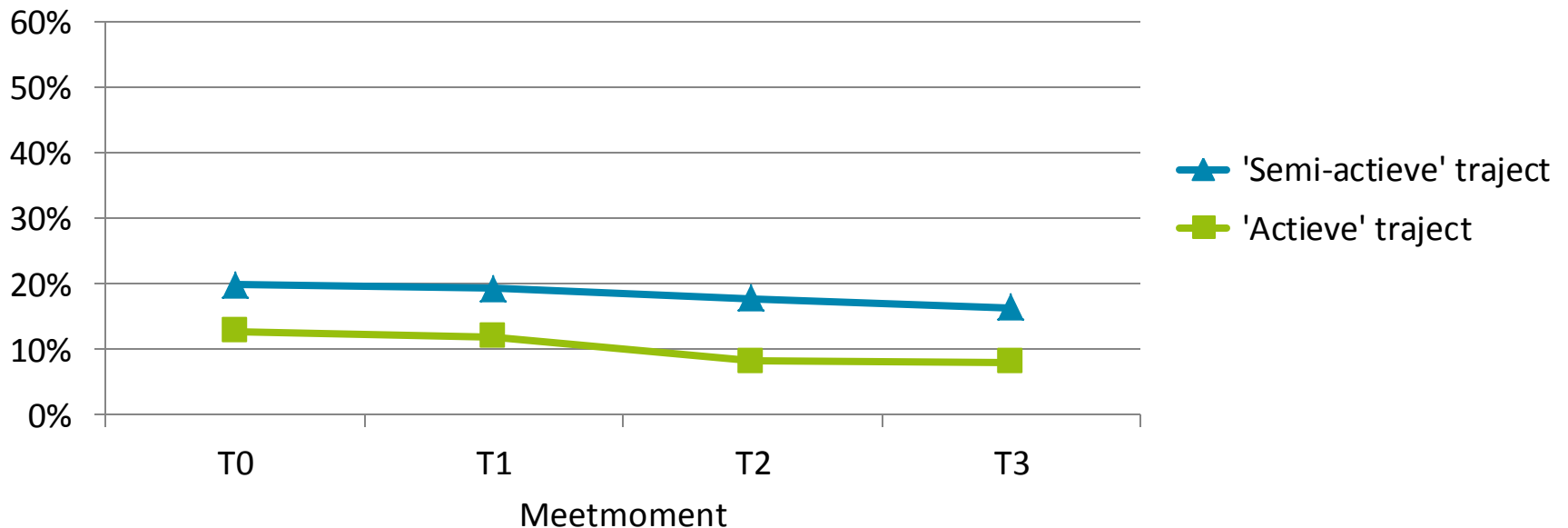


Beperkte mogelijkheden in de omgeving

Op alle meetmomenten is het percentage patiënten dat (zeer) vaak belemmerd wordt door beperkte mogelijkheden in de omgeving om lichamelijke actief te zijn het hoogste in het 'Semi-actieve' traject.

3.4.3 Omgevingsfactoren (3)

Percentage patiënten dat (zeer) vaak belemmerd wordt door onvoldoende financiële middelen

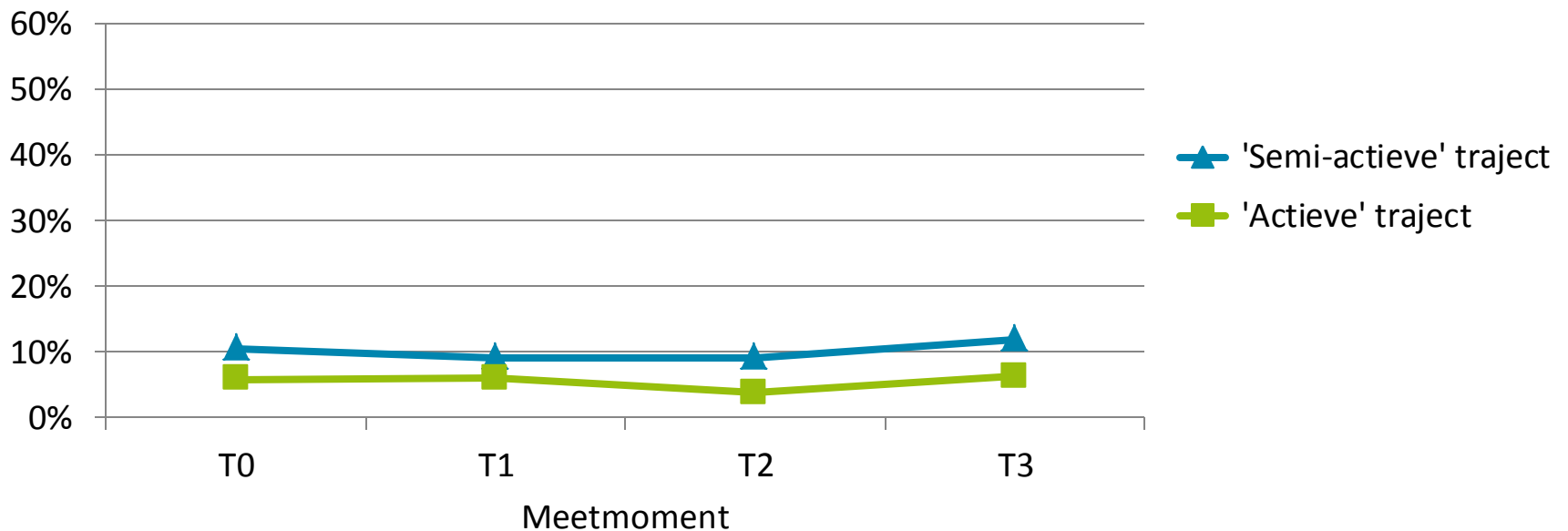


Onvoldoende financiële middelen

Op T2 en T3 is het percentage patiënten dat (zeer) vaak belemmerd wordt door onvoldoende financiële middelen om lichamelijke actief te zijn het hoogste in het 'Semi-actieve' traject. Voor beide trajecten is er een licht afnemende trend te zien over de tijd.

3.4.3 Omgevingsfactoren (4)

Percentage patiënten dat (zeer) vaak belemmerd wordt door vervoersproblemen



Vervoersproblemen

Op alle meetmomenten is het percentage patiënten dat (zeer) vaak belemmerd wordt door vervoersproblemen om lichamelijke actief te zijn het hoogste in het 'Semi-actieve' traject.

Hoofdstuk 4

Trajecten van gezondheidsbeleving

In dit hoofdstuk worden de trajecten van gezondheidsbeleving over de tijd beschreven. De patiënten in de verschillende gezondheidstrajecten worden beschreven aan de hand van hun sport- en beweeggedrag en relevante kenmerken uit het PAD model.

Dit hoofdstuk is als volgt opgebouwd:

4.1 Gezondheidstrajecten

4.2 Beschrijving van gezondheidstrajecten: sport- en beweeggedrag

4.2.1 Totaal aantal minuten lichamelijke activiteit

4.2.2 Licht intensieve activiteiten

4.2.3 Matig intensieve activiteiten

4.2.4 Zwaar intensieve activiteiten

4.2.5 Nederlandse Norm Gezond Bewegen

4.2.6 Sportgedrag

4.3 Beschrijving van gezondheidstrajecten: patiëntkenmerken tijdens revalidatie

4.3.1 Persoonskenmerken

4.3.2 Revalidatiecontext

4.3.3 Aandoening en co-morbiditeit

4.3.4 Redenen om te bewegen

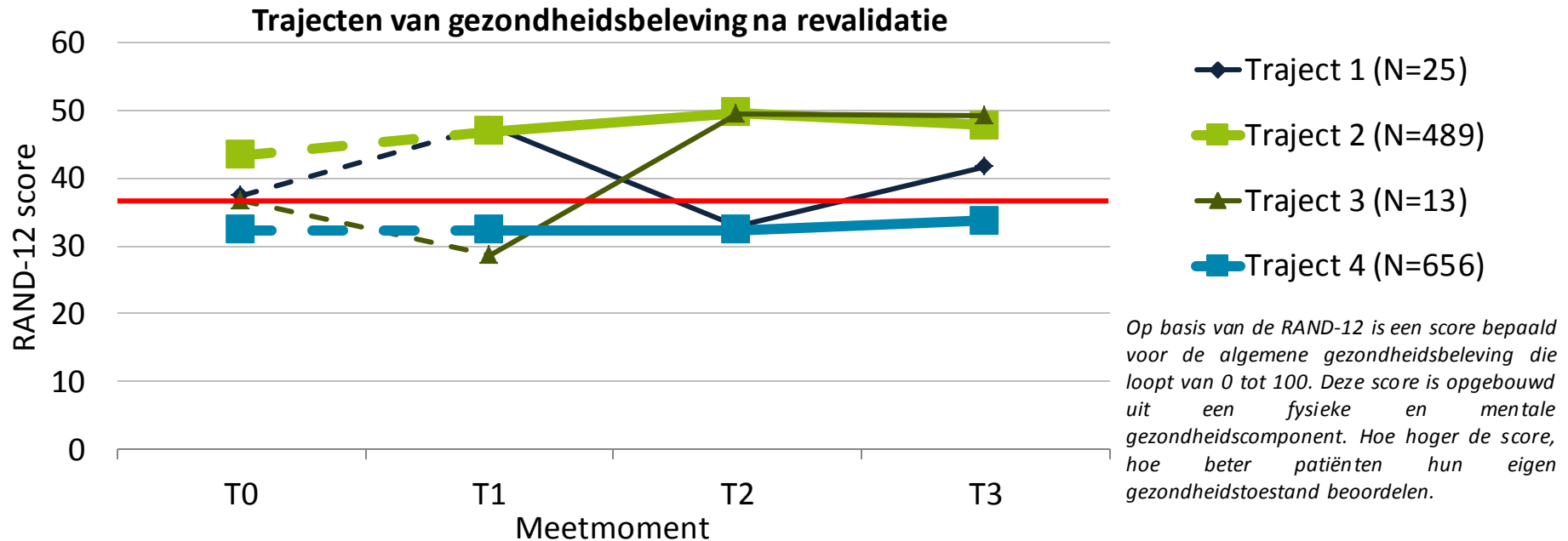
4.4 Beschrijving van gezondheidstrajecten : verandering over de tijd

4.4.1 Psychosociale factoren

4.4.2 Gezondheidsfactoren

4.4.3 Omgevingsfactoren

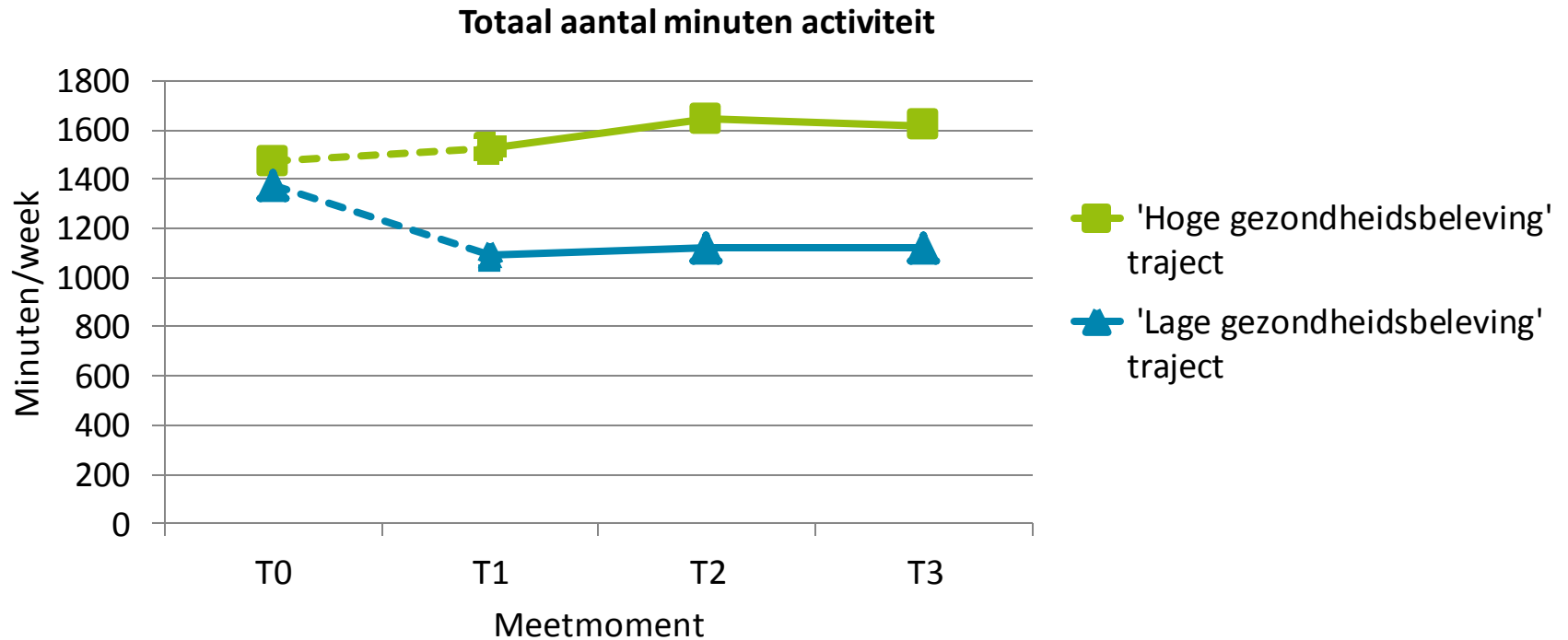
4.1 Trajecten van gezondheidsbeleving



Op basis van de latent class growth modellen zijn vier verschillende gezondheidstrajecten geïdentificeerd a.d.h.v. de score op de RAND-12: twee grote trajecten die gekenmerkt worden door een redelijk stabiel gezondheidsbeleving over de tijd (traject 2 en 4) en twee kleine trajecten die een fluctuerend gezondheidsbeleving over de tijd laten zien (traject 1 en 3).

Vanwege het lage aantal patiënten per traject, zijn traject 1 en 3 niet meegenomen in de vervolganalyses van dit hoofdstuk. De volgende paragrafen van dit hoofdstuk zijn daarom gebaseerd op een vergelijking van de twee grootste patiëntgroepen: traject 2 en 4. Traject 2 wordt vanaf nu het '**Hoge gezondheidsbeleving**' traject (groen) genoemd en traject 4 het '**Lage gezondheidsbeleving**' traject (blauw). Patiënten in het 'Lage gezondheidsbeleving' traject hebben op alle meetmomenten gemiddeld een score lager dan 42 (zie rode lijn in de figuur) wat betekent dat de ervaren gezondheidsproblemen het functioneren in het dagelijks leven beïnvloeden. Daarnaast moet worden opgemerkt dat patiënten in het 'Hoge gezondheidsbeleving' traject gemiddeld hogere gezondheidsbeleving hebben dan andere deelnemers aan de ReSpAct-studie, maar een lagere gezondheidsbeleving dan de algemene populatie.

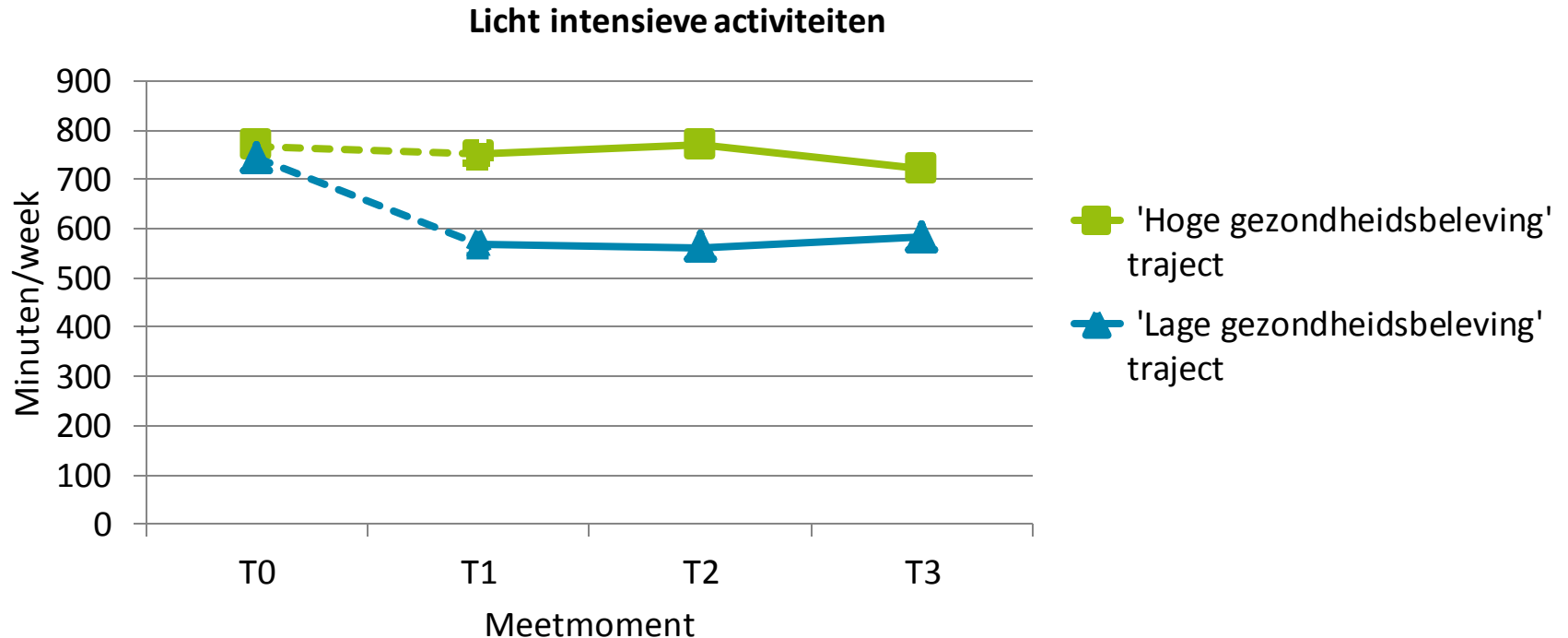
4.2.1 Totaal aantal minuten lichamelijke activiteit



Het totaal aantal minuten activiteit

Tijdens de revalidatiebehandeling (T0) is er geen verschil in het totaal aantal minuten activiteit ($\pm$ gemiddeld 1420 min/week) tussen de twee trajecten. Het totaal aantal minuten activiteit per week is op T1, T2 en T3 hoger in het 'Hoge gezondheidsbeleving' traject dan in het 'Lage gezondheidsbeleving' traject. Het aantal minuten lichamelijke activiteit neemt toe tussen T0 en T3 (+147 min/week) in het 'Hoge gezondheidsbeleving' traject en neemt af (-252 min/week) in het 'Lage gezondheidsbeleving' traject.

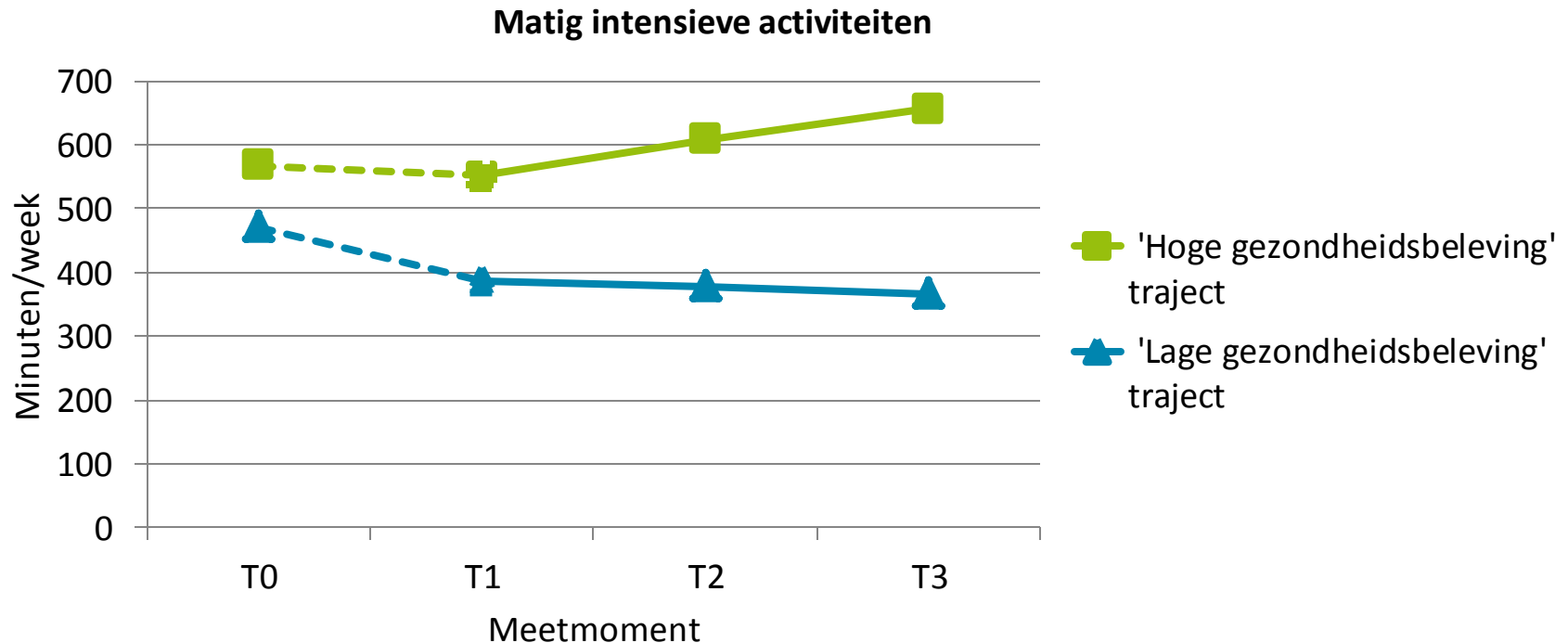
4.2.2 Licht intensieve activiteiten



Het aantal minuten licht intensieve activiteiten

Tijdens de revalidatiebehandeling (T0) is er geen verschil in het aantal minuten licht intensieve activiteiten (± 750 min/week) tussen de twee trajecten. Het aantal minuten licht intensieve activiteiten per week is op T1, T2 en T3 hoger in het 'Hoge gezondheidsbeleving' traject dan in het 'Lage gezondheidsbeleving' traject. Het 'Hoge gezondheidsbeleving' traject laat een stabiel hoog traject zien in het aantal minuten licht intensieve activiteiten. Het 'Lage gezondheidsbeleving' traject laat een sterke daling zien in het aantal minuten licht intensieve activiteiten tussen T0 en T1.

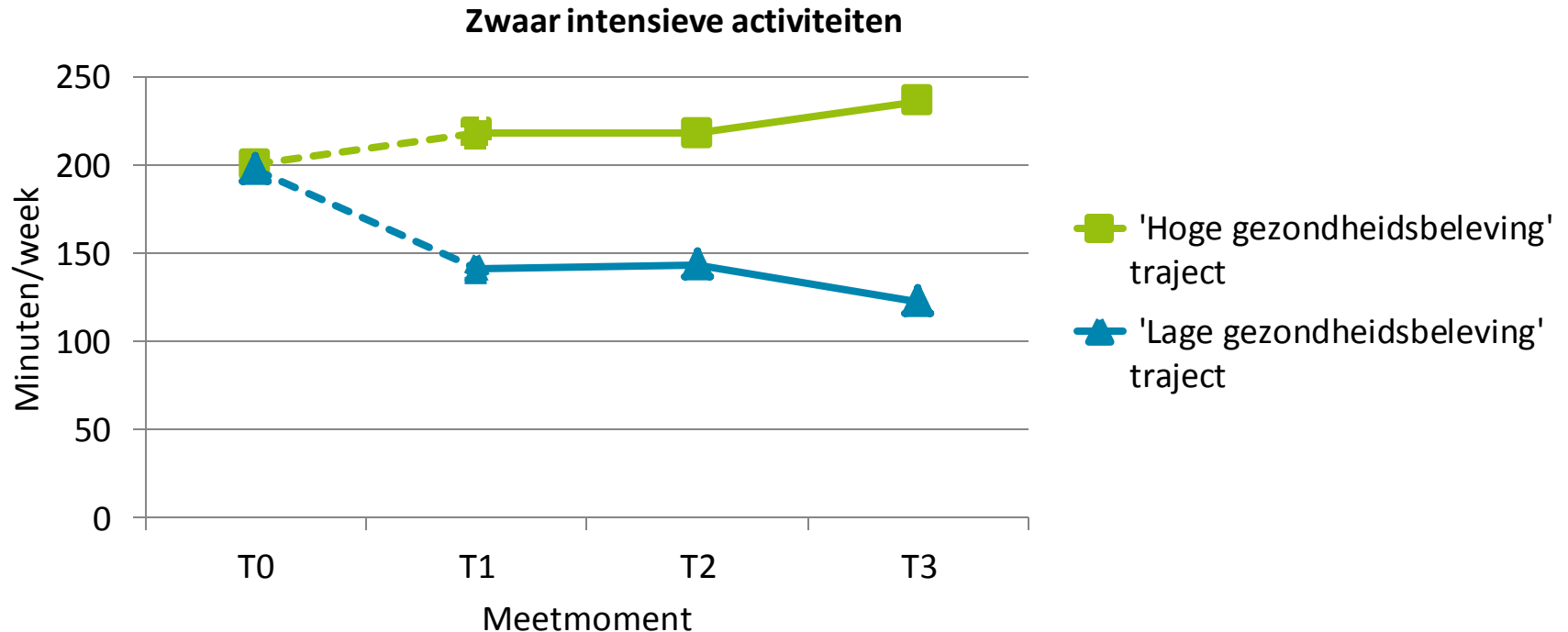
4.2.3 Matig intensieve activiteiten



Het aantal minuten matig intensieve activiteiten

Het aantal minuten matig intensieve activiteiten per week is op alle meetmomenten hoger in het 'Hoge gezondheidsbeleving' traject dan in het 'Lage gezondheidsbeleving' traject. Het gemiddeld aantal minuten matig intensieve activiteiten tussen T0 en T3 neemt toe (+ 88 min/week) in het 'Hoge gezondheidsbeleving' traject en neemt af (-105 min/week) in het 'Lage gezondheidsbeleving' traject.

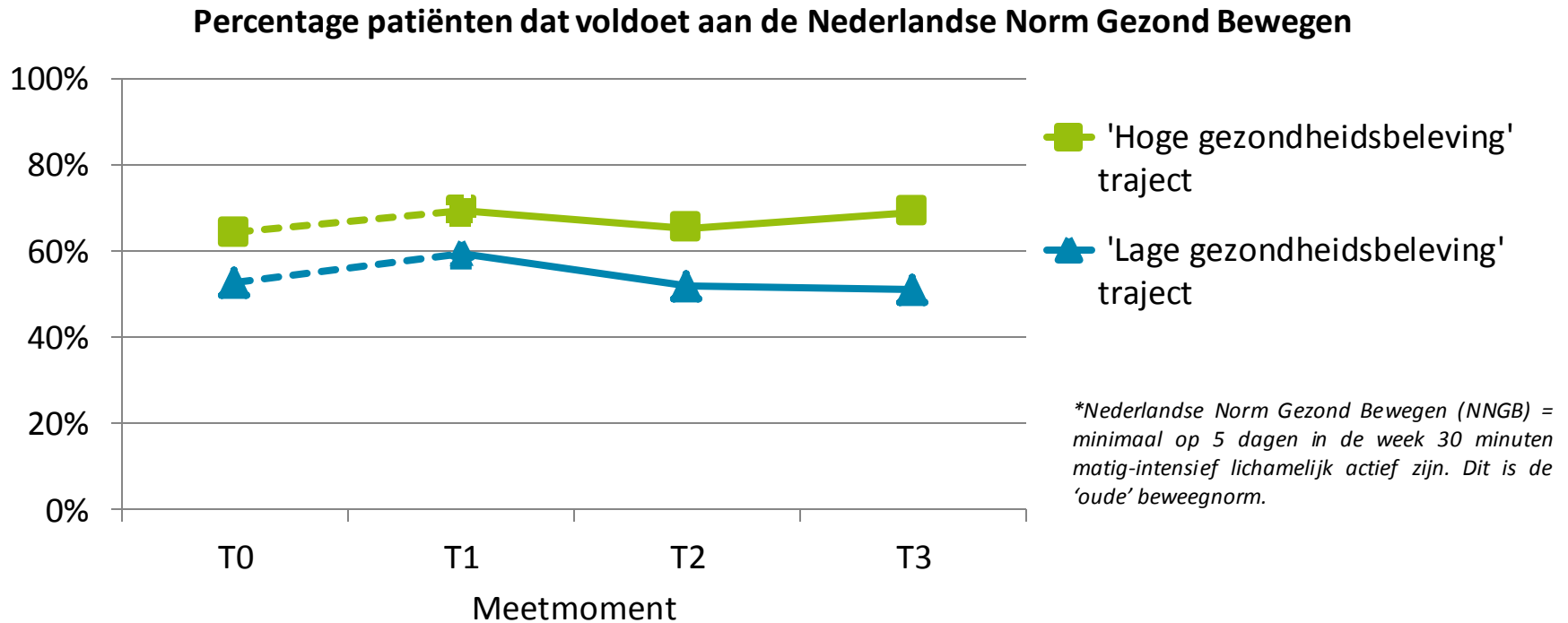
4.2.4 Zwaar intensieve activiteiten



Het aantal minuten zwaar intensieve activiteiten

Op T0 is er geen verschil in het aantal minuten zwaar intensieve activiteiten (± 200 min/week) tussen de twee trajecten. Het aantal minuten zwaar intensieve activiteiten per week is op T1, T2 en T3 hoger in het 'Hoge gezondheidsbeleving' traject dan in het 'Lage gezondheidsbeleving' traject. Het aantal minuten matige intensieve activiteiten tussen T0 en T3 neemt toe (+ 36 min/week) in het 'Hoge gezondheidsbeleving' traject en neemt af (-75 min/week) in het 'Lage gezondheidsbeleving' traject.

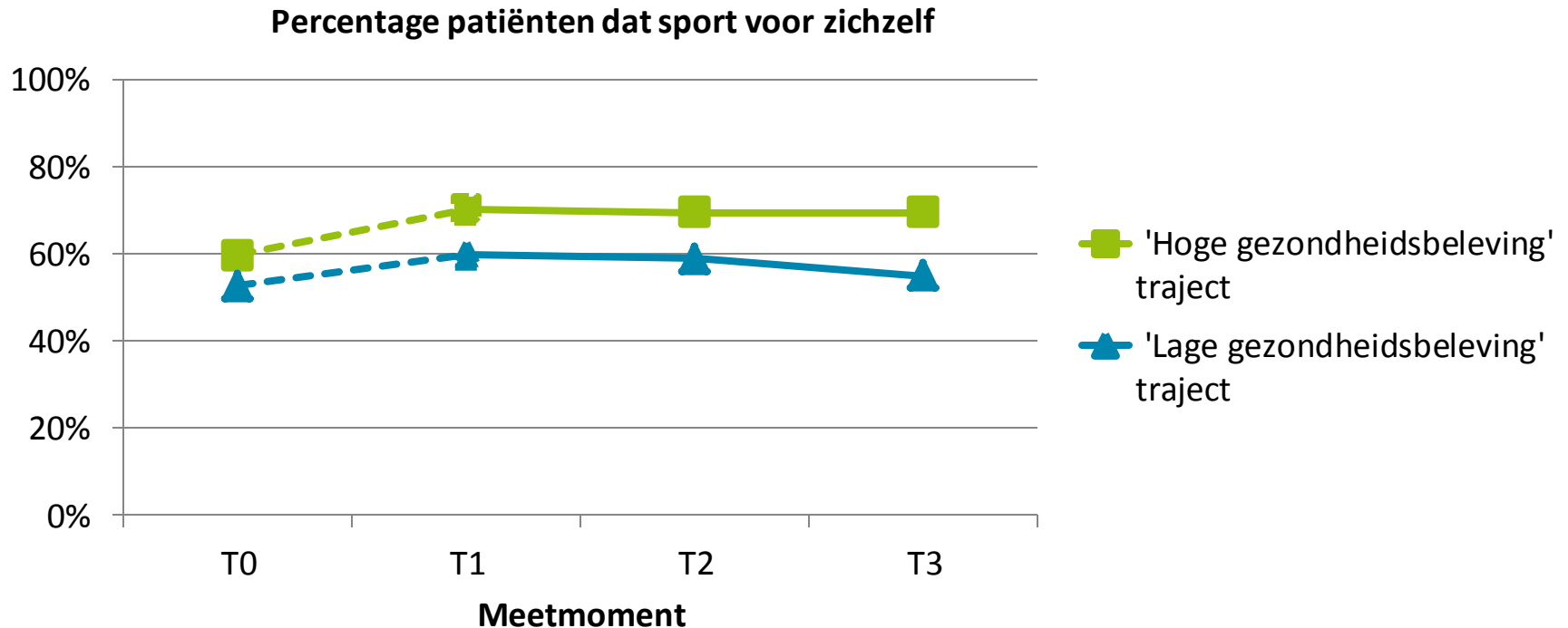
4.2.5 Nederlandse Norm Gezond Bewegen



Het percentage patiënten dat voldoet aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen (NNGB)

Het percentage patiënten dat voldoet aan de NNGB is op alle meetmomenten hoger in het 'Hoge gezondheidsbeleving' traject dan in het 'Lage gezondheidsbeleving' traject. Tijdens revalidatie (T0) voldoet 64% van de patiënten in het 'Hoge gezondheidsbeleving' traject en 53% van de patiënten in het 'Lage gezondheidsbeleving' traject aan de NNGB. Beide trajecten fluctueren over de tijd. Eén jaar na revalidatie (T3) voldoet 69% van de patiënten in het 'Hoge gezondheidsbeleving' traject en 51% van de patiënten in het 'Lage gezondheidsbeleving' traject aan de NNGB.

4.2.6 Sportgedrag



Sportgedrag

Het percentage patiënten dat sport voor zichzelf is op alle meetmomenten hoger in het Hoge gezondheidsbeleving' traject dan in het 'Lage gezondheidsbeleving' traject. Tijdens revalidatie (T0) sport 60% van de patiënten in het 'Hoge gezondheidsbeleving' traject en 53% van de patiënten in het 'Lage gezondheidsbeleving' traject. Tussen T0 en T1 is er voor beide trajecten een toename in het percentage patiënten dat sport voor zichzelf. Tussen T1 en T3 is het percentages sporters redelijk stabiel over de tijd.

4.3.1 Persoonskenmerken

	'Hoge gezondheidsbeleving' traject N=489 Gemiddelde ± SD of % (N)	'Lage gezondheidsbeleving' traject N=656 Gemiddelde ± SD of % (N)
Geslacht (% vrouw)	41.6 (273)	58,4 (383)
Leeftijd (jaren)	52.6 ± 13.4	49.8 ± 13.3
Body Mass Index (kg/m²)	26.5 ± 5.1	27.8 ± 6.0
Opleidingsniveau		
Lagere school	2.7 (12)	4.1 (24)
VMBO, MAVO, MULO, LBO	31.7 (142)	34.1 (199)
HAVO, VWO, MBO	34.8 (156)	39.1 (228)
HBO, universitair onderwijs	30.8 (138)	22.6 (132)
Roken (% ja)	13.9 (61)	20.4 (118)
Alcohol (% ja)	48.4 (213)	36.6 (212)

Algemene persoonskenmerken

Het 'Hoge gezondheidsbeleving' traject verschilt significant van het 'Lage gezondheidsbeleving' traject op alle persoonskenmerken.

Het 'Hoge gezondheidsbeleving' traject heeft relatief meer mannen, is ouder, heeft een lagere Body Mass Index, is hoger opgeleid, rookt minder, en consumeert meer alcohol in vergelijking met het 'Lage gezondheidsbeleving' traject.

4.3.2 Revalidatiecontext

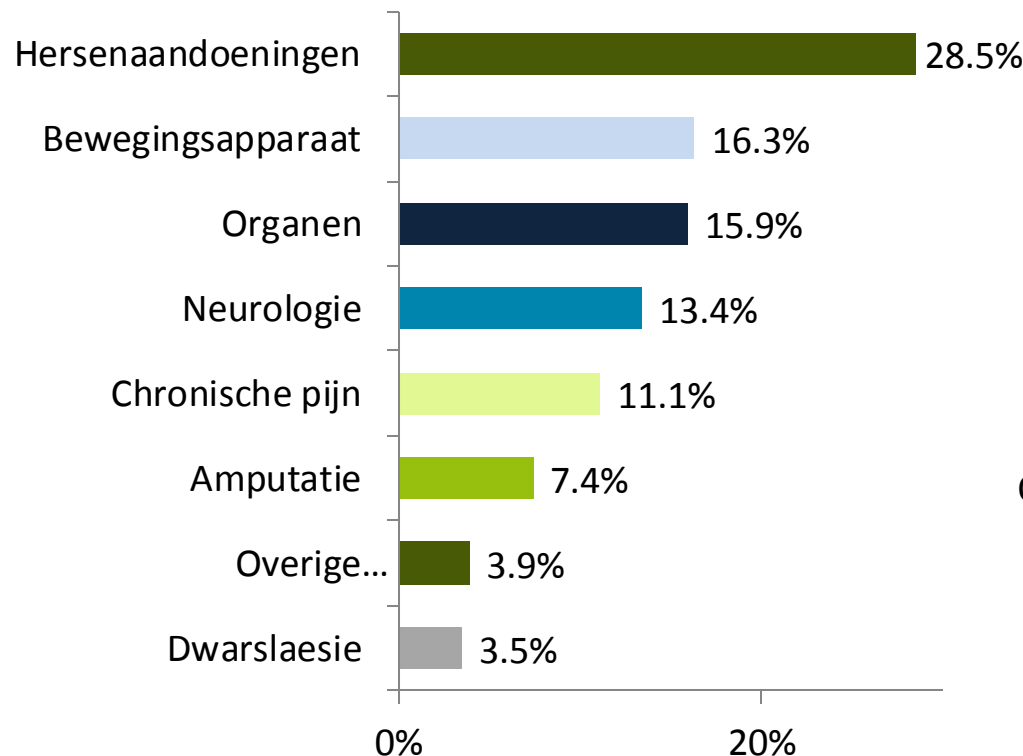
	'Hoge gezondheidsbeleving' traject N=489 % (N)	'Lage gezondheidsbeleving' traject N=656 % (N)
Aantal counseling momenten		
0	10.8 (53)	10.7 (70)
1	16.4 (80)	18.1 (119)
2	18.6 (91)	14.8 (97)
3	23.5 (115)	21.6 (142)
4	28.4 (139)	31.1 (204)
5	2.2 (11)	3.7 (24)
Behandelcontext		
Ziekenhuis	72.6 (355)	71.3 (468)
Revalidatie instelling	27.4 (134)	28.7 (188)
Behandelvorm		
Klinsch	3.9 (19)	2.1 (14)
Poliklinisch	89.8 (439)	90.4 (593)
Consultair	6.3 (31)	7.5 (49)

Revalidatiecontext

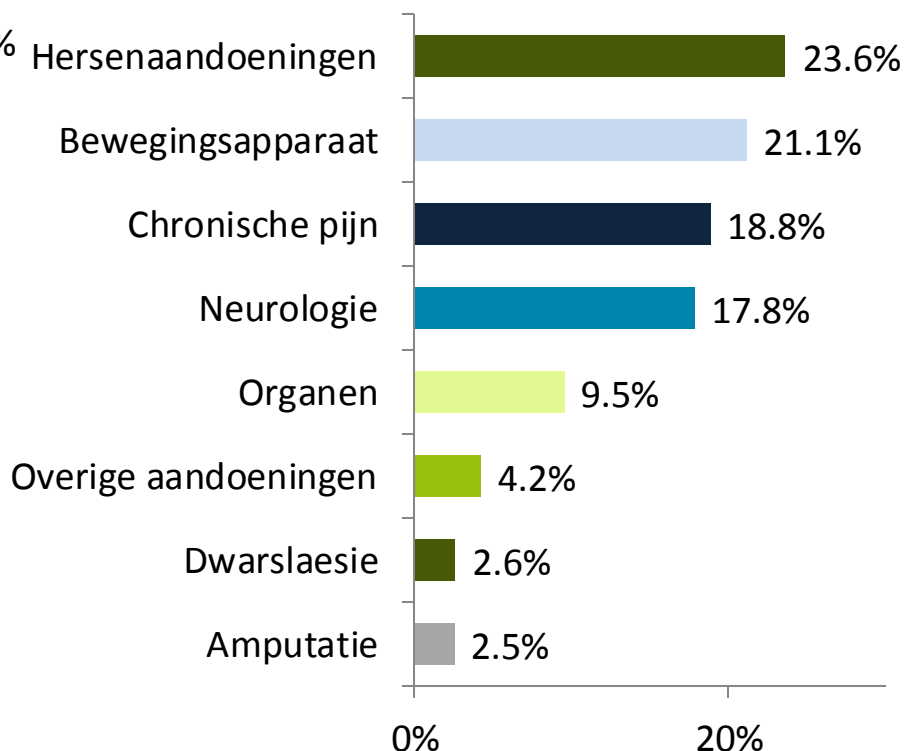
Bovenstaande tabel laat minimale verschillen zien in het aantal ontvangen counseling momenten, de behandelcontext en de behandelvorm tussen het 'Hoge gezondheidsbeleving' en het 'Lage gezondheidsbeleving' traject.

4.3.3 Aandoening en co-morbiditeit

‘Hoge gezondheidsbeleving’ traject



‘Lage gezondheidsbeleving’ traject

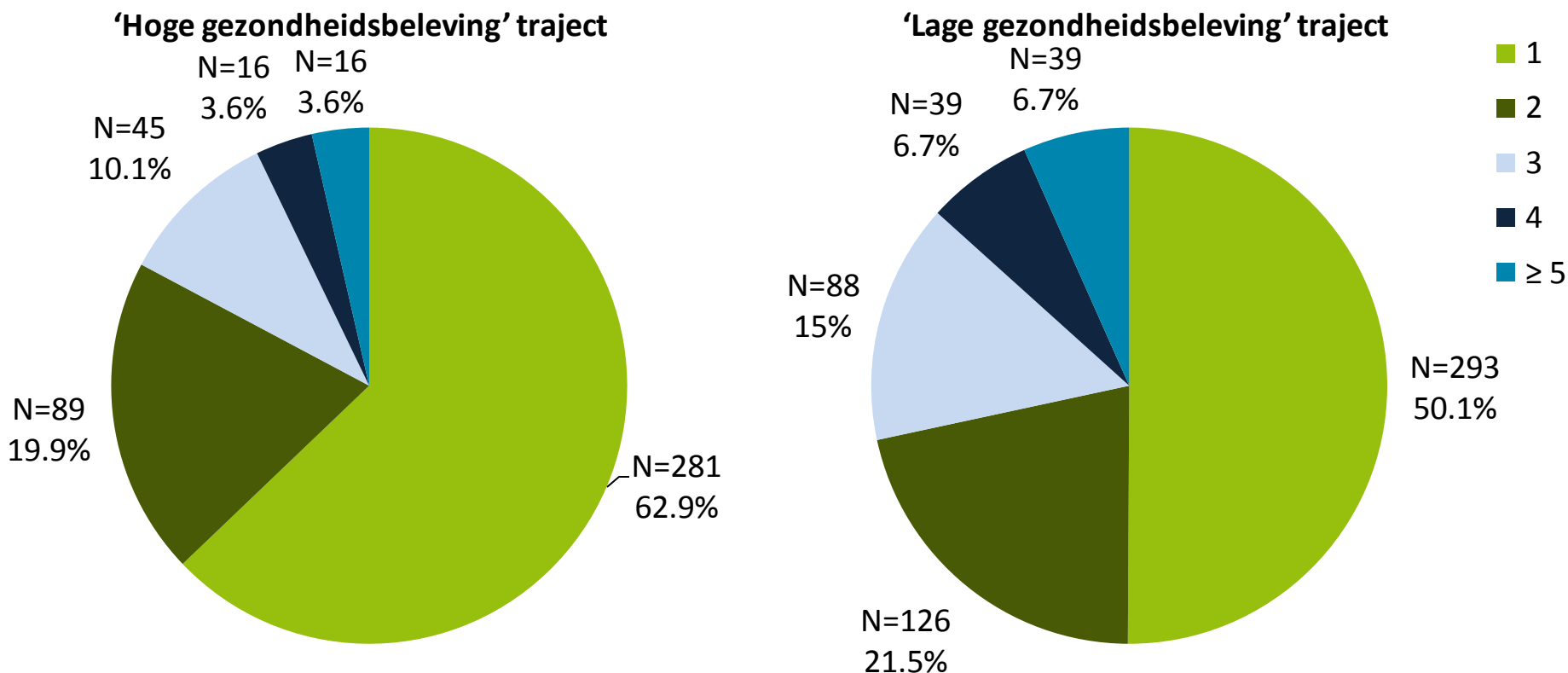


Aandoening

Er zijn verschillen in de soort aandoening tussen patiënten in het ‘Hoge gezondheidsbeleving’ traject en het ‘Lage gezondheidsbeleving’ traject. De drie meest voorkomende aandoeningen van patiënten in het ‘Hoge gezondheidsbeleving’ traject zijn 1) hersenaandoeningen (29%), 2) aandoeningen aan het bewegingsapparaat (16%), en 3) orgaan aandoeningen (16%). De drie meest voorkomende aandoeningen van patiënten in het ‘Lage gezondheidsbeleving’ traject zijn 1) hersenaandoeningen (24%), 2) aandoeningen aan het bewegingsapparaat (21%), en 3) chronische pijn (19%).

4.3.3 Aandoening en co-morbiditeit

Aantal co-morbiditeiten

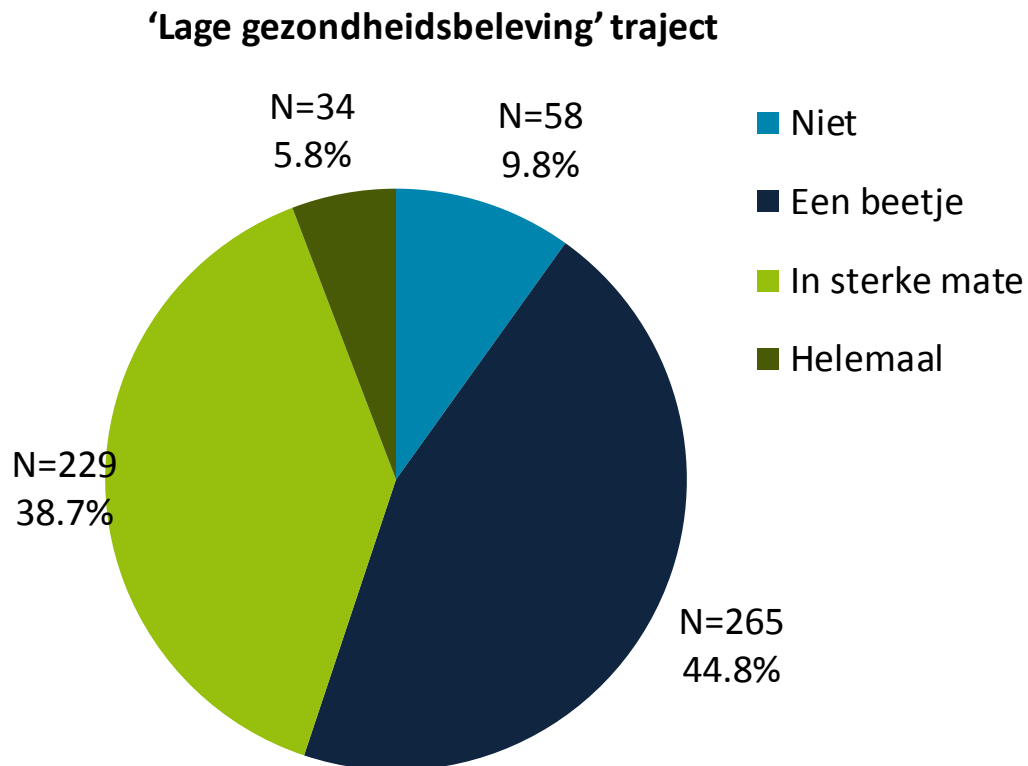
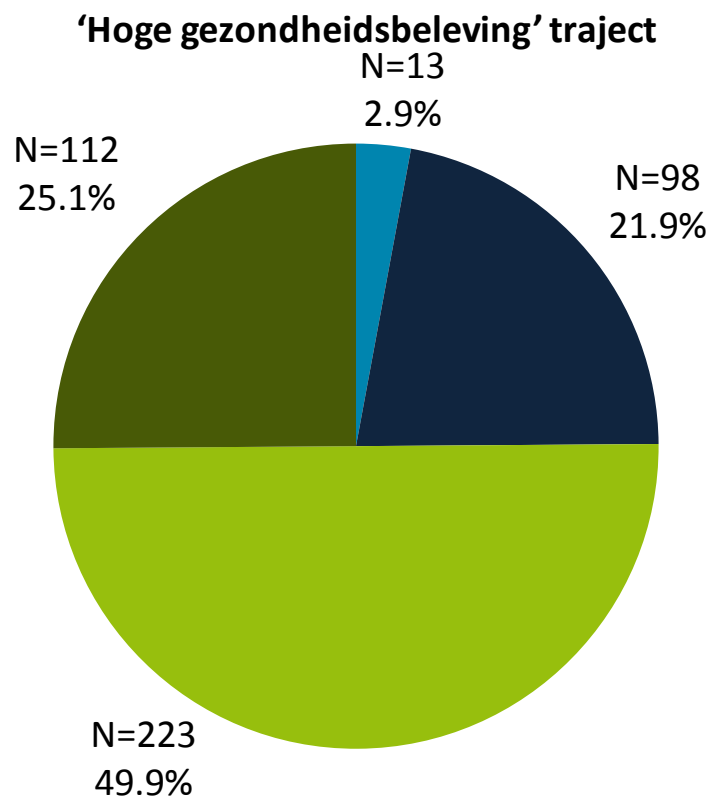


Co-morbiditeit

Patiënten in het 'Hoge gezondheidsbeleving' traject hebben minder co-morbiditeiten dan patiënten in het 'Lage gezondheidsbeleving' traject. In het 'Hoge gezondheidsbeleving' traject heeft 37% van de patiënten twee of meer co-morbiditeiten en in het 'Lage gezondheidsbeleving' traject 50% van de patiënten.

4.3.3 Aandoening en co-morbiditeit

Goede acceptatie van de aandoening



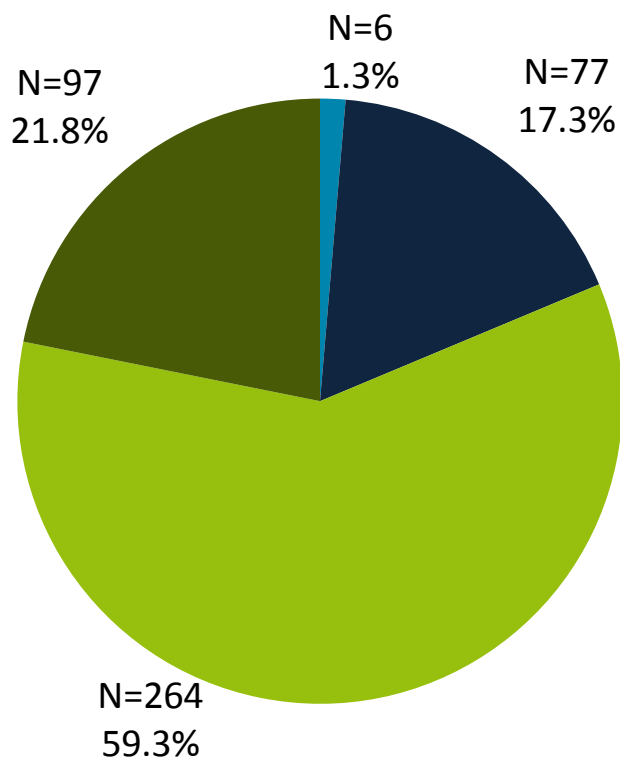
Acceptatie van de aandoening

In het 'Hoge gezondheidsbeleving' traject kan 75% van de patiënten de aandoening in sterke mate of helemaal accepteren en in het 'Lage gezondheidsbeleving' traject is dat 45% van de patiënten.

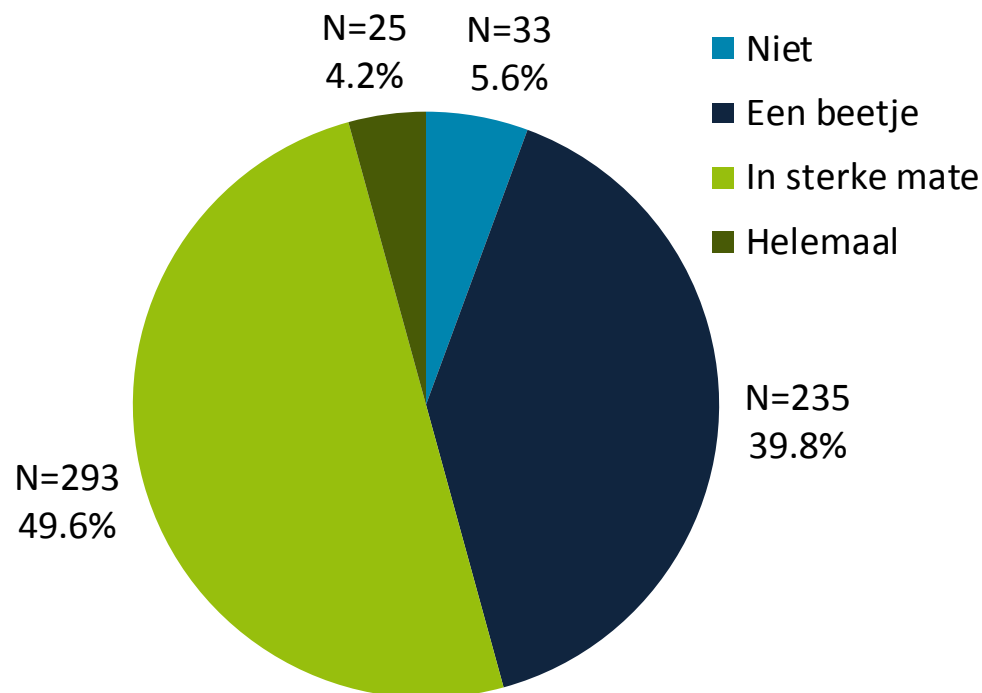
4.3.3 Aandoening en co-morbiditeit

Goed kunnen omgaan met de aandoening

'Hoge gezondheidsbeleving' traject



'Lage gezondheidsbeleving' traject

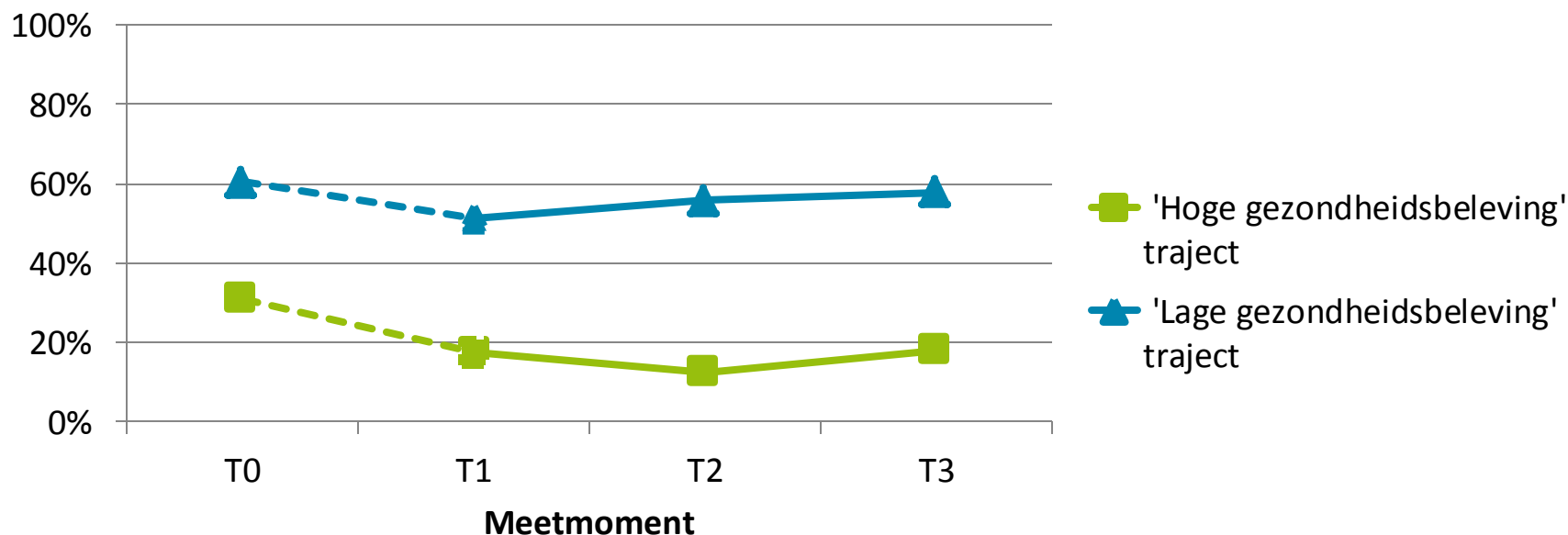


Omgang met de aandoening

In het 'Hoge gezondheidsbeleving' traject kan 81% van de patiënten in sterke mate of helemaal goed omgaan met de aandoening en in het 'Lage gezondheidsbeleving' traject is dat 54% van de patiënten.

4.3.3 Aandoening en co-morbiditeit

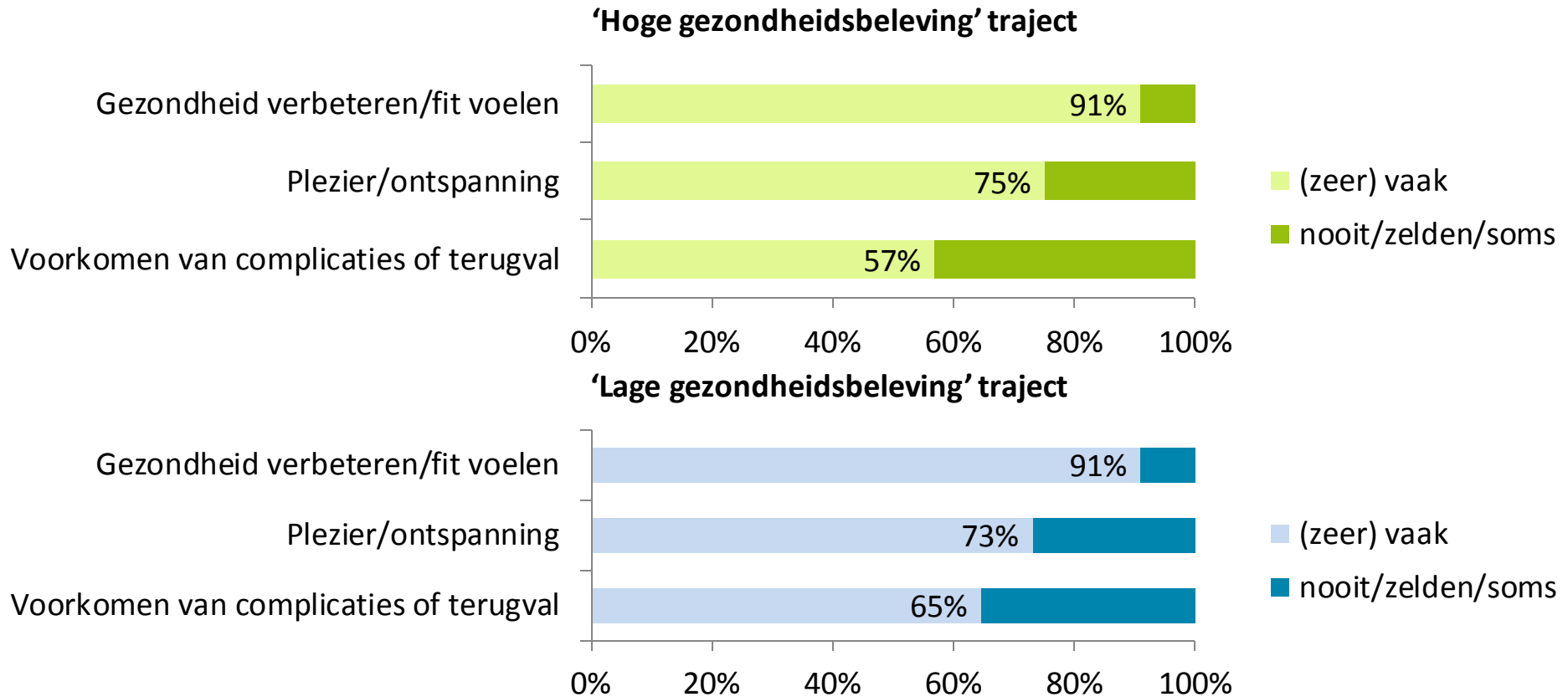
Percentage patiënten dat (zeer) vaak belemmerd wordt door aandoening/ziekte om lichamelijk actief te zijn



Ervaren belemmering om fysiek actief te zijn door de aandoening/ziekte

Op alle meetmomenten is het percentage patiënten dat (zeer) vaak belemmerd wordt door hun aandoening/ziekte om lichamelijke actief te zijn het hoogste in het 'Lage gezondheidsbeleving' traject.

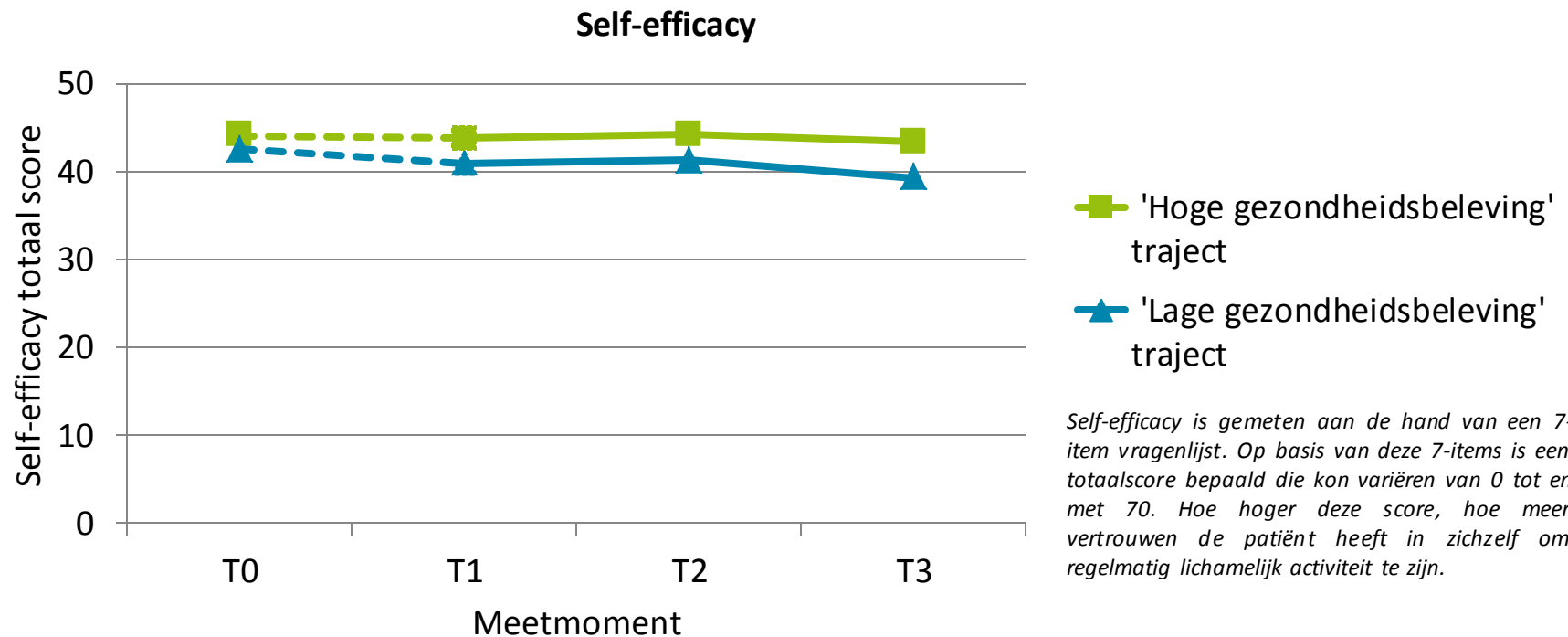
4.3.4 Redenen om te bewegen



De top 3 redenen om te bewegen

Patiënten zijn gevraagd in welke mate verschillende redenen om te bewegen voor hun van toepassing zijn. Er zijn geen tot minimale verschillen tussen het 'Hoge gezondheidsbeleving' en het 'Lage gezondheidsbeleving' traject in de top 3 redenen om te bewegen die door patiënten (zeer) vaak worden genoemd. De top 3 redenen om te bewegen zijn: 1) Gezondheid verbeteren/fit voelen, 2) Plezier/ontspanning, en 3) Voorkomen van complicaties of terugval.

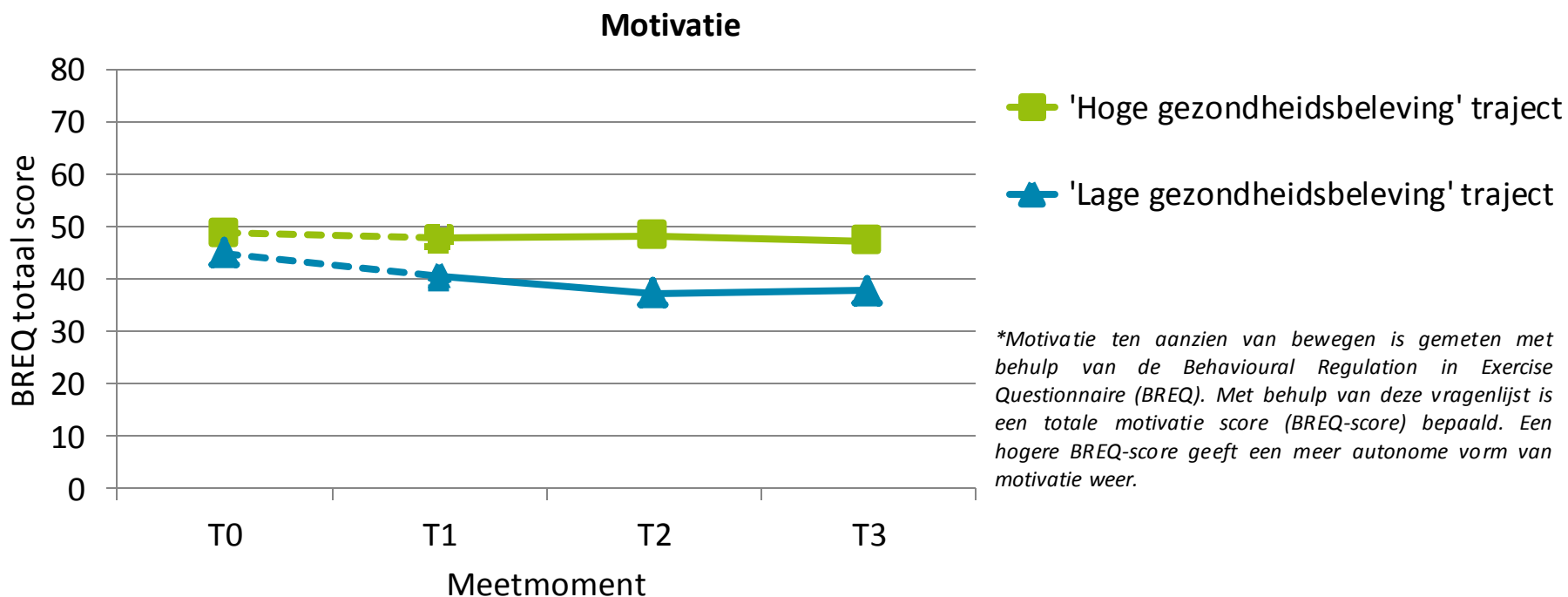
4.4.1 Psychosociale factoren: self-efficacy (1)



Self-efficacy

Op alle meetmomenten scoren patiënten in het 'Hoge gezondheidsbeleving' traject hoger op self-efficacy dan patiënten in het 'Lage gezondheidsbeleving' traject.

4.4.1 Psychosociale factoren: motivatie (2)

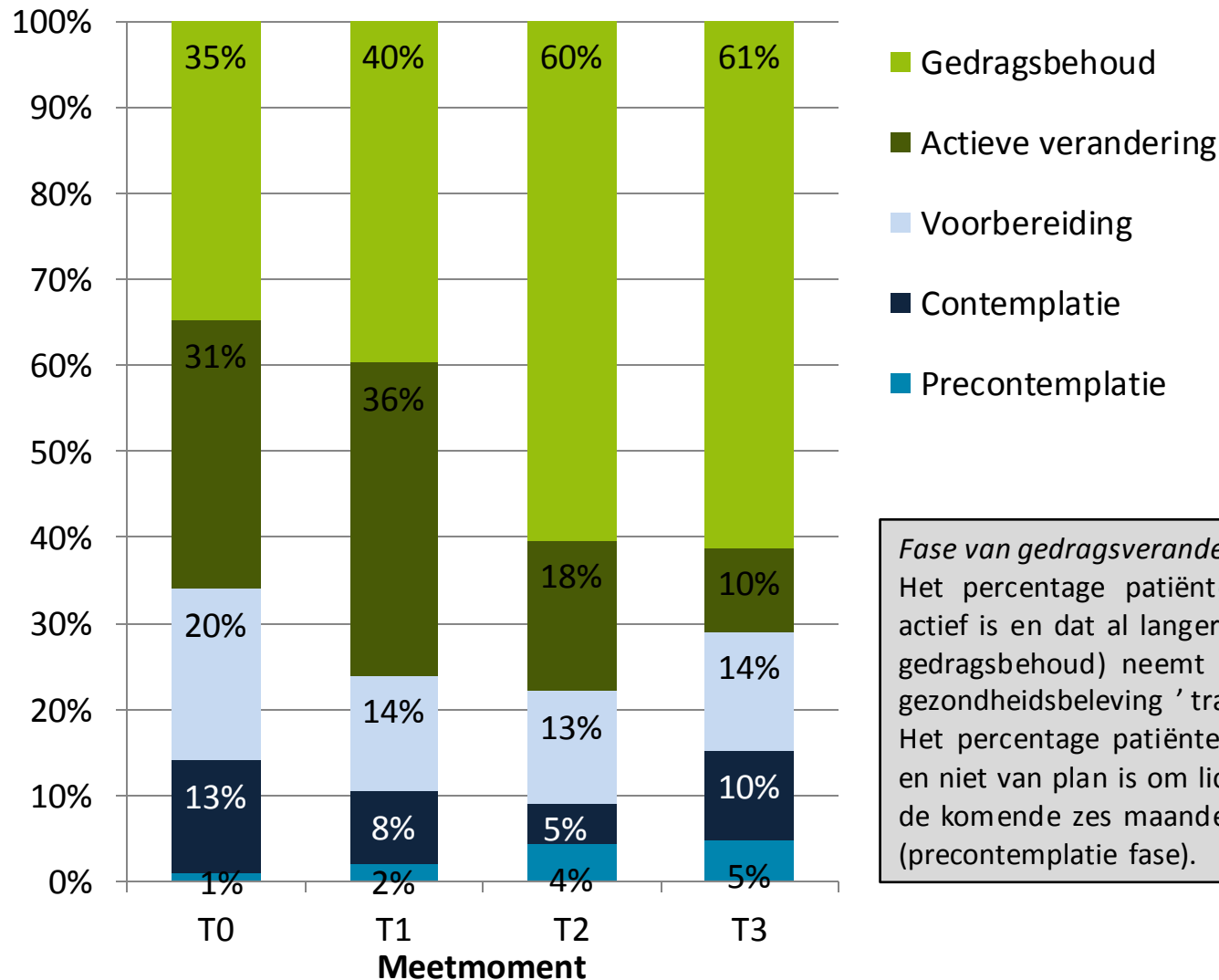


Motivatie

Op alle meetmomenten scoren patiënten in het 'Hoge gezondheidsbeleving' traject hoger op hun motivatie ten aanzien van bewegen dan patiënten in het 'Lage gezondheidsbeleving' traject.

4.4.1 Psychosociale factoren: fase van gedragsverandering (3)

'Hoge gezondheidsbeleving' traject – Fase van gedragsverandering

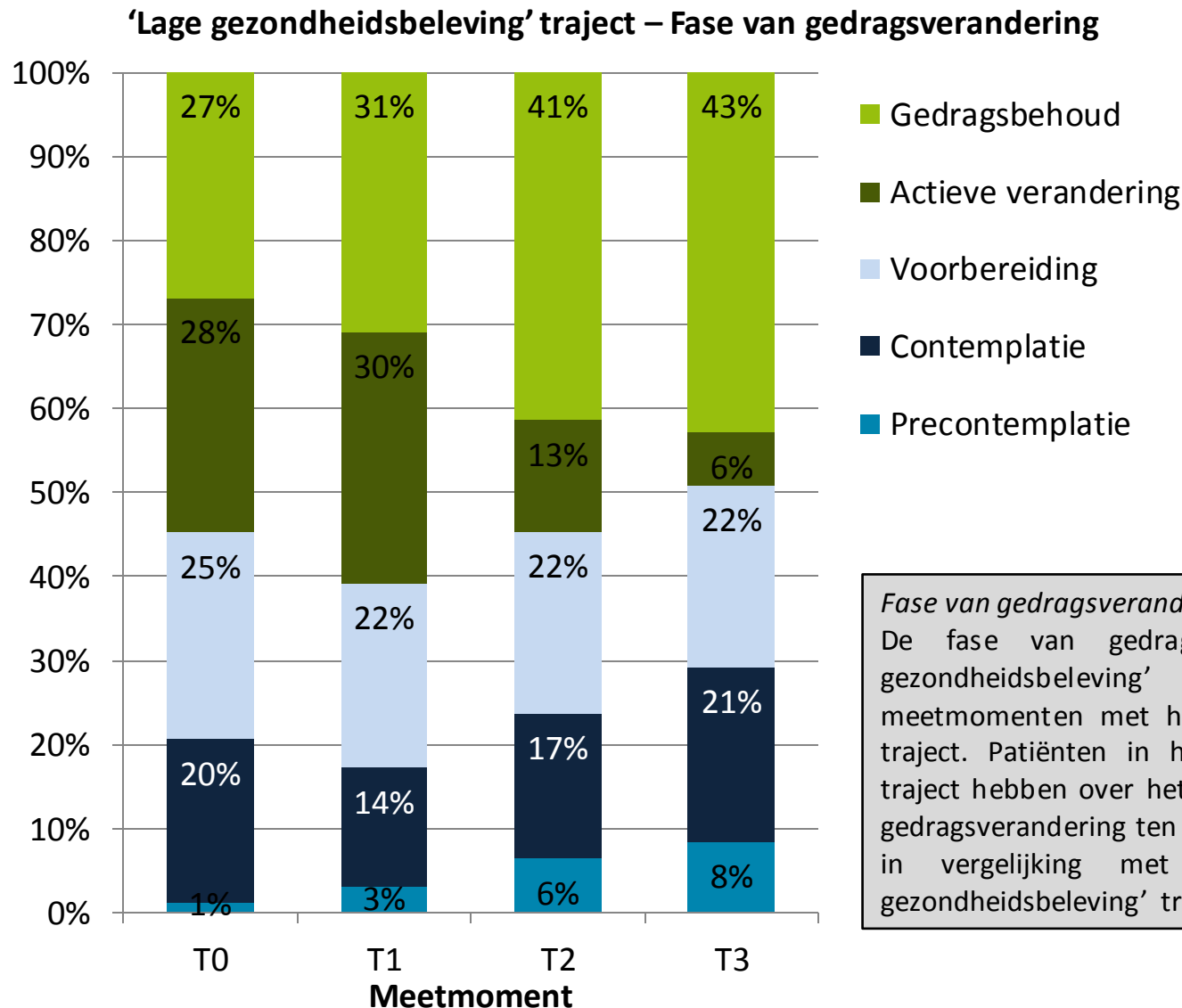


Fase van gedragsverandering

Het percentage patiënten dat regelmatig lichamelijk actief is en dat al langer dan zes maanden is (fase van gedragsbehoud) neemt toe over de tijd in het 'Hoge gezondheidsbeleving' traject.

Het percentage patiënten dat niet lichamelijk actief is en niet van plan is om lichamelijk actiever te worden in de komende zes maanden neemt licht toe over de tijd (precontemplatie fase).

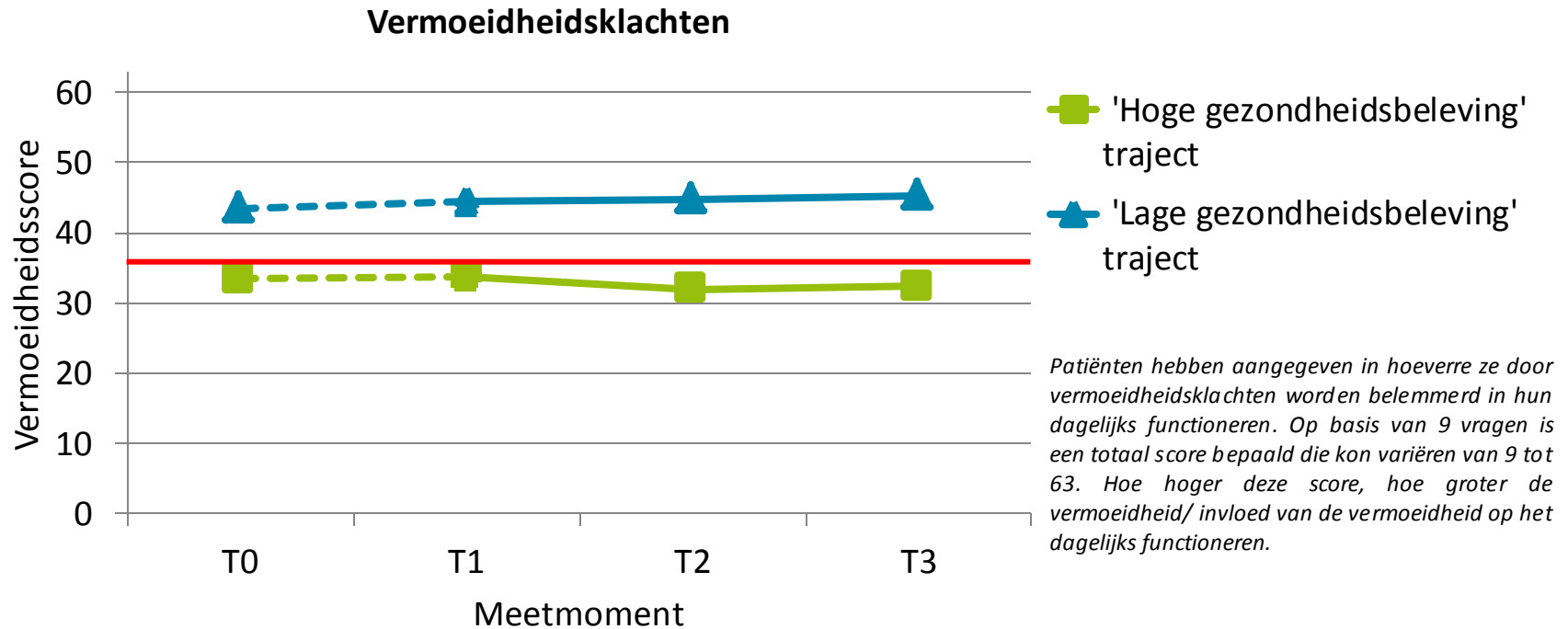
4.4.1 Psychosociale factoren: fase van gedragsverandering (4)



Fase van gedragsverandering

De fase van gedragsverandering in het 'Lage gezondheidsbeleving' traject verschilt op alle meetmomenten met het 'Hoge gezondheidsbeleving' traject. Patiënten in het 'Lage gezondheidsbeleving' traject hebben over het algemeen een lagere fase van gedragsverandering ten aanzien van een actieve leefstijl in vergelijking met patiënten uit het 'Hoge gezondheidsbeleving' traject.

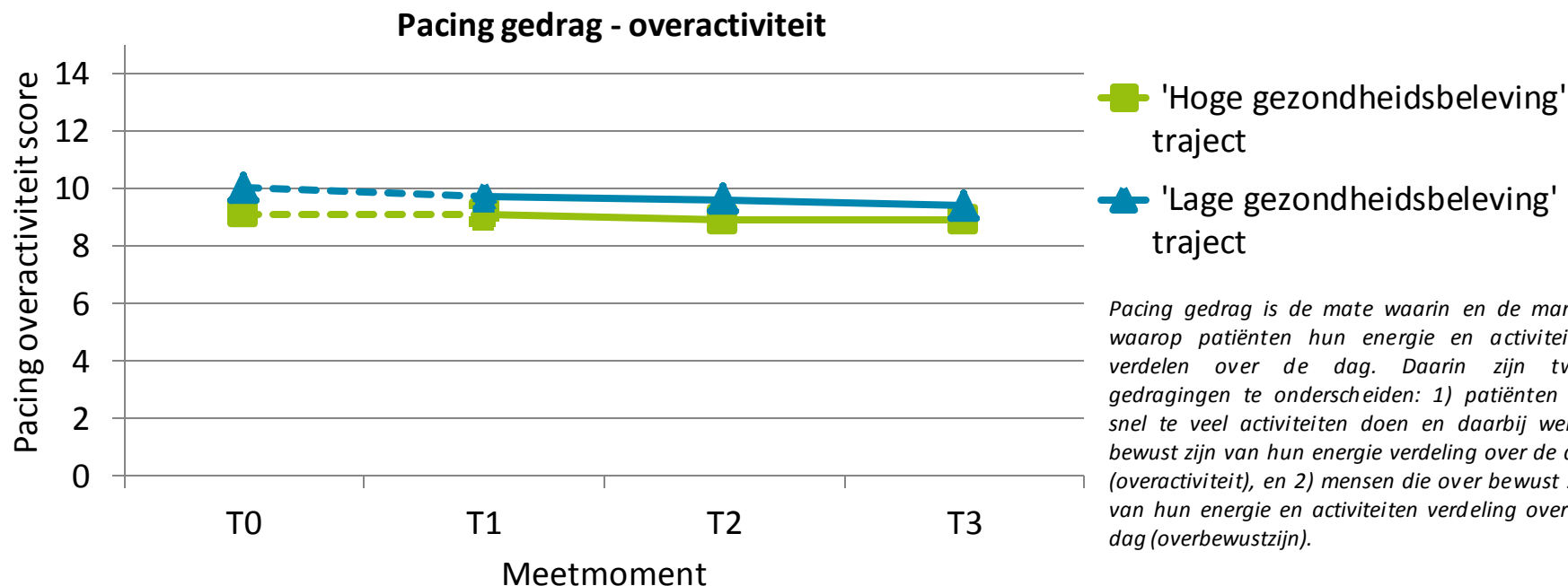
4.4.2 Gezondheidsfactoren: vermoeidheid (1)



Vermoeidheidsklachten

Op alle meetmomenten scoort het 'Lage gezondheidsbeleving' traject hoger op de vermoeidheidsscore dan het 'Hoge gezondheidsbeleving' traject. Patiënten in het 'Lage gezondheidsbeleving' traject hebben gemiddeld een vermoeidheidsscore boven de 36 (zie rode lijn in de figuur), wat ernstige vermoeidheid aanduidt. De trend over de tijd is voor beide trajecten redelijk stabiel.

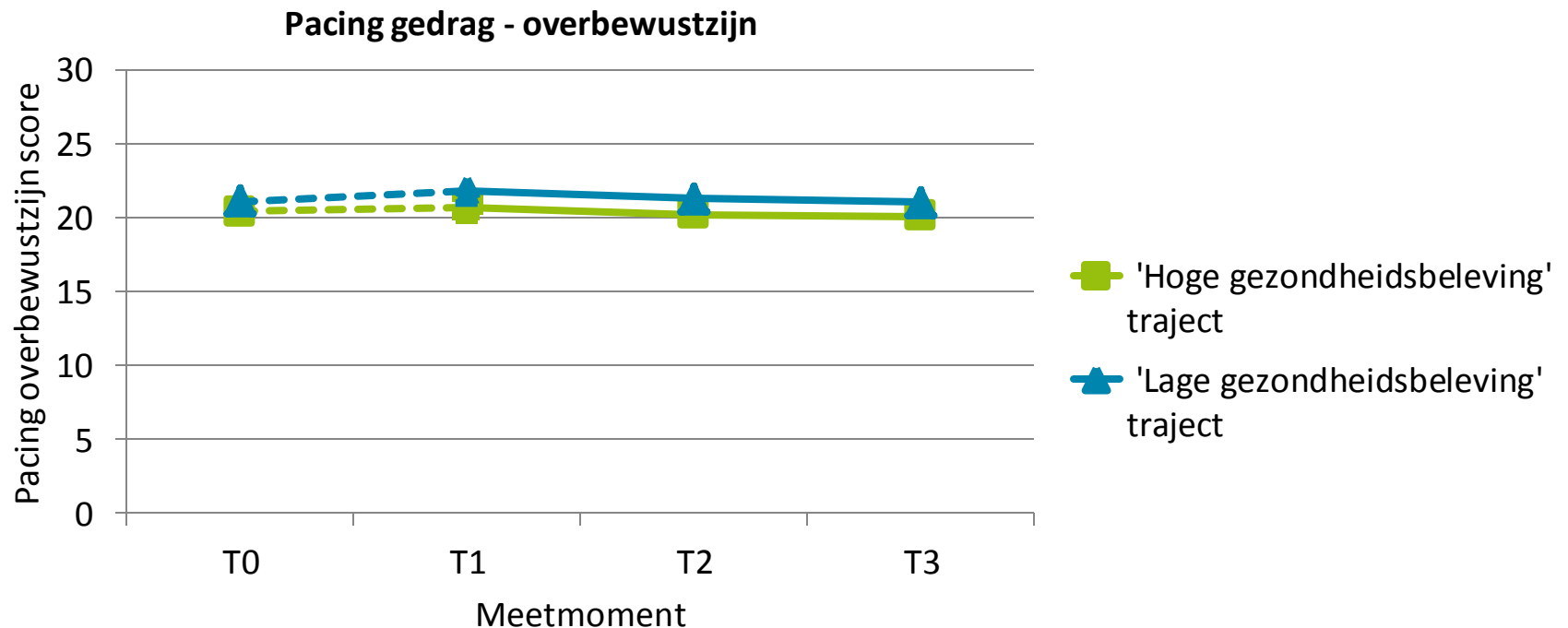
4.4.2 Gezondheidsfactoren: pacing (2)



Pacing gedrag – overactiviteit

Patiënten in het 'Lage gezondheidsbeleving' traject scoren op alle meetmomenten licht hoger op de overactiviteit score van pacing in vergelijking met patiënten in het 'Hoge gezondheidsbeleving' traject. Dit betekent dat deze groep patiënten mogelijk gevoeliger zou kunnen zijn om te veel activiteiten te doen en dat zij mogelijk minder bewust zijn van hun energie verdeling over de dag.

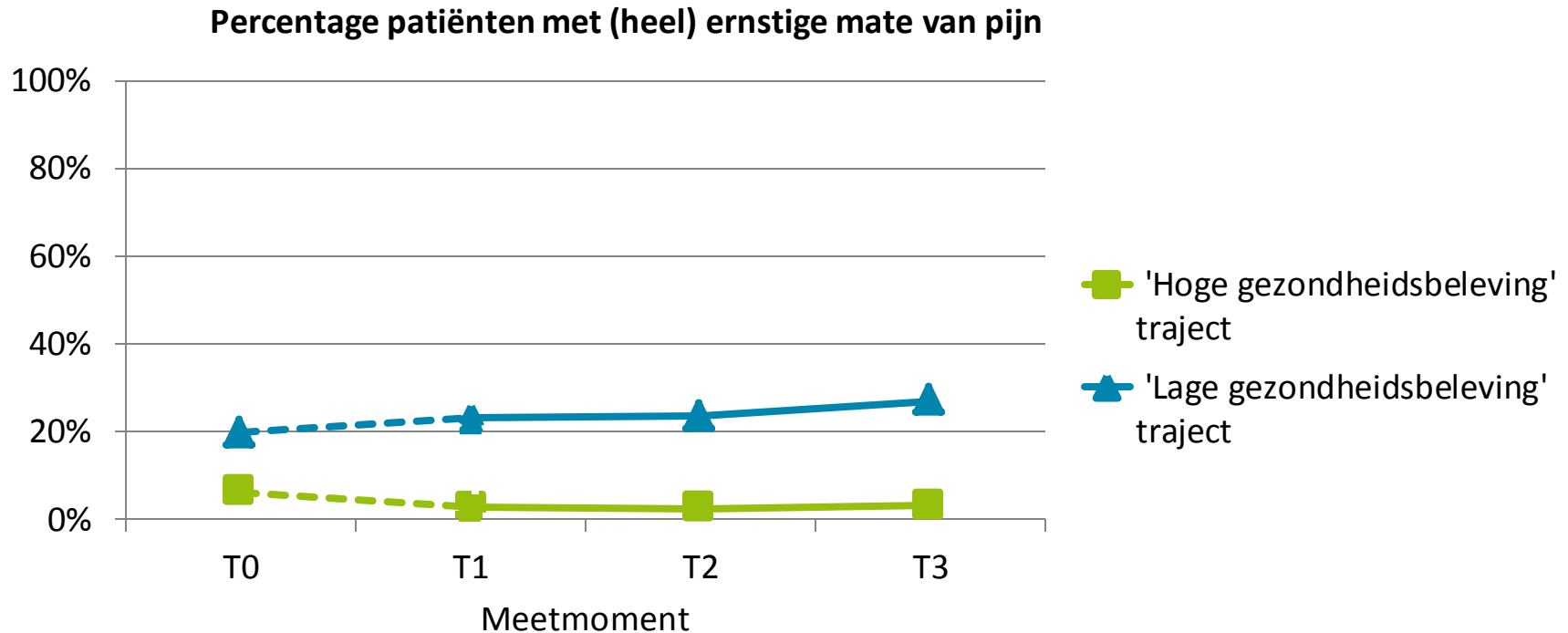
4.4.2 Gezondheidsfactoren: pacing (3)



Pacing gedrag – overbewustzijn

Patiënten in het 'Lage gezondheidsbeleving' traject scoren op alle meetmomenten licht hoger op de overbewustzijn score van pacing in vergelijking met patiënten uit het 'Hoge gezondheidsbeleving' traject. Dit betekent dat patiënten in het 'Lage gezondheidsbeleving' traject meer bewust zijn van het verdelen van hun activiteiten en energie over de dag.

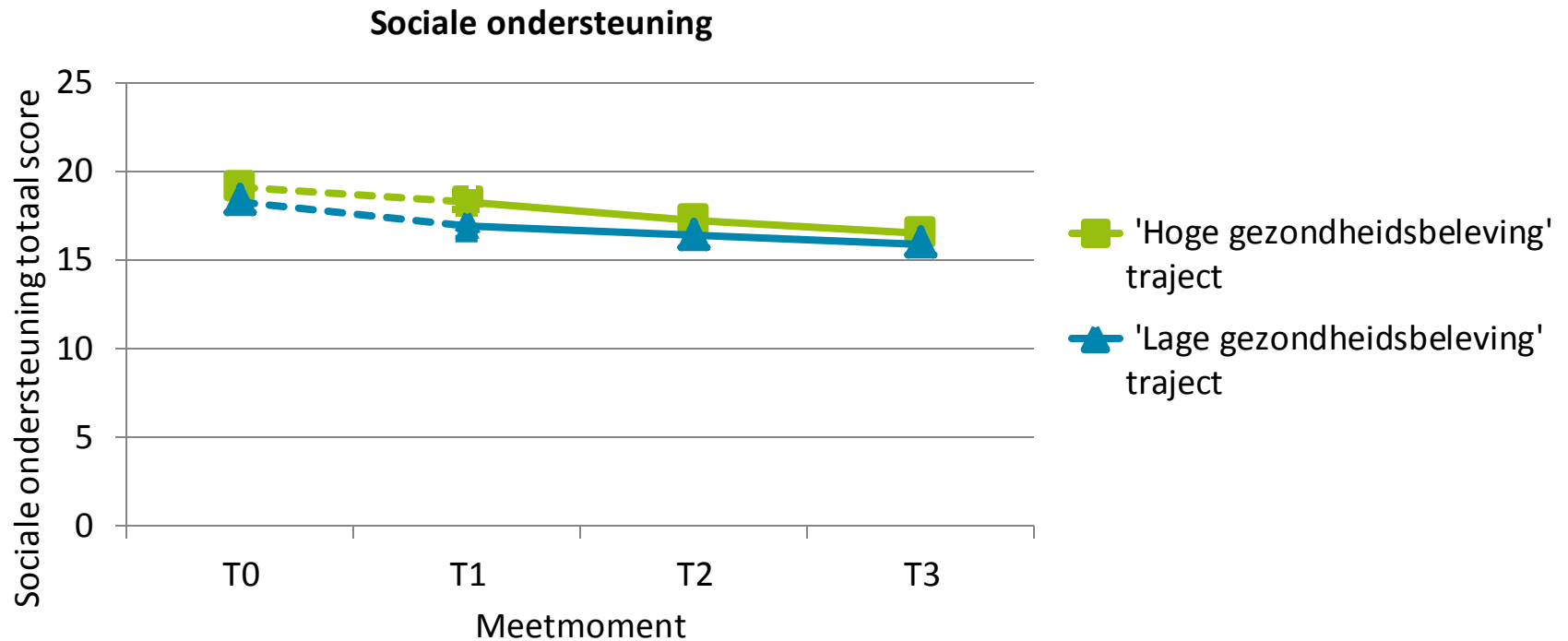
4.4.2 Gezondheidsfactoren: pijn (4)



Pijn

Op alle meetmomenten heeft het 'Lage gezondheidsbeleving' traject een hoger percentage patiënten dat meer of vaker een (heel) ernstige mate van pijn ervaart dan het 'Hoge gezondheidsbeleving' traject. In het 'Lage gezondheidsbeleving' traject is een licht toenemende trend over de tijd te zien in het percentage patiënten met (heel) ernstige mate van pijn.

4.4.3 Omgevingsfactoren (1)

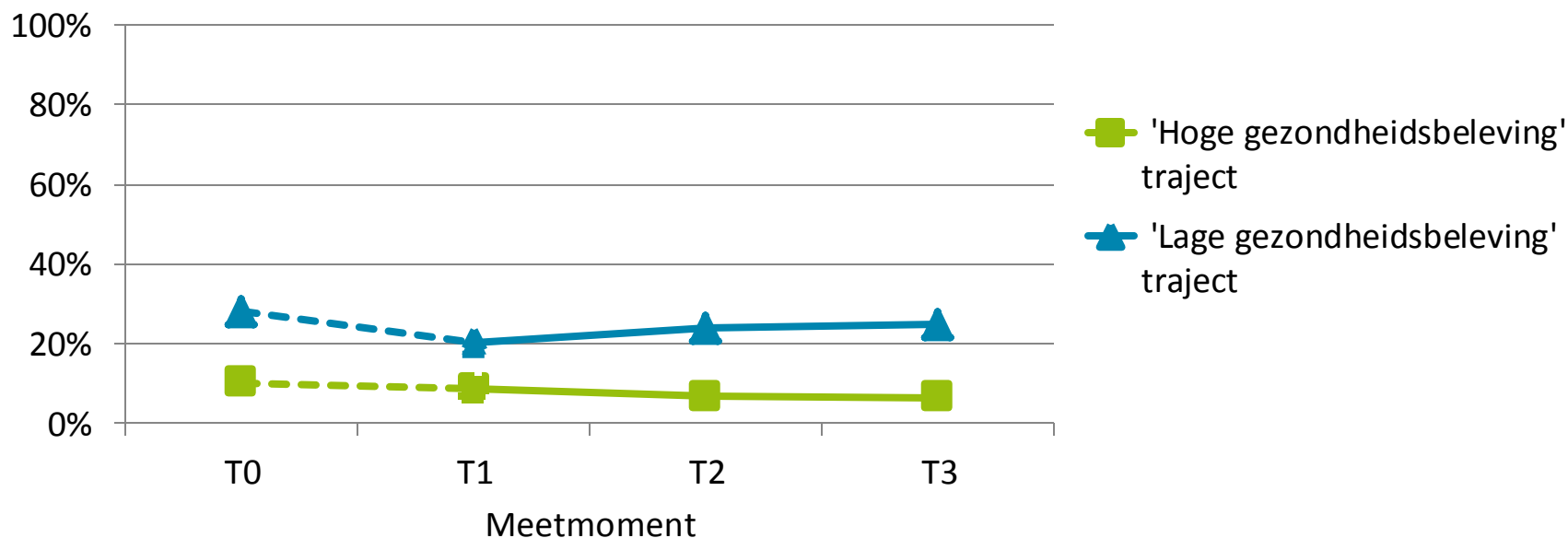


Sociale ondersteuning

Op T0 en T1 scoort het 'Hoge gezondheidsbeleving' traject significant hoger op de sociale ondersteuning dan het 'Lage gezondheidsbeleving' traject, echter zijn de verschillen tussen de twee trajecten klein. Ook is er in beide trajecten een licht afnemende trend te zien over de tijd in de mate waarin patiënten ondersteuning ontvangen van vrienden/familie/kennissen/collega's om lichamelijk actief te zijn.

4.4.3 Omgevingsfactoren (2)

Percentage patiënten dat (zeer) vaak belemmerd wordt door beperkte mogelijkheden om lichamelijke actief te zijn in de omgeving

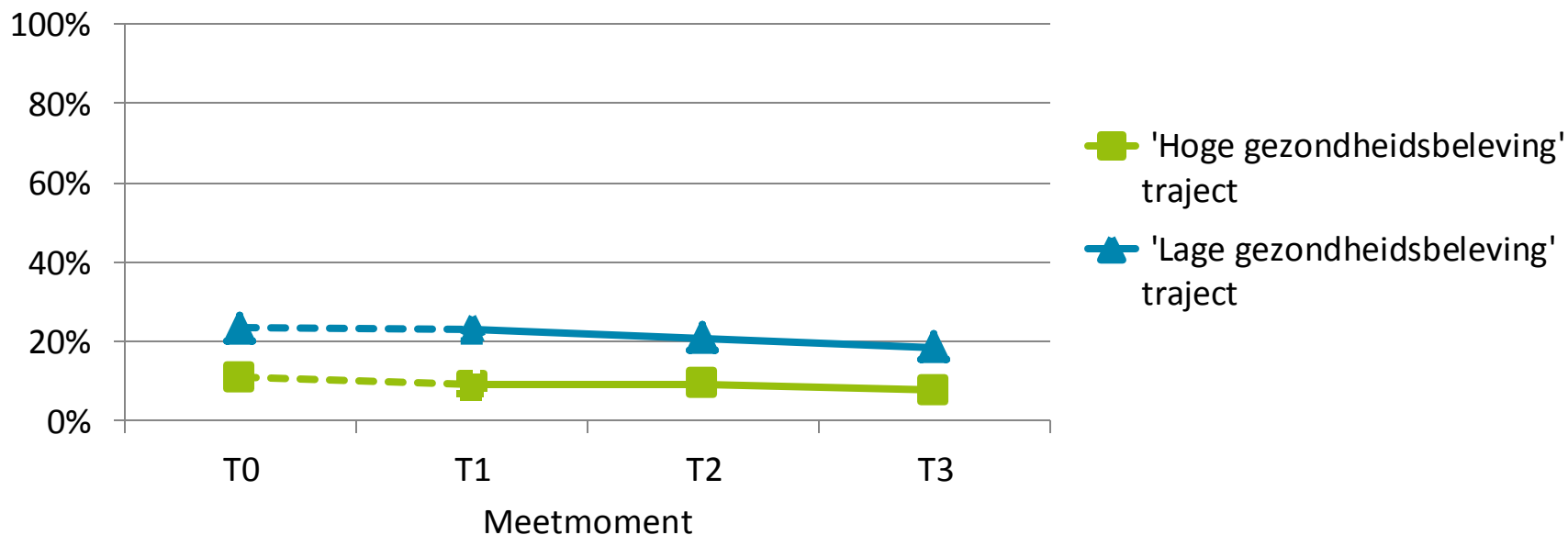


Beperkte mogelijkheden in de omgeving

Op alle meetmomenten is het percentage patiënten dat (zeer) vaak belemmerd wordt door beperkte mogelijkheden in de omgeving om lichamelijke actief te zijn het hoogste in het 'Lage gezondheidsbeleving' traject.

4.4.3 Omgevingsfactoren (3)

Percentage patiënten dat (zeer) vaak belemmerd wordt door onvoldoende financiële middelen

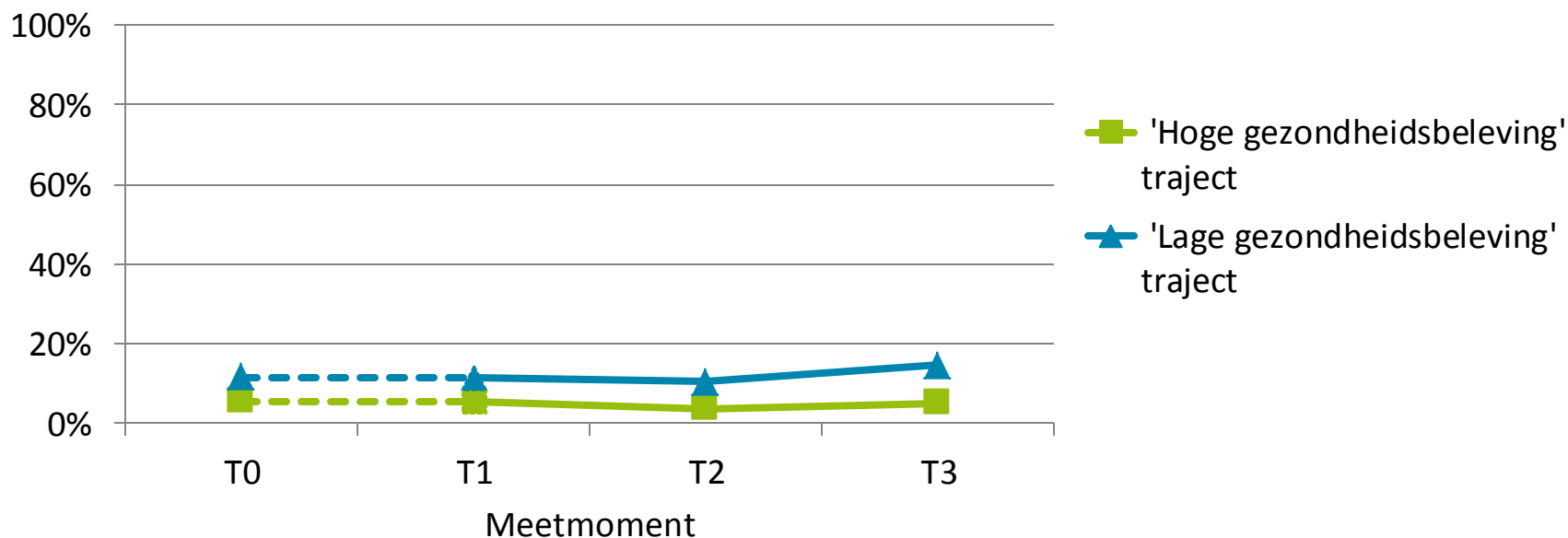


Onvoldoende financiële middelen

Op alle meetmomenten is het percentage patiënten dat (zeer) vaak belemmerd wordt door onvoldoende financiële middelen om lichamelijke actief te zijn het hoogste in het 'Lage gezondheidsbeleving' traject.

4.4.3 Omgevingsfactoren (4)

Percentage patiënten dat (zeer) vaak belemmerd wordt door vervoersproblemen



Vervoersproblemen

Op alle meetmomenten is het percentage patiënten dat (zeer) vaak belemmerd wordt door vervoersproblemen om lichamelijke actief te zijn het hoogste in het 'Lage gezondheidsbeleving' traject.

Hoofdstuk 5

Trajecten van zorgkosten

In dit hoofdstuk worden de trajecten van zorgkosten over de tijd beschreven. De trajecten worden in dit hoofdstuk zorgtrajecten genoemd. Dit hoofdstuk is als volgt opgebouwd:

5.1 Trajecten van zorgkosten

5.2 Beschrijving van zorgtrajecten: eerstelijnszorg

5.2.1 Eerstelijnszorg

5.2.2 Contacten huisarts

5.2.3 Contacten fysiotherapeut

5.3 Beschrijving van zorgtrajecten: tweedelijnszorg

5.3.1 Tweedelijnszorg

5.3.2 Contacten specialist

5.4 Beschrijving van zorgtrajecten: patiëntkenmerken tijdens revalidatie

5.4.1 Persoonskenmerken

5.4.2 Revalidatiecontext

5.4.3 Aandoening en co-morbiditeit

5.5 Beschrijving van zorgtrajecten: beweeg- en sportgedrag

5.5.1 Totaal aantal minuten lichamelijke activiteit

5.5.2 Licht intensieve activiteiten

5.5.3 Matig intensieve activiteiten

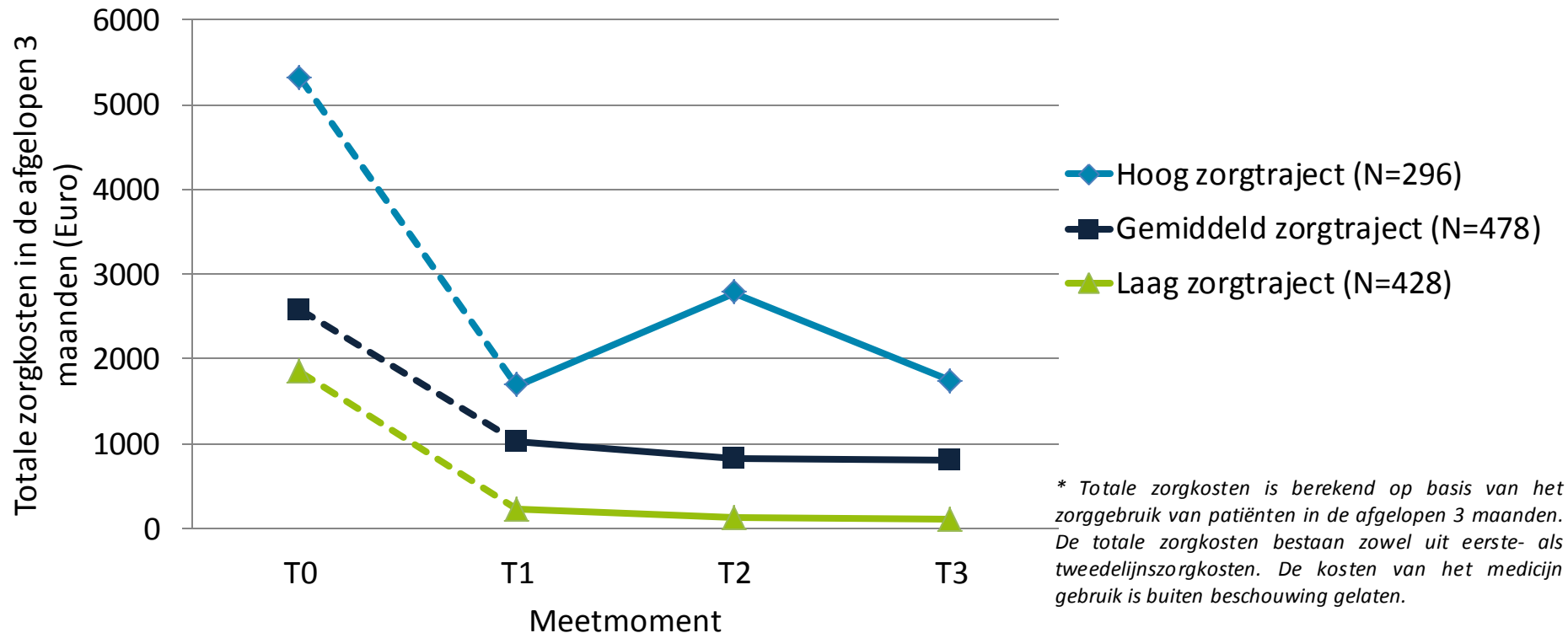
5.5.4 Zwaar intensieve activiteiten

5.5.5 Nederlandse Norm Gezond Bewegen

5.5.6 Sportgedrag

5.6 Beschrijving van zorgtrajecten: gezondheidsbeleving

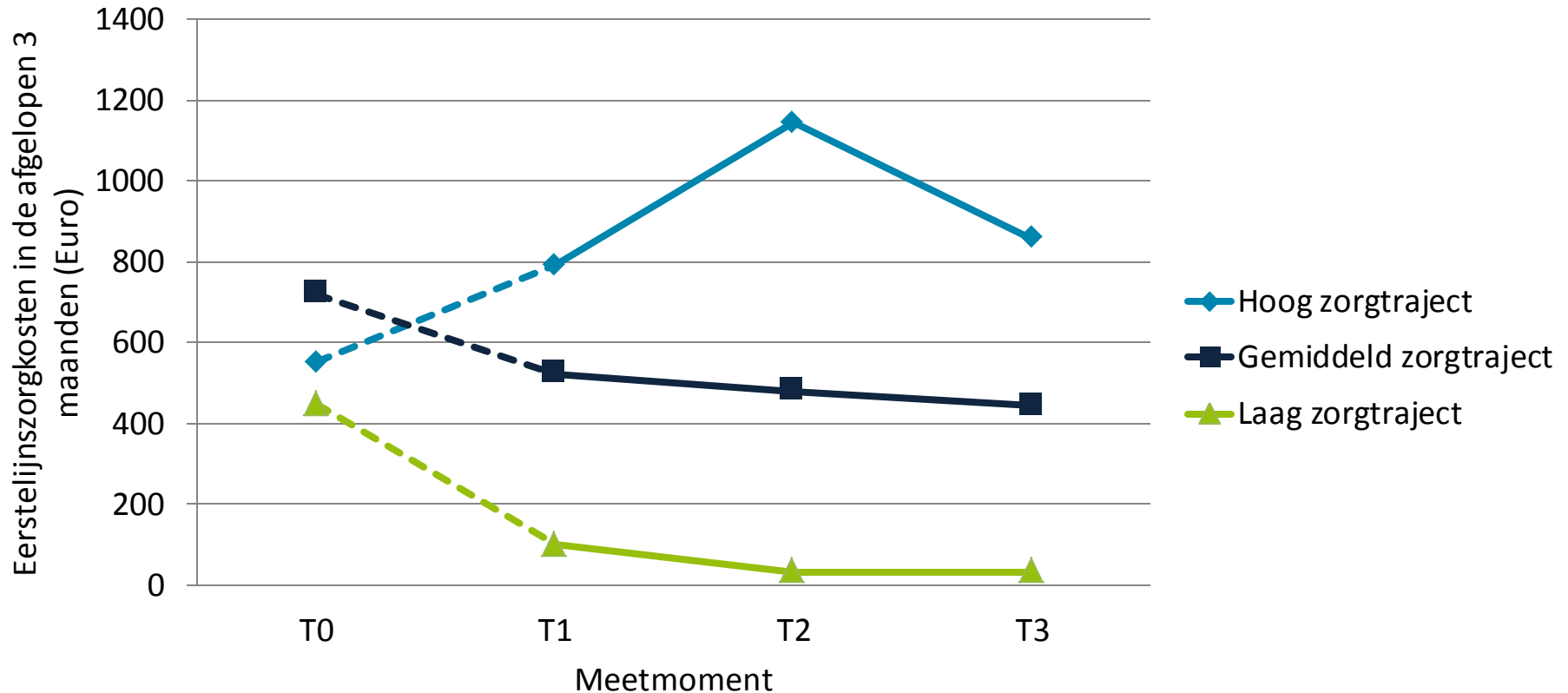
5.1 Zorgtrajecten



Zorgtrajecten op basis van de totale zorgkosten

Op basis van de latent class growth modellen zijn drie verschillende zorgtrajecten geïdentificeerd: een 'Hoog', 'Gemiddeld' en 'Laag' zorgtraject. De meeste patiënten (N=478) zijn geclassificeerd in het 'Gemiddeld' zorgtraject, wat gekenmerkt wordt als een licht dalend beloop in zorgkosten gedurende de follow-up metingen (T1-T3) tot een gemiddelde van €803 op T3. Het 'Lage' zorgtraject (N=428) kenmerkt zich door eenzelfde beloop, maar met lagere gemiddelde kosten (€100 op T3). Een relatief kleine groep patiënten (N=296) is geclassificeerd in het 'Hoog' zorgtraject. Dit traject laat weliswaar een steile daling zien na afloop van de revalidatiebehandeling (tussen T0 en T1), maar deze daling zet niet zichtbaar door (€1731 op T3).

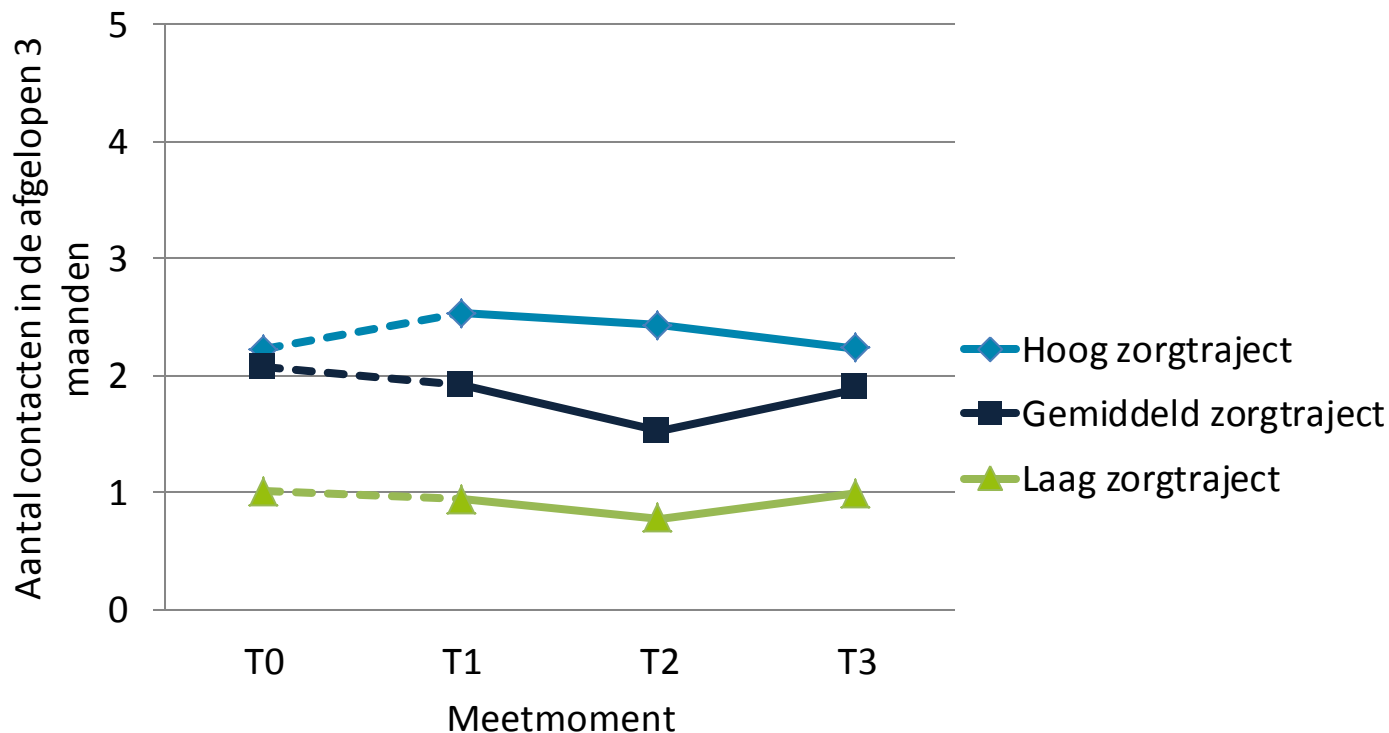
5.2.1 Eerstelijnszorgkosten



Eerstelijnszorgkosten

De patiënten uit het 'Gemiddelde' en 'Lage' zorgtraject kenmerken zich door een lichte daling in eerstelijnszorgkosten in de periode na revalidatie (T1 – T3). De gemiddelde eerstelijnszorgkosten van patiënten in het 'Lage' zorgtraject zijn beduidend lager dan van die van patiënten in het 'Gemiddelde' zorgtraject (€33 versus 448 op T3). De patiënten uit het 'Hoge' zorgtraject laten een ander beloop van de eerstelijnszorgkosten zien: een stijging in de kosten tussen T0-T2, gevolgd door een daling in de kosten tussen T2 en T3 (van €1145 op T2 naar €859 op T3).

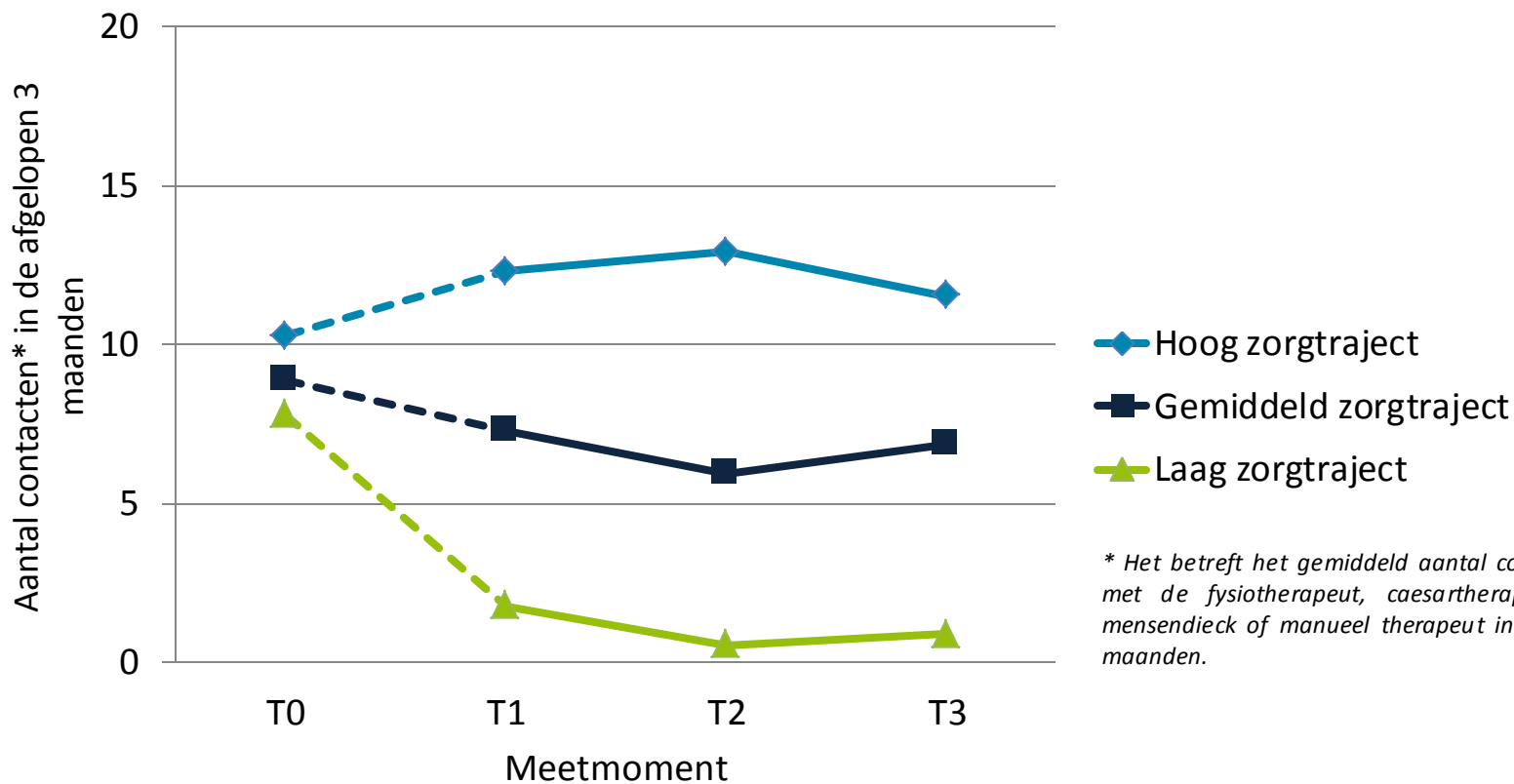
5.2.2 Eerstelijnszorggebruik: contacten huisarts



Contacten huisartsen

De patiënten in het 'Hoge' en 'Lage' zorgtraject kenmerken zich door een redelijk stabiel gemiddeld aantal contacten met de huisarts in de periode na revalidatie (T1 – T3). Wel is het gemiddelde aantal contacten tussen de twee trajecten verschillend (2.1 contacten versus 1.0 op T3). De patiënten in het 'Gemiddeld' zorgtraject laten een wisselend aantal contacten zien tussen T0-T3 (gemiddeld 2 contacten in de afgelopen 3 maanden op T3).

5.2.3 Contacten fysiotherapeut

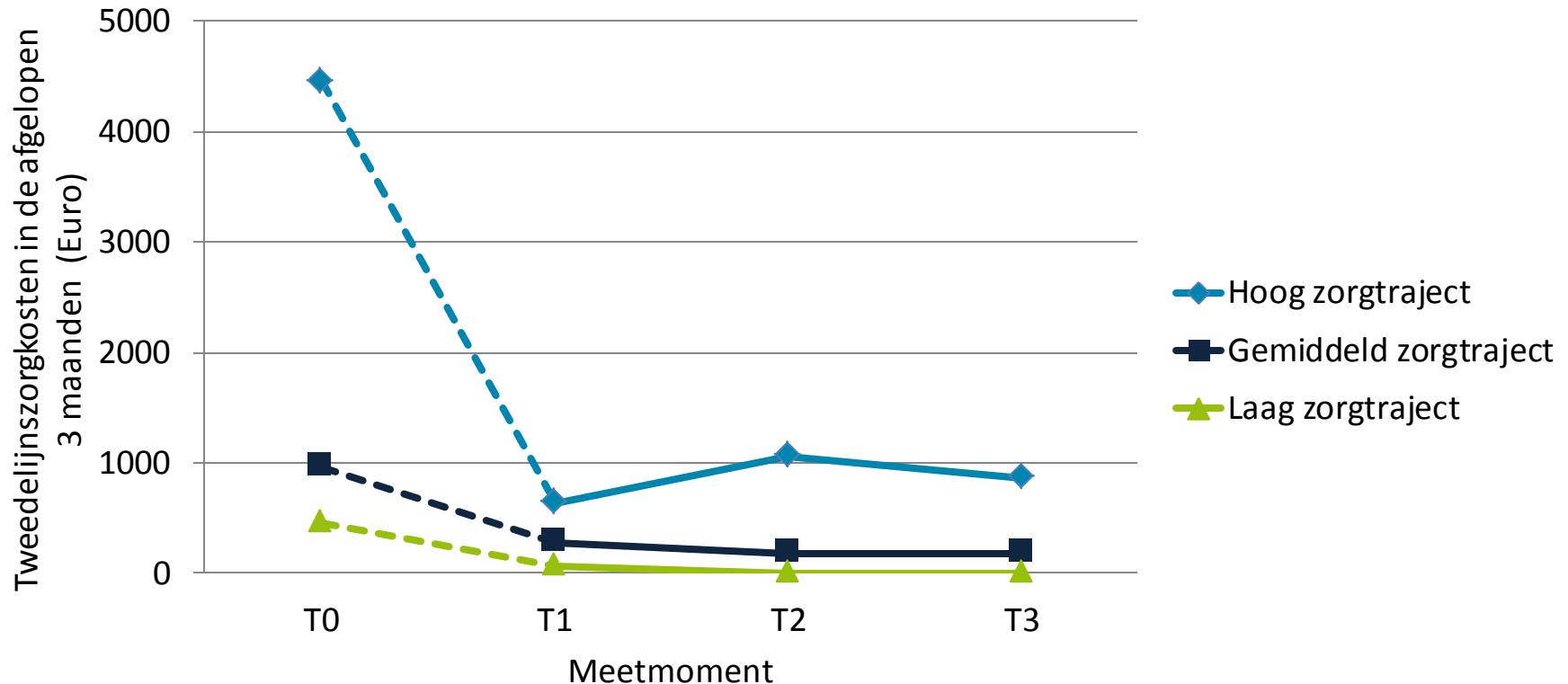


* Het betreft het gemiddeld aantal contactmomenten met de fysiotherapeut, caesartherapeut, therapeut mensendieck of manueel therapeut in de afgelopen 3 maanden.

Contacten fysiotherapeut, caesartherapeut, therapeut mensendieck of manueel therapeut

De patiënten in het 'Gemiddelde' en 'Lage' zorgtraject kenmerken zich door een daling in het gemiddeld aantal contactmomenten met de fysiotherapeut over de tijd (T0 – T3), maar de sterkte van de daling verschilt wel ('Gemiddelde' zorgtraject: van gemiddeld 9 naar 7 contacten; 'Laag' zorgtraject: van gemiddeld 8 naar 1 contact). Het 'Hoge' zorgtraject laat een redelijk stabiel tot licht fluctuerend traject zien van het gemiddeld aantal contacten tussen T0-T3 (gemiddeld 10-12 contacten in de afgelopen 3 maanden).

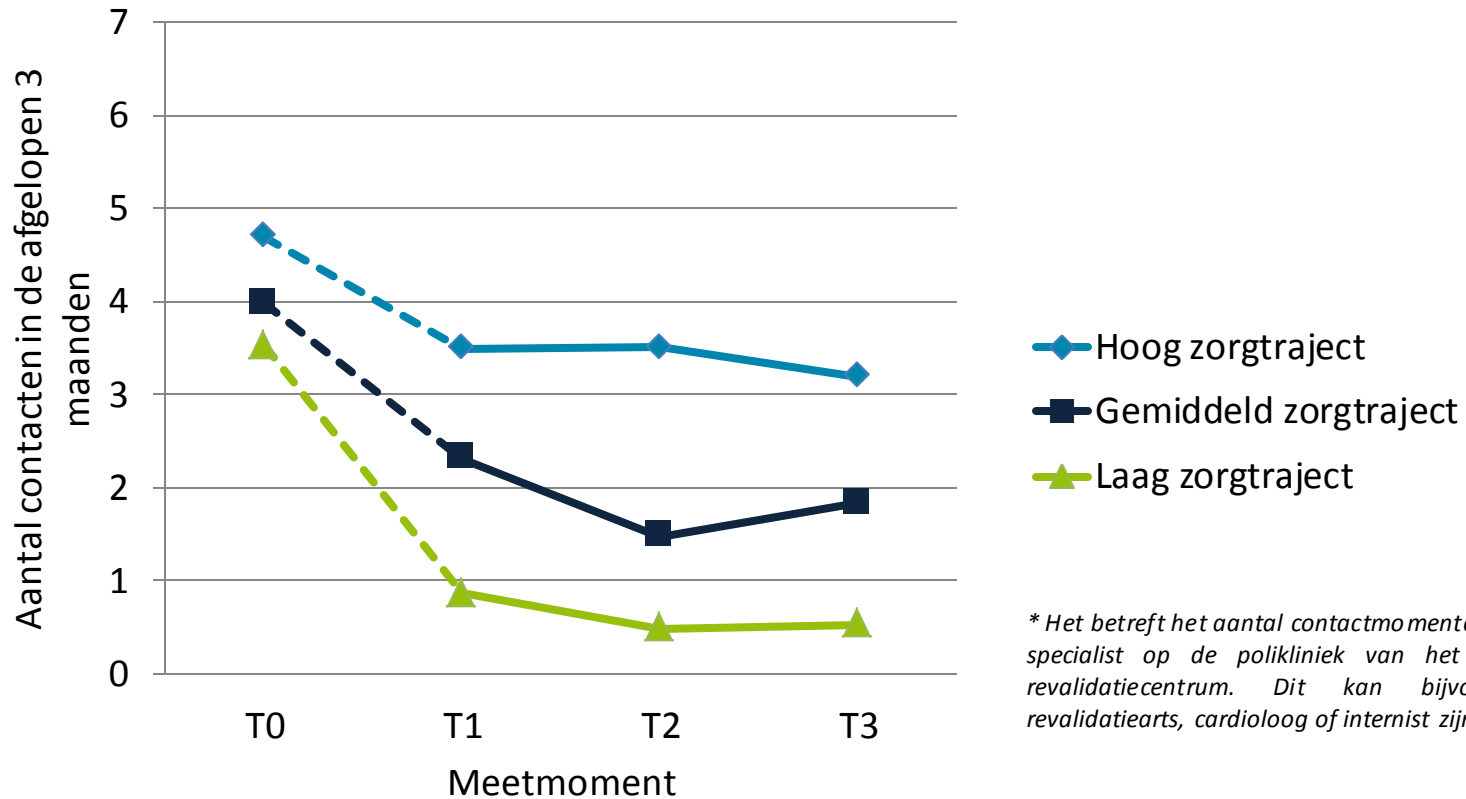
5.3.1 Tweedelijnszorg



Tweedelijnszorgkosten

De patiënten uit het 'Gemiddelde' en 'Lage' zorgtraject kenmerken zich door een lichte daling in de tweedelijnszorgkosten gedurende de follow-up (T1 – T3). De gemiddelde tweedelijnszorgkosten van patiënten in het 'Lage' zorgtraject zijn beduidend lager dan die van patiënten in het 'Gemiddelde' zorgtraject (€182 versus €0 op T3). De patiënten in het 'Hoge' zorgtraject laten een ander beloop van de tweedelijnszorgkosten zien: een sterke daling in de kosten tussen T0-T1 (€4455 op T0 naar €962 op T1), gevolgd door een licht fluctuerend beloop van de kosten tussen T1-T3.

5.3.2 Contacten specialist



Contacten medisch specialist

Alle zorgtrajecten laten een daling in het gemiddeld aantal contacten met een medisch specialist zien van T0 naar T3, maar de steilheid van de daling verschilt per traject (van 5 naar 3 contacten voor het 'hoge' zorgtraject, van 4 naar 2 contacten voor het 'gemiddelde' zorgtraject en van 4 naar 1 contact voor het 'lage' zorgtraject).

5.4.1 Persoonskenmerken

	'Hoog' zorgtraject (N=296)	'Gemiddeld' zorgtraject (N=478)	'Laag' zorgtraject (N=428)
Geslacht (% vrouw)	49.0	55.4	52.3
Leeftijd (jaren)	53.1 (12.3)	50.4 (13.5)	49.8 (14.3)
Body Mass Index (kg/m ²)	28.7 (11.0)	27.4 (8.9)	26.4 (5.6)
Opleidingsniveau	3.6	3.7	3.8
-Lagere school	31.8	32.1	33.9
-VMBO, MAVO, MULO, LBO	37.6	37.2	36.2
-HAVO, VWO, MBO	25.2	26.7	23.3
-HBO, universitair onderwijs			
Roken (% ja)	19.3	16.7	16.5
Alcohol (% ja)	36.9	38.4	44.1

Algemene persoonskenmerken

Bovenstaande tabel laat minimale verschillen zien in de persoonskenmerken tussen de drie zorgtrajecten. Wel is een klein verschil te zien in het percentage vrouwen; 55% van de patiënten in het 'Gemiddelde' zorgtraject is vrouw, tegenover respectievelijk 52% en 49% in het 'Hoog' en 'Laag' zorgtraject. Daarnaast bevat het 'Lage' zorgtraject het hoogste percentage alcohol drinkers (44% van de patiënten geeft aan alcohol te drinken).

5.4.2 Revalidatiecontext

	'Hoog' zorgtraject (N=296)	'Gemiddeld' zorgtraject (N=478)	'Laag' zorgtraject (N=428)
Aantal counseling momenten (%)			
0	12.8	11.5	8.2
1 - 3	53.1	53.1	62.6
4 of meer	34.1	35.4	29.2
Behandelcontext (%)			
Centrum	74.3	75.1	68.7
Ziekenhuis	25.7	24.9	31.3
Behandelvorm (%)			
Klinisch	4.7	2.3	1.6
Poliklinisch	88.9	91.0	90.4
Consultair	6.4	6.7	7.9

Algemene persoonskenmerken

Bovenstaande tabel laat minimale verschillen zien in de ontvangen begeleiding (counseling momenten), de behandelcontext en de behandelvorm tussen de drie zorgtrajecten. De meerderheid van de patiënten uit de drie trajecten heeft 1 tot 3 counseling momenten gehad (respectievelijk 53%, 53% en 63%) en is poliklinisch behandeld (respectievelijk 89%, 91% en 90%).

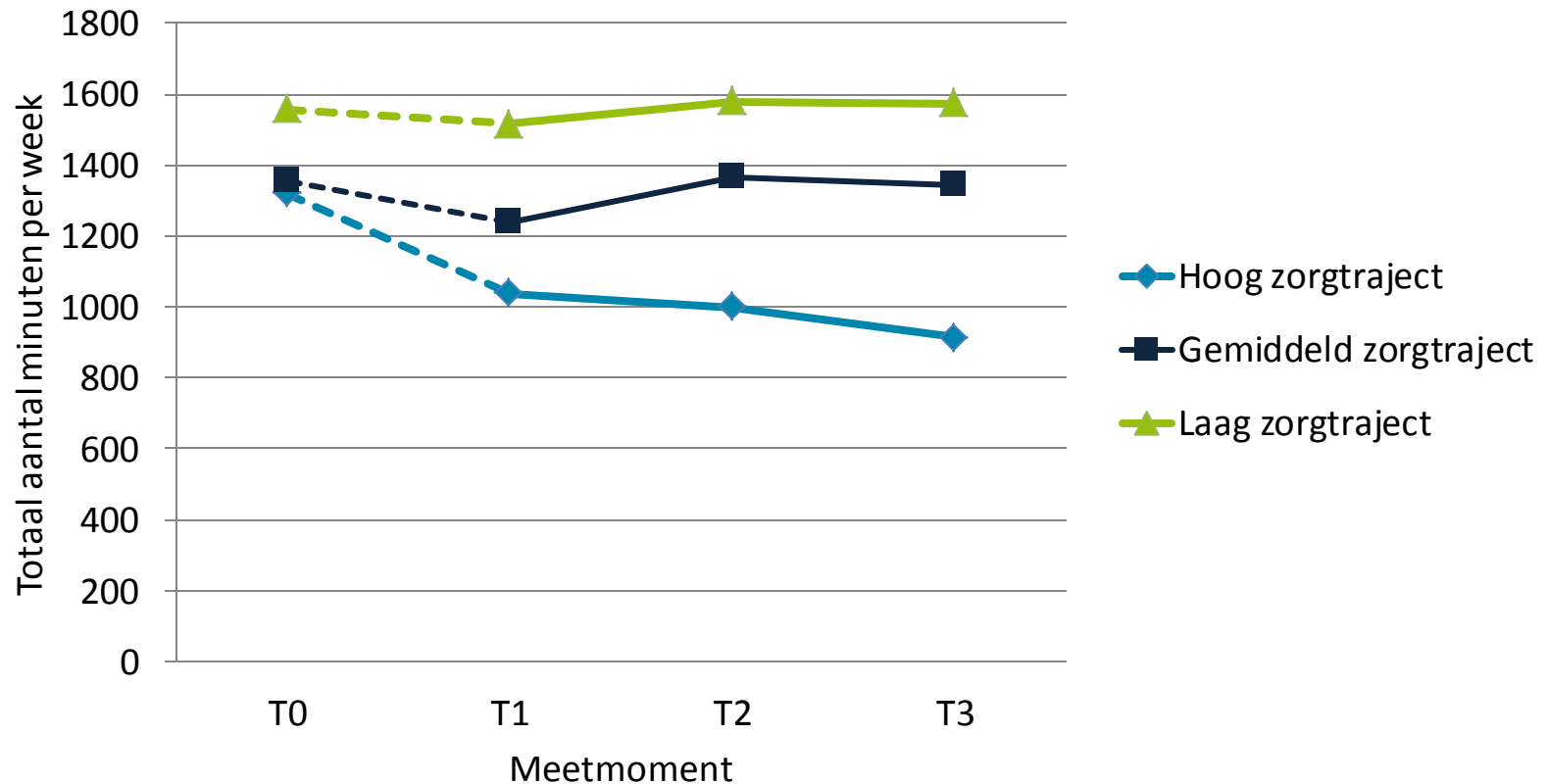
5.4.3 Aandoening en co-morbiditeit

	'Hoog' zorgtraject (N=296)	'Gemiddeld' zorgtraject (N=478)	'Laag' zorgtraject (N=428)
Aandoening (%)			
Bewegingsapparaat	16.2	20.5	18.2
Amputatie	6.9	3.2	5.2
Hersenen	30.0	26.6	22.3
Neurologie	18.6	18.0	12.3
Dwarslaesie	3.4	3.8	1.7
Organen	12.1	8.7	15.6
Chronische pijn	11.4	15.4	18.7
Overige aandoeningen	1.4	3.8	5.9
Aantal co-morbiditeiten (%)			
1	42.3	55.7	63.0
2	21.2	20.3	20.3
3	17.8	12.1	9.5
4	8.0	5.6	3.3
≥ 5	10.7	6.3	3.9

Aandoening en co-morbiditeit

Bovenstaande tabel laat minimale verschillen zien in het soort aandoening en het aantal co-morbiditeiten tussen de drie zorgtrajecten. Wel valt op dat er relatief veel patiënten in het 'Lage' zorgtraject gediagnosticeerd zijn met chronische pijn (19% versus 15% en 11%) en relatief weinig patiënten gediagnosticeerd zijn met een aandoening aan de hersenen (22% versus 27% en 30%).

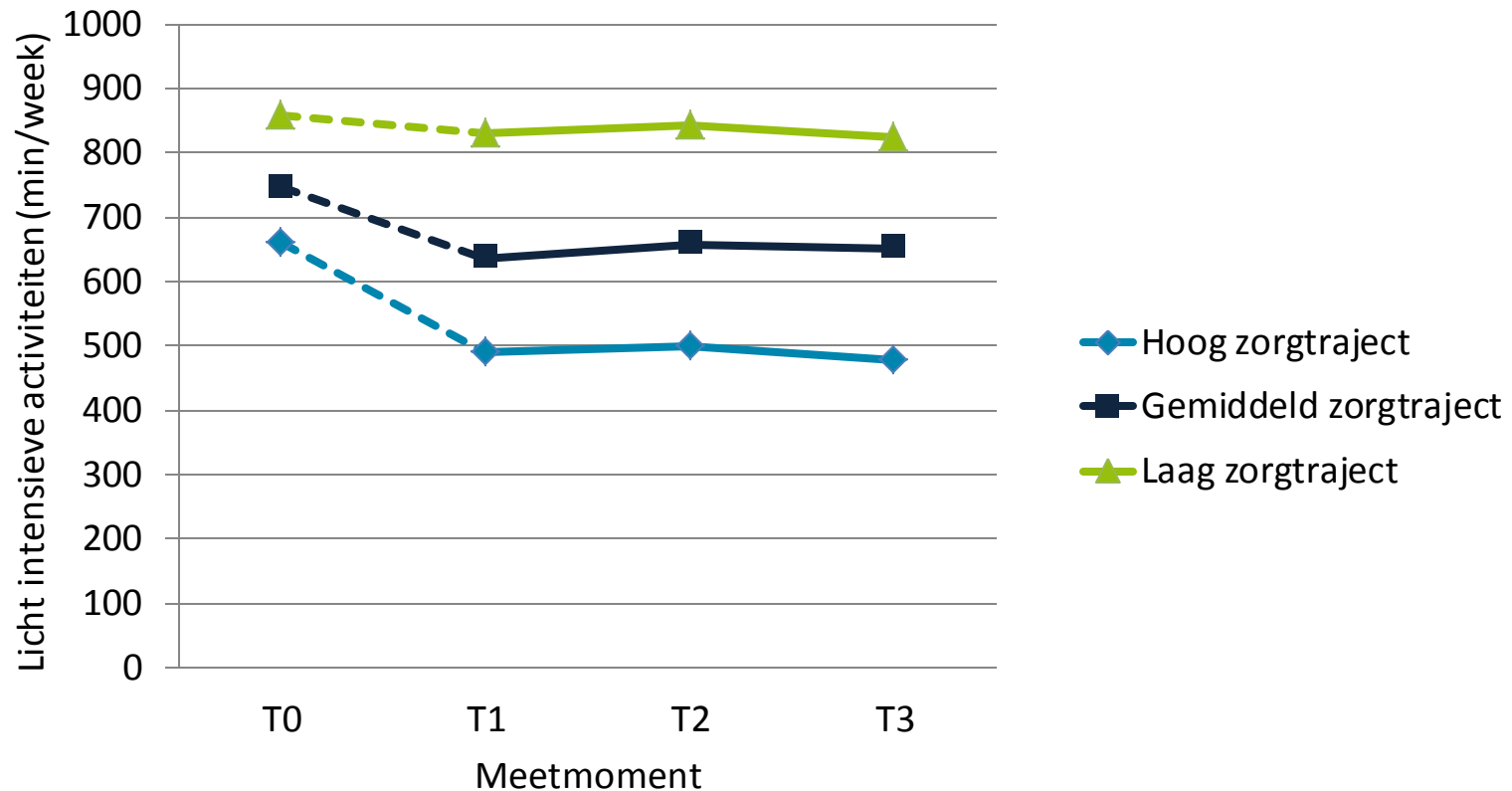
5.5.1 Totaal aantal minuten lichamelijke activiteit



Totaal aantal minuten lichamelijke activiteit per week

Patiënten in het 'Lage' zorgtraject zijn op alle meetmomenten gemiddeld het meest lichamelijk actief. Patiënten in het 'Hoge' zorgtraject, daarentegen, zijn bij de follow-up metingen (T1 – T3) het minst lichamelijk actief. Patiënten uit het 'Lage' en het 'Gemiddelde' zorgtraject laten een redelijk stabiel tot licht fluctuerend beweegpatroon over de tijd zien. Patiënten in het 'Hoge' zorgtraject laten een daling in het beweeggedrag zien over de tijd (van gemiddeld 1319 minuten per week op T0 naar gemiddeld 914 minuten op T3).

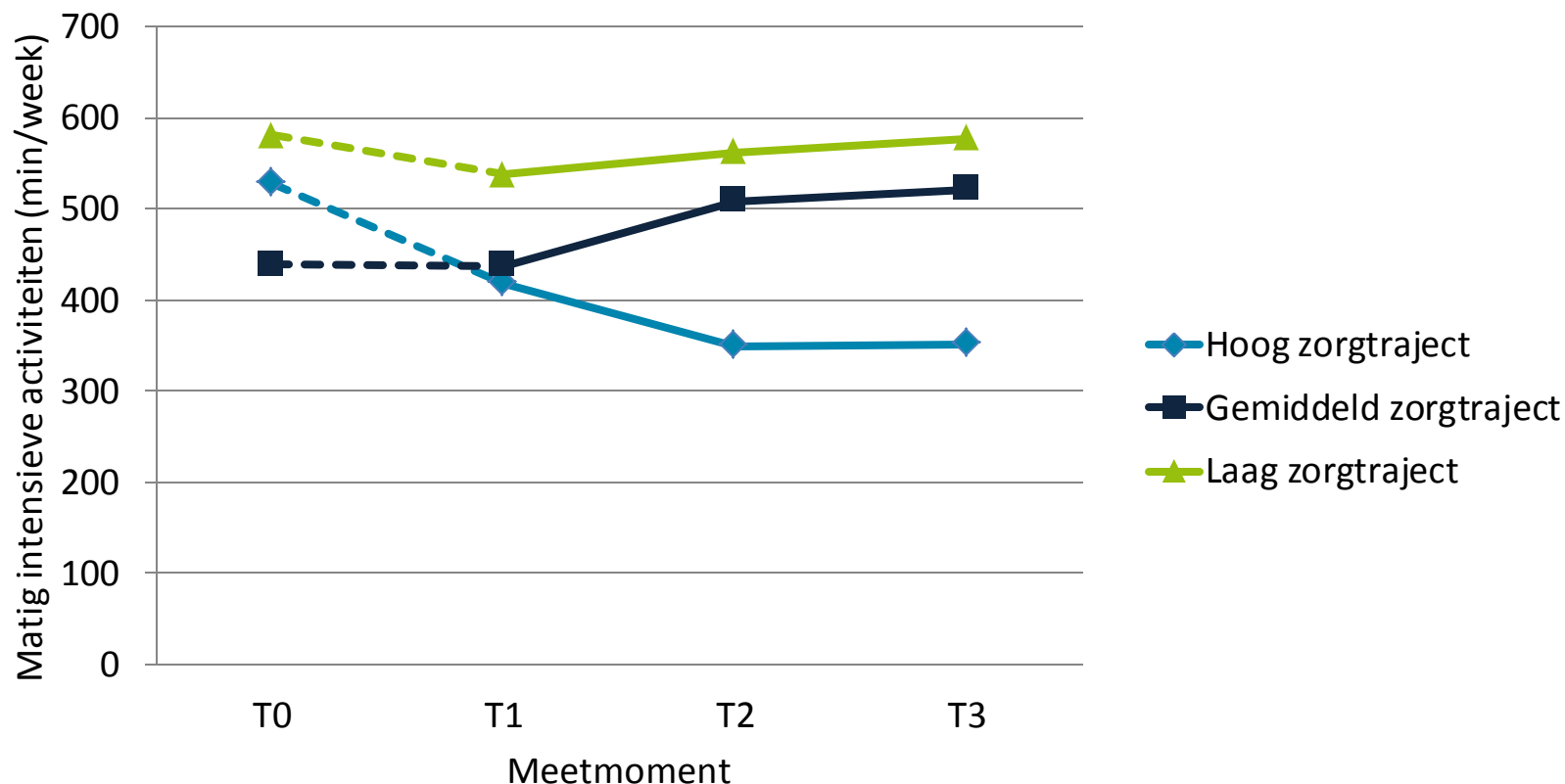
5.5.2 Licht intensieve activiteiten



Totaal aantal minuten licht intensieve activiteiten per week

Patiënten in het 'Lage' zorgtraject zijn gemiddeld op alle meetmomenten het meest lichamelijk actief op basis van het aantal minuten licht intensieve activiteiten. Zij laten ook een vrij stabiel beweeggedrag zien over de tijd (van 857 minuten per week op T0 naar 823 minuten op T3). Patiënten in het 'Gemiddeld' en het 'Hoog' zorgtraject laten een lichte daling zien in het gemiddeld aantal licht intensieve activiteiten in de periode tijdens en na revalidatie (T0 – T1), gevolgd door een redelijk stabiel beweeggedrag tijdens de follow-up meetmomenten (T1 – T3).

5.5.3 Matig intensieve activiteiten

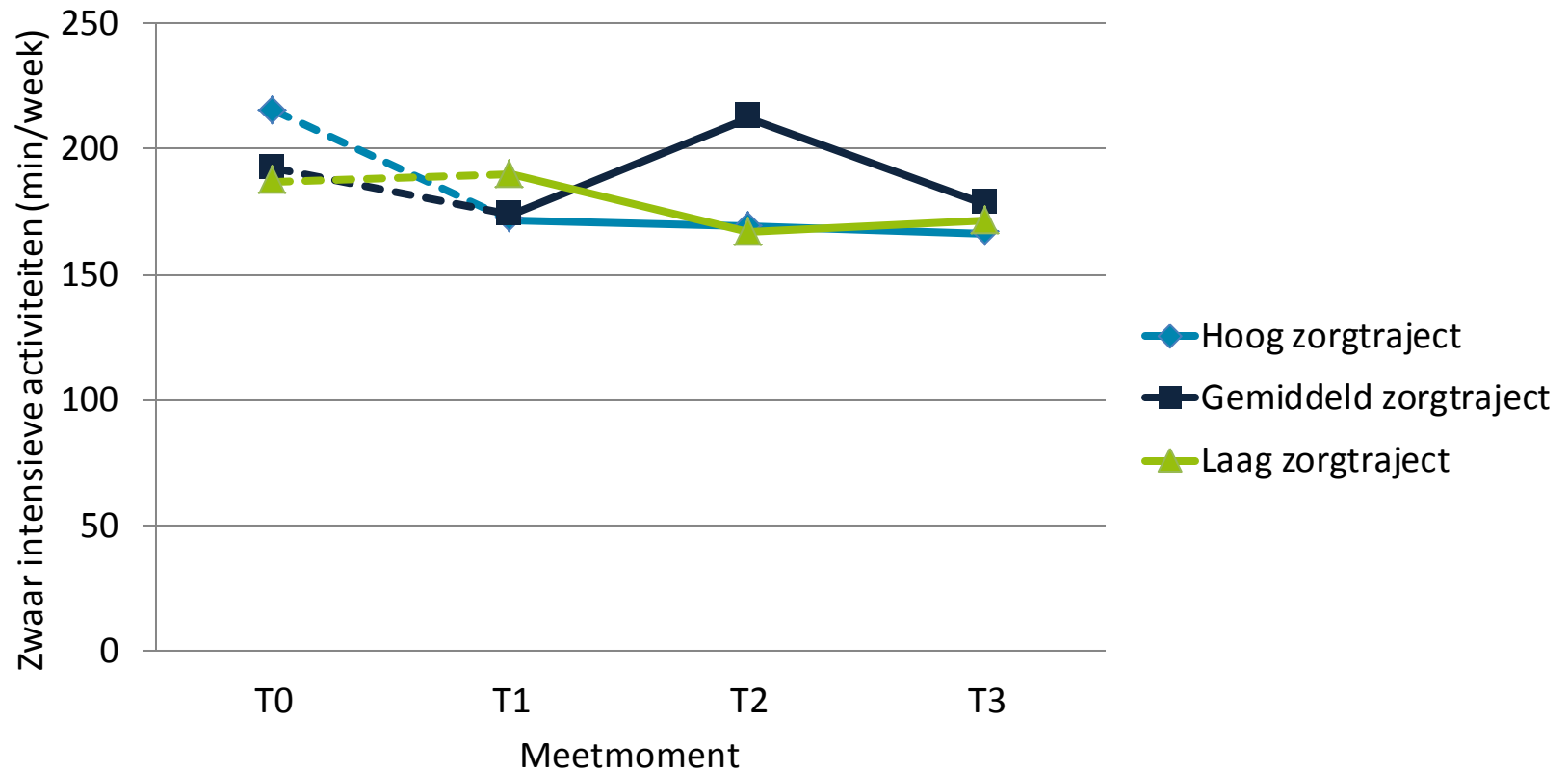


Totaal aantal minuten matig intensieve activiteiten per week

Patiënten in het 'Lage' zorgtraject zijn op alle meetmomenten gemiddeld het meest lichamelijk actief op basis van het aantal minuten matig intensieve activiteiten per week. Zij laten ook een relatief stabiel beweegpatroon over de tijd zien.

Patiënten uit het 'Hoge' zorgtraject laten een daling zien over de tijd in het gemiddeld aantal minuten matig intensieve activiteiten per week (van 529 minuten op T0 naar 352 minuten op T3). Patiënten uit het 'Gemiddelde' zorgtraject laten een licht stijgend patroon in het matig intensief beweeggedrag zien (van 440 minuten per week op T0 naar 522 minuten op T3).

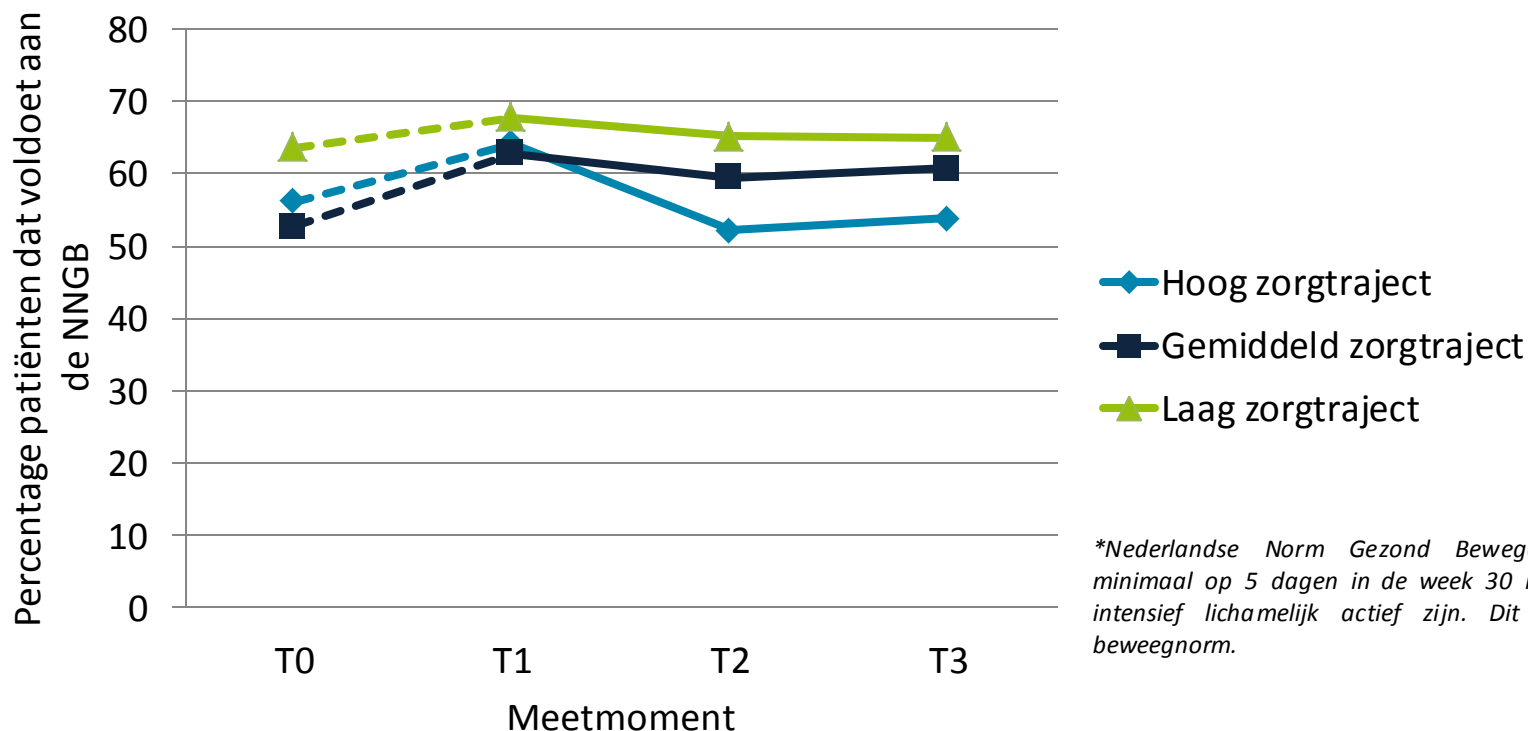
5.5.4 Zwaar intensieve activiteiten



Totaal aantal minuten matig intensieve activiteiten per week

Patiënten in het 'Hoge' zorgtraject laten een daling in het aantal minuten zwaar intensieve activiteiten gedurende de follow-up zien (van 215 minuten op T0 naar 166 minuten op T3). Patiënten in het 'Gemiddelde' zorgtraject laten een wisselend patroon in het zwaar intensief beweeggedrag zien (van 440 minuten per week op T0 naar 522 minuten op T3). Patiënten in het 'Lage' zorgtraject laten een relatief stabiel beweegpatroon zien.

5.5.5 Nederlandse Norm Gezond Bewegen

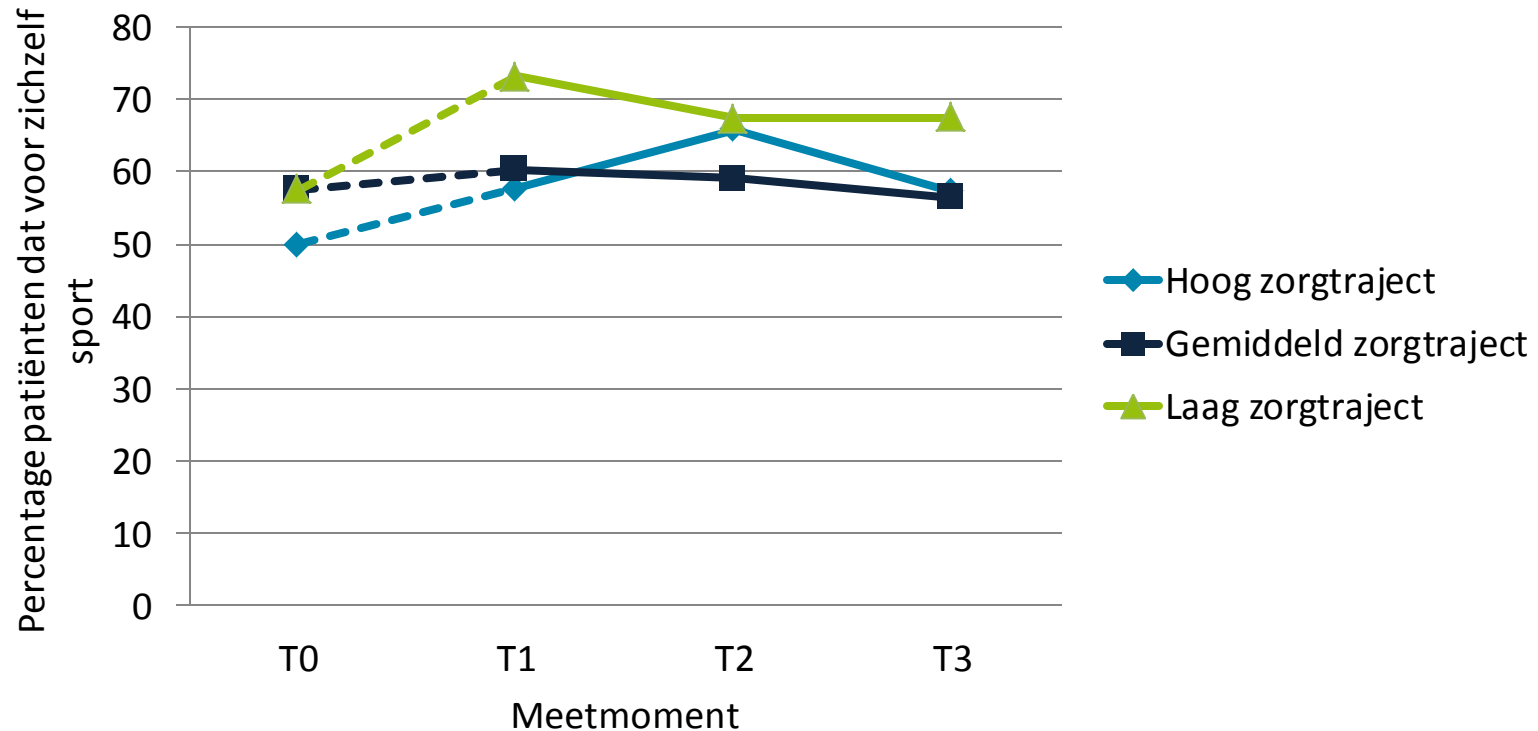


**Nederlandse Norm Gezond Bewegen (NNGB) = minimaal op 5 dagen in de week 30 minuten matig-intensief lichamelijk actief zijn. Dit is de 'oude' beweegnorm.*

Nederlandse Norm Gezond Bewegen (NNGB)

Het percentage patiënten dat aan de NNGB voldoet is in het 'Lage' zorgtraject het hoogst (64-68%). In alle drie trajecten stijgt het percentage patiënten dat voldoet aan de NNGB in de periode tijdens en direct na revalidatie (T0 en T1). In de periode na revalidatie (T1 – T3) blijft het percentage redelijk stabiel in het 'Lage' en 'Gemiddelde' zorgtraject. In het 'Hoge' zorgtraject, daarentegen, is een daling te zien in het percentage patiënten dat voldoet aan de NNGB tussen T1 en T2 (van 64% naar 52%).

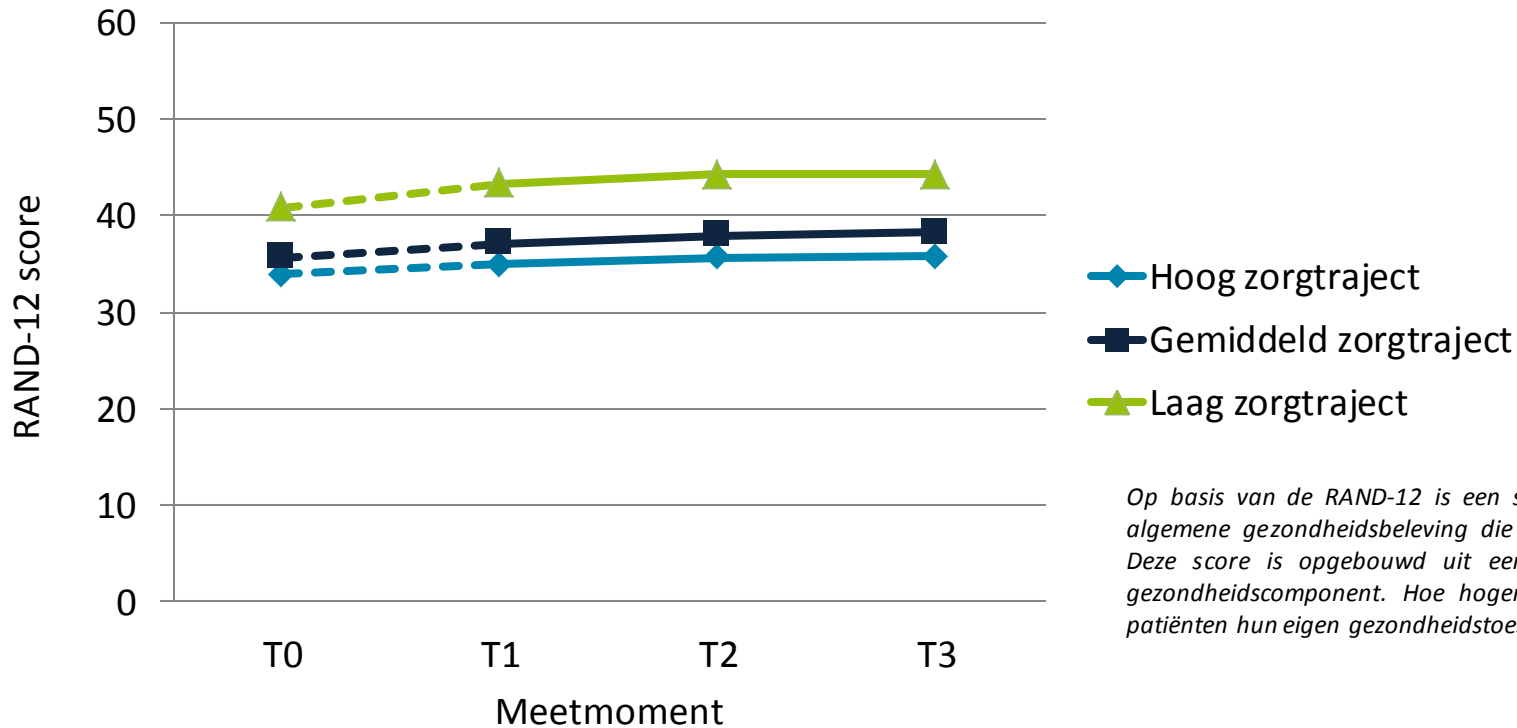
5.5.6 Sportgedrag



Sportgedrag

Het percentage patiënten dat voor zichzelf sport is na revalidatie (T1-T3) in het 'Lage' zorgtraject het hoogst (68-73%). In alle drie trajecten stijgt het percentage dat voor zichzelf sport in de periode tijdens en direct na revalidatie (T0 en T1). In de periode na revalidatie (T1 – T3) is in alle trajecten een licht fluctuerend sportgedrag te zien.

5.6 Gezondheidsbeleving



Op basis van de RAND-12 is een score bepaald voor de algemene gezondheidsbeleving die loopt van 0 tot 100. Deze score is opgebouwd uit een fysieke en mentale gezondheidscomponent. Hoe hoger de score, hoe beter patiënten hun eigen gezondheidstoestand beoordelen.

Algemene gezondheidsbeleving

Patiënten in het 'Lage' zorgtraject beoordelen hun algemene gezondheidstoestand op alle meetmomenten het beste (gemiddeld RAND-score: 40.9 – 44.3). De gemiddelde gezondheidsbeleving van patiënten in het 'Gemiddelde' zorgtraject (scores: 34.2 – 36.4) en het 'Hoge' zorgtraject (scores: 33.0 – 37.0) is vergelijkbaar.

De mentale en fysieke gezondheidscomponenten laten een vergelijkbaar resultaat zien waarbij patiënten in het 'Lage' zorgtraject gemiddeld op alle meetmomenten het hoogste scores op de afzonderlijk gezondheidscomponenten.

Hoofdstuk 6

Samenhang tussen de beweeg-, gezondheids- en zorgtrajecten

In dit hoofdstuk wordt kort besproken in hoeverre de verschillende geïdentificeerde beweeg-, gezondheids- en zorgtrajecten uit de eerdere hoofdstukken (3 t/m 5) met elkaar samenhangen.

Dit hoofdstuk is al volgt op gebouwd:

- 6.1 Inleiding
- 6.2 Samenhang zorg- en beweegtrajecten
- 6.3 Samenhang zorg- en gezondheidstrajecten
- 6.4 Samenhang gezondheid- en beweegtrajecten

6.1 Inleiding

Samenhang tussen de beweeg-, gezondheid- en zorgtrajecten

Inleiding

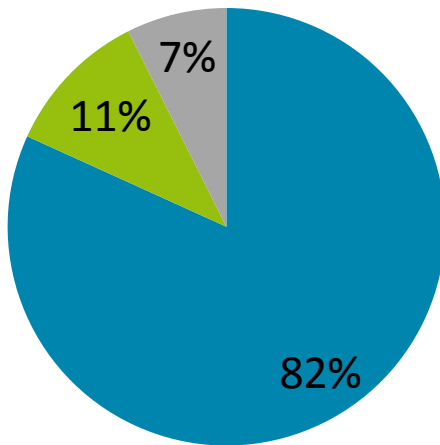
In hoofdstuk 3 t/m 5 is het beloop van het beweeggedrag, gezondheidsbeleving en zorgkosten van deelnemende patiënten aan ReSpAct beschreven aan de hand van het verschillende trajecten. In elk hoofdstuk zijn patiënten ingedeeld in hun best passende traject op basis van hun beweeggedrag, gezondheidsbeleving en zorgkosten over de tijd.

In dit hoofdstuk wordt de samenhang tussen deze drie verschillende trajecten in kaart gebracht. In andere woorden: zijn patiënten in het 'lage zorgkosten' traject, ook ingedeeld in het 'actieve beweegtraject' en het traject met een 'hoge gezondheidsbeleving'? En omgekeerd, is het zo dat patiënten in het 'hoge zorgkosten traject' ook een 'lage gezondheidsbeleving' hebben en minder lichamelijk actief zijn?

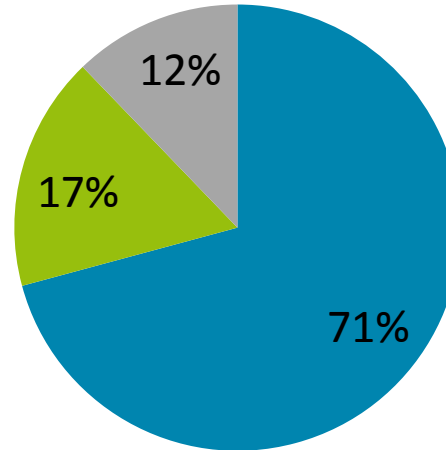
Om meer inzicht te krijgen in de samenhang tussen de verschillende geïdentificeerde trajecten, is gekeken naar de overlap in de indelingen van patiënten in de verschillende trajecten. Hiervoor zijn de dynamische beweeg- en gezondheidstrajecten samen genomen tot één groep. In paragraaf 6.2 en 6.3 zijn de drie zorgkostentrajecten (laag, gemiddeld en hoog) als uitgangspunt genomen om de samenhang met de beweeg- en gezondheidstrajecten te beschrijven. In de laatste paragraaf is op basis van het hoge en lage gezondheidstraject, de samenhang met de beweegtrajecten beschreven.

6.2 Samenhang zorg- en beweegtrajecten

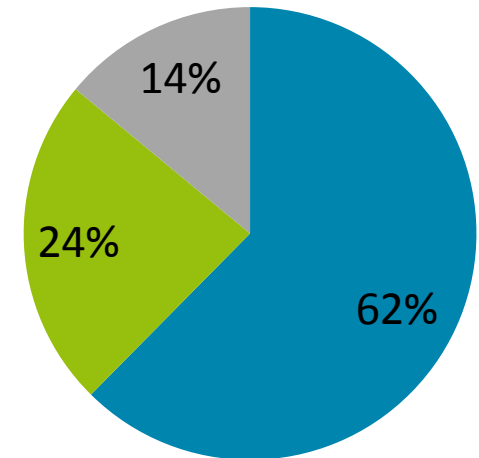
‘Hoog’ zorgtraject



‘Gemiddeld’ zorgtraject



‘Laag’ zorgtraject



- Semi-actief beweegtraject
- Actief beweegtraject
- Dynamisch beweegtraject

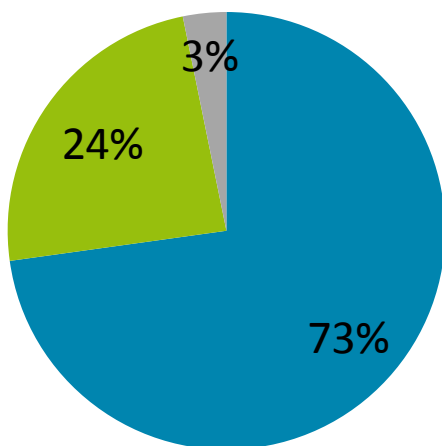
Bij deze analyses zijn de vier dynamische beweegtrajecten samengenomen en worden hier het ‘Dynamisch’ beweegtraject genoemd.

Samenhang zorgtrajecten en beweegtrajecten

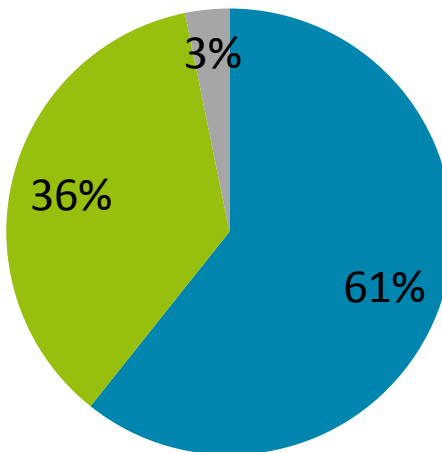
Het percentage ‘Actieve’ patiënten is het hoogst in het ‘Lage’ zorgtraject (24%) en het laagst in het ‘Hoge’ zorgtraject (11%). Omgekeerd is het percentage ‘Semi-actieve’ patiënten het hoogste in het ‘Hoge’ zorgtraject (82%) en het laagste in het ‘Lage’ zorgtraject (62%).

6.3 Samenhang zorg- en gezondheidstrajecten

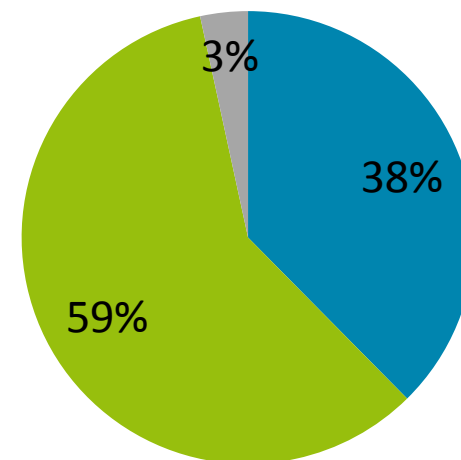
'Hoog' zorgtraject



'Gemiddeld' zorgtraject



'Laag' zorgtraject



- Lage gezondheidsbeleving
- Hoge gezondheidsbeleving
- Dynamisch gezondheidsbeleving

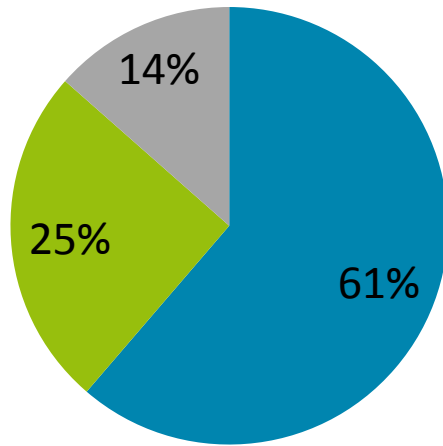
Bij deze analyses zijn de twee dynamische gezondheidstrajecten samengenomen en worden hier het 'Dynamisch' gezondheidstraject genoemd.

Samenhang zorgtrajecten en beweegtrajecten

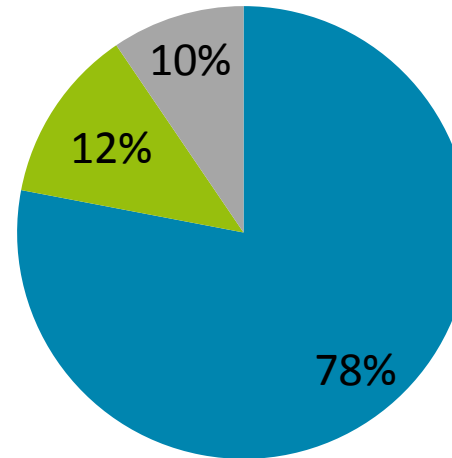
Het percentage patiënten met een hoge gezondheidsbeleving is het hoogst in het 'Laag' zorgtraject (59%) en het laagst in het 'Hoge' zorgtraject (24%). Omgekeerd is het percentage patiënten met een 'Lage' gezondheidsbeleving het hoogste in het 'Hoge' zorgtraject (73%) en het laagste in het 'Laag' zorgtraject (38%). Het percentage patiënten met een dynamisch gezondheidsbeleving verschilt niet onder de zorgtrajecten.

6.4 Samenhang gezondheid- en beweegtrajecten

‘Hoge gezondheidsbeleving’



‘Lage gezondheidsbeleving’



- Semi-actief beweegtraject
- Actief beweegtraject
- Dynamisch beweegtraject

Bij deze analyses zijn de vier dynamische beweegtrajecten samengenomen en worden hier het ‘Dynamisch’ beweegtraject genoemd.

Samenhang gezondheid- en beweegtrajecten

Het percentage ‘Actieve’ patiënten is het hoogst in het traject van de ‘Hoge gezondheidsbeleving’ (25%) en het laagst in het traject van de ‘Lage gezondheidsbeleving’ (12%). Omgekeerd is het percentage ‘Semi-actieve’ patiënten het hoogste in het ‘Lage gezondheidsbeleving’ traject (78%) en het laagste in het ‘Hoge gezondheidsbeleving’ traject (61%).

Hoofdstuk 7

Programmamenmerken

In dit hoofdstuk zijn patiëntprofielen beschreven op basis van de ontvangen begeleiding in het kader van het programma Revalidatie, Sport en Bewegen. Profielen zijn gemaakt aan de hand van de volgende programmamenmerken:

- Aantal mailcontacten tussen patiënt en consulent
- Aantal telefonische contacten tussen patiënt en consulent
- Totale duur van contact tussen patiënt en consulent
- Wel/geen doorverwijzing naar een sport- of beweegactiviteit in de regio

De beschrijving van de gebruikte statistische analyse (latente klasse analyse) staat vermeld in hoofdstuk 2.5 (pagina 23).

Hoofdstuk 7

Programmakenmerken

Dit hoofdstuk beschrijft patiëntprofielen die geconstrueerd zijn op basis van de counseling die patiënten hebben ontvangen in het kader van het programma Revalidatie, Sport en Bewegen. Dit hoofdstuk gaat vooral in op de samenhang met het beweeggedrag over de tijd. Een uitgebreide beschrijving van deze patiëntprofielen is te vinden in de vorige onderzoeksrapportage van ReSpAct (Onderzoeksrapportage Deel II).

Het hoofdstuk is als volgt opgebouwd:

- 7.1 Patiëntprofielen – ontvangen begeleiding
- 7.2 Beschrijving van profielen: patiëntkenmerken tijdens revalidatie
 - 7.2.1 Persoonskenmerken
- 7.3 Beschrijving van profielen: beweeg- en sportgedrag
 - 7.3.1 Totaal aantal minuten lichamelijke activiteit
 - 7.3.2 Licht intensieve activiteiten
 - 7.3.3 Matig intensieve activiteiten
 - 7.3.4 Zwaar intensieve activiteiten
 - 7.3.5 Nederlandse Norm Gezond Bewegen
 - 7.3.6 Sportgedrag

7.1 Patiëntprofielen – ontvangen begeleiding

	Profiel 1 N=841	Profiel 2 N=749	Profiel 3 N=113	Profiel 4 N=16
Aantal mailcontacten (%)				
0	66.0	77.2	96.5	93.8
1	12.7	21.1	3.5	6.3
2	13.1	1.7	0.0	0.0
≥3	8.2	0.0	0.0	0.0
Aantal telefonische contacten				
0	40.4	0.0	0.0	0.0
1	46.4	0.9	4.4	0.0
2	12.7	26.7	8.8	18.8
3	0.5	42.6	26.5	12.5
≥4	0.0	29.8	60.2	68.8
Doorverwezen naar sport- of beweegactiviteit (% Ja)	78.1	80.1	66.4	75.0
Totale duur van contact met consulent (minuten, SD)	60.27 (15.90)	85.73 (15.00)	138.76 (15.47)	231.00 (32.83)
	“Licht intensieve counseling”	“Telefonische counseling”	“Counseling volgens de richtlijn”	“Zeer intensieve counseling”

Op basis van de latente klasse analyse zijn vier verschillende profielen geïdentificeerd. Wanneer we de profielen vergelijken aan de hand van de ontvangen begeleiding, dan zien we enkele opmerkelijke verschillen in het aantal contactmomenten en de totale duur van het contact met de consulent. Op basis van deze verschillen hebben we elk profiel respectievelijk de volgende namen gegeven: “Licht intensieve counseling”, “Telefonische counseling”, “Counseling volgens de richtlijn” en “Zeer intensieve counseling”.

In de volgende paragrafen worden de profielen verder beschreven aan de hand van het beloop van het beweeg- en sportgedrag over de tijd. De beschrijving van profiel 4 (“zeer intensieve counseling”) is hierbij buiten beschouwing gelaten vanwege het lage aantal patiënten (N=16).

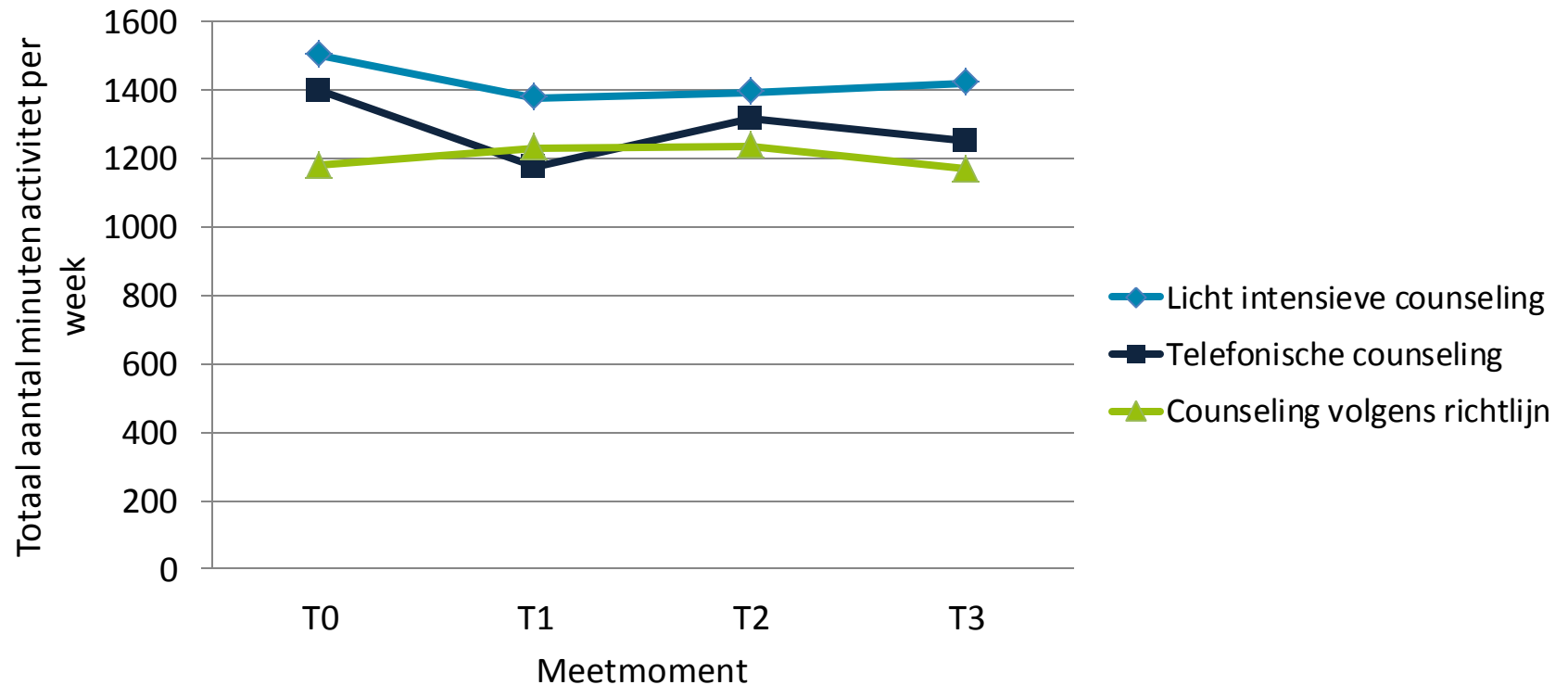
7.2 Beschrijving van profielen: persoonskenmerken

	Profiel 1 N=841	Profiel 2 N=749	Profiel 3 N=113
Geslacht: % vrouw	54.0	53.2	51.5
Leeftijd (jaren, SD)	50.22 (0.58)	51.32 (0.56)	51.80 (1.39)
Opleidingsniveau:			
-Lagere school (%)	3.6	4.4	7.1
-VMBO, MAVO, MULO, LBO (%)	31.5	34.3	44.4
-HAVO, VWO, MBO (%)	38.3	39.2	28.3
-HBO, universitair onderwijs (%)	26.7	22.1	20.2
Behandelvorm:			
-Klinisch (%)	2.3	3.6	5.3
-Poliklinisch (%)	89.3	90.1	92.9
-Consultair (%)	8.4	6.3	1.8
	"Licht intensieve counseling"	"Telefonische counseling"	"Counseling volgens de richtlijn"

Algemene persoonskenmerken

Bovenstaande tabel laat zien dat er minimale verschillen zijn wat betreft de demografische kenmerken van elk profiel. Elk profiel bevat ongeveer evenveel mannen als vrouwen (54.0%, 53.2% en 51.5% respectievelijk), de gemiddelde leeftijd is ongeveer hetzelfde alsook opleidingsniveau en behandelvorm. De resultaten laten zien dat de variatie van de aangeboden counseling waarschijnlijk niet samenhangt met de variatie in geslacht, leeftijd en/of behandelvorm.

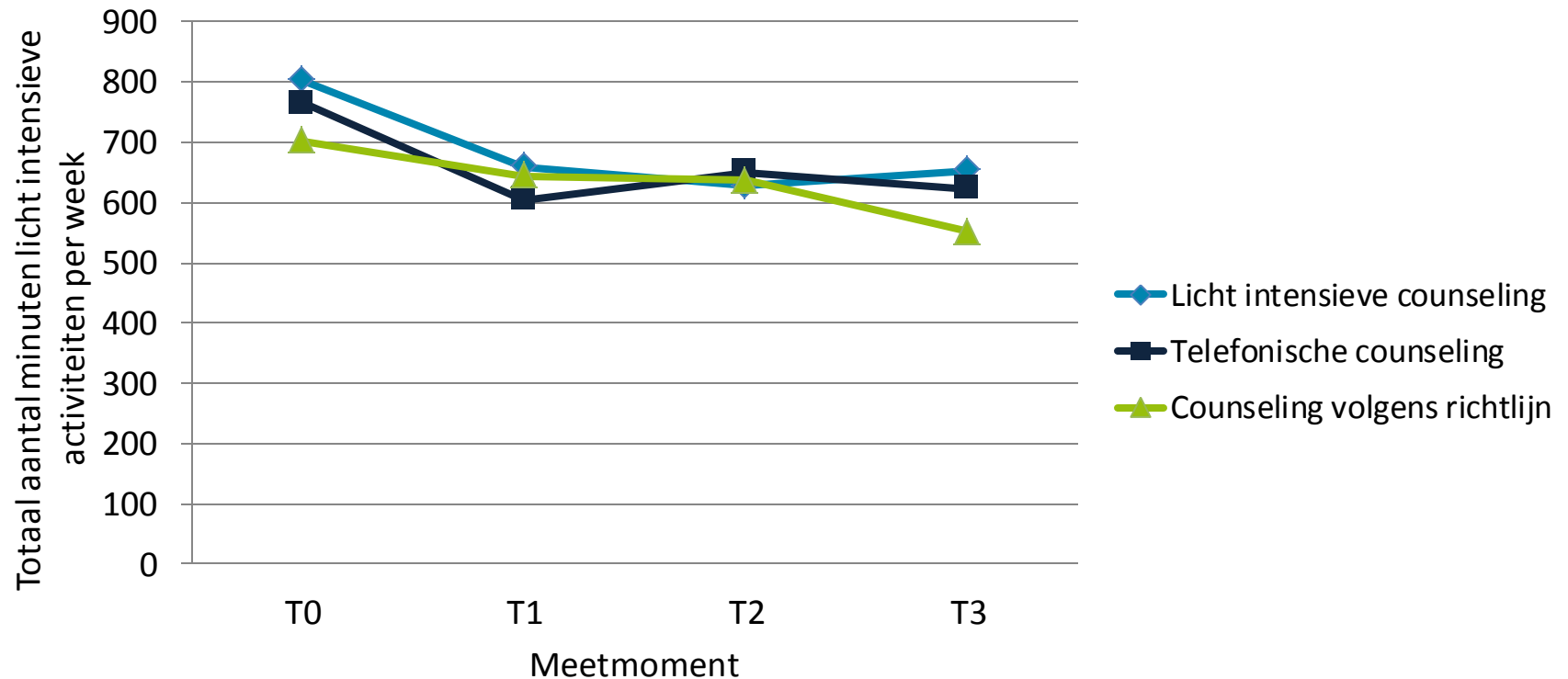
7.3.1 Totaal aantal minuten lichamelijke activiteit



Totaal aantal minuten lichamelijke activiteit per week

Er is weinig verschil in het totale beweggedrag tussen de drie profielen. Alle drie profielen laten een stabiel of licht fluctuerend patroon over de tijd zien.

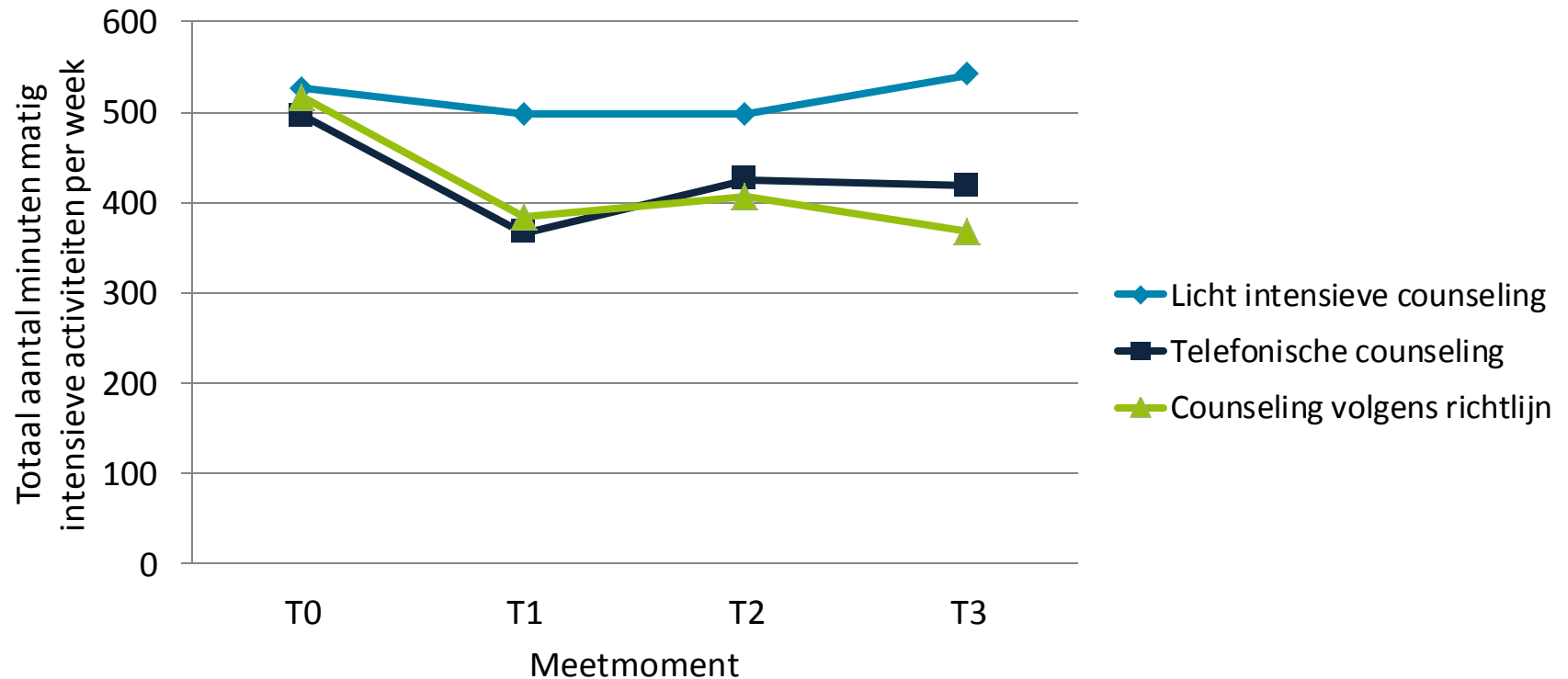
7.3.2 Licht intensieve activiteiten



Totaal aantal minuten licht intensieve activiteiten per week

De profielen verschillen weinig in het beloop van het totaal aantal minuten licht intensieve activiteiten. Alle drie profielen laten een licht dalend en stabiel patroon zien.

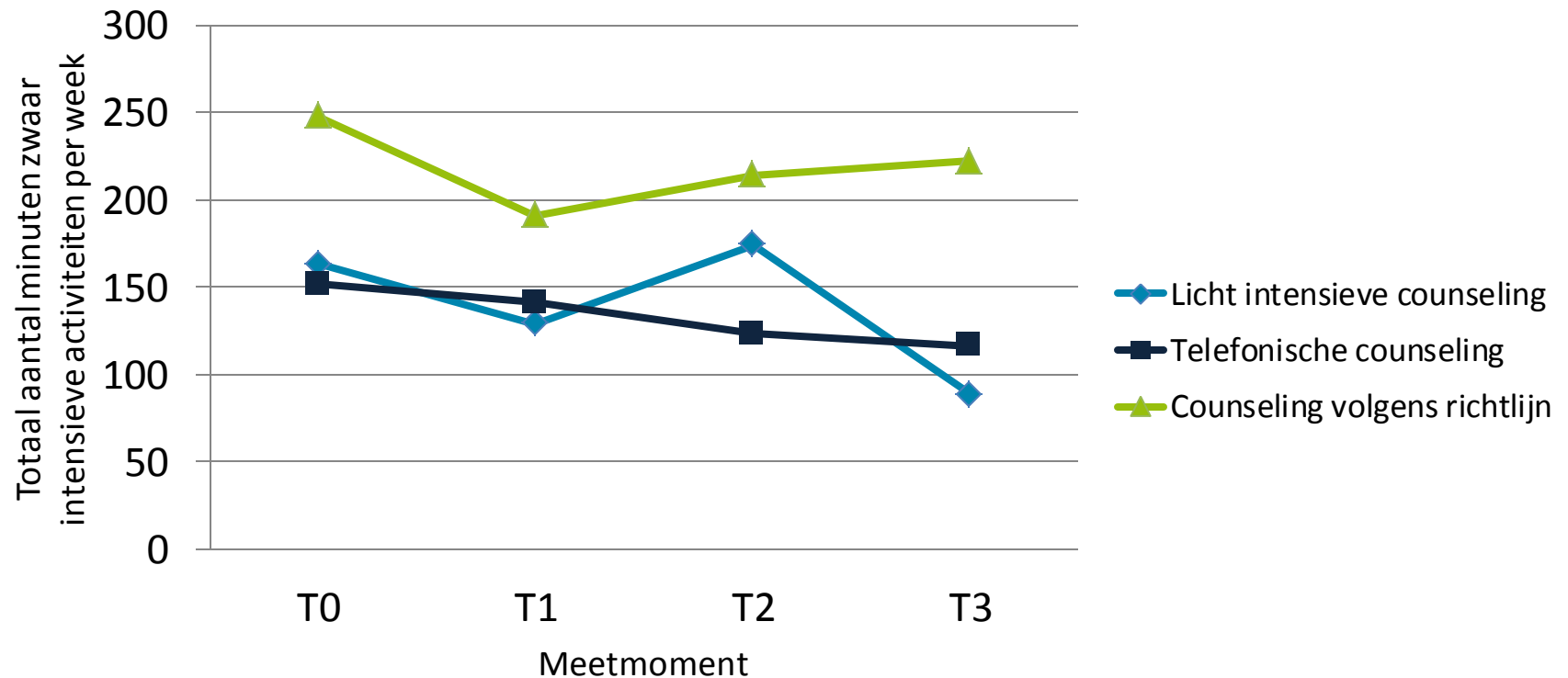
7.3.3 Matig intensieve activiteiten



Totaal aantal minuten matig intensieve activiteiten per week

Patiënten in het 'Licht intensieve counseling' profiel zijn op alle meetmomenten (T0 t/m T3) gemiddeld het meest fysiek actief op basis van de matig intensieve activiteiten. Patiënten in de 'Telefonische counseling' en 'Counseling volgens richtlijn' profielen laten een vergelijkbaar patroon zien; licht dalend na afloop van de revalidatie en stabiliserend daarna.

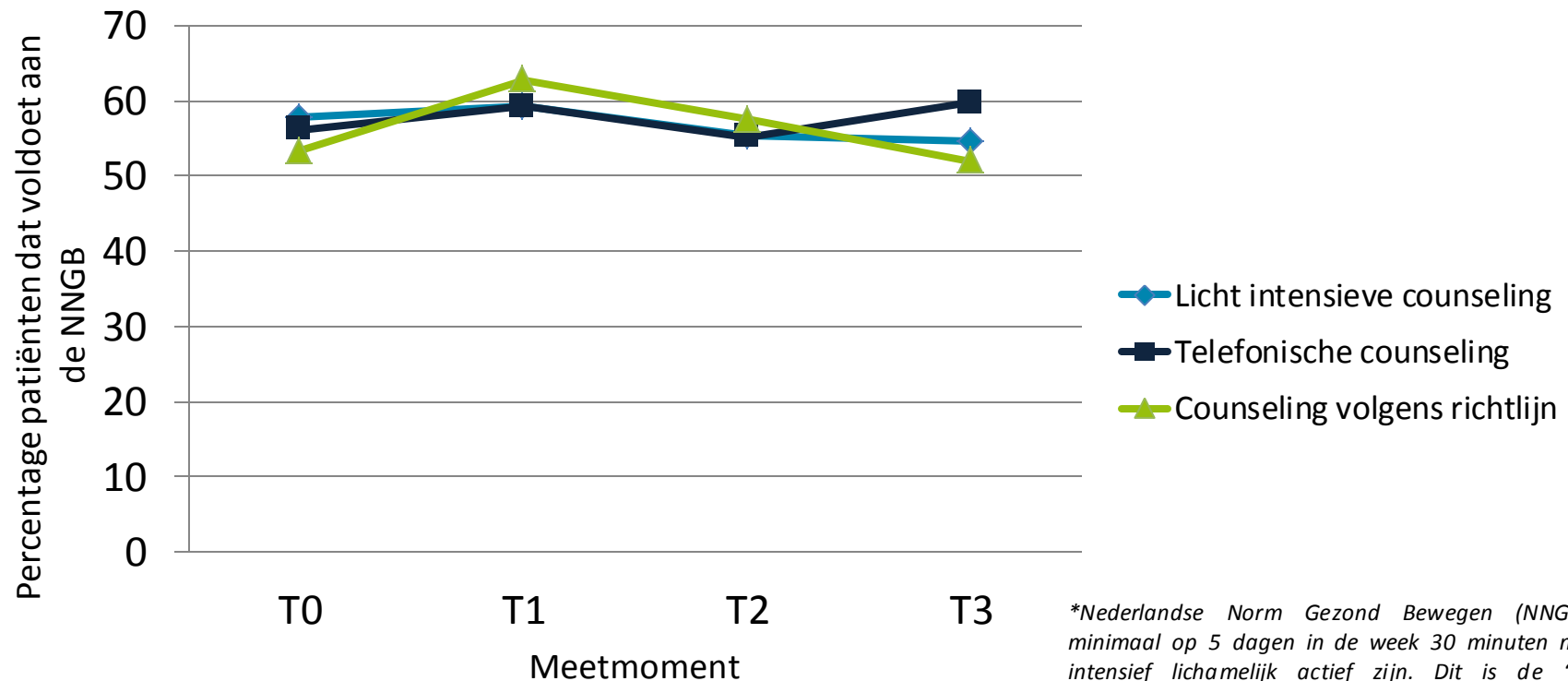
7.3.4 Zwaar intensieve activiteiten



Totaal aantal minuten zwaar intensieve activiteiten per week

Patiënten in het 'Counseling volgens richtlijn' profiel zijn op alle meetmomenten (T0 t/m T3) gemiddeld het meest fysiek actief op basis van het aantal minuten zwaar intensieve activiteiten. Patiënten in het 'Licht intensieve counseling' profiel laten een licht fluctuerend patroon zien, terwijl de patiënten in het 'Telefonische counseling' profiel een licht dalend patroon laten zien.

7.3.5 Nederlandse Norm Gezond Bewegen

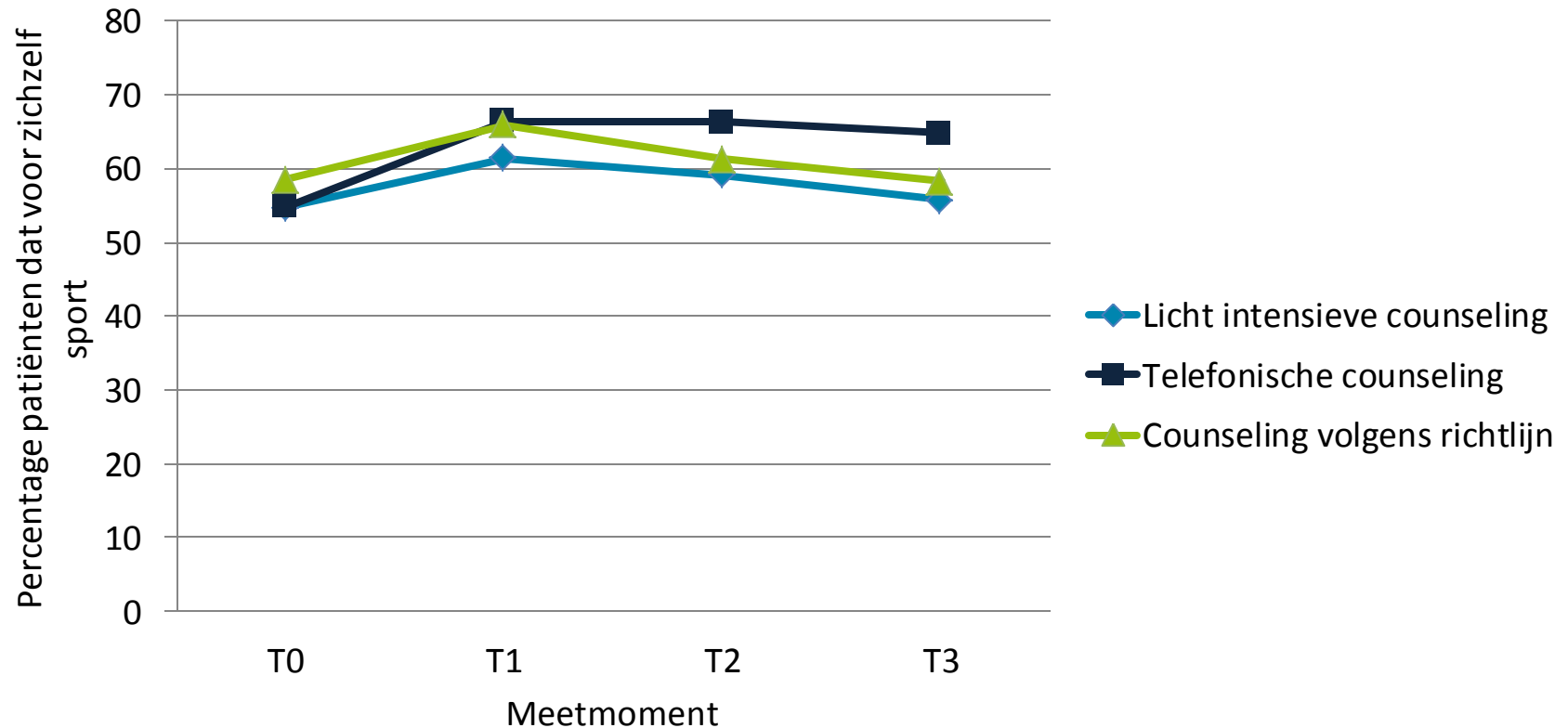


**Nederlandse Norm Gezond Bewegen (NNGB) = minimaal op 5 dagen in de week 30 minuten matig-intensief lichamelijk actief zijn. Dit is de 'oude' beweegnorm.*

Nederlandse Norm Gezond Bewegen

Er is weinig verschil in het percentage patiënten dat voldoet aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen (NNGB) tussen de drie profielen. Alle drie profielen laten een stabiel tot licht fluctuerend patroon over de tijd zien.

7.3.6 Sportgedrag over de tijd



Sportgedrag

Er is weinig verschil in het percentage patiënten dat voor zichzelf sport tussen de drie profielen. Bij alle drie profielen is een toename te zien in het percentage patiënten dat voor zichzelf sport tussen T0 en T1. Het valt op dat dit percentage na T1 stabiliseert in het 'Telefonische counseling' profiel stabiliseert, maar afneemt in de andere twee profielen.

Hoofdstuk 8

Patiëntkenmerken

In dit hoofdstuk zijn patiëntprofielen beschreven op basis van verschillende patiëntkenmerken, geselecteerd vanuit het PAD-model. Profielen zijn gemaakt aan de hand van de volgende kenmerken, gemeten op T0:

- Fase van gedragsverandering
- Self-efficacy
- Motivatie
- Vermoeidheid
- Ervaren belemmering: 'aandoening/ziekte'

De beschrijving van de statistische analyses (latente klasse analyse) staat vermeld in hoofdstuk 2.5 (pagina 24).

Hoofdstuk 8

Patiëntkenmerken

Het hoofdstuk is als volgt opgebouwd:

- 8.1 Patiëntprofielen – constructie
- 8.2 Patiëntprofielen – Sportloket
 - 8.2.1 Ontvangen begeleiding
 - 8.2.2 Motivational Interviewing
- 8.3 Beschrijving van profielen: patiëntkenmerken tijdens revalidatie
 - 8.3.1 Persoonskenmerken
 - 8.3.2 Aandoening en co-morbiditeit
 - 8.3.3 Redenen om te bewegen
- 8.4 Beschrijving van profielen: beweeg- en sportgedrag
 - 8.4.1 Totaal aantal minuten lichamelijke activiteit
 - 8.4.2 Licht intensieve activiteiten
 - 8.4.3 Matig intensieve activiteiten
 - 8.4.4 Zwaar intensieve activiteiten
 - 8.4.5 Nederlandse Norm Gezond Bewegen
 - 8.4.6 Sportgedrag
 - 8.4.7 Sporten tijdens de revalidatiebehandeling
 - 8.4.8 Voorgeschiedenis lichamelijke activiteit
- 8.5 Beschrijving van profielen: verandering over de tijd
 - 8.5.1 Psychosociale factoren
 - 8.5.2 Gezondheidsfactoren
 - 8.5.3 Omgevingsfactoren

8.1 Patiëntprofielen – constructie

	Profiel 1 N=204	Profiel 2 N=703	Profiel 3 N=730
Fase van gedragsverandering			
(Pre)contemplatie	40.1%	26.9%	7.6%
Voorbereiding	29.2%	25.5%	15.1%
Actieve verandering	19.3%	24.2%	38.2%
Gedragsbehoud	11.4%	23.4%	39.2%
Self-efficacy	30.07	37.60	48.24
Motivatie	4.85	44.62	53.50
Vermoeidheidsklachten	43.30	47.62	30.34
Mate waarin de 'aandoening/ziekte' als belemmering wordt ervaren voor lichamelijke activiteit			
Nooit of zelden	20.6%	0.4%	34.3%
Soms	22.6%	18.1%	48.6%
(Zeer) vaak	56.8%	81.4%	17.1%
	"Lage motivatie"	"Gunstig psychosociale gesteldheid"	"Vroeg gedragsbehoud"

Op basis van de latente klasse analyse zijn drie verschillende profielen geïdentificeerd. Patiënten uit profiel 1 bevinden zich vaker in een lagere fase van gedragsverandering en hebben een lage motivatie ten aanzien van lichamelijke activiteit. Dit profiel noemen we daarom: **"Lage motivatie"**. Patiënten uit profiel 2 hebben over het algemeen een redelijk gunstig psychosociale gesteldheid, maar ervaren (zeer) vaak dat hun aandoening/ziekte hun belemmert om regelmatig lichamelijke actief te zijn. Ook ervaren zij gemiddeld de hoogste vermoeidheidsklachten. Profiel 2 noemen we: **"Gunstig psychosociale gesteldheid"**. Tot slot zit de grootste groep patiënten in profiel 3. Deze groep patiënten heeft gemiddeld een hoge motivatie ten aanzien van lichamelijke activiteit en bevindt zich vaker in een hoge fase van gedragsverandering. We noemen dit profiel daarom: **"Vroeg gedragsbehoud"**.

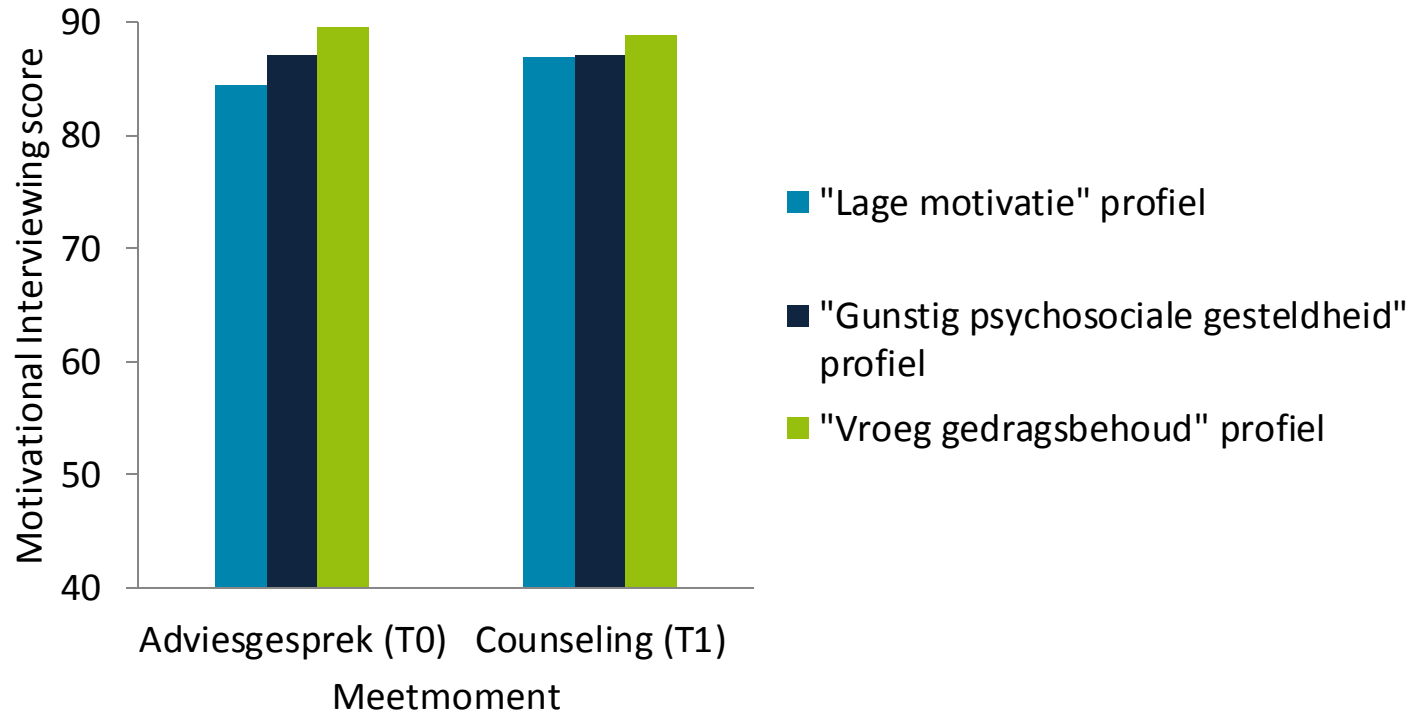
8.2.1 Patiëntprofielen – ontvangen begeleiding

	Profiel 1 N=204	Profiel 2 N=703	Profiel 3 N=730
Aantal mailcontacten (%)			
0	70.1	73.1	73.8
1	20.1	15.9	14.2
2	6.9	7.7	7.1
≥3	2.9	3.3	4.8
Aantal telefonische contacten			
0	18.6	19.9	19.2
1	22.5	22.6	23.7
2	19.1	19.1	18.6
3	20.6	20.9	21.0
≥4	19.1	17.5	17.5
Doorverwezen naar sport- of beweegactiviteit (% Ja)	72.5	81.7	76.0
Totale duur van contact met consulent (minuten, SD)	80.6 (31.8)	78.6 (28.6)	78.0 (31.0)
	“Lage motivatie”	“Gunstig psychosociale gesteldheid”	“Vroeg gedragsbehoud”

Ontvangen begeleiding

Bovenstaande tabel laat zien dat er weinig opmerkelijke verschillen te zien zijn tussen de profielen in de begeleiding die patiënten hebben ontvangen in het kader van het programma Revalidatie, Sport en Bewegen. Wel lijken iets minder patiënten uit het “Lage motivatie” profiel doorverwezen te zijn naar een sport- of beweegactiviteit in de regio ten opzichte van patiënten uit de andere twee profielen (72.5% ten opzichte van 81.7% en 76.0% respectievelijk).

8.2.2 Patiëntprofielen – Motivational Interviewing



Motivational Interviewing

Bovenstaande grafiek laat de score op de Motivational Interviewing vragenlijst zien. Deze vragenlijst meet in hoeverre de Motivational Interviewing technieken correct en naar tevredenheid van de patient zijn toegepast. De grafiek laat minimale verschillen zien, zowel tussen T0 als T1 als tussen de drie patiëntprofielen.

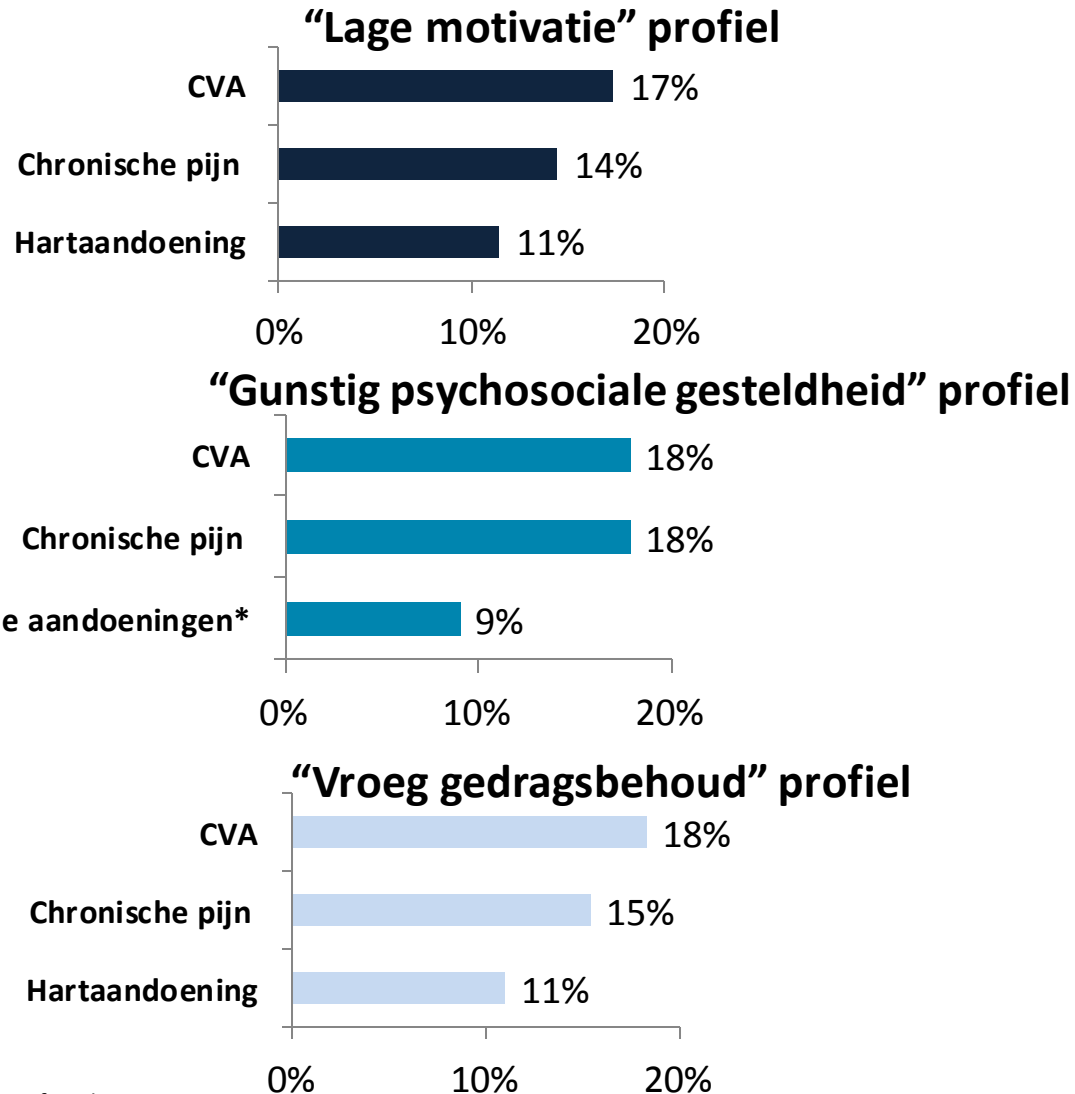
8.3.1 Beschrijving van profielen: persoonskenmerken

	Profiel 1 N=204	Profiel 2 N=703	Profiel 3 N=730
Geslacht: % vrouw	53.4	58.4	48.1
Leeftijd (jaren, SD)	50.3 (14.1)	49.0 (13.3)	50.5 (13.9)
Opleidingsniveau:			
-Lagere school (%)	2.9	4.6	3.7
-VMBO, MAVO, MULO, LBO (%)	44.2	31.7	32.1
-HAVO, VWO, MBO (%)	34.9	38.1	39.1
-HBO, universitair onderwijs (%)	18.0	25.6	24.7
Behandelvorm:			
-Klinisch (%)	2.5	3.1	3.3
-Poliklinisch (%)	89.2	88.5	90.7
-Consultair (%)	8.3	8.4	6.0
	"Lage motivatie"	"Gunstig psychosociale gesteldheid"	"Vroeg gedragsbehoud"

Algemene persoonskenmerken

Bovenstaande tabel laat zien dat er enige verschillen zijn wat betreft de demografische kenmerken van elk profiel. Profiel 3 ("Vroeg gedragsbehoud") bevat het laagst percentage vrouwen, terwijl dit percentage voor profiel 2 ("Gunstig psychosociale gesteldheid") het hoogst is (48.1 versus 58.4% respectievelijk). Het percentage patiënten met een afgerond HBO of universitaire opleiding is het laagste in profiel 1 (18.0%). De gemiddelde leeftijd en de behandelvorm zijn ongeveer hetzelfde binnen elk profiel.

8.3.2 Aandoening en co-morbiditeit (1)



De top-3 meest voorkomende aandoening

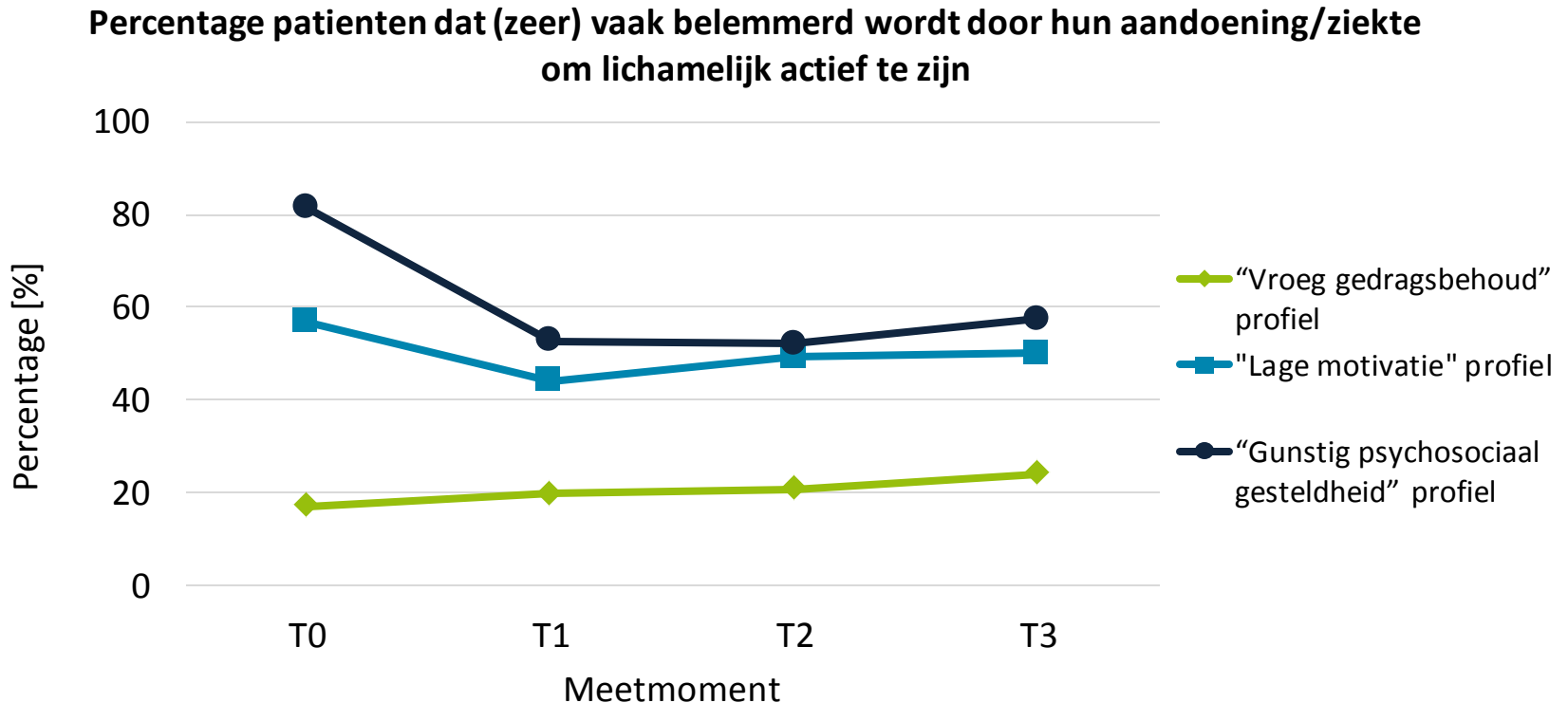
De aandoeningen 'CVA' en 'chronische pijn' zijn in alle drie profielen in de top-3 van meest voorkomende aandoeningen (zie figuren aan linkerkant). In het 'Lage motivatie' profiel en het 'Vroeg gedragsbehoud' profiel wordt de top-3 aangevuld met de aandoening 'hartaandoeningen'. In het 'Gunstig psychosociale gesteldheid' profiel, daarentegen, zijn relatief meer patiënten met neurologische aandoeningen, zoals MS of Parkinson.

Co-morbiditeit

Het percentage patiënten dat twee of meerdere aandoeningen heeft (co-morbiditeit) is het laagste in profiel 3 (profiel 1: 45%, profiel 2: 49%, profiel 3: 40%).

*Bijvoorbeeld: MS of Parkinson

8.3.2 Aandoening en co-morbiditeit (2)

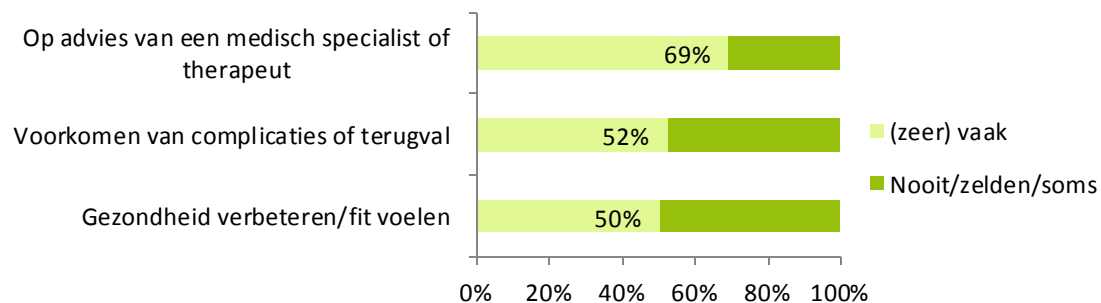


Ervaren belemmerende invloed van aandoening/ziekte op lichamelijke activiteit

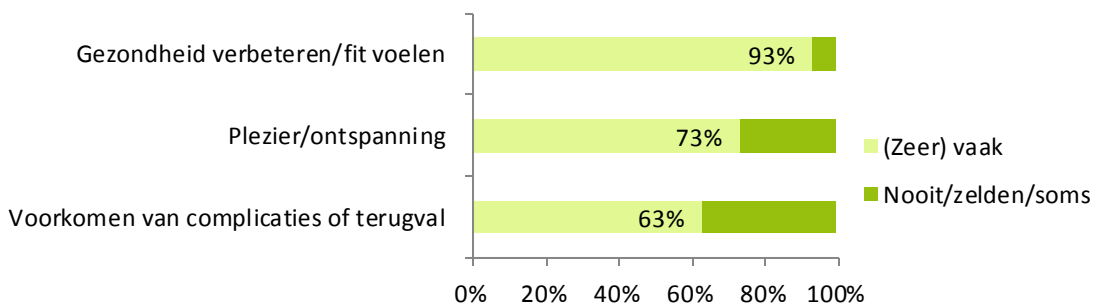
Bovenstaande figuur laat vooral verschillen in het aantal patiënten dat zich belemmerd voelt door hun aandoening/ziekte tussen het 'lage motivatie' profiel en het 'gunstig psychosociale gesteldheid' profiel aan de ene kant en het 'vroeg gedragsbehoud' profiel aan de andere kant. Een veel lager percentage patiënten in het 'vroeg gedragsbehoud' profiel voelt zich belemmerd door hun aandoening of ziekte. Opvallend is dat de percentages na afloop van de revalidatie voor alle profielen vrij stabiel blijven (respectievelijk 44%, 53% en 20% direct na afloop van de revalidatie).

8.3.3 Redenen om te bewegen

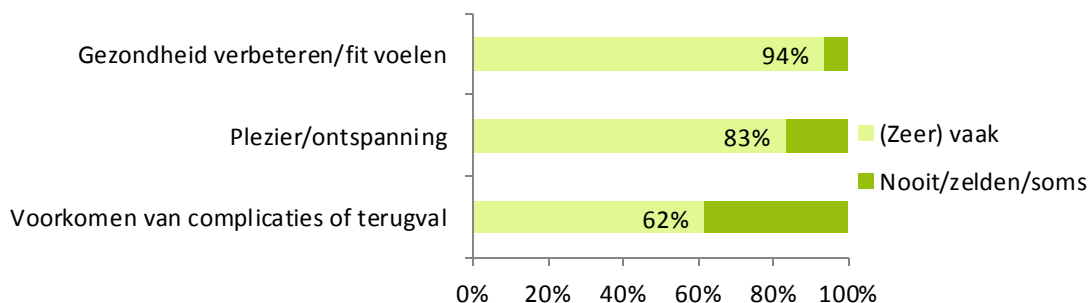
"Lage motivatie" profiel



"Gunstig psychosociale gesteldheid" profiel



"Vroeg gedragsbehoud" profiel



De top 3 redenen om te bewegen:

Patiënten zijn gevraagd om aan te geven hoe vaak bepaalde factoren een reden zijn voor hun om te bewegen. Voor elk profiel is een top 3 samengesteld bestaande uit factoren die voor patiënten (zeer) vaak een reden zijn om te bewegen. De top 3 van redenen om te bewegen van patiënten in het 'Lage motivatie' profiel zijn:

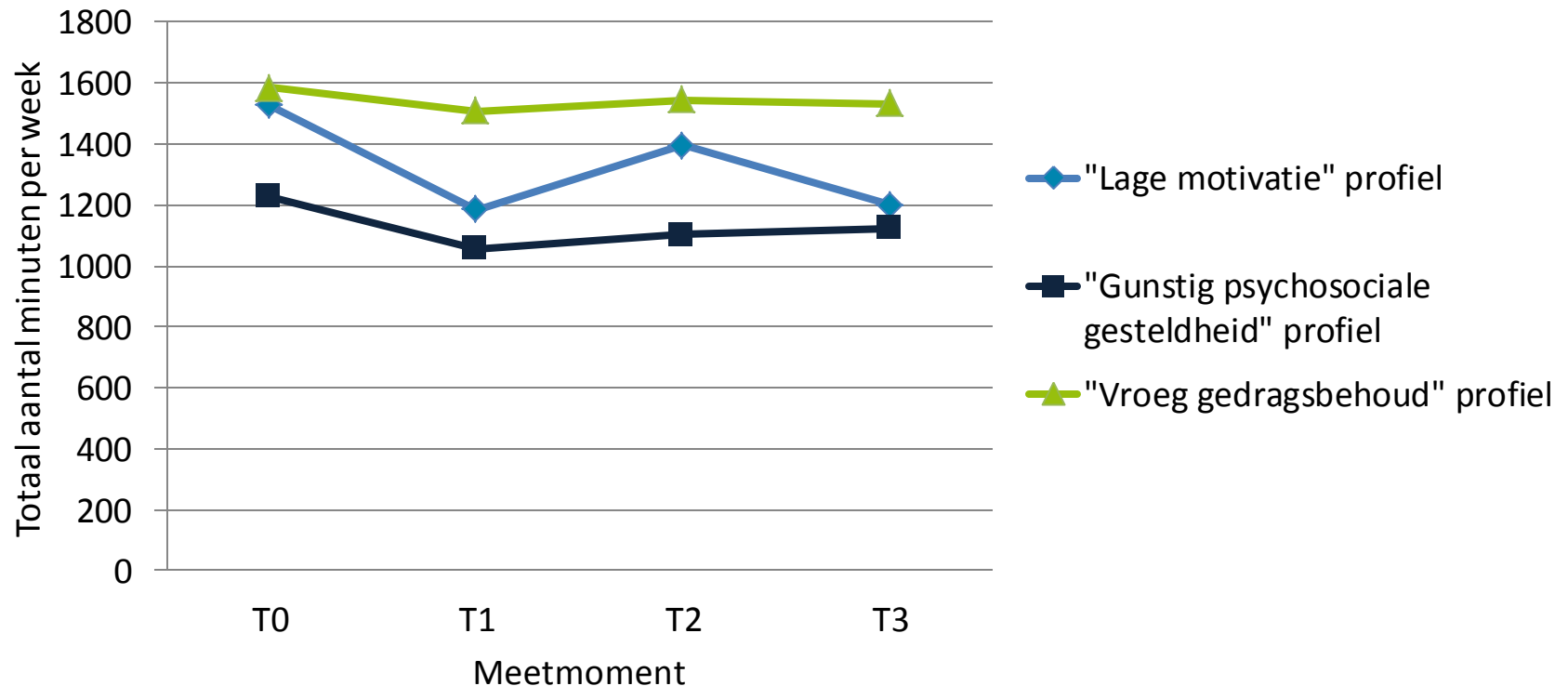
- 1) Op advies van een medisch specialist of therapeut
- 2) Voorkomen van complicaties of terugval
- 3) Gezondheid verbeteren/ fit voelen

De top 3 van redenen om te bewegen van patiënten in het 'Gunstig psychosociale gesteldheid' en het 'Vroeg gedragsbehoud' profiel zijn:

- 1) Gezondheid verbeteren/fit voelen
- 2) Plezier/ontspanning
- 3) Voorkomen van complicaties of terugval

Het valt op dat patiënten in het 'lage motivatie' profiel minder vaak 'plezier/ontspanning' als reden hebben om te bewegen in vergelijking met de patiënten uit de andere twee profielen.

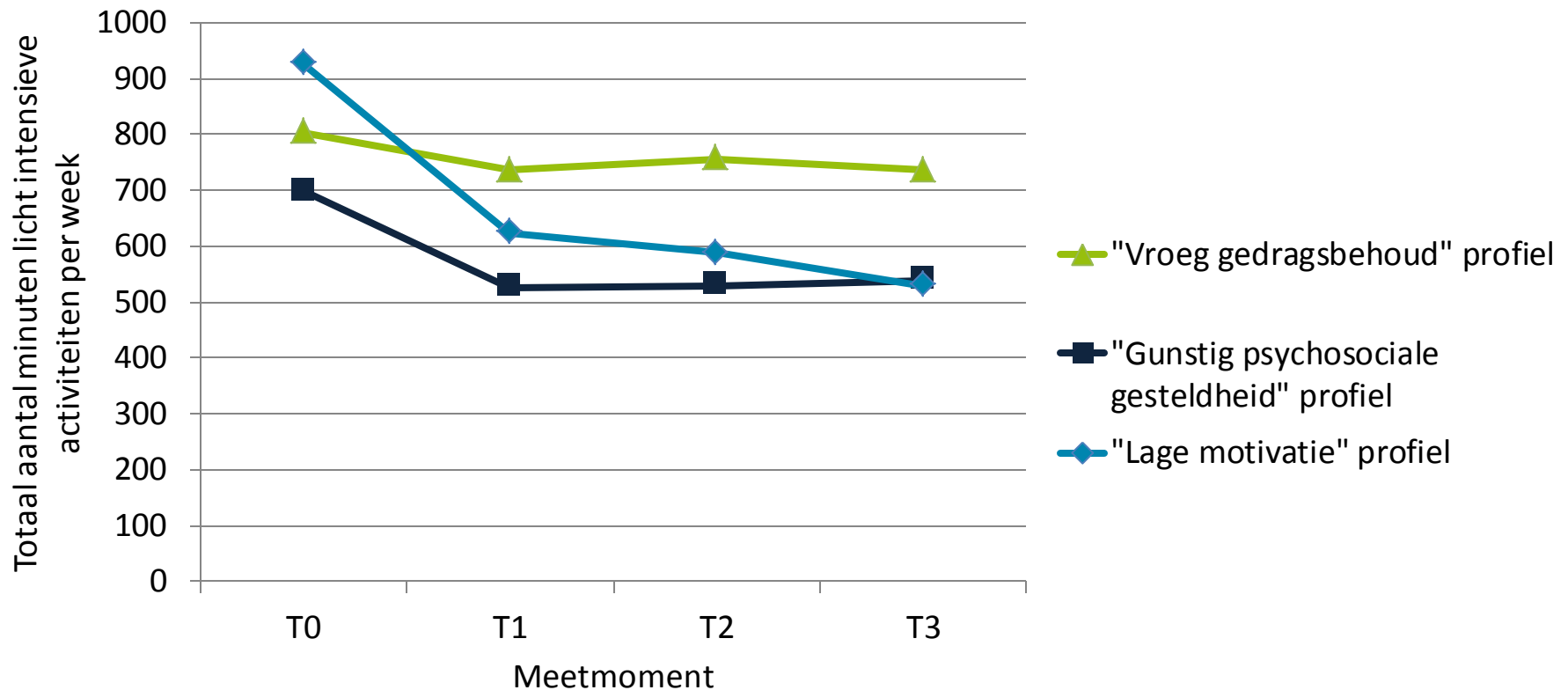
8.4.1 Totaal aantal minuten lichamelijke activiteit



Totaal aantal minuten lichamelijk activiteit per week

Patiënten in het 'Vroeg gedragsbehoud' profiel zijn op alle meetmomenten (T0 t/m T3) gemiddeld het meest lichamelijk actief wanneer we kijken naar het totaal aantal minuten licht, matig en zwaar intensieve activiteiten. Zij hebben ook een relatief stabiel beweeggedrag over de tijd. Patiënten in het 'Lage motivatie' profiel, daarentegen, laten een meer fluctuerend beweeggedrag over de tijd zien. Patiënten in het 'Gunstig psychosociale gesteldheid' profiel zijn gemiddeld het minst lichamelijk actief.

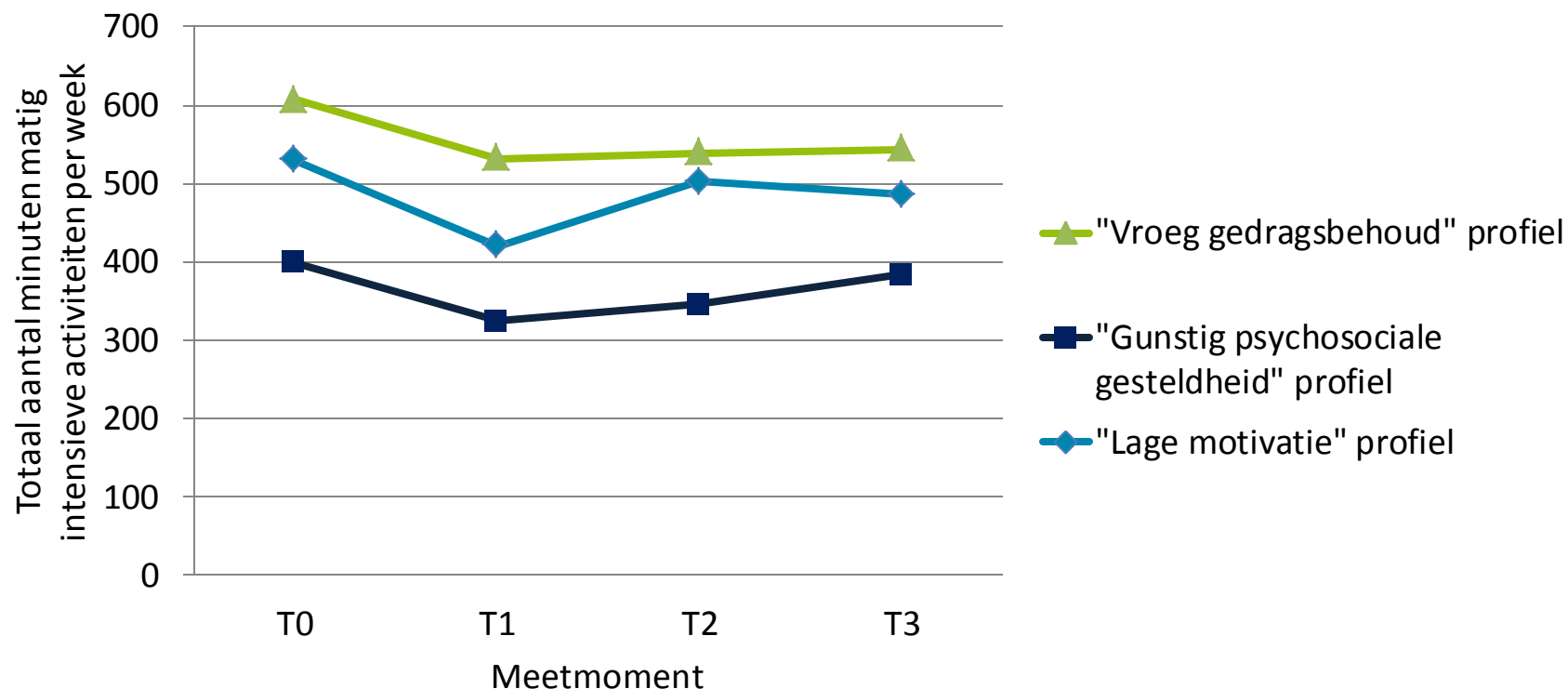
8.4.2 Licht intensieve activiteiten



Totaal aantal minuten licht intensieve activiteiten per week

Patiënten in het 'Vroeg gedragsbehoud' profiel zijn op alle meetmomenten na revalidatie (T1 t/m T3) gemiddeld het meest lichamelijk actief op basis van het aantal minuten licht intensieve activiteiten. Zij hebben ook een relatief stabiel beweeggedrag over de tijd. Patiënten in het 'Lage motivatie' profiel, daarentegen, laten een meer dalend patroon zien, waarbij patiënten over de tijd gemiddeld minder minuten licht intensieve activiteiten uitvoeren. Patiënten in het 'Gunstig psychosociale gesteldheid' profiel zijn gemiddeld het minst lichamelijk actief op basis van de licht intensieve activiteiten.

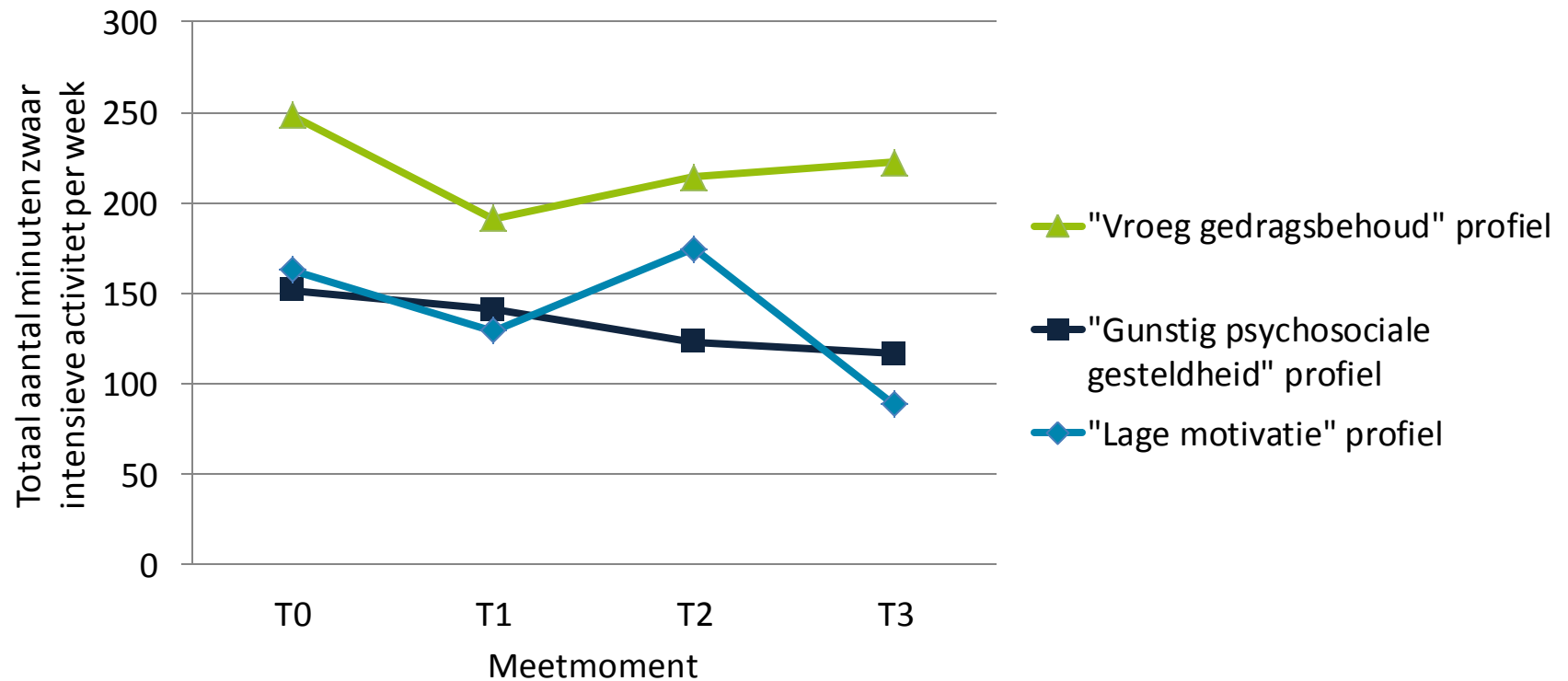
8.4.3 Matig intensieve activiteiten



Totaal aantal minuten matig intensieve activiteiten per week

Patiënten in het 'Vroeg gedragsbehoud' profiel zijn op alle meetmomenten (T0 t/m T3) gemiddeld het meest lichamelijk actief op basis van het aantal minuten matig intensieve activiteiten. Patiënten in het 'Lage motivatie' profiel laten een meer fluctuerend beweeggedrag over de tijd zien. Patiënten in het 'Gunstig psychosociale gesteldheid' profiel zijn gemiddeld met minst lichamelijk actief op matig intensieve intensiteit.

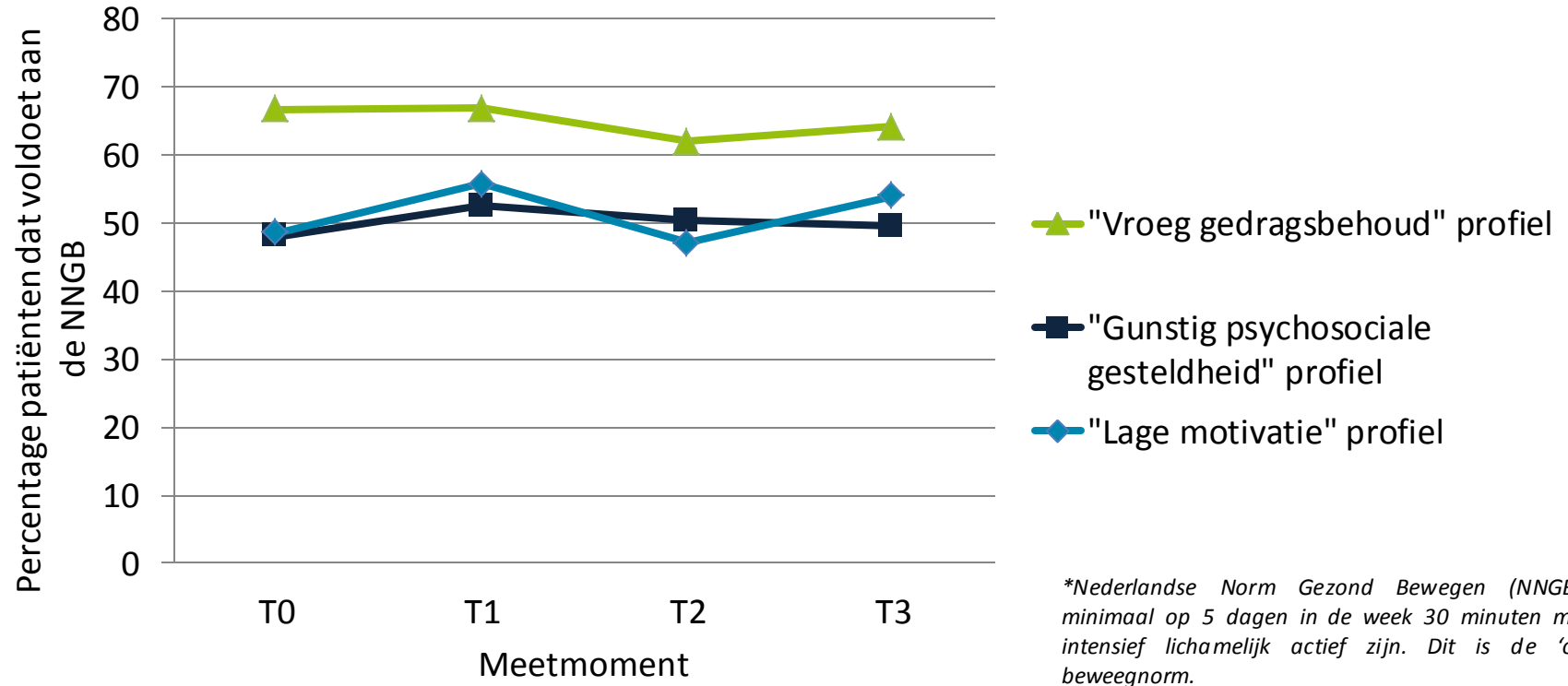
8.4.4 Zwaar intensieve activiteiten



Totaal aantal minuten zwaar intensieve activiteiten per week

Patiënten in het 'Vroeg gedragsbehoud' profiel zijn op alle meetmomenten (T0 t/m T3) gemiddeld het meest lichamelijk actief op basis van het aantal minuten zwaar intensieve activiteiten. Patiënten in het 'Lage motivatie' profiel laten een meer fluctuerend beweeggedrag over de tijd zien. Patiënten in het 'Gunstig psychosociale gesteldheid' profiel laten een licht dalend patroon zien, waarbij patiënten gemiddeld over de tijd minder zwaar intensieve activiteiten per week uitvoeren.

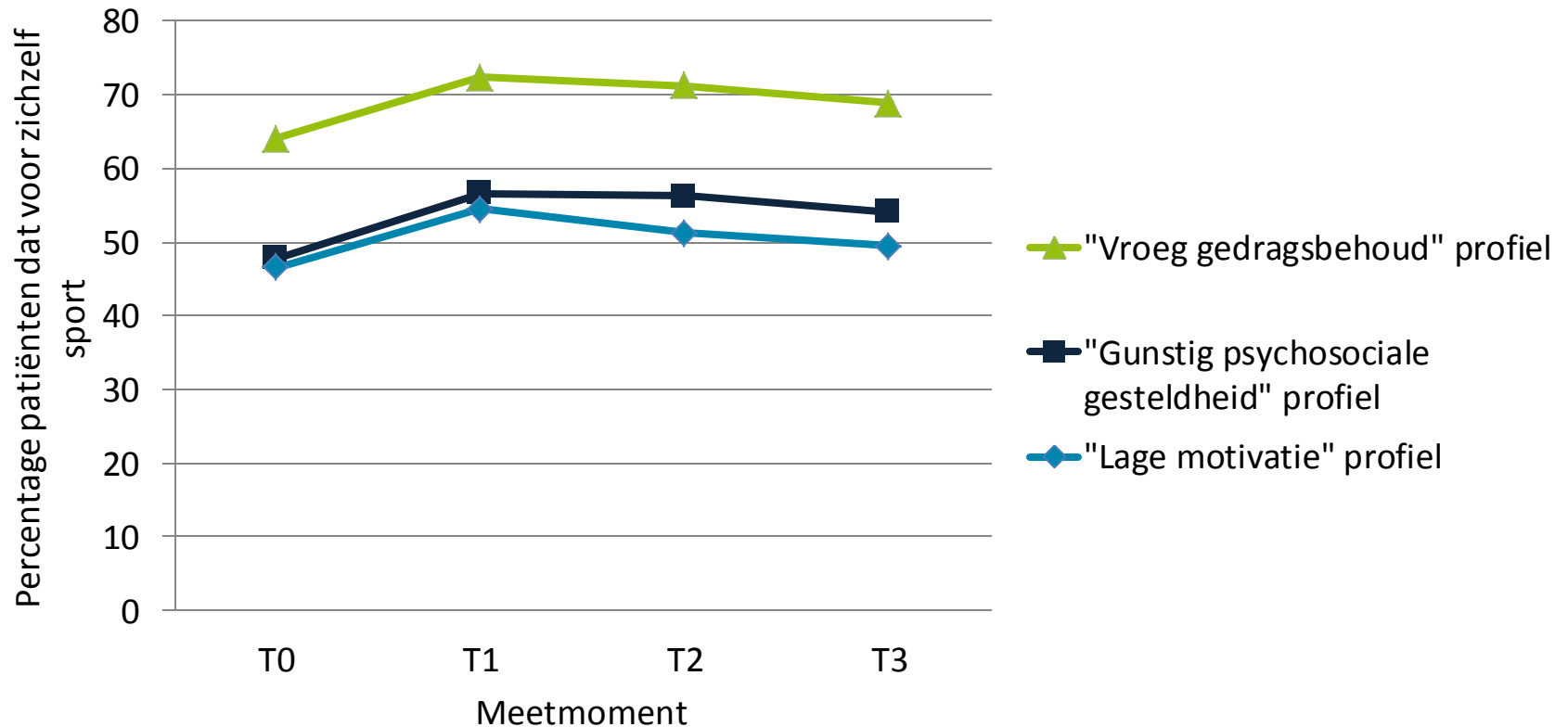
8.4.5 Nederlandse Norm Gezond Bewegen



Nederlandse Norm Gezond Bewegen (NNGB)

De meerderheid van de patiënten (62% – 67%) in het 'Vroeg gedragsbehoud' profiel voldoen op alle meetmomenten (T0 t/m T3) aan de NNGB. Ongeveer de helft van de patiënten in het 'Lage motivatie' profiel (47% - 56%) en het 'Gunstig psychosociale gesteldheid' profiel (48% - 53%) voldoen op alle meetmomenten aan de NNGB.

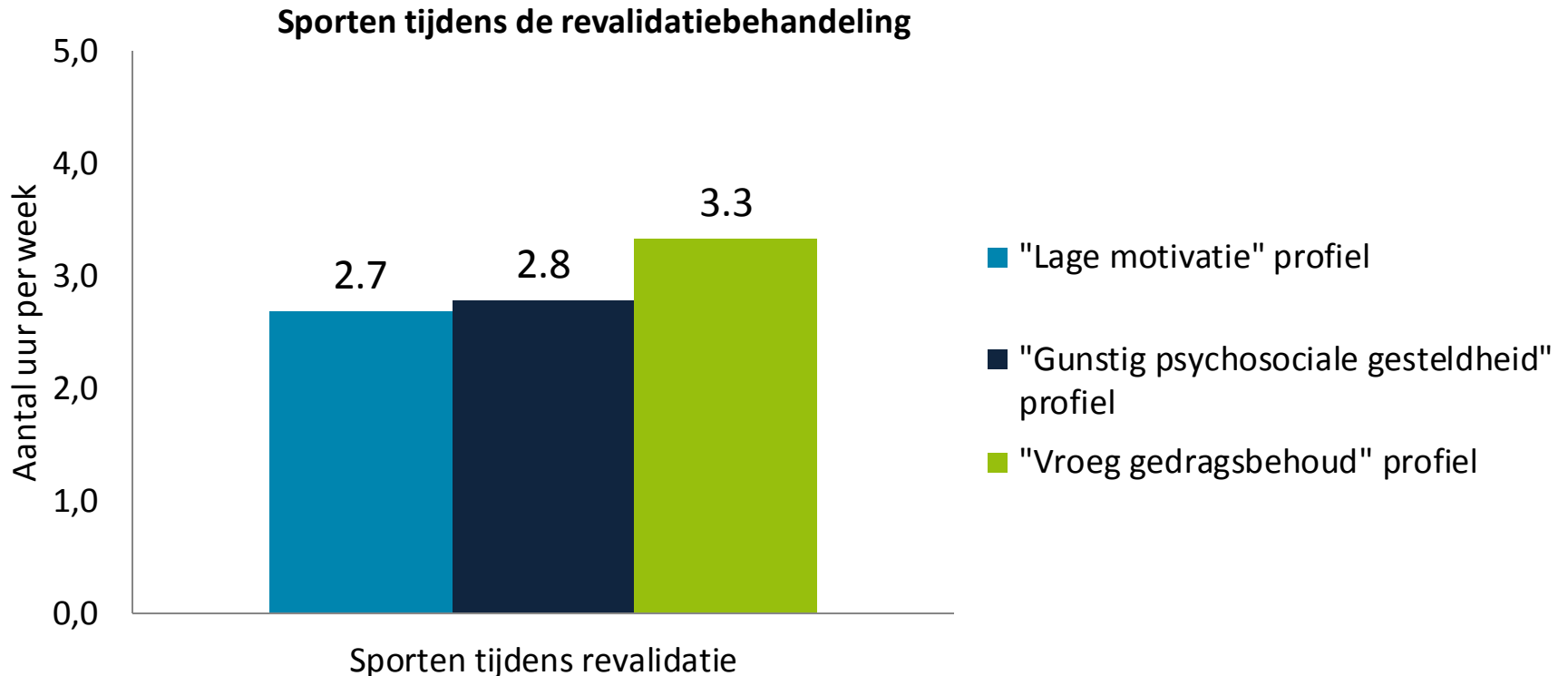
8.4.6 Sportgedrag



Sportgedrag

Het percentage patiënten dat sport voor zichzelf is op alle meetmomenten het hoogst in het 'Vroeg gedragsbehoud' profiel (64% - 72%). Het percentage patiënten dat voor zichzelf sport is in het 'Lage motivatie' profiel (46% - 54%) en het 'Gunstig psychosociale gesteldheid' profiel (48% - 57%) vergelijkbaar. In alle drie profielen is het beloop van het sportgedrag gelijk: een toename tussen T0 en T1 en daarna stabiliserend.

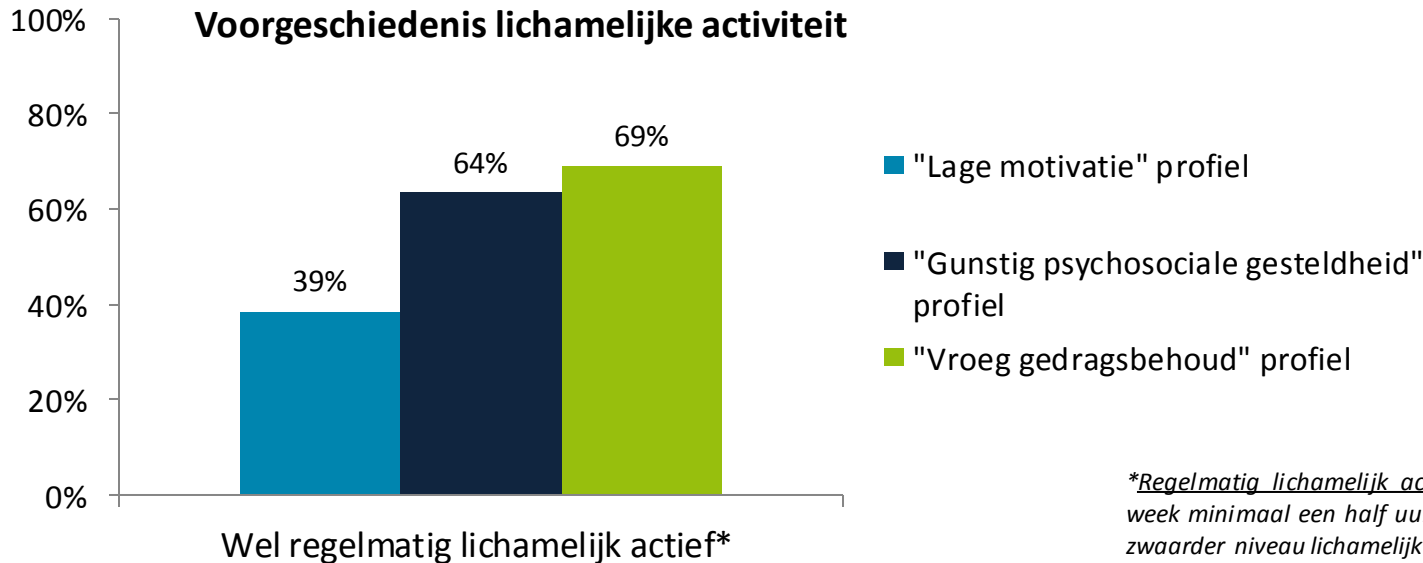
8.4.7 Sporten tijdens revalidatiebehandeling



Aantal uur sport per week tijdens de revalidatie

Patiënten in het 'Vroeg gedragsbehoud' profiel hebben gemiddeld het meest aantal uur per week gesport als onderdeel van hun revalidatiebehandeling (3.3 uur per week). Patiënten in het 'Lage motivatie' profiel, daarentegen, hebben gemiddeld het minst aantal uur per week gesport tijdens hun revalidatie (2.7 uur per week).

8.4.8 Voorgeschiedenis lichamelijke activiteit



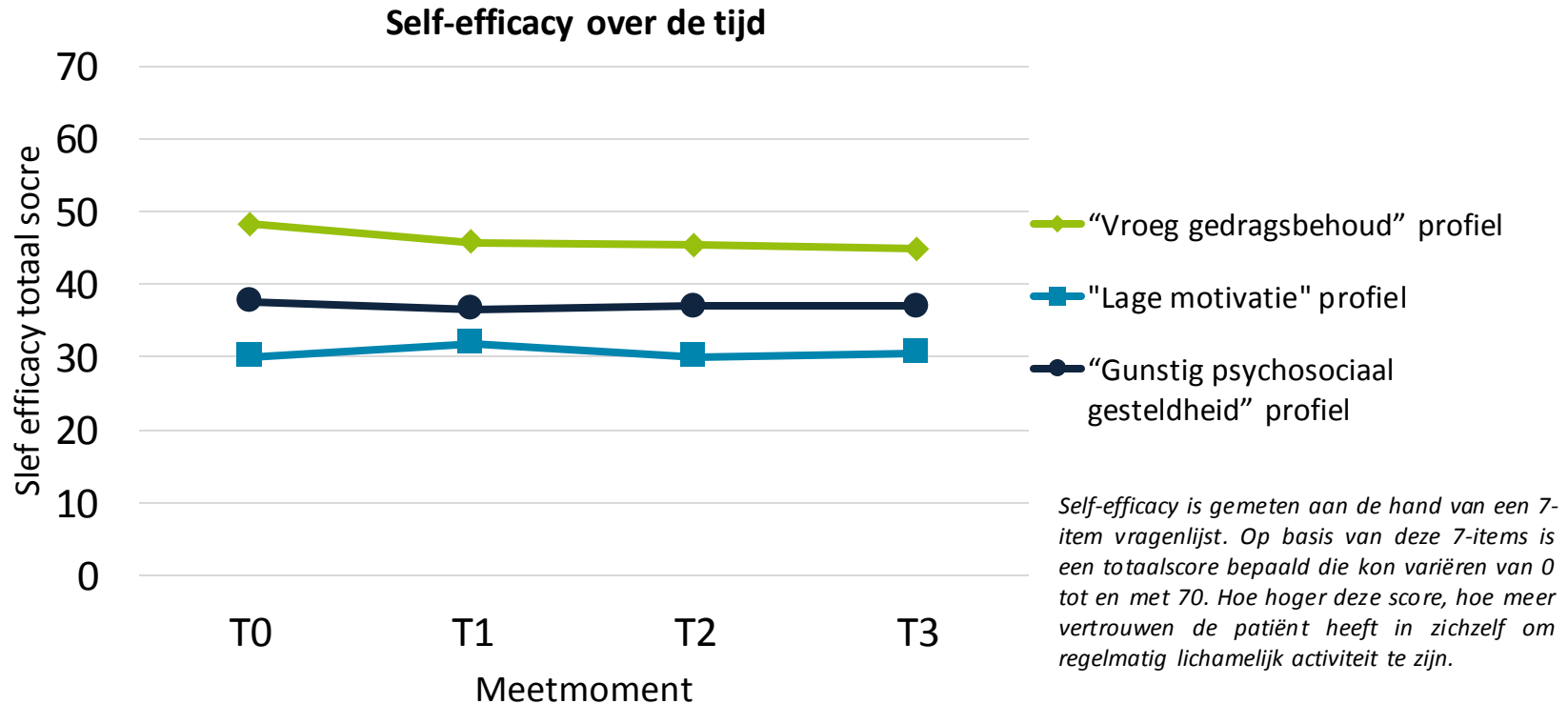
**Regelmatig lichamelijk actief= tenminste 5 dagen in de week minimaal een half uur per dag op een middelmatig of zwaarder niveau lichamelijk actief zijn.*

Voorgeschiedenis lichamelijke activiteit

Op T0 is aan patiënten gevraagd naar hun lichamelijke activiteit in de periode(s) zonder gezondheidsproblemen. Op basis van deze vraag is het percentage van patiënten bepaald dat in het verleden regelmatig lichamelijk actief* was. De resultaten zijn in bovenstaand figuur weergegeven.

De resultaten laten zien dat de voorgeschiedenis van lichamelijke activiteit verschilt tussen de drie profielen. Het percentage patiënten dat in het verleden regelmatig lichamelijk actief was, ligt beduidend hoger in het 'Gunstig psychosociale gesteldheid' profiel en het 'Vroeg gedragsbehoud' profiel ten opzichte van patiënten in het 'Lage motivatie' profiel (64-69% versus 39%). De mate van lichamelijke activiteit in het verleden lijkt daarmee samen te hangen met de mate van lichamelijk activiteit tijdens en in de periode na revalidatie.

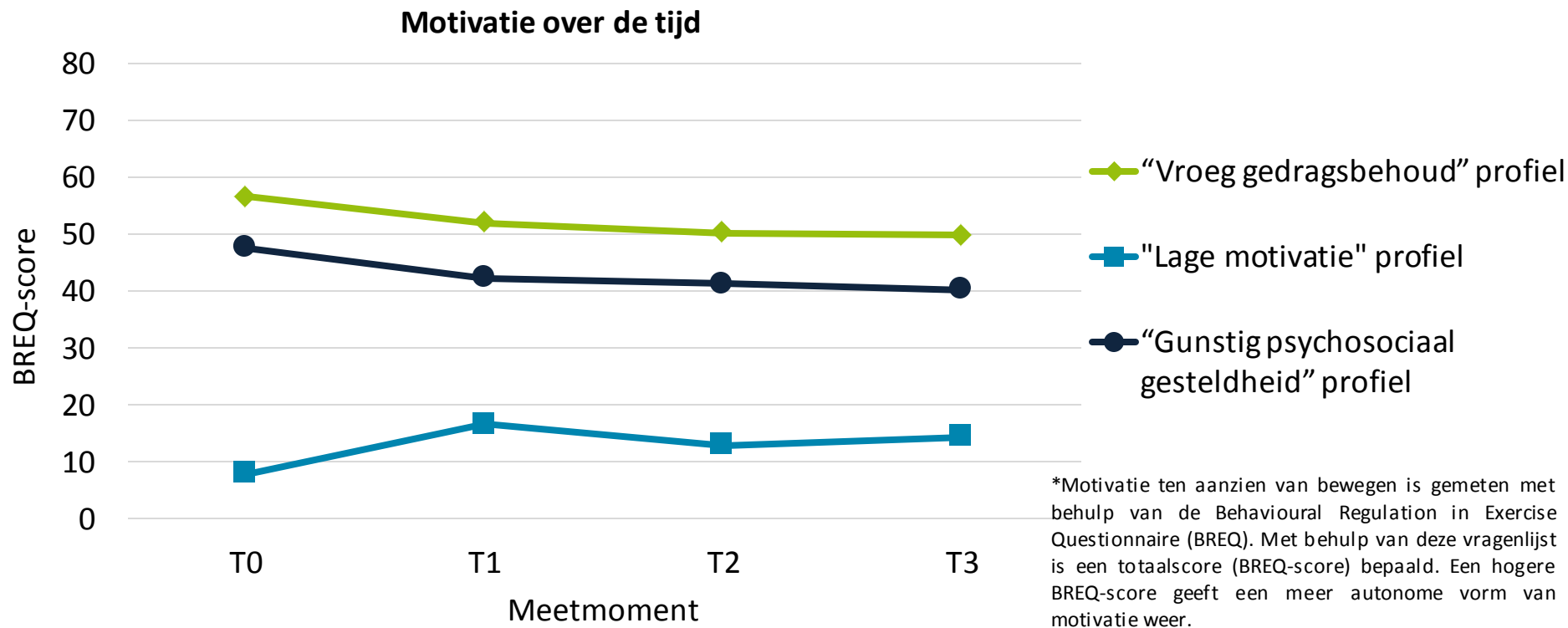
8.5.1 Psychosociale factoren: self-efficacy (1)



Self efficacy over de tijd

Patiënten in het ‘Vroeg gedragsbehoud’ profiel scoren gemiddeld op alle meetmomenten (T0 t/m T3) het hoogste op de self-efficacy vragenlijst, gevolgd door patiënten in het ‘Gunstig psychosociaal gesteldheid’ profiel. Patiënten in het ‘Lage motivatie’ profiel scoren, daarentegen, op alle meetmomenten gemiddeld het laagste op self-efficacy. In alle profielen zijn patiënten relatief stabiel in hun self efficacy ten aanzien lichamelijke activiteit.

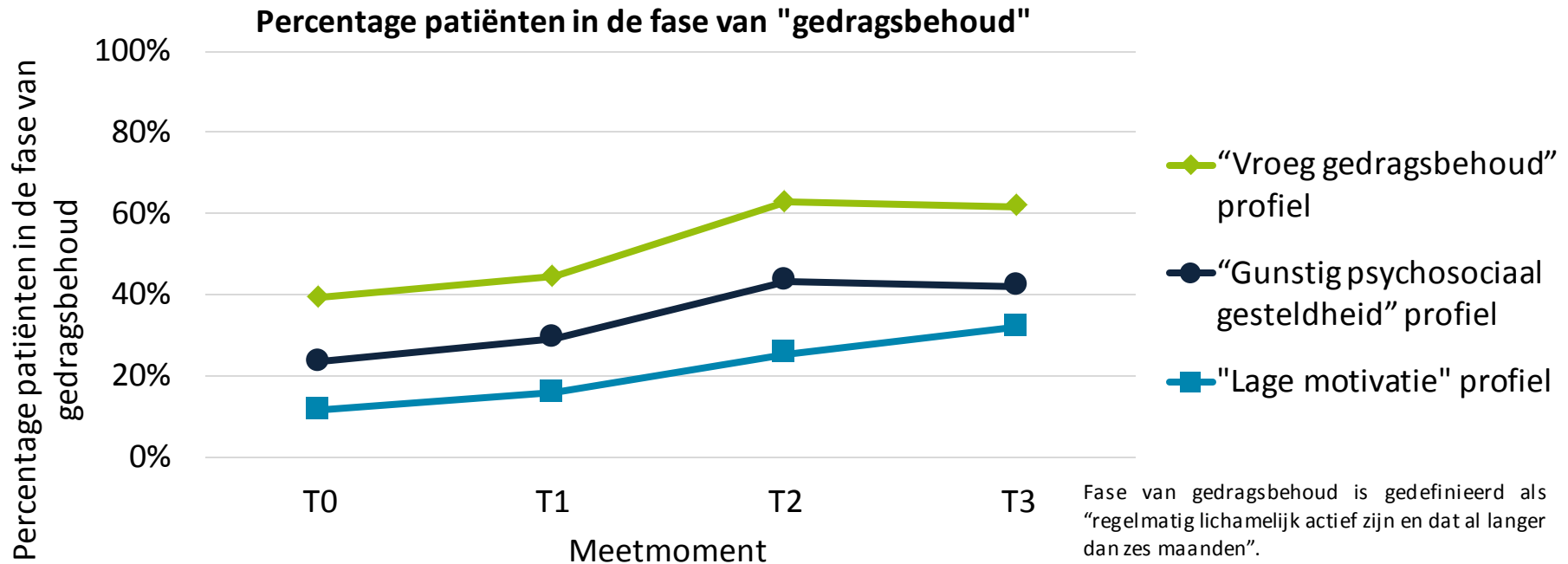
8.5.1 Psychosociale factoren: motivatie (2)



Motivatie over de tijd

Patiënten in het 'Vroeg gedragsbehoud' profiel scoren gemiddeld op alle meetmomenten (T0 t/m T3) het hoogste op de BREQ-vragenlijst, gevolgd door patiënten uit het 'Gunstig psychosociaal gesteldheid' profiel. In beide profielen zijn de motivatie scores vanaf T1 (14 weken na revalidatie) redelijk stabiel. Patiënten in het 'Lage motivatie' profiel scoren, daarentegen, op alle meetmomenten gemiddeld het laagste op de motivatie-vragenlijst. Dit betekent dat zij een lage vorm van motivatie hebben ten aanzien van lichamelijke activiteit. Daarnaast wordt dit profiel gekenmerkt door een meer fluctuerend patroon over de tijd.

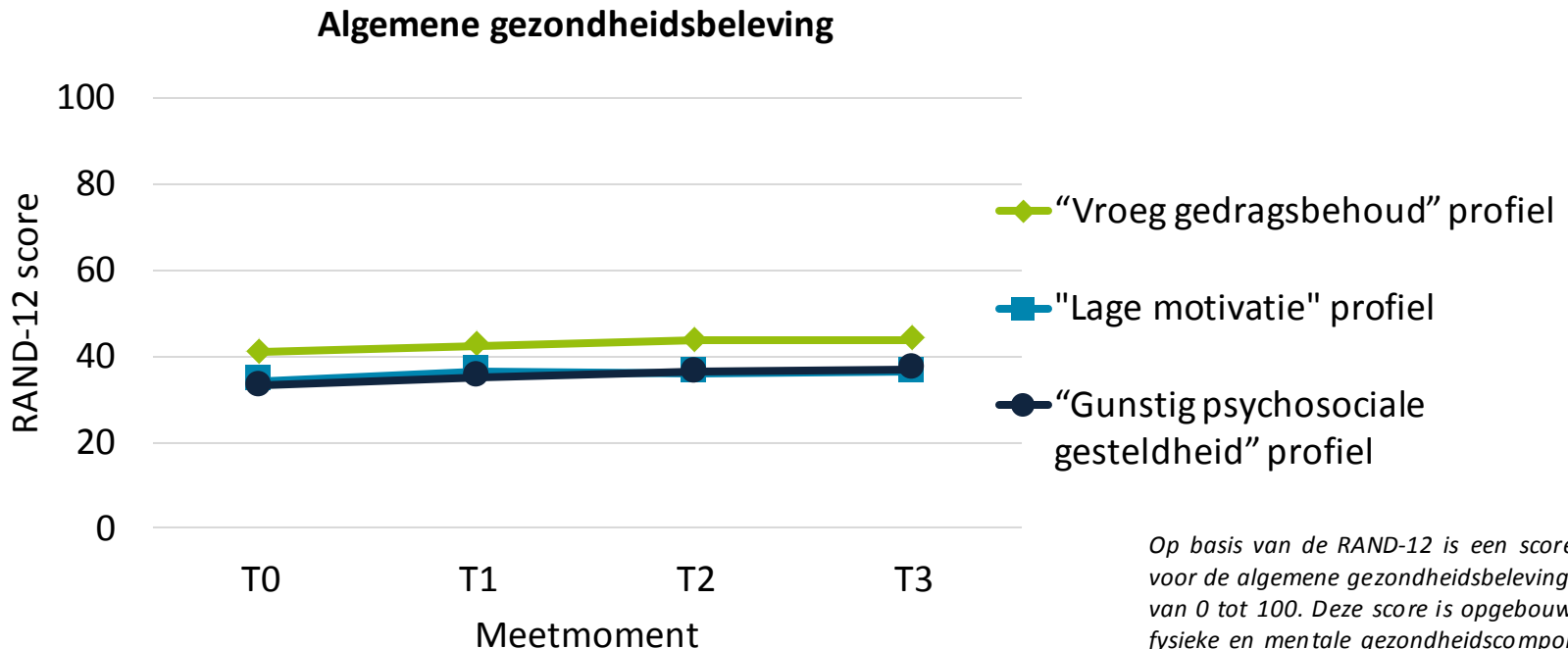
8.5.1 Psychosociale factoren: fase van gedragsverandering (3)



Fase van gedragsverandering

In bovenstaand figuur is op elk meetmoment (T0 t/m T3) en per profiel het percentage patiënten weergegeven dat heeft aangegeven in de fase van 'gedragsbehoud' te zitten. Het valt op dat in alle drie profielen het percentage patiënten dat zich in de fase van 'gedragsbehoud' bevindt toeneemt over de tijd.

8.5.2 Gezondheidsfactoren: algemene gezondheid (1)



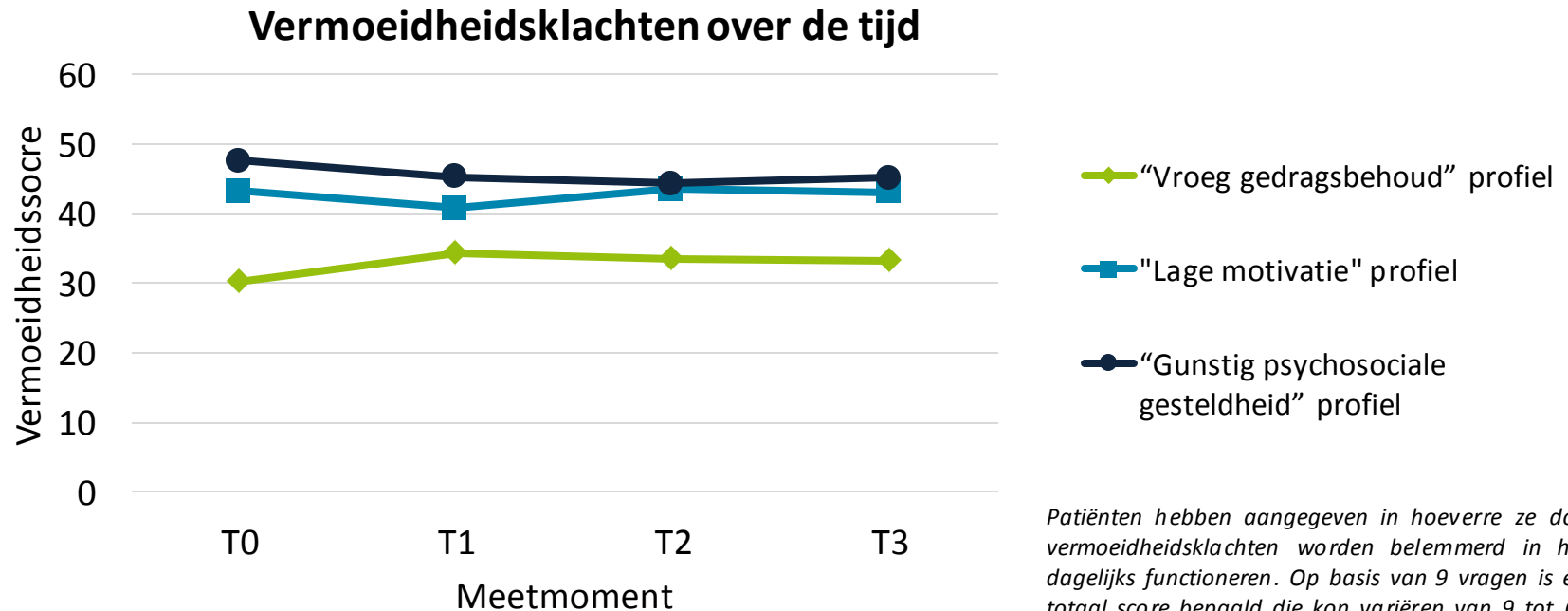
Op basis van de RAND-12 is een score bepaald voor de algemene gezondheidsbeleving die loopt van 0 tot 100. Deze score is opgebouwd uit een fysieke en mentale gezondheidscomponent. Hoe hoger de score, hoe beter patiënten hun eigen gezondheidstoestand beoordelen.

Algemene gezondheid (RAND-12 score)

Patiënten in het 'Vroeg gedragsbehoud' profiel beoordelen hun gezondheidsbeleving op alle meetmomenten het hoogste (gemiddelde score: 40.7 – 43.7). De gemiddelde beoordeling van de gezondheidstoestand van patiënten in het 'Lage motivatie' profiel (scores: 34.2 – 36.4) en het 'Gunstig psychosociale gesteldheid' profiel (scores: 33.0 – 37.0) is op alle meetmomenten vrijwel gelijk.

De mentale en fysieke gezondheidscomponenten laten een vergelijkbaar resultaat zien waarbij patiënten in het 'Vroeg gedragsbehoud' profiel gemiddeld op alle meetmomenten het hoogste scoren op de afzonderlijk gezondheidscomponenten.

8.5.2 Gezondheidsfactoren: vermoeidheid (2)

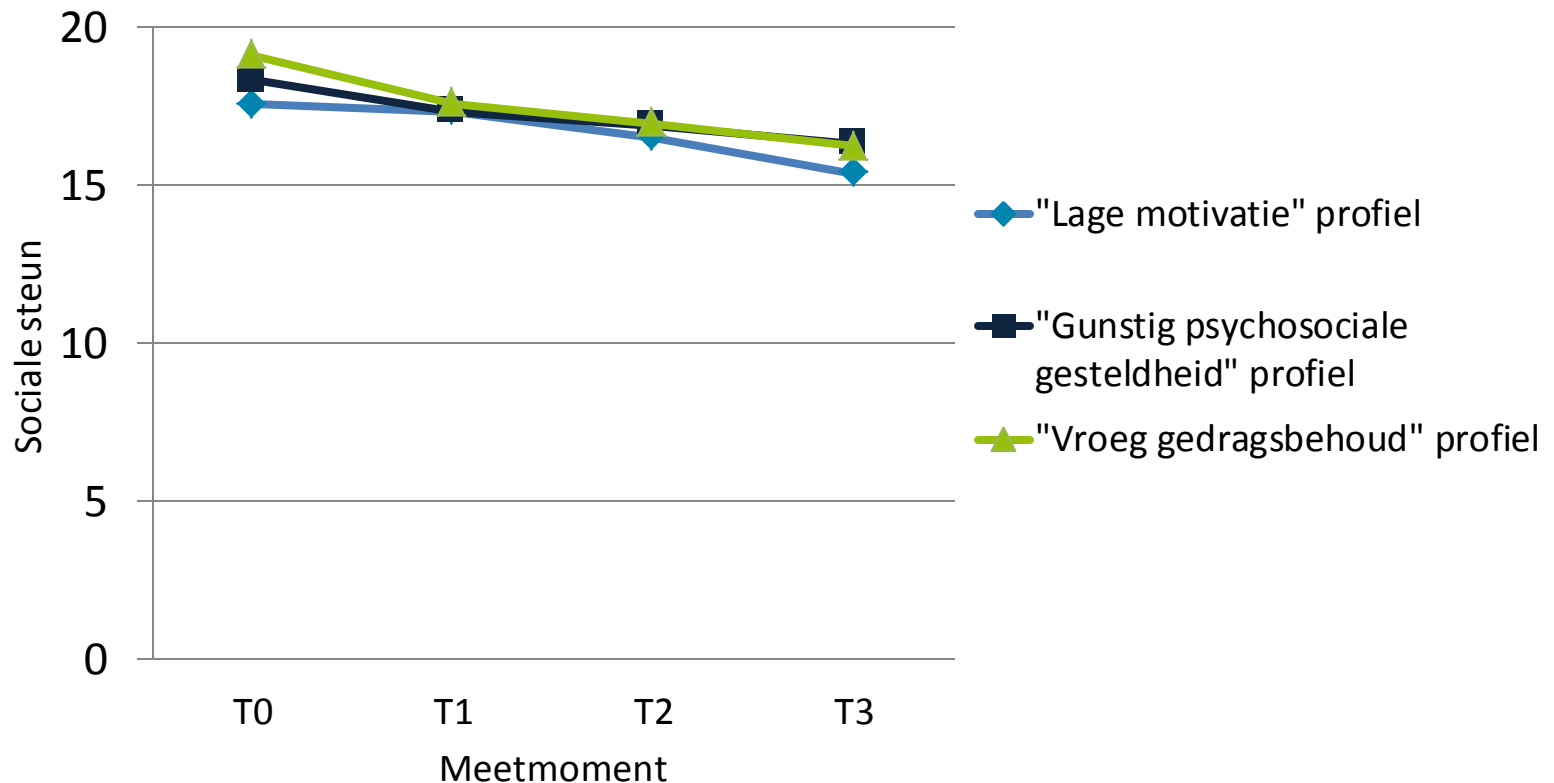


Patiënten hebben aangegeven in hoeverre ze door vermoeidheidsklachten worden belemmerd in hun dagelijks functioneren. Op basis van 9 vragen is een totaal score bepaald die kon variëren van 9 tot 63. Hoe hoger deze score, hoe groter de vermoeidheid/ invloed van de vermoeidheid op het dagelijks functioneren.

Vermoeidheid over de tijd

Patiënten in het 'Vroeg gedragsbehoud' profiel worden gemiddeld op alle meetmomenten (T0 t/m T3) het minst belemmerd door hun vermoeidheidsklachten in hun dagelijks functioneren. Patiënten in het 'Lage motivatie' profiel en het 'Gunstig psychosociale gesteldheid' profiel ervaren op alle meetmomenten meer vermoeidheidsklachten in vergelijking met patiënten in het 'Vroeg gedragsbehoud' profiel.

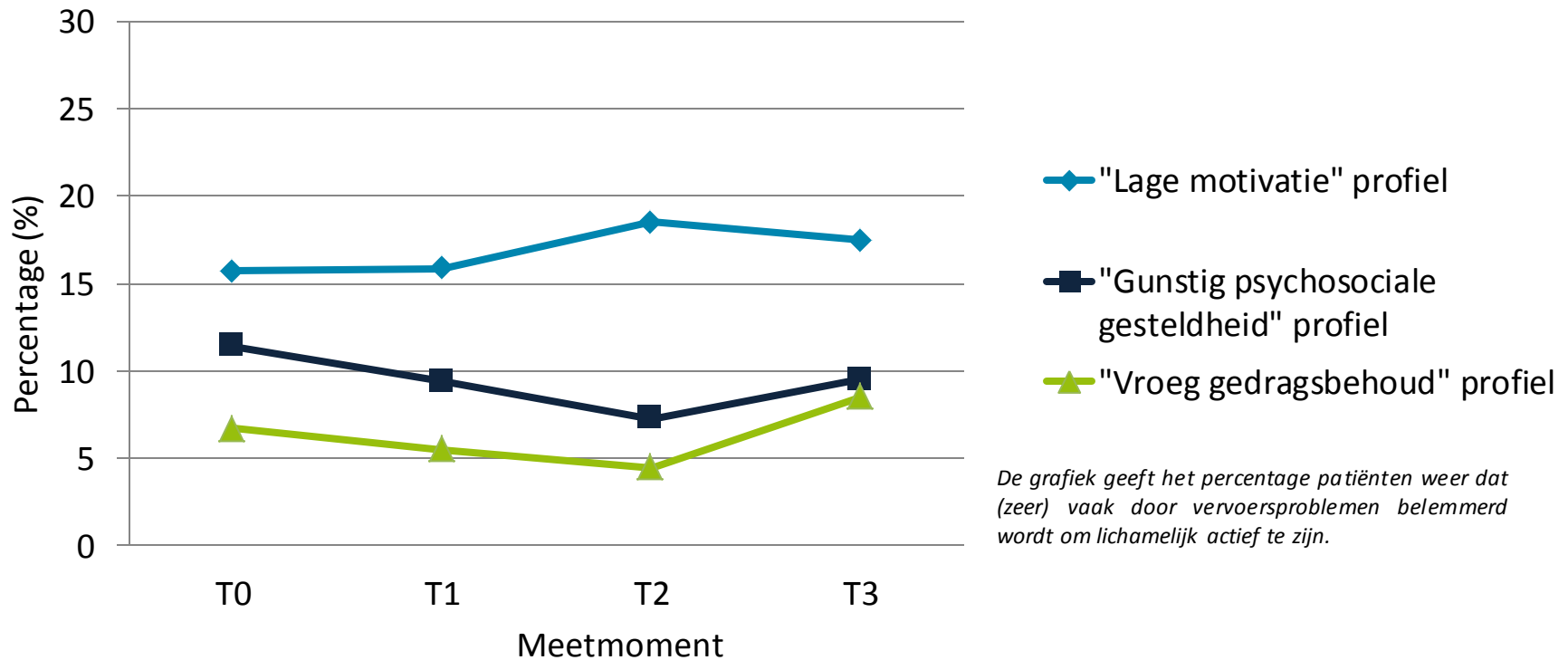
8.5.3 Omgevingsfactoren: sociale steun (1)



Sociale steun

Bovenstaande grafiek laat de score op de Sociale Steun vragenlijst zien. Deze vragenlijst meet in hoeverre patiënten sociale steun vanuit hun omgeving (familie/ vrienden/ kennissen) ervaren om lichamelijk actief te zijn. Hierbij geldt dat een hogere score betekent dat patiënten meer sociale steun ervaren vanuit hun omgeving. De grafiek laat minimale verschillen zien tussen de drie patiëntprofielen; in alle profielen is een lichte daling in ervaren sociale steun zichtbaar tussen T0 en T3.

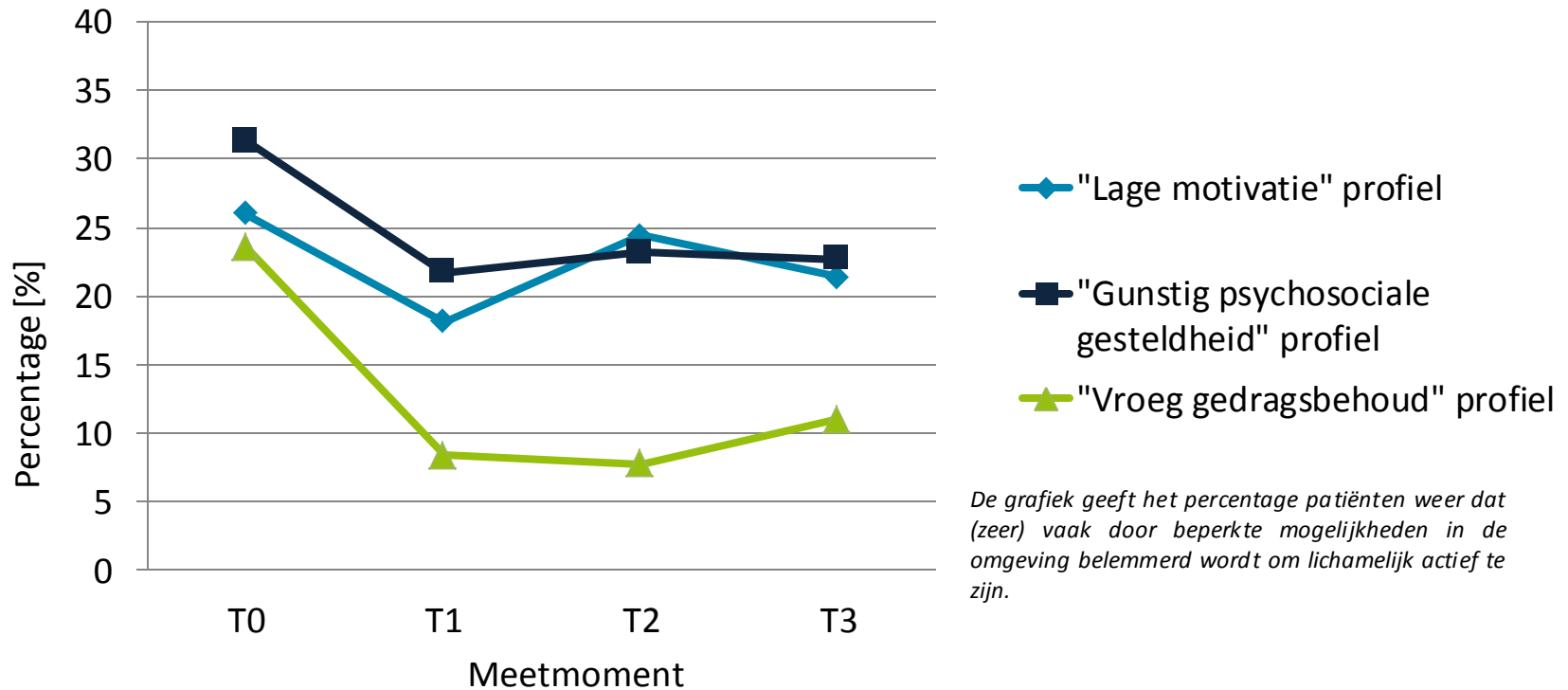
8.5.3 Omgevingsfactoren: vervoersproblemen (2)



Vervoersproblemen

Bovenstaande grafiek laat zien dat patiënten in het 'Lage motivatie' profiel op alle meetmomenten vaker vervoersproblemen als belemmerende factor rapporteren in vergelijking met patiënten in het 'Gunstig psychosociale gesteldheid' profiel en het 'Vroeg gedragsbehoud' profiel (T3: 18% versus 9-10%).

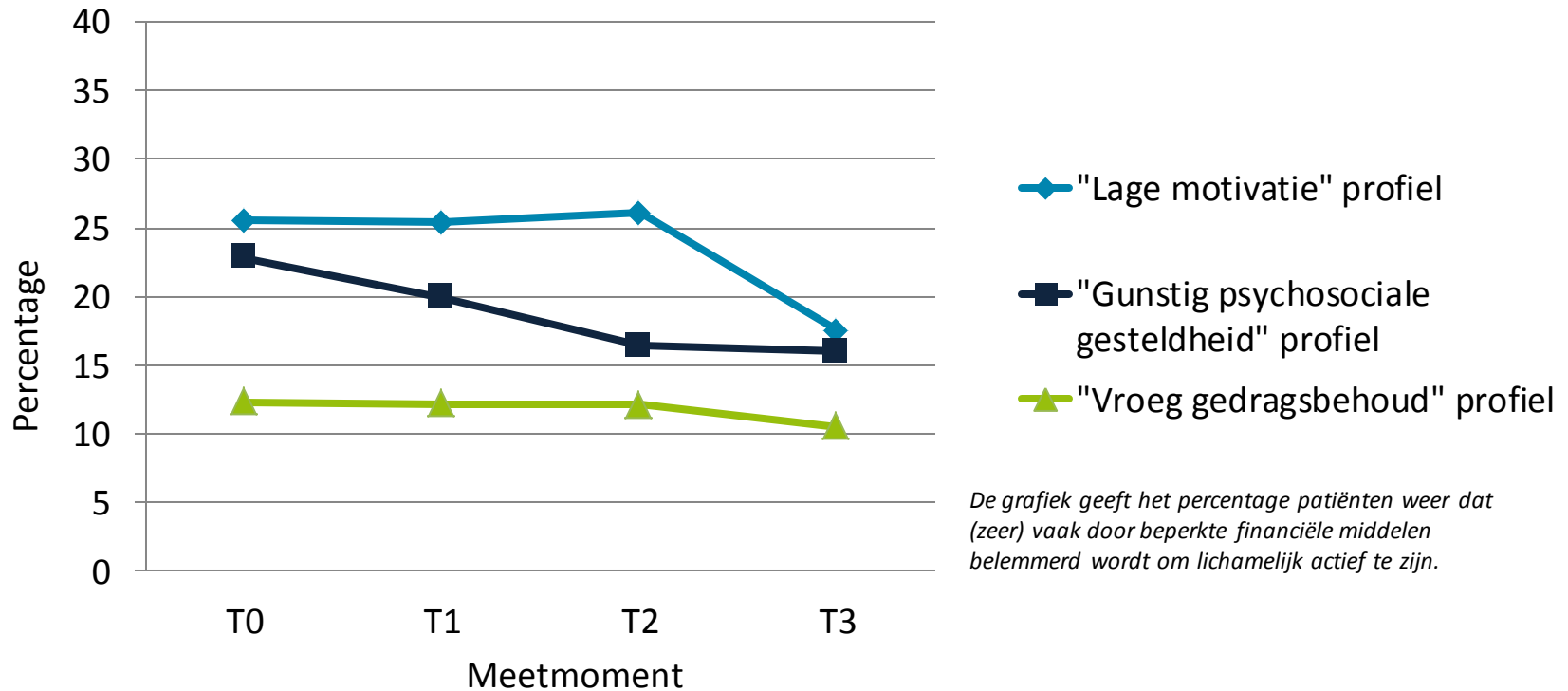
8.5.3 Omgevingsfactoren: mogelijkheden in omgeving (4)



Beperkte mogelijkheden in de omgeving

Bovenstaande figuur laat vooral verschillen in het aantal patiënten dat zich belemmerd voelt door beperkte mogelijkheden in de omgeving tussen het 'Lage motivatie' profiel en het 'Gunstig psychosociale gesteldheid' profiel aan de ene kant, en het 'Vroeg gedragsbehoud' profiel aan de andere kant. Een veel lager percentage patiënten in het 'Vroeg gedragsbehoud' profiel voelt zich belemmerd door beperkte mogelijkheden in de omgeving. Opvallend is dat de percentages na afloop van de revalidatie voor alle profielen vrij stabiel blijven (respectievelijk 18%, 22% en 8% direct na afloop van de revalidatiebehandeling).

8.5.3 Omgevingsfactoren: financiën (5)



Beperkte financiële middelen

Patiënten in het 'Lage motivatie' profiel voelen zich gedurende de follow-up metingen (T1-T3) het vaakst financieel beperkt om lichamelijk actief te zijn, gevolgd door patiënten in het 'Gunstig psychosociale gesteldheid' profiel en het 'Vroeg gedragsbehoud' profiel. Het percentage patiënten in dit laatste profiel blijft vrij stabiel gedurende de follow-up terwijl de percentages van de overige profielen een (lichte) daling over de tijd laten zien. Opvallend hierbij is de daling tussen T2-T3 voor patiënten in het 'Lage motivatie' profiel (27% naar 18%).

Hoofdstuk 9

Samenvatting

Trajecten van het beweeggedrag (hoofdstuk 3)

Op basis van de latent class growth modellen zijn zes verschillende beweegtrajecten geïdentificeerd: twee grote trajecten die gekenmerkt worden door een redelijk stabiel beweeggedrag over de tijd en vier kleine trajecten die een fluctuerend beweeggedrag over de tijd laten zien. In hoofdstuk 3 zijn de twee grote beweegtrajecten met elkaar vergeleken: het 'Actieve' traject (N=235) en het 'Semi-actieve' traject (N=959).

De resultaten laten zien dat het sport- en beweeggedrag tussen deze twee trajecten (deels) logischerwijs verschilt. Patiënten in het 'Actieve' traject zijn op alle meetmomenten gemiddeld meer minuten per week lichamelijk actief in vergelijking met patiënten in het 'Semi-actieve' traject. Dit geldt zowel voor de totale aantal minuten lichamelijk activiteit als voor de licht, matig en zwaar intensieve activiteiten. De verschillen in het beweeggedrag tussen het 'Actieve' en 'Semi-actieve' traject zijn het grootste in de periode na revalidatie (T3: gemiddeld 2768 versus 688 minuten per week lichamelijke activiteit). Daarnaast is het percentage patiënten dat voldoet aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen (T3: 75% versus 49%) en dat voor zichzelf sport het hoogste in het 'Actieve' traject (T3: 77% versus 55%).

Qua persoonskenmerken verschillen de trajecten in geslacht, leeftijd en opleidingsniveau. Patiënten in het 'Semi-actieve' traject zijn relatief vaker vrouw, hebben een gemiddeld hogere leeftijd en een lager opleidingsniveau in vergelijking met het 'Actieve' traject.

Daarnaast valt het op dat patiënten in het 'Semi-actieve' traject vaker belemmeringen ervaren om lichamelijk actief te zijn dan patiënten in het 'Actieve' traject. Het gaat hierbij met name om belemmeringen door de aandoening/ziekte, beperkte mogelijkheden in de omgeving, onvoldoende financiële middelen en vervoersproblemen. Ook ervaren patiënten in het 'Semi-actieve' traject vaker persoonlijke belemmeringen dan belemmeringen vanuit de omgeving. Opvallend is dat er minimale verschillen zijn gevonden in psychosociale factoren, zoals fase van gedragsverandering, eigen-effectiviteit en motivatie ten aanzien van lichamelijke activiteit. Wel zijn er verschillen tussen de trajecten gevonden in de gezondheidsfactoren. Patiënten in het 'Actieve' traject ervaren over het algemeen op alle meetmomenten een hogere gezondheidsbeleving, minder pijn, minder vermoeidheidsklachten en zijn zich minder bewust van hun energieverdeling over de dag dan patiënten in het 'Semi-actieve' traject.

Samenvatting

Trajecten van gezondheidsbeleving (hoofdstuk 4)

Op basis van de latent class growth modellen zijn vier verschillende gezondheidstrajecten geïdentificeerd: twee grote trajecten die gekenmerkt worden door een redelijk stabiele gezondheidsbeleving over de tijd en twee kleine trajecten die een fluctuerende gezondheidsbeleving over de tijd laten zien. In hoofdstuk 4 zijn de twee grote trajecten van gezondheidsbeleving met elkaar vergeleken: het 'Hoge gezondheidsbeleving' traject (N=489) en het 'Lage gezondheidsbeleving' traject (N=656). Patiënten in het 'Lage gezondheidsbeleving' traject scoren op alle meetmomenten relatief laag op de vragenlijst over hun gezondheidsbeleving. Dit houdt in dat de ervaren gezondheidsproblemen het functioneren in het dagelijks leven beïnvloeden.

De resultaten laten zien dat (het beloop van) het sport- en beweeggedrag tussen de twee gezondheidstrajecten verschilt. Patiënten in het 'Hoge gezondheidsbeleving' traject zijn op alle meetmomenten gemiddeld meer minuten per week lichamelijk actief in vergelijking met patiënten in het 'Lage gezondheidsbeleving' traject. Dit geldt zowel voor het totale aantal minuten lichamelijk activiteit als voor de licht, matig en zwaar intensieve activiteiten. Daarnaast is het percentage patiënten dat voldoet aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen (T3: 69% versus 51%) en dat voor zichzelf sport het hoogste in het 'Hoge gezondheidsbeleving' traject (T3: 69% versus 55%).

Qua persoonskenmerken verschillen de trajecten in geslacht, Body Mass Index, leeftijd, opleidingsniveau en leefstijlfactoren. Zo laten de resultaten zien dat het 'Hoge gezondheidsbeleving' traject relatief meer mannen heeft, ouder is, een lagere Body Mass Index heeft, hoger opgeleid is, minder rookt en meer alcohol consumeert in vergelijking met het 'Lage gezondheidsbeleving' traject.

Daarnaast zijn enkele verschillen gevonden in factoren gerelateerd aan de aandoening. In beide trajecten zijn hersenaandoeningen de meest voorkomende aandoening, gevolgd door aandoeningen aan het bewegingsapparaat. Echter bevat het 'Hoge gezondheidsbeleving' traject relatief meer patiënten met aandoeningen aan de organen en het 'Lage gezondheidsbeleving' traject meer patiënten met chronische pijn. Verder hebben patiënten in het 'Hoge gezondheidsbeleving' traject minder co-morbiditeiten, kunnen de aandoening beter accepteren en kunnen beter omgaan met de aandoening in vergelijking met patiënten in het 'Lage gezondheidsbeleving' traject.

Ook zijn er verschillen gevonden in psychosociale factoren tussen de twee trajecten. Patiënten in het 'Hoge gezondheidsbeleving' traject hebben een hogere eigen-effectiviteit en motivatie ten aanzien van lichamelijke activiteit dan patiënten in het 'Lage gezondheidsbeleving' traject. Daarnaast ervaren patiënten in het 'Hoge gezondheidsbeleving' traject minder vermoeidheidsklachten, zijn zich minder bewust van hun energieverdeling over de dag en ervaren minder pijn. Tot slot ervaren patiënten in het 'Lage gezondheidsbeleving' traject vaker belemmeringen vanuit de omgeving om lichamelijk actief te zijn dan patiënten in het 'Hoge gezondheidsbeleving' traject.

Samenvatting

Trajecten van zorgkosten (hoofdstuk 5)

Met behulp van latent class growth modellen zijn op basis van de zorgkosten drie verschillende trajecten geïdentificeerd: een 'Hoog', 'Gemiddeld' en 'Laag' traject. De meeste patiënten (N=478) zijn geclassificeerd in het 'Gemiddeld' zorgtraject, wat gekenmerkt wordt als een licht dalend beloop in totale zorgkosten in de periode na revalidatie (T1-T3). Dit geldt zowel voor de totale zorgkosten, als voor de kosten van eerste- en tweedelijnszorg. Het 'Gemiddelde' zorgtraject bevat het hoogste percentage vrouwen. Het 'Lage' zorgtraject (N=428) kenmerkt zich door eenzelfde beloop in totale-, eerste- en tweedelijnszorgkosten, maar met lagere gemiddelde kosten. De patiënten uit het 'Lage' zorgtraject zijn gemiddeld het jongst en hebben gemiddeld de laagste Body Mass Index. Een relatief kleine groep patiënten (N=296) is geclassificeerd in het 'Hoog' zorgtraject. Dit traject laat weliswaar een steile daling zien in totale zorgkosten na afloop van de revalidatiebehandeling (tussen T0 en T1), maar deze daling zet niet zichtbaar door. De patiënten laten een ander beloop van de eerstelijnszorgkosten zien: een stijging in de kosten tussen T0-T2, gevolgd door een daling in de kosten tussen T2 en T3. Het beloop van de tweedelijnskosten is vergelijkbaar met de andere zorgtrajecten, maar de patiënten in het 'Hoge' traject beginnen op T0 met hogere tweedelijnskosten. Patiënten uit het 'Hoge' zorgtraject zijn gemiddeld het oudst en hebben de hoogste Body Mass Index. Daarnaast valt het op dat voor alle trajecten het aantal contacten met de huisarts relatief stabiel blijft over de tijd.

Wanneer het beweeggedrag van de patiënten binnen elk zorgtraject wordt onderzocht, valt op dat patiënten in het 'Lage' zorgtraject op alle meetmomenten gemiddeld het meest lichamelijk actief zijn, terwijl patiënten uit het 'Hoge' zorgtraject bij de metingen na afloop van de revalidatie het minst lichamelijk actief zijn. Patiënten in het 'Lage' en het 'Gemiddelde' zorgtraject laten een redelijk stabiel tot licht fluctuerend beweegpatroon over de tijd zien. Patiënten in het 'Hoge' zorgtraject laten een daling in het beweeggedrag zien over de tijd.

Tot slot is het percentage patiënten dat aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen voldoet op alle meetmomenten het hoogste in het 'Lage' zorgtraject het hoogst (64-68%). De verschillen tussen de profielen zijn het grootste in de periode na revalidatie (T2 en T3). Op T3 voldoet respectievelijk 65%, 60% en 54% van de patiënten uit het 'Laag', 'Gemiddeld' en 'Hoog' zorgtraject aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen.

Samenhang tussen de beweeg-, gezondheid- en zorgtrajecten (hoofdstuk 6)

In hoofdstuk 6 is de samenhang tussen de drie verschillende trajecten van beweeggedrag, gezondheidsbeleving en zorgkosten in kaart gebracht. Om meer inzicht te krijgen in de samenhang tussen de verschillende geïdentificeerde trajecten, is gekeken naar de overlap in de indelingen van patiënten in de verschillende trajecten.

Samengevat laten resultaten uit hoofdstuk 6 zien dat er een samenhang lijkt te zijn tussen de verschillende trajecten van beweeggedrag, gezondheidsbeleving en zorgkosten. Patiënten in het 'Lage zorgkosten' traject zijn relatief vaker ingedeeld in het 'Actieve beweegtraject' en het traject met een 'Hoge gezondheidsbeleving'.

Samenvatting

Patiëntprofielen op basis van programmakenmerken (hoofdstuk 7)

In hoofdstuk 7 van de rapportage zijn de resultaten gepresenteerd van de profielen die zijn gemaakt aan de hand van de volgende programmakenmerken:

- Aantal mailcontacten tussen patiënt en consulent
- Aantal telefonische contacten tussen patiënt en consulent
- Totale duur van contact tussen patiënt en consulent
- Wel/geen doorverwijzing naar een sport- of beweegactiviteit in de regio

Op basis van deze programmakenmerken, zijn de volgende vier profielen samengesteld:

- 1) Een “licht intensief counseling” profiel, bestaande uit 841 patiënten (48.5%)
- 2) Een “telefonische counseling” profiel, bestaande uit 749 patiënten (43.5%)
- 3) Een “counseling volgens de richtlijn” profiel, bestaande uit 113 patiënten (7%)
- 4) Een “zeer intensief counseling” profiel, bestaande uit 16 patiënten (1%)

De profielen verschillen voornamelijk in het aantal contactmomenten tussen patiënt en consulent en de totale duur van het contact met de consulent.

Er kwamen geen relevante verschillen in het sport- en beweeggedrag tussen de profielen naar voren. Op dezelfde manier zijn ook de persoonskenmerken, psychosociale factoren, gezondheid en de sociale omgeving van patiënten per profiel beschreven (zie ook onderzoeksrapportage Deel II). Ook hierin zijn geen relevante verschillen gevonden tussen de patiëntprofielen.

De resultaten van de huidige en vorige rapportages (deel II en III) geven aan dat geen van de onderzochte kenmerken (bijv. beweeggedrag, fase van gedragsverandering, aandoening) kunnen verklaren waarom sommige patiënten meer intensieve begeleiding hebben ontvangen in vergelijking met andere patiënten.

Patiëntprofielen op basis van patiëntkenmerken (hoofdstuk 8)

In hoofdstuk 8 van de rapportage zijn profielen samengesteld op basis van een aantal patiëntkenmerken gemeten tijdens de revalidatiebehandeling (T0). Profielen zijn gemaakt aan de hand van de volgende kenmerken:

- Fase van gedragsverandering (bijv. voorbereiding, actieve verandering, gedragsbehoud)
- Eigen-effectiviteit (de inschatting van patiënt zelf dat hij/zij het gedrag kan volhouden)
- Motivatie om te bewegen
- Vermoeidheidsklachten
- Ervaren belemmering: aandoening/ziekte (de mate waarin de aandoening/ziekte patiënten belemmert om te sport of bewegen)

Samenvatting

Op basis van deze patiëntkenmerken, zijn de volgende drie profielen samengesteld:

- 1) Een “Lage motivatie” profiel, bestaande uit 204 patiënten (12%)
- 2) Een “Gunstig psychosociaal gesteldheid” profiel, bestaande uit 703 patiënten (43%)
- 3) Een “Vroeg gedragsbehoud” profiel, bestaande uit 730 patiënten (45%)

De profielen verschillen voornamelijk in de fase van gedragsverandering, motivatie en de mate waarin de aandoening of ziekte als een belemmering wordt ervaren om regelmatig te bewegen.

Vervolgens is per profiel beschreven op welke manier patiënten zijn begeleid in het kader van het programma Revalidatie, Sport en Bewegen (programmakenmerken). De resultaten laten geen relevante verschillen zien in de ontvangen begeleiding tussen de profielen.

Wel laten de resultaten aanzienlijke verschillen in het beweeggedrag tussen de patiëntprofielen zien. Zo zijn patiënten uit het ‘Vroeg gedragsbehoud’ profiel op alle meetmomenten (T0 t/m T3) gemiddeld het meest lichamelijk actief wanneer we kijken naar het totaal aantal minuten licht, matig en zwaar intensieve activiteiten. Zij hebben ook een relatief stabiel beweeggedrag over de tijd. Patiënten in het ‘Lage motivatie’ profiel, daarentegen, laten een meer fluctuerend beweeggedrag over de tijd zien. Patiënten in het ‘Gunstig psychosociale gesteldheid’ profiel zijn gemiddeld het minst lichamelijk actief.

Daarnaast is het percentage patiënten dat aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen voldoet op alle meetmomenten hoger in het ‘Vroeg gedragsbehoud’ profiel (62% – 67%) ten opzichte van patiënten in het ‘Lage motivatie’ profiel (47% - 56%) en het ‘Gunstig psychosociale gesteldheid’ profiel (48% - 53%).

Een vergelijkbaar resultaat is te zien in het beloop van het sportgedrag. Ook het percentage patiënten dat sport voor zichzelf is op alle meetmomenten in het ‘Vroeg gedragsbehoud’ profiel (64% - 72%) hoger dan in het ‘Lage motivatie’ profiel (46% - 54%) en het ‘Gunstig psychosociale gesteldheid’ profiel (48% - 57%). In alle drie profielen is het beloop van het sportgedrag gelijk: een toename tussen T0 en T1 en daarna stabiliserend.

Verder is het sportgedrag tijdens de revalidatiebehandeling in kaart gebracht. Hierbij valt op dat patiënten in het ‘Vroeg gedragsbehoud’ profiel gemiddeld meer uur per week hebben gesport als onderdeel van hun behandeling in vergelijking met patiënten uit de andere twee profielen (3.3 versus ± 2.7 uur per week).

Ook in de voorgeschiedenis van lichamelijke activiteit zijn verschillen tussen de profielen waar te nemen. Het percentage patiënten dat in het verleden regelmatig lichamelijk actief was, ligt beduidend hoger in het ‘Gunstig psychosociale gesteldheid’ profiel en het ‘Vroeg gedragsbehoud’ profiel ten opzichte van patiënten in het ‘Lage motivatie’ profiel (64-69% versus 39%).

Samenvatting

Daarnaast verschillen de profielen ook in een aantal algemene persoonskenmerken. Zo is het percentage vrouwen het laagste in het 'Vroeg gedragsbehoud' profiel (48% versus 53-58% in de andere profielen). Ook hebben patiënten in het 'Vroeg gedragsbehoud' en het 'Gunstig psychosociale gesteldheid' profiel vaker een hoog opleidingsniveau (HBO/WO) in vergelijking met patiënten uit het 'Lage motivatie' profiel.

Verder zijn er verschillen tussen de profielen waar te nemen in de psychosociale gesteldheid van patiënten over de tijd. Patiënten in het 'Vroeg gedragsbehoud' profiel hebben gemiddeld op alle meetmomenten een hogere waarde van eigen-effectiviteit in vergelijking met de andere twee patiëntprofielen. Omgekeerd hebben patiënten in het 'Lage motivatie' profiel een lagere motivatie om regelmatig te bewegen in vergelijking met patiënten uit de andere twee profielen. Vergelijkbare resultaten zijn gevonden voor de fase van gedragsverandering, waarbij op alle meetmomenten het percentage patiënten dat zich in de fase van 'gedragsbehoud' bevindt, het hoogste is in het 'Vroeg gedragsbehoud' profiel. Verder valt het op dat in alle drie de profielen het percentage patiënten dat zich in de fase van 'gedragsbehoud' bevindt toeneemt over de tijd.

Daarnaast valt het op dat patiënten in het 'Gunstig psychosociale gesteldheid' profiel tijdens revalidatie (T0) vaker aangeven dat hun aandoening of ziekte hen belemmert om lichamelijk actief te zijn. Positief is dat dit percentage direct na revalidatie sterk afneemt. In alle drie profielen is het percentage patiënten dat vaak belemmerd wordt door hun aandoening/ziekte om lichamelijk actief te zijn na revalidatie redelijk stabiel over de tijd.

Verder valt het op dat de redenen om te bewegen verschillend zijn tussen de drie patiëntprofielen. De top 3 van meest genoemde redenen om te bewegen voor patiënten in het 'Gunstig psychosociale gesteldheid' profiel en het 'Vroeg gedragsbehoud' profiel is:

- 1) Gezondheid verbeteren/fit voelen
- 2) Plezier/ontspanning
- 3) Voorkomen van complicaties of terugval.

De top 3 van redenen om te bewegen voor patiënten in het 'Lage motivatie' profiel is:

- 1) Op advies van een medisch specialist of therapeut
- 2) Voorkomen van complicaties of terugval
- 3) Gezondheid verbeteren/ fit voelen.

Het valt dus op dat patiënten in het 'Lage motivatie' profiel minder vaak 'plezier/ontspanning' als reden hebben om te bewegen in vergelijking met de patiënten uit de andere twee profielen. Daarnaast lijken patiënten in het 'Lage motivatie' profiel meer belang te hechten aan het advies een (para)medicus.

Tot slot ervaren patiënten in het 'Lage motivatie' en het 'Gunstig psychosociale gesteldheid' project vaker belemmeringen vanuit de omgeving om lichamelijk actief te zijn dan patiënten in het 'Vroeg gedragsbehoud' profiel. Patiënten in het 'Lage motivatie' profiel ervaren beduidend vaker vervoersproblemen en financiële middelen als een belemmering om lichamelijk actief te zijn. Beperkte mogelijkheden om te bewegen in de omgeving wordt door patiënten in het 'Lage motivatie' en het 'Gunstig psychosociale gesteld' profiel vaker genoemd als een belemmering om lichamelijk actief te zijn.

Hoofdstuk 10

Algemene conclusie

Deze rapportage toont aan dat de meerderheid van de patiënten een relatief stabiel beweeggedrag heeft in de periode na revalidatie. Wel is er een grote variatie tussen patiënten te zien in het beweeggedrag tijdens de revalidatie en het beloop na afloop. Deze variatie kan ten dele verklaard worden door patiënt-gerelateerde kenmerken, zoals de psychosociale gesteldheid tijdens revalidatie (o.a. motivatie, fase van gedragsverandering, eigen-effectiviteit), sociaaleconomische status, beweegverleden, vermoeidheidsklachten en gezondheidsfactoren (o.a. aandoening, pijn). Opvallend is de bevinding dat diagnose-specifieke kenmerken geen rol lijken te spelen, wat een diagnose-overstijgende aanpak onderschrijft. Deze rapportage biedt eerste, waardevolle aanknopingspunten voor het leveren van zorg op maat en voor verdere optimalisatie van het programma Revalidatie, Sport en Bewegen.

Verder laat deze rapportage een samenhang zien tussen het beweeggedrag, gezondheidsbeleving en zorgkosten, waarbij patiënten die meer bewegen over het algemeen ook een hogere gezondheidsbeleving ervaren en lagere zorgkosten hebben dan patiënten die minder bewegen. De bevindingen van deze rapportage geven daarmee aan dat het stimuleren van bewegen en sport tijdens, maar vooral ook na revalidatie, veelbelovende resultaten op de korte- en lange termijn zou kunnen opleveren, zowel voor de patiënt (verbetering van gezondheidsbeleving) als voor de maatschappij (lagere zorgkosten).

Hoofdstuk 10

Belangrijkste bevindingen

- Op basis van het beloop van het beweeggedrag, gezondheidsbeleving en zorgkosten kunnen patiënten in verschillende groepen worden ingedeeld:
 - Beweeggedrag: actief, semi-actief of dynamisch
 - Gezondheidsbeleving: hoog, laag of dynamisch
 - Zorgkosten: hoog, gemiddeld of laag
- De meeste patiënten hebben een stabiel beloop van hun beweeggedrag (actief of semi-actief), gezondheidsbeleving (hoog of laag) en zorgkosten (hoog, gemiddeld of laag) in de periode na revalidatie (van 14 tot 52 weken na ontslag)
- In de periode direct na ontslag (tot 14 weken na ontslag), daarentegen, is grote variatie te zien in het beloop van het beweeggedrag en zorgkosten
- De variatie in het beloop van het beweeggedrag direct na revalidatie onderschrijft het belang om patiënten te begeleiden in het ontwikkelen én behouden van een actieve leefstijl in de thuissituatie
- Rekening houden met kenmerken van patiënten tijdens de revalidatie kunnen helpen om de duur, intensiteit en vorm van de begeleiding na revalidatie te bepalen ('counseling op maat')

11.1 Aandachtspunten voor de praktijk

Counseling op maat

Op basis van verschillende patiëntkenmerken (somatisch en psychosociaal) tijdens de revalidatie zijn drie patiëntprofielen geconstrueerd (zie hoofdstuk 8):

- 'Lage motivatie' profiel
Patiënten in dit profiel kenmerken zich door een lage fase van gedragsverandering en een lage motivatie ten aanzien van bewegen.
- 'Gunstig psychosociale gesteldheid' profiel
Patiënten in dit profiel kenmerken zich door een relatief hoge motivatie en hoge fase gedragsverandering ten aanzien van bewegen, maar worden vaak beperkt door hun aandoening om lichamelijk actief te zijn. In andere woorden: *"Ik wil wel sporten en bewegen, maar het lukt niet"*.
- 'Vroeg gedragsbehoud' profiel
Patiënten in dit profiel kenmerken zich door een relatief hoge motivatie en hoge fase van gedragsverandering ten aanzien van bewegen.

De profielen zijn sterk gerelateerd aan het beweeg- en sportgedrag van patiënten tijdens en na revalidatiebehandeling: patiënten in het 'Vroeg gedragsbehoud' profiel bewegen en sporten zowel tijdens als na revalidatie meer in vergelijking met patiënten in het 'Lage motivatie' en het 'Gunstig psychosociale gesteldheid' profiel. Deze diagnose-overstijgende profielen geven aanknopingspunten om de counseling meer op maat aan te bieden:

- "Lage motivatie" profiel
Patiënten in dit profiel zouden mogelijk baat kunnen hebben bij een meer intensieve vorm van begeleiding bestaande uit meer counselingmomenten (4 of meer) die over een langere periode doorlopen met een sterke focus op het stimuleren van een gedragsverandering. In de begeleiding van deze groep patiënten dient ook specifiek aandacht te zijn voor ervaren belemmeringen in de omgeving, zoals financiën, vervoersproblemen en beweegmogelijkheden. Daarnaast hebben deze patiënten mogelijk ook baat bij wanneer hun behandelend arts en therapeut 'bewegen als medicijn' voorschrijven.
- "Gunstig psychosociale gesteldheid" profiel
Bij de begeleiding van patiënten in dit profiel kunnen de huidige richtlijnen van het programma Revalidatie, Sport en Bewegen aangehouden worden. Wel dient er in de begeleiding van deze patiënten na revalidatie ook specifiek aandacht te zijn voor bewegen en sporten met hun aandoening of beperkingen eventueel gerelateerde vermoeidheidsklachten.
- "Vroeg gedragsbehoud" profiel
De begeleiding van patiënten in dit profiel zou na revalidatie mogelijk op een minder intensieve wijze (bijv. 1-3 contactmomenten) en/of efficiënter (bijv. een e-mail in plaats van telefoongesprek) vorm gegeven kunnen worden.

11.1 Aandachtspunten voor de praktijk

Consulenten zouden tijdens het adviesgesprek kunnen bepalen in welk profiel hun patiënt mogelijk behoort. Consulenten dienen dan specifiek inzicht te hebben in de fase van gedragsverandering, motivatie, vermoeidheidsklachten en de mate waarin patiënten worden beperkt door hun aandoening. Op basis van die informatie zouden consulenten op een wetenschappelijk gefundeerde wijze de intensiteit, vorm en duur van het counselingstraject kunnen bepalen. Op deze manier kan bij het bevorderen van een actieve leefstijl concreet invulling gegeven worden aan het leveren van 'zorg op maat'.

Aandacht voor pacing en vermoeidheidsklachten

Pacing gedrag is de mate waarin en de manier waarop patiënten hun energie en dagelijkse activiteiten verdelen over de dag. Binnen het pacing gedrag kunnen twee gedragingen worden onderscheiden:

- 1) patiënten die snel (te) veel activiteiten doen en daarbij weinig bewust zijn van hun energieverdeling over de dag (overactiviteit)
- 2) patiënten die heel bewust zijn van hun energie- en activiteitenverdeling over de dag (overbewustzijn). Vooral bij patiënten die (veel) vermoeidheidsklachten ervaren, zou een passend pacing gedrag kunnen helpen bij het uitvoeren van hun dagelijkse activiteiten én het ontwikkelen en behouden van een actieve leefstijl.

De resultaten van deze rapportage laten een samenhang zien tussen het beweeggedrag, gezondheidsbeleving, vermoeidheidsklachten en het pacing gedrag van patiënten in de periode na revalidatie. Zo hebben patiënten in het 'Actieve beweegtraject' een hogere gezondheidsbeleving, ervaren minder vermoeidheidsklachten dan patiënten in het 'Semi-actieve traject'. Daarnaast lijken patiënten uit het 'Actieve beweegtraject' minder bewust te zijn van hun energieverdeling over de dag. Omgekeerd, lijken patiënten uit het 'Semi-actieve beweegtraject' traject meer bewust te zijn van het verdelen van hun activiteiten en energie over de dag.

Hoewel het nog onbekend is wat de beste pacing strategie is voor verschillende groepen patiënten, lijkt het van belang dat consulenten in het begeleidingstraject ook aandacht besteden aan eventuele vermoeidheidsklachten en het pacing gedrag van hun patiënten om zo een actieve leefstijl te bevorderen en de gezondheidsbeleving te verbeteren. Hierbij lijkt het met name wenselijk dat patiënten begeleid worden in het vinden van de juiste balans in de ervaren vermoeidheidsklachten en beperkte beschikbare energie voor dagelijkse activiteiten aan de ene kant en het behoud van een actieve leefstijl aan de andere kant.

11.1 Aandachtspunten voor praktijk

Van Sportloket naar Leefstijlloket?

De resultaten van deze rapportage laten het belang zien om patiënten tijdens en na revalidatie te begeleiden in het ontwikkelen en behouden van een actieve leefstijl. Een gezonde leefstijl is echter niet alleen afhankelijk van het beweeggedrag. Ook het voedingspatroon, rookgedrag en alcoholgebruik zijn belangrijke gezondheidsfactoren. In de toekomst zouden de mogelijkheden geïnventariseerd kunnen worden voor het opzetten van een “Leefstijlloket”, waarbij patiënten begeleid worden in het ontwikkelen van een gezonde leefstijl. Binnen dit ‘Leefstijlloket’ zou zowel aandacht moeten zijn voor onder andere het beweeggedrag, voedingspatroon, rookgedrag en alcoholgebruik van patiënten. Het gebruik van Motivational Interviewing wordt hierbij sterk aangeraden. Daarbij is een samenwerking met diëtisten, voedingsdeskundigen en algemene leefstijlcoaches cruciaal. Een dergelijke brede aanpak heeft de potentie om nog effectiever te zijn om de gezondheidsbeleving en participatie van patiënten na revalidatie verder te verbeteren.

11.2 Aandachtspunten voor beleid

Aandacht voor preventie

Deze eindrapportage onderstreept het belang van het stimuleren van een actieve leefstijl tijdens en na afloop van de revalidatiebehandeling. Tevens laat deze rapportage de samenhang tussen het beweeggedrag, zorgkosten en gezondheidsbeleving van mensen met een beperking of chronische aandoening zien. In deze context kan het belang van het investeren in preventie genoemd worden. Aandacht voor bevordering van een actieve leefstijl zou (meer) aandacht kunnen krijgen in het ontwikkelen van (integraal) gezondheids(zorg)beleid; zowel op landelijk (o.a. ministeries) als regionaal niveau (o.a. provincies, gemeenten en revalidatie-instellingen).

11.2 Aandachtspunten voor onderzoek

Participatie in de samenleving en verzuim; indirecte kosten

Deze rapportage richt zich voornamelijk op de directe zorgkosten, zoals bijvoorbeeld bezoeken aan de huisarts, fysiotherapeut of polikliniekconsulten. Indirecte kosten, oftewel kosten die gepaard gaan met verzuim of verminderde participatie in de samenleving zijn in de huidige rapportage buiten beschouwing gelaten. Inzicht in deze indirecte kosten gedurende en na afloop van de revalidatiebehandeling zijn ook van belang om vanuit een maatschappelijk perspectief het beloop van de (zorg)kosten in kaart te brengen. Informatie over verminderde participatie in de samenleving is ook verzameld in de ReSpAct-studie en daarmee beschikbaar voor nader onderzoek. Het wordt dan ook sterk aangeraden om in de toekomst verdere analyses uit te voeren om meer inzicht te krijgen in de maatschappelijke kosten tijdens en in de periode na revalidatie.

Zittend gedrag

Deze rapportage heeft het beweeggedrag uitgebreid uiteengezet; zowel de duur als de intensiteit van het beweeggedrag is tot in detail beschreven. De laatste jaren is ook veel aandacht voor zittend gedrag; dit gedrag lijkt een additioneel gezondheidsrisico te vormen. Inzicht in de gevolgen van zittend gedrag bij patiënten met een lichamelijke beperking of chronische aandoening is nog maar beperkt beschikbaar. Daarbij is nog weinig bekend over het beloop van het zittend gedrag tijdens en na revalidatie. Binnen de ReSpAct-studie is ook data verzameld over het zittend gedrag van de deelnemende patiënten. Het wordt dan ook aangeraden om in toekomstig onderzoek aandacht te besteden aan verdere analyses van deze data en daarmee inzicht te krijgen in het beloop van het zittend gedrag tijdens en na revalidatie van patiënten met een lichamelijke beperking en/of chronische aandoening.

Zorg op maat (counseling op maat)

Zorg op maat is een veelbelovend thema in de bevordering en behoud van een actieve leefstijl na revalidatie. Hier kan de patiënt zelf een belangrijke sleutelrol in vervullen. Deze rapportage geeft al gerichte aanknopingspunten om de counseling meer op maat aan te bieden op basis van de geconstrueerde patiëntprofielen. Toekomstig (ReSpAct) onderzoek is nodig om de praktische toepasbaarheid van deze patiëntprofielen verder te onderzoeken. Specifiek dient hierbij aandacht besteed te worden aan de toepassing van m-/e-health technieken bij het aanbieden van de counseling op maat.

11.2 Aandachtspunten voor onderzoek

Lange termijn

Hoewel deze rapportage veelbelovende resultaten laat zien betreffende het beloop van het beweeggedrag tot één jaar na de revalidatiebehandeling, is behoud van een actieve leefstijl op een langere termijn (>5 jaar) essentieel. Om inzicht te krijgen of de actieve leefstijl van patiënten, zoals hier tijdens en na de revalidatiebehandeling aan gewerkt is, daadwerkelijk blijvend is op de langere termijn, is een vervolgstudie noodzakelijk waarin de deelnemende patiënten langer gevolgd worden. Een extra follow-up meting (bijv. 5 jaar na ontslag) zal inzicht kunnen geven in het beweeggedrag, gezondheidsbeleving en zorggebruik op de lange termijn.

Internationalisering

In vergelijking met andere westerse landen, loopt Nederland voorop in het integreren van sport en bewegen in de revalidatie. Daarnaast heeft Nederlandse revalidatiezorg al een relatief lange geschiedenis van diverse landelijke projecten die gericht waren op het bevorderen van sport en bewegen tijdens en na revalidatie. De Nederlandse revalidatiezorg zou daarom een voorbeeld kunnen zijn voor vele andere landen. In de toekomst zou onderzocht kunnen worden in hoeverre het programma Revalidatie, Sport en Bewegen – in aangepaste vorm - in andere landen uitgerold kan worden om op die manier nog meer mensen met een beperking of chronische aandoening te begeleiden in het ontwikkelen én behouden van een actieve leefstijl na revalidatie.

Referenties

1. Van den Berg-Emons, R.J., Bussmann, J.B. and Stam, H.J. Accelerometry-based activity spectrum in persons with chronic physical conditions. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 2010. 91(12): p. 1856-1861.
2. Rosenberg, D.E., et al., Physical activity among persons aging with mobility disabilities: shaping a research agenda. *Journal of aging research*, 2011.
3. Manns, P.J., et al., Addressing the nonexercise part of the activity continuum: a more realistic and achievable approach to activity programming for adults with mobility disability? *Physical Therapy*, 2012. 92(4): p. 614-625.
4. Dunstan, D.W., et al., Television viewing time and mortality: the Australian Diabetes, Obesity and Lifestyle Study (AusDiab). *Circulation*, 2010. 121(3): p. 384-391.
5. Owen, N., et al., Too much sitting: the population health science of sedentary behavior. *Exercise and sport sciences reviews*, 2010. 38(3): p. 105-113.
6. Wijndaele, K., et al., Television viewing time independently predicts all-cause and cardiovascular mortality: the EPIC Norfolk study. *International journal of epidemiology*, 2011. 40(1): p. 150-159.
7. Rimmer, J.H., Schiller, W. and Chen, M.D. Effects of disability-associated low energy expenditure deconditioning syndrome. *Exercise and sport sciences reviews*, 2012. 40(1): p. 22-29.
8. Oldridge, N.B., Economic burden of physical inactivity: healthcare costs associated with cardiovascular disease. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil*, 2008. 15(2): p. 130-9.
9. Van Baal, P.H.M., Heijink, R., Hoogenveen, R.T., Polder J.J., *Zorgkosten van ongezonder gedrag*, in *Zorg voor euro's - 32006*, RIVM rapport: Bilthoven.
10. Van der Ploeg, H.P., Promoting physical activity in the rehabilitation setting, 2005, VU University Amsterdam.
11. Schijvens L, Alingh, R.A., Duijf, M., Hoekstra, F., Leutscher, H.: *Handboek Revalidatie, Sport en Bewegen*. Tweede druk. Bunnik: Stichting Onbeperkt Sportief; 2014
12. Hoekstra F. Monitor Rapportage Revalidatie, Sport en Bewegen: structureel een actieve leefstijl voor revalidanten; eindrapportage. Onderzoeksgroep ReSpAct; 2016
13. Van der Ploeg, H.P., et al., Physical activity for people with a disability: a conceptual model. *Sports medicine*, 2004. 34(10): p. 639-649.
14. World Report on Disability, 2011, World Health Organization: Malta.
15. De Vries, H., Dijkstra, M., Kuhlman, P., Self-efficacy: the third factor besides attitude and subjective norm as a predictor of behavioural intentions. *Health Education Research*, 1988. 3: p. 273-282.
16. Prochaska, J.O. and DiClemente, C.C. Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *Journal of consulting and clinical psychology*, 1983. 51(3): p. 390-395.
17. Bouchard, C., Shephard, R.J., Physical activity, fitness and health: International proceedings and consensus statement 1994, Champaign, IL: Human Kinetics Publishers. 1055.

Referenties

18. Bouchard, C., Blair, S.N., Haskell, W.L., Physical Activity and Health, second edition 2012, Champaign, IL: Human Kinetics.
19. Hoekstra F, Alingh RA, van der Schans CP, Hettinga FJ, Duijf M, Dekker R, van der Woude L. Design of a process evaluation of the implementation of a physical activity and sports stimulation programme in Dutch rehabilitation setting: ReSpAct. *Implement Sci* 2014;9:127
20. Alingh RA, Hoekstra F, van der Schans CP, Hettinga FJ, Dekker R, van der Woude LH. Protocol of a longitudinal cohort study on physical activity behaviour in physically disabled patients participating in a rehabilitation counselling programme: ReSpAct. *BMJ Open* 2015;5
21. Hoekstra F., Hoekstra T. Onderzoeksrapportage ReSpAct Deel I. Onderzoeksgroep ReSpAct; 2016
22. Wendel-Vos, G.C., et al., Reproducibility and relative validity of the short questionnaire to assess health-enhancing physical activity. *J Clin Epidemiol*, 2003. 56(12): p. 1163-9.
23. Marcus, B.H., et al., Self-efficacy and the stages of exercise behavior change. *Research quarterly for exercise and sport*, 1992. 63(1): p. 60-66.
24. WUR/NISB. Eigen effectiviteit en zelfregulatie ten aanzien van sport en bewegen. [cited 2012 January 25].
25. Biddle, S., Goudas, M. and Page, A. Social-psychological predictors of self-reported actual and intended physical activity in a university workforce sample. *Br J Sports Med*, 1994. 28(3): p. 160-3.
26. Martilla, J., Nupponen, R., Assessing attitude: The case of health-enhancing physical activity. *Scand J Public Health*, 2006. 34: p. 168-174.
27. Markland, D., Tobin, V., A modification to the behavioural regulation in exercise questionnaire to include an assessment of amotivation. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 2004. 26: p. 191-196.
28. Sallis, J.F., et al., Potential mediators of change in a physical activity promotion course for university students: Project GRAD. *Annals of Behavioral Medicine : A Publication of the Society of Behavioral Medicine*, 1999. 21(2): p. 149-158.
29. Sallis, J.F., et al., A multivariate study of determinants of vigorous exercise in a community sample. *Prev Med*, 1989. 18(1): p. 20-34.
30. Krupp, L.B., et al., The fatigue severity scale. Application to patients with multiple sclerosis and systemic lupus erythematosus. *Arch Neurol*, 1989. 46(10): p. 1121-3.
31. Fleurke, A.M., Goossen, W.T.F., Hoijsink, E.J., Van der Kooij, J., Vlastuin, M., Fatigue Severity Scale (FSS), 2004.
32. Ware, J., Kosinski, M. and Keller, S.D. A 12-Item Short-Form Health Survey: construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Med Care*, 1996. 34(3): p. 220-33.
33. Van der Zee, K.I., Sanderman, R., Het meten van de algemene gezondheidstoestand met de RAND-36, een handleiding. Tweede herziene druk., 2012: UMCG/Rijksuniversiteit Groningen, Research Institute SHARE, Groningen.
34. Sallis, J.F., Grossman, R.M., Pinski, R.P., Patterson, T.L., Nader, P.R., The development of scales to measure social support for diet and exercise behaviors. *Preventive Medicine*, 1987. 16: p. 825-836.
35. Papandonatos, G.D., et al., Mediators of physical activity behavior change: findings from a 12-month randomized controlled trial. *Health Psychol*, 2012. 31(4): p. 512-20.

Referenties

36. Ware, J., Kosinski, M. and Keller, S.D. A 12-Item Short-Form Health Survey: construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Med Care*, 1996. 34(3): p. 220-33.
37. Hays, R.D., Sherbourne, C.D. and Mazel, R.M. The RAND 36-Item Health Survey 1.0. *Health Econ*, 1993. 2(3): p. 217-27.
38. Van der Zee, K.I., Sanderma, R., Het meten van de algemene gezondheidstoestand met de RAND-36, een handleiding. Tweede herziene druk., 2012: UMCG/Rijksuniversiteit Groningen, Research Institute SHARE, Groningen.
39. Bouwmans, C., Hakkaart-van Rooijen, L., Koopmanschap, M., Krol, M., Severens, H., Brouwer, W., Handleiding iMTA Medical Cost Questionnaire (iMCQ), 2013: Rotterdam: iMTA, Erasmus Universiteit
40. Hoekstra, T. Applied latent class models for epidemiology. 2013. PhD thesis Vrije Universiteit Amsterdam
41. Martin Ginis et al A systematic review of review articles addressing factors related to physical activity participation among children and adults with physical disabilities. *Health Psychology Review*. 2016 10 (4): p. 478-494

ReSpAct: Revalidatie, Sport en Actieve Leefstijl

Onderzoeksrapportage Deel III



ReSpAct:

Revalidatie, Sport en Actieve Leefstijl

Onderzoeksrapportage Deel III



www.respect.nl



www.shnederland.nl/rsb