

ReSpAct: Revalidatie, Sport en Actieve Leefstijl

Samenvatting van de onderzoeksrapportage Deel III



In opdracht van Revalidatie, Sport en Bewegen

Femke Hoekstra en Trynke Hoekstra
Onderzoeksgroep ReSpAct

Groningen, September 2017

Samenvatting “Onderzoeksrapportage ReSpAct Deel III”

Femke Hoekstra, Trynke Hoekstra

Inleiding

Het programma Revalidatie, Sport en Bewegen

Het doel van het programma Revalidatie, Sport en Bewegen is het stimuleren van een actieve leefstijl tijdens en na revalidatie bij mensen met een lichamelijke beperking en/of chronische ziekte. Patiënten worden vanaf het begin van de revalidatiebehandeling gestimuleerd om sport en bewegen tot een vast en blijvend onderdeel van hun dagelijkse leven te maken. Patiënten ontvangen begeleiding om een actieve leefstijl na afloop van de revalidatiebehandeling thuis voort te zetten. De begeleiding bestaat uit een persoonlijk adviesgesprek met een sport- en bewegingsconsulent van het Sportloket tijdens de revalidatiebehandeling en een viertal telefonische counselinggesprekken na afloop van de behandeling.

Het onderzoek ReSpAct

Het programma is gedurende de programmaperiode (2012 – 2015) landelijk geïmplementeerd in 18 revalidatie-instellingen verspreid over Nederland. Gekoppeld aan deze landelijke implementatie is het wetenschappelijk onderzoek Revalidatie, Sport en Actieve Leefstijl (ReSpAct) opgezet. Het wetenschappelijk onderzoek heeft de volgende hoofddoelstellingen:

- Inzicht krijgen in het korte- en lange termijn beloop van het sport- en beweeggedrag, gezondheidsbeleving en zorggebruik van deelnemers aan het programma Revalidatie, Sport en Bewegen tijdens en na afloop van de revalidatie
- Inzicht krijgen in onderliggende werkingsmechanismen van het programma Revalidatie, Sport en Bewegen op korte- en lange termijn (in andere woorden: “Bij wie werkt wat en waarom?”)

De eerste resultaten van ReSpAct zijn reeds gepubliceerd in de Onderzoeksrapportage Deel I en Deel II¹. In de eerste rapportage (Deel I) is het korte termijn beloop (tot 14 weken na revalidatie) van het sport- en beweeggedrag, gezondheidsbeleving en het zorggebruik van deelnemende patiënten beschreven. In de tweede rapportage is inzicht verkregen in de onderliggende werkingsmechanismen van het programma Revalidatie, Sport en Bewegen op korte termijn (tot 14 weken na revalidatie).

De huidige rapportage geeft inzicht in het beloop van het sport- en beweeggedrag, gezondheid en het zorggebruik van deelnemers aan het onderzoek ReSpAct in de periode van revalidatiebehandeling tot een jaar na het einde van de revalidatiebehandeling. Tevens wordt inzicht verkregen in de onderliggende werkingsmechanismen van het programma Revalidatie, Sport en Bewegen op de langere termijn (tot 1 jaar na revalidatie). De huidige en tevens laatste rapportage is daarmee het vervolg op de eerder gepubliceerde rapportages van ReSpAct.

Methode

Onderzoeksopzet

Het onderzoek is opgezet als een longitudinale cohortstudie. Dit betekent dat deelnemers aan het onderzoek ReSpAct gedurende een jaar gevolgd zijn. Tijdens dit jaar hebben zij op meerdere momenten in de tijd een vragenlijst ontvangen. Het eerste meetmoment (T0) vond plaats drie tot zes

¹ Onderzoeksrapportage Deel I en Deel II zijn beschikbaar via www.respact.nl/publicaties/.

weken voor het einde van de revalidatiebehandeling plaats en het tweede (T1), derde (T2) en vierde (T3) meetmoment vond plaats respectievelijk 14, 33 en 62 weken na de behandeling. Daarnaast hebben de consultants ook informatie over de deelnemende patiënten aangeleverd.

Onderzoekspopulatie

In totaal deden 1719 volwassen patiënten mee aan het onderzoek. Een uitgebreide beschrijving van de onderzoekspopulatie is opgenomen in Onderzoeksrapportage Deel I.

Registratietool – programmakenmerken

Informatie over de begeleiding die patiënten hebben ontvangen in het kader van het programma Revalidatie, Sport en Bewegen is verzameld met behulp van een online registratietool. De consultants hebben deze informatie aangeleverd.

Vragenlijsten – patiëntkenmerken

Er is informatie verzameld over factoren die mogelijk samenhangen met het sport- en beweeggedrag. Deze factoren zijn ingedeeld in de volgende groepen:

- Persoonkenmerken (bijv. geslacht, leeftijd, opleidingsniveau)
- Psychosociale factoren (bijv. motivatie, fase van gedragsverandering, eigen-effectiviteit)
- Gezondheid gerelateerde factoren (bijv. ervaren gezondheid)
- Omgevingsfactoren (bijv. sociale steun van familie/ vrienden).

Trajecten en profielen

De huidige rapportage beschrijft de resultaten aan de hand van longitudinale trajecten en patiëntprofielen. Met behulp van statistische analyses (latent class growth modellen) zijn trajecten van het beloop van het beweeggedrag, gezondheidsbeleving en de zorgkosten geconstrueerd. Hierbij was het doel om trajecten inzichtelijk te maken waarbij patiënten binnen elk traject zo vergelijkbaar mogelijk zijn in 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, 14 weken na afloop van de behandeling). De resultaten van de periode tijdens revalidatie (T0) zijn naderhand toegevoegd in de figuren.

Met behulp van statistische analyses (latente klasse analyses) zijn profielen samengesteld op basis van 1) programmakenmerken en 2) patiëntkenmerken. Hierbij was het doel om profielen samen te stellen waarbij patiënten binnen elk profiel zo vergelijkbaar mogelijk zijn in de betreffende programma- of patiëntkenmerken, maar zo veel mogelijk verschillen van patiënten uit de andere profielen.

Nadat de trajecten en profielen geconstrueerd zijn en vervolgens gelabeld aan de hand van hun meest onderscheidende kenmerk(en), zijn het sport- en beweeggedrag en andere samenhangende factoren vergeleken tussen de trajecten en profielen.

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* (o.a. 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* (o.a. motivatie, fase van gedragsverandering, vermoeidheid tijdens de revalidatie).

Resultaten

Trajecten van het beweeggedrag

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.

Trajecten van gezondheidsbeleving

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.

Trajecten van zorgkosten

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

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'.

Patiëntprofielen op basis van programmakenmerken

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

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 belemmerd om te sport of bewegen)

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%).

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.

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).

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').

Aandachtspunten voor de toekomst

Aandachtspunten voor 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
 - o Patiënten in dit profiel kenmerken zich door een lage fase van gedragsverandering en een lage motivatie ten aanzien van bewegen.
- 'Gunstig psychosociale gesteldheid' profiel
 - o 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
 - o 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
 - o 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
 - o 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 beperking en eventueel gerelateerde vermoeidheidsklachten.
- "Vroeg gedragsbehoud" profiel
 - o 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.

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.

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.

Aandachtspunten voor beleid

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).

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.

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.

ReSpAct: Revalidatie, Sport en Actieve Leefstijl

Samenvatting van de onderzoeksrapportage Deel III



www.respact.nl



www.shnederland.nl/rsb