ReSpAct: Revalidatie, Sport en Actieve leefstijl

Een samenvatting van de bevindingen op organisatie- en patiëntniveau



revalidatie
sport
bewegen

ReSpAct
Revalidatie, Sport & Actieve leefstijl

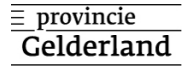
Colofon

Dit is een speciale uitgave van de Nederlandse samenvatting van het proefschrift van Femke Hoekstra en de managementsamenvatting van de onderzoeksrapportage Deel III van de onderzoeksgroep ReSpAct. Deze uitgave beschrijft de belangrijkste bevindingen van de ReSpAct-studie op organisatie- en patiëntniveau.

De ReSpAct-studie is opgezet en uitgevoerd in opdracht van het programma Revalidatie, Sport en Bewegen (Stichting Special Heroes Nederland). De ReSpAct-studie is een samenwerkingsverband tussen het UMCG Centrum voor Revalidatie, het Centrum voor Bewegingswetenschappen van het UMCG/RUG en de Hanze Hogeschool.

De ReSpAct-studie is uitgevoerd met financiële ondersteuning van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), de Provincie Gelderland en Stichting Beatrixoord Noord-Nederland. Het drukken van deze uitgave is financieel mogelijk gemaakt door het Kenniscentrum Sport en de Stichting Special Heroes Nederland.















Ontwerp omslag: Nina Kleingeld, www.stikstofstudio.nl
Vormgeving binnenwerk: drukkerij Mostert
Geprint door: drukkerij Mostert, www.drukkerijmostert.nl

Onderzoeksgroep ReSpAct
Antonius Deusinglaan 1
9713 AV Groningen

mail@respact.nl
www.respact.nl

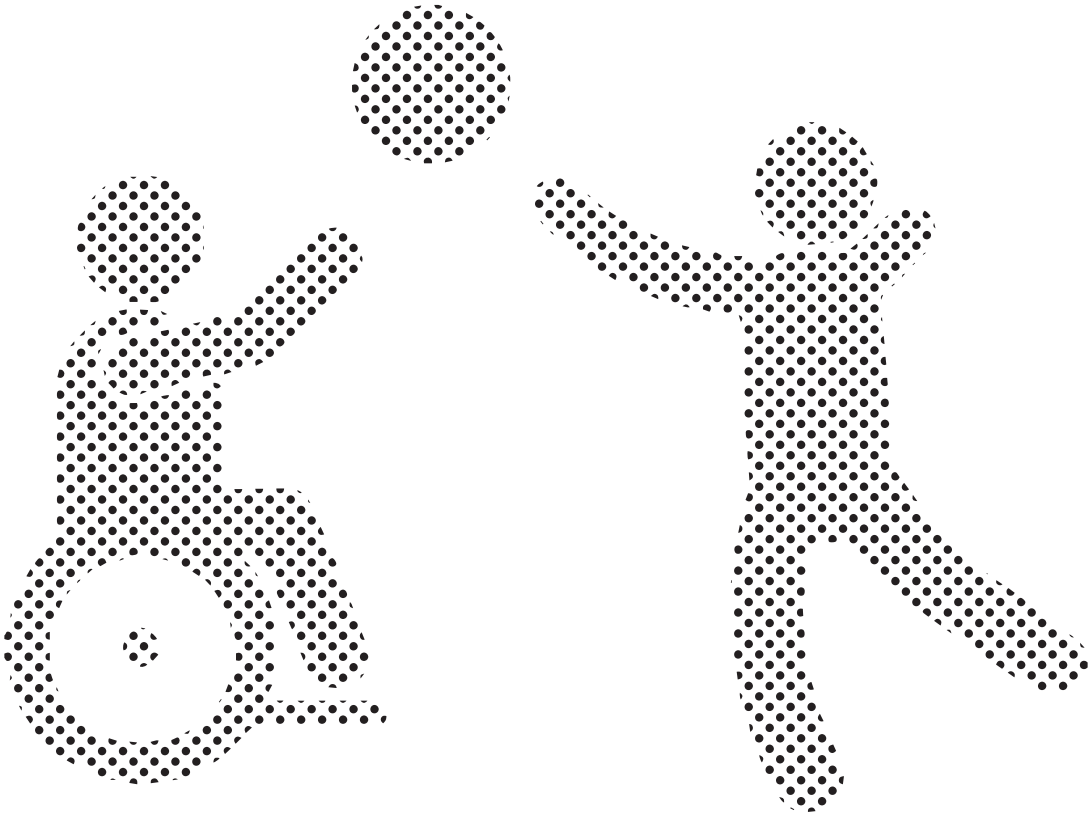
© Oktober 2017 Onderzoeksgroep ReSpAct
Alle rechten voorbehouden. Uit deze uitgave mag niets worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt, in enige vorm of enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen, of enige andere manier, tenzij dit kenbaar wordt gemaakt bij de uitgever.

ReSpAct:
Revalidatie, Sport en Actieve leefstijl

Een samenvatting van de bevindingen op
organisatie- en patiëntniveau

Inhoudsopgave

Hoofdstuk	Titel	Pagina
Hoofdstukl 1	Nederlandse samenvatting van het proefschrift: 'ReSpAct: Rehabilitation, Sports and Active Lifestyle. An implementation-study on physical activity promotion in rehabilitation care'. *Femke Hoekstra*	7
Hoofdstuk 2	Samenvatting onderzoeksrapportage ReSpAct Deel III *Femke Hoekstra en Trynke Hoekstra*	23



Hoofdstuk 1

Nederlandse samenvatting van het proefschrift:

"ReSpAct: Rehabilitation, Sports and Active Lifestyle. An implementation-study on physical activity promotion in rehabilitation care"

Femke Hoekstra

Hoekstra, F. (2017) ReSpAct: Rehabilitation, Sports and Active Lifestyle. An implementation-study on physical activity promotion in rehabilitation care. Rijksuniversiteit Groningen, Groningen

Nederlandse samenvatting

Het proefschrift beschrijft de adoptie, implementatie en continuering van het programma Revalidatie, Sport en Bewegen in de Nederlandse revalidatiezorg. Er wordt inzicht verkregen in de manier waarop het programma landelijk geïmplementeerd is, de daarbij ervaren bevorderende en belemmerende factoren en relevante uitkomsten op patiënt-niveau. Tot slot worden ook voorbeelden gegeven van verschillende aanpakken van landelijke overheden om sport en bewegen te stimuleren bij mensen een beperking.

Inleiding

Een inactieve leefstijl gaat gepaard met vele gezondheidsrisico's. Daarnaast is veelvuldig aangetoond dat een actieve leefstijl juist vele gezondheidsvoordelen met zich meebrengt en de risico's op secundaire gezondheidsproblemen aanzienlijk kan verminderen. Dit geldt ook, en misschien nog wel meer, voor mensen met een lichamelijke beperking of chronische aandoening. Helaas zien we dat mensen met een lichamelijke beperking en/of chronische aandoening structureel minder bewegen of sporten dan mensen zonder beperking of aandoening. Het is daarom van groot belang om een actieve leefstijl bij deze groep te stimuleren. Eerder onderzoek[1] heeft aangetoond dat het stimuleren van een actieve leefstijl tijdens en na revalidatie bij deze groep effectief is. Op basis van deze positieve resultaten is het landelijke bewegingsstimuleringssprogramma Revalidatie, Sport en Bewegen ontwikkeld.

Voor de landelijke uitrol van het programma Revalidatie, Sport en Bewegen heeft het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), als onderdeel van het gehandicaptensportbeleid, financiële ondersteuning beschikbaar gesteld. Hiervoor hebben 18 revalidatiecentra en ziekenhuizen financiële en inhoudelijke ondersteuning ontvangen om het programma Revalidatie, Sport en Bewegen in hun dagelijkse praktijk te implementeren. De onderzoeksgroep ReSpAct[2] heeft dit proces op een systematische wijze gemonitord en geëvalueerd gedurende een periode van drie jaar (2013 – 2015).

---

[1] Proefschrift van Hidde van der Ploeg (2005). Promoting physical activity in the rehabilitation setting. Ponsen and Looijen: Wageningen Academic Publishers.

[2] ReSpAct staat voor Revalidatie, Sport en Actieve leefstijl (www.respact.nl). ReSpAct is een landelijke multicenter cohort studie naar het programma Revalidatie, Sport en Bewegen.

Het programma Revalidatie, Sport en Bewegen *(hoofdstuk 2 proefschrift)*
Het programma Revalidatie, Sport en Bewegen is een wetenschappelijk gefundeerd programma met als doel een actieve leefstijl te stimuleren bij mensen met een lichamelijke beperking of chronische aandoening tijdens én in de periode na revalidatie. Als onderdeel van het programma komen patiënten tijdens hun revalidatiebehandeling in contact met verschillende sport- en beweegactiviteiten met als doel om te ervaren en te ontdekken waar hun beweeginteresses liggen. Na afloop van de revalidatie worden patiënten verder begeleid om de actieve leefstijl thuis voort te zetten. Deze begeleiding bestaat uit verschillende gesprekken met een sport- en beweegconsulent van het Sportloket[3]. In deze gesprekken, ook wel counseling genoemd, staat het realiseren van een gedragsverandering ten aanzien van een actieve leefstijl bij de patiënt centraal. Hierbij passen consulenten Motivational Interviewing[4] toe. De kernonderdelen van het programma Revalidatie, Sport en Bewegen zijn:

1) Een intakegesprek over sport en bewegen tijdens revalidatie
2) Sport- en beweegactiviteiten tijdens de revalidatie
3) Een doorverwijzing naar het Sportloket
4) Een persoonlijk adviesgesprek bij het Sportloket aan het einde van de revalidatiebehandeling
5) Telefonische counseling vanuit het Sportloket na revalidatie
6) Samenwerking tussen het Sportloket en het sport- en beweegnetwerk in de omgeving.

Onderzoeksopzet *(hoofdstuk 2 proefschrift)*
Om het implementatieproces van het programma Revalidatie, Sport en Bewegen te monitoren en evalueren, zijn data verzameld op verschillende momenten in de tijd en is gebruik gemaakt van verschillende onderzoeksinstrumenten (kwantitatieve en kwalitatieve methodes). Zo hebben de betrokken professionals (managers, projectleiders, sport- en beweegconsulenten

[3] Het Sportloket wordt ook wel Beweegloket genoemd. Het is een ruimte in het revalidatiecentrum of ziekenhuis waarvandaan patiënten begeleid worden om hun actieve leefstijl thuis voort te zetten. Het Sportloket wordt bemand door één of meerdere sport- en beweegconsulenten. In deze samenvatting worden de sport- en beweegconsulenten ook wel consulenten genoemd.

[4] Motivational Interviewing, oftewel motiverende gespreksvoering, is een methode om patiënten te motiveren tot een gedragsverandering, waarbij het uitgangspunt is dat de motivatie tot gedragsverandering vanuit de patiënt zelf komt.

en revalidatieartsen) van de deelnemende revalidatiecentra (n=12) en ziekenhuizen (n=6) gedurende de programmaperiode jaarlijks een vragenlijst ingevuld. De startmeting (T0) vond plaats in april 2013, de tussenmeting (T1) in juni 2014 en de eindmeting (T2) in september 2015. Ook zijn er diverse interviews afgenomen met betrokken professionals. Daarnaast zijn alle deelnemers (n=5873) aan het programma Revalidatie, Sport en Bewegen geregistreerd in een online registratietool. Een deel van deze groep patiënten (n=1719) heeft ook meegedaan aan de ReSpAct-studie en als onderdeel daarvan op verschillende momenten in de tijd een vragenlijst ingevuld over hun beweeggedrag en daarmee samenhangende factoren. Figuur 1 geeft een overzicht van alle partijen, professionals en patiënten die betrokken zijn geweest bij de landelijke uitrol van het programma Revalidatie, Sport en Bewegen.

Het theoretische kader *(hoofdstuk 1 en 2 proefschrift)*

De landelijke uitrol van het programma Revalidatie, Sport en Bewegen is beschreven en geëvalueerd aan de hand van een theoretisch kader (zie figuur 2)[5]. Op basis van dit theoretische kader kunnen drie fases in de uitrol van het programma worden onderscheiden:

- Adoptie
- Implementatie
- Continuering[6]

Bij elke fase van dit proces kunnen verschillende uitkomstmaten worden onderscheiden: werving, kwaliteit, dosis, bereik, tevredenheid en behoud. Daarnaast wordt het proces beïnvloed door verschillende factoren (determinanten). Deze determinanten kunnen ingedeeld worden in de volgende groepen:[7]

- Kenmerken van de sociaal-politieke omgeving
- Kenmerken van de revalidatie-instelling

[5] Het theoretische kader van Wierenga et al. (2013) is in deze studie als leidraad gebruikt. Dit theoretisch kader is gebaseerd op verschillende veelgebruikte internationale theorieën en modellen.

[6] In dit proefschrift is de continuering gedefinieerd als de continuering of voortzetting van het programma na de subsidieperiode (na december 2015). De continuering wordt ook wel voortzetting of borging genoemd.

[7] Deze indeling is gebaseerd op de literatuur van Fleuren et al. (2004).

- Kenmerken van de professional (gebruiker)
- Kenmerken van het programma
- Kenmerken van de patiënt.

"Revalidatie, Sport en Bewegen"
(2013 – 2015)

Stakeholders

Overheid
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS)

Programma coördinatoren
- Stichting Onbeperkt Sportief[8]

Onderzoekers
- ReSpAct onderzoeksgroep

Revalidatiezorg
- 18 organisaties ontvingen ondersteuning
  - 12 revalidatiecentra
  - 6 revalidatieafdelingen in ziekenhuizen
- 26 "sportloketten"

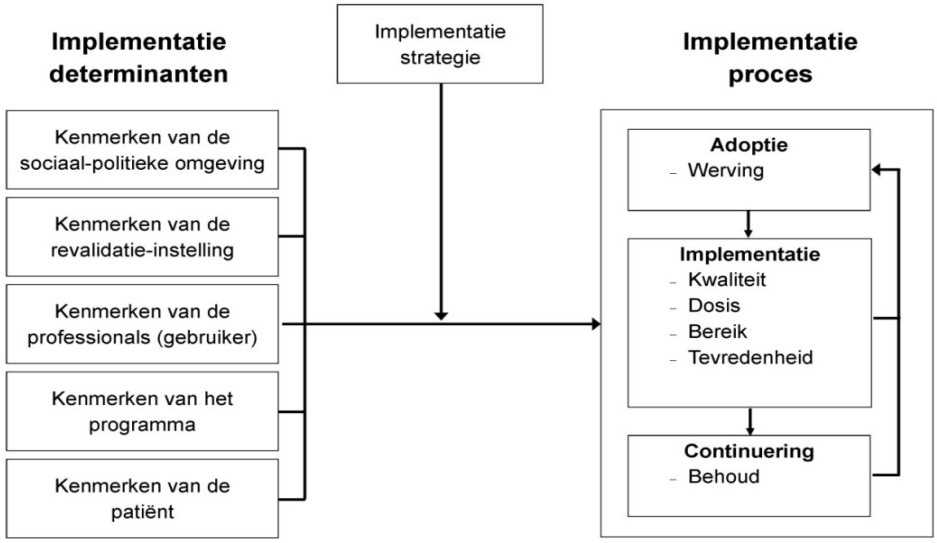
Professionals
- ± 70 betrokken professionals
  - Respons op de vragenlijsten:
    T0 (2013): n=71/74
    T1 (2014): n=65/79
    T2 (2015): n=73/87

Patiënten

- 5873 patiënten hebben deelgenomen aan het programma Revalidatie, Sport en Bewegen
- 1719 patiënten hebben deelgenomen aan de ReSpAct-studie

Figuur 1. Een overzicht van alle partijen, professionals en patienten die betrokken zijn geweest bij de landelijke uitrol van het programma Revalidatie, Sport en Bewegen.

[8] Vanaf januari 2016 is Stichting Onbeperkt Sportief onderdeel van het Kenniscentrum Sport en Stichting Special Heroes Nederland.



Figuur 2. Het theoretische kader dat gebruikt is bij de evaluatie van de landelijke uitrol van het programma Revalidatie, Sport en Bewegen

De adoptie van het programma Revalidatie, Sport en Bewegen

(hoofdstuk 2 en 3 proefschrift)

Het programma Revalidatie, Sport en Bewegen is gestart in 18 organisaties bestaande uit 12 revalidatiecentra en 6 revalidatieafdelingen van ziekenhuizen. De werving en inclusie van de organisaties is gedaan op basis van de ambitieniveaus van de organisaties en de geografische verspreiding door het land *(hoofdstuk 2 proefschrift)*. Alle deelnemende organisaties hebben een overeenkomst ondertekend waarin zij onder andere aangeven dat ze bereid zijn om het programma Revalidatie, Sport en Bewegen te continueren na de subsidieperiode. Het ondertekenen van deze overeenkomst was voor de betreffende organisatie de theoretische start van de implementatiefase.

De implementatie van het programma Revalidatie, Sport en Bewegen

De start van de implementatie *(hoofdstuk 3 proefschrift)*

De beginsituatie van de deelnemende organisaties over het integreren van (het stimuleren van) sport en bewegen in de revalidatie, is in kaart gebracht aan de hand van twee procesuitkomstmaten: kwaliteit en tevredenheid.

Data zijn verzameld via een vragenlijst die is ingevuld door een heterogene groep professionals (n=71) die betrokken was bij het implementeren van het programma Revalidatie, Sport en Bewegen. De resultaten rond de uitkomstmaat 'kwaliteit' lieten zien dat in de meeste organisaties sport en bewegen al in een bepaalde mate geïntegreerd was in de revalidatiezorg. Het stimuleren van een actieve leefstijl na revalidatie was, daarentegen, meestal geen vast onderdeel van de revalidatiebehandeling. Wel waren er grote verschillen in de beginsituatie tussen de deelnemende organisaties. De resultaten van de uitkomstmaat 'tevredenheid' lieten een meer eenduidig beeld zien waarbij alle betrokken professionals (managers, revalidatieartsen, projectleiders, consulenten) zeer positief waren over de inhoud van het programma Revalidatie, Sport en Bewegen. De resultaten van de beginsituatie van de deelnemende organisaties geven het belang aan om specifiek te richten op het integreren van bewegingsstimuleringsactiviteiten in de dagelijkse routine van de revalidatiepraktijk (met andere woorden: de borging van het programma).

Bevorderende en belemmerende factoren *(hoofdstuk 4 proefschrift)*
Om inzicht te krijgen in de ervaren bevorderende en belemmerende factoren bij de implementatie van een bewegingsstimuleringsprogramma, zoals Revalidatie, Sport en Bewegen, zijn semigestructureerde interviews afgenomen bij een diverse groep professionals (n=28) die werkzaam zijn in de revalidatiezorg. Ook zijn de programmacoördinatoren (n=2) geïnterviewd. Tijdens het implementatieproces ervoeren professionals veel verschillende bevorderende en belemmerende factoren. Voorbeelden van vaak genoemde bevorderende factoren zijn: betrokkenheid van enthousiaste professionals, de overeenstemming tussen het programmadoel en de visie van de organisatie, de meerwaarde van het programma en de mogelijkheden om kennis en ervaringen te delen met professionals van andere organisaties. Voorbeelden van vaak genoemde belemmerende factoren zijn: de onzekerheid over de continuering van het programma, de beperkte flexibiliteit in de uitvoering van het programma en het gebrek aan ondersteuning van artsen en therapeuten om het programma te implementeren.

De procesuitkomstmaten *(hoofdstuk 5 en 6 proefschrift)*
Een belangrijk onderdeel van de implementatie van het programma Revalidatie, Sport en Bewegen is het opzetten van een Sportloket. Vanuit dit Sportloket

worden patiënten begeleid om een actieve leefstijl na revalidatie voort te zetten. Omdat deze begeleiding (counseling) na revalidatie een essentieel onderdeel is van het programma, is de procesevaluatie uit *hoofdstuk 5* primair gericht op het functioneren van de Sportloketten aan de hand van drie procesuitkomstmaten: bereik, dosis en tevredenheid. De uitkomstmaat 'kwaliteit' was daarentegen gericht op de zes eerder genoemde kernonderdelen van het programma (zie pagina 8).

Prospectieve data zijn verzameld op het niveau van de organisatie (professional) en de patiënt met behulp van verschillende onderzoeksinstrumenten (vragenlijsten, registratiesysteem en logboeken).

Bereik

Aan het einde van de programmaperiode (december 2015) waren 26 Sportloketten opgezet door de deelnemende organisaties (n=18). Circa 80 professionals (revalidatieartsen, managers, projectleiders, consulenten) waren actief betrokken bij de implementatie van het programma. In totaal hebben 5873 (92% volwassenen) patiënten deelgenomen aan het programma

Revalidatie, Sport en Bewegen. In 15 van de 18 organisaties (83%) was een afname te zien in het aantal deelnemende patiënten aan het einde van de programmaperiode.

Dosis

De 'dosis' uitkomstmaat is bepaald aan de hand van de gegevens die verzameld zijn bij de patiënten die ook deelnamen aan de ReSpAct-studie (n=1719). Hierbij werd inzicht gekregen in:

1) het percentage patiënten dat is doorverwezen naar een sport- of beweegactiviteit in de omgeving
2) het aantal ontvangen contactmomenten tussen patiënt en consulent.

De resultaten lieten zien dat 1344 patiënten (78.2%) tijdens het persoonlijk adviesgesprek bij het Sportloket zijn doorverwezen naar een sport- of beweegactiviteit in de omgeving. Er was een grote variatie in het totaal aantal contactmomenten (telefoon en e-mail) dat patiënten hebben ontvangen als onderdeel van de counseling (0 contacten: n=240, 14.0%; 1 – 3 contacten: n=965, 56.1%, 4 of meer contacten: n=514, 29.9%).

Tevredenheid
Professionals zijn en blijven gedurende de hele programmaperiode erg positief over het programma Revalidatie, Sport en Bewegen. Dit blijkt uit de hoge gemiddelde scores die verkregen zijn op een 10-puntsschaal (T0: 8.1 ± 0.7; T1: 8.0 ± 1.2; T2: 8.3 ± 0.9). Ook patiënten beoordeelden het persoonlijk adviesgesprek bij het Sportloket met een 8.1 ± 1.3 (n = 1319) en de ontvangen counseling met een 8.0 ± 1.6 (n = 672). Deze cijfers geven aan dat patiënten over het algemeen zeer tevreden zijn met de ontvangen begeleiding vanuit het Sportloket.

Kwaliteit
De 'kwaliteit' uitkomstmaat is gedefinieerd als de mate waarin de zes kernonderdelen van het programma Revalidatie, Sport en Bewegen geïmplementeerd zijn als een vast onderdeel van de poliklinische revalidatiebehandeling. *Hoofdstuk 6* van het proefschrift geeft inzicht in de heterogeniteit van de kwaliteit van de implementatie van het programma over de tijd aan de hand van het identificeren en beschrijven van verschillende implementatietrajecten. Met behulp van hiërarchische clusteranalyse[9] zijn drie verschillende implementatietrajecten geïdentificeerd:

- 'stabiel hoog' (n=9)
- 'matig en toenemend' (n=6)
- 'instabiel' (n=2).

De implementatietrajecten van de twee grootste clusters van organisaties zijn verder beschreven aan de hand van verschillen in kenmerken van de organisaties en professionals. Het 'stabiel hoge' implementatietraject bestond vooral uit kleine organisaties met een relatief hoge beginsituatie. Deze groep organisaties kenmerkt zich door hun uitgesproken heldere visie over hun implementatieproces/ -plan, de actieve betrokkenheid van revalidatieartsen en een relatief hoge kwaliteit van de implementatie over de tijd. Het 'matig en toenemende' implementatietraject bestond vooral uit grote organisaties

[9] Een hiërarchische clusteranalyse is een analysetechniek die is toegepast om clusters/ groepen van organisaties te identificeren met een minimale variatie binnen het cluster en een maximale variatie tussen de clusters in de implementatie-uitkomstmaat op de verschillende meetmomenten.

met een relatief lage beginsituatie. Deze groep organisaties kenmerkt zich door een implementatiestrategie die vooral gefocust is op de implementatie van de kernonderdelen van het programma, de beperkte betrokkenheid van revalidatieartsen en een kostenefficiënt implementatietraject. Opvallend was dat deze implementatietrajecten, geconstrueerd op organisatieniveau, geen verschillen lieten zien in relevante uitkomstmaten op patiëntniveau (verandering in beweeggedrag).

De resultaten van deze studie laten zien dat het bereiken van een kwalitatief hoog implementatie-niveau vraagt om een goede omgang met spanningsvelden: het realiseren van een verandervisie waarbij de kernonderdelen van het programma voldoende gewaarborgd worden en het realiseren van structurele betrokkenheid van revalidatieartsen, ondanks de schaarste in tijd en middelen. Bij het opschalen van landelijke programma's, stellen wij voor om bij de omgang met de betreffende spanningsvelden rekening te houden met de beginsituatie van de organisatie, de grootte van de organisatie en de lokale organisatorische omstandigheden.

De implementatiestrategie *(hoofdstuk 5 en 6 proefschrift)*
Bij de landelijke uitrol van het programma Revalidatie, Sport en Bewegen is gebruik gemaakt van een implementatiestrategie bestaande uit de volgende onderdelen:

- Financiële ondersteuning
- Landelijke en regionale bijeenkomsten met betrokken professionals
- Inhoudelijke ondersteuning en bezoeken van de programma coördinatoren
- Promotie materiaal en ondersteunende middelen
- Scholingsactiviteiten in Motivational Interviewing
- Feedback op projectplannen, jaarplannen en jaarverslagen.

Professionals waren over het algemeen erg tevreden over de ondersteuning die zij hebben ontvangen bij de implementatie van het programma. 45% van de professionals gaf aan dat de *financiële ondersteuning* een essentieel onderdeel was voor een succesvol implementatieproces. Daarnaast bleek dat de *scholing in Motivational Interviewing* (78%) en de *inhoudelijke ondersteuning van de programma coördinatoren* (88%) belangrijk of essentieel waren voor een succesvol implementatieproces. In toekomstige landelijke implementatieprocessen raden wij aan om de ondersteuning aan organisaties nog meer op maat aan te bieden

waarbij rekening gehouden wordt met de beginsituatie van de organisatie, de grootte van de organisatie en de huidige lokale omstandigheden.

Profielen van programmakenmerken en de korte termijn patiënt-uitkomstmaten *(hoofdstuk 5 proefschrift)*

Met behulp van latente klasse analyses[10] zijn patiëntprofielen samengesteld op basis van kenmerken van de ontvangen counseling (o.a. aantal en vorm van de contacten). De volgende vier profielen zijn 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%).

Multilevel analyses lieten geen relevante verschillen zien tussen de profielen in de verandering in het sport- en beweeggedrag van de patiënten tijdens en direct na revalidatie (14 weken na ontslag). Het valt wel op dat binnen elk profiel grote variatie te zien is in (de verandering van) het beweeggedrag van patiënten.

Hoewel er grote verschillen waren in de daadwerkelijk ontvangen counseling, lijken deze verschillen niet samen te hangen met de verandering in het beweeggedrag en/of andere relevante patiëntkenmerken op de korte termijn. Dit zou in de toekomst mogelijkheden kunnen geven om de counseling na revalidatie bij mensen met een beperking verder te optimaliseren. Deze studie demonstreert de bruikbaarheid van een innovatieve methodologische aanpak om kenmerken van de heterogeniteit in het implementatieproces (bijv. profielen van ontvangen counseling) te relateren aan relevante uitkomstmaten op patiënt-niveau (bijv. beweeggedrag).

[10] Latente klasse analyse is een type clusteranalyse die is gebruikt om profielen te construeren waarbij patiënten binnen elk profiel zo vergelijkbaar mogelijk zijn op het gebied van de ontvangen begeleiding, maar zo verschillend mogelijk van patiënten uit de andere profielen.

De continuering van het programma Revalidatie, Sport en Bewegen *(hoofdstuk 3 en 5 proefschrift)*

Behoud

In 16 van de 18 instellingen (89%) is het programma Revalidatie, Sport en Bewegen na de subsidieperiode (januari 2016) gecontinueerd door een formeel lidmaatschap van Revalidatie, Sport en Bewegen. Ook in de periode daarna is de uitrol van het programma doorgegaan: vijf maanden na de subsidieperiode is het aantal Sportloketten toegenomen van 26 naar 34.

Aanbevelingen voor de toekomst

Op basis van de ervaringen van de betrokken professionals (*hoofdstuk 4*), zijn drie aanbevelingen geformuleerd om de inbedding van activiteiten om sport en bewegen te stimuleren tijdens en na de revalidatie verder te verbeteren:

1) maak gebruik van kernonderdelen van een wetenschappelijk gefundeerde aanpak en pas deze aan de lokale multidisciplinaire context aan
2) creëer 'lokaal eigenaarschap' door betrokken en enthousiaste professional(s) te selecteren en hen de verantwoordelijkheid te geven voor de implementatie en borging van sport- en beweegactiviteiten in de revalidatie
3) creëer 'landelijk eigenaarschap' door een stichting, organisatie of een groep professionals te selecteren en hen de verantwoordelijkheid te geven om een landelijke samenwerking tussen organisaties op te zetten en voort te zetten. Op deze manier kunnen toekomstige belemmeringen met betrekking tot de inbedding van sport en bewegen in de revalidatie gezamenlijk overwonnen worden.

Landelijke aanpakken om sport en bewegen te stimuleren bij mensen met een beperking *(hoofdstuk 7 proefschrift)*

Hoofdstuk 7 van het proefschrift beschrijft hoe de Nederlandse en de Canadese landelijke overheden (top)sport en bewegen stimuleren bij volwassenen met een beperking. Een internet-onderzoek is uitgevoerd om de relevante informatie te verzamelen over beide overheidsbenaderingen. De Nederlandse en Canadese overheden stimuleren en faciliteren topsport bij mensen met een beperking op een vergelijkbare wijze. Het stimuleren van bewegen en sport op recreatief niveau verschilt tussen beide landen. De Nederlandse benadering kenmerkt zich door de uitvoering van tijdsgebonden programma's gericht op

de verbetering van de sportinfrastructuur en samenwerkingsverbanden waarbij de verantwoordelijkheden vooral bij de lokale/gemeentelijke overheden liggen. In Canada, daarentegen, zijn deze verantwoordelijkheden en taken bij provinciale overheden vastgelegd in de vorm van doorlopende overeenkomsten tussen de landelijke en provinciale overheid. Daarnaast valt het op dat de mate waarin gehandicaptensport geïntegreerd is in het reguliere sportaanbod tussen beide landen verschilt. De bevindingen van dit onderzoek kunnen gebruikt worden als inspiratiesbron voor het opstellen of optimaliseren van het gehandicaptensportbeleid in vele andere landen. Toekomstige internationale samenwerkingsverbanden zijn nodig om kennis te ontwikkelen en te delen over effectieve landelijke aanpakken om sport en bewegen te stimuleren bij mensen met een beperking.

Discussie van de bevindingen *(hoofdstuk 8 proefschrift)*

Dit proefschrift laat veelbelovende resultaten zien van de continuering van het programma Revalidatie, Sport en Bewegen na de subsidieperiode: bijna alle revalidatie-instellingen hebben het programma gecontinueerd in hun instelling en het aantal Sportloketten is verder uitgebreid. De succesvolle continuering van het programma is mogelijk te verklaren door:

1) het gebruik van een intensieve, goed voorbereidde en veelzijdige implementatiestrategie (o.a. financiële vergoeding, scholingsactiviteiten, bijeenkomsten, persoonlijke adviezen) die aangrijpt op verschillende implementatie determinanten (o.a. financiën, tijd, kennis en vaardigheden, motivatie, cultuur)
2) door de heldere taakverdeling en verantwoordelijkheden van alle betrokkenen (VWS, programma coördinatoren, professionals, onderzoekers).

Daarnaast zijn de korte-termijn uitkomsten op patiënt-niveau tegenstrijdig: de sportparticipatie neemt toe, maar het totale beweeggedrag neemt af na revalidatie *(hoofdstuk 5)*. Hoewel deze afname in het beweeggedrag niet wenselijk is, hoeft het op dit moment (nog) niet een zorgwekkende ontwikkeling te zijn. Allereerst valt het op dat er zeer grote variatie is in (de verandering van) het beweeggedrag tussen patiënten. Daarnaast zijn er aanwijzingen dat de deelnemende patiënten aan de ReSpAct-studie tijdens hun revalidatiebehandeling (eerste meetmoment) al relatief veel bewegen. Het is

de vraag in hoeverre het haalbaar is voor deze patiënten om dit relatief hoge activiteitenniveau thuis vol te houden. Tot slot zijn in dit proefschrift alleen de uitkomsten op korte termijn gepresenteerd, welke gemeten zijn tijdens één van de meest dynamische periodes uit het leven van patiënten, namelijk tijdens en direct na een (intensieve) revalidatiebehandeling. Als patiënten eenmaal weer meer gewend zijn aan hun nieuwe leefwijze thuis, is het aannemelijk dat het beweeggedrag op de langere termijn stabiliseert en/of opnieuw toeneemt.

Tegelijkertijd benadrukken deze resultaten des te meer het belang om patiënten ook na afloop van de revalidatie zo goed mogelijk te begeleiden om een actieve leefstijl thuis voort te zetten. Dit proefschrift en een eerdere onderzoeksrapportage van ReSpAct[11] geven aanknopingspunten om deze begeleiding na revalidatie meer op maat aan te bieden, afgestemd op persoonlijke kenmerken van de patiënt. Met behulp van dezelfde methodologische aanpak beschreven in *hoofdstuk 5* (latente klasse analyses) zijn op basis van patiëntkenmerken (somatische en psychosociaal) de volgende drie patiëntprofielen geïdentificeerd:

- 'Lage motivatie' profiel
- 'Gunstig psychosociale gesteldheid' profiel
- 'Vroeg gedragsbehoud' profiel.

Deze diagnose-overstijgende profielen kunnen aanknopingspunten zijn voor de revalidatiepraktijk om de begeleiding na revalidatie meer op maat aan te bieden. Een dergelijk persoonlijke en wetenschappelijk gefundeerde aanpak kan zowel de revalidatiepraktijk als beleidsmedewerkers helpen om balans te vinden tussen de begeleiding volgens de richtlijnen en deze aan te passen aan de individuele wensen en behoeftes van de patiënten (met andere woorden uitvoering volgens richtlijnen versus flexibele benadering). Toekomstig (ReSpAct) onderzoek is nodig om de praktische toepasbaarheid van deze patiëntprofielen verder te ontrafelen en beter te begrijpen wat het best werkt voor wie.

[11] Hoekstra, F., Hoekstra, T. (2017) Onderzoeksrapportage ReSpAct deel II. Groningen. Beschikbaar via www.respact.nl.

Implicaties voor de revalidatiepraktijk

Stimuleren van sport en bewegen

Dit proefschrift onderschrijft het belang om de stimulering van sport en bewegen op een structurele wijze in te bedden in de revalidatiebehandeling. Naast het aanbieden van diverse sport- en beweegactiviteiten is het stimuleren van een gedragsverandering ten aanzien een actieve leefstijl van belang. Het gebruik van een persoonlijk patiënt-georiënteerde gesprekstechniek, zoals Motivational Interviewing, wordt hierbij aangeraden. Een belangrijke voorwaarde voor succes is dat professionals geschoold zijn in Motivational Interviewing. Daarnaast wordt aangeraden om zo vroeg mogelijk tijdens de revalidatiebehandeling te starten met sport- en beweegactiviteiten om de gewenste gedragsverandering bij patiënten te realiseren.

Implementatie en borging

Om bewegingsstimuleringsactiviteiten op een succesvolle wijze te implementeren en te borgen, raden wij professionals in de revalidatiezorg aan om specifiek aandacht te besteden aan de volgende punten:

- Zorg voor draagvlak en betrokkenheid van (revalidatie)artsen *(hoofdstuk 4 en 6 proefschrift)*
- Implementeer de kernonderdelen van een wetenschappelijk gefundeerde aanpak en pas deze aan de lokale omstandigheden aan *(hoofdstuk 4 proefschrift)*
- Formuleer een verandervisie die overeenkomt met de kernonderdelen van een wetenschappelijk gefundeerde aanpak *(hoofdstuk 6 proefschrift)*
- Herinner je collega's (o.a. collega-revalidatieartsen, therapeuten) om een actieve leefstijl bij hun patiënten te bevorderen. Blijf het bestaan van het Sportloket promoten binnen je organisatie *(hoofdstuk 4 proefschrift)*
- Ontwikkel en behoud kennis en vaardigheden. Voor consulenten betekent dit het bijhouden van de vaardigheden in Motivational Interviewing en het hebben van een up-to-date overzicht van alle sport- en beweegmogelijkheden in de omgeving *(het proefschrift)*
- Monitor en evalueer het implementatieproces binnen je organisatie *(het proefschrift)*
- Werk samen met professionals binnen en buiten je eigen organisatie om zo kennis en ervaringen met elkaar uit te wisselen *(hoofdstuk 4 proefschrift)*.

Conclusie

Het proefschrift beschrijft een succesvol voorbeeld van de landelijke uitrol van een bewegingsstimuleringsprogramma, genaamd Revalidatie, Sport en Bewegen, voor mensen met een lichamelijk beperking en/of chronische aandoening. Door de sterke theoretische onderbouwing en de wetenschappelijke fundering van het programma in combinatie met de persoonlijke, maar wel 'diagnose-overstijgende' benadering, kunnen de bevindingen van deze studie door een breed publiek gebruikt worden. Dit proefschrift laat zien dat het gebruik van een intensieve, goed voorbereidde en veelzijdige implementatiestrategie in combinatie met duidelijke taakbeschrijvingen van betrokken partijen en professionals (bijv. VWS, programma coördinatoren, professionals in revalidatie, onderzoekers) belangrijke ingrediënten zijn voor de succesvolle continuering van het programma na de subsidieperiode. Bij toekomstige landelijke implementatieprocessen raden wij aan om de ondersteuning aan organisaties (nog) meer op maat aan te bieden door deze aan te passen aan de beginsituatie van de organisatie, de grootte van de organisatie en de huidige lokale omstandigheden. De bevindingen van dit proefschrift kunnen overheidsinstanties over de hele wereld inspireren om sport en bewegen te stimuleren bij mensen met een beperking door gebruik te maken van een wetenschappelijk gefundeerde aanpak die zich richt op de 'vindplaatsen' van de doelgroep (bijv. revalidatiecentra en ziekenhuizen).

Hoofdstuk 2

Samenvatting onderzoeksrapportage ReSpAct Deel III

Femke Hoekstra en Trynke Hoekstra

Hoekstra, F., Hoekstra, T. (2017) Onderzoeksrapportage ReSpAct deel III. Groningen

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 beweegconsulent 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 II[12]. 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).

[12] Onderzoeksrapportages Deel I en Deel II zijn beschikbaar via www.respact.nl/publicaties/.

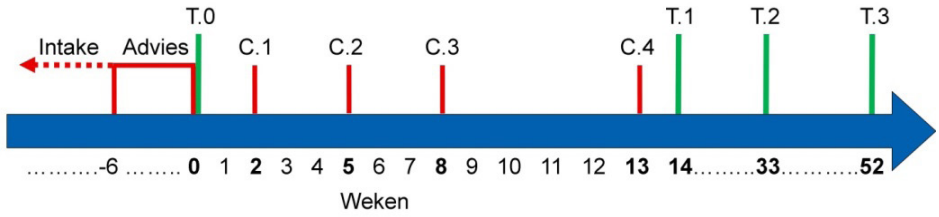
De (huidige) uitgebreide onderzoeksrapportage Deel III geeft inzicht in het beloop van het sport- en beweeggedrag, gezondheid en het zorggebruik van deelnemers aan het onderzoek ReSpAct in de periode van revalidatiebehandeling tot een jaar na het einde van de revalidatiebehandeling. Tevens wordt inzicht verkregen in de onderliggende werkingsmechanismen van het programma Revalidatie, Sport en Bewegen op de langere termijn (tot 1 jaar na revalidatie). Deze 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 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 consulenten ook informatie over de deelnemende patiënten aangeleverd.

De vier counselinggesprekken van het programma Revalidatie, Sport en Bewegen (C1 - C4) vonden plaats tussen de T0-meting en T1-meting. De onderzoeksopzet inclusief de vier counselinggesprekken (C1 – C4) en meetmomenten (T0 – T3) is schematisch weergegeven in figuur 3.



Figuur 3. Schematisch overzicht van de verschillende aspecten van het programma Revalidatie, Sport en Bewegen (rood) en de verschillende meetmomenten van het 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.

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 consulenten 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:
- Persoonskenmerken (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 in de onderzoeksrapportage zijn gebaseerd op de periode na afloop van de revalidatie (met andere woorden 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 (onder andere 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* van de onderzoeksrapportage 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* van de onderzoeksrapportage 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* van de onderzoeksrapportage 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 de 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 onderzoeksrapportage 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 onderzoeksrapportages 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 onderzoeksrapportage 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

De onderzoeksrapportage 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. De onderzoeksrapportage biedt eerste, waardevolle aanknopingspunten voor het leveren van zorg op maat en voor verdere optimalisatie van het programma Revalidatie, Sport en Bewegen.

Verder laat de onderzoeksrapportage 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 de 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 onderzoeksrapportage*):

- '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 beperking en 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.

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 de onderzoeksrapportage 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 de onderzoeksrapportage 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

De onderzoeksrapportage onderstreept het belang van het stimuleren van een actieve leefstijl tijdens en na afloop van de revalidatiebehandeling. Tevens laat de onderzoeksrapportage 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
De onderzoeksrapportage 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
De onderzoeksrapportage 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. De onderzoeksrapportage 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 de onderzoeksrapportage 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.

