

Revalidatie Sport en Bewegen

Werkblad beschrijving interventie

Datum: december 2018

Dit is een gezamenlijk werkblad van de volgende kennisinstituten:



Colofon

Ontwikkelaar / licentiehouder van de interventie

Naam organisatie: Stichting Special Heroes Nederland
E-mail: info@shnederland.nl
Telefoon: 06 10954776

Website (van de interventie): www.shnederland.nl

Contactpersoon 1

Vul hier de contactpersoon voor de interventie in.

Naam contactpersoon: Erna Mannen
E-mail: emannen@specialheroes.nl
Telefoon: 06 10954776

Contactpersoon 2 (indien van toepassing)

Vul hier de contactpersoon voor de interventie in.

Naam contactpersoon: Hans Leutscher
E-mail: hleutscher@specialheroes.nl
Telefoon: 06 83331806

Referentie in verband met publicatie

Naam auteur
interventiebeschrijving: Special Heroes Nederland
Titel interventie: Revalidatie Sport en Bewegen
Databank(en):
Plaats, instituut: Arnhem, Stichting Special Heroes Nederland
Datum: Oktober 2013 / December 2018

Het werkblad is een invulformulier voor het maken van een interventiebeschrijving, geordend naar onderwerp (doelgroep, doel, enzovoort). De onderwerpen volgen de criteria voor beoordeling. De interventiebeschrijving is een samenvatting van de beschikbare schriftelijke informatie over de interventie voor de bezoeker van de databanken effectieve interventies en voor de erkenningscommissie interventies. De informatie is van belang voor de beoordeling van de kwaliteit, effectiviteit en randvoorwaarden van de interventie.

Inhoud

Colofon	2
Inhoud	3
Samenvatting	4
<i>Korte samenvatting van de interventie</i>	<i>4</i>
Doelgroep	4
Doel	4
Aanpak	4
Materiaal	4
Onderbouwing	4
Onderzoek	5
1. Uitgebreide beschrijving	6
Beschrijving interventie	6
1.1 Doelgroep	6
1.2 Doel	7
1.3 Aanpak	8
2. Uitvoering	13
3. Onderbouwing	18
4. Onderzoek	255
4.1 Onderzoek naar de uitvoering	255
4.2 Onderzoek naar de behaalde effecten	277
5. Samenvatting Werkzame elementen	30
6. Aangehaalde literatuur	311
7. Praktijkvoorbeeld	34

Samenvatting

Eén A-4tje, max 600 woorden

Korte samenvatting van de interventie – max 150 woorden

Revalidatie, Sport en Bewegen (RSB) is een interventie die inzet op sport- en beweegstimulering in revalidatie-instellingen zowel tijdens de revalidatiebehandeling als gedurende de eerste 3 maanden in de thuissituatie. Een speciaal hiervoor aangestelde sport- en beweegconsulent organiseert beweeggroepen en kennismakingslessen binnen de revalidatie-instelling en onderhoudt een netwerk met gemeenten en lokale sport- en beweegaanbieders. Sport en bewegen wordt integraal onderdeel van de revalidatiebehandeling, onder andere door het opnemen van individuele sport- en beweegdoelen in het behandelplan en het inrichten van een interne doorverwijsstructuur. De sport- en beweegconsulent geeft revalidanten persoonlijk advies op maat ten aanzien van bewegen en verzorgt een warme overdracht naar lokaal sport- en beweegaanbod. Na ontslag ontvangt de (ex)revalidant 2-4 (telefonische) counseling gesprekken met de sport- en beweegconsulent gericht op het duurzaam en zelfstandig volhouden van het sport- en beweeggedrag in de thuissituatie. Managers van revalidatie-instellingen zijn betrokken als projectleider. Zij faciliteren de implementatie van RSB en bewaken de voortgang en de resultaten door middel van een digitale registratietool.

Doelgroep – max 50 woorden

De doelgroep van het programma Revalidatie, Sport en Bewegen (RSB) zijn mensen met een lichamelijke beperking en/of chronische aandoening die klinisch danwel poliklinisch revalideren. Het programma is geschikt voor zowel volwassenen als kinderen, maar aangezien het totaal aantal revalidanten voor ongeveer 80% uit volwassenen bestaat, zijn kinderen in de minderheid.

Doel – max 50 woorden

Deelnemers ontwikkelen tijdens revalidatie een actieve leefstijl (i.e. deelnemers voldoen aan de Beweegrichtlijnen en/of sporten wekelijks) en behouden deze tot 1 jaar na revalidatie.

Aanpak – max 50 woorden

Vorbereiding: projectleider aanstellen en projectplan maken.

Implementatie

- Intakegesprek sport en bewegen
- Sport en bewegen tijdens de behandeling
- Persoonlijk adviesgesprek aan het einde van de behandeling
- (Telefonische) counseling tot 3 maanden na ontslag

Monitoring en evaluatie: door middel van digitale registratietool of indicatoren in Elektronisch Patiënten Dossier.

Materiaal – max 50 woorden

- Format Licentie overeenkomst, Format Samenwerkingsovereenkomst, Format voor het opstellen van een projectplan
- Handboek Revalidatie, Sport en Bewegen
- Boekje voor revalidanten 'Mijn beweegredenen'
- Promotiematerialen zoals filmpjes, factsheets, praktijkvoorbeelden
- Digitale registratietool
- Patiëntfolder

Onderbouwing – max 150 woorden

Per jaar volgen zo'n 55.000 personen met een lichamelijke beperking en/of chronische aandoening een revalidatietraject. Deze personen voldoen minder vaak aan de beweegrichtlijnen en hebben een lagere sportdeelname dan personen zonder beperking of aandoening, vooral wanneer zij eenmaal zijn

teruggekeerd in de thuissituatie. De volgende omgevings- en persoonlijke factoren spelen hierbij een rol: fysieke omgeving, lichamelijke conditie, motivatie, attitude, eigen effectiviteit en sociale steun. Op deze factoren wordt ingespeeld tijdens RSB door het wegnemen van barrières ten aanzien van de fysieke omgeving (oa. informatie over sporthulpmiddelen en vervoer), het verbeteren van de lichamelijke conditie, het stimuleren van intrinsieke motivatie door middel van het toepassen van Motivational interviewing en aansluiten bij de fasen van gedragsverandering, het bespreken van de voordelen van een actieve leefstijl (attitude), het opdoen van positieve ervaringen met sport- en bewegen, vertrouwen krijgen dat er (ondanks hun fysieke beperking) een passende sport- en beweegactiviteit is en het verlenen van functionele sociale steun.

Onderzoek – max 100 woorden

Sinds 1997 zijn meerdere onderzoeken naar RSB verschenen, waaronder twee proefschriften. Wij beperken ons hier tot de meest recente procesevaluatie.

In de periode 2013-2015 hebben 6.536 revalidanten deelgenomen aan het programma in 26 revalidatie-instellingen. Voor de procesevaluatie is gebruik gemaakt van gegevens uit de online registratietool van 5.873 revalidanten en interviews met 38 professionals. Het programma wordt door zowel de professionals als door de revalidanten hoog gewaardeerd (>8.0). Succesfactoren: aandacht voor bewegen en sport binnen alle lagen van de organisatie, gemotiveerde professionals, trainingen en bijscholingen motiverende gespreksvoering, kennisdelingsbijeenkomsten. Aandachtspunten: flexibiliteit in uitvoering richtlijnen, optimaliseren overdracht bij wisseling professionals, monitoring en evaluatie.

1. Uitgebreide beschrijving

Beschrijving interventie

Het werkblad is ook geschikt voor een samenvattende beschrijving van complexe of samengestelde interventies. Dit zijn interventies die uit twee of meer afzonderlijke onderdelen bestaan. Denk aan interventies met aparte onderdelen voor verschillende doelgroepen, zoals een leefstijlinterventie die zowel gericht is op de community als op de school als op de individuele docent. Of aan interventies met verschillende modules die bij een doelgroep 'op maat' worden toegepast.

Naarmate er meer onderdelen zijn is het aan te bevelen de structuur visueel weer te geven in een schema. Dit geldt met name voor de subdoelen en voor de aanpak van de interventie. Zie ook de aanwijzingen in de handleiding.

1.1 Doelgroep

Uiteindelijke doelgroep – max 100 woorden

Wat is de uiteindelijke doelgroep van de interventie?

De doelgroep van het programma Revalidatie, Sport en Bewegen (RSB) zijn mensen met een lichamelijke beperking en/of chronische aandoening die klinisch danwel poliklinisch revalideren. Het programma is geschikt voor zowel volwassenen als kinderen, maar aangezien het totaal aantal revalidanten voor ongeveer 80% uit volwassenen bestaat, zijn kinderen in de minderheid.

Intermediaire doelgroep – max 100 woorden

Zijn er intermediaire doelgroepen? Zo ja, welke?

De intermediaire doelgroepen voor RSB zijn:

- a. sport- en bewegconsulenten die het programma uitvoeren
- b. revalidatie artsen die een interne doorverwijsstructuur inrichten, zodat revalidanten worden verwezen naar de sport- en bewegconsulent en behandelteams meewerken aan de uitvoering van onderdelen van het programma
- c. projectleiders/managers van revalidatie-instellingen die RSB ondersteunen en kernelementen van het programma monitoren

Selectie van doelgroepen – max 250 woorden

Hoe wordt de (intermediaire)doelgroep geselecteerd? Zijn er contra-indicaties? Zo ja, welke?

Het programma RSB is ontwikkeld voor patiënten die bij een revalidatie-instelling in (poli)klinische behandeling zijn. In revalidatie-instellingen worden patiënten met diverse lichamelijke beperkingen en/of chronische aandoeningen behandeld. De diagnosegroepen die het meest deelnemen aan RSB zijn: hersenaandoeningen, aandoeningen bewegingsapparaat, chronische pijn, neurologische aandoeningen en aandoening organen (denk aan hart of longaandoeningen). De aanpak van RSB doorloopt voor elke aandoening dezelfde stappen, maar het resultaat is maatwerk waarbij de mogelijkheden en de motivatie van de revalidant centraal staan.

Wanneer kinderen deelnemen, verschilt de aanpak niet wezenlijk van die van volwassenen. Belangrijk verschil is wel dat de ouders betrokken zijn bij de behandeling en ook deelnemen aan de gesprekken. De sport- en bewegconsulent stelt het kind centraal en stelt ook gerichte vragen aan het kind om aan te sluiten bij zijn/haar wensen en behoeften.

Wanneer een revalidatie-instelling de interventie uitvoert, vindt deelname aan het programma plaats onder

verantwoordelijkheid van de revalidatiearts of specialist. Binnen het multidisciplinair overleg worden revalidanten besproken en wordt gekeken of deelname passend is. Hierbij wordt gekeken naar de beperking en de belastbaarheid van de revalidant en naar de timing. Soms vindt inclusie alsnog op een later moment in de revalidatiebehandeling plaats. De revalidatiearts of specialist is verantwoordelijk voor de in- en exclusie van deelnemers en verwijst revalidanten door naar RSB.

Wanneer revalidanten doorverwezen zijn, vindt standaard het eerste deel van de interventie (ondersteuning tijdens revalidatiebehandeling) plaats. Het tweede deel (counseling in de thuissituatie) vindt plaats als:

- De revalidant gemotiveerd is om een actieve(re) leefstijl aan te nemen. De sport- en beweegconsulent maakt in het adviesgesprek en de daarop volgende counselinggesprekken een inschatting van de motivatie aan de hand van het 'stages of change' model. Wanneer een revalidant niet gemotiveerd blijkt te zijn, vindt geen vervolg plaats.

Betrokkenheid doelgroep – max 150 woorden

Was de doelgroep betrokken bij de (door)ontwikkeling van de interventie, en op welke manier?

De oorsprong van het huidige programma Revalidatie, Sport en Bewegen ligt bij het voormalige programma Revalidatie en Sport dat in de periode 1997-2001 plaatsvond bij dertien revalidatiecentra. Bij de ontwikkeling van het toenmalige programma is gebruik gemaakt van de kennis van revalidatiecentra, voormalige revalidanten die als projectleiders verbonden waren aan het programma en werkzaam zijn binnen de revalidatie-instelling, de (voormalige) NEBAS (Nederlandse Bond voor Aangepast Sporten) en de toenmalige brancheorganisatie VRIN (nu Revalidatie Nederland). Het programma was destijds een nauwe samenwerking tussen de NEBAS en de VRIN.

In de periode 2001 t/m 2005 (1.200 deelnemers) en 2013-2016 (1.719 deelnemers) vonden wetenschappelijke onderzoeken plaats naar het programma. De input van al deze revalidanten is van grote waarde. Het 1^e onderzoek heeft geleid tot doorontwikkeling tot het huidige programma Revalidatie, Sport en Bewegen. Het 2^e onderzoek geeft aanleiding tot nog meer maatwerk voor de revalidant door gebruik te maken van diagnose overstijgende patiëntprofielen.

1.2 Doel

Hoofddoel – max 100 woorden

Wat is het hoofddoel van de interventie?

Deelnemers ontwikkelen tijdens revalidatie een actieve leefstijl (i.e. deelnemers voldoen aan de Beweegrichtlijnen en/of sporten wekelijks) en behouden deze tot 1 jaar na revalidatie.

Subdoelen – max 350 woorden

Wat zijn de subdoelen van de interventie? Indien van toepassing: welke subdoelen horen bij welke intermediaire doelgroepen of subdoelgroep(en)?

Subdoelen einddoelgroep

Direct na afloop van de interventie:

1. Hebben deelnemers kennis gemaakt met verschillende beweeg- en sportactiviteiten
2. Hebben deelnemers positieve ervaringen opgedaan met bewegen en sporten
3. Hebben deelnemers een positieve attitude t.a.v. bewegen en sporten
4. Is bij deelnemers vertrouwen ontstaan dat er voor hen een passende beweeg- en/of sportactiviteit is
5. Ervaren deelnemers sociale steun ten aanzien van bewegen en sporten door mede-revalidanten
6. Zijn deelnemers tevreden met de ontvangen begeleiding vanuit de sport- en beweegconsulent
7. Zijn deelnemers gemotiveerd om te blijven bewegen en/of sporten

Eén jaar na het afronden van de interventie:

8. Voldoen deelnemers aan de Beweegrichtlijnen en/of sporten zij wekelijks georganiseerd of ongeorganiseerd

Subdoelen intermediaire doelgroep

9. *Sport- en beweegconsulenten* maken gebruik van motiverende gespreksvoering bij het begeleiden van revalidanten naar een actievere leefstijl.
10. *Sport- en beweegconsulenten* verwijzen deelnemers door naar een passende beweeg- en/of sportactiviteiten.
11. *Revalidatie artsen/ medisch specialisten (hoofdbehandelaar)* richt in samenwerking met andere professionals een interne doorverwijsstructuur in.
12. *Projectleiders/ managers van revalidatie-instellingen* monitoren in samenwerking met andere professionals de kernelementen uit het programma

1.3 Aanpak

Opzet van de interventie – max 200 woorden

Hoe is de opzet van de interventie en wat is de omvang (duur, aantal contacten – indien van toepassing)?

Voeg eventueel een schema toe als bijlage.

Het programma Revalidatie, Sport en Bewegen sluit aan op de verschillende fasen van de revalidatie behandeling (zie Figuur 1). Hierdoor is het programma verweven in de gehele revalidatiebehandeling. De duur van de revalidatiebehandeling, en daarmee van RSB, verschilt per aandoening en per persoon, van enkele weken tot meerdere maanden (Revalidatie Nederland 2016).

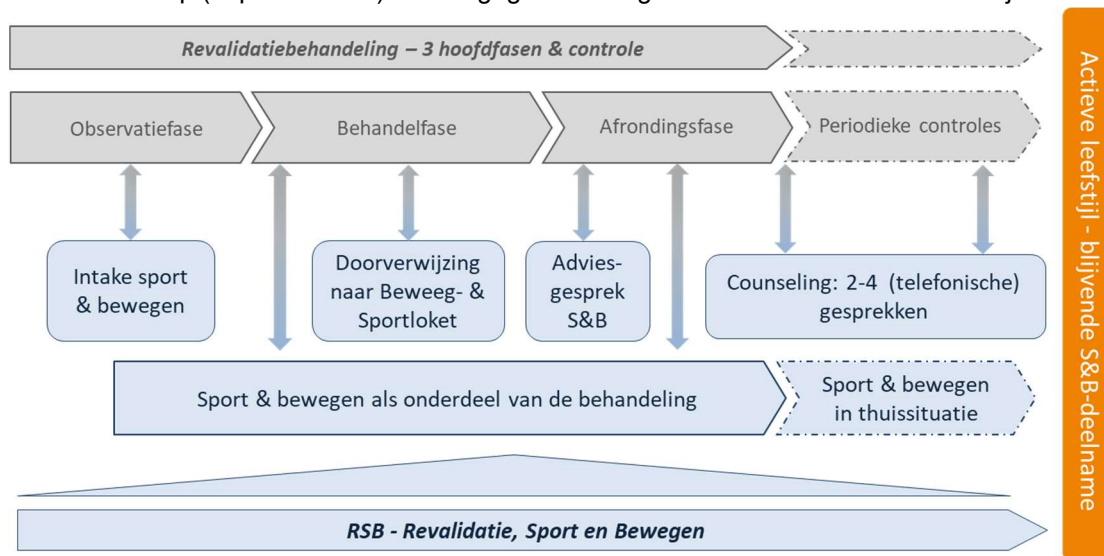
Het programma RSB kent de volgende stappen:

- **Vorbereiding**
De landelijke programmacoördinator van RSB voert gesprekken met (medisch) management van revalidatie-instellingen. Wanneer een instelling RSB wil gaan uitvoeren wordt een samenwerkingsovereenkomst getekend met de interventie eigenaar. Deze overeenkomst wordt aangegaan voor een periode van maximaal 3 jaar.¹ Binnen de organisatie wordt een projectleider benoemd en in samenwerking een projectplan opgesteld. De landelijke programmacoördinator begeleidt dit vaak intensieve, voorbereidingstraject. Draagvlak bij management en revalidatieartsen is van belang.
- **Implementatie**
De revalidatie-instelling stelt een sport- en beweegconsulent aan. Deze is wekelijks een aantal uur aanwezig in het Beweeg- en sportloket, een fysieke plek in de revalidatie-instelling. Hierdoor is hij/zij goed bereikbaar en zichtbaar. De revalidatiearts/medisch specialist richt een doorverwijsstructuur in. De volgende **kernonderdelen** van RSB worden uitgevoerd:
 - Intakegesprek sport en bewegen
 - Sport en bewegen tijdens de behandeling
 - Persoonlijk adviesgesprek aan het einde van de behandeling
 - (Telefonische) counseling tot 3 maanden na ontslag
- **Monitoring en evaluatie**
De projectleider/ manager van de revalidatie-instelling monitort de voortgang en resultaten van RSB. Hiervoor is een digitale registratietool ontwikkeld. De revalidatie-instelling kan er ook voor kiezen om

¹ Wanneer de instelling hierna door wil gaan met de interventie en verdere ondersteuning wil, wordt een licentieovereenkomst afgesloten. De licentie is een voortzetting van de samenwerking en richt zich op de duurzame verankering van de interventie binnen de instelling in de vorm van advies, kennisdeling, belangenbehartiging en materialen door de interventie eigenaar.

deze registratietool in te bouwen in het eigen Elektronisch Patiënten Dossier. Indien nodig worden op basis van de monitoring en evaluatie aanpassingen gedaan tijdens de implementatie.

De tweede stap (implementatie) is weergegeven in Figuur 1 en verder beschreven bij de inhoud.



Figuur 1. Schematische weergave van het programma Revalidatie, Sport en Bewegen tijdens een (poli)klinische revalidatiebehandeling.

Inhoud van de interventie – max 1200 woorden

Welke concrete activiteiten worden uitgevoerd en -eventueel- in welke volgorde? Geef geen uitputtende beschrijving van activiteiten; het is voldoende als de lezer zich een beeld kan vormen van wat er gedaan wordt en hoe dit gedaan wordt.

Indien van toepassing per onderdeel samenvatten. Vergeet niet aandacht te besteden aan de werving.

Bij interventies op maat: geef aan wat op basis van welke criteria wanneer wordt uitgevoerd. Geef ook aan wat minimaal moet worden uitgevoerd om de gestelde doelen te behalen.

Inhoud kernonderdelen RSB in de implementatiefase

Tijdens de implementatie van RSB in een revalidatie-instelling worden onderstaande kernonderdelen uitgevoerd. De kernonderdelen van RSB sluiten aan bij de drie hoofdfasen die standaard worden onderscheiden tijdens de (poli)klinische revalidatiebehandeling: de observatie-, behandel- en afrondingsfase. De kernonderdelen zijn beschreven in Tabel 1 en worden hieronder kort toegelicht. Uitgebreidere informatie is te vinden in het handboek.

Intakegesprek sport en bewegen

De revalidatiearts/medisch specialist (hoofdbehandelaar) voert zelf een intakegesprek met de revalidant of mandateert een andere zorgprofessional om dit gesprek te voeren. In het intake gesprek worden de historie en interesse van de revalidant ten aanzien van sport en bewegen besproken. De uitkomsten worden verwerkt in het individueel behandelplan. Doelen omtrent een 'actieve leefstijl en sport' worden hiermee dus integraal onderdeel van het behandelplan. Een individueel behandelplan wordt normaliter altijd opgesteld voor een revalidatiebehandeling, echter beweegdoelen hebben hierin niet standaard een plaats. Door het intakegesprek sport en bewegen van RSB krijgen deze doelen veel explicieter aandacht, worden beter onderbouwd en op maat toegesneden op de revalidant. Het intake gesprek vindt meestal plaats tijdens de observatiefase, maar kan ook tijdens de behandelfase plaatsvinden.

Sport en bewegen tijdens de revalidatiebehandeling

Tijdens de behandelfase wordt het behandelplan uitgevoerd, en gaat de revalidant aan de slag met zijn/haar persoonlijke sport- en beweegdoelen. De bewegingsagoog/fysiotherapeut ondersteunt de revalidant hierbij, geeft relevante oefeningen en stimuleert hem/haar om te bewegen en sporten. De bewegingsagoog/

fysiotherapeut doet dit in samenwerking met het multidisciplinair behandelteam en de sport- en bewegingsconsulent. Tijdens de behandelfase neemt de revalidant deel aan de beweeggroepen en aan kennismakingsactiviteiten/clinics van diverse sporten, georganiseerd door de bewegingsagoog of de sport- en bewegingsconsulent. Aan het eind van de behandelfase wordt de revalidant doorverwezen naar de sport- en bewegingsconsulent voor een persoonlijk adviesgesprek.

Adviesgesprek met sport- en bewegingsconsulent

Tijdens de afrondingsfase voert de sport- en bewegingsconsulent een persoonlijk adviesgesprek met de revalidant om te bespreken hoe hij/zij in de thuissituatie een actieve leefstijl kan volhouden. Waar mogelijk sluit ook een naaste aan bij dit gesprek. Deze vervult een belangrijke ondersteunende rol in de thuissituatie. In de afrondingsfase wordt normaliter de behandeling afgesloten en wordt de revalidant voorbereid op de periode na de behandeling. Het doel van het persoonlijk adviesgesprek van RSB is de revalidant te adviseren over een passende beweeg- en/of sportmogelijkheden, dichtbij de eigen woonomgeving. Dit kan zowel gaan over georganiseerde als ongeorganiseerde beweeg- en/of sportmomenten. De sport- en bewegingsconsulent gebruikt in het adviesgesprek Motivational Interviewing en adviseert welke vorm van bewegen of sport past bij de fysieke eigenschappen, interesse en talenten van de revalidant. Tevens zorgt de sport- en bewegingsconsulent voor een “warme overdracht” naar het regionale/lokale sport- en beweegaanbod.

Counseling in de thuissituatie

Vaak is na beëindiging van het revalidatietraject sprake van terugval in het fysieke activiteitenpatroon van de (ex-)revalidant. Daarom biedt RSB (telefonische) counseling in de thuissituatie gedurende de eerste 3 maanden na ontslag. Deze counseling is erop gericht om de ex-revalidant te stimuleren om ook in de thuissituatie fysiek actief te blijven. De sport- en bewegingsconsulent voert twee tot vier (telefonische) counselinggesprekken met de ex-revalidant op 2, 5, 8 en/of 13 weken na ontslag, gebaseerd op de uitkomsten van wetenschappelijk onderzoek naar de programma's Revalidatie en Sport en Actief na Revalidatie (Van der Ploeg, 2006) en het in 2017 afgeronde promotie onderzoek (Hoekstra, 2017). In de gesprekken wordt Motivational Interviewing toegepast en is ruimte voor advies, vragen, ondersteuning en stimulering van sport- en beweegactiviteiten.

Inhoud en principes van RSB

Tijdens de voorbereiding, implementatie en monitoring & evaluatie wordt gewerkt volgens de volgende principes.

Maatwerk

De revalidant vormt het uitgangspunt en is de belangrijkste partner tijdens het behandeltraject. Door toepassing van Motivational Interviewing tijdens de gesprekken staat de revalidant en zijn/haar mogelijkheden en wensen ook echt centraal en wordt gewerkt aan gedragsverandering vanuit intrinsieke motivatie. Het stages of change model wordt gebruikt om aan te sluiten bij de fase van gedragsverandering van de revalidant.

Samenwerking

Gedurende het gehele behandeltraject wordt samengewerkt met het multidisciplinaire behandelteam (fysiotherapeut, ergotherapeut, maatschappelijk werker, psycholoog en bewegingsagoog). De sport- en bewegingsconsulent sluit hiertoe aan bij de multidisciplinaire behandeloverleggen. De samenwerking is vooral gericht op het creëren en behouden van betrokkenheid ten aanzien van bewegen en sporten tijdens de behandeling en het realiseren van een goede informatieoverdracht over de revalidant.

Rol projectleider

Na ondertekening van de samenwerkingsovereenkomst stellen revalidatie-instellingen een projectleider aan. De projectleider stelt het projectplan op en begeleidt de implementatie. De projectleider wordt hierbij ondersteund door de landelijke programmacoördinator van RSB. Vaak is de projectleider een manager van de revalidatie-afdeling. Een belangrijke taak van de projectleider is monitoring en evaluatie van de voortgang en resultaten van RSB. Zo kan gedurende het hele traject de implementatie worden bijgestuurd.

Rol revalidatiearts/ medisch specialist

Onder verantwoordelijkheid van de revalidatiearts/medisch specialist wordt het interne doorverwijstraject gestructureerd en gestandaardiseerd. Zo wordt een centraal coördinatiepunt benoemd (bijvoorbeeld bewegingsagogie), een sport- en beweegconsulent aangesteld en een sportloket opgezet. Het sportloket is de fysieke spreekkamer van de sport- en beweegconsulent. Ook wordt een protocol opgesteld voor doorverwijzing vanuit revalidatieartsen/ medisch specialisten naar de sport- en beweegconsulent. De revalidatiearts/ medische specialist doet dit samen met andere professionals.

Rol sport- en beweegconsulent

De sport- en beweegconsulent heeft een rol in het persoonlijk ondersteunen, begeleiden en adviseren van revalidanten om sportief actieve leefstijl te ontwikkelen en te behouden. De sport- en beweegconsulent organiseert ook beweeggroepen binnen de revalidatie-instellingen, alsmede laagdrempelige kennismakingsactiviteiten zoals clinics, recreatieve toernooien, gastlessen en lessenreeksen. Tot slot heeft de sport- en beweegconsulent een belangrijke taak in het opbouwen en onderhouden van een netwerk met betrekking tot voor de doelgroep passend sport- en beweegaanbod. Doordat de sport- en beweegconsulent goed op de hoogte is van regionaal/lokaal sport- en beweegaanbod, kan de sport- en beweegconsulent de revalidant verwijzen naar passend aanbod eventueel in samenwerking met de buurtsportcoach. De sport- en beweegconsulent neemt op verzoek van de revalidant regelmatig contact op met de sport- of beweegaanbieder om eventuele bijzonderheden te bespreken en/of gaat de eerste keer mee naar de sport- of beweegaanbieder (warme overdracht).

Vanwege de doelgroep (mensen met lichamelijke beperkingen en/of een chronische aandoening) is het belangrijk dat regionale/lokale sport- en beweegaanbieders beschikken over deskundig kader. Waar nodig wordt in overleg gekeken naar (bij)scholings mogelijkheden van het kader. Naast sport- en beweegaanbieders bestaat het netwerk ook uit andere relevante samenwerkingspartners (gemeenten, sportraad, sportbond, patiëntenorganisaties). In samenwerking met het netwerk kan nieuw aanbod worden gerealiseerd, wanneer er onvoldoende passend aanbod is. Eventueel organiseert de sport- en beweegconsulent een vangnetaanbod, dit wil zeggen dat revalidanten in voorkomende gevallen na afloop van de behandeling nog een periode deelnemen aan sport- en beweegactiviteiten in de vertrouwde omgeving van de revalidatie-instelling.

Zie tabel 1 op de volgende pagina.

Tabel 1: Inhoud implementatie kernonderdelen RSB tijdens een (poli)klinische revalidatiebehandeling.

Kernonderdelen RSB	Betrokken professionals	Fase van revalidatie-behandeling
- Intakegesprek met betrekking tot bewegen en sport (kan ook tijdens behandelphase) - Eventueel met behulp van intakeformulier - Aandacht voor bewegen en sport in het individueel behandelplan	Revalidatiearts / medisch specialist (of gemandateerde professional)	Observatiefase
- Intakegesprek met betrekking tot bewegen en sport (indien nog niet gedaan in observatiefase) - Eventueel m.b.v. een intakeformulier - Beweeg- en sportstimulering in het kader van het behandelplan - Organiseren van beweeggroepen - Organiseren van kennismakingsactiviteiten met betrekking tot bewegen en sport - Evt. in samenwerking met externe sportbonden of verenigingen (bijvoorbeeld clinics, toernooien etc.) - Doorverwijzing naar sport- en beweegconsulent van het Beweeg- & Sportloket - Eventueel m.b.v. een doorverwijsformulier	- Revalidatiearts/ medisch specialist (of gemandateerde professional) - Bewegingsagoog en/of fysiotherapeut - Multidisciplinair behandelteam - Sport- en beweegconsulent - Evt. Sportbonden of -verenigingen - Evt. Trainers/begeleiders van sport- en patiëntenverenigingen - Revalidatiearts/ medisch specialist - Afdeling planning en/of secretariaat	Behandelphase
- Voeren van persoonlijk adviesgesprek: - Aandacht voor fase van gedragsverandering - Motivational interviewing - Verstrekken van beweeg- en/of sportadviezen - Verwijzing naar passende beweeg- en/of sportactiviteiten (warme overdracht)	Sport- en beweegconsulent <i>NB: Wanneer de patiënt niet actief is en dit ook niet wil worden, traject stoppen en terugkoppelen naar verantwoordelijk medisch specialist/verwijzer.</i>	Afrondingsfase
(Telefonische) counseling gesprekken 2-4 gesprekken (bij 2, 5 8 en/of 13 weken na ontslag), de frequentie wordt gebaseerd op adviesgesprek. - Aandacht voor fase van gedragsverandering - Motivational interviewing - Evt. bijscholen kader lokaal sport- en beweegaanbieders (optioneel) - Evt. creëren nieuw sport- en beweegaanbod ism samenwerkingspartners (optioneel) - Evt. organiseren van vangnetaanbod (optioneel)	Sport- en beweegconsulent <i>NB: Wanneer de patiënt niet actief is en dit ook niet wil worden, counseling stoppen en terugkoppelen naar verantwoordelijk medisch specialist/verwijzer.</i>	Na ontslag (thuisituatie)

2. Uitvoering

Materialen – max 200 woorden

Welke materialen zijn beschikbaar voor de uitvoering, werving en evaluatie van de interventie?

Voor management en projectleider:

- **Format Samenwerkingsovereenkomst**
Deze samenwerkingsovereenkomst wordt afgesloten tussen de instelling en de interventie eigenaar voor maximaal 3 jaar. Partijen leggen bepalingen vast om samen te werken aan de opbouw en implementatie van de interventie binnen de betreffende instelling.
- **Format Licentie overeenkomst**
Wanneer de instelling na de periode van maximaal 3 jaar door wil gaan met de interventie en verdere ondersteuning wil van de interventie eigenaar, wordt een licentieovereenkomst afgesloten. De licentie is een voortzetting van de samenwerking en richt zich op de duurzame verankering van de interventie binnen de instelling in de vorm van advies, kennisdeling, belangenbehartiging en materialen door de interventie eigenaar.
- **Format voor het opstellen van een projectplan**

Voor sport- en beweegconsulenten:

- **Handboek Revalidatie, Sport en Bewegen** met daarin informatie over de uitvoering van het Programma.
- **Handleiding bij het boekje 'Mijn Beweegredenen'**

Voor revalidanten

- **Folder Beweeg- & Sportloket** met daarin informatie voor de revalidant, ter voorbereiding op het adviesgesprek
- **Boekje 'Mijn Beweegredenen'**
In dit boekje worden de 6 fases van gedragsverandering beschreven om te komen tot meer bewegen. Ook wordt met rolmodellen gewerkt en worden vragen gesteld aan de revalidant die passend zijn bij de verschillende fases. Het boekje is een aanvulling op de contacten met de sport- en beweegconsulent.

Algemeen

- [Promotiefilmpje](#)
- **Bord Beweeg- & Sportloket**: om het loket goed zichtbaar te maken binnen de instelling
- [Factsheet Revalidatie, sport en bewegen](#), uitgave van Revalidatie Nederland (op te vragen via Revalidatie Nederland)
- [Prestatie indicatoren](#) revalidatie, bewegen en sport (Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen werkgroep Bewegen en Sport (WVBS))
- **Boek met praktijkvoorbeelden: 'Het Sportloket brengt mensen in beweging'** (2016).

Monitoring en evaluatie

- **Digitale registratietool**, waarin advies- en counselingsgesprekken geregistreerd kunnen worden.

Alle bovenstaande materialen zijn te vinden dan wel op te vragen via de website: www.shnederland.nl

Locatie en type organisatie – max 200 woorden

Waar kan de interventie uitgevoerd worden en welk(e) soort(en) organisatie(s) kan/kunnen de interventie uitvoeren?

RSB kan worden uitgevoerd door revalidatie instellingen. Hieronder worden zowel revalidatiecentra verstaan als ziekenhuizen met een revalidatie afdeling (tweede en derdelijns gezondheidszorg). Vanuit de revalidatie wordt de verbinding gelegd naar het lokale sport- en beweegaanbod. Samenwerking vindt plaats met sport- en beweegaanbieders en gemeenten.

Opleiding en competenties van de uitvoerders – max 200 woorden

Wie zijn de uitvoerders en welke opleiding en competenties hebben zij nodig?

- De **sport- en beweegconsulent** is binnen de interventie een essentiële functie. Sommige revalidatiecentra en ziekenhuizen hebben een eigen sport- en beweegconsulent in dienst. Het is ook mogelijk dat een sport- en beweegconsulent van een gemeente of provinciale sportraad RSB uitvoert. Hij/zij krijgt daarvoor een werkplek in het ziekenhuis of revalidatiecentrum. De sport- en beweegconsulent:
 - Heeft bij voorkeur een bewegingsagogische achtergrond. Een uitgebreid profiel van de sport- en beweegconsulent is opgenomen in het handboek.
 - Heeft de 3-daagse training Motivational interviewing gevolgd en neemt deel aan bijbehorende terugkombijeenkomsten.
 - Is bekend met het lokale/regionale beweeg- en sportaanbod en is in staat een brug hiernaar te slaan
 - Voldoet aan de kerncompetenties luisteren, analyseren, samenwerken/netwerken en klantgericht werken of coachen.
- De **revalidatiearts/ medische specialist (hoofdbehandelaar)**
 - Is in staat draagvlak te creëren en een interne doorverwijsstructuur in te richten in samenwerking met de projectleider en andere professionals
 - Vanzelfsprekend is dat de revalidatiearts/ medisch specialist gediplomeerd is en voldoet aan de (bij)scholingseisen die er zijn vanuit de betreffende vakgroep.
- De **projectleider** is vaak een manager binnen de revalidatie-instelling of de sport- en beweegconsulent. De projectleider:
 - Is in staat draagvlak te creëren binnen de revalidatie-instelling (samen met andere professionals) en een projectplan op te stellen.
 - Is in staat verbinding te leggen tussen management en werkvloer professionals.
 - Ondersteunt, monitort en evalueert de implementatie van RSB met behulp van een registratietool of indicatoren in het Elektronisch Patiënten Dossier.

Kwaliteitsbewaking – max 200 woorden

Hoe wordt de kwaliteit van de interventie bewaakt?

De interventie eigenaar heeft een landelijke programmacoördinator RSB aangesteld. Deze coördineert de kwaliteitsbewaking. Dit gebeurt met maatwerk ondersteuning aan de licentiehoudende revalidatie-instellingen. Ook organiseert de landelijke programmacoördinator bijeenkomsten voor kennisdeling tussen revalidatie-instellingen. Jaarlijks worden regionaal bijeenkomsten georganiseerd om de betrokken Sport- & Beweegconsulenten en andere betrokken professionals bij te praten over de nieuwste ontwikkelingen en onderling kennis uit te wisselen.

Monitoring en evaluatie maakt een essentieel onderdeel uit van het programma. Hiervoor is de digitale Registratietool RSB ontwikkeld (AVG proof). De projectleider/ management van de revalidatie-instelling kan door middel van de gegevens uit de registratietool rapporteren over tenminste: het aantal deelnemende revalidanten, aantal adviesgesprekken, aantal doorverwijzingen, gekozen sport-/beweegactiviteit, aantal counselinggesprekken. Het is ook mogelijk om de indicatoren in te bouwen in het eigen Elektronisch Patiënten Dossier.

Indien nodig worden op basis van de evaluatie aanpassingen gedaan ten aanzien van de implementatie van RSB in de revalidatie-instelling.

De monitoring- en evaluatiegegevens worden gedeeld met de programma coördinator RSB zodat een landelijk beeld ontstaat van de implementatie en benodigde bijstellingen. Dit gebeurt AVG proof.

Randvoorwaarden – max 200 woorden

Wat zijn de organisatorische en contextuele randvoorwaarden voor een goede uitvoering van de interventie?

RSB is een complex programma dat met meerdere onderdelen ingrijpt in diverse lagen van een revalidatie-instelling (management, professionals, revalidanten). Hierbij is een succesvolle implementatie belangrijk om de doelen te kunnen behalen. Op basis van de literatuur zijn daarom randvoorwaarden geïdentificeerd. Hiermee dient rekening te worden gehouden tijdens de implementatie van RSB.

De volgende randvoorwaarden zijn specifiek voor RSB van belang (Grol en Wensink 2006; Fleuren et al., 2006; Hoogendam en Linger, 2010; Hoekstra, 2017): creëren van draagvlak, rekening houden met einddoelgroep en intermediaire doelgroep, kennisuitwisseling, zichtbare voordelen, evaluatie, betrokkenheid en ownership.

Op de volgende manieren wordt hieraan aandacht besteed:

- Creëren van draagvlak: door o.a. gesprekken, samenwerkingsovereenkomst en projectplan. Zonder draagvlak onder management en revalidatieartsen wordt niet gestart met implementatie van RSB binnen een revalidatie-instelling.
- Aandacht voor belangen en processen op verschillende niveaus: management, revalidatiearts en sport- en beweegconsulent richten met elkaar interne doorverwijsstructuur in
- Samenwerking met multidisciplinair behandelteam gedurende hele traject.
- Kennisuitwisseling via regelmatige (landelijke) bijeenkomsten waar diverse personen vanuit een revalidatie-instelling aan deelnemen
- Aandacht voor einddoelgroep: is verweven in programma door maatwerk te leveren op basis van motivational interviewing en aansluiten bij fase van gedragsverandering.
- Zichtbare voordelen programma: uit onderzoek blijkt dat professionals de meerwaarde van RSB ervaren (van der Ploeg et al., 2006; Hoekstra, 2017).
- Onderzoek en evaluatie: via diverse wetenschappelijke studies wordt RSB al sinds 1997 onderzocht en doorontwikkeld. Daarmee worden nieuwe inzichten continu geïntegreerd in het programma. Bovendien wordt gewerkt met continue monitoring door revalidatie-instellingen waar RSB wordt uitgevoerd.
- Betrokkenheid en ownership bij gebruikers: revalidatie-instellingen die RSB implementeren nemen deel aan een community met een eigen huisstijl, digitaal platform en bijeenkomsten.

Implementatie – max 200 woorden

Is er een systeem voor implementatie? Geef een samenvatting.

Om revalidatie-instellingen bekend te maken met RSB zijn een promotiefilmpje, factsheet en boek met praktijkvoorbeelden ontwikkeld. Deze worden verspreid via voor de doelgroep bekende kanalen zoals Revalidatie Nederland.

Een revalidatie-instelling die interesse heeft in RSB kan terecht bij de landelijke programmacoördinator RSB. Deze voert oriënterende gesprekken met de revalidatie-instelling. Wanneer er voldoende draagvlak is, wordt een samenwerkingsovereenkomst ondertekend die wordt aangegaan tussen de revalidatie-instelling en de interventie eigenaar. Hierna wordt samengewerkt aan de totstandkoming van een projectplan. Na formalisering van de samenwerking investeert de programmacoördinator RSB in bezoeken en contact om draagvlak te behouden en de implementatie verder te begeleiden. Indien wenselijk sluit de programmacoördinator aan bij gesprekken die de sport- en beweegconsulent voert om de brug met regionale/lokale sport- en beweegaanbod te slaan.

Om de landelijke implementatie van RSB te bevorderen wordt op diverse fronten actie ondernomen. Zo wordt gewerkt aan de structurele financiële inbedding van RSB binnen revalidatie-instellingen. De VWS-directies curatieve zorg, langdurige zorg en zorgverzekeringen zijn betrokken geweest bij een interne adviescommissie voor RSB om input te leveren voor de financiële borging. Het streven is om de kosten van de sport- en beweegconsulent onderdeel te laten worden van geïndiceerde zorg, door deze op te nemen

onder de module “inactieve leefstijl” in de nieuwe Modulestructuur in de Revalidatiezorg (ingangsdatum nieuwe financieringsstructuur naar verwachting 01/01/2020). Op dit moment loopt een meerjarenpilot rondom de nieuwe Modulestructuur.

Ook zijn in samenwerking met de werkgroep Bewegen en Sport van de Nederlandse Vereniging voor Revalidatieartsen (WVBS) prestatie-indicatoren ontwikkeld. Revalidatie-instellingen kunnen de door het werkveld goedgekeurde set van prestatie-indicatoren implementeren. Hierdoor ontstaat binnen de revalidatiegeneeskunde draagvlak voor de wijze waarop sport en bewegen deel uitmaken van de revalidatiebehandeling en de periode erna.

Voor de duurzame verankering van de interventie sluit de instelling desgewenst na de afgesproken periode in de samenwerkingsovereenkomst een licentie overeenkomst af met de interventie eigenaar.

Kosten – max 200 woorden

Wat zijn de kosten van de interventie? Benoem daarbij de personele (in aantallen uren) en de materiële kosten.

RSB kosten per instelling per jaar

Onderstaande begroting is gebaseerd op een gemiddelde van 200 revalidanten die worden doorverwezen naar het Beweeg- & Sportloket per revalidatie instelling per jaar.

	Kosten		
	Personeel	Activiteiten	Totaal
A Noodzakelijk			
1 Projectleiding	€ 8.320,00	€ 1.500,00	€ 9.820,00
2 implementatie en uitvoering	€ 12.740,00	€ 2.000,00	€ 14,740,00
3 PR/ voorlichting	€ 3.900,00	€ 1.000,00	€ 4.900,00
B Wenselijk			
4 Opzetten beweeggroepen	€ 3.250,00	€ 1.400,00	€ 4.650,00
5 Extra kennismakings-activiteiten door externen		€ 1.000,00	€ 1.000,00
TOTAAL	€ 28.210,00	€ 6.900	€ 35.110

Toelichting

Bij de kostensoorten kan onderscheid gemaakt worden tussen noodzakelijke en wenselijke activiteiten/kosten.

A. Noodzakelijke activiteiten en kosten

1. Projectleiding is een **vaste kostenpost** onafhankelijk van het aantal revalidanten (indicatie 4,5 uur per week gedurende het gehele jaar)
2. Implementatie en uitvoering methodiek betreft de inzet van de sport- en beweegconsulent inclusief het organiseren van interne kennismakingslessen/clinics (indicatie 8 uur per week gedurende het gehele jaar) Deze post is **variabel** en afhankelijk van het aantal deelnemers.
3. PR/voorlichting is een **vaste kostenpost** en onafhankelijk van het aantal revalidanten (indicatie 2,5 uur per week gedurende het gehele jaar)

B. Wenselijke activiteiten

4. Opzetten beweeggroepen is een **variabele kostenpost** (indicatie 2,5 uur per week gedurende het gehele jaar)
5. Additionele kennismakingsactiviteiten door externen is een **variabele kostenpost**

Zolang de inzet van de Sport- & Beweegconsulent nog niet (volledig) wordt gedekt vanuit de verzekerde zorg (zie paragraaf Implementatie), dienen deze kosten op andere wijze te worden gefinancierd. Enkele voorbeelden hiervan:

- eigen bijdrage van de instelling
- eigen bijdrage van de revalidant (optioneel mbt contributie/deelname aan beweeggroepen)
- bijdrage gemeente
- bijdrage fonds(en)

3. Onderbouwing

Probleem – max 400 woorden

Voor welk probleem of (mogelijk) risico is de interventie ontwikkeld? Omschrijf aard, ernst, spreiding en gevolgen.

In 2017 voldeden Nederlanders van 12 jaar en ouder met een lichamelijke beperking (motorisch, auditief, visueel) en/of een chronische aandoening minder vaak aan de Beweegrichtlijnen dan mensen zonder aandoening of beperking. Van de mensen met zowel een lichamelijke beperking als een chronische aandoening is het percentage het laagst, slechts 16% voldoet. Mensen met alleen een lichamelijke beperking voldoen iets vaker aan de Beweegrichtlijnen, namelijk 31%. Voor mensen met alleen een chronische aandoening bedraagt dit percentage 44%. Dit beeld komt overeen met cijfers uit 2014 en 2016 (CBS en RIVM, 2017).

Ter vergelijking: in 2017 voldeed 51% van de Nederlanders van 12 jaar en ouder zonder chronische aandoening of lichamelijke beperking aan de Beweegrichtlijnen (CBS en RIVM, 2017).

Ook de wekelijkse sportdeelname van mensen met een lichamelijke beperking en chronische aandoening blijft sterk achter bij die van mensen zonder lichamelijke beperking en/of chronische aandoening (29% versus 63%) (CBS en RIVM, 2017).

Uit onderzoek blijkt ook dat mensen met een motorische beperking per dag aanzienlijk meer tijd zittend door brengen dan mensen zonder beperking (Manns et al., 2012; Rosenberg et al., 2011).

Van de bevolking ouder dan 12 jaar ervaart 13% één of meer lichamelijke beperkingen (motorisch, auditief, visueel): 9% van de mannen en 16% van de vrouwen. In 2016 hadden 5,1 miljoen mensen minimaal eenmaal contact met de huisartsenpraktijk voor een chronische ziekte. Dit komt overeen met 30% van de Nederlandse bevolking. Zowel lichamelijke beperkingen als chronische aandoeningen nemen toe met het ouder worden. (CBS en RIVM, 2017)

Per jaar volgen ruim 55.000 personen met een lichamelijke beperking en/of chronische aandoening een revalidatietraject. De volgende tabel geeft het aantal revalidanten dat gebruik maakte van de verschillende behandelvormen in 2017 weer (Revalidatie Nederland, 2018).

Behandelvorm	Klinisch	Poliklinisch
Kinderen (< 18 jaar)	323	13.426
Volwassenen	6.254	42.253
Totaal	6.577	55.679

Na beëindiging van het revalidatietraject keert de revalidant weer terug in de thuissituatie. Echter vaak is hierbij sprake van terugval in het fysieke activiteitenpatroon van de (ex-)revalidant (van der Ploeg et al, 2006). De regelmatige/dagelijkse therapieën met fysieke belasting, die binnen de revalidatie-instelling vanzelfsprekend onderdeel vormden van de weekindeling, zijn namelijk gestopt. Revalidatie-instellingen bieden geen standaard ondersteuning aan de (ex-) revalidant om in de thuissituatie door te gaan met sporten en bewegen, en zo een terugval tegen te gaan. Met name bij mensen met een lichamelijke beperking die te kampen hebben met mobiliteitsproblemen, is sprake van een verhoogd risico op het ontwikkelen van een inactieve leefstijl (Galea, 2012; Rosenberg et al., 2011).

Lichamelijke inactiviteit is een risicofactor voor het ontwikkelen van onder meer obesitas, diabetes en hart- en vaatziekten (Rimmer et al., 2012; Wijndaele et al., 2011; Dustan et al, 2010; Owen et al., 2010).

Oorzaken – max 400 woorden

Welke factoren veroorzaken het probleem of (mogelijk) risico?

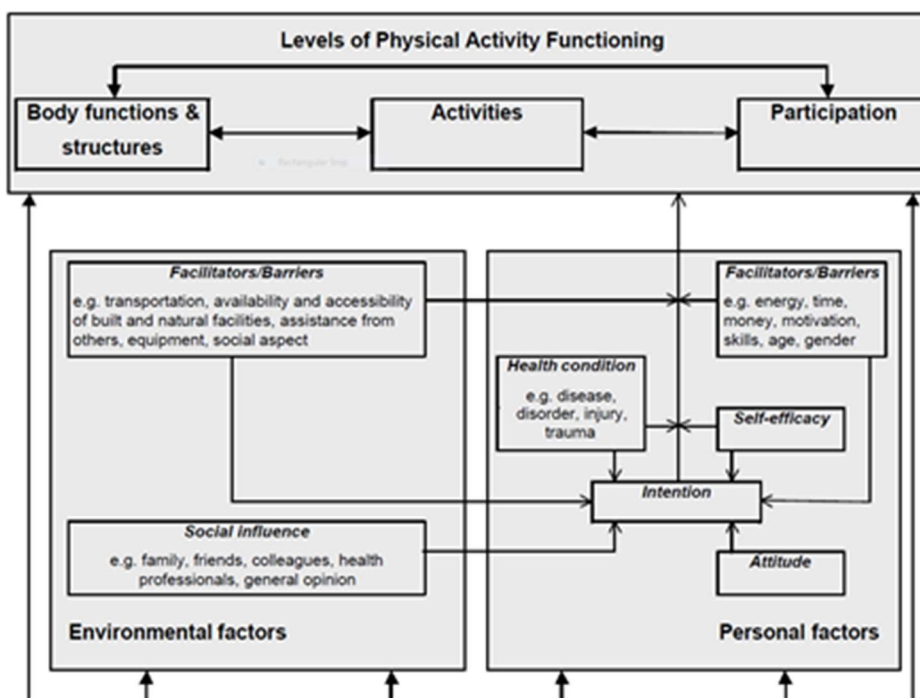
Zowel omgevings- als persoonlijke factoren dragen bij aan het feit dat mensen met een lichamelijke beperking en/of een chronische aandoening minder vaak aan de Beweegrichtlijnen voldoen en/of actief zijn in sport (Martin Ginis et al., 2016). Van der Ploeg et al. (2004) hebben deze factoren in samenhang weergegeven in het Physical Activity Disability model (Figuur 2). Dit model is gebaseerd op het ASE model (De Vries et al., 1988), het stage-of-change model (Prochaska & Diclemente, 1983) en het model van Bouchard et al. (1994).

Omgevingsfactoren:

- **Sociale omgevingsinvloeden**
Een oorzaak voor weinig bewegen en sporten is gelegen in weinig steun en/of aanmoediging van anderen in de omgeving waaronder familie, vrienden, collega's en zorg professionals. De omgeving onderschat vaak de mogelijkheden van mensen lichamelijke beperking en/of chronische ziekte om te sporten en/of actief te bewegen (Hoogendoorn et al., 2016; Martin Ginis et al., 2016).
- **Fysieke omgevingsinvloeden**
Iemand die niet tot weinig beschikt over vervoersmogelijkheden, geen of weinig voorzieningen in de omgeving heeft die toegankelijk zijn voor mensen met een lichamelijke beperking en/of chronische aandoening, weinig hulp krijgt van anderen, en/of over geen of weinig (medische/sport) hulpmiddelen beschikt, loopt meer risico om weinig te bewegen en sporten.

Persoonlijke factoren:

- **Fysieke conditie:** de aandoening of beperking die iemand heeft, vermindert de mogelijkheden tot bewegen en sporten. Dit geldt ook voor een evt. verlaagde conditie.
- Een oorzaak voor weinig bewegen en sporten is ook gelegen in weinig energie, tijd, geld, motivatie en/of vaardigheden om te bewegen. Voor mensen met een aandoening of beperking geldt ook dat er energie, tijd en geld nodig is voor het oplossen van problemen die zij als gevolg van hun aandoening in het dagelijks leven tegenkomen.
- Deze factoren interfereren met attitude, intentie en eigen effectiviteit en beïnvloeden de beweeg- en sportactiviteiten die uiteindelijk worden gedaan. Mensen met een lichamelijke beperking en/of chronische ziekte hebben vaak ten onrechte het gevoel dat zij niet in staat zijn actief bezig te zijn en/of te sporten (De Vries et al., 2005).



Figuur 2: Het Physical Activity Disability (PAD) model (Van der Ploeg et al. 2004)

Aan te pakken factoren – max 200 woorden

Welke factoren pakt de interventie aan en welke onder 1.2 benoemde (sub)doelen horen daarbij?

Let op: dit onderdeel hoeft niet ingevuld te worden voor erkenning op niveau 'Goed beschreven'.

Binnen RSB worden de volgende van de hierboven genoemde factoren aangepakt.

Omgevingsfactoren:

- Sociale omgevingsinvloeden: gebrek aan sociale steun
- Fysieke omgevingsinvloeden: gebrek aan (praktische informatie over) sporthulpmiddelen, financiën en vervoer. Gebrek aan (kennis over) passend sport- en beweegaanbod.

Persoonlijke factoren:

- Verminderde fysieke conditie
- Gebrek aan (intrinsieke) motivatie ten aanzien van sport- en bewegen
- Negatieve attitude ten aanzien van bewegen en sporten, niet het belang van een actieve leefstijl inzien en wat het je kan opleveren
- Gebrek aan eigen effectiviteit, weinig vertrouwen in de eigen mogelijkheden om te kunnen bewegen en sporten

Verantwoording – max 1000 woorden

Maak aannemelijk dat met deze aanpak ook daadwerkelijk de doelen bij deze doelgroep bereikt kunnen worden.

Het doel van RSB is dat deelnemers tijdens revalidatie een actieve leefstijl ontwikkelen, i.e. bewegen en/of sporten en dit ook behouden tot 1 jaar na revalidatie. Om de RSB deelnemers structureel meer te laten bewegen wordt gefocust op de volgende factoren:

- Omgevingsfactoren: sociale omgeving, fysieke omgeving
- Persoonlijke factoren: lichamelijke conditie, motivatie, attitude en eigen effectiviteit

In tabel 2 staat een overzicht van de factoren waarop gefocust wordt en de methoden die gebruikt worden binnen de interventie om de beschreven subdoelen te bereiken. Vervolgens wordt onderbouwing hiervan per subdoel beschreven in de tekst. Tezamen dragen deze subdoelen bij aan het hoofddoel.

Tabel 2. Factoren, subdoelen, aanpak en onderbouwing van RSB

Factor	Gerelateerd Subdoel	Aanpak RSB	Theoretische onderbouwing
Sociale omgeving	Subdoel 5. Deelnemers ervaren sociale steun ten aanzien van bewegen en sporten	- Deelnemers ontvangen steun van mede-revalidanten in diverse groepsactiviteiten. - In het boekje 'Mijn beweegredenen' is gewerkt met een rolmodel waarmee revalidanten zich kunnen identificeren.	- Groepen hebben een belangrijke rol in het geven en ontvangen van sociale steun (Eyler et al., 1999; Rimmer et al., 2004). - Modeling (Social Cognitive Theory, Bandura 1986). - Belang sociale steun van naasten van revalidanten (Hoekstra et al., 2017).
	Subdoel 6. Deelnemers zijn tevreden met de ontvangen begeleiding vanuit de sport- en beweegconsulent	De sport- en beweegconsulent verleent functionele sociale steun, welke doorgaat gedurende de eerste 3 maanden in de thuissituatie	Sociale steun vanuit de omgeving draagt bij aan gedragsverandering (De Vries et al, 1988).

Fysieke omgeving	Subdoel 1. Deelnemers hebben kennis gemaakt met verschillende beweeg- en sportactiviteiten	- Deelnemers proberen sport- en beweegaanbod uit en ontvangen informatie over passend aanbod. - Deelnemers ontvangen praktische informatie over sporthulpmiddelen, financiën en vervoer. - Evt. wordt nieuw sport- en beweegaanbod gecreëerd en/of wordt kader bijgeschoold zodat de sport- en beweegmogelijkheden in de omgeving van de revalidant toenemen.	Wegnemen van barrières in de toegang tot adequaat sport- en beweegaanbod (fysieke omgeving) is een belangrijke factor voor gedragsverandering bij mensen met lichamelijke beperkingen (PAD model, van der Ploeg et al., 2004; Martin Ginis et al., 2016)
Lichamelijke conditie	Subdoel 2. Deelnemers hebben positieve ervaringen opgedaan met bewegen en sporten	- Gedurende hele traject wordt samengewerkt met het multidisciplinair behandelteam aan goede revalidatie, verbeterde conditie en daarmee vergroting van de fysieke mogelijkheden van de revalidant. - Omdat de begeleiding is afgestemd op de persoonlijke interesse en mogelijkheden van de revalidant, ontstaan er succeservaringen (het gevoel dat het lukt).	- Een betere lichamelijke conditie leidt tot minder moeite bij fysieke activiteiten (Buffart, 2008; Rimmer et al., 2012; Carroll et al., 2014), deelnemers komen daarmee in een positieve spiraal t.a.v. bewegen. - Succeservaringen dragen bij aan gedragsverandering (Performance accomplishments, Bandura 1997)
Motivatie	Subdoel 7. Deelnemers zijn gemotiveerd om te blijven bewegen en/of sporten	(Intrinsieke) motivatie wordt vergroot door op de persoon toegespitste counseling op basis van Motivational interviewing en gerelateerd aan de fase van gedragsverandering.	Motivational interviewing (Rodnick & Miller, 2013) Stages of change (Prochaska & Diclemente 1986)
Attitude	Subdoel 3. Deelnemers hebben een positieve attitude t.a.v. bewegen en sporten	Sport- en beweegconsulenten bespreken met deelnemers het belang van een actieve leefstijl en wat het ze kan opleveren.	Attitude is een belangrijke gedragsdeterminant volgens het ASE model (De Vries et al, 1988). Dit geldt ook voor revalidanten (Van der Ploeg, 2006).
Eigen effectiviteit	Subdoel 2. Deelnemers hebben positieve ervaringen opgedaan met bewegen en sporten	Tijdens RSB is er aandacht voor het opdoen van positieve beweegervaringen. Omdat de begeleiding is afgestemd op de persoonlijke interesse en mogelijkheden van de revalidant, ontstaan er succeservaringen (het gevoel	Succeservaringen dragen bij aan gedragsverandering (Performance accomplishments, Bandura 1997)

	dat het lukt).	
Subdoel 4. Bij deelnemers is vertrouwen ontstaan dat er voor hen een passende beweeg- en/of sportactiviteit is	Tijdens RSB wordt een diversiteit aan beweeg- en sportactiviteiten aangeboden, passend bij de fysieke mogelijkheden. Hiermee wordt vertrouwen in de eigen mogelijkheden om te kunnen bewegen en sporten vergroot.	Vertrouwen creëren om bepaald gedrag te kunnen vertonen (Ryan & Deci, 2000; Martin Ginis et al., 2016)

Subdoel 1. Deelnemers hebben kennis gemaakt met verschillende beweeg- en sportactiviteiten

De sport- en beweegconsulent is binnen de revalidatie-instelling de verbindende schakel tussen de zorgsector en de beweeg/sportsector. Daarmee kan de sport- en beweegconsulent barrières wegnemen in de toegang tot adequaat sport- en beweegaanbod (**fysieke omgeving**). Voor revalidanten zijn deze barrières van invloed op hun beweeggedrag (Van der Ploeg et al., 2006; Martin Ginis et al., 2016; Hoekstra et al., 2017). De sport- en beweegconsulent organiseert kennismakingsactiviteiten waarin de revalidant kan uitproberen welke sport- en beweegactiviteiten aansluiten bij zijn/haar lichamelijke mogelijkheden en interesses. De sport- en beweegconsulent kent het lokale/ regionale aanbod en bespreekt de mogelijkheden van de revalidant in zijn/haar thuissituatie. Vaak is er een kennis- en informatiebehoefte ten aanzien van het aanvragen van sporthulpmiddelen, vervoersmogelijkheden, kosten en subsidiemogelijkheden. De sport- en beweegconsulent wijst revalidanten de weg in het woud van informatie en regelgeving op dit gebied. Eventueel wordt in samenwerking met de buurtsportcoach nieuw sport- en beweegaanbod gecreëerd en/of wordt kader bijgeschoold zodat de sport- en beweegmogelijkheden in de omgeving van de revalidanten toenemen.

Subdoel 2. Deelnemers hebben positieve ervaringen opgedaan met bewegen en sporten

Door daadwerkelijk meer te bewegen en sporten tijdens de revalidatiebehandeling verbetert de **lichamelijke conditie** (Caroll et al., 2014). Dit is een wederzijdse beïnvloeding: met een betere conditie kan de revalidant sneller revalideren, en een beter gerevalideerde patiënt heeft meer mogelijkheden om aan zijn/haar conditie werken. Mensen die lichamelijk actiever zijn en een hogere aerobe fitheid hebben, ervaren minder moeite tijdens het uitvoeren van dagelijkse activiteiten en hebben een betere fysieke gezondheid gerelateerde kwaliteit van leven (Buffart, 2008; Rimmer et al., 2012). Patiënten die meer bewegen ervaren over het algemeen ook een hogere gezondheidsbeleving (Hoekstra et al., 2017). Gedurende RSB wordt voortdurend samengewerkt met het multidisciplinair behandelteam aan goede revalidatie en verbeterde conditie en daarmee vergroting van de fysieke mogelijkheden van de revalidant. Tevens is er aandacht voor het opdoen van positieve beweegervaringen. Omdat de begeleiding is afgestemd op de persoonlijke interesse en mogelijkheden van de revalidant, ontstaan er succeservaringen (het gevoel dat het lukt). Dit is een belangrijke faciliterende factor bij het opnieuw oppakken van bewegen en sport na de revalidatie (Kehn et al., 2009; Vissers et al., 2008; Wahman et al., 2006; Martin Ginis et al., 2016; Krops, 2018). De succeservaringen voeden het vertrouwen dat men het gewenste beweeg- en sportgedrag kan vertonen (**eigen effectiviteit**).

Subdoel 3. Deelnemers hebben een positieve attitude t.a.v. bewegen en sporten

De **attitude** is een belangrijke gedragsdeterminant volgens het ASE model (De Vries et al., 1988). Dit geldt ook voor de doelgroep revalidanten: de attitude ten opzichte van het beweeggedrag en de waargenomen voordelen van een actieve leefstijl blijken de belangrijkste determinanten die op de korte én lange termijn van invloed zijn op de fysieke activiteit van revalidanten (Van der Ploeg, 2006; Martin Ginis et al., 2016). Onderzoek onder revalidanten laat zien dat een verbeterde gezondheid en een lagere kans op ziekten, een beter gevoel over jezelf en grotere fitheid de waargenomen voordelen zijn die de grootste bijdrage leveren aan de fysieke activiteit van revalidanten (Van der Ploeg, 2006). De sport- en beweegconsulent bespreekt

met de revalidanten het belang van een actieve leefstijl (kennis en informatie) en ook wat het de revalidant eventueel op zou kunnen leveren. Belangrijk is dat aangesloten wordt bij de persoonlijke situatie van de patient (Hoekstra et al., 2017; Krops, 2018). In deze gesprekken komen de beide componenten van de attitude (beliefs en evaluatie) aan bod en wordt Motivational interviewing ingezet.

Subdoel 4. Bij deelnemers is vertrouwen ontstaan dat er voor hen (ondanks hun beperking) een passende beweeg- en/of sportactiviteit is

Mensen met een lichamelijke beperking hebben vaak ten onrechte het gevoel dat zij niet in staat zijn om te sporten (De Vries et al., 2005). Vertrouwen in de eigen vaardigheden en fysieke mogelijkheden speelt volgens het PAD-model een belangrijke rol bij het vormen van de intentie om te gaan sporten. Tijdens RSB wordt, passend bij de fysieke mogelijkheden, dan ook een diversiteit aan beweeg- en sportactiviteiten aangeboden. Dit biedt revalidanten de mogelijkheid een beweegvorm te vinden die aansluit bij hun specifieke fysieke beperkingen. Hierdoor wordt het vertrouwen in de eigen vaardigheden en de eigen mogelijkheden om te kunnen bewegen en sporten vergroot (Ryan & Deci, 2000; Hoekstra et al., 2017; Krops, 2018). Het vertrouwen bepaald gedrag te kunnen vertonen (**eigen effectiviteit**) is een belangrijke voorspeller van gedrag volgens het ASE model (De Vries et al., 2008). Dit geeft de revalidant een goede uitgangssituatie om in de thuissituatie door te gaan met bewegen en sporten.

Subdoel 5. Deelnemers ervaren sociale steun ten aanzien van bewegen en sporten

Groepen hebben een belangrijke rol in het geven en ontvangen van sociale steun en dit levert een bijdrage aan het beweeggedrag (Eyler et al, 1999; Rimmer et al., 2004; Martin Ginis et al., 2016; Krops, 2018). Het deelnemen aan sport- en beweegactiviteiten tijdens RSB vindt regelmatig plaats in groepsverband (beweeggroepen). Hierbij is aandacht voor het groepsproces. De revalidanten kennen en vertrouwen elkaar. Daarnaast hebben ze een gemeenschappelijk doel en kunnen ze samen plezier maken.

Ook is bekend dat rolmodellen de gewenste gedragsverandering positief kunnen beïnvloeden (Bandura, 1986). Mensen met een lichamelijke beperking geven aan dat verhalen van rolmodellen voor hen een stimulans zijn (Krops, 2018). Binnen RSB zijn rolmodellen opgenomen in het boekje 'Mijn beweegredenen' dat de sport- en beweegconsulent gebruikt in de persoonlijke adviesgesprekken met de revalidant. Revalidanten kunnen zich identificeren met twee rolmodellen die zich in diverse fases van gedragsverandering tav. bewegen bevinden.

Naast steun vanuit een groep en rolmodellen, is de directe sociale omgeving van groot belang (Papandonatos et al., 2013; Martin Ginis et al., 2016). Bij het adviesgesprek sluit wanneer mogelijk een naaste aan. Uit follow-up onderzoek onder de deelnemers van RSB blijkt dat zij veel steun ervaren van familie en vrienden om weer (meer) te gaan bewegen en sporten (Hoekstra et al. 2017). Dit subdoel sluit aan bij de factor **sociale omgeving**.

Subdoel 6. Deelnemers zijn tevreden met de ontvangen begeleiding van de sport- en beweegconsulent

Ook sociale steun vanuit zorgprofessionals draagt bij aan gedragsverandering. De sport- en beweegconsulent levert functionele sociale steun die de volgende aspecten omvat: hulp bij taken, informatie en feedback, bevestiging, waardering en de mogelijkheid om iemand in vertrouwen te nemen (Hoekstra et al., 2016 & 2017). Uit de procesevaluatie (bijlage 3) blijkt deelnemers de begeleiding binnen RSB hoog waarderen met een 8,0 of hoger (Hoekstra, 2016). De insteek tijdens de gehele interventie is echt naar deelnemers te luisteren en hun specifieke (on)mogelijkheden en talenten serieus te nemen. Deze steun gaat door na ontslag uit de revalidatie-instelling, tijdens de eerste 3 maanden in de thuissituatie. Juist dan hebben deelnemers behoefte aan sociale steun, om in het 'nieuwe' dagelijks leven een plek in te ruimen voor bewegen en sporten. In de 2-4 telefonische counseling momenten ontvangt de revalidant steun ten aanzien van het volhouden van sport en bewegen. Dit subdoel sluit aan bij de factor **sociale omgeving**.

Subdoel 7. Deelnemers zijn gemotiveerd om te blijven bewegen en/of sporten

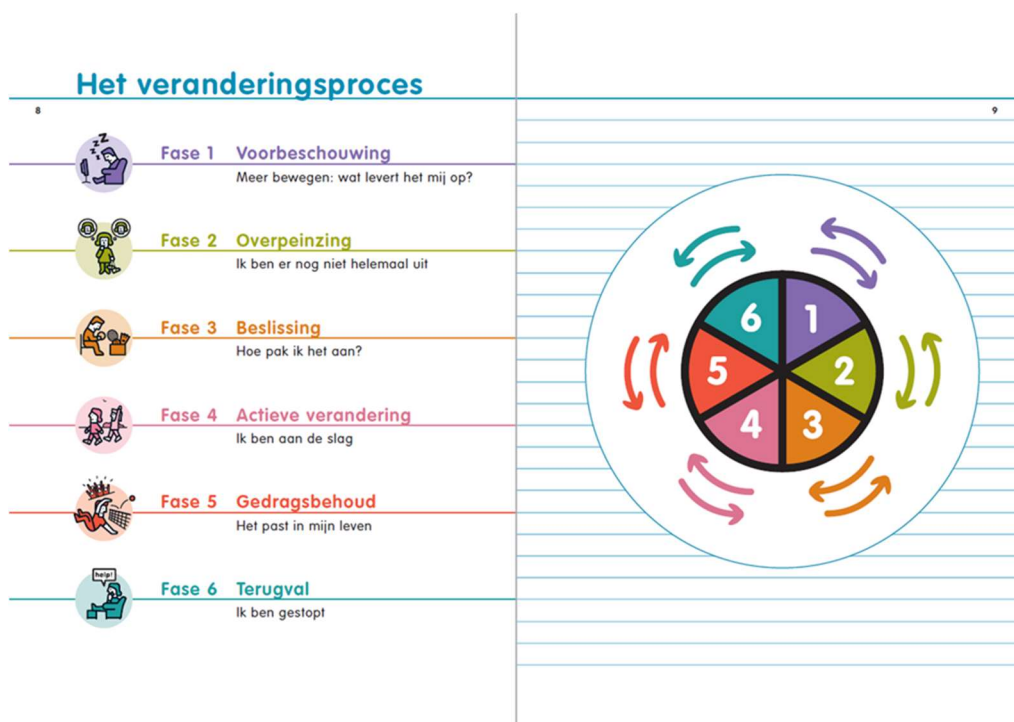
Motivatie wordt beschouwd als een noodzakelijke voorwaarde om tot gedrag te komen. Zonder motivatie geen gedrag (Rovers, 2010). Binnen RSB wordt de (intrinsieke) motivatie wordt vergroot door op de persoon toegespitste counseling op basis van Motivational interviewing en gerelateerd aan de fase van gedragsverandering. Daarmee is de revalidant bij ontslag gemotiveerd om in de thuissituatie door te gaan

met bewegen en sporten. Uit diverse studies blijkt dat Motivational interviewing een effectieve aanpak is bij gedragsverandering, ook in de medische wereld (Miller & Rodnick, 2013; Lundahl et al., 2013; Lat et al., 2013; O'halloran et al., 2014). Een vereiste voor RSB is dat sport- en beweegconsulenten de 3-daagse training Motivational Interviewing volgen en actief deelnemen aan de terugkombijeenkomsten. Voor de fases van gedragsverandering wordt uitgegaan van het stages of change model (Prochaska & Diclemente 1983). Aan de hand van het boekje 'Mijn beweegredenen' bespreekt de sport- en beweegconsulent met de revalidant in welke fase van gedragsverandering hij zich bevindt. Bij elke fase zijn informatie en vragen opgenomen die de revalidant uitnodigen om na te denken over eventuele verandering. De fasen van gedragsverandering zijn schematisch weergegeven in figuur 3. In het ReSpAct onderzoek zijn op basis van verschillende patiëntkenmerken (somaatich en psychosociaal) tijdens revalidatie, drie diagnose overstijgende patiëntprofielen geconstrueerd: 'lage motivatie' profiel, 'gunstig psychosociale gesteldheid' profiel en 'vroeg gedragsbehoud' profiel (Hoekstra et al., 2017). Deze profielen geven aanknopingspunten om counseling binnen het programma RSB nog meer op maat aan te bieden waardoor de motivatie om te blijven bewegen en/of sporten wordt versterkt.

Subdoel 8. Eén jaar na het afronden van RSB voldoen deelnemers aan de Beweegrichtlijnen en/of sporten zij wekelijks georganiseerd of ongeorganiseerd.

Dit subdoel gaat over de lange termijn en past daarom niet bij één van de factoren in de tabel, maar is een resultaat van alle factoren. Door in te spelen op de bovenstaande subdoelen tijdens de behandeling en in de eerste 3 maanden van de thuissituatie, wordt de basis gelegd voor duurzaam sport- en beweeggedrag. De bedoeling is dat deelnemers het sport- en beweeggedrag zelfstandig, op de lange termijn kunnen volhouden. Er wordt ingespeeld op de volgende gedragsdeterminanten: fysieke omgeving, lichamelijke conditie, motivatie, attitude, eigen effectiviteit en sociale steun. Dat deelnemers na RSB het beweeggedrag daadwerkelijk volhouden, wordt ondersteund door de effectonderzoeken. De meeste patiënten hebben tot een jaar na revalidatie behoud van hun beweeggedrag (Hoekstra et al., 2017).

De diverse zorgprofessionals in de omgeving van de revalidant (revalidatiearts, multidisciplinair team, sport- en beweegconsulent) werken hier aan mee. Zij waarderen het programma gemiddeld met een 8,3 (Hoekstra, 2016). Zie hiervoor ook de subdoelen 9 t/m 11. De zorgprofessionals worden daarbij ondersteund door de directie/managementlaag van de revalidatie-instelling, die een succesvolle implementatie van het programma faciliteren en zorgen voor monitoring van de resultaten (subdoel 12).



Figuur 3: De te onderscheiden fasen bij gedragsverandering (De Laat & van Andel, 2013) (Gebaseerd op stages of change, Prochaska & Diclemente, 1983).

4. Onderzoek

4.1 Onderzoek naar de uitvoering – max 600 woorden

Wat is op basis van het beschikbare onderzoek bekend over de uitvoering van de interventie?

Beschrijf kort welke onderzoeken zijn gedaan en wat daarvan de uitkomsten waren. Stuur bij het indienen van het werkblad de volledige publicatie van ieder genoemd onderzoek mee.

Beschrijf per onderzoek:

- a) *De titel, auteurs, organisatie en jaar van uitgave (indien gepubliceerd)*
- b) *Het type onderzoek, de onderzoeksmethode en de omvang van het onderzoek*
- c) *Een samenvatting van de meest relevante uitkomsten met betrekking tot inzicht in de mate waarin activiteiten zijn uitgevoerd volgens plan, het bereik van de interventie, de waardering en ervaring van de uitvoerders en doelgroep, succes- en faalfactoren, en -indien beschikbaar- de uitvoerbaarheid, de randvoorwaarden en de omgevingsvariabelen.*

Hieronder is de procesevaluatie beschreven (onderzoek 3).

Ook zijn andere, recente onderzoeken beschreven. De bij de eerdere erkenning van de interventie genoemde onderzoeken uit 2004, 2005 en 2008 zijn niet opgenomen. In bijlage 1 zijn alle digitale links naar de onderzoeken opgenomen.

Onderzoek 1 (rapport)

NB Dit rapport is tevens verschenen als artikel:

Hoekstra, F., Hettinga, F., Alingh, R., Duijf, M., Dekker, R., van der Woude, L.H.V., van der Schans, C.P. (2015). The current implementation status of the integration of sports and physical activity into Dutch rehabilitation care. *Disability and Rehabilitation* 2015 Aug; 10:1-6.⁵

- 1a) Alingh, R., Hoekstra, F., Plaggenmarsch, C. (2014). Monitor Revalidatie, Sport en Bewegen. Startsituatie. Onderzoeksgroep ReSpAct², Groningen.
- 1b) Vragenlijstonderzoek in het voorjaar van 2013 onder 75 professionals (managers, revalidatie artsen, projectleiders en sport en beweegconsulenten) binnen 17 revalidatie-instellingen. Respons 95%: 71 vragenlijsten zijn geanalyseerd.
- 1c) Resultaten eerste meting (T0). Zie samenvatting resultaten bij onderzoek 3.

Onderzoek 2 (rapport)

- 2a) Hoekstra, F. (2014). Monitor Revalidatie, Sport en Bewegen. Tussenrapportage. Onderzoeksgroep ReSpAct⁴, Groningen.
- 2b) Vragenlijstonderzoek in juni/juli 2014 onder 79 professionals (managers, revalidatie artsen, projectleiders en sport en beweegconsulenten) binnen 18 revalidatie-instellingen. Respons 82%: 65 vragenlijsten zijn geanalyseerd. Daarnaast zijn gegevens van een online registratietool gebruikt. Deze tool wordt gebruikt door de sport- en beweegconsulenten en bevat op het moment van de meting gegevens van 2.656 revalidanten.
- 2c) Resultaten tussenmeting (T1). Zie samenvatting resultaten bij onderzoek 3.

Onderzoek 3 (rapport, meegestuurd als procesevaluatie)

NB Dit rapport is tevens verschenen als artikel:

Hoekstra, F., Hettinga, F.J., Duijf, M., Hoekstra, T., van der Schans, C.P., Dekker, R., van der Woude, L.H.V. (2017). Landelijke implementatie van het programma Revalidatie, Sport en Bewegen. *Nederlands Tijdschrift voor Revalidatiegeneeskunde*

² De onderzoeksgroep ReSpAct bestond uit onderzoekers werkzaam bij: Centrum voor Bewegingswetenschappen (Rijksuniversiteit Groningen, Universitair Medisch Centrum Groningen), afdeling Revalidatiegeneeskunde (Centrum voor Revalidatie, Universitair Medisch Centrum Groningen) en Hanzehogeschool Groningen.

- 3a) Hoekstra, F (2016). Monitor Revalidatie, Sport en Bewegen. Eindrapportage. Onderzoeksgroep ReSpAct⁴, Groningen.
- 3b) Voor de eindrapportage is gebruik gemaakt van vragenlijstonderzoek onder professionals (2013 (T0), 2014 (T1) en 2015 (T2)), gegevens uit de online registratietool van 5.873 revalidanten en 32 interviews met 38 professionals. Aantallen deelnemende professionals van T0 en T1 zijn gemeld bij 1b en 2b. Bij T2 zijn 87 professionals benaderd en zijn 73 vragenlijsten geanalyseerd (respons 84%).
- 3c) In de periode 2013-2015 hebben 6.536 revalidanten deelgenomen aan het programma. In deze periode zijn 26 Sportloketten opgezet van waaruit patiënten begeleid en gestimuleerd worden om een actieve leefstijl te ontwikkelen en behouden. Het programma wordt door zowel de professionals (T0:8,1, T2:8,3) als door de revalidanten (adviesgesprek 8,1 en counseling 8,0) erg gewaardeerd. Algemeen kan geconcludeerd worden dat het programma RSB heeft bijgedragen aan een meer gestructureerde plaats van sport en bewegen binnen de Nederlandse revalidatiezorg. Een aantal implementatieaspecten laat een piek zien tijdens de tussenmeting. Dit benadrukt het belang om continu aandacht te blijven houden voor activiteiten gericht op het stimuleren van bewegen en sport tijdens en na revalidatie. Hierbij is kennisoverdracht richting nieuwe professionals van belang.

Succesfactoren: beleggen van aandacht voor bewegen en sport en bijbehorende taken en verantwoordelijkheden binnen alle lagen van de organisatie, enthousiaste en gemotiveerde professionals, trainingen en bijscholingen motiverende gespreksvoering sport- en beweegconsulenten, kennisdelingsbijeenkomsten

Aandachtspunten: flexibiliteit in uitvoering richtlijnen (met name counseling), optimaliseren overdracht bij wisseling professionals, monitoring en evaluatie binnen de instelling, samenwerking met sport- en beweegaanbieders in de regio.

Belangrijkste aanpassingen nav procesevaluatie:

- Toegenomen flexibiliteit bij de implementatie en uitvoering van de kernonderdelen van het programma. Hierbij wordt meer rekening gehouden met de lokale omstandigheden en op basis van diagnoseoverstijgende patiëntprofielen nog meer counseling op maat toegepast (tailormade principe).
- In het kader van de ReSpAct studie is een registratietool ontwikkeld. Deze tool is na afloop van de studie verder doorontwikkeld en aangepast om zo binnen de revalidatie-instelling elke deelnemer aan de interventie te kunnen monitoren. Daarnaast kan met de tool managementinformatie worden gegenereerd en aan de interventie eigenaar kunnen een aantal cijfers tav de kernonderdelen van het programma worden verstrekt. Door de AVG wetgeving hebben diverse instellingen ervoor gekozen om de tool in te bouwen in het eigen Elektronische Patiënten Dossier. Monitoring blijft hiermee gewaarborgd.
- Een aanbeveling was om meer samen te werken met professionals buiten de organisatie. Samenwerking met buurtsportcoaches is op gang gekomen en wordt als positief ervaren. De samenwerking zal in de komende periode nog verder uitgebouwd.

Onderzoek 4 (Artikel)

- 4a) Hoekstra, F., Alingh, R., van der Schans, C.P., Hettinga, F.J., Duijf, M., Dekker, R. van der Woude, L.H.V. (2014). Design of a process evaluation of the implementation of a physical activity and sport stimulation program in Dutch rehabilitation setting: ReSpAct. Implementation Science 2014: 9:127.³
- 4b&c) Beschrijving van de totstandkoming van een uitgebreide monitorstudie van het programma Revalidatie, Sport en Bewegen. Het implementatiemodel van Wierenga et al. (2013) is gebruikt om de procesuitkomsten maten van de monitorstudie te bepalen en te beschrijven.

Onderzoek 5 (Artikel)

- 5a) Hoekstra, F., Hettinga, F., den Breejen, M., Duijf, M., van der Woude, L.H.V., Dekker, R., van der Schans, C.P. (2017). Professionals perception of factors affecting implementation and continuation

⁵ Dit artikel maakt onderdeel uit van het proefschrift ReSpAct: Rehabilitation, Sports and Active Lifestyle van Femke Hoekstra uit 2017.

of a physical activity program in rehabilitation: a qualitative study. *Journal of Rehabilitation Medicine* 2017; 49 (5):385-394.⁵

- 5b) 22 semi-gestructureerde interviews met 28 professionals (21 projectleiders en 7 sport- en beweegconsulenten) betrokken bij de implementatie van het programma Revalidatie, Sport en Bewegen.
- 5c) Belangrijkste genoemde bevorderende factoren waren de betrokkenheid van enthousiaste professionals, draagvlak binnen de organisatie/programma in lijn met visie organisatie, de ervaren toegevoegde waarde van het programma, de kans om kennis en ervaringen uit te wisselen met professionals van andere organisaties.
Knelpunten: onzekerheid over continuering van het programma binnen de organisatie, beperkte flexibiliteit, gebrek aan steun van artsen en fysio's.

Onderzoek 6 (Artikel)

- 6a) Hoekstra, F., Van Offenbeek, MAG., Dekker, R., Hettinga, F., Hoekstra, T., Van der Woude, L.H.V., Van der Schans, C.P., ReSpAct group (2017). Implementation fidelity trajectories of a health promotion program in multidisciplinary settings: managing tensions in rehabilitation care. [Implementation Science 2017, Dec 1;12\(1\):143.](#)⁵
- 6b) Op basis van 70 ingevulde monitorvragenlijsten door bij RSB betrokken professionals zijn 'fidelity scores' berekend. Kwantitatieve en kwalitatieve data zijn gebruikt om verschillen op organisatie- en professionelniveau te analyseren. Data analyse vond plaats in 4 stappen.
- 6c) Na analyse zijn 3 trajecten te onderscheiden: instellingen met 'stable high fidelity' (n = 9), 'moderate and improving fidelity' (n = 6), and 'unstable fidelity' (n = 2). De 'stable high fidelity' instellingen waren over het algemeen kleiner, eerder gestart en implementeerde het programma op een meer gestructureerde manier ten opzichte van de 'moderate' en 'improving fidelity' instellingen.

7 Proefschrift

NB dit proefschrift is tevens verschenen in een Nederlandstalige uitgave voor de praktijk: Onderzoeksgroep ReSpAct⁴ (2017). ReSpAct: Revalidatie, Sport en Actieve Leefstijl. Een samenvatting van de bevindingen op organisatie- en patiënteniveau.

- 7a) Hoekstra, F. (2017). ReSpAct: Rehabilitation, Sports and Active Lifestyle. An implementation-study on physical activity promotion in rehabilitation care.
- 7b&c) In het proefschrift wordt de adoptie, implementatie en continuering beschreven van het programma Revalidatie, Sport en Bewegen in de Nederlandse revalidatiezorg. Naast de vele onderzoeksresultaten zijn in het proefschrift ook de implicaties voor de revalidatiepraktijk beschreven.

4.2 Onderzoek naar de behaalde effecten – max 600 woorden

Wat is op basis van het beschikbare onderzoek bekend over de behaalde effecten met de interventie?

Beschrijf kort welke onderzoeken zijn gedaan en wat daarvan de uitkomsten waren. Stuur bij het indienen van het werkblad de volledige publicatie van iedere genoemde studie mee.

Beschrijf per onderzoek:

- a) *De titel, auteurs, organisatie en jaar van uitgave*
- b) *Het type onderzoek, de meetinstrumenten en de omvang van het onderzoek*
- c) *Een samenvatting van de meest relevante uitkomsten met betrekking tot het bereik van de interventie, de gevonden effecten en -indien beschikbaar- de door de doelgroep ervaren effectiviteit en de mate waarin de veronderstelde werkzame elementen daadwerkelijk zijn uitgevoerd.*

Onderzoek 8 (rapport)

- 8a) Hoekstra, F., Hoekstra, T., (2016). ReSpAct: Revalidatie, Sport en Actieve leefstijl. Onderzoeksrapportage Deel I. Onderzoeksgroep ReSpAct⁴. Groningen.

- 8b) Als onderzoekdesign is gekozen voor een longitudinale cohortstudie. Deelnemers aan het onderzoek zijn gedurende een jaar gevolgd en hebben op meerdere momenten in de tijd een vragenlijst ontvangen. Aantal deelnemers 1719. Deelnemers hebben 2 vragenlijsten ingevuld (T0 voorafgaand aan adviesgesprek Sportloket en T1 (14 weken na ontslag). In de vragenlijsten is zoveel als mogelijk gebruik gemaakt van gevalideerde vragenlijsten. Naast de vragenlijsten zijn ook gegevens uit de online registratietool zijn gebruikt.
- In deze 1^e rapportage staat de beschrijving van onderzoekspopulatie (persoonskenmerken) en het beloop van het sport- en beweeggedrag, gezondheidsbeleving en het zorggebruik van deelnemers aan het onderzoek ReSpAct in de periode van revalidatiebehandeling tot 14 weken na het beëindigen van de revalidatiebehandeling centraal.
- 8c) De bevindingen laten zien dat de onderzoekspopulatie uit een heterogene groep bestaat (N=1719). De heterogeniteit is met name te zien in de leeftijd, die varieert van 18 – 83 jaar en diversiteit in het soort aandoening dat patiënten hebben. De grote meerderheid van de patiënten is poliklinisch (N=1545) in behandeling. De beschrijvende resultaten laten zien dat de mate van lichamelijke activiteit over het algemeen redelijk stabiel is gebleven in de periode tijdens en na revalidatie. Wel is er een toename te zien in het aantal patiënten dat voor zichzelf deelneemt aan één of meerdere sportactiviteiten. Daarnaast is in de periode na revalidatie het medisch zorggebruik van de patiënten afgenomen. Met name het aantal afspraken met fysiotherapeut, ergotherapeut en medisch specialisten neemt in de tijd af. Het aantal bezoeken met de huisarts blijft gelijk. Tot slot is het percentage patiënten dat zijn/haar gezondheid als goed, zeer goed of uitstekend beoordeeld over de tijd licht toegenomen.

Onderzoek 9 (rapport)

- 9a) Hoekstra, F., Hoekstra, T., (2017). ReSpAct: Revalidatie, Sport en Actieve leefstijl. Onderzoeksrapportage Deel II. Onderzoeksgroep ReSpAct⁴. Groningen.
- 9b) Zie voor design en aantal deelnemers 8b.
- De doelstelling van de huidige rapportage is om inzicht te krijgen in de onderliggende werkingsmechanismen van het programma Revalidatie, Sport en Bewegen op korte termijn (tot 14 weken na revalidatie). Met andere woorden: waarom wordt/blijft de ene patiënt wel actief en de andere niet? En welke programma- en patiëntkenmerken zijn hierin bepalend?
- Profielen vormen de basis voor deze rapportage en zijn geconstrueerd in het statistisch programma Mplus. Zogenaamde latente klasse analyses (oftewel clusteranalyses) zijn aan de hand van 1) kenmerken omtrent ontvangen begeleiding en 2) patiëntkenmerken geconstrueerd op basis van een gangbare werkwijze. Uiteindelijk is het doel geweest om profielen te construeren waarbij patiënten binnen elk profiel zo vergelijkbaar mogelijk zijn op het gebied van de ontvangen begeleiding of geïnccludeerde patiëntkenmerken, maar zo verschillend mogelijk van patiënten uit de andere profielen. Verschillen tussen de profielen zijn geanalyseerd door middel van ANOVA-analyses voor continue variabelen of chi-kwadraat toetsen voor categoriale variabelen.
- 9c) De resultaten van deze rapportage laten zien dat er grote variatie is in de begeleiding die patiënten hebben ontvangen in het kader van het programma Revalidatie, Sport en Bewegen. De variatie in de ontvangen begeleiding lijkt echter niet samen te hangen met verandering in het beweeggedrag en/of andere relevante kenmerken van de patiënt op de korte termijn. Ondanks de variatie in intensieve begeleiding die patiënten hebben ontvangen in het kader van het programma Revalidatie, Sport en Bewegen, zijn patiënten gemiddeld minder minuten lichamelijk actief na revalidatie in vergelijking met de periode tijdens de revalidatiebehandeling. Hoewel deze afname in het beweeggedrag van patiënten niet wenselijk is, hoeft het op dit moment (nog) niet een zorgwekkende ontwikkeling te zijn. Een positieve ontwikkeling op de korte termijn is wel dat na afloop van de revalidatie, het percentage patiënten dat voor zichzelf sport is toegenomen ten opzichte van het eerste meetmoment (van 55% naar 64%).
- De psychosociale gesteldheid van de patiënt in het verleden en tijdens de revalidatiebehandeling hangen in enige mate samen met het beloop van het beweeggedrag na revalidatie. Zo laten patiënten met een lage motivatie ten aanzien van lichamelijke activiteit bij aanvang van de revalidatie ook de grootste achteruit zien in hun beweeggedrag na revalidatie. Hoopgevend is wel dat deze groep patiënten een gunstige ontwikkeling over de tijd laat zien in hun psychosociale gesteldheid.

Onderzoek 10 (rapport)

- 10a) Hoekstra, F., Hoekstra, T., (2017). ReSpAct: Revalidatie, Sport en Actieve leefstijl. Onderzoeksrapportage Deel III. Onderzoeksgroep ReSpAct⁴. Groningen.
- 10b) Zie voor design en aantal deelnemers 8b.
In deze rapportage wordt inzicht gegeven in het beloop van het sport- en beweeggedrag, gezondheidsbeleving en zorgkosten van deelnemers aan het onderzoek ReSpAct in de periode van revalidatiebehandeling tot een jaar en na het beëindigen van de revalidatiebehandeling. Tevens wordt inzicht verkregen in de onderliggende werkingsmechanismen van het programma Revalidatie, Sport en Bewegen op lange termijn (tot 1 jaar na revalidatie). Met andere woorden: waarom wordt/blijft de ene patiënt wel actief en de andere niet? En welke programma- en patiëntkenmerken zijn hierin bepalend?
- 10c) De meerderheid van de patiënten heeft 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. Obv de data zijn diagnose-overstijgende patientprofielen samengesteld. Verder is een samenhang te 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.

Onderzoek 11 (rapport)

- 11a) Hoekstra, F., Hoekstra, T. (2016). Onderzoeksrapportage ReSpact: CVA en chronische pijn.
- 11b) Deze rapportage is een verdieping op de algemene 'Onderzoeksrapportage ReSpAct Deel I (zie 8b) en beschrijft het beweeg- en sportgedrag van de twee grootste subgroepen, namelijk patiënten met een CVA (N=303) of chronische pijn (N=282).
- 11c) Chronische pijn patiënten besteden zowel bij de T0- als bij de T1-meting gemiddeld meer uren per week aan licht intensieve lichamelijk activiteiten in vergelijking met CVA patiënten (T0: 10.8 versus 15.2 uur, T1: 8.8 versus 11.5 uur). CVA patiënten, daarentegen, besteden op beide meetmomenten gemiddeld meer tijd aan activiteiten op een matige of zware intensiteit. Het totaal aantal uur per week dat patiënten gemiddeld lichamelijk actief zijn is daarmee op beide meetmomenten vergelijkbaar. In beide patiënt groepen is er een afname in het totale tijd dat men lichamelijk actief is (CVA: 21.2 naar 17.8 uur, chronische pijn: 22.9 naar 17.5 uur). Het percentage CVA patiënten dat voor zichzelf sport neemt tussen de T0 en T1-meting licht toe (65.7% versus 70.6%) maar dit percentage blijft onder de chronische pijn patiënten vrijwel gelijk (59.7% versus 60.0%).

5. Samenvatting Werkzame elementen

Wat zijn de werkzame elementen van deze interventie waardoor de gestelde doelen bij de doelgroep gerealiseerd worden? Geef een puntsgewijs overzicht van de belangrijkste werkzame elementen van de interventie. Denk daarbij aan inhoudelijke en praktische elementen.

Max 250 woorden

Veronderstelde werkzame elementen van RSB zijn:

- Interne doorverwijsstructuur en structurele samenwerking tussen revalidatiearts/ medisch specialist, sport- en bewegconsulent en andere professionals
- Stimuleren van sportdeelname in combinatie met het bevorderen van een actieve leefstijl
- Opdoen van positieve beweegervaringen
- Individuele benadering en advies op maat, gebaseerd op motivational interviewing en aansluiting bij fase van gedragsverandering
- Ondersteuning tijdens gehele revalidatiebehandeling, waardoor RSB een integraal onderdeel vormt van de behandeling
- Voortzetting van begeleiding tijdens de eerste 3 maanden in de thuissituatie, om terugval in activiteit na afsluiting van de behandeling te voorkomen
- Deskundige sport- en bewegconsulent
- Warme overdracht naar regionaal/lokaal sport- en beweegaanbod door kennismakingsactiviteiten en persoonlijk contact en begeleiding

6. Aangehaalde literatuur

Maak een alfabetische lijst van alle in deze beschrijving aangehaalde literatuur en gebruik hiervoor de APA-normen (variant met kleine letters, zie aanwijzingen in de handleiding).

Bandura, A. (1986). Social foundations of thought and action: A social cognitive theory. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Bandura A. (1997). Self-efficacy: the exercise of control. New York: W. H. Freeman.

Bouchard, C., Shephard, R.J. (1994). Physical activity, fitness and health: International proceedings and consensus statement. Champaign, IL: Human Kinetics Publishers. .

Buffart, L. M., Roebroek, M. E., Rol, M., Stam, H. J., van den Berg-Emons, R. J. (2008). On behalve of the Transition Research Group South-West Netherlands. Triad of physical activity, aerobic fitness and obesity in adolescents and young adults with myelomeningocele. *Journal of Rehabilitation Medicine* 40 (1), 70-75.

Carroll, D., Courtney-Long, E. A., Stevens, A. C., Sloan, M. L., Lullo, C., Visser, S. N. (2014). Vital signs: Disability and physical activity – United States, 2009–2012. *Centers for Disease Control and Prevention Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR)*, 63(11), 407–413

Dunstan, D. W., Barr, E. L., Healy, G. N., Salmon, J., Shaw, J. E., Balkau, B., Magliano, D. J., Cameron, A. J., Zimmet, P. Z., Owen, N. (2010). Television viewing time and mortality: the Australian Diabetes, Obesity and Lifestyle Study (AusDiab). *Circulation*, 121 (3), 384-391.

Eyler, A.A., Brownson, R.C., Donatelle, R.J., King, A.C., Brown, D. & Sallis, J.F. (1999). Physical activity social support and middle- and older-aged minority women: results from a US survey. *Social Science & Medicine*, 49, 781-789.

Fleuren M.A.H, Wiefferink C.H & Paulussen T.G.W.M. (2006). Determinanten van innovaties in gezondheidszorgorganisaties: systematische literatuurreview. *Tijdschrift Gezondheidszorg*, 2006; B4:t6o-7.

Galea, M. P. (2012). Spinal cord injury and physical activity: preservation of the body. *Spinal Cord*, 50(5), 344-351.

Grol, R., Wensing M. (2006). *Implementatie. Effectieve verbetering van de patiëntenzorg*. Maarssen: Elsevier
Gezondheidszorg Hoekstra, F (2016). Monitor Revalidatie, Sport en Bewegen. Eindrapportage. Onderzoeksgroep ReSpAct⁴, Groningen.

Hoekstra, F., Hoekstra, T., (2017). ReSpAct: Revalidatie, Sport en Actieve leefstijl. Onderzoeksrapportage Deel III. Onderzoeksgroep ReSpAct, Groningen.

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

Hoogendam, A., Linger, R. (2010). Succesvolle implementatie van sport- en beweegstimuleringsinitiatieven. Literatuuronderzoek en casestudy resulterend in de ontwikkeling van een instrument: de implementatiematrix. Zwolle: Christelijke Hogeschool Windesheim.

Hoogendoorn, M.P., de Hollander, E.L. (2016). Belemmeringen en drijfveren voor sport en bewegen bij ondervertegenwoordigde groepen. RIVM: Bilthoven.

Kehn, M., Kroll, T. (2009). Staying physically active after spinal cord injury: a qualitative exploration of barriers and facilitators to exercise participation. *BMC Public Health* 2009, 9-168.

Krops, L. (2018). Physical activity in hard-to-reach physically disabled people. Development, implementation and effectiveness of a community-based intervention. Proefschrift. RUG: Groningen.

Lal, S., Korner-Bitensky, N. (2013). Motivational interviewing: a novel intervention for translating rehabilitation research into practice. *Disability and Rehabilitation* , Volume 35, 2013 - Issue 11

Lundahl B, Moleni T, Burke BL, Butters R, Tollefson D, Butler C, Rollnick S. Motivational interviewing in medical care settings: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Patient Educ Couns* 2013;93:157- 68.

Manns, P. J., Dunstan, D. W., Owen, N., & Healy, G. N. (2012). Addressing the nonexercise part of the activity continuum: a more realistic and achievable approach to activity programming for adults with mobility disability? *Physical Therapy*, 92 (4), 614-625.

Martin Ginis, K.A., Ma., J.K., Latimer-Cheung, A.E., Rimmer, J.H (2016). A systematic review of review articles addressing factors related to physical activity participation among children and adults with physical disabilities. *Journal of Health Psychology Review*, volume 10, 2016-issue 4.

Miller WR, Rodnick S. *Motivational Interviewing: Helping People Change*. New York: The Guilford Press; 2013.

O'Halloran PD, Blackstock F, Shields N, Holland A, Iles R, Kingsley M, Bernhardt J, Lannin N, Morris ME, Taylor NF. Motivational interviewing to increase physical activity in people with chronic health conditions: a systematic review and meta-analysis. *Clin Rehabil* 2014;28:1159-71.

Owen, N., Healy, G. N., Matthews, C. E., & Dunstan, D. W. (2010). Too much sitting: the population health science of sedentary behavior. *Exercise and Sport Sciences Reviews*, 38 (3), 105-113.

Papandonatos GD, Williams DM, Jennings EG et al. Mediators of physical activity behavior change: findings from a 12-month randomized controlled trial. *Health Psychol* 2012;31:512–20

Ploeg, H.P. van der (2006). Proefschrift: Promoting Physical Activity in the Rehabilitation Setting. VU, Amsterdam.

Ploeg HP van der, van der Beek AJ, van der Woude LH, van Mechelen W. Physical activity for people with disability: a conceptual model. *Sports Med* 2004; 34: 639-49.

Prochaska, J. and DiClemente, C. (1983) Stages and processes of self-change in smoking: toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* , 5, 390–395.

Revalidatie Nederland (2018). Brancherapport Revalidatie 2017. Utrecht.

Rimmer, J.H. (2012). Physical Activity for people with disabilities. *The Lancet* 380, 193-195.

Rimmer, J.H., Schiller, W. and Chen, M.D. (2012) Effects of disability-associated low energy expenditure deconditioning syndrome. *Exercise and sport sciences reviews*, 40 (1), 22-29.

Rimmer, J.H. Riley. B., Wang, E. Rauworth, A., Jurkowski, J. (2004). Physical Activity among persons with disabilities. Barriers and facilitators. *American Journal of Preventive Medicine* (26 (5), 419-425.

Rosenberg, D. E., Bombardier, C. H., Hoffman, J. M., & Belza, B. (2011). Physical activity among persons aging with mobility disabilities: shaping a research agenda. *Journal of Aging Research*, 2011, Article ID 708510 (16 pages).

Ryan, R.M. & Deci, E.L. (2000). Self-determination Theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development and well-being. *American Psychologist*, 55, 68-78.

Visser, M., van den Berg-Emons, R., Sluis, T., Bergen, M., Stam, H., & Bussmann, H. (2008). Barriers to and facilitators of everyday physical activity in persons with a spinal cord injury after discharge from the rehabilitation centre. *Journal of Rehabilitation Medicine : Official Journal of the UEMS European Board of Physical and Rehabilitation Medicine*, 40 (6), 461-467.

Vries, de H., Dijkstra, M. & Kulhman, P. (1988) Self-efficacy: the third factor besides attitude and subjective norm as a predictor of behavioral intentions. *Health education research*. 2 (3), 273-282

Vries, S.I. de, Duijnhoven, M.J.M. van, Ooijendijk, W.T.M. & Hopman-Rock, M. (2005). *School en Sport Speciaal. Sport- en beweegactiviteiten voor en door leerlingen uit het speciaal onderwijs*. Leiden: TNO Kwaliteit van Leven.

Wahman, K., Biguet, G., Levi, R. (2006). What promotes physical activity after spinal cord injury? An interview study from a patient perspective. *Disability and Rehabilitation* 2006, 28 (8), 481-488.

Wijndaele, K., Brage, S., Besson, H., Khaw, K. T., Sharp, S. J., Luben, R., Wareham, N. J., & Ekelund, U. (2011). Television viewing time independently predicts all-cause and cardiovascular mortality: the EPIC Norfolk study. *International Journal of Epidemiology*, 40 (1), 150-159.

7. Praktijkvoorbeeld

Beschrijf, indien beschikbaar, in max. 600 woorden een praktijkvoorbeeld van de uitvoering van de interventie: hoe was de situatie voor, tijdens en na de interventie?

Casus, Medisch Centrum Alkmaar

Vrouw, 43 jaar
Woont samen met man en 2 kinderen (11 en 9 jaar)

Observatiefase

Poliklinische revalidatiebehandeling gedurende 4,5 maand vanwege chronisch pijnklachten door haar hele lijf.

Behandeling:

Revalidatiedoel is het leren hanteren van grenzen en belastbaarheid opbouwen. De persoonlijke doelen van mevrouw zijn: verminderen van tintelingen in armen en benen. Weer kunnen koken voor een groep mensen. En daarnaast een uur kunnen lopen zonder pijnklachten.

Behandelfase

Intake mbt bewegen en sport:

Mevrouw heeft nog nooit aan sport gedaan. Ze heeft nooit tijd voor zichzelf vrijgemaakt om te bewegen, sporten of te ontspannen. Altijd ging de zorg voor haar man en kinderen voor en draafde ze maar door.

Sport- en bewegingsstimulering tijdens behandeling:

In de revalidatie heeft mevrouw geleerd hoe belangrijk het is om naar haar eigen lijf te luisteren. Ze heeft gefitnesst en hydrotherapie gekregen (oefeningen in het water). Ze heeft ervaren dat dit goed is voor haar lijf.

Doorverwijzing naar Sportloket:

Mevrouw is door de behandelend fysiotherapeut doorverwezen naar het Sportloket.

Afrondingsfase

Adviesgesprek:

Besproken is waarom het voor mevrouw zo belangrijk is om te gaan bewegen / sporten. Naast dat het voor haar lijf goed en belangrijk is, vindt ze het ook erg fijn om tijd aan zichzelf te besteden.

Aan de hand van de uitgave 'Mijn Beweegredenen' is gekeken naar de fase waarin mevrouw zich bevindt. Dit betrof fase 3, beslissing. Centraal hierin staat hoe het gaan bewegen en sporten aan te pakken. Mevrouw wil iets gaan doen wat ze leuk vindt en iets waar haar lijf sterk van blijft / wordt. Alleen weet ze niet goed wat ze kan doen. Ze wil iets met lol, iets wat in de winter binnen is, en iets met andere mensen. Dansen vindt ze leuk, maar dat is vaak in de avond. In overleg met de sport- en beweegconsulent werd geconcludeerd dat haar energieniveau sporten in de avond niet toelaat en dansen op dit moment ook fysiek nog te zwaar is voor haar lijf.

Samen is gekeken wat wel kan en hoe sporten en bewegen ingebouwd kan worden in het weekschema. Het gezin heeft een hond en het uitlaten van de hond is een natuurlijk beweegmoment. Hydrotherapie wil mevrouw graag vervolgen in een zwembad (bijvoorbeeld aquajoggen oid). Ze heeft alleen geen zwemdiploma. In een regulier zwembad is de begeleiding niet zo goed en individueel als op de afdeling revalidatie. Dus heeft ze echt eerst haar zwemdiploma nodig.

De sport- en beweegconsulent heeft haar twee opties meegegeven waar ze zwemles kan nemen. Afsproken wordt dat ze bij beide gaat kijken voor het 1^e counsellingsgesprek en hierin een besluit neemt.

Uit het adviesgesprek blijkt ook dat haar man zijn vrouw erg steunt in het gehele traject en om iets voor zichzelf te gaan doen.

Counseling:

Eerste gesprek: mevrouw heeft een zwembad gekozen waarbij zwemles alleen voor vrouwen wordt gegeven en in

kleine groepjes. Ze vond het eng om te doen, maar vindt het erg leuk. Ze is gestart met 3x per week, en ze merkt aan haar lijf dat dit eigenlijk veel te zwaar is. Ze loopt namelijk ook nog 2x per dag een half uur met de hond! Advies in overleg met sport- en beweegconsulent: terugbrengen naar 2x per week zwemles.

Tweede gesprek: mevrouw zwemt 2x per week. Ze geniet er erg van. Haar lijf reageert een stuk beter op 2x per week zwemmen. Het is gezellig, na de zwemles drinken ze koffie met z'n allen. Ze wil het zwemmen rustig aan doen en haar tijd nemen voordat ze opgaat voor haar diploma. Naast het zwemmen, houdt ze het lopen met de hond ook nog vol.

Counselingtraject loopt op dit moment nog.

Verder is het vermelden waard dat als mevrouw meer last heeft van pijnklachten, haar man de hond uitlaat. Hiermee probeert haar familie haar te ondersteunen. Dit is nieuw voor mevrouw, ze was gewend alles zelf op te lossen. Ze vindt het erg fijn dat haar familie haar steunt.

In de revalidatieperiode heeft mevrouw een elektrische fiets aangeschaft. Ze kon door de pijnklachten namelijk niet meer fietsen. Nu gaat ze op de fiets naar het zwembad.

Bijlage 1 Overzicht onderzoeksrapporten hererkenning RSB

De nummering komt overeen met de nummering in hoofdstuk 4 van het werkblad.

[Rapport 1 volledig](#) Monitor startsituatie

[Rapport 1 samenvatting](#): Monitor startsituatie

[Artikel rapport 1](#)

[Rapport 2 volledig](#): Tussenrapportage monitor

[Rapport 2 samenvatting](#): Tussenrapportage monitor

[Rapport 3 volledig](#): Eindrapportage monitor (**tevens procesevaluatie**)

[Rapport 3 samenvatting](#): Eindrapportage monitor

[Artikel over rapport 3](#)

[Artikel 4](#)

[Artikel 5](#)

[Artikel 6](#)

[7 Proefschrift](#)

[Nederlandstalige uitgave proefschrift en onderzoeksrapportage](#)

[Rapport 8](#): Onderzoeksrapportage deel 1

[Rapport 9 volledig](#): Onderzoeksrapportage deel 2

[Rapport 9 samenvatting](#): Onderzoeksrapportage 2

[Rapport 10](#): Onderzoeksrapportage deel 3

[Rapport 11](#): Onderzoeksrapportage deel 1 CVA en chronische pijn