

Fysieke activiteit en kwaliteit van leven van patiënten met een ernstig psychiatrische aandoening (EPA) in de langdurige zorg

Jeroen Deenik^A, Frank R. Kruidsdijk^{AB}, Ingrid J. M. Hendriksen^{BC}, Diederik E. Tenback^{AD}, Peter N. van Harten^{AE}

ACHTERGROND

Patiënten met EPA overlijden gemiddeld 13-30 jaar eerder dan de algemene bevolking, hoofdzakelijk als gevolg van hart- en vaatziekten¹. Risicofactoren voor deze aandoeningen zijn geclusterd in het **metabool syndroom**, wat onafhankelijk van antipsychoticagebruik twee- tot viermaal vaker voor komt dan bij de algemene bevolking². Een risicovolle leefstijl met **ongezonde eetgewoonten** en **weinig lichaamsbeweging** speelt hierin een grote rol³.

Van de hoeveelheid **sedentair gedrag (zitten/liggen zonder te slapen)** en **fysieke activiteit** bij patiënten met EPA in de langdurige zorg is echter geen betrouwbaar beeld. Het objectief meten van fysieke activiteit is betrouwbaar, maar is bij deze doelgroep onderbelicht in onderzoek⁴. Bovendien zijn er vanuit onderzoeken bij ambulante patiënten **aanwijzingen voor een positieve relatie tussen fysieke activiteit en kwaliteit van leven**.

Met deze studie wilden we voor het eerst bij een relatief grote groep opgenomen patiënten met EPA de mate van beweging objectief in kaart brengen en relaties zoeken met de kwaliteit van leven, attitude ten aanzien van bewegen en waargenomen gedragscontrole (of zij zichzelf in staat voelen om te bewegen).

DOELEN

Het in kaart brengen van:

1. De mate van objectief gemeten beweging van patiënten met EPA en een referentiegroep zonder EPA..
2. De relatie tussen de mate van beweging en kwaliteit van leven.
3. De relatie tussen de mate van beweging, attitude en waargenomen gedragscontrole.

Daarbij is rekening gehouden met demografische kenmerken (onder meer geslacht) en ziekte-specifieke kenmerken. Tevens is de relatie tussen objectief en subjectief gemeten fysieke activiteit onderzocht.

METHODE

Cross-sectioneel design met referentiegroep.

Patiëntengroep: opgenomen patiënten met EPA uit de langdurige zorg van GGZ Centraal. 5-daagse meting met een versnellingsmeter (ActiGraph GT3X+)

- Vragenlijsten:
 - Kwaliteit van leven objectief (EQ-5D) en subjectief (WHOQoL-Bref)
 - Attitude (Physical Activity Enjoyment Scale)
 - Waargenomen gedragscontrole (Multidimensional Self Efficacy Questionnaire)
 - Verpleegkundigen beoordeelden de mate van inactiviteit (subschaal inactiviteit van de Nurse Observation Scale for Inpatient Evaluation).
- Demografische en ziekte-specifieke factoren zijn retrospectief verkregen uit patiëntendossiers/databases.

Referentiegroep: medewerkers van GGZ Centraal.

Eenzelfde 5-daagse meting van de beweging en registratie van geslacht en leeftijd.

ActiGraph GT3X+



RESULTATEN

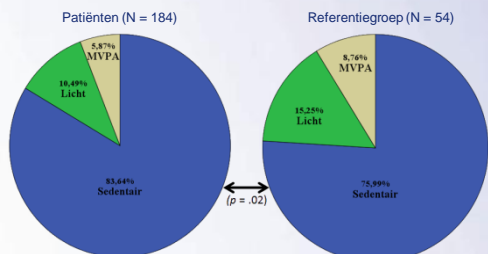
Bruikbare data:

- 184 patiënten
- 54 medewerkers

Diagnosen patiënten

- Schizofrenie en anders psychotisch 77%
- Persoonlijkheidsstoornissen 9%
- Depressieve stoornis 3%
- Bipolaire stoornis 4%
- Overige diagnoses 7%

De mate van fysieke activiteit



De referentiegroep bleek actiever in totale activiteit dan de patiëntengroep ($p = .02$). Bijna anderhalf keer zoveel lichte en gemiddelde tot hoge activiteit (MVPA)!

Ter vergelijking: Australisch kantoorpersoneel bleek 57,4% van de tijd sedentair⁵.

Significante associaties met fysieke activiteit

Een lagere fysieke activiteit

- Hogere leeftijd ($r = -.53, p < .001$)
- Hogere score op inactiviteit-beoordeling door verpleging ($r = -.35, p < .001$)

Opvallend:

- Beeld van verpleging komt overeen met objectieve meting
- Attitude en waargenomen gedragscontrole hebben geen invloed op activiteit!

Significante associaties met kwaliteit van leven

Een hogere kwaliteit van leven

- Fysieke activiteit Objective KvL ($r = .22, p < .01$)
Fysieke KvL ($r = .19, p < .01$)
- Mannen Fysiek ($r = -.24, p < .001$)
- Bipolaire stoornis Algehele KvL ($r = .19, p < .01$)

Een lagere kwaliteit van leven

- Dubbele antipsychotica Psychologische KvL ($r = -.19, p < .01$)
- Antidepressiva Psychologische KvL ($r = -.27, p < .001$)
- Ziekte-ernst ($r = \text{tussen } -.19 \text{ en } -.31, p \text{ tussen } < .01 \text{ en } < .001$)

Opvallend:

- Fysieke activiteit heeft alleen een significant verband met KvL-factoren die zich richten op fysieke gesteldheid.

CONCLUSIE

- Patiënten zijn zeer sedentair en zijn weinig fysiek actief.
- Patiënten bewegen beduidend minder dan mensen zonder EPA.
- Patiënten die actiever waren hadden een hogere kwaliteit van leven.
- Attitude ten aanzien van bewegen en of patiënten zichzelf hiertoe in staat voelen lijken geen invloed te hebben op het bewegingsgedrag. Het lijkt voor toekomstige interventies dan ook noodzakelijk om een andere aanpak te hanteren dan enkel het motiveren en het bieden van faciliteiten (zie aanbeveling).

Zoals verwacht heeft leeftijd een negatieve invloed op beweging en ziekte-ernst op de kwaliteit van leven. Het negatieve verband met antidepressiva- en dubbel antipsychoticagebruik lijken indicatie-specifieke invloeden. De inschatting van verpleging lijkt een matige indicatie voor de inactiviteit van patiënten.

Aanbeveling

- Stimulering tot een gezonde leefstijl integreren in de behandelcultuur, in plaats van enkel individuele motivatie en aanbieden van faciliteiten.
- Actief betrekken van medewerkers bij een gezonde leefstijl.
- Meer (interventie)onderzoek om de huidige bevindingen al dan niet te bevestigen en causale verbanden te analyseren.

REFERENTIES

1. De Hert, M., et al., World Psychiatry, 2011, 10(1): p. 52-77.
2. De Hert, M., et al., World Psychiatry, 2009, 8(1): p. 15-22.
3. Inspectie voor Gezondheidszorg, 2012, Ministerie van VWS: Utrecht.
4. Tahmasian, M., et al., Curr Psychiatry Rep, 2013, 15(6): p. 359.
5. Brown, H.E., et al., J Occup Environ Med, 2013, 55(8): p. 945-53.

Affiliaties auteurs

- ^A GGZ Centraal Innova, Amersfoort.
- ^B Body@Work TNO-Vumc, Amsterdam.
- ^C TNO Expertisecentrum Life Style, Leiden.
- ^D Afd. Farmaco-epidemiologie en Klinische Farmacologie, Universiteit Utrecht, Utrecht.
- ^E School for Mental Health and Neuroscience, Universiteit Maastricht, Maastricht.

Meer informatie

- Jeroen Deenik, MSc
j.deenik@outlook.com
- Drs. Frank Kruidsdijk
f.kruidsdijk@planet.nl