

Doelen stellen en leefstijlveranderingen in het 'Lively Legs'-programma: welke kenmerken maken het verschil?

Een exploratief onderzoek naar het stellen van doelen en het bereiken van leefstijlveranderingen bij patiënten met ulcus cruris

Irene van de Glind, Maud Heinen, Andrea Evers, Theo van Achterberg

Samenvatting

DOEL: Het stellen van doelen wordt veel gebruikt om gedragsverandering bij patiënten te stimuleren. Welke doelen patiënten stellen en of hun gedrag daarna verandert is echter veelal onbekend. Het doel van dit onderzoek was 1) het beschrijven van doelen die zijn opgesteld tussen verpleegkundigen en patiënten met een ulcus cruris (open been), en 2) exploreren of er verschillen zijn in kenmerken van patiënten en doelen in relatie tot bereikte leefstijlveranderingen.

METHODE: Het betreft een secundaire analyse van data die zijn verzameld in de interventiegroep van een studie naar de effecten van een leefstijlprogramma voor patiënten met ulcus cruris (het 'Lively Legs'-programma). Uit 71 verpleegkundige dossiers extraheerden wij het aantal, de inhoud en eventuele bijstellingen van doelen gedurende het leefstijlprogramma. De kwaliteit van de doelen werd beoordeeld aan de hand van SMART-criteria. Ten slotte werden kenmerken van de doelen en patiënten vergeleken in relatie tot de bereikte gedragsverandering.

RESULTATEN: In totaal veranderden 41 patiënten (58%) hun gedrag na het stellen van een doel. 68% van de doelen voldeed aan de SMART-criteria. De meeste patiënten stelden als doel meer oefeningen te doen. Doelen met betrekking tot het dragen van therapeutische elastische kousen werden het minst opgesteld. Patiënten die hun leefstijl veranderden, waren jonger dan patiënten die hun leefstijl niet veranderden.

CONCLUSIE: Het stellen van doelen kan verbeterd worden in het 'Lively Legs'-programma. Doelen kunnen meer specifiek, meetbaar en tijdsgebonden geformuleerd worden. Doelen stellen voor het verhogen van de therapietrouw met compressietherapie en de begeleiding van ouderen zijn belangrijke uitdagingen voor de praktijk van de leefstijlbegeleiding.

Trefwoorden

Doelen stellen, gedragsverandering, leefstijl, ulcus cruris

Dit artikel is een bewerking van een publicatie in Journal of Clinical Nursing (van de Glind IM, Heinen MM, Evers AW, van Achterberg T. Goal setting and lifestyle changes in a nurse-led counselling programme for leg ulcer patients: an explorative analysis of nursing records. J Clin Nurs. 2015;24(23-24):3576-83).

Wat is bekend?

Voor patiënten met een ulcus cruris (open been) is het trouw dragen van therapeutische elastische kousen essentieel om nieuwe beenwonden te voorkomen. Daarnaast zijn voldoende beweging (wandelen) en het doen van oefeningen belangrijk voor het genezingsproces en voor preventie. Het leefstijlprogramma 'Lively Legs', waarin patiënten worden begeleid door getrainde verpleegkundigen op de polikliniek voor dermatologie, is een evidence-based methode om deze kwetsbare patiëntengroep te begeleiden. Een belangrijk onderdeel van het programma is het stellen van doelen.

Wat is nieuw?

Er is nog weinig bekend welke doelen er worden opgesteld door verpleegkundigen en patiënten in het 'Lively Legs'-programma. Bovendien is er tot op heden nog weinig inzicht in kenmerken van patiënten en doelen in relatie tot al dan niet bereikte gedragsverandering.

Wat is de relevantie?

Meer inzicht in de doelen die patiënten en verpleegkundigen stellen in het leefstijlprogramma 'Lively Legs' kan bijdragen aan een betere uitvoering van dit programma, en mogelijk van andere vergelijkbare programma's.

Inleiding

In veel zelfmanagement- en leefstijlprogramma's in de gezondheidszorg is het opstellen van doelen een belangrijke manier om toe te werken naar gedragsverandering (1-4). Volgens de literatuur is 'doelen stellen' een methode voor geplande gedragsverandering waarbij intenties geformuleerd worden als doelen (1,4). In 1995 schreven Strecher et al. een overzichtsartikel over de gunstige effecten van het stellen van doelen om gedragsverandering te stimuleren (4). Daaruit blijkt dat het stellen van doelen het meest effectief is wanneer a) een doel uitdagend maar niet te moeilijk is; b) het individu in staat is om het gedrag uit te voeren; en c) men gemotiveerd is om het doel te halen. Vaak zijn er meerdere kortetermijndoelen nodig, die opbouwen in intensiteit, om vervolgens een langetermijndoelstelling te behalen. Verder zouden doelen specifiek en meetbaar moeten zijn. Ten slotte is het beter om doelen te formuleren in termen van het gedrag dat men wil veranderen dan in termen van de gezondheidsuitkomsten die men wil bereiken. Vanaf 1995 zijn er verschillende studies gepubliceerd over doelen stellen met patiënten in de gezondheidszorg. De meeste studies hebben de effectiviteit van het doelen stellen op zich als focus, andere studies richten zich op het identificeren van kernelementen van doelen stellen, of het beschrijven van ervaringen van zorgverleners en patiënten (5-17). Een recent onderzoeksgedebied betreft het ontwikkelen van instrumenten om zorgverleners en patiënten te ondersteunen om doelen te stellen en om de kwaliteit van de uitvoering te meten. Deze studies laten zien dat de uitvoering nog vaak inconsistent is en dat informatie over de inhoud en de kwaliteit van doelen veelal ontbreekt (18,19). Hoewel het stellen van doelen steeds vaker wordt gebruikt, is er in de wetenschappelijke literatuur dus nog maar weinig bekend over de kwaliteit van de uitvoering (2). Meer inzicht in doelen die zijn opgesteld, de gekozen onderwerpen en de kwaliteit van de doelen, biedt de mogelijkheid om de uitvoering van deze techniek en daarmee (mogelijk) de uitkomsten van programma's voor patiënten te verbeteren.

Wij onderzochten de doelen die gesteld werden tijdens leefstijlbegeleidingsgesprekken tussen verpleegkundigen en patiënten met een ulcus cruris in het kader van het 'Lively Legs'-programma (20,21). Patiënten met ulcus cruris hebben te maken met slecht genezende wond(en) aan het onderbeen. De aandoening is meestal chronisch vanwege een (bloed)circulatiestoornis. Bij een veneus ulcus cruris is de terugvoer van het bloed uit de benen naar het hart gestoord, wat een hoge druk in de venen tot gevolg heeft, waardoor onderhuidse vochtophoping ontstaat en het vocht zich

uiteindelijk door de huid naar buiten toe werkt. Uit onderzoek blijkt dat patiënten met ulcus cruris veel problemen ervaren in hun dagelijks leven, en dat er in de huidige zorgverlening onvoldoende aandacht voor deze problemen is (22-24). De kern van het 'Lively Legs'-programma is het informeren en begeleiden van patiënten met (veneuze) ulcus cruris met betrekking tot het dragen van compressietherapie (zwachtels of therapeutisch elastische kousen), en het activeren van de kuitspieren door te wandelen en/of oefeningen te doen. Aanvullend op de reguliere wondzorg krijgen patiënten twee tot zes individuele begeleidingsgesprekken met een getrainde verpleegkundige op de polikliniek voor dermatologie. Het programma start met een anamnese om leefstijl, ervaren problemen en therapietrouw in kaart te brengen, en om de kennis van patiënten over hun aandoening te bespreken inclusief waarom therapietrouw en een gezonde leefstijl van belang zijn. Vervolgens worden er in samenspraak doelen opgesteld voor gedragsverandering op een onderwerp naar keuze van de patiënt. Een gerandomiseerde gecontroleerde studie liet zien dat het programma effectief is (20). Acht maanden na de start van het programma deed de interventiegroep meer oefeningen en wandelde meer in vergelijking met de controlegroep. De therapietrouw met compressietherapie nam in beide groepen toe, maar er waren geen verschillen tussen de groepen.

Verpleegkundigen die patiënten met ulcus cruris begeleidden tijdens het onderzoek, benoemden in terugkombijeenkomsten tijdens van het onderzoek dat zij doelen stellen soms lastig vonden. Mede gezien het feit dat er in de literatuur nog weinig bekend is over de inhoud en de kwaliteit van opgestelde doelen, wilden wij graag weten hoe het doelen stellen uitgevoerd was tijdens de studie, en welke lessen geleerd kunnen worden voor het 'Lively Legs'-programma en voor vergelijkbare programma's. De onderzoeksvraag luidde: welke doelen werden er opgesteld in de leefstijlbegeleidingsgesprekken, en zijn er verschillen in patiëntkenmerken en kenmerken van doelen tussen de patiënten die wel en die geen gedragsverandering bereikten na het volgen van het programma?

Methode

Design, patiënten en setting

Dit onderzoek was exploratief van aard. Voor het onderzoek werden gegevens gebruikt die zijn verzameld in het kader van een gerandomiseerde gecontroleerde studie naar de effectiviteit van het 'Lively Legs'-programma, een leefstijlprogramma voor patiënten met een ulcus cruris (open been) dat werd aangeboden op de polikliniek Dermatologie (van 2005 tot en met 2009) (20). Aan deze Nederlandse studie

deden 10 verpleegkundigen van 10 poliklinieken voor dermatologie mee. De secundaire analyse, zoals beschreven in dit artikel, richtte zich op de doelen en de bereikte gedragsverandering van patiënten uit de interventiegroep die de eerste follow-upmeting hadden voltooid en die ten minste één doel hadden gesteld (n=71).

Dataverzameling

Verpleegkundige dossiers werden geanalyseerd aan het einde van de studie. De dossiers bestonden uit een leefstijlanamneseformulier (een gestructureerd formulier met opties om aan te vinken door de verpleegkundige), een rapportage van de doelen die opgesteld zijn (vrije tekst op een gestructureerd formulier) en een rapportage van wat er besproken was tijdens de begeleidingsgesprekken (vrije tekst). Verpleegkundigen die de begeleidingsgesprekken gaven, hadden een tweedaagse training gevolgd. Tijdens deze training kregen zij onder andere instructies hoe de dossiers te gebruiken en wat te registreren. Uit de dossiers werden de volgende data geëxtraheerd:

- Het aantal begeleidingsgesprekken per patiënt;
- Het totaal aantal doelen per patiënt, en het aantal doelen per begeleidingsgesprek;
- De onderwerpen van de doelen;
- De kwaliteit van de doelen werd beoordeeld met behulp van SMART-criteria (specifiek, meetbaar, acceptabel, realistisch, tijdsgebonden). De kwaliteit van de doelen moest worden gebaseerd op geschreven doelen uit verpleegkundige dossiers. Daarom kon er geen oordeel gegeven worden over de mate waarin doelen acceptabel of realistisch voor een patiënt waren. Onder een goede kwaliteit verstanden we een doel dat specifiek, meetbaar en tijdsgebonden was.
- Het verloop van de doelen werd geregistreerd door elk opvolgend doel (bijvoorbeeld het doel in het volgende gesprek) te categoriseren als: hoger, lager, hetzelfde of gestopt. Er is gekeken naar de frequentie, duur of intensiteit van het benoemde gedrag in de doelstelling. Een voorbeeld van een hoger doel was: in een eerste gesprek stelt een patiënt een doel op om op 3 dagen van de week een wandeling van 15 minuten te maken en in een vervolgesprek is dit doel naar boven bijgesteld naar 3 dagen een wandeling van 30 minuten. Een doel werd beschouwd als gestopt wanneer er duidelijke informatie was dat de patiënt niet verder kon of niet verder wilde met het betreffende doel.

Gegevens uit de studie werden gebruikt om te beoordelen of patiënten al dan niet hun gedrag hadden veranderd tussen baseline en na het volgen van het programma (6 maanden na baseline) (20). Drie uitkom-

Doelen waren specifiek, meetbaar, tijdsgebonden	68% (154 van de 227 doelen)
Aantal opgestelde doelen	
- Therapietrouw met compressietherapie	51 in de eerste 3 gesprekken 11 in de laatste 3 gesprekken
- Beenoefeningen	57 in de eerste 3 gesprekken 12 in de laatste 3 gesprekken
- Wandelen	89 in de eerste 3 gesprekken 7 in de laatste 3 gesprekken
Verloop van doelen	
- Beenoefeningen	17% hoger 14% lager 68% hetzelfde 1% gestopt
- Wandelen	33% hoger 10% lager 51% hetzelfde 6% gestopt
Onderwerpen doelen met betrekking tot therapietrouw met compressietherapie	
- Doelen om therapietrouw te vergroten	32 doelen
o Therapeutische elastische kousen gaan dragen	12 doelen
o Therapeutische elastische kousen eerder op de dag aantrekken	9 doelen
o Therapeutische elastische kousen aanhouden bij activiteiten	7 doelen
o Therapeutische elastische kousen 's avonds langer aanhouden	4 doelen
- Doelen voor oplossen van problemen:	26 doelen
o Bestellen van kousen in de juiste maat/drukklasse	13 doelen
o Hulpmiddelen of thuiszorg om de kousen aan te trekken	9 doelen
o Omgaan met eczeem of huidproblemen als gevolg van kousen	4 doelen
- Inhoud doelen niet beschreven (in het dossier staat bijvoorbeeld 'mevrouw heeft een doel met betrekking tot haar kousen')	4 doelen
Onderwerpen doelen met betrekking tot beenoefeningen en wandelen	Grote variatie in aantal minuten en/of aantal keer wandelen per week/dag. Minimum 5 minuten wandelen 1 keer per dag op 5 dagen van de week; maximum 60 minuten wandelen 1 keer per dag op 7 dagen van de week

Tabel 1. Kenmerken van de gestelde doelen tijdens het 'Lively Legs'-programma (doelen n=227; patiënten n=71).

sten stonden centraal:

- Therapietrouw met compressietherapie: patiënten werden beschouwd als volledig therapietrouw wanneer zij therapeutische elastische kousen droegen van opstaan tot naar bed gaan.
- Beweging: het doel met betrekking tot bewegen was gesteld op twee eindpunten: 10 minuten wandelen op ten minste 5 dagen per week, of 30 minuten wandelen op ten minste 5 dagen per week.
- Beenoefeningen: dagelijks doen van beenoefeningen om de kuitspieroefening te activeren.

De groep patiënten die er in slaagde op één of meer gebieden hun gedrag te verbeteren, werd vergeleken met de groep pati-

ënten die daar niet in slaagde. Voor beide groepen keken we daarbij naar geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, etiologie (veneus of gemengd veneus/arterieel), naar het aantal gesprekken en het aantal doelen per patiënt, de kwaliteit van de doelen en het verloop van de doelen. De lokale medisch-ethische commissie van Arnhem/Nijmegen heeft toestemming gegeven voor het onderzoek (nummer 2004-232). Verpleegkundige dossiers zijn geanonimiseerd voor analyse, een patiënt-ID-nummer is gebruikt om de data te koppelen aan een set uitkomstdata.

Data-analyse

Analyses werden uitgevoerd met behulp

van SPSS (IBM Corp. Released 2011. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 20.0. Armonk, NY: IBM Corp.). We gebruikten beschrijvende statistiek, frequenties en kruistabellen om de karakteristieken van de patiënten en de gestelde doelen te analyseren. Omdat data normaal verdeeld waren, zijn chi-kwadraatstatistiek en t-testen gebruikt om eventuele verschillen in kenmerken tussen de twee groepen patiënten te kunnen toetsen (95% significantieniveau).

Resultaten

Van de 71 geïncludeerde patiënten was 59% vrouw (n=42). De gemiddelde leeftijd was 66 jaar, waarbij de jongste patiënt 29 jaar en de oudste 90 jaar was. Bij 64% van de

	Totaal	Compressietherapie	Beenoefeningen	Wandelen
Aantal patiënten dat niet voldoet aan de norm voor gewenst gedrag op baseline	71	40	47	54
Aantal patiënten dat een doel stelt gerelateerd aan dit gedrag	71	20	41	32
Aantal patiënten dat gedragsverandering bereikt op dit gedrag bij follow-up, na het stellen van een doel op dit gedrag	41	15	27	17
Missings bij metingen	4	2	4	0

Tabel 2. Gedragsverandering na het stellen van doelen.

patiënten was er sprake van een gemengde veneuze/arteriële etiologie en bij 35% van een veneuze etiologie. Voor de start van het leefstijlprogramma konden alle patiënten op één of meer gebieden, dat wil zeggen met betrekking tot therapietrouw met compressietherapie, wandelen en het doen van beenoefeningen, hun gedrag verbeteren.

Kwaliteit, verloop en inhoud van de doelen

Gemiddeld kregen patiënten minder dan vier begeleidingsgesprekken (gemiddelde 3,7; SD 1,3). Tabel 1 beschrijft de kenmerken van de doelen die zijn gesteld tijdens de leefstijlbegeleidingsgesprekken. In totaal werden er tijdens het programma 227 doelen opgesteld: 96 voor het bevorderen van wandelen, 69 voor het doen van beenoefeningen en 62 voor het vergroten van de therapietrouw met compressietherapie. Zoals verwacht werd het merendeel van de doelen (89%) in de eerste drie gesprekken gesteld. 68% van alle doelen werd beoordeeld als specifiek, meetbaar en tijdsgebonden. Van de doelen die niet aan deze criteria voldeden, bleken de meeste tekort te schieten op alle drie de criteria (62%, 45 doelen) of op het criterium specifiek (27%, 19 doelen).

Ten aanzien van het verloop van de doelen, bleek dat 33% van de doelen naar boven bijgesteld werd, en 51% van de doelen bleef hetzelfde. Bij beenoefeningen werd 17% van de doelen naar boven bijgesteld, en 68% bleef hetzelfde. Het bleek lastig om een opvolgend doel voor therapietrouw met compressietherapie als hoger of lager in te delen. Het eerste doel dat een patiënt bijvoorbeeld stelde was 'de kousen direct in de ochtend aantrekken terwijl ik op mijn bed zit'; het opvolgende doel in het tweede gesprek was 'nieuwe kousen bestellen'. Is dit geval was het onmogelijk dit als een 'hoger' of 'lager' doel in te delen. Daarom is besloten de doelen voor compressietherapie in te delen in categorieën op het onderwerp van het doel. Doelen die zich richtten op het vergroten van de therapietrouw met compressietherapie werden ingedeeld in één van de volgende categorieën: überhaupt beginnen met de kousen te dragen; de

kousen een langere tijd op de dag dragen; kousen in de juiste maat of drukklasse bestellen; hulp regelen om de kousen aan te trekken (hulpmiddelen of thuiszorg); of omgaan met eczeem of huidproblemen in combinatie met de kousen. Het bleek dat 55% van de compressietherapie doelen zich richtten op het verlengen van de tijd dat patiënten daadwerkelijk de kousen dragen, terwijl 45% van de doelen zich richtten op het oplossen van problemen en het regelen dat patiënten de juiste kousen hebben in de eerste plaats. Met betrekking tot de onderwerpen en de inhoud van de doelen die zich richtten op wandelen en het doen van beenoefeningen, bleek er veel variatie te zijn in de intensiteit en frequentie. Doelen liepen uiteen met een minimum van 5 minuten wandelen 1 keer per dag op 5 dagen van de week, tot 15 minuten wandelen op 3 dagen van de week, tot een maximum 60 minuten wandelen op 7 dagen van de week. Met betrekking tot het doen van beenoefeningen werden er drie verschillende soorten oefeningen geïdentificeerd uit de dossiers. Dit waren de 'tip-toe'-oefening, de abc-oefening en de trapnaaimachine-oefening, alle drie adequaat om de kuitspieren te activeren. Net als bij de doelen voor wandelen was er bij de doelen voor het doen van beenoefeningen een grote variatie in hoeveel oefeningen patiënten per keer en op hoeveel dagen van de week wilden doen.

Welke patiënten verbeterden hun leefstijl?

Tabel 2 presenteert de aantallen patiënten die volgens de normen voor gezond gedrag hun leefstijl zouden kunnen verbeteren. Hoewel in totaal 40 patiënten niet of niet volledig therapietrouw waren aan het begin van het programma, stelden slechts 20 patiënten een doel gericht op compressietherapie. Van deze 20 patiënten lukte het bij 15 om een verbetering te bereiken ten aanzien van de therapietrouw. Van de 47 patiënten die geen of onvoldoende beenoefeningen deden aan het begin van het programma, stelden 41 patiënten een doel op om dit te verbeteren. Zeventwintig patiënten slaagden erin om dagelijks been-

oefeningen te doen. Met betrekking tot wandelen waren er aan de start van het programma 54 patiënten die niet aan de norm voldeden van ten minste 30 minuten wandelen op 5 dagen van de week. Van deze 54 patiënten stelden 32 patiënten een doel op om meer te gaan wandelen. Van deze patiënten slaagden 10 patiënten erin om dagelijks 10 minuten wandelingen te maken, en 7 patiënten slaagden erin om de norm te halen.

In totaal lukte het 58% van de patiënten (n=41) om hun gedrag te veranderen na het stellen van een doel specifiek gericht op dat gedrag. Nog 10 andere patiënten lukte het om gedrag te veranderen zonder dat er een doel specifiek op dat gedrag gericht was gerapporteerd in het dossier. Van 4 patiënten was niet bekend of zij hun leefstijl hadden verbeterd, omdat er follow-updata misten ten aanzien van het doen van beenoefeningen en/of therapietrouw met compressietherapie.

In Tabel 3 op pagina 20 zijn de kenmerken van patiënten en doelen weergegeven voor de totale groep patiënten, voor de groep patiënten die het lukte om gedrag te veranderen na het stellen van een doel, en voor de groep die wel een doel stelde maar die het niet lukte om gedrag te veranderen. Het blijkt dat patiënten die hun gedrag veranderden na het stellen van een doel significant jonger waren (gemiddelde 63 jaar, SD 12,6) dan de patiënten die hun gedrag niet veranderden na het stellen van een doel (gemiddelde 71 jaar, SD 9,9 t (tweezijdig) = -2.89, p=0,009). Het verschil in leeftijd was het enige significante verschil tussen beide groepen. Er werden geen verschillen gevonden tussen de groepen met betrekking tot het aantal begeleidingsgesprekken of met betrekking tot kenmerken van doelen.

Discussie en implicaties

Uit het onderzoek komen twee belangrijke punten naar voren om het stellen van doelen in het 'Lively Legs'-programma te verbeteren. Ten eerste bleek een derde van de doelen niet specifiek, meetbaar, of tijdsgebonden geformuleerd, wat duidt

	Totaal (n=67*)	Groep A Patiënten die een doel stelden en gedragsverandering bereikten (n=41)	Groep B Patiënten die een doel stelden en geen gedragsverandering bereikten (n=26)	P
Vrouw, % (N)	61% (41)	63% (26)	58% (15)	0,833 [^]
Leeftijd, gemiddelde (SD, min-max)	66 jaar (12,2; 29-90)	63 jaar (12,6; 29-86)	71 jaar (9,9; 55-90)	0,009 ^{^^}
Opleidingsniveau, % (N)				
Lagere school	25% (17)	16% (11)	9% (6)	0,863 [^]
Lbo, mavo, vmbo, mbo	58% (39)	36% (24)	22% (15)	
Havo, vwo, hbo, wo	16% (11)	9% (6)	8% (5)	
Etiologie Gemengd, N (%)	42 (63%)	23 (56%)	19 (73%)	0,254 [^]
Veneus, N (%)	25 (37%)	18 (44%)	7 (27%)	
Aantal leefstijlgesprekken, gemiddelde (SD)	3,9 (1,2)	3,7 (1,2)	4,3 (1,3)	0,320 ^{^^}
Aantal patiënten dat doelen stelde met betrekking tot:				
1 gedraging, N (%)	17 (25%)	9 (22%)	8 (31%)	0,309 [^]
2 gedragingen, N (%)	30 (45%)	17 (41%)	13 (50%)	
3 gedragingen, N (%)	20 (30%)	15 (37%)	5 (19%)	
Aantal doelen per patiënt, gemiddelde (SD)	3,2 (1,9)	3,4 (1,9)	2,8 (1,9)	0,195 ^{^^}
Aantal SMART doelen per patiënt, gemiddelde (SD)	2,2 (1,8)	2,3 (1,8)	2,0 (1,9)	0,527 ^{^^}
Verloop van de doelen (wandelen en beenoefeningen), aantal doelen (%)				
Doelen hoger	39 (25%)	28 (29%)	11 (19%)	N/A ^{^^^}
Doelen lager	18 (12%)	11 (11%)	7 (12%)	
Doelen hetzelfde	94 (61%)	58 (57%)	37 (65%)	
Doelen gestopt	4 (3%)	2 (2%)	2 (4%)	

* Missings bij leefstijlmetingen n=4); [^]=Chi-kwadraat; ^{^^}= independent-samples t-test; ^{^^^}= geen test vanwege te kleine aantallen in de subcellen.

Tabel 3. Kenmerken van patiënten en doelen in relatie tot gedragsverandering (n=71).

op ruimte voor verbetering in de kwaliteit van doelen. Ten tweede liet dit onderzoek zien dat de meeste doelen zich richtten op het doen van beenoefeningen. Therapietrouw met compressietherapie, het essentiële element in de behandeling en preventie van ulcus cruris, werd het minst gekozen als onderwerp. Verpleegkundigen en patiënten zouden, vanuit het oogpunt van gezondheidswinst, bij voorkeur hun doelen richten op het vergroten van de therapietrouw met compressietherapie. Wandelen en beenoefeningen zijn de meest effectieve componenten van de behandeling van beenwonden bij ulcus cruris en de pre-

ventie van nieuwe beenwonden wanneer de patiënt de therapeutische elastische kousen reeds aan heeft (25). Verpleegkundigen zouden mogelijk meer ondersteund kunnen worden bij het opstellen van doelen in de vorm van extra scholing of feedbackmomenten. Vanuit het oogpunt van 'shared decision making' – waarbij een verpleegkundige en patiënt samen tot een beleid komen dat bij de patiënt past – kunnen voorkeuren voor andere doelen echter verdedigbaar zijn. Meer inzicht in de redenen waarom patiënten en verpleegkundigen andere doelen kiezen dan compressietherapie zou kunnen bijdragen aan het vinden

van oplossingen rondom het dragen van compressietherapie en mogelijk betere begeleiding van ulcus-crurispatiënten.

Twee zaken vallen op wanneer we de resultaten van dit onderzoek tegen het licht houden van wat er bekend is in de wetenschappelijke literatuur. Dit onderzoek liet, in tegenstelling tot andere onderzoeken (3,4,6), geen relatie zien tussen kenmerken van de doelen en de bereikte gedragsverandering. Strecher et al. beschrijven drie situaties waarin het stellen van doelen niet noodzakelijkerwijs leidt tot gedragsverandering (4). Het is bijvoorbeeld moge-

lijk dat het gedrag dat in de doelen beschreven staat te moeilijk was, dat patiënten niet in staat waren dit gedrag uit te voeren of dat patiënten te weinig geëngageerd waren om de doelen te halen. Dit zijn plausibele verklaringen, hoewel we deze niet hebben kunnen verifiëren. Omdat de gegevens die in dit onderzoek zijn gebruikt uit verpleegkundige dossiers komen, was het onmogelijk om de context waarin de doelen zijn opgesteld en de mate waarin patiënten de doelen konden en wilden behalen mee te nemen in de analyse.

Ten tweede toont dit onderzoek aan dat de groep die gedragsverandering bereikte na het stellen van een doel jonger was dan de groep die geen gedragsverandering bereikte. Het kan zijn dat het 'Lively Legs'-programma niet voldoende aansluit bij kwetsbare of oudere patiënten, of dat het gewenste gezonde gedrag onvoldoende aansluit bij de persoonlijke doelen en leefwereld van deze groep. Uit onderzoek van Robben et al. blijkt dat kwetsbare ouderen niet gewend zijn om over doelen te praten en zich soms overweldigd voelen doordat zorgverleners hen naar persoonlijke doelen vragen (11). Het kan ook zijn dat verpleegkundigen moeilijkheden ervaren bij het begeleiden van oudere patiënten. Zo beschrijven Kelley & Abraham dat verpleegkundigen het stimuleren van een gezonde leefstijl in toenemende mate moeilijker vinden naarmate patiënten ouder zijn (26). De resultaten uit onze studie onderschrijven deze bevindingen. Wij pleiten voor meer onderzoek naar hoe ouderen het beste begeleid kunnen worden met betrekking tot het bevorderen van een gezonde leefstijl en zelfmanagementvaardigheden.

Beperkingen

Hoewel dit onderzoek waardevolle inzichten verschaft in het stellen van doelen en in de kenmerken van doelen en patiënten in relatie tot gedragsverandering, willen wij hier de volgende beperkingen van het

onderzoek benoemen. Ten eerste, voor het onderzoek zijn verpleegkundige dossiers geanalyseerd. De mogelijkheid bestaat dat er sprake is van een onvolledige registratie. Bovendien kon uit deze dossiers geen eigen effectiviteit en motivatie van de patiënt geëxtraheerd worden, terwijl uit de literatuur bekend is dat dit belangrijke voorspellers zijn van waarom sommige patiënten wel en anderen niet veranderen. Andere manieren om leefstijldoelen te evalueren, inclusief het proces van het stellen van doelen en de context waarin doelen opgesteld worden, zijn waardevolle aanvullingen. Te denken valt aan het analyseren van geluidsopnames, video-opnames of observaties. Een tweede beperking betreft het feit dat gedragsverandering van patiënten is gemeten met behulp van dichotome uitkomsten op baseline en de eerste follow-upmeting. Er is daarbij gekeken of de patiënt wel of niet aan de norm voor gezond gedrag voldoet. Voor therapietrouw met compressietherapie en het doen van beenoefeningen moest gebruik gemaakt worden van zelfrapportage. Doordat er dichotome uitkomstmaten zijn gebruikt, kan het zo zijn dat niet alle gedragsveranderingen in de metingen opgemerkt zijn. Uit de analyse van de inhoud van de doelen weten we dat een substantieel deel van de doelen zich richt op randvoorwaarden om een gewenste gedragsverandering mogelijk te maken, zoals het bestellen van de juiste maat van de therapeutische elastische kousen. Als een patiënt nog geen (juiste) kousen heeft, wordt het lastig om te voldoen aan de norm van iedere dag de kousen te dragen. Bij deze patiënten is het wel heel belangrijk dat deze doelen behaald worden, maar zal het resultaat daarvan niet direct zichtbaar zijn in gedragsverandering ten tijde van de follow-up. Tot slot willen we benoemen dat het ontbreken van statisch significante verschillen tussen andere patiëntkenmerken dan leeftijd en kenmerken van doelen in

deze studie ook het gevolg kan zijn van een kleine steekproef.

Aanbevelingen

De resultaten van dit onderzoek wijzen op de volgende implicaties voor de praktijk. Omdat een derde van de gestelde doelen uit dit onderzoek niet voldeed aan de criteria voor goede kwaliteit en omdat doelen zich niet primair richtten op het meest essentiële gedrag voor de behandeling en preventie, lijkt een regelmatige evaluatie van belang. Dit geldt voor het programma 'Lively Legs', maar waarschijnlijk ook voor vergelijkbare leefstijl- en zelfmanagementprogramma's. Het is van belang om effectieve en in de praktijk haalbare leer- en feedbackmomenten te ontwerpen zodat verpleegkundigen ondersteund worden bij het doelen stellen. Daarnaast zou er in de huidige verpleegkundige opleidingen meer aandacht kunnen zijn voor vaardigheden die nodig zijn bij het stellen van doelen voor gedragsverandering. Tot slot zou vervolgonderzoek zich moeten richten op de vraag hoe kwetsbare ouderen het beste begeleid kunnen worden in dergelijke programma's, evenals meer inzicht in de visie van ouderen op begeleiding ten aanzien van therapietrouw en leefstijlverandering.

Conclusies

Het stellen van doelen kan verbeterd worden in het 'Lively Legs'-programma. Doelen kunnen meer specifiek, meetbaar en tijdsgebonden geformuleerd worden. Daarnaast zouden doelen zich vanuit het oogpunt van gezondheidswinst moeten richten op het gedrag wat het meeste effect heeft op preventie, genezing of vermindering van de aandoening, in dit geval ulcus cruris. Het onderzoek toonde verder aan dat patiënten die hun leefstijl veranderden significant jonger waren dan patiënten bij wie dit niet lukte. Meer inzicht is nodig hoe ouderen beter te begeleiden met betrekking tot leefstijl en therapietrouw.

Summary

Goal setting and lifestyle changes in the Lively Legs program: which goal and patient characteristics make the difference?

An explorative analysis into goal setting and lifestyle changes in patients with venous leg ulcers.

Irene van de Glind, Maud Heinen, Andrea Evers, Theo van Achterberg

AIM: The aim of this study was to describe the goals set in a nurse-led lifestyle program in leg ulcer patients (the Lively Legs program) and to explore patient and goal characteristics in relation to health behaviour change.

METHOD: A secondary analysis of data collected in the intervention arm of a RCT of the Lively Legs program. Nursing records (n=71) were explored for the number of sessions and goals set, topic, quality, and course of the goals. Furthermore,

goals and patient characteristics were compared in relation to health behaviour change.

FINDINGS: 41 patients (58%) succeeded in changing behaviour after goal setting. Patients most often set goals for conducting leg exercises whereas goals for adherence with compression therapy was chosen the least. 68% of the goals met criteria for being Specific, Measurable and Time-bound. Patients who achieved behaviour change were significantly younger than patients who did not. No other differences in characteristics were found.

CONCLUSION: Improvements can be made in this program by more Specific, Measurable and Time-bound goal setting. Setting goals on compression therapy and specific counselling for frail and elderly people are important challenges for promotion of healthy lifestyle.

Key words

Goal setting, health promotion, lifestyle, venous leg ulcers

Literatuur

1. Bartholomew LK, Parcel GS, Kok G, Gottlieb N, Fernandez ME. Planning Health Promotion Programs. An intervention Mapping Approach. Third Edition. San Francisco: Jossey-Bass; 2011.
2. Bodenheimer T, Handley MA. Goal-setting for behavior change in primary care: an exploration and status report. *Patient Educ Couns.* 2009;76:174-80.
3. Glanz K, Rimer BK, Viswanath K. Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice. 4th ed. Glanz K, Lewis FM, Rimer BK, editors. San Francisco: Jossey-Bass; 2008.
4. Strecher VJ, Seijts GH, Kok GJ, et al. Goal setting as a strategy for health behavior change. *Health Educ Q.* 1995;22:190-200.
5. Estabrooks PA, Nelson CC, Xu S, et al. The frequency and behavioral outcomes of goal choices in the self-management of diabetes. *Diabetes Educ.* 2005;31:391-400.
6. Lorig K, Laurent DD, Plant K, et al. The components of action planning and their associations with behavior and health outcomes. *Chronic Illn* 2014;10:50-9.
7. Langford AT, Sawyer DR, Gioimo S, et al. Patient-centered goal setting as a tool to improve diabetes self-management. *Diabetes Educ.* 2007;33 Suppl 6:139S-44S.
8. Lorig K. Action planning: a call to action. *J Am Board Fam Med.* 2006;19:324-5.
9. Meyerson KL, Kline KS. Qualitative analysis of a mutual goal-setting intervention in participants with heart failure. *Heart Lung.* 2009;38:1-9.
10. Walker ER, Wexler B, Dilorio C, et al. Content and characteristics of goals created during a self-management intervention for people with epilepsy. *J Neurosci Nurs.* 2009;41:312-21.
11. Robben SH, Perry M, Olde Rikkert MG, et al. Care-related goals of community-dwelling frail older adults. *J Am Geriatr Soc.* 2011;59:1552-4.
12. Pearson ES. Goal setting as a health behavior change strategy in overweight and obese adults: a systematic literature review examining intervention components. *Patient Educ Couns.* 2012;87:32-42.
13. Fernandez R, Rajaratnam R, Evans K, et al. Goal setting in cardiac rehabilitation: implications for clinical practice. *Contemp Nurse.* 2012;43:13-21.
14. Levack WM, Weatherall M, Hay-Smith JC, et al. Goal setting and strategies to enhance goal pursuit in adult rehabilitation: summary of a Cochrane systematic review and meta-analysis. *Eur J Phys Rehabil Med.* 2016;52:400-16.
15. Prescott S, Fleming J, Doig E. Goal setting approaches and principles used in rehabilitation for people with acquired brain injury: A systematic scoping review. *Brain Inj.* 2015;29:1515-29.
16. Scobbie L, Duncan EA, Brady MC, et al. Goal setting practice in services delivering community-based stroke rehabilitation: a United Kingdom (UK) wide survey. *Disabil Rehabil.* 2015;37:1291-8.
17. Wade DT. Goal setting in rehabilitation: an overview of what, why and how. *Clin Rehabil.* 2009;23:291-5.
18. Scobbie L, Dixon D, Wyke S. Goal setting and action planning in the rehabilitation setting: development of a theoretically informed practice framework. *Clin Rehabil.* 2011;25:468-82.
19. Teal CR, Haidet P, Balasubramanyam AS, et al. Measuring the quality of patients' goals and action plans: development and validation of a novel tool. *BMC Med Inform Decis Mak.* 2012;12:152.
20. Heinen M, Borm G, van der Vleuten C, et al. The Lively Legs self-management programme increased physical activity and reduced wound days in leg ulcer patients: Results from a randomized controlled trial. *Int J Nurs Stud.* 2012;49:151-61.
21. Heinen MM, Bartholomew LK, Wensing M, et al. Supporting adherence and healthy lifestyles in leg ulcer patients: systematic development of the Lively Legs program for dermatology outpatient clinics. *Patient Educ Couns.* 2006;61:279-91.
22. Heinen MM, Persoon A, van de Kerkhof P, et al. Ulcer-related problems and health care needs in patients with venous leg ulceration: a descriptive, cross-sectional study. *Int J Nurs Stud.* 2007;44:1296-303.
23. Heinen MM, van der Vleuten C, de Rooij MJ, et al. Physical activity and adherence to compression therapy in patients with venous leg ulcers. *Arch Dermatol.* 2007;143:1283-8.
24. Van Hecke A, Grypdonck M, Defloor T. A review of why patients with leg ulcers do not adhere to treatment. *J Clin Nurs.* 2009;18:337-49.
25. O'Meara S, Cullum N, Nelson EA, et al. Compression for venous leg ulcers. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;11:CD000265.
26. Kelley K, Abraham C. Health promotion for people aged over 65 years in hospitals: nurses' perceptions about their role. *J Clin Nurs.* 2007;16:569-79.

Over de auteurs

Dr. Irene van de Glind is gezondheidswetenschapper en werkt als postdoctoraal onderzoeker bij IQ Healthcare, Radboudumc, Nijmegen. Zij promoveerde in april 2016 op het proefschrift 'Making the connection. Implementing lifestyle interventions in healthcare'. De centrale vraag in het proefschrift was hoe professionals een gezonde leefstijl kunnen bevorderen. Het hier beschreven onderzoek is een bewerking van een van de artikelen uit het proefschrift.

De centrale vraag in het proefschrift was hoe professionals een gezonde leefstijl kunnen bevorderen en welke belemmerende en bevorderende factoren zij ervaren bij de implementatie van leefstijlinterventies.

Dr. Maud M. Heinen is verpleegkundige en verplegingswetenschapper, werkzaam als senior onderzoeker bij IQ Healthcare, Radboudumc, Nijmegen.

Prof. dr. Andrea Evers is hoogleraar Gezondheidspsychologie aan de Universiteit van Leiden.

Prof. dr. Theo van Achterberg is hoogleraar Kwaliteit van zorg aan de Katholieke Universiteit Leuven.

Correspondentieadres: irene.vandeglind@radboudumc.nl

Rectificatie

In het voorwoord van nummer 4 2016 is een fout geconstateerd in de tekst die verwijst naar het proefschrift van Ada ter Maten. Er staat dat uit haar onderzoek blijkt dat verpleegkundig specialisten

aan de medische behandeling verpleegkundige aspecten toevoegen door vanuit een breed perspectief te kijken naar de problemen van patiënten. Verpleegkundig specialisten hebben weliswaar gezegd dat zij dat doen, maar dat blijkt niet zo te zijn.