

**THERAPIETROUW
DOOR VOORLICHTING**



drieharingstraat 6
postbus 1568
3500 bn utrecht
telefoon: 030 319946

Therapietrouw door voorlichting

Handleiding voor patiëntenvoorlichting in de fysiotherapie

Emmy Sluijs

Utrecht, 1993



Landelijk Centrum GVO
Instituut voor Gezondheidsbevordering en Preventie

Landelijk Centrum GVO
Postbus 5104
3502 JC Utrecht
030-910244



Nederlands Instituut voor
onderzoek van de eerstelijns-
gezondheidszorg (NIVEL)
Postbus 1568
3500 BN Utrecht
030-319946.

© NIVEL, Utrecht, 1993

Behoudens uitzonderingen door de Wet gesteld mag zonder schriftelijke toestemming van de rechthebbende(n) op het auteursrecht niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of anderszins, hetgeen ook van toepassing is op de gehele of gedeeltelijke bewerking. De uitgever is met uitsluiting van ieder ander gerechtigd de door derden verschuldigde vergoedingen van kopiëren, als bedoeld in artikel 17 lid 2, Auteurswet 1912 en in het K.B. van 20 juni 1974 (Stbl. 351) ex artikel 16b Auteurswet, te innen en/of daartoe in en buiten rechte op te treden.

Hoewel aan de samenstelling en produktie van deze uitgave alle zorg is besteed, aanvaarden de uitgever en de auteur geen enkele aansprakelijkheid voor schade voortvloeiend uit een eventuele foutieve vermelding in deze uitgave.

Dit boek is gebaseerd op onderzoek verricht door het NIVEL en is gesubsidieerd door het Praeventiefonds

CIP-GEGEVENS KONINKLIJKE BIBLIOTHEEK, DEN HAAG
Sluijs, Emmy

Therapietrouw door voorlichting : handleiding voor
patiëntenvoorlichting in de fysiotherapie / Emmy Sluijs ;
[ill. Len Munnik]. - Utrecht : Landelijk Centrum GVO. -
Ill. - (Reeks Patiëntenvoorlichting ; nr. 6)

Met lit. opg.

ISBN 90-6928-136-8

NUGI 735/751

Trefw.: fysiotherapie ; patiëntenvoorlichting.

Bestelwijze: zie achterin dit boek.

Vormgeving, dtp en drukwerk: Stimio bv, Meteren.

Dankwoord

Dit boekje is gebaseerd op een driejarig onderzoek naar patiëntenvoorlichting in de fysiotherapie, gesubsidieerd door het Praeventiefonds en uitgevoerd door het NIVEL.

Mijn waardering en dank gaan uit naar:

De 84 fysiotherapeuten die aan dit onderzoek meewerkten. Zij hebben tezamen 1.837 geluidsopnamen van hun behandelingen gemaakt en deze voor onderzoeksdoeleinden aan het NIVEL ter beschikking gesteld. De heer W. van Lindenberg maakte daarnaast video-opnamen van zijn behandelingen die als waardevol illustratiemateriaal in de opleidingen worden gebruikt.

Mw. drs. J.J. Knibbe, fysiotherapeut en bewegingswetenschapper, momenteel als onderzoeker werkzaam bij het NIVEL. Haar medewerking en adviezen gedurende de gehele looptijd van het project waren van onschatbare waarde.

De heer A. de Wijer, fysiotherapeut, werkzaam bij de Hogeschool Midden Nederland en directeur van het Academie Instituut voor Fysiotherapie, Manuele therapie, Logopedie en Cesar therapie. Hij leverde kritisch commentaar op een conceptversie van dit boek.

Mw. H.A. van Wermeskerken, als fysiotherapeut en manueel therapeut werkzaam in een eigen praktijk te Wassenaar, docent aan de Leidse Hogeschool, Afdeling Fysiotherapie. Zij leverde commentaar op een conceptversie en zorgde bovendien voor de casusbesprekingen die als oefenmateriaal in dit boek zijn opgenomen.

Utrecht, juni 1993

Emmy Sluijs

Voorwoord

Patiëntenvoorlichting heeft de afgelopen jaren aan betekenis gewonnen. Steeds meer dringt bij instellingen en hulpverleners het besef door dat goede voorlichting en begeleiding medebepalend is voor de kwaliteit van de behandeling en de verzorging. Patiënten vragen zelf ook steeds meer om informatie; ze zijn mondiger geworden en willen zelf beslissingen nemen over hun eigen gezondheid. Bovendien is voorlichting voor hen noodzakelijk om een keus te kunnen maken uit de groeiende verscheidenheid aan zorgvoorzieningen.

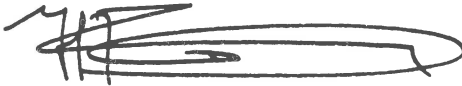
Patiëntenvoorlichting zal nog meer in betekenis toenemen nu ook wettelijk de toestemmingsvereiste en de informatieplicht worden vastgelegd in de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst.

Om patiëntenvoorlichting verder te stimuleren heeft het Praeventiefonds vanaf 1986 aanzienlijke bedragen ter beschikking gesteld voor projecten die voorlichtingsmodellen, -protocollen en -handleidingen verschaffen aan de beroepsbeoefenaars in de verschillende sectoren van de gezondheidszorg. Door middel van de door WVC ingestelde Werkgroep Beleidsontwikkeling Patiëntenvoorlichting heb ik graag een bijdrage geleverd aan de ondersteuning van deze projecten. Ik vind het zeer verheugend dat vanuit deze projecten een publikatiereeks over patiëntenvoorlichting is voortgekomen voor opleidingen en beroepsbeoefenaars in de gezondheidszorg.

De boekjes, waarvan het voor u liggende er één is, zijn een belangrijk hulpmiddel bij de bevordering van een meer systematische aandacht en aanpak van patiëntenvoorlichting in de praktijk. De reeks voorziet mijns inziens in de behoefte aan

concrete voorbeelden. Het gebruik van dit boekje beveel ik u daarom van harte aan. Ik hoop dat u met de vele tips en aanbevelingen uw voordeel kunt doen en dat u gestimuleerd wordt in een goede begeleiding van en voorlichting aan uw patiënten.

De staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur,

A handwritten signature in black ink, consisting of several overlapping loops and strokes, positioned above the printed name.

w.g.

Hans J. Simons

Inhoud

1	<i>Inleiding</i>	1
2	<i>Voorlichting en therapietrouw</i>	4
	2.1 Inleiding	4
	2.2 Fysiotherapeuten geven veel voorlichting	9
	2.3 Patiënten met veel vragen krijgen meer voorlichting	10
	2.4 De voorlichting bij psychosomatische klachten	12
	2.5 Problemen van fysiotherapeuten met het geven van voorlichting	13
	2.6 Therapietrouw van patiënten is voor verbetering vatbaar	14
	2.7 Problemen van patiënten met het opvolgen van voorschriften	15
	2.8 De belangrijkste oorzaken van therapie-ontrouw	17
	2.9 Conclusie	18
3	<i>Theorie: korte- en lange termijn therapietrouw</i>	19
	3.1 Inleiding	19
	3.2 Geen gradueel maar een essentieel verschil	20
	3.3 De gedragsmatige aanpak en de zelfregulatietheorie	23
	3.4 De gedragsmatige aanpak voor de korte termijn	24
	3.5 De zelfregulatietheorie voor de lange termijn	28
	3.6 Conclusie	31
4	<i>Voorlichting in de praktijk</i>	33
	4.1 Inleiding	33
	4.2 De relatie tussen fysiotherapeut en patiënt	34
	4.3 Aandacht voor de ideeën van de patiënt	35
	4.4 Therapietrouw met de patiënt bespreken	36
	4.5 Het voorkómen van therapietrouw problemen	38

4.6	Het oplossen van therapietrouw problemen	39
4.7	Het gebruik van positieve feedback	40
4.8	Het benutten van geheugensteuntjes	41
4.9	De patiënt leren generaliseren	43
4.10	Het gevoel van zelfeffectiviteit vergroten	44
4.11	Samenwerking tussen fysiotherapeut en arts	45
4.12	Methodisch handelen	47
5	<i>Casusbesprekingen</i>	49
	Casus 1 De scholier	50
	Casus 2 De secretaresse	51
	Casus 3 De monteur	53
	Casus 4 Tennissen	55
	Casus 5 De schaatser	57
	Casus 6 De fluitiste	59
	Casus 7 De levensgenieter	61
	Casus 8 De trui	63
	Casus 9 De angst	65
	Casus 10 Het verdriet	67
6	<i>Checklist therapietrouw bevorderende maatregelen</i>	70
	<i>Literatuur</i>	72

Voorlichting is een belangrijk en onlosmakelijk onderdeel van het fysiotherapeutisch handelen. Elke patiënt die een fysiotherapeut raadpleegt, krijgt adviezen en instructies. Enerzijds om een snel herstel te bevorderen, anderzijds om te voorkómen dat de klachten in de toekomst opnieuw optreden. Voorlichting met curatieve en preventieve doelen dus. In de fysiotherapie is voorlichting zelfs het belangrijkste instrument voor preventie. 'Fysiotherapeuten doen veel aan voorlichting', zo luidt dan ook de hoofdconclusie van een grootschalig onderzoek naar voorlichting en therapietrouw in de fysiotherapie (Sluijs, 1991).

Met recht kan voorlichting een kerntaak in de fysiotherapie genoemd worden. De toenemende aandacht van de beroepsgroep voor de wijze van voorlichten heeft tenminste drie redenen:

1. De vraag naar de effectiviteit van fysiotherapie is actueel. De effecten van het fysiotherapeutisch handelen zijn mede afhankelijk van de mate waarin patiënten de adviezen van hun fysiotherapeut opvolgen: de 'therapietrouw'. Evenals in de geneeskunde is dit een onderschat probleem in de fysiotherapie. Onderzoek wijst uit dat de wijze waarop een fysiotherapeut voorlichting geeft, de therapietrouw beïnvloedt. Het verband tussen voorlichting en therapietrouw staat centraal in dit boek.
2. Het grote aantal recidiven in de fysiotherapie stemt tot bezorgdheid: bijna de helft van de patiënten wordt na verloop van tijd opnieuw behandeld voor dezelfde klachten. Het lukt veel patiënten blijkbaar niet hun gedrag zo te veranderen dat de klachten in de toekomst worden voorkómen. Hoewel hulpverleners het gedrag van patiënten niet in de hand hebben, bestaan er methoden om patiënten te motiveren tot

gedrag dat klachten voorkomt. Die methoden komen in dit boek aan de orde.

3. Goed voorlichten is zo niet een kunst dan wel een vak apart. Ruim eenderde van de fysiotherapeuten zegt dan ook daar moeite mee te hebben. In de opleiding werd er tot nu toe weinig aandacht aan besteed. Fysiotherapeuten hebben weinig strategieën in handen om te zorgen dat de voorlichting aanslaat bij patiënten. In dit boek wordt beschreven hoe fysiotherapeuten zulke strategieën in hun werk kunnen gebruiken. De strategieën zijn met name ontleend aan de voorlichtingskunde en de psychologie.

Dit boek is gebaseerd op een onderzoek naar voorlichting en therapietrouw in de fysiotherapie, gesubsidieerd door het Praeventiefonds en verricht door het NIVEL (Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg). Het onderzoek is gebaseerd op 1.837 geluidsopnamen van fysiotherapeutische behandelingen. Aan de hand daarvan is de huidige voorlichting in kaart gebracht en is opgespoord welke onderdelen voor verbetering vatbaar zijn. De vele voorbeelden en citaten in dit boek zijn voor een deel afkomstig van de fysiotherapeuten die de geluidsopnamen gemaakt hebben.

In dit boek zijn de belangrijkste resultaten van het onderzoek beknopt weergegeven. Het accent ligt op methoden ter verbetering van de voorlichting. Het is speciaal geschreven voor praktizerende fysiotherapeuten en voor de fysiotherapie-opleidingen.

Aan de hand van drie vragen belichten we de voorlichting in de fysiotherapie:

- 1) Wat is de huidige stand van zaken op voorlichtingsgebied?
- 2) Wat is de onderliggende theorie bij het stimuleren van therapietrouw?
- 3) Welke concrete voorlichtingsvaardigheden kunnen therapietrouw bevorderen?

In hoofdstuk 2 wordt de huidige voorlichting door fysiotherapeuten in kaart gebracht. Uitgangspunt is de vraag wat fysiothe-

rapeuten op dit moment aan voorlichting doen en in welke mate patiënten instructies en adviezen opvolgen. Op grond van de bestaande situatie komt in de twee volgende hoofdstukken aan de orde welke aspecten voor verbetering vatbaar zijn. Hoofdstuk 3 beschrijft een theoretisch model voor het verklaren en bewerkstelligen van therapietrouw. Dit model laat zien dat therapietrouw op de lange termijn een andere aanpak vereist dan therapietrouw op de korte termijn. Hoofdstuk 4 is toegespitst op voorlichtingsvaardigheden in de praktijk. In dit hoofdstuk zijn de bevindingen uit de eerste twee hoofdstukken uitgewerkt tot praktische tips en concrete voorbeelden die fysiotherapeuten in hun dagelijkse patiëntenzorg kunnen benutten. Hoofdstuk 5 bevat een aantal casusbesprekingen uit de dagelijkse praktijk van de fysiotherapie. Aan de hand van de opdrachten bij elke casus kunnen (aankomende) fysiotherapeuten zich oefenen in het omgaan met therapietrouw en therapie-ontrouw.

In *Therapietrouw door voorlichting* ligt het accent op de therapietrouw van patiënten. Andere doelen en andere vormen van voorlichting blijven buiten beschouwing. Er zijn inmiddels veel publikaties over algemene voorlichting verschenen (Van der Linden, 1987; Dishman, 1988; Kok en Bouter, 1990; Knibbe en Wams, in druk), terwijl therapietrouw tot nu toe onderbelicht is. Het feit dat alle aandacht in de fysiotherapie op dit moment gericht is op het zichtbaar maken van de kwaliteit en de effectiviteit van fysiotherapie is een goede aanleiding om in dit boek therapietrouw centraal te stellen.

Wij hopen dat dit boek een stimulans zal zijn om op de ingeslagen weg - de zoektocht naar steeds betere voorlichting - voort te gaan. De vele voorbeelden en citaten zullen ongetwijfeld inspireren tot het vinden van nieuwe en creatieve oplossingen om de therapietrouw van patiënten te vergroten. En dat betekent een belangrijke bijdrage aan de kwaliteit en de effectiviteit van de voorlichting in de fysiotherapie.

Voorlichting en therapietrouw

2.1 INLEIDING

Om voorlichting te kunnen verbeteren moeten we eerst weten hoe de huidige voorlichting in de fysiotherapie eruit ziet. Dit hoofdstuk bevat de belangrijkste resultaten van het onderzoek naar patiëntenvoorlichting door fysiotherapeuten in de eerste lijn.

In het onderzoek is de voorlichting door fysiotherapeuten als volgt in kaart gebracht. Er zijn 1.837 geluidsopnamen van zittingen fysiotherapie beluisterd aan de hand van een checklist (Sluijs, 1989). Op deze checklist tekende de onderzoeker aan over welke onderwerpen de fysiotherapeut voorlichting gaf. Daarnaast vulden fysiotherapeuten en patiënten vragenlijsten in over hun opvattingen ten aanzien van patiëntenvoorlichting. De resultaten zijn in een proefschrift en een aantal artikelen beschreven (Thiel, 1990; Sluijs en Kuijper, 1990; Sluijs en Hermans, 1990; Sluijs, 1991b; Sluijs en Knibbe, 1991; Sluijs, 1992). We beperken ons hier tot de grote lijnen.

Onder 'voorlichting' verstaan we alle uitleg, adviezen, instructies en begeleiding die fysiotherapeuten geven. Deze brede definitie van voorlichting maakt direct duidelijk dat het fysiotherapeutisch handelen voor een groot deel bestaat uit het geven van voorlichting: "Hoe moet de patiënt met de klachten omgaan?" "Wat moet hij of zij doen en laten?" "Welk oefenprogramma moet de patiënt volgen?" Kortom, wat moet de patiënt weten en wat moet hij doen.

Voorlichten is dus zo oud als de fysiotherapie zelf. De huidige aandacht voor voorlichting heeft vooral te maken met het feit dat het verstrekken van informatie alléén vaak onvoldoende is.

Speciale voorlichtingsvaardigheden zijn nodig om met voorlichting gewenste resultaten te bereiken.

Achtereenvolgens bekijken we in dit hoofdstuk het soort voorlichting dat fysiotherapeuten geven en de redenen waarom fysiotherapeuten aan sommige patiënten veel en aan anderen weinig voorlichting geven. Daarna volgen twee paragrafen over psychosomatische klachten en over de problemen die fysiotherapeuten ondervinden bij het geven van voorlichting.

Vervolgens komen de patiënten aan bod. De omvang van therapie-ontrouw wordt beschreven, alsmede de problemen die patiënten ervaren bij het opvolgen van de voorschriften. Tot slot worden de belangrijkste oorzaken van therapie-ontrouw vermeld.

Schema 1. Voorlichting door fysiotherapeuten in de eerstelijns

**Aantal zittingen waarin fysiotherapeuten voorlichting geven
uitgesplitst per onderwerp (N=1837) ***

	voorlichting	
	ja	%
1 INFORMATIE OVER DIAGNOSE EN KLACHTEN		
■ over diagnose en klachten	1323	72
■ over de oorzaak van de klachten	720	39
■ over de prognose of het (vermoedelijke) verloop	526	28
■ gebruik van illustratief materiaal	81	4
■ overige informatie over diagnose en klachten	193	11
2 INSTRUCTIES OVER HUISWERKOEFFENINGEN (n=1178) **		
■ welke oefeningen moeten thuis gedaan worden	912	77
■ aantal keer dat elke oefening gedaan moet worden	295	25
■ hoe vaak per dag moet geoefend worden	301	26
■ wijze van oefenen	752	64
■ opbouw van het totale oefenprogramma	75	6
■ opbouw van elke oefening	104	9
■ stencil of drukwerk met oefeningen meegeven	17	1
■ zelf-geschreven instructie meegeven	30	3
■ aanpassen van oefeningen aan dagelijkse bezigheden	36	3
■ motiveren van patiënt	656	56
■ controleren van de huiswerk oefeningen	758	64
■ problemen en oplossingen bij therapie-ontrouw	57	5
■ overige onderwerpen	79	7
3 ADVIEZEN EN UITLEG MET BETREKKING TOT KLACHTEN		
■ over rust	268	15
■ over juiste houding en beweging	602	33
■ over werk, sport en hobby's	349	19
■ over dagelijkse bezigheden	98	5

■ over zelfzorg, huismiddelen	236	13
■ over aanpassingen	101	6
■ over hulpmiddelen	114	6
■ over andere hulpverleners	43	2
■ over huisarts en specialisten	192	11
■ motiveren van de patiënt	174	10
■ controleren of adviezen opgevolgd worden	221	12
■ problemen en oplossingen bij therapie-ontrouw	38	2
■ overige onderwerpen	300	16

4 ALGEMENE UITLEG EN ADVIEZEN OVER ZIEKTE EN GEZONDHEID

■ over bewegen en sport	143	8
■ over voeding en gewicht	52	3
■ over roken, alcohol en drugs	12	1
■ over pijnstillers en medicijnen	82	5
■ over gezondheid en ziekte in het algemeen	114	6
■ motiveren van de patiënt	32	2
■ controleren of adviezen opgevolgd worden	28	2
■ problemen en oplossingen bij therapie-ontrouw	5	0
■ overige onderwerpen	128	7

5 PSYCHOSOCIALE ASPECTEN EN BEGELEIDING

■ uitleg over relatie tussen stress, spanning en klachten	146	8
■ bespreken van psychosociale problemen	79	4
■ begeleiding bij pijn, belemmeringen, handicaps	198	11
■ begeleiding bij levensgebeurtenissen	125	7

B SYSTEMATISCHE INFORMATIE OVER BEHANDELING

■ uitleg over het behandelplan van de zitting	681	37
■ uitleg over het behandelplan van de behandeling	425	23
■ uitleg over duur van de behandeling	390	21
■ meedelen bevindingen anamnese	162	9
■ meedelen bevindingen van lichamelijk onderzoek	448	24
■ meedelen bevindingen van de therapie	1207	66

■ uitleg over doel van lichamelijk onderzoek	236	13
■ uitleg over doel van oefeningen	951	52
■ uitleg over doel van massage	391	21
■ uitleg over doel van fysiotechniek	380	21
■ uitleg over mogelijke bijwerkingen van behandeling	175	10
■ evaluatie van behandeling	716	39

C WENSEN EN BEVINDINGEN VAN DE PATIËNT

■ verkennen van wensen en verwachtingen van de patiënt	219	12
■ verkennen van ideeën en percepties van de patiënt	116	6
■ verkennen van zelfzorg activiteiten van de patiënt	72	4
■ checken of patiënt uitleg begrepen heeft	139	8

gemiddelde score
op schaal)
(van 1 tot 4)

A RELATIE FYSIOTHERAPEUT-PATIËNT

■ positieve feedback geven en belonen	1,5
■ aandacht voor ongemak en pijn	1,6
■ patiëntgerichte interesse	3,4
■ taakgerichte interesse	3,3
■ inbreng aan de patiënt geven	2,3

* Een willekeurige steekproef van 84 eerstelijns fysiotherapeuten maakten geluidsopnamen van 1.837 ongeselecteerde patiënten. Aan de hand van een observatieprotocol werd aangetekend over welk onderwerp wel en geen voorlichting gegeven werd. Een uitgebreide beschrijving van het protocol is te vinden in het rapport: *Patiëntenvoorlichting door fysiotherapeuten: ontwikkeling van het observatieprotocol*, Utrecht, NIVEL, 1983.

** Instructies voor huiswerk oefeningen betreffen de 1.178 zittingen waarin huiswerk oefeningen werden voorgeschreven.

2.2 FYSIOTHERAPEUTEN GEVEN VEEL VOORLICHTING

Voorlichting is een onderdeel van nagenoeg elke fysiotherapeutische zitting (97%). Als men bedenkt dat een fysiotherapeutische behandeling doorgaans uit twaalf zittingen bestaat, dan betekent dat dat er ook twaalf keer voorlichting wordt gegeven.

Het gaat om de meest uiteenlopende onderwerpen. Van een goede houding bij zwangerschap tot het uit bed tillen van een demente echtgenoot of het leren lopen met een looprekje. Ter illustratie worden in schema 1 meer dan 60 onderwerpen genoemd waarop de voorlichting betrekking heeft. Als we ons tot de grote lijnen beperken ontstaat het volgende beeld.

In 80% van alle zittingen krijgt de patiënt uitleg over de klachten, zoals de betekenis van de symptomen, de oorzaak van de pijn, het verwachte verloop of de prognose. Een fysiotherapeut:

“Bij u is het kapsel geïrriteerd. Het zijn niet de spieren. Als u naar dit schoudergewricht kijkt (toont model), dan ziet u rond het gewricht een vrij hard weefsel. Dat is het kapsel en de irritatie daarvan veroorzaakt de pijn.”

In 64% van alle zittingen krijgt de patiënt instructies voor een programma van huiswerk oefeningen. De fysiotherapeut legt uit waar de oefening voor dient, vertelt hoe en hoe vaak de oefening gedaan moet worden en waar de patiënt speciaal op moet letten. Een fysiotherapeut:

“Deze oefening kun je het best liggend doen met een kussentje onder je hoofd. Je moet gaan tot aan de pijngrens en nooit verder. Als je pijn voelt hou je op. Het gaat om het rekken van de spieren en niet om het forceren ervan. Probeer dit vijftien keer te doen, maar stop bij pijn.”

In 69% van alle zittingen krijgt de patiënt een of meerdere adviezen over de wijze waarop hij of zij met de klachten om moet gaan. De fysiotherapeut legt uit hoe de patiënt moet tillen

en waarom, dat het aanrecht verhoogd moet worden om niet krom te staan, dat de patiënt betere schoenen moet dragen, hoe hulpmiddelen als een kruk of een mitella gebruikt moeten worden enzovoorts. Een fysiotherapeut:

”Een mitella kan wel helpen om die arm te ontlasten, maar dan moet je er echt aan denken dat je die arm minstens twee keer per dag uit die doek haalt en beweegt. Dat doe je dan door voorover te buigen en de arm rustig in cirkels te bewegen zonder dat dit pijn provoceert. Je herhaalt dit tien keer en daarna beweeg je de arm rustig voor- en achterwaarts in dezelfde voorovergebogen houding. Dat is nodig omdat anders die schouder verstijft.”

In 23% van alle zittingen krijgen patiënten voorlichting over een gezonde leefstijl. Het gaat hier om algemene preventieve voorlichting die los staat van de klachten. De fysiotherapeut benadrukt het belang van bewegen of sporten of wijst op de risico's van roken of overgewicht. Een fysiotherapeut:

”Het zou beter zijn om mineraalwater te drinken in plaats van die jus d'orange iedere avond. Alle calorieën tellen. Minder gewicht betekent eigenlijk altijd minder belasting voor het bewegingsapparaat. Loop maar eens een dag met tien kilo op je rug, dan voel je wel wat dat voor je spieren betekent.”

Deze cijfers onderstrepen de belangrijke plaats die voorlichting in het fysiotherapeutisch handelen inneemt. De conclusie dat fysiotherapeuten veel voorlichting geven is dan ook alleszins gerechtvaardigd.

2.3 PATIËNTEN MET VEEL VRAGEN KRIJGEN MEER VOORLICHTING

Jonge patiënten krijgen meer voorlichting dan oudere patiënten en hoger opgeleide patiënten krijgen meer voorlichting dan lager opgeleiden. Voor een deel komt dat omdat het voorlichten van hoog opgeleide patiënten gemakkelijker is. De fysiotherapeut hoeft minder moeite te doen om de informatie in eenvoudige

dige en begrijpelijke termen te vertalen. "Het valt niet mee om iemand te leren zijn bekken te kantelen als iemand niet eens weet dat hij een bekken heeft", verzuchtte een fysiotherapeut.

Voor het grootste deel hangt de hoeveelheid voorlichting die een patiënt krijgt van hem zelf af. Wie meer vraagt krijgt meer antwoorden. De belangrijkste verklaring voor de hoeveelheid voorlichting die fysiotherapeuten geven, ligt in de hoeveelheid vragen die patiënten stellen.

Vaak zijn dit directe vragen zoals: "Hoe lang gaat dit duren?", "Komt het door de kou?", "Het is toch geen slijtage?" enzovoorts. Patiënten krijgen altijd antwoord op dergelijke vragen. Vaak ook stellen zij indirecte vragen, zoals: "Ik denk wel eens dat het van het roken komt" waarmee de patiënt eigenlijk bedoelt: "Komt het door het roken?" of, "Mijn vrouw dacht dat er wel een foto gemaakt zou worden...", waarmee de patiënt voorzichtig polst wat de fysiotherapeut daarvan denkt. Meestal gaan fysiotherapeuten ook op dit soort indirecte vragen in of proberen zij erachter te komen wat de patiënt precies bedoelt.

Hoewel meer vragen van de patiënt meer voorlichting opleveren is dit geen eenrichtingverkeer. Een interessante bevinding is dat de voorlichting van de fysiotherapeut ook meer vragen uitlokt. Er is sprake van een wisselwerking. Als een fysiotherapeut veel voorlichting geeft, is dat voor patiënten vaak aanleiding om daarover door te vragen. Een voorbeeld:

Fysiotherapeute: "Als u regelmatig buikspieroefeningen doet, wordt die rug minder kwetsbaar."

Patiënt: "Wat hebben mijn buikspieren met mijn rug te maken?"

Fysiotherapeute: "Je kan de wervelkolom vergelijken met een antenne die zowel door de rugspieren als door de buikspieren in evenwicht wordt gehouden. Alleen het versterken van de rugspieren heeft dan weinig zin. We moeten zorgen dat er een balans ontstaat zodat de belasting gelijk verdeeld wordt. Daarom moeten de buikspieren ook versterkt worden."

Vragen van patiënten lokken voorlichting uit en omgekeerd lukt de voorlichting van de fysiotherapeut vragen van de patiënt uit. Door deze wisselwerking kunnen we met recht zeggen: 'voorlichten dat doe je met z'n tweeën'.

2.4 DE VOORLICHTING BIJ PSYCHOSOMATISCHE KLACHTEN

Bij eenderde van alle klachten spelen psychische spanningen (in het onderzoek gedefinieerd als psychosociale invloeden) een grote rol, zo registreerden de fysiotherapeuten in het onderzoek. Alleen traumata en post-operatieve klachten werden vaak als puur somatisch beschouwd. Psychosomatiek - de verwevenheid van lichamelijke en psychische klachten - is in de fysiotherapie een bekend verschijnsel. Net als huisartsen bestempelen fysiotherapeuten de klachten van vrouwen eerder als psychisch dan de klachten van mannen. De oorzaak hiervan is niet bekend. Als fysiotherapeuten een klacht psychosomatisch vinden, betekent dat niet per definitie dat dit ook met de patiënt besproken wordt. In de helft van de gevallen blijft dit onder tafel. In dergelijke gevallen wordt ook niet duidelijk of de patiënt inzicht heeft in de wijze waarop psychische spanningen de lichamelijke klachten kunnen verergeren of in stand houden. In bijna een kwart van alle zittingen vindt wél een psychosociaal gesprek plaats. De fysiotherapeuten geven daarbij steun en begeleiding bij pijn, verdriet, spanningen of ernstige levensgebeurtenissen. Ook proberen zij de patiënt inzicht te geven in de wijze waarop stress en spanningen met de klachten samen kunnen hangen. Een fysiotherapeut:

"Bij stress vinden er allerlei veranderingen in je lichaam plaats die de klachten kunnen verergeren. Je merkt dat het duidelijkst als je ergens van schrikt: je spant je spieren en je hart begint te bonken. Zo reageert het lichaam ook op spanningen, alleen is dat veel minder duidelijk. Vaak merk je zelf niet eens dat je spieren gespannen zijn of dat je sneller ademhaalt. Maar het kost natuurlijk wel energie, net als een veer die te strak gespannen staat."

Een interessante bevinding is dat psychosociale gesprekken het meest plaatsvinden tijdens massagetherapie. Tijdens massage beginnen patiënten vaak zelf te praten over problemen waar zij mee zitten of over ernstige gebeurtenissen in hun leven. Voor fysiotherapeuten is dat dan vaak de aanleiding voor een psychosociaal gesprek. Het lijkt erop dat de rust en het lichamelijke contact dergelijke gesprekken vergemakkelijken. In die zin vervult massage vaak een dubbele functie zonder dat het veel extra tijd kost.

2.5 PROBLEMEN VAN FYSIOTHERAPEUTEN MET HET GEVEN VAN VOORLICHTING

Meer dan de helft van de fysiotherapeuten (52%) vindt voorlichten moeilijk: "Aan het eind van een drukke dag breng ik het bijna niet meer op", verzucht een fysiotherapeut, "dan zet ik mijn verstand op nul en ga ik masseren". Gebrek aan tijd of voorlichtingsmateriaal speelt soms een rol, maar de communicatie met de patiënt is het belangrijkste probleem (Sluijs en Kuijper, 1990).

Sommige fysiotherapeuten schrijven deze problemen toe aan de patiënt, die niet geïnteresseerd of gemotiveerd zou zijn. Andere fysiotherapeuten zeggen dat zij voorlichtingsvaardigheden missen omdat zij die nauwelijks in de opleiding geleerd hebben. Een aantal citaten van fysiotherapeuten:

"Vaak maak ik als fysiotherapeut de fout in vakjargon te praten."

"Het is moeilijk dingen in gewone taal zo duidelijk te maken dat het thuis nog naverteld kan worden."

"Hoe hou ik het zo simpel mogelijk. Teveel informatie maakt de zaak voor een patiënt eerder onduidelijk dan duidelijk."

"Je zou meer van de thuissituatie moeten weten om de adviezen in te kunnen passen in het bestaande levenspatroon van de patiënt."

"Ik vind het soms moeilijk om overtuigend te zijn omdat ik mezelf ook niet aan allerlei adviezen houd."

"Patiënten zijn niet geïnteresseerd in hun eigen lichaam en voelen zich niet verantwoordelijk voor hun eigen gezondheid."

"Klachten door stress worden door de patiënt niet als zodanig geaccepteerd; hiervoor moet een fysieke aandoening gevonden worden."

"Sommige patiënten zijn er zo op gebrand hun oude leefgewoonten weer op te pakken dat ze doof zijn voor voorlichting."

We kunnen concluderen dat voorlichten niet het makkelijkste deel van het vak blijkt te zijn. Meer dan de helft van de fysiotherapeuten heeft er problemen mee. Die problemen komen in feite neer op de vraag: 'Hoe bereik ik dat de patiënt mijn voorlichting begrijpt en onthoudt en hoe motiveer ik ook ongeïnteresseerde patiënten, om iets met die voorlichting te doen?'. Met deze vraag zijn we aangeland bij de therapietrouw van patiënten.

2.6 THERAPIETROUW VAN PATIËNTEN IS VOOR VERBETERING VATBAAR

Therapietrouw is het opvolgen van therapeutische voorschriften; therapie-ontrouw is het niet opvolgen van die voorschriften. Het is een vertaling van het veelgebruikte begrip 'compliance' of 'adherence', wat letterlijk betekent 'voldoen aan' of 'zich houden aan'. Het probleem van therapie-ontrouw is zo oud als de geneeskunde en werd 400 jaar voor Christus al door Hippocrates gesignaleerd ("veel patiënten liegen...").

Ook nu nog blijkt dat ongeveer de helft van de patiënten de voorgeschreven medicijnen niet of niet correct inneemt, vaak zonder dat de arts of specialist dat weet. Geen uniek probleem dus voor de fysiotherapie, maar wel een probleem met consequenties, want net als medicijnen geen effect kunnen hebben

als patiënten ze niet innemen, kan oefentherapie geen effect hebben als de patiënt niet oefent.

Fysiotherapeuten zijn niet optimistisch over de therapietrouw van patiënten. Zij schatten dat eenderde van de patiënten de opgegeven huiswerk oefeningen niet doet en dat maar weinig patiënten het volhouden om te blijven oefenen als de behandeling afgelopen is.

Van de patiënten zelf zegt 22% de opgegeven huiswerk oefeningen niet of nauwelijks te doen terwijl 35% zegt juist wel regelmatig te oefenen. De overige 41% zit daar tussenin. Let wel, het gaat hier om het huiswerkprogramma tijdens de periode dat de patiënt behandeld wordt en fysiotherapeut en patiënt elkaar regelmatig zien. Na afloop van de behandeling daalt de therapietrouw doorgaans sterk, zo blijkt uit alle onderzoek.

Het meest opvallend bij het beluisteren van de banden was de constatering dat het niet oefenen zelden ter sprake kwam tijdens de behandeling. Patiënten durven niet te zeggen dat zij niet oefenen en fysiotherapeuten blijken het zelden expliciet aan de patiënt te vragen. Het gevolg is dat een therapeut vaak niet weet wat de patiënt doet. Uit het onderzoek blijkt dat fysiotherapeuten de therapietrouw van patiënten anders inschatten dan de patiënten zelf rapporteren.

Wat wellicht nog belangrijker is, is dat hiermee ook onder tafel blijft wat de oorzaken zijn van therapie-ontrouw en welke problemen de patiënt met de voorschriften heeft. Slechts in 5% van alle zittingen praten fysiotherapeut en patiënt over deze problemen en proberen samen oplossingen te vinden (zie het schema over voorlichting door de fysiotherapeut).

2.7 PROBLEMEN VAN PATIËNTEN MET HET OPVOLGEN VAN VOORSCHRIFTEN

Eenderde van alle patiënten heeft problemen met oefenen (31%) of met het opvolgen van de gekregen adviezen (38%). Het probleem is niet dat patiënten geen vertrouwen hebben in de fysiotherapeut. Bijna alle patiënten gaan ervan uit dat wat de fysiotherapeut zegt, helpt. Het probleem is dat het voor patiën-

ten buitengewoon moeilijk blijkt te zijn om iets aan hun dagelijkse gewoonten of hun gedrag te veranderen (Sluijs en Hermans, 1990; Thiel, 1990). Voor oefenen moet tijd vrijgemaakt worden en bovendien is het vaak pijnlijk, zo merken patiënten op. Adviezen zijn niet altijd uitvoerbaar of vragen een verandering van leefstijl die niet eenvoudig is. Ter illustratie een aantal citaten van patiënten, eerst over de oefeningen en vervolgens over de adviezen:

"Ik werk en heb een gezin met twee kindjes. Die laten langere tijd achtereen oefenen vaak niet toe."

"Soms ben ik van 's ochtends tot 's avonds weg. Dan kan ik hooguit één keer oefenen in plaats van drie keer."

"Als je wilt gaan oefenen weet je van tevoren dat je jezelf pijn doet. Door dat idee alleen al word je er niet fanatieker op."

"De oefeningen zijn ronduit saai en vervelend, en ook al heb je tijd dan nog is het moeilijk op te brengen."

"Ik vergeet ze omdat ik op dit moment nauwelijks last heb van de klachten."

Bij het opvolgen van adviezen worden andere problemen genoemd:

"Ik geef les en ben daar zo intensief mee bezig dat ik niet steeds op mijn houding kan letten."

"Het probleem is dat ik het op mijn werk niet rustiger aan kan doen, of ik moet thuis blijven."

"Ik ben kapster en wij hebben geen pompstoelen in de praktijk zodat ik wel gebogen moet werken."

"Wat ik in vijftig jaar aan houding heb opgebouwd verander je niet een, twee, drie."

"Ik vind die zogenaamde betere schoenen erg lelijk."

En een patiënt die moet gaan zwemmen:

"Ik heb vreselijke watervrees!"

De conclusie is dat veel patiënten problemen hebben met het doen van huiswerk oefeningen en dat zij het moeilijk vinden de adviezen op te volgen. Het is doorgaans geen kwestie van onwil maar meer een kwestie van onmacht. Verandering van gedrag of leefpatroon is veel moeilijker dan op het eerste gezicht lijkt.

2.8 DE BELANGRIJKSTE OORZAKEN VAN THERAPIE-ONTROUW

Zijn het bepaalde typen patiënten die therapietrouw of -ontrouw zijn? Dat te weten zou het voor een fysiotherapeut al veel eenvoudiger maken. Uit het onderzoek - evenals uit veel ander onderzoek - blijkt dat verreweg de belangrijkste verklaring voor therapie-ontrouw ligt in de problemen en de barrières die patiënten ervaren (tijdgebrek, vergeten, pijn of vermoeidheid, moeilijk uitvoerbare adviezen, verandering van leefstijl). Daarnaast zijn er nog enkele andere factoren die een minder sterke rol spelen. Namelijk:

- Therapietrouw neemt toe met de leeftijd: ouderen blijken volgzamer te zijn dan jongeren. Verrassend genoeg blijken met name jonge vrouwen (onder de 45) met een hoge opleiding weinig aan oefeningen te doen. De oorzaak hiervan is onbekend.
- Herstel is motiverend: patiënten met acute klachten en patiënten die veel hinder van de klachten hebben, zijn meer geneigd om te oefenen dan patiënten met chronische klachten of patiënten die weinig last van de klachten hebben. Patiënten met chronische klachten vormen in die zin een risicogroep.
- Positieve feedback werkt stimulerend. Net als in veel ander onderzoek blijkt ook uit ons onderzoek dat patiënten beter oefenen als zij positieve feedback van hun therapeut krijgen. Een blijk van waardering voor de vooruitgang en de inspan-

ningen die de patiënt zich getroost, zijn als het ware een steuntje in de rug en werken stimulerend.

2.9 CONCLUSIE

Fysiotherapeuten geven veel voorlichting, instructies en adviezen aan patiënten. Ruim de helft van de fysiotherapeuten vindt het echter moeilijk om goede voorlichting te geven en men is pessimistisch over de therapietrouw van patiënten. Patiënten zelf zeggen regelmatig problemen te ondervinden als zij de voorschriften en adviezen van de fysiotherapeut willen opvolgen. Zij merken dat het veranderen van leefstijl grote moeite kost. Er is dus alle reden om na te gaan hoe fysiotherapeuten theoretische inzichten uit de voorlichtingskunde en gedragstherapie kunnen benutten om de therapietrouw van patiënten te vergemakkelijken en te stimuleren.

Theorie: korte en lange termijn therapietrouw*

3.1 INLEIDING

De titel van dit hoofdstuk weerspiegelt tegelijkertijd de kern ervan. Bij het bevorderen van terapietrouw of compliance moeten we onderscheid maken tussen terapietrouw op de korte termijn en terapietrouw op de lange termijn. De verschillen tussen deze twee vormen van terapietrouw impliceren dat de voorlichtingsmethoden verschillen.

Hoewel dit hoofdstuk is toegespitst op de fysiotherapie, zijn veel ideeën breder toepasbaar en ook bruikbaar voor andere hulpverleners.

Om beter zicht te krijgen op de complexiteit van terapietrouw en de vele factoren die haar beïnvloeden, gaan we volgens drie stappen te werk.

De eerste stap is het analyseren van het gedrag. Therapietrouw betekent gedragsverandering voor de patiënt en dat roept vragen op als: Om welk gedrag gaat het nu precies? Wat wordt er van de patiënt verwacht? Welke mechanismen beïnvloeden dat gedrag? Op grond van die analyse blijkt dat korte- en lange-termijn terapietrouw wezenlijk van elkaar verschillen.

Als tweede stap gaan we na welk theoretisch model het beste past bij dat gedrag. Daaruit blijkt dat de gedragsmatige aanpak (behavioral approach) het beste aansluit bij terapietrouw op de korte termijn. Principes uit de zelfregulatietheorie zijn geschikter voor het stimuleren van terapietrouw op de lange termijn.

* Met dank aan Drs. J.J. Knibbe die samen met mij een artikel over dit onderwerp geschreven heeft (zie Sluijs en Knibbe, 1991).

Als derde stap bezien we de betekenis van deze twee theorieën voor de fysiotherapie. Wat zijn de consequenties van elk model voor de wijze van voorlichten, instructies en adviezen geven? Met andere woorden: Welke wijze van voorlichten stimuleert de therapietrouw van patiënten?

3.2 GEEN GRADUEEL MAAR EEN ESSENTIEEL VERSCHIL

Therapietrouw op de korte termijn is te definiëren als therapietrouw tijdens de periode dat de patiënt behandeld wordt; en dat is doorgaans niet veel langer dan twee maanden. Therapietrouw op de lange termijn heeft betrekking op de periode na afloop van de behandeling; die periode is in feite onbegrensd. Tussen deze twee vormen van therapietrouw zijn minstens vijf verschillen aan te wijzen. Hieronder passeren ze achtereenvolgens de revue.

Therapietrouw op de korte termijn heeft vijf kenmerken die bij therapietrouw op de lange termijn afwezig zijn, namelijk:

- er is sprake van supervisie;
- het doel is doorgaans curatief;
- het effect is te evalueren;
- de klachten fungeren als cues (geheugensteuntjes) en
- het herstel fungeert als beloning.

Supervisie

Het eerste en meest belangrijke verschil betreft de supervisie. Korte termijn therapietrouw vindt doorgaans plaats tijdens de periode dat de patiënt behandeld wordt. Fysiotherapeut en patiënt zien elkaar dan gemiddeld twee keer per week en dit betekent dat de therapeut invloed heeft op de therapietrouw van de patiënt. Hij of zij kan de patiënt begeleiden, controleren, motiveren, positieve feedback geven, enzovoorts.

Na afloop van de behandeling hebben hulpverleners geen invloed meer op de therapietrouw van patiënten. Ook de steun van de fysiotherapeut ontbreekt. De patiënt moet zelf zijn of haar gedrag reguleren en moet op eigen kracht verder.

Dat supervisie zo belangrijk is blijkt uit veel onderzoek. Ook in ons onderzoek (zie vorige hoofdstuk) bleek dat fysiotherapeuten schatten dat 64% van hun patiënten de opgegeven huiswerk-oefeningen tijdens de behandelperiode wél doet, maar dat na afloop van de behandeling nog maar 23% van de patiënten dat volhoudt.

Curatief of preventief?

Een tweede verschil ligt in het doel van therapietrouw. Korte termijn therapietrouw heeft doorgaans een curatief doel. Voorbeelden zijn: oefeningen voor herstel van spierkracht of mobiliteit, adviezen om pijn of zwelling te verminderen, zoals koelen met ijs, of rust houden om het herstel zoveel mogelijk te bevorderen. De belangrijkste doelen zijn het verlichten van pijn en het opheffen van beperkingen of handicaps.

Na afloop van de behandeling veranderen deze curatieve doelen in preventieve doelen: Wat moet de patiënt doen en laten om zoveel mogelijk te voorkómen dat de klachten in de toekomst opnieuw optreden? En bij chronische klachten is de vraag: Wat kan de patiënt doen om de situatie zo leefbaar mogelijk te houden? Vaak betekent dit voor patiënten een blijvende gedragsverandering of een verandering van leefstijl. Met name dergelijke veranderingen blijken voor patiënten buitengewoon moeilijk te zijn. Ook uit ander onderzoek blijkt dat preventieve en langdurige maatregelen veel moeilijker vol te houden zijn dan kortdurende curatieve maatregelen.

Effecten te evalueren

Een derde verschil ligt in de mate waarin de effecten van therapietrouw te evalueren zijn, oftewel: Hoe zichtbaar zijn de effecten? De korte termijn doelen die doorgaans curatief van aard zijn, zijn zowel door de fysiotherapeut als door de patiënt goed te evalueren: Is de pijn weg? Zijn de symptomen verdwenen? Hoe groot is de toename in spierkracht of mobiliteit? enzovoorts. Voor de therapeut zijn dergelijke uitkomsten de indicaties voor het effect van de behandeling en voor de patiënt

is dat het bewijs dat zijn of haar inspanningen zin hebben en wat opleveren.

Na afloop van de behandeling wordt van patiënten verwacht dat zij doorgaan met oefenen om te voorkómen dat de klachten opnieuw optreden. Bij dergelijke preventieve doelen is er geen sprake van effecten op korte termijn. Bovendien zijn eventuele effecten vaak moeilijk of niet te evalueren. Symptomen kunnen terugkeren ondanks de therapietrouw van de patiënt, en de patiënt weet niet of het wegblijven van de klachten te danken is aan het doen van oefeningen. Kortom, de effecten van therapietrouw op lange termijn zijn zowel voor de patiënt als voor de therapeut doorgaans onzichtbaar. Een vierde verschil vloeit hier logisch uit voort.

Klachten als cues

Cues of geheugensteuntjes zijn signalen die aan iets herinneren of ergens de aandacht op vestigen. Hoofdpijn kan een signaal zijn om ontspanningsoefeningen te doen. Rugpijn herinnert er bijvoorbeeld aan rechtop te gaan zitten. Dergelijke klachten, pijn of symptomen zijn bij korte termijn therapietrouw de signalen die aan de adviezen van de therapeut en dus aan therapietrouw herinneren.

Als de behandeling afgelopen is, zijn de pijn en de klachten doorgaans verdwenen of in ieder geval sterk verminderd. De behandeling is geslaagd en de patiënt heeft weinig last meer. Met het verdwijnen van de klachten zijn ook de cues of de signalen verdwenen. Patiënten geven dat zelf al aan als zij opmerken dat ze vaak vergeten te oefenen, omdat ze op dat moment weinig last hebben van de klachten. Bij lange termijn therapietrouw ontbreken dus doorgaans de cues of de signalen die aan het gedrag herinneren.

Herstel als beloning

Therapietrouw is in feite een kwestie van kosten en baten waarbij herstel de beloning is. Herstel is een sterke stimulans om het gedrag vol te houden. Het verdwijnen van de klachten zijn de

baten die opwegen tegen de kosten oftewel de inspanningen die de patiënt zich getroost. De pijn neemt af, men kan het normale werk weer aan en is niet langer afhankelijk van anderen.

Hobby's als zwemmen, fietsen en voetballen kunnen weer opgepakt worden. Kortom, korte termijn therapietrouw levert de patiënt wat op, terwijl dat bij lange termijn therapietrouw nog maar de vraag is. Echter, de kosten, dat wil zeggen de inspanningen die de patiënt zich moet getroosten, blijven gelijk maar er staan geen baten meer tegenover, althans geen zichtbare baten en zeker niet op de korte termijn.

De volgende vraag is dan: Wat zijn de consequenties van al deze verschillen voor de keuze van het theoretisch model?

3.3 DE GEDRAGSMATIGE AANPAK EN DE ZELFREGULATIE-THEORIE

De gedragsmatige aanpak is afgeleid van psychologische leertheorieën. De basis van deze leertheorieën vormt de aanname dat gedrag beïnvloed wordt door signalen die aan het gedrag herinneren (cues) en de positieve feedback die op het gedrag volgt (reinforcements). De gedragsmatige aanpak leunt sterk op deze twee principes. Men noemt dit de 'gedragsmatige' aanpak omdat in deze benadering het gedrag zelf het aangrijpingspunt is en niet de onderliggende kennis of houding (cognities en attitudes) van de patiënt.

Zowel in het onderwijs als in de gedragstherapie zijn dit klassieke en krachtige principes. Bij het bewerkstelligen van korte termijn therapietrouw blijken ze zeer effectief te zijn (Dunbar, Marshall and Hovell, 1979; Leventhal, Zimmerman and Gutmann, 1984). Hoe deze principes in de fysiotherapie benut kunnen worden, komt in de volgende paragraaf aan de orde.

De zelfregulatietheorie is speciaal ontworpen voor therapietrouw op de lange termijn. Bij lange termijn therapietrouw kunnen hulpverleners geen directe invloed meer uitoefenen op het gedrag zelf. Patiënten moeten op eigen kracht verder, terwijl

ook de positieve effecten afwezig dan wel minder zichtbaar zijn.

De zelfregulatietheorie is dan ook veel minder gericht op directe beïnvloeding van het gedrag zelf maar veel meer op de kennis, de houding en de motivatie die aan het gedrag ten grondslag liggen. De zelfregulatietheorie stelt dat therapietrouw op de lange termijn afhankelijk is van drie factoren:

- a) de ideeën die de patiënt over zijn klachten heeft (percepties);
- b) de gedragsmogelijkheden van de patiënt en
- c) het vertrouwen dat de patiënt heeft in eigen kunnen (het gevoel van zelfeffectiviteit).

Eenvoudig gezegd komt het erop neer dat patiënten dingen doen en laten op grond van hun eigen ideeën over de klachten en de mate waarin zij in staat zijn deze te beïnvloeden. Als het gedrag niet oplevert wat de patiënt ervan had verwacht, dan verandert hij zijn ideeën en het gedrag. Een simpel voorbeeld:

John heeft hoofdpijn. Hij denkt aan een kou dus neemt hij warme douches en veel uitgeperste sinaasappelen. Als dit niet blijkt te helpen, vermoedt hij dat misschien stress de oorzaak is. Hij verandert dus zijn perceptie van de klacht (kou wordt stress) en overeenkomstig daarmee verandert hij ook zijn gedrag. Sinaasappelen worden wandelschoenen, want hij besluit een lang weekend te gaan wandelen.

De theorie leunt sterk op het vertrouwen dat de patiënt heeft in eigen kunnen, oftewel het gevoel van zelfeffectiviteit: "Dit lukt mij wel!".

De term zelfeffectiviteit of 'self efficacy' is afkomstig van Bandura (Bandura, 1977). Leventhal heeft dit begrip in zijn zelfregulatietheorie centraal gesteld voor het stimuleren van therapietrouw (Leventhal, Zimmerman and Gutman, 1984).

3.4 DE GEDRAGSMATIGE AANPAK VOOR DE KORTE TERMIJN

De twee belangrijkste begrippen uit de gedragsmatige aanpak zijn positieve feedback en geheugensteuntjes. Deze kunnen in de fysiotherapie benut worden om de therapietrouw van patiën-

ten te stimuleren. Enerzijds door de positieve gevolgen van therapietrouw zo goed mogelijk zichtbaar te maken en anderzijds door te zorgen voor geheugensteuntjes die aan het gedrag herinneren (Van der Linden, 1987). We gaan eerst in op de positieve feedback.

Positieve feedback

Er zijn veel manieren om te zorgen dat patiënten positieve feedback krijgen. We noemen er drie:

Ten eerste zijn oefeningen of adviezen die intrinsiek positieve gevolgen hebben natuurlijk het gemakkelijkst vol te houden. Pijnstillers en slaapmiddelen zijn niet voor niets zo populair en zullen niet gauw vergeten worden. In de fysiotherapie zijn het bijvoorbeeld rekoefeningen bij rugpijn of ontspanningsoefeningen bij hoofdpijn die onmiddellijk prettige gevolgen voor de patiënt kunnen hebben zodat de baten direct voelbaar zijn.

Een tweede mogelijkheid is de vooruitgang van de patiënt zo goed mogelijk aan hem of haar zichtbaar te maken. Toename in spierkracht of mobiliteit kan in een eenvoudig grafiekje uitgedrukt worden. Een spiegel laat zien hoe mooi de houding van de patiënt wordt. In elke zitting kan men bespreken hoever de patiënt al gevorderd is in de richting van het gestelde einddoel. Twee fysiotherapeuten:

"Als u deze oefening zonder inspanning twintig keer achter elkaar kunt doen, dan is ons doel bereikt. De vorige keer lukte dat tien keer en nu is dat al vijftien keer dus u bent er bijna."

"Deze beweging gaat u heel goed af. Als de arm nog ongeveer vijf centimeter verder komt is de beweeglijkheid optimaal en heeft er niets meer aan verbeterd te worden."

Een regelmatige evaluatie van het behandeldoel is bij uitstek een goede manier om de vooruitgang aan de patiënt zichtbaar te maken.

Een derde en belangrijke mogelijkheid is de positieve feedback die hulpverleners zelf kunnen geven. "U gaat geweldig voor-

uit." "Ik heb altijd respect voor patiënten die deze zelfdiscipline op kunnen brengen, want ik weet hoe moeilijk dat is." "Het is voor mij fijn werken met patiënten die zelf net zo hard meewerken". Kortom de fysiotherapeut kan aandacht en respect tonen voor de inspanningen die de patiënt zich getroost en waardering tonen voor de wijze waarop patiënten aan de behandeling meewerken.

De fysiotherapeut kan positieve feedback benutten door bij alles wat hij de patiënt voorschrijft de vraag te stellen: "Wat levert dit op voor de patiënt en hoe kan ik dat zichtbaar maken?"

Bij het gebruik van positieve feedback zit wel een adder onder het gras. Positieve feedback wordt betekenisloos als de fysiotherapeut niet weet wát de patiënt gedaan heeft. Fysiotherapeuten vragen meestal wel hoe het oefenen is gegaan, maar een dergelijke routinematige vraag levert een routinematig en geen echt antwoord op.

Om een echt antwoord van de patiënt te krijgen is het nodig om dóór te vragen op een manier die niet bedreigend is: "Is het u deze week elke dag gelukt?" "Vindt u het moeilijk om eraan te denken?"; "Vergeet u het wel eens als u minder last hebt?", enzovoorts (Bartlett, 1982).

Uit ons onderzoek blijkt dat zelden echt doorgevraagd wordt naar de therapietrouw van patiënten, zelfs niet als patiënten zelf aangeven dat het niet meevalt om eraan te denken. Misschien zijn hulpverleners wel bang voor het antwoord (want wat moet je zeggen als een patiënt het niet doet?). Misschien verwacht men - net als Hippocrates - dat patiënten niet durven zeggen wat wel en niet gelukt is en doorgaans sociaal wenselijke antwoorden geven.

Een goede relatie kan dit probleem voorkomen. Een noodzakelijke voorwaarde in elke hulpverleningssituatie is een goede relatie met de patiënt. Als deze relatie goed is en gebaseerd op wederzijds vertrouwen, dan zal de patiënt dergelijke vragen niet als controlerend of bedreigend ervaren maar weten dat de

fysiotherapeut begrip heeft en zal helpen bij het zoeken naar oplossingen.

Positieve feedback krijgt pas betekenis als men weet wat de patiënt gedaan heeft. Alleen als de hulpverlener een goede relatie met de patiënt heeft en doorvraagt op een manier die niet bedreigend is, zullen patiënten een oprecht antwoord durven geven.

Geheugensteuntjes

De fysiotherapeut kan de patiënt leren geheugensteuntjes (cues) te gebruiken. Dit is een tweede hulpmiddel bij het bevorderen van therapietrouw. De functie hiervan is het gedrag te koppelen aan andere dagelijkse routines waardoor ook het nieuwe gedrag een routine kan worden. Cues functioneren dus als geheugensteuntjes die aan het gedrag herinneren (Van der Linden, 1987). We geven een aantal voorbeelden:

- *Veel vrouwen leggen de pil op het nachtkastje zodat ze eraan herinnerd worden bij het slapen gaan.*
- *Een fysiotherapeute adviseerde een secretaresse om elke keer als de telefoon ging haar houding te corrigeren en weer rechtop te gaan zitten.*
- *Een patiënt had zich aangewend de huiswerk oefeningen altijd direct na het douchen te doen, zodat hij het niet vergat.*
- *Laatst was er zelfs een fysiotherapeut die een stuk tape op de rug van de patiënt plakte zodat de patiënt door het trekken van de tape voelde wanneer hij weer krom zat en dit direct kon corrigeren.*

In theorie klinkt dit eenvoudig, maar dat is bedrieglijk. Wil men als fysiotherapeut dit hulpmiddel gebruiken, dan zal men samen mét de patiënt naar cues moeten zoeken. Hoe ziet zijn of haar dag eruit? Wat zijn dagelijks terugkerende routines? Wanneer heeft hij of zij gelegenheid om te oefenen? Doen zich problemen voor? Welke zijn dat? Kunnen we samen een oplossing vinden? enzovoorts.

Het is dus niet de hulpverlener die de cues kan bepalen, maar de patiënt zelf. De fysiotherapeut leert patiënten het principe van cues te gebruiken.

Een dergelijke werkwijze heeft een belangrijk bijkomend voordeel. Het betekent per definitie dat het oefenprogramma wordt aangepast aan de situatie van de patiënt. Een programma op maat dus. Dit voorkomt dat voorschriften of oefenprogramma's voor de patiënt onuitvoerbaar zijn of onnodig veel moeite en inspanning kosten.

Met de wetenschap dat de problemen en barrières die patiënten ervaren de belangrijkste oorzaak zijn van therapie-ontrouw, staat het belang van maatwerk nauwelijks meer ter discussie. Het voorkómen van dergelijke problemen door voorschriften op maat zal met een aan zekerheid grenzende waarschijnlijkheid leiden tot meer therapietrouw.

Samenvattend kenmerkt de gedragsmatige aanpak zich door enerzijds de positieve effecten van het gedrag zoveel mogelijk zichtbaar te maken en anderzijds door de patiënt te leren geheugensteuntjes als hulpmiddel te gebruiken. Een goede relatie met de patiënt en voorschriften op maat zijn daarbij onontbeerlijk.

3.5 DE ZELFREGULATIETHEORIE VOOR DE LANGE TERMIJN

Hoe kunnen principes uit de zelfregulatietheorie worden benut voor het stimuleren van therapietrouw op de lange termijn? Zoals gezegd stelt de zelfregulatietheorie dat patiënten na afloop van de behandeling hun eigen gedrag reguleren. Dat doen zij onder andere op grond van hun percepties van de klachten, hun gedragsmogelijkheden en het vertrouwen dat zij hebben in eigen kunnen oftewel het gevoel van zelfeffectiviteit. Het zelfregulatiemodel geeft enkele handvatten om op deze mechanismen in te spelen.

Percepties van de klacht

Ten eerste zal men moeten weten hoe de patiënt denkt over de klachten en over de kans dat deze terugkomen. Als die per-

cepties medisch gezien onjuist zijn is het noodzakelijk ze te corrigeren. Het toekomstig handelen van de patiënt zal namelijk op zijn of haar ideeën gebaseerd zijn. Twee voorbeelden:

- De patiënt die bang is en zich blind staart op een kleine afwijking op de röntgenfoto moet weten dat bijna iedereen kleine afwijkingen aan de wervelkolom heeft en dat dat niet betekent dat zijn rug versleten is.
- De patiënte die denkt dat haar regelmatig terugkerende nek- en schouderklachten louter door tocht veroorzaakt worden moet weten dat dergelijke klachten vaak ook door een te gespannen houding veroorzaakt worden.

Een manier om de percepties van de patiënt te achterhalen is natuurlijk daar gewoon naar te vragen: "Heeft u zelf een idee over de oorzaak van de klachten?". Een tweede manier om de ideeën van de patiënt boven tafel te krijgen is te vragen wat de patiënt inmiddels geprobeerd heeft zelf aan zijn of haar klachten te doen. Vaak maakt dat duidelijk in welke richting de patiënt denkt en wat hij of zij gewend is te doen.

Het is bovendien verstandig om zoveel mogelijk aan te sluiten bij wat de patiënt gewend is te doen (zijn of haar zelfzorg dus); dat gedrag is namelijk onafhankelijk van de hulpverlener waardoor de kans dat het volgehouden wordt veel groter is.

De gedragmogelijkheden van de patiënt

Hoe de patiënt in de toekomst met de klachten om zal gaan hangt niet alleen af van de ideeën over de klacht maar ook van zijn of haar gedragmogelijkheden. Kan de patiënt op de juiste wijze tillen? Beheerst hij of zij de oefeningen? Weet men hoe bij een zwelling gekoeld moet worden? enzovoorts. Al deze zaken worden de patiënt tijdens de behandeling geleerd. Daarmee krijgt hij hulpmiddelen in handen om met de klachten om te gaan of deze in de toekomst te voorkómen.

De gedragmogelijkheden van patiënten kunnen nog worden vergroot door patiënten te leren generaliseren, dus het geleerde te vertalen naar toekomstige situaties. Een fysiotherapeut kan namelijk wel de huidige maar nooit de toekomstige situaties

van patiënten voorzien. Als de patiënt echter het onderliggende mechanisme van de adviezen en oefeningen goed begrijpt, kan hij of zij zelf een vertaalslag maken. Dat betekent in feite een uitbreiding van de gedragsmogelijkheden van de patiënt.

Dit betekent dat de fysiotherapeut de patiënt niet alleen leert hoe bijvoorbeeld in het huidige werk te staan, te zitten of te tillen maar de patiënt ook leert om het geleerde in nieuwe situaties toe te passen. Een fysiotherapeute zei bijvoorbeeld:

"Ik heb je nu geleerd hoe je deze doos zodanig kunt tillen dat je de rugspieren zo min mogelijk belast. Vertel me nu de volgende keer eens precies hoe je thuis de stofzuiger oppakt en hoe je de baby uit bed haalt. Bij alles wat je tilt moet je namelijk proberen de rug zo min mogelijk te belasten."

Zo'n werkwijze maakt de patiënte onafhankelijker en versterkt het vertrouwen in eigen kunnen.

Zelfeffectiviteit: dat lukt mij wel!

Als patiënten geen vertrouwen hebben in eigen kunnen zullen zij ook weinig pogingen doen om hun gedrag te veranderen. Een bekend voorbeeld is de opmerking: "Afvallen dat hoef ik niet eens te proberen, want dat lukt mij toch niet." Als de behandeling afgelopen is, zal de patiënt het gevoel moeten hebben dat hij of zij op eigen kracht verder kan. En hoewel we hier dicht aan de gedragstherapie raken hebben ook fysiotherapeuten een aantal mogelijkheden om het vertrouwen van de patiënt in eigen kunnen te vergroten.

Haalbare doelen

Ten eerste kan een fysiotherapeut stapsgewijs te werk gaan en pas iets toevoegen als het vorige gelukt is. Een fysiotherapeute zei bijvoorbeeld:

"Het is moeilijk om deze oefening in één keer aan te leren, daarom doen we het in etappes. Steeds als je een beweging goed

beheerst komt de volgende erbij. We beginnen met de ademhaling”.

Stapsgewijs te werk gaan geldt niet alleen voor oefentherapie maar ook voor andere voorschriften en adviezen. In hun enthousiasme zijn fysiotherapeuten soms geneigd patiënten te overladen met goedbedoelde raadgevingen, terwijl het verstandiger kan zijn om met één ding te beginnen (het meest belangrijke!) en pas iets toe te voegen als dat gelukt is. De essentie is dat het stellen van haalbare doelen het gevoel van zelfeffectiviteit kan vergroten.

Positieve evaluatie

Een tweede mogelijkheid, zegt Leventhal, is een zo positief mogelijke evaluatie van het gedrag van de patiënt. Benadruk vooral steeds wat wél gelukt is en staar je niet blind op datgene wat (nog) niet is gelukt. Let overigens maar eens op hoe vaak het omgekeerde gebeurt, omdat alles wat goed gaat niét opvalt en alles wat fout gaat wél!. Benut datgene wat niet gelukt is om te ontdekken wat moeilijk is voor een patiënt of waar hij of zij problemen mee heeft. Die problemen wijzen namelijk de weg naar voor deze patiënt beter passende oplossingen.

Tot slot: In dit zelfregulatiemodel krijgt het begrip therapietrouw een andere betekenis. De autonomie van de patiënt staat centraal. De rol van de fysiotherapeut is niet 'patiënten voorschrijven wat zij moeten doen' maar de patiënt assisteren bij het maken van de juiste keuzes en helpen bij het zoeken naar de best passende oplossingen. Het accent ligt meer op adviseren dan op superviseren.

3.6 CONCLUSIE

In dit hoofdstuk is een aantal hulpmiddelen aangereikt die een fysiotherapeut kan gebruiken om de therapietrouw van patiënten te stimuleren. Natuurlijk zijn ook dit geen wondermiddelen, maar ze hebben wel een theoretisch fundament. In grote lijnen komt het op het volgende neer.

Bij korte termijn therapietrouw gaat het erom de positieve consequenties van het nieuwe gedrag zoveel mogelijk zichtbaar te maken en de patiënt te leren geheugensteuntjes als hulpmiddel te gebruiken.

Voor de lange termijn is meer nodig. Belangrijk is dat de patiënt op een reële manier tegen de klachten aankijkt, de vaardigheden beheerst om er in de toekomst mee om te gaan, en het vertrouwen heeft dat ook te kunnen.

Wat in welke situatie voor welke patiënt de beste manier is, is niet vooraf te zeggen. Dat wordt pas duidelijk als men een open oog heeft voor de problemen die de patiënt ervaart. Die wijzen de weg naar passende oplossingen.

Voorlichting in de praktijk

4.1 INLEIDING

Voorlichting vereist speciale vaardigheden om te bereiken dat patiënten er zoveel mogelijk profijt van hebben en er ook iets mee doen. In de voorgaande hoofdstukken zijn tal van strategieën genoemd die in de fysiotherapie benut kunnen worden om de therapietrouw van patiënten te stimuleren.

In dit hoofdstuk worden deze nog eens beknopt samengevat en vertaald in elf concrete voorlichtingsvaardigheden (de volgende elf paragrafen). Bij elk daarvan wordt vermeld wat het doel is (het 'waarom') en worden concrete voorbeelden voor de praktijk gegeven (het 'hoe').

De keuze voor juist deze elf vaardigheden is gebaseerd op datgene wat in de huidige praktijk voor verbetering vatbaar is (hoofdstuk 2) en op theoretische inzichten uit de voorlichtingskunde en de psychologie (hoofdstuk 3). Bij de keuze gingen we ervan uit dat de vaardigheden toepasbaar moeten zijn in de fysiotherapie en is prioriteit gegeven aan die vaardigheden die met de minste moeite het meeste effect lijken op te leveren.

Uit hoofdstuk 2 blijkt dat fysiotherapeuten veel voorlichting geven, maar dat zelden ter sprake komt wat patiënten met die voorlichting doen en welke problemen zij daarbij ervaren. We gaan in op vaardigheden om de therapietrouw open met de patiënt te bespreken en samen met de patiënt te zoeken naar mogelijkheden om therapietrouw problemen te voorkómen (maatwerk) dan wel op te lossen. Dat een goede relatie met de patiënt hiervoor een noodzakelijke voorwaarde is, behoeft geen betoog.

Uit hoofdstuk 3 blijkt dat principes uit de leertheorieën, geheugensteuntjes en positieve feedback gebruikt kunnen worden om therapietrouw op de korte termijn te stimuleren. De wijze waarop fysiotherapeuten dit kunnen benutten wordt met voorbeelden geïllustreerd.

Uit de zelfregulatietheorie blijkt dat voor therapietrouw op de lange termijn veel meer nodig is. Vaardigheden om aan te sluiten bij de ideeën van de patiënt; om patiënten te leren het gedrag te vertalen naar nieuwe situaties (generaliseren) en de patiënt meer vertrouwen in eigen kunnen te geven (zelfeffectiviteit) komen aan bod.

Tot slot komt het planmatige en multidisciplinaire karakter van voorlichting aan de orde. Bij het planmatige aspect van de voorlichting gaat het om methodisch handelen (zie ook Bertels e.a., 1985). Bij het multidisciplinaire aspect komt aan de orde hoe de samenwerking tussen fysiotherapeut en huisarts of specialist kan bijdragen aan de therapietrouw van patiënten (zie ook Smit en Lubbers, 1989).

4.2 DE RELATIE TUSSEN FYSIOTHERAPEUT EN PATIËNT

Een goede relatie vormt de basis van elke hulpverlening: een goede relatie betekent dat een hulpverlener de patiënt serieus neemt, met respect behandelt en aandacht en interesse voor de patiënt toont.

Aandacht en interesse blijken uit tal van gedragingen: de patiënt aankijken tijdens een gesprek (en niet op de kaart schrijven); stil kunnen zijn en luisteren naar wat de patiënt vertelt; medeleven tonen bij pijn en verdriet, enzovoorts.

De patiënt serieus nemen blijkt enerzijds uit de mate waarin de fysiotherapeut naar de ideeën en de wensen van de patiënt vraagt. Anderzijds blijkt dit uit de mate waarin de fysiotherapeut aan de patiënt uitlegt wat hij of zij doet en waarom. Een goede relatie is dus geen metafysisch begrip maar blijkt uit gedrag.

Waarom is een goede relatie de basis?

- Bij een goede relatie krijgt men meer informatie van de patiënt: patiënten die zich veilig voelen durven ook te praten over therapietrouw en de problemen daarbij.
- Patiënten zijn meer geneigd aan de behandeling mee te werken als de relatie goed is, zo blijkt uit onderzoek.
- Een goede relatie kan het effect van de hulpverlening vergroten omdat de aandacht van de hulpverlener op zich een therapeutisch effect heeft. Men noemt dat het specifieke effect (niet te verwarren met placebo-effect!).

Voorbeelden:

"In deze folder staat wat ik zojuist verteld heb. Wil je dit thuis nog eens doorlezen dan zal ik de volgende keer alle vragen beantwoorden die in je opgekomen zijn."

"Ik ga nu een aantal bewegingen maken om de linkerkant met de rechterkant te vergelijken. Sommige bewegingen zullen pijnlijk voor je zijn, maar ik zal het zo voorzichtig mogelijk doen."

"Dat is een hele slag. Het moet voor u ook niet gemakkelijk zijn om zoveel tegelijk te verwerken."

"Dat is moeilijk hè, dat er zoveel dingen zijn die je eigenlijk zou willen doen en die op dit moment niet gaan."

4.3 AANDACHT VOOR DE IDEEËN VAN DE PATIËNT

Wat denkt de patiënt zelf over de klachten? Hoe zijn de klachten ontstaan? Aan welke oorzaken denkt de patiënt? Welke adviezen heeft hij of zij van de arts gekregen? Wat heeft de patiënt inmiddels zelf aan de klachten gedaan? Wat is hij of zij gewend te doen (zelfzorg)? Heeft dat al dan niet geholpen? Wat moet er volgens hem of haar gebeuren? enzovoorts. De fysiotherapeut heeft deze informatie nodig om een goed beeld te krijgen van de klachten en om de voorlichting zoveel

mogelijk te laten aansluiten bij de ideeën en het referentiekader van de patiënt. Om de volgende redenen is dit belangrijk:

Waarom vragen naar de ideeën van de patiënt?

- Aansluiten bij de ideeën van de patiënt is een basisprincipe uit de voorlichtingskunde. De voorlichting wordt beter gehoord, begrepen en onthouden.
- Het toekomstig handelen van de patiënt is gebaseerd op zijn of haar ideeën over de klachten. Als deze medisch gezien onjuist zijn is correctie nodig.
- Aansluiten bij de zelfzorg van patiënten vergroot de kans op therapietrouw omdat dit gedrag onafhankelijk is van de hulpverlener. Vragen naar de zelfzorg van de patiënt voorkómt bovendien dat de fysiotherapeut maatregelen voorschrijft die de patiënt zelf al geprobeerd heeft en die niet geholpen hebben.

Voorbeelden:

"U weet niet hoe de klachten ontstaan zijn? Heeft u daar ook geen ideeën over?"

"Denkt u dat de spanningen van de afgelopen tijd er ook mee te maken hebben?"

"Heeft u zelf al iets geprobeerd? Wat precies? Heeft dat geholpen?"

"Wat doet u meestal als u last van die schouders heeft?"

"Had de huisarts u al oefeningen gegeven? Heeft u die geprobeerd? Lukte dat wel?"

"Denkt u dat deze oefeningen helpen?"

4.4 THERAPIETROUW MET DE PATIËNT BESPREKEN

Wat lukt de patiënt wel en wat lukt niet? De enige manier om daar achter te komen is dit met de patiënt te bespreken. Welke

adviezen volgt de patiënt wel op en welke niet? Hoe vaak doet iemand de voorgeschreven oefeningen? Lukt het om rustiger aan te doen? Kortom, wat doet de patiënt met de voorlichting?

Hierbij is het belangrijk om te weten dat globale vragen globale antwoorden en specifieke vragen specifieke antwoorden opleveren. Vaak zal het dus nodig zijn om dóór te vragen, dat wil zeggen dieper en duidelijker op de therapietrouw in te gaan. De kans op een eerlijk antwoord is het grootst bij niet-bedreigende vragen. Als de patiënt het vertrouwen heeft dat hij of zij niet veroordeeld wordt en de fysiotherapeut begrip toont voor datgene wat niet gelukt is zal de patiënt dat eerder durven zeggen.

Waarom is het belangrijk te weten wat de patiënt wel en niet doet?

- Het uitblijven van herstel kan veroorzaakt worden door therapie-ontrouw. De fysiotherapeut zou ten onrechte kunnen concluderen dat de diagnose of de ingestelde behandeling onjuist is, terwijl de oorzaak bij de patiënt zelf ligt.
- Als men niet weet wat de patiënt gedaan heeft kan men hem of haar ook niet belonen (positieve feedback) en als men niet weet wat níét gelukt is kan men ook geen oplossingen aan dragen voor datgene waar de patiënt moeite mee heeft.
- De effectiviteit van fysiotherapeutische voorschriften kan alleen aangetoond worden als men weet of de voorschriften opgevolgd worden.

Voorbeelden:

"Ik zal elke week aan u vragen hoe vaak het oefenen gelukt is. Ik moet dat weten om het resultaat van de behandeling te kunnen beoordelen."

"Ik weet dat het moeilijk is om steeds op je houding te letten. Vertelt u eens wanneer het bij u wel en wanneer het niet lukt?"

"Als mensen minder last hebben wordt ook het oefenen eerder vergeten. Hoe zit dat bij u?"

4.5 HET VOORKÓMEN VAN THERAPIETROUW PROBLEMEN

Maatwerk kan therapietrouw-problemen voorkómen. Maatwerk betekent dat de voorschriften aangepast worden aan de specifieke situatie van elke patiënt. Dit voorkómt dat de adviezen onuitvoerbaar zijn voor de patiënt of onevenredig veel moeite kosten. Samen met de patiënt wordt daartoe gekeken wat in zijn of haar situatie haalbaar en mogelijk is. Dus geen standaard oefenprogramma voor elke patiënt maar voorschriften op maat.

Waarom is maatwerk belangrijk?

- De belangrijkste oorzaak van therapie-ontrouw zijn de problemen en barrières die patiënten ervaren bij het opvolgen van de voorschriften. Een deel van deze problemen wordt veroorzaakt doordat de omstandigheden waarin de patiënt verkeert (werk, gezin) het opvolgen van de voorschriften belemmert of bemoeilijkt. Als de fysiotherapeut deze problemen kan voorkómen door de voorschriften aan de situatie van de patiënt aan te passen is alvast één oorzaak voor therapie-ontrouw weggenomen.
- Therapietrouw daalt naarmate voorschriften complexer worden en meer moeite kosten. Omdat aan de patiënt aangepaste voorschriften de minste moeite kosten is de kans op het opvolgen ervan groter.

Voorbeelden:

“Deze oefening zou je drie keer per dag moeten doen. In hoeverre is dat in uw situatie haalbaar?”

“Als het je niet lukt om vroeger op te staan voor die oefeningen, vertel me dat dan de volgende keer zodat we alternatieven kunnen zoeken.”

“Het zou goed zijn om regelmatig te gaan zwemmen. Hou je daarvan en is er een zwembad in de buurt?” Anders moeten we wat anders verzinnen.”

"Ik raad je serieus aan om andere schoenen te kopen. Voel je daar wat voor en denk je dat je die ook zult dragen?"

"Met die rug moet je niet zwaar tillen. Als dat in het ziekenhuis niet kan, praat dan met het hoofd over de aanschaf van een tillift."

"Het gaat om deze rekbeweging. Denk eens mee over situaties overdag op je werk waarin je dat ook een paar keer kan doen."

4.6 HET OPLOSSEN VAN THERAPIETROUW PROBLEMEN

"We vinden de oorzaak en lossen het op", is hét motto om therapietrouw te bevorderen. Als de patiënt niet aan oefenen toekomt of als het hem of haar niet lukt de adviezen op te volgen kan de fysiotherapeut naar alternatieven zoeken. Dit houdt in dat eerst de oorzaak achterhaald moet worden. Waar heeft de patiënt moeite mee? Vervolgens bekijkt de fysiotherapeut samen met de patiënt mogelijke oplossingen.

Een voorwaarde bij deze aanpak is om de oorzaken van therapie-ontrouw serieus te nemen en eventuele vooroordelen uit te schakelen.

"Hulpverleners menen vaak onterecht dat zij de oorzaak wel kennen", aldus Bartlett, "maar het is een kunst om de echte oorzaak boven tafel te krijgen". In Amerika krijgen artsen hiervoor speciale cursussen (Bartlett e.a., 1990).

Creatieve hulpverleners vinden oplossingen die de patiënt de minste moeite kosten. Datzelfde geldt voor patiënten. Omdat patiënten hun eigen situatie het beste kennen, komen zij soms met vindingrijke oplossingen waar men als therapeut eenvoudig niet opkomt en niet op kán komen. Een kans om te benutten.

Waarom moeten oorzaken gevonden en problemen opgelost worden?

Niet alle therapietrouw problemen zijn door maatwerk te voorkómen. Veel daarvan zijn onvoorspelbaar, zo blijkt uit de diversiteit aan problemen die patiënten noemen. Wat voor de één een probleem is, is het voor de ander niet. Er bestaan dus

geen standaardoplossingen. Problemen en oplossingen moeten per patiënt bekeken worden. Hierdoor verbetert de therapie-trouw.

Voorbeelden:

"Ik zal alles opschrijven, dan vergeet je het niet meer."

"Zal ik de (ontspannings)oefeningen op een bandje zetten? Misschien gaat het dan gemakkelijker?"

"Probeer eens bij jezelf na te gaan waarom je er niet aan toekomt."

"Een alternatief is het zadel van je fiets hoger te zetten, zodat je die strekoefening vanzelf tijdens het fietsen doet."

"Is het mogelijk deze bewegingen in te bouwen in je warming up? Dan hoeft je geen extra tijd vrij te maken."

"Kun je een andere stoel voor de televisie zetten? Dan zit je vanzelf rechtop en hoeft je er niet steeds aan te denken."

4.7 HET GEBRUIK VAN POSITIEVE FEEDBACK

Positieve feedback motiveert. Voor patiënten zijn de positieve gevolgen van hun gedrag een drijfveer om de voorschriften op te volgen. Uitgangspunt is dan ook de vraag: wat levert therapietrouw op voor de patiënt en hoe maak ik dat zichtbaar?

Bij sommige patiënten kan de vooruitgang in een eenvoudige grafiek zichtbaar worden gemaakt. Ook kan een fysiotherapeut regelmatig met de patiënt bespreken hoe ver hij of zij al op weg is in de richting van het einddoel. Vanzelfsprekend moet daarbij wel een koppeling worden gemaakt met het gedrag van de patiënt, zodat hij of zij ziet waar dat gedrag toe leidt.

Als de positieve gevolgen niet direct voelbaar of zichtbaar zijn (en dat komt regelmatig voor) is het de fysiotherapeut zelf die positieve feedback kan geven. Men kan waardering tonen voor de medewerking van de patiënt. De aandacht die een fysiothera-

peut toont voor de inspanningen van de patiënt, is op zich al een vorm van positieve feedback.

Waarom is positieve feedback van belang?

Een basisprincipe uit de leertheorieën en de gedragstherapie is dat positieve feedback het gedrag in stand houdt. Uit onderzoek blijkt dat dit een van de krachtigste middelen is om therapietrouw te bevorderen.

Voorbeelden:

"Kijk eens in de spiegel, dan kun je zien wat al dat oefenen je opgeleverd heeft."

"Ik zie met genoegen dat je nieuwe schoenen hebt gekocht, daar zullen je voeten je dankbaar voor zijn."

"Als 't u lukt om op deze wijze te blijven oefenen dan is het zo goed als zeker dat de klachten wegblijven."

"Zeer verstandig dat je dat aanrecht hebt laten verhogen. Juist het aanpassen van die steeds terugkerende werkjes is erg belangrijk."

"Ik vind het dapper hoor, dat u toch weer bent gaan fietsen."

"Ik kan zien dat u goed geoefend heeft; het is al een mooie soepele beweging."

4.8 HET BENUTTEN VAN GEHEUGENSTEUNTJES

Geheugensteuntjes (of cues) zijn signalen die aan het gedrag herinneren. Iedereen gebruikt ze elke dag. Niet voor niets zijn er klokken, prikborden, verjaardagskalenders en knopen in zakdoeken uitgevonden!

Patiënten kunnen dit principe benutten om nieuw gedrag - en therapietrouw is per definitie een vorm van nieuw gedrag - tot een gewoonte te maken. Door het nieuwe gedrag te koppelen

aan (of in te bouwen in) andere dagelijkse routines wordt de kans groter dat ook het nieuwe gedrag een routine wordt.

Het is in feite een vorm van conditionering met één belangrijk verschil. De patiënt wordt niet geconditioneerd:

- 1) de fysiotherapeut leert de patiënt dat hij of zij zelf dit hulpmiddel kan gebruiken om de adviezen minder snel te vergeten en
- 2) de patiënten kiezen de cues zelf. Zijzelf kennen namelijk hun dagelijkse gewoonten het beste en zij kunnen dus ook het beste bepalen hoe oefeningen of adviezen daarin ingepast kunnen worden.

Waarom geheugensteuntjes benutten?

Evenals positieve feedback is het gebruik van geheugensteuntjes een principe uit de leertheorieën. Enerzijds zorgen cues ervoor dat therapietrouw minder snel vergeten wordt, anderzijds impliceert het gebruik van cues dat het nieuwe gedrag vloeiend wordt ingepast in de dagelijkse gewoonten van patiënten. Hierdoor kost het hen minder moeite.

Voorbeelden:

"Het beste is om vaste tijdstippen voor deze oefening te kiezen zodat je het niet vergeet. Probeer deze week eens uit welke momenten je het beste schikken en vertel me volgende week of dat gelukt is."

"Je zou bijvoorbeeld een sticker op de telefoon kunnen plakken. Als je dan steeds als de telefoon gaat rechtop gaat zitten, wordt dat op den duur een gewoonte."

"Laten we eens kijken of je deze oefeningen niet tijdens je werk uit kan voeren. Denk eens na over situaties die dagelijks terugkeren en waarin je deze oefening zou kunnen doen."

4.9 DE PATIËNT LEREN GENERALISEREN

Generaliseren is het geleerde vertalen naar nieuwe situaties. Een fysiotherapeut kan onmogelijk alle toekomstige situaties van de patiënt voorzien. Dit betekent dat de patiënt zelf moet leren om adequaat op nieuwe omstandigheden te reageren. Om dat te kunnen moet de patiënt weten waar de oefeningen en adviezen precies voor dienen. Hij of zij moet het onderliggende mechanisme begrijpen om zelf nieuwe invullingen te kunnen bedenken. Patiënten moeten ook weten of deze nieuwe invullingen goed of fout zijn. Als het mogelijk is moet de fysiotherapeut daarom uitleggen waar de patiënt aan kan afmeten of het gedrag goed of fout is. De fysiotherapeut kan checken of patiënten dit goed begrepen hebben door dit proces tijdens de behandelperiode te oefenen (zie de voorbeelden hierna).

Waarom is generaliseren belangrijk?

Generaliseren is in feite een uitbreiding van de gedragsmogelijkheden van de patiënt. Dit is met name belangrijk voor therapeutrouw op de lange termijn. Als de behandeling is afgelopen moet de patiënt het zonder de adviezen van de fysiotherapeut doen. Ook dan zal de patiënt in staat moeten zijn adequaat met de klachten om te gaan of moeten weten wat hij of zij moet doen en laten om de klachten zoveel mogelijk te voorkómen. Leren generaliseren stimuleert de actieve betrokkenheid van de patiënt en versterkt zijn of haar gevoel van zelfvertrouwen.

Voorbeelden:

"Ik heb je nu geleerd hoe je deze doos moet tillen. Dat gaat uitstekend. Je moet leren álles zo op te pakken en dat ook in andere situaties toe te passen. Wil je nu bijvoorbeeld die mand eens pakken. Dan kan ik zien of ik het goed heb uitgelegd."

"Je kan op twee manieren bukken. Zoals ik het nu doe laat ik mijn rug al het werk doen. Maar als ik zoals nu door mijn knieën ga houd ik mijn rug gestrekt en heeft mijn rug niets te lijden. Bij alles wat je doet moet er eigenlijk een belletje in je

hoofd afgaan met 'rug recht'. Probeer nu eens hoe je dan je veters vast zou moeten maken."

"We hebben het nu gehad over het afwasteiltje op het aanrecht. Zo zijn er meer situaties waarin je langdurig licht gebogen staat. Wat ik je wil vragen is thuis nog zo'n situatie op te sporen en mij de volgende keer te vertellen wat je daarop verzonnen hebt."

4.10 HET GEVOEL VAN ZELFEFFECTIVITEIT VERGROTEN

Zelfeffectiviteit is het vertrouwen van de patiënt in eigen kunnen: "Dat lukt mij wel!" De fysiotherapeut kan proberen dit zelfvertrouwen te versterken door haalbare doelen te stellen en het gedrag van de patiënt op een positieve wijze te evalueren. Haalbare doelen stellen betekent stapsgewijs te werk gaan en de volgende opdracht pas toevoegen als de vorige gelukt is. Samen met de patiënt kan gekeken worden wat voor hem of haar haalbaar is.

Positief evalueren (= waarderen) betekent dat fysiotherapeut en patiënt vooral kijken naar wat wél gelukt en is zich niet blindstaren op wat (nog) niet gelukt is. Vanzelfsprekend gaat dit beter als er haalbare doelen zijn gesteld.

Waarom is zelfeffectiviteit van belang?

- Zelfeffectiviteit (self-efficacy) is een kernbegrip in de zelfregulatietheorie. Als dat gevoel van zelfvertrouwen ontbreekt zullen patiënten niet eens proberen te veranderen ("Stoppen met roken hoef ik niet eens te proberen want dat lukt mij toch niet").
- Dit zelfvertrouwen is met name belangrijk voor therapietrouw op de lange termijn. Na de behandeling ontbreekt de steun en de positieve feedback van de fysiotherapeut en moet de patiënt op eigen kracht verder.
- Zelfeffectiviteit kan het gevoel van eigenwaarde van de patiënt versterken. "Ik heb mijn gedrag onder controle." "Ik kan goed met mijn klachten omgaan." "Het lukt mij om fit en slank te blijven". Dit positieve gevoel kan na afloop van de

behandeling dezelfde functie vervullen als de positieve feedback tijdens de behandeling.

Voorbeelden:

"Mijn streven is dat je deze oefening op den duur dertig keer zonder moeite kan doen. Dat bouwen we langzaam op. We beginnen deze week met tien keer. Ik ben al zeer tevreden als dat lukt."

"Er is een aantal dingen die je kunt doen. We kijken samen wat voor jou haalbaar is. Hoe vaak denk je deze week te kunnen oefenen?"

"Ik kan zien dat je goed geoefend hebt. Ik vind het knap dat je die zelfdiscipline opbrengt, dat kan niet iedereen."

"Je moet het zo zien dat alles wat niet lukt in feite uitdagingen zijn om alternatieven te vinden die beter bij je passen. Wat beter bij je past vind je alleen door te blijven zoeken. En zo kom je steeds dichterbij de oplossing die voor jou het meest geschikt is."

4.11 SAMENWERKING TUSSEN FYSIOTHERAPEUT EN ARTS

Een goede samenwerking tussen fysiotherapeut en arts kan therapietrouw bevorderen. Samen kunnen zij de patiënt assisteren bij het opvolgen van de voorschriften. De arts kan de adviezen van de fysiotherapeut ondersteunen en de fysiotherapeut kan de adviezen van de arts ondersteunen. Dit impliceert dat zij van elkaars adviezen op de hoogte moeten zijn.

Een concrete mogelijkheid biedt de terugrapportage naar de arts. De fysiotherapeut kan in de terugrapportage vermelden welke adviezen hij of zij gegeven heeft en waarom en welke oefeningen de patiënt blijvend zou moeten doen om de klachten te voorkómen. Ook kan de rapportage ingaan op de therapietrouw van de patiënt, zodat ook de arts de patiënt daarin kan

ondersteunen en kan inspelen op mogelijke problemen met therapietrouw.

Waarom is samenwerking belangrijk bij therapietrouw?

- Adviezen en voorschriften zijn voor de patiënt geloofwaardiger als arts en fysiotherapeut gelijklopende adviezen geven. Samenwerking kan voorkómen dat tegenstrijdige adviezen worden gegeven.
- Als de arts weet wat de fysiotherapeut heeft voorgeschreven en waar de patiënt moeite mee heeft, kan hij of zij daar in het consult op terugkomen.
- De arts krijgt meer inzicht in de mogelijkheden van fysiotherapie als de fysiotherapeut rapporteert wat hij of zij heeft voorgeschreven en waarom. Bovendien kunnen ook artsen leren van de therapietrouw bevorderende maatregelen die de fysiotherapeut genomen heeft.

Voorbeelden terugrapportage:

”De patiënt moet buikspieroefeningen blijven doen om zijn rug te ontlasten. Dat lukt hem nu goed. Hij vindt het moeilijk om eraan te denken als hij minder last van de klachten heeft.”

”De patiënte heeft baat bij de oefeningen voor de cervicale wervelkolom. Na twee weken was de pijn zo goed als verdwenen. Ik heb deze oefeningen op schrift aan de patiënte meegegeven en geadviseerd direct met de oefeningen te beginnen als zij weer last krijgt.”

”Ik heb de patiënt aangeraden meer beweging te nemen. We hebben afgesproken dat hij gaat uitzoeken wat hem het beste ligt (fietsen, zwemmen of wandelen). De kans dat hij dit volhoudt is groter als hij iets vindt waar hij plezier aan beleeft.”

4.12 METHODISCH HANDELEN

De essentie van methodisch handelen is planmatig werken en evalueren. Dit geldt ook voor het geven van voorlichting. Het betekent dat de fysiotherapeut aan het begin van de behandeling een plan maakt dat op de kaart wordt geregistreerd.

Uitgangspunt bij dit plan is de vraag: "Wat moet de patiënt weten en wat moet hij doen?"

Vervolgens moet dit plan systematisch en stapsgewijs worden uitgevoerd. Stapsgewijs betekent dat de informatie zo goed mogelijk over alle zittingen wordt gespreid. Te veel informatie tegelijk wordt immers vergeten. De voorlichting kan worden geëvalueerd aan de hand van de vraag: "Weet de patiënt wat hij moet weten en doet hij wat hij zou moeten doen?"

Waarom methodisch handelen bij het geven van voorlichting?

- Uit de voorlichtingskunde blijkt dat voorlichting meer effect heeft als het planmatig en doelgericht gebeurt.
- Aan de hand van een voorlichtingsplan kan de voorlichting worden gedoseerd. Op dit moment blijkt dat fysiotherapeuten vooral in de eerste paar zittingen heel veel voorlichting geven en later veel minder. Een betere spreiding is mogelijk.
- Planmatig en systematisch werken is het kenmerk van professioneel handelen en verhoogt de kwaliteit van de voorlichting in de fysiotherapie. De essentie van kwaliteitsbewaking is namelijk een systematische evaluatie van het handelen. Dat geldt ook voor voorlichten.

Voorbeelden:

Plan op de kaart: patiënt moet weten welke functie buikspieroefeningen voor de rug hebben; waarom de oefeningen blijvend gedaan moeten worden om de klachten te voorkómen; dat stress de klachten kan verergeren.

Doen: Buikspieroefeningen einddoel dertig keer zonder moeite; blijven oefenen na afloop; werkhoogte aanpassen thuis en op het werk.

Evaluatie: patiënt weet functie buikspieroefeningen; haalt dertig keer zonder moeite; zal proberen dit vol te houden (gerapporteerd aan huisarts); werkplek niet veranderbaar; werkblad thuis verhoogd.

In het vorige hoofdstuk zijn elf voorlichtingsvaardigheden beschreven die gebruikt kunnen worden om de therapietrouw van patiënten te stimuleren. Het zich eigen maken van deze vaardigheden zal enige oefening vereisen. Daarom zijn in dit hoofdstuk tien casusbesprekingen opgenomen die zijn te gebruiken als materiaal voor discussies of rollenspelen. De beschreven casussen nemen toe in complexiteit.

Vanzelfsprekend zijn niet alle elf therapietrouw bevorderende maatregelen bij elke patiënt van toepassing. Dit is afhankelijk van de individuele patiënt en diens specifieke situatie. Een open oog voor de opvattingen en wensen van de patiënt is dan ook in alle gevallen een belangrijke voorwaarde voor succes.

Aan het einde van dit boekje zijn de elf vaardigheden nog eens overzichtelijk bij elkaar gezet in een 'checklist therapietrouw bevorderende maatregelen'. Aan de hand van deze checklist kunnen fysiotherapeuten hun eigen wijze van voorlichten onder de loep nemen. De lijst kan ook een hulpmiddel zijn om bij intercollegiale toetsing gerichte en concrete feedback te geven.

We hopen dat het materiaal in dit boekje u inspireert tot het vinden van nieuwe en creatieve manieren van omgaan met de therapietrouw van patiënten.

CASUS 1 DE SCHOLIER

De patiënt is een jonge man, 18 jaar, laatste jaar VWO. Hij is twee dagen geleden door zijn enkel gegaan bij het volleyballen en door de huisarts ingestuurd voor fysiotherapie. Het is een sportieve jongen, die snel weer beter wil worden, omdat hij in een team speelt.

De fysiotherapeut constateert diffuse zwelling aan de laterale zijde van de linker enkel. De enkel is wat warmer. De patiënt kan er niet voluit op staan. Uit het fysiotherapeutisch onderzoek blijkt een overrekking van het laterale kapselband-apparaat.

Het behandeldoel en tevens de prognose is volledig functieherstel.

De behandeling bestaat op de korte termijn uit: taping (tien dagen), zwelling bestrijden en uitleg geven; op de lange termijn: mobiliteit normaliseren en stabiliteit trainen.

De behandeling verloopt in een prettige sfeer. Tijdens de behandeling praat de jongen veel over de komende examens. Hij zal wel slagen denkt hij. De patiënt werkt goed mee. Na tien keer wordt de behandeling afgerond met de afspraak dat de patiënt thuis nog een aantal weken blijft oefenen.

Aandachtspunten bij het rollenspel:

1. Zorg ervoor dat in de anamnese voorkennis en verwachtingen van de patiënt duidelijk worden.
2. Maak en bespreek met de patiënt de opzet van behandelplan en verloop.
3. Hoe deelt u de adviezen en de controle daarop in?
4. Hoe deelt u de laatste behandeling in en wat komt daarin aan bod?

CASUS 2 DE SECRETARESSE

De patiënte is 39 jaar, secretaresse. Zij heeft haar linker pols gebroken bij een val tijdens wintersport. Ze is op aandrang van haar huisgenoten ingestuurd voor fysiotherapie omdat de hand licht scheef staat en erg stijf is. Het gips is er nu drie weken af. Ze heeft last met typen en is bang dat ze niet meer piano kan spelen, een van haar hobby's.

Het functie-onderzoek wijst uit dat de pols in een radiale abductie staat ten opzichte van de onderarm (bajonetfractuur). De palmar flexie is sterk beperkt, de dorsaal flexie is in mindere mate beperkt. Er zijn geen verschijnselen van dystrofie. (het gips heeft gezeten distaal van de elleboog tot en met de MCP-gewrichten).

Het behandeldoel is de functie van de pols herstellen tot typen en pianospelen weer mogelijk zijn. Volledig herstel in normale functie is niet te verwachten.

De behandeling bestaat op de korte termijn uit mobiliseren (tractie en translaties) en actieve oefeningen die tevens de huiswerk oefeningen zijn; op de lange termijn, mobiliteit verbeteren, coördinatie trainen en spieren versterken (pols-hand spieren).

Na een paar behandelingen zegt de patiënte dat ze weinig vooruitgang ziet. Het is druk op haar werk, het typen gaat langzaam en ze maakt veel fouten. Overdag komt het er niet van om de oefeningen te doen en eigenlijk vindt ze de oefeningen maar onnozel en ziet ze er niet veel in (drie maal per dag tien minuten in een bal knijpen in warm water). Volgens haar is het beter om vaak de ramen te zemen (zeem uitwringen) en vaak kleding met de hand te wassen. Bovendien heeft dat nog enig nut.

Na grondige uitleg sluiten fysiotherapeut en patiënt een compromis.

Aandachtspunten bij het rollenspel:

1. Vraag aan de patiënt of zij vindt dat de oefeningen helpen.
Vraag hoe vaak ze oefent en waarom ze er niet altijd aan toekomt.
2. Hoe motiveert u deze patiënte?

CASUS 3 DE MONTEUR

Patiënt is 44 jaar, werkt in een garage en heeft al maanden last van rugklachten. Een jaar geleden is hij hier ook voor behandeld, maar na enkele maanden kwamen de klachten al weer terug en werden steeds heviger. Hij loopt sinds een maand in de ziektewet. Na drie weken rust heeft de huisarts hem ingestuurd voor fysiotherapie. In bed (liggend) heeft hij geen klachten meer maar wel bij zitten, staan en lopen.

De fysiotherapeut constateert dat deze (asthenische) man zijn rug erg star houdt. Bij het functie-onderzoek worden rugklachten op basis van discogene instabiliteit geconstateerd. Het behandeldoel is de patiënt leren met de rug om te gaan in aangepaste houdingen en bewegingen op het werk. De behandeling bestaat uit mobiliseren (rug soepeler), houdings- en bewegingsadviezen en stabiliseringstraining en conditietraining.

De patiënt is vrij zwijgzaam en wil graag zo snel mogelijk weer aan het werk. Hij is een serieus, hardwerkend man. Hij heeft een gezin met drie kleine kinderen en is ongerust over het terugkeren van de klachten. Hij wil zeker nooit in de WAO terecht komen, zoals ook met zijn zwager is gebeurd. Hij praat daar met enige minachting over. Over het nut van fysiotherapie heeft hij zo zijn twijfels maar hij ziet geen andere oplossingen. De fysiotherapeut besluit om de zaak grondig aan te pakken. De patiënt krijgt een oefenprogramma en diverse adviezen over aanpassing van de werkplek, betere stoel en adviezen om meer beweging te nemen (zwemmen). De patiënt werkt bereidwillig mee, hoewel enige scepsis nu en dan de kop op steekt.

Aandachtspunten bij het rollenspel:

1. Leg aan de patiënt uit wat het doel is van de behandeling en vertel dat stapsgewijs gewerkt zal worden aan de realisering van de behandeldoelen.

2. Hoe kunt u de behandeling zodanig laten verlopen dat stapsgewijs gewerkt wordt, dat haalbare doelen worden gesteld en dat pas iets toegevoegd wordt als het vorige gelukt is?

CASUS 4 TENNISSEN

Mevrouw G., 46 jaar, gezellig en vrolijk, wordt voor de tweede keer dit jaar ingestuurd met een tenniselleboog. De vorige keer waren de klachten ontstaan na een tennistoernooi; deze keer is er volgens de patiënte geen directe aanleiding te vinden. Ze tennist tegenwoordig wel weer maar nooit langer dan drie kwartier en aan toernooien doet ze niet meer mee. Op de vraag wat zij zelf inmiddels geprobeerd heeft, zegt ze sinds twee weken niet te tennissen. Ze vraagt een beetje ongerust of ze het tennissen niet moet opgeven; dat zijn wel de gezelligste twee ochtenden van de week.

Het functie-onderzoek laat een tenniselleboog type II zien (rechts): pijn bij weerstandstest extensie pols, extensie elleboog licht beperkt, cervicale wervelkolom is pijnlijk beperkt bij rechtse rotatie en extensie.

Het behandeldoel is volledig herstel elleboog tot op tennisniveau.

De behandeling bestaat uit segmentale behandeling van C-6 (cervicaal), het lokaal mobiliseren van elleboog en pols, en het rekken van musculus extensor radialis longus (ook als huiswerk oefening).

Na de tweede behandeling gaat het nog niets beter. Het lijkt erop dat de patiënt de arm toch nog belast. De fysiotherapeut vraagt naar de thuissituatie en legt uit dat niet alleen het tennissen de oorzaak kan zijn maar dat ook in andere situaties langdurige belasting van de arm op kan treden. Ze vraagt de patiënte thuis eens na te gaan of zich regelmatig dergelijke situaties voordoen. Mevrouw G. vertelt de volgende keer dat ze gewend is veel te breien, dat het ramen zemen ook altijd een groot karwei is en dat ze nogal krampachtig schrijft, zoals ze zelf opmerkt. Samen bespreken ze mogelijke oplossingen, waarbij de patiënte suggereert met breien te stoppen (ze heeft intussen wel genoeg gebreid voor de kinderen, zoals ze zegt); ze zal het ramen zemen zoveel mogelijk uitbesteden aan haar dochters. Als ze schrijft zal ze proberen dat niet te lang achter

elkaar te doen en datzelfde geldt voor het tennissen. Afgesproken wordt dat ze direct rust neemt als ze ook maar iets voelt aan die arm. Na vijf weken kan de behandeling worden gestopt met een tevreden patiënte.

Aandachtspunten bij het rollenspel:

- 1) Hoe legt u aan de patiënte uit welk soort belasting vermeden moet worden en waarom?
- 2) Probeer eens uit hoe het gesprek verloopt als u tegen de patiënte zegt dat zij moet stoppen met tennissen.
- 3) Probeer eens uit hoe het gesprek verloopt als u tegen de patiënte zegt wat ze niet meer mag doen (vergeleken met de situatie waarin dit aan de patiënte gevraagd wordt).

CASUS 5 DE SCHAATSER

Patiënt E. is een jongeman van 31, bioloog, fanatiek schaatser en wielrenner (traint vijf keer per week). Hij heeft een liesblessure (links) opgelopen bij een zware schaatsmarathon in januari. Op advies van de clubarts houdt hij enkele weken rust maar omdat het herstel te langzaam gaat naar zijn zin (sporten is zijn leven) meldt hij zich aan voor fysiotherapie. Hij is zeer goed op de hoogte van sportletsels en heeft alle documentatie over liesblessures nagelezen. Op de vraag wat de patiënt inmiddels zelf aan de klachten geprobeerd heeft volgt een scala aan maatregelen inclusief het gebruik van smeersels en homeopathische middelen.

De fysiotherapeut vermoedt een ruptuur in de adductor bij de aanhechting.

Het behandeldoel is volledig functie-herstel van de spieren. De behandeling bestaat uit massage ter normalisering van de tonus, ultrageluid, rekken, rust, en trainingsadviezen (geleidelijke toename van belasting).

De patiënt is ongeduldig en geïrriteerd omdat zijn lichaam hem in de steek laat en wil zo snel mogelijk weer sporten. Na grondige uitleg door de fysiotherapeut wordt met enige moeite afgesproken dat de patiënt de eerste vier weken niet sport waarna gestreefd kan worden naar een langzame opbouw. De eerste vier weken verlopen naar wens. De patiënt accepteert de adviezen van de fysiotherapeut en werkt uitstekend mee. Na vijf weken begint patiënt weer met de opbouw van de schaatstraining. Na de tweede training is de pijn in alle hevigheid terug. De patiënt is hevig teleurgesteld. Als de fysiotherapeut doorvraagt naar wat er precies is gebeurd, blijkt dat de patiënt wel voorzichtig begon met de training maar dat hij als vanzelf meeging in het (hoge) tempo van de club. Het is voor de patiënt onmogelijk om als eenling in een laag tempo achteraan te komen sukkelen, zoals hij zegt.

De fysiotherapeut begrijpt dit. Samen bespreken ze het probleem en verschillende oplossingen passeren de revue. Dan

komt de patiënt zelf met het voorstel het schaatsen in teamverband voorlopig te laten rusten en te gaan fietsen. Met fietsen heeft de patiënt geen last en bovendien zit daar geen wedstrijd-element in omdat hij alléén fietst. Dit blijkt te lukken. De patiënt heeft nu vrede met het langzame herstel en ziet het als een investering voor het nieuwe schaatsseizoen in het najaar.

Aandachtspunten bij het rollenspel:

- 1) Hoe legt u aan deze ongeduldige goed ingevoerde patiënt uit dat fysiotherapie geen wonderen kan verrichten maar dat deze blessure tijd en rust nodig heeft?
- 2) Hoe komt u erachter wat er werkelijk tijdens de opbouw van de training gebeurd is?
- 3) Op welke wijze gaat u met de patiënt naar oplossingen zoeken nu het langzaam opbouwen van de training niet blijkt te lukken?

CASUS 6 DE FLUITISTE

Mevrouw A, 43 jaar, huisvrouw met twee kinderen van 11 en 13 komt met felle pijn in nek en schouders. Ze maakt een prettige, aardige indruk en heeft nooit eerder fysiotherapie gehad. Ze tennist en volleybalt. Min of meer verontschuldigend zegt ze akkoord te zijn gegaan met de verwijzing voor fysiotherapie omdat de klachten al twee maanden duren en niet lijken te verminderen. Op de vraag wat zij zelf inmiddels geprobeerd heeft, antwoordt ze dat haar man haar schouders gemasseerd heeft met Midalgan en dat ze veel warme douches genomen heeft. Dat verlichtte wel even maar niet lang.

Gevraagd naar haar bezigheden vertelt mevrouw A enthousiast dat ze sinds kort in een muziekgroep zit. Ze speelt blokfluit. Het niveau van de groep is eigenlijk nog wat te hoog voor haar maar als ze erg haar best doet en veel oefent kan ze net meekomen. Ze vindt het heerlijk, zegt ze. Desgevraagd neemt mevrouw A de volgende keer haar blokfluit mee.

Bij het functie-onderzoek constateert de fysiotherapeut hypertensie nek- en schoudermusculatuur. Het behandeldoel is een ontspannen houding bij fluiten. De behandeling bestaat uit ontspanningsoefeningen voor nek en schouder (tevens de huiswerk oefeningen) en houdings- en bewegingsadviezen.

De fysiotherapeut stelt acht behandelingen voor, waar de patiënte het mee eens is. De patiënte heeft veel belangstelling voor de therapie, wil alles weten en werkt bijna overijverig mee.

De fysiotherapeut constateert dat mevrouw A zeer gespannen blokfluit speelt. De fysiotherapeut en ook mevrouw A vermoeden wel dat de klachten verband houden met het intensieve oefenen. Mevrouw A doet erg haar best op een meer ontspannen houding tijdens het fluiten, maar na de vijfde keer zegt ze met de nodige verontschuldigingen dat dit thuis eigenlijk niet goed lukt. Ze zit er duidelijk mee. Ze is zo intensief met het fluiten bezig dat ze vergeet om op haar houding te letten.

De opgegeven huiswerk oefeningen doet ze zeer fanatiek. Als de fysiotherapeut vraagt hoe het gaat en hoe vaak ze de oefeningen doet, zegt mevrouw A dat ze het tot haar eigen verbazing toch regelmatig blijkt te vergeten. De fysiotherapeut legt uit dat ze de oefeningen minder fanatiek maar wel regelmatig moet doen. Hij legt uit dat ze moet proberen vaste tijdstippen te kiezen en zo mogelijk de oefeningen moet 'koppelen' aan andere dagelijkse routines, zodat het als het ware een gewoonte wordt. De fysiotherapeut vraagt haar dit de komende week uit te zoeken.

De volgende keer zegt mevrouw A dat ze de 'oplossing' gevonden heeft. Ze heeft zich aangewend de oefeningen direct na het fluiten te doen en bovendien steeds als ze de hond uitlaat, zodat ze daar 'nog iets nuttigs van maakt', zoals mevrouw A zelf zegt. Als de fysiotherapeut vraagt of ze denkt dit in de toekomst vol te houden zegt mevrouw A overtuigd ja. Het is nu zes jaar geleden en de fysiotherapeut heeft haar niet meer teruggezien.

Aandachtspunten bij het rollenspel:

- 1) Hoe legt u aan de patiënte uit dat het gedrag 'gekoppeld' zou moeten worden aan dagelijkse routines?
- 2) Hoe legt u aan de patiënte uit dat het belangrijk is om de oefeningen blijvend te doen, ook als de klachten verdwenen zijn?

CASUS 7 DE LEVENSGENIETER

Patiënt B is een gezellige, gemoedelijke, wat gezette man van 32, administrateur van beroep. Hij wordt verwezen na een meniscus-operatie. Hij is tamelijk laconiek over de klachten.

Uit het functie-onderzoek blijkt een beperkte kniefunctie volgens capsulair patroon, tevens zwakte van de bovenbeenspieren en instabiliteit van de knie.

Het behandeldoel is volledig functie-herstel van de knie.

De behandeling bestaat uit a) mobiliseren door middel van tractie, translatie en actief oefenen (tevens de huiswerkoefening), b) spierfunctie trainen door middel van actieve oefeningen (tevens de huiswerkoefening) en weerstandsoefeningen, c) stabiliteitstraining knie door middel van actieve oefeningen.

De patiënt is een gezellige prater. Hij houdt van de goede dingen des levens. Zijn hobby is koken. Hij werkt volzaam maar niet fanatiek aan de behandeling mee. Meer dan eens vertelt hij smakelijk over de nieuwe recepten die hij uitprobeerde heeft. De fysiotherapeut vraagt regelmatig hoe vaak de patiënt thuis geoefend heeft. Aanvankelijk oefent hij vrij frequent. Na een aantal weken blijkt dit minder te worden. Als de fysiotherapeut vraagt waarom het oefenen afneemt, merkt de patiënt op dat het volgens hem aardig goed gaat en dat oefenen niet meer zo nodig is. Het komt er niet meer van en hij vindt het wel goed zo.

De fysiotherapeut geeft uitgebreide uitleg over de eindstand die hij zou moeten halen. De patiënt is bereid het oefenen weer op te pakken. Lachend zegt hij dat het hem waarschijnlijk niet lukt om het vol te houden. Samen het probleem besprekend komen ze tot het volgende compromis. De fysiotherapeut stelt voor het zadel van de fiets wat hoger te zetten zodat de patiënt in elk geval dagelijks de noodzakelijke strekbewegingen maakt. Omdat de patiënt per fiets van en naar zijn werk gaat is dan in ieder geval gewaarborgd dat de patiënt twee maal per dag een kwartier 'oefent'. De patiënt gaat akkoord met deze oplossing. Hij vertelt de volgende keer opgelucht dat dit goed gaat en bij het onderzoek blijkt dat de beweging beter is geworden.

Aandachtspunten bij het rollenspel:

- 1) Is het wel of niet nodig om elke keer aan de patiënt te vragen hoe vaak hij geoefend heeft?
- 2) Als u merkt dat de patiënt steeds minder gaat oefenen, hoe gaat u dan vervolgens te werk?
- 3) Welke argumenten gebruikt u om de patiënt ervan te overtuigen dat het behandeldoel (de eindstand) gehaald moet worden?

CASUS 8 DE TRUI

Mevrouw C, 54 jaar, alleenstaand en werkzaam in de verpleging, is doorverwezen met een frozen shoulder. De klachten zijn acuut begonnen met pijn op de schouder, uitstralend in de bovenarm; ze werd ermee wakker.

De huisarts diagnostiseerde bursitis. Patiënte kreeg drie maal een injectie met corticosteroïde. Dit hielp 1 à 2 dagen, waarna de pijn weer terugkwam. Daarna stuurde de huisarts haar in voor fysiotherapie.

Ze kan niet op de linkerzij liggen, wordt vaak wakker van de pijn en heeft grote moeite met aankleden. Ze is vijf jaar geleden door dezelfde fysiotherapeut behandeld voor een langdurige herniaklacht.

De fysiotherapeut constateert tijdens het functie-onderzoek beperkingen volgens het capsulair patroon. De pijn is vóór de bewegingsgrens. Patiënte 'koestert' de arm, dat wil zeggen houdt de arm bij zich alsof ze deze in een mitella draagt. De behandeldoelen van de fysiotherapeut zijn pijnstilling en mobiliseren.

De patiënte krijgt adviezen en huiswerk oefeningen.

Als de fysiotherapeut ziet met hoeveel moeite de patiënte zich uit de trui worstelt adviseert zij een vest of blouse aan te trekken. De patiënte blijft truien dragen; ze vindt vesten en blouses 'truttig'.

Na het eerste onderzoek heeft mevrouw C fikse napijn (door eindstand bij het onderzoek). In overleg met de huisarts wordt ondersteunende medicatie voorgesteld, 2 à 3 keer per dag. De communicatie verloopt stroef. Regelmatig brengt de patiënte de diagnose van de huisarts 'bursitis' ter sprake. Ze lijkt de hypothese van de fysiotherapeut (geïrriteerd kapsel) in twijfel te trekken en daarmee ook het nut van fysiotherapie. Na twee weken is ze van mening dat ze niet vooruitgaat. De hele situatie doet de fysiotherapeut denken aan de vorige behandeling waarbij het herstel ongeveer driekwart jaar duurde, uiterst traag verliep en het lang duurde voordat de patiënte zich aan de

regels ging houden. De patiënte zelf is ongerust en bang voor een herhaling van de vorige keer.

Als er na vier weken nog nauwelijks vooruitgang is, stelt de fysiotherapeut voor de behandeling te stoppen en de patiënte terug te sturen naar de huisarts. De patiënte is het hiermee eens. In een (open) brief aan de huisarts meldt de fysiotherapeut dat de patiënte steeds veel napijn houdt, dat de behandeling niet aan lijkt te slaan, en dat een frozen shoulder dreigt. De huisarts heeft een serieus gesprek met de patiënte. Na twee weken neemt de patiënte opnieuw contact op met de fysiotherapeut, ditmaal op eigen initiatief.

Ze heeft geen pijn meer maar het gewricht zit nu volledig vast. De patiënte ziet de ernst van de situatie in en haar houding is veranderd. Ze stelt zich nu actief meedenkend en meewerkend op. Ze oefent trouw. Ze vertelt uit eigen beweging welke oefeningen volgens haar wel en niet iets doen en welke ze prettig en niet prettig vindt. Ze gaat regelmatig zwemmen. Kortom, ze werkt actief aan het herstel. Vanaf dit moment is de behandeling een zaak van onderlinge samenwerking in goede sfeer. Ze komt overigens nog steeds in trui!

Aandachtspunten bij het rollenspel:

- 1) Hoe gaat u in op de regelmatig terugkerende opmerking van de patiënte "de huisarts denkt aan bursitis"?
- 2) Hoe legt u aan de patiënte uit dat kapselirritatie waarschijnlijker is dan bursitis?
- 3) Hoe bespreekt u met de patiënte het voorstel de behandeling te stoppen?
- 4) Wat schrijft u in de open brief aan de huisarts en hoe bespreekt u dat met de patiënte?

CASUS 9 DE ANGST

De heer D, 48 jaar, een uitstekend paardrijder op hoog niveau. Een ongeluk bezorgde hem een gebroken schouder alsmede luxatie en veel pijn.

De patiënt is voor fysiotherapie verwezen omdat hij de arm niet meer durft te bewegen nadat de mitella verwijderd is.

De fysiotherapeut constateert een instabiele schouder na luxatie.

Het behandeldoel van de fysiotherapeut is volledig functieherstel.

De behandeling bestaat uit spierfunctietraining, stabiliseren en mobiliseren van de schouder.

De patiënt kan veel pijn verdragen, zo blijkt tijdens de behandeling. Hij is zeer gemotiveerd en wil genezen zijn vóór de komende wedstrijden over drie maanden. Hij verheugt zich erop en kan er enthousiast over vertellen. Het is een plezierig contact en de fysiotherapeut heeft alle vertrouwen in de medewerking van de patiënt.

Na twee weken blijkt dat de patiënt minder snel vooruit gaat dan verwacht. Als de fysiotherapeut de oorzaak probeert te achterhalen zegt de patiënt thuis niet aan oefenen toe te komen. Bij doorvragen blijkt dat hij zo bang is voor een nieuwe luxatie dat het voor hem onmogelijk is alléén de oefeningen te doen. Hij voelt zich gegeneerd, maar de angst weerhoudt hem.

De fysiotherapeut besluit daarop ten eerste uitgebreide uitleg te geven over het schoudergewricht en over de bewegingen die wel en niet risicovol zijn; ten tweede besluiten fysiotherapeut en patiënt in onderling overleg dat gedurende de komende twee weken dagelijks onder begeleiding van de fysiotherapeut geoefend zal worden totdat de angst verdwenen is en de patiënt voldoende zelfvertrouwen opgebouwd heeft om alleen verder te kunnen. Dit blijkt te werken.

Na deze periode zien fysiotherapeut en patiënt elkaar nog een tijdje één maal per week waarna de patiënt te kennen geeft alleen verder te kunnen. De fysiotherapeut legt daarbij duidelijk

uit naar welke eindstand hij moet streven en adviseert hem even langs te komen bij twijfels over de oefeningen of de vooruitgang. Er wordt een controle-afspraken gemaakt voor over twee maanden.

Aandachtspunten bij het rollenspel:

- 1) Hoe brengt u de trage vooruitgang van de patiënt ter sprake en hoe vraagt u naar de therapietrouw?
- 2) Hoe komt u achter de werkelijke oorzaak van het niet oefenen?
- 3) Hoe legt u uit welke bewegingen wel en welke niet risicovol zijn voor een nieuwe luxatie?
- 4) Hoe legt u aan de patiënt uit naar welke eindstand hij moet streven?

CASUS 10 HET VERDRIET

Patiënte F is een huisvrouw van 42 jaar. Ze is ingestuurd met een zeurende rugpijn die al enkele maanden duurt. De huisarts vermoedt dat psychosociale factoren mede een rol spelen. De directe oorzaak is niet duidelijk en ook de patiënte kan geen aanwijzingen geven. De patiënte is vrij mager, maakt een vermoeide indruk en is weinig spraakzaam. Op de vraag of zij zelf al geprobeerd heeft iets aan de klachten te doen antwoordt de patiënte met "nee".

Uit het functie-onderzoek blijkt een algemeen verstijfde rug. Behandeldoelen zijn het ontspannen van de rugmusculatuur en het weer ontspannen kunnen bewegen van de rug. De behandeling bestaat uit massage ter sedering en oefeningen ter mobilisering.

Het gesprek met de patiënte verloopt vrij stroef. Het lijkt wel of ze het liefste met rust gelaten wil worden. Ze laat merken dat ze massage prettig vindt, maar de oefentherapie verloopt min of meer zuchtend en de fysiotherapeut moet alle zeilen bijzetten om de patiënte tot enige inspanning te bewegen. De fysiotherapeut geeft de huiswerk oefeningen wel mee maar heeft eigenlijk weinig vertrouwen in de uitvoering ervan. Desgevraagd zegt de patiënte wel dat oefenen nuttig lijkt en dat zij het wel wil proberen.

Na twee weken blijkt dat de patiënte thuis niet of nauwelijks oefent. De fysiotherapeut toont begrip. Hij zegt: "U brengt het niet op hè? Ik heb ook de indruk dat u erg vermoeid bent". En dan begint de patiënte te vertellen. Twee maanden geleden is haar moeder overleden. Zij heeft haar thuis een jaar lang verpleegd. Het was een zwaar en moeilijk jaar en ze mist haar moeder nog elke dag. Het lijkt wel of ze alle vermoeidheid nu pas voelt, zegt ze verdrietig en min of meer verontschuldigend. Ze wil heus wel oefenen maar brengt het nu even nog niet op. De fysiotherapeut stelt voor om voorlopig alleen onder begeleiding te oefenen en het oefenen thuis de komende weken te laten zitten totdat de patiënte voelt dat ze het weer op kan

brengen. De fysiotherapeut vraagt haar in plaats van de oefeningen elke dag een kwartier te gaan wandelen. De patiënte is hem dankbaar. Na drie weken geeft de patiënte zelf aan dat ze thuis weer wat geoefend heeft. Ze heeft zichzelf weer 'bij elkaar geraapt' zegt ze met een glimlach. Ze vraagt advies over het nut van fietsen en fitness en de laatste behandelingen verlopen in goede samenwerking.

Aandachtspunten bij het rollenspel:

- 1) Brengt u wel of niet ter sprake dat de huisarts vermoedt dat psychosociale aspecten mede een rol spelen? Zo ja, hoe?
- 2) Hoe brengt u ter sprake dat de patiënte blijkbaar met tegenzin aan de oefeningen meewerkt?
- 3) Probeer eens uit hoe het gesprek verloopt als de fysiotherapeut geen begrip toont voor de 'therapie-ontrouw' maar reageert met: "Die oefeningen zijn echt heel belangrijk voor uw rug, u moet toch echt proberen om daar thuis iets aan te doen".

Checklist therapietrouw bevorderende maatregelen

	goed	matig	onvol- doende	n.v.t.	Opmer- kingen
1. Relatie fysiotherapeut - patiënt (bv. aankijken, luisteren, meeleven, steunen, uitleggen wat men doet en waarom)					
2. Percepties van de patiënt (bv. vragen naar ideeën, wensen, zelfzorg, enz.)					
3. Therapietrouw bespreken (bv. doorvragen op een niet bedreigende manier)					
4. Problemen voorkómen: maatwerk (bv. oefeningen en adviezen aanpassen aan de specifieke situatie van de patiënt)					
5. Therapietrouw problemen oplossen (bv. vragen naar therapietrouw problemen, echte oorzaak opsporen, samen met de patiënt oplossingen of alternatieven zoeken)					

	goed	matig	onvol- doende	n.v.t.	Opmer- kingen
6. Positieve feedback (bv. vooruitgang zichtbaar maken, regelmatig einddoel evalueren, medewerking van de patiënt waarderen)					
7. Geheugensteuntjes benutten (bv. doel van geheugensteuntjes uitlegen, patiënt stimuleren geheugensteuntjes te benutten)					
8. Generaliseren (bv. onderliggende mechanisme uitlegen, patiënt zelf nieuwe invullingen laten maken)					
9. Zelfeffectiviteit (bv. haalbare doelen stellen, benadrukken, wat wèl gelukt is, positief evalueren)					
10. Samenwerking fysiotherapeut - arts (bv. terugrapporteren over gegeven adviezen, therapietrouw en evt. problemen daarmee, elkaars adviezen ondersteunen)					
11. Methodisch handelen (bv. voorlichtingsplan maken, registreren en evalueren, stapsgewijs en gedoseerd uitvoeren)					
12. Overig					

Literatuur

Bandura, A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavior change. in: *Psychological Review*, 1977, jrg.84, nr.2, p.191-215.

Bartlett, E.E., Behavioral diagnosis: a practical approach to patient education. in: *Patient Counseling and Health Education*, 1982, jrg.4, nr.1, p.29-35.

Bartlett, E.E., Higginbotham J.C., Cohen-Cole S, Bird J., How do primary care residents manage patiënt non-adherence? in: *Patient Education and Counseling*, 1990, jrg.16, nr.1, p.53-60.

Bertels, M., Brummelen, L. ten, Dijkum, C.J. van, et al. *Tijd voor kwaliteit: evaluatie-onderzoek fysiotherapie in gezondheidscentra in Amsterdam*, Amsterdam, Stichting Universitair Instituut voor Sociaal Wetenschappelijk Onderzoek/Onderzoeksplatform in de Eerstelijns Dienstverlening in Amsterdam, 1985.

Dishman, R.K., *Exercise adherence: its impact on public health*, Champaign: Human Kinetics Books, 1988.

Dunbar, J.M., Marshall, G.D., Hovell, M.F., Behavioral strategies for improving compliance. In: Haynes, R.B., Taylor, D.W., Sackett D.L. (eds.). *Compliance in health care*. Baltimore, etc. The Johns Hopkins University Press, 1979, p.174-190.

Knibbe, N.E., Wams, H.W.A., *Van trucendoos naar gereedschapskist. Een literatuuronderzoek naar gedragsveranderingsmodellen, planningsmodellen, technieken voor gedragsverandering en hun toepasbaarheid op patiëntenvoorlichting in de fysiotherapie*. Amersfoort, SWSF, in druk.

Kok, J, Bouter, L.M., Patiëntenvoorlichting door fysiotherapeuten in de eerstelijns. in: *Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie*, 1990, jrg.100, nr.2, p.59-63.

Leventhal, H., Zimmerman, R., Gutmann, M., Compliance: a self-regulation perspective. In: Gentry, W.D. (ed.). *Handbook of behavioral medicine*. New York, etc.: The Guilford Press, 1984, p.369-436.

Linden, H.A. van der, Fysiotherapie en patiëntenvoorlichting. in: *Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie*, 1987, jrg.97, nr.5, p.106-112.

Sluijs, E.M., Patiëntenvoorlichting door fysiotherapeuten: de ontwikkeling van een checklist. in: *Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie*, 1989, jrg.99, nr.10, p.273-278.

Sluijs, E.M., Hermans, I.M.J., Problemen die patiënten ervaren bij het doen van huiswerk oefeningen en bij het opvolgen van adviezen: een inventarisatie. in: *Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie*, 1990, jrg.100, nr.6, p.175-179.

Sluijs, E.M., Kuijper, E.B., Problemen die fysiotherapeuten ervaren bij het geven van voorlichting aan patiënten: een inventarisatie. in: *Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie*, 1990, jrg.100, nr.5, p.128-132.

Sluijs, E.M., Therapietrouw van de patiënt en de kwaliteit van de voorlichting in de fysiotherapie. in: B.v. Cranenburgh, J.B. den Dekker, G.M. van Meerwijk e.a. (red.), *Jaarboek Fysiotherapie 1991*, Bohn Stafleu Van Loghum, Houten/Antwerpen, 1991b, p.64-79.

Sluijs, E.M., Knibbe, J.J., Patient compliance with exercise: different theoretical approaches to short-term and long-term

compliance. in: *Patient Education and Counseling*, 1991, jrg.17, nr.3, p.191-204.

Sluijs, E.M., *Patient education in physical therapy*, Nivel, Utrecht, 1991a. Dissertatie.

Sluijs, E.M., Non-compliance in de eerstelijnsfysiotherapie. in: J.B. den Dekker, I. van Ham, G.M. van Meerwijk, P. Vaes, A. de Wijer (red.), *Jaarboek Fysiotherapie 1992*, Bohn Stafleu Van Loghum, Houten/Antwerpen, 1992, p.218-232.

Smit, G en Lubbers, M.A.I., *Samenwerking huisarts-fysiotherapeut*, Basisboek. Stichting O&O, Utrecht, 1989 (inclusief 5 werkboeken).

Thiel, E. van, Veranderen kost de patiënt pijn en moeite, in: *Issue* 1990, jrg.7, nr.2, p.1-6.

Over de auteur



Emmy Sluijs, psycholoog, is sinds 1984 als onderzoeker werkzaam bij het Nederlands Instituut voor onderzoek van de eerste-lijnsgezondheidszorg (NIVEL). In 1991 promoveerde zij op het proefschrift *Patient Education in Physical Therapy* aan de Rijksuniversiteit Limburg te Maastricht. Zij deed daarnaast onderzoek naar methodisch werken in de huisartsgeneeskunde. Zij houdt zich momenteel samen met Dinny de Bakker bezig met onderzoek naar de ontwikkeling en implementatie van kwaliteitssystemen in de Nederlandse gezondheidszorg. De resultaten zijn inmiddels gepubliceerd in het rapport *Kwaliteitssystemen in ontwikkeling* (NIVEL, 1992) en in het artikel 'De ontwikkeling van kwaliteitssystemen in de fysiotherapie' (in: *Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie*, 1993 nr. 1).

Publikatiereeks 'Patiëntenvoorlichting'

Patiëntenvoorlichting is een onlosmakelijk onderdeel in de zorg en hulpverlening. Immers, de kwaliteit van de dienstverlening wordt mede bepaald door goede voorlichting en communicatie. Praktijkwerkers die veel met patiënten of cliënten omgaan zullen dat beamen. Er kan echter nog veel verbeterd worden in die communicatie.

De publikatiereeks 'Patiëntenvoorlichting' is daarbij een goed hulpmiddel. De wijze waarop diverse beroepsbeoefenaren voorlichting kunnen geven staat er in centraal. De boekjes bevatten vele concrete tips en aanbevelingen. Ze zijn het resultaat van enkele tientallen projecten over patiëntenvoorlichting, die het Praeventiefonds sinds 1986 heeft gesubsidieerd.

Realisering van deze publikatiereeks is ook mogelijk dankzij financiering van het Praeventiefonds.

De redactie van de publikatiereeks 'Patiëntenvoorlichting' bestond juni 1993 uit: Lyda Blom, Inge Gaasbeek, Gerard Plessius, Herman ten Vergert en Reinier van de Vrie.

Bestelwijze

Therapietrouw door voorlichting. Handleiding voor patiëntenvoorlichting in de fysiotherapie kost f21,50 (exclusief f2,70 porto) en is te bestellen bij het NIVEL of bij het Landelijk Centrum GVO.

Bestelling bij het NIVEL kan door overmaking van het juiste bedrag op gironummer 3113485 ten name van het NIVEL te Utrecht, o.v.v. "Therapietrouw".

Bestelling bij het LCG kan door overmaking van het juiste bedrag op gironummer 3963638 ten name van het Landelijk Centrum GVO te Utrecht, o.v.v. bestelcode pavo-936slu.

Andere boekjes in de reeks 'Patiëntenvoorlichting'

Reeds verschenen zijn:

1. *Patiëntgericht voorlichten; Leerboek voor verpleegkundigen* onder redactie van N. Maertens en N. Maris, f25,- (excl. f5,50 porto), bestelcode pavo-921leer.
Patiëntgericht voorlichten; Docentenhandleiding bij het leerboek voor verpleegkundigen onder redactie van N. Maertens en N. Maris, f25,- (excl. f7,75 porto), bestelcode pavo-921doc.
2. *Patiëntenvoorlichting aan chronisch zieken in de thuiszorg* van J. Staarman, f15,- (excl. f2,70 porto), bestelcode pavo-922sta.
3. *Voorlichting in de apotheek. Een handleiding voor de praktijk* van L. Blom en I. Houweling, f15,- (excl. f2,70 porto), bestelcode pavo-923blom.
4. *Voorlichting aan psychotische patiënten. Riagg-voorlichting in crisissituaties* van N. Galama, f15,- (excl. f2,70 porto), bestelcode pavo-934gal.
5. *Voorlichting aan operatiepatiënten.* van B. Breebhaar, f17,50 (excl. f2,70 porto), bestelcode pavo-935bre.

Deze publikaties zijn te bestellen door overmaking van het juiste bedrag op gironummer 3963638 ten name van Landelijk Centrum GVO te Utrecht, o.v.v. de bestelcode(s).

Andere boekjes uit de publikatiereeks komen in de loop van 1993 en 1994 uit. Ze gaan over de volgende onderwerpen:

- Voorlichting aan reumapatiënten
- Voorlichting aan psychiatrische patiënten en hun familie
- Voorlichting aan intermediairs in het onderwijs
- Voorlichting en begeleiding bij progressieve ziekten
- Voorlichting vanuit het patiëntenperspectief

Nadere informatie

Inlichtingen over de reeks 'Patiëntenvoorlichting': Landelijk Centrum GVO, Postbus 5104, 3502 JC Utrecht, telefoon 030-910244, fax 030-964082.

