

# De Stappenreeks en persoonsgebonden factoren



## Deel 4

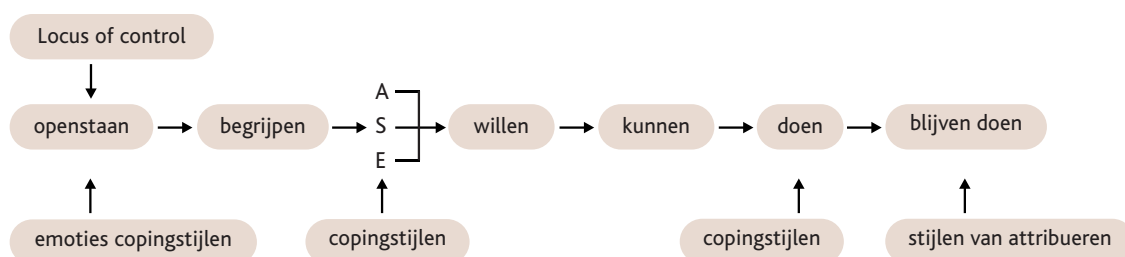
### Gedragsverandering middels twee geïntegreerde modellen

Is het veranderen van gedrag bij patiënten kunst of kunde? Met deze vraagstelling heeft *FysioPraxis* u de afgelopen tijd regelmatig geconfronteerd. Een belangrijke vraag, zeker wanneer men beseft dat de effectiviteit van veel van onze interventies staat of valt bij het slagen van een gedragsverandering bij de patiënt. In dit artikel geven Frank Verhulst en Marieke van der Burgt, auteurs van het boek 'Doen en blijven doen, voorlichting en compliancebevordering door paramedici',<sup>1</sup> hun visie op deze vraag.

▲ Tekst: Albertina Poelgeest  
Docent fysiotherapie aan de Hogeschool van Amsterdam en redactielid *FysioPraxis*

Figuur 1: Stappenreeks en persoonsgebonden factoren: enkele van de mogelijke verbanden. De locus of control (extern), emoties (depressiviteit, angst), een passieve of vermijdende copingstijl kunnen 'openstaan' in de weg staan. De copingstijl is van invloed op de ervaren 'eigen effectiviteit'. De copingstijl komt heel concreet tot uiting in de stap 'doen'. De stijl van attribueren is mede van invloed op de stap 'blijven doen'.

Frank Verhulst is docent gedragswetenschappen bij Fontys Paramedische Hogeschool, opleiding fysiotherapie, gastdocent aan de Hogeschool Utrecht, Masteropleiding Psychosomatisch Fysiotherapie en daarnaast GZ-psycholoog in de eerste lijn in Eindhoven. Marieke van der Burgt heeft een achtergrond als arts en voorlichtingsdeskundige in de gezondheidszorg. Zij is momenteel docent aan het ROC Rijn IJssel in Arnhem. Beiden zijn expert op het gebied van het begeleiden van gedragsverandering binnen de paramedische beroepen. In navolging van Hoenen et al<sup>2</sup>, hebben zij 'de Stappenreeks'<sup>3</sup> ontwikkeld, een patiëntenvoorlichtingsmodel dat de paramedicus ondersteuning biedt bij de begeleiding van gedragsverandering van de patiënt (figuur 1). In de meeste KNGF-richtlijnen, waaronder de richtlijnen Arthrose heup-knie, Whiplash, Osteoporose, COPD, Claudicatio Intermittens en Manuele therapie bij lage rugpijn, is de Stappenreeks opgenomen als belangrijk element van het methodisch handelen. Hieruit blijkt dat het begeleiden van gedragsverandering



algemeen wordt erkend als een wezenlijke activiteit in het werk van de fysiotherapeut.

In de Stappenreeks worden de fasen van het gedragsveranderingsproces omschreven, te weten openstaan, begrijpen, willen, kunnen, doen en blijven doen. Daarnaast besteedt het model aandacht aan de persoonsgebonden factoren, zoals de locus of control, stijlen van attribueren, stress en copingsstijlen, emotionele gesteldheden, pijn en somatisatie. Factoren die belemmerend of bevorderend kunnen werken in het proces van gedragsverandering. De persoonsgebonden factoren kunnen worden gezien als een model voor gezondheidsgedrag, waarbij de locus of control het centrale en sturende begrip is achter de andere persoonsgebonden factoren. De Stappenreeks en de persoonsgebonden factoren bieden de fysiotherapeut in elke fase praktische handreikingen.

#### FAAL- EN SUCCESERVARINGEN

Is gedragsverandering nu kunst of kunde? Marieke van der Burgt: "In de basis gaat het om de kunde van de fysiotherapeut. Veel communicatieve vaardigheden zijn te leren, zoals empathisch reageren, actief luisteren, goed doorvragen et cetera. Door middel van deze vaardigheden is een fysiotherapeut in staat om een samenwerkingsrelatie met de patiënt op te bouwen. Daarnaast zal de fysiotherapeut ook kundig moeten zijn op het gebied van gedragsverandering: hij heeft inzicht nodig in het proces van gedragsverandering, herkent belangrijke voorlichtingsmomenten in het contact met de patiënt en is vaardig in het uitvoeren van gedragsgerichte interventies. Kennis en kunde op het gebied van gedragsverandering is dus in mijn optiek onontbeerlijk. Wel zal de ene fysiotherapeut hier vaardiger in zijn dan de ander, zoals de ene fysiotherapeut nu eenmaal kundiger is inzake onderzoeks- en behandelvaardigheden dan de ander. Op het gebied van gedragsverandering zie je dat bepaalde therapeuten prima in staat zijn om begeleiding te geven bij eenvoudige problematiek, maar wanneer het complex wordt, haken ze af of slagen zij er niet in om de patiënt een stapje verder te helpen. Dit heeft veel te maken met de persoonlijke effectiviteit van de therapeut. De self-efficiency, de eigen effectiviteitsverwachting van de therapeut speelt hierin een grote rol. Wanneer een fysiotherapeut een lage inschatting heeft van zijn mogelijkheden om de patiënt te bereiken, zal hij er ook niet zo snel aan beginnen. Dit is vaak het geval wanneer de therapeut heeft ervaren dat patiënten de gegeven adviezen niet oppikken en er dus niets mee doen. Door eerdere 'faal-ervaringen' is de kans groot dat de therapeut zich niet verder ontwikkelt in het verbeteren van zijn vaardigheden op het gebied van gedragsverandering, hij zal het onderwerp meer

**Van der Burgt: "Veel communicatieve vaardigheden zijn te leren, zoals empathisch reageren, actief luisteren, goed doorvragen et cetera."**



**Frank Verhulst: "Het gaat erom dat een fysiotherapeut niet alleen aandacht heeft voor de biomedische achtergrond van het probleem, maar tevens een biopsychosociale anamnese afneemt."**

gaan mijden. Wanneer de fysiotherapeut daarentegen succeservaringen heeft, zal de eigen effectiviteitsverwachting hoger zijn en dit zal hem triggeren om vaker met de patiënt een gesprek over gedragsverandering aan te gaan. In dat opzicht zijn therapeuten net als patiënten: faal- en succeservaringen hebben veel invloed op het vertrouwen dat iemand heeft in zijn mogelijkheden om gedrag te veranderen."

Samenvattend kan worden gesteld dat het stimuleren van gedragsverandering in hoge mate op te vatten is als een kunde die fysiotherapeuten kunnen ontwikkelen. Van der Burgt: "Omdat niet iedereen in dezelfde mate vaardig is, zou scholing hierin een belangrijke ondersteuning voor velen kunnen zijn. Dit zou ook helpen de eigen effectiviteitsverwachting van de fysiotherapeut te verhogen. Verder vind ik het wel een kunst om de best passende benadering voor de patiënt te vinden, het is met gedragsverandering nu eenmaal zo dat vele wegen naar Rome leiden. Maar het een kan niet zonder het ander: in de beeldende kunst zie je ook dat vakmanschap een belangrijke voorwaarde is voor grote kunst."

#### BIOPSYCHOSOCIALE ANAMNESE

De kunde die fysiotherapeuten zouden moeten ontwikkelen ligt op het vlak van communicatieve vaardigheden in combinatie met kennis van veranderingsprocessen. Naar veranderingsprocessen is veel onderzoek gedaan vanuit de gezondheidswetenschappen. Aan de hand van onderzoek zijn diverse modellen ontwikkeld, die schematisch weergeven welke elementen een rol spelen in het slagen van een veranderingsproces. Voorbeelden van dergelijke modellen zijn: het Health Counseling Model, het ASE-model, de theorie van gepland gedrag en ook de eerdergenoemde Stappenreeks is hier een voorbeeld van. In 'Doen en blijven doen' beschrijven Van der Burgt en Verhulst de Stappenreeks en laten ze



zien hoe paramedici hiermee hun patiënten succesvol kunnen begeleiden naar meer zelfmanagement.

Frank Verhulst: “Het begint al tijdens de anamnese, dit is het moment waarop er al een aanzet tot gedragsverandering kan worden gegeven. Belangrijk hierbij is goed te inventariseren hoe de patiënt tot dusver met zijn klachten is omgegaan, dus welk gedrag hij heeft vertoond ten aanzien van zijn gezondheidsprobleem. Vragen die in dit licht gesteld kunnen worden zijn bijvoorbeeld: wat heeft de patiënt er tot nu toe aan gedaan, welke hulp heeft hij al gezocht en hoe is hij met deze hulp omgegaan? De vragen zijn daarbij inventariserend, maar kunnen ook activerend worden gesteld. Het gaat erom dat een fysiotherapeut niet alleen aandacht heeft voor de biomedische achtergrond van het probleem, maar tevens een biopsychosociale anamnese afneemt. Hiervoor is interactie met de patiënt nodig, de fysiotherapeut zal met het stellen van gerichte vragen streven naar verheldering van het probleem. Vervolgens is het de taak van de fysiotherapeut om in samenspraak met de patiënt doelen voor de behandeling op te stellen. Wanneer de doelen aansluiten bij de behoeften van de patiënt, zal deze meer openstaan voor verandering. De fysiotherapeut zal ook aandacht besteden aan

het afstemmen van de wederzijdse verwachtingen. Hij bespreekt welk aandeel een ieder heeft in de behandeling: ‘Wat kan ik doen en wat kunt u bijdragen? Ik kan het namelijk niet alleen’. Zo komt hij in samenspraak met de patiënt tot afspraken hierover.”

#### **THERAPIETROUW**

Veel fysiotherapeuten zullen beamen dat zij die interactie met de patiënt belangrijk vinden. Maar doen zij dit nu ook in de praktijk? Uit onderzoek van Maarten Bijma<sup>4</sup> blijkt dat veel fysiotherapeuten wel zeggen dat ze volgens het biopsychosociale model werken, maar dat dit niet in hun handelen tot uiting komt. Bijma keek in zijn onderzoek naar de mate waarin fysiotherapeuten biopsychosociale elementen bespreken tijdens hun zittingen. Verhulst: “Soms begint een fysiotherapeut goed, door bijvoorbeeld aandacht te besteden aan het probleem van de patiënt en hoe deze hiermee omgaat. Maar vaak verflauwt die aandacht naarmate er meer zittingen zijn geweest. Zo gaat het ook met de gedragsverandering van de patiënt. De intenties zijn vaak goed, maar het volhouden van een gedragsverandering is vaak moeilijk.”

Van der Burgt vult aan: “Therapietrouw is een continu proces en vraagt om goede coaching door de fysiotherapeut. Er is een groot verschil met vroeger. Toen vond men therapie(on)trouw de verantwoordelijkheid van de patiënt. Tegenwoordig heerst de opvatting dat therapie(on)trouw voor een groot deel afhangt van het vinden van aansluiting bij de patiënt, de begeleiding van de fysiotherapeut en de durf van de fysiotherapeut om terapietrouw met de patiënt te bespreken gedurende het hele proces. De insteek zou moeten zijn dat je tijdens alle behandelingen gericht bent op het verster-

**Verhulst: “Wanneer de doelen aansluiten bij de behoeften van de patiënt, zal deze meer openstaan voor verandering.”**

ken van het probleemoplossend vermogen van de patiënt ten aanzien van zijn gezondheidsprobleem: 'Wat ga je doen, zodat het de komende week gaat lukken?'

#### BEGELEIDEN VAN GEDRAGSVERANDERING

Het goed begeleiden van gedragsverandering vraagt dus continue alertheid bij de fysiotherapeut: waar staat de patiënt, worden de doelen bereikt, waar moet ik op aansturen, hoe stimuleer ik de patiënt tot het nemen van een volgende stap et cetera. De Stappenreeks en de persoonsgebonden factoren kunnen hierbij als kompas dienen. Het gaat erom te bepalen wat de patiënt op een zeker moment belemmert in zijn veranderingsproces. Staat hij nog niet open voor verandering? Begrijpt hij waarom hij iets zou moeten veranderen? Wil hij dat wel veranderen en hoe gaat hij dat aanpakken? Heeft hij voldoende vaardigheden om te veranderen? Voert hij het nieuwe gedrag uit? Zo nee, wat belemmert hem dan, zo ja, houdt hij het wel vol? Tijdens het behandelproces zal de fysiotherapeut verschillende methoden inzetten om de patiënt goed te coachen. Per fase zullen deze methoden verschillen. Frank Verhulst geeft hierbij een paar voorbeelden: "In de fasen van het openstaan en begrijpen zal informatie-overdracht bijvoorbeeld een grote rol spelen, evenals empathie, tuning en timing. Daarbij dient de fysiotherapeut zich te realiseren dat goede voorlichting vaak via diverse kanalen wordt gegeven, want het kan best zijn dat de patiënt visuele informatie beter opneemt dan mondelinge informatie. De fysiotherapeut zou ook kunnen aansturen op actieve infor-

**Marieke van der Burgt: "Therapietrouw is een continu proces en vraagt om goede coaching door de fysiotherapeut."**



matieverwerking door de patiënt eens te laten samenvatten wat hij allemaal te horen heeft gekregen. In de fase 'willen', kan de fysiotherapeut bijvoorbeeld middels motiverende gespreksvoering peilen in hoeverre de patiënt gemotiveerd is voor gedragsverandering (zie het artikel over gedragsverandering door huisartsen, *FysioPraxis* 11-2007). Wanneer de therapeut hier op een uitnodigende en activerende manier over praat, raakt de patiënt meer betrokken. In de fase van het doen en blijven doen zal de fysiotherapeut de patiënt veel feedback op en bekrachtiging van het gewenste gedrag geven. Verder blijkt uit diverse onderzoeken dat een follow-up bezoek van de patiënt na de behandelreeks de therapietrouw op middellange termijn verbetert." In het boek 'Doen en blijven doen' kunt u verder lezen welke mogelijkheden de fysiotherapeut per stap heeft om de patiënt te begeleiden in zijn gedragsveranderingsproces.

#### ZELFMANAGEMENT

Als beroepsgroep kunnen wij door adequate coaching van de patiënt bijdragen aan: het voorkomen van recidieven, het verbeteren van de kwaliteit van leven bij bestaande chronische aandoeningen en het bestrijden van de risico's van een inactieve levensstijl. Van der Burgt: "Enige bescheidenheid is hierbij wel op zijn plaats. Als therapeut kun je er niet vanuit gaan dat je honderd procent succes zult boeken. Verder is het goed wanneer therapeuten zich realiseren dat ze maar in een heel klein onderdeel van het leven van de patiënt betrokken raken. Een patiënt heeft buiten de therapie nog vele rollen, taken en verantwoordelijkheden waar invulling aan gegeven moet worden. Een goede gezondheid is daar zeker een voorwaarde voor, maar staat niet altijd bovenaan het prioriteitenlijstje van de patiënt. Waar het mijns inziens bij het begeleiden van de patiënt om draait, is dat hij vaardig wordt in zelfmanagement. Wanneer hij het gevoel krijgt weer op eigen kracht verder te kunnen en vaardigheden heeft om zelf zijn gezondheidsprobleem op te lossen, is de interventie eigenlijk al geslaagd. ▲

De literatuurverwijzingen staan op FysioNet, [www.fysionet.nl](http://www.fysionet.nl).