

# GEDRAGS VERANDERING EN THERAPIE TROUW

In dit document hebben we de onderzoeksresultaten verzameld welke gaan over gedrag in de therapie trouw. Het gaat hier vooral om hoe mensen tegen de thuis oefeningen aankijken en waar het mis gaat. Dit heeft ook geleidt tot modellen waarmee we gedrag veranderen ten aanzien van therapietrouw.

In dit document hebben we de onderzoeksresultaten verzameld welke gaan over gedrag in de therapie trouw. Het gaat hier vooral om hoe mensen tegen de thuisoefeningen aankijken en waar het mis gaat. Dit heeft ook geleid tot modellen waarmee we gedrag veranderen ten aanzien van therapietrouw.

## Gedragmatige kenmerken

Hieronder volgt een opsomming van de gedragmatige kenmerken die de fysiotherapeuten het meest moeilijk vonden om mee om te gaan. Tussen haakjes staan het aantal groepen (1 tot 6) die dit kenmerk in hebben gebracht. (P. van Burken. 2017)

- **Passief (geen verantwoording nemen) in eigen herstel**.(6)
- **Boosheid** of agressie naar de fysiotherapeut met betrekking tot het letsel, revalidatie en/of andere hulpverleners die erbij betrokken zijn. (6)
- **Beterweter**: patiënt die het allemaal beter denkt te weten, maar slecht geïnformeerd is. (6)
- Afhankelijk zijn van één bepaalde behandeling of fysiotherapeut.(6)
- Therapie-ontrouw rond revalidatie advies of oefeningen (5).
- Eisende patiënt, die kennis, tijd en/of aandacht opeist. (5)
- Manipulatief ten opzichte van gezondheidswerker of gezondheidssysteem. Bijvoorbeeld door verboden agenda/belangen (5)
- **Gebrek aan vertrouwen in de fysiotherapeut of sceptisch ten aanzien van de behandeling** (4)
- **Onbetrouwbaar** (bijvoorbeeld te laat- of niet komen) (3).
- Medical shopping: meerdere gezondheidswerkers raadplegen (3).
- Ontkennen van het probleem of ernst ervan (3)
- **Motivatie gebrek** voor fysiotherapie (3)
- Overmatig prestatiegericht en daardoor weinig rust nemend (3)
- Catastroferen of **negatief denken (doemdenkers/pessimist)** (3)
- Anders (1-2):
  - Ontevreden met behandeling en/of leven in algemeen.
  - Vooroordelen rond leeftijd.
  - Verward.
  - **Hulpeloos**/hopeloos,
  - Angstigheid.
  - **Lage zelfwaardering of zelfvertrouwen.**
  - Obsessief.
  - Overmatig praten.
  - Belangrijke zelfonthulling doen.

Patiënten krijgen vaak als onderdeel van de fysiotherapeutische behandeling het advies om specifieke oefeningen thuis uit te voeren. Sommige patiënten vragen er ook zelf naar, en anderen lijken minder enthousiast bij het benoemen van een mogelijk actieve bijdrage aan de behandeling. Uit onderzoek blijkt dat de therapietrouw bij 'huiswerk oefeningen' laag is. Hoe komt dat? Welke fase van gedragsverandering kunnen we definiëren en hoe is de samenhang?

## Attitudes towards exercise

While a **positive disposition towards exercise could increase motivation**, more important was the **willingness** and **ability** to **accommodate** the **exercises into everyday life**:

By giving these explanations Kenneth and Eileen could have been trying to portray themselves in a favourable light by indicating that their non-compliance was due to **family commitments and obligations**. **Nevertheless, later in their interviews both went on to admit some personal responsibility for their lack of compliance. Kenneth, for example, indicated that non-compliance resulted from a combination of a busy life and a reduced commitment to the physiotherapy**:

*Kenneth: "It's just **excuses** when it comes down to **basics**. I mean you know you could get up in the **morning** and do it between **6 or 7 or** something like that."*

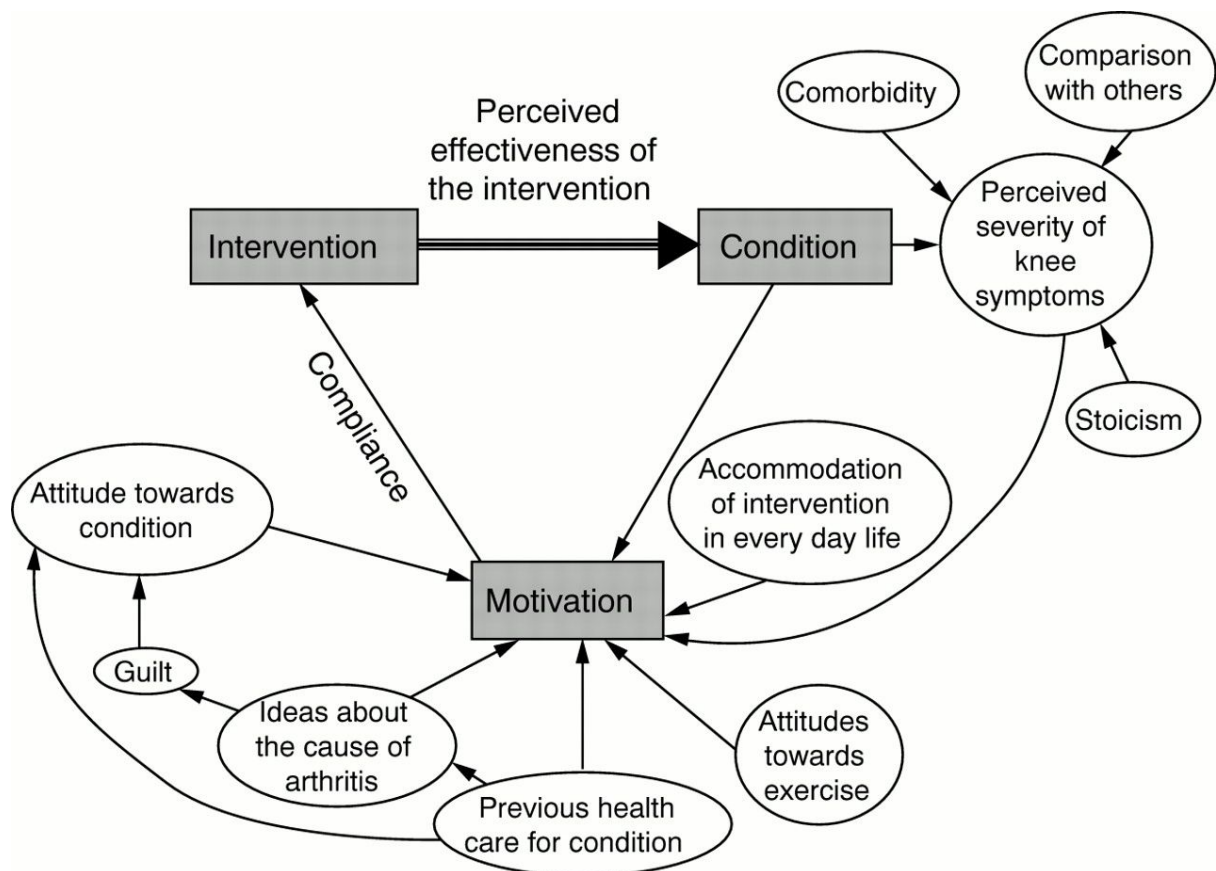
Eileen explained how difficult it was to continue the exercises programme since she **stopped seeing the physiotherapist**.

*Stanley stopped the exercises because it was difficult to do them **alone and as he hadn't noticed much improvement in his symptoms** there did not seem to be a strong rationale for continuing.*

*Stanley: "If perhaps my wife would work with me and you had a bit of **competition**, but I feel such a fool standing on one leg and going up and down on my own and I tends to drop it I do. I'm not very strong disciplined on*

that, no. I know some people can be so, but not me. I suppose if there was a really good reason I would.”

(R. Campbell. 2001)



## Model voor gedragscontrole:

Fysiotherapeuten kunnen de theorie of planned behavior gebruiken om hun communicatie met de patiënt vorm te geven, als het gaat om het aansporen tot meer bewegen.

Het TPB model (zie figuur 2.1) wordt veel gebruikt bij het verklaren van gedrag dat aanzet tot bewegen. Dit model sluit daarom goed aan bij de doelgroep van dit onderzoek: werknemers met fysiotherapeutische klachten die fysiotherapieoefeningen moeten uitvoeren.

In een review van 72 onderzoeken naar de toepassing van TPB bij fysieke activiteiten, blijken subjectieve norm en waargenomen gedragscontrole samen 45% van de variantie in

intentie te verklaren met waargenomen gedragscontrole als sterkste voorspeller (Hagger et al. 2002). Ook recenter onderzoek van McEachan et al. (2005) naar fysieke activiteiten laat wederom zien, dat waargenomen **gedragscontrole** de sterkste voorspeller is van **intentie**, gevolgd door **attitude** als tweede en **subjectieve norm als derde voorspeller**.

Therapietrouw is samengevoegd met gedrag, omdat terapietrouw een vorm van gedrag is. Zelfmanagement staat in relatie met kennis, intentie, vaardigheden en terapietrouw op basis van de vijf stappen van het **LAZ(landelijk actieprogramma zelfmanagement)**. Om tot zelfmanagement te komen: **kennen, willen, kunnen, doen en blijven doen**. Kennis is de eerste stap uit het stappenplan, namelijk kennen. Er is kennis nodig om vaardigheden te 'kunnen' aanleren. Dit is de reden geweest voor het plaatsen van een pijl die loopt van kennis naar vaardigheden. Vaardigheden is stap 3: kunnen uit het stappenplan van het LAZ. Hiertussen ligt stap 2. Intentie wordt verbonden met willen, stap 2 uit het stappenplan. Tenslotte is zelfmanagement verbonden met terapietrouw op basis van de stappen 4 en 5: doen en blijven doen. Als cliënten in actie komen door oefeningen uit te gaan voeren, is stap 4: doen bereikt. Wanneer cliënten deze oefeningen blijven herhalen, wordt er aan stap 5: blijven doen voldaan. Er is dan sprake van terapietrouw.

Het **Landelijk Actieprogramma Zelfmanagement** (2011) van het NPCF en CBO onderscheidt vijf stappen die een patiënt doorloopt om tot zelfmanagement te komen:

1. **Kennen**: De patiënt weet wat er aan de hand is, wat de ziekte inhoudt, wat de optimale behandeling is en wat de patiënt zelf kan doen.
2. **Willen**: De patiënt heeft de intentie om in actie te komen.
3. **Kunnen**: De patiënt heeft de vaardigheden en de technieken om de benodigde actie te ondernemen.
4. **Doen**: De patiënt komt daadwerkelijk in actie en handelt.
5. **Blijven doen**: De patiënt viert kleine successen en blijft volhouden (LAZ 2011).

### **Rol van de patiënt bij terapietrouw**

De rol van de patiënt bij terapietrouw is weggezet in de 'Stappenreeks', een methodiek voor fysiotherapeuten om de patiënt te begeleiden naar meer zelfmanagement. Deze Stappenreeks is herkend door de KNGF-richtlijnen. De zes stappen luiden als volgt:

1. Openstaan voor informatie over de noodzaak tot gedragsverandering
2. De informatie kunnen begrijpen en onthouden
3. Het gedrag willen veranderen
4. Het gedrag kunnen vertonen
5. Het gedrag daadwerkelijk vertonen/doen
6. Het gedrag op lange termijn blijven vertonen

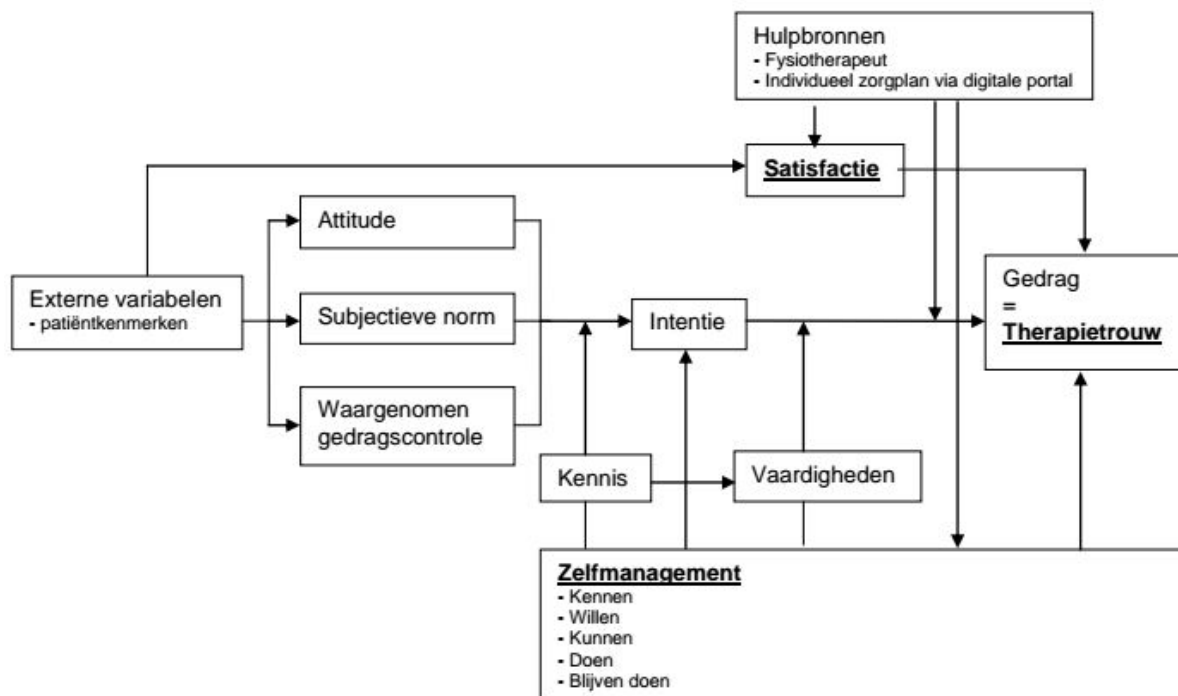
De Stappenreeks is een theoretisch en praktisch toegankelijke methodiek om **zelfmanagement** bij de patiënt te bevorderen met als doel **therapietrouw** te realiseren (Verhulst et al. 2007). Deze stappenreeks komt grotendeels overeen met de vijf stappen uit paragraaf 2.1.2 die een patiënt moet doorlopen om tot zelfmanagement te komen.

## Satisfactie en therapietrouw van de patiënt

Albrecht & Hoogstraten (1998) hebben onderzoek gedaan naar de relatie tussen satisfactie en therapietrouw bij patiënten. **Hun resultaten lieten zien dat er een relatie bestaat tussen satisfactie en therapietrouw en dat tevredenheid een voorspeller kan zijn van therapietrouw** (Albrecht & Hoogstraten 1998). Dit is tevens uit meerdere onderzoeken gebleken. Een **hoge mate van tevredenheid heeft een positieve invloed op de therapietrouw** van de patiënt (Tijhuis 1994). Bos et al. (2005) onderzochten deze relatie andersom. Ze onderzochten of de therapietrouw van een patiënt een mogelijke determinant kan zijn voor patiënttevredenheid.

## MODEL:

Al het bovenstaande is samengevat in het onderstaande conceptuele model, waarbij de nadruk ligt op de relaties tussen **zelfmanagement**, **therapietrouw** en **satisfactie**. Deze relaties zullen bij zorginnovatie apps worden onderzocht.



Dit model heeft als basis het **TPB-model**, waaraan de concepten zelfmanagement en satisfactie en de overige factoren zijn toegevoegd. Therapietrouw is samengevoegd met gedrag, omdat therapietrouw een vorm van gedrag is. Zelfmanagement staat in relatie met kennis, intentie, vaardigheden en therapietrouw op basis van de vijf stappen van het **LAZ** (2011) om tot zelfmanagement te komen: kennen, willen, kunnen, doen en blijven doen. Kennis is de eerste stap uit het stappenplan, namelijk kennen. Er is **kennis** nodig om vaardigheden te '**kunnen**' aanleren. Dit is de reden geweest voor het plaatsen van een pijl die loopt van kennis naar vaardigheden. Vaardigheden is stap 3: kunnen uit het stappenplan van het LAZ. Hiertussen ligt stap 2. Intentie wordt verbonden met willen, stap 2 uit het stappenplan. Tenslotte is zelfmanagement verbonden met therapietrouw op basis van de stappen 4 en 5: doen en blijven doen. Als cliënten in actie komen door oefeningen uit te

gaan voeren, is stap 4: doen bereikt. Wanneer cliënten deze oefeningen blijven herhalen, wordt er aan stap 5: blijven doen voldaan.

Er is dan sprake van therapietrouw. Uit het literatuuronderzoek is gebleken dat **satisfactie** van invloed is op therapietrouw. Om deze reden verloopt er een pijl van satisfactie naar therapietrouw. De hulpbronnen: fysiotherapeut en het individuele zorgplan op basis van portalondersteuning beïnvloeden de satisfactie en therapietrouw van de cliënt. Enerzijds beïnvloeden deze hulpbronnen de therapietrouw direct, maar anderzijds ook indirect via de intermediaire variabele satisfactie.

In dit onderzoek is er voor gekozen om alleen de patiëntkenmerken mee te nemen en de kenmerken van ziekte, behandeling en zorgverlening buiten beschouwing te laten gezien de beperkte omvang van het onderzoek. Onder patiëntkenmerken vallen sociaal-demografische kenmerken (geslacht, leeftijd, opleiding, geloof etc.), motivatie, gezondheidstoestand, cognities, sociale invloeden en zelfeffectiviteit.

Deze patiëntkenmerken staan tevens in verband met satisfactie. Ook de overige factoren uit het theoretisch kader zijn buiten beschouwing gelaten, vanwege de grote hoeveelheid factoren en het afbakenen van het onderzoek. Een voorbeeld is de factor vertrouwen, die een randvoorwaarde is van zelfmanagement.(R. Simona Vak. 2016)

Bronnen:

Burken, P. Van. "Wat Vinden Fysiotherapeuten Moeilijk Patiëntengedrag?" PsychFysio Opleidingen. PsychFysio, 08 Apr. 2017. Web. 24 May 2017. <[https://www.psychfysio.nl/6\\_16\\_3/](https://www.psychfysio.nl/6_16_3/)>.

Campbell, R., M. Evans, M. Tucker, B. Quilty, P. Dieppe, and J. L. Donovan. "Why Dont Patients Do Their Exercises? Understanding Non-compliance with Physiotherapy." Journal of Epidemiology & Community Health. BMJ Publishing Group Ltd, 01 Feb. 2001. Web. 23 May 2017. <<http://jech.bmj.com/content/55/2/132>>.

Dijk, R. Simona Vak. "De Relaties Tussen Zelfmanagement, Therapietrouw En Satisfactie Bij HelloFysio Onderzocht." PDF. PDF, 20 Mar. 2016. Web. 23 May 2017. <<http://docplayer.nl/12627109-De-relaties-tussen-zelfmanagement-therapietrouw-en-satisfactie-bij-hellofysio-onderzocht.html>>.