

# Doen en blijven doen

**‘Het is fijn als iemand anders jouw klacht oplost maar dat kan niet altijd. Bij rugpijn bijvoorbeeld moet je zelf dingen anders leren doen. Dan is er meer nodig dan de uitleg over hoe weefsels en spieren werken. Je moet leren hoe jij het best kan zitten, tillen en fietsen. Als je dat weet, moet je het ook nog gaan dóen. Zelfmanagement dus, maar hoe kun je patiënten daarin begeleiden?’**

In 1988 gaven arts Marieke van der Burgt en psycholoog Frank Verhulst, les op de opleiding voor fysiotherapeuten in Eindhoven. Het viel hen op hoe sterk de fysiotherapeuten gericht waren op praktisch handelen. Verhulst: ‘Daar is op zich niets mis mee natuurlijk maar in de praktijk bleken de effecten van fysiotherapie voor verbetering vatbaar. We hebben toen een stappenreeks in voorlichting en een vragenlijst naar persoonsgebonden factoren ontwikkeld. De stappenreeks biedt zorgverleners een handvat in de

begeleiding en coaching van patiënten naar zelfmanagement. De stappen zijn: 1. Open staan, 2. Begrijpen, 3. Willen, 4. Kunnen, 5. Doen en 6. Blijven doen. Door het invullen van de vragenlijst wordt het gezondheidsgedrag van de patiënt in beeld gebracht; wat zijn manieren van denken, voelen, doen en welke gewoontes heeft hij in het omgaan met gezondheid. Hierdoor wordt het voor de hulpverlener veel duidelijker hoe hij deze patiënt kan ondersteunen bij gedragsverandering en zelfmanagement.

## **De patiënt als persoon**

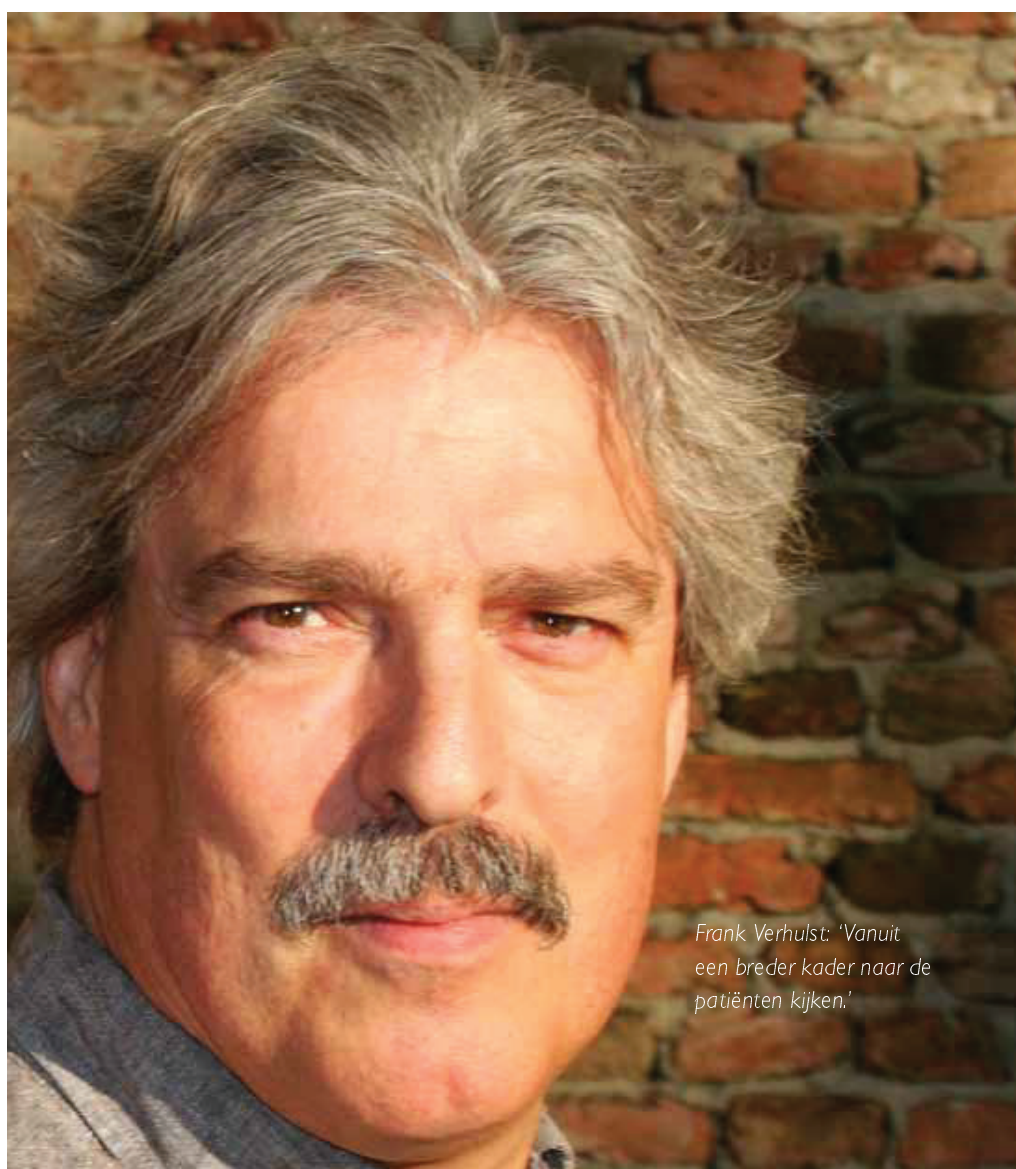
Zo boden de arts en de psycholoog handvatten om fysiotherapeuten een bredere kijk op patiënten te geven, zodat behandelingen meer vruchten af zouden werpen. Van der Burgt: ‘In die periode lag het accent vooral op de kennisoverdracht, er was veel aandacht voor het stellen van een diagnose. Maar na de behandeling moesten de mensen het zelf doen. Dat leidde tot veel teleurstelling, zowel bij behandelaars als bij patiënten. Er was weinig aandacht voor voorlichting en begeleiding.’

**‘De stappenreeks  
hoef je niet in een  
vaste volgorde te  
doorlopen’**

Het model van Verhulst en Van der Burgt kreeg de naam “Doen en blijven doen-model”. ‘Om iemand te helpen moet je soms meer inzoomen op de patiënt als persoon dan op zijn ziekte. Wij willen de sociale en psychologische factoren van een patiënt in kaart brengen en die vertalen naar gezondheidsgedrag. Dat biedt houvast bij gedragsverandering. Het gaat om wat mensen doen en dat zij daarover de regie houden.’

## **Gedrag veranderen is moeilijk**

Het model werd warm onthaald op de werkvloer van fysiotherapeuten. In 1996 schreven de twee er een boek over waarvan inmiddels 13.500 verkocht zijn. Na de fysiotherapeuten volgden logopedisten, cesartherapeuten

A close-up portrait of Frank Verhulst, a middle-aged man with grey hair and a mustache, looking directly at the camera. The background is a blurred brick wall.

*Frank Verhulst: ‘Vanuit een breder kader naar de patiënten kijken.’*

en diëtisten. Verhulst: 'Gedrag veranderen is voor veel mensen moeilijk. Daarom is het bij een duurzame behandeling zoals obesitas, artrose of COPD belangrijk om de startsituatie van het veranderingsproces in beeld te krijgen. Het model is geïntegreerd in de fysiotherapie opleidingen van Eindhoven en Utrecht en het zit in belangrijke richtlijnen van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF) voor aandoeningen als lage rugpijn, Parkinson, whiplash, aan zwangerschap gerelateerde bekkenpijn, hartrevalidatie en klachten aan de arm en de schouder.'

### Niet gaan psychologiseren

In de loop der jaren hebben Van der Burgt en Verhulst het model verder uitgewerkt. Van der Burgt: 'We hebben paramedici mee laten lezen waardoor we hun mening konden gebruiken. Verder zijn we erachter gekomen dat de stappenreeks niet altijd in een vaste

volgorde doorlopen hoeft te worden. Die fases kunnen door elkaar lopen.' Verhulst vult aan: 'De persoonsgebonden factoren zijn vooral niet bedoeld om te gaan psychologiseren maar helpen om inzicht te krijgen in het zelfsturend vermogen van de patiënt. Hulpverleners blijven hun vak uitoefenen, alleen kijken ze vanuit een veel breder kader naar hun patiënten.' Volgens de schrijvers is de tijd nu rijp voor onderzoek naar de resultaten. Verhulst: 'Het model heeft zijn weg in de praktijk gevonden en we horen de positieve verhalen. Keiharde onderzoeksresultaten hebben we niet, dus moeten we de komende jaren de effectiviteit van dit model aantonen.'

Tekst en foto's: Jessica Heggers



Marieke van der Burgt: 'Om iemand te helpen moet je soms meer op de persoon dan de ziekte inzoomen.'

### Uit een training

'Ik ben eerstelijnswerker en een beetje huiverig om psychologie toe te passen. In de training heb ik geleerd om psychologische aspecten met een patiënt te bespreken als het over gezonder gedrag gaat. Ik ben geen psycholoog, maar als fysiotherapeut kan ik gewone menselijke gedachten, gevoelens en gewoonten nu beter bespreken. De patiënt kan daardoor het gevoel krijgen dat het anders kan.'

### Zorggroep met Doen en blijven doen-model

De zorggroep De Ondernemende Huisarts in Zuidoost Brabant heeft vorig jaar het scholingsplan voor zelfmanagement op het Doen en blijven doen-model gebaseerd.

'Wij wilden al onze gezondheidscentra en ketenpartners op dezelfde manier met patiënten laten werken', vertelt projectmanager zelfmanagement van DOH, Siegrid Varwijk. 'Daarom zochten we een scholingsmethode die cliënten vanuit een duidelijke visie op zelfmanagement benadert.' DOH liet 250 fysiotherapeuten, diëtisten, podotherapeuten, apothekers, huisartsen, praktijkondersteuners en psychologen naar de cursus van Verhulst en Van der Burgt gaan. 'Het gebeurt niet zo vaak dat al die collega's bij elkaar zijn. Alleen dat was al zeer waardevol.' Tijdens drie bijeenkomsten oefenden deelnemers met het doorlopen van de fasen en met het invullen van de persoonlijke factoren. 'Veel collega's hebben de methode snel in de vingers gekregen, anderen moeten er even aan wennen. We merken dat het enige tijd vraagt om het model in te laten burgeren. De gestructureerde aanpak van zelfmanagement spreekt aan en we denken er bij onze patiënten meer mee te kunnen bereiken.'

### De persoonsgebonden factoren

- **Locus of control** Heeft een patiënt het idee dat hij zelf veel aan zijn gezondheid kan doen of is dat vooral de taak van de zorgverlener?
- **Attributie** Hoe verklaart een patiënt het resultaat van een behandeling en wie heeft volgens hem daarbij de verantwoordelijkheid?
- **Coping** Hoe gaat een patiënt om met problematische situaties zoals ziekte (vechten-vermijden, actief-passief)?
- **Emotionele gesteldheden** Spelen er angsten, depressies of onvrede over de behandeling?
- **Pijn** Hoe gaat de patient om met zijn pijnklachten?
- **Somatiseren** Zijn er lichamelijke klachten die medisch moeilijk zijn vast te stellen?

Zie ook: [www.doenenblijvendoen.nl](http://www.doenenblijvendoen.nl)