

Problemen die patiënten ervaren bij het doen van huiswerk oefeningen en bij het opvolgen van adviezen

Een inventarisatie

E. M. Sluijs, I. M. J. Hermans

Patiënten volgen niet altijd door hulpverleners gegeven instructies en adviezen op. Een van de oorzaken ligt in de problemen die patiënten ondervinden bij het opvolgen van instructies en adviezen.

Dit artikel beschrijft welke problemen patiënten zeggen te ervaren bij het opvolgen van oefeninstructies en adviezen van hun fysiotherapeut. Van de 1681 geënquêteerde patiënten geven 1206 patiënten aan thuis te moeten oefenen en 371 (31%) daarvan zeggen daarbij problemen te ervaren. 901 patiënten geven aan adviezen gekregen te hebben en 343 (38%) daarvan zeggen problemen te hebben met het opvolgen van die adviezen. De meest genoemde problemen bij de huiswerk oefeningen zijn tijdgebrek en pijn. Bij het opvolgen van adviezen zijn dat problemen met uitvoerbaarheid, problemen met verandering van leefstijl en pijn. In de discussie wordt ingegaan op wat dit kan betekenen voor het handelen van de fysiotherapeut.

Dat patiënten adviezen en instructies van hulpverleners niet altijd trouw opvolgen mag als bekend worden verondersteld. Cijfers omtrent het fenomeen compliance (=therapietrouw) variëren van 8% tot 94% (1). Ook in de fysiotherapie is non-compliance (het niet doen van huiswerk oefeningen of het niet opvolgen van adviezen) een probleem. Buitenlands onderzoek naar oefenprogramma's vermeldt 'therapietrouw'-percentages van rond de 50% (2-6). Nederlandse fysiotherapeuten schatten dat eenderde van hun patiënten de opgegeven huiswerk oefeningen niet uitvoert; over terapietrouw op de lange termijn is men zeer pessimistisch: men schat dat ongeveer vier vijfde van de patiënten na afloop van de behandeling niet meer oefent (7). Deze cijfers zijn niet bemoedigend. Met name in de fysiotherapie hangt het effect van de behandeling vaak mede af van de compliance van de patient. Bovendien zou het aantal recidieven wellicht teruggedrongen kunnen worden als de adviezen gericht op secundaire preventie beter opgevolgd zouden worden.

De laatste twee decennia is er intensief gezocht naar oorzaken van non-compliance en naar strategieën om de terapietrouw van patiënten te vergroten. Ondanks het grote aantal onderzoeken zijn er echter nauwelijks bevredigende oplossingen voor het probleem gevonden (8-10). Waarom sommige patiënten wel trouw de voorschriften opvolgen en anderen niet is en blijft een vraag.

Hulpverleners, keer op keer geconfronteerd met patiënten die hun adviezen en instructies niet of niet voldoende opvolgen,

Mw. drs. E. M. Sluijs is psycholoog en als onderzoeker werkzaam bij het Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL).
Mw. drs. I. M. J. Hermans is gezondheidswetenschapper en als assistent-onderzoeker werkzaam bij het NIVEL.
Correspondentieadres: Stichting Nivel, postbus 1568, 3500 BN Utrecht.

blijken geneigd de oorzaak bij de patiënt te zoeken: desinteresse en gebrek aan motivatie van de patiënt worden vaak als oorzaken van non-compliance gezien (11, 12). Ook fysiotherapeuten in Nederland noemen dit als belangrijkste reden dat patiënten hun instructies niet opvolgen (13). Recente publicaties gaan steeds meer uit van het perspectief van de patiënt en van de problemen die patiënten kunnen ervaren bij het opvolgen van voorschriften. Sommigen benadrukken dat barrières en problemen wel eens een grotere rol kunnen spelen in compliance dan de motivatie van de patiënt (14-16).

Onderzoek naar problemen die patiënten ervaren bij het opvolgen van medische voorschriften is nog niet op grote schaal verricht. Haynes vermeldt 30 onderzoeken waarin aan patiënten gevraagd is naar de reden(en) voor het niet opvolgen van voorschriften, voornamelijk met betrekking tot medicatie. Redenen die het meest vermeld worden zijn: ontevredenheid over de behandeling (of voorschriften); de klachten

zijn verminderd of over; vergeten van de precieze instructie; en, bijwerkingen van de therapie (8). Minder frequent worden nog genoemd financiële kosten, de behandeling heeft een averechts effect, en het niet kunnen combineren van de voorschriften met het werk. In onderzoek naar compliance bij patiënten met reumatoïde arthritis worden pijn en tijdgebrek genoemd als redenen om niet te oefenen of de adviezen niet op te volgen (17, 18). In onderzoeken naar oefenprogramma's bij revalidatie en algemene fitnessprogramma's worden voornamelijk als problemen genoemd: moeilijke inpasbaarheid in het dagelijks leven (vooral met betrekking tot het werkschema), tijdgebrek, en ontbreken van steun van familie (19). Onderzoek naar problemen die fysiotherapie-patiënten ervaren is nog niet verricht. Gezien het belang van compliance in de fysiotherapie wordt in dit artikel een inventarisatie gegeven van situationele en motivationele problemen die patiënten ervaren bij het doen van huiswerk oefeningen en het opvolgen van adviezen.

Methode

Als deel van een groter onderzoek naar patiëntenvoorlichting door fysiotherapeuten is schriftelijk aan patiënten gevraagd

- welke problemen zij ervaren met het doen van huiswerk oefeningen en
- welke problemen zij ervaren met het opvolgen van adviezen. De vragen zijn als 'open vraag' gesteld en patiënten konden meerdere problemen aangeven. Bij 'adviezen' zijn in de vragenlijst een aantal voorbeelden ter verduidelijking gegeven:

letten op de houding, anders tillen, rust nemen, betere schoenen dragen, etc. Een willekeurige steekproef van 1931 patiënten heeft de enquête via hun fysiotherapeut ontvangen, met het verzoek deze rechtstreeks in de bijgevoegde antwoord-enveloppe aan het Nivel te retourneren. Van hen responderden 1681 patiënten (87%); 1206 patiënten (72%) gaven aan thuis te moeten oefenen en 901 patiënten (54%) gaven aan adviezen te hebben gekregen.

De door de patiënten genoemde problemen die inhoudelijk bij elkaar horen zijn geclusterd. Zo ontstonden 7 categorieën problemen met betrekking tot het doen van huiswerk oefeningen en 8 categorieën problemen met betrekking tot het opvolgen van adviezen. Vooral bij het opvolgen van adviezen bleken patiënten heel specifieke problemen aan te geven, zowel qua inhoud als qua woordkeuze. De categorie 'overig' is bij problemen met het opvolgen van adviezen dan ook relatief groot.

Resultaten

Problemen met het doen van huiswerk oefeningen.

Van de 1206 patiënten die zeggen huiswerk oefeningen te moeten doen geven er 371 aan (30,8%) problemen met het doen van die huiswerk oefeningen te ervaren. Een gedeelte hiervan gaf meerdere problemen aan (69 patiënten noemden twee problemen, 2 drie problemen, 2 vier problemen, en een patiënt zelfs vijf problemen.) Tabel 1 laat de verschillende categorieën problemen zien en het aantal keer dat ze genoemd werden.

De twee meest genoemde problemen zijn tijdgebrek en lichamelijk ongemak zoals moeheid of pijn. Relatief minder vaak wordt 'vergeten' en 'gebrek aan discipline of motivatie' als probleem genoemd. Dat oefeningen moeilijk zijn of geen effect hebben wordt zelden als een probleem genoemd. Hoe patiënten deze problemen ervaren wordt nu toegelicht.

Oefenen kost te veel tijd

147 keer geven patiënten aan dat tijdgebrek voor hen problemen oplevert. Een deel van hen zegt naast de dagtaak geen tijd te hebben voor de oefeningen, of dat het proble-

men geeft om tijd vrij te maken voor het doen van de oefeningen. De drukte van het dagelijks leven, van het werk en/of het huishouden, laat weinig ruimte voor oefeningen, zo merken patiënten op:

'Ik werk en heb een gezin met twee kindjes onder de twee jaar. Die laten langere tijd achtereen oefenen vaak niet toe.'

'Drukke dagindeling. Werken, huishouden, cursussen, sociale bezoeken. Moet echt ingelast worden.'

'Op het moment weinig problemen, maar als ik weer werk gaat dat niet, ieder uur drie minuten oefenen.'

'Soms ben ik van 's ochtends tot 's avonds weg. Dan kan ik hoogstens één keer de huiswerk oefeningen doen in plaats van 3 keer.'

Oefenen is pijnlijk

113 keer wordt door patiënten aangegeven dat ze lichamelijk ongemak zoals pijn en vermoeidheid als probleem ervaren. Daarnaast komt het voor dat de oefeningen de klachten provoceren. Ook merkt men op dat het vooruitzicht pijn te moeten lijden geen motivatie is om met oefenen te beginnen. Sommige patiënten geven expliciet aan, dit met hun fysiotherapeut besproken te hebben en dat vervolgens het oefenschema is aangepast. Ter illustratie:

'Als je wilt gaan oefenen weet je van te voren dat je jezelf pijn doet; door dat idee alleen al word je er niet fanatieker op.'

'Sommige oefeningen waren pijnlijk; ik heb hiervoor vervangende oefeningen met dezelfde waarde gekregen.'

Het oefenen wordt vergeten

'Vergeten van de oefeningen' is een categorie die 75 keer wordt genoemd. Patiënten geven aan dat ze niet alle oefeningen en de wijze van uitvoeren (kunnen) onthouden: sommige van hen zouden de oefeningen graag op schrift mee naar huis krijgen. Een andere vorm van vergeten is er niet aan denken: als de klacht (nagenoeg) verdwenen is, is de 'prikkel' die aan het oefenen herinnert, verdwenen. Ook als andere dingen, zoals werk, alle aandacht opeisen kan het oefenen er bij in schieten. Incidenteel wordt genoemd dat patiënten iemand missen die hen aan het oefenen herinnert.

'Ik heb geen problemen, alleen onthoud ik de oefeningen niet altijd, zou ik ze graag schriftelijk meekrijgen.'

'Ik vergeet nog wel eens de oefeningen te doen omdat ik geen persoon achter me heb staan, die je verplicht om elke dag oefeningen te doen.' *'Ik vergeet ze omdat ik op dit moment nauwelijks last heb van mijn enkel.'*

De discipline opbrengen is moeilijk

De discipline opbrengen om (iedere dag) trouw de oefeningen uit te voeren blijkt een hele opgave te zijn: 60 patiënten hebben daar problemen mee. Zij geven (heel eerlijk) aan dat er soms sprake is van onvoldoende discipline of motivatie. Een enkele patiënt spreekt zelfs van 'eigen laksigheid'. Soms worden specifieke redenen voor gebrek aan motivatie genoemd, zoals saaiheid:

'De discipline opbrengen om de oefeningen te doen.' *'Het is laksigheid. Bij de fysiotherapeut gaat het makkelijker.'* *'Het is erg saai en daardoor moeilijk op te brengen.'* *'De oefeningen zijn ronduit vervelend, en ook al heb je tijd, toch is het moeilijk er even tijd voor vrij te maken.'* *'Ik moet 's morgens vroeg naar school en 's avonds heb ik geen zin na een zware dag op school.'* *'Om voordat ik nogal vermoeid naar bed ga, de vermoeiende oefeningen te doen.'*

De oefeningen zijn moeilijk

De oefening zelf, of beter gezegd de wijze waarop de oefening uitgevoerd moet worden, levert 13 keer problemen op. Men heeft de oefeningen nog niet onder de knie of speelt het niet klaar om de oefening op de juiste wijze uit te voeren. Soms zijn de oefeningen moeilijk uit te voeren omdat ze de hulp van iemand anders vereisen (bijvoorbeeld weerstandsoefeningen):

'Bij hyperventilatie gaat het om een correcte ademhaling, dit is dan een 'aanval' erg moeilijk om toe te passen.' *'De armen in de nek en handen onder het hoofd en de ellebogen naar beneden drukken. Gaat niet zonder hulp.'*

Oefenen heeft geen effect

12 Patiënten ervaren het uitblijven van verbetering als probleem: het is een tegenvaller dat de klachten niet verbeteren ondanks alle inspanningen en een patiënt merkt dan ook op: 'de frustratie bijna geen resultaat te zien.'

Overig

De 'overige' problemen zijn niet duidelijk in de voorgaande categorieën onder te brengen. Enkele voorbeelden zijn: andere klachten belemmeren het oefenen; gebrek aan goed oefenmateriaal of de juiste accommodatie; onzekerheid over de manier van uitvoering.

Samenvattend kunnen we stellen dat het overgrote deel van de problemen die patiënten ervaren bij het opvolgen van de oefeninstructies liggen op het terrein van tijdgebrek en lichamelijk ongemak (57%). Daarnaast kunnen factoren als vergeten en gebrek aan discipline een rol spelen (resp. 17% en 13%).

1. Geen tijd voor oefeningen.	147	(32,4%)
2. Lichamelijk ongemak en pijn.	113	(24,9%)
3. Vergeten van de oefeningen.	75	(16,5%)
4. Discipline/Motivatie.	60	(13,2%)
5. Moeilijke oefeningen.	13	(2,9%)
6. Oefeningen geen effect.	12	(2,6%)
7. Overig.	34	(7,5%)
Totaal	454	100%

Tabel 1. Problemen met het doen van huiswerk oefeningen.

1. Moeilijk uitvoerbaar of inpasbaar.	92	(24.9%)
2. Verandering leefstijl is moeilijk.	60	(16.2%)
3. Lichamelijk ongemak en pijn.	59	(15.9%)
4. Iets opgeven is moeilijk.	33	(8.9%)
5. Vergeten van het advies.	23	(6.2%)
6. Gebrek aan disciplinelmotivatie.	16	(4.3%)
7. Tijdgebrek.	15	(4.1%)
8. Overig.	72	(19.5%)
Totaal 370 100%		

Tabel 2. Problemen met het opvolgen van adviezen.

Problemen met het opvolgen van adviezen

Van de 901 patiënten die zeggen adviezen mee gekregen te hebben geven er 343 (38%) aan problemen te hebben met het opvolgen van die adviezen. 25 patiënten geven twee problemen aan en een patiënt zelfs drie. De genoemde problemen kunnen onderverdeeld worden in de volgende 8 categorieën (Tabel 2):

Het eerste dat opvalt is dat het opvolgen van adviezen een andere rangorde van problemen oplevert dan het doen van huiswerk oefeningen. Staat bij het doen van huiswerk oefeningen 'tijdgebrek' op de eerste plaats, in tabel 2 is dat de 'moeilijke inpasbaarheid of uitvoerbaarheid' van een advies. Dit verschil heeft te maken met het verschil in karakter van oefeningen en adviezen. Het doen van huiswerk oefeningen betekent per definitie dat er iets toegevoegd moet worden aan de dagelijkse activiteiten; bij het opvolgen van adviezen ligt het accent meer op het veranderen van activiteiten. Bijvoorbeeld het advies om een andere zithouding aan te leren vereist weinig extra tijd maar betekent wel dat een gewoonte veranderd moet worden. Een tweede verschil tussen oefeningen en adviezen laat zich typeren als algemeenheid versus specificiteit. Huiswerk oefeningen zijn vaak binnen categorieën patiënten hetzelfde, terwijl er een groot scala aan adviezen bestaat, afhankelijk van de specifieke situatie van elke patiënt. Doordat de situatie per individu zo verschillend kan zijn, worden dan ook veel (19.5%) specifieke problemen door patiënten ervaren die door ons in de categorie 'overig' zijn ondergebracht. De betekenis van de problemen wordt nu toegelicht.

Advies is moeilijk uitvoerbaar

De belangrijkste reden om adviezen niet op te volgen ligt volgens de patiënten in de moeilijke inpasbaarheid of uitvoerbaarheid van de adviezen. Het soort adviezen dat hier bedoeld wordt zijn letten op of veranderen van houding, méér of minder bewegen, het wat rustiger aan doen, etcetera. Patiënten geven aan dat de drukte van dagelijkse bezigheden of werk verhindert om bijvoorbeeld steeds op de houding te letten. Ook wordt opgemerkt dat adviezen

soms moeilijk of niet uitvoerbaar zijn als gevolg van 'onveranderbare' externe factoren, bijvoorbeeld de werksituatie.

'Mijn zoon is morgen jarig; vandaag kinderfeest'

'De problemen zijn dat ik het op mijn werk niet rustiger aan kan doen of ik moet thuisblijven'

'Ik geef les en ben daar zo intensief mee bezig, dat ik dan niet steeds aan mijn houding kan denken'

'Diverse werkzaamheden in verschillende houdingen (automonteur).'

'Dat er geen ander werk voor mij is binnen het bedrijf.'

'Spieren warm houden met kruik is op werk niet uitvoerbaar.'

'Ik ben kapster en het probleem is dat wij geen pompstoelen in de salon hebben, dus moet ik zeer gebogen werken'

Verandering van leefstijl geeft problemen

In deze categorie, die 60 keer genoemd wordt, gaat het vooral om problemen naar aanleiding van adviezen die beogen een gewoonte af te leren. Patiënten geven aan dat het moeilijk is om je bewust te worden van een verkeerde houding of gewoonte die jaren ingesleten is. Even moeilijk is het om een dergelijke gewoonte af te leveren of te veranderen: 'om daadwerkelijk succes te hebben moet men er de hele dag mee bezig zijn'

'Ik heb er moeilijkheden mee, omdat ik niet bewust 'krom' of gespannen loop.'

'Wat ik in 50 jaar heb opgebouwd aan houding verander je niet 1,2,3.'

'Wennen om links te slapen.'

'Ongemerkt toch weer verkeerde houding aannemen.'

Pijn is een belemmering

Deze categorie wordt 59 keer genoemd. Evenals bij het doen van huiswerk oefeningen worden ook hier pijn, moeheid en ongemak genoemd als belemmeringen om de adviezen op te volgen.

Het is vervelend om iets op te geven

Patiënten vinden het problematisch om, tijdelijk of voorgoed, iets op te geven wat men graag doet (bijvoorbeeld sporten). Ook adviezen om (tijdelijk) op te houden met werken worden niet altijd in dank afgenomen. Patiënten merken op dat het verschil tussen 'geestelijk willen' en 'lichamelijk kunnen of mogen' niet altijd synchroon loopt.

lijk kunnen of mogen' niet altijd synchroon loopt.

'Ik vind het vreselijk rottig om niet te mogen sporten.'

'Kan moeilijk werk naast me neer leggen, wil toch alles afmaken.'

'Dat ik geestelijk meer wil dan ik lichamelijk kan.'

Vergeten, motivatie en tijdgebrek spelen een rol

Deze categorieën worden minder vaak genoemd. De problemen die hier genoemd worden zijn qua inhoud vergelijkbaar met de problemen bij de oefeningen. Vergeten vormt 6.2% van de problemen, bij de huiswerk oefeningen is dit 16.5%. De genoemde problemen liggen op hetzelfde vlak; alleen wordt bij adviezen wat vaker genoemd dat 'continu' aan iets denken vergeten wordt. Ook bij de adviezen geldt dat patiënten soms de moed of de zelfdiscipline niet (kunnen) opbrengen of er gewoon geen zin in hebben. Dat de begeleiding van de fysiotherapeut hierbij belangrijk kan zijn, geeft één patiënt heel duidelijk aan: 'Ik laat zelf wel eens de moed zakken maar ondanks dat helpt de fysiotherapeut mij er toch weer doorheen waar ik daarna weer baat van heb'.

Tijdgebrek is niet het belangrijkste probleem bij het opvolgen van adviezen. Dit probleem wordt slechts 15 keer gesignaleerd door de patiënten.

Overig

Relatief veel van de genoemde problemen zijn niet duidelijk in welomschreven categorieën onder te brengen. Hier worden de meest uiteenlopende zaken genoemd, waarvan we er een aantal noemen: financiële problemen (9 keer); het advies heeft geen effect (8 keer); geadviseerde schoenen zijn niet modieus (5 keer); slaapproblemen door een nieuw kussen of andere houding (4 keer); en: het water in het zwembad is te koud (2 keer). Enige citaten ter illustratie:

'Schoenen zijn erg duur, dus kun je er geen twee paar van aanschaffen.'

'Dat ik toch pijn houd, ondanks dat ik op mijn houding let'

'Geen problemen, behalve dat ik de zogenaamde betere schoenen ook lelijk vind.'

'Vreselijk watervrees.'

'Water te koud.'

'Het zwembad is niet open op de uren dat ik vrij ben.'

'Dat weet ik nog niet, hangt er van af of mensen hun fiets uit willen lenen.'

'Ziektewet, maar dat doe ik niet graag.'

'Bij slapen weet ik niet welke houding ik aanneem.'

'Uit alle adviezen de goede pakken wat toch bij mij past.'

Samenvattend ervaren patiënten verreweg de meeste problemen met het inpassen van de adviezen in hun dagelijks leven. Problemen die daarnaast frequent voorkomen hebben te maken met verandering van leefstijl of met lichamelijk ongemak en pijn.

Relatief weinig wordt 'vergeten' of 'gebrek aan motivatie' als probleem genoemd.

Discussie

Dit artikel geeft een inventarisatie van problemen die patiënten zeggen te ervaren bij het opvolgen van instructies en adviezen van hun fysiotherapeut. Het betreft alleen problemen die patiënten ervaren tijdens de duur van de behandeling. Doorgaans is dit een korte termijn. Welke problemen patiënten op lange termijn, de periode ná de behandeling, ervaren met het opvolgen van instructies en adviezen is niet nagevraagd. Omdat therapietrouw op de lange termijn afneemt kan men veronderstellen dat het ervaren van problemen op den duur een grotere rol gaat spelen.

Eenderde van de patiënten zegt situationele of motivationele problemen te ervaren met het doen van huiswerk oefeningen en het opvolgen van adviezen, terwijl tweederde daar volgens eigen zeggen geen problemen mee heeft. Of dit laatste betekent dat tweederde van de patiënten de huiswerk oefeningen inderdaad uitvoert of de adviezen opvolgt, kan niet zonder meer geconcludeerd worden. 'Geen problemen' ervaren kan ook betekenen dat men het advies naast zich neerlegt en op die manier de problemen omzeilt. De relatie tussen het al dan niet ervaren van problemen en de therapietrouw van de patiënt wordt op dit moment nader bestudeerd.

Wat opvalt bij de patiënten die wél problemen zeggen te ervaren, is de alledaagsheid van de problemen: ze zijn zeer begrijpelijk en gemakkelijk voorstelbaar. Voor de onderzoekers is dit enigszins teleurstellend: globaal gezien zijn de problemen die patiënten ervaren met fysiotherapeutische voorschriften vergelijkbaar met de problemen die patiënten ervaren bij het opvolgen van medische voorschriften. Voor de fysiotherapie praktijk hebben de resultaten wel consequenties: de alledaagse problemen die patiënten noemen, vragen helaas niet altijd om alledaagse oplossingen. Het vinden van dergelijke oplossingen vereist specifieke vaardigheden van de fysiotherapeut en vooral een patiëntgerichte attitude. Dat wil zeggen de bereidheid om samen met de patiënt naar oplossingen te zoeken en de vaardigheid om voorschriften op een inventieve manier aan de patiënt aan te passen, zoals ook in buitenlands compliance onderzoek wordt aangeraden (14, 20).

Interessant is de bevinding dat de huiswerk oefeningen andersoortige problemen opleveren dan de adviezen die men als fysiotherapeut geeft. Vereist het doen van huiswerk oefeningen voor alle patiënten in ieder geval het vrijmaken van tijd, het opvolgen van adviezen veroorzaakt een diversiteit aan problemen door het feit dat de leefwijze en -situatie van bijna elke patiënt verschillend is. In feite betekent dat dat

men zich als fysiotherapeut terdege in de levenssituatie van elke patiënt zou moeten verdiepen om te anticiperen op de te verwachten problemen. Een eenvoudiger en minder tijdrovende oplossing bestaat echter ook: vragen aan de patiënt 'Denk je dat het lukt om elke dag te oefenen?', 'Heb je daar tijd voor?', 'Heb je dat al eens geprobeerd?', 'Welke problemen voorzie je?', wordt door een aantal auteurs beschouwd als een adequate handelswijze (14, 20).

Het belangrijkste probleem bij de huiswerk oefeningen blijkt het 'tijdprobleem' te zijn. De vraag is, of tijdgebrek in alle gevallen de werkelijke oorzaak is omdat 'tijd' en 'prioriteit' dicht tegen elkaar aan liggen. In het laatste geval ligt de oorzaak minder in de situationele maar meer in de motivationele sfeer. In beide gevallen kan het een oplossing zijn de oefeningen zo veel mogelijk functioneel te maken en in te passen in de ADL van de patiënt. Bijvoorbeeld nek/schouderoefeningen bij elk toiletbezoek; bekkenbodemoefeningen tijdens het telefoneren; vingeroefeningen in de bus naar het werk en grondoefeningen op muziek van Michael Jackson of het kiezen van een leuke sport waar de noodzakelijke bewegingen in voorkomen. Een dergelijke werkwijze wordt tegenwoordig aangeraden om de problemen voor de patiënt tot een minimum te beperken (21-24).

Iets dergelijks geldt eveneens voor het meest frequent genoemde probleem bij de adviezen: de 'moeilijke inpasbaarheid of uitvoerbaarheid' ervan. De specifieke situatie van de patiënt noodzaakt in een aantal gevallen tot het vinden van varianten of het bedenken van alternatieven. Zoals Ice opmerkt: 'Physical therapists must be innovative, creative and experimental' om de beste oplossingen te vinden (25). Stimuleren en gebruik maken van de oplossingen die patiënten zelf kunnen bedenken vergroot de kans op succes (10). Op die manier kan een fysiotherapeut proberen een advies zo goed mogelijk aan te passen aan de belastbaarheid van iedere patiënt afzonderlijk.

Het probleem dat volgens fysiotherapeuten de belangrijkste rol speelt; 'gebrek aan zelfdiscipline en gemakzucht' (14) staat bij de patiënten zelf op de vierde (oefeningen) resp. zesde (adviezen) plaats. Het betekent dat fysiotherapeuten negatiever tegen de medewerking van patiënten aankijken dan de patiënten zelf doen. De attributie theorie geeft een verklaring voor dit verschil in perceptie van de oorzaken van non-compliance: patiënten zijn geneigd oorzaken te zoeken in situationele factoren, terwijl hulpverleners non-compliance eerder toeschrijven aan persoonlijke kenmerken als luiheid en gebrek aan zelfcontrole (12). De percepties van fysiotherapeut en patiënt zouden dicht bij elkaar gebracht kunnen worden als de problemen en barrières openlijk in de behandeling zouden worden besproken. De fysiotherapeut die zegt: 'Ik

begrijp heel goed dat oefenen veel moeite kost en dat je dat niet altijd opbrengt' opent de weg voor een eerlijk gesprek. Tot slot, deze inventarisatie is gedaan, omdat uit recent onderzoek blijkt dat de barrières of problemen die de patiënt ervaart belangrijke redenen van therapie(on)trouw zijn. Wéten welke problemen dat zijn, is de eerste stap naar verandering; de tweede stap is op deze problemen inspelen en oplossingen bedenken. Dat is een uitdaging voor elke fysiotherapeut.

Summary

Patients do not always follow instructions and advices given by health professionals, one of the reasons for non-compliance is the problems patients encounter in doing what the care giver expects them to do. This article describes problems which patients experience in adhering to home exercises and to advices given by their physical therapists. 1206 Patients of the 1681 respondents mention they have to do exercises at home, 371 (31%) of them experience problems at doing so. 901 Patients say their physical therapist gave them an advice to follow, 343 (38%) patients encounter problems in following that advice. Main problems in following exercise instructions are lack of time and pain. In adhering to advices they mention the advices are not feasible, the advices require changing one's life-style and pain.

Literatuur

1. Sackett, D. L., Snow, J. C. *The magnitude of compliance and noncompliance*. In: Haynes, R. B., Taylor, D. W., & Sackett, D. L. (eds.). *Compliance in health care*, The John Hopkins University Press, Baltimore and London, 1979.
2. Sikorski, J. M., *A rationalized approach to physiotherapy for low back pain*, Spine, 10: 571-579 1985.
3. Feinberg, J. *The effect of patient-practitioner interaction on compliance: a review of the literature and application in rheumatoid arthritis*. Patient Education and Counseling, 11: 171-187 1988.
4. Ferguson, K., Bole, G. G. *Family support, health beliefs and therapeutic compliance in patients with rheumatoid arthritis*. Patient Counseling and Health Education, 1: 101-105 1979.
5. Spelman, M. R., *Back pain: how health education affects patient compliance with treatment*. Occupational Health nursing, 649-651 1984.
6. Lankhorst, G. J., Stadt, R. J. van de, Vogelaar, T. W., Korst, W. K. van der, Pravo, A. J. H. *The effect of the Swedish Back School in chronic idiopathic low back pain*. Scand. J. Rehab. Med., 15: 141-145 1983.
7. NIVEL-onderzoek patiëntverlichting door fysiotherapeuten. Wordt nog gepubliceerd.
8. Haynes, R. B., Taylor, D. W., Sackett, D. L. (eds.). *Compliance in health care*. The John Hopkins University Press, Baltimore and London, 1979.
9. Campen, C. van, Sluijs, E. M. *Patient compliance. A survey of reviews (1979-1989)*. Bibliography. Utrecht: Nivel, 1989.
10. Leventhal, H., Zimmerman, R., Gutmann, M. *Compliance: a self-regulation perspective*. In: Gentry, W. D. (ed.). *Handbook of behavioral medicine*. The Guilford Press, New York, 1984.
11. Stimson, G. V. *Obeying doctor's orders: a view from the other side*. Soc. Sci. & Med., 8: 97-104 1974.

12. DiMatteo, M. R., DiNicola, D. D. *Achieving patient compliance: The psychology of the medical practitioner's role*. Pergamon Press, New York, 1982.
13. Kok, J., Bouter, L. M. *Patiëntenvoorlichting door fysiotherapeuten in de eerste lijn*. Ned. T. Fysiotherapie, 100; 2: 59-63 1990.
14. Bartlett, E. E. *Behavioral diagnosis: a practical approach to patient education*. Patient Counselling and Health Education, 4; 1: 29-35 1982.
15. Rissman, R., Zimmer Rissman, B. *Compliance. I. Noncompliance: a review. II. Family Systems Medicine*, 5; 4: 446-467 1987.
16. Sonstroem, R. J. *Psychological models*. In: Dishman, R. K. (ed.). *Exercise adherence. Its impact on public health*, Champaign, Human Kinetic Books, 1988.
17. Lorig, K., Konkol, L., Gonzalez, V. *Arthritis patient education: a review of the literature*. Patient Education and Counseling, 10; 3: 207-257 1987.
18. Kroshus, M. G., Abbott, J. A. *Quality assurance review of a rheumatoid arthritis education program*. Patient Education and Counseling, 12; 3: 213-224 1988.
19. Oldridge, N. B., *Compliance with exercise in cardiac rehabilitation*. In: Dishman, R. K. (ed.). *Exercise adherence, It's impact on public health*. Champaign, Human Kinetic Books, 1988.
20. Stone, G. C. *Patient compliance and the role of the expect*. Journal of Social Issues, 35; 1: 34-59 1979.
21. Mayo, N. E. *Patient compliance: practical implications for physical therapists. A review of the literature*. Physical Therapy, 58; 9: 1083-1090 1978.
22. Kanters, H. W. *Effectiviteit van patiëntenvoorlichting: een literatuuronderzoek*. Landelijk Centrum Dienstverlening GVO, Utrecht, 1986.
23. Knibbe, J. J. *Integration of secondary prevention of low back pain in physical therapy treatment*. Abstract Jubilee congress program Profession in Action, 100 years of physiotherapy in Holland, June, 1989.
24. Posavac, E. J., Sinacore, J. M., Brotherton, S. E., Helford, M. C., Sturpin, R. S. *Increasing compliance to medical treatment regimens. A meta-analysis of program evaluation*. Evaluation & The Health Professions, 8; 1: 7-22 1985.
25. Ice, R. *Long term compliance*. Physical Therapy, 65: 1832-1938 1985.

BERICHTEN

Cursus Fysiotherapie bij hartpatiënten '90-'91

Begin oktober gaat de cursus 'Fysiotherapie bij Hartpatiënten' weer van start. Deze cursus, die bestemd is voor intramuraal werkende fysiotherapeuten in instellingen waar klinisch- of poliklinische hartpatiënten worden behandeld, is een gezamenlijk project van de Nederlandse Hartstichting en de Nederlandse Vereniging voor

Fysiotherapie bij Hart en vaatziekten (NVFH). De cursus omvat 15 (dins)dagen theorie in Utrecht, 2 speltechnische dagen in Beekbergen, een stage van drie weken en eindigt begin maart 1991. De kosten van de cursus bedragen f 1600,—.

Aanmelding

De aanmelding van deelnemers geschiedt in principe via het ziekenhuis of instelling. Aanmeldingsformulieren zijn verkrijgbaar

bij het Centraal Bureau Fysiotherapie, Afdeling Voorlichting, telefoon: 033-622400. Instellingen, die reeds een voorlopige aanmelding hebben ingezonden, ontvangen automatisch een definitief aanmeldingsformulier. Het aantal cursusplaatsen is beperkt. De selectie van de aangemelde deelnemers is in handen van de Contact-Commissie NHS en de NVFH. De inschrijving sluit 30 augustus a.s.

INGEZONDEN

Definitie fysiotherapie

Rubriek 'Ingezonden' NTF vol. 99 no. 10 pag. 261, NTF vol. 100 no. 2 pag. 68, NTF vol. 100 no. 5 pag. 151.

Er is een interessante discussie gaande in dit tijdschrift betreffende de definitie van fysiotherapie. Interessant vooral omdat het in feite gaat om de vraag in welke richting fysiotherapie zich inhoudelijk verder moet ontwikkelen.

Fysiotherapie is een gezondheidswetenschap die zich bezig houdt met het functioneren van het bewegingsapparaat. Een ieder zal dit kunnen onderschrijven. De manier waarop fysiotherapie zich daarmee bezig houdt is, historisch gezien, als volgt:

- Middels massage en bewegingstherapie.
- Middels fysische therapie in engere zin (de applicatie-vormen), waarbij van dit tweede onderdeel vaak gesteld wordt, dat het meerwaarde biedt op het terrein van de pijnbestrijding.

Hoewel in kringen binnen de fysiotherapie zelf ook gewerkt werd aan effect- en theo-

rieverbetering van behandelmethoden, (ik denk aan de ontwikkeling van de manuele therapie), kwam de echte aanzet tot bezinning op fysiotherapeutische waarden van buitenaf:

Ziekenfondsen die zich gingen afvragen hoe zinvol al die applicatie-vormen in feite waren, huisartsen en specialisten die zich stoorden aan het steeds verder afnemen van bewegingstherapeutische methoden binnen de fysiotherapie.

Fysiotherapie was in veler ogen verworpen tot de stereotiep '12x mass/ukg'. Stereotiepen zijn dodelijk!

Het Genootschap heeft dit goed onderkend en is activiteiten gaan ontwikkelen welke het beroep verder moeten gaan opwaarderen. Hierin boekt ze successen. Denk aan de activiteiten van de Stichting Wetenschap en Scholing Fysiotherapie, de ontwikkeling van het Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie en de installatie van een bijzondere leerstoel Fysiotherapie aan de universiteit van Utrecht. Denk ook aan de merkbaar toegenomen kritische kijk op het

eigen praktijkgerichte functioneren van fysiotherapeuten.

De door Helders geformuleerde definitie van fysiotherapie, maar ook de opzet van Bruggeman en Bruggeman hebben betrekking op de functie van het menselijke (en dierlijke??) houdings- en bewegingsorgaan in relatie tot gezondheid.

Een prima uitgangspunt. Het lijkt me daarom van essentieel belang dat de inhoudelijke onderbouwing van de fysiotherapie zijn peilers vindt in adequate kennis van zaken die op die terreinen die relevant zijn voor houding en beweging: anatomie, (neuro)fysiologie, biomechanica en niet op de laatste plaats gedrags- en communicatiewetenschappen. De methodische toepassing van bovengenoemde kennis en kunde zal discussies blijven uitlokken. Dat valt alleen maar toe te juichen, want we moeten elkaar wel kritisch op de tenen blijven staan. Dat doet niet zeer, daar blijf je wakker van.

Leeuwarden, juni 1990
J. J. de Boer