

Inhoudsopgave

Voorwoord	7	
Bewegen als medicijn	7	
Voorwoord	9	
Verantwoording bij deze uitgave	11	
1 Plaatsbepaling van gedragsverandering binnen de verschillende beroepen	15	
1.1 De ontwikkeling van oefentherapie in de oefentherapie Mensendieck	17	
1.2 De ontwikkeling van oefentherapie in de oefentherapie Cesar	18	5
1.3 Theoretische onderbouwing van de oefentherapie Cesar en Mensendieck	19	
1.4 Oefentherapie Cesar en Mensendieck in de huidige tijd	20	
1.5 De ontwikkeling van oefentherapie in de fysiotherapie	21	
1.6 Gedragsverandering binnen de drie beroepen	24	
Literatuurlijst	25	
2 Het gebruik van het ICF-model bij de analyse van het gezondheidsprobleem, de rol van gedrag en het formuleren van gedragdoelen	27	
2.1 Wat is de ICF?	28	
2.2 De verschillende componenten binnen de ICF	29	
2.3 Relaties tussen de verschillende factoren van het ICF	33	
2.4 Gebruik van de ICF binnen de fysiotherapie en oefentherapiepraktijk	34	
Literatuurlijst	38	

	3	Begeleiden van patiënten in hun gedragsverandering: theorie en praktijk	39
	3.1	Gedragsverklaringsmodellen	41
	3.2	Gedragsveranderingsmodellen	44
	3.3	Begeleidingsstijlen	48
	3.4	Praktische handreikingen voor gedragsverandering	59
		Literatuurlijst	66
	4	Gedragsverandering als leerproces: het belang van didactiek binnen de fysiotherapie en oefentherapie Mensendieck en Cesar	69
	4.1	Didactisch model van Van Gelder	70
	4.2	Leerstijlen volgens Kolb	72
	4.3	De reflectiecirkel van Korthagen	76
		Literatuurlijst	80
		Inleiding Deel II	81
	5	Diagnostisch proces en gedragsverandering	83
	5.1	Algemene aandachtspunten voor het diagnostisch proces	84
	5.2	Plaatsbepaling van gedragsverandering binnen het diagnostische proces	85
6	5.3	Specifieke aandachtspunten voor gedragsverandering binnen de verschillende fasen van het diagnostische proces	87
	5.4	Lichamelijk onderzoek	98
	5.5	Therapeutische diagnose en bepaling van de behandeling	99
		Literatuurlijst	102
	6	Therapeutische fase en gedragsverandering	103
	6.1	Onderdelen van de therapeutische fase	103
	6.2	Uitvoeringsfase	104
	6.3	Evaluatie	112
		Literatuurlijst	113
	7	Gedragsverandering en groepen	115
	7.1	Groepsvorming	116
	7.2	Fasen van groepsonwikkeling	117
	7.3	Begeleiding van een groep	118
	7.4	Beweegprogramma's	122
	7.5	Groepsvoorlichting	128
		Literatuurlijst	131
		Over de auteurs	133
		Register	135

Verantwoording bij deze uitgave

In 2000 verscheen de eerste uitgave van het boek *Gezond bewegen kun je leren: gedragsverandering door ergo-, fysio- en oefentherapeuten* van Marcel Balm. In zowel de eerste als de huidige uitgave staat het model voor gedragsverandering door oefentherapie van Balm centraal. Dit model helpt de therapeut bij het analyseren en begrijpen van belemmerende factoren bij gedragsverandering. Daarnaast laat het zien hoe de therapeut met behulp van de achttien gedragsvoorwaarden het gedragsveranderingsproces bij de patiënt kan begeleiden.

In de eerste uitgave vormden de eerste vijf hoofdstukken de theoretische onderbouwing voor het handelen van de ergo- fysio- en oefentherapeut Mensendieck en Cesar. Daarna beschreven de hoofdstukken 6 en 7 hoe gedragsverandering in het methodisch handelen van vooral de oefentherapeut Mensendieck kan worden geïntegreerd. De hoofdstukken 8 en 9 ten slotte behandelden de activiteiten die de therapeut kan inzetten om de patiënt in praktische zin te begeleiden in zijn gedragsveranderingsproces.

In 2008 heeft uitgeverij Lemma in overleg met de opleiding oefentherapie Mensendieck aan de Hogeschool van Amsterdam besloten dat er een herdruk van het boek zou moeten komen in verband met de ontwikkelingen in de tijd. Hierbij is een aantal uitgangspunten geformuleerd. In eerste instantie zouden het theoretische raamwerk en de beschrijving van het methodisch handelen gehandhaafd moeten worden. Het boek zou een brug moeten blijven slaan tussen de theorie rondom gedragsverandering en de praktijk van het begeleiden van patiënten in hun gedragsveranderingproces. Wel zou er een update moeten komen van de theoretische onderbouwing. Nieuwe inzichten en theorieën rondom gedragsverandering zouden moeten worden geïntegreerd in het methodisch handelen van de therapeut. Daarnaast blijkt dat in het huidige tijdsbestek er veel groepstherapieën worden gegeven waarin gedragsverandering een centrale rol speelt. Daarom is besloten een hoofdstuk te wijden aan het werken met groepen, om de lezer praktische handreikingen te bieden bij de begeleiding van groepen. Verder leek het, gezien de informatie die beschik-

baar was over de afnemers, dat het boek vooral werd gebruikt door oefentherapeuten Mensendieck. Omdat de uitgever en de huidige auteurs allen vonden dat het boek zeker ook relevant was voor de vakgebieden fysiotherapie en oefentherapie Cesar, is besloten om het boek breder toegankelijk te maken. Ten slotte bestond het idee dat de aansluiting met de doelgroep (eerste- en tweedejaarsstudenten) kon worden verbeterd door aanpassingen in de schrijfstijl en in de omvang van het boek.

Deze uitgangspunten zijn leidend geweest voor **de huidige uitgave** die hier voor u ligt. Bij het schrijven hebben de auteurs in hoofdlijnen gebruik gemaakt van het oorspronkelijke manuscript. Gaat het echter over de opzet van de hoofdstukken en de bespreking van de onderwerpen, dan hebt u eigenlijk een geheel nieuw boek in handen, dat alleen in titel, theoretische uitgangspunten en de beschrijving van het praktische methodische handelen overeenkomt met de oorspronkelijke uitgave. Om u inzicht te geven in de wijzigingen volgt hier een korte samenvatting van de hoofdstukken, waarbij er per hoofdstuk wordt verantwoord hoe tot deze keuze is gekomen.

Hoofdstuk 1 geeft een korte impressie van de geschiedenis van de oefentherapie Mensendieck, de oefentherapie Cesar en de fysiotherapie. Dit hoofdstuk dient om de lezer inzicht te geven in de ontwikkelingen van bepaalde inzichten en principes waarop de oefentherapie binnen de drie beroepen gebaseerd is. In dit hoofdstuk wordt duidelijk dat het binnen de drie beroepen steeds belangrijker wordt om kennis en kunde te hebben op het gebied van gedragsverandering. Met behulp van deze kennis en vaardigheid is de therapeut in staat om de patiënt zodanig te begeleiden dat deze zelf zijn gezondheidsprobleem leert op te lossen. Door deze aanpak zal de effectiviteit van oefentherapie worden vergroot.

Hoofdstuk 2 behandelt de manier waarop het gezondheidsprobleem met behulp van het ICF-model en de Rehab-Cycle kan worden geanalyseerd. In de oorspronkelijke uitgave werd dit onderwerp nog niet behandeld, al werd de ICIDH-2 er wel in genoemd als classificatiemodel om het gezondheidsprobleem in kaart te brengen. Het huidige hoofdstuk 2 vervangt het oorspronkelijke hoofdstuk 3, dat opvattingen over gezondheid en ziekte behandelde. In het huidige hoofdstuk 2 krijgt de lezer handreikingen om aan de hand van de ICF en de Rehab-Cycle helder te krijgen welke rol gedrag speelt in het ontstaan en voortbestaan van het gezondheidsprobleem en hoe er behandeldoelen kunnen worden opgesteld die gericht zijn op het veranderen van dit belemmerende gedrag.

Hoofdstuk 3 bespreekt de theorieën over gedrag en gedragsverandering en behandelt daarnaast begeleidingsstijlen en begeleidingstechnieken die kunnen worden gebruikt bij het beïnvloeden van het gedrag van de patiënt. Het hoofdstuk bespreekt nieuwe inzichten en methodieken rondom gedragsverandering, die in de oorspronkelijke uitgave nog niet beschikbaar waren. Het vervangt de oorspronkelijke hoofdstukken 1 en 2. In hoofdlijnen wordt het model voor gedragsverandering door oefentherapie van Balm besproken. Dit hoofdstuk dient als theoretische onderbouwing voor het handelen van de therapeut in de diagnostische en therapeutische fase.

Gedragsverandering is een leerproces, waarin de patiënt leert om op een andere wijze met zijn klachten om te gaan en nieuwe vaardigheden verwerft. **Hoofdstuk 4** geeft de lezer didactische handreikingen voor het scheppen van een zo optimaal mogelijke leersituatie voor de patiënt zodat de behandeldoelen behaald kunnen worden. Deze handreikingen kunnen worden gebruikt bij het ontwerpen van het behandelplan, maar ook tijdens de therapeutische fase in de begeleiding van patiënten. Het hoofdstuk komt in de plaats van het oorspronkelijke hoofdstuk 5.

Hoofdstuk 5 beschrijft hoe er tijdens de diagnostische fase aandacht kan worden besteed aan het starten van een gedragsveranderingsproces bij de patiënt. Goed communiceren en de patiënt daadwerkelijk betrekken bij de besluitvorming vormen de basis voor het starten van een samenwerkingsrelatie. Dat alles met het doel dat de patiënt intern gemotiveerd raakt om iets aan zijn gezondheidsprobleem te gaan doen. Het hoofdstuk vervangt het oorspronkelijke hoofdstuk 6 en gedeelten van het oorspronkelijke hoofdstuk 7.

Hoofdstuk 6 is een samenvatting van hoofdstukken 8 en 9 uit de oorspronkelijke uitgave. In dit hoofdstuk staat het begeleiden van een gedragsverandering tijdens de therapeutische fase centraal. De lezer krijgt aan de hand van een beschrijving van aandachtspunten en therapeutactiviteiten praktische handreikingen om zelf aan de slag te gaan met het begeleiden van patiënten in een gedragsveranderingsproces.

Hoofdstuk 7 is een nieuw hoofdstuk. Het behandelt het werken met groepen, dat steeds meer een onderdeel is geworden van de werkzaamheden van fysiotherapeuten en oefentherapeuten Mensendieck en Cesar. Het besteedt aandacht aan groepsdynamiek, het ontwerpen van groepsactiviteiten en bespreekt de succesfactoren van enkele lopende groepsinterventies.

De auteurs hopen met deze uitgave de oude gebruikers van het boek voldoende herkenbaarheid maar ook nieuwe inzichten te bieden. Daarnaast willen zij met deze uitgave ook zeker nieuwe gebruikers binden. Het boek is bedoeld voor therapeuten die inzien dat de patiënt erbij gebaat is om zelf een aandeel in zijn genezingsproces te hebben die daarnaast vaardiger willen worden in het begeleiden van hun patiënten. Naar therapeuten en patiënten wordt in dit boek consequent in de hij-vorm verwezen. De auteurs hopen dat dit boek deze kennis en vaardigheden zodanig beschrijft, dat u gemotiveerd raakt om uw eigen vaardigheden te verbeteren. Door er actief mee bezig te zijn, zal uw zelfvertrouwen op het gebied van coachen en begeleiden van patiënten groter worden. De beloning voor uw inspanningen is de voldoening die u ervaart bij het zien van actieve patiënten, die bezig zijn met het verbeteren van hun eigen gezondheid. Veel succes en plezier bij het toepassen van de leerstof in uw werk met patiënten.

April 2010

De auteurs

1 Plaatsbepaling van gedragsverandering binnen de verschillende beroepen

Leerdoelen

Na het lezen van dit hoofdstuk kunt u:

- beschrijven hoe de beroepen fysiotherapie, oefentherapie Mensendieck en Cesar zich hebben ontwikkeld en wat dit betekent voor de toepassing van de oefentherapie binnen de drie beroepen;
- benoemen op welke wijze oefentherapie wordt ingezet in het gedragsveranderingsproces binnen het beroep fysiotherapie, oefentherapie Mensendieck en Cesar;
- benoemen wat de relevantie is van kennis en kunde op het gebied van gedragsverandering bij de uitoefeningen van het beroep fysiotherapie, oefentherapie Mensendieck en Cesar.

Inleiding

Fysiotherapie en oefentherapie Mensendieck en Cesar zijn drie verschillende beroepsgroepen met ieder hun eigen methoden, geschiedenis en achtergrond. Er zijn echter ook overeenkomsten tussen de beroepen. Zowel de fysiotherapeut als de oefentherapeut Mensendieck en Cesar houdt zich bezig met gedragsverandering. Hierbij richten ze zich op het veranderen van bewegingsgedrag van de patiënt. Daarbij leren fysiotherapeuten en oefentherapeuten Mensendieck en Cesar de patiënt ook aan hoe hij het beste kan omgaan met problemen op het gebied van het bewegend functioneren. Een belangrijk middel hierbij is oefentherapie. Door het doen van oefeningen ontwikkelt de patiënt kracht, mobiliteit, coördinatie en uithoudingsvermogen en leert hij hoe hij op een optimale wijze kan bewegen in zijn dagelijks leven. Oefentherapie draagt zo bij aan het opheffen of verminderen van klachten aan het bewegingsapparaat, waardoor de patiënt weer zo goed mogelijk in zijn omgeving kan participeren.

De overeenkomst tussen de drie beroepen is dat er wordt gestreefd naar gedragsverandering bij de patiënt met behulp van een oefentherapeutische interventie. Maar wat er onder gedragsverandering verstaan wordt en hoe er met behulp van oefentherapie aan die gedragsverandering wordt gewerkt, kan verschillen. Om deze verschillen te leren kennen, is het zinvol te bekijken hoe de drie beroepen zijn ontstaan en zich tot op de dag van vandaag hebben ontwikkeld.

Daarom begint dit boek met een omschrijving van de ontstaansgeschiedenis van de drie beroepen. Er wordt uitgelegd welke principes en theorieën hierbij bepalend zijn geweest. Het doel hiervan is te ontdekken wat er precies onder het begrip gedragsverandering binnen de drie beroepen wordt verstaan. Ook wordt het zo duidelijk hoe er met gebruikmaking van oefentherapie binnen de drie beroepen aan gedragsverandering van de patiënt wordt gewerkt. Daarnaast richt het hoofdstuk zich op de huidige tijd: wat zijn nu de kenmerken van de beroepen en hoe past gedragsverandering hier nu in? De beroepsprofielen van de drie beroepen laten zien dat het begeleiden van gedragsverandering in sterke mate bijdraagt aan de gezondheid en het welzijn van patiënten, en daarom een belangrijk onderdeel is van het huidige werk van de fysiotherapeut en oefentherapeut Mensendieck en Cesar.

Binnen de oefentherapie staat vanouds het leren centraal. Niet voor niets werden de beroepen oefentherapeut Mensendieck en Cesar vóór de wettelijke erkenning in 1972 als bewegingsleer omschreven.

Sinds 2004 zijn de oefentherapeuten Mensendieck en Cesar na een scheiding van 67 jaar weer samengekomen in één beroepsvereniging. De kern die oefentherapeuten verbindt kan omschreven worden als:

Er bestaat zoiets als optimaal bewegen voor elk individu gekoppeld aan een bepaalde taak en een bepaalde context. Bij suboptimaal bewegen kan een cliënt door eigen activiteit, zo nodig ondersteund door een oefentherapeut met een methodisch-didactische werkwijze, een leerproces/gedragsveranderingsproces op gang brengen, teneinde optimaal bewegen mogelijk te maken (1).

Hierna volgt een korte chronologische beschrijving van het ontstaan van het vak van oefentherapeut.

1.1 De ontwikkeling van oefentherapie in de oefentherapie Mensendieck

1.1.1 Ontstaansgeschiedenis

De grondlegster van de oefentherapie is Bess Mensendieck (1861-1957) (2). Door haar zang- en beeldhouwopleidingen werd zij zich sterk bewust van het lichaamsgebruik van mensen. Zij nam aan dat veel mensen door onwetendheid niet optimaal gebruik maakten van de juiste houding- en bewegingsmogelijkheden. Volgens haar was dit de oorzaak van verschillende klachten aan het houding- en bewegingsapparaat. Daarnaast vroeg zij zich af in welke mate het bewegingsgedrag van mensen vanuit de eigen wilskracht te beïnvloeden was. Na verdere studie van de anatomie en een aantal andere medische vakken, ontwikkelde zij vanaf 1895 haar eigen bewegingsleer. Hierin zijn invloeden van de ‘Zweedse medische gymnastiek’ van Per Hendrik Ling en de ‘expressieve aspecten’ van de door haar gevolgde opleiding bewegingsexpressie van Genevieve Stebbins terug te vinden (3). In 1912 kreeg de eerste Nederlandse Mensendieck-lerares Elise van Dantzig haar officiële, door Bess Mensendieck ondertekende diploma. Van Dantzig kreeg kort daarna toestemming om zelf anderen op te leiden in de bewegingsleer. In 1925 startte de, door Elise van Dantzig opgeleide, arts Anna Overduin een Mensendieck-opleiding in Amsterdam. In 1928 volgde de oprichting van een beroepsvereniging. Eerst was de werkwijze vooral gericht op vrouwen zonder klachten, maar al vrij snel werd ze ook toegepast op patiënten.

1.1.2 Enkele uitgangspunten van Mensendieck

Oefentherapie Mensendieck gaat ervan uit dat het behandeldoel slechts haalbaar is als de patiënt actief meewerkt aan zijn behandeling en zelf ervaart wat goed voor hem is. In 1927 beschreef Bess Mensendieck dit leerproces als ‘nauwkeurig beschouwen, in zich opnemen, aandachtig vergelijken en zelf oordelen’ (4).

Harmonie en balans van het lichaam speelden hierbij een belangrijke rol, gebaseerd op een opvatting over correct spiergebruik en ideale houdings- en bewegingspatronen. Met tekeningen en foto’s in publicaties werd dit ideaal toegelicht. De oefenstof die hieruit voortkwam, is door docenten van de opleiding later nauwkeurig omschreven. In die omschrijving werd aandacht besteed aan het opbouwen van uitgangshoudingen, het uitvoeren van de oefeningen in deelbewegingen en de begeleidende anatomische, biomechanische en toepassingsgerichte uitleg. Het aanleren van deze ideale houding- en bewegingspatronen kon volgens Mensendieck alleen worden overgebracht door het de patiënt zelf te laten doen en ervaren (1-5).

De werkwijze kent een aantal didactische uitgangspunten, waarbij begrijpen, voelen en een zorgvuldige bewegingssturing benadrukt worden. Zowel de patiënt als de therapeut werkt in eerste instantie veel met observaties via spiegels, waarbij de therapeut begeleidende informatie geeft. De patiënt wordt actief betrokken om zelf te kijken, te voelen en de kwaliteit van de beweging te beoordelen, waarbij de geoefende bewegingen al toegesneden zijn op inpassing binnen de dagelijkse activiteiten. Hierbij is er een opbouw in het leerproces waarbij via enkelvoudige bewegingen naar complexe bewegingen wordt toegewerkt. Doordat de zuiverheid van de Mensendieck-werkwijze streng bewaakt werd door de grondlegster en de Nederlandse beroepsvereniging, ontstond er een scheiding binnen de oefentherapie.

1.2 De ontwikkeling van oefentherapie in de oefentherapie Cesar

1.2.1 Ontstaansgeschiedenis

In de periode van 1925 tot 1927 volgde Marie Cesar-Pollack (1874-1975), de grondlegster van de oefentherapie Cesar, de opleiding Mensendieck in Amsterdam. Vervolgens werd ze docent aan deze opleiding. Cesar was het lang niet altijd eens met de visie van Mensendieck. In 1937 richtte Cesar haar eigen opleiding in Utrecht op. Deze werd samen met de Mensendieck-opleiding in 1972 erkend in het kader van de Wet paramedische beroepen. In 1974 werden oefentherapie Cesar en Mensendieck opgenomen in het ziekenfondspakket.

1.2.2 Principes bij oefentherapie Cesar

De oefentherapie Cesar richt zich op het voorkómen, verminderen en opheffen van klachten aan het houding- en bewegingsapparaat (6). Veel klachten aan het houding- en bewegingsapparaat komen volgens Cesar voort uit een 'onjuist' gebruik van het lichaam (7). Om een goed houding- en bewegingspatroon aan te leren, ontwikkelde zij drie principes die centraal staan binnen de bewegingsleer van de oefentherapie Cesar. Dit zijn achtereenvolgens:

- 1 Er is orde en wetmatigheid in het menselijk bewegen te vinden.
- 2 Er is een vaste methode en didactiek aan te wijzen om gezond bewegen aan te leren.
- 3 De mens wordt opgevat als een eenheid van lichaam, ziel en geest.

Ad 1 Er is orde en wetmatigheid in het menselijk bewegen te vinden.

Volgens Cesar zijn er criteria aan te wijzen voor goed, gezond, esthetisch en natuurlijk houding- en bewegingsgedrag (8). Deze criteria vormen een houding- en bewegingsnorm, die als maatstaf kan dienen. Door te streven naar deze norm kan verkeerd houding- en bewegingsgedrag worden verbeterd.

Ad 2 Er is een vaste methode en didactiek aan te wijze om gezond bewegen aan te leren.

Cesar gaat ervan uit dat de mens een 'open aanleg' heeft. De mens bezit wel de aanleg om tot een motorische ontwikkeling te komen, maar deze ontplooit zich niet volledig vanzelf. De oefentherapeut geeft richting aan dit ontwikkelingsproces met behulp van een vaste methodiek en didactiek.

Ad 3 De mens wordt opgevat als een eenheid van lichaam, ziel en geest.

De behandeling richt zich niet alleen op de lichamelijke klachten, maar houdt ook rekening met de mentale gesteldheid van de patiënt. Hierbij probeert de oefentherapeut ook het best haalbare te bereiken met betrekking tot houding en beweging, ten behoeve van het algemeen functioneren (7, 8).

1.3 Theoretische onderbouwing van de oefentherapie Cesar en Mensendieck

Na de vooral anatomisch-biomechanische en didactische onderbouwing vanaf het ontstaan van oefentherapie Cesar en Mensendieck (9, 10, 11), worden vanaf 1979 de opvattingen over het leren van bewegingen binnen de respectieve werkwijzen gekoppeld aan algemene wetenschappelijk-theoretische modellen. Dit zijn het drie-fasenmodel van Fitts en Posner (1967) (12), en de schematheorie van Schmidt (1975) (3-6-7-12).

Binnen het model van Fitts en Posner gaat men uit van drie fasen tijdens het aanleren van een motorische vaardigheid (12). In de eerste fase van het motorische leerproces spelen verschillende cognitieve processen een belangrijke rol. In deze fase vormt de patiënt zich een beeld van de nieuw aan te leren oefening. Hierbij krijgt hij visuele en auditieve informatie van de oefentherapeut. Door het uitvoeren van de beweging ervaart de patiënt hoe de beweging verloopt (kinetische aard). In de tweede fase leert de patiënt de deelbewegingen samen te voegen tot een groter bewegings geheel. De bewegingen verlopen geleidelijk aan steeds beter en vloeiender. In de derde fase verlopen de

bewegingen meer automatisch. De patiënt hoeft niet na te denken tijdens de uitvoering van een beweging. Ook in het dagelijks leven voert de patiënt de beweging automatisch goed uit.

De schematheorie van Schmidt (13) uit 1975 is gebruikt om de gedachte achter de oefentherapie te onderbouwen. Deze theorie gaat uit van de gedachte dat geen enkele beweging gelijk is. Het is dus niet de specifieke beweging die in het geheugen wordt opgeslagen, maar wel de principes of regels van deze beweging (motorisch programma). Bijvoorbeeld, iemand die goed kan tennissen, zal beter kunnen badmintonnen dan voetballen, op basis van eerder opgeslagen motorische programma's.

1.4 Oefentherapie Cesar en Mensendieck in de huidige tijd

Begin 2010 is er voor het eerst sinds de scheiding tussen de oefentherapie Mensendieck en oefentherapie Cesar weer een gezamenlijk beroepsprofiel voor beide beroepen verschenen (14). Hierin wordt beschreven dat de huidige oefentherapeut zich richt op het optimaliseren van het bewegen van de cliënt (of cliëntengroepen) in relatie tot de dagelijkse activiteiten, met als doel participatieproblemen te voorkomen of verminderen. Dit gebeurt door:

- het verminderen, opheffen of voorkomen van stoornissen;
- het ontwikkelen en stimuleren van kwantitatief bewegingsgedrag;
- het ontwikkelen en stimuleren van kwalitatief bewegingsgedrag;
- het geven van houding- en bewegingsadviezen.

Het gebruik van het model van Fitts en Posner(12) en de theorie van Schmidt (13) om motorische vaardigheden aan te leren heeft een eerste aanzet gegeven voor de theoretische onderbouwing van de oefentherapie Mensendieck en Cesar. Motorisch leren is bij de oefentherapie Mensendieck en Cesar een belangrijk aandachtsgebied, waarbij actuele ontwikkelingen steeds geïntegreerd worden in de werkwijze. Over motorisch leren spreekt men wanneer oefening en ervaring hebben geleid tot een relatief duurzame verandering van het motorisch gedrag of de motorische gedragsmogelijkheden (15).

Op dit moment maakt de oefentherapeut gebruik van verschillende leertheorieën voor de onderbouwing van zijn behandeling. Afhankelijk van de leerstijl van de patiënt bepaalt de oefentherapeut welke motorische leerstrategie het meest geschikt is. De oefentherapeutische zorg bestaat uit het (her)leren van optimaal bewegen (door het bewegen te oefenen) om uiteindelijk het geleerde in/bij de dagelijkse handelingen toe te passen (stimuleren van optimaal bewegingsgedrag). Het actuele methodisch handelen van de oefentherapeut

Mensendieck en Cesar staat voor een aantal aandoeningen beschreven in richtlijnen (17).

De als oefentherapeut Mensendieck opgeleide Marcel Balm heeft in zijn afstudeerscriptie (16) als bewegingswetenschapper de eerste onderbouwing aangedragen voor een meer 'integrale', op het gehele bewegingsgedrag gerichte benadering van de werkwijze van de oefentherapeuten aandacht ontstaan voor de vraag in hoeverre de oefentherapeutische begeleiding daadwerkelijk tot een gedragsverandering leidt bij de patiënt. Verschillende cognitieve, emotionele en omgevingsfactoren bij de patiënt kunnen namelijk belemmeren dat de patiënt het geleerde ook daadwerkelijk in de praktijk gaat brengen. Het model voor gedragsverandering van Balm beschrijft welke voorwaarden gecreëerd moeten worden en welke activiteiten de therapeut kan ondernemen om patiënten op een adequate manier te begeleiden in hun gedragsveranderingsproces. In deze nieuwe uitgave van *Gezond bewegen kun je leren* wordt dat opnieuw verder uitgewerkt met gebruikmaking van recente inzichten rond het begeleiden van gedragsverandering.

1.5 De ontwikkeling van oefentherapie in de fysiotherapie

1.5.1 Ontstaansgeschiedenis

Het huidige vak fysiotherapie is ontstaan uit drie vormen van therapie, te weten de heilgymnastiek, massagetherapie en de fysische therapie. Kenmerkend voor de drie therapievormen is dat ze met name in de achttiende en negentiende eeuw als behandelvorm door artsen werden gebruikt (18). Artsen pasten deze behandelvormen in eerste instantie zelf toe, maar besteedden later in toenemende mate deze behandelingen uit aan de voorlopers van de huidige fysiotherapeut, te weten de heilgymnasten, masseurs en uitvoerders van de fysische techniek. Eind negentiende eeuw ontstonden er spanningen tussen artsen en de voorlopers van de huidige fysiotherapeut. Artsen waren bang voor concurrentie en probeerden de totstandkoming van de fysiotherapie als beroep te voorkomen. Als een reactie hierop probeerden de heilgymnasten-masseurs zich te organiseren in een beroepsorganisatie die voor de belangen van haar leden opkwam. In 1948 kreeg het vak van heilgymnast-masseur uiteindelijk maatschappelijke erkenning doordat er een overeenkomst werd gesloten met de overheid en het ziekenfonds. Hierna werd in de opleiding tot heilgymnast-masseur het vak fysische techniek een steeds belangrijker onderdeel. Op een gegeven moment was naamswijziging noodzakelijk, aangezien de titel heilgymnast-masseur de lading van het beroep niet meer dekte. Dit

leidde ertoe dat in 1967 het beroep en de titel *fysiotherapeut* wettelijk werden vastgelegd.

1.5.2 Principes binnen de fysiotherapie

De ontwikkeling van het vak fysiotherapie leunt sterk op medische vakken zoals anatomie, fysiologie, kinesiologie, pathologie, orthopedie en neurologie. Het vak is sterk gericht op het behandelen van aandoeningen. Er is altijd veel aandacht geweest voor de effectiviteit van de verschillende verrichtingen. Voor de komst van Evidence Based Practice was het zo dat er veel verschillende zienswijzen en behandelwijzen waren, waarbij bepaalde autoriteiten claimden dat hun behandelwijze effectief was, zonder dat hier duidelijke wetenschappelijke fundering voor bestond. Er was veel aandacht voor de aandoening en de behandelwijze die daar het beste bij paste. Minder aandacht ging uit naar de persoon achter de klacht. De opmars van modellen als het biopsychosociale model en de komst van Evidence Based Practice leidde tot een aardverschuiving in het denken en handelen van de fysiotherapeuten.

1.5.3 Onderbouwing van de fysiotherapie

Aan het eind van de twintigste eeuw deed in Nederland het zogeheten *Meer Dimensioneel Belasting- en Belastbaarheidsmodel* (MDBB-model) (19) haar intrede. Dit model is van grote invloed geweest op de zienswijze van fysiotherapeuten. In plaats van te kijken naar de belasting van de patiënt en deze aan te passen, werd er aandacht besteed aan het verbeteren van de belastbaarheid. Op basis van wetenschappelijk onderzoek ontstond het besef dat de patiënt erbij gebaat was om juist te werken aan die activiteiten die tot voor kort niet mogelijk waren vanwege klachten. De nadruk kwam nu meer te liggen op de revalidatie van de patiënt, in plaats van op symptoombestrijding. Mede door dit inzicht stelden fysiotherapeuten zich activerend op en probeerden ze de patiënt ervan te overtuigen dat bewegen goed voor hem was.

Later werd ook het biopsychosociale model (20) geïntroduceerd. Dit model gaat ervan uit dat zowel biomedische als psychosociale factoren van invloed zijn op het ontstaan, het voortbestaan en het herstel van klachten. Door dit model kreeg de fysiotherapeut meer oog voor de relatie tussen emoties, cognities, gedrag en de klachten van de patiënt.

Fysiotherapeuten wilden met deze nieuwe kennis ook iets kunnen doen. Theorieën over pijn- en ziektegedrag, zoals het *Fear-avoidance model* (21), deden hun intrede. Op basis van behandelconcepten van angststoornissen (*graded-exposure*) uit de psychologie werd de *graded activity*-methode ontwikkeld. Met *graded activity* wordt geprobeerd het pijngedrag te ontmoedigen en positief bewegingsgedrag te stimuleren.

1.5.4 Fysiotherapie in de huidige tijd

In 2006 is het *Beroepsprofiel Fysiotherapie* (22) verschenen. De taken van de fysiotherapeut worden hierin als volgt beschreven:

- creëert mogelijkheden tot het verbeteren of het instandhouden van het participatieniveau van de patiënt;
- voorkomt hulpvragen, gezondheidsproblemen en herhaling van gezondheidsproblemen op het gebied van het bewegen;
- heft gezondheidsproblemen op (benoemd in functies, activiteiten en participatie), vermindert deze of helpt deze te compenseren;
- biedt begeleiding en ondersteuning gedurende het lijden van de patiënt;
- beïnvloedt attitude, gedrag en leefstijl van de hulpvrager, voor zover ze een relatie hebben met de hulpvraag en/of het gezondheidsprobleem.

In het beroepsprofiel van de fysiotherapeut komt de term *gedrag* meerdere keren naar voren. Gedragsverandering bij de patiënt kan als een steeds belangrijker element binnen de behandeling worden gezien. Door gedragsverandering kunnen de gestelde doelen worden behaald en behouden blijven. Maar welke middelen heeft de fysiotherapeut hiervoor? Op het gebied van therapeutische verrichtingen kan de fysiotherapeut een keuze maken uit de volgende verrichtingen, die in de *Voorlopige Classificatie Verrichtingen Paramedische Beroepen* (CVPB) opgenomen zijn:

- begeleiden/informeren: hieronder wordt alle communicatie met de patiënt verstaan die is gericht op het behalen van de fysiotherapeutische doelstellingen;
- sturen/oefenen: hieronder wordt het instrueren van houdingen en bewegingen aan de patiënt verstaan, het feedback geven over de uitvoering, zodanig dat de patiënt de instructies uitvoert;
- fysische therapie: hieronder worden verschillende behandelmodaliteiten verstaan die gebruikmaken van een fysische prikkel, zoals thermotherapie, hydrotherapie en elektrotherapie;
- manuele verrichtingen: hieronder worden alle manuele verrichtingen verstaan die aan het lichaam van de patiënt kunnen worden uitgevoerd om een effect te bewerkstelligen, zoals massage, fricties en mobilisaties.

In het bijzonder maakt de hedendaagse fysiotherapeut veel gebruik van de verrichtingen begeleiden, informeren, sturen en oefenen. Informatie over hoe de fysiotherapeut de patiënt het beste kan begeleiden, informeren, sturen en laten oefenen om uiteindelijk gedragsverandering bij de patiënt te bereiken, is wel beschikbaar, maar nog geen gemeengoed onder fysiotherapeuten. De Stappenreeks van Verhulst en Van der Burgt uit 1996 (23) wordt in de meeste

richtlijnen van het KNGF wel als leidraad genoemd om gedragsverandering te begeleiden. In de richtlijnen ontbreekt echter een concrete uitwerking van de manier waarop de therapeut tijdens de diagnostische en therapeutische fase de patiënt het beste kan begeleiden in zijn gedragsveranderingproces. Het model voor gedragsverandering van Balm uit 2000 (24) beschrijft wel welke concrete activiteiten de therapeut kan ondernemen in de verschillende fasen van het methodisch handelen om gedragsverandering van de patiënt te begeleiden.

1.6 Gedragsverandering binnen de drie beroepen

Binnen de drie beroepen hebben de afgelopen decennia grote verschuivingen plaatsgevonden in het behandelen van een patiënt. Inactiviteit lijkt een belangrijk rol te spelen bij het ontstaan van klachten. Om deze klachten te verhelpen en in de toekomst te voorkomen, is het belangrijk om patiënten te stimuleren tot actief bewegingsgedrag. Ook blijkt het gedrag van de patiënt van invloed te zijn op het herstel. Het veranderen van bewegingsgedrag en het anders leren omgaan met de klachten zijn daarom essentiële doelen binnen de behandeling.

24

In 1991 verscheen een belangrijk proefschrift in dit verband: *Patient education in physical therapy* (25). Hieruit bleek dat fysiotherapeuten de patiënten veel gedragsadviezen geven, maar dat dit niet leidt tot een ander gedrag. Om patiënten effectief te kunnen adviseren is het belangrijk dat fysiotherapeuten en oefentherapeuten Mensendieck en Cesar kundig zijn op het gebied van gedragsverandering. Immers, het is niet ongebruikelijk dat patiënten tegen belemmeringen aanlopen in het veranderingsproces. Cognities en emoties kunnen een gedragsverandering in de weg staan. De fysiotherapeut en oefentherapeut Mensendieck en Cesar dienen voldoende vaardig te zijn om de patiënt te helpen deze belemmeringen te overwinnen. Dit boek wil eraan bijdragen dat het begeleiden van gedragsverandering een integraal onderdeel wordt van het handelen van de fysiotherapeuten, dat de verdere deskundigheidsbevordering van oefentherapeuten Mensendieck en Cesar op dit gebied gevoed wordt en dat er een sterkere onderbouwing komt van de wijze waarop oefentherapie een onderdeel is van het handelen van therapeuten. In de volgende hoofdstukken staat beschreven welke activiteiten therapeuten tijdens de diagnostische en therapeutische fase kunnen ondernemen om een gedragsverandering bij de patiënt te begeleiden.

Literatuurlijst

- 1 Kuiper, C., & Jans, M. (2009). Betrokken bij bewegen, essentie van de oefentherapie gegeven door een oefentherapeut. Den Haag: Lemma.
- 2 Halvorsen, G. (2009). *Mensendieckutdanning i Norge 1912-2008*. Hóvik Forlaget Vett & Viten.
- 3 Jonker-Kaars Sijpesteijn, M.L.A. (1996). *De methode Mensendieck* (2^e druk). Utrecht: Bunge.
- 4 Mensendieck, Bess M. (1927). *Bewegungsprobleme*. München: F. Bruckmann AG; Falter II-1.
- 5 Eijk, I. van (1993). *Gezond bewegen: maak er een gewoonte van*. Utrecht/Antwerpen: Kosmos-Z&K.
- 6 Cesar, M. (1994). *De bewegingsleer Cesar: norm en doelstelling*. Den Dolder: Stichting Vormingsfonds Cesar.
- 7 Ober, C. (2008). Oefentherapie: oefentherapie Cesar, een therapie in beweging. Den Haag: Lemma.
- 8 Hasper, H.C. (1987). *Vijftig jaar bewegingsleer Cesar: inleiding op ontstaan, theorie en werkwijze*. Den Dolder: Stichting Opleiding Bewegingstherapie Cesar.
- 9 Buytendijk, F.J.J. (1932). *Wezen en zin van de Mensendieck Methode*. Internationale Mensendieck-liga / Nederlandse Mensendieck Bond.
- 10 Buytendijk F.J.J. (1953). De waarde van de Mensendieck-methode. *Nederlands Tijdschrift Geneeskunde*, 97(46): 2987-2992.
- 11 Buytendijk, F.J.J (1964). *Algemene theorie der menselijke houding en beweging*. Utrecht: Het Spectrum.
- 12 Fitts, P., & Posner, M. (1967). *Learning and skilled performance in human performance*. Belmont, CA: Brock-Cole.
- 13 Schmidt, R.A. (1975). A schema theory of discrete motor skill learning. *Psychological Review*, 82(4).
- 14 VvOCM (2010). *Beroepsprofiel oefentherapeut*. Den Haag: Lemma.
- 15 Netelenbos, J.B. (1998). *Motorische ontwikkeling van kinderen: handboek deel 1 introductie*. Amsterdam: Boom.
- 16 Balm, M.F.K. (1989). Oefentherapie-Mensendieck in integraal perspectief: een synthese van lichamelijke oefening en gezondheidsopvoeding. Doctoraalscriptie. Amsterdam: FBW, VU.
- 17 <http://www.vvocm.nl/informatie>.
- 18 Terlouw, T.J.A. (red.) (2004) *Geschiedenis van de fysiotherapie gezien door andere ogen: bijdragen tot de geschiedenis van de fysiotherapie in de negentiende en twintigste eeuw geschreven door Nederlandse en buitenlandse onderzoekers*. Amsterdam: Aksant.

- 19 Hagedoorn, L.H.A., Bernards, A.T.M., & Oostendorp, R.A.B. (2000). *Het meerdimensionaal belasting-belastbaarheidsmodel*. Amersfoort: Nederlands Paramedisch Instituut.
- 20 Engel, G. (1977) The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129-136.
- 21 Vlaeyen, J.W.S., & Linton, S.J. (2000) Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: a state of the art. *Pain*, 85(3), 317-332.
- 22 Beroepsprofiel Fysiotherapie, 2006
- 23 Verhulst, F., & Burgt, M. van der (1996) *Doen en blijven doen*. Houten: Bohn Stafleu van Lochum.
- 24 Balm, M. (2000) *Gezond bewegen kun je leren*. Utrecht: Lemma.
- 25 Sluis, E.M. (1991) *Patient education in physical therapy*. Utrecht: NIVEL.
- 26 Beroepsprofiel oefentherapeut-Mensendieck, 1993, 2000, NVOM, Utrecht.