

[chapeau]

Een nieuw perspectief op gedragsverandering in de fysiotherapie

[kop]

Gedragslenzen

[intro]

De fysiotherapeutische beroepspraktijk heeft dringend behoefte aan mogelijkheden om patiënten te ondersteunen bij het veranderen van gezondheidsgedrag. Het vermogen tot gedragsverandering blijkt in de dagelijkse praktijk namelijk behoorlijk tegen te vallen. Het gedragsmodel 'Persuasive by Design', ontwikkeld door onderzoekers van de Hogeschool Utrecht, vertaalt principes over menselijk gedrag in vijf 'Gedragslenzen'. Aan de hand van een casus lichten de onderzoekers dit model toe en de toepassing hiervan in de beroepspraktijk van de fysiotherapeut.

[einde intro]

Tekst: Stefan Elbers, Sander Hermsen, Manon Bloemen, Reint Jan Renes en Harriët Wittink

Mensen bezitten de unieke capaciteit om hun gedrag te sturen in de richting van zelfgekozen doelen.

Toch blijkt ons vermogen tot gedragsverandering in de dagelijkse praktijk behoorlijk tegen te vallen.¹

Voor patiënten met obesitas is het lastig een dieet vol te houden na afloop van een leefstijlinterventie.²

Voor 30 tot 60 procent van de patiënten met chronische pijn is het niet mogelijk om de

behandelinzichten na afloop van pijnrevalidatie vol te houden.³ En ook op het gebied van fysieke

activiteit is een groot verschil te zien tussen de wil om meer te bewegen en het daadwerkelijke

beweeggedrag.⁴ Uit een onlangs verschenen rapport van de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid 'Weten is nog geen doen' blijkt dat dit inzicht langzaam doordringt naar de praktijk.⁵ Het weerbarstige karakter van gedragsverandering levert in de praktijk allerlei problemen op. Er wordt enerzijds een steeds grotere rol verwacht van de zorgverlener bij het begeleiden van patiënten met chronische aandoeningen naar een gezonde leefstijl. Anderzijds is er steeds minder behandel tijd beschikbaar om aan deze behandel doelen te werken.⁶ Met gemiddeld 10,5 behandelingen per patiënt kunnen we ons afvragen in hoeverre behandel doelen die langdurige gedragsverandering omvatten, wel realistisch zijn.⁷ Een ander probleem is dat nieuwe inzichten over gedragsverandering slechts in beperkte mate doordringen in de fysiotherapeutische beroepspraktijk. Zo bieden de door het KNGF opgestelde beweeginterventies slechts beperkt houvast bij het volhouden van de verkregen fitheid na afloop van de interventie. Hoewel er enkele theorieën voor gedragsverandering worden toegelicht en vertaald worden naar een aantal algemene adviezen, bieden de beweeginterventies weinig handvatten om per individuele patiënt te analyseren welke gedragsveranderingsstrategieën in die situatie mogelijk zijn.⁸⁻¹⁰ Daarnaast houdt het geboden theoretische kader met name rekening met gecontroleerd, beredeneerd gedrag, maar niet met automatismen, zoals gewoontes en impulsen. En dat terwijl gedragswetenschappers de interactie tussen deze twee vormen van gedrag (gecontroleerd en automatisch) zien als een fundamenteel uitgangspunt bij het verklaren en voorspellen van gedrag.¹¹⁻¹³ Kortom, de beroepspraktijk heeft dringend behoefte aan mogelijkheden om patiënten te ondersteunen bij het veranderen van gezondheidsgedrag. Wij denken dat hier geen generieke aanpak of methode, maar een model voor klinisch redeneren voor nodig is. Met dit model kan de beroepspraktijk iedere patiënt ondersteunen in het veranderen van zijn of haar gezondheidsgedrag op basis van de eigen context, mogelijkheden en beperkingen. Met de ontwikkeling van het gedragsmodel 'Persuasive by Design' hebben onderzoekers van de Hogeschool Utrecht daartoe een belangrijke stap gezet.¹⁴ Dit

model integreert centrale principes over menselijk gedrag en het veranderen daarvan en vertaalt deze in vijf hoofdaspecten of 'Gedragslenzen'.

De Gedragslenzen

De vijf Gedragslenzen geven een evidence-based en volledig beeld van alle aspecten die bij gedragsverandering relevant zijn. Daarmee bieden ze de zorgprofessional een hulpmiddel om theorie en bewijs over gedragsverandering te koppelen aan ieder individueel behandelplan. Elke lens biedt daarbij een ander perspectief, een andere 'blik' op het probleem, het gewenste doelgedrag en de manier waarop de patiënt daarmee omgaat. Dat maakt het mogelijk om vanuit ieder van de vijf perspectieven 'kansen' en 'uitdagingen' te formuleren die passen bij het doelgedrag en de persoonlijke context van de patiënt. Een sterk punt van deze aanpak is dat er niet wordt geprobeerd een one-size-fits-all-gedragsinterventie op alle situaties te plakken, maar dat de Gedragslenzen juist een gepersonaliseerde aanpak ondersteunen. [Voeg kader 1 ongeveer hier toe].

Aan de hand van een casusbeschrijving demonstreren we de achtergronden en toepassingsmogelijkheden van de Gedragslenzen en de integratie daarvan in de beroepspraktijk van de fysiotherapeut.

De casus

Een 88-jarige vrouw woont samen met haar dochter in een eengezinswoning. Mevrouw heeft twee jaar geleden een totale knieprothese (links) gekregen. Mevrouw heeft recent een bezoek gebracht aan de geriater vanwege toenemende vergeetachtigheid. Uit neuropsychologisch onderzoek is een verminderd functioneren van het werkgeheugen geconstateerd. Omdat ze haar dag routinematig invult, ervaart ze hier weinig problemen mee in het dagelijks leven. Mevrouw is in huis zelfstandig mobiel. Buitenshuis gebruikt mevrouw twee elleboogkrukken en heeft ze een maximale actieradius van ongeveer 3000

stappen (circa 1500 meter), die beperkt wordt door kortademigheid en pijn in haar knieën.

Mevrouw maakt zich zorgen over haar pijnlijke knieën. Ze is met name bang dat haar poreuze botten op den duur zullen breken als ze deze te veel belast.

Haar afnemende mobiliteit leidt tot sociale isolatie. Ze komt niet alle dagen meer buiten en is het grootste deel van de dag alleen. Ze haalde veel genoegdoening uit vrijwilligerswerk in de kerk, maar op dit moment voelt ze zich eerder tot last. Ze gaat nu nog maximaal één keer per maand helpen bij het koffieschenken na de kerkdienst. Haar dochter is mantelzorger en helpt mevrouw bij het doen van huishoudelijke taken. Zij heeft een fulltimebaan en heeft hier alleen in de avonduren tijd voor.

De stemming van mevrouw begint te lijden onder deze beperkingen. Vanwege somberheidsklachten heeft ze contact opgenomen met de huisarts. De huisarts constateert dat het activiteitsniveau lager is dan te verwachten op basis van haar lichaamsfuncties als kracht en mobiliteit. Ze verwijst mevrouw door naar de fysiotherapeut voor een beweeginterventie.

De fysiotherapeut kan met behulp van de gedragslenzen de gedragsaspecten van de casus analyseren. Aan de hand van deze analyse kan het behandelplan zodanig worden ingevuld, dat de fysieke fitheid van mevrouw niet alleen wordt opgebouwd, maar ook wordt volgehouden op de lange termijn. Hieronder geven wij de mogelijke resultaten van zo'n analyse weer. De fysiotherapeut kan deze inzichten met de patiënt bespreken om samen tot een plan van aanpak te komen.

[aanwijzing voor de vormgeving: steeds in kader de 5 lenzen noemen, met daarbij een vergrootglas bij de lens waar we op dat moment zijn, hier dus Lens 1 – bij wijze van navigatie door het artikel]

Lens 1: Gewoontes en Impulsen

Het eerste centrale principe in het gedragsmodel 'Persuasive by Design' is dat onze gedragingen onder te verdelen zijn in automatisch (vaak ongecontroleerd of onbewust) gedrag en gecontroleerd (vaak bewust en intentioneel) gedrag. Bij complexe gedragingen zoals fietsen zijn vaak verschillende soorten

gedrag aanwijsbaar: automatische (evenwicht bewaren), half-automatische (trappen, sturen, plotseling uitwijken) en gecontroleerde gedragingen (route plannen, schuilen wanneer het regent, fiets van het slot halen). Een groot deel van onze gewoonten zijn automatisch. Zo zijn staplengte, loopsnelheid en het moment van inzetten van een armzwaai over het algemeen onbewust en niet intentioneel. Een andere vorm van automatisch gedrag is impulsgedrag: het stoplicht staat op rood, dus stoppen we. De lens 'gewoonten en impulsen' geeft ons de kans te onderzoeken in hoeverre er sprake is van automatismen en hardnekkige gewoonten, die het doelgedrag belemmeren of juist bevorderen.

Op het gebied van gedragsveranderende strategieën biedt deze lens de fysiotherapeut de kans om na te denken over mogelijkheden op het gebied van *nudging*: gewenst gedrag automatisch laten plaatsvinden door situaties zo in te richten, dat het gedrag vanzelf volgt. Dit kan door het aanbrengen van prikkels die het gewenste gedrag veroorzaken (bijvoorbeeld door gezonde snacks zichtbaar neer te leggen), het weghalen van prikkels die leiden tot ongewenst gedrag (bijvoorbeeld door ongezonde snacks uit het zicht te bewaren), of door de automatische opvolging van prikkel en gedrag te verbreken (bijvoorbeeld door in de buis met chips iedere tiende chip een andere kleur te geven, zodat je je realiseert dat je de buis onnadenkend leeg aan het eten bent).

Verder geeft de lens 'gewoontes en impulsen' de fysiotherapeut inzichten in mogelijkheden om behandeldoelen te koppelen aan bestaande gewoonten of omgevingscues. Uit onderzoek weten we, dat daar krachtige mogelijkheden liggen die het mensen gemakkelijker maken om een gezondheidsregime vol te houden. Zo hebben Stawarz en collega's onderzoek gedaan naar strategieën van patiënten om medicatiegebruik vol te houden.^{15,16} Bij succesvolle strategieën werd er vaak een koppeling gemaakt tussen een omgevingscue en het gewenste gedrag, zoals het neerleggen van de medicatie op een zichtbare plek, of het koppelen van de medicatie-intake aan een dagelijks terugkerende handeling.

Casus: kansen en uitdagingen

Vanuit het perspectief van deze lens valt in eerste instantie de routinematige daginvulling van mevrouw op. Tot op heden is het niet gelukt om fysieke activiteit in te passen in haar dagelijkse routines. Mogelijk wordt mevrouw gedurende de dag onvoldoende herinnerd aan haar plan om te gaan wandelen. Hier liggen kansen op het gebied van nudging. Misschien helpt het om de wandelstok op een zichtbare plek in de woonkamer te bewaren. Misschien helpt het om een wandeling deel uit te laten maken van de dagelijkse routine. Een uitdaging binnen deze lens is het omgaan met de pijn die mevrouw tijdens het bewegen ervaart. Deze 'prikkel' is veelal geassocieerd met het automatisch stoppen en zoveel mogelijk vermijden van de pijnlijke activiteiten. Hoewel deze pijn waarschijnlijk niet te vermijden is, zijn er strategieën voorhanden om de impact van deze pijnbeleving op het gedrag te verminderen. Zo wordt er bijvoorbeeld binnen Acceptance and Commitment Therapy (ACT) geoefend om gebeurtenissen zonder oordeel en in het moment te ervaren.¹⁷ Op termijn zal de pijn dan minder prominent geassocieerd zijn met gedachten aan vermijding en lichamelijke schade.

Lens 2: Weten en Vinden

Lang niet al ons gedrag verloopt via automatismen. Wij hebben gelukkig ook de mogelijkheid om doelbewust gedrag gecontroleerd uit te voeren. Gecontroleerd gedrag kunnen we het beste vergelijken met een soort thermostaat: we vergelijken een zelfgekozen doel (de instelling van de thermostaat) met het huidige gedrag (de huidige temperatuur). Wanneer er genoeg motivatie, vaardigheden en kansen aanwezig zijn, proberen we vervolgens om het ervaren verschil tussen de huidige situatie en het doel op te heffen (het aanslaan van de CV-ketel).¹⁸ Na verloop van tijd evalueren we opnieuw, en passen we het gedrag zo nodig aan. Dit proces herhaalt zich tot het doel is bereikt. Het eerste relevante aspect binnen dit gedragsperspectief is de kennis over en houding ten opzichte van het doelgedrag. Zo kan in het geval van chronische pijn een puur biomedische kijk op de klachten bij een patiënt leiden tot doelen die sterk gefocust zijn op kortetermijn-pijnbestrijding.¹⁹ Een gedegen educatie over de gezondheidsconditie zal

het conceptuele denkkader verbreden en is daarmee op zichzelf al een eerste stap om gedrag te veranderen.²⁰

Casus: kansen en uitdagingen

De ziektepercepties van deze patiënt, het idee dat haar botten de dagelijkse belasting niet aankunnen, zijn niet in overeenstemming met de daadwerkelijke conditie van haar knieën. Binnen deze lens kan de gevonden discrepantie gezien worden als een kans, waarbij biopsychosociale pijneducatie mogelijk zal leiden tot minder angst voor schade bij bewegen.

Een uitdaging binnen deze lens is dat educatie in sommige gevallen ook een onbedoeld negatief effect heeft op patiënten; het nocebo-effect. Zo zijn er aanwijzingen dat uitleg met een sterke biomedische focus ertoe leidt dat patiënten zich meer zorgen gaan maken over hun klachten, angstiger worden en zelfs meer pijn ervaren.^{21,22} Het actief controleren of de boodschap goed is geïnterpreteerd door de patiënt (bijvoorbeeld met behulp van teach-back) is één van de mogelijkheden om deze uitdaging te ondervangen.²³ Verder heeft mevrouw last van een verminderd kortetermijngeheugen, waardoor de pijneducatie – maar ook de behandeldoelen – mogelijk niet voldoende zullen beklijven. Het erbij betrekken van de mantelzorgers of het gebruik van andere compensatiestrategieën, zoals een notitieboekje of een dictafoon, kunnen hierbij een oplossing bieden.²⁴

Lens 3: Zien en Beseffen

De volgende stap in de gedragsveranderingsthermostaat is het vergelijken van het eigen, huidige gedrag met het gewenste doel. Mensen hebben hierbij vaak een vertekend beeld van hun eigen gedrag.^{25,26} Dit heeft onder andere te maken met het feit dat lang niet al het gedrag bewust wordt ervaren. Deze lens draait om het objectief inzichtelijk maken van het eigen gedrag en de gevolgen daarvan. Aangezien we

in veel gevallen niet bewust zijn van ons automatische gedrag, heeft deze lens sterke dwarsverbanden met de lens 'Gewoonten en Impulsen'.

Ook heeft deze lens verbanden met de lens Weten en Vinden, omdat er vaak kennis over de gevolgen van het eigen gedrag ontbreekt. Het aanbieden van kennis over de gevolgen van het huidige gedrag kan dan helpen om het eigen gedrag beter in te schatten.

Directe feedback op het eigen gedrag is een van de beste manieren om binnen de lens 'Zien en Beseffen' het doelgedrag te ondersteunen. Moderne technologische ontwikkelingen leveren een objectieve maat voor bewegen, die de patiënt direct, terwijl het gedrag optreedt, verder helpt. Zo geeft een stappenteller iedere dag ondubbelzinnig antwoord op de vraag of het behandeldoel is gehaald. Hierbij is het van belang dat de patiënt de relatie legt tussen de feedback (bijv. aantal stappen per dag) en het behandeldoel (bijv. meer zelfstandigheid). Een uitdaging is dat een te ambitieus doel demotiverend kan werken als de feedback tegenvalt.^{27,28} Zo valt een toename van 3000 naar 3200 stappen per dag tegen als er gestreefd wordt naar 5000 stappen.

Casus: kansen en uitdagingen

In deze casus is de patiënt zich hoogstwaarschijnlijk niet volledig bewust van haar actieradius, die ten gevolge van haar pijnklachten de afgelopen jaren geleidelijk is afgenomen. Daarnaast is het goed mogelijk dat mevrouw zich eveneens niet bewust is van de negatieve gevolgen van haar verminderde actieradius op haar spierkracht, cardiovasculaire gezondheid, sociale participatie en stemming. In de beschreven casus kan er daarom gewerkt worden met directe feedback op betekenisvolle subdoelen, waarbij het behaalde aantal stappen wordt omgerekend naar een belangrijke dagelijkse activiteit (op de koffie bij de buurvrouw, een brief posten, naar de bakker).

Lens 4: Willen en Kunnen

Door deze lens beziet de fysiotherapeut de kansen en uitdagingen die te maken hebben met de motivatie van de patiënt om het gedrag te veranderen en de mogelijkheden die hij of zij daartoe heeft. Motivatie leidt tot betere resultaten, wat de motivatie weer verhoogt.²⁹ Een gedegen (liefst intrinsieke) motivatie kan als vliegwiel voor de behandeling werken. Maar niet alleen motivatie is van belang, de patiënt moet ook nog in staat zijn het gewenste gedrag uit te voeren. Zijn de juiste vaardigheden voorhanden? Zijn er belemmeringen of drempels bij het uitvoeren van het gedrag?

Verder is er een onderscheid te maken tussen verschillende soorten motivatie. Zo is in sommige omstandigheden autonomie en de eigen identiteit ten opzichte van anderen een grote motivator. In andere omstandigheden is juist saamhorigheid belangrijk.³⁰ Senioren vinden vaak motivatie in een sociale inbedding van het gewenste gedrag.³¹ Met name wanneer de patiënt een verlies van sociale interactie ervaart, zoals in deze casus, is het koppelen van het gewenste gedrag aan een sociale context een sterke prikkel om het gedrag uit te voeren.

Casus: kansen en uitdagingen

Het vaststellen van de achterliggende waarden bij de hulpvraag van de patiënt biedt mogelijkheden om haar motivatie om meer te bewegen, te verhogen.³² Zo heeft de patiënt aangegeven dat ze het liefste verder zou willen wandelen, *omdat* ze daardoor minder afhankelijk is van anderen. De achterliggende waarde 'zelfstandigheid' ligt daarmee ten grondslag aan de motivatie om meer te bewegen. Dit inzicht maakt het bijvoorbeeld mogelijk om feedback op de voortgang gedurende de behandeling uit te drukken in de toegenomen zelfstandigheid. Aan de andere kant is het mogelijk dat de motivatie zal afnemen als het toegenomen aantal stappen niet leidt tot meer zelfstandigheid. De patiënt kan bijvoorbeeld angstig zijn om te vallen en daarom alleen buiten willen lopen als ze samen met haar dochter is. In dat geval is het mogelijk om de behandeling te richten op het verminderen van de angst, zodat de waarde 'zelfstandigheid' alsnog kan dienen ter ondersteuning van de motivatie. Als deze route

niet wenselijk is vanwege bijvoorbeeld een reëel valrisico, dan kan de beweeginterventie in overleg met de patiënt ook worden gerelateerd aan andere belangrijke waarden, zoals 'genieten van de natuur' of 'sociale verbondenheid'.

Bij het stellen van een doel is het van belang vooruit te kijken naar mogelijke kansen en hindernissen. Als mevrouw bijvoorbeeld een vast moment op de dag kiest waarop ze gaat lopen, bedenk dan hoe ze zal omgaan met onverwacht bezoek, gladheid of pijnklachten. Dergelijke hindernissen vormen een reële bedreiging en kunnen een negatieve invloed hebben op de relatie tussen het doel en het uit te voeren gedrag.³³ Daarentegen vormt het meelopen met de buurvrouw als zij haar hond uitlaat een kans om op vaste momenten beweging te integreren in haar dagelijks leven. Met behulp van een goed uitgewerkt actieplan, waarin het doel zoveel mogelijk wordt geïntegreerd in het dagelijks leven van de patiënt, kan er rekening worden gehouden met vooraf geïdentificeerde hindernissen.

Lens 5: Doen en Blijven doen

Het formuleren van een doel leidt niet automatisch tot het behalen van het gewenste eindresultaat. Gedurende de uitvoering kan er sprake zijn van conflicterende doelen, onvoorziene omstandigheden of ongewenste bijeffecten, die de uitvoering kunnen belemmeren. De laatste lens, 'Doen en Blijven doen', geeft inzicht in de mate waarin de patiënt het gewenste gedrag daadwerkelijk uitvoert en, vooral, blijft volhouden. Deze lens heeft sterke dwarsverbanden met de lens 'Willen en Kunnen', omdat in deze lens meestal de randvoorwaarden te vinden zijn om een interventie blijvend te doen slagen.

Casus: kansen en uitdagingen

Doelen hebben een grotere kans om daadwerkelijk te worden uitgevoerd, wanneer we het 'waar', 'wanneer' en 'hoe' van de voorgenomen actie zo gedetailleerd mogelijk verwoorden.³⁴ Als mevrouw aangeeft dat ze dagelijks, direct nadat ze zichzelf heeft aangekleed (wanneer), een wandeling door de

wijk maakt (hoe en waar), creëert ze daarmee een directe relatie tussen het doel ('ik wil meer bewegen') en de specifieke context. Hiermee vergroot ze de kans dat de wandeling op den duur onderdeel wordt van haar dagelijkse routine, waarmee ze als het ware een gezonde gewoonte heeft gecreëerd.

Een andere kans is de aanwezigheid van de mantelzorger, die zowel praktische als emotionele steun kan bieden bij de opbouw in de fysieke activiteit. Samen kunnen ze de voortgang bespreken en nieuwe betekenisvolle subdoelen stellen. Hierbij kunnen ze in eerste instantie zelf op zoek gaan naar mogelijkheden om het doel zo goed mogelijk te integreren in het dagelijks leven. Momenten van fysieke activiteit kunnen bijvoorbeeld van week tot week worden gekoppeld aan praktische activiteiten die al gepland stonden. Ook kunnen de mantelzorger en patiënt in eerste instantie samen evalueren hoe ze weer op het goede spoor komen, als er structurele problemen ontstaan in de uitvoering. Een fysiotherapeut kan samen met de mantelzorger en de patiënt bespreken hoe ze het beste om kunnen gaan met hindernissen en wat realistisch is met betrekking tot de prognose.

Uitdagingen liggen met name in het omgaan met hindernissen; hoe pakt mevrouw het oude plan weer op wanneer ze een tijdje geveld is geweest door griep, of wanneer er sneeuw heeft gelegen? Zoals we hierboven al stelden, zijn sociale en emotionele steun een belangrijke succesfactor bij het volhouden van gewenst gedrag. De mantelzorger zou hierin een belangrijke rol kunnen spelen, door de patiënt na een moeilijke periode te helpen de routine weer op te pakken.

Discussie

Bij iedere lens zijn enkele potentiële interventiestrategieën geschetst. Er is een groot instrumentarium aan technieken beschikbaar die gedragsverandering kunnen faciliteren.³⁵ Echter, welke strategie je in welke context het beste kunt kiezen is moeilijk te bepalen. Niet alleen verschilt dat per situatie, ook is er nog geen helder overzicht van alle mogelijke strategieën, hun inzetbaarheid en beperkingen.

De aanpak met de Gedragslenzen maakt het de professional eenvoudiger om in te zoomen op de gedragsaspecten van een behandeling. Dit inzoomen heeft wel een risico, het blijft immers van belang om voldoende aandacht te blijven behouden voor de gezondheidssituatie en systemische factoren, zoals de woonsituatie en de mogelijkheden tot bewegen binnen de actieradius. Daarom is het belangrijk de lenzen te integreren binnen het in de fysiotherapie veelgebruikte ICF-raamwerk. Het ICF besteedt nu al ruim aandacht aan externe invloeden op activiteiten, zoals omgevingsfactoren, maar schiet nog te kort in het evalueren van gedragsaspecten. De Gedragslenzen bieden daarmee in combinatie met de externe factoren en gezondheidssituatie uit het ICF een volledig scala voor het klinisch redeneren binnen de fysiotherapie. Een uitwerking van deze integratie is het aangepaste 'Physical Activity for persons with a Disability model' (PAD-model; zie figuur 1). Dit analyse-instrument is ontwikkeld om het klinisch redeneren te ondersteunen en te komen tot een individueel afgestemd behandelplan. In het oorspronkelijke PAD-model worden de gedragsaspecten benaderd vanuit het ASE-model (Attitude, Sociale invloed en Eigen effectiviteit).³⁶ Het aangepaste PAD-model heeft de gedragsaspecten verder uitgewerkt met de vijf perspectieven van de Gedragslenzen. Een behandelplan gebaseerd op deze combinatie biedt in de meeste gevallen voldoende aanknopingspunten om de slagingskans van een behandeling op de lange termijn te verhogen. [Figuur 1 hier invoegen].

De Gedragslenzen zijn daarnaast ook geschikt als hulpmiddel bij het ontwikkelen van zorgtrajecten en interventies. Hiermee kan op systematische wijze worden getracht de interventie zoveel mogelijk te bestendigen in het dagelijks leven van het individu.

Op dit moment lopen er drie onderzoeksprojecten in de gezondheidszorg, waarbij de lenzen worden ingezet om gedragsverandering te faciliteren. In het onderzoek 'Active after Stroke' wordt getracht om de fysieke activiteit te verhogen bij mensen die lijden aan de gevolgen van een beroerte. In het project 'Wat Beweegt Jou?!' werken onderzoekers samen met kinderen met beperkingen en hun ouders,

kinderfysiotherapeuten, sport- en beweegaanbieders en buurtsportcoaches aan mogelijkheden om de deelname van kinderen met beperkingen aan beweegactiviteiten, zoals buitenspelen en sport, te vergroten.³⁷ Bij de SOLACE-studie staat het optimaliseren van de langetermijneffecten van pijnrevalidatie centraal.

Meer informatie: lectoraat Crossmediale Communicatie in het Publieke Domein

(<https://www.publab.hu.nl>) en het lectoraat Leefstijl en Gezondheid

(<https://www.onderzoek.hu.nl/Kenniscentra/Gezond-en-Duurzaam-Leven/Leefstijl-en-Gezondheid>).

[auteursinformatie]

Stefan Elbers, Hogeschool Utrecht (HU), Lectoraat Leefstijl en Gezondheid; Universiteit Maastricht, Faculty of Health, Medicine and Life Sciences, CAPHRI, afd. Revalidatiegeneeskunde.

Sander Hermsen, HU, Lectoraat Crossmediale Communicatie in het Publieke Domein.

Manon Bloemen, HU, Lectoraat Leefstijl en Gezondheid; HU, Masteropleiding Fysiotherapie, Specialisatie Kinderfysiotherapie.

Reint Jan Renes, HU, Lectoraat Crossmediale Communicatie in het Publieke Domein.

Harriët Wittink, HU, Lectoraat Leefstijl en Gezondheid.

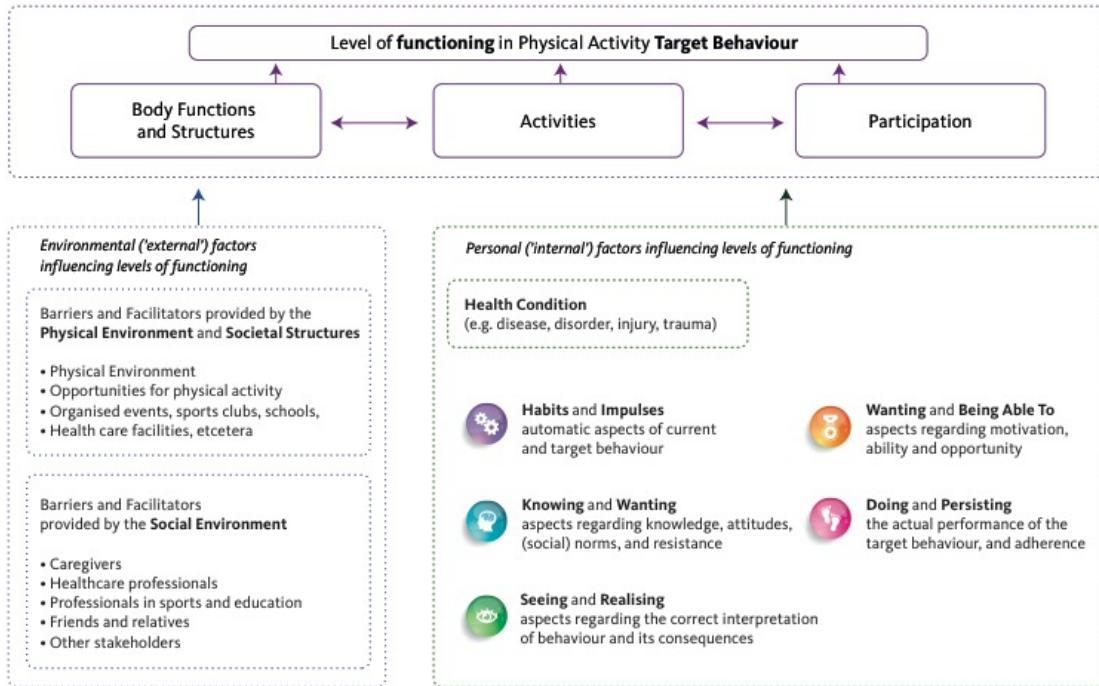
[mailicoon] stefan.elbers@hu.nl

Referenties

1. Sheeran P. Intention—behavior relations: A conceptual and empirical review. *European Review of Social Psychology*. 2002;12(1):1-36.
2. Elfhag K, Rossner S. Who succeeds in maintaining weight loss? A conceptual review of factors associated with weight loss maintenance and weight regain. *Obesity Reviews*. 2005;6(1):67-85.
3. Turk DC, Rudy TE. Neglected topics in the treatment of chronic pain patients - relapse, noncompliance, and adherence enhancement. *Pain*. 1991;44:5-28.

4. Rhodes RE, Dickau L. Experimental evidence for the intention-behavior relationship in the physical activity domain: A meta analysis. *Health Psychology*. 2012;31(6):724-727.
5. Regeringsbeleid WRvh. *Weten is nog geen doen: Een realistisch perspectief op redzaamheid*. Den Haag 2017.
6. Kaljouw M, van Vliet K. *Naar nieuwe zorg en zorgberoepen: De contouren*. Zorginstituut Nederland;2015.
7. Barten D, Koppens L. *Zorg door de fysiotherapeut: Jaarcijfers 2015 en trendcijfers 2011-2015*. 2016.
8. Ajzen I. The Theory of Planned Behavior. *Organ Behav Hum Decis Process*. 1991;50:179-211.
9. Prochaska JO, DiClemente CC. Stages and Processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *J Consult Clin Psychol*. 1983;51(3):390-395.
10. Rogers RW. A protection motivation theory of fear appeals and attitude change. *J Psychol*. 1975;91:93-114.
11. Aarts H, Dijksterhuis A. Habits as knowledge structures: Automaticity in goal-directed behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*. 2000;78(1):53-63.
12. Hofmann W, Friese M, Strack F. Impulse and self-control from a dual-systems perspective. *Perspectives Psychological Science*. 2009;4(2):162-176.
13. Strack F, Deutsch R. Reflective and impulsive determinants of social behavior. *Personality and Social Psychology Review*. 2004;8(3):220-247.
14. Hermesen S, Van der Lugt R, Mulder S, Renes RJ. How I learned to appreciate our tame social scientist: experiences in integrating design research and the behavioural sciences. In *Proceedings of the 2016 Design Research Society 50th Anniversary Conference*. 2016:1375-1389.
15. Stawarz K, Cox A. How technology supporting daily habits could help women remember oral contraception. *Paper presented at the Workshop on Habits in HCI at BCS-HCI 2013, London, September 2013*. 2013.
16. Stawarz K, Rodríguez MD, Cox AL, Blandford A. Understanding the use of contextual cues: design implications for medication adherence technologies that support remembering. *Digital Health*. 2016;2:205520761667870.
17. Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, Lillis J. Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behav Res Ther*. 2006;44:1-25.
18. Carver CS, Scheier MF. Control theory: A useful conceptual framework for personality-social, clinical, and health psychology. *Psychological Bulletin*. 1982;92(1):111-135.
19. Eccleston C, Crombez G. Worry and chronic pain: a misdirected problem solving model. *Pain*. 2007;132(3):233-236.
20. Lima de Melo Ghisi G, Abdallah F, Grace SL, Thomas S, Oh P. A systematic review of patient education in cardiac patients: do they increase knowledge and promote health behavior change? *Patient Education and Counseling*. 2014;95(2):160-174.
21. Darlow B, Dowell A, Baxter GD, Mathieson F, Perry M, Dean S. The enduring impact of what clinicians say to people with low back pain. *Ann Fam Med*. 2013;11(6):527-534.
22. Dieppe P, Goldingay S, Greville-Harris M. The power and value of placebo and nocebo in painful osteoarthritis. *Osteoarthritis and cartilage*. 2016;24:1850-1857.
23. Tamura-Lis W. Teach-back for quality education and patient safety. *Urol Nurs*. 2013;33(6):267-271.
24. Rodakowski J, Saghafi E, Butters MA, Skidmore ER. Non-pharmacological interventions for adults with mild cognitive impairment and early stage dementia: An updated scoping review. *Molecular Aspects of Medicine*. 2015;43-44:38-53.
25. Sheeran P, Gollwitzer PM, Bargh JA. Nonconscious processes and health. *Health Psychology*. 2013;32(5):460-473.

26. Shiffman S, Hufford M, Hickcox M, Paty JA, Gnys M, Kassel JD. Remember that? Comparison of real-time versus retrospective recall of smoking lapses. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1997;65(2):292-300.
27. Brandstätter V, Herrmann M, Schüler J. The struggle of giving up personal goals: affective, physiological, and cognitive consequences of an action crisis. *Personality and Social Psychology Bulletin*. 2013;39(12):1668-1682.
28. Venables L, Fairclough SH. The influence of performance feedback on goal-setting and mental effort regulation. *Motivation and Emotion*. 2009;33(1):63-74.
29. Bandura A. *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman; 1997.
30. Deci EL, Ryan RM. Self-determination theory: A macrotheory of human motivation, development, and health. *Canadian Psychology*. 2008;49(3):182-185.
31. van Essen A, Bouwknecht R, Renes RJ. *Zolang ik fiets. Pilotproject veilig fietsen*. Utrecht: Lectoraat Crossmediale Communicatie in het Publieke Domein, Hogeschool Utrecht; 2015.
32. Chase JA, Houtmanfar R, Hayes SC, Ward TA, Vilardaga JP, Follette V. Values are not just goals: Online ACT-based values training adds to goal setting in improving undergraduate college student performance. *Journal of Contextual Behavioral Science*. 2013;2(3-4):79-84.
33. daCosta DiBonaventura M, Chapman GB. Moderators of the intention–behavior relationship in influenza vaccinations: Intention stability and unforeseen barriers. *Psychology & Health*. 2005;20(6):761-774.
34. Gollwitzer PM. Implementation intentions: Strong effect of Simple plans. *American Psychologist*. 1999;54(7):493-503.
35. Michie S, Richardson M, Johnston M, et al. The behavior change technique taxonomy (v1) of 93 hierarchically clustered techniques: Building an international consensus for the reporting of behavior change interventions. *Annals of Behavioral Medicine*. 2013;46(1):81-95.
36. van der Ploeg HP, van der Beek AJ, van der Wouden LHV, van Mechelen W. Physical activity for people with a disability. *Sports Medicine*. 2004;34(10):639-649.
37. Bloemen M, Hermsen S, Smits F, Wittink H. *Wat beweegt jou?! Ontwikkeling van toolboxes voor het verbeteren van participatie in beweegactiviteiten bij kinderen en jongeren met een beperking*. Utrecht: Lectoraat Leefstijl en Gezondheid, Kenniscentrum Gezond en Duurzaam Leven, Hogeschool Utrecht; 2017.



Figuur 1. Het aangepaste Physical Activity for persons with a Disability (PAD) model is een combinatie van het International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) model en de Gedragslenzen. De rechthoek bovenaan is gevuld met de functionerings-as van het ICF en de rechthoek linksonder bevat de omgevingsfactoren. De rechthoek rechtsonder heeft betrekking op de persoonsfactoren, waarin het gedragsperspectief is geoperationaliseerd met de Gedragslenzen.

Kader: De Gedraglenzen

De vijf gedraglenzen belichten ieder een essentieel onderdeel van het proces van gedragsverandering.

De lens Gewoontes en Impulsen zoomt in op automatismen en onbewust gedrag. De lens Weten en Vinden heeft betrekking op de kennis en de attitudes van de patiënt ten opzichte van het doelgedrag.

De lens Zien en Beseffen is gerelateerd aan het (zelf)monitoren van gedrag en alle mogelijke vertekeningen die daarbij kunnen optreden. De lens Willen en Kunnen omvat motivatie en mogelijke

kansen en obstakels om het doelgedrag uit te voeren. Tot slot heeft de lens Doen en Blijven doen

betrekking op daadwerkelijk (blijven) uitvoeren van het doelgedrag. Als er met de gedraglenzen naar

een specifiek proces van gedragsverandering wordt gekeken, kunnen er binnen ieder perspectief kansen en uitdagingen worden geformuleerd. Met behulp van deze set van aandachtspunten kan er vervolgens

een geschikte strategie gekozen worden om de interventie zo goed mogelijk te implementeren in het dagelijks leven van de patiënt.