

Motivational Interviewing

Een bewerking van het artikel:

Voorlichtingsmethodeken *Motivational Interviewing Diabeteszorg*Beter (jan. 2007)

1. Inleiding

Motivational Interviewing (MI) is een directieve persoongerichte gesprekstijl om verandering van gedrag te bevorderen door ambivalentie ten opzichte van verandering te helpen verhelderen en oplossen. Hierbij wordt de patiënt gestimuleerd om zelf (mede) verantwoording voor de behandelingskeuze te nemen.

Waarom is gedragsverandering zo moeilijk?

Het omgaan met een chronische ziekte vereist gedragsverandering van de patiënt. Indien de patiënt hiertoe niet instaat is leidt dit tot te weinig therapietrouw of non-compliance (Schippers, 2002). Dit kan diverse redenen hebben. Vooral gevoelens zoals angst, frustratie, depressie, schaamte enz., enz. spelen hierbij een belangrijke rol. Daarnaast zijn er nog andere redenen te noemen zoals nog te weinig vertrouwen, inzicht in de mogelijkheden om te veranderen, de mate van betrokkenheid, te weinig voordelen in de gedragsverandering zien, etcetera.

Ervaringen, verwachtingen en gewoonten kunnen veranderen, zij het soms langzaam en stap voor stap, indien de zorgprofessional een specifieke methode hiervoor beheerst.

Motivational Interviewing

De zorgprofessional helpt de patiënt stap voor stap bij de ontwikkeling om zijn motivatie van gedragsverandering te realiseren. Om de patiënt letterlijk en figuurlijk in beweging te laten komen waardeert en heeft de zorgprofessional begrip voor de zienswijze van de patiënt en de patiënt helpt ontdekken welke voordelen het gezonde gedrag voor hem oplevert. Patiënten staan vaak twijfelend in het aanpakken van hun problemen. Aan de ene kant zien ze de nadelen van hun gedrag maar aan de andere kant levert het gedrag hun voordelen op, zoals kortstondig genot, aandacht, controle, waardering of veiligheid. Dit wordt de patiënt vaak pas duidelijk tijdens de gesprekken met de zorgprofessional omdat hun ambivalentie meestal onbewust is.

Bij Motivational Interviewing helpt de zorgprofessional de patiënt deze ambivalentie te herkennen en er mee om te gaan. Hiervoor maakt de zorgprofessional gebruik van oplossingsgerichte technieken. Hij kijkt vooral naar wat lukt of gelukt is in het kader van de gewenste gedragsverandering. Kenmerkend voor deze technieken is dat deze de patiënt ondersteunen in het maken van kleine stappen in de gewenste richting en de patiënt strategieën leren om zelf zijn problemen op te lossen. Hierdoor wordt de patiënt in staat gesteld om definitief zijn gedrag te veranderen.

In 1991 publiceerden de Amerikaanse psycholoog William R. Miller en zijn Britse collega Stephen Rollnick *Motivational Interviewing: preparing people to change addictive behavior*. In eerste instantie is Motivational Interviewing ontwikkeld voor de omgang met mensen met verslavingsproblemen. De methode is zo succesvol dat deze ook op diverse andere gebieden van de gezondheidszorg (zoals voeding en beweging) wordt toegepast.

In 2002 verscheen de tweede editie onder de titel *Motivational Interviewing: preparing people for change*, met voortschrijdende inzichten in de effectiviteit van de methode en de bredere toepasbaarheid o.a. binnen justitie, gezondheidszorg en voor de begeleiding van patiënten met chronische aandoeningen.

Uit diverse studies. Bowen e.a. (2003) blijkt dat Motivational Interviewing een effectieve strategie is voor gedragsverandering. Bowen e.a. toonden aan dat een protocol gebaseerd op Motivational Interviewing uitgevoerd door getrainde diëtisten de inname van vet deed dalen.

De studie van Smith (1997) toont aan dat Motivational Interviewing een belangrijke rol speelt bij de behandeling van obese vrouwen met diabetes type 2.

Zij

- bezoeken meer groepsbijeenkomsten,
- houden beter hun voedingsdagboeken bij,
- meten vaker hun bloedglucose en
- hebben betere bloedglucose-waarden dan de standaardgroep.

Naast de bovenstaande onderzoeken zijn er op andere gezondheidsgerelateerde gebieden diverse onderzoeken gedaan waarbij het effect van Motivational Interviewing ook als positief is ervaren.

(Berg-Smith, 1996; Britt, 2003; Emmons, 2001; Long, 1995; Miller, 2004; Resnicow; 2001; Scales, 2003; Trigwell, 1997; Channon, 2003).

2. Theoretische basis

Motivational Interviewing is niet op een specifieke theorie gebaseerd, maar komt voornamelijk voort uit de sociale psychologie. Belangrijke kernbegrippen zijn: attributie, waarbij de patiënt de oorzaak van zijn aandoening buiten zichzelf zoekt; cognitieve dissonantie, de spanning die de patiënt ervaart tussen wat goed voor hem is en zoals hij nu doet en eigen effectiviteit. Een belangrijke recente bijdrage wordt tevens geleverd door de complexiteitstheorie waardoor meer inzicht is ontstaan in de invloed van de omgeving op de gedragsverandering.

Een belangrijke stap in de ontwikkeling van MI was de link aan het Stages of Change model van Prochaska en Diclemente als kader voor het veranderingsproces.

De principes van MI zijn gerelateerd aan de principes van cognitieve dissonantie, zoals het oplossen van ambivalentie door het manifest maken van inconsistenties waardoor dissonantie wordt gecreëerd. De technieken van MI (reflecties, samenvattingen) hebben als functie de cognitieve dissonantie op te wekken.

MI lijkt consistent te zijn aan een aantal modellen van gezondheidsgedrag, zoals o.a. Locus of control; Theory of Reasoned Action; Sociaal Cognitieve Theorie; Health Belief Model. Deze modellen, ondanks verschil in termen en nadruk, delen drie constructies, welke de kern van MI zijn. Dit zijn

- de verwachtingen van de patiënt over de consequenties van het aannemen van het specifieke gedrag,
- de invloed van de patiënt op zijn percepties of beliefs t.a.v. de persoonlijke controle over het specifieke gedrag en
- de sociale context van het specifieke gedrag (Britt 2003).

Voor inzicht in de invloed van de sociale context van de patiënt zijn de inzichten van de complexiteitstheorie belangrijk. Deze stelt dat de sociale context van de patiënt een complex adaptief systeem (CAS) is, gekenmerkt door

1. non-lineaire verandering: kleine gebeurtenissen, acties en interacties kunnen leiden tot effecten die het hele systeem inclusief het gedrag van de patiënt beïnvloeden,
2. zich herhalende gedragspatronen in zeer verschillende situaties, en
3. het ontstaan van ander gedrag in een andere omgeving.

Dit maakt dat het, binnen de sociale context van de patiënt gezien als een complex systeem, vaak moeilijk of zelfs onmogelijk is voor de zorgprofessional om het gedrag van de patiënt te begrijpen en voorspellen, laat staan te beheersen.

3. Wat is Motivational Interviewing?

Een directieve persoongerichte begeleidingsstijl om verandering van gedrag te bevorderen door ambivalentie ten opzichte van verandering te helpen verhelderen en oplossen (Miller, 2002).

Motivational Interviewing is directief en patiëntgericht. De methode helpt patiënten hun ambivalentie ten aanzien van gedrag te exploreren en op te lossen. Dit vindt plaats in een sfeer van samenwerken, waarbij de zorgprofessional gebruik maakt van verschillende principes en technieken (Miller, 2002).

Hierbij is het van groot belang dat

- er vertrouwen wordt opgebouwd tussen de zorgprofessional en de patiënt,
- de weerstand tegen gedragsverandering vermindert en
- gedragsverandering direct gericht wordt op het volgende stadium van gedragsverandering (Prochaska & Diclemente, 1986).

Principes van Motivational Interviewing zijn

De essentie van Motivational Interviewing is dat de motivatie tot verandering vanuit de patiënt zelf komt en niet door de zorgprofessional wordt opgelegd. Het is de taak van de patiënt en niet van de zorgprofessional om uitdrukking te geven en oplossingen te zoeken voor zijn ambivalentie. De bereidheid tot gedragsverandering, motivatie, is hierbij niet een vaststaande eigenschap van de patiënt, maar een wisselend resultaat van de interactie tussen patiënt, de sociale context van de patiënt en de zorgprofessional.

Iemands ambivalentie oplossen door hem te overtuigen is hierbij geen goede strategie. De sfeer tijdens een gesprek met een patiënt is dan ook respectvol, kalm, uitnodigend en stimulerend. De zorgprofessional is echter wel directief of anders geformuleerd hij stuurt op de afgesproken doelen. Hierbij is de zorgprofessional duidelijk en vasthoudend. De verhouding tussen beiden blijft echter die van gelijkwaardig partnerschap (Miller, 2002; Rollnick, 1999; Te Lintel Hekkert, 2003).

De onderstaande vijf principes spelen een belangrijke rol bij Motivational Interviewing en lopen als een rode draad door de techniek. Dit zijn punten waar de zorgprofessional bij het toepassen van de techniek voortdurend bij stil moet staan:

1. Wees empatisch

Werkelijk inleven in een ander en niet doen alsof je meeleeft! Door actief en reflectief te luisteren, laat de zorgprofessional blijken dat hij/ zij begrijpt wat de patiënt zegt, voelt en denkt. In deze respectvolle sfeer heeft de patiënt de veiligheid na te gaan welke voor- en nadelen aan zijn of haar probleemgedrag kleven.

2. Weerstand? Meeveren!

Weerstand is het effect van de communicatie tussen de zorgprofessional en de patiënt en vooral een signaal van betrokkenheid van de patiënt, waarbij de patiënt zichzelf echter nog niet bereid is de gewenste gedragsverandering te realiseren. Indien de zorgprofessional weerstand niet als betrokkenheid begrijpt ontstaat er een stijgend niveau van weerstand. Hoe hoger het niveau van weerstand, hoe lager de kans op gedragsverandering. Neuropsychologisch onderzoek heeft inmiddels aangetoond dat weerstand leidt tot een nog sterkere verankering van het bestaande, niet gewenste,

gedrag. (Dweck,2007) Daarmee is het de taak van de zorgprofessional om weerstandsniveaus zo laag mogelijk te houden.

3. Ondersteun eigen-effectiviteit

De zorgprofessional ondersteunt en versterkt het zelfvertrouwen van de patiënt om te doen dat nodig is om hun doelen te bereiken: de eigen effectiviteit. Geloof in eigen kunnen is één van de belangrijkste voorwaarden voor het slagen van gedragsverandering. De zorgprofessional versterkt de eigen-effectiviteit van de patiënt door samen op zoek te gaan naar positieve uitzonderingen op het probleem, na te gaan in hoeverre deze bruikbaar zijn om een volgend stapje te nemen in de richting van het gewenste gezonde gedrag. Verder stimuleert hij de motivatie van de patiënt door concrete, haalbare en attractieve veranderingen voor te stellen.

4. Ontwikkel discrepantie

In een motiverend gesprek wordt geprobeerd de balans te veranderen tussen 'hoe het gedrag is' (het niet gewenste gewoontegedrag) en 'hoe de patiënt zich wil gedragen' (gewenst gezond gedrag). Een techniek die gebruikt kan worden, is met de patiënt de voor- en nadelen van de huidige leefstijl en de na- en voordelen van het gewenste gedrag te bespreken. De zorgprofessional streeft hierbij naar explicitering en verscherping van verschillen tussen huidig gedrag en gezond gedrag. Door het uitlokken van zelfmotiverende uitspraken roept hij discrepantie op bij de patiënt en geeft hiermee een aanzet tot verandering.

5. Discussie/ argumentatie vermijden

Onvoorwaardelijke acceptatie door de zorgprofessional geldt ook voor de eventuele keuzes die de patiënt maakt om te veranderen. De patiënt is zelf deskundige en verantwoordelijk voor beslissingen die zijn eigen leven betreffen. Discussie tussen de zorgprofessional en de patiënt wijst op een afwijzing van de keuze van de patiënt door de zorgprofessional. Dit is zelfs contraproductief, omdat dit leidt tot versterking van het huidige niet gewenste gedrag.

Samenvatting:

De zorgprofessional werkt samen met de patiënt om de vereiste motivatie van de patiënt te ontwikkelen zodat de patiënt geïnspireerd is om zijn gedrag te veranderen. De nadruk ligt hierbij op de eigen verantwoordelijkheid en keuzevrijheid van de patiënt om de overeengekomen doelen te bereiken. De relatie tussen coach-coachee is meer van toepassing dan die van dokter-patiënt.

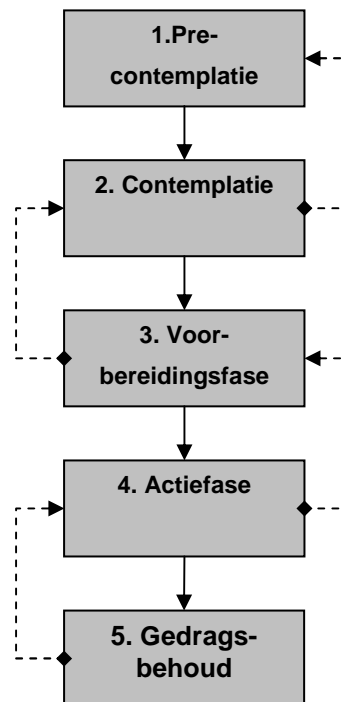
4. Stages of change

Het doel van dit model is eigenlijk om de zorgprofessional meer inzicht te geven in welke fase van gedragsverandering de patiënt zich bevindt, zodat hij zijn begeleiding hierop beter kan afstemmen.

Het model laat zien welke fases patiënten doorlopen en welke stappen ze zetten om te komen tot verandering van gedrag (Brug, 2002).

Voorbeeld: als iemand nog niet eens overweegt om zijn gedrag te gaan veranderen, heeft het geen zin om die persoon informatie te geven over hóe hij dat zou kunnen doen. (Precontemplatie)

Stages of Change



Het Stages of Change model geeft weer in gedragsverandering vijf motivationele stadia te onderscheiden zijn:

1. Precontemplatie

In de eerste fase, *precontemplatiefase*, wordt verandering van gedrag niet overwogen. Patiënten zijn zich in deze fase vaak niet bewust van hun risicogedrag en zijn niet overtuigd dat de voordelen van gedragverandering zwaarder wegen dan de mogelijke nadelen. Om patiënten in de *precontemplatiefase* te stimuleren om de betreffende gedragsverandering te overwegen, moeten ze bewust worden van de nadelen van hun huidige gedrag en de mogelijkheid tot veranderen. Het motivationele stadium kan getypeerd worden als “Ongeïnteresseerd”. De patiënt ziet het probleem niet en is nog niet bereid om het probleem op te lossen.

2. Contemplatie

In de tweede fase, *de contemplatiefase*, wordt de balans tussen voordelen en nadelen van zowel het huidige gedrag als het nieuwe gedrag opgemaakt. Verandering (binnen de

komende zes maanden) van het risicogedrag wordt wel overwogen, maar er worden nog geen plannen gemaakt om op korte termijn (de komende 30 dagen) te veranderen. Exploreren van ambivalentie is hier de belangrijkste taak.

De patiënt reageert "Afwijzend". Hij ziet het nut van de verandering in, maar acht zichzelf nog niet in staat om het te proberen. Wel stelt de patiënt zich meer algemene vragen: "Hoeveel tijd kost dat? 'Hoe duur is dat?'"

In de *contemplatiefase* is de patiënt zich bewust van de nadelen van het huidige gedrag en meestal overtuigd van de voordelen van gedragsverandering. De eigen effectiviteitverwachting kan in deze fase wel laag zijn; men wil wel veranderen maar weet niet goed hoe. Omgevingscondities, sociale invloeden of een gebrek aan vaardigheden kunnen de gedragsverandering in de weg staan.

3. Voorbereidingsfase

Deze fase begint als de patiënt concrete plannen heeft om zijn gedrag op korte termijn te veranderen. De patiënt ziet het nut in van de gedragsverandering en wil het proberen.

De bereidheid om van de contemplatiefase naar voorbereiding te gaan, hangt niet slechts samen met inzicht in de mogelijkheden, maar vooral een optelsom van belangrijkheid en (zelf)vertrouwen. Het (zelf)vertrouwen, ofwel de positieve perceptie van de eigen mogelijkheden, kan voldoende, of zelfs groot zijn, maar het belang kan door de patiënt laag worden ingeschat. Het niet expliciet onderzoeken van 'belangrijkheid voor de patiënt' is een bekende valkuil van deskundigen. Immers: zij zijn zelf al lang overtuigd van het belang van gezond gedrag, dus gaan er vaak ten onrechte van uit dat hun patiënt dat ook wel is (of 'vanzelf' wel wordt).

4. Actiefase

In de vierde fase, de *actiefase*, *zijn* patiënten bezig om hun gedrag te veranderen. Zij zien het belang om te veranderen, hebben er vertrouwen in dat zij dit kunnen én hebben inzicht in de mogelijkheden en brengen deze ten uitvoer.

Tijdens de stappen van *contemplatie* naar *voorbereiding* en *actie* te gaan, moeten patiënten steeds meer belang hechten aan het veranderen van hun gedrag en voldoende overtuigd zijn van hun eigen mogelijkheden om te veranderen. Voor dit laatste zijn vaardigheidstraining, verhoging van de eigen-effectiviteitsverwachting en ondersteuning vanuit de sociale omgeving belangrijk, evenals het wegnemen van externe barrières die de verandering van gedrag in de weg staan.

De patiënt is gemotiveerd én geïnspireerd. Inspiratie is één stap hoger dan gemotiveerd. Dit is noodzakelijk, omdat de patiënt niet alleen zelf het nut in dient te zien van de verandering, maar ook zijn directe omgeving.

5. Gedragsbehoud

Patiënten in de *fase van gedragsbehoud* hebben hun 'nieuwe' gedrag al meer dan zes maanden volgehouden.

Terugval

Terugval naar een eerder stadium is gedurende het gehele proces mogelijk. Om tot een blijvende verandering van gedrag te komen, doorloopt de patiënt vaak meerdere periodes van contemplatie, voorbereiding en actie.

Een belangrijke implicatie van dit model is dat de begeleidingsbehoefte van patiënten afhangt van het motivationele stadium.

Informeren en adviseren

Het is binnen Motivational Interviewing van belang om, onafhankelijk van welk stadium van motivatie of gedragsverandering dan ook, nooit ongeraagd informatie en advies te geven. Hierbij geldt de gouden begeleidingsregel: Eerst aan sluiten, dan doorschakelen. Idealiter geeft de zorgprofessional dus pas informatie of advies wanneer de patiënt daarom vraagt, omdat de patiënt ongevraagde, nieuwe adviezen of informatie eerst weer overweegt (contemplatie), voordat hij via de voorbereidingsfase weer tot actie kan overgaan.

Indien de patiënt niet om advies vraagt, kan de zorgprofessional altijd aanbieden om advies te geven, op zo'n manier dat de patiënt dat – op dat moment – ook makkelijk kan weigeren of uitstellen. Bij het geven van informatie of advies is het altijd van belang om dat de zorgprofessional dit neutraal doet, meerdere opties ter keuze aan te bieden en de patiënt te vragen wat hij/zij vindt van de informatie.

Van *actiefase* naar de *fase van gedragsbehoud* speelt een zorgvuldige planning een rol. De gedragsverandering moet bekrachtigd worden door het 'gezonde gedrag' te belonen en succesvolle verandering van gedrag te bevestigen. Bij terugval is niet het belangrijk om te achterhalen 'waarom' deze terugval heeft plaatsgevonden. Het 'waarom' roept bijna altijd schuldgevoel op bij de patiënt en kan een verdere ontwikkeling blokkeren. De juiste techniek is samen met de patiënt op zoek te gaan naar de momenten, waarin er geen sprake was van terugval: de positieve uitzonderingen en deze te onderzoeken in hoeverre deze bruikbaar zijn om opnieuw in te zetten. Tevens is een positieve sociale norm, stimulant uit de directe omgeving, belangrijk om bij een tijdelijke terugval weer snel naar de actiefase over te gaan (Bes, 2002; Brug, 2002).

Fase waarin de patiënt zit	Motiverende taken van de zorgprofessional
Precontemplatie	Zaai twijfel. Vergroot het gevoel bij de patiënt over de risico's en problemen van het huidige gedrag. Help mee de patiënt bewust te worden van de nadelen zijn eigen gedrag.
Contemplatie	Laat de balans doorslaan. Vergroot de redenen van de patiënt voor veranderen.
Vorbereidingsfase	Help de patiënt bepalen wat voor hem de beste strategie is om tot verandering te komen. Help de patiënt het zelfvertrouwen te versterken, zodat het lukt om te veranderen.
Actiefase	Help de patiënt stappen te ondernemen zijn strategie uit te voeren
Gedragsbehoud	Help de patiënt terugval aan te zien komen en strategieën klaar te hebben indien dit nodig is.
Terugval	Help de patiënt opnieuw door het proces te gaan zonder gedemotiveerd te worden.

NB. Het Stages of Change model is slechts een beschrijvend model. De zorgprofessional kan geen Stages of Change behandeling 'doen' met patiënten!

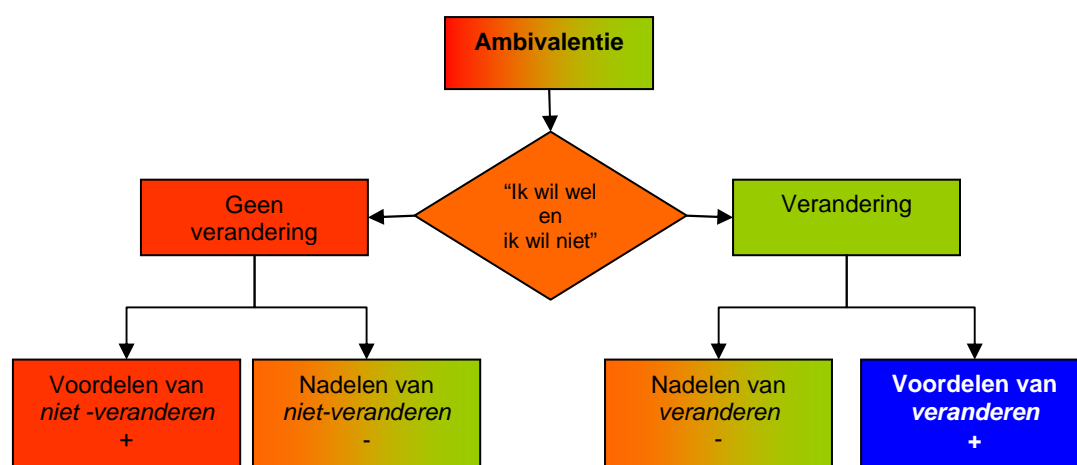
Ambivalentie: ik wil wel....en ik wil niet

Het dilemma van verandering

Twee kanten zien van een probleem is een heel normaal en in veel gevallen prima omdat dit leidt tot een afgewogen oordeel. Iemand die bijvoorbeeld wil afvallen denkt 'ik wil afvallen omdat ik mijn kleding niet meer pas of omdat ik niet meer met mijn kinderen kan spelen' en tegelijkertijd wil ik niet wil afvallen omdat 'het eten zo lekker smaakt en graag met mijn familie mee wil blijven eten'.

Ambivalentie is een teken van betrokkenheid op het oplossen van het probleem, omdat de patiënt sterk nadenkt over zijn probleem. Dikwijls wordt ambivalentie opgevat alsof er iets verkeerd is met de motivatie, beoordeling, kennis of mentale staat van de patiënt. Wel is het van belang om ambivalentie expliciet aan de orde te stellen, omdat als patiënten in hun ambivalentie blijven hangen er geen sprake is van gedragsverandering.

Daarom is ambivalentie een sleutelonderwerp dat opgelost moet worden om verandering te laten plaatsvinden (Miller, 2002; Te Lintel Hekkert, 2003).



Ambivalentie is niet alleen naar links of naar rechts / wel of niet / zwart of wit, maar het zijn veel krachten die alle kanten op kunnen gaan en dit veroorzaakt onzekerheid, waardoor het probleem steeds groter wordt: de gevreesde toekomst.

Alle veranderingen zijn ongemakkelijk, zowel de goede als de slechte veranderingen

Figuur: Het exploreren van ambivalentie richt zich op de voor- en nadelen van wel of niet veranderen. *Of de patiënt nu wel of niet verandert, aan elke verandering zijn altijd voor- en nadelen verbonden. De voor- en nadelen van verandering kunnen zowel een psychologische, sociale als praktische dimensie hebben (Bes, 2002).*

O.a. de complexiteit van de sociale context van de patiënt maakt dat de verandering alleen zinvol is als deze plaats vindt in kleine stapjes, waarbij de patiënt op zoek gaat naar de kleinst mogelijke verandering in de gewenste richting met het grootst mogelijke effect.

5. Technieken Motivational Interviewing

De houding van de zorgprofessional wordt getypeerd door oprechte en respectvolle nieuwsgierigheid . Dit uit zich door het stellen van open vragen en het maken van reflecties.

1. Stel open vragen

Open vragen, in tegenstelling tot gesloten vragen, zijn breder en geven de patiënt vrijheid om te reageren terwijl de zorgprofessional de mogelijkheid heeft om te luisteren en te observeren. Het grootste voordeel van open vragen is dat open vragen niet bedreigend zijn en interesse en vertrouwen tonen. Het nadeel alleen is dat het meer tijd kan kosten.

Voorbeelden van open vragen:

- Hoe ziet je dagindeling eruit?
- Welke ervaringen heeft u met het uitvoeren van het BeweegPlan?
- Welke activiteiten zouden voor u, wellicht beter kunnen werken?
- Wat zou voor u helpen?
- Wat heeft de huisarts u verteld over de BeweegKuur?
- Welke informatie heeft u al over de BeweegKuur?
- Wat vindt u daarvan? Welke informatie mist u nog?

2. Ondersteun en bevestig

Het is belangrijk is de patiënt duidelijk en direct te ondersteunen door bijvoorbeeld:

- begrip en waardering voor de inzet van de patiënt.

Voorbeelden zijn:

- Ik waardeer het dat je hier gekomen bent. Het is vast niet gemakkelijk geweest, maar je hebt het toch gedaan!
- Dat is een goed idee!
- Je hebt geweldig door gezet, want je bent al veel langer met dit probleem bezig, zonder dat je er helemaal aan onderdoor bent gegaan.
- Dat is vast heel moeilijk voor je geweest.

Belangrijk is dat de ondersteuning zich richt op het gedrag van de patiënt en zijn inzet om de Beweegkuur te volgen en niet op zijn persoon.

3. Geef samenvattingen

De drie elementen, die samen meestal een goede samenvatting vormen, als een patiënt een voorstel doet zijn:

1. de voordelen,
2. de nadelen en
3. een uitnodiging verder te exploreren.

Aan het einde van een consult kan de samenvatting een meer formeel karakter hebben. Je kunt dan beginnen met aankondigen dat je probeert het geheel samen te vatten: "Laat me eens zien of ik goed begrepen heb wat je me tot nu toe verteld hebt..." (Bes, 2002, Miller, 2002; Rollnick, 1999).

4. Actief luisteren

Actief luisteren is de belangrijkste basisvaardigheid van MI: reageren op wat de patiënt vertelt en bedoelt. Echte interesse in wat je patiënt te zeggen heeft en wezenlijk respect voor zijn / haar opvattingen maken daar deel van uit.

Bij actief luisteren toetst de zorgprofessional zijn indrukken met de patiënt heeft bedoeld. De zorgprofessional weet dan of wat de patiënt bedoelt, het zelfde of niet hetzelfde is dan wat hij bedoelt. Een reflectieve respons vraagt in wezen: "Is dit wat je bedoelt?"

Eenvoudige reflecties worden gebruikt wanneer de (emotionele) betekenis (nog) minder duidelijk is, bijvoorbeeld in het begin van een gesprek of tijdens een eerste consult met een nieuwe patiënt. Diepere reflecties, o.a. het duiden van emoties door de zorgprofessional, zijn bruikbaar als het vertrouwen tussen de patiënt en de zorgprofessional toegenomen is. (Bes, 2002, Miller, 2002; Rollnick, 1999)

Vier niveaus van reflectie

- Herhalen
De eenvoudigste, maar wel een zeer effectieve, reflectie is het herhalen van wat de patiënt heeft gezegd.
- Herformuleren
De zorgprofessional blijft dichtbij wat de patiënt heeft gezegd, maar gebruikt synoniemen of zegt het met andere woorden.
- Parafraseren
De betekenis blijft hetzelfde en wordt teruggegeven in een nieuwe invalshoek en met andere woorden.
- Reflectie van gevoel
Benadrukt duidelijk de emotionele en / of de cognitieve component van de ambivalentie. (Bes, 2002, Miller, 2002; Rollnick, 1999)

5. Nodig uit tot veranderingssuitspraken

Veranderingssuitspraken zijn uitspraken van de patiënt waarin hij/zij de positieve kant van de ambivalentie zèlf voor zijn rekening neemt. Anders gezegd: de redenen vóór gedragsverandering en tégen handhaving van de huidige situatie worden door de patiënt geformuleerd en niet door de zorgprofessional! Immers, over het algemeen zijn mensen beter te motiveren door de redenen die zij zèlf hebben bedacht en verwoord, dan dat deze door anderen zijn aangedragen. (Bes, 2002; Miller, 2002; Zelfperceptie theorie).

6. Weerstand

Een algemene omschrijving is dat de patiënt wel het nut ziet van ander gedrag, maar nog niet de mogelijkheid om zelf dit gedrag zich eigen te maken. Weerstand is een positieve uiting van betrokkenheid van de patiënt, omdat hij hiermee een poging doet om zijn eigen mogelijkheden om het 'gezonde' gedrag uit te voeren toetst aan de verwachtingen van de zorgprofessional. Dit betekent niet dat de zorgprofessional weerstand bewust op moet roepen, maar indien dit voorkomt in het gesprek de zorgprofessional de weerstand positief duidt en samen met de patiënt zoekt naar mogelijkheden om een volgend stapje te maken..

Voorbeelden:

- "Ik word dik van water"
"Je hebt er goed over nagedacht waar je wel en niet dik van wordt. Veel mij eens hoe kom je tot dit inzicht?"
- "Ik ben heel sportief, maar mijn conditie wordt niet beter"

Da's heel vervelend. Je spant je erg in, maar je hebt nog niet het gevoel dat je conditie hierdoor beter wordt. Hoe merk je dat je conditie niet beter wordt?

- *Weet u wel hoe moeilijk het is om je aan zo'n streng dieet te houden in een groot gezin tijdens de feestdagen. U kunt zich dat vast niet voorstellen met uw maatje 38!*

Dat lijkt mij inderdaad heel moeilijk. Je zit gezellig bij elkaar en dan eet je inderdaad meer dan je eigenlijk wilt. Ik merk dat u er erg mee bezig bent hoe u zich ook tijdens de feestdagen aan het dieet kunt houden!

- *Maar ik heb natuurlijk zware botten; het zit in de familie.*

Ik vind het prima dat u steeds meer inzicht krijgt in de redenen waarom u overgewicht hebt.

Gegeven de zware botten. Wat denkt u verder te kunnen doen aan uw gewicht?

- *Ach, zó erg is het niet een keertje te zondigen? U gaat toch net proberen mij dagelijkse glaasjes wijn af te nemen, niet waar? Dat lukt u toch niet, want een wijntje op z'n tijd is goed voor het hart!*

Ik merk dat u goed let op uw dieet en probeert om hier zo zorgvuldig mogelijk mee om te gaan. Kunt u mij vertellen wanneer het wel lukt om u aan het dieet te houden?

Weerstand en de rol van de zorgprofessional

- Motivational Interviewing heeft als opvatting dat weerstand betrokkenheid is van de patiënt.
- Motivational Interviewing neemt aan dat weerstand voornamelijk voortkomt uit de communicatie over en weer tussen zorgprofessional en patiënt. Dit is een praktijkgerichte benadering.
- Hieruit volgt dat er iets gedaan kan worden, zodra weerstand zich manifesteert. Een positieve duiding door de zorgprofessional resulteert in een afname van het niveau van weerstand bij de patiënt.
- Weerstand is een signaal dat de patiënt en de zorgprofessional nog niet 'op dezelfde golflengte' zitten.

Vier vormen van weerstand zijn argumenteren, onderbreken, ontkennen, negeren.

Hoe gaat de zorgprofessional om met weerstand?

In plaats van argumenteren, diagnosticeren, adviseren, overtuigen of ongevraagd informatie geven, beweegt de zorgprofessional mee met de uitspraken van de patiënt, met als doel om de patiënt te ondersteunen in zijn poging om een beeld te krijgen van wat hijzelf wil.

Het gebruik van positieve reflecties is een manier om de patiënt te laten inzien dat hij wél een volgend stapje kan maken. Er zijn ook nog een paar andere mogelijkheden (Bes, 2002, Miller, 2002; Rollnick, 1999):

- versterkte reflectie: teruggeven wat de patiënt zegt, in een versterkte of zelfs enigszins overdreven vorm;
- tweezijdige reflectie: de andere kant van de ambivalentie toevoegen;
- meegaan en vragen: Gegeven (het probleem dat de patiënt ziet) Hoe kun je ervoor zorgen dat je;
- herformuleren in andere context;
- paradox.

7. Motivational Interviewing in een notendop

- Motivatie tot verandering komt vanuit de patiënt en wordt niet van buitenaf opgelegd.
- Het is de taak van de patiënt, en niet van de zorgprofessional, om uitdrukking te geven aan en een oplossing te zoeken voor de eigen ambivalentie.
- Proberen iemand te overtuigen is geen effectieve strategie om iemands ambivalentie te laten oplossen.
- De stijl en sfeer is over het algemeen kalm, uitnodigend en respectvol.
- De zorgprofessional is directief in het bijstaan van de patiënt, die zijn/haar eigen ambivalentie onderzoekt en oplost.
- De motivatie tot gedragsverandering is geen vaststaand gegeven, maar een wisselend effect van de interactie tussen patiënt en zorgprofessional.
- De verhouding tussen beiden is te typeren als gelijkwaardig partnership.

Bronnen

- *Deelnemersmateriaal "Individuele voorlichting op maat" van Stichting Icare (okt.2005).*
- *W.R. Miller, Rollnick, S., Motivational interviewing: preparing people for change, The Guilford Press, 2002*
- *Voorlichtingsmethodieken Motivational Interviewing DiabeteszorgBeter(jan. 2007)*
- *Doen wat werkt, Coert Visser, van Duuren Management, 2 de druk 2009*
- *Eindrapport van het project "Naar vraaggestuurde dieetzorg" (2005).*