ZOEK NAAR DE MOTIEVEN VAN DE PATIËNT

door
LÉON VAN WOERDEN

docent verpleegkunde, HAN

JOSIEN CARIS

docent-onderzoeker lectoraat Innovatie in de
Care, HAN

'Verband tussen corona en zwaarlijvigheid'. Dit soort berichten ten tijde van COVID-19 heeft extra de aandacht gevestigd op gewicht, voeding en daarmee de leefstijl. Hoe kunnen verpleegkundigen patiënten helpen hun gedrag te veranderen? Een veelgebruikte methodiek is motiverende gespreksvoering.

WIE HEEFT NIET, IN MEER OF mindere mate, de wens zijn gedrag te veranderen? Per 1 januari stoppen we met roken en/of drinken, in maart moet worden gelijnd voor de komende zomer en in het najaar willen we structureel blijven sporten om niet onnodig aan te komen in de winter. Dit patroon kunnen we jaarlijks herhalen, want we houden de goede voornemens niet allemaal vol. Vanuit hun rol als gezondheidsbevorderaar hebben verpleegkundigen een belangrijke rol bij de stimulering van leefstijlverandering. Het is goed om je er als verpleegkundige van bewust te zijn dat het veranderen van gedrag moeite kost. Dat geldt zowel voor onszelf als voor onze patiënten. Een veelgebruikte methodiek om patiënten te helpen bij gedragsverandering is motiverende gespreksvoering (MVG). Dit is een op samenwerking gerichte gespreksmethode waarmee je de patiënt

helpt zijn eigen motivatie voor een gedragsverandering te vergroten door de ambivalentie ten opzichte van die gedragsverandering ('Ik wil het wel en ik wil het niet') te verkennen en op te lossen.¹

Ambivalent gedrag

Waarom is het zo moeilijk je leefstijl aan te passen? We willen de verandering, maar eigenlijk ook weer niet. Of we willen het enige tijd en dan gaat het vervelen, omdat we het eigenlijk niet *heel graag* willen. We zijn dus ambivalent over de verandering die we willen. En als we die ambivalentie bij onszelf niet oplossen, gaat het niet lukken te veranderen. Willen we ons gedrag op welke manier dan ook aanpassen, dan moeten we goed naar onze interne stemmetjes luisteren, die elkaar vaak tegenspreken. Als de stemmetjes die vóór de verandering zijn niet sterker zijn dan de stemmetjes die zeggen dat 'We het toch niet

Foto: stock.adobe.com

FIGUUR 1 DE ONDERLIGGENDE SPIRIT VAN MGV¹

komen uit een omgeving waarin iedereen rookt en waar de zorg voor de eigen gezondheid minder belangrijk wordt gevonden. Dat verandert niet zomaar na een hartoperatie. Ik accepteer hun opvattingen over hun leefstijl als een gegeven waarover ik geen moreel oordeel hoeft te vellen. Dat betekent niet dat ik het met deze mensen eens ben. Ik ga met hen naar buiten en luister naar hun angsten, zorgen en verwachtingen.' Vanuit de optiek van MGV is dit een prachtig voorbeeld van een zorgprofessional die begint met het maken van verbinding met de patiënt. Zonder verbinding is er geen hulpverlenersrelatie. Pas als je als verpleegkundige verbinding hebt met de patiënt, kun je openstaan voor zijn zorgbehoeften.

De patiënt uit dit voorbeeld zal zich misschien wel zorgen maken. Waarschijnlijk heeft hij behoefte aan informatie over de risico's op nieuwe hartproblemen in de toekomst en wat hij zelf kan doen om de risico's te verminderen. Informatie geven waar iemand voor openstaat, is meestal de eerste stap in het proces van leefstijlverandering. Je vraagt vanuit MGV-methodiek aan de patiënt of je de informatie mag geven. Vervolgens bepaalt de patiënt zelf wat hij ermee doet.

Als we de patiënt werkelijk centraal willen stellen bij het veranderen van aspecten van zijn leven, moeten we kiezen voor een methodiek die goed aansluit bij zijn behoeften. Verpleegkundigen hebben de neiging direct een oplossing te leveren, terwijl nog helemaal niet duidelijk is wat de behoeften van de patiënt zijn. Stoppen met deze zogenaamde reparatiereflex zou al kunnen leiden tot een verbetering van het contact. Dat betekent ook dat de zorgverlener de patiënt ziet als partner en als deskundige op het gebied van diens eigen leven. MGV is hiervoor een geschikte methode.

Effectiviteit MGV

De effectiviteit van MGV toont een wisselend beeld. MGV om gedragsverandering bij leefstijl te bewerkstelligen, is aangetoond in een overzichtsstudie over risicovermindering bij alcoholmisbruik en in een onderzoek over therapietrouw bij medicijngebruik door patiënten

volhouden; het eigenlijk geen nut heeft; anderen minstens zoveel drinken als jij; je toch ergens aan dood moet gaan, dan gaat het niet lukken.

Er is wat dat betreft geen verschil tussen onszelf als mens, onszelf als verpleegkundige en onze patiënten. Als verpleegkundige hebben we vaak een adviserende rol en reageren we enigszins verontwaardigd als patiënten zich niet aan de voorgeschreven leefregels houden. Dan hebben we te maken met een 'ongemotiveerde patiënt.' Regelmatig geven we voorlichting over veranderingen in leefstijl zonder stil te staan bij wat het eigenlijk van de ander vraagt. Een metafoor: wij zitten al in de trein naar een bestemming en de patiënt staat nog op het perron om zich heen te kijken waar hij naartoe moet. Mogelijk is een patiënt die de richtlijnen niet meteen overneemt *anders* gemotiveerd dan wij als verpleegkundige graag zouden zien.

Mensen veranderen hun gedrag niet omdat wij, als zogenaamde experts, dat aan hen vragen. De man met hart- en vaatproblemen gaat niet méér bewegen

omdat het moet van de praktijkondersteuner (POH). Het is wel mogelijk dat hij vaker gaat wandelen nadat de POH hem informatie heeft gegeven; hierdoor ziet hij voor zichzelf de noodzaak in van meer bewegen. Daarnaast kan positieve bevestiging van de POH zijn motivatie verder hebben versterkt.

Verbinding maken

Stel, je werkt op een afdeling hart- en vaatchirurgie. Sommige patiënten willen na een hartoperatie graag in hun

'Denk niet vanuit je eigen referentiekader'

bed of rolstoel naar buiten worden gereden om een sigaretje te roken. Werk je daaraan mee? 'Ja', zei een deelnemer aan de training MGV. 'Ik zie mensen die ernstig verslaafd zijn aan roken. Zij

boven de 65 jaar.²⁻³ Minder positieve resultaten komen voort uit een overzichtsstudie naar de effectiviteit van MGV bij leefstijlaanpassing en gezondheid bij cliënten met cardiovasculaire klachten.⁴ Er zijn negen onderzoeken vergeleken. Daarin is onder andere gekeken naar leefstijl. Uit de vergelijking bleek dat MGV effectiever was bij stoppen met roken, maar geen of zelfs een negatief effect had op lichaamsbeweging

'Verpleegkundigen leren door gesprekken terug te kijken of luisteren'

en gezond eten. Een nuancering in deze onderzoeken is dat de deskundigheid van de zorgprofessionals in het toepassen van MGV niet is meegenomen, terwijl het verschil maakt of een professional in een opleiding enkele lessen MGV heeft gevolgd of een uitvoerige training met jarenlange toepassing in de praktijk.⁵ Recent onderzoek toont aan dat het belangrijkste verandermechanisme uiteindelijk is, dat de patiënt *zichzelf* ervan overtuigt te veranderen.⁶ Dat onderstreept nogmaals dat verpleegkundigen, wanneer een verandering van leefstijl gewenst is, vooral moeten zoeken naar de motieven van de ander en niet vanuit hun eigen (beperkte) referentiekader boodschappen overbrengen die niet blijken aan te sluiten.

Training

Het vereist veel training om MGV goed te kunnen toepassen. Het gaat niet om het gebruiken van een aantal communicatietrucs, maar om een wezenlijk patiëntgerichte houding. Deze houding wordt uitgedrukt in de 'spirit van MGV'. Hierbij gaat het om vier begrippen: samenwerking vanuit gelijkwaardigheid, compassie als wens om je werkelijk met de patiënt te verbinden, acceptatie van de patiënt zoals deze is en tot slot 'ontlokken' (evocatie), zoals het zoeken naar de

innerlijke drijfveren van de patiënt om te veranderen (zie figuur 1).

De theorie achter MGV is niet ingewikkeld. Iedere verpleegkundige heeft de belangrijkste communicatievaardigheden ervan geleerd in de basisopleiding. Voorbeelden: open vragen stellen, reflectief luisteren, bevestigen en samenvatten. Maar de toepassing van die vaardigheden op de juiste manier en op het juiste moment vergt veel oefening. In de meeste trainingen wordt dan ook tussen de trainingsdagen een periode van toepassing in de praktijk ingebouwd. Deelnemers blijken het meest te leren wanneer ze gesprekken opnemen en systematisch terugkijken of terugluisteren met behulp van gestructureerde vragenlijsten, bijvoorbeeld de MITI (Motivational Interviewing Treatment Integrity).⁷ Behalve van de traditionele trainingen wordt in toenemende mate gebruikgemaakt van virtuele training van MGV-vaardigheden met behulp van computersimulaties. In die simulaties is het mogelijk om naast de verbale technieken ook te oefenen met houdingsaspecten.

Momenteel wordt gewerkt aan de inzet van virtual reality (VR) bij het trainen van motiverende gesprekstechnieken. Met VR wordt een drie-dimensionele oefensituatie gecreëerd die voor de cursist realistischer is dan het virtueel oefenen op een beeldscherm, omdat de cursist zich als het ware met de patiënt in dezelfde ruimte bevindt.⁸ Bovendien kan de cursist, naast enkele face-to-face ontmoetingen, met deze VR-toepassing in eigen tijd en op elk gewenst moment de MGV-vaardigheden trainen. De data die door het gebruik van deze VR-toepassing worden gegenereerd, geven de cursisten inzicht in de ontwikkeling van hun vaardigheden. Tevens kunnen de data worden gebruikt in verder onderzoek naar de werkzame factoren van MGV en de effectiviteit van deze nieuwe trainingstools in het aanleren van MGV-vaardigheden.

REFERENTIES

1. Miller WR, Rollnick S, Schippers GM, e.a. Motiverende gespreksvoering: mensen helpen veranderen. Houten: Ekklesia. 2014.
2. DiClemente CC, Corno CM, Graydon MM, e.a. Motivational interviewing, enhancement, and brief interventions over the last decade: A review of reviews of efficacy and effectiveness. Psychology of addictive behaviors. Journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors. 2017;31(8):862-87.
3. Moral RR, Torres LAP de, Ortega LP, e.a. Effectiveness of motivational interviewing to improve therapeutic adherence in patients over 65 years old with chronic diseases: A cluster randomized clinical trial in primary care. Patient Education and Counseling. 2015;98(8):977-83.
4. Lee WWM, Choi KC, Yum RWY, e.a. Effectiveness of motivational interviewing on lifestyle modification and health outcomes of clients at risk or diagnosed with cardiovascular diseases: A systematic review. International Journal of Nursing Studies. 2016;53:331-41.
5. Adriaansen M & Caris J. Bevorderen van gezondheid en gezond gedrag door verpleegkundigen. Pearson: Den Haag. 2020.
6. Dobber J, Latour C, van Meijel B, e.a. Active ingredients and mechanisms of change in motivational interviewing for medication adherence. A mixed methods study of patient-therapist interaction in patients with schizophrenia. Frontiers in Psychiatry. 2020;11.
7. Kramer Schmidt L, Andersen K, Nielsen AS, e.a. Lessons learned from measuring fidelity with the Motivational Interviewing Treatment Integrity Code (MITI 4). Journal of Substance Abuse Treatment. 2019; 59-67.
8. Gavarkovs AG. Behavioral Counseling Training for Primary Care Providers: Immersive Virtual Simulation as a Training Tool. Frontiers in Public Health. 2019;7.