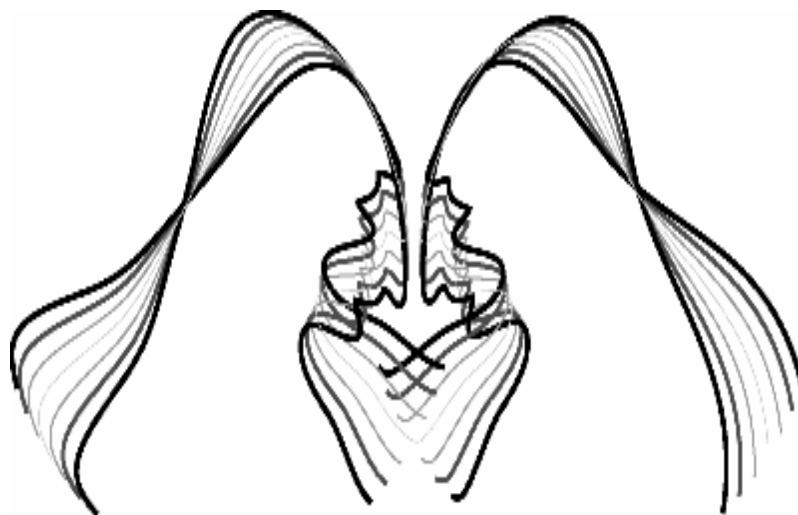


Naar vraaggestuurde dieetzorg

Motivational Interviewing



Femke Spikmans en Cora Aarsen
Stichting Voedingscentrum Nederland
Mei 2005

Eisenhowerlaan 108
Postbus 85700
2508 CK Den Haag
Tel: 070-3068840
Fax: 070-3504259
e-mail: spikmans@voedingscentrum.nl



© Copyright Stichting Voedingscentrum Nederland

Behoudens uitzondering door de wet gesteld mag zonder schriftelijke toestemming van de Stichting Voedingscentrum Nederland niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of anderszins, hetgeen ook van toepassing is op gehele of gedeeltelijke bewerking. Het voedingscentrum is met uitsluiting van ieder ander gerechtigd de door derden verschuldigde vergoedingen van kopieën, als bedoeld in artikel 17 lid 2 Auteurswet 1912 en in het K.B. van 20 juni 1974 (Stb. 351) ex artikel 16 b Auteurswet, te innen en/of daartoe in en buiten rechte op te treden.

Het geheel of gedeeltelijk overnemen van de inhoud van deze uitgaven is slechts geoorloofd na voorafgaande schriftelijke toestemming van de directeur van het Voedingscentrum.

Hoewel aan de samenstelling en de productie van deze uitgave alle zorg is besteed, aanvaardt het Voedingscentrum geen enkele aansprakelijkheid van schade voortvloeiend uit een eventuele foutieve vermelding in deze uitgave.

Voorwoord

Het project 'Naar vraaggestuurde dieetzorg' is een driejarig project uitgevoerd door Stichting Voedingscentrum Nederland in opdracht van Zorg onderzoek Nederland (ZonMw). Het project heeft als doel de effectiviteit van Motivational Interviewing bij de diëtist en uiteindelijk de patiënt aan te tonen. Het primaire doel van het project is het ontwikkelen, implementeren en evalueren van een interventie gericht op afstemming van vraag en aanbod in de dieetzorg, die patiënten is staat stelt het dieet toe te passen en voor langere termijn vol te houden.

Dit is de eindrapportage van project 'Naar vraaggestuurde dieetzorg'. Het beschrijft het onderzoeksproces van Motivational Interviewing en wat Motivational Interviewing precies inhoudt. Het rapport is bedoeld om een overzicht te geven van de activiteiten en resultaten van de afgelopen 3 jaar.

Het project had niet uitgevoerd kunnen worden zonder de medewerking van:

De klankbordgroep bestaande uit:

- Dhr. R. Bes, MI trainer/ adviseur, Stichting Centre for Motivation & Change, Postbus 1200 CA Hilversum, www.motivationalinterview.nl
- Dhr. prof. dr. ir. J. Brug, hoogleraar Determinanten van de Volksgezondheid, Instituut voor Maatschappelijke Gezondheidszorg, Erasmus Medisch Centrum, Rotterdam; hoogleraar Voedingsgedrag, Capaciteitsgroep Gezondheidsvoorlichting, Universiteit Maastricht
- Dhr. drs. M.E. Havinga, docent Communicatie en stage, Hanzehogeschool Groningen, Voeding & Diëtetiek / Food and Business
- Mw. M. E. Linden-Wouters, docent Communicatie en voorlichtingskunde, Hogeschool van Arnhem en Nijmegen, Voeding & Diëtetiek
- Mw. J. Murris, diabetes diëtist, Amsterdam Thuiszorg, regio Zuid-Oost
- Mw. J.M. Vernooij, diëtist, Mesos Medisch Centrum, Bilthoven; freelance docent; bestuurslid Diabetes and Nutrition Organization

De afdelingen diëtetiek van de thuiszorgorganisatie:

- Amstelring (Amstelveen)
- Amsterdam
- Maatzorg (Naaldwijk)
- Meavita (Den Haag)
- Midden-Gelderland (Velp)
- Rotterdam
- Stad Utrecht
- Valent RDB (Katwijk)
- Vivent ('s-Hertogenbosch)

De diabetes type 2 patiënten die bereid waren mee te werken aan het onderzoek.

Diabetes Vereniging Nederland, Nederlandse Hartstichting, Nederlandse Vereniging voor Diëtisten

Femke Spikmans en Cora Aarsen

Samenvatting

De doelstelling van het project is het ontwikkelen, implementeren en evalueren van een interventie gericht op afstemming van vraag en aanbod in de dieetzorg, die patiënten in staat stelt het dieet toe te passen en voor langere termijn vol te houden. Subdoel patiënten: de patiënt is in staat om de dieetzorg te sturen naar eigen wensen en behoeften en neemt zelf (mede)verantwoordelijkheid voor de behandelkeuze met als resultaat, hogere dieettrouw, meer satisfactie en kwaliteit van leven. Subdoel diëtisten: de diëtist levert vraaggestuurd maatwerk.

Veel patiënten die een dieet moeten volgen kunnen dit moeilijk volhouden. Afhankelijk van de aard van het dieet blijkt dat 30-60% van de patiënten zich niet aan het voorgeschreven dieet houdt.

Problemen met het volgen van een dieet zijn van invloed op de kwaliteit van leven.

Waarom is een dieet zo moeilijk vol te houden? Enerzijds doordat dieetadviezen niet altijd aansluiten bij de gewoonten en voorkeuren van de patiënt. Anderzijds blijken patiënten vooral in sociale situaties, zoals feestjes en uit eten gaan, hun dieet moeilijk te kunnen toepassen. De diëtist reikt te weinig praktische handvatten aan, zodat de patiënt onvoldoende leert om met moeilijke situaties om te gaan. Bovendien sluit de diëtist lang niet altijd aan bij de individuele patiënt en zijn behoeften. Niet alleen de opstelling van de diëtist, ook de opstelling van de patiënt bij de dieetadvisering kan beter. Veelal is de patiënt passief terwijl het toepasbaar maken van het dieetadvies in de persoonlijke situatie iets is wat patiënten zelf moeten doen. Kortom: dieetadvisering en -begeleiding moet beter en vraaggestuurd. Dieetadviezen beter en in samenspraak afstemmen op de wensen van de patiënt en de patiënt zelf verantwoordelijkheid geven voor zijn dieet is dan ook de inzet van dit project. Diëtisten zijn daartoe getraind in de techniek 'Motivational Interviewing'.

'Motivational Interviewing' is een directieve, persoonsgerichte gesprekstijl, bedoeld om verandering van gewoontegedrag te bevorderen door het helpen verhelderen en oplossen van ambivalentie voor verandering. Hierbij bouwt de hulpverlener een relatie op met de patiënt die gebaseerd is op samenwerking, eigen verantwoordelijkheid en vrijheid van gedragskeuze. De techniek van 'Motivational Interviewing' is eerder met succes toegepast door diëtisten buiten Nederland. Of de techniek ook voor Nederlandse diëtisten bruikbaar is en past binnen de Nederlandse zorgorganisaties is onderzocht via een pilotproject, waarbij een groep diëtisten in maart/ april 2003 zijn getraind om 'Motivational Interviewing' in de praktijk te toetsen. Met behulp van de aangeleerde techniek hebben 18 diëtisten diabetes type 2 patiënten behandeld. Daarnaast hebben 19 niet getrainde diëtisten hun huidige werkwijze toegepast bij het behandelen van andere diabetes type 2 patiënten. Het verschil in resultaat in de effectevaluatie tussen de interventiegroep en de controlegroep en de resultaten uit de procesevaluatie, zal inzicht moeten verschaffen in de effectiviteit van 'Motivational Interviewing' met betrekking tot het beoogde doel.

Resultaten

Na afloop van een tweedaagse training, een terugkomdag en 2-3 persoonlijke feedbackmomenten in het aanleren van Motivational Interviewing kan geconcludeerd worden dat diëtisten Motivational Interviewing redelijk goed toepassen. Dit resulteert binnen een half jaar in een daling van de inname

van de totaal hoeveelheid vet en verzadigd vet in de voeding van de diabetespatiënten in de interventiegroep. Voor de behandeling van diabetes mellitus type 2 gezien is dit een essentiële verandering. Een van de belangrijkste doelen binnen de diabetesbehandeling door de diëtist is namelijk het terugdringen van de totale hoeveelheid vet en de hoeveelheid verzadigd vet in de voeding. Naast de verandering die dit teweeg brengt t.a.v. de voeding, geven cliënten aan dat zij de gesprekken fijn en aangenaam vinden en het gevoel krijgen dat er naar hen wordt geluisterd. De diëtisten hebben weer plezier in hun werk, het kost minder energie en geven aan dat zij sterker reageren op wat de cliënt inbrengt en wat de cliënt wil. MI geeft het gevoel dat de cliënt centraal staat.

Inhoudsopgave

Hoofdstuk 1	Diabetes mellitus	9
1.1	Inleiding	9
1.2	Diabetes mellitus type I en diabetes mellitus type II	9
1.3	Bevorderende factoren	10
1.4	Klachten en complicaties	11
1.5	(Dieet)behandeling van diabetes mellitus	12
1.6	Prevalentie en incidentie	12
1.7	Kosten van diabetes mellitus	13
Hoofdstuk 2	Doel van het onderzoek	15
2.1	Dieettrouw	15
2.2	Doel van het onderzoek	16
2.3	Vraagstelling c.q. doelstelling	17
2.4	Betrokken partijen	17
Hoofdstuk 3	Determinantenonderzoek	19
3.1	Gedragsverklaringsmodellen	19
3.2	Determinanten	24
Hoofdstuk 4	Interventie	29
4.1	Motivational Interviewing (MI)	29
4.1.1	Wat is Motivational Interviewing?	31
4.1.2	Stages of change	32
4.1.3	Ambivalentie: ik wil wel...en ik wil niet	35
4.1.4	Technieken Motivational Interviewing	36
4.1.5	Weerstand	39
4.2	Training Motivational Interviewing voor diëtisten	41
4.2.1	Ontwikkeling training	41
4.2.2	Training voor diëtisten tijdens de projectfase	41
Hoofdstuk 5	Onderzoekspopulatie en –methode	45
5.1	Onderzoekspopulatie	45
5.2	Onderzoeksmethode	47
5.2.1	Procesevaluatie	47
5.2.2	Effectevaluatie	48
5.2.3	Het meten van Motivational Interviewing tijdens het onderzoek	49

Hoofdstuk 6	Resultaten	51
6.1	Het onderzoek in de praktijk	51
6.2	Feedback	53
6.3	Procesevaluatie	54
6.3.1	Korte evaluatie na afloop van de tweedaagse training	54
6.3.2	Procesevaluatie interventiediëtisten	56
6.4	Effectevaluatie	64
6.4.1	Statistische analyse	64
6.4.2	Resultaten	65
Hoofdstuk 7	Conclusies	70
Hoofdstuk 8	Discussie en aanbevelingen	73
Hoofdstuk 9	Literatuurlijst	77
Bijlage		
Bijlage I	BECCI	85
Bijlage II	Vragenlijst onderzoeksdiëtisten	96
Bijlage III	Effectevaluatie vragenlijst	102
Bijlage IV	Procesevaluatie vragenlijst	121
Bijlage V	MITI en MISC	126
Bijlage VI	Tabel gedrags- en waarderingseffecten	161

Inleiding

Gezond, lekker en veilig eten is belangrijk in onze samenleving. Elke Nederlander kan met al zijn vragen hierover terecht bij Stichting Voedingscentrum Nederland. Het Voedingscentrum wordt gefinancierd door de Nederlandse overheid om wetenschappelijk verantwoorde, eerlijke informatie te geven over voeding en voedsel in relatie tot gezondheid, ziekte en veiligheid. Naast de gezonde consument is de consument die om medische redenen een dieet moet volgen een belangrijke doelgroep voor het Voedingscentrum. Het Voedingscentrum wil in haar activiteiten voor deze laatste genoemde doelgroep de effectiviteit van het dieet centraal stellen. De effectiviteit wordt onder andere bepaald door de factor dieettrouw. Onder dieettrouw wordt verstaan het op de juiste wijze volgen/toepassen van het dieetvoorschrift. De mate waarin dit gebeurt, bepaalt het resultaat hiervan. Voor iedereen die een dieet moet volgen geldt dat het dieet in belangrijke mate bijdraagt aan het behalen van gezondheidswinst. Voorwaarde hiervoor is dat het dieet zorgvuldig wordt gevolgd. Onderzoek laat echter zien dat patiënten, in het bijzonder met chronische aandoeningen, het moeilijk vinden om in het dagelijkse leven dieetadviezen toe te passen en zich aan het dieet te houden. Afhankelijk van de aard van het dieet blijkt dat 30 tot 60% van de patiënten zich niet aan het voorgeschreven dieet houdt.

Het Voedingscentrum heeft een project ontwikkeld en uitgevoerd ten aanzien van dieettrouw, dat zich in eerste instantie richt op mensen met diabetes mellitus type 2. Mensen met diabetes type 2 zijn een snelgroeiende patiëntencategorie, waaronder steeds meer allochtonen. Op dit moment hebben ruim 500.000 mensen in Nederland diabetes type 2. De ernst van de aandoening komt niet alleen tot uiting in de omvang, maar ook in de sterke groei van het aantal mensen met diabetes (66.000 nieuwe gevallen per jaar) en de steeds jongere leeftijd waarop deze aandoening voorkomt, de ernstige complicaties, de hoge mortaliteit en de hoge maatschappelijke kosten.

Mensen met diabetes zijn afhankelijk van levenslange trouw aan aanbevelingen ten aanzien van het dieet. Aanpassing van leefstijl wat betreft voeding speelt hierbij een belangrijke rol en blijkt een van de moeilijkste aspecten van de behandeling te zijn.

In diverse nota's over chronisch ziekenbeleid wordt gesignaleerd dat zorgaanbod en de zorgbehoefte nog steeds onvoldoende op elkaar zijn aangesloten. Uitkomsten van het onderzoek van de Nationale Commissie Chronisch Zieken naar de kwaliteit van de paramedische zorg en de uitkomsten van het Voedingscentrumonderzoek ondersteunen deze signalering. Onderzoek van het NIVEL wijst uit dat nog onvoldoende rekening wordt gehouden met de behoefte van patiënten (VWS bulletin februari 1999). In de voortgangsrapportage 'Chronisch Ziekenbeleid' (juni 1998) wordt als beleidsthema's ontwikkeling van de vraagzijde aangegeven.

Vraagzijde

Vraaggestuurde dieetzorg wordt gezien als een gezamenlijke inspanning van patiënt en diëtist die erin resulteert dat de patiënt hulp ontvangt die tegemoet komt aan zijn behoeften en verwachtingen. Deze dieetzorg voldoet aan professionele standaarden. Hierbij spelen twee belangrijke speerpunten een rol: 1) verhelderen en differentiëren van de zorgwens van de patiënt en 2) verbetering van de

communicatie en besluitvorming tussen patiënt en hulpverlener. Dit draagt bij aan een cultuuromslag in de relatie patiënt-diëtist: beiden worden gelijke partners met een gezamenlijke verantwoordelijkheid. De patiënt krijgt de rol toebedeeld als manager van zijn/haar ziekte en gezondheid. De diëtist leert om zorg-op-maat te geven. De interventie gericht op het afstemmen van vraag en aanbod rond de dieetzorg verhoogt de kwaliteit van zorg, draagt bij aan zelfmanagement, vermindert de medische consumptie door minder vragen en ontsporingen en daarmee de kosten van de gezondheidszorg. Het stelt de patiënt in staat een balans te vinden tussen gezondheidsbehoeften en kwaliteit van leven, en verkleint de kans op non-compliance en daarmee het uitblijven van het, met het dieet, beoogde gezondheidseffect.

Met het project 'naar vraaggestuurde dieetzorg' hoopt het Voedingscentrum middels 'Motivational Interviewing' een interventie voor diëtisten te ontwikkelen waarbij de zorg beter en meer op de behoefte van de patiënt wordt afgestemd.

Hoofdstukindeling

In deze rapportage wordt in hoofdstuk 1 ingegaan op de aandoening diabetes mellitus, het verschil tussen diabetes mellitus type 1 en 2, de risicofactoren, klachten en complicaties van de aandoening en de dieetbehandeling. Ook volgt een overzicht over de kosten die deze aandoening voor de gezondheidszorg met zich meebrengt. Hoofdstuk 2 biedt informatie over het onderzoek 'naar vraaggestuurde dieetzorg' en hoofdstuk 3 gaat in op de gedragsverklaringsmodellen het 'Stages of Change Model (Prochaska)' en de 'Sociaal cognitieve theorie (SCT, Bandura)'. Deze twee modellen zijn als uitgangspunt genomen om nader inzicht te krijgen in de determinanten die van invloed zijn op de dieettrouw van diabetespatiënten. Welke interventie in het onderzoek gebruikt is staat beschreven in hoofdstuk 4: Motivational Interviewing. Hoofdstuk 5 gaat nader in op het onderzoeksdesign. Vervolgens levert hoofdstuk 6 de resultaten van de proces- en effectevaluatie. Tot slot zijn in hoofdstuk 7 de conclusies beschreven en biedt hoofdstuk 8 discussiepunten en aanbevelingen ten aanzien van Motivational Interviewing, het onderzoek, de evaluatie en de implementatie van de training in het post-HBO onderwijs. Voor degenen die zich verder willen verdiepen in dieettrouw, diabetes mellitus, Motivational Interviewing, gedragsverklaringsmodellen en andere aspecten die in dit onderzoek naar vraaggestuurde dieetzorg aan bod zijn gekomen, is een literatuurlijst bijgevoegd.

** In de rapportage wordt de term 'Motivational Interviewing' en de afkorting 'MI' afwisselend van elkaar gebruikt.

** In de rapportage worden de woorden 'patiënt' en 'cliënt' afwisselend van elkaar gebruikt.

1 Diabetes mellitus

1.1 Inleiding

Diabetes mellitus wordt gekenmerkt door de aanwezigheid van chronische hyperglycemie en veroorzaakt door onvoldoende insulineproductie en/ of insulineactiviteit, wat tot een verstoorde eiwit- en vetstofwisseling leidt (Dekker, 2004). De stofwisseling is een complex van fysische en chemische processen, dat nodig is voor de opbouw, instandhouding en afbraak van weefsels en de productie van energie. De stapeling van energierijke stoffen na een maaltijd en het vrijmaken van deze stoffen in perioden waarin niet wordt gegeten, vormt een onderdeel van deze stofwisseling. Hierbij spelen hormonen uit de alvleesklier een centrale rol. In de alvleesklier zijn ongeveer één miljoen eilandjes van Langerhans aanwezig die zorgen voor de productie van hormonen. Eén van deze hormonen is insuline en wordt gemaakt in de bètacellen van de eilandjes van Langerhans. Insuline is noodzakelijk om de bloedglucose in de lichaamscellen op te kunnen nemen. In de lichaamscellen wordt deze glucose verbrand zodat het energie op kan leveren. Insuline kan er ook voor zorgen dat glucose op wordt geslagen in spierweefsel in de vorm van glycogeen als energiereserve. Dit proces heet glycogenese. De bloedglucosespiegel reguleert de insuline-uitscheiding. De glucose die uit de darm is opgenomen zorgt voor een stijging van de bloedglucosespiegel en stimuleert de insulinesecretie. Bij een daling van de glucoseconcentratie wordt de afscheiding van insuline weer verminderd (Dekker, 2004; Haalboom, 1995). Op deze wijze zorgt het lichaam ervoor dat de bloedglucosespiegel tussen de 3,5 en 7 mmol/liter wordt gehouden. Als er bij hogere bloedglucosewaarden geen of te weinig insuline wordt afgescheiden, bestaat de kans op diabetes mellitus. Bij diabetes mellitus kan ook insulineresistentie optreden; bepaalde weefsels reageren niet meer op insuline. In beide gevallen wordt de bloedglucose onvoldoende in de lichaamscellen opgenomen, waardoor het bloedglucosegehalte in het bloed te hoog wordt. Als dit gehalte een bepaald niveau heeft bereikt, wordt de glucose via de urine uit het lichaam verwijderd. Dit niveau wordt de nierdrempel genoemd en ligt rond de 10 mmol/liter. Naast de taken in de koolhydraatstofwisseling speelt insuline een rol in de eiwit- en vetstofwisseling. Deze zijn bij diabetes eveneens verstoord. Insuline bevordert namelijk ook het transport van aminozuren door het celmembraan en de opbouw van eiwitten (eiwitsynthese) en vetten (lipogenese) in het lichaam (Dekker, 2004; Haalboom, 1995).

1.2 Diabetes mellitus type 1 en diabetes mellitus type 2

Er zijn globaal twee typen diabetes te onderscheiden, die dan ook worden aangeduid als type 1 en type 2.

Diabetes mellitus type 1 (IDDM): De alvleesklier maakt geen insuline meer. Vaak als gevolg van een auto-immunreactie (er ontstaan autoantilichamen tegen de bètacellen in de eilandjes van Langerhans), die de bètacellen vernietigen. Hierdoor kan er geen of weinig insuline worden gemaakt. (Dekker, 2004; Rutten, 1999).

Diabetes mellitus type 2 (NIDDM): Het lichaam (i.c. de eilandjes van Langerhans) maakt wel insuline, echter de beschikbare insuline is of niet voldoende (falende insulinesecretie) of kan zijn werk niet

goed doen (insulineresistentie). De diagnose is sterk erfelijk bepaald en wordt voornamelijk gesteld bij mensen ouder dan 40 jaar en kenmerkt zich door geleidelijk optreden van ziekteverschijnselen, soms zijn er bij de diagnose geen klachten. Insulineresistentie wordt zowel door erfelijke als door omgevingsfactoren en leefstijl (overgewicht) BMI > 27 kg/m², gebrek aan lichaamsbeweging) bepaalt (Dekker, 2004; Rutten, 1999).

In tabel 1.1 worden de hoofdkenmerken van diabetes mellitus type 1 en type 2 weergegeven.

Tabel 1.1 Hoofdkenmerken van diabetes mellitus type 1 en diabetes mellitus type 2

	IDDM (INSULINE AFHANKELIJKE DIABETES MELLITUS)	NIDDM(NIET-INSULINE AFHANKELIJKE DIABETES MELLITUS)
Insuline	Bij alle patiënten noodzakelijk	Bij enkele patiënten gewenst
Leeftijd bij optreden	Jeugd: pieken bij 4-5 en 12-14 jaar	Gevorderde leeftijd
Wijze van begin	Min of meer acuut	Langzaam
Diabetes mellitus in de familie	Soms	Vaak
Lichaamsgewicht	Vaak mager	Meestal dik
Stabiliteit bloedglucosespiegel	Schommelt vaak	Schommelt weinig
Neiging tot keto-acidose	Duidelijk aanwezig	Komt niet zo veel voor
Plasma-insulinespiegel	Laag tot zeer laag	Normaal of zelfs verhoogd, later ook wel verlaagd
Orale bloedglucoseverlagende middelen	Geen enkel verschil	Vaak goed effect

Bron: Haalboom, 1995

1.3 Bevorderende factoren

Omtrent de oorzaak van diabetes mellitus is nog steeds veel niet opgehelderd. Een aantal factoren die de ontwikkeling van diabetes mellitus type 1 en 2 bevorderen zijn met name erfelijke aanleg, vetzucht, leeftijd, zwangerschap, infectieziektes en auto-immuunziekten. De erfelijke aanleg wordt met name geconstateerd bij type 2 (bij eenenige tweelingen komt deze diabetes vaak bij beide partners voor), echter een dominante of recessieve overerving is niet aantoonbaar. Overvoeding kan een vermindering van de gevoeligheid van vetcellen voor insuline veroorzaken. Als reactie hierop verhoogt het pancreas de productie van insuline, maar hier zit een grens aan verbonden. Door deze grens kan de verhoging van de glucosespiegel niet geheel gecompenseerd worden.

Ook blijkt dat de kans op diabetes mellitus toeneemt naarmate men ouder wordt. Waarschijnlijk wordt de insulineproductie enerzijds en de perifere gevoeligheid anderzijds door leeftijd beïnvloedt. Dit kan ook tijdens de zwangerschap optreden; in de zwangerschap kan diabetes mellitus ontstaan, die na de bevalling weer verdwijnt. Een reeds voor de zwangerschap aanwezige neiging tot diabetes mellitus leidt vaak in de zwangerschap tot een duidelijke diabetes mellitus, die na de bevalling niet meer verdwijnt. Het is mogelijk dat een familiale (genetische) aanleg en de leeftijd van de vrouw een rol

spelen. Ook blijkt het steeds waarschijnlijker dat bij het ontstaan van diabetes mellitus op jeugdige leeftijd infecties een oorzakelijke rol spelen. Soms heeft men het virus in het aangedane pancreas kunnen aantonen. Tot slot is uit onderzoek gebleken, dat diabetes mellitus kan ontstaan door bepaalde virusinfecties. In deze situatie bestrijdt het lichaam niet alleen de infectie, maar vernietigt ook de eigen insulineproducerende cellen. Dit wordt een auto-immuun reactie genoemd. Bij sommige jeugdige diabetici worden ook antistoffen tegen pancreascellen aangetroffen. In hoeverre hier een virusinfectie oorzaak is dat het immuunsysteem verstoord raakt, is nog niet helemaal duidelijk (Haalboom, 1995; Dekker, 2004; Elte, 2002; Rutten, 1999).

1.4 Klachten en complicaties

Diabetes mellitus kent korte - en lange termijn complicaties, die ernstig en minder ernstig kunnen zijn. Op korte termijn komen complicaties voor die diabetes mellitus kenmerken. Hierbij hoort de hyper- en hypoglycemie. De klachten die bij een hyperglycemie (verhoogd bloedglucosegehalte) optreden zijn een verhoogde urineproductie, sterke dorst, neiging tot diabetische keto-acidose (te sterke vetafbraak wat kan leiden tot verzuring in het bloed), veel drinken, moeheid, hongergevoel, gewichtsvermindering, slechte wondgenezing, jeuk, infecties, blaasontsteking en slechter zien. Bij een *hypoglycemie* (verlaagd bloedglucosegehalte) daarentegen komen de volgende klachten veel voor: trillen, transpireren, hongergevoel, bonzend hart, geeuwen, bleek zien, verwardheid, suf, hoofdpijn en wisselende stemmingen (Haalboom, 1995; Rutten, 1999).

Het staat vast dat deze afwijkingen bij een slechte instelling van de bloedglucosespiegel eerder en in sterke mate voorkomen dan wanneer de bloedglucosespiegel goed wordt gecontroleerd. Het uitstellen, zo niet voorkomen van de complicaties (tertiaire preventie) is dan ook een van de belangrijkste argumenten voor een strenge zelfcontrole. Wanneer de slechte instelling van diabetes mellitus aanhoudt kunnen zich echter de volgende complicaties op lange termijn voordoen: Troebelings van de ooglenzen (cataract) en aantasting van de kleine bloedvaatjes in het netvlies (retinopathie). Een ander gevolg kunnen zenuwstoornissen zijn. Bij veel diabetici ontstaat (op den duur) een stoornis in de zenuwgeleiding die waarschijnlijk berust op een beschadiging van de structuur, die de zenuwvezel omgeeft. De prikkelgeleiding naar de voeten en handen kan gestoord raken. Gevoelsstoornissen, prikkelingen, tintelingen, krachtsvermindering kunnen het gevolg zijn. Tot slot is ook nefropathie bij diabetes mellitus patiënten een probleem. De kleine bloedvaatjes van de nieren worden aangetast, waardoor de nieren steeds meer hun filterende functie verliezen. Dit gaat gepaard met uitscheiding van eiwitten in de urine (Haalboom, 1995).

De levensverwachting van patiënten met diabetes is korter dan voor de overige bevolking. Dit wordt vooral veroorzaakt door een hogere kans op het krijgen van hart- en vaatziekten. De verhoogde kans op hart- en vaatziekten bij diabetes berust vooral op een versterkte ontwikkeling van atherosclerose; een degeneratieproces van de slagaderen dat zich afspeelt in de binnenste laag van de vaatwand. Atherosclerose bij diabetespatiënten ontstaat over het algemeen op jongere leeftijd en is sneller progressief dan bij mensen zonder diabetes.

1.5 (Dieet)behandeling van diabetes mellitus

Aan de hand van het type diabetes, de medicatie en het risicoprofiel wordt de behandeling bepaald. Diabetes mellitus type 1 patiënten worden direct behandeld met insuline en krijgen educatie over Richtlijnen Goede Voeding en beweging. Bij patiënten met diabetes mellitus type 2 wordt gestart met Richtlijnen Goede Voeding en orale bloedglucoseverlagende medicatie en/ of insuline. Naast dit voedingsadvies streeft men naar een stabiel gewicht en/ of een gewichtsvermindering (ideaal is een BMI van < 25 kg/m²). Zowel bij type 1 als bij type 2 diabetespatiënten streeft men naar een bloedglucosegehalte tussen de 4-7 mmol/liter (Aslander-van Vliet, 2004; Dieetbehandelingsprotocol diabetes mellitus, 1999; Moore, 2004; Reenders, 2002).

De basis van het voedingsadvies bij diabetes mellitus is volgens *Richtlijnen Goede Voeding*. Het voorschrift is afhankelijk van de medicatie en het lichaamsgewicht. Het wordt individueel vastgesteld, waarbij met name de bloedglucosewaarden, het risicoprofiel en de voedingsanamnese (wat een patiënt gemiddeld per dag eet) bepalend zijn:

De verhouding tussen de hoeveelheid energie die met de voeding wordt opgenomen en de energie die door het lichaam wordt verbruikt moet zodanig zijn dat een aanvaardbaar lichaamsgewicht wordt bereikt of gehandhaafd. Verder bevat het voedingsadvies 30-35 energieprocenten vet en maximaal 10 energieprocenten verzadigd (trans)vet, ongeveer 50 energieprocenten koolhydraten en 0,8-0,85 g eiwitten/ kg ideaal lichaamsgewicht per dag (vrouwen respectievelijk mannen). Daarnaast bevat een gezonde voeding 3 gram voedingsvezel per MJ, maximaal 300 mg cholesterol per dag en maximaal 9 gram zout per dag. Tevens geldt een aanbeveling van minimaal 1,5 liter drinkvocht per dag. Een te veel aan alcohol wordt afgeraden. Om het bloedglucosegehalte binnen aanvaardbare grenzen te houden, moet de inname van koolhydraten in evenwicht worden gehouden met de hoeveelheid werkzaam insuline. De wijze waarop de koolhydraten het beste over de dag kunnen worden verdeeld is afhankelijk van de eigen insuline productie, de medicatie en het energieverbruik (Aslander-van Vliet, 2004; Dieetbehandelingsprotocol diabetes mellitus, 1999; Moore, 2004; Reenders, 2002).

1.6 Prevalentie en incidentie

Het blijkt dat er in Nederland ruim 500.000 mensen diabetes mellitus hebben. Het aandeel van type 2 diabetes mellitus bedraagt ongeveer 85-90%. De schatting van het aantal nieuwe patiënten met diabetes type 2 in Nederland is ruim 66.000 per jaar. De prevalentie is hoger bij mensen met overgewicht en bepaalde groepen allochtonen (bijvoorbeeld Hindoestanen, Turken en Marokkanen). De incidentie van diabetes mellitus 2 heeft een gelijke verdeling tussen de geslachten en loopt op van 3 per 1000 per jaar in de leeftijd van 45-65 jaar tot 5-10 per 1000 per jaar in de leeftijd van 75-plussers. Personen met diabetes mellitus type 2 hebben een 1,5-4 maal hogere mortaliteit dan de totale bevolking en de incidentie van cardiovasculaire morbiditeit en mortaliteit is 2-4 maal hoger bij mannen en 4-6 maal hoger bij vrouwen. Tevens is de belangrijkste oorzaak van slechtiendheid en blindheid (in de westerse wereld) tussen de 20-74 jaar diabetische retinopathie. Tot slot blijkt dat personen met diabetes mellitus type 2, 15 maal vaker een amputatie van een deel van een been ondergaan dan de rest van de bevolking. (Dekker, 2003; Kriegsman, 2003; RIVM, 2004).

Een belangrijke oorzaak van diabetes mellitus is overgewicht.

Met betrekking tot overgewicht is de situatie in Nederland als volgt: in de leeftijdsgroep 20 t/m 59-jarigen heeft ruim 50% overgewicht. Van deze groep is bij ruim 55% van de mannen en bij ruim 50% van de vrouwen overgewicht geconstateerd. 10% van de volwassen Nederlanders heeft obesitas. Nederland lijkt met ongeveer 10 jaar verschil de Amerikaanse trend te volgen. Daar liggen de cijfers inmiddels op 56% overgewicht en 22,5% obesitas. De prevalentie van overgewicht en obesitas stijgt met de leeftijd. Een eerste grote gewichtstoename is zichtbaar bij kinderen tussen 4-8 jaar. Als de huidige ontwikkeling zich doorzet kan in 2015 naar schatting 15-20% van de volwassenen obees zijn (RIVM, 2004).

1.7 Kosten van diabetes mellitus

Het optreden van micro- en macrovasculaire complicaties is een groot probleem. Ongeveer 55% van de mensen met diabetes mellitus heeft last van een of beide vormen. Bij patiënten die langere tijd diabetes hebben, komt vrijwel altijd de combinatie van beide vormen voor. Het code-2 onderzoek heeft aangetoond dat roken, hyperlipidemie, hypertensie en overgewicht bij respectievelijk ongeveer 23, 30, 50 en 54% van de Nederlandse mensen met diabetes voorkomt en dat met name deze risicofactoren verantwoordelijk zijn voor het optreden van cardiovasculaire aandoeningen.

De score van kwaliteit van leven bedraagt onder diabetespatiënten 0,68 versus 0,74 voor de gemiddelde Nederlander. De kwaliteit van leven neemt af met de duur van de diabetes, medicatiegebruik en het optreden van complicaties. De meerderheid van de patiënten beoordeelt de gezondheidsstatus als redelijk tot goed (American Diabetes Association, 1998; Jaspers, 2000).

Economische aspecten (uit het code-2 onderzoek): Het blijkt dat in Nederland de totale zorgkosten per patiënt 840 euro, per zes maanden bedragen. De grootste kostenpost is hierbij de medicatie. Het aantal patiënten dat gedurende de periode van zes maanden in het ziekenhuis wordt opgenomen, bedraagt 8,8% met een gemiddelde opnameduur van 11,9 dagen. Specificatie van de medicatiekosten tonen aan dat cardiovasculaire geneesmiddelen met 74 euro, per gebruiker (per zes maanden) en gebruikt door 59% van de personen met diabetes type 2, de hoogste kostenpost in de diabeteszorg vormt, boven het gebruik van glucoseverlagende medicatie.

Bij uitsplitsing van de zorgkosten per patiënt blijkt dat de zorgkosten toenemen met de leeftijd en het gebruik van insuline. Verder is gebleken dat patiënten met zowel macro- als microvasculaire complicaties de hoogste zorgkosten hebben en dat het optreden van macrovasculaire complicaties grotere kosten met zich meebrengt dan microvasculaire complicaties. Hieruit valt te concluderen dat de patiënten met de laagste kwaliteit van leven de hoogste zorgkosten hebben (Jaspers, 2000).

'De kosten van ziekten studie' is drie keer uitgevoerd, in 1988, 1994 en in 1999. In 1999 zijn de kosten voor diabetes geschat op 430,6 miljoen euro. Echter deze methode levert voor diabetes een onderschatting op van de totale kosten voor de zorg van diabetes (Polder, 2002). In een studie uitgevoerd door het IMTA in samenwerking met het CBO en de NDF, is geprobeerd om de onderschatting bij te stellen. Op basis van deze studie komt voor 2000 (na correctie voor prijsstijging in de zorg) het kostenplaatje voor diabetes op 835 miljoen euro. De gemiddelde kosten per diabeet

zijn 1790 euro. Bij dezelfde situatie in de zorg voor diabetes mellitus, is de prognose voor 2015 dat de kosten voor diabetes zullen stijgen tot 1080 miljoen euro. Hierbij is alleen rekening gehouden met het stijgen van diabetes door vergrijzing en zijn andere mogelijke oorzaken, zoals toenemend overgewicht, niet meegenomen (iMTA)

2 Doel van het onderzoek

2.1 Dieettrouw

Onderzoek laat zien dat patiënten, in het bijzonder met chronische aandoeningen, het moeilijk vinden om in het dagelijks leven dieetadviezen toe te passen en zich aan het dieet te houden (=dieetontrouw/non-compliance). Afhankelijk van de aard van het dieet blijkt dat 30 tot 60% van de patiënten zich niet aan het voorgeschreven dieet houdt (Shobhana, 1999; Williamson, 2000). Het niet of maar gedeeltelijk volgen van een dieetadvies heeft tot gevolg dat het beoogde effect van een dieet, gezondheidswinst, niet wordt behaald. Dit resulteert in een verhoogde morbiditeit en mortaliteit als gevolg van de aandoening (Clark, 2001; Glasgow, 2000; Rutten, 1999).

Dit project richt zich in eerste instantie op patiënten met diabetes type 2, een van de meest voorkomende chronische aandoeningen bij de oudere helft van onze bevolking. Het is een snel groeiende patiëntencategorie, waaronder ook steeds meer allochtonen (Heine, 1999; Riste, 2001; RIVM, 2004; Rutten, 1999). Type 2 diabetes mellitus patiënten zijn afhankelijk van levenslange trouw aan aanbevelingen ten aanzien van het dieet, beweging, alcohol consumptie, roken en medicatie (Stott, 1996). Aanpassing van leefstijl wat betreft voeding speelt een belangrijke rol en blijkt voor patiënten een van de moeilijkste aspecten van de behandeling te zijn. Een reden hiervoor is dat de dieetadviezen niet altijd aansluiten bij de gewoonten en voorkeuren van de patiënten. Het dieetadvies moet juist op maat gesneden zijn, zodat er rekening wordt gehouden met de variatie binnen de doelgroep. Daarnaast blijken met name praktische factoren (onduidelijke etikettering en hoge dieetkosten), moeilijke sociale situaties (verjaardagen/feestjes), het vaker buitenshuis eten, tijdgebrek, motivatie en gebrek aan vaardigheden bij de patiënt een rol te spelen (Brown, 1998; Glasgow, 2000; Hekman, 1999; Leibbrandt, 2001; Peters, 1999; Shobhana, 1999; Williamson, 2000). De problemen die patiënten tegenkomen rond het volgen van een dieet kunnen van invloed zijn op de ervaren kwaliteit van leven (Felce, 1997; Greenley, 1997; van der Poel, 2001; Redekop, 2002; Snoek, 2002). Voor sommige patiënten leidt het volgen van een dieet tot verminderd sociaal functioneren en zelfs tot isolement (Hekman, 1999; Peters, 1999).

Vervolgens toont onderzoek aan dat de diabetespatiënt nog te weinig door de diëtist wordt aangemoedigd om vragen te stellen en deel te nemen in de besluitvorming en te weinig praktische handvatten aanreikt, zodat de patiënt niet leert om met de bovengenoemde moeilijke situaties om te gaan. In haar advisering sluit zij daarbij onvoldoende aan bij de individuele patiënt en zijn behoeften (Brown, 1998; Hekman, 1999; Leibbrandt, 2001; Williamson, 2000). Ook vindt er nog te weinig samenwerking plaats en is er te weinig ruimte voor de autonomie van de patiënt (Cooper, 2003). Dit blijkt voornamelijk een negatief effect te hebben op de zelfzorgvaardigheden en de metabole beheersing van de patiënt. Dit komt echter niet alleen door de opstelling van de diëtist maar ook door die van de patiënt. In het algemeen stelt de patiënt zich passief op bij het dieetconsult terwijl het toepasbaar maken van het dieetadvies in de persoonlijke situatie iets is wat patiënten zelf moeten doen, het vraagt een zelfsturende instelling. Voorwaarde is wel dat patiënten hierin door de diëtist worden gestimuleerd en dat de dieetadvisering wordt toegesneden op de persoonlijke situatie.

Tijdnood, concurrerende prioriteiten en een gebrek aan vaardigheden bij de diëtist zorgen er voor dat dit nog onvoldoende gebeurt (Brown, 1998; Eakin, 1996; Kelly, 1995; Kristal, 2000; de Vries, 1995).

2.2 Doel van het onderzoek

Binnen dit project worden diëtisten getraind in de techniek van Motivational Interviewing om hun adviezen beter op de wensen van de patiënt af te stemmen en deze meer in samenspraak met de patiënt op te stellen. De interventie wordt onderzocht op praktische haalbaarheid en waardering bij de diëtist omtrent de vraaggerichte werkwijze alsmede op de tevredenheid en de effectiviteit van de dieetcompliance op het niveau van patiënt/cliënt.

Het voorgestelde project richt zich zowel op het aanleren van vaardigheden van de patiënt als die van de diëtist. Beiden worden zo verantwoordelijk gesteld voor het resultaat van de behandeling. Verder geven signalen uit de praktijk aan dat er behoefte is aan een praktisch, effectief, algemeen aanvaardbaar instrument (Hekman, 1999; Clement, 1995; Eakin, 1996; Williamson, 2000). Dit ter verbetering van de individueel gerichte zorg tussen patiënt en diëtist. Het voorgestelde project beoogt hierin te voorzien.

Gedurende het project komen zowel patiënten als diëtisten aan het woord. Daarbij wordt vraaggestuurde dieetzorg gezien als een gezamenlijke inspanning van patiënt en diëtist die erin resulteert dat de patiënt die hulp ontvangt die tegemoet komt aan zijn behoeften en verwachtingen. Het project sluit hiermee aan op twee belangrijke speerpunten: 1) verhelderen en differentiëren van de zorgwens van de patiënt en 2) verbetering van de communicatie en besluitvorming tussen patiënt en hulpverlener en zal dan ook voor een cultuuromslag zorgen in de relatie patiënt-diëtist: beide worden gelijke partners met een gezamenlijke verantwoordelijkheid. De patiënt krijgt de rol toebedeeld als manager van zijn/haar ziekte en gezondheid. De diëtist leert om zorg-op-maat te geven. Een effectieve interventie gericht op het afstemmen van vraag en aanbod rond de dieetzorg verhoogt de kwaliteit van zorg, draagt bij aan zelfmanagement, vermindert de medische consumptie door minder vragen en ontsporingen en daarmee de kosten van de gezondheidszorg. Het stelt de patiënt in staat een balans te vinden tussen gezondheidsbehoeften en kwaliteit van leven, en verkleint de kans op non-compliance en daarmee het uitblijven van het, met het dieet, beoogde gezondheidseffect.

Het belang van dit project wordt nog eens onderstreept door het feit dat 10-20% van de Nederlandse bevolking een chronische aandoening heeft (IGZ, 2003). Dit aantal neemt de komende jaren, mede als gevolg van de vergrijzing, toe. De VTV 1997 geeft aan dat het aantal mensen met chronische aandoeningen de komende jaren met 25-60% zal stijgen. Bij een groot aantal aandoeningen maakt een dieet onderdeel uit van de therapie (bijvoorbeeld hart- en vaatziekten of diabetes mellitus), of vormt soms zelfs de enige mogelijke behandeling, met name bij spijsverteringsziekten (Artsenwijzer EG 2003). De VCP-3 (1998) wijst uit dat 9% van de onderzoeksgroep (=6250) een dieet volgde om medische redenen, waarvan 2,2% een diabetesdieet. De verwachte toename in Nederland van diabetici in 2025 ten opzichte van 1995 is dan ook 50 tot 100% (CBS, 2003; RIVM, 2004).

2.3 Vraagstelling cq doelstelling

Ontwikkelen, implementeren en evalueren van een interventie gericht op afstemming van vraag en aanbod in de dieetzorg, die patiënten in staat stelt het dieet toe te passen en voor langere termijn vol te houden. Subdoel patiënten: de patiënt is in staat om de dieetzorg te sturen naar eigen wensen en behoeften en neemt zelf (mede)verantwoordelijkheid voor de behandelingskeuze met als resultaat, hogere dieettrouw, meer satisfactie en kwaliteit van leven. Subdoel diëtisten: de diëtist levert maatwerk en ervaart meer arbeidssatisfactie.

2.4 Betrokken partijen

De effectiviteit van de interventie is niet alleen afhankelijk van de kwaliteit van de interventie zelf, maar ook van het draagvlak van de betrokkenen. Naast de NVD (Nederlandse Vereniging voor Diëtisten) is daarom de patiëntenorganisatie DVN (Diabetesvereniging Nederland) bij dit project betrokken. Het beleid van het Voedingscentrum is er immers op gericht om, bij gebleken effectiviteit van de te ontwikkelen interventie, ook specifieke toepassingen voor andere ziektebeelden te stimuleren. De NVD zal de ontwikkeling van de interventie ondersteunen. Het Voedingscentrum heeft tevens garanties ingebouwd zodat de aanpak, bij bewezen waarde, wordt geïmplementeerd in de opleiding/(bij)scholing van de diëtist. Breed draagvlak/betrokkenheid zullen de disseminatie, adoptie en implementatie van de interventie bevorderen. Tot slot past het project binnen de onderzoekslijnen van het Instituut Maatschappelijke gezondheidszorg van de Erasmus Universiteit te Rotterdam, op het terrein van gezondheids- en patiëntenvoorlichting. Binnen deze lijnen is ruime ervaring opgedaan met interventies die patiënttevredenheid versterken en consumentenparticipatie en compliance verhogen.

Daarnaast werken de opleidingen aan het optimaliseren van het vaardigheidsonderwijs waarin de communicatie tussen patiënt en diëtist centraal staat en richt het post-HBO onderwijs zich op het leveren van zorg aan mensen met een chronische aandoening. Gedurende dit project heeft er dan ook een directe afstemming plaatsgevonden met een aantal Hogescholen Voeding & Diëtetiek, waardoor bevindingen zijn overgedragen en doublures voorkomen.

Het project sluit ook goed aan op de missie van het Voedingscentrum waarin de consument centraal is gesteld en de intermediairen actief worden benaderd daar waar hun werk een directe relatie heeft met die consument/patiënt.

Het ontwikkelen van een interventie waarbij het patiëntenperspectief centraal staat, past tevens binnen het overheidsbeleid dat gericht is op kwalitatieve en kwantitatieve verbetering van de zorg voor mensen met een chronische ziekte. Tijdens het vooronderzoek zijn diverse organisaties vanuit het veld betrokken geweest, waaronder de NHS (Nederlandse Hartstichting), de NVD (Nederlandse Vereniging voor Diëtisten), de UM (Universiteit Maastricht), de DVN (Diabetes Vereniging Nederland) en enkele andere patiëntenorganisaties.

Tot slot heeft het "Centre for Motivation and change" (de heer R. Bes) een zeer belangrijke adviesfunctie vervuld bij de ontwikkeling van de training, de opzet en uitvoering van het onderzoek, het

vertalen van de meetinstrumenten BECCI, MITI en MISC en de verdere ondersteuning op het gebied van Motivational Interviewing gedurende het project.

3 Determinantenonderzoek

3.1 Gedragsverklaringsmodellen

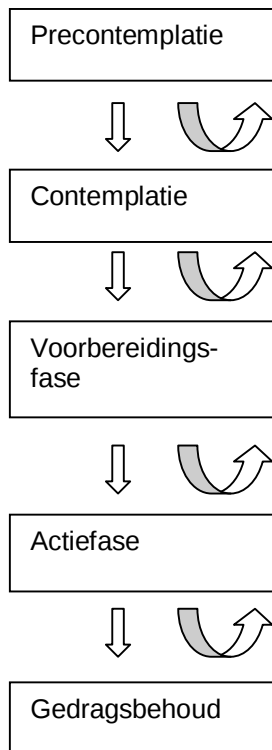
Om nader inzicht te krijgen in de determinanten die van invloed zijn op de dieettrouw van diabetespatiënten en deze een stevigere empirische basis te geven, worden twee gedragsverklaringsmodellen als uitgangspunt genomen. Dit is het Stages of Change model en de Sociaal Cognitieve Theorie (SCT).

Stages of Change Model (Prochaska en Diclemente)

Op basis van een combinatie van het Stages of Change-model en de Sociaal Cognitieve Theorie (SCT) wordt een programma voor de training ontwikkeld. Het Stages of Change-model is reeds succesvol bij ontwikkeling van gedragsinterventies toegepast (Berg-Smith, 1996; Finckenor, 2000; Greene, 1999; Kristal, 2000; Resnicow, 2001; Stot, 1996; Trigwell, 1997).

Het Stages of Change-model geeft aan dat gedragsverandering een proces is waarin vijf motivationele stadia te onderscheiden zijn (figuur 3.1) In de eerste fase, *precontemplatie*, wordt verandering van gedrag niet overwogen. Mensen 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. In de *contemplatiefase* wordt verandering (binnen de komende zes maanden) van het risicogedrag wel overwogen, maar er worden nog geen plannen gemaakt om op korte termijn (de komende 30 dagen) te veranderen. Als er wel concrete plannen zijn om het gedrag op korte termijn te veranderen, begint de *voorbereidingsfase*. In de *contemplatie- en voorbereidingsfase* is men zich bewust van het risicogedrag en meestal overtuigd van de voordelen van gedragsverandering. De eigen-effectiviteitsverwachting is in deze fase wel laag; men wil wel veranderen maar weet niet goed hoe. Omgevingscondities, sociale invloeden of een gebrek aan vaardigheden kunnen de gedragsverandering in de weg staan. Individuen in de *actiefase* hebben het risicogedrag veranderd. Zij zien naast de noodzaak om te veranderen, ook de mogelijkheden. Mensen in het *behoudstadium* hebben hun risicogedrag al meer dan zes maanden geleden veranderd en die gedragverandering sindsdien volgehouden. *Terugval* van latere stadia naar een eerder stadia is gedurende het gehele proces mogelijk. Om tot een blijvende verandering van risicogedrag te komen, zijn vaak meerdere periodes van contemplatie, voorbereiding en actie nodig. Een belangrijke implicatie van dit model is dat de voorlichtingsbehoefte van mensen afhangt van het motivationeel stadium. (Brug, 2002; Schaalma, 2000; Greene, 1999)

Figuur 3.1 stages of change (Schaalma, 2000)



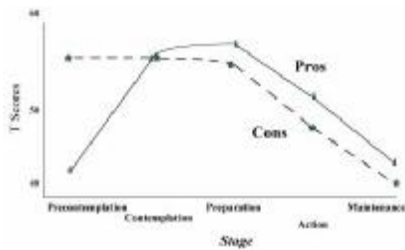
Om mensen in de precontemplatiefase te stimuleren om de betreffende gedragsverandering te overwegen, moeten ze bewust worden gemaakt van de noodzaak tot veranderen. Ook moeten ze er overtuigd van raken dat de balans tussen voor- en nadelen positief uitslaat naar de voordelen van gedragsverandering. Hier lijken dus vooral attitude- en risicoperceptie van belang. Om van contemplatie naar voorbereiding en actie te gaan, moeten mensen steeds meer overtuigd raken van hun mogelijkheden om te veranderen. Vaardigheidstraining, verhoging van de eigen-effectiviteitsverwachting en ondersteuning vanuit de sociale omgeving zijn belangrijk, alsmede het wegnemen van externe barrières die de verandering van gedrag in de weg staan. Ook is het belangrijk om in deze fase concrete doelen te stellen.

Van actiefase naar gedragsbehoud speelt een zorgvuldige planning een rol. De gedragsverandering moet bekrachtigd worden door het 'gezonde gedrag' te belonen en door succesvolle verandering van gedrag door feedback duidelijk te maken. Bij terugval is het belangrijk om te achterhalen waarom deze terugval plaatsvindt. Een positieve sociale norm is belangrijk om bij een tijdelijke terugval weer snel naar de actiefase over te gaan (Brug, 2002; Greene, 1999; Finckenor, 2000; Kristal, 2000; Schaalma, 2000; de Vries, 1995).

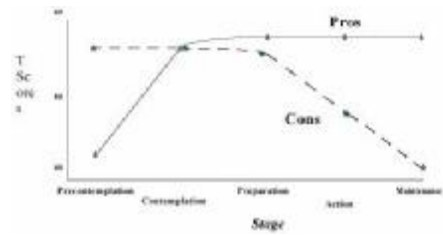
Figuur 3.2 Voor- en nadelen in de verschillende stadia van gedragsverandering.

- 1: de ontwikkeling van het belang van zowel voor- als nadelen in de verschillende stadia van gedragsverandering als het gaat om overduidelijk ongezond gedrag (zoals bijvoorbeeld roken).
- 2: de ontwikkeling van het belang van zowel voor als nadelen in de verschillende stadia van gedragsverandering als het gaat om het inpassen van overduidelijk gezond gedrag (zoals het eten van meer onverzadigd vet / meer sporten).

1



2



Tabel 3.1 Determinanten van stages of change (Schaalma, 2000; Greene, 1999)

Stage of Change	Determinant	Strategie voor de overgang naar de volgende fase	Behandeling in dit stadium
Precontemplatie	-Kennis -Risicoperceptie -Onrealistisch optimisme -Attitude	-Verhogen van informatie en op de hoogte zijn van de emotionele acceptatie.	-Voorzie de cliënt van persoonlijke informatie. -Sta het toe dat een cliënt zijn emoties toont over zijn / haar ziekte of over de behoefte om veranderingen door te voeren t.a.v. het dieet
Contemplatie en voorbereiding	-Vaardigheden -Eigen-effectiviteit -Sociale steun -Barrières -Doelen opstellen	Verhogen van vertrouwen in iemand zijn mogelijkheden om gewenst gedrag over te nemen.	-Bespreek en los barrières op voor veranderingen t.a.v. het dieet. -Steun het vormen van netwerken. -Geef positieve feedback over een cliënt zijn mogelijkheden. -Help met het verklaren van ambivalentie over het aangenomen gedrag en benadruk de voordelen.
Actie en gedragsbehoud	-Implementatie intenties -Feedback -Bekrachtiging -Sociale norm -Sociale steun -Attributies	-Gedragstraining en sociale steun. -Probleemoplossende oefeningen en sociale en emotionele steun.	-Verwijs naar educatieprogramma's voor zelfmanagement-oefeningen. -Voorzie de cliënt van zelfhulpmateriaal. -Moedig de cliënt aan om te anticiperen en te plannen van potentiële moeilijkheden (volhouden van dieet tijdens vakanties). -Verzamel informatie over lokale bronnen (winkelgidsen, zelfhulpgroepen). -Moedig een cliënt aan bij een terugval. -Wanneer een cliënt gemotiveerd is kun je aanbevelingen doen om meer uitdagendere dieetveranderingen uit te proberen.

Verder onderscheid Prochaska en collegae verwerkingsprocessen. Deze zijn verantwoordelijk voor het feit waarom mensen bepaalde cognities ontwikkelen en waarom ze zich op een bepaalde manier gedragen. Deze verwerkingsprocessen bestaan uit *cognitieve* en *gedragsmatige* processen. De cognitieve processen worden met name tijdens de pre- en contemplatie gebruikt en gedragsmatige processen meer tijdens de actiefase.

De cognitieve processen zijn *bewustwording, verontrusting, herwaardering van de omgeving, sociale bevrijding en herwaardering van zichzelf*. Met bewustwording wordt bedoeld dat men leest, denkt en praat over “het dieet” en dat men open staat voor schriftelijke en persoonlijke informatie. Verontrusting houdt in dat mensen emotioneel geraakt worden door het besef dat dieetontrouw schadelijke gevolgen kan hebben. Met herwaardering van de omgeving wordt bedoeld dat mensen erkennen dat dieetontrouw gevolgen kan hebben voor de omgeving (voor bijvoorbeeld familie/ vrienden). Sociale bevrijding geeft aan dat mensen bijvoorbeeld in een restaurant beseffen dat het sociaal aanvaard is om gezonde voedingsmiddelen te bestellen. Tot slot wordt met herwaardering van zichzelf verstaan dat iemand zijn zelfbeeld veranderd van een dieetontrouw naar een dieettrouw persoon (Finckenor, 2000; Greene, 1999; Schaalma, 2000; De Vries, 1995).

De gedragsmatige processen zijn *zelfbevrijding, stimulus controle, bekrachtigende strategieën tegengestelde conditionering en ondersteunende relaties*. Onder zelfbevrijding wordt verstaan dat mensen het gevoel hebben dat zij iets kunnen doen aan hun leven en het dieet dus vol kunnen houden als zij dat willen. Met stimulus controle wordt bedoeld dat mensen dingen uit hun omgeving verwijderen, bijvoorbeeld voedingsmiddelen met een hoog vetgehalte, zodat zij niet aan het eten van vette voedingsmiddelen herinnerd worden. Bekrachtigende strategieën houden in dat men zichzelf beloont voor de dieettrouw en daarvoor ook positieve reacties van andere verwacht, bijvoorbeeld het krijgen van een compliment. Met tegengestelde conditionering wordt het vervangen van bijvoorbeeld voedingsmiddelen met een hoog vetgehalte door voedingsmiddelen met een laag vetgehalte bedoeld. Onder ondersteunende relaties wordt de sociale steun verstaan die men verwacht als men zich houdt aan het dieet. Het belang van deze processen is dat men inventariseert hoe deze processen gebruikt kunnen worden (Finckenor, 2000; Greene, 1999; Schaalma, 2000, De Vries, 1995). Er worden tevens twee cognities onderscheiden die het resultaat zijn van de verwerkingsprocessen en het gedrag. De eerste groep zijn de voor- en nadelen van gedrag (attitude-factoren). Precontemplatoren zijn meer overtuigd van de nadelen en contemplatoren zijn meer overtuigd van de voordelen van gedrag. De tweede groep omvat de verleiding om terug te vallen in het oude gedrag en het vertrouwen dat het nieuwe gedrag zal lukken (eigen-effectiviteitsverwachting) (Schaalma, 2000; De Vries, 1995).

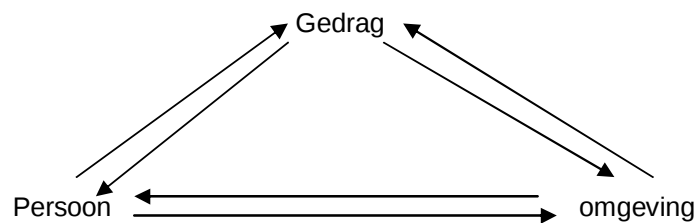
De sociaal cognitieve theorie (SCT, Bandura)

Volgens de SCT wordt menselijk gedrag met name bepaald door verwachtingen die men van bepaald gedrag heeft. De volgende verwachtingen spelen hierbij een rol:

- Verwachtingen over de consequenties van gebeurtenissen in de sociale en fysieke omgeving zonder dat er sprake is van persoonlijke actie.
- Verwachtingen over wat de consequenties zijn van persoonlijke acties.
- Verwachtingen over of men in staat is een bepaalde actie uit te voeren (eigen-effectiviteitsverwachting)

Volgens de SCT is gedrag dynamisch en het gevolg van de continue interacties tussen aspecten van de omgeving, de persoon en het gedrag van de persoon. Deze aspecten kunnen van invloed zijn op de andere aspecten (figuur 3.3) (Meertens, 2000, De Vries, 1998).

Figuur 3.3 De sociaal cognitieve theorie (Meertens, 2000)



Daarnaast zegt de SCT dat mensen niet alleen kunnen leren doordat zij het gedrag uitvoeren en de gevolgen hiervan zien, maar dat zij ook kunnen leren door anderen (modelling) te observeren. Tot slot geeft Bandura aan dat mensen zich kenmerken doordat zij zich doelen stellen en strategieën hanteren om die doelen te bereiken, bijvoorbeeld door zichzelf te belonen (Meertens, 2000).

Kortweg wordt gezegd dat wanneer mensen denken dat ze een bepaald gedrag, in dit geval een dieet, niet kunnen uitvoeren of volhouden, ze niet gemotiveerd zijn om dat dieet te volgen en de kans erg klein is dat het dieet goed wordt toegepast. Om dit zelfvertrouwen te vergroten is het cruciaal dat het dieet zo goed mogelijk uit te voeren is, de patiënt de juiste vaardigheden hiervoor beheerst en hierover feedback krijgt. Tot slot kan modelleren en leren door observeren van andere patiënten, een rol spelen bij de verhoging van het zelfvertrouwen van de patiënt.

3.2 Determinanten

Aan de hand van de gedragsverklaringsmodellen is er een verdere inventarisatie uitgevoerd naar de determinanten van dieetontrouw / non-compliance. De inventarisatie bestaat uit een literatuurstudie, stages bij diëtisten, open vragenlijst bij diabetes type 2 patiënten, focusgroepinterviews bij diabetespatiënten en een focusgroepinterview bij diëtisten (Spikmans, 2002).

Uit de literatuurstudie en de informatie uit de praktijk blijkt dat er veel overeenkomsten zijn. De resultaten uit de praktijksituaties bevestigen de uitkomsten van het literatuuronderzoek. Een belangrijke meerwaarde van de informatie uit de praktijk is de problematiek rondom de kwaliteit van de behandeling van de diëtist en van het multidisciplinair team.

Op basis van het in dit rapport beschreven vooronderzoek komen op verschillende niveaus (zowel patiënt als hulpverlener) de volgende belangrijkste determinanten naar voren die een positieve dan wel negatieve invloed lijken te hebben op de mate van dieettrouw.

Kwaliteit/ stimulans hulpverlener

Het blijkt dat herhaalde aanmoediging, ondersteuning en educatie door hulpverleners een positieve invloed hebben op dieettrouw. Belangrijk is de patiënt altijd zelf de keuze te laten maken, nooit een patiënt dwingen, dat werkt averechts. Het is en blijft een advies, dus moet de patiënt zelf beslissen of hij het op wil volgen. Daarom is het van belang dat er een gelijkwaardige relatie is tussen de patiënt en de diëtist. De professionele relatie moet echter wel behouden blijven en de patiënt moet altijd actief betrokken zijn, zodat een soort overlegsituatie ontstaat. Hierbij zijn gespreksvaardigheden,

motivatietechnieken, duidelijke uitleg, praktische adviezen en een goede kennis over voeding cruciaal voor de kwaliteit van het consult. De belangrijkste taak van de diëtist is het overbrengen van de boodschap. Zij moet zich verplaatsen in de patiënt hoe moeilijk het voor hem bijvoorbeeld kan zijn om een dieet te volgen. Het vermogen om knelpunten bij patiënten op te sporen en daar serieus op in te gaan kan niet ontbreken. De diëtist moet de patiënt eigen verantwoordelijkheid geven om keuzes te maken.

Het probleem is dat de diëtist aan de ene kant verbonden is aan een protocol en aan de andere kant aan tijd. In een kort tijdsbestek moet er een verscheidenheid aan onderwerpen besproken worden waardoor de druk voor de diëtist toeneemt. De diëtist moet zich daarom in eerste instantie afvragen; "wat is haalbaar voor de patiënt?"

Dieetrouw wordt bereikt wanneer de behandeldoelen die zijn opgesteld worden opgevolgd. Behandeldoelen worden vaak opgevolgd door een uitgebreide intake te doen, de informatie voor de patiënt te faseren, uitgebreid stil te staan bij de doelen, de doelen niet te hoog stellen maar af te stemmen op het individu. Een valkuil hierbij kan zijn dat de patiënt de diëtist wil 'pleasen', en te snel akkoord gaat met de ideeën van de diëtist. Tot slot vindt er niet altijd een controle op lange termijn plaats. Hierdoor kan er geen beoordeling gegeven worden of de patiënt zich op langere termijn aan het dieet houdt.

Soms wordt er door andere hulpverleners of diëtisten te makkelijk gezegd: "het is maar gezonde voeding". Wanneer een hulpverlener deze uitspraak doet is de kans groot dat de patiënt te makkelijk over het dieet gaat denken. Door dit imago denken patiënten dat ze alles kunnen eten, omdat het toch geen echt dieet lijkt. Daarnaast veroorzaakt deze uitspraak dat de hulpverleners het minder essentieel vinden om te verwijzen naar de diëtist. Daarom moet de diëtist zich altijd op de juiste wijze profileren.

Sociale invloed

Patiënten attribueren hun ontrouw meer aan invloeden van buitenaf, zoals omgevings- en economische factoren en interpersoonlijke problemen met leeftijdsgenoten, het gezin en hulpverleners. Factoren als sfeer, betrokkenheid, steun en open communicatie in de sociale omgeving, met name binnen het gezin, hebben hier een positieve invloed op. Bij personen met diabetes worden namelijk meer zelfzorgvaardigheden gerapporteerd als hun gezin hen ondersteunt/participeert. Door weinig steun en feedback daalt de eigen effectiviteit ten aanzien van compliance. Mensen die echter meer sociale steun krijgen dan gewenst (bijvoorbeeld overbezorgdheid), kunnen de steun opvatten als zeuren. Een andere vorm van sociale invloed is sociale druk (omgaan met). Wanneer een gezinslid bijvoorbeeld te veel druk uitoefent (met betrekking tot voeding) gaan veel patiënten te veel eten of maken minder goede keuzes in het soort voedingsmiddelen. Patiënten kunnen echter ook de verkeerde informatie ontvangen van bijvoorbeeld familie, vrienden, peers, lotgenoten, andere hulpverleners, media (boeken, tijdschriften, televisie, internet etcetera) en gezondheidswinkels, zodat dit een negatieve invloed kan hebben op de compliance.

De omgeving heeft vaak meer moeite met de ziekte dan de patiënt. Door open te zijn over de aandoening en de consequenties, kan dit grotendeels worden opgelost. Daarnaast blijkt dat mensen uit de naaste omgeving niet goed begrijpen wat de aandoening inhoudt. De ervaring is dat zij over het algemeen wel rekening willen houden met het feit dat een dieet moet worden gevolgd, maar niet weten hoe. Patiënten zijn bijvoorbeeld op de hoogte van het feit dat speciale suikervrije producten niet meer gebruikt hoeven worden, echter dit is bijvoorbeeld nog niet volledig doorgedrongen bij het algemene publiek.

Barrières

Wanneer iemand heeft voorgenomen iets te ondernemen is dat geen garantie dat hij of zij dat ook werkelijk doet. Er kunnen namelijk diverse barrières optreden die de intentie dwarsbomen.

Met name nieuwe en uitzonderingssituaties zijn lastig, zoals bijvoorbeeld het interpreteren van etiketten, hoge dieetkosten, verveling, buitenshuis eten of verjaardagen en feestdagen. Voornamelijk het plannen van wanneer, wat gegeten gaat worden en het hierop afstemmen van het tijdstip van bijvoorbeeld de insuline-injectie. Ook het feit dat anderen vaak niet of maar moeilijk kunnen begrijpen hoe men zich voelt, wordt als vervelend ervaren. Vervolgens noemen patiënten vliegreizen (tijdsverschil) en ziekte (overgeven, geen trek) als moeilijke situatie. Tevens lijkt men in de hulpverlening nog al eens tegen weerstand te stuiten. Patiënten ervaren vrij snel meer te weten dan de betrokken hulpverleners.

Daarnaast houdt het volgen van het dieet in dat je er iets anders voor moet opgeven dat je waardevol vindt of negatieve sociale consequenties kan hebben. Tot slot speelt de tijdsdruk/ tijdgebrek anno 2000 een steeds grotere rol. Dit maakt het moeilijker om op de juiste wijze te eten en om te plannen wat en wanneer je eet.

Wat over het algemeen opvalt, is dat patiënten externe factoren aanwijzen, als zijnde van invloed op de mate waarin het voedingsvoorschrift wordt opgevolgd.

Psycho(sociale) factoren

Het merendeel van de patiënten ervaart het in eerste instantie wel als een schok wanneer de aandoening wordt geconstateerd. Zeker in het begin is het wennen aan de nieuwe leefwijze. Patiënten moeten naast het aanpassen van hun voeding ook op andere punten hun leefwijze aanpassen, wat de 'impact' groter maakt.

Tevens hangen stress en angst samen met ingrijpende levensgebeurtenissen (zoals het ontdekken van diabetes) of chronische stressoren (bijvoorbeeld werk). Daarnaast zijn er diabetesspecifieke angsten zoals een hypo- of hyperglycemie, complicaties en de angst voor het injecteren van insuline. Algemeen belangrijke indicatoren zijn depressieve stemmingen, vermoeidheid, verlies van interesse of plezier, slaapproblemen, concentratieverlies, verandering in eetlust, stress op het werk, familieproblemen en negatieve emoties. Individuele copingvaardigheden spelen hierbij een grote rol. Daarnaast kan een patiënt zich gefrustreerd voelen omdat het dieet zijn leven zo moeilijk maakt dat hij overweegt er niet meer aan te denken (ontkenning). Eten als reactie op een depressie, stress of frustratie is ook een veel voorkomend verschijnsel. Het blijkt tevens dat aanpassings- of

adaptatieproblemen een belangrijke rol spelen. Dit is vooral gerelateerd aan de dagelijks terugkerende zelfzorgactiviteiten en de zorgen over het ontwikkelen van chronische complicaties.

Andere factoren die non-compliance veroorzaken zijn: het gevoel er altijd mee bezig te moeten zijn/alert moeten blijven, sterk de behoefte hebben aan ongeschikte voedingsmiddelen, bang om in een sociale uitzonderingspositie te raken (isolatie), daling van de eigen effectiviteit door psychische problemen, en een laag zelfvertrouwen.

Conclusie: wanneer een patiënt accepteert dat hij een chronische ziekte heeft is de kans groot dat de compliance toeneemt.

Kennis

Het dieet voor diabetes is “Gezonde voeding”, wat voor veel mensen al heel veel beperkingen zijn.

Als diëtist moet je de onwetendheid over het dieet zien bij te brengen. Het feit dat mensen er (lichamelijk) niet altijd iets van merken is hierbij van grote invloed.

Tot slot blijkt regelmatig dat de patiënt (als leek), bij voorbaat het gevoel heeft dat de diëtist gaat vertellen wat hij allemaal **niet** mag eten. Wanneer de patiënt (voorafgaand aan het bezoek van de diëtist) inhoudelijk meer kennis verwerft (bijvoorbeeld via andere hulpverleners), kan deze barrière misschien worden opgeheven.

Attitude

De patiënt ervaart diabetes als een gecompliceerde ziekte. Hij is goed op de hoogte van de lange termijn complicaties, echter deze staan in het dagelijkse leven veel minder op de voorgrond dan de korte termijn complicaties.

Daarnaast is de patiënt van mening dat hoe meer ervaring, des te beter kan worden omgegaan met diabetes en de daarbij horende behandeling. Het kan bijna niet voorkomen worden dat er af en toe wat mis gaat. De mogelijkheid voor zelfcontrole maakt het mogelijk om fouten sneller op te sporen. Daarom is het wenselijk dat iedere diabeet aan zelfcontrole doet, zodat hij de uitkomsten kan interpreteren en zijn voeding en/of insuline hierop aan kan passen.

In de periode net na de diagnosticering kost het weinig moeite om de dieetvoorschriften op te volgen. Op lange termijn vlakkt dit echter af en wordt de motivatie minder. Voor patiënten waarbij de aandoening op latere leeftijd is geconstateerd, is dit een herkenbaar patroon. Tot slot erkennen alle patiënten als belangrijkste nadeel van de aandoening en de daarbij horende therapie, dat men het gevoel heeft in een uitzonderingspositie te zitten. In het onderbewustzijn is men altijd bezig met de aandoening.

Eigen effectiviteit

Wanneer een patiënt zichzelf niet in staat acht om het dieet op te volgen, ontstaat met name op lange termijn dieetontrouw. Een oorzaak kan zijn dat patiënten in het verleden eerdere pogingen hebben ondernomen die zijn mislukt en geen vertrouwen meer in zichzelf hebben. Een heel andere reden kan zijn dat de patiënt gewoonweg geen zin heeft om het dieetadvies op te volgen.

Andere oorzaken van een lage eigen-effectiviteit kunnen zijn: een laag zelfvertrouwen, gebrek aan empowerment, overstelpt worden met informatie, gebrek aan educatie, gebrek aan steun/ feedback, psychologische problemen et cetera.

Tot slot is het voedingspatroon van voor het moment van diagnosticeren bepalend voor de mate waarin het opvolgen van de voedingsvoorschriften als moeilijk/ingewikkeld worden ervaren.

Multidisciplinair team

De informatieoverdracht is in veel situaties nog steeds minimaal: Er vindt weinig telefonisch contact plaats over de patiënt (moeilijk te bereiken), de uniformiteit ten aanzien van bijvoorbeeld bloedwaarden is laag en het doorverwijzen van de patiënt naar de diëtist varieert per instelling en hulpverlener en is nog steeds niet optimaal.

Het overleg met het multidisciplinair team speelt een grote rol. Goede contacten zijn hierbij het belangrijkste, omdat de patiënt moet voelen dat er een team achter hem staat/ dat er betrokkenheid is en dat zij dezelfde informatie geven of de informatie van een andere hulpverlener kunnen bevestigen. Dit geeft de patiënt vertrouwen, zodat er vanuit de patiënt een betere medewerking is.

De diëtist is vaak het eerste consult bezig met het 'ontkrachten van de informatie dat zij er alleen is om af te vallen'. Daarom is het belangrijk om andere hulpverleners uit het multidisciplinair team voorlichting te geven over hetgeen de diëtist kan betekenen voor de patiënt. Wanneer hulpverleners niet goed op de hoogte zijn van de werkzaamheden van de diëtist zijn zij geneigd om zelf voedingsadviezen aan de patiënt te geven, waardoor de kans groot is dat de patiënt niet (meer) bij de diëtist komt. Het geven van voedingsadviezen door andere hulpverleners gebeurt ook door de gedachten: "het is maar gezonde voeding, dat weet ik ook". Vervolgens is het cruciaal voor dieettrouw, dat hulpverleners onderling eenduidige adviezen geven, elkaar ondersteunen, elkaar belangrijk vinden en elkaar kennen. Er is meer dan alleen het tweegesprek met de cliënt. Dieettrouw is dus sterk afhankelijk van de instelling en het team dat achter de patiënt staat.

Wanneer de beleving van de patiënt als uitgangspunt wordt genomen, zoals in het project "naar vraaggestuurde dieetzorg" is beoogd, is het geoorloofd te concluderen dat de interventie die ontwikkeld gaat worden in het kader van dit project ontwikkeld is zich in eerste instantie heeft gericht op de bovengenoemde determinanten.

Op basis van de bovenstaande resultaten kunnen we concluderen dat patiënten het moeilijk/ niet opvolgen van de dieetvoorschriften, voornamelijk toewijzen aan externe en interpersoonlijke factoren en diëtisten aan interne en persoonlijke factoren.

4 Interventie

De interventie is een groepstraining voor diëtisten gericht op het aanleren van attitudes en vaardigheden om dieetadviezen meer op maat te snijden en hierin hun patiënten meer verantwoording te geven dan tot heden. In deze training leren diëtisten zich meer als dieetcoach en minder als instructeur op te stellen. Diëtisten worden hiervoor getraind in de techniek van Motivational Interviewing. Motivational Interviewing is een directieve persoongerichte gespreksstijl, bedoeld 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.

4.1 Motivational Interviewing (MI)

Het managen van een chronische ziekte als diabetes vereist gedragsverandering. Waarom is veranderen zo moeilijk?

Wanneer de cliënt niet doet wat de hulpverlener adviseert spreken we ook wel van een gebrek aan therapietrouw of non-compliance (Schippers, 2002). Dit kan diverse redenen hebben. Met name gevoelens zoals angst, frustratie, depressie schaamte etcetera spelen een belangrijke rol. Daarnaast zijn er nog andere redenen te noemen zoals gebrek aan vertrouwen, gebrek aan visie (wat is nodig om te veranderen?), gebrek aan betrokkenheid, geen voordelen in de gedragsverandering zien et cetera.

De meeste mensen die moeten veranderen zijn er nog niet klaar voor. Er moeten eerst diverse stadia worden doorlopen voordat de cliënt kan veranderen (dit kan namelijk niet in 1 keer). Hier zijn stadium specifieke communicatie vaardigheden voor vereist (Stages of change: paragraaf 3.2.1).

Ervaringen, verwachtingen en gewoonten kunnen veranderen, zij het soms langzaam en stap voor stap. Op die verandering is invloed uit te oefenen. Het vereist wel speciale aandacht en een aangepaste methode:

In 1991 publiceerde de Amerikaanse psycholoog William R. Miller, samen met 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, maar heeft in de loop van de tijd ook op diverse andere gebieden van de gezondheidszorg (zoals voeding en beweging) naamsbekendheid gekregen.

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

Dat Motivational Interviewing een effectieve strategie is op het gebied van gedragsverandering en voeding en/ of diabetes, blijkt uit diverse studies. Bowen e.a. (2003) toonde aan dat een protocol

gebaseerd op Motivational Interviewing voor getrainde diëtisten de inname van vet onder participanten die afkomstig waren uit de interventiegroep deed dalen.

Uit een studie van Smith (1997) over een gedragsveranderingbehandeling waarin Motivational Interviewing een rol speelt (obese vrouwen met diabetes type 2), blijkt bijvoorbeeld dat de motivationele groep meer groepsbijeenkomsten bezoekt, meer voedingsdagboeken bijhoudt, hun bloedglucose vaker meet en een betere bloedglucose-waarde heeft dan de standaardgroep.

De bevindingen van een pilotstudy indiceren dat Motivational Interviewing mogelijk een bruikbare interventie is in het verbeteren van de glycemische controle bij adolescenten (Channon, 2003).

Naast de bovenstaande onderzoeken zijn er op andere gezondheidsgerelateerde gebieden dan diabetes diverse onderzoeken gedaan waar Motivational Interviewing ook als positief is ervaren (Berg-Smith, 1996; Britt, 2003; Emmons, 2001; Long, 1995; Miller, 2004; Resnicow, 2001; Scales, 2003; Trigwell, 1997).

Motivational Interviewing is dus een zeer belovende gesprekstechniek op het gebied van voeding en diabetes. Middels het onderzoek hoopt het Voedingscentrum aan te tonen dat ook in Nederland Motivational Interviewing op dit gebied een belangrijke rol speelt.

Theoretische basis

Motivational Interviewing is niet op een specifieke theorie gebaseerd, maar komt voornamelijk voort uit de sociale psychologie, waarbij gedacht kan worden aan processen zoals attributie, cognitieve dissonantie en eigen effectiviteit. Een grote ontwikkeling van MI was de link aan het stages of change model van Prochaska en Diclemente. Dit vormt het kader voor het veranderingsproces op zichzelf en MI voorziet in dit veranderingsproces.

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

4.1.1 Wat is Motivational Interviewing?

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

Motivational Interviewing is een counselingstijl die directief en cliëntgericht is. Het helpt cliënten hun ambivalentie ten aanzien van gedrag te exploreren en op te lossen. De Motivational Interviewing stijl is een methode van samenwerken, gebruik makend van verschillende principes en technieken (Miller, 2002). Hierbij is het van groot belang dat er vertrouwen wordt opgebouwd, de weerstand verminderd en er direct gericht wordt op het verhogen van het stadium van gedragsverandering (Prochaska & Diclemente, 1986).

Principes van Motivational Interviewing zijn het nauwkeurig begrijpen van wat de cliënt zijn standpunt is, vermijden van weerstand, verhogen van de cliënt zijn eigen effectiviteit en het ontwikkelen van discrepantie tussen het huidige en het mogelijke toekomstig gedrag.

De essentie van Motivational Interviewing is dat de motivatie tot verandering vanuit de cliënt zelf komt en niet van buitenaf wordt opgelegd. Het is de taak van de cliënt en niet van de diëtist om uitdrukking te geven en oplossingen te zoeken voor de eigen ambivalentie (de bereidheid tot gedragsverandering is niet een vaststaande eigenschap van de cliënt, maar een wisselend product van de interactie tussen cliënt en diëtist). Iemands ambivalentie oplossen door te overtuigen is hierbij geen goede strategie. De sfeer tijdens een gesprek met een cliënt is dan ook kalm en uitnodigend. De diëtist is echter wel directief in het bijstaan van de cliënt. De verhouding tussen beiden is dus een 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 je als hulpverlener bij het toepassen van de techniek voortdurend bij stil moet staan:

Wees empathisch

Werkelijk inleven in een ander en niet doen alsof je meeleeft (empathisch mee-hummen bijvoorbeeld zonder dat je je nu werkelijk inleeft)!

Door reflectief te luisteren, laat de hulpverlener blijken dat hij/ zij begrijpt wat de cliënt zegt, voelt en denkt. In een sfeer van vrijheid heeft de cliënt de gelegenheid na te gaan of zijn gedrag de oorzaak is voor problemen en welke aspecten aan zijn of haar probleemgedrag kleven.

Weerstand? Mee-veren!

Weerstand wordt gezien als een product van de kwaliteit van de communicatie tussen hulpverlener en cliënt. Het is dus geen onderdeel van het 'ziektebeeld' of de pathologie van de cliënt. Daarmee wordt het niveau van weerstand de verantwoordelijkheid van de *hulpverlener*. Hoge niveaus van weerstand zijn geassocieerd met lage kansen op gedragsverandering, dus het is de taak van de hulpverlener om weerstandsniveaus zo laag mogelijk te houden.

Als er in een gesprek sprake is van weerstand kan de hulpverlener daar ten positieve gebruik van maken. Allereerst is het een signaal dat hij de kwaliteit van het contact met de cliënt dreigt te verliezen, indien de weerstand aanwezig blijft of zelfs toeneemt. Hij/ zij kan dan bijvoorbeeld reflecties toepassen om zodoende met de weerstand mee te veren, door zich in het standpunt van de cliënt te verplaatsen en diens argumenten herhalen, eventueel met zekere overdrijving.

Ondersteun eigen-effectiviteit

De hulpverlener ondersteunt en versterkt het vertrouwen dat cliënten in zichzelf hebben in staat te zijn, datgene te doen dat nodig is om hun doelen te bereiken: de eigen-effectiviteit. Geloof en hoop zijn van invloed op het slagen van gedragsverandering. De hulpverlener versterkt de succeservaringen van de cliënt door verandering in gedrag te bevestigen. Verder lokt zij positieve ervaringen uit door bijvoorbeeld af te spreken tijdelijk haalbare veranderingen door te voeren.

Ontwikkel discrepantie

In een motiverend gesprek wordt geprobeerd de balans te veranderen tussen 'hoe je bent' (het gewoontegedrag) en 'hoe je wilt zijn' (gewenst gedrag).

Een techniek die gebruikt kan worden, is de cliënt de baten en lasten van de huidige leefstijl te laten uiteenzetten. De diëtist streeft daarnaast naar explicitering en verscherping van verschillen tussen huidig gedrag en mogelijk ander, nieuw gedrag. Door het uitlokken-van zelfmotiverende uitspraken roept zij discrepantie op bij de cliënt.

Discussie/ argumentatie vermijden

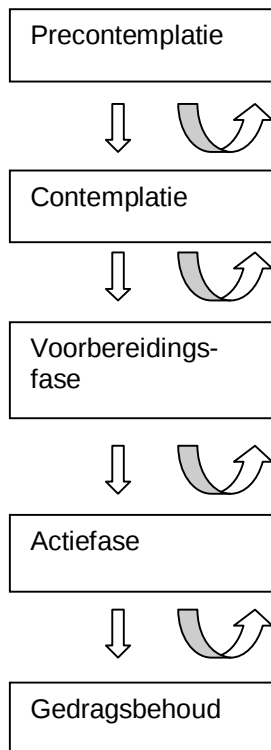
Onvoorwaardelijke acceptatie door de hulpverlener geldt ook voor de eventuele keuze die de cliënt maakt om te veranderen. De cliënt is zelf deskundige en verantwoordelijk voor beslissingen die zijn eigen leven betreffen. Een discussie tussen een hulpverlener en een cliënt over verandering wijst op een defensieve houding van de hulpverlener. Een zodanige houding is improductief als het de cliënt is die tot verandering moet komen. De hulpverlener werkt juist samen met de cliënt naar een positieve beslissing om te veranderen en de nadruk ligt op de eigen verantwoordelijkheid en keuzevrijheid van de cliënt. De relaties tussen coach-sporter of gids-bergbeklimmer zijn meer van toepassing dan die van dokter-patiënt.

4.1.2 Stages of change

Het doel van dit model is eigenlijk om hulpverleners meer inzicht te geven in welke fase van gedragsverandering mensen zich bevinden, zodat de steun hier beter op afgestemd kan worden. Het model laat zien welke fases mensen doorlopen en welke stappen ze zetten om te komen tot verandering van gedrag (Brug, 2002).

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

Figuur 4.1 Stages of Change



Het Stages of Change model geeft weer dat gedragsverandering een proces is waarin vijf motivationele stadia te onderscheiden zijn (figuur 4.1).

Precontemplatie

In de eerste fase, *precontemplatiefase*, wordt verandering van gedrag niet overwogen. Mensen 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 mensen in de *precontemplatiefase* te stimuleren om de betreffende gedragsverandering te overwegen, moeten ze bewust worden van de mogelijkheid tot veranderen.

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.

Voorbereidingsfase

De derde fase, *de voorbereidingsfase*, begint als er wel concrete plannen zijn om het gedrag op korte termijn te veranderen.

Contemplatie en voorbereidingsfase

In de *contemplatiefase en voorbereidingsfase*, is men zich bewust van de nadelen van het huidige gedrag en meestal overtuigd van de voordelen van gedragsverandering. De eigen-effectiviteitsverwachting 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.

Actiefase

In de vierde fase, de *actiefase* hebben individuen hun gedrag veranderd. Zij zien naast de noodzaak om te veranderen, ook de mogelijkheden en brengen deze ten uitvoer.

Om van *contemplatie* naar *voorbereiding* en *actie* te gaan, moeten mensen steeds meer belang gaan hechten aan het veranderen van hun gedrag en tevens voldoende overtuigd raken van hun 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. Ook is het belangrijk om in deze fase concrete doelen te stellen.

De bereidheid om in de contemplatiefase naar voorbereiding en actie te gaan, hangt niet slechts samen met de perceptie van hun mogelijkheden! Bereidheid tot verandering is een optelsom van belangrijkheid en (zelf-)vertrouwen.

Het (zelf-)vertrouwen, ofwel de perceptie van mogelijkheden, kan voldoende, of zelfs groot zijn, maar de belangrijkheid kan door de patiënt laag worden ingeschat. Vaardigheidstrainingen helpen dan niets. Het niet benoemen van 'belangrijkheid' is een bekende valkuil van deskundigen. Immers: zij zijn zelf al lang overtuigd van het belang van (gezonde voeding, stoppen met roken, meer bewegen; noem maar op), dus gaan er vaak ten onrechte van uit dat hun patiënt dat ook wel is (of 'vanzelf' wel wordt).

- Ø Mensen in de *fase van gedragsbehoud* hebben hun risicogedrag al meer dan zes maanden geleden veranderd en die gedragsverandering sindsdien volgehouden. *Terugval* van latere stadia naar een eerder stadia is gedurende het gehele proces mogelijk. Om tot een blijvende verandering van gedrag te komen, zijn vaak meerdere periodes van contemplatie, voorbereiding en actie nodig.

Een belangrijke implicatie van dit model is dat de voorlichtingsbehoefte van mensen afhangt van het motivationeel stadium.

Daarnaast is het binnen Motivational Interviewing van belang om, onafhankelijk van welk stadium van motivatie of gedragsverandering dan ook, nooit ongevraagd informatie en advies te geven. Idealiter geeft de hulpverlener dus pas informatie of advies wanneer de cliënt daarom vraagt. Indien dat niet gebeurt, kan de hulpverlener altijd neutraal aanbieden om informatie te geven, op zo'n manier dat de cliënt dat – op dat moment – ook makkelijk kan weigeren of uitstellen. Bij het geven van informatie of

advies is het echter altijd van belang om dat neutraal te doen, meerdere opties ter keuze aan te bieden en de cliënt te vragen wat hij/zij vindt van de informatie of de advies-alternatieven.

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 door succesvolle verandering van gedrag door feedback duidelijk te maken. Bij terugval is het belangrijk om te achterhalen waarom deze terugval plaatsvindt. Een positieve sociale norm is belangrijk om bij een tijdelijke terugval weer snel naar de actiefase over te gaan (Bes, 2002; Brug, 2002).

Tabel 4.1 toont de relatie tussen de fasen van gedragsverandering en mogelijke ideeën voor begeleiding (Bes, 2002).

Fase waarin de cliënt zit	Motiverende taken van de diëtist
Precontemplatie	Zaai twijfel – (vergroot het gevoel bij de cliënt over de risico's en problemen van het huidige gedrag & helpt mee de cliënt bewust te laten worden van zijn eigen gedrag.
Contemplatie	Laat de balans doorslaan – vergroot de redenen van de cliënt voor veranderen en niet veranderen.
Vorbereidingsfase	Help de cliënt bepalen wat voor haar de beste strategie is om tot verandering te komen & help de cliënt het zelfvertrouwen te versterken zodat het lukt om te veranderen.
Actiefase	Help de cliënt stappen te ondernemen die strategie uit te voeren.
Gedragsbehoud	Help de cliënt terugval aan te zien komen en strategieën klaar te hebben in geval dat nodig is
Terugval	Help de cliënt opnieuw door dit proces te gaan, zonder gedemoraliseerd te worden door de terugval.

NB. Het Stages of Change model is slechts een beschrijvend model. Je kunt geen Stages of Change behandeling 'doen' met patiënten!

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

Het dilemma van verandering

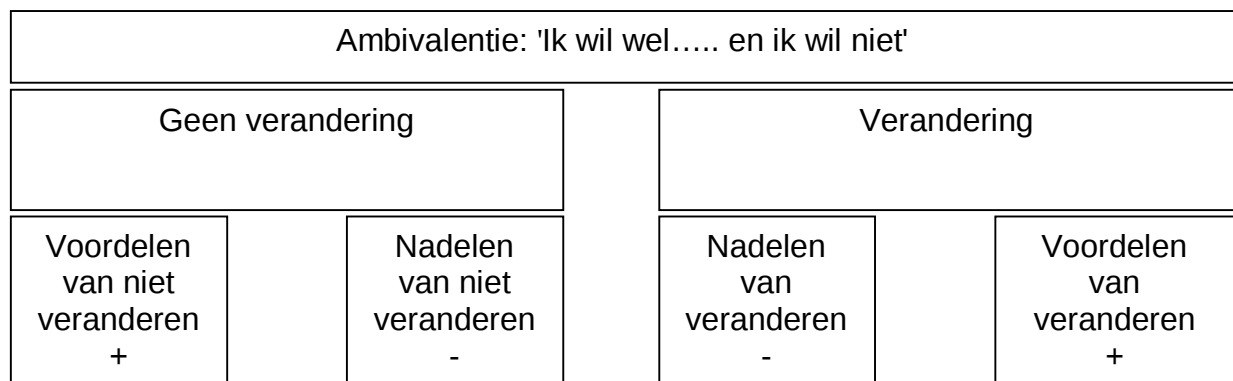
Twee kanten voelen van iets of iemand is een hele normale ervaring. Iemand die bijvoorbeeld af wil vallen denkt 'ik wil afvallen omdat ik mijn kleding niet meer pas of omdat ik niet meer met mijn kinderen kan spelen' en tegelijkertijd wil ik niet wil afvallen omdat 'het eten zo lekker smaakt en graag met mijn familie mee wil blijven eten'.

Het is dan ook eenvoudig om de ambivalentie verkeerd op te vatten en te concluderen dat er iets verkeerd is met de motivatie, beoordeling, kennis of mentale staat van de persoon. Terwijl ambivalentie een heel normaal aspect is van de mens. Het is zelfs van belang om door deze fase heen te komen tijdens het proces van verandering. De cliënt moet hiermee geconfronteerd worden. Wanneer mensen in hun ambivalentie blijven hangen ontstaan er problemen. Daarom is ambivalentie

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

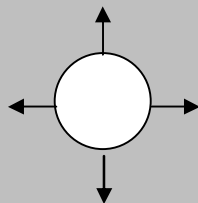
Figuur 4.2 Het exploreren van ambivalentie richt zich op de voor- en nadelen van wel of niet veranderen. *Of de cliënt nu wel of niet veranderd, aan elke verandering zijn altijd voor- en nadelen verbonden.*

De voor- en nadelen van verandering kunnen zowel een psychologische, sociale als praktische dimensie hebben (Bes, 2002).



Ambivalentie is niet alleen naar links of naar rechts/ wel of niet/ zwart of wit, maar het zijn eigenlijk vele krachten die alle kanten op kunnen gaan en dit veroorzaakt onzekerheid.

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



4.1.4 Technieken Motivational Interviewing

Het is cruciaal dat de nieuwsgierigheid van de hulpverlener wordt opgewekt zodat de hulpverlener gestimuleerd is om vragen te stellen en reflecties te maken op de betekenis van de gegeven informatie.

1. Stel open vraag

Open vragen, in tegenstelling tot gesloten vragen, zijn breder en geven de cliënt vrijheid om te reageren terwijl jij als hulpverlener de mogelijkheid hebt om te luisteren en observeren.

Het grootste voordeel van open vragen is dat aan het begin van een gesprek open vragen minder bedreigend zijn en het toont meer interesse en vertrouwen. Het nadeel alleen is dat het meer tijd kan kosten.

Voorbeelden van open vragen:

- Ø Hoe ziet je eetpatroon er uit?
- Ø Wat kan/wil je mij over jezelf vertellen?
- Ø Welke ervaringen heeft u met het invullen van een eetdagboek?
- Ø Welke andere hulpmiddelen zouden voor u, wellicht beter, kunnen werken?
- Ø U heeft geen goede ervaring met het invullen van een eetdagboek. Wat zou u wel helpen, denkt u?
- Ø Wat heeft de huisarts over het dieet verteld?
- Ø Welke informatie over dieetvormen heeft u al?
- Ø Wat vindt u daarvan? Welke informatie mist u nog?

2. Ondersteun en bevestig

Over het algemeen wordt aangenomen dat het in het proces van counseling belangrijk is de cliënt duidelijk en direct te ondersteunen. Bijvoorbeeld door:

- Ø Complimenten en
- Ø uitingen van begrip en waardering

Voorbeelden zijn:

- Ø Ik waardeer het dat je hier bent gekomen; het is vast niet makkelijk geweest, maar je hebt het toch gedaan!
- Ø Dat is een goed idee.
- Ø Je bent zeker een doorzetter, want je bent al heel lang met dit probleem bezig, zonder dat je er helemaal aan onderdoor bent gegaan.
- Ø Dat is vast heel moeilijk voor je geweest.

3. Geef samenvattingen

De drie elementen, die samen meestal een goede samenvatting vormen, zijn:

- Ø de voordelen,
- Ø de nadelen
- Ø en een uitnodiging verder te exploreren

Aan het einde van een gesprek 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. Reflectief luisteren

Reflectief luisteren is de belangrijkste basisvaardigheid van MI: ingaan op wat de cliënt vertelt en wat hij/zij bedoelt. De diëtist herhaalt of brengt onder woorden wat zij denkt dat de cliënt bedoelt te zeggen of non-verbaal uitdrukt.

Er zijn manieren van denken (in je basishouding) die goed passen bij reflectief luisteren. Echte interesse in wat je cliënt te zeggen heeft en wezenlijk respect voor haar opvattingen maken daar deel van uit.

Het kernbegrip is dat je een hypothese wilt testen. Je weet dan dat wat je *denkt* dat je cliënt bedoeld, niet hetzelfde hoeft te zijn dan dat wat ze werkelijk bedoelt.

Een reflectieve respons vraagt in wezen: "Is dit wat je bedoelt?"

Vier niveau's van reflectie

Ø Herhalen

De eenvoudigste reflectie herhaalt een element van wat de cliënt gezegd heeft.

Ø Herformuleren

De diëtist blijft dicht bij wat de cliënt heeft gezegd, maar gebruikt synoniemen of zegt hetzelfde met andere woorden.

Ø Parafraseren

Een geheel nieuwe bewering; de betekenis wordt vastgehouden en teruggeven in nieuwe woorden en een nieuw licht.

Ø Reflectie van gevoel

Benadrukt duidelijk de emotionele dimensie en/of de beide componenten van de ambivalentie

(Bes, 2002, Miller, 2002; Rollnick, 1999)

Eenvoudige reflecties worden gebruikt wanneer de (emotionele) betekenis (nog) minder duidelijk is; in het begin van een gesprek of tijdens de eerste consulten met een nieuwe cliënt. Diepere reflecties zijn bruikbaar als het begrip daarvan toeneemt (Bes, 2002, Miller, 2002; Rollnick, 1999).

5. Nodig uit tot veranderingsuitspraken

In essentie zijn veranderingsuitspraken, uitspraken van de cliënt waarin zij de positieve kant van de ambivalentie zèlf voor haar rekening neemt.

Anders gezegd: de redenen vóór gedragsverandering en tégen handhaving van de huidige situatie worden door de cliënt geformuleerd en niet door de diëtist!!!!

Immers, over het algemeen zijn mensen beter te motiveren door de redenen die zij zèlf hebben bedacht en verwoord, dan door diegenen die hen door anderen zijn aangedragen (Bes, 2002; Miller, 2002; Zelf-perceptie theorie).

4.1.5 Weerstand

Tijdens een gesprek wordt het gedrag van de cliënt voornamelijk beïnvloed door het niveau van empathie, op ieder moment, tussen beide partijen. Een hoge mate van weerstand in een gesprek is een uiting van een gering niveau van basale empathie, maar nog belangrijker: is duidelijk geassocieerd met lage waarschijnlijkheid van gedragsverandering en derhalve een gering aantal (of zelfs totale afwezigheid van) zelfmotiverende uitspraken van de cliënt.

Definitie van weerstand

Gedrag van personen, uitdrukking gevend aan verzet of oppositie. De tegenkracht van de één, als reactie op de druk of beweging van de ander.

Voorbeelden:

- Ø Ik word dik van water!
- Ø Ik ben al bij twee andere diëtisten geweest en niets helpt
- Ø Weet u wel hoe moeilijk het is om je aan zo'n streng dieet te houden in een groot gezin/tijdens de feestdagen/in mijn beroep? U kunt zich dat niet voorstellen, met uw maatje 38!
- Ø Maar ik heb natuurlijk ook gewoon zware botten; het zit in de familie.
- Ø Ach, zò erg is af en toe zondigen toch niet? En u gaat toch niet proberen mij m'n dagelijkse glaasjes wijn af te nemen, nietwaar? Dat lukt u namelijk toch niet, want een wijntje op z'n tijd is goed voor m'n hart!

Weerstand en de rol van de diëtist

- Ø Motivational Interviewing deelt niet de zienswijze dat weerstand geheel en al voortkomt uit karakteristieken van de cliënt, m.a.w. dat 'weerstand' de spreekkamer binnenkomt in de rugzak van de cliënt!
- Ø Motivational Interviewing neemt aan dat weerstand voornamelijk voortkomt uit de communicatie over en weer tussen diëtist en cliënt. Dit is een praktijkgerichte benadering.
- Ø Hieruit volgt dat er iets gedaan kan worden, zodra weerstand zich manifesteert. Een verandering in het gedrag van de diëtist resulteert in een afname van het niveau van weerstand bij de cliënt.
- Ø Weerstand wordt gezien als observeerbaar gedrag, dat zich voordoet tijdens consulten. Het is een signaal dat de cliënt en de diëtist niet 'op dezelfde golflengte' zitten. Het kan betekenen dat de diëtist technieken gebruikt, die niet in overeenstemming zijn met de fase van gedragsverandering, waarin de cliënt zich op dat moment bevindt, zich moet afvragen waar zij contact met de cliënt heeft verloren en vanaf dat punt de draad weer op moet pakken.

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

Hoe ga je volgens Motivational Interviewing met deze weerstand om?

Als algemeen principe geldt dat de hulpverlener in geen geval 'door de weerstand heen' probeert te breken! In plaats van tegen de weerstand te vechten (middels bijvoorbeeld argumenteren, diagnosticeren, adviseren, overtuigen of ongevraagd informatie geven), beweegt - veert - de hulpverlener mee met de uitspraken van de cliënt, met als doel om de uitgedrukte negativiteit uiteindelijk om te zetten in iets constructievers.

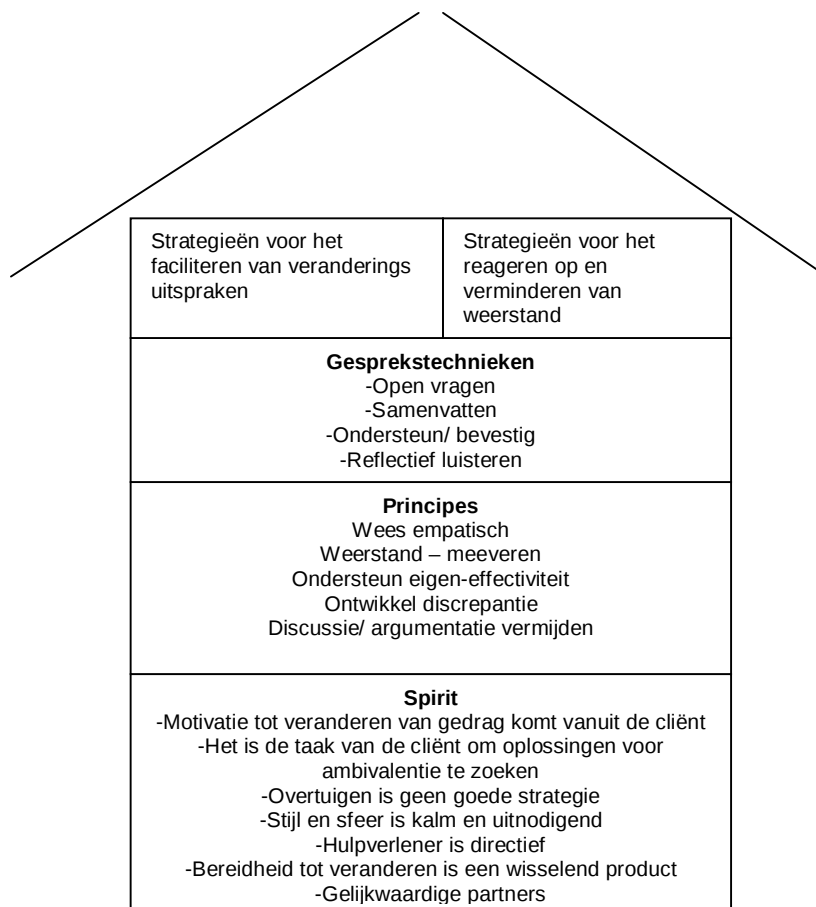
Het gebruik van reflecties is één manier om weerstand te doen afnemen en ten positieve om te zetten.

Er zijn ook nog een paar andere mogelijkheden:

- Ø Versterkte reflectie: teruggeven wat de cliënt zegt, in een versterkte of zelfs enigszins overdreven vorm
- Ø Tweezijdige reflectie: de andere kant van de ambivalentie toevoegen
- Ø Verandering van focus: de aandacht van de cliënt wegtrekken van datgene wat een struikelblok blijkt te zijn in het kader van vooruitgang
- Ø Meegaan (maar...)
- Ø Benadrukken van eigen keuze en verantwoordelijkheid
- Ø Herformuleren in andere context
- Ø Paradox

(Bes, 2002, Miller, 2002; Rollnick, 1999)

Motivational Interviewing in een notendop:



4.2 Training Motivational Interviewing voor diëtisten

4.2.1 Ontwikkeling training

Om vanuit het Voedingscentrum een juiste training te ontwikkelen afgestemd op diëtisten die cliënten met diabetes type 2 behandelen, is er eerst een klankbordgroep samengesteld om te brainstormen over hoe de training er inhoudelijk uit moest komen te zien en welke vorm het moest aannemen. De klankbordgroep bestond uit de volgende deelnemers:

Projectleider Voedingscentrum

Projectmedewerker Voedingscentrum

Hoogleraar Maatschappelijke Gezondheidszorg

Twee diëtisten werkzaam in de praktijk met diabetes type 2 patiënten

Twee docenten van de Hogeschool Voeding & Diëtetiek

Adviseur Motivational Interviewing

De conclusie die al snel gemaakt kon worden was dat er zelf een training Motivational Interviewing gevolgd moest worden om uiteindelijk zelf een training te kunnen ontwikkelen, aangezien er te weinig kennis was t.a.v. de inhoud. Uiteindelijk zijn er samen met de klankbordgroep twee trainingen t.a.v. Motivational Interviewing gevolgd:

- 1: Een tweedaagse training 'Basisvaardigheden Motivational Interviewing'
- 2: Een driedaagse training 'Training voor trainers'

Aan de hand van de bovenstaande trainingen en de inventarisatiefase is de uiteindelijke training 'Basisvaardigheden Motivational Interviewing' ontwikkeld, specifiek gericht op diëtisten en de begeleiding van diabetes type 2 cliënten. Hierbij fungeerde de klankbordgroep als ondersteuning en begeleiding

Inhoudelijk is de training onder andere gebaseerd op:

Allison, J. (2002) Training new trainers, Edinburgh.

Bes, R (2002) Basisvaardigheden, Motivational interviewing: Workshop handout, Hilversum.

Miller, W.R. & Rollnick, S. (2002) Motivational Interviewing: Preparing people for Change, Guilford Press, New York.

Rollnick, S., Masdon, P. & Butler, C. (1999) Health Behaviour Change: A guide for practitioners, Churchill Livingstone, Edinburgh.

4.2.2 Training voor diëtisten tijdens de projectfase

Ter inzage draaiboek training: Aarsen, C. & Spikmans, F.J.M., (2003) Basisvaardigheden Motivational Interviewing, Stichting Voedingscentrum Nederland, Den Haag.

De ontwikkelde training Basisvaardigheden Motivational Interviewing voor diëtisten, bestaat uit 2 trainingsdagen. Gedurende deze twee dagen wordt er voornamelijk op de basis van Motivational Interviewing ingegaan met als hoofdonderwerpen:

- Motivatatie
- Motivational Interviewing
- Stages of change
- Ambivalentie
- Basistechnieken Motivational Interviewing
- Weerstand

De hoofdonderwerpen worden allemaal besproken vanuit het oogpunt van de diëtist en de begeleiding van diabetes type 2 cliënten. Voorbeelden en rollenspelen zijn daarom gebaseerd op de praktijk van de diëtist en de diabetes type 2 patiënt.

De grote van de groep diëtisten per training mag niet groter dan 15 personen zijn en zij moeten voorafgaand aan de training enkele artikelen hebben gelezen en een huiswerkopdracht hebben uitgevoerd. Op deze wijze heeft iedere cursist ongeveer een gelijkwaardig kennisniveau van Motivational Interviewing bij de start van de training.

Na afloop van de tweedaagse training krijgen de cursisten ongeveer anderhalve maand de tijd om te oefenen met Motivational Interviewing in de praktijk. Na deze periode vindt er een terugkomdag plaats om samen te discussiëren over hoe het werken met Motivational Interviewing in de praktijk is vergaan en worden de moeilijke onderwerpen nogmaals besproken en geoefend.

De meerderheid van de diëtisten ging na afloop van de tweede trainingsdag met een zeer goed gevoel de deur uit. Toen zij terugkeerde op de terugkomdag waren zij echter zeer ambivalent, omdat de ervaringen in de praktijk met het toepassen van Motivational Interviewing erg waren tegengevallen. De terugkomdag was daarom vooral zeer belangrijk voor het exploreren en oplossen van deze ambivalentie en zijn er handreikingen gedaan om tot een keuze te komen hoe zij verder konden gaan.

Na afloop van de terugkomdag is de vraag gesteld: "Beheersen de cursisten nu Motivational Interviewing voldoende?" Dit bleek niet zo te zijn. Dus is er voor gekozen om nogmaals een oefenperiode van 3 maanden in te lassen, zodat de methode nog meer eigen gemaakt kon worden door de diëtisten. Tijdens deze 3 maanden zijn de cursisten maximaal twee maal bezocht door de projectmedewerker waarbij zij persoonlijke feedback kregen op een vooraf opgestuurd cassettebandje met opnames van gesprekken (tussen diëtist en cliënt) of feedback kregen gedurende het bijwonen van een spreekuur.

De feedback is onder andere gebaseerd op het BECCI meetinstrument (bijlage I) en de praktische kennis van de projectmedewerker. De projectmedewerker werd gedurende deze periode begeleid en ondersteund door de adviseur van MI (de heer R. Bes). Deze begeleiding bestond uit een aantal

bijeenkomsten waarbij geoefend werd met rollenspelen, het BECCI meetinstrument en het beoordelen van cassettebandjes die diëtisten hadden ingestuurd. Daarnaast was er veel telefonisch/ e-mail contact.

De bovenstaande periode waarbij diëtisten oefenen met MI is van groot belang om de implementatie van de training goed te verankeren in de werkwijze van de diëtist. Implementeren is namelijk de hoofdfactor voor het goed toepassen van de techniek 'Motivational Interviewing'.

Implementatie

Vaak wordt implementeren in de betekenis van 'invoeren' gebruikt, echter naast het invoeren is het ook een fase van ontwikkeling en verandering. Implementeren betekent letterlijk bij het begin beginnen. Het gaat om het hele proces vanaf probleem tot realisatie van verandering. Het is dus ook het zorgvuldig inpassen in de omgeving en het realiseren van de verandering voor iedereen die ermee te maken heeft. Het is dus een continu proces. Het grootste gedeelte van de resultaten moet namelijk geboekt worden in de dagelijkse gang van zaken, na de invoering van de verandering. Essentieel is dat een ingezette verandering ook behouden blijft (Pater, 2001).

Nog te vaak worden er trainingen en cursussen aangeboden waarbij de cursisten een verandering binnen hun werk moeten doorvoeren zonder verdere begeleiding na afloop van de training of cursus, terwijl dan pas de werkelijke verandering in de praktijk kan worden aangeleerd.

Een voorbeeld: Hoe snel valt een cursist niet terug in zijn oude werkwijze (omdat er geen begeleiding is) terwijl hij/ zij tijdens de training erg enthousiast was en aankondigde er zeker mee te willen gaan werken in de praktijk? Na 1 maand is de meerderheid van de informatie uit de training weggezakt en gaat de cursist op de oude voet verder met zijn werkzaamheden. Dit is de cursist niet te verwijten, maar het ontbreken van begeleiding en verankering van de implementatie. Er kan niet verwacht worden dat wanneer een persoon bijvoorbeeld 20 jaar een bepaalde werkwijze heeft, dit door middel van een tweedaagse training kan veranderen. Het verankeren en begeleiden is gedurende de gehele implementatie van belang. Implementeren moet er dus voor zorgen dat verandering werkt en werkelijk in praktijk wordt gebracht.

Over het algemeen blijkt dat door gebrek aan tijd en geld de fases begeleiden en verankeren vaak achterwege wordt gelaten. Echter, er wordt soms een groter verlies geleden indien er mensen binnen een organisatie een training volgen die niet of maar gedeeltelijk wordt geïmplementeerd in de praktijk.

Belangrijke stappen binnen een implementatie zijn:

Hoe leren we ermee omgaan?	à	Opleiden en trainen
Hoe blijft het werken?	à	Verankeren en verbeteren

Deze twee stappen worden tijdens het onderzoek 'naar vraaggestuurde dieetzorg' meegenomen. De laatste stap kost veel tijd en moeite aangezien de diëtisten vaak maar weinig tijd hebben naast de druk bezette consulten en de tijd die zij over hebben nodig hebben om alle gegevens van cliënten te verwerken. De projectmedewerker heeft dan ook veel energie gestoken in het inplannen van de

afspraken. Dit bleek vooral lastig te zijn aangezien de diëtisten telefonisch erg moeilijk te bereiken zijn en vaak parttime werken waardoor de tijd beperkt is. Daarnaast vinden diëtisten het moeilijk om 'beoordeeld' te worden. Dit maakt hen onzeker, waardoor de afspraken vaak werden uitgesteld. Echter, wanneer de feedback had plaatsgevonden waren alle diëtisten gerustgesteld en opgelucht en vonden ze het allemaal zeer positieve gesprekken.

Echter de praktijk wijst uit dat de laatste stap moeilijk realiseerbaar is. Het is namelijk maar de vraag of organisaties hiertoe bereid zijn. Het begeleiden van cursisten in de oefenperiode is namelijk een grote investering, omdat een deskundige individueel de cursisten moet begeleiden.

5 Onderzoekspopulatie en -methode

5.1 Onderzoekspopulatie

Voor het onderzoek zijn 152 patiënten met diabetes mellitus type 2 (76 patiënten in de experimentele groep en 76 in de controlegroep) nodig om bij een power van 0.80 en een significantieniveau van 0.05 (eenzijdig toetsen) een verschil van 20% in dieetrouw te kunnen aantonen. Ook zijn 116 (2x58) patiënten nodig om een 20% stijging in gemiddelde patiënttevredenheid aan te kunnen tonen. In dit onderzoek zullen daarom minimaal 202 patiënten geïnccludeerd worden om, rekening houdend met een uitval van 25%, voldoende power te houden. Rekening houdend met een response van 70% moet daarom in totaal minimaal 289 patiënten worden benaderd. De patiëntenpopulatie bestaat verder uit zowel mannen als vrouwen met een leeftijd > 18 jaar die voor de eerste keer, in de eerste lijn als diabetes mellitus type 2 patiënt bij de desbetreffende diëtist komen. Patiënten met mentale stoornissen en degenen die de Nederlandse taal niet lezen en spreken worden uitgesloten van deelname aan het onderzoek.

Diëtisten in de eerste lijn zien gemiddeld 66 nieuwe patiënten per jaar, waarvan ongeveer 20% type 2 diabetes heeft (afkomstig uit 1996). Uitgaande van 289 patiënten, en een instroom van patiënten binnen een half jaar in dit onderzoek, zijn 44 diëtisten nodig. Rekening houdend met uitval zullen er 56 diëtisten voor dit onderzoek benaderd worden. Deze diëtisten worden geworven via het Voedingscentrum en at random verdeeld over de experimentele interventie (=experimentele groep) of de standaard behandeling (controlegroep). De experimentele diëtisten worden getraind in Motivational Interviewing.

De bovenstaande gegevens van het aantal nieuwe patiënten zijn in de loop der jaren echter sterk toegenomen. Daarom wordt er voor het onderzoek uitgegaan van de volgende onderzoekspopulatie: In de eerste lijn worden anno 2002 gemiddeld 7-10 nieuwe diabetes type 2 patiënten per diëtist per maand gezien. Dit levert bij 56 diëtisten na 1 maand 392-560 patiënten op. Aangezien de diëtisten dus in een korter tijdsbestek dan 6 maanden 289 patiënten behandelen, kiezen we er voor dat diëtisten meer patiënten zien. Het volgende is nu nagestreefd:

Zowel in de controle als de experimentele groep is minimaal gestreefd naar 200 patiënten per groep. Uiteindelijk is er gekozen voor 10 patiënten per diëtist, dus $56 \times 10 = 560$ patiënten. $28 \text{ diëtisten} \times 10 \text{ patiënten} (=280)$ in de controlegroep en $28 \times 10 \text{ diëtisten} (=280)$ in de experimentele groep.

De diëtisten zijn als volgt verzameld en geselecteerd:

Iedere thuiszorgorganisatie die aan het onderzoek wil meewerken is geïnccludeerd. Het streven is om een ruime hoeveelheid thuiszorgorganisaties bij het onderzoek te betrekken, zodat de verschillen in behandeling per thuiszorg worden gemiddeld. Echter, de verschillen per thuiszorgorganisatie, zoals het aantal behandelingen, tijdsduur van een behandeling, toegepast voorlichtingsmateriaal, gevolgde cursussen/ trainingen, werkzaam via een multidisciplinair team of niet etc (bijlage II vragenlijst) worden goed in kaart worden gebracht, zodat er nagegaan kan worden dat het beoogde effect werkelijk door

de interventie wordt veroorzaakt en niet door andere (ir)relevante factoren. Het aantal diëtisten dat per thuiszorg mee kan werken, wordt opgeteld en aan de hand van het volgende voorbeeld in het onderzoek meegenomen:

Thuiszorgorganisatie	aantal diëtisten		aantal diëtisten voor onderzoek	
A	20	$20/84 \times 56 = 13,3$	≈ 12	voor A
B	10	$10/84 \times 56 = 6,7$	≈ 6	voor B
C	4	$4/84 \times 56 = 2,6$	≈ 2	voor C
D	12	$12/84 \times 56 = 7,9$	≈ 8	voor D
E	9	$9/84 \times 56 = 5,9$	≈ 6	voor E
F	6	etc...		
.....	10			
.....	4			
.....	11			
.....	8			
	84			

Per thuiszorg wordt gezorgd voor een evenwicht in controle- en experimentele groep (fiftyfifty). Als bijvoorbeeld thuiszorg X, 8 diëtisten levert, komen er 4 diëtisten in de controle- en 4 in de experimentele groep. De diëtisten worden at random in de controle of experimentele groep geplaatst.

De diëtisten handelen exact hetzelfde als normaal aangaande nieuwe diabetespatiënten. Men mag dus geen patiënten gaan selecteren voor de controle of experimentele groep. Iedere nieuwe diabetes type 2 patiënt wordt de vraag gesteld of zij aan het onderzoek mee willen werken. (Dit geldt voor beide groepen.) Wanneer een diëtist 10 patiënten bereid heeft gevonden om aan het onderzoek mee te werken, is de patiëntenpopulatie compleet en wordt deze groep gedurende het onderzoek gevolgd.

De uiteindelijke praktijk

De uiteindelijke diëtistenpopulatie die aan het onderzoek hebben meegedaan zijn 18 interventiegroepdiëtisten en 19 controlegroepdiëtisten. Voorafgaand aan de training 'Motivational Interviewing' (maart/ april 2003) zijn uit de interventiegroep diëtisten uitgevallen i.v.m. zwangerschap, ziekte, verandering van baan. Hierdoor bleven er 23 interventiediëtisten over. Vervolgens vielen er 2 diëtisten uit omdat zij tijdens de training ziek/ verhanderd waren. Tot slot viel er 1 diëtist na afloop van de training en oefenperiode uit, omdat de werkdruk in combinatie met MI voor haar te hoog werd. Tijdens het onderzoek (vanaf september 2003) zijn er vervolgens nog twee diëtisten uitgevallen i.v.m. ziekte/ zwangerschap.

De controlegroep heeft uiteindelijk 19 diëtisten in het onderzoek meegenomen. Redenen voor uitval waren ziekte/ zwangerschap/ verandering van baan/ vakantie. Gedurende het onderzoek bleken twee diëtisten geen cliënten te hebben geworven in het onderzoek.

5.2 Onderzoeksmethode

De gepreteste interventie wordt op beperkte schaal geïmplementeerd en geëvalueerd onder een groep patiënten met diabetes type 2 in de eerste lijnsgezondheidszorg (afdeling diëtetiek). In deze sector worden de meeste diabetes type 2 patiënten (ten aanzien van dieetadvisering) behandeld en begeleid. Het evaluatieonderzoek bestaat uit twee delen, een procesevaluatie onder zowel patiënten als diëtisten en een effectevaluatie onder patiënten.

Begin september 2003, na afloop van de trainingdagen, terugkomdag en de feedbackperiode is het onderzoek van start gegaan. Gedurende het onderzoek heeft de projectmedewerker de diëtisten bezocht en telefonisch en per e-mail contact onderhouden om problemen op te lossen.

Het proces per patiënt verloopt als volgt:

Iedere nieuwe diabetes mellitus type 2 patiënt wordt door de betreffende diëtist gevraagd om mee te werken aan het onderzoek. Dit neemt ongeveer 5 minuten in beslag. De patiënt moet hierbij het belang van het onderzoek inzien. Vervolgens krijgt de patiënt die bereid is om mee te werken een brief mee naar huis met informatie over het onderzoek, wat er van de patiënt wordt verwacht, het belang van het onderzoek et cetera.

Wanneer de patiënt meewerkt aan het onderzoek, vult deze een 'informed consent' formulier in tijdens het tweede consult.

5.2.1 Procesevaluatie

Alleen een effectevaluatie is onvoldoende. Wat er zich afspeelt tussen de input en de output blijft dan onbekend. Onduidelijk blijft welke mechanismen en processen verantwoordelijk zijn voor de waargenomen resultaten. Programmaonderdelen kunnen niet worden bijgesteld of naar andere groepen worden gegeneraliseerd. Er kan dus geconcludeerd worden dat met betrekking tot de structuur en de werking van een programma een procesevaluatie noodzakelijk is (Van Dongen, 1998).

Sterke en zwakke kanten van de interventie worden blootgelegd bij een procesevaluatie. Er wordt in kaart gebracht wat er feitelijk gebeurt wanneer een programma tot ontwikkeling wordt gebracht, wordt opgestart, wordt uitgevoerd en wordt afgerond (Wie doet wat, wanneer, waar, hoe en voor wie) (Dijker, 2000).

De procesevaluatie onder diëtisten, die zijn getraind zal afgenomen worden aan de hand van een vragenlijst. De onderwerpen die aan bod komen in de procesevaluatie zijn de 2-daagse training, de terugkomdag, de feedbackperiode, en het toepassen van Motivational Interviewing tijdens de onderzoeksperiode (zie bijlage IV). Op dit niveau wordt geregistreerd in welke mate de diëtisten de hun toegedeelde taken werkelijk uitvoerden. De procesevaluatie onder patiënten vindt plaats door middel van de effectevaluatie (onderdeel tevredenheid). Bij de procesevaluatie van de patiënten wordt onderzocht wat de reacties zijn van de patiënten op de interventie. Er wordt vastgesteld of er wordt voldaan aan de noodzakelijke voorwaarden voor het teweegbrengen van effecten: aandacht, begrip, waardering (zie bijlage III).

5.2.2 Effectevaluatie

Om zo goed mogelijk te onderzoeken of de interventie werkelijk de beoogde effecten heeft, wordt een effectevaluatie uitgevoerd. Bij effectevaluatie zijn drie belangrijke vragen te onderscheiden (Dijker, 2000).

- Hoe kan een interventie-effect zichtbaar worden gemaakt?
- In welke mate wordt het effect ook werkelijk door de interventie veroorzaakt en niet door andere, (ir)relevante factoren?
- In welke mate zal een nieuwe implementatie van de interventie opnieuw de eerder vastgestelde effecten oproepen?

De effectevaluatie onder patiënten heeft een quasi-experimentele opzet. Een quasi-experimenteel design verschilt van een experimenteel design in de wijze waarop de experimentele groep en de vergelijkingsgroep tot stand komen: er vindt geen random verdeling plaats; wel wordt op andere manieren getracht de vergelijkbaarheid van de groepen te realiseren; bij voorkeur vindt in elk van de groepen voor- en nameting van de effectvariabele(n) plaats (Dijker, 2000).

Patiënten krijgen een experimentele interventie (Motivational Interviewing) of een standaardbehandeling.

Het effect van de interventie zal worden bepaald op basis van schriftelijke vragenlijsten bij de patiënten. Hierbij zal worden gekeken naar voedselfrequentie, tevredenheid, kwaliteit van leven, intentie en enkele algemene vragen (zie bijlage III).

Er is zoveel mogelijk gebruik gemaakt van gevalideerde en in eerder onderzoek gebruikte vragenlijsten waaronder:

- Ø G. Ronda, Onderzoek naar leefgewoonten in Nederlandse gemeenten, Universiteit Maastricht.
- Ø "Stichting Hartsvrienden", A Patient Satisfaction Questionnaire, Universiteit Maastricht.
- Ø Karen I. van der Zee & R. Sanderma, (1993) Rand 36, Noorderlijk Centrum voor Gezondheidsvraagstukken R.U.G.

De effectmetingen vinden tijdens het eerste consult plaats en tijdens consult 5/6.

Tijdens het eerste consult krijgt de patiënt de eerste vragenlijst mee en een gadget van het Voedingscentrum, ter motivatie om de vragenlijst in te vullen. Tijdens consult 5/6 krijgt de patiënt nogmaals dezelfde vragenlijst mee. Bij de vragenlijst zit een envelop met postzegel, zodat de patiënt de vragenlijst direct naar het Voedingscentrum kan sturen, zodat sociaal wenselijk antwoorden zoveel mogelijk worden voorkomen.

Vervolgens noteert de diëtist 2 maal de bloedwaarden (HbA1c), het gewicht (BMI) en de middelomtrek. De voorkeur gaat uit naar het noteren van de parameters van de eerste meting (consult 1) en vervolgens tijdens consult 5/6. De volgende parameters worden meegenomen (NHG-standaard, 1999): Gewicht en lengte = BMI, middelomtrek en HbA1c.

Zoals hierboven staat vermeldt wordt er vanuit gegaan dat alle parameters tijdens consult 5/6 nogmaals worden gemeten en mee worden genomen in het onderzoek. Echter, het blijkt dat diëtisten niet altijd de beschikking hebben over de bloedwaarden (met name na 6 maanden) of dat de parameters niet gemeten worden na een half jaar.

De NHG-standaard (1999) zegt het volgende over deze controles: tijdens de driemaandelijke controle wordt het HbA1C gemeten door de huisarts.

Ieder thuiszorgorganisatie zal dus na moeten gaan bij de desbetreffende huisarts wat de mogelijkheden zijn (voor de 10 patiënten per diëtist). Als het blijkt dat er te veel variatie in het meten van de bloedwaarden (na 6 maanden) zit, nemen we de meting van de jaarlijkse controle mee in het onderzoek.

Iedere patiënt krijgt tot slot een code, zowel bij de vragenlijst als bij de parameters, zodat de patiënt anoniem blijft en de gegevens toch vergelijkbaar zijn. Daarnaast wordt de code van de patiënt gekoppeld aan een code van de desbetreffende diëtist en de thuiszorgorganisatie.

5.2.3 Het meten van Motivational Interviewing tijdens het onderzoek

Om aan te geven in welke mate diëtisten Motivational Interviewing toepassen is het van belang een meting van gesprekken tussen de diëtist en de cliënt uit te voeren. Dit geldt niet alleen voor de interventiegroep maar ook voor de controlegroep. Want wie zegt namelijk dat de controlegroep misschien de techniek niet veel beter toepast dan de interventiegroep of zijn ze gelijkwaardig aan elkaar?

Hoe heeft de meting plaatsgevonden?

De diëtisten uit zowel de interventie- als controlegroep sturen 2 cassettebandjes op. Een aan het begin van het onderzoek en een na 5/6 maanden. De eerste 10-15 minuten van het gesprek worden beoordeeld door een deskundige in MI, aan de hand van de meetinstrumenten (onderdeel) MISC en MITI (bijlage V). Dit gebeurt aan de hand van het onderstaande protocol.

Meten van Motivational Interviewing

De gesprekken tussen diëtist en cliënt worden opgenomen op cassettebandjes. Iedere diëtist stuurt twee bandjes op.

Er wordt een transcript geschreven van de eerste 10-15 minuten van een gesprek.

De transcripten worden beoordeeld aan de hand van 2 meetinstrumenten (MITI en MISC). Daarnaast worden de transcripten beoordeeld op spreektijd van de hulpverlener en wordt het gedragsveranderingsdoel van de cliënt omschreven.

Doelen

1. De doelen t.a.v. gedragsverandering van de cliënt noteren.

MITI

2. Beoordelen van 'empathie en spirit'.
3. Beoordelen van 'MI-trouw, MI-ontrouw, informatie geven MI-trouw, informatie geven MI-ontrouw, open/ gesloten vragen, totaal vragen, eenvoudige/ complexe reflecties, totaal reflecties'.

MISC

4. De bruikbare onderdelen van het transcript (waarin veranderingsuitspraken van de cliënt in naar voren komen) worden beoordeeld met de MISC.

Spreektijd

5. Hoeveel tijd spreekt de hulpverlener?

Aanvullingen

Als een diëtist / cliënt een diëtist / cliënt onderbreekt wordt dit aangegeven met het teken 'I'

Als een diëtist / cliënt doorborduurt op de cliënt / diëtist wordt dit aangegeven met het teken '.....'

Als de diëtist / cliënt een vraag stelt, aangegeven met '?'

Iedere vraag wordt dus gecodeerd.

I.v.m. privacy worden er geen namen opgenomen in de transcripten.

Het doel van de **cliënt** moet duidelijk zijn en niet het doel van de diëtist. De codeerder moet dit uit het gesprek tussen de diëtist en cliënt op kunnen maken.

6 Resultaten

6.1 Het onderzoek in de praktijk

Bevorderende factoren

Diëtisten willen over het algemeen graag leren. Echter, diëtisten hebben het idee dat zij de cliënt moeten 'motiveren' om een gedragsverandering te bereiken. Hierdoor kan er frustratie optreden, omdat ze vaak maar een minimale gedragsverandering bereiken bij de cliënt. Vanuit Motivational Interviewing zegt men: 'verandering komt vanuit de cliënt zelf'. Een cliënt is namelijk altijd gemotiveerd, alleen niet altijd in hetgeen de diëtist wil. Door deze frustraties weg te nemen - door mogelijke oplossingen aan te bieden voor deze frustraties - worden de diëtisten gestimuleerd. Dit gebeurt gedurende de training, de feedbackperiode.

Tijdens het onderzoek is naar voren gekomen dat indien meerdere diëtisten van dezelfde organisatie dezelfde training volgen, zij elkaar stimuleren om de techniek 'Motivational Interviewing' beter te beheersen. Door samen te oefenen en er over te praten leren zij van elkaars plus- en minpunten. Dit bevordert het proces om Motivational Interviewing aan te leren.

De individuele feedback voorafgaand aan het onderzoek heeft er toe geleid dat diëtisten nog kritischer naar zichzelf kijken. De opgenomen gesprekken op de bandjes zorgde voor een ideale zelfreflectie.

Diëtisten die enthousiast en gemotiveerd zijn, investeren ook meer tijd in het onderzoek en het plannen van feedbackmomenten. Deze groep enthousiaste diëtisten werven ook meer cliënten in het onderzoek.

Belemmerende factoren

Het aanleren van Motivational Interviewing

De praktijk heeft uitgewezen dat er tijdens de start van het onderzoek enige overschatting was van hoe gemakkelijk diëtisten MI zouden kunnen leren. Inmiddels heeft het MI netwerk (MINT) een notitie opgesteld met realistische verwachtingen t.a.v. het verwerven van kennis, inzicht en vaardigheden m.b.t. de diverse vormen van MI-workshops, coaching en supervisie.

Er bestaat geen standaard formaat om MI aan te leren; immers, training en scholing dient altijd op maat geleverd te worden en aan te sluiten bij het reeds bestaande niveau van competentie van de lerende (zie aanbevelingen).

Onderzoek

Het blijkt dat het niet eenvoudig is om diëtisten en de organisatie waar zij voor werken, makkelijk in een onderzoek te krijgen. Wanneer het te veel tijd en dus geld gaat kosten, haken veel organisaties af. Daarnaast zijn er tijdens het onderzoek verschillende diëtisten uitgevallen door zwangerschap, ziekte of werkdruk. Met name de laatste factor werd veroorzaakt door de vrij grote tijdsinvestering die

zij moesten maken om de techniek aan te leren (naast de tijdsdruk die zij hebben tijdens en na de consulten).

Een andere reden is het veranderen van het gedrag van de diëtist. Het is namelijk niet makkelijk om een bepaalde werkwijze die je als diëtist al jaren toepast binnen een half jaar te veranderen. Hier speelt dus ook de motivatie van de diëtist een grote rol. Ook diëtisten moeten dus een gedragsverandering ondergaan en zijn dus ook in te delen in het 'stages of change model'.

Twijfels over de techniek, vooral in het begin, zorgt voor weerstand en minder enthousiasme. Het is heel belangrijk om diëtisten zelf de conclusie te laten trekken / te laten ondervinden dat de techniek voordelen heeft.

Het opnemen van de consulten op cassettebandjes (voor de feedbackperiode) was voor sommige diëtisten lastig omdat het hen onzeker maakte. Ze twijfelden of zij de techniek goed toe wisten te passen. Daardoor duurde het lang voordat de bandjes binnen waren. Twee diëtisten zagen helemaal geen mogelijkheid om een bandje op te nemen in verband met het grote aantal allochtonen / analfabeten dat niet mee wilde werken. Dit werd pas na ¾ jaar gemeld. Deze diëtisten waren niet te bereiken, reageerde niet op de mail, belde niet terug naar de projectmedewerker.

Tijdens het onderzoek wordt er door de projectmedewerker voortdurend via allerlei kanalen, zoals telefoon en e-mail, contact gezocht om de diëtisten eraan te herinneren wat er van hen verwacht wordt. Het blijkt namelijk in de praktijk niet zo eenvoudig te zijn om een start te maken met het onderzoek en dit op de juiste wijze voort te zetten. Hierdoor ontstond vertraging in het onderzoek. De volgende problemen deden zich tijdens het onderzoek voor:

- Ø Het werven van cliënten in het onderzoek stakte bij verschillende diëtisten (oorzaken: ongeschikte cliënten (slechte/ geen beheersing van de Nederlandse taal, illegalen, angst voor meewerken, onderzoeksmoe) of weerstand/ onzekerheid over het vragen van cliënten in het onderzoek), waardoor er door een grote groep diëtisten de eerste maanden helemaal niet gestart is.
- Ø Weinig tijd (tijdens consulten) om de activiteiten van belang voor het onderzoek uit te voeren.
- Ø Het onderzoek kwam steeds op de laatste plaats ivm werkdruk / persoonlijke redenen / weinig betrokkenheid, waardoor het werven van cliënten in het onderzoek gedurende het hele onderzoek een probleem is geweest.
- Ø Meten van HbA_{1c} is lastig i.v.m. het minimale contact met de huisartsen.
- Ø Betrokkenheid controlegroep is laag, weten weinig van de training en vinden het onderzoek daardoor minder belangrijk.

Telefonisch zijn de diëtisten erg moeilijk te bereiken i.v.m. hun volle agenda's en de diverse locaties waar zij spreekuur hebben. De moeilijke bereikbaarheid leidt tot vertraging in het onderzoek.

Doordat de uitval van diëtisten steeds op het laatste moment werd gemeld, (zowel uit de controle- als interventiegroep), konden er niet meer op tijd nieuwe diëtisten worden ingewerkt/ taken worden overgedragen.

Enkele contactpersonen/ hoofden van de afdeling nemen te weinig verantwoordelijkheid voor het onderzoek, terwijl er bepaalde verbintenissen zijn aangegaan. Hierdoor lopen de contacten tussen de hoofden van dienst en haar medewerkers (diëtisten), minder goed. Het overzicht vanuit Voedingscentrum was hierdoor minimaal.

De projectmedewerker heeft geconstateerd dat de afstand tussen de thuiszorgorganisaties en het Voedingscentrum het moeilijk maakte om te beoordelen hoe consistent de diëtisten alle taken ten behoeve van het onderzoek uitvoerden.

Reactie op de belemmerende ervaringen tijdens het onderzoek

Naar aanleiding van de bovenstaande problemen is er in januari 2004 besloten om een brief te sturen naar alle diëtisten zowel uit de interventie- als controlegroep. De brief werd opgesteld door de projectleider en de diëtisten werden opnieuw gewezen op hun verantwoordelijkheid t.a.v. het onderzoek, het belang van het onderzoek en de voordelen die zij hebben aan het onderzoek. Hierin werd tevens medegedeeld dat het werven van patiënten t/m april 2004 werd verlengd. Dit om er zeker van te zijn dat de steekproef aan het einde van het onderzoek voldoende cliënten heeft om betrouwbare uitspraken te doen.

Door de verlenging van het onderzoek is het belangrijk dat de diëtisten uit de interventiegroep 'Motivational Interviewing' optimaal blijven toepassen. Daarom is er besloten om een extra feedbackmoment voor de interventiegroep in te lassen. De feedbackmomenten vinden plaats in maart en april 2004. Tijdens dit extra feedbackmoment is gebruik gemaakt van de eerste cassettebandjes die door de diëtisten zijn opgestuurd voor het onderzoek.

6.2 Feedback

Naast het telefonisch en e-mail contact, hebben bijna alle diëtisten uit de interventiegroep na afloop van de training en de terugkomdag 2 maal een persoonlijk feedbackgesprek gehad in de fase voorafgaand aan het onderzoek. Bij enkele grotere thuiszorgorganisaties werden de feedbackgesprekken met meerdere diëtisten tegelijk georganiseerd.

Vervolgens heeft er tijdens het onderzoek één persoonlijk feedbackmoment plaatsgevonden.

6.3 Procesevaluatie

6.3.1 Korte evaluatie na afloop van de tweedaagse training

Ervaringen diëtisten

Na afloop van de training in maart/ april 2003 zijn aan de deelnemers 3 open vragen voorgelegd. De 3 vragen werden plenair besproken. Een korte impressie van de antwoorden:

- Wat vond je van de 2-daagse training?

“Leerzaam”

“Lange dagen”

“Eerste dag zeer enthousiast, maar nu duizelt het”

“Het is een uitdaging om er mee aan de slag te gaan”

“Hoe ga ik dit allemaal toepassen en een plaats geven?”

“Vermoeiend”

“Er is veel op me afgekomen”

- Wat heeft de training opgeleverd?

“Wat wil de cliënt? “

“De stadia van gedragsverandering”

“Cliënt beter bereiken/ op één golflengte”

“Handvatten voor gesprekstechnieken”

“Bewustwording van mijn huidige werkwijze en hoe het anders kan”

“Omgaan met de weerstand die ik vaak tegenkom”

- Wat vond je goed aan de training?

“Zelf weer gemotiveerd geraakt”

“Ik heb weer zin in mijn werk”

- Wat vond je minder goed aan de training?

“Erg veel informatie in een keer”

“Theorie soms vrij droog”

“Meer rollenspelen”

“Hoe ga ik om met een intakegesprek t.a.v. Motivational Interviewing?”

Ervaringen trainers

Ideeën voor de post-HBO opleiding in de toekomst (er van uitgaande dat een extra trainingsdag niet haalbaar is in de praktijk):

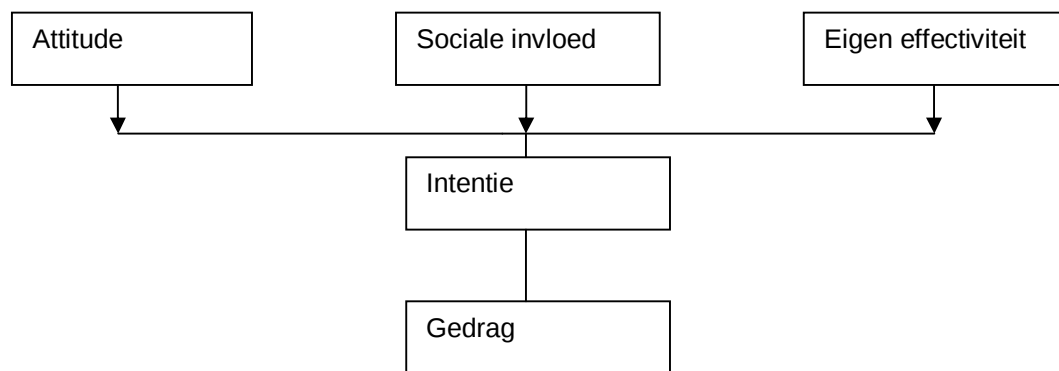
- 'Ambivalentie' is een echte eye-opener net als het stages of change. Deze twee elementen moeten een belangrijke rol blijven spelen in de post-HBO opleiding.
Het stages of change en de daarbij behorende interventies moeten daarom duidelijker en per fase van gedragsverandering worden besproken en toegepast.
- Er moeten meer praktische handvatten aangereikt worden, bijvoorbeeld door de positieve en negatieve ervaringen t.a.v. MI van een diëtist uit de praktijk te horen.
- Gewenst is om meer aandacht te besteden aan het stellen van open vragen. Er wordt bijna altijd van uitgegaan dat hulpverleners het stellen van open vragen beheersen, terwijl het tegendeel waar is. Doordat er vanuit wordt gegaan dat het stellen van open vragen wordt toegepast, speelt het vaak een te kleine rol binnen vervolgopleidingen en trainingen. Ook in deze training is te weinig aandacht besteed aan het stellen van open vragen.
- Het onderdeel 'omgaan met weerstand' in de training is te groot. De hoeveelheid aan informatie in twee dagen training is erg veel, waardoor het onderdeel weerstand aan het einde van de training niet verwerkt kan worden door de trainingsgroep. Daarom moet dit deel worden ingekort en is het belangrijk om intensief aandacht te besteden aan de basiselementen van weerstand.
- Voor het onderdeel veranderings-/zelfmotiverende uitspraken geldt hetzelfde als voor weerstand. Te veel informatie werkt averechts. Het herkennen van zelfmotiverende uitspraken is daarom voldoende.
- Geruststellen tijdens de terugkomdag is het belangrijkste element van de dag. Door de twee dagen training en hun huidige werkwijze raakt de groep diëtisten in de war. Men vraagt zich af: "Wat doe ik goed en wat niet en wat moet ik gaan doen?" Doordat de diëtisten MI nog niet voldoende beheersen ontstaat er verwarring. Deze verwarring moet zo veel mogelijk worden weggenomen tijdens de terugkomdag.
- Aangezien regelmatige persoonlijke feedback praktisch niet haalbaar is kan het meetinstrument BECCI aan de terugkomdag toegevoegd voor de zelfreflectie van diëtist. Met behulp van het meetinstrument BECCI kan de cursist zichzelf beoordelen aan de hand van opname op cassette of video.
In de periode tussen de training en de terugkomdag moet de cursist 2 gesprekken opnemen en beoordelen met BECCI. Tijdens de terugkomdag worden de bandjes besproken met de trainer.

- Gedurende de training moet er door de trainer volgens MI-principes gewerkt worden. De cursisten ervaren op deze wijze MI in de praktijk zonder er direct op gewezen te worden.
- Tijdens de terugkomdag moet de trainer een diversiteit aan rollenspellen en werkvormen (t.a.v. de verschillende onderwerpen van MI) ter beschikking hebben, zodat er ingespeeld kan worden op de vraag van de cursist.
- Engelstalige videobanden die gebruikt worden gedurende de training, moeten in het Nederlands worden aangeboden ter verhoging van het leerelement.
- Een vorm van intervisie in groepsverband zou een mogelijke oplossing kunnen zijn om Motivational Interviewing na afloop van de volledige training bij te verankeren.

6.3.2 Procesevaluatie interventiediëtisten

Er is een open vragenlijst (bijlage IV) afgenomen bij alle interventiegroep diëtisten over de training Motivational Interviewing, de feedbackperiode en het werken met Motivational Interviewing in de praktijk. De vragen t.a.v. het 'werken met Motivational Interviewing' zijn op de volgende determinanten gebaseerd: attitude, eigen effectiviteit, sociale invloed, intentie / motivatie. De determinanten attitude, sociale invloed en eigen effectiviteit bepalen volgens het ASE-model (De Vries et al., 1987, 1988; Kok et al; 1991) onder andere de intentie tot de uiteindelijke actie/ verandering van gedrag.

Figuur 6.1 Onderdeel van het ASE-model (Damoiseaux, 1998)



Per vraag kon men aan de hand van een 7-puntschaal de vraag beoordelen en vervolgens toelichten waarom zij voor het betreffende antwoord kiezen. Het cijfer dat in de 7-puntschaal is aangegeven is het aantal diëtisten, dat voor het desbetreffende antwoord heeft gekozen.

Belangrijkste resultaten

De respons van de vragenlijst is 100%. Alle 18 interventiedietisten die uiteindelijk het volledige onderzoek hebben doorlopen hebben de vragenlijst ingevuld. Per vraag worden de resultaten toegelicht.

Ervaringen van de tweedaagse training

Heel positief				Heel negatief		
11	7					

De training wordt in zijn algemeenheid als 'heel positief' ervaren.

De diëtisten vinden het een erg variërend en afwisselend programma met theorie, praktische oefeningen en ruimte voor eigen inbreng. De trainers zijn zeer gedegen en ervaren en brengen de leerstof boeiend en op een goed tempo. 'Zeer motiverend', volgens een aantal diëtisten. De waardevolle leerstof heeft de meerderheid van de diëtisten ertoe gezet om direct na de training te starten met het toepassen van MI in de praktijk.

Bij een aantal diëtisten was er aan het begin van de training enige weerstand, maar dit nam gedurende de eerste dag geleidelijk af. De innovatieve en boeiende leerstof en de manier van lesgeven heeft hier een grote rol in gespeeld.

De meerderheid is dan ook enthousiast over de methode en vindt het een goede techniek om mee te werken. Enkele uitspraken van diëtisten: "ik kan me er helemaal in vinden", "het opende mijn ogen", "ik vind het een prettige methode".

Ervaringen van de terugkomdag

(1 x nvt i.v.m. ziekte)

Heel positief

Heel negatief

5	11	1				
---	----	---	--	--	--	--

De terugkomdag heeft bij alle diëtisten een positieve en verhelderende indruk achtergelaten. In het bijzonder het uitwisselen van ervaringen en het stellen van vragen heeft veel steun en bevestiging gegeven. Hier is erg veel behoefte aan, aangezien het oefenen in de praktijk veel onzekerheid teweeg brengt. Door de terugkomdag zijn de diëtisten opnieuw gestimuleerd om verder te gaan met het toepassen van MI. Wel hebben zij aangegeven de behoefte te hebben aan meerdere terugkomdagen.

Enkele uitspraken: : ik baalde dat ik zoveel was vergeten", "iedereen schijnt er mee te worstelen", "het is erg nuttig om het op te frissen".

Feedbackperiode Motivational Interviewing:

Ervaringen van de feedbackperiode (juni 2003 – september 2003):

Heel positief

Heel negatief

3	10	3	2			
---	----	---	---	--	--	--

Onder de diëtisten is er redelijk wat ambivalentie over de feedbackperiode. De diëtisten ervaren de feedbackmomenten als positief en minder positief. Inhoudelijk zijn zij zeer tevreden: het stimuleert de diëtisten om verder te gaan met MI en hoe je MI beter kan toepassen. Over het aantal feedbackmomenten zijn zij minder tevreden. De diëtisten hebben behoefte aan meerdere feedbackmomenten, omdat zij anders het gevoel hebben snel terug te vallen in hun vorige werkwijze. Het is namelijk erg moeilijk om consequent aandacht aan MI te besteden en jezelf te blijven ontwikkelen, i.v.m. tijd en de grote hoeveelheid leerstof die de diëtist zich eigen moet maken. Hierdoor hebben diëtisten de neiging om zich op één enkel punt van MI te richten. Feedback stimuleert hen om verder te gaan met MI en hoe je MI beter kan toepassen.

Verder wordt de goede en stimulerende invloed van de projectmedewerker als positief ervaren. Enkele uitspraken van diëtisten: "Je kunt goed met haar praten". "Fijn om met de projectmedewerker mijn "huidige" werkwijze t.a.v. MI te bespreken". "Prettig om opmerkingen te krijgen over hoe je het nu in de praktijk doet", "Met zekere regelmaat was er contact vanuit het Voedingscentrum en bij vragen werd er snel contact opgenomen".

Investerings naast de trainingsduur, terugkomdag en feedbackperiode om Motivational Interviewing eigen te maken

Heel veel

Heel weinig

	4	4	5	1	4	
--	---	---	---	---	---	--

Tijdsindicatie:

De diëtisten vinden het erg moeilijk om een tijdsindicatie te geven. Degenen die een tijdsindicatie geven variëren in hun antwoord van 2 uur tot 16 uur. De tijd die zij investeren is sterk afhankelijk van de interesse in MI en de beschikbare tijd tijdens het werk.

De meerderheid van de diëtisten vindt het gevoelsmatig veel werk en een hoge tijdsinvestering. Daar staat tegenover dat een aantal diëtisten er te weinig tijd aan hebben besteed. Zij hadden goede voornemens, maar daar is het helaas bij gebleven. De grootste oorzaak hiervan is gebrek aan tijd. De momenten wanneer men tijd besteed aan het aanleren / toepassen van MI is meestal tijdens de spreekuren.

Veel gebruikte werkwijzen die zijn toegepast om MI eigen te maken zijn: literatuur en naslagwerk van de training doorlezen / doorbladeren, overleggen met collega-MI'ers en samenvattingen maken en bestuderen.

Werken met Motivational Interviewing in de praktijk:

Eigen effectiviteit: Aanleren van Motivational Interviewing:

Heel makkelijk

Heel moeilijk

	1	3	9	2	2	1
--	---	---	---	---	---	---

De diëtisten vinden het vrij moeilijk om MI aan te leren. Zeker voor het eigen maken van alle aspecten is doorzetting nodig. In eerste instantie denkt de meerderheid de techniek vrij eenvoudig aan te kunnen leren, maar wederom valt dit door tijdgebrek tegen. Het aanleren / toepassen van de methoden verschilt bovendien sterk per onderdeel, bijvoorbeeld reflecteren, zelfmotiverende uitspraken en weerstand zijn onderdelen die als vrij lastig worden ervaren.

Een aantal uitspraken van diëtisten: "Het was wel een grote verandering", "ik moet er wel constant alert op zijn", "het is heel anders werken dan ik tot op heden had gedaan", "het is zeker niet makkelijk om van oude gewoonten af te stappen", "doordat de 'controle' wegvalt, val je door de drukte en stres tijdens de spreekuren terug in je 'vertrouwde' oude methoden".

Volgens een paar diëtisten wordt er al gedeeltelijk volgens MI gewerkt. Zij hebben de techniek vooral in de feedbackperiode verfijnd. "Gedurende deze verfijning moet je als diëtist voortdurend bewust zijn van het toepassen van MI en je moet jezelf ertoe zetten iedere keer een stapje verder te willen gaan. Anders blijf je op een zelfde niveau steken."

Eigen effectiviteit: Ervaringen t.a.v. het werken met Motivational Interviewing

Heel positief

Heel negatief

6	11	1				
---	----	---	--	--	--	--

De interventiegroep ervaart het werken met MI als zeer prettig, positief en verrijkend. Regelmatig hebben gesprekken bovendien een verrassende wending. Reacties van diëtisten: "ik vind het een 'opluchting' om op deze manier met mensen te kunnen praten", "Je gaat uit van de cliënt en zo hoort het ook", "de gesprekken zijn opener en er 'hoeft' minder", ik heb een beter 'contact' met de cliënt", "ik push niet meer".

Daarnaast en dat is nog belangrijker geven **cliënten** aan dat zij de gesprekken fijn en aangenaam vinden en het gevoel krijgen dat er naar hen wordt geluisterd.

Echter een aantal diëtisten geven te kennen dat MI niet altijd werkt zoals zij zouden willen. Zij hebben niet de indruk dat er betere resultaten worden geboekt en de wegblijvers lijken niet minder te worden.

Eigen effectiviteit: Toepassen van Motivational Interviewing

Heel goed

Heel slecht

	4	8	6			
--	---	---	---	--	--	--

De meerderheid van de diëtisten vindt dat zij MI redelijk goed toepassen, maar dat het beter zou kunnen. Wel geven zij hierbij aan dat ze voortdurend alert moeten zijn en dat het bij tijdgebrek lastig wordt om je op alle onderdelen van MI te blijven focussen. Een groot deel van de diëtisten kiest voor een aantal onderdelen van MI wat het beste bij hen past en richten zich daarop. Hierbij geven zij aan dat je voortdurend bewust bezig moet zijn met MI. Extra training of feedbackmomenten zijn essentieel volgens hen om uiteindelijk alle (moeilijke) onderdelen van MI eigen te maken. Sommige diëtisten hebben nu het gevoel dat ze niet doorgroeien. Hierbij geven zij wel aan dat ze ook zelf meer aan zelfstudie hadden kunnen doen. Dit is helaas niet altijd gebeurd.

Sociale invloed: Steun van collega Motivational Interviewers

Heel veel

Heel weinig

	2	4	5	3	1	2
--	---	---	---	---	---	---

Sociale invloed: Ervaren steun van uw collega Motivational Interviewers.

Heel positief

Heel negatief

1	3	3	7	3		
---	---	---	---	---	--	--

Over het algemeen krijgen diëtisten weinig tot geen feedback van collega MI'ers. Voornamelijk in het begin is er redelijk veel overleg, maar dit wordt steeds minder naarmate het onderzoek vordert.

Oorzaken: te weinig aan herinnerd worden (om met MI bezig te zijn) en gebrek aan tijd. De momenten dat er samen contact is wordt als erg positief ervaren.

Uitspraken van diëtisten: "het bespreken neemt onzekerheid weg", "je leert nieuwe dingen van elkaar", "ik vind het fijn om over het toepassen van MI te praten".

In enkele gevallen is er geen behoefte aan feedback.

Sociale invloed: Ervaren steun van het Voedingscentrum t.a.v. het toepassen van Motivational Interviewing

Heel positief

Heel negatief

2	8	6	1			
---	---	---	---	--	--	--

De feedbackgesprekken met de projectmedewerker van het Voedingscentrum worden als positief ervaren. De steun is prima en verfrissend. De diëtisten vinden het erg leerzaam dat de projectmedewerker persoonlijk langskomt en hen feedback geeft over het toepassen van Motivational Interviewing. Het zorgt ervoor dat de diëtist weer actief met MI gaat werken en de onderdelen die nog niet optimaal worden toegepast worden bijschaaft.

Verder zeggen enerzijds enkele diëtisten het als prettig te hebben ervaren, indien er vragen waren of behoefte aan feedback, zij zelf altijd de mogelijkheid hadden om contact op te nemen (mail of telefonisch) met de projectmedewerker. Anderzijds geven een aantal diëtisten aan dat er tussendoor (tijdens het onderzoek) te weinig contact is geweest vanuit de projectmedewerker. Als tip wordt meegegeven om maandelijks een mail te sturen.

Feedback t.a.v. het onderzoek:

Volgens enkele diëtisten had de projectmedewerker tijdens het onderzoek de diëtisten nog meer moeten contacten / herinneren over het opnemen van cliënten in het onderzoek. Aangezien dit volgens hen niet altijd voldoende is gebeurd, is het onderzoek voor sommige diëtisten op een tweede plaats komen te staan.

Sociale invloed: Ervaren steun van thuiszorgorganisaties tijdens het toepassen van Motivational Interviewing

Heel positief

Heel negatief

	3	4	6		2	2
--	---	---	---	--	---	---

Bij alle thuiszorgorganisaties is er weinig steun en aandacht vanuit de organisaties gekomen. Er is door de meeste thuiszorgorganisaties tijd en ruimte vrij gemaakt (o.a. voor de training), maar verder hebben de diëtisten zelfstandig het onderzoek uitgevoerd. Dit heeft in 1 situatie tot weinig productiviteit van de diëtisten (t.a.v. het onderzoek) opgeleverd. Bij andere organisaties heeft dit minder problemen gegeven.

Intentie / motivatie: Blijven werken met Motivational Interviewing

Zeer zeker

zeer onzeker

9	8		1			
---	---	--	---	--	--	--

Bijna alle diëtisten zijn er zeker van dat zij met Motivational Interviewing (willen) blijven werken en geven hierbij aan dat zij eigenlijk nu ook niet meer terug kunnen. De diëtisten hebben weer plezier in hun werk, de cliënten reageren er goed op, het kost minder energie (als MI goed wordt toegepast) en het voelt goed om met behulp van Motivational Interviewing te werken. Sommige diëtisten geven zelfs te kennen dat het veel beter bevalt dan hun werkwijze voorheen.

Enkele uitspraken: "Motivational Interviewing heeft ook mij gemotiveerd om mijn huidige werkwijze voort te zetten en ik heb de intentie om de technieken en vaardigheden uit te breiden", "het past helemaal bij mij", "Op de lange termijn heb je als diëtist meer ervaring in MI, dus word je zekerder in de toepassing".

Eigen effectiviteit: Het vertrouwen dat u heeft dat u als diëtist goed werk verricht door het toepassen van Motivational Interviewing

Heel veel

Heel weinig

3	10	5				
---	----	---	--	--	--	--

Alle diëtisten hebben er vertrouwen in dat zij door het toepassen van MI goed werk verrichten.

Diëtisten geven aan dat zij sterker reageren op wat de cliënt inbrengt en wat de cliënt wil. MI geeft het gevoel dat de cliënt centraal staat.

Door het toepassen van MI worden sommige diëtisten wel onzeker over hun vorige werkwijze (gericht op kennisoverdracht en informatie verstrekken) waardoor zij zich af gaan vragen: "heb ik het dan al die tijd fout gedaan?".

Voor- en nadelen van Motivational Interviewing

VOORDELEN	NADELEN
Algemeen: -Zeker de moeite waard! -Het spreekt mij erg aan! Inhoudelijk -Toepassen van de stages of change werkt erg goed, evenals de voor- en nadelenmatrix, vertrouwen- en belangrijkheidsschaal en agendasetting. Voordelen diëtist: -Er is meer "flow" tussen de cliënt en de diëtist. -Je hebt meer arbeidssatisfactie. -Het geeft een nieuwe kijk op je eigen handelen. -Het doorbreekt "de sleur" van je eigen spreekuren. -Geeft voldoening/ Goed gevoel. -Prettige / ontspannen sfeer, rustiger. -Uiteindelijk kost het minder energie, omdat je niet vanuit jezelf alles aan moet dragen, maar de cliënt moet je laten komen met wat hij / zij wil. -Je hebt minder schuldgevoel bij niet behandelen van, volgens het protocol, belangrijke bespreekpunten. Voor sommige punten staan cliënten namelijk niet open. -In enkele gevallen kan de begeleiding sneller afgerond worden. -De motivatie van de cliënt krijg je makkelijker / duidelijker boven tafel. Voordelen cliënt: -De cliënt vindt betere aansluiting/ begrip voor bij zijn motivatie/ stages of change, dus waarschijnlijk heeft hij een beter gevoel over het e.e.a. -De cliënt is tevreden.	MI is lastig toe te passen in de volgende situaties: -Werken met protocollen en richtlijnen. -Geautomatiseerde dossiers en vaste modules. -Allochtonen die slecht Nederlands spreken -Cliënten die redeneren vanuit het 'diagnose-recept-model'. -De zorgverzekeraars / werkgevers willen meetbare doelen, afspraken en resultaten. Dit is soms tegenstrijdig met de ideeën van MI. Praktijk -MI sluit niet altijd aan bij de benadering van de patiënt door andere hulpverleners (diabetesverpleegkundige, arts etcetera). -Afwijkend werken van collegae, stagiaires: zij kennen MI niet. -MI is niet voor elke hulpverlener geschikt. Het moet bij je passen als hulpverlener. -Verwachtingen van de mensen/ cliënten zijn nog zo anders (mogelijke rol van de verwijzers). Dit kan verwarrend zijn voor de cliënt. Mensen blijven dieetlijsten e.d. in eerste instantie verwachten. Voorbeeld: Sommige cliënten reageren 'verbaasd' als ik hen de 'ruimte' geef: - à "U bent toch deskundige?" bij bijvoorbeeld de vraag "vindt u het prettig/ goed om bepaalde onderwerpen te bespreken?" Toepassen van MI -Het starten is niet zozeer lastig. Het bijhouden en verder ontwikkelen, zodat het ook daadwerkelijk bijdraagt tot beter resultaat vind ik erg lastig. Altijd dus alert blijven op terugval, is moeilijker als je er steeds minder actief mee bezig bent. Oplossing: evaluatie- /

-De diëtist luister beter, waardoor zij meer ingaat op het verhaal/ vragen van cliënt. -De diëtist gaat uit van respect voor de cliënt -MI geeft de cliënt veel vertrouwen. -De cliënt is meer betrokken bij bepalen van het behandelplan. De cliënt bepaalt het tempo. -De cliënt staat centraal en niet het “verhaal” van de diëtist wat zij graag wil vertellen. -De cliënt voelt zich begrepen en serieus genomen. -De diëtist sluit beter bij de wensen van de cliënt aan. -De diëtist is geremd in het geven van veel informatie in 1 keer. -De diëtist staat op een gelijk niveau met de cliënt.	- feedbackmomenten inlassen -Het kost veel tijd en energie om MI te leren toepassen. Je maakt een enorme omslag met wat je gewend was. -Zeer goed luisteren à intensieve gesprekken -Ik ben nog erg op zoek naar grenzen: ik moet directief zijn, maar toch ook de cliënt vrijheid geven.
---	--

6.4 Effectevaluatie

6.4.1 Statistische analyse

Dataverwerking en beschrijvende statistiek

De gegevens die verzameld werden van de doelgroep werden verwerkt tot een databestand waarop statistische analyses uitgevoerd konden worden met behulp van SPSS. Ten eerste werden er codes toegekend aan de diverse 9 thuiszorgorganisaties (code 1 t/m 9). Vervolgens werd er per diëtist een code toegekend, gekoppeld aan de code van de desbetreffende thuiszorgorganisatie. Tot slot kreeg de diabetespatiënt een code gekoppeld aan de diëtist van de desbetreffende thuiszorgorganisatie. Een voorbeeld. Een diabetespatiënt Z onder behandeling bij diëtist Y werkzaam bij thuiszorg X krijgt de code: x.y.z.

Vervolgens werden er codes toegekend aan de uitkomsten middels MITI en MISC verkregen uit de gesprekken tussen diëtisten en patiënten (zie bijlage V) en de antwoordcategorieën van de schriftelijke vragenlijst (zie bijlage III). De uitkomsten van MITI en MISC en de schriftelijke vragenlijst werden per respondent in SPSS ingevoerd en konden de verzamelde data worden geanalyseerd. Daarnaast werden de uitkomsten op BMI, middelomtrek en HbA1c handmatig in SPSS ingevoerd. Voordat de eigenlijke analyse begon werd het databestand opgeschoond. Het databestand werd gecheckt op fouten bij het invoeren van de data. Nadat de fouten in de data waren gecorrigeerd, werd als eerste een beschrijving van de data gemaakt. Van de continue variabelen leeftijd, aantal jaren diabetes, BMI, middelomtrek en HbA1c, werd het gemiddelde, de standaarddeviatie en de spreidingsbreedte berekend. Van de overige variabelen werden frequentietabellen gemaakt om inzicht te krijgen in de verdeling van de antwoorden over de diverse antwoordcategorieën.

Data Analyse

De effecten van Motivational Interviewing op patiëntenparameters zijn geanalyseerd met behulp van multiële regressie analyses, met de posttestwaarde van verschillende parameters (vetscore, groente- en fruitconsumptie, BMI, middelomtrek en HbA1c) als afhankelijke variabelen, en de onderzoeksgroep (MI of niet), de waarde van de parameter op de voormeting en leeftijd en geslacht als onafhankelijke variabelen.

Verschillen tussen diëtisten die wel en niet zijn getraind in MI op een aantal MI-relevante gespreksvoeringskenmerken van de diëtisten, zijn geanalyseerd met behulp van variantie-analyse en chi-kwadraat toetsen.

6.4.2 Resultaten

Beschrijving van de onderzoekspopulatie

Diëtisten

In totaal zitten er 37 diëtisten in het onderzoek waarvan 18 in de interventiegroep en 19 in de controlegroep. De interventiegroep is getraind in Motivational Interviewing en de controlegroep heeft de reguliere standaard behandeling uitgevoerd.

De diëtisten zijn afkomstig van 9 thuiszorgorganisaties at random gekozen onder belangstellenden (na belangstellingsregistratie): Amsterdam, Rotterdam, Stad Utrecht, Naaldwijk (Maatzorg), Den Haag (Meavita), Velp (Midden-Gelderland), 's-Hertogenbosch (Vivent), Katwijk (Valent RDB), Amstelveen (Amstelring).

Diabetespatiënten

De eerste meting bestond uit 209 diabetespatiënten en de tweede meting bestond uit 144 diabetespatiënten. De interventiegroep heeft in totaal tijdens de eerste meting (maand 1) 115 diabetespatiënten meegenomen in het onderzoek en 85 diabetespatiënten in de tweede meting (maand 5/6). De controlegroep heeft de eerste meting 94 diabetespatiënten in het onderzoek meegenomen en 59 in de tweede meting. De gemiddelde leeftijd van de diabetespatiënten van zowel de eerste als de tweede meting is 59 jaar. De jongste respondent is 28 en de oudste 84. Er hebben ongeveer evenveel mannen als vrouwen meegedaan. Het aantal jaren dat men diabetes heeft is gemiddeld ongeveer 3,5 jaar.

Tabel 6.1 Uitkomsten t.a.v. BMI, middelomtrek, HbA1c

	Meting 1	spreiding	Meting 2	spreiding
HbA1c	7,8	4,6 – 14,8	6,6	4,5 – 10,4
BMI	30,7	20,9 - 54	29,4	19 – 52,3
Middelomtrek	107,2	76 - 153	102,7	71 - 158

De analyse van correlaten met de MI training

De analyse van correlaten bestaat uit drie onderdelen. Eerst worden de vragen uit de vragenlijst besproken, vervolgens de uitkomsten op HbA_{1c}, middelomtrek en BMI en tot slot de gesprekken van diëtisten uit zowel de controle- als de interventiegroep.

Gedrags- en waarderingseffecten

De vragenlijst is gedurende het onderzoek twee maal afgenomen. Aan het begin van het onderzoek (meting 1) en na 5/6 maanden (meting 2). De vragen uit de vragenlijst (bijlage 3) zijn onderverdeeld in de volgende 9 clusters: som vetscore, som vetscore tussendoortjes, grammen groente per dag, grammen fruit per dag, tevredenheid over de diëtist, dagelijkse beperkingen, eigen effectiviteit en intentie. Middels multi regressie analyse is bekeken of er associaties zijn tussen de clusters en het wel of niet getraind zijn in MI (interventiegroep versus controlegroep).

Tabel 6.2: Main outcome variables at baseline and post-test for patients counselled by dietician who either received motivational interviewing training (MI-patients) or not (control patients).

	Interventiegroep patiënten (Training MI)			Controlegroep patiënten		
	Baseline	Post-test	P for difference	Baseline	Post-test	P for difference
MI-relevante counselling criteria						
Vet score (punten)	19.8 (6.7)	15.8 (4.9)	.00	19.9 (6.4)	18.4 (5.5)	.05
Inname groente (grammen)	165 (93)	180 (109)	.46	160 (77)	171 (84)	.43
Inname fruit (grammen)	226 (158)	261 (178)	.03	245 (162)	247 (134)	.95
BMI ¹ (kg/m ²)	30.7 (5.7)	29.6 (5.5)	.00	29.8 (4.3)	28.7 (4.0)	.00
Middelomtrek (cm)	105 (13)	102 (13)	.00	107 (12)	103 (12)	.00
HbA _{1c}	8.0 (2.0)	6.7 (1.0)	.00	7.5 (1.7)	6.5 (0.9)	.00

1: BMI=body mass index

Uit de bovenstaande gegevens (tabel 6.2) blijkt dat patiënten die behandeld zijn door diëtisten uit de interventiegroep (getraind in Motivational Interviewing) na de behandeling een significant lagere vetscore hebben dan patiënten die regulier zijn behandeld (controlegroep). Die lagere vetscore komt vooral voort uit een lagere inname van totaal vet en een lagere inname van verzadigd vet via tussendoortjes. Voor de behandeling van diabetes mellitus type 2 gezien is dit een essentiële

verandering. Een van de belangrijkste doelen binnen de diabetesbenadering door de diëtist is namelijk het terugdringen van de totale hoeveelheid vet en de hoeveelheid verzadigd vet.

Er zijn geen significante effecten gevonden op de andere gedrags- en waarderingsparameters. (Zie bijlage VI voor een uitgebreidere tabel van de gedrags- en waarderingseffecten)

HbA1c, BMI, middelomtrek

De middelomtrek en de BMI is door de diëtisten aan het begin van het onderzoek (meting) en na 5/6 maanden (meting 2) opgemeten. Het HbA1c werd door de diëtisten bij huisartsen aangevraagd.

Opmerking: Niet alle diëtisten konden het HbA1c opvragen en / of de cijfers waren niet recent.

Hierdoor kan er een bias zijn opgetreden ten aanzien van de resultaten over HbA1c.

Uit de bovenstaande gegevens van tabel 6.2 blijkt dat patiënten die behandeld zijn door diëtisten uit de interventiegroep (getraind in Motivational Interviewing) na de behandeling geen significant betere HbA1c, BMI of middelomtrek hebben dan patiënten die regulier zijn behandeld (controlegroep). Zowel in de interventie- als in de controlegroep neemt het gewicht van patiënten af. Dit is een indicatie dat de behandeling, waaronder die van de diëtist bij nieuwe diabetespatiënten een gunstige invloed heeft op BMI, middelomtrek en HbA1c.

Gesprekken diëtisten

Alle diëtisten uit zowel de controle- als de interventiegroep hebben aan het begin van het onderzoek (meting 1) en aan het einde van het onderzoek (meting 2) een gesprek opgenomen met een patiënt. Deze gesprekken zijn vervolgens gecodeerd met behulp van MITI en MISC (bijlage 5)

Resultaten scores diëtisten op MI criteria, meting I en II

Table 6.3: Mean scores on Motivational Interviewing (MI)-relevante counselling criteria in dieticians who received MI (MI-dieticians) or not (Controls).

	Meting 1			Meting 2		
MI-relevante counselling criteria	MI-dietisten Mean (SD)	Controls Mean (SD)	P for difference	MI-dieticians Mean (SD)	Controls Mean (SD)	P for difference
Empathie	4.6 (1.1)	4.0 (1.2)	.15	4.4 (1.1)	3.1 (0.8)	.01
MI-Spirit	3.8 (1.2)	3.3 (1.5)	.27	4.1 (1.3)	2.5 (1.1)	.01
MI-trouw	9.4 (5.4)	6.6 (6.1)	.15	6.4 (4.0)	6.9 (4.7)	.75
MI-ontrouw	1.2 (1.7)	3.2 (2.9)	.02	1.6 (3.7)	3.8 (4.0)	.01
Aantal gesloten vragen	16.4 (7.7)	14.1 (7.6)	.36	12.3 (6.4)	11.9 (7.0)	.86
Aantal open vragen	4.4 (3.4)	3.6 (2.9)	.46	4.2 (3.0)	3.9 (3.0)	.79
Totaal aantal vragen	20.8 (8.8)	17.6 (7.9)	.26	16.5 (8.7)	15.8 (8.7)	.82
Eenvoudige reflecties	9.3 (3.7)	6.0 (4.6)	.09	10.6 (5.0)	6.5 (3.0)	.01
Complexe reflecties	1.7 (2.8)	0.7 (0.8)	.15	1.2 (1.8)	0.3 (0.6)	.06
Totaal aantal reflecties	10.9 (4.3)	6.9 (5.3)	.02	11.8 (5.9)	6.8 (3.2)	.01
Aantal veranderingsuitspraken	2.0 (1.8)	1.6 (3.3)	.62	3.6 (3.3)	1.1 (1.3)	.01
	%	%		%	%	
De patient en niet de dietist praat meer dan de helft van de tijd	55.6	5.6	.00	50.0	6.7	.00

Meting I

Diëtisten getraind in Motivational Interviewing scoren bij de eerste meting (tabel 6.3) op een aantal criteria (Motivational Interviewing trouw (algemeen) en meer reflecteren) significant beter dan diëtisten uit de controlegroep. MI getrainde diëtisten scoren op geen enkel criterium significant slechter. Verder blijkt dat diëtisten getraind in Motivational Interviewing zelf minder praten en de patiënt dus meer aan het woord laten.

Meting II

Diëtisten getraind in Motivational Interviewing scoren ook bij de tweede meting (tabel 6.3) op een aantal criteria significant beter dan andere diëtisten (empathie, spirit, Motivational Interviewing trouw (algemeen), eenvoudige reflecties geven en veranderingsuitspraken van patiënten). De verschillen van meting 1 worden bevestigd, en het aantal verschillen is hoger bij meting 2 dan bij meting 1. Motivational Interviewing getrainde diëtisten scoren op geen enkel criterium significant slechter. Ook bij meting 2 praten de diëtisten minder en wordt de patiënt meer aan het woord gelaten. Er kan dus geconcludeerd worden dat hoe meer ervaring diëtisten met Motivational Interviewing hebben, hoe beter zij Motivational Interviewing toepassen.

7 Conclusies

De doelstelling van het project is ontwikkelen, implementeren en evalueren van een interventie gericht op afstemming van vraag en aanbod in de dieetzorg, die patiënten in staat stelt het dieet toe te passen en voor langere termijn vol te houden.

Subdoel van de patiënt: de patiënt is in staat om de dieetzorg te sturen naar eigen wensen en behoeften en neemt zelf (mede)verantwoording voor de behandelingskeuze met als resultaat, hogere dieetrouw, meer satisfactie en kwaliteit van leven.

Subdoel diëtisten: de diëtist levert maatwerk en ervaart meer arbeidssatisfactie.

Procesevaluatie

Trainers

Tijdens en na afloop van de training heeft er een evaluatiemoment plaatsgevonden met de trainers en enkele docenten. De belangrijkste eye-openers waren 'hoe ambivalentie te exploreren en op te lossen' en het toepassen van het stages of change model (fase van gedragsverandering): wanneer iemand nog niet nadenkt over veranderen, heeft het geen zin om adviezen te geven over hoe iemand dat zou moeten doen. Daarnaast wordt ervaren dat MI geen trukendoos is, maar een houding. De perceptie hoe men handelt en hoe deze in werkelijkheid uitgevoerd wordt, blijkt tegengesteld te zijn: de meerderheid van de diëtisten denkt open vragen te stellen terwijl dit in de meeste gevallen gesloten vragen zijn.

Omgaan met weerstand wordt ervaren als 'niet eenvoudig aan te leren'; het is een onderwerp dat tijdens de training uitgebreid aan bod moet komen. Men moet het herkennen en het zien op te lossen.

Interventiediëtisten

De training Motivational Interviewing wordt in zijn algemeenheid als 'heel positief' ervaren.

De diëtisten vinden het een erg variërend en afwisselend programma met theorie, praktische oefeningen en ruimte voor eigen inbreng. De meerderheid is dan ook enthousiast over de methode en vindt het een goede techniek om mee te werken. Dit geldt eveneens voor de terugkomdag. Vooral het uitwisselen van ervaringen en het stellen van vragen heeft veel steun en bevestiging aan de cursisten onderling gegeven.

Onder de diëtisten is er wel redelijk wat ambivalentie over de feedbackperiode. Over de inhoud zijn zij zeer tevreden: het stimuleert de diëtisten om verder te gaan met MI en hoe je MI beter kan toepassen. Over het aantal feedbackmomenten zijn zij minder tevreden. De diëtisten hebben behoefte aan meerdere feedbackmomenten, omdat zij anders het gevoel hebben snel terug te vallen in hun vorige werkwijze.

De diëtisten vinden het vrij moeilijk om MI aan te leren. Zeker voor het eigen maken van alle aspecten is doorzetting nodig. Je moet voortdurend bewust zijn van MI en er mee bezig zijn. Extra training of feedbackmomenten zijn essentieel volgens hen om uiteindelijk alle (moeilijke) onderdelen van MI eigen te maken. De feedbackgesprekken met de projectmedewerker van het Voedingscentrum worden dan ook als positief ervaren. De diëtisten vinden het erg leerzaam dat de projectmedewerker

persoonlijk langskomt en hen feedback geeft over het toepassen van Motivational Interviewing. Het zorgt ervoor dat de diëtist weer actief met MI gaat werken en de onderdelen die nog niet optimaal worden toegepast worden bijstelt.

Het uiteindelijke werken met MI wordt als zeer prettig, positief en verrijkend ervaren. Daarnaast en dat is nog belangrijker, geven cliënten aan dat zij de gesprekken fijn en aangenaam vinden en het gevoel krijgen dat er naar hen wordt geluisterd. Door deze positieve ervaringen zijn bijna alle diëtisten er zeker van dat zij met Motivational Interviewing (willen) blijven werken. De diëtisten hebben weer plezier in hun werk en het kost minder energie. Alle diëtisten hebben er vertrouwen in dat zij door het toepassen van MI goed werk verrichten. Diëtisten geven aan dat zij sterker reageren op wat de cliënt inbrengt en wat de cliënt wil. MI geeft het gevoel dat de cliënt centraal staat.

Effectevaluatie

Gedrags- en waarderingseffecten

Uit de multiple regressie analyse van de clusters uit de vragenlijst blijkt dat patiënten die behandeld zijn door diëtisten uit de interventiegroep (getraind in Motivational Interviewing) na de behandeling een significant lagere vetscore hebben dan patiënten die regulier zijn behandeld (controlegroep). Die lagere vetscore komt vooral voort uit een lagere inname van totaal vet en een lagere inname van verzadigd vet via tussendoortjes. De dieetrouw in de interventiegroep is ten aanzien van (verzadigd) vetbeperking in de voeding na een half jaar beter dan in de controlegroep. Voor de behandeling van diabetes mellitus type 2 gezien is dit een essentiële verandering. Een van de belangrijkste doelen binnen de diabetesbenadering door de diëtist is namelijk het terugdringen van de totale hoeveelheid vet en de hoeveelheid verzadigd vet.

HbA1c, middelomtrek en BMI

De analyses laten zien dat patiënten die behandeld zijn door diëtisten uit de interventiegroep (getraind in Motivational Interviewing) na de behandeling geen significant betere HbA1c, BMI of middelomtrek hebben dan patiënten die regulier zijn behandeld (controlegroep). Dit is een indicatie dat de behandeling, waaronder die van de diëtist bij nieuwe diabetespatiënten een gunstige invloed heeft op BMI, middelomtrek en HbA1c.

Resultaten scores diëtisten op MI

Het toepassen van MI is gemeten door twee gesprekken (meting 1 en meting 2) per diëtist te scoren aan de hand van twee meetinstrumenten MITI en MISC. Met deze twee instrumenten kan beoordeeld worden of MI ook werkelijk wordt toegepast.

Diëtisten getraind in Motivational Interviewing scoren zowel bij de eerste als bij de tweede meting op een aantal criteria significant beter in het toepassen van MI dan de controlediëtisten. De verschillen van meting 1 worden bevestigd, en het aantal verschillen is hoger bij meting 2 dan bij meting 1. In meting 2 wordt er significant hoger gescoord op empathie, spirit, reflecties, MI trouw (algemeen), en veranderingsuitspraken van cliënten. Motivational Interviewing getrainde diëtisten scoren op geen enkel criterium significant slechter. Er kan dus geconcludeerd worden dat hoe meer ervaring diëtisten

met Motivational Interviewing hebben, hoe beter zij Motivational Interviewing toepassen. Tot slot blijkt dat diëtisten getraind in MI zowel bij meting 1 als bij 2 zelf minder praten en de patiënt dus meer aan het woord laten.

Na afloop van een tweedaagse training, een terugkomdag en 2-3 persoonlijke feedbackmomenten in het aanleren van Motivational Interviewing kan geconcludeerd worden dat diëtisten Motivational Interviewing redelijk goed toepassen. Dit resulteert binnen een half jaar in een daling van de inname van de totaal hoeveelheid vet en verzadigd vet in de voeding van de diabetespatiënten in de interventiegroep. Naast de verandering die dit teweeg brengt t.a.v. de voeding, geven cliënten aan dat zij de gesprekken fijn en aangenaam vinden en het gevoel krijgen dat er naar hen wordt geluisterd. De diëtisten hebben weer plezier in hun werk, het kost minder energie en geven aan dat zij sterker reageren op wat de cliënt inbrengt en wat de cliënt wil. MI geeft het gevoel dat de cliënt centraal staat.

8 Discussie en Aanbevelingen

Op basis van de ervaringen van de trainer, de projectmedewerker en de projectleider met het project 'naar vraaggestuurde dieetzorg' zijn discussiepunten en aanbevelingen geformuleerd.

Het aanleren van Motivational Interviewing

De praktijk heeft uitgewezen dat er tijdens de start van het project enige overschatting was van hoe gemakkelijk diëtisten MI zouden kunnen leren. Er moet een vrij grote tijdsinvestering gemaakt worden om de techniek aan te leren. Het is namelijk niet makkelijk om een bepaalde werkwijze die je als diëtist al jaren toepast binnen een half jaar te veranderen. Eerst moet de diëtist dus een gedragsverandering ondergaan voordat er überhaupt wenselijke veranderingen bij de cliënt optreden. De navolgende richtlijnen geven een realistisch beeld van hetgeen verwacht mag worden van de verschillende niveau's en vormen van bijscholing.

Individuele zelfstudie

De meest gebruikelijke methode waarop hulpverleners met MI in aanraking komen is middels het lezen van artikelen, boeken en/of het bekijken van de bestaande video-training tapes (Miller, 2002). Hoewel dit wel enig begrip van de essentie van de methode kan opleveren, heeft onderzoek van Miller aangetoond dat zelfstudie geen enkel effect heeft op het veranderen van bestaande en/of verwerven van nieuwe praktische vaardigheden (Miller, 2004).

Introductie in Motivational Interviewing (1 uur tot 1 dag)

Een workshop van 1 uur tot 1 dag kan de deelnemers enige bekendheid en vertrouwelijkheid bieden met de basisconcepten van MI, maar het is hoogst onwaarschijnlijk dat in een dergelijke tijd enig effect op de praktische vaardigheden van de deelnemers te zien zal zijn.

Afhankelijk van de deelnemersgroep, kan een trainer eenvoudige oefensituaties aanbieden, die de deelnemer(s) een indruk kan geven van de stijl, de sfeer en de praktijk van MI.

Een workshop als deze geeft deelnemers de kans om te bepalen hoe geïnteresseerd zij zijn om méér van MI te leren. Het formaat kan interactief zijn, met een mix van didactiek en live of video

Introductie in de theorie en praktijk van MI (2 tot 3 dagen)

Met 16 tot 24 uur workshop tijd is het mogelijk om deelnemers zowel begrip en inzicht te geven in de spirit en theorie van MI, alsmede ze enige praktijksimulaties te bieden om deze stijl van werken uit te proberen. Verwacht als workshopformaat een mix van didactiek, live demonstratie (bij voorkeur; videotape als alternatief) en praktijkgerichte oefeningen. MINT (Motivational Interviewing Network) beveelt een beperking van het aantal deelnemers aan, teneinde voldoende observatie en feedback door de trainer mogelijk te maken.

Zowel onderzoek, maar ook de dagelijkse ervaring van MI trainers, leert dat het gevaar bestaat dat deelnemers na een éénmalige workshop hun competentieniveau en vaardigheden (ruim) overschatten (Miller, 2001).

Als het mogelijk is, is het wellicht beter dit workshopformaat niet in aaneengesloten dagen te plannen, maar per (halve) dag. Op deze wijze kunnen de deelnemers in hun dagelijkse werk enige MI vaardigheden tussen de workshopmomenten door uitproberen. Wanneer er ook persoonlijke feedback op het uitvoerend werk in deze tussenperiodes kan plaatsvinden (middels audio-analyse, transcripten

en/of individuele coaching), zal dit tot significante verbetering in de effectiviteit van de workshop leiden. Van de deelnemers mag dan verwacht worden dat hun daadwerkelijke competentie in MI (enigszins) toeneemt (Miller, 2004).

Een redelijk doel van een dergelijke workshop is niet volledige klinische beheersing van MI, maar veel eerder een begin te "leren hoe MI te leren" middels voortgaande ondersteuning in de dagelijkse werkpraktijk.

MI voor gevorderden (2 tot 3 dagen)

Sommige hulpverleners die de basis van MI geleerd hebben en de kans hebben gehad dit enige tijd in de praktijk toe te passen, zoeken een meer gevorderd niveau van training in MI, teneinde hun vaardigheden op een hoger peil te brengen. Deze workshops centreren zich rondom de analyse van audio- of videotapes van het dagelijks werk van de deelnemers. Nauwelijks didactiek en veel demonstraties en analyses zijn voorts kenmerken van het programma. Tegenwoordig ligt de nadruk op het kunnen onderscheiden van veranderingsuitspraken t.o.v. commitment tot verandering, en het leren beiden te faciliteren en modelleren.

Voorafgaande ervaring in de praktijk van MI en een ruim voldoende begrip van de theorie wordt op dit niveau van de deelnemers verondersteld.

On-the-job consultatie, coaching en supervisie (in tijd onbeperkt)

De meeste MINT trainers delen de overtuiging dat MI pas werkelijk (aan-)geleerd kan worden door maatwerk te leveren in de ondersteuning van hulpverleners in hun dagelijkse werkpraktijk, deze praktijk te analyseren (middels BECCI, MITI en/of MISC) en middels individuele coaching of supervisie de methode in de breedte en de diepte te leren beheersen.

Post-HBO opleiding Motivational Interviewing

Training MI uit het onderzoek is omgezet in een post-HBO opleiding aan de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen.

Verankering van MI in de praktijk na afloop van de Post-HBO opleiding kan minder zijn. Er vinden namelijk geen persoonlijke feedbackmomenten plaats. Het is belangrijk om hierbij stil te staan. Een optie is om het meetinstrument BECCI te gaan gebruiken. Diëtisten kunnen zelf twee gesprekken opnemen en vervolgens beoordelen met BECCI. De uitkomsten worden dan tijdens terugkomdag besproken. Na afloop van de terugkomdag zijn er geen contactmomenten meer. Het advies is om samen met collega's intervisiemomenten in te bouwen. Anders gaat er mogelijk een groot deel van het aangeleerde verloren.

Onderzoekspopulatie

Door uitval van diëtisten zijn er minder cliënten meegenomen in het onderzoek. Het is aan te bevelen om meer diëtisten te werven om de uitval nog beter op te kunnen vangen. Daarbij moeten diëtisten vaker en beter geattendeerd worden op het feit dat zij door acceptatie van deelname aan het onderzoek zij ook de verantwoordelijkheid moeten dragen voor het slagen van het onderzoek. Sommige diëtisten hebben veel te weinig cliënten meegenomen in het onderzoek en zij voelden zich niet verantwoordelijk om dit probleem op te lossen.

Procesevaluatie

Een mogelijkheid had kunnen zijn om aan de schriftelijke procesevaluatie enkele focusgroepinterviews toe te voegen (interventiediëtisten). Op deze wijze was mogelijk nog meer informatie verkregen.

Effectevaluatie

De resultaten in deze rapportage beslaan een periode van een half jaar. De scores op MITI en MISC laten zien dat hoe langer de diëtisten met MI werken (half jaar) hoe beter ze het toepassen. Dit wordt versterkt als tussentijds coaching plaatsvindt. De effectevaluatie had op langere termijn, zoals na een jaar, nogmaals uitgevoerd moeten worden. Het dan verkregen resultaat zou meer kans hebben om ook effecten te vinden op BMI, middelomtrek en HbA1c. Het is interessant om te weten of de hoeveelheid vet/verzadigd vetgebruik in de interventiegroep nog steeds minder is dan bij de controlegroep en of er mogelijk meer effecten opgetreden zijn of juist niet.

Betrouwbaarheid HbA1c

De HbA1c-gehalten die beschikbaar waren zijn gebruikt in het onderzoek; niet van elke patiënt zijn HbA1c gehalten aangeleverd of liepen niet synchroon met de behandelingsperiode. Van sommige patiënten waren bijvoorbeeld alleen HbA1c gehalten van een paar maanden tot een half jaar vòòr de behandelingsperiode beschikbaar.

De verwachtingen ten aanzien van het aanleveren van de HbA1c-gehalten zijn te hooggespannen geweest; de verwachting was dat elke huisarts conform de NHG-standaard recente HbA1c-gehalten beschikbaar heeft en deze ook doorgeeft aan de diëtist. Recente HbA1c-gehalten bleken echter niet beschikbaar, òf werden niet doorgegeven aan de diëtist.

Meting MITI en MISC

Het coderen van de gesprekken is door één persoon uitgevoerd. Het idee was eerst om de metingen uit te laten voeren door de projectmedewerker en de adviseur Motivational Interviewing. Al snel bleek dat het de coderen door de projectmedewerker te veel beïnvloedt werd. De projectmedewerker kende de diëtisten uit de interventiegroep persoonlijk van de coaching die zij gaf; hierdoor was objectief coderen niet geheel meer mogelijk. Uiteindelijk is dus besloten om de coderingen alleen door de MI adviseur uit te laten voeren. Dit heeft de betrouwbaarheid van de coderingen niet bevorderd. De voorkeur gaat er naar uit om minimaal 2 onafhankelijke personen de coderingen uit te laten voeren. Deze waren echter niet beschikbaar gezien de financiële middelen een beperkende factor hiertoe vormden.

Contacten met thuiszorgorganisaties

De controlegroep heeft zich niet altijd verbonden gevoeld met het onderzoek. Mogelijk heeft dat invloed gehad op het aantal verworven cliënten. Dit effect had afgezwakt kunnen worden bij intensiever onderhoud van contact met de controlegroep.

Daarnaast zijn de verwachtingen ten aanzien van de hoofden van dienst te hoog geweest; de verwachting was dat deze functionarissen hun medewerkers zouden stimuleren hun taak volledig uit

te voeren. Mogelijk was het beter geweest als per thuiszorgorganisatie 1 contactpersoon benoemd was die een liaisonfunctie vervulde.

9 Literatuurlijst

- Armstrong-Shultz, J., Sprague, M.A., Branen, L.J. & Lambeth, S. (2001). A Comparison of Views of Individuals with Type 2 Diabetes Mellitus and Diabetes Educators About Barriers to Diet and Exercise. *Journal of Health Communication*. 6, 99-115.
- Aslander – van Vliet, E. (2004). Het voedingsadvies bij diabetes mellitus. In: Heine, R.J. & Tack, C.J. Handboek Diabetes Mellitus. De Tijdstroom, Utrecht.
- Baan, C.A., Feskens, E.J.M. (2001). De ziektelast van diabetes mellitus type 2 in Nederland: incidentie, prevalentie en sterfte. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*. 145, 1681-1685.
- Berg-Smith, S.M., Stevens, V.J., Brown, K.M. et al. (1996). A brief motivational intervention to improve dietary adherence in adolescents. *Health Education Research*.
- Bes, R. (2002) Basisvaardigheden Motivational Interviewing, handout. Centre for Motivation and Change.
- Boehm, S., Schlenk, E.A., Funnell, M.M., Powers, H. & Ronis, D.L.. (1997). Predictors of Adherence to Nutrition Recommendations in People With Non-Insulin-Dependent Diabetes Mellitus. *The Diabetes Educator*. 23, 2, 157-165.
- Bowen, D., Ehret, C., Pedersen, M. et al. (2003). Results of an dietary intervention program in the Woman's Health Initiative. *Journal of American Dietetic Association*. 102, 1631-1673.
- Britt, E., Hudson, S.M., Blampied, N.M. (2003). Motivational Interviewing in health settings: a review. *Patient Education and Counseling*.
- Brown, S.L., Pope, M.J.F., Hunt, A.E. & Tolman, N.M. (1998). Motivational Strategies Used by Dietitians to Counsel Individuals With Diabetes. *The Diabetes Educator*. 24, 3, 313-318.
- Brownell, K.D. & Cohen, L.R. (1995). Adherence to Dietary Regimens 2: Components of Effective Interventions. *Behavioral Medicine*. 20, 155-164.
- Brug, J. & Kremers, S.P.J. (2002) Een model voor fasen van gedragsverandering: het model Stages of Change en voedingsvoorlichting. In: *Informatorium, Voedingsleer XIV-1. Voeding & Diëtetiek*.
- Channon S., Smith, V.J. & Gregory, J.W. (2003). A pilot study of Motivational Interviewing in adolescents with diabetes. *British Medical Journal*. 88, 680-683.

Clark, M. & Hampson, S.E. (2001). Implementing a psychological intervention to improve lifestyle self-management in patients with Type 2 diabetes. *Patient Education and Counseling*. 42, 247-256.

Clement, S. (1995). Diabetes Self-Management Education: Technical Review. *Diabetes Care*. 18, 8, 1204-1214.

Cooper, H.C., Booth, K. & Gill, G. (2003). Patient's perspectives on diabetes health care education. *Health Education Research*, 18, 2, 191-206.

David, G. & Marrero, Ph.D. (2000). Computer-Assisted Diabetes Dietary Self-Management Counseling: A Technology for Addressing a Public Health Need. 38, 11, 1059-1061.

Dekker, J.M., Heine, R.J. & Maassen, J.A. (2004) Diagnostiek, epidemiologie en prognose. In: Heine, R.J. & Tack, C.J. Handboek Diabetes Mellitus. De Tijdstroom, Utrecht.

Dekker, J.M., Kraan van der, M, Nijpels, G. et al. (2003) Schatting van het aantal nieuwe patiënten met diabetes mellitus type 2 in Nederland: ruim 65.000 per jaar in de leeftijdsgroep vanaf 50 jaar. *Nederlands Tijdschrift Geneeskunde*. 147, 29, 1419 – 1423.

Dieetbehandelingsprotocol diabetes mellitus. Elsevier. De Tijdstroom, 1999.

Dijker, A., Dongen van, M. & Brug, J. Evaluatie van gezondheidsvoorlichting. In: Brug, J., Schaalma, H., Kok, G., Meertens, R.M. & van der Molen, H.T. (2000). Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering: een planmatige aanpak. Van Gorcum, Open Universiteit Nederland.

Doherty, Y., Hall, D., James, P.T., Roberts, S.H. & Simpson, J. (2000). Change counseling in diabetes: the development of a training programme for the diabetes team. *Patient Education and Counseling*. 40, 263-278.

Eakin, E.G. & Glasgow, R.E. (1996). Physician's Role in Diabetes Self-Management: Helping Patients to Help Themselves. *The Endocrinologist*. 6, 3, 186-195.

Elte, J.W.F. (2002). Wat is ontregeld bij diabetes type 2? *Bijlage bij Tijdschrift van Huisartsgeneeskunde*. 19, 6.

Emmons, K.M. & Rollnick, S. (2001). Motivational Interviewing in Health Care Settings, Opportunities and Limitations. *American Journal of Preventive medicine*. 20, 1, 68-74.

Felce, D. (1997). Defining and applying the concept of quality of life. *Journal of Intellectual Disability Research*. 41, 2, 126-135.

Finckenor, M. & Byrd-Bredbenner, C. (2000). Nutrition intervention group program based on preaction-stage-oriented change processes of the transtheoretical model promotes long-term reduction in dietary fat intake. *Journal of American Dietetic Association*. 100, 3, 335-342.

Fisher, L., Chesla, C.A., Skaff, M.M. Mullan, J.T. & Kanter, R.A. (2002). Depression and Anxiety Among Partners of European-American and Latino Patients With Type 2 Diabetes. *Diabetes Care*. 25, 1564-1570.

Friedman, R.H. (1998). Automated Telephone Conversations to Assess Health Behavior and Deliver Behavioral Interventions. *Journal of Medical Systems*. 22, 2, 95-102.

Gerards, F. (1997). *Health Counseling. Het adviesgesprek in de (para)medische en verpleegkundige zorg*. H. Nelissen, Baarn.

Glasgow, R.E., & Toobert, D.J. (2000). Brief, Computer-Assisted Diabetes Dietary Self-Management Counseling: Effects on Behavior, Physiologic Outcomes, and Quality of Life. *Medical Care*. 38, 11, 1062-1073.

Gorter, K. (1998). *Leven met type 2 diabetes. Een onderzoek naar het omgaan met de ziekte en de behoefte aan informatie*. Verwey-Jonker Instituut.

Greene, G.W., Rossi, S.R., Rossi, J.S., Velicer, W.F. et al. (1999). Dietary Applications of the Stages of Change Model. *Journal of the American Dietetic Association*. 99, 6, 673-678.

Greenly, J.R., Greenberg, J.S. & Brown, R. (1997). Measuring Quality of Life: A New Practical Survey Instrument. *Social Work*. 42, 3, 244-254.

Haalboom, J.E.R. & Smith, J. (1995). *Silhouet van de interne geneeskunde*. Houten/ Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.

Heine, R.J. (1999). Diabetes in the next century: challenges and opportunities. *The Netherlands Journal of Medicine*. 55, 265 – 270.

Hekman, M. (1999). Coeliakie en Diabetes Mellitus: stand van zaken. Voedingscentrum, Den Haag.

Hekman, M. (1999). Project dieetrouw: resultaten vooronderzoek. Voedingscentrum, Den Haag.

IGZ (2003) Staat van de gezondheidszorg 2003. Ketenzorg bij chronisch zieken.

iMTA. *Effecten en kosten van de herziene richtlijnen voor diabetes*. Rotterdam iMTA.

- Jaspers, J.J.P.T.G. (2000). *Symposiumverslag: Cost of Diabetes in Europe Type 2 (code-2-studie)*, de resultaten bekeken vanuit Nederlands perspectief. Meppel.
- Kelly, D., Brownell, PhD. & Cohen, MS. (1995). Adherence to Dietary Regimens 2: Components of Effective Interventions. *Behavioral Medicine*. 20, 154-164.
- Kennedy, J. & Erb, C. (Prescription Noncompliance due to Cost Among Adults With Disabilities in the United States. *American Public Health Association*. 92, 7, 1120-1124.
- Kriegsman, DE., Langen van, J., Valk, G et al. (2003). Hoge prevalentie van diabetes mellitus type 2 bij Turken en Marokkanen. *Huisarts & Wetenschap*. 46, 7, 363-368.
- Kristal, A.R., Glanz, K., Curry, S.J. & Patterson, R.E. (1999). How can stages of change be best used in dietary interventions? *Journal of the American Dietetic Association*. 99, 6, 679-684.
- Kristal, A.R., Glanz, K., Tilley, B.C. & Shuhui Li. (2000). Mediating Factors in Dietary Change: Understanding the Impact of a Worksite Nutrition Intervention. *Health Education & Behavior*. 27, 1, 112-125.
- Lane, C., Huws-Thomas, M., Hood, K., e.a. (2005). Measuring adaptations of Motivational Interviewing: the development and validation of the behavior change counseling index (BECCI). *Patient education and counseling*. 56, 166-173.
- Leibbrandt, A. & Lechner, L. (2001). Succesvolle en niet-succesvolle afvallers: Verschillen in determinanten en in hun evaluatie van de begeleiding door de diëtist. *Nederlands Tijdschrift voor diëtisten*. 56, 12, 264-270.
- Long, C.G., & Hollin, C.R. (1995). Assessment and management of eating disordered patients who over-exercise: A four year follow-up of six single case studies. *Journal of Mental Health*. 4, 309-316.
- McConnell, E.M., Harper, R., Campbell, M. & Nelson, J.K. (2001). Achieving optimal diabetic control in adolescence: the continuing enigma. *Diabetes/ Metabolism Research and Reviews*. 17, 67-74.
- Meertens, R., Schaalma, H., Brug, J., & Vries de, N. Determinanten van gedrag. In: Brug, J., Schaalma, H., Kok, G., Meertens, R.M., Molen van der, H.T. (2000). *Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering: een planmatige aanpak*. Van Gorcum, Open Universiteit Nederland.
- Miller, W. R. (2004). Motivational interviewing in the service of health promotion. *Art of Health Promotion in American Journal of Health Promotion*, 18 ,3, 1-10.
- Miller, W.R. & Rollnick, S. (2002). *Motivational Interviewing, Preparing people to change*. The Guilford Press, New York, London.

Molleman, G.R.M. & Willems, Y.G. (1996). De bijdrage van de Preffi aan het bepalen van de effectiviteit van voedings- en dieetvoorlichting. *Nederlands Tijdschrift voor Diëtisten*. 51, 7-8.

Moore, H., Summerbell, C., Hooper, L. e.a. (2004) Dietary advice for treatment of type 2 diabetes mellitus in adults (review). The Cochrane Collaboration. John Wiley & Sons, Ltd.

Nederlandse Diabetes Federatie (2000). *Richtlijnen en Adviezen voor goede diabeteszorg*.

Nota VWS: *Chronisch Ziekenbeleid; Chronische patiënten niet buiten spel* (1991) en *Chronisch Ziekenbeleid; beleidsbrief voortgang chronisch-ziekenbeleid* (1993).

Nota VWS: *Patiënten/ consumentenbeleid* (1995) en *Voortgangsrapportage Chronisch Ziekenbeleid* (1998).

Nurymberg, K., Kreidler, S. & Weissler, K. (1996). The cognitive orientation of compliance in short- and long-term type 2 diabetes patients. *Patient Education and Counseling*. 29, 25-39.

Oomen, S.J., Owen, L.J. & Suggs, L.S. (1999). Culture Counts: Why Current Treatment Models Fail Hispanic Women With Type 2 Diabetes. *The Diabetes Educator*. 25, 2, 220-225.

Pater, L., Roest, S., Dubbeldam, S. & Verweijen, M. (2001). Pentascope: implementeren, een speelveld in de praktijk.

Peters, L. (1999). *Determinanten van dieetrouw bij diabetes mellitus en coeliakie: een beperkt literatuuronderzoek*. NIGZ, Woerden.

Peters, L. (1999). Effectiviteit van interventies ter bevordering van dieetrouw/ therapietrouw: een beperkt literatuuronderzoek, NIGZ, Woerden.

Polder, J.J. et al. (2002). *Kosten van ziekten in Nederland*. De zorgeuro ontrafeld. Bilthoven, RIVM.

Prochaska, J.O. & Diclemente, C.C. (1992). *Stages of Change in the modification of problem behaviours*. Progress in behaviour modification. 28, 184-218.

Redekop, W.K., Koopmanschap, R.P., Stolk, R.P., et al. (2002). Health-Related Quality of Life and Treatment Satisfaction in Dutch Patients With Type 2 Diabetes. *Diabetes Care*. 25, 3, 458-463.

Reenders, K. & Rutten, G.E.H.M. (2002) De behandeling van diabetes mellitus type 2. *Bijlage bij Tijdschrift van Huisartsgeneeskunde*. 19, 6.

Resnicow, K., Jackson, A., Wang, T., Anindya, K., et al. (2001). A Motivational Interviewing Intervention to Increase Fruit and Vegetable Intake Through Black Churches: Results of the Eat for Life Trial. *American Journal of Public Health*. 91, 10, 1686-1693.

Riste, P.H.D., Khan, M.S.C. & Cruickshank, M.B. (2001). High Prevalence of Type 2 Diabetes in All Ethnic Groups, Including Europeans, in a British Inner City; Relative poverty, history, inactivity, or 21 century Europe? *Diabetes Care*. 24, 1377-1383.

RIVM (2004). *Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2003*. Elsevier/ De tijdstroom.

RIVM (2004). *Diabetes mellitus. Omvang van het probleem; Hoe vaak komt diabetes mellitus voor en hoeveel mensen sterven eraan?*

RIVM (2005) *Nationaal Kompas Volksgezondheid*; www.nationaalkompas.nl.

Rollnick, S., Mason, P. & Butler, C. (1999). *Health Behavior Change. A guide for practitioners*. Churchill Livingstone.

Rutten, G.E.H.M., Verhoeven, S., Heine, R.J. et al. (1999). NHG-standaard Diabetes Mellitus Type 2. *Huisarts en Wetenschap*. 42, 2, 67-84.

Scales, R. & Miller, J.H. (2003). Motivational Techniques for improving compliance with an exercise program : skills for primary care clinicians. *Optometry*. 74, 5 334-336.

Schaalma, H., Meertens, R., Kok, G., Brug, J. & Hospers, H. Theorieën en methodieken van verandering. In: Brug, J., Schaalma, H., Kok, G., Meertens, R.M. & Molen van der, H.T. (2000). *Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering: een planmatige aanpak*. Van Gorcum, Open Universiteit Nederland.

Schechtman, J.M., Nadkarni, M.M. & Voss, J.D. (2002). The Association Between Diabetes Metabolic Control and Drug Adherence in an Indigent Population. *Diabetes Care*. 25, 6, 1015-1021.

Schiller, M.R., Miller, M., Moore, C., Davis, E. et al. (1998). *Journal of the American Dietetic Association*. 98, 9, 977-982.

Schippers, G.M. & De Jonge, J. (2002). Motiverende gespreksvoering. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*. 57, 3, 250-265.

Shinitzky, H.E. & Kub, J. (2001). The Art of Motivating Behavior Change: The Use of Motivational Interviewing to Promote Health. *Public Health Nursing*. 18, 3, 178-185.

Shobhana, R., Begum, R., Snehalatha, C., Vijay, V. & Ramachandran, A. (1999). Patient's Adherence to Diabetes Treatment, *Journal Association Physicians India*. 47, 12, 1173-1175.

Spikmans, F.J.M. (2002). Naar vraaggestuurde dieetzorg, inventarisatiefase. Voedingscentrum

Spikmans, F.J.M. (2001). *(No)-show van diabetespatiënten*. Onderzoek naar determinanten voor het wel of niet verschijnen van diabetespatiënten bij de diëtist op de diabetespolikliniek in het VU medisch centrum te Amsterdam. Afstudeerscriptie.

Spikmans, F.J.M. (2003). *Why do diabetic patients not attend appointments with their dietitian?* *Journal of Human Nutrition and Dietetics*. 16, 151-158.

Smith, D.E., Heckemeyer, C.M., Krat, P.P., & Mason, D.A. (1997). Motivational Interviewing to improve adherence to a behavioral weight-control program for older obese women with NIDDM: A pilot study. *Diabetes Care*. 20, 52-54.

Snoek, F. (2002). Het interview, Kwaliteit van leven vaker bespreken tijdens consult. *Diabetesspecialist*. 1, 2, 4-7.

Sonnville, J.J.J., Snoek, F.J., Colly, L.P.C., et al. (1998). Well-Being and Symptoms in Relation to Insulin Therapy in Type 2 Diabetes. *Diabetes Care*. 21, 6, 919-924.

Stewart, D.W. & Shamdasani, P.N. (1991). *Focus groups: Theory and Practice*. Newbury Park, Sage.

STG-stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg (1990). *Chronische ziekten in het jaar 2005, deel 1, scenario's over Diabetes Mellitus 1990-2005*. Bohn, Scheltema & Holkema BV, Utrecht.

Stott, N.C.H., Rees, M., Rollnick, R.M. & Hackett, P. (1996). Professional responses to innovation in clinical method: diabetes care and negotiating skills. *Patient Education and Counseling*. 29, 67-73.

Te Lintel Hekkert, M.P., Schumacher, J.N.M. e.a. (2003) Richtlijnen zelfmanagement van patiënten met COPD in de huisartsenpraktijk. NIZW.

Trigwell, P., Grant, P.J., & House, A. (1997). Motivation and glycemic control in diabetes mellitus. *Journal of psychosomatic Research*. 43, 307-315.

Visser de, C.L. (2002). Invloed op kwaliteit van leven bij diabetes mellitus type 2. *Diabetesspecialist*. 1, 2, 8-11.

Vries de, H. Determinanten van gedrag. In: Damoiseaux, V., Molen van der, H.T. & Kok, G.J. (1998). *Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering*. Van Gorcum, Assen, Open Universiteit Heerlen.

Vries de, H. & Backbier, E. (1995), Verklaring en verandering van gedrag: een beschouwing van het transtheoretisch model. *Tijdschrift Gezondheidsbevordering*. 16, 1, 26-33.

Vries de, H., Pijls, L., Droop, A. et al. (1995). Dieetfalen: wie faalt? Eerste uitkomsten van een onderzoek naar het verband tussen communicatief functioneren van de dietist en het effect van dieetbegeleiding. *Nederland Tijdschrift voor Diëtisten*. 50, 8, 194-198.

Williamson, A.R., Hunt, A.E., Pope, J.F. & Tolman, N.M. (2000). Recommendations of Dietitians for Overcoming Barriers to Dietary Adherence in Individuals With Diabetes. *The Diabetes Educator*. 26, 2, 272-279.

Zee van der, K..I., Sanderman, R. (1993). Het meten van de algemene gezondheidstoestand met de rand-36, een handleiding. *Noorderlijk Centrum voor Gezondheidsvraagstukken R.U.G.*

Bijlage I

BECCI: Behaviour Change Counselling Checklist

De BECC checklist is een instrument, ontwikkeld, om trainers de mate van gedragsverandering, tijdens het consult te laten scoren (realiteit of simulatie). Om de BECC-checklist te gebruiken moet een nummer omcirkeld worden om een indicatie te krijgen van het niveau waarop/ de mate waarin de cliënt / hulpverlener de omschreven actie uitvoert.

Voorafgaand aan het gebruik van de BECC checklist:

Maak a.u.b. gebruik van de toegevoegde handleiding met een gedetailleerde uitleg over hoe de onderwerpen te scoren! Gebruik het instrument als een soort gids, ieder nummer op de schaal houdt in dat de actie is uitgevoerd.

- 0 Helemaal niet
- 1 Soms
- 2 Soms wel, soms niet
- 3 Vaak
- 4 Altijd

Onderwerp	Score				
1. De hulpverlener vraagt toestemming en nodigt de cliënt uit om te praten over gedragsverandering (indien van toepassing).* • n.v.t.	Helemaal niet				Altijd
	0	1	2	3	4
2. De hulpverlener is bereid om te praten over andere onderwerpen dan waar de cliënt primair voor kwam (of dan waar de hulpverlener over wil praten).	Helemaal niet				Altijd
	0	1	2	3	4
3. De hulpverlener moedigt de cliënt aan om te praten over zijn huidige gedrag.	Helemaal niet				Altijd
	0	1	2	3	4
4. De hulpverlener moedigt de cliënt aan om te praten over gedragsverandering.	Helemaal niet				Altijd
	0	1	2	3	4
5. De hulpverlener stelt vragen om te achterhalen hoe de cliënt denkt en voelt over het onderwerp.	Helemaal niet				Altijd
	0	1	2	3	4
6. De hulpverlener luistert empatisch als de cliënt over een bepaald onderwerp praat.	Helemaal niet				Altijd
	0	1	2	3	4
7. De hulpverlener geeft samenvattingen van wat de cliënt zegt over het onderwerp.	Helemaal niet				Altijd
	0	1	2	3	4
8. De hulpverlener geeft blijk van/ ziet in dat de cliënt (veel) knelpunten ondervindt, op weg naar de gewenste gedragsverandering.* • n.v.t.	Helemaal niet				Altijd
	0	1	2	3	4

9. Als de hulpverlener informatie geeft, houdt hij rekening met de cliënt zijn zorgen en begrip.* • n.v.t.	Helemaal niet 0	1	2	3	Altijd 4
10 De hulpverlener toont zichtbaar respect voor de keuze van gedragsverandering van de cliënt.* • n.v.t.	Helemaal niet 0	1	2	3	Altijd 4
11. De hulpverlener en de cliënt wisselen ideeën uit over hoe de cliënt zijn huidige gedrag kan veranderen.* • n.v.t.	Helemaal niet 0	1	2	3	Altijd 4

BECC Score

... ..

Ø De hulpverlener praat (ongeveer)...

meer dan de helft van de tijd

de helft van de tijd

minder dan de helft van de tijd

Toelichting:

BECCI: Behaviour Change Counselling Checklist

Domein 1: Agenda-setting en toestemming vragen

1. De hulpverlener vraagt toestemming en nodigt de cliënt uit om te praten over gedragsverandering.*

*(Dit onderwerp hoeft niet gecodeerd te worden als het niet van toepassing is in de context, met andere woorden als gedragsverandering geen onderwerp van gesprek is of zou moeten zijn.)

Een hoge score: De hulpverlener vraagt de cliënt expliciet toestemming om te praten over gedragsverandering, daarbij duidelijk makend dat de cliënt niet verplicht is om enige beslissingen met betrekking tot zijn/ haar gedrag te nemen.

Voorbeeld:

“Voor we beginnen, wil ik nog even aangeven dat ik hier niet ben om u te vertellen wat u moet doen of om u te bewegen tot het nemen van beslissingen waar u niet achter staat of klaar voor bent. We hoeven nergens over te praten waar u nog niet aan toe bent. Wel nu, ik begrijp dat uw huisarts u hier naar toe heeft gestuurd om te praten over uw voeding. Vindt u het goed als we daar nu over praten?”

(Nb voorbeeld: niet alleen opvatten als een advies voor een standaard opening van een gesprek.)

Een lage score: De hulpverlener vraagt niet aan de cliënt of hij/zij bereid is om te praten over gedragsverandering en geeft hem/ haar niet de mogelijkheid om te praten (de cliënt heeft geen inbreng). De hulpverlener geeft de impressie dat de cliënt weinig keuze heeft in deze kwestie!

Niet van toepassing: De cliënt begint meteen te praten, zonder de hulpverlener een kans te geven hem/ haar (de cliënt) uit te nodigen om te praten over gedragsverandering.

(Nb niet van toepassing: De cliënt hoeft niet altijd uitgenodigd te worden, maar kan ook gewoon uit zichzelf beginnen. De waardering van de score 'niet van toepassing' hangt dus sterk af van de context.)

2. De hulpverlener is bereid om te praten over andere onderwerpen.*

*(Een onderwerp kan van alles zijn waar de cliënt mee bezig is, of het nu met het gedrag in kwestie te maken heeft of niet.)

Een hoge score: De cliënt krijgt de keuze waar hij/ zij over wil praten, omdat, bijvoorbeeld, de hulpverlener door middel van een agenda-setting de cliënt aanmoedigt om te praten over ander gezondheidsgedrag, of andere onderwerpen die niet direct iets te maken hebben met gedragsverandering.

Voorbeeld:

“Dus, sinds u uw hartinfarct hebt gehad is u gevraagd om veel veranderingen in uw leven aan te brengen. Dat lijkt me nog al wat om op dit moment mee om te gaan (empatische reflectie). Ik weet dat u hier naar toe bent gestuurd om te praten over uw eetgedrag, maar er zijn wellicht andere dingen waarover u vandaag liever wilt praten?”

(Nb voorbeeld: In dit voorbeeld krijgt de cliënt niet de gelegenheid om op de eventuele juistheid van de empatische reflectie te reageren, omdat de hulpverlener na de reflectie onmiddellijk een vraag stelt. Wederom bepaald de context van het gesprek welke waarde je daaraan wilt toekennen.)

Een lage score: De hulpverlener geeft de cliënt geen keuze waar hij/zij over wil praten, en gaat verder met het consult i.p.v. te praten over wat de cliënt voelt als zijn/ haar belangrijkste onderwerp om over te praten.

Domein 2: Het waarom en hoe van gedragsverandering

3. De hulpverlener moedigt de cliënt aan om te praten over zijn huidige gedrag.

Een hoge score: De hulpverlener moedigt de cliënt aan om vrij te praten over wat hij/zij zowel leuk vindt/ niet leuk vindt (voor- en nadelen) aan zijn/haar huidige gedrag. Dit kan de hulpverlener op verschillende manieren doen. Bijvoorbeeld om het gezichtspunt van de cliënt te leren begrijpen, kan zij open vragen stellen of empatisch luisteren.

Een lage score: De hulpverlener moedigt de cliënt niet actief aan om te praten over wat hij/ zij leuk vindt/ niet leuk vindt (voor- en nadelen) aan zijn/haar huidige gedrag.

4. De hulpverlener moedigt de cliënt aan om te praten over gedragsverandering.

Een hoge score: De hulpverlener moedigt de cliënt aan om vrijuit te praten over wat de positieve en negatieve aspecten van gedragsverandering voor hem/haar zouden zijn. Dit kan de hulpverlener op verschillende manieren doen. Om bijvoorbeeld het gezichtspunt van de cliënt te begrijpen, kan zij open vragen stellen of empatisch luisteren.

Een lage score: De hulpverlener moedigt de cliënt niet actief aan om te praten over wat de positieve en negatieve aspecten van gedragsverandering voor hem/ haar zouden zijn.

5. De hulpverlener stelt vragen om te achterhalen hoe de cliënt denkt en voelt over het onderwerp.

Een hoge score: De hulpverlener gebruikt een aantal (met name open) vragen om zo veel mogelijk informatie van de cliënt los te krijgen over zijn/ haar gedachten en gevoelens ten aanzien van het onderwerp gedragsverandering.

Een lage score: De hulpverlener stelt de cliënt géén vragen over zijn gedachten en gevoelens ten aanzien van gedragsverandering, of stelt alleen gesloten vragen, zodat de cliënt géén mogelijkheid krijgt om zijn gedachten en gevoelens te uiten over het onderwerp gedragsverandering.

6. De hulpverlener luistert empatisch als de cliënt over het onderwerp praat.

Een hoge score: Terwijl de cliënt praat over gedragsverandering, luistert de hulpverlener empatisch, om na te gaan dat hij/zij heeft begrepen wat de cliënt heeft gezegd en moedigt hem/ haar aan om deze opmerkingen te versterken.

Een lage score: Terwijl de cliënt praat over gedragsverandering, luistert de hulpverlener niet empatisch.

7. De hulpverlener geeft samenvattingen van wat de cliënt zegt over het onderwerp.

Een hoge score: De hulpverlener vat samen wat de cliënt heeft gezegd over gedragsverandering ten aanzien van verschillende gesprekspunten om te controleren of hij/ zij het perspectief van de cliënt begrepen heeft.

Voorbeeld

“OK, om kort samen te vatten waar we tot nu toe over hebben gesproken; omdat u een hartinfarct hebt gehad, heeft u het gevoel dat het belangrijk is om, om gezondheidsredenen af te vallen. U vindt het daarnaast ook belangrijk om af te vallen zodat uw familie zich niet meer zo’n zorgen maakt.

Aan de andere kant heeft u al een lange tijd problemen met uw gewicht en heeft u al verschillende pogingen gedaan om af te vallen. Hierdoor heeft u er geen vertrouwen in dat het u zal lukken om af te vallen. Daarnaast heeft u een leven met veel stress en is eten voor u een manier om de stress te verminderen. Klopt dat?”

(Nb. voorbeeld: De context: Op zich is dit een samenvatting en wordt er dus gescoord op deze schaal. De neiging zou ook zijn om de reactie van de cliënt op de juistheid van de samenvatting te betrekken in de waardering van deze interventie. BECC doet dit uitdrukkelijk niet! In theorie betekent dit dat je een hoge BECC score kunt hebben op het geven van een samenvatting (om de simpele reden dat je

het vaak doet), maar in de praktijk van het consult een slechte hulpverlener blijkt (omdat je samenvattingen veelal verre van juist blijken te zijn).

Een lage score: De hulpverlener vat niet samen wat de cliënt heeft gezegd over gedragsverandering.

Domein 3: Het gehele consult

8. De hulpverlener geeft blijk van/ ziet in dat de cliënt veel knelpunten ondervindt, op weg naar de gewenste gedragsverandering.

*(Dit onderwerp hoeft niet gecodeerd te worden als het niet van toepassing is in de context.)

Een hoge score: De hulpverlener geeft blijk van/ ziet in dat de cliënt veel knelpunten ondervindt, op weg naar de gewenste gedragsverandering. Dit wordt gedaan door te richten op de persoonlijk sterke kanten van de cliënt.

Voorbeeld

"Ik zie in waarom het zo moeilijk voor u is om af te vallen. U hebt op dit moment zo veel stres in uw leven om mee om te gaan. Maar ondanks dat het heel moeilijk is bent u na uw hartinfarct toch begonnen met veranderingen aan te brengen in uw leefstijl, en u hebt tot nu toe bereikt om dat vol te houden ook al is het zwaar."

(Nb voorbeeld: Wederom een score van de hulpverlener, maar hoe reageert de cliënt?)

Een lage score: De hulpverlener geeft blijk van/ ziet niet expliciet de knelpunten in die de cliënt ondervindt, op weg naar de gewenste gedragsverandering en richt zich niet op de persoonlijk sterke kanten van de cliënt.

9. Als de hulpverlener informatie geeft, houdt hij rekening met de cliënt zijn zorgen en begrip*

*(Dit onderwerp hoeft niet gecodeerd te worden als het niet van toepassing is in de context.)

Een hoge score: Bij het geven van informatie probeert de hulpverlener te begrijpen wat de cliënt weet en wil weten, en probeert de cliënt te stimuleren om mee te denken over de informatie.

Een lage score: De hulpverlener geeft informatie aan de cliënt zonder te vragen of de cliënt informatie wil of nodig heeft. De persoonlijke relevantie van de informatie is niet uiteengezet door de cliënt, maar door de hulpverlener aangeleverd. Een lage score moet ook gegeven worden als de cliënt om informatie vraagt, en de hulpverlener dit niet geeft.

Niet van toepassing: Tijdens het consult wordt geen informatie gevraagd of gegeven.

10. De hulpverlener toont respect voor de keuze van gedragsverandering van de cliënt.

*(Dit onderwerp hoeft niet gecodeerd te worden als het niet van toepassing is in de context.)

Een hoge score: De hulpverlener erkent en accepteert openlijk de keuze van de cliënt ook al past dit niet in de agenda van de hulpverlener. De hulpverlener oefent geen druk uit op de cliënt om zijn gedrag te veranderen.

Voorbeeld

"Uiteindelijk is het uw keuze. Het is aan u of u iets wilt veranderen, en het gaat erom dat het realistisch en hanteerbaar voor u is. U hoeft niets te doen wat u niet wilt."

Een lage score: De hulpverlener accepteert of erkent de keuze van de cliënt niet.

Domein 4: Praten over specifieke gedragsdoelen

11. De hulpverlener en de cliënt wisselen ideeën uit over hoe de cliënt zijn huidige gedrag kan veranderen.

*(Dit onderwerp hoeft niet gecodeerd te worden als het niet van toepassing is in de context.)

Een hoge score: De hulpverlener moedigt actief de cliënt aan om te brainstormen over een aantal strategieën die kunnen helpen bij het veranderen van zijn/ haar gedrag. Door middel van aanmoediging, krijgt de cliënt de meeste ideeën en geeft suggesties.

Een lage score: De hulpverlener moedigt de cliënt niet aan om te brainstormen. Er is geen uitwisseling van verschillende mogelijkheden. De cliënt heeft geen suggesties, het is alleen de hulpverlener die ideeën voorstelt voor veranderen.

Niet van toepassing: Er is geen discussie over doelen tijdens het consult.

Meting van de spreektijd van de hulpverlener

De meting van de tijd dat de hulpverlener aan het woord is, kan ter informatie naast de BECC checklist score gebruikt worden. Kruis het vakje aan dat het beste aangeeft hoeveel tijd de hulpverlener ongeveer tijdens het consult aan het woord is. Als richtlijn: de hulpverlener zou ongeveer 50% van tijd of minder aan het woord moeten zijn.

Het scoren van BECC

Ieder onderwerp is voorzien van een 5-punt Likert-schaal, om het niveau waarin de actie wordt uitgevoerd weer te geven. Indien een nummer is omcirkeld betekent dit dat de actie in een bepaalde mate is uitgevoerd.

- 0 *Helemaal niet*
- 1 *Soms*
- 2 *Soms wel, soms niet*
- 3 *Vaak*
- 4 *Altijd*

Het hoofddoel van deze checklist is trainers en hulpverleners te voorzien van een structuur (of leidraad) in (of ter beoordeling van) het consult (of de gespreksvoering). Het kijken naar (en beoordelen van) individuele onderdelen van de gespreksvoering is de kern op basis waarvan een algemene beoordeling gegeven kan worden.

Indien je een algemene score wilt geven, wordt de gemiddelde itemscore gevormd door het geven van een BECC-score aan de hulpverlener. Dit gemiddelde wordt als volgt berekend:

1. Neem het gemiddelde van alle onderwerpen die 'van toepassing' zijn (tel de totale score op van de onderwerpen die 'van toepassing zijn' tijdens het consult, en deel dit getal door het aantal onderwerpen.)
2. Als alle onderwerpen 'van toepassing zijn' tijdens het consult, vormen zij samen het gemiddelde, dit is dan de BECC-score voor de hulpverlener. Indien een van de onderwerpen 'niet van toepassing' zijn tijdens het consult: ga verder naar stap 3.
3. De techniek 'gemiddelde vervanging' wordt gebruikt voor het onderwerp dat gescoord wordt voor 'niet van toepassing'. Het gemiddelde van de onderwerpen die wel 'van toepassing zijn' tijdens het consult, is de score die vervolgens gebruikt wordt voor de onderwerpen die 'niet van toepassing' zijn. Bijvoorbeeld: als het gemiddelde van alle onderwerpen 2.87 is, is dit de score die gegeven moet worden aan alle onderwerpen die gescoord zijn als 'niet van toepassing'. Ga verder naar stap 4.
4. Nu heb je de score voor de onderwerpen die 'niet van toepassing' zijn tijdens het consult, vervolgens bereken je het gemiddelde voor alle onderwerpen opnieuw. Dit geeft je de BECC-score voor de hulpverlener.

Je vindt door het nemen van de gemiddelde score, de BECC-score voor de hulpverlener. Dit correspondeert met de punten gegeven op de 5-punt Likert-schaal op de checklist. Bijvoorbeeld, als de BECC-score van de hulpverlener 2,94 is, zul je zien dat de hulpverlener de Behaviour Change Counseling 'vaak' toepast, of als hulpverlener 1.62 scoort past hij/zij het tussen 'soms' en 'soms wel/ soms niet' toe.

Rationale

Behaviour Change Counselling

Behaviour change typically involves changes in lifestyle and medication use, but can also apply to other behaviour change like using a new hearing aid, keeping liquid intake down (renal medicine) or adopting new ways of looking after ones feet (diabetes care) It is based on the principles of patient or client-centred counselling.

Behaviour Change Counselling has been described in Rollnick et al (2002). It involves using a wider range of skills than for *brief advice*, but not as wide as those involved when using *Motivational Interviewing*. Essentially, the practitioner encourages the patient to make their own decisions about behaviour change. A constructive and trusting atmosphere is used to explore the patient's feelings about why and how to change. "The roles of the practitioner and recipient are more egalitarian than in the brief advice session. The practitioner using Behaviour Change Counselling operates as an advisor to a client who is an active and engaged participant. The encounter is more collaborative than typically observed with brief advice, and greater attention is placed on building rapport. However, this does not necessarily require the intensity of relationship building essential to the good practice of motivational interviewing. Behaviour Change Counselling often has a 'task oriented flavour'. (Rollnick et al, 2002).

There is no single text on Behaviour Change Counselling. The practical guidelines in *Health Behaviour Change: A Guide for Practitioners* (Rollnick et al, 1999) merely provide one example of this counselling style. It was constructed in 2002 by a consensus group of trainers and practitioners in motivational interviewing, to describe those adaptations of motivational interviewing that embrace the patient-centred method for use in brief consultations (not therapy sessions) in healthcare and other settings. This was in response to a concern about an ever-increasing number of names being given to methods that had more similarities than differences. Behaviour Change Counselling was thought to be a suitable general term for attempts to conduct a *constructive conversation about change in which the practitioner tries to understand how the patient feels about change, by using mostly open questions and sometimes empathic listening statements*. Less emphasis is placed on exploring personal values, the directive use of empathic listening and deploying discrepancy, more characteristic of motivational interviewing.

The BECC checklist

This was constructed as an initial effort to measure the skills involved in Behaviour Change Counselling. Our goal was to help the trainer as well as the researcher. Hence the small number of items on the checklist, designed to help trainers evaluate skills acquired in training by examining either written transcripts or actual recordings of consultations. It might even be used in training itself, as a springboard for discussion and practice.

Who can use the checklist?

To use BECC, the rater should have a good basic knowledge of Behaviour Change Counselling and the checklist. To ensure this, raters should undertake background reading, watch a training video and gain an understanding of how the checklist works. The following tasks make up the minimum amount of training required before rating:

Reading

- Ø Rollnick, S., Mason, P. & Butler, C. (1999) *Health Behaviour Change: A guide for practitioners*. Edinburgh: Churchill Livingstone, Parts 1 and 2 (pp 3 – 129).
- Ø Rollnick, S., Allison, J., Ballasiotis, S., Barth, T., Butler, C., Rose, G. & Rosengren, D. (2002) *Variations on a Theme: Motivational Interviewing and its Adaptations*. In: Miller, W. and Rollnick, S. (2002) *Motivational Interviewing: Preparing People for Change* (2 Edition). New York: Guilford Press, chapter 18 (pp 270-283).
- Ø Miller, W. & Rollnick, S. (2002) *Motivational Interviewing: Preparing people for Change* (2 Edition). New York: Guilford Press, Chapters 4 and 5 (pp 33 – 51).

Training Video

- Ø *Health Behaviour Change: A Selection of Strategies, An Aid for Trainers* © Media Resources Centre, University of Wales College of Medicine 2001 (available via www.jeffallison.co.uk)

Checklist

- Ø A copy of the manual and the checklist should be read thoroughly to ensure the rater understands how to use the checklist correctly.

Simulated versus 'Real' Consultations

The Becc checklist has been tested for reliability mainly on simulated consultations. It is hoped that in the future, it will be tested for robustness on 'real' consultations. Based on the minimal number of real consultations that have been rated, the simulated and real consultations appear to be very similar in nature, but it cannot be guaranteed that this will be the case in all simulated consultations. However, as BECC is primarily an instrument for trainers, the likelihood is that in most cases the consultations will be simulated.

Item choice

The BECC checklist contains items that concentrate mainly on practitioner behaviours. We realise that the main goal of BCC is to encourage the patient to talk about how and why of change. However, the checklist is designed to assess the skills of practitioners, and it is not reliable to assess the practitioner's performance based on the patient's behaviour in the consultation.

We have deliberately restricted the selection of practitioner behaviours in a number of ways. Firstly, we have tried to steer clear of items that measure patient-centredness in its pure or more general form. Thus, even the items that elicit judgements about the practitioner's handling of the consultation as a whole (Items 5, 6, 7, 8, 9 and 10) focus on talk about behaviour change. The rationale here is that if the practitioner succeeds in getting high scores for the items on behaviour change, the consultation will be a patient-centred one. BCC is a patient-centred method in itself. Secondly, we have selected a few key practitioner microskills to focus on (e.g. questions, empathic listening statements, summaries) rather than their combination into any of a large number of strategies, like pros and cons, assessment of importance and confidence, and so on.

Invitation does not occur in every consultation (where the practitioner invites the patient to talk about behaviour change). Sometimes because the practitioner does not do this, and sometimes because does not get the chance. Therefore, item 1 is only scored when the practitioner has the chance, making a distinction between not being able to invite the patient to talk, and simply not doing it. It has been argued that either invitation occurs or it does not, leading some to believe that a dichotomous item rather than a scale would be more suitable for this item. However, it has been found during the development of the instrument that invitation can vary on a continuum of how well it is performed. There is a difference between the practitioner who ask if it is okay with the patient to talk about behaviour change and emphasises patient choice from the outset, the practitioner who says 'You've been sent here by your doctor. How do you feel about that?' and the practitioner who does not invite the patient to talk about behaviour change at all. Therefore, item 1 will remain a scaled item at this stage.

Information exchange again does not occur in all BCC consultations (sometimes because the patient does not request information, sometimes because it is not appropriate to give information), but when it does take place, we felt it was important to assess how skillfully this is done. Therefore, item 9 is only completed when it is applicable to the context.

Talking about targets also does not occur in every consultation i.e. when the patient and practitioner talk about possible methods of how change can be achieved. Therefore, raters should only score item 11 when it is applicable to the context.

Talk time is a feature central to BCC. However, internal consistency reliability testing found that this item was not giving a reflective score of practitioner skill when correlated with the other items. As this feature is so important to the concept of BCC, we have chosen to exclude it from the scale to enhance its reliability, but include it as a separate ordinal item so that this information is still present and can be assessed by the trainer.

Bijlage II

Vragenlijst voor diëtisten uit de controle- en interventiegroep.

Lees de onderstaande informatie voordat u de vragenlijst gaat invullen.

- Ø Het invullen van de vragenlijst duurt ongeveer 10-15 minuten.
- Ø Lees alstublieft de vragen zorgvuldig en denk rustig na over uw antwoorden.
- Ø Het is belangrijk dat u alle vragen beantwoordt, sla alstublieft geen vraag over.
- Ø Alle gegevens worden strikt vertrouwelijk behandeld, behalve de onderzoeker heeft niemand inzage in de onderzoeksgegevens.

Al vast hartelijk dank voor uw medewerking en veel succes met het invullen van de vragenlijst!

1. Naam:.....
2. Nummer (in te vullen door het Voedingscentrum).....
3. Huidige werkgever.....
4. Telefoonnummer:.....
5. e-mailadres:.....
6. Geboortedatum.....

7. Geslacht:

0 man

0 vrouw

8. Welke omschrijving is voor u op dit moment van toepassing?

0 Ik werk 32 uur of meer per week

0 Ik werk tussen de 19 en 32 uur per week

0 Ik werk minder dan 19 uur per week

9. In welk jaar bent u afgestudeerd als diëtist?

.....

10. Heeft u andere opleiding(en) naast de opleiding Voeding & Diëtetiek gevolgd? Zo ja, welke?

.....

.....

.....

11. Heeft u andere beroepsmatige activiteiten naast uw werk bij de thuiszorg?

.....
.....
.....

12. Heeft u werkervaring met betrekking tot diëtetiek voordat u bij uw huidige thuiszorgorganisatie ging werken? Zo ja welke?

0 ja,

.....
.....
.....

0 nee

13. Welke cursussen heeft u gevolgd vanuit uw vak als diëtist gericht op diabetes mellitus en gesprekstechnieken?

0 Health Counseling

0 Voeding & Diabetes

0 Kwaliteit meten van de dieetbehandeling bij Diabetes mellitus type 2

0 NLP-cursus: Marian Hoogkamer

0 Communicatie- en adviestraining: dhr. J. Lampe

0 anders, nl.....
.....

14. Bent u gespecialiseerd in diabetes mellitus?

0 ja

0 nee

15a. Hoeveel tijd besteedt u protocollair aan het eerste consult?

.....minuten

15b. Hoeveel tijd besteedt u werkelijk aan het eerste consult?

..... minuten

15c. Hoeveel tijd is voor u wenselijk om aan het eerste consult te besteden?

..... minuten

16a. Hoeveel tijd besteedt u protocollair aan de vervolgconsulten?

.....minuten

16b. Hoeveel tijd besteedt u werkelijk aan de vervolgconsulten?

.....minuten

16c. Hoeveel tijd is voor u wenselijk om aan de vervolgconsulten te besteden?

.....minuten

17a. Hoeveel consulten besteedt u protocollair ongeveer aan een diabetespatiënt?

.....consulten

17b. Hoeveel consulten besteedt u werkelijk ongeveer aan een diabetespatiënt?

.....consulten

17c. Hoeveel consulten zijn voor u wenselijk om aan een diabetespatiënt te besteden?

.....consulten

18. Welk voorlichtingsmateriaal heeft u het afgelopen half jaar tijdens de consulten ten behoeve van diabetes gebruikt? Meerdere antwoorden mogelijk. Geef met een * aan of dit bestaand materiaal is of ontwikkeld door uw thuiszorgorganisatie.

0	voorbeelddagmenu	0	verpakkingen van producten
0	voedingsdagboekje	0	checklisten
0	voedingsmiddelentabel	0	huiswerk/ opdrachten meegeven
0	vragenlijsten	0	tekeningen
0	Nederlandse vragenlijst eetgedrag	0	audiovisueel materiaal
0	brochures/ folders	0	variatielijsten
0	uitgaven Voedingscentrum:brochure/ dieettabel	0	anders, nl.....

19. Werkt u volgens een protocol bij de behandeling van diabetespatiënten?

0 ja

0 nee

Is dit ontwikkeld door uw thuiszorgorganisatie?

0 ja

0 nee

20. Bent u als thuiszorg werkzaam:

- 0 in de stad
0 op het platteland
0 of beide

21. Hoeveel diëtisten zijn er in totaal werkzaam bij uw thuiszorg? En hoeveel fte's zijn dit?

..... diëtisten

..... fte's

22. Werkt u middels een multidisciplinair team? Zo ja, uit welke hulpverleners bestaat dit team en hoe vaak is er onderling contact?

0 ja

bestaande uit:

.....
.....
.....

.....maal contact per maand.

0 nee

23. Wordt er als organisatie aan supervisie of intercollegiale toetsing gedaan? Zo ja, hoe vaak?

0 ja,maal per half jaar

0 nee

Video- of cassette opname

Aangezien er per diëtist, zowel uit de controle- als interventiegroep, bekeken moet worden in welke mate 'Motivational Interviewing' in de praktijk wordt toegepast, wordt er gebruik gemaakt van video- of cassetteopname. Welke mogelijkheden zijn er binnen uw thuiszorgorganisatie om dit te bewerkstelligen?

- Is er een videocamera aanwezig?

0 ja

0 nee

- Is er een cassette aanwezig?

- 0 ja
- 0 nee

- Moet het Voedingscentrum een videocamera- of cassette leveren?

- 0 ja
- 0 nee

- Kan er mogelijk een camera geplaatst worden?

- 0 ja
- 0 nee

BMI, Middelomtrek en HbA1c

Tijdens het onderzoek worden bij het eerste consult en vierde consult (ongeveer 6 maanden) naast de vragenlijst, het HbA1c de BMI en de middelomtrek van de patiënt meegenomen. De BMI en de middelomtrek moeten voor u als diëtist geen probleem zijn om te berekenen/ te meten. Echter, het HbA1c kan lastiger zijn, omdat dit van de huisarts afhankelijk is. Via een aantal vragen over het verkrijgen van deze waarden willen we inventariseren wat de mogelijkheden zijn om deze waarden aan het onderzoek toe te voegen.

Volgens de NHG-standaard (1999) behoort tijdens de driemaandelijke controle het HbA1c gemeten te worden. De diëtist kan dus aan het begin van de behandeling (eerste consult) en na 6 maanden het HbA1c aanvragen bij de desbetreffende huisarts. In de praktijk lijkt dit niet altijd eenvoudig te zijn. Toch willen wij u vragen om contact op te nemen met huisartsen uit uw regio, om overeenstemming te bereiken over het te meten HbA1c (aan het begin en na een half jaar) voor de 10 patiënten uit het onderzoek.

Ter ondersteuning is er vanuit het Voedingscentrum een brief voor de huisartsen opgesteld (zie bijgevoegde brieven met een uitgebreidere toelichting) die u de huisarts kunt toesturen. (Heeft u meer exemplaren nodig neemt u dan contact met mij op.) Hierin wordt nogmaals het belang van het onderzoek en het HbA1c uitgelegd. Kies hiervoor de huisartsen waarvan bekend is dat diabetespatiënten altijd worden verwezen.

De naam van de patiënt en het desbetreffende HbA1c zal alleen bij u en de huisarts bekend zijn. Gedurende het onderzoek wordt de naam vervangen door een nummer, zodat er **geen** persoonlijke gegevens bij het Voedingscentrum bekend zijn.

Geef aan of u als diëtist de BMI en de middelomtrek aan het begin en na een half jaar kunt meten? (dit zijn verplichte waarde voor het onderzoek)

- BMI 0 ja 0 nee

- Middelomtrek 0 ja 0 nee

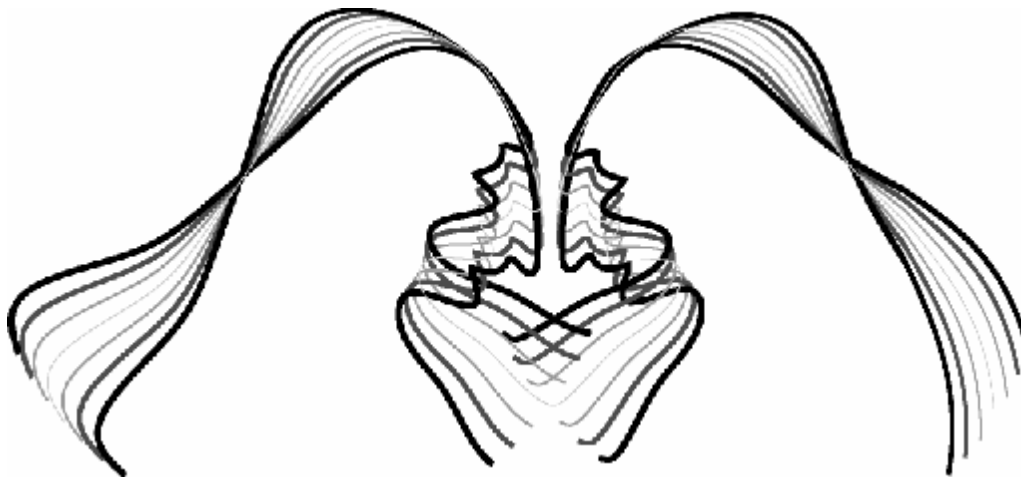
Geef aan of de huisartsen het HbA1c aan het begin en na een half jaar kunnen meten. (Het HbA1c is een verplichte waarden voor het onderzoek.)

Naam huisarts	HbA1C Ja/ nee

(Hoe u deze gegevens en andere gegevens precies moet verwerken tijdens het onderzoek, hoort u voorafgaand aan het onderzoek. U krijgt hier t.z.t. een uitgebreide uitleg/ beschrijving over.)

Vragenlijst deel 1 + 2

Evaluatie dieetzorg diabetespatiënten



Stichting Voedingscentrum Nederland
Den Haag

Augustus/ september 2003

Nummer:

--	--	--	--	--

Toelichting

Lees a.u.b. de onderstaande informatie voordat u de vragenlijst gaat invullen.

- Ø Het invullen van de vragenlijst duurt ongeveer een half uurtje.
- Ø Lees alstublieft de vragen zorgvuldig en denk rustig na over uw antwoorden. Er zijn geen goede of foute antwoorden.
- Ø Het is belangrijk dat u alle vragen beantwoordt, sla alstublieft geen vraag over.
- Ø Alle gegevens worden strikt vertrouwelijk behandeld, behalve de onderzoeker heeft niemand inzage in de onderzoeksgegevens. Deelname aan het onderzoek heeft vanzelfsprekend geen gevolgen voor de medische zorg die u ontvangt.
- Ø Voor eventuele vragen kunt u contact opnemen met Femke Spikmans, Voedingscentrum Den Haag. E-mail: spikmans@voedingscentrum.nl,
tel: 070-3068840

Succes!

De ingevulde vragenlijst kunt u in de toegevoegde enveloppe naar het Voedingscentrum in Den Haag sturen. Een postzegel is niet nodig.



Deel 1: voedselvragenlijst

- Ø In deze vragenlijst worden vragen gesteld over wat u gewoonlijk eet.
- Ø Het is belangrijk dat u invult wat u de afgelopen maand (afgelopen 4 weken), **voorafgaand aan het bezoek van de diëtist**, hebt gegeten/ gedronken. Zowel doordeweekse dagen als weekenddagen tellen mee. Ook wat u hebt gegeten op feestjes telt mee.
- Ø Als u de gehele maand of het grootste deel van de afgelopen maand echt heel anders heeft gegeten dan u gewent bent, bijvoorbeeld door vakantie of ziekte, ga dan uit van de maand daarvóór.
- Ø U kunt de vragen beantwoorden door het hokje van uw keuze aan te kruisen met een zwarte of blauwe pen. Het is de bedoeling dat u steeds één hokje aankruist. Als u uw antwoord wilt veranderen, kunt u dat doen door het hokje dat u eerst had aangekruist zwart te maken en vervolgens een nieuw hokje aan te kruisen.
- Ø Als u een bepaald product nooit gebruikt wilt u dan “niet van toepassing” aankruisen bij de vragen over de hoeveelheden en de soort van dat product.

Voorbeeld: Zo kruist u het antwoord 'nee' aan:

Ja	1
Nee	T
Soms	1

Zo kunt u een antwoord veranderen:

U wilt bijvoorbeeld antwoord 'nee' veranderen in 'ja': U kleurt het antwoordvakje 'nee' zwart en u kruist antwoord 'ja' aan:

Ja	T
Nee	g
Soms	1

Wilt u bij alle vragen een antwoord aankruisen.

Op de volgende pagina beginnen de vragen

Hieronder volgt eerst een **voorbeeld** hoe u de vragen in kunt vullen.

De persoon uit dit voorbeeld drinkt gemiddeld 5 dagen in de week halfvolle melk, en op de dagen dat hij of zij halfvolle melk drinkt, neemt deze persoon meestal 2 glazen. Deze persoon moet de onderstaande vraag als volgt invullen:

<i>Hoeveel dagen per week drinkt u gewoonlijk:</i>	Nooit of minder dan 1 dag per week	1 dag per week	2 dagen per week	3 dagen per week	4 dagen per week	5 dagen per week	6 dagen per week	7 dagen per week
Melk of karnemelk?	1	1	1	1	1	T	1	1

<i>Hoeveel glazen drinkt u/ schaaltes eet u meestal per dag van:</i>	Niet van toepassing	1 per dag	2 per dag	3 per dag	4 per dag	5 of meer per dag
Melk of karnemelk?	1	1	T	1	1	1

<i>Welke soort gebruikt u meestal:</i>	Niet van toepassing	volle	halfvolle	magere	karnemelk	Wisselend
Melk?	1	1	T	1	1	1



Nummer:

--	--	--	--	--

Nummer > 10 in 1 hokje

Zuivel

Hoeveel dagen per week drinkt u gewoonlijk	Nooit of minder dan 1 dag per week	1 dag per week	2 dagen per week	3 dagen per week	4 dagen per week	5 dagen per week	6 dagen per week	7 dagen per week
A1: Melk of karnemelk?	1	1	1	1	1	1	1	1
A2: Chocolademelk?	1	1	1	1	1	1	1	1
A3: Yoghurt, vruchtenyoghurt of biogarde?	1	1	1	1	1	1	1	1
A4: Vla, pudding of pap?	1	1	1	1	1	1	1	1

Hoeveel glazen drinkt u / schaaltes eet u meestal per dag van:	Niet van toepassing	1 per dag	2 per dag	3 per dag	4 per dag	5 of meer per dag
A5: Melk of karnemelk?	1	1	1	1	1	1
A6: Chocolademelk?	1	1	1	1	1	1
A7: Yoghurt, vruchtenyoghurt of biogarde?	1	1	1	1	1	1
A8: Vla, pudding of pap?	1	1	1	1	1	1

Welke soort gebruikt u meestal:	Niet van toepassing	volle	halfvolle	Magere	Karne-melk	Wisselend
A9: Melk?	1	1	1	1	1	1
A10: Chocolademelk?	1	1	1	1	1	1
A11: Yoghurt, vruchten?	1	1	1	1	1	1

Brood en broodbeleg

	geen	1 per dag	2 per dag	3 per dag	4 per dag	5 per dag	6 per dag	7 per dag	8 per dag	9 per dag of meer
A12: Hoeveel sneetjes brood, broodjes, crackers of beschuiten eet u meestal per dag?	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
A13: Hoeveel daarvan belegt u meestal met kaas?	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
A14: Hoeveel daarvan belegt u meestal met vleeswaren?	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
A15: Hoeveel daarvan belegt u meestal met chocoladehagelslag, chocoladevlokken of chocoladepasta	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

A16: Kunt u de vleeswaren opschrijven die u meestal op uw brood doet	Niet van toepassing 1	1:.....	2:.....	3:.....
A17: Welk soort kaas doet u meestal op uw brood?	Niet van toepassing 1	Buitenlandse kaassoorten, zoals Brie, Camambert, Paturain, enzovoort 1	Goudse kaas, Edammer of andere 40+ en 48+ soorten 1	20+ en 30+ soorten, zoals Westlite, Milner, Linera enzovoort 1

A18: Welk soort boter doet u meestal op uw brood?	Geen boter 1	Roo m boter 1	Margarine 1	Dieet margarine 1	Halvarine/ hafvolle roomboter yoghorine 1	Dieet halvarin e 1	Linera 25% of Twent y Four 1	Linera 3% 1	Wisselend 1
--	------------------------	----------------------------	--------------------	-----------------------------	---	---------------------------------	--	-----------------------	--------------------

Vlees en/ of kaas bij de warme maaltijd

<i>Hoe vaak eet u bij de warme maaltijd:</i>	Nooit of minder dan 1 keer per maand	1 keer per maand	1 keer per 3 weken	1 keer per 2 weken	1 keer per week	2 keer per week	3 keer of vaker per week
A19: Rookworst, verse worst of saucijsjes	1	1	1	1	1	1	1
A20: Half om half gehakt	1	1	1	1	1	1	1
A21: Speklappen	1	1	1	1	1	1	1
A22: Kaas (geraspt, blokjes in de maaltijd of als kaassoufflé	1	1	1	1	1	1	1



Jus bij de warme maaltijd

	Nooit of minder dan 1 keer per week	1 dag per week	2 dagen per week	3 dagen per week	4 dagen per week	5 dagen per week	6 dagen per week	7 dagen per week
A23: Hoe vaak gebruikt u jus bij de warme maaltijd?	1	1	1	1	1	1	1	1
A24: Hoeveel lepels neemt u als u jus gebruikt?	Niet van toepassing 1	1 lepel 1	2 lepels 1	3 lepels 1	4 lepels 1	5 lepels 1	6 of meer lepels 1	
A25: Wat voor soort lepel gebruikt u om jus op te scheppen?	Niet van toepassing 1	Eetlepel 1	Gewone juslepel 1	Juslepel van het lepelrek 1				



Tussendoortjes

Hoe vaak eet u naast de (hoofd)maaltijd nog tussendoortjes zoals:	Nooit of minder dan 1 dag per week	1 dag per week	2 dagen per week	3 dagen per week	4 dagen per week	5 dagen per week	6 dagen per week	7 dagen per week
A26: Snacks, zoals patat, kroketten, slaatje, enzovoort?	1	1	1	1	1	1	1	1
A27: Pinda's of nootjes?	1	1	1	1	1	1	1	1
A28: Chips, blokjes kaas, buitenlandse kaas of worst?	1	1	1	1	1	1	1	1
A29: Gebak, cake of grote koeken	1	1	1	1	1	1	1	1
A30: Candybars, zoals Nuts, Mars, Snicker enzovoort?	1	1	1	1	1	1	1	1
A31: Chocolade?	1	1	1	1	1	1	1	1
A32: Biscuit, en rozijnenbiscuit	1	1	1	1	1	1	1	1
A33: Andere koekjes	1	1	1	1	1	1	1	1

	Niet van toepassing	1 per dag	2 per dag	3 per dag	4 per dag	5 per dag	6 per dag	7 of meer per dag
A34: Op een dag dat u biscuitjes eet, hoeveel biscuitjes eet u dan meestal?	1	1	1	1	1	1	1	1
A35: Op een dag dat u andere koekjes eet, hoeveel andere koekjes eet u dan meestal?	1	1	1	1	1	1	1	1

De vragen in dit onderdeel gaan over de afgelopen maand. Het is de bedoeling dat u aankruist:

- ☐ **Hoe vaak** u de genoemde producten de afgelopen maand gemiddeld at of dronk.
- ☐ **Hoeveel** u er gemiddeld op een dag van at of dronk.
- ☐ Als u een product de afgelopen maand niet heeft gebruikt, vergeet dan niet de categorie 'nooit of minder dan 1 dag per maand' aan te kruisen. U hoeft dan geen hoeveelheid in te vullen.
- ☐ Wilt u in alle andere gevallen wel de hoeveelheid die u eet of drinkt invullen. Denkt u daarbij steeds aan de hoeveelheid die u zelf eet of drinkt en niet aan de hoeveelheid voor het hele gezin.
- ☐ Leest u alstublieft elke vraag goed door en kruis het hokje aan dat het beste bij u past.

	Nooit of minder dan 1 dag per maand	1-3 dagen per maand	1 dag per week	2 dagen per week	3 dagen per week	4 dagen per week	5 dagen per week	6 dagen per week	7 dagen per week	Als je dit at hoeveel nam je dan op zo'n dag?
A36: Groenten, gekookt (ook gebakken, gestoomd of anders verhit) (denk ook aan groenten in bijv. saus)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	 opsche- pels (= 50 gram)
A37: Sla of rauwkost (sla, komkommer, tomaat enz.)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	 opsche- pels

	Nooit of minder dan 1 dag per maand	1-3 dagen per maand	1 dag per week	2 dagen per week	3 dagen per week	4 dagen per week	5 dagen per week	6 dagen per week	7 dagen per week	Als je dit at of dronk hoeveel nam je dan op zo'n dag?
A38: Vruchtensap, groentesap (bijvoorbeeld sinaasappelsap vers uitgeperst of uit pak, tomatensap)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	 glazen
A39: Mandarijnen	1	1	1	1	1	1	1	1	1	 stuks
A40: Sinaasappel, grapefruit, citroen Of ander citrusfruit (geen sap)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	 stuks
A41: Appels of peren (geen appelmoes)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	 stuks
A42: Bananen	1	1	1	1	1	1	1	1	1	 stuks
A43: Ander fruit (ook fruit uit blik of pot)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	stuks (Als 1 stuk telt bijv ook een schaaltje aardbeien)
A44: Appelmoes	1	1	1	1	1	1	1	1	1	 eetlepels
A45: Op een dag dat u fruit at (alle soorten; geen vruchtensap), hoeveel stuks at u dan meestal?	 stuks. Als 1 stuk fruit telt bijvoorbeeld ook een dessertschaaltje aardbeien of bessen (deze vraag is bedoeld als samenvatting voor de hoeveelheid fruit u eet)									

Heb je het aantal stuks gemiddeld in de laatste kolom ook ingevuld?



Deel 2

In deel twee van deze vragenlijst worden vragen gesteld over uw mening over de dieetbehandeling en uw diëtist. Ook zijn er vragen over uw gezondheid.

U kunt bij de vragen steeds kiezen uit verschillende antwoordmogelijkheden. U beantwoordt de vraag door het desbetreffende hokje bij uw antwoord aan te kruisen.

Denk bij het beantwoorden van de volgende vragen aan het laatste gesprek dat u met uw diëtist heeft gehad.

	Beslist mee eens	Mee eens	Noch eens, noch oneens	Oneens	Beslist oneens
B1: Ik ben tevreden over het verloop van het gesprek met de diëtist.	1	1	1	1	1
B2: De diëtist had genoeg aandacht voor mij.	1	1	1	1	1
B3: Ik voelde me begrepen door de diëtist.	1	1	1	1	1
B4: De diëtist luisterde niet goed naar me.	1	1	1	1	1
B5: De diëtist ging voldoende in op mijn eigen voedingsgewoonten.	1	1	1	1	1
B6: De diëtist heeft onvoldoende tijd aan mij besteed.	1	1	1	1	1
B7: Ik heb vertrouwen in mijn diëtist.	1	1	1	1	1
B8: Ik zou deze diëtist aanbevelen aan mijn vrienden.	1	1	1	1	1
B9: Het gesprek verliep in een te snel tempo.	1	1	1	1	1

	Beslist mee eens	Mee eens	Noch eens, noch oneens	Oneens	Beslist oneens
B10: Ik had voldoende gelegenheid tot het stellen van vragen.	1	1	1	1	1
B12: Ik moest als het ware mijn vragen tussen het verhaal van de diëtist wringen.	1	1	1	1	1
B13: De diëtist sprak/ en gaf mij uitleg/ informatie in begrijpelijke taal.	1	1	1	1	1
B14: Ik ben tevreden over de hoeveelheid informatie die ik tijdens het gesprek met de diëtist kreeg.	1	1	1	1	1
B15: Ik durfde geen vragen te stellen aan de diëtist.	1	1	1	1	1
B16: Ik heb de indruk dat de diëtist mij niet alles heeft verteld over mijn voeding en mijn dieet.	1	1	1	1	1
B17: Ik had het gevoel dat de diëtist mij niet al te serieus nam.	1	1	1	1	1
B18: De diëtist ging in op alle vragen die ik stelde.	1	1	1	1	1
B19: De diëtist stelde mij indien nodig op mijn gemak.	1	1	1	1	1



Deel 3

C1: Wat vindt u over het algemeen genomen, van uw gezondheid?

- 1 Uitstekend
- 1 Zeer goed
- 1 Goed
- 1 Matig
- 1 Slecht

C2: In vergelijking met ½ jaar geleden, hoe zou u nu uw gezondheid in het algemeen beoordelen?

- 1 Veel beter dan ½ jaar geleden
- 1 Iets beter dan ½ jaar geleden
- 1 Ongeveer hetzelfde als ½ jaar geleden
- 1 Iets slechter dan ½ jaar geleden
- 1 Veel slechter dan ½ jaar geleden

De volgende vragen gaan over dagelijkse bezigheden. Wordt u door uw gezondheid op dit moment beperkt bij deze bezigheden? Zo ja, in welke mate

	Ja, ernstig beperkt	Ja, een beetje beperkt	Nee, helemaal niet beperkt
D1: Forse inspanning zoals hardlopen, zware voorwerpen tillen, inspannend sporten.	1	1	1
D2: Matige inspanning, zoals het verplaatsen van een tafel, stofzuigen, fietsen.	1	1	1
D3: Tillen of boodschappen dragen.	1	1	1
D4: Een paar trappen lopen.	1	1	1
D5: Eén trap lopen.	1	1	1
D6: Buigen, knielen of bukken.	1	1	1
D7: Meer dan 1 kilometer lopen.	1	1	1
D8: Een halve kilometer lopen.	1	1	1
D9: Honderd meter lopen.	1	1	1
D10: Uzelf wassen of aankleden.	1	1	1

Had u, ten gevolge van uw lichamelijke gezondheid, de afgelopen 4 weken één van de volgende problemen bij uw werk of andere dagelijkse bezigheden?

	Ja	Nee
E1: U heeft minder tijd kunnen besteden aan werk of andere bezigheden.	1	1
E2: U heeft minder bereikt dan u zou willen.	1	1
E3: U was beperkt in het soort werk of soort bezigheden.	1	1
E4: U had moeite met het werk of andere bezigheden (het kostte u bijvoorbeeld extra inspanning).	1	1

Had u, ten gevolge van een emotioneel probleem (bijvoorbeeld doordat u zich depressief of angstig voelde), de afgelopen 4 weken een van de volgende problemen bij uw werk of andere dagelijkse bezigheden?

	Ja	Nee
F1: U heeft minder tijd kunnen besteden aan werk of andere bezigheden.	1	1
F2: U heeft minder bereikt dan u zou willen.	1	1
F3: U heeft het werk of andere bezigheden niet zo zorgvuldig gedaan als u gewend bent.	1	1

G1: In hoeverre heeft uw lichamelijke gezondheid of hebben uw emotionele problemen u de afgelopen 4 weken belemmerd in uw normale sociale bezigheden met gezin, vrienden, burens of anderen?

- 1 Helemaal niets
- 1 Enigszins
- 1 Nogal
- 1 Veel
- 1 Heel erg veel

H1: Hoeveel pijn had u de afgelopen 4 weken

- 1 Geen
- 1 Heel licht
- 1 Licht
- 1 Nogal
- 1 Ernstig
- 1 Heel ernstig

I1: In welke mate heeft pijn u de afgelopen 4 weken belemmerd bij uw normale werkzaamheden (zowel werk buitenshuis als huishoudelijk werk)?

- 1 Helemaal niet
- 1 Een klein beetje
- 1 Nogal
- 1 Veel
- 1 Heel erg veel

Deze vragen gaan over hoe u zich de afgelopen 4 weken heeft gevoeld. Wilt u bij elke vraag het antwoord aankruisen dat het beste aansluit bij hoe u zich heeft gevoeld.

Hoe vaak gedurende afgelopen 4 weken:

	Voortdurend	Meestal	Vaak	Soms	Zelden	Nooit
J1: Voelde u zich levenslustig?	1	1	1	1	1	1
J2: Voelde u zich erg zenuwachtig?	1	1	1	1	1	1
J3: Zat u zo erg in de put dat niets u kon opvrolijken?	1	1	1	1	1	1
J4: Voelde u zich kalm en rustig?	1	1	1	1	1	1
J5: Voelde u zich erg energiek?	1	1	1	1	1	1
J6: Voelde u zich neerslachtig en somber?	1	1	1	1	1	1
J7: Voelde u zich uitgeblust?	1	1	1	1	1	1
J8: Voelde u zich gelukkig?	1	1	1	1	1	1
J9: Voelde u zich moe?	1	1	1	1	1	1

K1: Hoe vaak hebben uw lichamelijke gezondheid of emotionele problemen gedurende de afgelopen 4 weken uw sociale activiteiten (zoals bezoek aan vrienden of naast familieleden) belemmerd?

- 1 Voortdurend
- 1 Meestal
- 1 Soms
- 1 Zelden
- 1 Nooit

Wilt u het antwoord kiezen dat het beste weergeeft hoe juist of onjuist u elk van de volgende uitspraken voor uzelf vindt?

	Volkomen juist	Grotendeels juist	Weet ik niet	Grotendeels onjuist	Volkomen onjuist
L1: Ik lijk gemakkelijker ziek te worden dan andere mensen.	1	1	1	1	1
L2: Ik ben net zo gezond als andere mensen die ik ken.	1	1	1	1	1
L3: Ik verwacht dat mijn gezondheid achteruit zal gaan.	1	1	1	1	1
L4: Mijn gezondheid is uitstekend.	1	1	1	1	1

Deel 4

De volgende vragen gaan over de adviezen die u tijdens het laatste bezoek aan de diëtist heeft gekregen?

M1: Vindt u het moeilijk of makkelijk om de adviezen van uw diëtist op te volgen?

- 1 Heel makkelijk
- 1 Makkelijk
- 1 Noch makkelijk, noch moeilijk
- 1 Moeilijk
- 1 Heel moeilijk

M2: Voelt u zich in staat om de adviezen van uw diëtist op te volgen?

- 1 Zeer zeker wel
- 1 Zeker wel
- 1 Noch wel, noch niet
- 1 Zeker niet
- 1 Zeer zeker niet

M3: In hoeverre bepaalt u zelf of u de adviezen van uw diëtist wel of niet op volgt?

- 1 Helemaal wel
- 1 Wel
- 1 Noch wel/ noch niet
- 1 Niet
- 1 Helemaal niet

M4: Bent u van plan om de adviezen van de diëtist op te volgen?

- 1 Zeer zeker wel
- 1 Zeker wel
- 1 Noch wel, noch niet
- 1 Zeker niet
- 1 Zeer zeker niet

M5: In hoeverre wilt u de adviezen van de diëtist opvolgen?

- 1 Helemaal wel
- 1 Wel
- 1 Noch wel/ noch niet
- 1 Niet
- 1 Helemaal niet

M6: In hoeverre volgt u de adviezen van uw diëtist op?

- 1 Helemaal wel
- 1 Wel
- 1 Noch wel/ noch niet
- 1 Niet
- 1 Helemaal niet

M7: In hoeverre vindt u de adviezen van de diëtist nuttig?

- 1 Ja, erg nuttig
- 1 Ja, nuttig
- 1 Ja een beetje nuttig
- 1 Nee, weinig nuttig
- 1 Helemaal niet nuttig

M8: In hoeverre vindt u de adviezen van de diëtist praktisch?

- 1 Ja, erg praktisch
- 1 Ja, nuttig
- 1 Ja, een beetje praktisch
- 1 Nee, weinig praktisch
- 1 Helemaal niet praktisch

Tot slot enkele algemene vragen

U kunt bij de meerderheid van de vragen steeds kiezen uit verschillende antwoordmogelijkheden. U beantwoordt de vraag door het desbetreffende hokje bij uw antwoord aan te kruisen.

De vragen die geen mogelijkheid bieden tot het aankruisen van een hokje, kunnen op de stippellijn worden ingevuld.

N1: Wat is uw geslacht?

- ☐ Man
- ☐ Vrouw

O2: Wat is uw geboortedatum?

.....

P3: Hoeveel jaar heeft u diabetes?

..... jaar maanden

Q1: Waar is uw vader geboren?

- ☐ Nederland
- ☐ Suriname
- ☐ Nederlandse Antillen/ Aruba
- ☐ Marokko
- ☐ Turkije
- ☐ Indonesië / Nederlands Indië
- ☐ Overige Europese landen
- ☐ Andere landen nl,.....

Q2: Waar is uw moeder geboren?

- ☐ Nederland
- ☐ Suriname
- ☐ Nederlandse Antillen/ Aruba
- ☐ Marokko
- ☐ Turkije
- ☐ Indonesië / Nederlands Indië
- ☐ Overige Europese landen
- ☐ Andere landen nl,.....

R1: Wat is uw burgerlijke staat?

- ☐ Gehuwd
- ☐ Duurzaam samenwonend
- ☐ Ongehuwd en nooit gehuwd geweest
- ☐ Gescheiden of gescheiden levend
- ☐ Weduwe/ weduwnaar

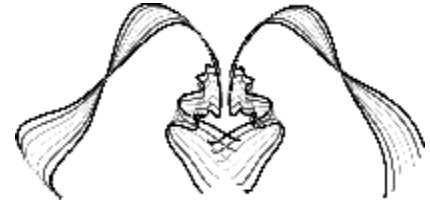
S1: Wat is de hoogste opleiding die u met een diploma heeft afgesloten?

- ☐ Lager onderwijs (basisschool)
- ☐ Lager of voorbereidend beroepsonderwijs (LTS, LHNO, huishoudschool)
- ☐ Middelbaar algemeen onderwijs (MULO/ MAVO, 3 jaar HBS etc.)
- ☐ Middelbaar beroeps onderwijs (MTS, UTS, MEAO, MBO etc.)
- ☐ Voortgezet algemeen onderwijs (HBS, NMS, HAVO, VWO etc.)
- ☐ Hoger beroepsonderwijs (HBO)
- ☐ Wetenschappelijk onderwijs (doctoraal/ ingenieursexamen etc.)
- ☐ Anders, nl

Meerdere hokjes invullen

Bedankt voor het invullen van de vragenlijst!

Bijlage IV
Procesevaluatie



Beste interventiediëtist,
Nummer:

Het onderzoek 'naar vraaggestuurde dieetzorg' loopt in september op zijn einde!

Graag willen we naast de bevindingen van de cliënten t.a.v. Motivational Interviewing, ook van jou weten hoe je het afgelopen jaar hebt ervaren om deel te nemen aan het onderzoek 'naar vraaggestuurde dieetzorg'.

Vanaf de eerste training in maart/ april, de terugkomdag, de feedbackperiode tot het werken met Motivational Interviewing in de praktijk was het een behoorlijk pittige klus en onze interesses gaan nu dan ook uit naar je ervaringen en ideeën t.a.v. 'Motivational Interviewing'. Daarom willen wij je een aantal vragen stellen.

De vragen bestaan steeds uit een A en B vraag:

A: Op een schaal van 7 punten kun je aankruisen hoe je over de desbetreffende vraag denkt.

B: Geeft de mogelijkheid om je antwoord op vraag A toe te lichten.

Veel succes!

De ingevulde vragenlijst kun je voor 04-06-2004 terug sturen naar het onderstaande adres (een postzegel is niet nodig):

Stichting Voedingscentrum Nederland
T.a.v. Femke Spikmans
Antwoordnummer 352
2508 VD Den Haag

Toelichting bij A

Geef in elke balk je reactie op de vraag weer, door een kruisje te plaatsen !

Training Motivational Interviewing:

1a. Hoe heeft u de tweedaagse training van Motivational Interviewing ervaren?

Heel positief

Heel negatief

--	--	--	--	--	--	--

1b.Toelichting:

.....

.....

2a. Hoe heeft u de terugkomdag van Motivational Interviewing ervaren?

1 x nvt ziekte

Heel positief

Heel negatief

--	--	--	--	--	--	--

2b.Toelichting:

.....

.....

Feedback periode Motivational Interviewing:

3a. Hoe heeft u de feedbackperiode (juni 2003 / april 2004) van Motivational Interviewing ervaren?

Heel positief

Heel negatief

--	--	--	--	--	--

3b.Toelichting:

.....

.....

4a. Heeft u naast de trainingsduur, terugkomdag, feedbackperiode zelf tijd geïnvesteerd om u het Motivational Interviewing eigen te maken?

Heel veel

Heel weinig

--	--	--	--	--	--	--

4b. Kunt u een tijdsindicatie van de tijdsinvestering geven?

.....
.....

Werken met Motivational Interviewing in de praktijk:

5a Hoe vond u het om Motivational Interviewing aan te leren?

Heel makkelijk

Heel moeilijk

--	--	--	--	--	--	--

5b.Toelichting:

.....
.....

6a. Hoe heeft u het werken met Motivational Interviewing ervaren?

Heel positief

Heel negatief

--	--	--	--	--	--	--

6b.Toelichting:

.....
.....

7a. Bent u in staat om Motivational Interviewing toe te passen?

Heel goed

Heel slecht

--	--	--	--	--	--	--

7b.Toelichting:

.....
.....

8. Heb je steun van je collega Motivational Interviewers ervaren?

Heel veel

Heel weinig

--	--	--	--	--	--	--

9a. Hoe heeft u de steun van uw collega Motivational Interviewers ervaren?

Heel positief

Heel negatief

--	--	--	--	--	--	--

9b. Toelichting:

.....

.....

10a. Hoe heeft u de steun van het Voedingscentrum tijdens het toepassen van Motivational Interviewing ervaren?

Heel positief

Heel negatief

--	--	--	--	--	--	--

10b. Toelichting:

.....

.....

11a. Hoe heeft u de steun van uw thuiszorgorganisatie tijdens het toepassen van Motivational Interviewing ervaren?

Heel positief

Heel negatief

--	--	--	--	--	--	--

11b. Toelichting:

.....

.....

12a. Hoe zeker bent u er over om met Motivational Interviewing te blijven werken? (intentie/ motivatie)

Zeer zeker

zeer onzeker

			I			
--	--	--	---	--	--	--

12b. Toelichting:

.....

.....

13a. Geeft het toepassen van Motivational Interviewing u vertrouwen dat u als diëtist goed werk verricht?

Heel veel

Heel weinig

--	--	--	--	--	--	--

13b. Toelichting:

.....

.....

14. Geef in uw eigen bewoording de voor- en nadelen van het starten met Motivational Interviewing en het op langere termijn toepassen van MI aan?

.....

.....

The Motivational Interviewing Treatment Integrity (MITI) code

Theresa B. Moyers, Tim Martin, Jennifer K. Manuel & William R. Miller

University of New Mexico

Center on Alcoholism, Substance Abuse and Addictions (CASAA)

Learn, compare, collect the facts!

Pavlov 1849-1936

Hoe goed of slecht is een hulpverlener in het toepassen van Motivational Interviewing? De MITI is een gedragscodesysteem dat een antwoord op deze vraag geeft. De MITI geeft ook feedback die gebruikt kan worden om de vaardigheden in Motivational Interviewing te verbeteren. De MITI is bedoeld voor:

- 1) een eerlijke meting voor onderzoek naar Motivational Interviewing
- 2) om structuur en algemene feedback te geven om de praktijk in niet-onderzoekssituaties te verbeteren.

De MITI en zijn overeenkomstige instrument de Motivational Interviewing Skill Code (MISC) zijn geen vergelijkbare instrumenten. Het zijn verschillende instrumenten om verschillende doelen te bereiken. De MISC is typisch een instrument voor het verzamelen van gedetailleerde processen / het onderzoeken van kritische elementen en oorzakelijke mechanismen binnen Motivational Interviewing. Dit kan niet met de MITI. De MITI is namelijk beter te gebruiken indien een simpelere vraag wordt gesteld (hoeveel lijkt deze behandeling op Motivational Interviewing?) of wanneer er meer om doelgerichte feedback wordt gevraagd (hoe kan de hulpverlener zich verbeteren in het toepassen van Motivational Interviewing?) voor een training. Specifieke verschillen tussen de MITI en de MISC zijn:

- 1) De MISC onderzoekt uitgebreid het gedrag van de interviewer en de cliënt, als ook de interactie tussen deze twee, terwijl de MITI alleen het gedrag van de interviewer meet.
- 2) De MISC heeft minimaal drie verschillende analytische perspectieven op het gesprek nodig, terwijl de MITI slechts een enkel perspectief gebruikt.
- 3) De MISC neemt dimensies van de bereidheid van de cliënt tot veranderen en diens voornemen daartoe mee, terwijl de MITI dat niet doet. Zulke gedragingen van de cliënt kunnen belangrijk zijn in het voorspellen van uitkomsten.

- 4) De MISC is een terugkerend exclusief en uitputtend coderingssysteem, en de MITI niet. Veel specifieke gedragingen die met behulp van de MISC worden gecodeerd zijn in de MITI samengevoegd in een enkele categorie, of worden helemaal niet gecodeerd.

A. Onderdelen van de MITI

De MITI heeft twee onderdelen: de globale score en de gedragsmeting

Een globale score vergt van de codeerder dat hij/ zij op een zevenpuntsschaal een aantal punten toewijst om de gehele interactie te karakteriseren. Deze scores zijn bedoeld om de meting van een algemeen oordeel te voorzien. Soms ook wel de “gestalt” (het totale, alles omvattende) genoemd. Twee globale dimensies worden gemeten: empathie en spirit. Dit betekent dat iedere MITI beoordeling twee globale scores bevat.

Een gedragsmeting vereist van de codeerder de voorbeelden van specifiek interviewgedrag te controleren. Dit geldt vanaf het begin tot het einde. De codeerder hoeft niet de kwaliteit of de toepasselijkheid van de interventies met algemene scores te beoordelen, maar moet ze (de interventies) alleen tellen en waarderen.

Zowel de globale scores als de gedragsmetingen zijn vastgesteld binnen een enkele herziening van de tape, waarbij een segment van kenmerkende 20 minuten wordt gebruikt. Om er voor te zorgen dat het voorbeeld van het segment van de tape zeker at random is, is zorgvuldigheid vereist, zeker binnen klinische settings, zodat het juiste oordeel over de volledige MI interventie getrokken kan worden.

De tape kan worden stopgezet wanneer dat nodig is. Het met regelmaat stop zetten en herstarten van de tape tijdens het coderen kan echter de bekwaamheid van de codeerder verstoren om een totale impressie te vormen die van belang is voor de globale codering. Codeerders kunnen daarom besluiten om twee uitspraken van de tape te gebruiken totdat zij bekwaam zijn in het gebruik van het coderingssysteem. In dat geval, zou uitspraak 1 gebruikt moeten worden voor de globale scores en uitspraak 2 voor de gedragsmeting.

B. Benoemen van een gedragsdoel

Een belangrijk component om Motivational Interviewing goed te gebruiken is dat de interviewer zijn aandacht richt op de verandering van een specifiek gedrag of probleem. Vaardige interviewers proberen uitspraken van verandering (op het gebied van een specifiek omschreven verandering) van de cliënt uit te lokken en te versterken wanneer zij dat kunnen. Codeerders moeten voorafgaand aan de coderingstaak weten wat het gedragsdoel van de interventie is, er van uitgaande dat er een doel is. Dit verplicht codeerders om nauwkeuriger te beoordelen of de therapeut gericht interventies opzet voor het gedragsdoel, aan het ploeteren is of helemaal de weg kwijt is. De MITI is niet ontwikkeld voor interventies waarbij het gedragsdoel niet geïdentificeerd is of kan worden.

C. Globale scores

Empathie en Spirit

"What is the short meaning of a long speech?"

Schiller (1759-1805)

Globale scores zijn bedoeld om de algemene indruk van de waardering / beoordeling samen te vatten. Dit kan bereikt worden door gelijktijdige evaluatie van verschillende elementen, maar de alles-in-één beoordeling is het belangrijkste. De globale scores moeten de holistische evaluatie van de interviewer reflecteren.

Globale scores zijn gegeven op een 7 punt Likert schaal, waarbij de codeerder een beginscore van 4 aanneemt en van daar uit naar boven of beneden gaat.

1. Empathie

De empathie-schaal is bedoeld om de mate waarin de therapeut begrijpt en/ of een poging doet om de cliënt zijn perspectief te begrijpen samenvat.

Waar lijkt het op? Voorbeelden van hoge en lage empathie (-hulpverleners)

Ideale adherence (=trouw)

Empathie is duidelijk indien de hulpverlener actief interesse toont in het willen begrijpen wat de cliënt zegt. Het kan ook voorkomen dat de hulpverlener een complex verhaal of statement van de cliënt volgt/ waarneemt of voorzichtig onderzoekt om duidelijkheid te krijgen. Reflectief luisteren is een belangrijk onderdeel van dit bovenstaande karakter: deze globale waardering is bedoeld om alle pogingen die de hulpverlener doet om het perspectief van de cliënt beter te begrijpen en dit begrip over te dragen aan de cliënt samen te vatten.

Lage adherence (=trouw)

Een gebrek aan empathie is wanneer de hulpverlener weinig interesse toont in het perspectief en de ervaringen van de cliënt. Er wordt weinig moeite gedaan om een beter begrip van complexe gebeurtenissen en emoties boven tafel te krijgen. Hulpverleners die weinig empathie hebben richten zich meer op feitelijke informatie en het volgen van een agenda, en doen dit niet met het doel om het perspectief van de cliënt te begrijpen.

Empathie onderscheiden van andere karakteristieken

Empathie mag niet verward worden met warmte, acceptatie, oprechtheid of verdediging van de cliënt. Deze karakteristieken zijn onafhankelijk van de waardering van empathie. Het is mogelijk voor een hulpverlener om:

Erg hard werken om het perspectief van de cliënt te begrijpen maar niet speciaal warm of vriendelijk zijn. (empathie vs warmte)

De cliënt volledig begrijpen zonder het eens te zijn met het perspectief van de cliënt (empathie vs acceptatie)

Volledig oprecht zijn, maar geen moeite doen om het perspectief van de cliënt te begrijpen. (oprechtheid vs empathie)

Investeren in het helpen van de cliënt of service bieden zonder specifiek moeite te doen om het perspectief van de cliënt te begrijpen. (ondersteuning van de cliënt vs empathie)

2. Spirit

De spirit is bedoeld om de gehele competentie van de hulpverlener in het toepassen van Motivational Interviewing samen te vatten. Het richt zich specifiek op de volgende drie karakteristieken: stimulering, samenwerking en autonomie. Deze dimensies overlappen of vermengen zich vaak met elkaar, vandaar het globale karakter van de spirit-schaal. De codeerder moet alle drie de karakters overwegen als hij een waardeoordeel geeft over deze schaal.

De globale waardering is bedoeld om de 'gehele' of 'allesomvattende' trouw (adherence) van de hulpverlener in de spirit samen te vatten, zonder te veel de componenten in de schaal afzonderlijk te analyseren.

Waar lijkt het op? Voorbeelden van hulpverleners met een lage en hoge spirit

Ideale trouw (adherence)

Samenwerking is duidelijk als de hulpverlener met de cliënt overlegt en niet autoritair overkomt. Hulpverleners die veel samenwerken tonen respect voor een verscheidenheid aan ideeën over hoe verandering zich voor kan doen en kunnen verschillen accepteren tussen hun ideale plan en wat cliënten willen. Zij voorkomen overtuiging en in plaats daarvan richten zij zich op de ondersteuning en explorering van de cliënt zijn ideeën en zorgen. Deze hulpverleners minimaliseren verschillen tussen hun cliënt en zichzelf. Zij zien hen als partner.

Uitlokken is duidelijk als de hulpverlener de nadruk legt op de cliënt zijn ideeën, dan de cliënt 'onderwijzen' of meningen geven zonder dat hier om gevraagd wordt. De hulpverlener die goed uit kan lokken is nieuwsgierig en geduldig. Hij geeft cliënten het voordeel van de twijfel over ('willen') veranderen en laten een gerichte intentie zien om de cliënt zijn eigen wensen en redenen voor verandering in kaart te brengen. De hulpverlener die goed uit kan lokken helpt de cliënt om tegen zichzelf de redenen te noemen die verandering van het gedragsdoel zouden of kunnen laten plaatsvinden.

Autonomie ondersteunende hulpverlener kan accepteren dat de cliënt er voor kiest om niet te veranderen. De hulpverlener die een hoge autonomie nastreeft investeert in specifieke gedragsveranderingen, manipuleert iemand niet tot een directe verbintenis, maar kijkt ook naar de lange termijn om in de toekomst te veranderen. Hij toont begrip dat de kritieke variabelen voor verandering vanuit de cliënt moet komen en niet wordt opgedrongen door anderen.

Lage trouw (adherence)

Minder samenwerking is duidelijk als de hulpverlener zijn cliënt confronteert met zijn eigen hulpverleners- gezichtspunt. Een autoritair en onbuigzaam standpunt komt veel voor en er wordt weinig moeite gedaan om de ideeën van de cliënt over hoe verandering eventueel bereikt kan worden erbij te betrekken. De weinig samenwerkende hulpverlener probeert de cliënt te overtuigen van het belang om te veranderen. Deze hulpverlener ziet zijn cliënt in bepaalde opzichten als gebrekkig en probeert te voorzien in wat de cliënt te kort komt, hierbij maakt hij vaak gebruik van zijn eigen opvattingen.

Weinig uitlokken is duidelijk als de hulpverlener de kritieke taak van het stimuleren van uitspraken van de cliënt over de noodzaak van veranderen negeert. De hulpverlener neemt een houding aan van achterdocht en cynisme over de wens van de cliënt om te veranderen. Hij richt zich op het geven van informatie, het onderwijzen of het geven van logische redenen voor verandering, zodat de cliënt zichzelf in een verandering praat.

De hulpverlener met een **lage autonomie** heeft moeite met het accepteren dat de cliënt mogelijk kiest voor het vermijden of vertragen van verandering. Of misschien besluit om door te gaan met veranderen op een ongebruikelijke manier. Hij (hulpverlener) benadrukt een gevoel van urgentie voor het belang om te veranderen.

Spirit onderscheiden van andere karakteristieken

De spirit van Motivational Interviewing mag niet verward worden met sympathie, expertise, educatie, vaardigheden opbouwen, ontdekken van onbewuste motivaties of spirituele sturing. Daarom kan een hulpverlener:

Verdriet voelen omdat de cliënt zoveel 'lasten' heeft,
maar niet in staat is om deze op te lossen (sympathie vs Motivational Interviewing)

In staat zijn om perfect advies aan de cliënt te geven over hoe problemen kunnen worden opgelost, maar falen om de cliënt te vragen waar hij of zij al over heeft nagedacht (expertise vs Motivational Interviewing)

De cliënt helpen zijn irrationele gedachte over de voordelen van het voortzetten van slecht aangepast gedrag te veranderen **i.p.v.** te exploreren naar de waarnemende beloningen (vaardigheden opbouwen vs Motivational Interviewing)

Onderzoeken van de ontwikkelende behoefte van de cliënt aan een gedrag **i.p.v.** te vragen hoe dit gedrag is ontstaan, in ieder geval niet met de cliënt zijn huidige waarden en doelen bespreken (ontdekken van onbewuste motivaties vs Motivational Interviewing)

De cliënt helpen om spirituele krachten te herkennen ter assistentie bij verandering **i.p.v.** gebruik te maken van reflectief luisteren en open vragen om vast te stellen welke kwaliteiten en successen de cliënt al heeft (spirituele sturing vs Motivational Interviewing)

D. Gedrag(s)telling en waardering

“It has long been an axiom of mine that the little things are infinitely the most important”

Sherlock Holmes (A. Conan Doyle, 1892)

Een zaak van identiteit

Gedragstellingen en waarderingen zijn bedoeld om specifieke gedragingen samen te vatten zonder rekening te houden met de algemene indruk van de interviewer zijn gebruik van MI. Terwijl de context van de uitwisseling enige invloed op de teller heeft, worden gedragstellingen over het algemeen vastgesteld als een resultaat van categorisering en beslisregels. (i.p.v. te trachten een algemene impressie te geven).

Ontleden van de interviewer zijn uitspraken om gedragscodes toe te wijzen

Een uitspraak wordt omschreven als een complete gedachte. Een uitspraak die eindigt als een gedachte is afgerond. Een nieuwe uitspraak begint wanneer een nieuwe gedachte wordt geïntroduceerd. Een uitspraak kan een andere uitspraak opvolgen in de stroom van de interviewer zijn relaas, als met een zin die succesvolle gedachten bevat.

De respons van een cliënt beëindigt altijd de uitspraak van de interviewer, en de volgende respons van de interviewer gevolgd op het verhaal van de cliënt is altijd een nieuwe uitspraak.

Niet alle uitspraken van interviewers ontvangen een gedragscode. Anders dan de MISC, heeft de MITI geen uitgebreide lijst van alle mogelijke codes: daarom blijven sommige uitspraken van therapeuten ongecodeerd. Hoewel ze niet uitgebreid zijn, codes van MITI zijn wederkerig exclusief, zodat dezelfde uitspraak niet meer dan één code krijgt.

Iedere uitspraak krijgt een van de zes primaire gedragscodes toegewezen. Binnen drie categorieën is verdere sub-classificering vereist. Zoals hiervoor genoemd, iedere uitspraak ontvangt slechts één code; dezelfde uitspraak ontvangt niet meer dan één code. Echter, opeenvolgende uitspraken, zelfs

als zij in dezelfde zin voorkomen, ontvangen ieder verschillende codes. Dus, in de stroom van een relatief lang verhaal, als een hulpverlener reflecteert, dan confronteert en dan een vraag stelt, kunnen ieder gekwalificeerd worden met een andere gedragscode, er van uitgaande dat het verschillende uitspraken zijn.

Een reeks is gedefinieerd als een niet onderbroken opeenvolging van uitspraken door de interviewer. Als een gedragscode is toegekend binnen de reeks, wordt het niet opnieuw toegekend. Een reeks kan slechts één van iedere gedragscode bevatten.

Overweeg de volgende verklaringen van de interviewer:

Nou, laat me je het volgende vragen; aangezien je gedwongen bent om hier te komen en je het gevoel krijgt dat iedereen als het ware op alle slakken zout legt en op je zit te vitten over je drankgebruik, wat wil je dan doen met de tijd dat je hier bent? Wat zou voor jou zinvol zijn?

Deze verklaring kan op de volgende manier worden ontleed:

Uitspraak 1: Nou, laat me je het volgende vragen; aangezien je gedwongen bent om hier te komen en je het gevoel krijgt dat iedereen als het ware op alle slakken zout legt en op je zit te vitten over je drankgebruik

Uitspraak 2: wat wil je dan doen met de tijd dat je hier bent? Wat zou voor jou zinvol zijn?

Wat betreft de verklaring van de interviewer?

Wat je zegt is zeker waar, dat is aan jou. Niemand maakt die keuze voor jou. Niemand kan die keuze voor je maken. Zelfs als je vrouw voor jou zou willen beslissen, of je werknemer, of ik; niemand kan dat. Het is volledig je eigen beslissing, hoe je je leven leidt. Wat je met drugs doet, waar je heen wilt; dat is aan jou. En wat ik hoor is dat je worstelt met, "wat wil ik? Is het tijd voor mij om dingen te veranderen? Is deze drugstest om me wakker te schudden?"

We hebben hem op de volgende manier ontleed:

Uitspraak 1: Wat je zegt is zeker waar, dat is aan jou. Niemand maakt die keuze voor jou. Niemand kan die keuze voor je maken. Zelfs als je vrouw voor jou zou willen beslissen, of je werknemer, of ik; niemand kan dat. Het is volledig je eigen beslissing, hoe je je leven leidt. Wat je met drugs doet, waar je heen wilt; dat is aan jou.

Uitspraak 2: En wat ik hoor is dat je worstelt met, "wat wil ik? Is het tijd voor mij om dingen te veranderen? Is deze drugstest om me wakker te schudden?"

Gedragcodes

1. Informatie geven

Deze categorie wordt gebruikt als de hulpverlener informatie geeft, onderwijst, feedback geeft of persoonlijke informatie onthult. Als een interviewer een mening geeft, zonder te adviseren, wordt deze categorie gebruikt. Er worden geen subcodes toegekend voor het geven van informatie. Specifieke voorbeelden van het geven van informatie zijn:

1a. Feedback geven op testresultaten

Je schat tijdens de beoordeling dat je gemiddeld 18 drankjes per week drinkt. Dit plaatst je in de 96-ste percentiel van Amerikaanse mannen van je leeftijd. (informatie geven)

* Opmerking: dit is geen reflectie. Bespreken van informatie gebaseerd op testuitslagen wordt niet zomaar gecodeerd als een reflectie, alhoewel de reflectiecode gegeven kan worden als de interviewer "het materiaal" dat de cliënt heeft gegeven benadrukt of van een extra betekenis voorziet.

1b. Persoonlijke feedback over de cliënt die niet direct beschikbaar is

Je huisarts vertelde me dat je aan het worstelen bent met je bloedsuiker (informatie geven)

Ik heb met je vrouw gesproken en ze vertelde me dat ze zich echt zorgen maakt over je drankgebruik (informatie geven)

1c. Ideeën of concepten uitleggen die relevant zijn voor de interventie

Deze huiswerkopdracht waarbij je op moet schrijven waar je naar verlangt, is belangrijk omdat we weten dat verlangen vaak tot terugval leidt. Een verlangen is een soort alarmbel, die vertelt dat je iets anders moet doen. (informatie geven)

1d. “Les geven” over een bepaald onderwerp

Individuele die vijf stuks fruit en groenten per dag eten, verminderen het risico op kanker vijfvoudig. Voor bepaalde vormen van kanker, zoals colonkanker, is de vermindering zelfs nog meer (informatie geven)

Als ik merk dat je bent teruggevallen, moet ik dit aan de reclasseringsambtenaar doorgeven. (informatie geven) (De codeerder kan als alternatief overwegen om ‘MI inconsequent’ te coderen)

Codeerders moeten geen onderscheid maken tussen vormen van informatie geven. Als de codeerder heeft besloten dat het gedrag of het een of het andere item in de categorie is, kent ze een ‘informatie geven’ code zonder verdere discussie toe.

Onderscheid maken tussen informatie geven en MI-ontrouwe interventies

Informatie geven moet niet verward worden met advies geven, waarschuwen, confronteren of sturen.

Je schat dat je tijdens de beoordeling gemiddeld 18 drankjes per week drinkt. Dit overschrijdt de kwalificatie “sociaal drinken” in vergaande mate. (MI inconsequent)

Houd je verlangens bij, door gebruik te maken van dit logboek, en neem het volgende week mee om het samen met me te bekijken. (regisseren)

Zo, je eet maar twee stuks fruit per dag volgens deze kaart, hoewel je vertelde dat je er vijf at. Het is makkelijk om jezelf te bedriegen. (confronteren)

Het werkte voor mij, en het kan voor jou ook werken als je het een kans geeft. We moeten de juiste AA bijeenkomst voor je vinden. Je hebt gewoon nog geen goede gevonden. (advies)

2. Vragen

2a. Gesloten vragen

Deze gedragscode wordt gebruikt als de interviewer de cliënt een vraag stelt die kan worden beantwoord met 'ja' of 'nee'.

Heb je deze week heroïne gebruikt?

Heb je deze week vijf stuks fruit en groenten gegeten?

Heb je problemen gehad met je geheugen?

Het wordt ook gecodeerd als de vraag een erg strikt bereik specificeert of die bedoeld is om een specifiek antwoord te krijgen.

Hoe lang gebruik je heroïne?

Hoeveel stuks fruit en groenten heb je deze week ieder dag gegeten?

Wie is de president van de Verenigde Staten?

2b. Open vragen

Een open vraag wordt gecodeerd als de interviewer een vraag stelt die een brede **range** van mogelijke antwoorden toestaat. De vraag is op zoek naar informatie, kan het perspectief van de cliënt uitnodigen of moedigt aan tot zelf-explorering. De open vraag geeft de mogelijkheid tot verassing voor de vrager.

"Vertel me meer" uitspraken worden gecodeerd als open vragen tenzij de toon en context een duidelijke sturende of confronterende code betekent.

Hoe is het met je hunkering naar heroïne gegaan sinds we elkaar de laatste keer hebben ontmoet?

Vertel eens hoe het afgelopen week gegaan is met het eten van groente en fruit?

Wat is jouw invloed daar op geweest?

Over het algemeen, worden achtereenvolgende vragen (voordat de cliënt een antwoord geeft) gecodeerd als 1 vraag. Soms stelt een therapeut achtereenvolgende vragen door een open vraag te stellen en vervolgens een serie voorbeelden geeft, gevolgd op een vraag, voordat de cliënt antwoordt geeft. Deze worden gecodeerd als 1 open vraag (niet, in deze situatie, als 1 open vraag en twee gesloten vragen)

Op welke manier heeft drinken voor jou problemen veroorzaakt? Heeft het probleem in je relatie veroorzaakt, of op je geheugen? Of problemen met de wet of gezondheidsproblemen? Voelde je je slecht over jezelf? Dat soort dingen.

2c. Vragen die reflecties proberen te zijn

Soms doet de interviewer een uitspraak die lijkt op een reflectie, maar met een verbuiging aan het einde (daardoor klinkt het als een vraag). Deze uitspraken worden gecodeerd als vragen (open of gesloten), **niet** als een reflectie.

3. Reflectie

Deze categorie is bedoeld om reflecties van de therapeut als reactie op een verklaring van de cliënt samen te vatten. Een reflectie kan nieuwe betekenissen en materiaal introduceren, maar pakt en slaat uiteindelijk terug op wat de cliënt heeft gezegd. Reflecties moeten verder worden onderscheiden in eenvoudige en complexe categorieën.

3a. Eenvoudige reflectie

Eenvoudige reflecties geven begrip of vergemakkelijken de uitwisseling tussen de cliënt en de therapeut. Deze reflecties voegen weinig tot geen betekenis (of overwicht) toe aan wat de cliënt zegt. Eenvoudige reflecties kunnen zeer belangrijke of intense emoties van de cliënt onderscheiden, maar zoeken niet ver achter de echte bedoeling in de verklaring van de cliënt. Samenvattingen van therapeuten over diverse verklaringen van cliënten kunnen gecodeerd worden als een eenvoudige reflectie als de therapeut geen gebruik maakt van de samenvatting om een aanvullend punt of richting aan te geven.

3b. Complexe reflectie

Complexe reflecties geven een essentiële betekenis of leggen nadruk op wat de cliënt heeft gezegd. Deze reflecties hebben als doel het vinden van een dieper en meer complex beeld van wat de cliënt heeft gezegd. Soms kan de therapeut er voor kiezen om de nadruk te leggen op een specifiek onderdeel van wat de cliënt heeft gezegd om een punt te maken of om het gesprek in een andere richting te sturen. Therapeuten voegen subtiel of overduidelijk iets toe aan de inhoud van de woorden van de cliënt, of voegen verklaringen van de cliënt samen om samenvattingen te creëren die van nature complex zijn.

Snelheidsovertredingen

Cliënt: Dit is haar derde bekeuring voor te hard rijden deze maand. Onze verzekering gaat uit zijn dak. Ik zou haar wel iets kunnen doen. Ziet ze niet dat we dat geld hard nodig hebben voor andere dingen?

Interviewer: Je bent hier erg kwaad over. (reflectie, eenvoudig)

Interviewer: Dit is de laatste druppel voor jou. (reflectie, complex)

Onder controle hebben van de bloedsuikers

Interviewer: Wat is je allemaal al verteld over het onder controle hebben van je bloedsuiker? (open vraag)

Cliënt: Hou je me voor de gek? Ik heb de lessen, de video's, Ik heb alle vormen van advies gehad om hier beter in te worden, maar ik doe het gewoon niet. Ik weet niet waarom. Misschien heb ik een doodswens..., begrijp je?

Interviewer: Je bent er erg ontmoedigd over. (reflectie, eenvoudig)

Interviewer: Je hebt er ook nog niet echt je best voor gedaan. (reflectie, complex)

Moeders onafhankelijkheid

Cliënt: Mijn moeder maakt me helemaal gek. Ze zegt dat ze haar onafhankelijkheid terug wil, maar belt me 4 maal per dag met onbeduidende vragen. Vervolgens wordt ze boos als ik haar advies geef.

Interviewer: Sommige dingen t.a.v. je moeder zijn erg stressvol. (eenvoudige reflectie)

Interviewer: Je hebt er moeite mee om uit te zoeken wat je moeder echt wil (complexe reflectie)

Interviewer: Heb je er moeite mee om uit te zoeken wat je moeder echt wil? (gesloten vraag)

Interviewer: Wat denk je dat je moeder echt wil? (open vraag)

3c Beslissingsregel: wanneer een codeerder geen onderscheid kan maken tussen een eenvoudige en complexe reflectie, moet de eenvoudige benoeming gebruikt worden.

3d. Reflectie en vraag achtereenvolgend

Soms begint de interviewer met een reflectie, maar voegt een vraag toe om de betrouwbaarheid van de reflectie te checken (open of gesloten). Beide elementen moeten gecodeerd worden.

Dus je wilt nooit meer opnieuw heroïne gebruiken. Klopt dat? (reflectie, gesloten vraag)

Je baas zegt dat je niet meer kunt overwerken. Wat vind je daarvan? (reflectie, open vraag)

3e. Reflecties die in vragen veranderen

Regelmatig geeft de interviewer verklaringen die overeenkomen met de criteria van een reflectie, maar worden gegeven met een verbuiging aan het einde (daardoor klinkt het als een vraag). Deze verklaringen worden gecodeerd als vragen (open of gesloten) **niet** als een reflectie.

4. MI trouw

Deze categorie is bedoeld om specifiek interviewersgedrag dat overeenkomt met een Motivational Interviewing aanpak samen te vatten. Codeerders zijn geneigd om voornamelijk goede voorbeelden binnen een van deze categorieën van Motivational Interviewing te coderen, ook al passen ze niet echt. De codeerder zou juist deze voorbeelden moeten plaatsen binnen de algemene meting voor de MI spirit of empathie; reserveer de MI consequente gedragsmeting alleen voor de daartoe aangewezen gedragingen. De MI trouwe categorie bestaat uit:

4a. Toestemming vragen voor dat je advies of informatie geeft of vraagt wat de cliënt al weet of al is verteld over een onderwerp. Met toestemming wordt bedoeld dat de cliënt direct om informatie of advies vraagt en de therapeut antwoordt. Indirecte vormen van toestemming kunnen ook voorkomen, als bijvoorbeeld de therapeut de cliënt uitnodigt om het adviesaanbod af te slaan, indien gewenst.

Ik heb enige informatie over hoe je het risico van colonkanker kunt verlagen en ik vraag me af of ik dit met je zal bespreken. (MI trouw)

Wat is je al verteld over drankgebruik tijdens een zwangerschap? (MI trouw)

Dit is misschien niet iets voor jou, maar sommige van mijn cliënten vinden het prettig om het alarm aan hun polshorloge aan te zetten, om zichzelf te herinneren aan het meten van hun bloedsuikers 2 uur na de lunch. (MI trouw)

Opmerking: wanneer er toestemming is gevraagd voorafgaand aan de advisering, wordt er niet voor het daar op volgende advies de “MI-ontrouw code” gebruikt. De gehele reeks wordt gecodeerd als MI trouw.

4b. De cliënt bevestigen/ ondersteunen door enige positieve en complimenteuzen dingen te zeggen. Bevestigen/ ondersteunen neemt ook de vorm aan van het becommentariëren van de cliënt op mogelijkheden of pogingen op diverse gebieden (niet alleen gerelateerd aan het gedragsdoel).

Jij bent de persoon, als die zich ergens op richt, het meestal voor elkaar krijgt. (MI trouw)

Het is belangrijk voor jou om een goede ouder te zijn, net als je ouders voor jou waren. (MI trouw)

4c De controle van de cliënt benadrukken, vrijheid of keuze, autonomie, mogelijkheid om te beslissen

Ja, je hebt gelijk. Niemand kan je dwingen om te stoppen met drinken. (MI trouw)

Jij kent jezelf op dit gebied het beste. Wat moet er volgens jou in dit behandelingsplan? (MI trouw)

De hoeveelheid groente en fruit die je wilt eten is volledig aan jou (MI trouw)

Je hebt daar een punt. (MI trouw)

4d. Steun de cliënt met verklaringen van medeleven of sympathie

Aangezien het regent en er parkeerproblemen zijn, is het niet makkelijk geweest om hier te komen. (MI trouw)

Ik weet dat het erg moeilijk is om te stoppen met drinken (MI trouw)

Nou, er gebeurt op dit moment erg veel met jou. (MI trouw)

Er worden geen specifieke subcodes toegekend aan het MI trouwe gedrag. De codeerder identificeert ze meer als het thuis horen in deze categorie en kent de “MI-trouwe code” toe.

4e. Beslissingsregel:

Wanneer een uitspraak de criteria heeft voor zowel de code ‘MI-trouw’ als een andere code, krijgt de code ‘MI-trouw’ voorrang. Er moet wel opgemerkt worden dat de code ‘MI-trouw’ alleen overwogen moet worden indien de uitspraak *duidelijk* binnen deze categorie valt. Bij twijfel moet de alternatieve code (bijvoorbeeld: open vraag of reflectie) gegeven worden.

5. MI ontrouw

Deze categorie is bedoeld om het gedrag van de interviewer dat inconsistent is met een Motivational Interviewing aanpak samen te vatten. Er worden geen onderscheidende subcodes aan MI-ontrouwe gedragingen toegekend. De codeerder identificeert ze slechts als thuishorend tot deze categorie en kent de “MI-ontrouw code” toe.

5a. Adviseren zonder toestemming door het geven van suggesties, oplossingen aan te dragen of mogelijke acties zonder toestemming van de cliënt te krijgen. Taal bevat meestal, maar niet altijd, woorden zoals, zou, waarom ga je niet, overweeg, probeer, stel voor, advies. Wat dacht je van..., je zou kunnen, etc. Opmerking, als de interviewer eerst toestemming krijgt, direct of indirect, voor het geven van advies, is de code anders.

Waarom probeer je geen lift van een vriend te krijgen? (MI-ontrouw)

In het begin kun je het beste 5 maal per dag je bloedsuikers meten (MI-ontrouw)

5b. De cliënt confronteren door direct en ondubbelzinnig afkeuren, discussiëren, corrigeren, beschamen, de schuld geven, bekritisieren, labelen, moraliseren, voor de gek houden of de cliënt zijn eerlijkheid in twijfel trekken. Dit soort interacties hebben dan de kwaliteit van een oneerlijke krachtverdeling, gepaard gaande met afkeuring of negativiteit. Dit zijn voorbeelden waarbij de interviewer gebruik maakt van een vraag of zelfs een reflectie, maar de toon duidelijk een confrontatie weergeeft.

Herformuleren van negatieve informatie die al bekend of onthuld is door de cliënt, kan een confrontatie of reflectie zijn. De meeste confrontaties kunnen correct gecategoriseerd worden door zorgvuldige aandacht voor de toon en de context.

Je nam antibiotica, maar je dronk toch? (MI-ontrouw)

Je denkt dat je mensen van wie je houdt op iedere manier kunt behandelen? (MI-ontrouw)

Ja, je bent een alcoholist. Je denkt misschien van niet, maar je bent het wel (MI-ontrouw)

Wacht eens even. Hier staat dat je HbA1c 12 is, maar het kan niet zo zijn dat je je koolhydraten hebt geteld zoals je hebt gezegd, anders kan dit nooit zo hoog zijn. (MI-ontrouw)

5c. De cliënt sturen/leiden door orders, bevelen of verplichtingen te geven. De taal is verplichtend.

“Doe dat niet!” (MI-ontrouw)

“Breng dit huiswerk volgende week mee.”

“Je moet in 90 dagen naar 90 bijeenkomsten gaan.”

Opnieuw, codeerders zijn niet verplicht om MI-ontrouw gedrag te sub-categoriseren. Als de codeerder eenmaal heeft besloten dat het gedrag een confrontatie of een sturing is (of in de buurt van een van deze twee codes komt in deze categorie), kent hij de “MI-ontrouw code” toe en gaat verder.

5d. Beslissingsregel:

Wanneer een uitspraak de criteria heeft voor zowel de code ‘MI-ontrouw’ als een andere code, krijgt de code ‘MI-ontrouw’ voorrang. De code ‘MI-ontrouw’ moet alleen overwogen worden indien de uitspraak *duidelijk* binnen deze categorie valt. Bij twijfel moet de alternatieve code (bijvoorbeeld: open vraag of reflectie) gegeven worden.

Driftbuien

Cliënt: “Wat denk je dat ik moet doen aan de driftbuien die mijn kind heeft?” “U bent de dokter.”

Interviewer: “Zelf oplossen heeft niet geholpen, dus je bent eindelijk bereid om hulp te vragen.” (MI-ontrouw)

Cliënt: "Wat denk je dat ik aan de driftbuien moet doen die mijn kind heeft? U bent de dokter."

Interviewer: "Uw kind is normaal. Dit zijn geen driftbuien." (MI-ontrouw)

E. Kiezen van de lengte en het soort gecodeerde segment

De ontwikkeling van de MITI heeft plaatsgevonden door gebruik te maken van 20-minuten segmenten van therapietapes. Het is mogelijk om de MITI te gebruiken voor langere segmenten van de tape (bijvoorbeeld, de hele therapiesessie). We waarschuwen alleen dat onze poging om de lengte van het gecodeerde segment te verhogen geassocieerd is met 1) problemen met aanhoudende concentratie van de codeerder, 2) moeilijkheden om een algemeen oordeel te geven over een grotere hoeveelheid aan data en 3) logistieke problemen in het verzamelen van niet onderbroken werktijd in een drukke setting.

Vergelijkbaar, de meeste van onze aanvankelijke data zijn verzameld door gebruik te maken van cassettebandjes i.p.v. videobanden. De MITI kan gebruikt worden bij het coderen van videobanden, maar moet niet gewijzigd worden om visuele informatie te verzamelen.

F. Trainingsstrategie voor de MITI

"Give me a fruitful error any time, full of seeds, bursting with its own corrections"

Pareto 1848-1923

Het trainen van codeerders richting competentie, gemeten als bij een interrater betrouwbaarheid en matchend met een "gouden standaard", vergt meestal een stapsgewijs leerproces. We hebben geconstateerd dat codeerders het goed doen als zij beginnen met eenvoudige taken en vervolgens naar meer complexe taken gaan, zodra de competentie op de simpelere taken solide is. We bevelen aan dat codeerders starten met het leren van niveau 1 totdat een acceptabele betrouwbaarheidsstandaard is bereikt, voorafgaand aan een poging van taken voor niveau 2. Alleen wanneer acceptabele standaarden voor vergelijkbare taken 1 en 2 zijn bereikt zouden codeerders aan taken van niveau 3 kunnen beginnen. Het zelf coderen van MI teksten (transcripten) en video-demonstraties kunnen op elk moment gebruikt worden (mogelijk als een voorafje aan het starten met de taken van niveau 1).

Het gebruik van pre-score van de "gouden standaard" transcripten van de codeerder kan assisteren in het evalueren van zijn competentie en niveau's van verbetering. Het is gebleken dat codeerders vaak moeite hebben met een of ander niveau, dit wenst een meer intensieve focus. Probleemgebieden kunnen geïdentificeerd worden door gebruik te maken gestandaardiseerde transcripten als een examen voor ieder niveau. Meer dan een examen per niveau is vaak nodig. Het blijkt dat codeerders 40 uur training nodig hebben om de interrater betrouwbaarheid te bereiken voor het gebruik van de MITI. In vergelijking, gewone (waarschijnlijk wekelijks) groepsocoderingssessies zijn optimaal om te

verzekeren dat afwijkingen niet voorkomen. Klinische ervaring (bijvoorbeeld diëtist zijn) hebben niet voorspeld dat de training makkelijker is of uiteindelijke competentie in ons laboratorium.

Niveau 1 competenties: taalkundige uitspraken, geven van informatie en open/ gesloten vragen.

Niveau 2 competenties: reflecties toevoegen, MI-trouw en MI-ontrouw.

Niveau 3 competenties: globale tellingen toevoegen

Motivational Interviewing Treatment Integrity Code (MITI)
Codeerlijst

Tape#

Codeerder:

tijd:

Globale Score

Empathie/ Begrip		1 laag	2	3	4	5	6	7 hoog
Spirit		1 laag	2	3	4	5	6	7 hoog

Gedragsmeting

Informatie geven			
MI Trouw	Toestemming vragen, bevestigen, nadruk leggen op controle, steunen*		
MI Ontrouw	Adviseren, confronteren, sturen.		
Vragen	Gesloten vraag		
(Subclassificering)	Open vraag		
Reflecteren	Eenvoudig		
(Subclassificering)	Complex		
	Totaal aantal reflecties:		

Eerste zin:
Laatste zin:

Lijst van MITI codes

Empathie	(globale meting van empathie)
Spirit	(globale meting van MI spirit)
IG	(informatie geven)
MiT	(MI-trouw)
MiO	(MI-ontrouw)
OV	(open vraag)
GV	(gesloten vraag)
ER	(Eenvoudige reflectie)
CR	(Complexe reflectie)

Het coderen van cliëntengedrag in MISC 2.0

Iedere keer als de cliënt een uitspraak doet, moet er minimaal 1 code worden gegeven. In principe luister je met name naar 5 vormen van uitspraken die representatief zijn voor de beweging 'in de richting of weg van' een bepaalde gedragsverandering. Deze codering is gebaseerd op het luisteren naar opnames van gesprekken op cassette of video, of het coderen van een transcript van een gesprek. Wij geloven dat de betrouwbaarheid van coderen hoger is op basis van transcripten, hoewel deze hypothese getest moet worden.

Het gedragsveranderingsdoel

Voordat je begint met het coderen van een sessie, is het essentieel dat je een duidelijk begrip hebt van het gedragsveranderingsdoel, wat meestal is gespecificeerd door de hoofdonderzoeker.

Voorbeelden van duidelijke gedragsveranderingsdoelen zijn:

- Stoppen met roken
- Stoppen of verminderen van het alcoholgebruik
- Verhogen van de inname van fruit en groente
- Het nemen van bloeddrukverlagende medicatie

Opmerking: een goed gespecificeerd gedragsveranderingsdoel bevat een gedragsdoel (roken, drinken, fruit/groente inname, slikken van medicatie) en een gespecificeerde richting van veranderen (stoppen, verminderen, adherence (trouw) aan het recept).

Soms bevat een gedragsveranderingsdoel een gespecificeerde groep van gedragingen. Bijvoorbeeld, het doel 'verminderen van het risico op een HIV infectie' kan meerdere gespecificeerde gedragingen bevatten:

- Vermijden (stoppen of verminderen) van onveilige seks.
- Vermijden van alcohol/ drugs voorafgaand aan seks.
- Vermijden van het samen delen van naalden.
- Gesteriliseerde naalden gebruiken voorafgaand aan hergebruik.

In dit geval zou de hoofdonderzoeker de lijst van gedragsveranderingen die de gedragsveranderingsdoelen omvatten moeten specificeren.

Het minst wenselijk is als het algemene gedragsveranderingsdoel te smal gedefinieerd is, zoals "gezond zijn". In dit geval, zouden uitspraken van de cliënt relevant aan het gedragsveranderingsdoel iedere gedragsverandering kunnen zijn, die de cliënt duidelijk identificeert als plan om 'in de richting of weg van' het algemene doel te bewegen.

De persoon die codeert moet geen betekenis geven aan gedragsveranderingen die door de cliënt besproken worden, tenzij het vanuit de context duidelijk is dat het doel van het gedrag is 'het bewegen in de richting of weg van' het gedragsveranderingsdoel.

Bijvoorbeeld, als het gedragsveranderingsdoel is 'het verminderen van cardiovasculaire risico's', en de hoofdonderzoeker heeft geen specifiek gedragsdoel gespecificeerd: "Ik wou dat ik wat minder gestresst was", betekent dit niet direct dat er 'beweging in de richting of weg van' het gedragsveranderingsdoel plaatsvindt. Als de cliënt aan de andere kant zegt: "Het verminderen van stres op mijn werk is waarschijnlijk goed voor mijn hart", wordt het gecodeerd als een gedragsveranderingsdoel.

Vergelijkbaar: als de eerste reactie van de hulpverlener of cliënt duidelijk in de context staat van het gedragsveranderingsdoel, wordt het gecodeerd. Bijvoorbeeld, als de hulpverlener vraagt: "Wat kun je doen om het risico op weer een hartinfarct te verminderen?" en de cliënt antwoordt, "Ik zou meer kunnen bewegen," dan wordt het gecodeerd als een gedragsveranderingsdoel, zelfs als de cliënt niet direct de connectie formuleert. Als de hulpverlener zegt: "Een manier om een gezonder hart te hebben, is stoppen met roken,"

is de cliënt zijn volgende respons waarschijnlijk relevant aan het gedragsveranderingsdoel, of het nu positief of negatief is.

Wat is de manier van uiten van de cliënt?

Iedere 'veranderingsuitspraak' van een cliënt bevat op zijn minst één codeerbare uitspraak, geteld vanaf de eerste woorden van de cliënt totdat de volgende persoon (veelal de helper) begint te praten. Het is niet ongebruikelijk dat een 'veranderingsuitspraak' van de cliënt meer dan één afzonderlijke uitspraak bevat. Als een verandering van de cliënt twee verklaringen bevat, kan ieder een andere code krijgen (zoals hieronder). Beide zijn dan gecodeerd als uitspraken. Dit houdt in:

Twee uitspraken die verschillende tekens krijgen:

"Ik moet echt stoppen met roken (+),
maar ik wil gewoon niet (-)"

Of twee uitspraken die een andere inhoud hebben (e.g. redenen), voor of tegen verandering:

Om mijn kinderen terug te krijgen zou het een goede verandering zijn als ik stop met drinken (R+)

en ik weet zeker dat ik me dan ook beter zou voelen (R+)

Maar ik zou het missen om niet meer met mijn vrienden uit te gaan (R-)

Of twee uitspraken die verschillen in de zwaarte van de score (zie hieronder)

Waarschijnlijk moet ik echt een beetje minderen... (B+1)

Nee, wie hou ik nu voor de gek? Ik moet zeker minderen (B+5)

Zes vormen van veranderingsuitspraken

In MISC 2.0 luister je naar zes indicaties of neigingen 'in de richting of weg van' het gedragsveranderingsdoel. Deze zes vormen van natuurlijke uitspraken reflecteren:

- M Mogelijkheid (M+) of onmogelijkheid (M-) om te veranderen.
- V Verplichting om te veranderen (V+) of niet te veranderen (V-).
- W De wens(elijkheid) om te veranderen (W+) of niet te veranderen (W-).
- B Behoeft(e) om te veranderen (B+) of niet te veranderen (B-).
- R Redenen om te veranderen (R+) of niet te veranderen (R-).
- S Stappen nemen in de richting (S+) of weg (S-) van verandering.

Iedere keer als een van de hierboven genoemde voorbeelden voorkomen in een uitspraak, wordt dit genoteerd met een positieve (+) of negatieve (-) waarde, afhankelijk of het reflecteert aan de neiging in de richting (+) of weg van (-) het gedragsveranderingsdoel.

0: Neutraal. In veel veranderingen van de cliënt is het niet mogelijk om enige uitspraken te coderen als 'veranderingsuitspraak' (M,V,W,B,R en S). In dit geval wordt de verandering van de cliënt gecodeerd met een nul (0) als 'neutraal'. In een 'neutrale' verandering, is er geen indicatie van een neiging van de cliënt 'in de richting of weg van' het gedragsveranderingsdoel. De cliënt kan een vraag stellen, zonder uitspraken van verplichtingen, zegt t.a.v het gedragsveranderingsdoel irrelevante dingen, of volgt gewoon het gesprek. Opmerking: alleen veranderingsuitspraken die relevant zijn voor het gedragsveranderingsdoel worden gecodeerd. Als het doel van het gedrag 'cocaïnegebruik' is en de cliënt zegt. "ik wil mijn kinderen terug," wordt dit niet gecodeerd als W+ tenzij er een duidelijk verband is tussen cocaïnegebruik en de kinderen terugkrijgen.

H: Waarom bent u hier? C: Ik wil graag mijn kinderen terug = 0
als

H: Waarom wil je stoppen met het gebruik van cocaïne? C: Ik wil mijn kinderen terug = W+
en

C: ik moet stoppen met het gebruik van cocaïne zodat ik mijn kinderen terug kan krijgen = B+

In deze situatie, kunnen soms zelfs de zeer kleine uitspraken van de cliënt 'veranderingsuitspraken' inhouden.

H: Je verteld net dat je wilt stoppen met het gebruik van cocaïne.
C: Uh huh = W+

H: Welke redenen heb je voor het stoppen?
C: geen = R-

Als je twijfelt over een uitspraak – als je niet zeker weet of het gesprek (+ of -) relevant is voor het gedragsveranderingsdoel, is het verkeerd om de code 'neutraal' (0) te gebruiken.

Tot slot, de 'veranderinguitspraken' van de cliënt worden *alleen* gecodeerd als 'neutraal' (0) als het geen andere codeerbare uitspraak bevat. Dat betekent, in een reeks van uitspraken van verandering, iedere + of – het beste als 0 gecodeerd kan worden. Stel dat dit het gesprek is:

H: Hoe denk je op dit moment over marihuana?

C: Eigenlijk, was ik er helemaal niet over na aan het denken. Ik dacht aan mijn vriendin (0)... maar jaahh, ik denk dat ik meer rook dan goed voor me is (B+). Tenminste dat zegt zij en ze wil dat ik stop (0). Ik wil niet dat mijn relatie met haar beëindigt (R+). Ik denk dat het ook problemen op school veroorzaakt (R+).

Er zijn twee uitspraken binnen een verandering die gecodeerd kunnen worden als 'neutraal' als zij zich alléén voordoen. Het feit dat zij zich voordoen samen met codeerbare 'veranderinguitspraken', betekent echter dat de nullen 'zwijgend' zijn –er is geen nul opgenomen voor deze verandering. De correcte code voor de verandering zou B+ R+ R+ zijn.

Als, aan de andere kant, de verandering van de cliënt eindigt bij de reactie van de hulpverlener, is de codering anders:

H: Hoe denk je op dit moment over marihuana?

C: Eigenlijk dacht ik daar helemaal niet aan. Ik dacht aan mijn vriendin (0).

H: Uh huh.

C: Maar ja, ik denk dat ik meer rook dan goed voor me is (B+).

H: Echt.

C: Tenminste, dat zegt zij en ze wil dat ik stop (0).

H: Ze zou misschien de relatie beëindigen als je blijft roken.

C: Ik wil de relatie met haar niet beëindigen (R+).

H: Welke andere redenen zouden er voor jou zijn om te stoppen?

C: Ik denk dat het ook problemen op school geeft (R+).

In deze situatie, zou de correcte reeks van coderingen als volgt zijn: 0 B+ R+ R+.

Onthoud dat het ook mogelijk is dat er een positieve en negatieve respons samen in de verandering kan zitten, zoals een reflectie van ambivalentie (R+ R- B+).

Coderen van de zwaarte van 'veranderingssuitspraken'

Er is nog één element nodig om een complete code te hebben voor de uitspraak van de cliënt. In vergelijking met het type en het niveau van 'veranderingssuitspraken' (indien aanwezig), krijgt ieder relevant gedragsveranderingsdoel ook een zwaarte-score. Gerangschikt van +5 (sterk neigend richting het gedragsveranderingsdoel) tot -5 (sterk neigend van het gedragsveranderingsdoel af). Een positief (+) teken betekent de neiging naar het gedragsveranderingsdoel toe, en een negatief (-) teken betekent de neiging van het gedragsveranderingsdoel af. Het startpunt voor een oprechte verklaring van een neiging is een drie (+3 of -3). De intensiteit van de neiging kan verhoogd of verlaagd worden door middel van signalen in de inhoud, vocale toon, of context van een uitspraak.

Een algemene richtlijn: gebruik deze schaal om de numerieke zwaarte van een uitspraak te beoordelen (of + of -).

Zwaarte van de neiging

- 5 Een absolute, categoriale, hyperbolische, empathische of superlatieve expressie van de geneigdheid, "niet in onzekere termen". Dit kan beoordeeld worden door middel van nadrukkelijke verwijzingen (definitief, zeker, absoluut, positief, absoluut niet) en/ of een definitieve vocale toon van expressie. Versterking van de zwaarte kan ook beoordeeld worden aan de hand van het werkwoord dat gebruikt wordt ("ik zweer", "ik garandeer", "ik beloof", "ik zal" (met vocale nadruk). Dit wordt allemaal gecodeerd als V+5.
- 4 Een verklaring van de geneigdheid met enkele versterkingen (echt, heel). Maar niet onvoorwaardelijk.
- 3 Een oprechte verklaring van de geneigdheid, noch versterkt noch gekwalificeerd; zoiets als "Ik zou eigenlijk..."
- 2 Een algemeen, ietwat verzachtende verklaring (meestal, best veel, waarschijnlijk).
- 1 Een duidelijk verzachtende verklaring – ik denk, zoiets als, een beetje, meer als.

Er is geen nul in de zwaarte schaal. Nul wordt nooit gebruikt bij een code voor 'veranderingssuitspraken' (zoals B 0). Nul wordt alleen gebruikt om een verandering te coderen waarbij geen codeerbare neiging (+ of -) ten aanzien van het gedragsveranderingsdoel wordt geuit.

Differentiëren van de vijf categorieën van 'veranderingssuitspraken'.

Algemene richtlijnen:

- Ø Vertrouw op je kennis zoals een alledaagse gebruiker van de taal die je codeert.
- Ø Vertrouw op de betekenis of intentie van een uitspraak als er momenten zijn dat de grammatica die je tegenkomt gebrekkig is.
- Ø Tref je een term (bijvoorbeeld spreektaal of een andere taal) die je niet begrijpt, vertrouw dan op de omliggende context.
- Ø Als een context de betekenis niet duidelijk maakt, raadpleeg dan je gezonde verstand.

M: Mogelijkheid (persoonlijke effectiviteit)

Verklaringen van mogelijkheden indiceren persoonlijke percepties van 'in staat zijn' of 'mogelijkheid' om te veranderen. Meestal bevatten zij geen specifieke redenen, maar een algemeen niveau van mogelijkheden. Bijvoorbeeld:

Ik kan gewoon niet stoppen.	wordt gecodeerd als M-
Ik kan gewoon niet stoppen omdat mijn vriend onze relatie anders beëindigt.	wordt gecodeerd als R-

Als er twijfel is, en er is een specifieke reden voor 'onmogelijkheid' geformuleerd, krijgt R voorrang op M. Hoewel, soms is de 'reden' die gegeven wordt slechts een nieuwe uitspraak van algemene mogelijkheid.

Ik kan gewoon niet stoppen omdat ik geen doorzettingsvermogen heb
= gecodeerd als M-
Ik kan het, omdat ik hiervoor wel zwaardere dingen heb gedaan
= gecodeerd als M+

Als de twee uitspraken gescheiden zijn, als in een samengestelde zin, kunnen beide gecodeerd worden als:

Ik kan gewoon niet stoppen, trouwens, mijn vriend zou de relatie beëindigen
= gecodeerd als M- R-

Algemene woorden voor 'mogelijkheid' (persoonlijke effectiviteit) zijn:

Ik kan
Ik zou
Ik ben in staat
Het is mogelijk (voor mij)

De kracht van het coderen van 'mogelijkheid' heeft te maken met hoe sterk de persoon gelooft in zijn mogelijkheden om het gedragsveranderingsdoel te bereiken of te behouden.

Opmerking: ambivalentie is soms in dezelfde zin gereflecteerd.

Ik denk dat ik het kan, maar ik weet het niet helemaal zeker = gecodeerd als M+3 M-2

Voorbeelden van het coderen van de zwaarte van 'mogelijkheid'

+5	Ik ben er positief over dat ik zou kunnen stoppen. Natuurlijk kan ik afvallen – het is gewoon een kwestie van je aan het dieet houden. Absoluut, ik kan stoppen wanneer ik wil.
+4	Zeer waarschijnlijk, ik zou het kunnen als ik het probeerde. Ik ben er behoorlijk zeker van dat ik het kan. Ik ben er behoorlijk positief over dat ik het kan.
+3	Ik kan het. Ja, het is mogelijk voor mij. Ik zou.
+2	Ik denk dat ik het in me heb. Waarschijnlijk kan ik het. Eigenlijk wel, ja, ik denk dat ik het kan.
+1	Ik zou het misschien kunnen. Ik denk dat ik het kan. Ik ben best goed in het vasthouden aan dingen.
-1	Ik heb een beetje moeite met het vasthouden aan dingen. Ik geloof niet dat ik het zou kunnen Ik denk dat ik er niet toe in staat ben.
-2	Ik denk niet dat ik het kan. Nee, waarschijnlijk kan ik het niet. Ik heb het best vaak geprobeerd, en het ging niet.
-3	Ik kan het gewicht gewoon niet behouden. Ik heb het gewoon niet in me. Ik zou het niet kunnen.
-4	Ik ben er behoorlijk zeker van dat ik het niet kan. Erg onwaarschijnlijk, ik heb niet veel kans. Ik denk echt dat ik het niet kan.
-5	Het is gewoon onmogelijk. Het is onmogelijk dat ik zonder sigaretten kan. Ik maak geen kans.

V: Verplichting

Verklaringen van verplichtingen betekenen een overeenkomst, intentie, of verbintenis naar een toekomstig gedragsveranderingsdoel. Dit kan direct geuit worden aan de hand van een werkwoord dat verplichting betekend (direct of indirect). Bijvoorbeeld:

“Ik zweer dat ik hiermee zal stoppen”: “Zweren” is een sterk werkwoord dat verplichting betekend, gecodeerd als V+5.

Niets houdt me dit keer tegen: deze verklaring heeft geen werkwoord dat verbintenis betekend, maar het impliceert indirect verplichting en wordt ook gecodeerd als V+5.

Met gesprekken die een verplichting impliceren, en er een reden is gegeven wordt het ook apart gecodeerd, of het nu een duidelijk gescheiden samengestelde zin is of niet, en R de V code niet overtroeft. Bijvoorbeeld:

Ik ga het doen = gecodeerd als V+3.

Ik ga het voor mijn familie doen = gecodeerd als V+3 R+3

De zwaarte van de codering van ‘verplichting’ heeft te maken met hoe verplicht de persoon zich voelt om het gedragsveranderingsdoel te bereiken of te behouden. Er zijn veel vormen van direct verbale verplichtingen. In aflopende volgorde van de zwaarte van verplichting:

5	4	3	2	1
-Ik garandeer -Ik zal -Ik beloof -Ik zweer -Ik zal -Ik geef mijn woord -Ik verzeker -Ik draag mezelf op -Ik weet	-Ik ben toegewijd aan -Ik beloof plechtig -Ik ga akkoord met -Ik ben bereid om -Ik ben van plan om -Ik ben er klaar voor om	-Ik kijk vooruit naar -Ik stem toe -Ik ben van plan om -Ik besluit om -Ik verwacht dat -Ik sta toe dat -Ik verklaar mijn intentie om	-Ik geef de voorkeur -Ik onderschrijf -Ik geloof -Ik accepteer -Ik ben bereid om vrijwillig -Ik richt -Ik streef -Ik stel voor -Ik heb aanleg voor -Ik anticipeer -Ik voorspel -Ik veronderstel	-Ik ben van plan om -Ik voorzie -Ik beschouw -Ik neem aan -Ik wet -Ik hoop dat -Ik neem het risico om -Ik zal proberen -Ik denk dat ik zal -Ik geloof dat ik zal -Ik beeld me in dat -Ik verdenk mezelf dat -Ik overweeg -Ik gok dat ik zal -Ik wed -Ik zal zien (over)

Verplichting aan de status quo (gecodeerd met een negatieve waardering) kan tevens geuit worden als gebrek aan de verplichting om te veranderen:

Ik ben niet van plan om te veranderen V-4

Ik voorspel dat ik niet ga stoppen V-2

of een uitspraak van verplichting om het huidige gedrag voort te zetten

Ik ben van plan om marihuana te blijven roken V-4

Ik wed dat ik over een jaar nog steeds drink V-1

Opmerking: de zwaarte van een verplichting (1 tot 5) is hetzelfde gecodeerd, of de waardering nu positief (+ om te veranderen) of negatief (- om te veranderen) is.

Een verplichting wordt over het algemeen geuit in de tegenwoordige tijd. Uitspraken in het verleden reflecteren meestal niet een toekomstige verbintenis om te veranderen.

Bijvoorbeeld:

“Toen was ik bereid om te stoppen”: Dit zou als 0 gecodeerd moeten worden, omdat het niets zegt over de toekomst. Tenzij uit de context het volgende blijkt: “Toen was ik bereid om te stoppen, maar nu niet”, zou het gecodeerd worden als V-4.

“Toen kwam freebasing en natuurlijk heb ik daarmee geëxperimenteerd”. Dit zou als 0 gecodeerd moeten worden omdat het reflecteert aan drugsgebruik in het verleden, maar het zegt niets over toekomstig gebruik.

Opmerking: ambivalente over een verplichting is soms in dezelfde zin gereflecteerd.

Ik hoop het, maar ik verwacht het niet echt = gecodeerd als V+3 V-3

Ik ben van plan om te stoppen, maar toen niet = gecodeerd als V+3 (de 0 is ‘zwijgend’)

W: Wenselijkheid

Uitspraken van wenselijkheid betekenen ‘hebben, wensen, willen’. Meestal bevatten zij geen specifieke redenen, maar een algemeen niveau van wenselijkheid. Bijvoorbeeld:

Ik wil echt afvallen = gecodeerd als W+

maar Ik wil afvallen, zodat ik mijn kleding weer pas = gecodeerd als R+

Als er twijfel is, en er is een specifieke reden geformuleerd, neemt R het over van W. Als de twee uitspraken gescheiden zijn, als bij een samengestelde zin, kunnen ze beide gecodeerd worden:

Ik wil echt graag afvallen, en ik zou graag mijn kleding weer willen passen
= gecodeerd als W+ R+

Veel voorkomende werkwoorden van wenselijkheid:

- Ik wil
- Ik wens
- Ik (zou) graag
- Ik ben gemotiveerd om
- Ik (zou) het leuk vinden

De zwaarte van de codering van wenselijkheid heeft te maken met hoe sterk de persoon het gedragsveranderingsdoel wil (of niet wil) bereiken of behouden. Opmerking: ambivalentie is soms in dezelfde zin gereflecteerd.

Ik bedoel, ik wil wel, maar ook weer niet= gecodeerd als W+3 W-3

Voorbeelden van het coderen van de zwaarte van 'wenselijkheid'

+5	Absoluut, ik wil voorgoed van de drugs af. Ik wil clean en nuchter zijn, punt. Ik word ziek van het roken. Ik walg ervan.
+4	Ik zou gewoon zo graag willen minderen. Ik ben echt helemaal klaar met die sigaretten. Ik word zo moe van mijn overgewicht.
+3	Ik zou graag vrij van drugs willen zijn. Ik wou dat ik gewoon met mijn vingers kon knippen en 40 pond kwijt was. Ik zou graag wakker willen worden en nuchter zijn.
+2	Meestal wil ik stoppen. Jaah, waarschijnlijk moet ik beter eten. Deels van mij wil bewegen.
+1	Ik denk dat ik minder zou willen roken. Min of meer zou ik willen dat ik niet gestart was met cocaïne. Ik ben de drugscene een beetje moe.
-1	Ik geniet min of meer van het roken. Ik denk dat ik niet echt gemotiveerd ben om te bewegen. Een deel van mij zal de drank missen.
-2	Behoorlijk veel, ja, ik houd van drinken. Voor het grootste deel geniet ik ervan dat ik kan eten wat ik wil. Waarschijnlijk wil ik blijven roken.
-3	Ik wil dat mensen zich met hun eigen zaken bemoeien en zich niet druk maken om mijn drugsgebruik. Ik houd echt van een goede whisky. Waarom zou ik willen stoppen?
-4	Ik wil echt niet stoppen. Ik houd echt van marihuana. Ik ben erg gelukkig met hoe ik ben. Ik houd echt van het hele ritueel rondom mijn gebruik, weet je.
-5	Absoluut niet. Ik ben niet geïnteresseerd in stoppen. Vergeet het maar. Ik ben absoluut geen geheelonthouder

B: Behoeft

Verklaringen van 'behoefte', betekenen de noodzaak, urgentie of vereiste (voor veranderen of niet veranderen). Normaal gesproken bevatten zij geen specifieke redenen, maar een algemeen niveau van 'behoefte'. Bijvoorbeeld:

Ik moet echt afvallen = gecodeerd als B+
maar Ik moet afvallen voor mijn gezondheid = gecodeerd als R+

Als er twijfel is, en er is een specifieke reden geformuleerd, neemt R het over van B. Als de twee uitspraken gescheiden zijn, als bij een samengestelde zin, kunnen ze beide gecodeerd worden:

Ik moet echt afvallen, en het zou mijn gezondheid verbeteren
= gecodeerd als B+ en R+

Veel voorkomende werkwoorden van 'behoefte' zijn:

Ik heb het nodig
Ik moet
Ik voel het als noodzakelijk
Ik kan echt niet doorgaan met

De zwaarte van de codering van 'behoefte' heeft te maken met hoe sterk de persoon het gedragsveranderingsdoel 'wil' bereiken of behouden (of de status quo wil behouden). Opmerking: ambivalentie is soms in dezelfde zin gereflecteerd.

Ik heb heroïne nodig, maar ik moet stoppen = gecodeerd als B-3 B+3

Voorbeelden van de codering van de zwaarte van 'behoefte'

+5	Ik moet zeker van de straat af. Ik kan echt niet door gaan steeds in te storten zoals ik nu doe. (vocale nadruk 'kan echt niet') Ik moet absoluut afvallen.
+4	Ik moet echt stoppen met het op deze manier verpesten. Ik moet echt nuchter zijn. Het is erg belangrijk voor me om te stoppen met deze onzin.
+3	Ik kan niet blijven doorgaan met steeds nachten door te halen. Ik moet iets aan mijn drankgebruik doen. Ik moet beter gaan functioneren.
+2	Ik kan er meestal niet meer tegen om een nacht door te halen. Waarschijnlijk moet ik iets aan mijn drankgebruik doen. Het is best belangrijk voor me dat ik beter ga functioneren.
+1	Ik denk dat ik moet minderen. Ik moet min of meer beter gaan functioneren. Ik moet waarschijnlijk iets aan mijn drankgebruik gaan doen.
-1	Ik moet min of meer drinken.

	Ik geloof, dat ik denk dat ik niet moet stoppen. Ik moet een klein beetje dope hebben om te leven.
-2	Meestal moet ik drinken. Ik geloof dat ik sommige uitdagingen nodig heb in mijn leven. Ik moet min of meer drugs blijven dealen.
-3	Ik kan niet zonder cocaïne. Ik haal het niet tenzij ik mijn pillen heb. Ik moet roken.
-4	Ik kan echt niet zonder cocaïne. Het zou voor mij erg zwaar zijn om zonder pillen te leven. Ik moet echt roken.
-5	Ik moet absoluut mijn pijnstillers hebben. Er is geen mogelijkheid dat ik nog eens door die afkickperiode heen kom. Ik heb sigaretten nodig. Punt uit!

R: Redenen

Verklaringen van redenen specificeren meestal een speciaal argument, basis, motief, verantwoording of motief voor het bereiken (of niet bereiken) van het gedragsveranderingsdoel. Hoewel sommige verklaringen ook wenselijkheid en behoefte betekenen, worden zij gecodeerd als R tenzij het W of B component gescheiden is van de reden. Als er twijfel is, en een specifieke reden is geformuleerd, neemt R het over van W of B. Als de twee uitspraken zijn gescheiden, als bij een samengestelde zin, (of verschillende zinnen), kunnen beide gecodeerd worden als:

Ik moet voor mijn gezondheid afvallen = alleen gecodeerd als R+
 maar Ik moet echt afvallen. Het zou zeker mijn gezondheid verbeteren
 = gecodeerd als B+ R+

Ik wil afvallen, zodat ik mijn kleren weer pas = alleen gecodeerd als R+
 Ik wil afvallen, en ik wil mijn kleren weer passen = gecodeerd als W+ R+

Splitsing van codering is niet nodig bij woorden die een oorzakelijk verband impliceren: omdat, zo (dat), of anders etc. Feitelijk betekent dit dat 'de Reden', het niveau van behoefte of wenselijkheid motiveert.

Ik wil stoppen met het gebruik van speed omdat ik anders in de problemen kom.
 = alleen gecodeerd als R+
 Ik wil stoppen met het gebruik van speed. Het brengt me in de problemen.
 = gecodeerd als W+ R+

Ik moet stoppen met drinken zodat ik mijn kinderen terug krijg.
 = alleen gecodeerd als R+
 Ik moet stoppen met drinken. Ik wil mijn kinderen terug.
 = gecodeerd als B+ R+

Vaak worden redenen geuit als 'direct', zonder specifiek taalkundige markeringspunten. In andere situaties, koppelt de persoon 'de reden' van wenselijkheid of behoefte door woorden als 'omdat' of 'zodat'.

De zwaarte van de codering voor redenen moet te maken hebben met hoe sterk de redenen van de persoon zijn voor verandering (of voor behoud van de huidige toestand). De verkeerde codering voor een oprechte verklaring van een 'reden' is ± 3 . Context, wijzigingen en vocale nadruk kunnen de zwaarte van de verklaring in positieve en negatieve zin verduidelijken. Natuurlijk kan dezelfde verklaring van de cliënt redenen bevatten voor zowel tegen als voor verandering. Dit komt in feite vaak voor.

Het zou heel slecht zijn als marihuana in de urinetest naar voren zou komen, echter roken is zo'n beetje hoe ik relax.
= gecodeerd als R+4 R-2

Uiteindelijk, zijn er verklaringen van redenen die niet specifiek voor- en nadelen specificeren. De taal wijst duidelijk naar redenen (eerder dan wenselijkheid of behoefte in het algemeen) die niet specifiek zijn geformuleerd.

Er zijn veel redenen waarom ik moet stoppen = gecodeerd als R+4
Ik zie niet voldoende voordeel om te bewegen = gecodeerd als R-3
Waarom zou ik het dealen moeten opgeven? = gecodeerd als R-3

Voorbeelden van de codering van de zwaarte van 'redenen'

+5	Ik kan het me absoluut niet veroorloven om nog eens veroordeeld te worden wegens rijden onder invloed. Ik ga absoluut niet terug de gevangenis in om een urinetest. Er moet iets veranderen anders verlies ik mijn baan. (vocale toon benadrukt <i>moeten</i>).
+4	Ik krijg veel problemen als ik opnieuw een positieve urinetest heb. Ik kan het echt niet veroorloven om nog eens veroordeeld te worden wegens rijden onder invloed. Ik sta op het punt om mijn baan en pensioen te verliezen.
+3	Als ik opnieuw veel geld verlies, gaat mijn man van me scheiden. Ik wil niet het verkeerde voorbeeld aan mijn kinderen geven. Het is erg pijnlijk om niet meer te herinneren wat ik heb gedaan.
+2	De redenen om te stoppen stapelen zich op. Als ik opnieuw geld verlies, gaat mijn man me waarschijnlijk verlaten. Het is behoorlijk pijnlijk om niet meer te herinneren wat ik heb gedaan.
+1	Ik zou iets gezonder leven als ik meer zou bewegen. Ik denk dat ik gezonder zou zijn als ik zou bewegen. Ik vind het min of meer pijnlijk als ik niet meer weet wat ik heb gedaan.
-1	Ik denk dat het me een beetje ontspant. Ik mis het min of meer dat ik niet meer naar het casino ga. Het is zo'n beetje de manier hoe ik mensen ontmoet.
-2	Meestal zie ik gewoon geen voordelen om te stoppen. Bijna al mijn vrienden gokken. Waarschijnlijk zal ik er moeite mee hebben om zonder te slapen.

-3	Waarom zou ik stoppen met drinken? Ik zie niet in hoe mijn drankgebruik een probleem is. Ik heb mijn redenen voor wat ik doe. Gokken zorgt ervoor dat ik overdag iets te doen heb.
-4	Ik word erg ontspannen en mijn problemen verdwijnen. Het is echt de enige manier waar ik mensen ontmoet en vrienden leer kennen. Ik word erg depressief als ik niet naar het café ga.
-5	Ik kan beslist niet van de heroïne afkomen, omdat mijn vriendje altijd wil dat ik met hem mee doe. Er is geen mogelijkheid om te werken (in de prostitutie) en geen drugs te gebruiken. Je moet gewoon high zijn. Ik kan de pijn absoluut niet volharden als ik die pillen niet heb.

S: Stappen zetten/ ondernemen

Tot slot, soms zeggen cliënten dat ze specifieke gedragsstappen moet ondernemen 'in de richting of weg van' verandering. Verklaringen van *stappen ondernemen* beschrijven meestal een speciale actie die een persoon in het recentelijk verleden heeft ondernomen die duidelijk verbonden is aan het bewegen 'in de richting of weg van' het gedragsveranderingdoel. Deze verklaringen betekenen niet direct 'mogelijkheid', 'verplichting', 'wenselijkheid', 'behoefte' of 'redenen' voor het gedragsveranderingdoel of behoud van de huidige situatie. De actie is niet het op zichzelf staande gedragsveranderingdoel. Bijvoorbeeld, als het gedragsveranderingdoel verminderen van het alcoholgebruik is:

Ik heb deze week de alcohol in mijn huis weggedaan = gecodeerd als S+
Ik ben deze week naar twee AA bijeenkomsten geweest = gecodeerd als S+
maar Ik heb deze week niet gedronken = niet gecodeerd als S

Vergelijkbaar

Ik heb deze week zes blikjes bier gekocht = gecodeerd als S-
Ik ben deze week gestopt met de AA bijeenkomsten = gecodeerd als S-
maar Ik heb deze week gedronken = niet gecodeerd als S

Om gecodeerd te worden als S, moet het duidelijk een gedrag zijn waarbij de intentie van de cliënt 'in de richting van (of weg van)' het gedragsveranderingdoel gaat. Het is een bemiddelende reactie 'in de richting van of weg van' het gedragsveranderingdoel. S reacties kunnen gecodeerd worden naast andere vormen van veranderingssuitspraken. Bijvoorbeeld:

Ik heb besloten om te stoppen met drinken en ik heb deze week de alcohol in mijn huis weggedaan. = gecodeerd als V+ S+

Ik ben deze week naar een AA bijeenkomst geweest, omdat ik nuchter wil blijven.
= gecodeerd als S+ W+

Opmerking: uitspraken dat de persoon bepaalde bemiddelende acties wil nemen in de toekomst worden niet gecodeerd als 'het ondernemen van stappen'(de persoon heeft het nog niet gedaan), maar als een aangegane verplichting. Als het gedragsveranderingsdoel 'afvallen' is:

Ik heb geprobeerd om zonder boter te koken = gecodeerd als S+
maar Ik ga proberen om zonder boter te koken = gecodeerd als V+

De zwaarte van de te ondernemen stappen heeft te maken met de bevestigende zwaarte van de actie, de verkeerde codering voor een oprechte uitspraak van een ondernomen actie is ± 3 .

5. Een overtreffende aanpassing versterkt de nadruk op de actie (totaal, absoluut, helemaal).
4. Een aanpassing verhoogt de nadruk op de actie (werkelijk, echt, feitelijk).
3. Een simpele uitspraak van een ondernomen actie in de richting of weg van het gedragsveranderingsdoel.
2. Een verkleinende aanpassing doet afbreuk aan een ondernomen actie (min of meer, half en half, een beetje).
1. De persoon overweegt een bemiddelende actie, maar heeft het niet uitgevoerd (over nagedacht, bijna, overwogen, haast)

Onthoudt dat om S te coderen, de ondernomen actie het hoofdgedragsdoel (uitkomstvariabele) op zich moet zijn.

Voorbeelden van de codering van de zwaarte van 'stappen ondernemen'

+5	Er was geen enkele twijfel; ik zou deze week naar een AA bijeenkomst gaan. Ik heb alle sigaretten in mijn huis en auto gisteren weggedaan. Ik was er vooral gericht op om deze week een voedingsverslag bij te houden.
+4	Ik heb er deze week echt hard aan gewerkt om een voedingsverslag bij te houden. Ik was er deze week erg bewust van om bij mijn drugsdealande vrienden weg te blijven. Ik heb werkelijk iedere dag van deze week mijn bloedsuiker getest.
+3	Ik ben deze week bij alle casino's weggebleven. Ik ben op woensdag begonnen met bewegen. Ik heb een joggingpak en een goed paar schoenen gekocht.
+2	Ik was deze week iets beter met het bijhouden van een voedingsverslag. Ik heb een paar dingen gedaan om beter te eten. Ik was deze week iets actiever.
+1	Ik heb er over nagedacht om naar een AA bijeenkomst te gaan. Ik heb er over nagedacht om alleen buitenshuis te roken, niet in huis of in de auto. Ik heb deze week bijna aan een gymles meegedaan.
-1	Ik heb er over nagedacht om te stoppen met Weigt Watchers. Ik ben dinsdag bijna naar een casino gegaan. Ik had bijna een fles gekocht.
-2	Ik was min of meer onzorgvuldig met het monitoren van mijn bloedsuiker. Ik heb een beetje te veel gegeten. Ik heb het bewegen min of meer laten verwateren.
-3	Ik heb mijn antibiotica niet genomen. Ik ben naar het casino gegaan. Ik heb een pakje sigaretten gekocht.
-4	Ik ben echt te ver gegaan. Ik heb me deze week heel slecht aan mijn dieet gehouden. Ik was behoorlijk onzorgvuldig ten aanzien van het nemen van mijn medicijnen.
-5	Ik heb het deze week ten aanzien van het opletten op mijn dieet compleet verpest. Ik heb me totaal niet meer aan het bewegen gehouden. Ik heb het absoluut verpest met het bijhouden van mijn verslagen.

Bijlage VI

Resultaten multiple regressie analyse (descriptives)

		N	MEAN	STD. DEVIATION	95% CONFIDENCE INTERVAL FOR MEAN		P-WAARDE [*]
som vetscores	interventiediëtist	83	15,8193	4,91673	14,7457	16,8929	.002
	controlediëtist	59	18,4068	5,47760	16,9793	19,8342	
	Totaal	142	16,8944	5,29513	16,0159	17,7728	
som vetscore tussendoortjes	interventiediëtist	83	3,9639	2,53966	3,4093	4,5184	.02
	controlediëtist	59	5,0169	2,75738	4,2984	5,7355	
	Total	142	4,4014	2,67391	3,9578	4,8450	
grammen groente per dag	Interventie diëtist	54	171,2302	94,41574	145,4596	197,0007	.77
	Controle diëtist	41	163,6760	78,68864	138,8388	188,5132	
	Totaal	95	167,9699	87,60803	150,1233	185,8166	
grammen fruit per dag	interventiediëtist	55	253,0260	162,09132	209,2066	296,8454	.46
	Controle diëtist	33	270,0108	139,03642	220,7107	319,3110	
	Totaal	88	259,3953	153,25286	226,9241	291,8665	
tevredenheid over diëtist	interventiediëtist	83	1,3447	,51599	1,2320	1,4574	.40
	controlediëtist	59	1,2552	,47198	1,1322	1,3782	
	Totaal	142	1,3075	,49843	1,2248	1,3902	
dagelijkse beperkingen	Interventiediëtist	74	1,4662	,48717	1,3533	1,5791	.85
	Controlediëtist	53	1,4755	,47914	1,3434	1,6075	
	Totaal	127	1,4701	,48195	1,3854	1,5547	
Eigen- effectiviteit	Interventiediëtist	83	,8675	,54584	,7483	,9867	.26
	Controlediëtist	59	,9435	,44701	,8270	1,0600	
	Totaal	142	,8991	,50683	,8150	,9831	
Intentie	Interventiediëtist	83	1,1687	,56459	1,0454	1,2920	.68
	Controlediëtist	59	1,1610	,48637	1,0343	1,2878	
	Totaal	142	1,1655	,53170	1,0773	1,2537	
ervaren gezondheid	interventiediëtist	83	,3645	,74419	,2020	,5270	.37
	controlediëtist	59	,4619	,72191	,2737	,6500	
	Totaal	142	,4049	,73401	,2832	,5267	

* Dit is de p-waarde voor 'Groep' (interventiegroep) in een multipele regressie analyse met de betreffende effectvariabele op de nameting als afhankelijke variabele, en Groep, Leftijd, Geslacht, en de waarde op de effect variabele op de voormeting als onafhankelijke variabelen.