

Motivational Interviewing (MI): onmisbaar voor de diëtist?

F. Spikmans, projectmedewerker Stichting Voedingscentrum Nederland, Den Haag; bestuurslid Stichting DNO

DiabeteSpecialist, september 2004, jaargang 3, nummer 12, pg. 14-15

Een veel gehoorde verzuchting van diëtisten: "Sommige cliënten kunnen op geen enkele manier gemotiveerd worden om mijn adviezen op te volgen. Wat kan ik doen om hen te motiveren?" Volgens het 'Motivational Interviewing' concept is dit een verkeerd uitgangspunt. Je kunt een cliënt niet motiveren, omdat hij al gemotiveerd is. Hij is gemotiveerd om... zijn eigen doelen te bereiken!

Als hulpverleners zich afvragen hoe zij cliënten kunnen motiveren, bedoelen zij meestal: "Hoe kan ik mijn cliënten motiveren om te doen wat ik wil dat ze doen?" Hoewel je misschien in staat bent op korte termijn motivatie te verstrekken door gedragingen af te dwingen, zal de cliënt uiteindelijk veranderen om de goedkeuring van jou te krijgen. Op de lange termijn veroorzaakt deze strategie meer problemen dan oplossingen. Ten eerste accepteer je de verantwoordelijkheid om een cliënt voortdurend van motivatie te voorzien, wat uiteindelijk een last voor je wordt. Ten tweede vindt de cliënt het moeilijk om gemotiveerd te blijven, alleen om de goedkeuring van de hulpverlener.

Onderzoek laat zien dat patiënten, met name met chronische aandoeningen zoals diabetes mellitus, 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 30-60% van de patiënten zich niet aan het voorgeschreven dieet houdt. 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.

Dit is voor het Voedingscentrum de reden geweest om in 2002 van start te gaan met het project 'Naar vraaggestuurde dieetzorg'. Gedurende dit project wordt onderzocht of de dieetrouw van diabetespatiënten bevorderd kan worden, waarbij de patiënt in staat is om de dieetzorg te sturen naar eigen wensen en behoeften en zelf (mede)verantwoordelijkheid voor de behandelingskeuze draagt. De patiënt moet in staat gesteld worden een balans te vinden tussen gezondheidsbehoeften en kwaliteit van leven. Dit verkleint de kans op non-compliance en daarmee het uitblijven van het gezondheidseffect dat met het dieet beoogd wordt. Afstemming van vraag en aanbod rond de dieetzorg verhoogt de kwaliteit van zorg, draagt bij aan zelfmanagement, vermindert de medische consumptie door minder vragen en ontsparingen. Daarmee nemen de kosten binnen de diabeteszorg af.³

Hoe bereik je dit doel?

Gedagsverandering is vaak het resultaat van een langzaam en moeizaam proces, waarbij tegenstrijdige gevoelens en gedachten een belangrijke rol spelen. Motivational Interviewing (MI) geeft op een andere manier nieuwe 'grip' op dit proces en reikt de hulpverlener instrumenten aan om de effectiviteit van het professioneel handelen verder te verbeteren. Samen met de cliënt, respectvol en vraaggestuurd.⁶

Waarom dan juist MI om deze complexe gedagsverandering te bereiken? Wat voegt MI eigenlijk toe? MI is een directieve en gelijk klantgerichte manier van professionele gespreksvoering. De stijl kenmerkt zich door rust, doelgerichtheid en respectvol partnerschap. "It's dancing, not wrestling".^{4,5}

De traditionele aanpak van behandelen bestaat meestal uit advisering en overtuiging. Het grote verschil tussen MI en andere gesprekstechnieken is dat MI de benadering zoekt om ambivalentie te overwinnen dat veel mensen er juist van weerhoudt om veranderingen in hun leven door te voeren, zelfs na afloop van een professionele behandeling. Het exploreren van ambivalentie door te focussen op de inconsistentie bij de bereidheid, belangrijkheid en vertrouwen om te veranderen is dé perfecte toevoeging.^{3, 4, 5}

Stages of change model

Het gedragsveranderingsmodel 'stages of change' loopt als een rode draad door MI heen en vormt eigenlijk de basis. Het doel van dit model is de hulpverlener 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. De behandeling wordt afgestemd op de fase van gedragsverandering, waarin de cliënt verkeert.^{2, 4, 5} Als iemand nog niet eens overweegt om zijn eetgedrag te gaan veranderen, heeft het geen zin om die persoon informatie te geven over hoe hij dat zou kunnen doen.

Het effect van MI

Om antwoord te geven op de vraag of MI ook door Nederlandse diëtisten bruikbaar is en past binnen de Nederlandse (diabetes)zorg, is er een onderzoek van start gegaan. In maart 2003 is een groep diëtisten getraind om MI in de praktijk te kunnen brengen. Vervolgens heeft er een terugkomdag plaatsgevonden en hebben de diëtisten gedurende het onderzoek diverse face-to-face feedbackmomenten samen met de projectmedewerker gehad. De oefenperiode en de feedbackmomenten zijn in de praktijk van essentieel belang om de gespreksvaardigheden eigen te maken, zodat ook werkelijk MI wordt toegepast. Alleen als MI wordt toegepast, kunnen betrouwbare conclusies worden getrokken over het effect van MI op de dieetrouw van diabetespatiënten.

Met behulp van de aangeleerde MI-techniek hebben ruim 20 diëtisten 200 diabetespatiënten behandeld. Daarnaast hebben 20 niet getrainde diëtisten hun huidige werkwijze bij het behandelen van 200 andere diabetespatiënten toegepast. Het verschil in resultaat tussen de interventiegroep en de controlegroep zal definitief moeten uitwijzen of vraaggestuurde dieetzorg met behulp van Motivational Interviewing tot grotere dieetrouw zal leiden.

Resultaten

Conform de planning hoopt het Voedingscentrum de resultaten in december 2004 bekend te kunnen maken. Aangezien er op dit moment overwegend positieve geluiden over MI te horen zijn, heeft de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen besloten de training 'Motivational Interviewing' in het najaar van 2004 en voorjaar van 2005 als post-HBO-cursus aan te bieden.

Referenties:

De in dit artikel genoemde referenties 1 t/m 6 zijn te vinden op de website. www.d4pro.nl → Novo Nordisk Endocrine Academy

Wilt u reageren, e-mail naar: spikmans@voedingscentrum.nl

Hoe motiveer je de patiënt om de juiste keuzes te maken...?

Patiënt met ernstig overgewicht en diabetes

*I.M. de Graaf, praktijkondersteuner Gezondheidscentrum Parkwijk, Almere
DiabeteSpecialist, september 2004, jaargang 3, nummer 12, pg. 16*

In de eerstelijnspraktijk komt iedereen patiënten tegen die een sterk verbeterde regulatie van hun diabetes zouden kunnen bereiken door verandering van hun leefstijl. Het kan veel van de motivatie- en coachingstechnieken van de hulpverlener vragen om patiënten hierin te begeleiden. In deze casus wordt iemand beschreven bij wie veel winst werd behaald met leefstijladviezen.

Patiënt X meldt zich in maart 2004 met klachten van dorst, veel plassen en vermoeidheid. De huisarts laat een (niet-nuchtere) glucose bepalen en vindt een waarde van 30,7 mmol/l of 555 mg%. De praktijkondersteuner inventariseert aansluitend de eet-/drink-/leefgewoontes. Patiënt vertelt zeker éénmaal per dag naar McDonald's te gaan en dagelijks ruim twee liter cola te drinken. Vezels eet hij niet, het begrip fruit lijkt hem onbekend. Hij heeft een gewicht van 129 kg, bij een lengte van 1.96 m, hetgeen betekent een BMI van 34. De buikomvang is 127 cm.

Besloten wordt om direct 6 E Actrapid te spuiten en aan het eind van de dag de glucose te herhalen. De waarde is dan 25,6 mmol/l of 460 mg%, waarna nogmaals 6 E Actrapid wordt bijgespoten. Patiënt geeft duidelijk aan dat hij absoluut niet wil gaan 'spuiten' en er alles aan te willen doen om zijn leefstijl te wijzigen. Er is dus opening om uitleg te geven over gezond leven. De nadruk wordt gelegd op drie keer per dag een (energiebeperkte) maaltijd, met twee gezonde tussendoortjes en gezonde dranken. Verder wordt gestart met metformine. Patiënt begint met dagelijks een half uur stevig te wandelen en doet alles zoveel mogelijk op de fiets. Naar een sportschool gaan ziet hij nog niet zitten.

Drie dagen na het eerste bezoek wordt bij laboratoriumonderzoek een kreatinine van 186 $\mu\text{mol/l}$ gevonden en een microalbuminurie. In verband met de gestoorde nierfunctie wordt in overleg met de internist besloten om de metformine te wijzigen in repaglinide (NovoNorm®).

Controles

De eerste periode komt patiënt om de dag bij de praktijkondersteuner voor educatie, informatie en om zijn eerste emoties kwijt te kunnen. De diëtist spreekt uitgebreid de eet- en drinkgewoonten door en reikt alternatieven aan. Praktijkondersteuner, diëtist en huisarts overleggen regelmatig. Patiënt zegt dat hij zich voldoende gesteund voelt en raakt al vrij snel gewend aan drie maaltijden per dag, hij drinkt geen cola meer en kookt zelf de warme maaltijden. Na twee weken schommelen de nuchtere glucosewaarden rond de 7 en 8 mmol/l of 126 en 144 mg%, met postprandiale waarden onder de 10 of 180. De kreatinineklaring is 54 ml/min en patiënt wordt – na telefonisch overleg – voor analyse en bepaling van het verdere beleid verwezen naar de internist.

Na twee maanden komt patiënt incidenteel op eigen initiatief nog bij de praktijkondersteuner voor, zoals hij het noemt, een peptalk. Hij is in twee maanden 16 kg afgevallen, zijn buikomvang is 14 cm afgenomen en hij heeft sinds de diagnose diabetes geen McDonald's meer bezocht. Zijn leefstijl is drastisch gewijzigd en hij voelt zich energiekeker dan ooit. Het HbA1c is 5,9%, de repaglinide is gestaakt. Hij gaat inmiddels twee keer per week naar de sportschool, omdat hij verder wil afvallen.

Tot slot

Deze casus lijkt een ideale situatie. De patiënt staat open voor uitleg, is gemotiveerd om zijn gedrag te veranderen, denkt zelf mee en stelt vragen. Belangrijk is dat de hulpverlener aansluit op het individuele

belevingsniveau van de patiënt en een stimulator en motivator is voor de patiënt. Vanzelfsprekend speelt de omgeving van de patiënt ook een belangrijke rol in dit geheel. Hulpverleners moeten met hun informatievoorzieningen goed op elkaar aanstuiten.

Wilt u reageren, e-mail naa idegraaf@zorggroep-almere.nl

