

O P D E G R E N S T U S S E N
' C U R E ' E N ' C A R E '

Begeleiding van gedragsverandering door de huisarts

G. THIJS, M. VAN NULAND, F. GOVAERTS

De zorg voor toevoeging van kwaliteit aan de winst in jaren maakt ons als arts alert voor de risico's verbonden aan de levensstijl van onze patiënten. Dankzij de vertrouwensrelatie die we met hen hebben, zijn wij uitermate goed geplaatst om deze risico's bespreekbaar te maken. De werkgroep 'Consultvoeren en gedragsverandering' van de Wetenschappelijke Vereniging van Vlaamse Huisartsen (WVVH) ontwikkelde een evidence-based model om gedragsverandering in de huisartsenpraktijk te begeleiden. Dit artikel bespreekt de onderbouw waarop dit model steunt, namelijk het transtheoretisch model voor gedragsverandering (TTM) en de principes van het motivationele interview (MI).

Als huisarts worden we dagelijks geconfronteerd met vragen van patiënten over voedingsadvies, dieetbegeleiding, rookstop, lichaamsbeweging en dergelijke meer. Hiermee drukken zij de wens uit om zo gezond mogelijk te leven. Tegelijkertijd schuilt in dergelijke vragen ook de intentie om een in zekere mate ongezond gedrag te wijzigen naar een gewenst en meer gezond gedrag. Hiervoor wordt een beroep gedaan op de arts als deskundige hulpverlener. Vanuit zijn kennis en ervaring ziet de arts bepaalde risico's waaraan individuele of groepen van patiënten zich blootstellen. In onze vergrijzende samenleving gaat onze zorg steeds meer naar toevoeging van kwaliteit aan de winst in jaren. Als arts zijn we daardoor meer alert voor de risico's verbonden aan de levensstijl van onze patiënten. Vanuit de vertrouwensrelatie die we met hen hebben, laten ze ons overigens meestal toe hen aan te spreken over persoonlijke of globale gezondheidsrisico's. Maar hoe gaan we om met de vragen van de patiënt (patiëntagenda) en/of met de risico's die we als arts waarnemen (artsagenda)? Wat is de meest geschikte houding, het meest geschikte advies voor deze patiënt op dit moment? Hoe begeleiden we de patiënt verder? De werkgroep 'Con-

sultvoeren en gedragsverandering' van de Wetenschappelijke Vereniging van Vlaamse Huisartsen (WVVH) ontwikkelde een ABC-model dat bij al deze situaties als leidraad kan dienen.

In dit artikel bespreken we het transtheoretisch model voor gedragsverandering (TTM)¹ en de principes van het motivationele interview (MI)^{2,3}. Beide hebben als basis gediend voor het ABC-model. We beoordelen de EBM-onderbouw van hun toepassing en lichten het gebruik van het ABC-model toe. De belangrijkste boodschap is dat we als huisarts in diverse situaties kunnen terugvallen op dit ABC-model. Op die manier kunnen we het aanbod steeds weer afstemmen op het motivatieniveau van de

patiënt, hetgeen resulteert in een meer efficiënte hulpverlening én tijdsbesteding⁴.

TTM voor gedragsverandering in een notendop

Het TTM-model voor gedragsverandering van Prochaska en Diclemente uit 1983¹ focust op de bereidheid tot veranderen. Volgens dit model doorlopen mensen verschillende motivatiestadia vooraleer ze uiteindelijk een bepaald (gezondheidsgerelateerd) gedrag in hun leven implementeren (zie tabel 1). Hoe verder de fase waarin de patiënt zich bevindt, hoe groter de motivatie en hoe

dichter bij een definitieve gedragsverandering. Klassiek onderscheiden we:

- de voorbeschouwende fase (precontemplatie),
- de beschouwende of overwegingsfase (contemplatie),
- de planningsfase (preparatie),
- de actiefase,
- de onderhoudsfase (consolidatie).

Om naar een verdere fase te evolueren zijn bepaalde strategieën nodig. Een huisarts kan door kennis en toepassing van deze strategieën zijn patiënten doorheen de 'cyclus van verandering' begeleiden. Hij kan de verandering nochtans

Het ABC-consultmodel integreert de gedragsgerichte aanpak van andere themaspecifieke modellen. Deze modellen hebben hun nut bewezen en hebben een zekere EBM-onderbouw

Doelstelling van de huisarts is de overgang naar een volgende fase te vergemakkelijken

Fase	Kenmerk	Actiebereidheid	Mogelijke interventie
Voorbeschouwende fase/ precontemplatie	Patiënten in dit stadium overwegen helemaal geen verandering en zien hun gedrag niet als een probleem (te weinig geïnformeerd over de gevolgen, uitgelust door de vele pogingen?)	De patiënt in deze fase is niet van plan om actie te ondernemen in de nabije toekomst (>6 maanden)	Verhoog het inzicht van de patiënt via informatie op maat
Beschouwende fase/ contemplatie	Patiënten erkennen het probleem, maar er is nog erg veel ambivalentie ten aanzien van verandering. Zij zijn zich wel meer bewust van de voordelen van verandering, maar zien ook veel nadelen	De patiënt denkt wel aan veranderen, maar dan in de nabije toekomst (>1 maand, <6 maanden)	Bespreek de voor- en nadelen van verandering en verhoog het vertrouwen van de patiënt in zichzelf om te slagen in de gewenste gedragsverandering
Planningsfase/ preparatie	Patiënten vatten het plan op voor gedragsverandering. Soms kunnen ze al wat aan het experimenteren zijn met kleine veranderingen. Er blijft echter een zekere mate van ambivalentie bestaan	De patiënt maakt zich klaar voor verandering, meestal binnen de maand	Stel een concreet plan op met een realistisch doel en ondersteun de kleine veranderingen bij de patiënt
Actiefase	Patiënten in dit stadium maken specifieke, openlijke veranderingen in hun levensstijl. Dit gedrag is duidelijk observeerbaar	Geëngageerd in actieplan	Bied specifieke ondersteuning voor gedragsverandering aan, materiaal voor zelfhulp, medicatie,...
Onderhoudsfase/ consolidatie	Het nieuwe gedrag krijgt een plaats in het leven van de patiënt (er is een verandering in gedrag ontstaan). Behoud wordt een nieuw doel	Geëngageerd in actieplan	Leer de patiënt anticiperen op moeilijkheden
Herval/slippertje(s)	Herval is altijd mogelijk en eerder de regel dan de uitzondering	De patiënt gaat gewoonlijk meer dan drie keer door de fasen van verandering vooraleer een stabiele verandering tot stand is gekomen	Ondersteun het zelfvertrouwen en verhoog het inzicht in de aanleidingen tot herval

Tabel 1: De verschillende fasen van gedragsverandering.

evengoed tegenwerken door de verkeerde strategieën op de verkeerde momenten toe te passen! De verantwoordelijkheid voor het welslagen van de gedragsverandering komt op deze manier niet enkel bij de patiënt te liggen, maar ook bij de arts. Gebrek aan motivatie is dus niet langer een tekortkoming van de patiënt alleen. Motiveren wordt een deel van de taak van de huisarts. Advies geven is niet genoeg; even belangrijk is de patiënt zover te krijgen dat hij dit advies ook opvolgt.

Vele hedendaagse cliënt-hulpverleners-omgangsstijlen, zoals bijvoorbeeld de alcohol- en drugsbegeleiding, steunen op het transtheoretisch model. Het model is *transtheoretisch*, dit wil zeggen dat het steunt op een reeks verschillende theoretische modellen en het op verschillende therapiestijlen kan worden toegepast. Als huisarts kennen we het wellicht het best vanuit de minimale interventiestrategie voor rookstopbegeleiding.

Herval is eerder regel dan uitzondering, maar kan via herformulering worden omgevormd tot een potentieel leermoment

Het motivationele interview in een notendop

Het uitgangspunt van het motivationele interview is in principe een patiëntgerichte aanpak, waarbij men vertrekt vanuit de (subjectieve) ervaringen en ideeën van de patiënt³. Deze worden gebruikt om de patiënt tot nieuwe inzichten te brengen en om zelfmotiverende uitspraken uit te lokken. Men onderscheidt hierbij zes 'frames' of basisprincipes om zelfmotiverende uitspraken uit te lokken:

- 1 *feedback geven*: de patiënt moet informatie krijgen over zijn toestand en over de mogelijke risico's, zodat hij de stimulus krijgt om zijn gedrag te veranderen.
- 2 *responsabiliseren*: de patiënt draagt zelf de verantwoordelijkheid om al dan niet zijn gedrag te veranderen.
- 3 *advies geven*: de arts moet duidelijke doelen stellen en de patiënt strategieën aanreiken om deze doelen te bereiken.

- 4 *keuzemogelijkheden*: de patiënt moet uit meerdere alternatieven kunnen kiezen. Maakt hij die keuze zelf, dan zal de motivatie om deze te realiseren groter zijn.
- 5 *empathische houding*: de arts moet een sfeer van warmte, vertrouwen en acceptatie creëren en proberen door middel van reflectief luisteren de 'boodschap achter de boodschap' van de patiënt te achterhalen.
- 6 *zelfeffectiviteit (self-efficacy)*: de patiënt moet worden overtuigd dat hij zelf de capaciteit heeft om zijn gedrag in de gewenste richting te veranderen.

In het motivationele interview streeft de therapeut er dus naar om mits een gepaste omgangsstijl de interne motivatie van de patiënt te vergroten. Hij vermijdt hierbij confronterende uitspraken en doet de patiënt geloven in de eigen mogelijkheden en laat hij hem hierin zijn verantwoordelijkheid opnemen.

Gedagsverandering en Evidence-Based Medicine

Het transtheoretisch model voor gedagsverandering en het motivationele interview werden ontwikkeld voor de aanpak van verslavingsproblematiek. Sinds geruime tijd beoordelen een toenemend aantal onderzoeken de toepassing van deze methoden op hun efficiëntie. Echter, de interpretatie en analyse van de literatuur is niet eenvoudig. Publicatiebias tussen door de industrie ondersteunde interventies met farmaca en studies over gedagsmatige interventies heeft immers een impact op de besluitvorming⁵. Bovendien zijn de aangrijpingspunten van gedagsinterventies moeilijker 'in beeld' te brengen⁶. Zo kan bij een persoon bij wie de ervaringsprocessen een belangrijke rol spelen, de uiterlijk waarneembare gedagsverandering (zichtbare effectuitkomst) zich nog niet hebben geïnstalleerd. Mensen doorlopen de motivatiefasen daarenboven verschillende keren. Het cirkelmodel dat tegenwoordig veel wordt gebruikt om de fasen te visualiseren, voert ons enigszins weg van het oorspronkelijke spiraalmodel¹. Toch werd de validiteit van het TTM in de aanpak van rookstop in belangrijke mate aangetoond⁷. Overigens blijkt een fasegerichte aanpak meer kans op succes te hebben dan een niet-fasegerichte aanpak. Daar waar het MI oorspronkelijk voorgesteld werd als een 30 tot 60 minuten durende interventie bij alcoholverslaving, lijken nu ook kortere MI-gespreksinterventies veelbelovend⁸. Deze zijn meer aangepast aan de medische situatie en de consultvoering in de huisartsenpraktijk. Daarnaast blijken aangepaste modellen voor een motivationeel interview, in vergelijking met 'geen be-

handeling' of placebo, positieve effecten te hebben bij diverse problemen zoals alcohol- en drugsverslaving en het opvolgen van dieet en advies tot meer bewegen⁸. Hieraan verwant is de minimale interventie zoals ze onder andere in de WVVH-aanbeveling voor goede medische praktijkvoering 'Stoppen met roken' wordt aangeprezen⁵: een consult van drie tot tien minuten, gevolgd door één follow-up bezoek. Bovendien heeft rookstopadvies door de huisarts, in vergelijking met andere interventies voor rookstop, een hoge kosteneffectiviteitsverhouding⁵.

Educatie van patiënten en counseling bevorderen tevens de gedagsveranderingen die worden nagestreefd in de primaire preventie van ziekten⁹. Door campagnes in het kader van gezondheidsvoorlichting en -opvoeding (GVO) en gezondheidspromotie worden patiënten aangespoord tot een gezonde levensstijl. Leefstijladviezen die gericht zijn op rookstop of beweging en dieet voor gewichtsreductie blijken doeltreffend. Dagelijks fruit en groenten eten, meer bewegen en stoppen met roken zijn in de primaire preventie van cardiovasculaire aandoeningen vermoedelijk effectief¹⁰. Nochtans lijkt het erop dat artsen hun patiënten te weinig bevragen over leefstijlfactoren of hen toch te weinig begeleiden¹¹. Hierbij kunnen overwegingen van tijd en vaardigheid ("wat te doen nadat we het probleem hebben aangekaart?") meespelen. Desondanks beantwoordt het motivationele interview kennelijk aan de verwachtingen van patiënten, onderzoekers en klinici¹².

Van TTM naar een ABC-consultmodel

Een literatuurstudie, gesprekken met navormingsexperts en een knelpuntenanalyse in de werkgroep 'Consultvoeren en gedagsverandering' maakte ons twee belangrijke principes duidelijk¹³:

- bij de introductie van nieuwe elementen in een consult moet het onderscheid tussen preventief en curatief handelen het liefst zo klein mogelijk zijn;
- de integratie van een vaardigheid (een gedrag) verloopt vlotter met een aanpak die vertrekt vanuit 'gedrag', eerder dan vanuit 'inhoud en/of thema'.

Het is voor huisartsen wellicht niet evident om in diverse settings gebruik te maken van het fasemodel voor gedagsverandering en van de technieken van het motivationele interview. Een belangrijke voorwaarde is dat dit model en de vaardigheden passen binnen het gebruikelijke consultpatroon en tijdsbestek. Een huisarts bevraagt en onderzoekt de patiënten en begeleidt en behandelt hen doorheen de tijd. Vele zieken krijgen daarom een nieuwe afspraak om

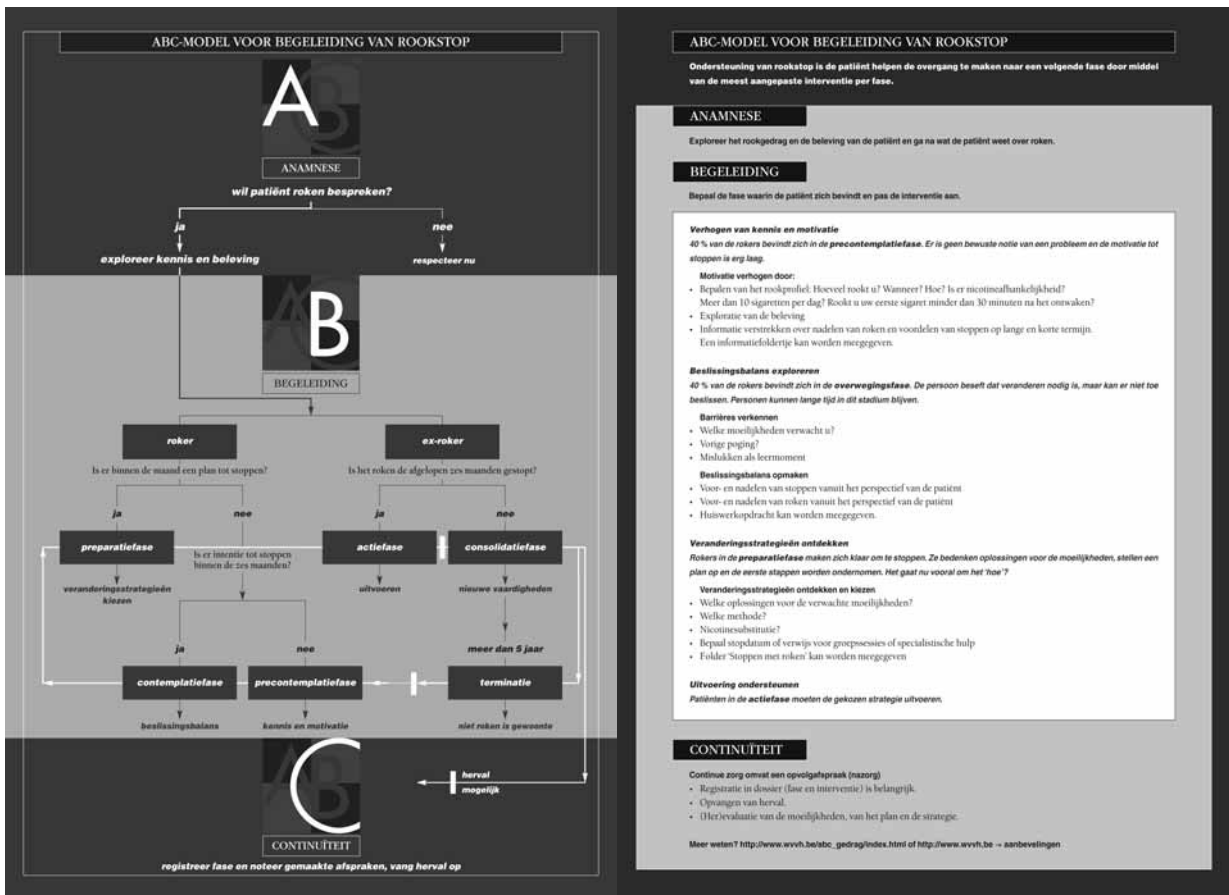
De aanpak door huisarts/hulpverlener is fasespecifiek en daardoor niet tijdrovend

opvolging te verzekeren. De hulpverleningsact ‘begeiden van gedragsverandering’ past binnen dit typische huisartsenconsultmodel. Waar moeten we als huisarts op letten in de *anamnese* (A), de *begeleiding* (B) en de *continuïteit* (C) bij de opvolging van een gedragsverandering van een patiënt? Het ABC-consultmodel maakt het TTM-fasemodel herkenbaar voor huisartsen. De wetenschappelijke onderbouw van het TTM en de minimale interventies die als praktische strategieën hierop worden geënt, worden momenteel verder onderzocht en zijn veelbelovend. Met het ABC-consultmodel willen we de uniformiteit bewaren in het consultvoeren bij gedragsveranderingen. Vele huisartsen kennen de minimale interventiestrategie voor begeleiding van rookstop als een efficiënt en nuttig hulpmiddel. Ook het ‘Ask-Advise-Agree-Assure Follow up’-model (AAAA-model) voor begeleiding van risicovol alcoholgebruik wordt vaak toegepast. We hadden kunnen opteren om nieuwe modellen te ontwikkelen voor andere actuele thema’s, zoals beweging, gezonde voeding, medicatiegebruik, seksueel overdraagbare aandoeningen enzovoort. Maar de veelheid aan modellen zou de implementatie in de dagelijkse praktijk erg bemoeilijken. De huisarts-gebruiker dreigt daarbij de gemeenschappelijke basis (het fasemodel) steeds minder duidelijk te zien. Door uniformiteit na te streven – met focus op de essentie van gedragsverandering – probeert het ABC-consultmodel de toepasbaarheid te verhogen, en dit op verschillende thema’s. De themaspecifieke invulling van het algemene ABC-model werd uitgetest. In 2004 werden samen met de thema-experts van de WVVH specifieke ABC-themakaarten ontwikkeld en uitgebracht voor de begeleiding van rookstop (zie figuur), gezonde voedingsgewoonten, gezonde bewegingsgewoonten en begeleiding van risicovol alcoholgebruik¹⁴.

Gedragsverandering gebeurt in fasen die in de tijd en over meerdere patiëntcontacten worden gespreid

Van MI naar minimale gespreksinterventies

De principes van het motivationele interview worden als minimale gespreksinterventies geïntegreerd in de dagelijkse consultvoering. Het verhaal van de patiënt zelf biedt de



Figuur: ABC-themakaart voor de begeleiding van rookstop (recto-verso).

arts veelal aanknopingspunten om zelfmotiverende uitspraken van de patiënt uit te lokken en om deze selectief te versterken (bekrachtigen). Een terloops gestelde vraag: "Heeft u al ooit nagedacht over stoppen met roken?" zet de patiënt aan tot nadenken. De bezorgdheid vergroot en daardoor ook zijn bereidheid tot veranderen. Een afkeurende uitspraak of houding zoals "bah, een meisje met een sigaret, dat is ordinair" of confronterende uitspraken zoals "wil je dat jou hetzelfde overkomt als die man die gisteren begraven werd?" lokken daarentegen meestal weerstand uit. Ook al knikt de patiënt deemoedig, de bereidheid tot 'stoppen met roken' zal niet zijn toegenomen. We kunnen de weerstand omzeilen door een open, niet-oordelende en respectvolle houding. Empathisch luisteren naar de individuele patiënt en hem informeren zijn daarbij belangrijke communicatieve vaardigheden^{15,16}. De uiteindelijke doelstelling is het zelfvertrouwen van de patiënt verhogen. Samen met het toegenomen geloof in het 'kunnen veranderen' vergroot ook de bereidheid tot verandering.

Gesprekstechnische hulpmiddelen

De beslissingsbalans is een nuttig instrument voor de huisarts en daarenboven uitvoerbaar binnen het tijdsbestek van een consultatie. Wat zijn de voordelen en nadelen van een bepaald gedrag voor de patiënt? Dit kan kort worden bevraagd tijdens het consult. De beslissingsbalans kan ook als huiswerkopdracht worden meegegeven. Dit geeft de patiënt extra tijd om meer diversiteit te ontdekken. De arts heeft dan de mogelijkheid om een vervolgsconsult te plannen en ruimte te scheppen voor meerdere onderhandelingen in verschillende fasen.

Om te peilen naar de motivatie tot veranderen verdienen de concepten 'belangrijkheid' en 'vertrouwen' bijzondere aandacht. Het belang dat patiënt aan de verandering van een gedrag hecht, vormt samen met het gevoel van zelfeffectiviteit (vertrouwen dat het lukt), een maat voor de motivatie. Een hoog vertrouwen en belang betekent hoge motivatie. Zijn zowel vertrouwen als belang laag, dan is de bereidheid tot veranderen nog erg beperkt. Is één van beide factoren hoog en de andere laag, dan geeft dit een idee van hetgeen waarop we onze aandacht moeten richten. Het gebruik van de *meetlatmethode* visualiseert dit gegeven voor de patiënt, waardoor zijn inzicht stijgt (zie tabel 2). Deze visualisatie laat de arts overigens toe om er later op terug te komen. De gesprekstechniek volgens de meetlatmethode is een belangrijk hulpmiddel. Maar wellicht nog belangrijker is de interpersoonlijke context die we creëren, en waarin we deze

vaardigheid gebruiken¹⁷. De boodschap is: als coach naast de patiënt gaan staan en hem aanspreken op een manier die bij hem past. Dit betekent dat wij moeten afstemmen op de agenda van de patiënt en op diens snelheid en bereidheid tot verandering.

Knelpunten

Voor patiënten in de precontemplatie- en contemplatiefase zijn een grote uitdaging voor de huisarts. Een vertrouwde handeling voor huisartsen is het voorschrijven van medicatie (nicotinesubstitutie bijvoorbeeld) of een dieet. Nochtans heeft dit weinig zin bij patiënten die in de precontemplatieve fase zitten¹⁸. Iemand die bijvoorbeeld overgaat naar de actiefase van rookstop zal daarentegen wel baat hebben bij nicotinesubstitutie. In de eerste motivatiefasen komt het er eerder op aan de patiënt te helpen zijn inzicht in en kennis van zijn gedrag en specifieke leefstijl te verhogen.

In de praktijk is het niet altijd eenvoudig om juist af te stemmen op de agenda van de patiënt. Huisartsen stuiten immers nogal eens op het dilemma: hoe kan ik werken volgens de agenda van mijn patiënt zonder mijn eigen doel-

stelling, kennis en ervaring te loochenen? Bijvoorbeeld: ik weet als arts dat deze persoon met diabetes zichzelf in de nesten werkt door dieet en medicatie zo slordig op te vol-

Communicatievaardigheden beheersen vraagt oefening

Huisarts:	"Hoe belangrijk is 'vermageringsdieet' voor u op dit moment? Als één' weinig belangrijk is en 'tien' heel belangrijk, geef me dan een cijfer tussen één en tien."
Patiënt:	"Drie!!"
Huisarts:	"Waarom zegt u 'drie' en niet 'één'?"
Patiënt:	"Omdat ik graag wil gaan zwemmen en niet durf nu, zoals ik ben" (werpt een licht op de voordelen van veranderen).
Huisarts:	"En waarom zegt u 'drie' en niet 'tien'?"
Patiënt:	"Mijn vriend gaat graag uit eten. Dat ontspant mij ook en voert me weg van de drukte thuis" (werpt een licht op de nadelen)
Huisarts:	"Wat is er nodig om van 'drie' (x) naar 'vier' (x+1) te gaan?" (vraagt naar welke oplossingen patiënt zelf al ziet)
Patiënt:	"Als ik al aan iemand beloofd zou hebben om mee te gaan zwemmen bijvoorbeeld, dan zou ik misschien wel moeten wat harder mijn best doen..."
Huisarts:	"OK..... Dan heb ik een tweede vraag voor u. Hoeveel vertrouwen hebt u dat het u gaat lukken om dit dieet te volgen? Als één' (...)" enzovoort...., volgens hetzelfde schema.

Tabel 2: Dialoog met betrekking tot de concepten 'belangrijkheid' en 'vertrouwen': illustratie van de 'meetlatmethode'.

gen. Mijn doelstelling als arts is hem 'goed onder controle te krijgen', maar de patiënt lijkt nog niet toe aan deze gedragsverandering. Hoe kunnen we een optimale diabetescontrole verenigen met de (on)bereidheid van de patiënt om zijn gedrag aan te passen? Als oplossing voor dit dilemma wordt een 'deconstructie' van de visie van de hulpverlener ten aanzien van zijn hulpverlenersrol bepleit¹⁹. De arts kan met behulp van motiverende technieken voorwaarden scheppen om 'gezonde' keuzes mogelijk te maken, zonder zijn doelstelling en kennis koste wat het kost aan de patiënt op te dringen. De kennis – het 'weten' – van de hulpverlener is slechts zinvol als ze leidt tot verhoogde zelfcontrole en meer 'personal agency' – de ervaring dat men achter het stuur van zijn eigen leven zit – van de patiënt. Hulpverleners moeten hun kennis en 'deskundigheid' steeds toetsen aan de effecten die ze op anderen hebben. Dit noemt men relationele verantwoordelijkheid. De uiteindelijke verantwoordelijkheid – de beslissing zelf – omtrent een bepaald gedrag ligt bij de patiënt.

Steun van de omgeving (partner en andere leden van het gezin) is voor heel wat patiënten zeer belangrijk. Als gezinsarts is de huisarts hier uitermate goed geplaatst om deze 'belangrijke anderen' te motiveren om een positieve, steunende houding aan te nemen. De nadruk wordt gelegd op het verhogen van de zelfcontrole van de patiënt. Relatiepatronen die de afhankelijkheid versterken kunnen een belemmerende factor zijn in de opbouw van motivatie.

Besluit

De impact van leefstijlfactoren op de levenskwaliteit is groot. Met het ABC-consultmodel willen we huisartsen een handvat geven om, waar mogelijk, gedragsverandering bij hun patiënten professioneel en kwaliteitsvol te begeleiden. Een blijvende opvolging van de gedragsverandering is aangegeven. Daarom is het zinvol dit in het dossier te registreren. Het beheersen van de nodige vaardigheden en de implementatie ervan in het dagelijkse klinisch handelen wordt het best bereikt door specifieke trainingen²⁰.

AUTEURS

G. Thijs is ex-huisarts, projectmedewerker van de afdeling Preventie van de Wetenschappelijke Vereniging van Vlaamse Huisartsen (WVVH) en stafmedewerker bij de LOGO's Limburg en de Limburgse KankerStichting (LIKAS);

M. Van Nuland is huisarts te Maaseik, redactielid van Huisarts Nu en wetenschappelijk medewerker aan het Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde van de K.U.Leuven;

F. Govaerts is huisarts te Willebroek en coördinator van de afdeling Preventie van de Wetenschappelijke Vereniging van Vlaamse Huisartsen (WVVH).

L i t e r a t u u r

- 1 Prochaska JO, Velicer WF. The transtheoretical model of health behavior change. *Am J Health Promot* 1997;12:38-48.
- 2 Miller WR, et al. Motivational interviewing: Preparing people for change. New York: Guilford Press, 2002.
- 3 Miller WR. Motivational interviewing: research, practice, and puzzles. *Addict Behav* 1996;21:835-42.
- 4 Green LW. What can we generalize from research on patient education and clinical health promotion to physician counseling on diet? *Eur J Clin Nutr* 1999;53(Suppl 2):S9-18.
- 5 Hoengenaert J-P. Aanbevelingen voor goede medische praktijkvoering. Stoppen met roken. *Huisarts Nu* 2001;30:242-54.
- 6 Sutton S. Back to the drawing board? A review of applications of the transtheoretical model to substance use. [review] *Addiction* 2001;96:175-86.
- 7 Spencer L, Pagell F, Hallion ME, Adams TB. Applying the transtheoretical model to tobacco cessation and prevention: a review of literature. *Am J Health Promot* 2002;17:7-71.
- 8 Burke BL, Arkowitz H, Menchola M. The efficacy of motivational interviewing: a meta-analysis of controlled clinical trials. *J Consult Clin Psychol* 2003;71:843-61.
- 9 Mullen PD, Simons-Morton DG, Ramirez G, Frankowski RF, Green LW, Mains DA. A meta-analysis of trials evaluating patient education and counseling for three groups of preventive health behaviors. *Patient Educ Couns* 1997;32:157-73.
- 10 Thorogood M, Hillsdon M, Summerbell C. Changing Behaviour. *Clin Evid* 2004;11:98-121.
- 11 Rush BR, Urbanoski KA, Allen BA. Physicians' enquiries into their patients' alcohol use: public views and recalled experiences. *Addiction* 2003;98:895-900.
- 12 Britt E, Hudson SM, Blampied NM. Motivational interviewing in health settings: a review. *Patient Educ Couns* 2004;53:147-55.
- 13 Jaarverslag 2003. Berchem: WVVH, 2004. Besluiten eerste fase en knelpuntannota.
- 14 <http://www.wvvh.be/Page.aspx?id=447>
- 15 Wouda J, van de Wiel H, van Vliet K. Medische communicatie: gespreksvaardigheden voor de arts. Utrecht: de Tijdstroom, 2000.
- 16 Silverman J, Kurtz S, Draper J. Skills for communicating with patients. Oxford: Radcliffe Medical Press Ltd., 1998.
- 17 Loots G, et al. Clients' experiences of couples therapy from a social constructionist perspective. Presentation at the first European conference of brief strategic and systematic therapy, Arezzo (Italy), 6-9 November 2003.
- 18 Greene GW, Rossi SR, Rossi JS, Velicer WF, Fava JL, Prochaska JO. Dietary applications of the stages of change model. *J Am Diet Assoc* 1999;99:673-8.
- 19 Habekotté F. Werken volgens de agenda van de cliënt. *Systeemtherapie* 2001;13:144-55.
- 20 Anderson P, Jane-Llopis E. How can we increase the involvement of primary health care in the treatment of tobacco dependence? A meta-analysis. *Addiction* 2004;99:299-312.

De ABC-themakaarten voor begeleiding van rookstop, gezonde voedingsgewoonten, gezonde bewegingsgewoonten en risicovol alcoholgebruik kunnen worden besteld bij Cil Leytens op het WVVH-secretariaat (03 281 16 16).