

Wetenschappelijk dossier

Motiveren tot gedragsverandering

Aansluitend bij het ABC-model van Domus Medica

- “**De zelfdeterminatie theorie**” (Deci & Ryan)
- “**Het ABC van gedragsverandering**” (Domus Medica,)

“Voeding uitgedokterd” spitst zich vooral toe op het aspect voeding. Daarnaast is er ook aandacht voor gedrags- en bewegingsadviezen die complementair zijn aan voedingsadvisering. Een gecombineerde aanpak sorteert de meeste effecten.

De huisarts treedt hier niet enkel op als belangrijk inhoudelijk expert, hij/zij begeleidt ook de patiënt in het proces van gedragsverandering. De huisarts stemt de inhoud van de begeleiding af op de specifieke kenmerken en noden van de individuele patiënt.

Om de kans op een blijvende gedragsverandering te maximaliseren kiest de huisarts voor een ondersteunende en niet-dwingende communicatiestijl.

Inhoud

> **Rol van de huisarts**

- De levensstijl van een patiënt heeft een belangrijke invloed op zijn gezondheid.
- De huisarts speelt een belangrijke rol in de preventieve gezondheidszorg en gezondheidspromotie.
- Richtlijnen meedelen is niet voldoende.
- De huisarts als procesbegeleider.

> **Kernboodschappen gedragsverandering**

- Theoretisch kader
- Positionering ten opzichte van het ABC-model van Domus Medica.
- Voeding aansnijden
- Coachen voor verandering
 - Veranderingsstrategieën
 - Omgaan met twijfel
 - Omgaan met weerstand
- Het verdere proces

Rol van de huisarts

De levensstijl van een patiënt heeft een belangrijke invloed op zijn gezondheid.

Voedingsgewoonten spelen een belangrijke rol in vaak voorkomende gezondheidsproblemen zoals overgewicht en obesitas, diabetes, hart- en vaatziekten en osteoporose (zie de betreffende dossiers). De levensstijl verbeteren is dan ook een belangrijk aandachtspunt bij de preventie en de behandeling van deze welvaartsziekten.

De huisarts speelt een belangrijke rol in de preventieve gezondheidszorg en gezondheidspromotie

Huisartsen bekleden een positie die hen uitermate geschikt maakt om de bevolking te helpen bij het veranderen van haar levensstijl. Als hulpverlener in de eerste lijn zijn huisartsen voor de meeste bevolkingsgroepen erg toegankelijk en kunnen zij met de meeste patiënten een vertrouwensrelatie opbouwen gedurende regelmatige contacten doorheen de jaren^(12,13,7,8). Dit laat hen ook toe de gezondheidstoestand en levensstijl van hun patiënten over lange periodes op te volgen. Daarenboven vinden de meeste huisartsen preventie een belangrijke deelopdracht binnen hun functie⁽¹¹⁾.

Richtlijnen meedelen is niet voldoende

Traditioneel is de huisarts de expert die vanuit zijn rol als medische autoriteit aan de patiënt meedeelt wat deze best verandert aan zijn voeding (bv. meer melkproducten en fruit eten, minder snoepen) en aan zijn bewegingspatroon (bv. vaker te voet gaan of fietsen). Het louter meedelen van richtlijnen, blijkt vaak echter onvoldoende om een blijvende verandering uit te lokken. Zeker als het gaat om preventieve aanbevelingen, is de opvolging door patiënten erg laag^(zie o.a. 5,3,9,10). Deze aanpak blijkt op verschillende problemen te stuiten:

- *Verhoogde weerstand*: als richtlijnen worden opgelegd vanuit een autoritaire positie, kan de patiënt zich bedreigd voelen in zijn eigen beslissingsrecht, waardoor de persoonlijke motivatie om te veranderen zal afnemen⁽⁴⁾.
- *Meer schijnaanpassing*: de patiënt zegt wel zijn levensstijl te willen veranderen, maar heeft daar eigenlijk geen echte intentie toe. Als arts verliest men dan het zicht op de gezondheidstoestand van de patiënt.
- *Sneller herval*: als de patiënt verandert om tegemoet te komen aan de vraag van de huisarts in plaats van uit eigen keuze, is er een grotere kans op herval⁽¹⁴⁾.
- *Geen oplossing voor hindernissen*: zelfs als de patiënt wil kiezen om te veranderen, ervaart hij misschien barrières die hij niet zelf weet te overwinnen (bv. geen vertrouwen in eigen kansen om te veranderen, niet de juiste vaardigheden om het advies op te volgen).

De huisarts moet op de hoogte zijn van de richtlijnen voor een gezonde en evenwichtige voeding. Daarnaast ontplooit hij zich best ook in een tweede rol, met name als begeleider van het veranderingsproces dat de patiënt doormaakt.

De huisarts als procesbegeleider

Als het de bedoeling is om een patiënt een gezondere levensstijl te laten aannemen, dan is het cruciaal dat hij zelf ook een centrale rol opneemt in zijn veranderingsproces. Een passieve rol waarin hij uitsluitend luistert naar de expertise van de huisarts is niet genoeg. De patiënt moet gestimuleerd worden om een actieve rol op te nemen en mee de verantwoordelijkheid te dragen voor zijn gezondheid. De huisarts focust daarom niet uitsluitend op het meedelen van voedingsrichtlijnen, maar wordt tevens een coach⁽⁶⁾. Hij geeft daarbij ruime aandacht aan de begeleiding van het veranderingsproces, zodat de patiënt gesteund wordt in het maken van zijn eigen keuzes op zijn eigen tempo. Bij deze patiëntgestuurde procesbegeleiding^(zie o.a. 1,2,12) ligt de focus op:

- *het versterken van de interne motivatie van de patiënt*: inspelen op de noden en vragen van de patiënt kan zijn interne motivatie versterken.
- *het ondersteunen van de patiënt bij het overwinnen van zijn barrières*: de patiënt helpen zelf oplossingen te zoeken voor de barrières in het veranderingsproces verhoogt zijn zelfvertrouwen in het feit dat hij zelf kan veranderen en zichzelf kan overtreffen.
- *het volgen van de weerstand van de patiënt*: als de patiënt weerstand toont tegen verandering, heeft het geen zin te proberen hem te overtuigen of te dwingen. Dit roept meestal meer weerstand op. Bij weerstand is het net aangewezen om de keuzes van de patiënt te volgen. Door niet in gevecht te gaan, vergroot immers de openheid van de patiënt en de kans dat hij op een later moment wel bereid is om te veranderen.

Op deze manier ondersteunt de huisarts het levenslange engagement van zijn patiënt voor een gezonde levensstijl.

Om gezonde voedingsgewoonten te ondersteunen bij hun patiënten, hebben huisartsen zowel behoefte aan inhoudelijke kennis rond voeding (richtlijnen gezonde voeding, rol in welvaartsziekten) als aan kennis van gedragsveranderingstechnieken. In dit wetenschappelijk dossier wordt een model voorgesteld dat praktische handvaten aanreikt om de procesbegeleiding op te nemen binnen het huisartsenconsult.

Kernboodschappen gedragsverandering

✓ Theoretisch kader

De voorbije decennia werden verschillende modellen ontwikkeld om gezondheidsgedrag en gedragsverandering te verklaren (zie bijlage 1). Het *transtheoretisch model* van gedragsverandering, gepresenteerd door Prochaska en DiClemente, was daarbij het meest toonaangevende model. Voor klinici blijft dit een interessant kader als vertrekpunt om het procesmatige denken te benadrukken. Vanuit wetenschappelijke hoek wordt deze benadering echter steeds sterker in twijfel getrokken (zie bijlage 2).

De laatste jaren wordt vooral de *zelfdeterminatietheorie* (zie bijlage 3) naar voor geschoven, een model met een veel sterkere wetenschappelijke onderbouwing. De benadering die in dit dossier wordt voorgesteld vertrekt dan ook vanuit dit kader, maar integreert de veranderingstechnieken van andere benaderingen. *Motivationaleel interviewen* (zie bijlage 4) wordt vooropgesteld als communicatiestijl.

✓ Positionering ten opzichte van het ABC-model van Domus Medica

Domus Medica (www.domusmedica.be) presenteerde in 2004 het ABC-model als een kader voor begeleiding van gedragsverandering binnen de huisartsenpraktijk^(13,3): Anamnese van het voedingsgedrag, Begeleiding aangepast aan de noden van de patiënt en zorgen voor Continuiteit door opvolging.

De benadering in dit dossier loopt vrij parallel met het ABC-model en bestaat uit de volgende drie fasen:

- In de eerste fase wordt het voedingsgedrag aangesneden met de patiënt. De focus ligt hier op het creëren van openheid bij de patiënt en het verhogen van de motivatie om dit gedrag te veranderen.

- In de tweede fase wordt de patiënt gecoacht om zijn gedrag ook effectief te veranderen. In het ABC-model wordt in de begeleidings-fase onderscheid gemaakt tussen de verschillende fasen van gedragsverandering. Omwille van de wetenschappelijke kritiek hierop wordt deze opsplitsing opgegeven. Wel wordt een uitgewerkt overzicht gegeven van verschillende technieken die de huisarts kan integreren in zijn consult om zijn patiënt te coachen.
- In de derde fase wordt de patiënt opgevolgd en ondersteund om zijn verandering van levensstijl verder te zetten.

✓ Voeding aansnijden

1) Controleer openheid bij de patiënt

Bevraag of de patiënt bereid is samen met u zijn voedingsgedrag te bekijken.

Deze vraag kan gemotiveerd worden door te verwijzen naar de voordelen van een gezonde voeding (bv. de vermindering van het risico op welvaartsziekten, meer energie). Bij gedragingen die langdurig moeten worden volgehouden is het beter de nadruk te leggen op de voordelen van het gewenste gedrag dan op de nadelen van het ongewenste gedrag. Als de patiënt weigert, zie "Omgaan met weerstand".

2) Anamnese voedingsgedrag en feedback

Bevraag het voedingsgedrag van de patiënt, eventueel met behulp van de themakaarten.

Vragen of hij al dan niet voldoet aan de richtlijnen gaat sneller, maar vragen naar de hoeveelheden die hij eet (bv. hoeveel melkproducten gebruikte je gisteren?) geeft een nauwkeuriger beeld. Kies voor een positieve focus en benadruk wat de patiënt al goed doet of waar hij al in de goede richting gaat.

3) Inventariseer gewenste verandering

Bevraag of de patiënt zelf bepaalde veranderingen wenst aan te brengen in zijn voedingspatroon, eventueel met behulp van de themakaarten.

Als de patiënt veranderingen voorstelt die volgens u niet prioritair zijn in functie van zijn gezondheid, is het aangewezen hem daar toch in te volgen. Vermits de patiënt zelf gemotiveerd is om dat gedrag te veranderen, is er een grotere kans op slagen. Later kan op die succeservaring worden verder gebouwd om ook andere aspecten van de voeding te veranderen. Als de patiënt vraagt welke veranderingen medisch het belangrijkste zijn, dan geeft u best antwoord op een neutrale manier: louter informatief, zonder een keuze op te leggen. Op die manier kan de patiënt nog altijd zelf zijn eigen beslissingen nemen.

Als de patiënt geen veranderingen wenst, zie "Omgaan met weerstand".

Als de patiënt aangeeft dat hij er niet in gelooft iets te kunnen veranderen (bv. ik heb niet genoeg karakter, ik heb te weinig tijd), zie "Omgaan met weerstand: stap per stap werken".

4) Engageer de patiënt

Als de patiënt eigen doelen heeft vastgelegd om zijn voedingsgedrag te veranderen, kies dan een van de veranderingsstrategieën (zie verder).

Eventueel kan u ook gericht doorverwijzen (bv. naar een diëtist). In dat geval kan u best afspreken dat u telefonisch, via e-mail of bij een volgend consult terug opvolgt hoe het proces van de patiënt verder is gelopen.

Als de patiënt nog twijfelt, zie "Omgaan met weerstand: afwegen van voor- en nadelen".

Als de patiënt aangeeft nog geen verandering te willen opstarten, zie "Omgaan met twijfel en weerstand".

✓ Coachen voor verandering

• **Veranderingsstrategieën**

Hieronder krijgt u een overzicht van verschillende technieken die u kan gebruiken om het veranderingsproces van uw patiënt te ondersteunen. Sommige sluiten op elkaar aan, maar ze kunnen ook los van elkaar worden gebruikt.

1) Formuleer gezonde doelen en een gezond plan

Vraag de patiënt welke doelen hij zichzelf stelt (bv. wat zou u graag anders zien in uw voeding?) en geef feedback. Een goed doel

- is realistisch en liefst op kortere termijn haalbaar: op die manier ervaart de patiënt snel succes, waardoor hij meer zelfvertrouwen krijgt.
- focust op gedrag: er wordt best gekozen voor een gedrag dat de patiënt zelf onder controle heeft (bv. elke dag een glas melk bij het ontbijt). Gewicht is niet aangewezen als doel omdat de patiënt dat slechts onrechtstreeks kan beïnvloeden (bv. via voeding en beweging).
- is concreet: hoe duidelijker het doel wordt omschreven (bv. timing, lokatie) hoe meer het zal motiveren.

Als de patiënt een doel heeft gekozen, kan u hem via open vragen helpen zelf een veranderingsplan op te stellen, bijvoorbeeld: wanneer zou je die yoghurt willen eten? hoe kan je jezelf eraan doen denken?

2) Organiseer steun uit de omgeving van de patiënt

Verandering is gemakkelijker vol te houden als de patiënt voelt dat hij gesteund wordt. Ga daarom samen met de patiënt op zoek naar mensen in zijn omgeving (bv. partner, vrienden, collega's) die hem willen steunen (bv. geheugensteuntjes geven, motiveren, mee veranderen).

3) Help praktische hindernissen overbruggen

Als een patiënt zijn levensstijl wil veranderen, zal hij waarschijnlijk bepaalde hindernissen tegenkomen (bv. geen kennis van gezonde recepten, te weinig tijd, kinderen lusten het niet). Ga daarom op voorhand samen met de patiënt op zoek naar ideeën om de hindernissen die hij verwacht te overwinnen. Als de patiënt dat wenst, kan u hem vertellen over strategieën waar andere patiënten mee geholpen waren (bv. verwijzingen naar een website met gezonde gerechten of naar een diëtist, winkellijstje maken voor drie dagen en winkelen inplannen op weg van werk naar huis), maar laat zoveel mogelijk uit de patiënt zelf komen.

4) Introduceer nieuwe patronen

Veel gedrag is een gewoonte (bv. chips eten voor de televisie). Ga samen met de patiënt op zoek naar zijn ongezonde gewoontes en help hem om alternatieven te vinden (bv. een handvol druiven, appelschijfjes of een schaalvla eten voor de televisie). Het aanleren van nieuwe gewoontes gaat makkelijker dan het afleren van oude gewoontes.

5) Benadruk het leerproces

Voor de meeste patiënten is verandering van levensstijl een proces van vallen en opstaan. Stel de patiënt daarom op voorhand gerust dat het normaal is als hij zijn gezonde levensstijl niet onmiddellijk kan volhouden. Hij moet dan niet teleurgesteld zijn in zichzelf, maar uit die ervaring leren (bv. herkennen van risicosituaties of ongezonde gewoontes) zodat hij niet meer in dezelfde valkuil trapt.

6) Creëer geheugensteuntjes

Als de patiënt zijn gedrag wil veranderen, dan vraagt dat in het begin bewuste aandacht. Kleine geheugensteuntjes die hij regelmatig ziet en die hem doen denken aan zijn doelen, kunnen dan een handig hulpmiddel zijn (bv. de doelen opschrijven en plakken op de snoepkast). Sommige patiënten komen hierbij erg creatief over de brug.

• **Omgaan met twijfel**

Soms kan een patiënt twifelen over al dan niet veranderen. Dit kan verschillende oorzaken hebben, bijvoorbeeld

- angst voor het onbekende: de patiënt weet niet waaraan hij zich moet verwachten, zal hij de verandering wel kunnen volhouden, hoe gaat zijn omgeving reageren?
- geen vertrouwen: de patiënt gelooft niet dat hij gezond zal kunnen koken en overschat de inspanningen die nodig zijn om gezonder te leven.

Het kan verleidelijk zijn om de twifelende patiënt te sturen in zijn keuze. Zo ontstaat echter het risico dat de patiënt bij de eerste tegenslag al afhaakt. Typische uitspraken zijn dan: "Als ik dat had geweten was ik er niet aan begonnen", "Zie je wel dat het niks voor mij is", enz. Het is daarom beter dat de patiënt expliciet zelf die twijfel oplost en een keuze maakt. Onderstaande technieken kan u gebruiken om de patiënt doorheen dat proces te loodsen.

1) Check de kennis van de patiënt

Soms heeft een patiënt verkeerde ideeën rond gezonde voeding in het algemeen. Met open vragen kan u achter zijn kennis polsen: Wat is voor u een gezonde voeding? Hoe ziet uw ideale ontbijt eruit?... Als de patiënt daar toestemming voor geeft, kan u hem daaromtrent dan de juiste informatie meegeven (tijdens het consult of op papier).

2) Verken de voor- en nadelen van verandering

Overloop samen met de patiënt de voor- en nadelen van veranderen. Noteer deze in twee kolommen, zodat jullie deze gemakkelijk kunnen bespreken: Aan welke kant staan de meeste redenen? Welke argumenten zijn het belangrijkste? Zijn er oplossingen te vinden om de nadelen te voorkomen?... Op die manier krijgt de patiënt een beter zicht op zijn eigen motivatie en wat het hem moeilijk maakt om te veranderen.

Als de patiënt geen inspiratie (meer) heeft, kan u andere argumenten aanhalen en afchecken bij de patiënt of die voor hem ook een rol spelen.

Dit is ook een opdracht die u de patiënt mee kan geven naar huis.

3) Logboek om zelfbewustzijn te verhogen

Soms denkt een patiënt gezonder te eten dan in werkelijkheid het geval is. Om hem te helpen een beter zicht te krijgen op zijn eigen eetgedrag, kan u hem voorstellen om een paar dagen een logboek bij te houden van wat hij allemaal eet en drinkt. Als de patiënt hiermee akkoord gaat, geeft dit een pak informatie die de basis kan zijn voor een volgend gesprek.

4) Stap per stap werken

Vaak overschatten patiënten de opofferingen die ze moeten doen omdat ze denken dat ze ineens moeten voldoen aan het ideaal van de gezonde levensstijl. In realiteit is het echter vooral belangrijk dat ze kleine dingen veranderen en zo stapsgewijs opbouwen naar een gezondere levensstijl. Als u merkt dat de patiënt de lat te snel te hoog legt en daardoor de motivatie verliest, stel hem dan gerust dat dit niet de bedoeling is. Misschien ziet hij een paar kleinere stappen in de goede richting dan wel als haalbaar. Het zelfvertrouwen dat hieruit groeit kan dan aanleiding zijn om volgende stappen te nemen.

5) Bevestig veranderingsuitspraken

Zelfs als een patiënt aangeeft te twifelen of niet klaar te zijn om zijn voedingsgedrag te veranderen, zal hij vaak in zijn verhaal toch uitspraken doen die passen binnen een proces van verandering (bv: 'ik zou eigenlijk moeten, maar...', 'ik ben er nu nog niet klaar voor, maar...'etc). Reageer positief op die kleinere maar zeer belangrijke signalen (bv. 'ik vind het fijn dat u zich al bewust bent van de voordelen; misschien kunnen we het later terug opnemen als het beter past'). Opnieuw: Het heeft geen nut om te proberen de patiënt te overtuigen. Als de patiënt merkt dat zijn/haar tempo wordt gerespecteerd, dan is de kans groter dat hij dit zelf opdrijft

• **Omgaan met weerstand**

Als de patiënt weerstand toont, betekent dit dat hij *op dat moment* niet bereid is om zijn levensstijl te veranderen, misschien zelfs niet om deze te bespreken. Dit kan verschillende oorzaken hebben, bijvoorbeeld

- hulpeloosheid: de patiënt heeft al geprobeerd om zijn gedrag te veranderen maar doordat dit niet lukte, gelooft hij niet meer in zijn kansen; de patiënt wil een nieuwe ontgoocheling vermijden.
- andere prioriteiten: de patiënt heeft doelstellingen die voor hem belangrijker zijn dan een gezonde voeding (bv. carrière maken).
- defensieve reactie: als de patiënt zich gedwongen voelt om bepaalde keuzes te maken, kan hij dit weigeren om zijn eigen beslissingsrecht te beschermen.

Als een patiënt nog niet klaar is om te veranderen, dan heeft het geen zin om te proberen deze verandering af te dwingen. Dit zal alleen maar de weerstand vergroten. Hieronder vindt u een overzicht van verschillende technieken die de interne motivatie van de patiënt kunnen verhogen én een positief contact met uw patiënt kunnen bevorderen.

1) Toon begrip voor de weerstand

Als de patiënt ervoor kiest om zijn voeding niet te bespreken of om niets te veranderen, dan heeft hij daar zijn redenen voor. U geeft dan best aan dat u merkt dat de patiënt het een moeilijk onderwerp vindt en informeert naar de oorzaak daarvan. Bevestig vervolgens dat u kan begrijpen dat veranderen onder die omstandigheden niet voor de hand ligt. Op die manier krijgt de patiënt het gevoel dat er echt naar hem wordt geluisterd en dat zijn mening wordt gerespecteerd. Zo blijft de vertrouwensrelatie tussen huisarts en patiënt behouden én ontstaat er meer openheid bij de patiënt op langere termijn.

2) Hou de deur open voor latere samenwerking

Als het gesprek met de patiënt duidelijk maakt dat hij niet klaar is voor verandering, is het aan te raden om niet te proberen de patiënt te overtuigen om dit nu toch al te doen. Als de keuze van de patiënt gevolgd wordt, blijft namelijk de mogelijkheid om een opening te maken voor de toekomst. Geef daarom als afsluiting de boodschap mee dat u begrijpt dat het niet het goede moment is voor de patiënt om te veranderen, maar dat hij zeker welkom is als hij van gedacht verandert. Eventueel vraagt u ook of u zelf dit onderwerp later nog eens aan bod mag laten komen.

3) Exploreer negatieve en irreële opvattingen

Soms heeft een patiënt verkeerde ideeën over gezonde voeding (bv. "Dan mag ik nooit meer iets lekkers eten", "Dan rest mij alleen nog maar konijnenvoer!"). U kan dit verkennen door open vragen te stellen: "Wat denk je over...?", "Wat moet ik me erbij voorstellen als je zegt...?", "Wat verwacht je dat er zou gebeuren als..?", enz.. Als het idee van de patiënt niet realistisch is, kan u dit bijsturen indien en nadat de patiënt daar

zijn toestemming voor geeft (“Dat klopt niet helemaal. Zal ik je vertellen hoe de vork in de steel zit?”).

4) Stap per stap werken

Vaak overschatten patiënten de opofferingen die ze moeten doen omdat ze denken dat ze ineens moeten voldoen aan het ideaal van de gezonde levensstijl. In realiteit is het echter vooral belangrijk dat ze kleine dingen veranderen en zo stapsgewijs evolueren naar een gezondere levensstijl. Als u merkt dat de patiënt de lat te snel te hoog legt en daardoor de motivatie verliest, stel hem dan gerust dat dit niet de bedoeling is. Misschien ziet hij een paar kleinere stappen in de goede richting dan wel als haalbaar. Het zelfvertrouwen dat hieruit groeit kan dan aanleiding zijn om volgende stappen te nemen.

5) Bevestig veranderingsuitspraken

Zelfs als een patiënt aangeeft te twifelen of niet klaar te zijn om zijn voedingsgedrag te veranderen, zal hij in zijn verhaal toch vaak uitspraken doen die passen binnen een proces van verandering (bv: “Ik zou eigenlijk moeten, maar...”, “Ik ben er nu nog niet klaar voor, maar...” enz.). Reageer positief op dergelijke kleine maar zeer belangrijke signalen (bv. “Ik vind het fijn dat u zich al bewust bent van de voordelen. Misschien kunnen we het later terug opnemen als het beter past”). Opnieuw: het heeft geen zin om te proberen de patiënt te overtuigen. Als de patiënt merkt dat zijn tempo wordt gerespecteerd, dan is de kans ook groter dat hij dit zelf zal opdrijven.

✓ **Het verdere proces**

Veranderen van levensstijl is een langdurig proces. Niet alleen vraagt het tijd om gezonde gewoontes aan te leren, ze moeten ook een leven lang worden volgehouden.

Toch mag de impact van zelfs een korte, eenmalige interventie van u als huisarts niet worden onderschat. Een uitspraak die voor u misschien beperkt lijkt, kan achteraf gezien veel processen in gang zetten bij de patiënt.

Als u de kans hebt om ook het verdere proces op te volgen, dan kan u het verder ook blijven ondersteunen en versterken. De volgende richtlijnen zijn dan van toepassing.

1) De afspraken bijhouden en eventuele opvolging plannen

Om de continuïteit te verzekeren, noteert u best de gemaakte afspraken in het dossier van de patiënt. Dit kan u helpen om bij een volgende consult, eventueel met een andere aanleiding, toch even terug te checken hoe het proces verlopen is.

Eventueel kan u, als u en de patiënt het belangrijk vinden, zelfs op het einde van het eerste consult afspraken maken over verdere opvolging (hoe, bv. telefonisch, bij een volgend consult, op specifieke afspraak... en wanneer, bv. na 2 weken, na 6 maanden). Voor de patiënt kan deze opvolging een extra motivatie zijn om de verandering ook echt op te starten en vol te houden. Niet alleen voelt hij dan controle, hij weet ook dat hij terug beroep kan doen op uw steun.

2) De patiënt haalt zijn veranderingsdoel

Als de patiënt zijn doel haalt, versterkt u zijn zelfvertrouwen door te benadrukken dat zijn inspanningen resultaat hebben opgeleverd. De patiënt kan dan in overleg met u kiezen om hetzelfde doel te behouden voor een volgende periode, de lat hoger te leggen of een ander aspect van de voeding als doel te nemen. U kan dan gebruik maken van dezelfde techniek of van een van de alternatieven.

3) De patiënt haalt zijn veranderingsdoel niet (helemaal)

Als de patiënt zijn doel niet (helemaal) haalt, is hij waarschijnlijk teleurgesteld. Relatieveer dit dan door hem eraan te herinneren dat veranderen een proces is van vallen en opstaan. Focus

verder op de momenten dat hij zijn doel wel heeft gehaald (bv. elke dag ontbijten is niet gelukt, maar 4 dagen op 7 wel) zodat de patiënt daar vertrouwen uit kan halen. Vervolgens worden de andere momenten gebruikt om uit te leren, zodat de patiënt sterker staat voor de toekomst.

4) De patiënt had geen veranderingsdoel

Als uw patiënt tijdens het vorige consult niet klaar was om over zijn voeding te spreken of er iets aan te veranderen, kreeg u misschien wel toestemming om er later op terug te komen op een meer geschikt moment. U kan hem dan terug polsen of er ondertussen iets is veranderd en of hij nu wel klaar is om zijn voeding te bespreken of er iets aan te veranderen.

Literatuur

1. Britt, Hudson & Blampied (2002). Motivational interviewing in health settings: a review. *Patient education and counseling*, 53, 147-155.
2. Brug, Spikmans, Aartsen, Breedveld, Bes & Ferreira (2007). Training dietitians in basic motivational interviewing skills results in changes in their counseling style and in lower saturated fat intakes in their patients. *Journal of nutrition education and behavior*, 39(1), 8-12.
3. Domus Medica (2008). Het ABC van gedragsverandering. <http://www.domusmedica.be/het-abc-van-gedragsverandering.html>.
4. Gance-Cleveland (2007). Motivational interviewing: improving patient education. *Journal of pediatric health care*, 21(2), 81-88.
5. Gans, Ross, Barner, Wylie-Rosett, McMurray & Eaton (2003). REAP and WAVE: new tools to rapidly assess/discuss nutrition with patients. *Journal of nutrition*, 133(2), 556S-562S.
6. Gollay, Lager, Chambouleyron, Carrard & Lasserre-Moutet (2008). Therapeutic education of diabetic patients. *Diabetes / metabolism research and reviews*, 24, 192-196.
7. Grandes, Sánchez, Cortada, Balague, Calderon, Arrazola, Vergara & Millan (2008). Is integration of healthy lifestyle promotion into primary care feasible? Discussion and consensus sessions between clinicians and researchers. *BMC Health services research*, Oct. 14, 8:213.
8. Grandes, Sánchez, Torcal, Sánchez-Pinilla, Lizarrage & Serra (2008). Targetting physical activity promotion in general practice: characteristics of inactive patients and willingness to change. *BMC Public health*, May 22, 8:172.
9. Hayes & Kalmakis (2007). From the sidelines: coaching as a nurse practitioner strategy for improving health outcomes. *Journal of the American academy of nurse practitioners*, 19(11), 555-562.
10. Levensky, Forcehimes, O'Donohue & Beitz (2007). Motivational interviewing, an evidence-based approach to counseling helps patients follow treatment recommendations. *American journal of nursing*, 107(10), 50-58.
11. Meganck, Thijs, Wertelaers & Bamelis (2005). Limburgse huisartsen en preventie. Onderzoek in opdracht van Provincie Limburg. UHasselt.
12. Smet & De Geeter (2007). Huisartsen, pediaters en diëtisten: verschillende meningen over gezonde voeding. *Nutrinews*, 3, 3-8.
13. Thijs (2007). GP's consult & health behaviour change project – Developing a programme to train GPs in communication skills to achieve lifestyle improvements. *Patient education and counseling*, 67, 267-271.
14. Vansteenkiste & Verstuyf (2008). Hoe een gezonde levensstijl stimuleren? Hulpverleners als motivatiepsychologen. Brochure cardiovasculaire preventie – Vitelma.

Bijlage 1

Een overzicht van de belangrijkste modellen van gezondheidsgedrag en gedragsverandering

De voorbije decennia werden verschillende modellen en theorieën naar voor geschoven in een poging om gezondheidsgedrag en gedragsverandering te verklaren. Deze modellen trachten elk op hun manier inzicht te geven in gedragsdeterminanten, de factoren die het voorkomen van een bepaald gedrag bepalen. De belangrijkste theorieën die nog steeds dienst doen als basis voor het ontwikkelen van interventies voor gezondheidspromotie en (motiveren tot) gedragsverandering worden kort voorgesteld.

1. Leertheorieën
2. Sociaal Cognitieve Theorie
3. Health Belief Model
4. Protection Motivation Theory
5. Theory of Reasoned Action
6. Theory of Planned Behaviour
7. Theorieën in verband met doelen stellen en doelgericht gedrag
8. Theorieën van automatisch gedrag en gewoonten
9. Transtheoretisch model van gedragsverandering
10. Zelfdeterminatietheorie
11. Motivationaleel interviewen
12. Precaution-adoption process model
13. Integrated Change Model
14. Sociaal-ecologische modellen

Uitgebreide beschrijvingen van deze benaderingen zijn terug te vinden in verschillende boeken (zie referenties). Wel is het zo dat eenzelfde model in verschillende boeken licht verschillend kan worden voorgesteld. In deze bespreking wordt daarom de essentie van elk model weergegeven.

Referenties

- Bartholomew, Parcel, Kok & Gottlien (2006) (Eds.). *Planning health promotion programs – an intervention mapping approach*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Glanz, Rimer & Lewis (2002) (Eds.). *Health behavior and education: theory, research and practice (3rd edition)*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Kaptein & Weinman (2004) (Eds.). *Health psychology*. Oxford: Blackwell Publishers & British Psychological Society.
- Victoir (2006). *Diggin into adolescents' health behaviours: from measurement to targeting*. <https://repository.libis.kuleuven.be/dspace/handle/1979/439>.

1. Leertheorieën

Leertheorieën (LT) vormen de basis van de meeste theorieën in de gedragswetenschappen. Vermits de principes van de LT aan de basis liggen van de volgende modellen van gezondheidsgedrag en gedragsverandering, is het noodzakelijk om deze hier kort voor te stellen.

De basisassumptie van LT is dat gedrag gevormd wordt op basis van ervaring en dat dit leren adaptief is. De twee belangrijkste invalshoeken binnen de LT zijn de klassieke en de operante conditionering.

De **klassieke conditionering** vertrekt vanuit een bestaande relatie tussen een ongeconditioneerde stimulus (bv. chemotherapie) en een reactie daarop (bv. misselijkheid). Deze relatie bestaat zonder leerproces. Als deze ongeconditioneerde stimulus altijd samen met een andere stimulus voorkomt (bv. naar het ziekenhuis gaan), wordt deze andere stimulus door een leerproces ook geassocieerd met dezelfde reactie (misselijkheid). Dit leerproces speelt vaak onbewust.

De **operante conditionering** beschrijft de mogelijke processen van gedragsbekrachtiging. Of een gedrag meer dan wel minder zal optreden, hangt daarbij af van het type bekrachtiging (het effect dat het gevolg is van het stellen van het gedrag).

Zo zal het gedrag meer voorkomen als het gevolgd wordt door:

- het optreden van een positief effect
- het verdwijnen van een negatief effect
- het niet optreden van een verwacht negatief effect

Het gedrag zal verminderen als het gevolgd wordt door:

- het optreden van een negatief effect
- het verdwijnen van een positief effect
- het niet optreden van een verwacht positief effect

Vaak heeft gedrag verschillende effecten op verschillende termijnen. Onderzoek toonde aan dat mensen eerder kiezen voor een kleinere positieve beloning die direct ter beschikking is (lekkere smaak van eten) dan voor de grote positieve beloning op lange termijn (een gezonde oude dag).

2. Sociaal Cognitieve Theorie

De Sociaal Cognitieve theorie (SCT) beschrijft zowel determinanten van gedrag als het daarbij aansluitende proces van gedragsverandering. De belangrijkste gedragsdeterminanten in de SCT zijn:

- **Verwachte resultaten** (outcome expectations): het resultaat dat de persoon verwacht als hij/zij een bepaald gedrag stelt. Resultaatswaardering (outcome expectancies) verwijst naar de waarde die de persoon hecht aan een bepaald resultaat.
- **Zelfeffectiviteit**: het vertrouwen dat een persoon heeft dat hij / zij in staat is een bepaald gedrag te stellen.
- **Gedragsbekwaamheid**: de werkelijke bekwaamheid van een persoon om het gedrag te stellen (zelfeffectiviteit verwijst naar de zelfwaargenomen bekwaamheid). Hierbij speelt zowel de kennis over het gedrag een rol, als de vaardigheid om het uit te voeren.

Binnen de SCT krijgt ook het waargenomen gedrag van anderen een belangrijke rol als determinant én als strategie voor gedragsverandering: veel van het menselijk gedrag is volgens deze theorie namelijk aangeleerd door **observatieel leren**. Daarenboven zullen mensen een bepaald gedrag meer gaan stellen als ze observeren dat andere personen positief beloond worden voor dat gedrag.

In het kader van het aanleren van gezond gedrag kan hierop ingespeeld worden door het aanbieden van positieve modellen. Het is dan wel aangewezen voor het observationeel leren een model te gebruiken dat

- zo nauw mogelijk aansluit bij de doelgroep om de identificatie met het model te bevorderen;
- een voorbeeld geeft van hoe moeilijke situaties gehanteerd kunnen worden (coping model) eerder dan een ideaal model dat onmiddellijk het nieuwe gedrag stelt (mastery model);
- beloond wordt voor het gezonde gedrag.

Ook de **objectieve omgeving**, het geheel van alle factoren die buiten de persoon liggen (dus los van de subjectieve waarneming van persoon), heeft een belangrijke invloed die niet altijd bewust ervaren wordt. Het gaat hier zowel om de sociale omgeving (familie, vrienden...) als om de fysieke omgeving (bijvoorbeeld de beschikbaarheid en prijs van gezonde voeding). De omgeving kan het stellen van gezond gedrag bemoeilijken of faciliteren door het ter beschikking stellen van middelen en mogelijkheden om het gezonde gedrag te stellen. Hoewel zelfeffectiviteit bepaalt hoeveel inspanning mensen leveren, zullen de objectieve mogelijkheden mee bepalen wat het uiteindelijke resultaat van deze inspanning zal zijn.

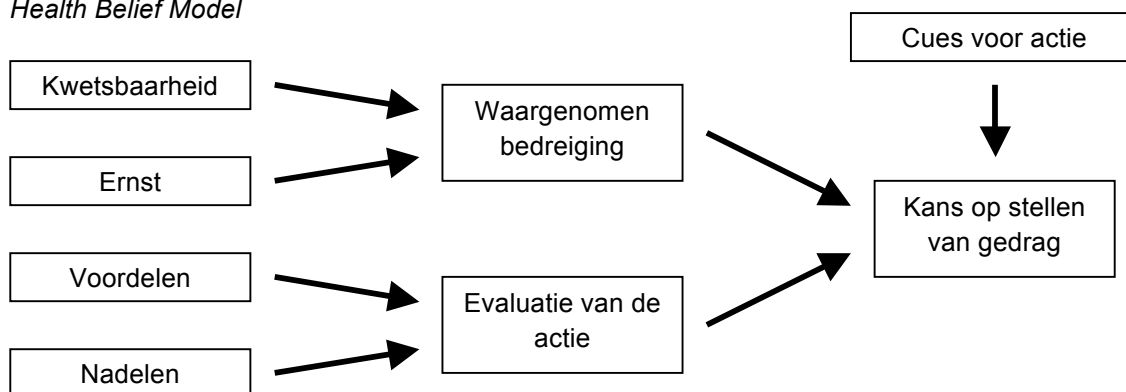
3. Health Belief Model

Het Health Belief Model (HBM) wordt in de literatuur benoemd als de grootvader van alle modellen van gezondheidsgedrag. Het werd ontwikkeld in een poging te verklaren waarom mensen zich soms wel en soms niet houden aan gezondheidsvoorschriften. Volgens dit model hangt die keuze af van 4 beoordelingen:

- **Waargenomen kwetsbaarheid:** hoe hoog schat de persoon zijn risico om een bepaalde ziekte op te lopen?
- **Waargenomen ernst:** hoe ernstig schat de persoon de gevolgen in, mocht hij/zij die ziekte oplopen?
- **Waargenomen voordelen:** hoeveel voordeel denkt de persoon te kunnen halen uit het volgen van de gezondheidsvoorschriften?
- **Waargenomen nadelen:** hoeveel nadeel denkt de persoon te ondervinden van de gezondheidsvoorschriften?

De eerste twee beoordelingen vormen de waargenomen gezondheidsbedreiging, de laatste twee een oordeel over de actie, met name het volgen van de gezondheidsvoorschriften. In combinatie bepalen ze de kans dat de persoon een bepaald gedrag stelt.

Health Belief Model



Doorheen de jaren werden verschillende aanpassingen gemaakt aan het model. Zo werd onder andere ook het concept 'cues' opgenomen in het model. Cues worden gedefinieerd als signalen die het gedrag uitlokken of stimuleren. Deze cues kunnen zowel intern zijn (bv. het waarnemen van eigen lichamelijke symptomen) als extern (bv. overlijden van iemand uit de naaste omgeving of het zien van een gezondheidscampagne).

Hoewel wetenschappelijk onderzoek meestal vrij gunstige resultaten vond voor het HBM, werden toch verschillende kritieken geformuleerd op dit model:

- de waargenomen ernst is een minder goede voorspeller van gedrag;
- er wordt geen rekening gehouden met zelfeffectiviteit (zie SCT);
- er wordt geen rekening gehouden met gewoontegedragingen;
- verschillen tussen personen wat betreft het belang dat gehecht wordt aan gezondheid en de bereidheid om deel te nemen aan acties die gezondheid promoten wordt niet in rekening gebracht;
- in het oorspronkelijke model werden enkel beoordelingen in verband met gezondheid als relevant opgenomen. De veronderstelling dat gedrag dat een impact heeft op de gezondheid louter en alleen gesteld wordt met als doel de eigen gezondheid te verbeteren is echter niet correct: ook andere overwegingen spelen een rol (bv. smaak, gezichtsverlies, verliezen van vriendschap...);
- de relaties tussen de 4 beoordelingen worden niet geëxpliciteerd (welk oordeel is het belangrijkste, hoe versterken/verzwakken ze elkaar,...)

Ondanks deze kritieken blijft het HBM een belangrijk model dat nog steeds gebruikt wordt bij het opzetten van gezondheidsacties. Het toepassingsgebied van het HBM ligt dan vooral bij eenmalige of anderszins sterk afgelijnde gedragingen (bv. preventief borstkankeronderzoek), eerder dan in de voorspelling van dagdagelijkse gewoontegedragingen (bv. eten, roken,...).

4. Protection Motivation Theory

In de oorspronkelijke vorm probeerde de Protection Motivation Theory (PMT) de verbanden voorgesteld in het HBM mathematisch te definiëren om zo een van de belangrijke kritieken op het HBM te ondervangen. Daarenboven tracht de PMT ook een inzicht te geven in de effecten van angstinducerende gezondheidsberichten.

De kans dat een persoon een bepaald gezondheidsgedrag zou stellen werd volgens de PMT bepaald door de vermenigvuldiging van drie factoren:

- **Waargenomen kwetsbaarheid:** een inschatting van het risico dat de negatieve gevolgen van een bepaald gedrag zullen optreden
- **Waargenomen ernst:** een inschatting van de ernst van de negatieve gevolgen
- **De effectiviteit van het gezondheidsgedrag** om het risico te beperken: een inschatting van de kans dat de negatieve gevolgen vermeden kunnen worden door het gezonde gedrag te stellen

PMT gaat uit van de veronderstelling dat mensen geen gezondheidsgedrag zullen starten als een van deze drie factoren 0 scoort, met andere woorden: de persoon stelt geen gezondheidsgedrag als hij zich niet kwetsbaar voelt en/of als hij de ernst van de gevolgen erg laag inschat en/of als hij denkt dat het gezondheidsgedrag toch geen positieve invloed zal hebben op het vermijden van het risico.

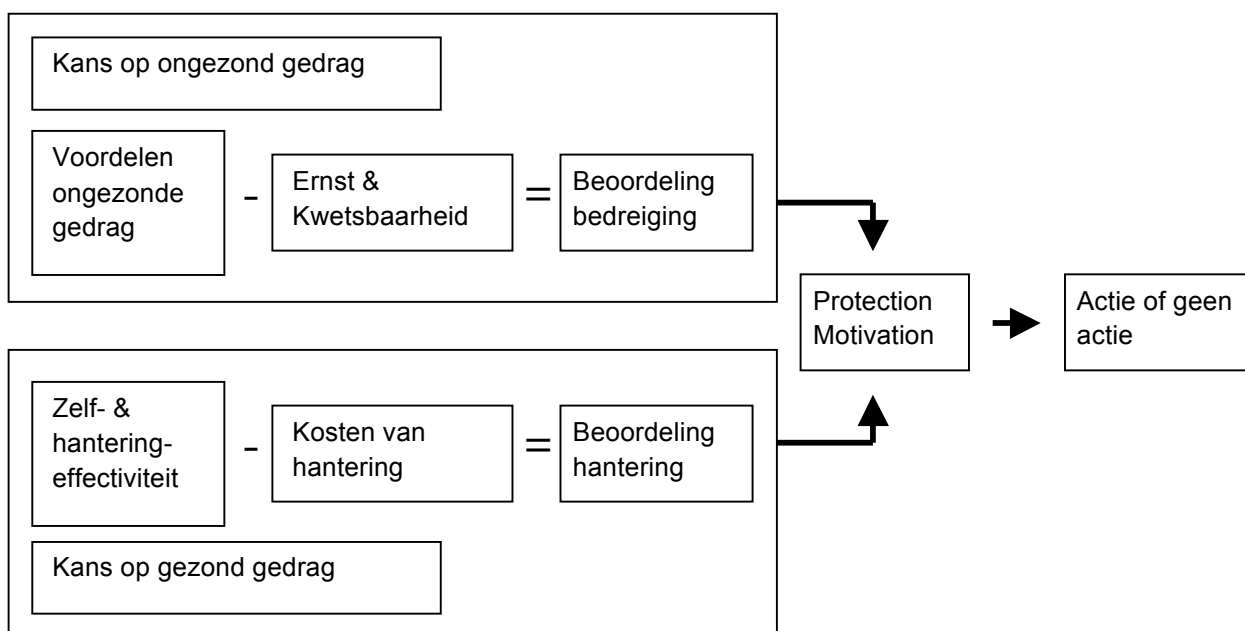
Hoewel een intuïtief redelijke veronderstelling, werd deze relatie tussen de drie elementen niet bevestigd in onderzoek. Dit gaf aanleiding tot een herformulering van de PMT naar een meer algemene theorie van cognitieve verandering. Binnen deze visie zal informatie die een bedreiging

signaleert aanleiding geven tot twee beoordelingsprocessen, elk met verschillende cognitieve componenten:

- **Beoordeling van de bedreiging:** dit proces beoordeelt de factoren die het optreden van het ongezonde gedrag beïnvloeden. De kans dat het ongezonde gedrag optreedt, zal vergroten naarmate de positieve effecten ervan toenemen en zal verkleinen naarmate de kwetsbaarheid voor en de ernst van de negatieve effecten van het ongezonde gedrag groter worden.
- **Beoordeling van de hantering:** dit proces beoordeelt de factoren die het optreden van het gezonde gedrag beïnvloeden. De kans dat het gezonde gedrag optreedt, zal vergroten naarmate de persoon meer vertrouwen heeft in zijn eigen mogelijkheden om het gezonde gedrag te stellen (zelfeffectiviteit) en naarmate de persoon er sterker van overtuigd is dat het gezonde gedrag helpt om het gezondheidsrisico te vermijden (hanteringeffectiviteit). Daar staat tegenover dat de kans dat gezond gedrag optreedt zal verkleinen naarmate de nadelen van het gezonde gedrag groter worden.

Binnen de PMT moeten deze twee beoordelingen vermenigvuldigd worden voor het bepalen van de motivatie om zich te beschermen en het daarbij aansluitende gedrag. Zo zal bijvoorbeeld een toegenomen bedreiging niet leiden tot een hogere beschermingsmotivatie als de persoon zijn zelfeffectiviteit en / of de hanteringeffectiviteit erg laag inschat.

Protection Motivation Theory



De PMT beantwoordt weliswaar enkele kritieken op het HBM en de verschillende determinanten uit de PMT hangen inderdaad samen met gezondheidsbeschermende intenties en gedragingen, maar onderzoek kon de mathematische relatie tussen de verschillende determinanten niet bevestigen.

Wat betreft de ambitie van de PMT om het effect van angstinducerende boodschappen te verklaren, blijkt er een consensus te bestaan dat angst inderdaad kan motiveren tot gedragsverandering. Al zijn de onderliggende processen nog niet helemaal gekend, het is al wel aangetoond dat de effectieve verandering die wordt doorgevoerd ten gevolge van angst zal afhangen van de zelf- en

hanteringseffectiviteit van de persoon die de boodschap ontvangt. In geval deze laag zijn, is vermijding van de gezondheidsboodschap waarschijnlijker dan het stellen van het gezonde gedrag.

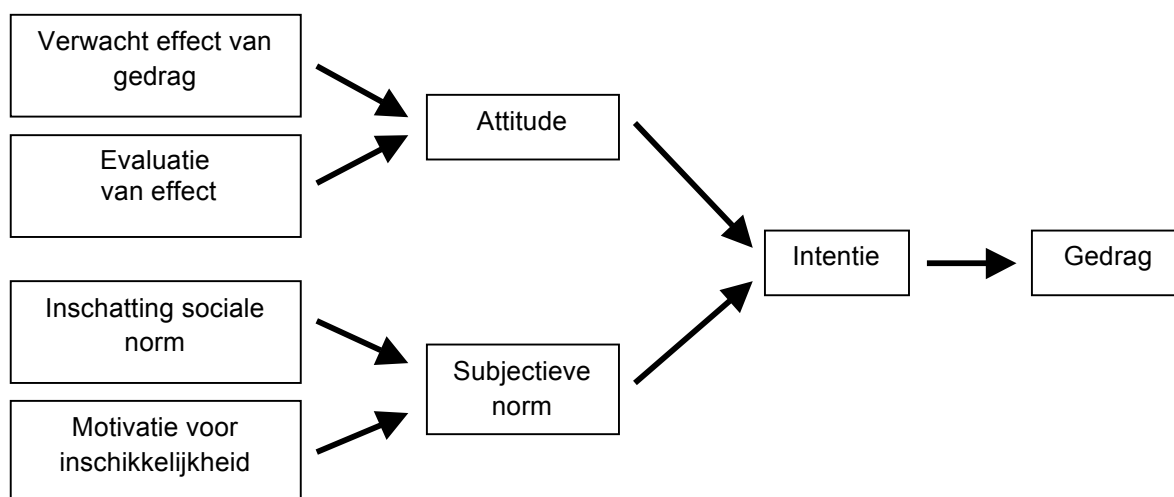
De kadering van boodschappen zou daarenboven best aangepast worden aan het type boodschap. Voor detectie-gedrag, waarbij niet-stellen van het gedrag resulteert in een negatief resultaat (bv. preventieve mammografie) is een negatieve kadering ('niet testen kan u uw leven kosten') effectiever. Voor preventief gedrag waarbij het stellen van gedrag resulteert in een positief resultaat (bv. krachtbeweging) is een positieve kadering ('krachtbeweging houdt uw beenderen gezond') meer aangewezen.

5.. Theory of Reasoned Action

De Theory of Reasoned Action (TRA) brengt, net als HBM en PMT, verschillende beoordelingen en attitudes in rekening bij het verklaren waarom mensen zich op een bepaalde manier gedragen. Specifiek aan TRA is de veronderstelling dat het gedrag van mensen best voorspeld wordt door hun **intentie** om dit gedrag wel dan niet te stellen. Het is dan ook de intentie die beïnvloed zal worden door volgende attitudes en beoordelingen:

- **Attitude tov het gedrag:** de attitude van een persoon ten opzichte van een bepaald gedrag wordt bepaald door twee beoordelingen: het effect dat een persoon verwacht van het stellen van het gedrag, enerzijds, en de waardering van dat effect, anderzijds.
- **Subjectieve norm tov het gedrag:** de mate waarin een bepaald gedrag door anderen belangrijk wordt gevonden. Twee elementen spelen hierbij een rol: een inschatting van wat mensen uit de omgeving van de persoon vinden van het gedrag (waargenomen sociale verwachting) en de motivatie van de persoon om zich te schikken naar die beoordelingen van anderen.

Theory of Reasoned Action.



Hoewel TRA ontwikkeld werd als algemene psychologische theorie en dus niet specifiek afgestemd is op gezondheidsgedrag, is TRA ook in het gezondheidsdomein bruikbaar. Naast een erkenning voor de belangrijke rol van intenties, heeft het TRA als grote meerwaarde dat er via de variabele 'subjectieve norm' expliciet rekening wordt gehouden met de **sociale omgeving** waarbinnen de persoon een gedrag al dan niet stelt.

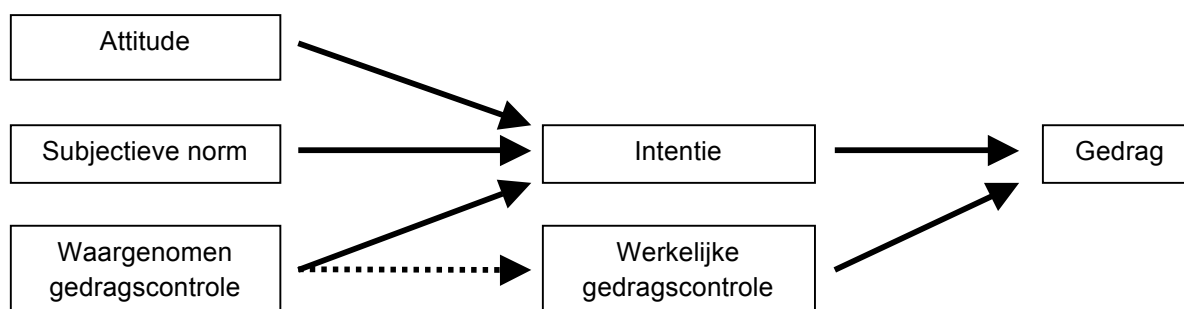
Toch zijn er ook enkele tekortkomingen aan het model. Zo wordt zelfeffectiviteit noch vroeger gedrag opgenomen, hoewel onderzoek aantoonde dat beide belangrijke elementen zijn in de voorspelling van gedrag. De nadruk op intentie impliceert ook dat dit model voornamelijk van toepassing is op gedrag waarbij een bewuste keuze gemaakt wordt. Bij gezondheidsgedrag speelt daarentegen ook gewoontevorming als belangrijke determinant. Het model is ook minder bruikbaar bij mensen die zich (nog) niet bewust zijn van de negatieve gevolgen van hun huidige gedrag. Tot slot werd duidelijk in onderzoek dat intentie weliswaar een van de beste voorspellers is van gedrag, maar zeker niet voldoende: zeer vaak zal een bestaande intentie niet omgezet worden in feitelijk gedrag.

6. Theory of Planned Behaviour

De Theory of Planned Behaviour (TPB) is een uitbreiding van de TRA: **waargenomen gedragscontrole** (perceived behavioral control) werd toegevoegd als determinant. Deze variabele verwijst naar de mate waarin een persoon denkt controle te hebben over zijn/haar eigen gedrag. Hoewel theoretisch niet helemaal identiek aan de zelfeffectiviteit uit de SCT, vertonen beide concepten erg sterke gelijkenissen. In praktijk worden ze dan ook door elkaar gebruikt. Deze toevoeging van waargenomen gedragscontrole is de grote sterkte van de TPB, dat daarmee nog steeds tot een van de sterkste modellen in de literatuur behoort. Zo zijn de causale relaties tussen de verschillende determinanten stevig onderbouwd in onderzoek en verklaart dit model voor uiteenlopende gezondheidsgedragingen 41% van de variabiliteit op het niveau van de intenties en 34% van de variabiliteit in het gestelde gedrag.

Later werd ook nog '**werkelijke gedragscontrole**' aan het model toegevoegd, een determinant die vrij goed door waargenomen gedragscontrole benaderd wordt, maar die in tegenstelling daarmee wel een direct invloed heeft op gedrag.

Theory of Planned Behavior



Ondertussen werden door verschillende auteurs nog andere determinanten voorgesteld als toevoegingen in het model:

- **persoonlijke morele norm**: persoonlijke overtuiging aangaande het gedrag dat gesteld zou moeten worden;
- **verwachte spijt**: het negatieve gevoel dat zou optreden als het ongezonde gedrag gesteld werd;
- **uitvoeringsintentie** (implementation intention): het concretiseren van de intentie in een plan aangaande wanneer en hoe het gedrag te veranderen versterkt de link tussen intentie en gedrag.

7. Theorieën in verband met doelen stellen en doelgericht gedrag

Verschillende onderzoekers benadrukken het belang van het **stellen van doelen** omdat dit de kans verhoogt dat gedrag ook effectief veranderd wordt: mensen met een doel spannen zich harder in, zetten langer door, concentreren zich beter en zullen indien nodig strategieën uitwerken om hun doel te bereiken. Om deze positieve effecten teweeg te brengen, moet een doel wel aan bepaalde voorwaarden voldoen. Deze worden vaak voorgesteld aan de hand van een geheugensteuntje, de zogenaamde SMART-criteria:

- **Specifiek**: het doel moet concreet geformuleerd in gedragstermen.
- **Meetbaar**: het gedrag moet meetbaar zijn zodat eenduidige feedback over het al dan niet halen van het doel mogelijk is.
- **Aanvaardbaar**: het doel moet aanvaardbaar zijn voor de persoon zelf. Van buitenaf opgelegde doelen die niet persoonlijk ondersteund worden, hebben veel minder positieve effecten op de motivatie.
- **Realistisch** maar uitdagend: de kans op succes, het bereiken van het doel, moet hoog zijn, maar het moet wel uitdagend blijven. Een doel dat niet of erg moeilijk haalbaar is, lokt hopeloosheid uit; een doel dat te gemakkelijk bereikbaar is, leidt niet tot een toename van de motivatie.
- **Tijdsgebonden**: als een doel te complex is of veraf ligt van de huidige stand van zaken, is het aangewezen om te werken met tussendoelen op korte, middenlange en lange termijn. Deze tijdsgebonden focus geeft meer kansen op succes, wat op zijn beurt de gedragsverandering ondersteunt.

Volgens Gollwitzer's theorie van doelgericht gedrag leiden **doelintenties** ('Ik ben van plan om gedrag X te stellen' tot een engagement om een bepaald wens te verwezenlijken. **Uitvoeringsintenties** ('ik van plan om gedrag X te starten als condities Y voldaan zijn') verbinden een bepaald doelgericht gedrag met een verwachte situatie. Doordat een specifiek plan ontwikkeld wordt om een bepaald gedrag te initiëren en efficiënt uit te voeren, legt de persoon de controle over zijn/haar gedrag bij de **omgeving**. Situaties en mogelijkheden die zich voordoen worden daarbij moeilijk te missen of te negeren cues om het gedrag te activeren. Onderzoek toonde aan dat het concretiseren van uitvoeringsintenties (wanneer, waar en hoe en bepaald gedrag gesteld zal worden) niet alleen het opstarten van gedrag gemakkelijker maakt, maar dit opstarten ook automatiseert.

8. Theorieën van automatisch gedrag en gewoonten

De meeste theorieën in het veld van de gezondheidspromotie vertrekken van de assumptie dat mensen bewust en systematisch informatie verwerken om zo hun eigen keuzes te bepalen. Bargh en Chartrand argumenteren echter dat het grootste deel van ons gedrag bepaald wordt door onbewuste processen. Doelgericht gedrag start misschien wel bewust, na verloop van tijd wordt het vaak onbewust. Mede daardoor zijn **gewoonten** goede voorspellers voor toekomstig gedrag. Het veranderen van deze gewoonten is niet eenvoudig. **Informatie geven** zal bijvoorbeeld eerder attitudes en intenties beïnvloeden, maar dit is onvoldoende om een sterk ingedrongen gewoonte te doorbreken. Daarenboven zijn mensen met sterk ingedrongen gewoonten meestal ook minder geïnteresseerd in nieuwe informatie die in tegenstrijd is met de gewoonte. Wanneer het gezonde gedrag de gewoonte is, heeft dit duidelijke voordelen, maar de nadelen bij ongezond gedrag als gewoonte zijn overeenkomstig.

Het aanleren van nieuwe gewoonten lijkt de beste mogelijkheid om ongezonde gewoonten te veranderen. **Uitvoeringsintenties** (zie doelgericht gedrag) kunnen een belangrijke rol spelen bij het

creëren van nieuwe verbindingen tussen cues uit de omgeving en de reactie hierop (zie ook LT). Daar deze nieuwe verbinding vaak minder belonend is dan de reeds bestaande, wordt best ook specifieke aandacht besteed aan hervulpreventie.

9. Transtheoretisch model van gedragsverandering

Zie bijlage 2 voor een bespreking.

10. Zelfdeterminatietheorie

Zie bijlage 3 voor een bespreking.

11. Motivationaleel interviewen

Zie bijlage 4 voor een bespreking.

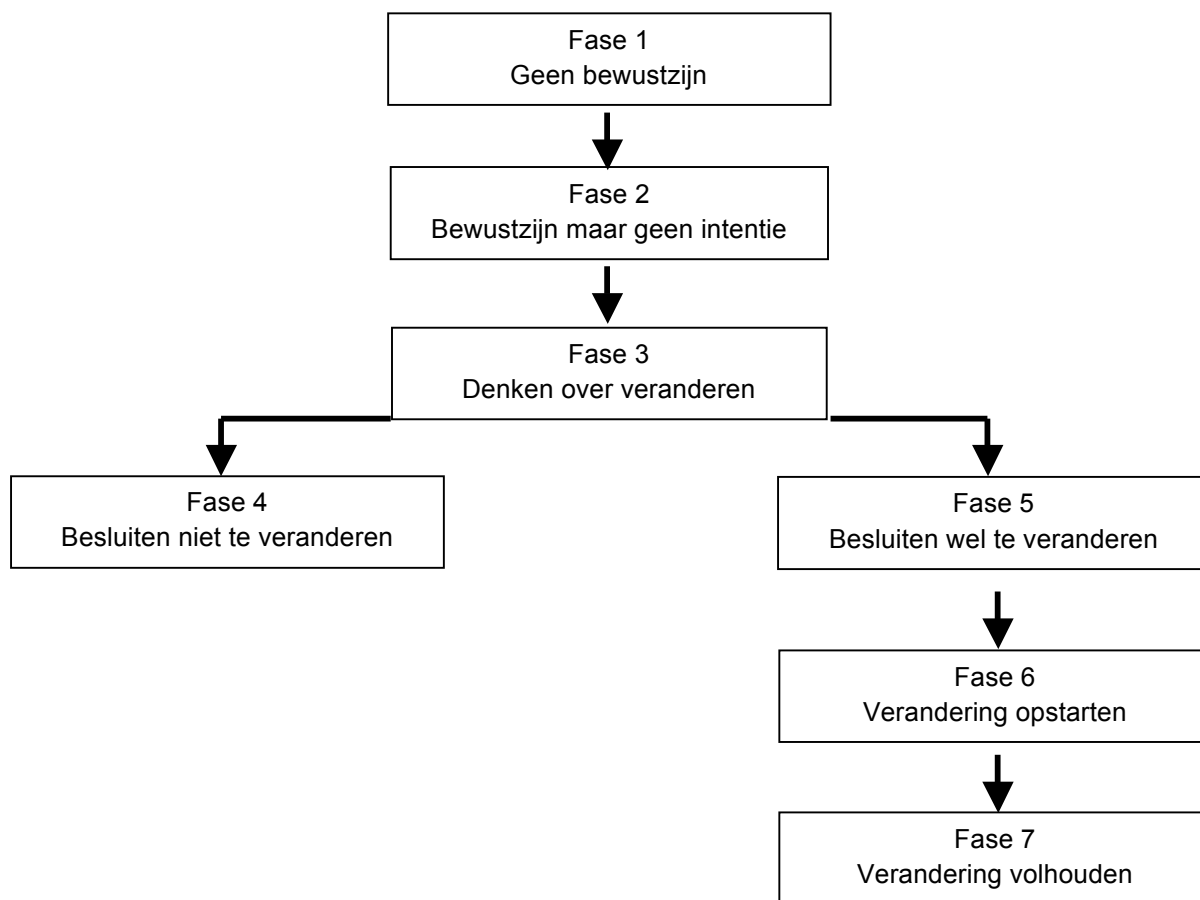
12. Precaution-adoption process model

Het Precaution-adoption process model (PAMP) is eveneens een fasemodel. Het integreert de diverse theoretische concepten zoals besproken in TTM en PMT. Het PAMP stelt 7 fasen voorop:

- **Fase 1 – Geen bewustzijn:** de persoon is zich niet bewust dat er een risico bestaat
- **Fase 2 – Wel bewustzijn maar geen intentie tot verandering:** de persoon is zich wel bewust van een risico verbonden aan het ongezonde gedrag, maar heeft nog geen intentie om zijn eigen gedrag te veranderen. Vaak heeft dit te maken met een te optimistische inschatting (optimistic bias): de persoon gelooft dat anderen het gezondheidsrisico lopen, maar onderschat zijn eigen risico;
- **Fase 3 – Denken over veranderen:** de persoon beseft dat hij ook een persoonlijk risico loopt, maar heeft nog geen besluit genomen
- **Fase 4 – Besluiten niet te veranderen:** de persoon besluit om zijn gedrag (nog) niet te veranderen
- **Fase 5 – Besluiten wel te veranderen:** de persoon besluit zijn gedrag te veranderen
- **Fase 6 – Gedragsverandering:** de persoon is begonnen met het doorvoeren van zijn gedragsverandering
- **Fase 7 – Volhouden:** de persoon houdt zijn gedragsverandering vol over een langere tijd

In vergelijking met TTM besteedt het PAMP meer aandacht aan het bewustzijn van risico's als determinant en aan het activeren van moeilijk te motiveren groepen. Zo wordt de groep in de precontemplatiefase van het TTM opgesplitst en verdeeld over de 2 eerste fasen. Ook de groep mensen die wel gedacht hebben over verandering, maar besloten om dit proces (nog) niet op te starten worden in het PAMP erkend als een afzonderlijke groep (Fase 4).

Precaution-adoption process model



13. Integrated Change Model

Het Integrated Change Model (ICM) is een afgeleide van het vroegere ASE-Model (Attitude – Sociale invloed – zelf-Effectiviteit) en integreert TPB, SCT, TTM, HBM en theorieën van doelen stellen. In het ICM zijn er 3 fasen te onderscheiden in het proces van gedragsverandering:

- **Bewustzijn:** of een persoon bewust is van een bepaald probleem hangt af van de accuraatheid van zijn kennis en risicoperceptie aangaande zijn eigen gedrag. Signalen uit de omgeving kunnen het niveau van bewustzijn wel beïnvloeden.
- **Motivatie:** de motivatie van een persoon om zijn gedrag te veranderen is afhankelijk van zijn attitudes, de beoordelingen van de sociale invloeden en de zelfeffectiviteit. Het uiteindelijk niveau van de motivatie toont zich bijvoorbeeld in de kracht van de intentie.
- **Actie:** naast de intentie om een bepaald gedrag te stellen spelen ook zelfeffectiviteit, het plannen van de verandering en het stellen van doelen een rol bij het uiteindelijk gedrag. Ook de vaardigheden nodig voor het nieuwe gezonde gedrag moeten in deze fase ontwikkeld worden.

Tenslotte worden in het ICM ook nog verschillende variabelen opgenomen die de persoon kunnen sturen in zijn motivatieproces (kennis, risicoperceptie, levensstijl, genetische aanleg...). (Voor een grafische voorstelling, zie www.personeel.unimaas.nl/hein.devries/I-Change.htm).

14. Sociaal-ecologische modellen

In de publieke gezondheidszorg is er een consensus dat gezondheidsgedrag niet alleen bepaald werd door persoonlijke factoren (attitude, zelfeffectiviteit...) maar ook door omgevingsfactoren. Sociaal-ecologische modellen proberen deze complexiteit te vatten en leggen daarbij de nadruk omgevingsinvloeden, de impact van het gevoerde beleid, en sociale invloeden.

Deze modellen zijn erg complex en minder van toepassing in het kader van het motiveren tot gedragsverandering via individuele benadering in de huisartsenpraktijk. Ze worden hier dan ook niet besproken.

Bijlage 2

Een korte kritische bespreking van het transtheoretisch model van gedragsverandering

Voorstelling van het model

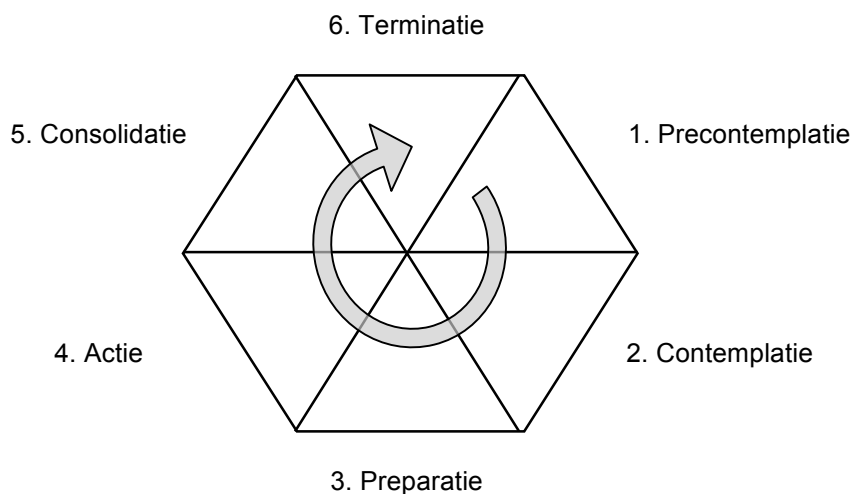
Het Transtheoretisch model van gedragsverandering (TTM) van Prochaska en DiClemente, ook gekend als het fasen van gedragsverandering model, is tot op heden nog steeds het meest invloedrijke model van gedragsverandering in de (preventieve) gezondheidszorg. Oorspronkelijk ontwikkeld als model in de verslavingszorg, wordt het ondertussen toegepast op een ruim scala aan gezondheidsgedragingen.

Zoals de naam van deze benadering het reeds aangeeft, is het TTM op zich geen afzonderlijke theorie. Het is een model waarin de invalshoeken van verschillende theoretische kaders geïntegreerd worden. Vernieuwend is vooral het idee dat gedragsverandering geen zwart-wit schakeling is, maar een proces dat verloopt doorheen verschillende fasen die kwalitatief van elkaar te onderscheiden zijn. Binnen het TTM werden volgende 6 fasen geïdentificeerd⁽⁷⁾:

- **Precontemplatie:** mensen die zich in deze fase bevinden, hebben geen intentie om hun gedrag te veranderen. Mogelijke oorzaken hiervoor zijn: niet beseffen dat het gestelde gedrag niet gezond is, niet geloven dat men het gedrag kan veranderen, en het gedrag niet willen veranderen. De meeste precontemplatoren zijn niet geïnteresseerd in informatie aangaande de gezondheidsrisico's verbonden met hun gedrag en vertonen weinig tot geen interesse in gezondheidsbevorderende programma's.
- **Contemplatie:** in deze fase is er wel een intentie tot verandering, maar deze is eerder vaag en op lange termijn. Contemplatoren zijn vaak gefocust op de nadelen van de verandering. Programma's die de nadruk leggen op de voordelen van verandering geven geen antwoord op hun bezorgdheid.
- **Preparatie:** er is een duidelijke intentie om te veranderen op korte termijn. Preparatoren denken na over de nakende verandering; meest voorkomende barrières zijn een gebrek aan vaardigheden en een lage zelfeffectiviteit.
- **Actie:** er is een zichtbare gedragsverandering die recent werd ingevoerd. In deze fase is er een reëel risico op hervat, het (tijdelijk) terug opnemen van het oude gedrag.
- **Consolidatie:** de gedragsverandering wordt volgehouden en geïntegreerd in het gewoontegedrag. Naarmate het nieuwe gedrag langer wordt volgehouden, daalt de kans op hervat.
- **Terminatie:** het nieuwe gedrag is de gewoonte geworden en behoeft geen bewuste keuze meer. (Deze fase wordt vaak niet opgenomen als aparte fase, maar bekeken als een verlenging van de consolidatie-fase.)

De eerste drie fasen worden daarbij gekenmerkt door een stijgend niveau van de intentie om te veranderen, de laatste drie fasen door de mate waarin het nieuwe gedrag geïnternaliseerd werd. Daarenboven houdt het TTM ook expliciet rekening met **terugval** naar een van de vorige fasen.

Het transtheoretisch model van gedragsverandering



Het TTM positioneert dat verschillende **veranderingsprocessen** een rol zullen spelen, afhankelijk van de fase waarin een persoon zich bevindt. Interventies worden daarom afgestemd op de fase van de persoon en om zo aan zijn / haar noden tegemoet te komen. In de tabel staat per faseverandering een overzicht van de processen die het meest prominent aanwezig. De voorbije jaren werden door verschillende onderzoekers nog bijkomende veranderingsprocessen toegevoegd^(zie o.a. 2).

Veranderingsprocessen binnen het TTM

Pre-contemplatie	Contemplatie	Preparatie	Actie
↓	↓	↓	↓
Contemplatie	Preparatie	Actie	Consolidatie
<ul style="list-style-type: none"> * Bewustmaking * Emotionele beroering * Omgevings-reëvaluatie 	<ul style="list-style-type: none"> * Zelf-reëvaluatie 	<ul style="list-style-type: none"> * Zelfbevrijding * Sociale bevrijding 	<ul style="list-style-type: none"> * Tegenconditionering * Stimuluscontrole * Contingentiemanagement * Sociale steun

Toenemende kritiek

De laatste jaren is de kritiek op het TTM vanuit wetenschappelijke hoek sterk toegenomen. Drie grote kritieken zijn de toepassing van het model op gezondheidsgedrag, het bestaan van de 6 fasen en de specificiteit van de veranderingsprocessen.

Ten eerste wordt in vraag gesteld of een model dat oorspronkelijk ontwikkeld werd vanuit ervaringen in de verslavingszorg wel mag overgezet worden naar andere gedragingen. Het kan inderdaad moeilijk ontkend worden dat gezonder eten en meer bewegen duidelijk andere gedragingen zijn⁽⁶⁾. Daarenboven zijn er zelfs in domein van de verslavingszorg steeds hardere kritieken⁽⁹⁾.

Ten tweede wordt het bestaan van de 6 fasen zoals hierboven opgesomd in vraag getrokken. Zo wordt er geargumenteed dat een model met twee fasen (een eerste fase van motivatie en een tweede motivatie van actie) beter overeenkomt met de werkelijkheid⁽¹⁾. Ook de tijdslijnen die gebruikt worden om fasen te definiëren worden in vraag gesteld^(6,8). Sommige onderzoeken tonen ook aan dat de fase waarin een persoon zich bevindt weinig tot geen invloed heeft op het resultaat van een interventie⁽⁵⁾.

Hoewel de veranderingsprocessen op zich erkend worden als belangrijke processen, wordt in vraag gesteld of deze processen inderdaad fasespecifiek zijn. Deze centrale stelling van het TTM wordt door verschillende onderzoekers in twijfel getrokken^(zie o.a. 3,4).

Ondanks de toenemende kritieken op het model, bevestigen ook de critici dat het TTM een belangrijke meerwaarde heeft gehad door de introductie van het idee dat verandering een proces is, waarbij afstemming op de noden van de persoon die verandert noodzakelijk is.

Referenties

1. Armitage (2009). *Is there utility in the transtheoretical model? British journal of health psychology*, 14(2), 195-210.
2. Bartholomew, Parcel, Kok & Gottlien (2006) (Eds.). *Planning health promotion programs – an intervention mapping approach*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
3. De Vet, de Nooijer, de Vries & Brug (2008). *Testing the transtheoretical model for fruit intake: comparing web-based tailored stage-matched and stage-mismatched feedback. Health education research*, 23(2), 218-227.
4. Guo, Aveyard, Fielding & Sutton (2009). *Do the transtheoretical model processes of change, decisional balance and temptation predict stage movement? Evidence from smoking cessation in adolescents. Addiction*, 104(5), 828-838.
5. John, Yudkin, Neil & Ziebland (2003). *Does stage of change predict outcome in a primary-care intervention to encourage an increase in fruit and vegetable consumption? Health education research*, 18(4), 429-438.
6. Povey, Conner, Sparks, James & Shepherd (1999). *A critical examination of the application of the transtheoretical model's stages of change to dietary behaviours. Health education research*, 14(5), 641-651.
7. Prochaska (1997). *The transtheoretical model of health behavior change. American journal of health promotion*, 12(1), 38-48.
8. Resnicow, McCarty & Baranowski (2003). *Are precontemplators less likely to change their dietary behavior? A prospective analysis. Health education research*, 18(6), 693-705.
9. West (2005). *Time for a change: putting the transtheoretical (stages of change) model to rest. Addiction*, 100, 1036-1039.

Bijlage 3

Een korte beschrijving van de zelfdeterminatietheorie


Binnen de gezondheidspsychologie wordt de laatste jaren vooral de zelfdeterminatie theorie sterk naar geschoven, omdat deze sterk ondersteund wordt door wetenschappelijk onderzoek. Zo is er heel wat degelijk onderzoek waarbij werd aangetoond dat de zelfdeterminatietheorie bruikbaar is in een breed scala van gezondheidsgedragingen^(zie bv. 1,2,4-7,10). Twee van de kernelementen uit deze theorie worden hieronder toegelicht.

Kwaliteit van de motivatie

Binnen de zelfdeterminatietheorie wordt de vraag naar de kwantiteit van de motivatie (hoe sterk iemand gemotiveerd is) gedeeltelijk losgelaten. In plaats daarvan krijgt de kwaliteit van de motivatie prioriteit. Er wordt immers vooropgesteld dat dit de bepalende factor is voor het veranderen en / of in stand houden van gedragsverandering.

Binnen de zelfdeterminatie theorie wordt de kwaliteit van de motivatie geplaatst op een schaal gaande van gecontroleerde motieven tot autonome motieven^(3,8).

De zelfdeterminatie theorie

	Autonome motieven	Intrinsieke motivatie	Het gedrag wordt gesteld omwille van de plezierbeleving die eruit voortvloeit. Er is geen beloning.
		Geïntegreerde regulatie	Het gedrag is volledig geïntegreerd in de eigen gedragspatronen en bevredigt de psychologische basisbehoeften.
		Geïdentificeerde regulatie	Het gedrag wordt ervaren als persoonlijk zinnig en sluit aan bij persoonlijke waarden.
		Geïntrojecteerde regulatie	Het gedrag wordt gesteld omdat anderen het belangrijk vinden en hun waardering gezocht wordt.
	Gecontroleerde motieven	Externe regulatie	Het gedrag wordt gesteld om een externe beloning te krijgen of een externe straf te vermijden.

(Gebaseerd op Hagger & Chatzisarantis, 2007⁽³⁾)

Gecontroleerde motieven verwijzen naar motieven met een dwingend karakter. De ervaren druk kan hierbij zowel extern (bv. de huisarts, de partner) als intern zijn (bv. vermijden van schuldgevoelens of schaamte, om zich trots te voelen over zichzelf).

Autonome motieven verwijzen naar de vrijwillige keuze om een gedrag te stellen. Dit is bijvoorbeeld zo als iemand inherent achter een bepaalde activiteit staat en deze activiteit op zich als waardevol beoordeelt (dit in tegenstelling met de intern ervaren druk hierboven, waar de activiteit uitgevoerd wordt met een bepaald doel voor ogen) of deze als inherent plezierig ervaart.

Wetenschappelijke bewijsvoering heeft bevestigd dat het effect van gecontroleerde motieven typisch van korte duur is: de motivatie en het gezonde gedrag blijven slechts aanwezig zolang ook de druk ervaren wordt. De kans dat het gezonde gedrag zich voordoet daalt dan ook in een situatie waarin de druk niet aanwezig is. Autonome motivatie voor gedrag daarentegen zal veel langer doorwerken en ook blijven bestaan als de externe druk wegvalt of niet aanwezig is in een andere situatie⁽⁹⁾.

Psychologische basisbehoeften

In het kader van preventieve gezondheidszorg is het dus aangewezen dat de patiënt autonoom gemotiveerd is en blijft. De vraag wordt dan hoe de huisarts als externe actor de autonome motivatie van de patiënt kan versterken.

Volgens de zelfdeterminatietheorie moeten interventies inspelen op drie psychologische basisbehoeften van de mens:

- **Autonomie** verwijst naar de behoefte van mensen om in alle vrijheid eigen keuzes te kunnen maken, om zelf de controle te behouden over hun eigen leven.
- **Betrokkenheid** verwijst naar de behoefte die mensen ervaren om gerespecteerd, gesteund en aanvaard te worden.
- **Competentie**, tot slot, verwijst naar de behoefte van mensen om hun eigen competenties te kunnen gebruiken en verder te ontwikkelen om hun eigen doelstellingen te behalen.

Indien aan deze drie basisbehoeften niet voldaan kan worden, bijvoorbeeld omwille van autoritair opgelegde restricties en instructies, dan zullen veel mensen hiervoor compenseren. Op gezondheidsvlak kan zich dat dan uiten als een ongezonde levensstijl.

Wil de huisarts zijn/haar patiënt dus ondersteunen naar blijvende gedragsverandering, zal hij/zij deze drie basisbehoeftes moeten eerbiedigen in zijn samenwerking met de patiënt. De tabel⁽⁹⁾ geeft een overzicht van de implicaties voor de communicatie in de relatie tussen huisarts en patiënt.

Richtlijnen voor de interactie tussen huisarts en patiënt volgens de ZDT

De patiënt heeft nood aan...	De huisarts steunt dit door...
<p><u>Autonomie</u> De patiënt wilt het gevoel hebben dat hij / zij mag kiezen en zelf zijn / haar gezondheidsdoelen kan bepalen</p>	<p><u>Autonomie</u> De huisarts geeft de patiënt de nodige uitleg om zelf keuzes te kunnen maken en vermijdt een alternatief op te dringen. De huisarts uit empathie en maakt gebruik van reflectief luisteren.</p>
<p><u>Verbondenheid</u> De patiënt wilt zich gerespecteerd voelen door zijn huisarts en aanvaard worden als persoon.</p>	<p><u>Verbondenheid</u> Vanuit een empathische houding geeft de huisarts de patiënt al zijn aandacht. De patiënt wordt niet uitsluitend benaderd als een zieke, maar als persoon gewaardeerd.</p>
<p><u>Competentie</u> De patiënt wilt weten langs welke weg hij / zij de eigen gezondheidsdoelen kan halen en moet weten dat hij / zij de nodige vaardigheden heeft.</p>	<p><u>Competentie</u> De huisarts ondersteunt de patiënt bij het stellen van haalbare persoonlijke gezondheidsdoelen en geeft advies en praktische tips om deze doelen te bereiken. De stappen die de patiënt zet, worden positief bevestigd.</p>

(Gebaseerd op Vansteenkiste & Verstuyf, 2008⁽⁹⁾)

Referenties

1. Edmunds, Ntoumanis & Duda (2006). Examining exercise dependence symptomatology from a self-determination perspective. *Journal of health psychology*, 11(6), 887-903.
2. Gillison, Standage & Skevington (2006). Relationships among adolescents' weight perceptions, exercise goals, exercise motivation, quality of life and leisure-time exercise behavior: a self-determination theory approach. *Health education research*, 21(6), 836-847.
3. Hagger & Chatzisarantis (2007). *Intrinsic motivation and self-determination in exercise and sport*. Human Kinetics, Champaign, IL.
4. Johnson (2007). Promoting behavior change: making healthy choices in wellness and healing choices in illness – use of self-determination theory in nursing practice. *The nursing clinics of North America*, 42(2), 229-241.
5. Milne, Wallman, Guilfoyle, Gordon & Corneya (2008). Self-determination theory and physical activity among breast cancer survivors. *Journal of sport and exercise psychology*, 30(1), 23-38.
6. Niemiec, Ryan, Deci & Williams (2009). Aspiring to physical health: the role of aspirations for physical health in facilitating long-term tobacco abstinence. *Patient education counseling*, 74(2), 250-257.
7. Standage, Sebire & Loney (2008). Does exercise motivation predict engagement in objectively assessed bouts of moderate-intensity exercise? A self-determination theory perspective. *Journal of sport and exercise psychology*, 30(4), 337-352.
8. Vansteenkiste, Sierens, Soenens & Lens (2007). Willen, moeten en structuur in de klas: over het stimuleren van een optimaal proces. *Begeleid zelfstandig leren*, 16, 37-58.
9. Vansteenkiste & Verstuyf (2008). Hoe een gezonde levensstijl stimuleren? Hulpverleners als motivatiepsychologen. *Brochure cardiovasculaire preventie – Vitelma*.
10. Williams, McGregor, Sharp, Kouides, Levesque, Ryan & Deci (2006). A self-determination multiple risk intervention trial to improve smokers' health. *Journal of general internal medicine*, 25(1), 91-101.

Bijlage 4

Een korte beschrijving van motivationeel interviewen

Motivationeel interviewen (MI) wordt door de auteurs als een fasemodel naar voor geschoven dat twee fasen omvat:

- Fase 1: **opbouwen van motivatie** voor verandering
- Fase 2: **versterken van het engagement** voor verandering

Hoewel MI als een op zich staand model voor gedragsverandering wordt gebruikt in de gezondheidspromotie, wordt het zeer vaak gebruikt als een model om de interactie en de communicatie te sturen.

Binnen MI worden 4 basisprincipes naar voor geschoven^(4,2). De fundamentele gesprekstechnische vaardigheden zoals actief luisteren, reflecteren, gebruik van bevestigingen, etc. zijn hierin geïntegreerd.

- **Uiten van empathie:** een empathische houding vormt de basis van motivationeel interviewen en impliceert dat de patiënt ten alle tijd aanvaard wordt als persoon en dat de ambivalentie die hij/zij ervaart rond de mogelijke gedragsverandering normaal is.
- **Ontwikkelen van discrepantie:** vertrekkende vanuit de empathische stijl helpt de hulpverlener de patiënt om zelf de verschillen vast te stellen en te benoemen tussen zijn/haar huidige gedrag en de voor hem/haar belangrijke waarden en doelen. Via deze weg brengt de patiënt zelf eigen argumenten om te veranderen, zodat hij/zij de eigen ambivalentie kan achterlaten en kan kiezen voor verandering.
- **Rollen met de weerstand:** indien op de weerstand van een patiënt gereageerd wordt met een poging deze te overwinnen en de patiënt te overtuigen, wordt de weerstand meestal versterkt. Binnen motivationeel interviewen wordt weerstand de aanleiding om van aanpak te veranderen, waarbij de weerstand wordt erkend en geëxploreerd met de patiënt. Dit staat toe dat hulpverlener en patiënt zicht krijgen op de percepties die aan de weerstand ten gronde liggen. Zo kan, bijvoorbeeld, een patiënt zijn focus verleggen van wat hij verliest door het oude gedrag op te geven, naar wat hij wint door het nieuwe gedrag te starten.
- **Ondersteunen van de zelfeffectiviteit:** het vertrouwen dat een patiënt heeft dat hij/zij een nieuw gedrag kan opstarten en volhouden is een fundamenteel onderdeel van de motivatie om te veranderen. De hulpverlener ondersteunt dit vertrouwen en vermijdt de verantwoordelijkheid voor de verantwoording over te nemen. De patiënt wordt bevestigd als de verantwoordelijke om te kiezen en de keuzes uit te voeren.

Toepassing van deze 4 basiscomponenten zal helpen de psychologische noden van de cliënten te bevredigen⁽⁸⁾.

Het geven van advies wordt binnen MI expliciet vermeden, tenzij mits toestemming van de patiënt. Aansluitend bij de ondersteuning van de autonomie, wordt de patiënt dan nog steeds aangemoedigd om zelf eigen keuzes te maken – die dan ook door de hulpverlener gerespecteerd worden. Deze houding verklaart ook de schijnbare paradox van MI, met name dat patiënten meer bereidheid vertonen tot verandering als zij ervaren dat zij ook mogen kiezen om niet te veranderen.

In verschillende publicaties werd reeds geargumenteed dat MI zeer goed aansluit bij de zelfdeterminatie theorie^(3,8). Samenwerking, aanspreken van de interne motivatie en autonomie van de cliënt zijn de drie centrale elementen in de filosofie van motivationeel interviewen⁽⁴⁾.

Daarenboven bevestigen verschillende review onderzoeken dat motivationeel interviewen betere resultaten oplevert dan het klassieke advies geven^(6,7) en dat de principes geïntegreerd kunnen worden in de context van de traditionele consulten van de huisarts⁽⁵⁾ zonder dat dit een extra tijdsbelasting meebrengt^(7,6).

Referenties

1. Britt, Hudson & Blampied (2002). *Motivational interviewing in health settings: a review*. *Patient education and counseling*, 53, 147-155.
2. Levensky, Forcehimes, O'Donohue & Beitz (2007). *Motivational interviewing: an evidence-based approach to counseling helps patients follow treatment*. *The American journal of nursing*, 107(10), 50-58.
3. Markland, D., & Vansteenkiste, M. (2007). *A self-determination theory approach to understanding motivational interviewing and promoting regular physical activity*. In M. S. Hagger and N. Chatzisarantis (Eds.) *Self-Determination Theory in exercise and sport*. *Human Kinetics*.
4. Miller & Rollnick (2002). *Motivational interviewing (2nd edition)*. The Guilford Press, New York, NY.
5. Rash (2008). *Clinicians' perspectives on motivational interviewing-based brief interventions in college health*. *Journal of American college health*, 57(3), 379-380.
6. Rubak, Sandbaek, Lauritzen & Christensen (2005). *Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis*. *British journal of general practice*, 55, 305-312.
7. Thijs (2007). *GP's consult & health behaviour change project – Developing a programme to train GPs in communication skills to achieve lifestyle improvements*. *Patient education and counseling*, 67, 267-271.
8. Vansteenkiste & Sheldon (2006). *There is nothing more practical than a good theory: integrating motivational interviewing and self-determination theory*. *British journal of clinical psychology*, 45, 63-82