

“Mensen luisteren vaak naar wat ze willen horen”

MOTIVERENDE GESPREKSVOERING

Arnhem Rijnstate

2019

FOKKE & SUKKE
HEBBEN EEN NIEUWE ONDERWIJSMETHODE ONTDEKT

ZÓ HEE!!

**DAT “LEREN”
DAT WERKT
ECHT GOED!!!**



Motiverende Gespreksvoering

Validated in over 300 clinical studies, motivational interviewing (MI) remains the most patient-centered and effective approach for supporting better patient engagement and activation, disease self-care, treatment adherence and lifestyle management.

Especially for clinicians who serve individuals at risk of, or affected by, chronic diseases.

Whether you are serving in a wellness, disease management, or care management program—or a primary or specialty care setting, hospital or community program—MI-training will help you build the practical MI knowledge and skills you need to support your patient health and address the behavioral factors that are responsible for over 85% of avoidable health care costs. (Trench, 2011)

Lekendefinitie

Motiverende Gespreksvoering is een op samenwerking gerichte gesprekstijl die iemands eigen motivatie tot verandering versterkt. (Miller & Rollnick, 2014)

Definitie voor de Professional

Motiverende Gespreksvoering is een persoonsgerichte manier van hulpverleners om het veel voorkomende probleem van ambivalentie ten aanzien van verandering aan te pakken. (Miller & Rollnick, 2014)

Technische definitie

Motiverende Gespreksvoering is een op samenwerking gerichte, doelgerichte gesprekstijl met bijzondere aandacht voor verandertaal. Het is ontworpen om de persoonlijke motivatie en het commitment voor een bepaald doel te versterken door het ontlocken en verkennen van iemands eigen redenen om te veranderen in een sfeer van acceptatie en compassie. (Miller & Rollnick, 2014)

Mogelijke literatuur

BACKGROUND:

Most inflammatory bowel disease patients miss follow-up visits and are non-adherent to therapy due to the lack of an engaging patient-physician relationship. Motivational interviewing is a patient-centred counselling method used to elicit/strengthen motivation towards change. The aim of this study was to assess the role of motivational interviewing in patients affected by inflammatory bowel disease.

METHODS:

The study included consecutive patients with inflammatory bowel disease presenting for the first consultation (June 2012-February 2013). All consultations were carried out applying the motivational interviewing approach. After each consultation, patients filled out a questionnaire asking demographic data, and their past and current experience.

RESULTS:

Overall, 23 males (51.1%) and 22 females (48.9%), mean age 36.1 ± 15.2 years, were enrolled. Before and after experiencing the motivational interviewing approach (mean visit duration 41.5 ± 8.7 min) "overall satisfaction rate", "physician's communication skills", and "perceived empathy" were 60% vs 100%, 40% vs 95.6%, and 40% vs 100%, respectively. Satisfaction was lower in patients affected by indeterminate colitis ($p=0.004$), and of younger age ($p=0.02$).

CONCLUSION:

The motivational interview approach is appreciated by inflammatory bowel disease patients. Despite being time-consuming, the motivational interview appears considerably worthwhile at the first visit and in younger patients. Motivational interviewing can help physicians to deal with their patients, moving from "cure" to "care". (Mocciaro & Di Mitri, 2014)

Programma 28 februari 2019

De opzet van de avond bestaat uit 5 onderdelen, waarmee aan alle eerder vernoemde definities wordt gewerkt:

1. Ophalen leer en praktijkwensen (ook vooraf)
2. Korte theoretische inleidingen/onderzoekresultaten
3. Praktische oefening op skills
4. Inbreng van casuïstiek
5. Vertaalslag naar de praktijk van alledag

De thema's op de avonden kunnen zijn: evoking (het hart van MI), weerstand/wrijving, 3 stijlen, compassie en empathie, werken met waarden, oproepen verandertaal, versterken van verandertaal

Opzet Thema-Avond

AD 1: Ophalen leer en praktijkwensen (ook vooraf)

Voorafgaand aan de avond wordt er een inventarisatie gedaan per e-mail. Alle deelnemers worden bevraagd tav mogelijke leerwensen. Deze leerwensen (kennis, vaardigheden, attitude) worden versleuteld in het aanbod. Ook aan het begin van de avond wordt nog gelegenheid gegeven leerwensen in te brengen. Gezamenlijk wordt er een keuze gemaakt welke leerwensen centraal worden gesteld. Vanuit de leerwensen bepalen we gezamenlijk en afzonderlijk de eigen leerdoelen, die aan het einde van de training worden omgezet in actieve werkbare doelen.

AD 2: Korte theoretische inleidingen/onderzoekresultaten

De avond bevat een theoretisch stuk, onderbouwd met video/filmfragmenten en mogelijke resultaten uit onderzoeken. Zo ontstaat een helder beeld bij de deelnemer ten aanzien van de inhoud.

AD3: Praktische oefening op skills

Tijdens de bijeenkomst wordt er tijd ingeruimd om specifiek te oefenen op vaardigheden. Een belangrijke voorwaarde om Motiverende Gespreksvoering te incorporeren is het veelvuldig oefenen ervan. Het gaat vooral om het doortrainen in de ORBS, zodat deze vanuit vertrouwen en automatisme kunnen worden ingezet.

AD4: Inbreng van casuïstiek

Nadat er theorie en gerichte oefeningen zijn gedaan, wordt er casuïstiek ingebracht. Deze casuïstiek wordt ter plekke door de trainer opgepikt en verwerkt in rollplay werkvormen. Hierdoor komt de praktijk dichtbij en wordt de brug naar dagelijks handelen gemaakt.

AD5: Vertaalslag naar de praktijk van alle dag

Vertalen van het geleerde van de avond naar de eigen praktijksituatie. Samen met de deelnemers wordt bekeken hoe dit SMART is te realiseren. (Mogelijk om gebruik te maken van Bijlage 1: Leerdoelen).



Leerdoelen Smart maken

Bijeenkomst	LEERDOEL		ACTIE	RESULTAAT	
1 MGV	<i>Bv meer achterover zitten</i>		<i>Beter luisteren naar de patiënt</i>	<i>Meer geduld, minder fixen</i>	
2 ORBS					
3 weerstand					
4 informatie verstrekken					
5 Verandertaal ontlocken					
6					
7					
8					

Bijlage 2: de 4 processen

Proces 1: Engagement

Proces 2: Focus

Proces 3: Ontlokken

Proces 4: Plan (Miller & Rollnick, 2014)

Proces 1: Engagement

Elk proces begint met een fase van verbinden. De eerste indruk is sterk bepalend voor het verloop van het proces. Meestal weten mensen snel of ze iemand aardig vinden en vertrouwen en of ze van plan zijn om zich open te stellen en zelfs terug te komen. Verbinden, of Engageren, is het proces waarin twee partijen een samenwerkingsrelatie aangaan. Deze 'engagement' is een voorwaarde voor alles wat er op volgt. Een veel gebruikte techniek in deze fase is een agenda aan te brengen waar de patiënt zelf ook zijn inbreng in heeft:

"Mevrouw Gerritsen, ik heb voor de komende 10 minuten 2 punten op de agenda. 1: ik ben benieuwd hoe het met de medicijnen is gegaan, 2 ik wil graag de lab uitslagen met u bespreken. Wat is voor u belangrijk om te bespreken? Welke punten heeft u? Waar wilt u mee starten?"

Logischerwijs volgt op engageren focussen: Dat waar de persoon voor komt, of dat waar er consensus over wordt bereikt om over te praten. De vaardigheid van engageren blijft in elk proces belangrijk.

Persoonlijke aandachtspunten:

In de eerste bijeenkomst gaan we kijken welke persoonlijke doelen jullie hebben in eigen (gespreks)ontwikkeling. Ook hierin gebruiken we engagement en focus als leidraad om dit neer te zetten.

Proces 2: Focus

De Focus bepaalt een gemeenschappelijk gezichtspunt. Hier kunnen en mogen we het over hebben. In de fase van focussen wordt met name ook de oppervlakte uitgevraagd, waarden doelen, maar ook in welke omgeving moet het proces tot stand komen. Het is het exploreren van de mens tegenover je, waaruit je uiteindelijk een aantal focuspunten maakt. De focus is vaak een beschrijving van de ambivalentie. Mensen zijn per definitie ambivalent over hun eigen veranderingsprocessen. Ze hebben zowel redenen wel als om niet te veranderen. Het ambivalent zijn betekent een eerste stap op weg naar verandering. Sommige mensen moeten veranderen, maar zien daar zelf geen reden voor. Ze vinden het goed zoals het is of hebben misschien eerder al een teleurstellend resultaat meegemaakt. Voor hen is het ontwikkelen van de ambivalentie al een stap in de goede richting.

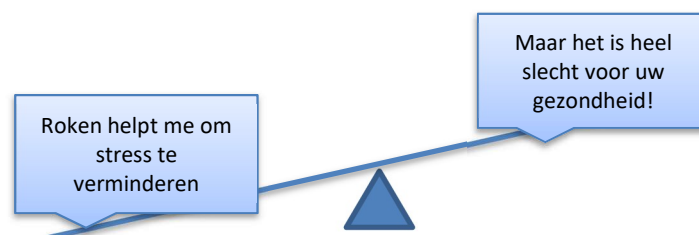
Op ambivalentie lijkt gedragsverandering ook vast te lopen. Mensen zijn zich bewust van de nadelen van roken, drinken, te weinig sporten. Toch zijn er motieven die blijkbaar ook zwaar wegen. Ambivalentie is dus willen en niet willen tegelijkertijd. Je hoort als het ware twee talen door elkaar heen. Eén soort is de **Verandertaal**, uitspraken van de persoon ten gunste van de verandering. De andere is de **Behoudtaal**, de argumenten om niet te veranderen en dus niet van de status quo af te komen. (Miller & Rollnick, 2014) Vaak hoor je beide soorten taal in een zelfde zin: Ik wil heel graag afvallen, maar ik heb elk dieet wel zo'n beetje gehad. Of: ik zou eigen moeten stoppen met roken, maar zo na mijn werk vind ik het heerlijk om even bij te komen met een sigaret.

De natuurlijke reflex van de hulpverlener is om de kant van de verandering op te zoeken. Uitleg daarover te geven, of te waarschuwen voor de andere kant. Het voelt bijna oncomfortabel als patiënten hun ambivalentie noemen, en helemaal als ze stilstaan bij de behoudkant.

Een MDL arts in opleiding geeft bij een training aan dat praten over sigaretten en roken heel tegennatuurlijk voelt. Stel je voor zegt hij dat ik daar te lang bij blijf stilstaan, dan gaat hij alleen maar meer roken!

Stel je nou voor dat je in gesprek bent met een man met een alcoholverslaving. Hij kent zijn eigen ambivalentie en weet dat hij het beter niet kan doen. De hulpverlener zegt hem dat hij een serieus probleem heeft en hij voor zijn gezondheid echt moet stoppen met drinken. De reactie die de hulpverlener wil is dat de patiënt zegt: dank u dokter voor de informatie! Nu is het duidelijk voor me dat ik ga stoppen! Ironisch, maar welk antwoord verwacht je als je eerlijk bent? De patiënt kan niet anders dan de andere kant van de ambivalentie benoemen om het probleem weer logisch te maken, of de ambivalentie in evenwicht. Hij zal iets zeggen als: Ik kan er niets aan doen dokter! Of beter: nou, mijn vader is 93 geworden, die dronk een fles Jonge per dag!

Eigenlijk is de ambivalentie van de patiënt een interne discussie tussen verschillende partijen. Een hulpverlener gaat vaak in die discussie zitten en schaaft zich achter één van die partijen. Zo lijkt de patiënt niet anders te kunnen dan zich achter de andere partij te voegen. Wat we vragen is of je de discussie op afstand kan leren begrijpen, de veranderkant en de behoudkant. Beide zijn een onderdeel van je patiënt, beide hebben waarde in het veranderingsproces.



Mensen hechten meer waarde aan de uitspraken over veranderingen die ze **zelf** doen. Zij hebben dan de regie en beslissen over hun eigen leven en veranderingen. Door ook dit in gesprek te benadrukken, wordt het bewustzijn van de eigen autonomie vergroot.



“Blijkbaar is roken heel dubbel voor u. Aan de ene kant heeft het de functie tot verlagen van stress, aan de andere kant merkt u dat het een slecht effect heeft op de ontstekingen.”

In dit voorbeeld is uiteindelijk de focus een regie moment van de hulpverlener.

-Vindt u het goed als we samen eens kijken naar de manier waarop u met stress omgaat?
(richting verschillende manieren van coping).

-Vindt u het goed als we samen eens kijken naar het effect wat roken heeft op uw stress?
(richting psychisch effect van huidige coping)

- Vindt u het goed om eens samen te kijken naar de mate van stress in uw leven, wat er zoal speelt? (bron/stressor verduidelijken)

- Vindt u het goed om eens te kijken wat roken nu eigenlijk echt doet met de darmen?
(richting fysiologisch effect op de coping)

Keuze genoeg! En ja, er is een split second nodig om richting te bepalen. Meestal is dat een kwestie van aanvoelen wie er tegenover u zit. Als er bijvoorbeeld nog sprake is van argwaan en weerstand, is de laatste optie: kijken naar lichamelijke effecten, misschien niet de handigste. Hierin kunt de suggestie wekken dat u de richting bepaalt door bang te maken. Een andere patiënt zou hier zomaar wel behoefte in hebben en hier voor open staan.

Proces 3: Ontlokken

Veel in de zorg gaat uit van tekorten of gebreken. De hulpvrager mist iets en wij gaan dat geven of rechtzetten. Of het nu gaat om regels, inzicht, kennis, motivatie, coping, we zijn gericht op het compenseren van wat de patiënt te kort komt. De basishouding van MGV reageert anders. Het gaat uit van persoonlijke krachten, namelijk dat mensen veel van wat er nodig is al in huis hebben. Jouw taak is niets anders dan het te ontlokken en het boven te halen. Je maakt gebruik van de bron van kennis en ervaring van de patiënt, in plaats van te doceren. (Miller & Rollnick, 2014) Dit staat weer in het teken van dag 1: namelijk dat mensen de beide delen van ambivalentie al in zich hebben en zelf de innerlijke discussie al hebben, of hebben ontweken.

De uiteindelijke focus richt zich verandertaal. Een hulpmiddel om bij verandertaal stil te staan is:

- a. Verlangen
- b. Vermogen
- c. Redenen
- d. Noodzaak (Miller W. R., 2005)

A: Verlangen: Het is van belang om te weten wat een patiënt wil. Ervaring leert dat hulpverleners snel genoeg nemen met de primaire wens van de patiënt en hierop een actieplan gaan bouwen. Dus als voorbeeld: Ik wil afvallen! Oke, dan is dit een geschikt voedingsadvies voor u. Als het gaat om het verlangen gaat het vaak om een dieper liggend verlang. De interventie wordt dan niet een plan voorschotelen, maar kan de vraag zijn: Waarom zou u willen afvallen? De patiënt zal moeten nadenken over waarom hij dit écht wil. Zere knieën geeft ook weer een reden aan, maar wat is daarvan weer de onderliggende drijfveer? Uiteindelijk blijkt dat de patiënt niet meer met zijn kinderen kan voetballen en zich dus tekort vindt schieten in de rol als vader. Dan is er toch een heel ander thema op tafel gekomen met meer diepgang en wellicht ook leidend tot meer commitment om om te zetten in behandeldoelen.

B: Vermogen: Wat is er nodig om daar te komen. Welke middelen, mensen, wat van jezelf, wat is er nodig om je doel te bereiken? En zijn de middelen wel voldoende? Voor mensen die een echte commitment uitspreken voor stoppen met roken waarbij er geen andere manier is ontwikkeld om bijvoorbeeld met stress om te gaan is het vermogen toch weer beperkt. Er zal ook gekeken moeten worden naar een alternatieve coping. Belangrijke vraag bij vermogen is: Wat kan ik hierin voor je betekenen?

C: Redenen: Meestal komen de redenen wel op tafel. Toch om ze expliciet weer langs te gaan en ze te reflecteren geeft weer een extra spiegelmogelijkheid. Daarbij is het soms verhelderend om te vragen naar wat nu dé reden is, of wat nu de doorslag gaf om nú in gesprek te komen.

D: Noodzaak: Hoe nijpend is het? Ofwel: hoe belangrijk is het? Als je niets zou doen en lekker doorleeft: is er dan een man overboord? Zo nee, dan is het belang lager bij de patiënt. Is het van grotere noodzaak: bijvoorbeeld roken en Crohn, dan kan de patiënt aangeven dat dit wel meer belang. Bijvoorbeeld op een schaal van 0-10. Voor de volledigheid is naast het uitvragen van belang ook het uitvragen van het vertrouwen dat het gaat lukken nodig. Oke, het belang is 9, maar ik heb het al zo vaak geprobeerd dat het vertrouwen een 2 is!

We gaan in Dag 2 de persoonlijke doelen ontlocken. Luisteren naar de ambivalentie en deze exploreren. ZONDER een vorm van plan, of moeten, of actie. Eerst exploreren. We oefenen dit aan de hand van de persoonlijke doelen, maar er zijn meerdere situaties waarmee we dit scherp kunnen krijgen. En dan, als vanzelf sprekend oefenen we met de verandertaal.

Verandertaal heeft 3 technieken:

1. Ontlocken
2. Herkennen
3. Consolideren (Miller W. R., 2005)

Proces 4: Plannen

Plannen is een laatste fase in een veranderproces. In deze fase wordt de patiënt uitgedaagd om zijn eigen planning te maken. Om te komen tot een zo groot mogelijke commitment zijn ook hier uitspraken van de patiënt belangrijker dan die van de arts (Miller & Rollnick, 2014). Vragen die hierbij kunnen helpen zijn:

- “Met welke stap wilt u beginnen?”
- “Wat is haalbaar in de komende 3 maanden?”
- “Wat wil u eerst?”
- “Met wie zou u de planning willen maken?”
- “Wie kan u ondersteunen om u aan het plan te houden?”
- Etc.

Bibliografie

Miller, W. R. (2005). *Motiverende Gespreksvoering, een methode om mensen voor te bereiden op verandering*. Utrecht: Ekklesia.

Miller, W. R., & Rollnick, S. (2014). *Motiverende Gespreksvoering, mensen helpen veranderen*. Utrecht: Ekklesia.

Mocciaro, F., & Di Mitri, R. R. (2014). Motivational Interviewing in inflammatory bowel disease patients: a useful tool for outpatient counseling. *Dig Liver Dis*, 893-897.

Trench, R. (2011). *Evidence based health coaching: Motivational Interviewing in action*. Retrieved from HealthScience Institute: www.healthscience.org