



Motiverende gespreksvoering is een gezamenlijke gespreksstijl voor het versterken van iemands eigen motivatie en toewijding voor verandering.

Miller and Rollnick, 2013

De last en de uitdagingen van behandeling van

- cystische fibrose (CF)
- Gevolgen van suboptimale therapietrouw bij CF

Inleiding

Therapie-
trouw bij CF

- Factoren in verband met therapietrouw
- Meten van therapietrouw
- Interventies

Inhoud

- Achtergrond van MI
- Theorie van MI
- De strategieën van MI

MI en
gedrags-
verandering

Een
'Therapie-
trouwvoor-
vechter' bij
CF worden

Referenties

- Het belang van communicatie begrijpen
- De bewijsbasis voor MI
- Vaardigheden ontwikkelen in het onderwijzen en ondersteunen van anderen

Deze uitgebreide bron is door een stuurgroep bestaande uit internationale deskundigen op het gebied van cystische fibrose (CF) ontwikkeld voor het behandelen van motiverende gespreksvoering (motivational interviewing, MI), wat een effectief kader kan vormen voor het verbeteren van de openheid van patiënten voor gedragsverandering. De bron onderzoekt de problemen met therapietrouw bij CF, evenals de principes en strategieën van MI. Het doel is om u te voorzien van kennis en vaardigheden om uw individuele omgang met MI te verbeteren en biedt u de relevante achtergrond voor de onderwerpen die in de vijf MI-modules worden besproken. Deze modules kunnen [hier](#) worden gedownload.

- De last en de uitdagingen van behandeling van cystische fibrose (CF)
- Gevolgen van suboptimale terapietrouw bij CF



De last en de uitdagingen van behandeling van cystische fibrose (CF)

Belangrijke ontwikkelingen in CF-behandelingen en beheerstrategieën hebben geleid tot een opmerkelijke verbetering van de gezondheid van mensen met CF. Het wordt algemeen erkend dat de overleving verbetert (Burgel et al., 2015) en dat dit ten minste gedeeltelijk toe te schrijven is aan vroege en agressieve behandeling en therapeutische vooruitgang (Lopes-Pacheco, 2020).

Het gebruik van meerdere geneesmiddelen en behandelingen kan echter complex, veeleisend en tijdrovend zijn voor patiënten van alle leeftijden en hun familieleden (Sawicki and Tiddens, 2012; Sawicki et al., 2013). Leden van het multidisciplinaire CF-team (MDT) hebben vaak lange (en soms intensieve) relaties met patiënten en hun families. Het team moet zorg leveren die zowel holistisch als patiënt-/familiegericht is, met als doel mensen met CF te helpen een evenwicht te bereiken tussen een optimale behandeling en de levenskwaliteit (Duff and Oxley, 2014).

Hoewel zowel CF-teams als patiënten deze zorgfilosofie graag omarmen, is het de realiteit dat complexe behandelingsregimes een steeds grotere zorglast vormen voor patiënten en hun families. Dit kan leiden tot therapieontrouw (Bregnballe et al., 2011; Sawicki and Tiddens, 2012) en lage competentieniveaus bij toediening van behandeling, die beide nadelig kunnen zijn voor de gezondheidsresultaten (Sawicki and Tiddens, 2012).

'Therapietrouw' is een voorkeursterm voor het beschrijven hoe het gezondheidszorggedrag van patiënten overeenstemt met overeengekomen aanbevelingen van CF-teamleden ('concordantie' en 'niveaus van zelfzorggedrag' zijn andere termen) (Duff and Latchford, 2010). Goede terapietrouw is moeilijk te definiëren, maar optimale terapietrouw heeft bijna in alle gevallen te maken met de juiste behandeling, op de juiste manier, op het juiste moment. Het is bekend dat terapietrouw varieert, afhankelijk van de complexiteit van het behandelingsregime en de manier waarop terapietrouw wordt gemeten (White et al., 2017; Lopes-Pacheco, 2020).

- De last en de uitdagingen van behandeling van cystische fibrose (CF)
- Gevolgen van suboptimale therapietrouw bij CF



Gevolgen van suboptimale therapietrouw bij CF

Optimale therapietrouw wordt sterk in verband gebracht met betere resultaten en een verminderd risico op ziekenhuisopname (Eakin et al., 2013; Mikesell et al., 2017; Quittner et al., 2014). Suboptimale therapietrouw is de belangrijkste oorzaak gebleken van behandelingsfalen (Thee et al., 2021), leidend tot slechte gezondheidsresultaten (Eakin et al., 2011). Het is expliciet gekoppeld aan behandelingsfalen, lagere kwaliteit van leven, verminderde longfunctie bij de baseline en hogere morbiditeit. Het is ook voorspellend voor de vereisten voor intraveneuze antibiotica (Briesacher et al., 2011; Duff and Latchford, 2010; Eakin et al. 2011; Eakin et al., 2013; Quittner et al., 2008; Mikesell et al., 2017). Verbetering van therapietrouw is vandaag de dag ook een van de belangrijkste psychosociale uitdagingen in de CF-zorg (Muther et al., 2018).

- Factoren in verband met terapietrouw
- Meten van terapietrouw
- Interventies



Factoren in verband met terapietrouw

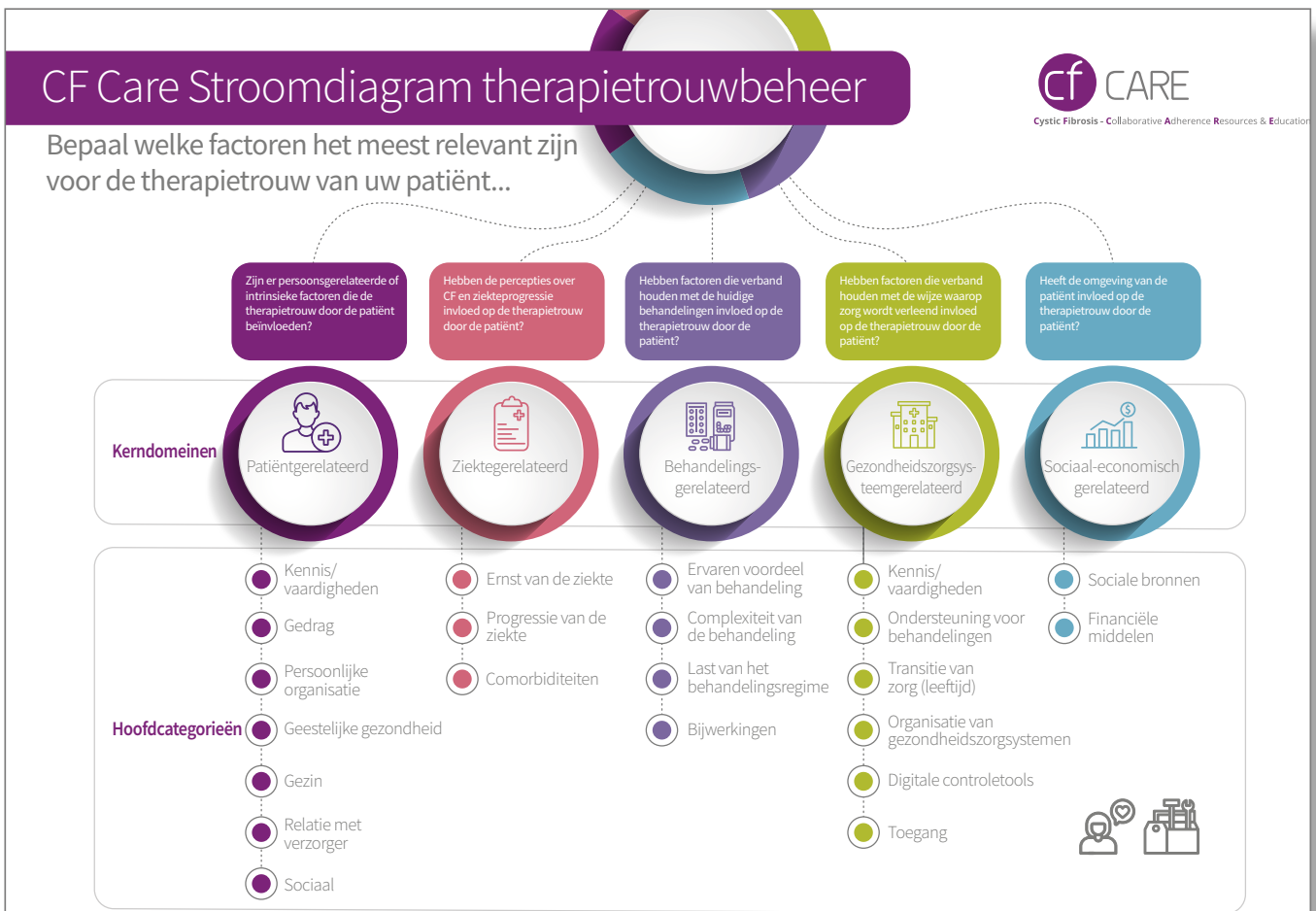
De factoren die de therapie-ontrouw bij behandeling van CF beïnvloeden, zijn breed en kunnen van patiënt tot patiënt sterk variëren. Om deze factoren beter te begrijpen, hebben we het CF CARE-stroomdiagram voor terapietrouwbeheer ontwikkeld. Hierin wordt het nieuwste onderzoek op het gebied van terapietrouw bij CF gebruikt om een uitgebreid overzicht te geven van de factoren van therapie-ontrouw en strategieën om deze aan te pakken.

In de volgende paragrafen worden de geïdentificeerde kerndomeinen en hoofdcategorieën kort bekeken. Een overzicht van het stroomdiagram is te zien in onderstaande figuur, waarin de mogelijke factoren worden onderverdeeld in de volgende vijf kerndomeinen:

- Patiëntgerelateerde factoren
- Ziektegerelateerde factoren
- Therapiegerelateerde factoren
- Gezondheidssysteemgerelateerde factoren
- Socio-economische factoren

Het complete interactieve stroomdiagram kan [hier](#) worden geraadpleegd, inclusief verdere ondersteunende onderzoeken en referenties, aanvullende voorbeelden en mogelijke interventies. Het stroomdiagram is bedoeld als ondersteuning bij het opstellen van gepersonaliseerde zorgplannen om therapie-ontrouw aan te pakken, met als doel het verbeteren van resultaten bij CF.

Er zijn veel aspecten die de terapietrouw van behandelingen en interventies bij CF kunnen beïnvloeden



- Factoren in verband met therapietrouw
- Meten van therapietrouw
- Interventies

Patiënt-
gerelateerd

Patiëntgerelateerde factoren

De patiëntgerelateerde factoren die van invloed zijn op therapietrouw zijn breed en omvatten factoren die specifiek zijn voor elke individuele patiënt. Het is bekend dat de kennis en vaardigheden van de patiënt van invloed zijn op de therapietrouw, onder meer wat betreft zijn/haar behandelingskennis (Pakhale et al., 2016), kennis van de ziekte (Ohn et al., 2018), vermogen tot toediening van de behandeling (Zanni et al., 2014) en opleidingsniveau (Flores et al., 2013). De houding en de persoonlijke organisatie van de patiënt spelen ook een rol bij therapietrouw, door zijn/haar gevoelens ten opzichte van behandeling (Arden et al., 2019) en overtuigingen (Happ et al., 2013; Keyte et al., 2019), tijdsbeheervaardigheden (Ohn et al., 2018) en prioriteringsvaardigheden (Nicolais et al., 2019). Ook de geestelijke gezondheid van de patiënt kan van invloed zijn op de therapietrouw, door depressie en angst (Quittner et al., 2016).

Er zijn ook factoren in verband met de directe omgeving van de patiënt, zoals de rol van familie/verzorgers en de sociale omgeving. Ondersteuning en organisatie door familie/verzorgers kan de therapietrouw van patiënten helpen of belemmeren (Prieur et al., 2021). Verder kunnen het sociale leven en de sociale druk (Arden et al., 2019; Hogan et al., 2015; Oddleifson and Sawicki, 2017) bijdragen aan therapietrouw, net als de beschikbaarheid van niet-familiale ondersteuningssystemen (Helms et al., 2015).

Ziekte-
gerelateerd

Ziektegerelateerde factoren

Ernst en progressie van de ziekte en de aanwezigheid van comorbiditeiten kunnen stuk voor stuk invloed hebben op de therapietrouw en het functioneren, zoals recente pulmonale exacerbaties en/of ziekenhuisopnames (Mikesell et al., 2017; Quittner, 2014; Eakin et al., 2013), de relatie van de patiënt met zijn/haar ziekteprogressie (Lomas, 2014; Dziuban et al., 2010), lichamelijke comorbiditeiten (Ronan et al., 2017) en geestelijke comorbiditeiten (Cohen-Cymerknoh et al., 2018).

Behandelings-
gerelateerd

Behandelingsgerelateerde factoren

Er zijn ook een groot aantal factoren die de therapietrouw kunnen beïnvloeden met betrekking tot de specifieke behandelingen en interventies die patiënten met CF ondergaan. Deze omvatten het waargenomen voordeel en de complexiteit van de behandeling en de frequentie en duur van behandelingen (Sawicki et al., 2015). Patiënten kunnen door het dagelijks volgen van behandelingen bijvoorbeeld ook last hebben van vermoeidheid, uitputting of een burn-out (Eaton et al., 2020). Bovendien kunnen behandelingen stress en ongemak veroorzaken in het dagelijks leven (Sawicki et al., 2015). Daarnaast zijn bijwerkingen en polyfarmacie ook barrières voor therapietrouw (Narayanan et al., 2017).

- Factoren in verband met terapietrouw
- Meten van terapietrouw
- Interventies



Gezondheidssysteemgerelateerde factoren

Er zijn veel manieren waarop het gezondheidssysteem en de CF-teamleden omgaan met patiënten om terapietrouw te bevorderen, zowel op dagelijkse basis als op belangrijke schakelpunten. Cruciaal voor het functioneren van CF-teams en hun ondersteuning van terapietrouw zijn de kennis, het bewustzijn en de communicatievaardigheden van het team (Duff and Latchford, 2010). Algemeener gezegd zal de manier waarop het gezondheidszorgsysteem is georganiseerd in termen van multidisciplinaire teamondersteuning (Zobell et al., 2017) en protocollen en beoordelingen voor terapietrouw (Riekert et al., 2015; Santuzzi et al., 2020) de terapietrouw door patiënten beïnvloeden. Hoewel digitale controlehulpmiddelen de terapietrouw kunnen ondersteunen (Calthorpe et al., Thorax. 2020), moet er ook rekening worden gehouden met het feit dat de terapietrouw van het gebruik van deze hulpmiddelen door een patiënt ook zal variëren op basis van zaken als patiëntvoorkeur (Calthorpe et al., BMJ Open Respir Res 2020).

Er zijn veel manieren waarop het gezondheidssysteem en de CF-teamleden omgaan met patiënten om terapietrouw te ondersteunen, zowel op dagelijkse basis als op belangrijke schakelpunten. Cruciaal voor het functioneren van CF-teams en hun ondersteuning van terapietrouw zijn de kennis, het bewustzijn en de communicatievaardigheden van het team (Duff and Latchford, 2010). Algemeener gezegd zal de manier waarop het gezondheidszorgsysteem is georganiseerd in termen van multidisciplinaire teamondersteuning (Zobell et al., 2017) en protocollen en beoordelingen voor terapietrouw (Riekert et al., 2015; Santuzzi et al., 2020) de terapietrouw door patiënten beïnvloeden. Hoewel digitale controlehulpmiddelen de terapietrouw kunnen ondersteunen (Calthorpe et al., Thorax. 2020), moet er ook rekening worden gehouden met het feit dat de terapietrouw van het gebruik van deze hulpmiddelen door een patiënt ook zal variëren op basis van zaken als patiëntvoorkeur (Calthorpe et al., BMJ Open Respir Res 2020).

De manier waarop patiënten omgaan met het gezondheidszorgsysteem zal ook veranderen naarmate de leeftijd toeneemt (Ohn et al., 2018) en de individuele omstandigheden in verband met het gemak van toegang tot diensten veranderen, bijvoorbeeld wat betreft afstand tot poliklinische diensten na verhuizing voor werk, opleiding of om andere redenen (Abraham et al., 2018). Deze factoren kunnen allemaal van invloed zijn op de terapietrouw door de patiënt en de controle ervan.



Socio-economische factoren

Tot slot zijn er sociale en financiële bronnen die voor patiënten toegankelijk kunnen zijn en die de terapietrouw kunnen bevorderen. Sociale bronnen zijn onder meer het opleidingsniveau (Flores et al., 2013) en aspecten van de gezinsomgeving die terapietrouw bevorderen (Everhart et al., 2014). Financiële bronnen omvatten het huishoudinkomen (Oates et al., 2015) en de verzekeringsdekking van voorgeschreven medicatie (Li et al., 2018). Deze factoren kunnen ook worden teruggevoerd naar aspecten van de vorige vier domeinen.

Samen laten deze kerndomeinen het complexe en overlappende web van factoren zien dat kan leiden tot suboptimale terapietrouw bij CF-patiënten. Als u meer te weten wilt komen over deze factoren en specifieke interventies, bekijk dan [hier](#) het CF CARE-stroomdiagram voor terapietrouwbeheer.

- Factoren in verband met terapietrouw
- Meten van terapietrouw
- Interventies



Meten van terapietrouw

De nauwkeurige meting van terapietrouw is erg belangrijk, omdat elke interventie met patiënten door gegevens kan worden geïnformeerd en ondersteund. Variabele en onbetrouwbare meettechnieken (bijv. zelfrapportage, aantal flesjes en verzameling van recepten) zijn belangrijke factoren die bijdragen aan inconsistentie in gerapporteerde terapietrouwpercentages. Zelfs in gevallen waarin de patiënt de ziekte en het behandelplan toereikend begrijpt, is nauwkeurige meting van de terapietrouwpercentages (uitgedrukt als percentage van het recept) methodologisch beladen.

Het is daarom van vitaal belang dat CF-teams die zich zorgen maken over de terapietrouw van hun patiënten actuele richtlijnen voor de beste praktijken volgen. Deze omvatten (i) het meten van ziekte- en behandelingskennis, begrip van ziekte en behandelplan en de factoren die op individueel en familieniveau terapietrouw blokkeren, (ii) het opstellen van uitgebreide behandelplannen met schriftelijke exemplaren voor patiënten en ouders, en (iii) het trianguleren van gegevens aan de hand van ten minste twee beoordelingsmodaliteiten (bijv. dagelijks dagboek en elektronische controle) en vervolgens het verkennen van overeenstemming tussen twee of meer resultaten, waarbij elektronische gegevens voorrang hebben (Quittner et al., 2008; NICE, 2009).

Het is voor CF-teams ook nuttig om handige hulpmiddelen te hebben om patiënten te vragen hoe *zij vinden* dat ze het doen met hun behandelingen. U kunt het gewoon vragen, maar het gebruik van beknopte hulpmiddelen kan nuttiger zijn. We hebben een hulpmiddel ontwikkeld, genaamd Brief Adherence Rating Scale (korte beoordelingsschaal voor terapietrouw), waarin met drie visueel-analoge schalen wordt beschreven hoe goed patiënten hun behandelingen in het algemeen vinden gaan, hoe gemakkelijk ze de behandelingen vinden en of ze vinden dat ze moeten veranderen wat ze doen. Dit hulpmiddel is meer bedoeld als een aansporing voor discussie dan als een betrouwbare maatstaf, maar u kunt het nuttig vinden om een gesprek te starten of veranderingen in de loop van de tijd bij te houden.

De Brief Adherence Rating Scale is net als andere handige hulpmiddelen [hier](#) te vinden in de bijbehorende terapietrouwtoolkit op de CF CARE-website.

Om verder te helpen bij de gesprekken met uw patiënten hebben we ook een hulpmiddel ontwikkeld dat de Visual Analogue Scale for Adherence and Non-Adherence, (VASANA, visueel-analoge schaal voor terapietrouw en therapie-ontrouw) wordt genoemd. Dit hulpmiddel kan worden gebruikt om bij te houden hoe goed patiënten specifieke geneesmiddelen nemen en kan helpen bij het focussen van gesprekken over geneesmiddelen waarmee patiënten moeite hebben. Het VASANA-hulpmiddel is [hier](#) te vinden op de CF CARE-website.

- Factoren in verband met terapietrouw
- Meten van terapietrouw
- Interventies



Interventies

Het werk dat met patiënten wordt gedaan om de terapietrouw te verhogen, bestaat uit zes belangrijke fasen, die op de volgende pagina's worden beschreven. Deze fasen moeten binnen de context van routinematige kliniek- en afdelingsbezoeken plaatsvinden in plaats van tijdens afzonderlijke consulten.

De zes belangrijkste fasen in het proces van het helpen van patiënten om terapietrouw te verhogen



Betrekken en verbinden: breng een samenwerkingsrelatie met de patiënt tot stand

Interventies beginnen met discussie. Om een CF-team in staat te stellen potentieel gevoelige onderwerpen effectief met een patiënt te bespreken, moet er echter een gevoel van betrokkenheid en een verbinding tussen de personen zijn. De meest voorkomende schriftelijk ingediende klacht bij de Engelse National Health Service (NHS) in 2020 ging bijvoorbeeld over communicatie (NHS Digital, 2022).

In de CF-zorg is het belang van het optimaliseren van de communicatie tussen artsen en individuen en families die leven met CF goed bekend, vooral met betrekking tot dagelijkse zorg, terapietrouw en psychosociale zorgen. In een onderzoek dat in 2020 werd gepubliceerd, benadrukten CF-artsen de behoefte aan middelen en training om hun patiënten beter te kunnen betrekken bij gebieden met hoge prioriteit, zoals sociale, psychologische en economische uitdagingen, voorbereiding op de transitie naar volwassenheid en het in stand houden van dagelijkse zorg. Bovendien werden geavanceerde communicatievaardigheden die het opbouwen van vertrouwen bevorderen als zeer waardevol beschouwd (Cooley et al., 2020).

De basis van goede communicatie is luisteren. Luisteren en begrijpen helpt bij het vormgeven van consulten om maximale klinische informatie van patiënten te verkrijgen. Het is belangrijk te beseffen dat goed luisteren geen passief proces is; het gaat om meer dan zwijgen. Actief luisteren leidt ertoe dat patiënten actief betrokken raken bij hun gezondheidszorg en dat er een echte samenwerking ontstaat tussen hen en hun zorgverlener. Het leidt ook tot een eerlijkere, en uiteindelijk nuttigere dialoog. Actief luisteren wordt bereikt door te luisteren naar het volgende:

- De inhoud van het bericht
- Zonder te onderbreken
- De gevoelens van de spreker
- Zonder oordeel

- Factoren in verband met therapietrouw
- Meten van therapietrouw
- Interventies



Vervolgens wordt een optimale respons opgebouwd uit 'OARS' (Miller and Rollnick, 1991):

Open vragen: Deze vragen kunnen niet met één woord of zin worden beantwoord. Bijvoorbeeld: in plaats van te vragen: "Drink je graag alcohol?", zou een clinicus kunnen vragen: "Wat denk jij over alcohol drinken?"

Affirmaties: Een arts kan de sterke punten, motivatie, intenties en voortgang van een patiënt ondersteunen en er commentaar op geven. Het is heel belangrijk om de motivatie hoog te houden, vooral als u wilt dat ze een moeilijke stap gaan zetten waarbij vertrouwen een belangrijke factor wordt, zoals de behandeling onder controle krijgen

Reflectief luisteren: Een arts kan aantonen dat de patiënt wordt gehoord en begrepen door na te denken over wat de patiënt heeft gezegd. Er zijn verschillende manieren om dit te doen, variërend van eenvoudig (nadenken over wat er gezegd is, misschien een paar woorden veranderen) tot complexer (nadenken over de betekenis van wat er gezegd is, of ten minste wat u denkt dat dit is)

Samenvattingen: Het samenvatten van wat besproken is, kan zeer nuttig zijn. Het zorgt voor een goede pauze in het gesprek voordat het in een andere richting gaat. Het samenbrengen van verschillende onderdelen kan ook een zeer krachtig punt zijn, bijvoorbeeld de verschillende manieren waarop iemand over zijn/haar zorgen heeft gesproken

In een echt samenwerkende relatie kunnen CF-teams een open en eerlijke discussie voeren met patiënten. Onderweg wordt informatie en voorlichting gegeven en de patiënt wordt aangespoord om met ondersteuning de lastige keuzes te maken. Bij dergelijke interacties hebben patiënten het gevoel dat ze enige controle hebben over hun behandelregime. Ze worden geïnformeerd en doen kennis op over CF en hun zorg en kunnen vervolgens vanuit een weloverwogen perspectief met hun team onderhandelen.

Samenwerking is de sleutel tot succes. Is dit er niet, dan zullen de patiënten het team de waarheid over de omgang met hun therapietrouw en hun daadwerkelijke prestaties niet toevertrouwen. Ze zijn ook minder geneigd om advies te geloven en op te volgen. Het belang van het tot stand brengen van betekenisvolle communicatie met patiënten via reflectief luisteren en een diepgaande uitleg van OARS vindt u [hier](#).

Beoordelen

Een goede beoordeling richt zich niet alleen op het huidige gedrag rond therapietrouw, hoewel dit belangrijk is. De beoordeling moet alle factoren bevatten die het gedrag rond therapietrouw kunnen beïnvloeden. In het algemeen moet een volledige beoordeling:

- Het huidige gedrag vaststellen
- De huidige kennis vaststellen
- De huidige overtuigingen verkennen
- De bronnen verkennen
- De rol van de familie/vrienden/partner van de patiënt verkennen
- Barrières/faciliterende factoren verkennen
- Eventuele probleemsituaties in detail verkennen

- Factoren in verband met terapietrouw
- Meten van terapietrouw
- **Interventies**



Onderhandelen

Zoals in de vorige paragrafen besproken is, is het belangrijk om te overwegen hoe de behandelingsrelatie het best kan worden gebruikt om de terapietrouw te verbeteren. De principes van echte samenwerking leiden tot:

- **Open en eerlijke gesprekken**
- **Goed overgebrachte kernboodschappen**
- **Luisteren naar en begrijpen van een actief betrokken patiënt**

In de context van de echt samenwerkende relatie kunnen discussie en onderhandeling over behandelplannen pas echt effectief plaatsvinden.

Hoewel CF-teams klinische verantwoordelijkheid hebben en niet openlijk een verminderd/gewijzigd regime kunnen tolereren, moet deze positie in evenwicht worden gebracht met een realistische beoordeling van wat een patiënt daadwerkelijk zal doen wanneer hij/zij na een verblijf in het ziekenhuis wordt ontslagen of de kliniek verlaat.

In veel gevallen zal het dilemma met de patiënt moeten worden besproken. De discussie kan worden gestart met de volgende aanpak:

“Als lid van je CF-team heb ik de verantwoordelijkheid om je de best mogelijke zorg te bieden en je te adviseren over een behandelplan om dit te bereiken. Maar wat ik je hoor zeggen is dat dit plan op dit moment zo moeilijk voor je is dat het onmogelijk voor jou is. Hoe gaan we hiermee verder?”

Er moeten drie dingen worden overwogen bij het onderhandelen

Met wie moeten we onderhandelen?	Patiënten, ouders, verzorgers, partners, broers en zussen
Over wat moeten we onderhandelen?	Alleen de aspecten van de behandeling die de patiënt niet optimaal kan naleven
Wanneer moeten we onderhandelen?	Wanneer het zeker is dat de patiënt een goede kennis en begrip heeft van de behandeling in kwestie Wanneer traditionele pogingen om de patiënt te ondersteunen om zich aan de behandeling te houden, hebben gefaald

Motiveren

Het idee van verandering hangt in de lucht, maar de beslissing ligt (uiteeraard) bij de patiënt. We weten echter dat hetzelfde blijven altijd de gemakkelijkere optie is voor individuen, vooral als de verandering die ze overwegen moeilijk is en betekent dat ze zichzelf met enge of zorgwekkende gedachten over hun ziekte moeten confronteren.

Wij weten dat patiënten helpen om er zelf uit te komen altijd beter is dan wanneer het CF-team suggesties doet. Dus hoe moet een lid van het CF-team proberen de vooroordelen met betrekking tot het handhaven van de *status quo* aan te pakken? Het CF-team kan dit probleem aanpakken door patiënten te helpen al hun gedachten en gevoelens rondom de keuze te verkennen, ongeacht of deze moeten worden veranderd. Uiteindelijk zal dit een confrontatie met onverenigbare of inconsistente overtuigingen opleveren. De theorie van 'cognitieve dissonantie' is een nuttig concept om dit proces te begrijpen. Cognitieve dissonantie werd door Leon Festinger (Festinger, 1957) voorgesteld om een situatie te beschrijven waarin twee onverenigbare overtuigingen bestaan die niet beide waar kunnen zijn. Dissonantie tussen overtuigingen, bijvoorbeeld als er iets is dat iemand zou moeten doen, maar niet doet (bijv. stoppen met roken), zorgt voor ongemak bij mensen en veroorzaakt momentum om te veranderen als het op de juiste manier wordt aangepakt.

- Factoren in verband met therapietrouw
- Meten van therapietrouw
- Interventies



Er moeten actieve luistervaardigheden worden ingezet om discrepanties tussen gedachten en gedragingen van patiënten te identificeren (dit wordt vaak 'ontwikkeling van discrepanties' genoemd). Hiermee kan worden beoordeeld hoe belangrijk patiënten het vinden om te veranderen (d.w.z. hun therapietrouw te verhogen) en hoeveel vertrouwen ze hebben in het bereiken ervan. In werkelijkheid zijn patiënten zich meestal al bewust van de meeste discrepanties, maar individuen zijn bedreven om niet na te denken over de dingen die ze niet doen (maar wel zouden moeten doen), waardoor ze zich schuldig of ongemakkelijk voelen.

De ontwikkeling van discrepanties tussen de doelen of waarden van patiënten en hun huidige gedrag wordt [hier](#) uitgebreider besproken.

Plannen

Wanneer een persoon heeft besloten te veranderen, kan een plan hebben het verschil vormen tussen succes en falen. De eerste stap tijdens de planningsfase omvat het stellen van doelen. Het is verleidelijk om vage doelen te stellen, bijvoorbeeld om 'al mijn medicijnen in te nemen' of 'gewoon beter te worden'. Verandering kan echter problematisch blijken, tenzij de doelen duidelijk zijn, en succes zal vrijwel zeker onmogelijk te beoordelen zijn. De beste manier om doelen te stellen, is door middel van 'SMART':

- Specifiek
- Meetbaar
- Acceptabel
- Realistisch
- Tijdsgebonden

SMART zorgt ervoor dat doelen eenduidig kunnen gedefinieerd worden, gemeten met een aanvaardbaar niveau van zekerheid, realisme, relevantie voor de doelen van de patiënt en haalbaarheid binnen een redelijk tijdsbestek. Het is belangrijk op te merken dat het meestal het beste is om met kleine, voorbereidende stappen te beginnen om het vertrouwen van de patiënt op te bouwen.

Zodra de doelen zijn overeengekomen, kan er een veranderingsplan worden opgesteld. Het schrijven van een veranderingsplan verplicht de patiënt om zich te veranderen en herinnert hem/haar aan de redenen om te willen veranderen. Het helpt patiënten om zich te concentreren op wat ze daadwerkelijk zullen doen, en het helpt hen te overwegen welke dingen de verandering gemakkelijker (of moeilijker) kunnen maken. Over het algemeen is het waarschijnlijker dat mensen iets doen als ze het opschrijven, waardoor de verbintenis wat formeler wordt.

We hebben een hulpmiddel voor een individueel behandelplan ontwikkeld, waarmee patiënten hun behandeling onder controle kunnen krijgen en barrières voor therapietrouw kunnen overwinnen. Dit sjabloondocument is [hier](#) te vinden op de CF CARE-website.

De sleutel tot succesvolle verandering is planning. Hoewel het voor de meeste mensen verleidelijk is om ongeduldig te zijn bij een verandering, zal het in gang zetten van verandering zonder voorbereiding waarschijnlijk leiden tot falen. Tegelijkertijd is de op één na meest voorkomende reden voor falen helemaal niet beginnen. Zelfs als er een beslissing is genomen, is het gemakkelijk om het starten van een plan uit te stellen.

Wanneer iemand begint met verandering, is het zeer waarschijnlijk dat er onderweg obstakels ontstaan. Deze obstakels kunnen het proces van verandering vertragen of stoppen, of compleet voorkomen dat het begint. Een nuttige strategie om patiënten te helpen obstakels te overwinnen, is het gebruik van uitvoeringsplannen. Onderzoek heeft aangetoond dat deze eenvoudige techniek een gemiddeld tot groot effect kan hebben op de mate van het bereiken van doelen (Gollwitzer and Sheeran, 2006; Gollwitzer and Sheeran, 2008; Gollwitzer, 2014).

- Factoren in verband met terapietrouw
- Meten van terapietrouw
- Interventies



Uitvoeringsplannen helpen patiënten bij het voorbereiden van een actieplan voor eventuele belemmeringen bij verandering. Het besteden van tijd aan het anticiperen van wat deze zouden kunnen zijn is op zichzelf nuttig, maar deze techniek moet ook het bedenken van mogelijke oplossingen omvatten. Het belangrijkste is dat de barrière en de oplossing worden opgeschreven voordat de verandering wordt nagestreefd; zo wordt de oplossing goed vastgesteld voordat het probleem wordt aangepakt. Obstakels en oplossingen moeten worden opgeschreven in een vorm die geen ruimte biedt voor twijfel over de uitkomst:

“Als _____ gebeurt, dan doe ik _____.”

Tijdens het planningsproces zal de ervaring en kennis van de arts zeer nuttig blijken voor de patiënt. Het is voor het CF-teamlid belangrijk te onthouden dat hij/zij niet in de ‘expertkleren’ moet kruipen door patiënten te vertellen wat ze moeten doen. In plaats daarvan moet patiënten worden gevraagd of het nuttig zou zijn als zij te horen krijgen wat andere patiënten nuttig hebben gevonden. ‘Sturing’ is een zeer treffende beschrijving van dit proces. Adviseren, luisteren en aanpassen aan de behoeften van de patiënt.

Het doel van elke gedragsverandering is deze routinematig maken, zodat het gedrag automatisch wordt (een gewoonte). In het begin kan het doelgedrag opzettelijk worden toegevoegd aan een reeds bestaande routine, zodat het onderdeel uitmaakt van een dagelijkse activiteit of routine. Ook kan een herkenningspunt/hint dienen als herinnering voor de patiënt. Voorbeelden van herkenningspunten/hints zijn:

- **Alarmen op mobiele telefoons, stickers, medicatie op een locatie plaatsen waar ze goed zichtbaar zijn**
- **Gedrag opnemen in een bestaande routine of gedragssequentie en als hint gebruiken (bijv. tandenpoetsen)**
- **Vrienden/familie/partner (aangewezen door de patiënt) gebruiken als een bron van herinnering en steun**

Een andere nuttige techniek is het aanmoedigen van de patiënt om mogelijke problemen te visualiseren en zich voor te stellen dat hij/zij deze met succes aanpakt door de vooraf geplande, samen overeengekomen reactie te tonen. Het proces van visualisatie maakt het veel waarschijnlijker dat de patiënt er in het echte leven beter mee zal omgaan.

Het is belangrijk om de cruciale rol van de overtuigingen van de patiënt in het achterhoofd te houden, zoals eerder besproken. Het kan zijn dat deze overtuigingen in de planningsfase naar voren komen, dus het is goed om voorbereid te zijn om ze met de patiënt te bespreken.

De laatste tip is het gebruik van bekrachtiging. Het is een veelgehoorde mythe dat het dreigen met straf de krachtigste manier is om gedrag te veranderen. Positieve bekrachtiging is in feite een veel sterkere stimulans, die effectief kan worden gebruikt bij het plannen van verandering bij een patiënt. Het is raadzaam dat een CF-teamlid tijd besteedt aan het vaststellen wat patiënten zouden kunnen doen om zichzelf te belonen als ze erin slagen om te veranderen. Hiermee wordt het heel duidelijk wat de beloning is en wanneer deze kan worden toegekend. Het is ook erg nuttig dit vast te leggen. Het is belangrijk dat beloningen daadwerkelijk worden aangenomen, omdat het gedrag aan de beloning wordt gekoppeld. De meest effectieve bekrachtigingen zijn psychologisch, omdat de patiënt het gevoel krijgt dat hij/zij de controle heeft en het juiste doet en ook trots en zelfverzekerd wordt. Aan de andere kant reageren de meesten van ons ook op meer materiële bekrachtigingen (van shoppen tot chocolade!).

- Factoren in verband met therapietrouw
- Meten van therapietrouw
- Interventies



Controleren en beoordelen

De laatste fase is het controleren wat er gebeurt nadat een patiënt een verandering start. Het is belangrijk om tijd vrij te maken om de voortgang te beoordelen, over successen na te denken en het plan te herzien als het niet werkt. Het is vooral belangrijk om de motivatie hoog te houden en de blik op verandering te blijven richten. Verandering is niet gemakkelijk en er zijn vaak verschillende pogingen nodig om te slagen.

Wanneer mensen verandering bereiken, vergeten ze soms zichzelf er waardering voor te geven. Soms reageren ze met opmerkingen als: "Het is niets bijzonders. Ik had het toch al jaren geleden moeten doen". Dit kan zo zijn omdat ze zich schuldig voelen omdat ze steun nodig hadden om te veranderen. In deze situaties is het belangrijk om het proces te normaliseren, om patiënten eraan te herinneren dat veel mensen moeite hebben met verandering en om aan te geven hoe goed de patiënt het heeft gedaan. Als een teamlid van CF een beloning heeft gepland, moet hij/zij ervoor zorgen dat de patiënt deze heeft gekregen.

De beste manier om ervoor te zorgen dat iemand blijft veranderen, is door hem/haar te helpen inzien dat de doorgevoerde veranderingen positief zijn.

Aanvullende interventies gericht op specifieke factoren die leiden tot suboptimale therapietrouw worden beschreven in het CF CARE-stroomschema voor therapietrouwbeheer, dat [hier](#) te vinden is op de CF CARE-website.

- **Achtergrond van MI**
- Theorie van MI
- De strategieën van MI



Achtergrond van MI

MI is een interventie die is ontworpen voor situaties waarin een patiënt een gedragsverandering moet ondergaan, maar er onzeker over is, soms zozeer dat hij/zij er vijandig tegenover staat. Het bouwt voort op het idee dat de eerste stap in elk overleg het starten van een gesprek is. Vervolgens worden er specifieke strategieën gebruikt om dit gesprek in de richting van verandering te sturen.

De achtergrond van MI ligt in de behandeling van mensen met alcoholproblemen. De traditionele aanpak was het confronteren van de persoon met de gevolgen van hun drinkprobleem, waarbij de overtuiging bestond dat ze nooit beter zouden worden, tenzij ze toegaven dat ze een probleem hadden.

In dergelijke situaties vochten de mensen die werden geconfronteerd terug door te ontkennen dat ze een probleem hadden, en dat is geen verrassing. Velen reageerden door het niet te horen, en door redenen te bedenken waarom hun hulpverlener het mis had ("Ik drink niet meer dan die en die persoon..."). Het was verleidelijk voor hulpverleners om de patiënt vervolgens de schuld te geven en te zien als iemand 'zonder wilskracht' en 'zonder motivatie'.

Het eerste artikel over MI, geschreven door psycholoog Bill Miller in New Mexico (1983), pakte dit probleem aan door te kijken naar zijn eigen klinische praktijk. In tegenstelling tot de heersende visie suggereerde hij dat het nuttiger is om ontkenning niet als slechte wilskracht of gebrek aan motivatie om het probleem op te lossen te beschouwen, maar dit resultaat als een product van de situatie in de hulpverleningssessie te zien, d.w.z. confrontatie veroorzaakt weerstand en ontkenning.

Bill Miller suggereerde vervolgens een aantal manieren waarop een hulpverlener een confrontatie kan proberen te vermijden, en dit legde de basis voor MI (Miller, 1983). MI werd verder ontwikkeld in samenwerking met Stephen Rollnick, een oorspronkelijk uit Zuid-Afrika afkomstig klinisch psycholoog die later in het Verenigd Koninkrijk in de verslavingszorg werkte. Stephen Rollnick zag de relevantie van deze aanpak voor lichamelijke gezondheidssituaties, met name veranderingen in levensstijl en latere terapietrouw. Bill Miller en Stephen Rollnick werkten sindsdien samen aan het eerste boek over MI en vele publicaties (bijv. Miller and Rollnick, 1991; Rollnick and Miller, 1995; Rollnick et al., 2007; Arkowitz et al. 2017).

A directive, client-centred counselling style for eliciting behaviour change by helping clients to explore and resolve ambivalence. Rollnick and Miller, 1995

Het lijkt soms vreemd om MI als zowel mensgericht als directief te zien, omdat mensgerichte benaderingen traditioneel niet directief zijn. Toch is het een goede beschrijving, aangezien het doel van de interventie is de patiënt aan te moedigen om zijn/haar gedrag te veranderen.

- Achtergrond van MI
- Theorie van MI
- De strategieën van MI



Theorie van MI

Belangrijkste principes van MI

Hoewel MI zijn wortels heeft in de klinische praktijk, is het inmiddels duidelijk dat de grondbeginselen achter MI een zeer lange geschiedenis hebben. Ze kunnen worden samengevat in zes algemene principes:

Principe 1: Mensen moet niet worden verteld wat ze moeten doen

Zelfs als een lid van het CF-team het juiste advies geeft, houden de meeste mensen zich over het algemeen niet aan de regels omdat ze simpelweg te horen krijgen wat ze moeten doen. Als mensen niet het gevoel hebben dat ze een keuze hebben, voelen ze een reële behoefte om het tegenovergestelde te doen, gewoon om te bewijzen dat ze nog steeds een vrije wil hebben. Dit verschijnsel wordt beschreven in de 'reactantietheorie' die Jack Brehm in 1966 ontwikkelde.

Principe 2: Luisteren

Als een CF-teamlid niet kan luisteren en de patiënt niet kan betrekken bij een gesprek, is het onwaarschijnlijk dat de patiënt verandert. Dit deel van MI heeft zijn oorsprong in patiëntgerichte hulpverlening, voorgesteld door Carl Rogers, die beweerde dat verandering kan worden bevorderd door mensen te voorzien van therapeuten die een niet-directieve stijl aannemen, empathisch zijn, oprecht zijn in hun pogingen om te begrip te tonen en warm zijn in hun reacties, maar bovenal luisteren (Rogers, 1975).

Principe 3: De patiënt moet het CF-teamlid vertellen dat hij/zij moet veranderen

Het allerbeste dat er kan gebeuren is dat patiënten een CF-teamlid vertellen waarom ze moeten veranderen. Als patiënten het zelf zeggen zonder dat het CF-teamlid het eerst zegt, is het veel krachtiger. De redenen zijn dan vaak ook krachtiger. Als personen iets doen omdat ze denken dat het juist is, is deze persoon meer geneigd het ook echt vol te houden dan wanneer ze het doen om iemand anders een plezier te doen.

Principe 4: Cognitieve dissonantie

Zoals besproken in de paragraaf 'interventies' ([hier](#) te vinden) werd cognitieve dissonantie door Leon Festinger (1957) voorgesteld als een kenmerk van situaties waarin mensen worstelen met een keuze voor verandering, waardoor ze zich ongemakkelijk voelen. Als hier op de juiste manier mee wordt omgegaan, leidt dit tot een momentum dat verandering teweegbrengt.

Cognitieve dissonantie is een zeer krachtig fenomeen, dat we allemaal wel eens hebben ervaren. MI verwijst hiernaar (of naar ambivalentie, een gerelateerd concept) en is gericht op het gebruik van inzicht in de principes voor aanmoediging van verandering. Als het contrast tussen de twee keuzes naar voren komt, voelen mensen de drang om het conflict op te lossen door een keuze te maken.

Principe 5: Mensen moeten zich zelfverzekerd voelen voordat ze een poging doen tot verandering

Zelfs als patiënten overtuigd zijn van de noodzaak om te veranderen, is het onwaarschijnlijk dat ze het zullen proberen als ze zich niet zeker voelen. Erger nog: ze kunnen zich depressief voelen wanneer ze zich bewust zijn van hun benarde situatie. Als patiënten echt in zichzelf geloven, zullen ze zich zelfverzekerd voelen en is de kans op succes veel groter. MI is expliciet over de noodzaak om de motivatie hoog te houden.

Principe 6: Ambivalentie is normaal

Het is normaal dat mensen onzeker zijn over wat ze moeten doen, vooral als de keuze moeilijk is of een verandering inhoudt die moeilijk zou kunnen zijn.

- Achtergrond van MI
- Theorie van MI
- De strategieën van MI



De strategieën van MI

MI is steeds praktijkgericht. De strategieën van MI zijn meer overtuigend dan dwingend, meer ondersteunend dan argumentatief. De motiverende gespreksleider moet zich inzetten met een sterke doelgerichtheid, duidelijke strategieën en vaardigheden om dat doel na te streven en een gevoel van timing om op dringende momenten op bepaalde manieren in te grijpen. Miller and Rollnick, 1991

De vier belangrijkste strategieën van MI zijn als volgt (Miller and Rollnick, 1991):

1. Empathie uiten door reflectief luisteren
2. Discrepancie ontwikkelen tussen doelen/waarden en huidig gedrag
3. Aanpassen aan weerstand in plaats van er direct tegenin te gaan
4. Zelfredzaamheid ondersteunen en zelfvertrouwen vergroten

CF-zorgteamleden die MI als voorkeursstijl hebben omarmd, hebben het gebruik van OARS (open vragen, affirmaties, reflectief luisteren, samenvattingen, **hier** in de vorige paragraaf beschreven) en de uitlokking van zelfmotiverende verklaringen (uiten van persoonlijke zorgen en intenties door de patiënt, in plaats van het overtuigen van de patiënt dat verandering noodzakelijk is) als bijzonder nuttig beschouwd in de vroege fasen van de behandeling.

Empathie uiten door reflectief luisteren

Het eerste doel van het CF-team bij het werken met een patiënt is het openen van het gesprek. Hoewel het CF-team zich zorgen kan maken over een patiënt, vooral wanneer er dringend een verandering in gedrag nodig is, kunnen interventies die snel worden ingezet voor niets zijn als het team niet reflectief luistert. Het maakt niet uit of een gezondheidszorgdienst toegang heeft tot de beste beschikbare medische behandelingen. Als patiënten niet terugkomen voor een afspraak, kunnen ze er geen voordeel bij hebben. Dit is een moeilijke situatie, maar in de meeste gevallen is het voor artsen belangrijker om de patiënt erbij te betrekken, zodat de patiënt meer kans heeft om te reageren op wat de artsen zeggen en vervolgens terugkomen, in plaats van dat artsen de volledige lijst met zaken doornemen die moeten worden behandeld.

Gesprekken kunnen op twee niveaus worden gevoerd. Op het eerste (of oppervlakkige) niveau zijn interacties beleefd, formeel of belemmerd. Op het tweede, diepere niveau nemen artsen de tijd om uit te zoeken wat er met hun patiënt aan de hand is en hoe hij/zij zich voelt. Het eerste niveau typeert de meeste consulten die in de kliniek plaatsvinden. In het overgrote deel van de gevallen volstaat dit. Soms is het eerste niveau echter niet voldoende om een goed begrip te krijgen van de problemen die patiënten ondervinden en om hen te helpen. Het tweede niveau typeert de gesprekken die mensen hebben met naasten die ze vertrouwen. Als er een aanzienlijk probleem is dat therapietrouw in de weg staat, is het onwaarschijnlijk dat het in de kliniek naar voren komt, tenzij het gesprek zich naar een dieper niveau verplaatst.

De meeste mensen zijn bekwaam in het voeren van gesprekken op een dieper niveau; we hebben ze allemaal van tijd tot tijd. In de kliniek gebruiken CF-teamleden echter meestal een manier van interactie die de zaken op een oppervlakkiger niveau houdt. Dit is een zeer goede manier voor CF-teamleden om gefocust te blijven en effectief gebruik te maken van tijd. Soms moeten artsen zichzelf echter toestemming geven om hun natuurlijke vaardigheden te gebruiken bij het openen van een gesprek met een patiënt op een dieper niveau, om hen te helpen een probleem met therapietrouw op te lossen.

Het CF-team kan een aantal vaardigheden gebruiken om patiënten op hun gemak te stellen en in staat te stellen zich open te stellen en zich begrepen te voelen als ze moeilijke emoties toevertrouwen.. Dit kan worden bereikt door het gebruik van **OARS**.

- Achtergrond van MI
- Theorie van MI
- De strategieën van MI



OPEN VRAGEN

Open vragen zijn zeer nuttig voor het openen van een gesprek en het beperken van aannames over de status van patiënten of hoe ze zich voelen. Hieronder staan enkele voorbeelden van open en gesloten vragen:

Gesloten vraag	Open vraag
Gebruik je je vernevelaar?	Waarom kom je naar me toe vandaag?
Vind je het een goed idee om je vernevelaar regelmatig te gebruiken?	Wat vind je van de mogelijkheid om je vernevelaar regelmatig te gebruiken?
Heb je vandaag de vernevelaar gebruikt?	Vertel me over het gebruik van je vernevelaar tijdens een gewone week.
Rook je graag?	Wat vind je van roken?
Hoe was je medicatiegebruik deze week in vergelijking met vorige week: meer, minder of ongeveer hetzelfde?	Hoe was je gebruik van geneesmiddelen in de afgelopen week?
Hoe lang geleden heb je je vernevelaar gebruikt?	Vertel me over de laatste keer dat je je vernevelaar gebruikte.

AFFIRMATIES

Affirmaties helpen de motivatie hoog te houden, waardoor het waarschijnlijker is dat er poging tot een verandering wordt ondernomen. Het is belangrijk dat de aanmoediging en ondersteuning van de arts oprecht is, omdat dit een aanzienlijk effect kan hebben op het verloop van het gesprek. Een manier om dit te doen, is door herkenning van de sterke punten van de patiënt:

Bijvoorbeeld:

“Niet iedereen kan stoppen met roken zoals jij dat hebt gedaan.”



Zorgverlener

REFLECTIEF LUISTEREN

Reflectief luisteren verwijst naar het proces van terugdenken aan wat een patiënt heeft gezegd. Reflectie kan eenvoudig en intuïtief zijn, zoals het terugdenken aan de belangrijkste inhoud van een verklaring (inhoudreflectie). Dit is de eenvoudigste reactie op weerstand: géén weerstand, wat de patiënt gezegd heeft in een neutrale vorm herhalen. Het bevestigt en valideert de stem van de patiënt en laat zien dat het CF-teamlid luistert.

Bijvoorbeeld:

“Het zijn voor mij een paar zware weken geweest.”



Patiënt

“Het klinkt alsof het niet zo goed gaat.”



Zorgverlener

Reflectie kan echter ook complex en krachtig zijn, zoals terugdenken aan de betekenis van een verklaring eerder in een gesprek, die van invloed is op hetgeen een patiënt net aan een CF-teamlid vertelde (**betekenisreflectie**). Dit is een krachtige manier om een patiënt te helpen praten en over iets na te denken, zoals het veranderen van zijn/haar gedrag.

- Achtergrond van MI
- Theorie van MI
- De strategieën van MI



Bijvoorbeeld:

Patiënt  *"Ik nam de medicatie heel goed in, maar toen was ik het beu en heb ik ze het hele weekend niet meer ingenomen."*

Zorgverlener  *"Je bent overstuur omdat je het gevoel hebt dat je jezelf hebt teleurgesteld."*

Betekenisreflecties geven het CF-teamlid de kans om het gesprek naar meer betekenisvolle onderwerpen te sturen, waardoor de patiënt merkt dat het teamlid luistert en begrip toont. Deze techniek kan riskant lijken, maar zal bij juist gebruik altijd leiden tot een dieper begrip. Ook als het teamlid fout zit, zal de patiënt meestal zeggen wat er echt aan de hand is.

Een andere vorm van reflectie is **versterkte reflectie**, waarbij het CF-teamlid overdrijft wat een patiënt net heeft gezegd, als de patiënt bijzonder negatief is en het gesprek vastloopt. Deze techniek neemt meer risico met zich mee, maar kan zeer krachtig zijn als ze correct wordt uitgevoerd. Ze kan leiden tot een herwaardering door de patiënt.

Er is nog een vorm die bij correct gebruik zeer nuttig kan zijn: dubbelzijdige reflectie. Dit houdt in dat verschillende tegenstrijdige uitspraken van een patiënt worden teruggekaatst en dat over de volgorde wordt nagedacht, zodat het laatste dat wordt gezegd het gesprek leidt naar het praten over verandering. Het kan het beste worden uitgelegd aan de hand van een voorbeeld:

Patiënt  *"Ik weet dat ik mijn medicijnen goed onder controle moet krijgen, maar ik kan me geen verandering voorstellen."*

Zorgverlener  *"Dus je zegt dat je wel de behoefte ziet om je medicatie onder controle te krijgen, maar op dit moment zie je jezelf dit niet doen."*

Een typische respons kan zijn:

Patiënt  *"Nee, op dit moment niet, het is gewoon te moeilijk."*

- Achtergrond van MI
- Theorie van MI
- De strategieën van MI



Denk nu na over de volgorde waarin het CF-teamlid de twee uitspraken reflecteerde. Wat zou er gebeuren als het CF-teamlid de volgorde van de uitspraken omkeerde en met de meer positieve uitspraak zou eindigen?

Bijvoorbeeld:



Het is vervolgens voor het CF-teamlid mogelijk de hele toon van het daaropvolgende gesprek te veranderen. Eén manier waarop een teamlid dit kan oefenen, is door het gebruik van "dus enerzijds" en "en anderzijds" wanneer het teamlid dubbelzijdige reflecties begint te gebruiken.

"Dus enerzijds zeg je dat je nu nog niet kunt veranderen, maar anderzijds zie je wel de behoefte om je medicatie onder controle te krijgen."



SAMENVATTINGEN

Dit betekent dat het CF-teamlid de dingen die een patiënt heeft gezegd, samenvoegt en in een korte samenvatting weergeeft. Hoewel samenvatten een eenvoudige techniek lijkt, is het verrassend hoe krachtig het is om actief samen te brengen wat iemand heeft gezegd en hierop te reflecteren. Soms levert dit echt nieuwe inzichten op.

Ten slotte geeft herkadering een CF-teamlid de mogelijkheid om verder te gaan dan terugdenken aan wat een patiënt heeft gezegd, door het met een ander perspectief te herkaderen. Misschien wordt er op de positieve kanten gewezen bij een patiënt die een zeer negatieve kijk heeft op zijn/haar eerdere prestaties. "Bij herkadering wordt de validiteit van de ruwe observaties van de patiënt erkend, maar dan met een nieuwe betekenis voor hen." (Miller and Rollnick, 1991).

- Achtergrond van MI
- Theorie van MI
- De strategieën van MI



Discrepantie ontwikkelen tussen doelen/waarden en huidig gedrag

Zodra het gesprek op gang komt, is het de taak van het CF-teamlid om patiënten te helpen na te denken over verandering. Een teamlid kan zich afvragen of het nodig is om technieken te gebruiken die gericht zijn op verandering, op basis van het feit dat het onderwerp van verandering waarschijnlijk wordt genoemd in het gesprek met de patiënt. Dit is een gegronde zorg, maar in situaties waarin de verandering gepaard gaat met veel emotie, bijvoorbeeld als het denken aan verbetering van de therapietrouw gedachten opwekt over de gevolgen van de ziekte en therapie-ontrouw – is de natuurlijke neiging van een persoon meestal proberen er niet over na te denken.

In dit kader is het de rol van het CF-team om hem/haar 'op één lijn te krijgen'. Hiermee bedoelen we dat u er probeert voor te zorgen dat er een eerlijke discussie plaatsvindt over de gevolgen van wel of niet veranderen. CF-teamleden moeten het volgende onthouden:

“Als er een keuze is tussen het veranderen van iemands gedachten en het bewijzen dat dit niet nodig is, houdt bijna iedereen zich bezig met het bewijs.” John Galbraith

Vele technieken die in deze situatie nuttig kunnen zijn, zijn ontworpen om bewustzijn van het probleem te creëren en zich te richten op de discrepantie tussen overtuigingen en doelen: wat patiënten zouden willen doen (of wat ze denken dat ze zouden moeten doen) en wat ze daadwerkelijk doen. Mensen weten dit vaak al, maar proberen er niet aan te denken.

CF-teamleden kunnen dit doel bereiken door middel van samenvattingen. Met toestemming kan een teamlid objectieve beoordelingen integreren, zoals testresultaten of dagboeken. Als teamleden besluiten om gebruik te maken van objectieve beoordelingen, moeten ze tijd besteden aan het verkennen van de gevolgen van de resultaten van de beoordelingen, om de aandacht gericht te houden op het hoofddoel, d.w.z. samenvattingen. Eén techniek die in de verslavingstherapie wordt gebruikt, is dat de zorgverlener een 'drankdagboek' invult met de patiënt: de zorgverlener geeft de patiënt een vel papier waarop de dagen staan aangegeven en samen vullen ze de hoeveelheid alcohol in die de patiënt denkt te hebben gedronken in een voorafgaande periode. De zorgverlener laat de patiënt dan de hoeveelheid optellen en vraagt vervolgens of de patiënt de uitkomst verrassend vindt. Deze techniek kan worden aangepast voor veel andere situaties, waaronder therapietrouw.

MI omvat het gebruik van schaalvragen. Deze richten zich op de twee dingen (die cruciaal zijn voor verandering), die samen 'bereidheid' vormen:

- **Belang** (“Ik weet dat ik moet veranderen”)
- **Vertrouwen** (“Ik weet dat ik kan veranderen”)

Het CF-team moet vragen naar het belang, d.w.z. hoe belangrijk vindt een patiënt het voor zichzelf om op dat moment te veranderen, op een schaal van 0 tot 10? Dit wordt gevolgd door een vergelijkbare vraag over vertrouwen in het kunnen veranderen.

NADENKEN OVER VERANDERING

Het gedrag dat je wilt veranderen:

BELANG

Hoe belangrijk is het voor jou om dit **gedrag** op dit moment te veranderen? Geef op de volgende schaal met een X aan hoe belangrijk het volgens jou is om te veranderen, waarbij 0 'helemaal niet belangrijk' en 10 'het allerbelangrijkst' is.



VERTROUWEN

Als je vandaag zou besluiten het gedrag te veranderen, hoeveel **vertrouwen** heb je dat het zou kunnen lukken? Geef op de volgende schaal met een X je vertrouwen aan, waarbij 0 'helemaal geen vertrouwen' en 10 'heel veel vertrouwen' is.



- Achtergrond van MI
- Theorie van MI
- De strategieën van MI



Visueel-analoge schalen kunnen zeer nuttig zijn; ze richten het gesprek onmiddellijk op het hier en nu en kunnen mogelijke barrières voor verandering zichtbaar maken, lang voordat ze het werk verstoren. Nadat een patiënt gevraagd is om zijn/haar belang en vertrouwen te beoordelen, kan het CF-teamlid het volgende vragen: "Wat zou er voor jou nodig zijn om X te bereiken?", waarbij X een score is die iets hoger ligt dan die van de patiënt.

De hierboven beschreven bereidheidslijnaal en rangschikkingsvragen zijn samen met andere handige hulpmiddelen [hier](#) te vinden in de bijbehorende terapietrouwtoolkit op de CF CARE-website.

Op sommige manieren kan MI worden beschouwd als een beslissingshulpmiddel voor hen die beslissen of ze een gedraging al dan niet willen veranderen. De metafoor van een weegschaal is een nuttige; de taak van de arts is het helpen van patiënten bij het afwegen van de voor- en nadelen van verandering en hen aan te moedigen open en eerlijk te zijn bij het plaatsen van de gewichten aan de kant van verandering. Een nuttige techniek is het expliciet maken van de voor- en nadelen met behulp van een raster (een beslissingsmatrix; zie hieronder) dat kan worden ingevuld met de patiënt, waarin de voordelen en nadelen van hetzelfde blijven en veranderen worden vermeld. Met behulp van dit raster kunnen de voordelen van niet veranderen en de nadelen van veranderen worden besproken. Dit is belangrijk en eerlijk. Als deze items niet worden besproken, zal de patiënt er toch aan denken. De meeste mensen hebben hele goede redenen om niet te veranderen. Het raster maakt het echter ook mogelijk om de voordelen van verandering te bespreken. De voorgestelde manier om door het raster te bewegen is eerst de voordelen van hetzelfde blijven, dan de nadelen van hetzelfde blijven, dan de nadelen van verandering en ten slotte de voordelen van verandering.

BESLISSINGSMATRIX

	Hetzelfde blijven	Veranderen
Voordelen van		
Nadelen van		

Zoals eerder opgemerkt in de discussie over cognitieve dissonantie hebben mensen de neiging om een moeilijke keuze zo snel mogelijk af te sluiten. MI heeft als doel deze discussie gaande te houden, waardoor verandering veel waarschijnlijker wordt. Het CF-team moet onthouden dat deze oefening op een bewuste manier moet worden uitgevoerd.

Aanpassen aan weerstand in plaats van er direct tegenin te gaan

Wanneer het onderwerp verandering ter sprake komt, moet het CF-team voorbereid zijn op een bepaalde hoeveelheid weerstand. Dit is een begrijpelijke en vaak voorkomende reactie. Het vermijden van confrontatie vermindert dit zeker, maar laat het niet helemaal verdwijnen.

Een belangrijke factor voor een CF-teamlid is aandacht besteden aan de gebruikte woorden. Na oefening is het voor een teamlid over het algemeen gemakkelijk om woorden te herkennen die erop wijzen dat een patiënt denkt aan verandering, en woorden die erop wijzen dat een patiënt dat niet doet, of weerstand toont. Voorbeelden van weerstand, of status quo, zijn onder meer discussiëren, onderbreken, ontkennen en negeren.

- Achtergrond van MI
- Theorie van MI
- De strategieën van MI



Onderzoek toont aan dat een sterke woorden over verandering, vooral aan het einde van een sessie, achteraf in verband worden gebracht met verandering. Het CF-team moet op zoek gaan naar elementen die zijn vastgelegd in het acroniem 'DARN' (Miller, 2004):

- Desire (Wens)
- Ability (Vaardigheid)
- Reason (Reden)
- Need (Behoeft)

Het kan goed zijn dat een CF-teamlid in plaats van de woorden in DARN wordt geconfronteerd met weerstand. Slechte terapietrouw kan ook opzettelijk zijn, hoewel dit misschien niet expliciet duidelijk is. Een patiënt kan zich bewust zijn van de noodzaak om te veranderen, maar is te bang om het volledig als optie te beschouwen. In dergelijke gevallen moet een teamlid, zodra er een goede verstandhouding is opgebouwd, met de patiënt over het probleemgedrag (d.w.z. slechte terapietrouw) praten. Een teamlid kan hier openhartig over zijn, zolang de patiënt niet wordt verteld wat hij/zij moet doen, bijvoorbeeld "Is het oké als we het nu over de medicatie hebben?"

Zodra dit gesprek begint, zal een CF-teamlid waarschijnlijk worden geconfronteerd met een aantal goed bekende gedachten en zinnen die weerstand tegen verandering aantonen. Dit is te verwachten. Het is een moeilijk onderwerp dat een patiënt waarschijnlijk meerdere malen eerder heeft overwogen. Het is ook een zeer gevoelig onderwerp en patiënten zijn waarschijnlijk zeer vaardig geworden in het op afstand houden van zorgelijke gedachten.

Het omgaan met deze weerstand is een van de meest nuttige vaardigheden die het CF-team kan ontwikkelen. Weerstand op een bepaald niveau is een onderdeel van veel consulten. Heel weinig patiënten vinden het immers leuk om naar een ziekenhuis te gaan om te worden geïnformeerd over de dingen die ze moeten doen. Weerstand tonen tegen het idee van een langdurig opdringerig behandelregime is goed te begrijpen.

Het is belangrijk dat een CF-team ervoor zorgt dat weerstand de discussie over verandering niet voortijdig afbreekt. De natuurlijke reactie van de meeste mensen op weerstandsuitspraken is terugvechten, proberen te overtuigen of, omgekeerd, de kwestie helemaal laten vallen. De omgang met weerstand is op een bepaalde manier verwant aan het proberen te voorkomen dat een auto over het ijs glijdt. De natuurlijke neiging om hard te remmen en aan het stuur te trekken moet worden tegengegaan. In plaats daarvan moet langzaam het gaspedaal worden losgelaten en 'met weerstand worden doorgerold'.

Hoe moet het CF-team reageren op weerstand? Het is gebruikelijk (maar niet behulpzaam) dat een CF-teamlid reageert door te proberen patiënten er nog meer van te overtuigen dat ze het verkeerd hebben. Er is een erg handige manier om hierover na te denken. Artsen moeten 'de reparatiereflex' vermijden. Dit is de drang die mensen hebben om anderen te corrigeren als ze het verkeerd hebben en hen advies te geven wanneer ze zich verantwoordelijk voelen. In klinische situaties kan deze neiging zeer krachtig zijn. Als dit zich voordoet, leidt dit helaas vrijwel altijd tot niet-behulpzame reacties (bijv. "Ja, maar...").

ER ZIJN VELE VOORBEELDEN VAN WEERSTAND, WAARVAN U VELE AL KENT

Oneens zijn	"Ja, maar..."
Buiten beschouwing laten	"Dat heb ik al geprobeerd"
Onderbreken	"Maar..."
Uitwijken	"Ik weet dat u wilt dat ik mijn luchtwegen vrij maak, maar ziet u dat ik meer dan 2 kilo ben aangekomen? U moet toegeven dat ik het goed doe met mijn gewicht!"
Onwil tonen	"Ik wil dat ook niet doen"
Beschuldigen	"Het is niet mijn schuld. Hadden mijn ouders maar..."
Discussiëren	"Wat weet u ervan?"
Uitdagen	"Mijn huidige behandeling maakt geen verschil voor mijn longfunctie"
Minimaliseren	"Ik ben niet zo ver onder het streefgewicht"
Pessimisme tonen	"Ik blijf proberen om het beter te doen, maar niets lijkt te helpen"
Excuses zoeken	"Ik weet dat ik meer calorieën moet eten, maar met mijn werk ben ik altijd onderweg en is het moeilijk om een grote maaltijd te maken en er dan voor te gaan zitten"
Negeren	

- Achtergrond van MI
- Theorie van MI
- De strategieën van MI



'Rollen met weerstand' is de term die in MI de handeling beschrijft om niet te reageren door te overtuigen, maar ruzie uit de weg te gaan en het gesprek te stimuleren. MI suggereert dat het CF-team moet erkennen dat onduidelijkheid over een beslissing, wat leidt tot enige weerstand tegen verandering, volkomen normaal is. Wanneer een CF-teamlid dit doet, wordt de weerstand onmiddellijk verminderd. Als alternatief kan het CF-teamlid herkadering en reflectief luisteren gebruiken om discussie aan te moedigen en de patiënt op alternatieven te wijzen.

De belangrijkste principes achter rollen met weerstand zijn als volgt:

- Weerstand moet niet worden beantwoord met confrontatie
- Uitspraken moeten opnieuw worden gekaderd
- Er moet empathie en reflectief luisteren worden gebruikt
- Ambivalentie moet worden erkend als normaal

Het is belangrijk dat het CF-team onthoudt dat patiënten niet als resistent worden beschreven, omdat dit confrontatie oproept. In plaats daarvan moet een CF-teamlid het gesprek sturen in de richting van alternatieven en de patiënt bewust maken van de onverenigbaarheid tussen hun doelen en hun huidige gedrag. In dit geval is het de rol van het CF-team om de twee kanten van de interne strijd te laten uitspreken.

Als patiënten aangeven bereid te zijn om verandering te overwegen, kan het CF-team alternatieven met hen bespreken. Zelfs nadat een patiënt heeft besloten om te veranderen, zijn er meestal veel manieren om dit te bereiken.

Strategie	Voorbeeld
Eenvoudige reflectie	Patiënt: "Ik ga mijn vernevelaar niet snel gebruiken." CF-teamlid: "Je denkt dat die nu niet zal helpen."
Versterkte reflectie	Patiënt: "Ik weet niet waarom mijn moeder zich zorgen maakt. Ik neem de meeste medicijnen." CF-teamlid: "Dus je moeder hoeft zich helemaal geen zorgen te maken?"
Dubbelzijdige reflectie	Patiënt: "Ik weet dat je wilt dat ik al mijn medicijnen ga innemen, maar dat ga ik niet doen!" CF-teamlid: "Je wilt niet over de medicatie praten, maar je ziet wel in dat het een grote zorg is."
Verschuivende focus	Patiënt: "Ik kan niet met mijn vernevelaar binnen blijven als al mijn vrienden naar buiten gaan!" CF-teamlid: "Je gaat te snel. We hadden het over je zorgen rond de medicatie. Zullen we het later hebben over de manier waarop de vernevelaar in je leven past?"
Overeenkomst met een twist	Patiënt: "Waarom vindt iedereen het zo erg dat ik mijn vernevelaar niet gebruik? Jij zou ook altijd weggaan als je familie zo zou zeuren." CF-teamlid: "Dat is een goed punt. Het gaat er niet alleen om dat je de vernevelaar niet gebruikt. Ik ben het met je eens dat we het niet over schuld moeten hebben. Het klinkt alsof het hele gezin erbij betrokken is."
Herkadering	Patiënt: "Mijn moeder zeurt altijd tegen me over mijn vernevelaar." CF-teamlid: "Het klinkt alsof je moeder zich echt zorgen maakt, hoewel ze het uit op een manier die je onprettig vindt. Misschien kunnen we haar bijbrengen hoe ze je op een meer behulpzame manier kan vertellen dat ze zich zorgen maakt."

Zelfredzaamheid ondersteunen en zelfvertrouwen vergroten

Wanneer een patiënt zich inzet voor een verandering, kan een gebrek aan vertrouwen in zijn/haar vermogen grote frustratie veroorzaken. De noodzaak voor verandering wordt nu ingezien, maar hij/zij voelt zich er niet toe in staat. In het ergste geval kan dit het leed doen toenemen. MI is daarom expliciet gericht op het vergroten van vertrouwen en zelfredzaamheid. Een manier om dit te bereiken is dat het CF-team patiënten en hun

- Achtergrond van MI
- Theorie van MI
- De strategieën van MI



keuzes consequent met respect behandelt. Als de beslissing tot verandering van de patiënten komt, voelen ze zich onmiddellijk veiliger in hun eigen oordeel dan in verandering die van buitenaf wordt opgelegd.

Het is een centraal principe van MI dat personen verantwoordelijkheid nemen voor hun eigen handelingen. Dit is belangrijk als de verandering stevig geworteld moet zijn, maar kan in klinische omgevingen moeilijk zijn, vooral als er zorgen zijn over het welzijn van een patiënt. Het is echter ook belangrijk te overwegen dat als patiënten niet zelf de beslissing nemen om een gedraging te veranderen, elke gedragsverandering meestal van korte duur is. Respect voor een patiënt draagt bij aan meer zelfvertrouwen en kan een discussie over het daadwerkelijke doel van een gedragsverandering mogelijk maken.

Bij het bespreken van doelen met patiënten zijn er veel technieken die het CF-team kan gebruiken om de zelfredzaamheid van een patiënt en de kansen op succes te vergroten. Eén techniek is het zoeken naar eerdere successen. Als een patiënt een neerslachtige stemming of angst heeft, kan hij/zij eerdere voorvallen vaak vanuit een zeer negatief perspectief zien. Het herkaderen van deze gedachten kan nuttig zijn. Als er praktische overwegingen met betrekking tot de gedragsverandering worden besproken, kan het CF-team technieken gebruiken om de creativiteit van het proces te verbeteren, zoals probleemoplossing en brainstormen:

- Een lijst maken met mogelijkheden, samen met de patiënt (het CF-team kan een aantal suggesties toevoegen, zoals technieken die andere patiënten hebben geprobeerd)
- De patiënt aanmoedigen om de lijst door te nemen

Patiënten kunnen vervolgens hun voorkeursoptie kiezen.

Het is ook belangrijk dat CF-teamleden realistisch zijn en vanuit de therapiesessie bruggen slaan naar het echte leven. Een goed ontwikkeld plan zal van geen of weinig waarde zijn als het onrealistisch is. Een teamlid moet bijvoorbeeld kleinere doelen stellen in plaats van grote. Als patiënten ervoor kiezen, kunnen ze mensen die belangrijk kunnen zijn voor de implementatie van hun gedragsverandering, zoals vrienden of familieleden, meenemen naar de sessie.

De eerder besproken rangschikkingsvragen kunnen nuttige hulpmiddelen zijn, net als het stellen van doelen: expliciete, realistische doelen stellen en grote doelen opsplitsen in kleinere, beter beheersbare stappen. Het gebruik van een eenvoudige formule voor doel-strategie-streefresultaat kan nuttig zijn. Het opschrijven van deze dingen maakt een verschil. Ze dienen als een herinnering en bevorderen een groter gevoel van toewijding aan verandering.

Soms kunnen patiënten praktische hulp nodig hebben. Misschien is er bepaalde kennis waar het CF-team hen toegang toe zou kunnen geven, bijvoorbeeld een nieuwe vaardigheid waaraan ze moeten werken.

Zelfmotiverende uitspraken uitlokken is een belangrijk onderdeel van het verbeteren van de zelfredzaamheid. Tot de vier soorten motiverende uitspraken behoren de volgende (Miller and Rollnick, 1991):

- **Cognitieve herkenning van het probleem** (bijv. "Ik denk dat dit ernstiger is dan ik dacht.")
- **Affectieve uiting van bezorgdheid over het waargenomen probleem** (bijv. "Ik maak me echt zorgen over wat er met mij gebeurt.")
- **Een directe of impliciete intentie om gedrag te veranderen** (bijv. "Ik moet hier iets aan doen.")
- **Optimisme over iemands vermogen om te veranderen** (bijv. "Ik weet dat als ik het probeer, ik het echt kan doen.")

Enkele strategieën voor het uitlokken van zelfmotiverende uitspraken zijn:

- **Probleemherkenning** (bijv. "Welke dingen zorgen ervoor dat je denkt dat dit een probleem is?")
- **Zorg** (bijv. "Wat is er aan je medicijngebruik dat jij of andere mensen zouden kunnen zien als reden tot bezorgdheid?")
- **Voornemen om te veranderen** (bijv. "Als je 100% succesvol zou zijn en de dingen precies zo uitpakken als je zou willen, wat zou er dan anders zijn?")
- **Optimisme** (bijv. "Als je ervoor kiest te veranderen, hoe zou dat volgens jou dan kunnen lukken?")

Het belang van communicatie begrijpen ●

De bewijsbasis voor MI ●

Vaardigheden ontwikkelen in het onderwijzen en ondersteunen van anderen ●



Een 'Therapietrouwvoorvechter' bij CF worden

Het belang van communicatie begrijpen

In de zorg van CF hangt het bereiken van de voorspelde levensduur af van de succesvolle therapietrouw van de patiënt en het bijbehorende gezondheidsgedrag, ondanks de last van hun behandelingen. Voor jonge mensen kunnen consulten problematisch zijn, met mogelijk verschillende perspectieven van patiënten en ouders, waardoor een succesvolle communicatie wordt ondermijnd. Persoonsgerichte, samenwerkende benaderingen van consulten en behandelingen worden wenselijkere zorgmodellen (Dwamena et al., 2012; Duff and Latchford, 2010; Santana et al., 2018). Dit weerspiegelt een culturele verandering in de verwachtingen voor de patiënt-zorgverlenerrelatie en het opkomend bewijs dat patiëntgerichte stijlen in verband worden gebracht met verhoogde tevredenheid en verbeterde gezondheidsresultaten in vergelijking met traditionele door deskundigen geleide consulten (Duff and Latchford, 2010; Rossiter et al., 2020).

Het verband tussen therapietrouw op advies van een zorgverlener door een patiënt en de communicatievaardigheden van de zorgverlener is in de literatuur goed gedocumenteerd. De manier waarop een arts communiceert met patiënten heeft invloed op het resultaat van de zorg. Dit omvat ook patiënttevredenheid, gezondheidstoestand, herinnering van informatie en therapietrouw. Er is een meta-analyse van onderzoeken van 1949 tot 2008 uitgevoerd om te onderzoeken of er een algehele positieve correlatie bestaat tussen de communicatie met de arts en therapietrouw van de patiënt. Daarnaast is in de meta-analyse gekeken naar de resultaten van onderzoeken waarin werd bestudeerd of training van artsen in communicatievaardigheden een effect had op patiënten die zich aan aanbevelingen hielden. Zolnerek and Dimatteo (2009) stelden vast dat:

- Van de 106 correlatie-onderzoeken in alle behalve twee er een positieve correlatie is aangetoond tussen de communicatie met de arts en de therapietrouw van de patiënt
- De waarschijnlijkheid van therapietrouw door een patiënt 2,1 keer groter was voor degenen bij wie de arts een goede communicator was
- Van de 21 geanalyseerde experimentele interventies het effect van training van artsen op de therapietrouw van patiënten positief was
- De waarschijnlijkheid van therapietrouw van een patiënt 1,62 keer groter was als zijn/haar arts een training in communicatievaardigheden had ondergaan

Het belang van communicatie begrijpen

De bewijsbasis voor MI

Vaardigheden ontwikkelen in het onderwijzen en ondersteunen van anderen



De bewijsbasis voor MI

De betrokkenen bij de ontwikkeling van MI zijn vanaf het begin geïnteresseerd in beoordeling. Sinds de invoering ervan als behandeling voor alcoholproblemen, vond een groot deel van het vroege werk op dit gebied plaats. In een beoordeling van 11 klinische onderzoeken naar MI die in 1997 werd gepubliceerd, werd geconcludeerd dat het een effectieve, efficiënte en adaptieve behandelingsstijl is (Noonan and Moyers, 1997).

In andere onderzoeken is deze conclusie ook bevestigd, en MI is nu erkend als een voorkeursbehandeling voor illegale drug- en alcoholproblemen en wordt ook steeds populairder op een aantal andere gebieden, waaronder levensstijlverandering en terapietrouw bij chronische ziekten. Aangezien het aantal onderzoeken met MI is toegenomen, bestaat de mogelijkheid om verschillende resultaten statistisch samen te voegen tot een meta-analyse. De MARMITE-beoordeling (Meta-Analysis of Research on Motivational Interviewing Treatment Effectiveness) (Hettinga et al., 2005) omvatte 72 onderzoeken op gebieden zoals alcoholmisbruik (31), drugmisbruik (14) en terapietrouw (5). In totaal namen aan de onderzoeken 14.267 deelnemers deel die werden behandeld met MI. De gemiddelde lengte van MI die in deze onderzoeken werd aangeboden, was slechts 2,2 uur. Het was niet verrassend dat de onderzoekers vonden dat de effectiviteit van MI tussen de verschillende onderzoeken sterk varieerde, maar ze konden concluderen dat er robuuste en blijvende effecten waren wanneer MI werd toegevoegd aan een actieve behandeling. Daarnaast merkten ze op dat MI de retentie van de behandeling, terapietrouw van de behandeling en de door het personeel waargenomen motivatie verhoogde.

In een systematische beoordeling en meta-analyse van 48 gerandomiseerde, gecontroleerde onderzoeken (Lundahl et al., 2013) werd een significant, bescheiden voordeel voor MI aangetoond (odds-ratio 1,55). Net als bij de bevindingen van Hettema et al. (2005) varieerde de effectiviteit in verschillende studies. MI werd bijvoorbeeld niet nuttig beschouwd bij de behandeling van eetstoornissen, maar was bijzonder veelbelovend voor de virale belasting bij hiv. Samengevat werd vastgesteld dat MI robuust was tussen moderatoren, zoals uitvoeringslocatie en patiëntkenmerken, en effectief was bij korte interventies.

Een eerdere beoordeling door Lundahl et al. (2010) had enkele interessante bevindingen aan het licht gebracht, waaronder het feit dat de effecten van MI lang kunnen aanhouden, zelfs na een korte interventie, en dat de professionele achtergrond van de persoon die MI uitvoert geen verschil maakt (d.w.z. het hoeft geen psycholoog te zijn).

Meer recentelijk is aangetoond dat MI helpt bij het verbeteren of ondersteunen van de behandeling van angststoornissen (Marker et al., 2018), revalidatiezorg voor multiple sclerose (Dorstyn et al., 2020), zelfzorggedrag bij patiënten met chronisch hartfalen (Ghizzardi et al., 2021), wijziging van cardiovasculaire risicofactoren (Mifsud et al., 2020) en glykemische controle bij mensen met diabetes mellitus type 2 (Berhe et al., 2020).

Bovendien suggereerde een meta-analyse van 16 gerandomiseerde, gecontroleerde onderzoeken naar een reeks chronische ziekten dat MI-interventies effectief kunnen zijn bij het verbeteren van de terapietrouw van medicatie bij volwassenen, waarbij interventies die uitsluitend in persoon werden geleverd effectiever waren dan interventies die uitsluitend telefonisch werden geleverd (Zomahoun et al., 2017).

Een samenvatting van de literatuur die van toepassing is op CF is beoordeeld door Duff and Latchford (2010); deze beoordeling gaf aan dat er nu veel hoogwaardige onderzoeken zijn op een aantal klinische gebieden met volwassen en kinderpopulaties, waaronder diabetes en hiv, en er wordt gewerkt aan CF. Er is ook enige beoordeling geweest van CF-teamtraining voor MI (Duff and Latchford, 2013), die blijvende leerresultaten en veranderingen in de praktijk aantoonde. Over het algemeen wordt duidelijk dat MI op zijn minst een zeer veelbelovende interventie is.

Het belang van communicatie begrijpen

De bewijsbasis voor MI

Vaardigheden ontwikkelen in het onderwijzen en ondersteunen van anderen



Vaardigheden ontwikkelen in het onderwijzen en ondersteunen van anderen

Als u begrijpt hoe u een training moet voorbereiden en geven, kunnen Therapietrouwvoorvechters binnen een CF-centrum efficiënte en effectieve trainingsprogramma's maken en vertrouwen ontwikkelen in het beoordelen van de leerresultaten.

Gebruiken artsen MI nu al? Waarschijnlijk niet. Studies van routinematige consultaties toonden aan dat artsen zonder training geen MI gebruiken (Moran et al., 2008); dit geeft aan dat training nodig is. Onderzoeken hebben aangetoond dat verpleegkundigen na training in zekere mate MI toepassen (Noordman et al., 2012; Noordman et al., 2013) en dat het uitvoeren van MI tijdens consulten toeneemt als er meer tijd is, dat er meer discussies over de levensstijl plaatsvinden en dat de patiënten meer bereidheid tot verandering vertonen (Jansink et al., 2013).

Een gevaar bij het geven van een korte workshop in MI zonder follow-up is dat behandelaars na de training 'wegdwalen' en uiteindelijk geen MI meer gebruiken, al denken ze dat ze dat wel doen. In feite denken ze dat ze geen verdere training meer nodig hebben (Miller and Mount, 2001). Goede follow-up en ondersteuning na de training is daarom essentieel.

De belangrijkste elementen die in MI-training moeten worden opgenomen, zijn duidelijk vastgelegd. Een rapport van de Health Foundation (2011) vat de goede praktijken voor training in MI samen. In dit rapport werd gesuggereerd dat zelfs een korte training effecten op lange termijn kan hebben, maar dat professionals meer gevorderde en een langere training nodig hebben om een aantal complexere aspecten te kunnen aanbieden (Health Foundation, 2011) en om deelnemers de mogelijkheid te geven om deze vaardigheden te oefenen, feedback te krijgen en uiteindelijk de expertise te verwerven die nodig is om effectieve MI-aanbieders te zijn (Victor et al., 2019).

Wat betreft de organisatie hiervan, moeten de belangrijkste kenmerken het volgende omvatten:

- Een focus op de onderliggende filosofie en op vaardigheden
- Voldoende tijd om de vaardigheden te verankeren
- Mogelijkheden om te oefenen via rollenspellen
- Mogelijkheden voor voortdurende feedback en supervisie

MI is een benadering die een effectief kader kan vormen voor het verbeteren van de openheid van patiënten voor gedragsverandering. Het CF-team moet MI in de klinische praktijk gebruiken om goede therapietrouw te optimaliseren en uiteindelijk de patiënt effectief te ondersteunen.



Referenties

- Abraham O, Li JS, Monangai KE, et al. The pharmacist's role in supporting people living with cystic fibrosis. *J Am Pharm Assoc* (2003). 2018;58(3):246–249.
- Arden MA, Drabble S, O’Cathain A, et al. Adherence to medication in adults with Cystic Fibrosis: An investigation using objective adherence data and the Theoretical Domains Framework. *Br J Health Psychol*. 2019;24:357–380.
- Arkowitz H, Miller WR, Rollnick S (eds). *Applications of Motivational Interviewing. Motivational Interviewing in the Treatment of Psychological Problems*. 2de ed. New York, NY: Guilford Press. 2017.
- Berhe KK, Gebru HB, Kahsay HB. Effect of motivational interviewing intervention on HgbA1C and depression in people with type 2 diabetes mellitus (systematic review and meta-analysis). *PLoS One*. 2020;15:e0240839.
- Brehm JW. *A Theory of Psychological Reactance*. New York, NY: Academic Press, Inc. 1966.
- Bregnballe V, Schiøtz PO, Boisen KA, et al. Barriers to adherence in adolescents and young adults with cystic fibrosis: A questionnaire study in young patients and their parents. *Patient Prefer Adherence*. 2011;5:507–515.
- Briesacher BA, Quittner AL, Saiman L, et al. Adherence with tobramycin inhaled solution and health care utilization. *BMC Pulm Med*. 2011;11:5.
- Burgel PR, Bellis G, Oleson HV, et al. Future trends in cystic fibrosis demography in 34 European countries. *Eur Respir J*. 2015; 46:133–141.
- Calthorpe RJ, Smith S, Gathercole K, et al. Using digital technology for home monitoring, adherence and self-management in cystic fibrosis: a state-of-the-art review. *Thorax*. 2020;75:72–77.
- Calthorpe RJ, Smith SJ, Rowbotham NJ, et al. What effective ways of motivation, support and technologies help people with cystic fibrosis improve and sustain adherence to treatment? *BMJ Open Respir Res*. 2020;7:e000601.
- Cohen-Cymerknoh M, Tanny T, Breuer O, et al. Attention deficit hyperactivity disorder symptoms in patients with cystic fibrosis. *J Cyst Fibros*. 2018;17(2):281–285.
- Cooley L, Hudson J, Potter E, et al. Clinical communication preferences in cystic fibrosis and strategies to optimize care. *Pediatr Pulmonol*. 2020;55:948–958.
- Dorstyn DS, Mathias JL, Bombardier CH, et al. Motivational interviewing to promote health outcomes and behaviour change in multiple sclerosis: A systematic review. *Clin Rehabil*. 2020;34:299–309.
- Duff AJA, Abbott J, Cowperthwaite C, et al. Depression and anxiety in adolescents and adults with cystic fibrosis in the UK: A cross-sectional study. *J Cyst Fibros*. 2014;13:745–753.
- Duff AJA, Latchford GJ. Motivational interviewing for adherence problems in cystic fibrosis. *Pediatr Pulmonol*. 2010;45:211–220.
- Duff AJA, Latchford GJ. Motivational interviewing for adherence problems in cystic fibrosis; evaluation of training healthcare professionals. *J Clin Med Res*. 2013;5:475–480.
- Dwamena F, Holmes-Rovner M, Gaulden CM, et al. Interventions for providers to promote a patient-centred approach in clinical consultations. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;12:CD003267.
- Dziuban EJ, Saab-Abazeed L, Chaudhry SR, et al. Identifying barriers to treatment adherence and related attitudinal patterns in adolescents with cystic fibrosis. *Pediatr Pulmonol*. 2010;45:450–458.
- Eakin MN, Bilderback A, Boyle MP, et al. Longitudinal association between medication adherence and lung health in people with cystic fibrosis. *J Cyst Fibros*. 2011;10:258–264.



Eakin MN, Riekert KA. The impact of medication adherence on lung health outcomes in cystic fibrosis. *Curr Opin Pulm Med*. 2013;19:687–691.

Everhart RS, Fiese BH, Smyth JM, et al. Family functioning and treatment adherence in children and adolescents with cystic fibrosis. *Pediatr Allergy Immunol Pulmonol*. 2014;27:82–86.

Festinger L. *A Theory of Cognitive Dissonance*. Stanford, CA: Stanford University Press. 1957.

Flores JS, Teixeira FÂ, Rovedder PM, et al. Adherence to airway clearance therapies by adult cystic fibrosis patients. *Respir Care*. 2013;58:279–285.

Ghizzardi G, Arrigoni C, Dellafiore F, et al. Efficacy of motivational interviewing on enhancing self-care behaviors among patients with chronic heart failure: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Heart Fail Rev*. 2021. DOI: 10.1007/s10741-021-10110-z.

Gollwitzer PM, Sheeran P. Implementation intentions and goal achievement: A meta-analysis of effects and processes. *Adv Exp Soc Psychol*. 2006;38:69–119.

Gollwitzer PM, Sheeran P. Implementation intentions. Health behavior constructs: Theory, measurement and research. Cancer Control and Population Sciences. National Institutes of Health; 2008. Beschikbaar op: https://cancercontrol.cancer.gov/sites/default/files/2020-06/goal_intent_attain.pdf Geraadpleegd in maart 2022.

Gollwitzer PM. Weakness of the will: Is a quick fix possible? *Motiv Emot*. 2014;38:305–322.

Health Foundation. Evidence scan: Training professionals in motivational interviewing. November 2011. Beschikbaar op: <https://www.health.org.uk/sites/default/files/TrainingProfessionalsInMotivationalInterviewing.pdf>. Geraadpleegd in maart 2022.

Happ MB, Hoffman LA, Higgins LW, et al. Parent and child perceptions of a self-regulated, home-based exercise program for children with cystic fibrosis. *Nurs Res*. 2013;62:305–314.

Helms SW, Dellon EP, Prinstein MJ. Friendship quality and health-related outcomes among adolescents with cystic fibrosis. *J Pediatr Psychol*. 2015;40:349–358.

Hettema J, Steele J, Miller WR. Motivational interviewing. *Annu Rev Clin Psychol*. 2005;1:91–111.

Hogan A, Bonney MA, Brien JA, et al. Factors affecting nebulised medicine adherence in adult patients with cystic fibrosis: A qualitative study. *Int J Clin Pharm*. 2015;37:86–93.

Keyte R, Egan H, Mantzios M. An exploration into knowledge, attitudes, and beliefs towards risky health behaviours in a paediatric cystic fibrosis population. *Clin Med Insights Circ Respir Pulm Med*. 2019;13:DOI:1179548419849427.

Li SS, Hayes D Jr, Tobias JD, et al. Health insurance and use of recommended routine care in adults with cystic fibrosis. *Clin Respir J*. 2018;12:1981–1988.

Lomas P. Enhancing adherence to inhaled therapies in cystic fibrosis. *Ther Adv Respir Dis*. 2014;8:39–47.

Lopes-Pacheco M. CFTR modulators: The changing face of cystic fibrosis in the era of precision medicine. *Front Pharmacol*. 2020;10:1662.

Lundahl BW, Kunz C, Brownell C, et al. A meta-analysis of motivational interviewing: twenty-five years of empirical studies. *Res Soc Work Pract*. 2010;20:137–160.

Lundahl B, Moleni T, Burke BL, et al. Motivational interviewing in medical care settings: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Patient Educ Couns*. 2013;93:157–168.

Mikesell CL, Kempainen RR, Laguna TA, et al. Objective measurement of adherence to out-patient airway clearance therapy by high-frequency chest wall compression in cystic fibrosis. *Respir Care*. 2017;62:920–927.



Miller WR. Motivational interviewing with problem drinkers. *Behav Psychother.* 1983;11:147–172.

Miller WR. Toward a theory of motivational interviewing. 2004. Beschikbaar op: www.motivationalinterviewing.org/sites/default/files/MItheory.ppt. Geraadpleegd in maart 2022.

Miller WR, Mount KA. A small study of training in motivational interviewing. Does one workshop change clinician and patient behavior? *Behav Cogn Psychother.* 2001;29:457–471.

Miller WR, Rollnick S. *Motivational Interviewing: Preparing People to Change Addictive Behaviour.* New York, NY: Guilford Press. 1991.

Mifsud JL, Galea J, Garside J, et al. Motivational interviewing to support modifiable risk factor change in individuals at increased risk of cardiovascular disease: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One.* 2020;15:e0241193.

Moran J, Bekker H, Latchford G. Everyday use of patient-centred, motivational techniques in routine consultations between doctors and patients with diabetes. *Patient Educ Couns.* 2008;73:224–231.

Muther EF, Polineni D, Sawicki GS. Overcoming psychosocial challenges in cystic fibrosis: Promoting resilience. *Pediatr Pulmonol.* 2018;53:S86–S92.

Narayanan S, Mainz JG, Gala S, et al. Adherence to therapies in cystic fibrosis: A targeted literature review. *Expert Rev Respir Med.* 2017;11:129–145.

NHS Digital. Data on Written Complaints in the NHS. Beschikbaar op: <https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/statistical/data-on-written-complaints-in-the-nhs/2020-21-quarter-1-and-quarter-2>. Geraadpleegd in maart 2022.

NICE. Klinische richtlijn: CG76. Medicines adherence: Involving patients in decisions about prescribed medicines and supporting adherence (januari 2009). Beschikbaar op: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg76>. Geraadpleegd in maart 2022.

Nicolais CJ, Bernstein R, Saez-Flores E, et al. Identifying factors that Facilitate Treatment Adherence in Cystic Fibrosis: Qualitative analyses of interviews with parents and adolescents. *J Clin Psychol Med Settings.* 2019;26:530–540.

Noonan WC, Moyers TB. Motivational interviewing. *J Subst Misuse.* 1997;2:8–16.

Oates GR, Stepanikova I, Gamble S, et al. Adherence to airway clearance therapy in pediatric cystic fibrosis: Socioeconomic factors and respiratory outcomes. *Pediatr Pulmonol.* 2015;50:1244–1252.

Oddleifson DA, Sawicki GS. Adherence and recursive perception among young adults with cystic fibrosis. *Anthropol Med.* 2017;24:65–80.

Ohn M, Fitzgerald DA. Question 12: What do you consider when discussing treatment adherence in patients with Cystic Fibrosis? *Paediatr Respir Rev.* 2018;25:33–36.

Pakhale S, Baron J, Armstrong M, et al. Lost in translation? How adults living with Cystic Fibrosis understand treatment recommendations from their healthcare providers, and the impact on adherence to therapy. *Patient Educ Couns.* 2016;99:1319–1324.

Prieur MG, Christon LM, Mueller A, et al. Promoting emotional wellness in children with cystic fibrosis, Part I: Child and family resilience. *Pediatr Pulmonol.* 2021;56:(suppl 1):S97–106.

Quittner AL, Abbott J, Georgiopoulos AM, et al. International Committee on Mental Health in Cystic Fibrosis: Cystic Fibrosis Foundation and European Cystic Fibrosis Society consensus statements for screening and treating depression and anxiety. *Thorax.* 2016;71:26–34.

Quittner AL, Modi AC, Lemanek KL, et al. Evidence-based assessment of adherence to medical treatments in pediatric psychology. *J Pediatr Psychol.* 2008;33:916–936.



- Quittner AL, Zhang J, Marynchenko M, et al. Pulmonary medication adherence and health-care use in cystic fibrosis. *Chest*. 2014;146:142–151.
- Riekert KA, Eakin MN, Bilderback A, et al. Opportunities for cystic fibrosis care teams to support treatment adherence. *J Cyst Fibros*. 2015;14:142–148.
- Rogers C. Empathic: An unappreciated way of being. *Couns Psychol*. 1975;5:2–10.
- Rollnick S, Miller WR. What is motivational interviewing? *Behav Cogn Psychother*. 1995;23:325–334.
- Rollnick S, Miller WR, Butler CC. *Motivational Interviewing in Health Care*. New York, NY: Guilford Press. 2007.
- Ronan NJ, Elborn JS, Plant BJ. Current and emerging comorbidities in cystic fibrosis. *Presse Med*. 2017;46:e125–e138.
- Rossiter C, Levett-Jones T, Pich J. The impact of person-centred care on patient safety: An umbrella review of systematic reviews. *Int J Nurs Stud*. 2020;109:103658.
- Santana MJ, Manalili K, Jolley RJ, et al. How to practice person-centred care: A conceptual framework. *Health Expect*. 2018;21:429–440.
- Santuzzi CH, Liberato FMG, Morau SAC, et al. Adherence and barriers to general and respiratory exercises in cystic fibrosis. *Pediatr Pulmonol*. 2020;55:2646–2652.
- Sawicki GS, Tiddens H. Managing treatment complexity in cystic fibrosis: challenges and opportunities. *Pediatr Pulmonol*. 2012;47:523–533.
- Sawicki GS, Ren CL, Konstan MW, et al. Treatment complexity in cystic fibrosis: trends over time and associations with site-specific outcomes. *J Cyst Fibros*. 2013;12:461–467.
- Sawicki GS, Goss CH. Tackling the increasing complexity of CF care. *Pediatr Pulmonol*. 2015;50(suppl 40):S74–79.
- Thee S, Stahl M, Fischer R, et al. A multi-centre, randomized, controlled trial on coaching and telemonitoring in patients with cystic fibrosis: conneCT CF. *BMC Pulm Med*. 2021;21:131.
- White H, Shaw N, Denman S, et al. Variation in lung function as a marker of adherence to oral and inhaled medication in cystic fibrosis. *Eur Respir J*. 2017;49:1600987.
- Zanni RL, Sembrano EU, Du DT, et al. The impact of re-education of airway clearance techniques (REACT) on adherence and pulmonary function in patients with cystic fibrosis. *BMJ Qual Saf*. 2014;23(suppl 1):i50–55.
- Zobell JT, Schwab E, Collingridge DS, et al. Impact of pharmacy services on cystic fibrosis medication adherence. *Pediatr Pulmonol*. 2017;52:1006–1012.
- Zolnieriek KB, Dimatteo MR. Physician communication and patient adherence to treatment: A meta-analysis. *Med Care*. 2009;47:826–834.
- Zomahoun HTV, Guénette L, Grégoire JP, et al. Effectiveness of motivational interviewing interventions on medication adherence in adults with chronic diseases: a systematic review and meta-analysis. *Int J Epidemiol*. 2017;46:589–602.