

# Veranderen door handelen en motivational interviewing

**De ergotherapeut als expert in het mogelijk maken van het handelen, geeft samen met de cliënt het ergotherapeutisch proces vorm, gericht op het veranderen door handelen. Een directieve persoonsgerichte gesprekstijl zoals motivational interviewing is daarbij ondersteunend.**



Motivational interviewing is meer dansen dan worstelen.

**E**lke dag voeren ergotherapeuten gesprekken over het veranderen van handelingspatronen. Dit komt ter sprake zodra er bij de ergotherapeut of de cliënt het idee leeft dat men in het belang van gezondheid en welzijn in het dagelijks handelen iets anders zou kunnen doen of laten. Dat 'doen' houdt bijvoorbeeld in dat de cliënt zijn dag anders indeelt, een handspalk gaat dragen, anders gaat tillen, meer gaat bewegen of meer rust gaat nemen.

Hoe kan je als ergotherapeut de cliënt helpen om zijn dagelijks handelen te veranderen? Moet je cliënten waarschuwen voor wat er gaat gebeuren als ze niet veranderen? Moet je cliënten adviseren en overhalen om hun activiteiten op een andere manier uit te voeren? Moet je laten zien hoe en wat de cliënt anders zou kunnen doen? Met andere woorden: hoe kun je op een zinvolle en effectieve manier over het veranderen van handelen praten?

## Persoonsgericht

Motivational interviewing (MI) is een directieve persoonsgerichte gesprekstijl, bedoeld om gedragsverandering te bevorderen door het helpen verhelderen en oplossen van ambivalentie ten opzichte van verandering<sup>1</sup>. Het is niet een techniek waarmee je cliënten kunt overhalen om te gaan doen wat ze niet willen. Het is een techniek waarmee de beweegredenen voor het veranderen van handelingspatronen, die de cliënt zelf in huis heeft, worden uitgelokt. Recente meta-analyses van RCT's bewijzen dat MI effectief is voor

## Hoe vaak hebben we in het verleden adviezen gegeven zonder te weten of cliënten hier aan toe waren

het bereiken van gedragsveranderingen<sup>2,3</sup>. Verder is er evidence dat bestaande interventies effectiever worden wanneer ze gecombineerd worden met MI<sup>4</sup>.

In dit artikel wordt de 'geest' van MI uitgelegd en laten we zien hoe deze wijze van gespreksvoering bij uitstek past bij ergotherapie en 'veranderen door handelen' en hoe je ambivalentie bij je cliënten herkent en hiermee om kunt gaan. De uitgangspunten en basistechnieken worden toegelicht en geïllustreerd met ervaringen in de praktijk.

### De 'geest' van MI en ET

MI en ergotherapie sluiten naadloos op elkaar aan. Zowel ergotherapie als MI zijn gebaseerd op de ideeën van Carl Rogers over cliëntgecentreerde therapie. Deze Amerikaanse humanistische psycholoog betoogde meer dan vijftig jaar geleden dat een effectieve therapeutische hulpverlening vooral bestaat uit *"het scheppen van een duidelijk gestructureerde, tolerante relatie, die de cliënt in staat stelt tot een zodanig begrip over zichzelf te komen, dat deze vanuit een nieuw perspectief weer verder kan"*<sup>5</sup>.

In MI wordt de grondhouding of de behandelstijl van waaruit de cliënt benaderd wordt de 'geest' van MI genoemd. Deze wordt beschreven als *coöperatief, evocatief en met respect voor de autonomie van de cliënt*<sup>6</sup>. Deze grondhouding komt overeen met het cliëntgecentreerd werken, dat in het nieuwe beroepsprofiel ergotherapeut beschreven wordt<sup>7</sup>.

#### Coöperatief

- In MI staat coöperatief voor de verhouding tussen cliënt en therapeut die gelijkwaardig is. Daarbij gaat het om de samenwerking tijdens de interventie met een gezamenlijk proces van besluitvorming<sup>6</sup>.
- In het beroepsprofiel komt dit overeen met cliëntgecentreerd werken, waarbij de nadruk wordt gelegd op het in bondgenootschap samenwerken. In de cliënt-ergotherapeut relatie wordt gestreefd naar gelijkwaardigheid, waarbij beiden hun expertise en ervaring inbrengen. De cliënt participeert daarbij actief in de onderhandelingen en ook in het ergotherapieproces staat gezamenlijke besluitvorming centraal<sup>7</sup>.



#### Evocatief

- Evocatief wordt in MI benoemd als het activeren van de eigen motivatie en mogelijkheden van de cliënt. Daarbij wordt de cliënt uitgenodigd en uitgelokt om te benoemen wat hij zelf wenst en belangrijk vindt. Dit kan alleen als de hulpverlener de perspectieven van de cliënt wil begrijpen<sup>6</sup>.
- Dit vraagt een empathische, respectvolle en begripvolle houding van de ergotherapeut, die probeert de beweegredenen van de cliënt oprecht te volgen en te begrijpen. In de ergotherapie wordt hierbij gebruik gemaakt van narratieve gespreksvoering, waarbij de ergotherapeut de cliënt vraagt om zijn verhaal te vertellen en dit verhaal en de betekenis hiervan probeert te begrijpen.

#### Respect voor de autonomie van de cliënt

- In MI accepteert de hulpverlener onvoorwaardelijk dat mensen zelf in staat zijn om keuzes te maken over hoe hun eigen leven verloopt. Behandelaars kunnen informatie en advies geven, maar uiteindelijk is het de cliënt zelf de deskundige die beslist wat er gaat gebeuren. Als je erkent dat de ander het recht en de vrijheid heeft om niet te veranderen, maak je soms juist de weg vrij voor verandering<sup>6</sup>.

- Deze autonomie van de cliënt komt in het beroepsprofiel ook terug, de cliënt is de expert ten aanzien van zijn eigen handelen, waarbij de ergotherapeut aandacht besteedt aan het handelen dat cliënten belangrijk vinden<sup>7</sup>.

Bij MI gaat het om de samenwerking met de cliënt die meer lijkt op gidsen dan op leiden, het is meer dansen dan worstelen en luisteren staat meer op de voorgrond dan praten of adviseren<sup>8</sup>.

#### Veranderen door handelen

De ergotherapeut als expert in het mogelijk maken van het handelen, geeft samen met de cliënt het ergotherapeutisch proces vorm, gericht op veranderen door handelen. Veranderen betekent: anders, opnieuw of beter leren handelen. Verandering in handelingspatronen vraagt zorgvuldige ondersteuning, waarbij de ergotherapeut de intrinsieke motivatie om anders te handelen bij de cliënt aanspreekt<sup>7</sup>. Niet de redenen van de ergotherapeut om te veranderen, maar die van de cliënt zullen de verandering in handelingspatronen op gang brengen. Een directieve persoonsgerichte gesprekstijl zoals MI is daarbij ondersteunend. Deze motiverende gespreksvoering is bedoeld om verandering van handelingspatronen te bevorderen door het helpen verhelderen en oplossen van de ambivalentie ten opzichte van de verande-



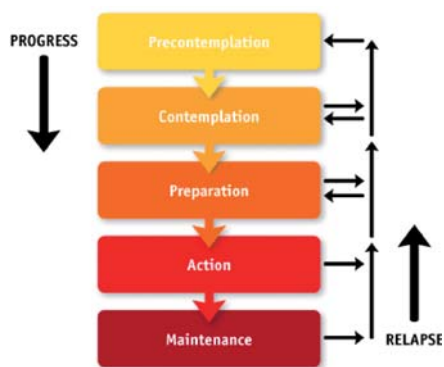
ring<sup>6</sup>. Deze manier van gespreksvoering gericht op gedragsverandering past bij ergotherapie waarbij veranderen door handelen centraal staat ten behoeve van gezondheid en welzijn<sup>7</sup>.

MI is gebaseerd op het 'stages of change model' van Prochaska en Diclemente (2002). Er worden in het model verschillende stadia van gedragsverandering onderscheiden:

- een precontemplatiefase, waarin men zich nog niet bewust is van een probleem en niet overweegt om zijn gedrag te veranderen (precontemplation);
- een contemplatiefase, waarin men de voor- en nadelen afweegt en overweegt om het gedrag te veranderen (contemplation);
- een voorbereidingsfase, waarin men zich voorneemt om wat aan het gedrag te doen (preparation)
- een actiefase, waarin men het nieuwe gedrag vertoont (action);
- een fase van gedragsbehoud waarin men het nieuwe gedrag heeft volgehouden (maintenance).

In figuur 1 worden de verschillende fases en hun samenhang geschetst.

Als het nieuwe gedrag niet wordt volgehouden, treedt er terugval op naar een eerdere fase (relapse). Bij sommige mensen gaat de verandering snel en anderen blijven in een bepaalde fase steken. Mensen kunnen op elk punt het model binnenkomen of uitgaan<sup>9</sup>. MI reikt voor iedere fase strategieën en gesprekstechnieken aan om mensen te ondersteunen om in een volgende fase te komen.



Figuur 1: De verschillende fases van het 'stages of change model' van Prochaska en Diclemente (2002).



### Ambivalentie

Mensen die hun handelingspatronen willen veranderen zijn vaak ambivalent over deze verandering. Binnen MI is het exploreren van deze ambivalente gevoelens ten opzichte van de verandering een belangrijk onderdeel van gesprek. De bereidheid om te veranderen is afhankelijk van het vertrouwen van de cliënt om te kunnen veranderen en hoe belangrijk hij het vindt om daadwerkelijk te veranderen. Daarbij speelt de afweging van de voor- en nadelen rondom verandering een duidelijke rol. Of de cliënt nu wel of niet verandert, aan elke keuze zijn altijd voor- en nadelen verbonden. Binnen MI kunnen twee instrumenten gebruikt worden in het exploreren van ambivalentie bij een cliënt: de voor- en nadelenmatrix en de schaal van belangrijkheid en vertrouwen. Deze instrumenten worden in de praktijkervaring in het tweede gedeelte van dit artikel besproken.

### Nodig uit tot verandertaal

Cliënten reageren vaak op argumenten vóór verandering door de andere kant van de ambivalentie in te vullen: "Ja, maar...". Ze voeren argumenten tegen verandering aan en praten daarbij zichzelf van de verandering af. Het doel van MI is dat cliënten zich de verandering zelf 'aanpraten'. Met andere woorden: het is de taak van de hulpverlener om bij cliënten geen weerstand, maar 'verandertaal' te

ontlokken. Verandertaal wordt uitgesproken door de cliënt en leidt tot zelfmotivatie. Verandertaal komt voor in verschillende vormen.

- Wens, verlangen: "Mijn wens is om gezond oud te worden."
- Mogelijkheden: "Misschien zou het me lukken om er elke ochtend mee te beginnen."
- Redenen: "Misschien zou ik dan nog energie over hebben om te koken."
- Behoeft, noodzaak: "Ik moet wel anders zie ik niemand meer."

De verschillende vormen van verandertaal gaan vaak vooraf aan de werkelijke verandering.

### Vier uitgangspunten

Bij MI staan de volgende vier uitgangspunten centraal:

#### 1. De reparatiereflex onderdrukken

Hulpverleners worden hulpverlener omdat ze graag willen helpen. Wanneer iemand gedrag vertoont dat niet gunstig is voor zijn of haar gezondheid, hebben hulpverleners de neiging om te gaan 'repareren'. Ook ergotherapeuten geven veel adviezen, het is bijna een automatisme, een reflex, om oplossingen aan te dragen voor de problemen die de cliënt ervaart. Dit kan een tegengesteld effect hebben. Mensen die ervaren dat iemand anders hen gaat vertellen 'hoe het zou moeten' krij-

## Bestaande behandelinterventies worden effectiever als ze gecombineerd worden met motivational interviewing

gen vaak weerstand. Het is een natuurlijke neiging van mensen om je niet over te laten halen. Dit geldt in het bijzonder als mensen ambivalent zijn.

### 2. De eigen beweegredenen van de cliënt begrijpen en onderzoeken

Interesse in de opvattingen van de cliënt over zijn eigen situatie en welke beweegredenen hij wel of niet heeft voor verandering staan in MI centraal. Als de tijd voor consult beperkt is, is het beter aan cliënten te vragen waarom ze zouden willen veranderen, dan dat je adviseert dat ze moeten veranderen.

### 3. Empatisch luisteren

Goed luisteren is belangrijker dan informatie geven. Het gaat erom je werkelijk in te leven in de ander. Door reflectief te luisteren, laat je zien dat je begrijpt wat de cliënt zegt, voelt en denkt.

### 4. Je cliënt positief bekrachtigen

Je ondersteunt en versterkt het vertrouwen dat cliënten in zichzelf hebben en dat ze in staat zijn, datgene te doen wat nodig is om hun doelen te bereiken: de eigen effectiviteit. Geloof, hoop en vertrouwen zijn van invloed op het slagen van gedragsverandering.

### Basistechnieken

Binnen MI wordt een aantal basistechnieken gebruikt:

#### Open vragen

Open vragen zetten 'de deur open'. Open vragen stimuleren de cliënt om te exploreren. Ze geven de cliënt meer vrijheid om te reageren terwijl jij als hulpverlener de mogelijkheid hebt om te luisteren en observeren.

#### Ondersteun en bevestig

Het is van belang de cliënt duidelijk en direct te ondersteunen. Dit door het geven van complimenten, uitingen van begrip en waardering, steunende uitspreken en cetera.

#### Geef samenvattingen

Dit om de cliënt te laten ervaren dat er goed geluisterd wordt. Ook geeft dit de mogelijkheid om te checken of je alles goed begrepen hebt. Het geeft ordening en rust in het gesprek. Een samenvatting heeft doorgaans

de voordelen van het besproken gedrag, de nadelen en een uitnodiging om verder te exploreren in zich.

#### Reflectief luisteren

Dit houdt in dat je ingaat op wat de cliënt vertelt. Je herhaalt of brengt onder woorden wat jij denkt dat de cliënt bedoelt te zeggen of non-verbaal uitdrukt. Dit kan door min of meer letterlijk teruggeven wat de cliënt heeft gezegd (eenvoudige reflectie) of kan meer gaan over wat de cliënt bedoelt, dat wat je 'tussen de regels hoort' (complexe reflectie).

#### Ervaringen in de praktijk

Als afdeling Ergotherapie van het UMC St Radboud hebben we met vijftien collega's aan de pilot van de eerste cursus MI voor ergotherapeuten deelgenomen. We raakten aangenaam besmet met het MI-virus, zagen de toepassingsmogelijkheden en gingen ermee aan de slag. Van ambivalentie over het nut hiervan was geen sprake. Wel werd nog wel getwijfeld over de eigen competenties. We raakten even onze oude routines kwijt en voelden ons onthand. Maar de motivatie was er en verandertaal klonk: we willen hier wat mee! We gaan dit doen!

#### De vier uitgangspunten

Als ergotherapeuten ondersteunen (empoweren) we cliënten in het kunnen uitvoeren van hun betekenisvol handelen. De vier uitgangspunten van MI passen hier heel goed bij. Vooral het onderdrukken van de reparatireflex was een eye-opener. Goedbedoeld geven we onbewust veel te snel adviezen en komen we met oplossingen. Deze natuurlijke neiging onderdrukken is niet eenvoudig in de praktijk, omdat we in een setting zitten waarbij je vaak in korte tijd iets voor de cliënt wilt betekenen. MI geeft een passend alternatief: het achterhalen hoe de cliënt staat ten opzichte van verandering, wat redenen zijn voor verandering en hoe je de cliënt kunt aanmoedigen om zelf met ideeën te komen. Ook dit kan in de korte tijd en levert meer gelijkwaardige samenwerking op.

#### De basistechnieken

Door te oefenen ervaar je dat het werkt en dat je er meteen mee aan de slag kunt in de praktijk. Het was niet nieuw dat open vragen meer

informatie opleveren dan gesloten vragen, maar het oefenen leidde tot bewustwording hoe groot de neiging is om gesloten vragen te stellen. We ervoeren hoe het samenvatten een cliënt stimuleert om meer te vertellen, maar ook hoe het helpt om een gesprek te structureren. Het geven van gevoelsreflecties leidde tot nieuwe inzichten. Je laat niet alleen merken dat je luistert, maar ook dat je probeert te begrijpen wat iemand bedoelt, wat het voor hem of haar betekent. Bij het oefenen van bekrachtigen leer je wanneer het wat oplevert en wanneer het overdreven is.

### Voorbeeld van het geven van reflecties

Cliënt: "Het is me allemaal teveel. Ik wil wel minder doen, maar er is niemand die mijn werk van me overneemt en het moet toch gebeuren."

Ergotherapeut: "U hebt het gevoel dat u geen keus hebt."

Cliënt: "Nou, ik zou wel hulp kunnen vragen, maar dat past niet bij mij."

Ergotherapeut: "U vindt dat u het zelf moet kunnen."

Cliënt: "Ja, maar ik kan het niet meer. Ik zal toch iets moeten. Zo houd ik het ook niet vol!"

### Voorbeeld van bevestigen

Ergotherapeut: "Hoe is het gegaan na de vorige keer?"

Cliënt: "Ik heb het er met mijn man over gehad. Dat ik het niet volhoud zo."

Ergotherapeut: "U hebt het besproken thuis. Dat is een hele overwinning voor u."

Cliënt: "Ik zag er tegenop, maar het viel erg mee. Hij gaf aan het geen enkel probleem te vinden om vanaf nu de boodschappen te doen. Afgelopen weekend heeft hij voor de hele week boodschappen gedaan samen met onze zoon. Ze vonden het wel stoer samen."

Ergotherapeut: "Ook stoer van u om dat aan hen over te laten."

### De voor- en nadelenmatrix en de schalen voor belangrijkheid en vertrouwen

Het exploreren van ambivalentie ten opzichte van gedragsverandering is een belangrijk onderdeel van MI. Hierbij zijn twee instrumenten aangereikt: de voor- en nadelenmatrix (zie kader 1) en de schaal van belang-

## Het is effectiever om tijdens een kort consult te exploreren waarom iemand niet wil veranderen dan met adviezen te komen hoe iemand moet veranderen

Niet veranderen	Veranderen
<p><b>Nadelen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ik kom de deur niet uit</li> <li>- Ik ben afhankelijk van anderen</li> </ul>	<p><b>Nadelen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ik voel me net een oude vrouw op een scootmobiel</li> <li>- Ik moet die drempel nemen</li> <li>- Ik heb training nodig</li> </ul>
<p><b>Voordelen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nu word ik steeds gehaald en gebracht</li> <li>- Ik hoef niet te oefenen</li> <li>- Ik hoef niet bang te zijn dat het niet lukt of dat anderen me zien</li> </ul>	<p><b>Voordelen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ik kan zelfstandig er uit</li> <li>- Mijn wereld wordt groter</li> <li>- Ik kan weer naar de winkel</li> <li>- Ik kan zelf naar de therapie</li> <li>- Ik kan ergens op bezoek</li> </ul>

**Kader 1:** De voor- en nadelenmatrix voor het gebruik van een scootmobiel.

rijkheid en vertrouwen. Deze instrumenten zijn heel bruikbaar in de praktijk en toe te passen op alle vormen van gedragsverandering waarbij sprake is van ambivalentie. Of het nu gaat om wel of niet deelnemen aan een cursus ‘omgaan met vermoeidheid’, het vragen om hulp, het zittend gaan werken of het gebruik van voorzieningen.

Behalve de voor- en nadelen is het ook van belang om het vertrouwen en de belangrijkheid te exploreren omdat dit inzicht geeft in de bereidheid om te veranderen. Hiervoor worden VAS scores gebruikt van 1 tot 10, vergelijkbaar met de scores voor uitvoering en tevredenheid van de COPM.

De cliënt gaf een 6 voor het vertrouwen dat ze had om de scootmobiel te gebruiken. Op de vraag waarom een 6 en geen 4 gaf ze aan dat te denken het wel te kunnen, maar hier onzeker over te zijn. “Misschien moet ik het gewoon eens gaan proberen, maar dan met iemand erbij” was haar reactie. Op de vraag hoe belangrijk het voor haar was om de scootmobiel te gaan gebruiken gaf ze een 5. Hierbij gaf ze aan dat het niet zo belangrijk voor haar was aangezien ze nu steeds door haar man gebracht en gehaald werd en ze dat wel heel prettig vond. “Ik denk dat het me te gemakkelijk gemaakt wordt” gaf ze aan en dit werd door haar partner beaamd. Een gesprek hierover gaf alle partijen veel inzicht waarom tot nu toe de bereidheid om de scootmobiel te gebruiken niet groot was en wat er nodig was om deze bereidheid te vergroten.

### Wat er is veranderd?

Na de drie cursusdagen hebben we bagage die goed bruikbaar is in de praktijk. Omdat we de cursus met collega’s hebben gevolgd, vindt tijdens het werk discussie en uitwisseling van ervaringen plaats. Voor specifieke doelgroepen hebben we lijsten gemaakt met hulpvragen, en de voor- en nadelenmatrix. Deze ‘hulpmiddelen’ helpen bij het vaardiger worden in MI. Om behoud van verandering en MI vaardigheden te waarborgen zijn referenties en intervisie mogelijk. De borging en verder ontwikkelen van de vaardigheden is de uitdaging waar we nu voor staan.

### Conclusies

Het was onze ervaring dat MI vaardigheden zeer waardevol zijn in de ergotherapiepraktijk waar verandering van handelingspatronen en ambivalentie aan de orde van de dag is. We hebben ervaren dat deze vaardigheden ook toe te passen zijn bij eenmalige consulten en binnen de handtherapie. De opgedane kennis en gespreksvaardigheden zijn niet alleen bruikbaar in het werk, maar ook daarbuiten. Het volgen van de cursus met collega’s heeft een grote meerwaarde om de vaardigheden daarna in de praktijk te implementeren en te bespreken.

### Scholing

MI is sterk in opkomst. Binnen verschillende werkvelden en discipline’s wordt de waarde van deze gespreksstijl ontdekt. Toepassing van de technieken en de instrumenten leveren snelle resultaten op. MI is echter veel meer dan het ‘toepassen van een trucje’. MI

vergt een gedegen training en daarna veel oefening. In samenwerking met de Hogeschool Arnhem en Nijmegen biedt VDO opleidings- en adviescentrum een basistraining MI voor ergotherapeuten aan. Deze driedaagse training is geaccrediteerd door Ergotherapie Nederland. Leden van de beroepsvereniging Ergotherapie Nederland krijgen korting op het cursusgeld. Zie ook de website van VDO opleidings- en adviescentrum van de HAN. ●

### Literatuur

1. Miller W, Rollnick S. Motivational interviewing: preparing people for change. New York: Guilford Press; 2002.
2. Burke BL, Arkowitz H, Menchola M. The efficacy of motivational interviewing: a meta-analysis of controlled clinical trials. *J Consult Clin Psychol* 2003 Oct;71(5):843-61.
3. Hettema J, Steele J, Miller WR. Motivational interviewing. *Annu Rev Clin Psychol* 2005;1:91-111.
4. Shannon RJ. Motivational interviewing: Enhancing Patient Motivation for Behavior Change. In: Söderback I, editor. *International handbook of Occupational Therapy Interventions*. Springer Science and Business Media, LLC; 2009. p. 515-23.
5. Rogers CR. *Counseling and psychotherapy. New concepts in practice*. Boston: Houghton Mifflin; 1942.
6. Rollnick S, Miller W, Butler C. *Motiverende gespreksvoering in de gezondheidszorg*. Gorinchem: Ekklesia; 2009.
7. Hartingsveldt van M, Logister-Proost I, Kinébanian A. *Beroepsprofiel Ergotherapeut*. Utrecht: Ergotherapie Nederland, 2009.
8. Aarsen CJE, Spikmans FJM, Vernooij M. *Basisvaardigheden Motivational Interviewing voor hulpverleners, cursusmap*. Nijmegen: VDO; 2009.
9. Prochaska JO, Redding CA, Evers KE. The transtheoretical model and stages of change. In: Glanz K, Rimer BK, Lewis FM, editors. *Health behaviour and health education: theory, research and practice*. 3 ed. San Francisco: CA: Jossey-Bass; 2002. p. 99-120.

**Margo van Hartingsveldt** – Ergotherapie – Revalidatie – UMC St Radboud Nijmegen

**Jos Leenders** – Opleiding Ergotherapie – Hogeschool van Arnhem en Nijmegen

**Edith Cup** – Ergotherapie – Revalidatie – UMC St Radboud Nijmegen