Motiverende gespreksvoering in de huisartspraktijk

De invloed van een e-learning ‘motiverende gespreksvoering’ voor huisartsen op gesprekstechnieken bij rookstop en op attitudes omtrent gedragsverandering

HAIO: Tina Lavigne
Promotor: Prof. Dr. Lieve Van den Block, VUB
Co-promotor: Dr. Carl Stubbe, Huisartsengroep Fruithof
Co-promotor: Dr. Karen Smets, Domus Medica, UA
Master of Family Medicine
Masterproef Huisartsgeneeskunde

ABSTRACT

Inleiding: Huisartsen kunnen een rol spelen in het initiëren en katalyseren van gezond gedrag bij hun patiënten. In België rookt 17,6% van de bevolking dagelijks. Eén roker op 2 sterft aan een pathologie gerelateerd aan roken, en dit gemiddeld 14 jaar vroeger dan niet-rokers. Om de gezondheid van rokers te verbeteren is rookstop de belangrijkste therapie. Uit bestaande reviews over deze materie blijkt dat motivational interviewing, en de variaties op deze techniek, beter werkt dan het traditionele advies geven in de behandeling van een breed gamma van problemen en ziektes waarin gedrag een vooraanstaande rol speelt. Op initiatief van het Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie en Ziektepreventie werd in samenwerking met onder andere Domus Medica een e-learningmodule "motiveren tot rookstop" ontwikkeld voor gezondheidswerkers in de eerste lijn, gebaseerd op de principes van motivational interviewing (www.motiverentotrookstop.be).
Onderzoeksdoel: In deze studie willen we nagaan of het volgen van deze e-learning module een invloed heeft op de kwaliteit van de motiverende gesprekstechnieken van de huisartsen in onze groepspraktijk in een gesprek over rookstop tijdens een routine huisartsconsultatie. We gaan ook na of dit verandering initieert in de algemene attitude van de artsen ten opzichte van het motiveren tot gezond gedrag in de huisartsenpraktijk.
Methode: Acht huisartsen van onze groepspraktijk in de rand van Antwerpen namen de hoger genoemde e-learning module over motiverende gespreksvoering in het kader van rookstop door. Voor en na deze interventie maakten zij geluidsopnames van consultaties bij rokers, die de onderzoeker op basis van de "Behaviour Change Counselling Index" beoordeelde. De huisartsen vulden eveneens een vragenlijst in die peilde naar hun attitudes, naar of en hoe ze kennis en ervaring willen opdoen in motiverende gespreksvoering en naar hun gebruik van motivationele gesprekstechnieken. Deze vragenlijst werd in de nameting aangevuld met vragen over de e-learning en de hen aangereikte technieken.
Resultaten: Bij 3 artsen is er een duidelijke stijging in de gemiddelde BECCI-score. Over de gehele artsengroep stijgt de BECCI met net geen 0,5 punt op een totaal van 4. De huisartsen vinden de aangereikte technieken bruikbaar voor de dagelijkse praktijk en menen dat de e-learning invloed heeft gehad op hun manier van consultatie voeren. Na de interventie hebben 5 huisartsen, ten opzichte van 2 ervoor, het gevoel gesprekstechnieken te beheersen die patiënten kunnen motiveren tot gedragsverandering. De helft van de artsen, in tegenstelling tot 7 in de voormeting, vindt het de professionele verantwoordelijkheid van de huisarts om patiënten te motiveren tot gedragsverandering ook wanneer dit gedrag nog geen waarneembare nadelige gevolgen heeft.
Discussie: deze resultaten tonen dat een e-learningmodule over motiverende gespreksvoering de kwaliteit van motiverende gesprekken van huisartsen lijkt te kunnen verbeteren. We konden niet dezelfde invloed waarnemen met betrekking tot de taakperceptie van artsen in verband met motiveren tot gedragsverandering. Door het kleine aantal deelnemende artsen in dit onderzoek en het gebrek aan een controlegroep dienen we echter voorzichtig te zijn in het veralgemenen van deze resultaten. Deze studie kan dienen als een pilootstudie voor groter kwantitatief onderzoek.

Kernwoorden: huisarts, rookstop, motiverende gespreksvoering, e-learning, attitude
ICPC-code: P17

Inhoudsopgave

1. INLEIDING 5
1.1 Roken 5
1.1.1 Cijfers in België 5
1.1.2 Het belang van rookstop 6
1.1.3 Rookstopadvies door de huisarts. 6
1.2 Motiverende gespreksvoering 7
1.2.1 Het Trans Theoretical Model 7
1.2.2 Motivational Interviewing 8
1.2.3 Health Behaviour Change 8
1.3 Motiverende gespreksvoering voor rookstop 8
1.4 Huisartsen trainen in motiverende gespreksvoering via e-learning 10
2 ONDERZOEKSVRAGEN 10
3 METHODE 11
3.1 Studie design 11
3.2 Onderzoeksgroep 11
3.3 Interventie 12
3.4 Meetinstrumenten 13
3.4.1 Behaviour Change Counselling Index 13
3.4.2 Vragenlijst 14
3.5 Onderzoeksprocedure 15
3.6 Analyse 16
3.6.1 Geluidsopnames / Behaviour Change Counselling Index 16
3.6.2 Weergave van de resultaten 16
4 RESULTATEN 16
4.1 Gesprekstechnieken 16
4.1.1 Geluidsopnames 16
4.1.2 vragenlijsten 21
4.2 Attitudes en ervaringen 27
4.3 Leren van motiverende gespreksvoering 30
4.3.1 Voorkennis van de artsen 30
4.3.2 (Hoe) willen artsen kennis en ervaring opdoen? 30
4.3.3 Evaluatie van de e-learning en de aangereikte technieken 31
5 DISCUSSIE 32

5.1 Overzicht van de belangrijkste resultaten 32
5.1.1 Gesprekstechnieken 32
5.1.2 Attitudes 33
5.1.3 Leren van motiverende gespreksvoering 33
5.2 Sterktes en zwaktes van de studie 33
5.3 Interpretatie van de resultaten 35
5.4 Implicaties voor de praktijk en verder onderzoek 37
5.5 Conclusie 38
6 REFERENTIELIJST 39
7 BIJLAGES 41
Bijlage A: Korte Vragenlijst 41
Bijlage B: Informed Consent 42
Bijlage C: Vragenlijst 43
ATTITUDES EN ERVARINGEN 43
KENNIS (OPDOEN) 46
GESPREKSTECHNIEKEN 47
OVER DE E-LEARNING 49
Bijlage D: The Behaviour Change Counselling Index (BECCI): Handleiding en score-lijst 51

1. INLEIDING

Preventieve geneeskunde is al lang een deel van het huisartsenvak. De laatste jaren is er echter meer en meer aandacht voor. De overheid zoekt methoden om de huisarts zowel financieel als structureel te ondersteunen om goede preventieve zorg te verlenen. Tot deze taak behoort ook het stimuleren van patiënten tot het in acht nemen van een gezonde levensstijl.
Verschillende richtlijnen leggen er de nadruk op dat de huisarts zijn patiënten moet motiveren om ongezond gedrag te veranderen om het ontstaan van een (chronische) ziekte te voorkomen of progressie ervan en het optreden van complicaties te vertragen. Bij zeer veel belangrijke aandoeningen spelen gedragsmatige risicofactoren zoals roken, voeding, beweging en alcoholmisbruik een prominente rol.
Volgens de nationale gezondheidsenquête van het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (WIV) in 2008 heeft bijna 95% van de meerderjarige bevolking van België een vaste huisarts. Tachtig procent bezoekt jaarlijks een huisarts.[1] De huisarts heeft dus regelmatig persoonlijk contact met een breed en divers publiek.
Dankzij de vertrouwensrelatie die ontstaat tussen arts en patiënt bevindt de huisarts zich in een bevoorrechte positie om gedragsverandering te initiëren en te katalyseren.[2] De combinatie van de laagdrempeligheid van zijn zorg en het persoonlijke contact brengt de huisarts in een unieke positie om de gezondheid van de bevolking te beïnvloeden.

In deze studie gaan we na of het volgen van een e-learning module voor gezondheidswerkers in de eerste lijn over motiverende gespreksvoering bij rokers tot verbetering leidt van de gesprekstechnieken van huisartsen in een gesprek over roken in een routine consult, en een invloed heeft op hun algemene attitudes over het belang van en hun invloed op gedragsverandering bij de patiënt.
In de volgende paragrafen gaan we eerst in op een aantal gezondheidsaspecten van roken; vervolgens bespreken we wat motiverende gespreksvoering precies inhoudt en gaan we na wat over de efficiëntie van motiverende gesprekstechnieken reeds gekend is om tenslotte even in te gaan op het trainen van huisartsen in motiverende gespreksvoering.

1.1 Roken

1.1.1 Cijfers in België

Rookstop is een van de gedragsveranderingen waar (terecht) veel aandacht aan wordt geschonken. In 1982 rookte 40% van de Belgische bevolking. Dit aantal nam in de loop van de jaren geleidelijk af.[3] Zo blijkt uit een enquête uit 2010 van het Onderzoeks- en Informatiecentrum van de VerbruikersOrganisaties (OIVO) dat in België 25,2% van de bevolking rookt, waarvan 17,6% dagelijks. Het totaal aantal rokers daalt met de leeftijd, maar de proportie gelegenheidsrokers is het grootst in de jongere leeftijdscategoriën. Vijfendertig procent van de 15-29 jarigen zijn rokers, waarvan 18% gelegenheidsroker. Tussen 40 tot 49 jarigen rookt 27% waarvan 4% gelegenheidsrokers. Mannen (22% dagelijks) roken meer dan vrouwen (13% dagelijks). Uit deze enquête blijkt dat meer dagelijkse rokers zich situeren in de gemiddelde en lage sociale klasse. Van alle rokers is 53% van plan om in de eerstkomende maanden te stoppen met roken; slechts 12% van de rokers is vastbesloten te stoppen.[4]

1.1.2 Het belang van rookstop

Eén roker op 2 sterft aan een pathologie die te maken heeft met roken, en dit gemiddeld 14 jaar vóór niet-rokers. Niet-rokers blootgesteld aan passief roken hebben een hoger risico op morbiditeit en mortaliteit. Om de gezondheid van rokers, en hun levensprognose te verbeteren is geen enkele therapie belangrijker dan rookstop. Rookstop vermindert onmiddellijk de cardiovasculaire risico's. Reeds 5 jaar na rookstop zijn de meeste gevolgen van roken op hart- en vaatziektes verdwenen.
In geval van COPD is rookstop de enige behandeling die de evolutie van de ziekte beïnvloedt, en dit vanaf het eerste jaar. Op lange termijn beperkt rookstop het risico op alle ziektes verbonden aan roken. Wie voor de leeftijd van 35 jaar stopt, zal nauwelijks nadelige gevolgen van roken op de gezondheid ondervinden. Rookstop op 60, 50, 40 of 30 jaar verlengt de levensverwachting met respectievelijk 3, 6, 9 of 10 jaar. Ook rookstop na 65 jaar zou de levensverwachting nog verhogen.[5,6]

1.1.3 Rookstopadvies door de huisarts.

Zoals aangegeven in het rapport "Effectiviteit en kosteneffectiviteit van behandelingen voor rookstop" van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) doet adviesverlening door een arts de absolute kans op stoppen met roken na 6-12 maanden toenemen met 2% vergeleken met geen interventie. Dit betekent dat rookstopadvies door de arts bij elke 50 patiënten resulteert in 1 patiënt die effectief stopt. Intensiever advies zou doeltreffender kunnen zijn.[5,6] Een minimale interventie bestaande uit 2 individuele motivatiegesprekken van in totaal ongeveer 10 minuten bij 25 rokers, resulteert in één extra stopper.[5]

Ondanks de wetenschappelijk onderbouwde adviezen om elke roker te adviseren tot rookstop, behoort dit niet tot de routine van de dagelijkse huisartsenpraktijk. Stead M. et al onderzochten het engagement van huisartsen om te praten over rookstop en de factoren die dit engagement beïnvloeden. Zij maakten daarvoor een grootschalige review van literatuur uit alle Europese landen. De review geeft algemene cijfers, maar refereert ook geregeld naar specifieke studies uit specifieke landen, waaronder België. Hieruit blijkt dat de meeste huisartsen de rookstatus navragen bij een nieuwe patiënt. In België zou echter slechts 28% van de artsen de rookstatus bij àlle patiënten navragen. Slechts 36% van de Europese huisartsen geeft de patiënten advies om te stoppen met roken en het aantal artsen dat medicatie voorschrijft of een intensievere interventie geeft om rookstop te bereiken, ligt zelfs nog lager.[7]
De studie toonde verder aan dat factoren zoals het persoonlijk rookgedrag en negatieve attitudes ten opzichte van rookstop de mate waarin huisartsen de rookstatus van hun patiënten navragen en hen adviseren tot rookstop, beïnvloeden.[7]
Vogt F. et al. gingen in een andere systematische review na in hoeverre negatieve attitudes over rookstop leven bij huisartsen. De 3 meest voorkomende negatieve attitudes zijn de idee dat discussies over deze materie met patiënten te veel tijd in beslag nemen (42%), de gedachte dat deze interventie niet effectief is (38%) en het gevoel dat ze over te weinig vaardigheden beschikken om een rookstop interventie op te starten en te begeleiden (22%). Slechts enkelen vinden dat het praten over rookstop geen deel uitmaakt van hun taak (5%), dat dit de privacy van de patiënt schendt (5%) of dat het niet gepast is (3%). Verder stelt de review vast dat gebrek aan kennis een rol speelt bij 16% van de huisartsen, en dat 18% van hen praten over rookstop onaangenaam vindt.[8]
Dezelfde attitudes werden ook beschreven in de studie van Stead M. et al.. Zij registreerden eveneens dat sommige huisartsen vrezen de arts-patiënt relatie te verstoren en dat velen het praten over rookstop niet belonend vinden en oordelen dat het effect te klein is in verhouding tot de geïnvesteerde moeite.[7]
De review van Stead M. et al. beschrijft verder dat patiëntspecifieke karakteristieken ook een rol spelen in het engagement van de huisarts om te praten over rookstop. Meer huisartsen bevragen de rookstatus bij patiënten die lijden aan een ziekte die gerelateerd is aan roken. Ze zouden ook vaker patiënten adviseren tot rookstop als ze het gevoel hebben dat de patiënt meer openstaat voor advies en gemotiveerd is om te stoppen.[7]

Wat de arts betreft is tijdsnood een grote barrière om een gesprek over rookstop aan te gaan. De afwezigheid van een gepaste financiële incentive zou geen grote barrière zijn.[7]
Belangrijk voor ons onderzoek is dat uit deze reviews blijkt dat verschillende studies aantonen dat training van huisartsen leidt tot een verhoogd engagement tot interventies rond rookstop.[7,8]

Een onderzoeksartikel van Ampt A. et al. beschrijft op basis van interviews met 15 artsen, attitudes, normen en versterkende of verhinderende factoren die artsen mogelijks kunnen beïnvloeden in hun engagement om preventieve taken rond roken, voeding, alcohol en beweging uit te voeren. Als attitudes beschrijven zij de houding van de huisarts ten opzichte van preventieve zorg en het gevoel bij de arts dat wat hij doet succesvol is. Verwachtingen van de arts en van de patiënt zijn beïnvloedende normen. Een arts zal bijvoorbeeld sneller een preventieve acte uitvoeren als een patiënt dit verwacht. Mogelijke versterkende of verhinderende factoren zijn de kost en de beschikbaarheid van bijvoorbeeld doorverwijzingsmogelijkheden, de culturele achtergrond en de scholingsgraad van de patiënt, de vaardigheden van de arts, het risico voor de patiënt, de motivatie van de patiënt, de capaciteit van de praktijk, tijd en prioriteiten en hulpmiddelen zoals bijvoorbeeld een sjabloon in het EMD.[9]

1.2 Motiverende gespreksvoering

Gedragsverandering is een complex probleem waarover verschillende theorieën en modellen zich buigen. Domus Medica onderzocht deze modellen en zocht naar effectieve interventies die voor huisartsen het meest geschikt zijn om gezond gedrag te bevorderen. Deze studie resulteerde in de keuze voor het “Trans Theoretical Model” (TTM) van Prochaska en DiClemente als theoretisch kader en “Motivational Interviewing” (MI) als kader voor de communicatievaardigheden. Op basis hiervan werd een model ontwikkeld van een ‘health behaviour change’ consult aangepast aan het klassieke stramien van een huisartsenconsultatie. Zo ontstond het “ABC-concept”: anamnese, begeleiding en continuïteit (opvolging). De “B” staat voor begeleiding in de vorm van een minimale interventie op basis van de principes van Motivational Interviewing, aangepast aan de fase van verandering (zie infra) waarin de patiënt zich bevindt.[2]

Onderstaand zullen we uitleg geven over het Trans Theoretical Model. Vervolgens gaan we dieper in op de principes van Motivational Interviewing om tenslotte “Health Behaviour Change”, een methode gebaseerd op principes van Motivational Interviewing, te duiden.

1.2.1 Het Trans Theoretical Model

Het Trans Theoretical Model onderscheidt 6 stadia in gedragsverandering. Elk stadium geeft weer in welke mate de patiënt klaar is om te veranderen. In de precontemplatiefase denkt de patiënt niet aan gedragsverandering: hij is zich niet bewust van een probleem of legt de link niet tussen bestaande problemen en een bepaald gedrag. In de contemplatiefase beseft de patiënt dat het huidige gedrag moet veranderen, maar hij schuift dit vooruit in de toekomst. In de preparatiefase maakt de patiënt zich klaar om te veranderen en in de actiefase verandert hij actief zijn gedrag. In de consolidatiefase heeft de patiënt zijn gedrag veranderd, maar is het risico op herval nog groot. In de terminale fase heeft hij zich tenslotte het nieuwe gedrag volledig eigen gemaakt.[2]
In het ganse veranderingstraject kunnen patiënten vooruit en achteruit bewegen doorheen de verschillende fases.[2] Elke stap vooruit is een stap richting verandering.

1.2.2 Motivational Interviewing

Motivational Interviewing wordt gedefinieerd als een ***'cliënt gerichte, directieve methode die de intrinsieke motivatie wil versterken door ambivalentie te exploreren en op te lossen'***.[10]
De uitgansgpunten van Motivational Interviewing bestaan uit 3 kernideeën: samenwerking, evocatie en autonomie. Bij Motivational Interviewing ga je een samenwerking aan met je patiënt op basis van evenwaardigheid en tracht je samen tot een besluit te komen. Je probeert de eigen motivatie en mogelijkheden van de patiënt op te roepen, in het besef dat ieder zijn eigen waarden, doelen en zorgen heeft. Je erkent en respecteert de autonomie van de patiënt. Hij is degene die beslist of er al dan niet verandering komt.[10,11]
Uitgaande daarvan doet Motivational Interviewing beroep op vier basisstrategieën. De eerste is "roll with resistance" wat naar het Nederlands vertaald betekent "de reparatiereflex onderdrukken". Bij Motivational Interviewing probeert men niet tegen de weerstand van de patiënt in te gaan. Verder legt men de nadruk op empatisch luisteren. Een derde strategie is bij de patiënt een discrepantie te ontwikkelen tussen het huidige gedrag en diens bredere waarden en doelen door de eigen beweegredenen van de patiënt te begrijpen en te onderzoeken. Als laatste tracht men de patiënt positief te bekrachtigen en diens hoop en optimisme te versterken. Op die manier krijgt de patiënt meer vertrouwen in de mogelijkheid om te veranderen.[10,11]

Motivational Interviewing werd ontwikkeld in de gespecialiseerde zorg van alcoholverslaving. Nadien verschenen er verschillende adaptaties om deze methode te kunnen gebruiken in kortere interventies, voor andere doelen en in andere settings. De adaptaties variëren in de mate waarin ze gebaseerd zijn op verschillende principes en sleutelelementen van Motivational Interviewing.[10]

1.2.3 Health Behaviour Change

"Health Behaviour Change" is één van de methodes die veel van de aspecten van Motivational Interviewing overneemt. Het is ontstaan uit de wil om constructieve korte interventies voor gedragsverandering te ontwikkelen met aandacht voor de korte tijd en de vaak complexe problemen waar gezondheidswerkers mee te maken hebben.[12] Net als het ABC-model is de interventie gebaseerd op de fase van verandering waarin de patiënt zich bevindt. Afhankelijk van de gereedheid van de patiënt om te veranderen bestaan er andere behoeftes bij de patiënt en kan je als arts je verwachtingen bijschroeven.[2,12]
"Belang" en "vertrouwen" worden als sleutelelementen van motivatie genoemd. Dit betekent dat men ervan uitgaat dat iemand pas klaar is om te veranderen als hij de verandering belangrijk vindt en er voldoende het vertrouwen in heeft dat hij kan veranderen. Eveneens belangrijk zijn externe factoren zoals de omgeving, tijdsdruk etcetera.[12]
Dit heeft voor gevolg dat de patiënt er klaar voor moet zijn, het juiste moment moet zoeken en dat de arts dient na te gaan hoe de patiënt al deze elementen percipieert en zijn aandacht moet richten op wat ontbreekt. Als zowel de perceptie van het belang van gedragsverandering en het zelfvertrouwen van de patiënt niet hoog worden ingeschat, is het werken aan de perceptie van het belang meestal het meest nuttige.[12]

1.3 Motiverende gespreksvoering voor rookstop

Volgens een review gepubliceerd door 'The Cochrane Collaboration' lijkt Motivational Interviewing (MI) (en zijn adaptaties) een bescheiden effect te hebben bij het initiëren van rookstop in vergelijking met gewone zorg of kort advies. Er is beperkt bewijs dat een MI-interventie door een huisarts een groter effect heeft dan een MI-interventie door andere gezondheidswerkers. Langere sessies (meer dan 20 minuten) leken meer effect te hebben dan kortere. In de verschillende onderzoeken gebruikte men verschillende adaptaties van MI. Dit maakt het vergelijken van de verschillende studies moeilijk en de resultaten onzeker.[13]

De resultaten van een meta-analyse van “Heckmann et al.” suggereren een licht positief effect van interventies gebaseerd op Motivational Interviewing op rookstop. De interventies in de studie duurden gemiddeld 1,5 uur. De duur van de interventie, de duur van de training, de persoon die de interventie gaf (huisarts, verpleging,…) en de combinatie met andere types therapie schenen geen effect te hebben. Slechts in 50% van de studies werd nagegaan in hoeverre men tijdens de interventies gebruik maakte van MI. Vaak gebeurde dit minimaal of werd slecht uitgelegd hoe dit gebeurde.[14]
Een RCT van Soria et al. vond een groot positief effect van Motivational Interviewing in vergelijking met kort advies voor het bereiken van rookstop bij patiënten. In deze RCT werd de interventie uitgevoerd door de eigen huisarts van de patiënt, wat deels het grotere effect zou kunnen verklaren.
De groep die als interventie MI kreeg had meer personen in de contemplatieve en actiefase dan de groep die kort advies kreeg. Het verschil kan verder ook te maken hebben met het feit dat de MI interventie langer duurde.[15]
Een onderzoek door Butler et al. vergeleek de invloed van kort advies met een ongeveer 10 minuten durend motivationeel consult op rookstop. De interventie gebeurde door een huisarts, maar niet de vaste huisarts van de patiënt. Zij vonden een klein positief effect voor het motivationeel consult. Vooral patiënten in de precontemplatiefase leken baad te hebben bij deze aanpak.[16]
Melinda et al. vergeleken directieve en motivationele consultaties bij (pre)contemplatieve rokers met een duur van 15 minuten met elkaar. Ze vonden geen significant verschil tussen beide. Wel had 33% van de mensen een stoppoging van 24 uur ondernomen. Dit wijst er op dat korte rookstop interventies succesvol kunnen zijn, maar dat een huisarts die manier moet kiezen waar hij zich het beste bij voelt. Bij de groep die een directieve aanpak had gekregen, hebben minder mensen gereageerd op de opvolging. Dit kan te wijten zijn aan het feit dat een autoritaire aanpak mensen meer kan afschrikken.[17]

Een systematic review en meta-analyse gepubliceerd in 2004 selecteerde enkel artikels die MI vergeleken met traditioneel advies geven. Uit de meta-analyse bleek dat Motivational Interviewing een statistisch significant effect had op BMI (body mass index), totale bloed cholesterol, systolische bloeddruk en concentraties van alcohol in het bloed. Er werd geen statistisch significant effect gevonden voor de invloed van MI op het aantal sigaretten per dag en HbA1c. Motivational Interviewing had een significant en klinisch relevant effect in ongeveer 3 op 4 studies en dit voor zowel fysiologische als psychologische ziektes. In de studies waar MI werd toegepast in een consultatie van ongeveer 15 minuten toonde 64% van de studies een effect. Naarmate Motivational Interviewing in meerdere consultaties werd toegepast werden meer effecten gevonden. Er werden geen schadelijke effecten of nevenwerkingen gezien.[18]
Een review van Chris Dunn et al. vond goed empirisch bewijs dat korte interventies van Motivational Interviewing kunnen werken voor middelenmisbruik, vooral om mensen te overhalen om intensievere behandeling te gaan volgen. Het bewijs voor het gebruik van MI als korte interventie voor rookstop, dieet, beweging en reductie in HIV risico was veelbelovend, maar niet voldoende.[19]

Bovenstaande studies tonen aan dat het moeilijk is om voldoende bewijs te vinden voor de effectiviteit van het gebruik van (korte adaptaties van) Motivational Interviewing. Verschillen in methodiek, tussen onderzochte groepen, in lengte van interventies, in toegepaste technieken, in personen die de techniek toepassen, in training vooraf,… maken het vergelijken van studies en het maken van een meta-analyse moeilijk. Ook weten we vaak niet in welke mate en met welke kwaliteit Motivational Interviewing werd toegepast in de interventies.
Toch concludeert men in bestaande reviews dat Motivational Interviewing beter werkt dan het traditionele advies geven in de behandeling van een breed gamma van problemen en ziektes die beïnvloed worden door gedrag.[13-18] Artsen zouden dus slechts één methodiek moeten aanleren en deze op verschillende vlakken kunnen toepassen.

1.4 Huisartsen trainen in motiverende gespreksvoering via e-learning

De groeiende interesse in het gebruik van Motivational Interviewing in de algemene (eerstelijns) gezondheidszorg komt niet enkel uit de bewijsvoering in verband met de effectiviteit, maar ook uit de kracht uitgaande van het model en de toepasbaarheid op verschillende domeinen van gedragsverandering.[20]
Een review toont dat training van Motivational Interviewing in de algemene gezondheidszorg over het algemeen positief is.[20] Huisartsen vonden de training relevant en leerden nieuwe zaken bij.[22] Ze vonden Motivational Interviewing bruikbaar in de dagelijkse praktijk en effectiever dan kort advies.[21]
Huisartsen vonden niet dat de methode meer tijd in beslag nam dan het traditionele advies verlenen.[21]
Ze vonden het haalbaar om de technieken te gebruiken binnen de tijd van een consultatie.[22]
De huisartsen maakten na de training gebruik van de aangeleerde technieken in de dagelijkse praktijk.[20-22]
We vonden geen bestaand onderzoek waarin de gesprekstechnieken van huisartsen na een training werden beoordeeld in echte arts-patiënt contacten.
Motiverende gespreksvoering kan frustraties bij huisartsen verminderen door het besef dat niet iedereen klaar is om te veranderen. Dit kan hun verwachtingen ten opzichte van patiënten veranderen en leiden tot het vooropstellen van bereikbare doelen.[2]

Motivational Interviewing werd meestal aangeleerd aan de hand van workshops (theoretisch en met rollenspelen) en video's. Tot nu weet men nog niet wat de beste manier is om Motivational Interviewing aan te leren. Resultaten suggereren dat Motivational Interviewing het best wordt aangeleerd in workshops met voldoende lange duur, die ook sessies in follow-up voorzien of een vorm van supervisie na de cursus, door het toepassen van Motivational Interviewing in de routine van de dagelijkse praktijk met patiënten, en door het oefenen van Motivational Interviewing op zichzelf en met iemand anders die zich Motivational Interviewing eigen heeft gemaakt.[20]
E-learning is hierbij als techniek nog niet gebruikt.

Het voordeel van e-learning is dat deze laagdrempelig is. Elke arts kan de training volgen op zijn eigen tempo en op een eigen gekozen moment. Men moet zijn eigen kunde niet in groep tonen in rollenspelen of met simulatie-patiënten, wat voor sommigen een te grote drempel is. Men kan ook gemakkelijk teruggrijpen naar een e-learning module om de theorie te herhalen.
Recentelijk is een e-learning module omtrent het gebruik van motivationele gesprekstechnieken in een gesprek over rookstop ontwikkeld op initiatief van het Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie en Ziektepreventie (VIGeZ), in samenwerking met onder andere Domus Medica. Deze e-learning module vormt de basis van de interventie die in deze studie is uitgevoerd, en is onderstaand meer in detail beschreven.

2 ONDERZOEKSVRAGEN

In deze studie gaan we na of het doorlopen van een e-learning module over motiverende gespreksvoering in het kader van rookstop invloed heeft op de kwaliteit van de gebruikte gesprekstechnieken van de huisarts in een gesprek over roken. Meer specifiek wensen we het effect na te gaan in gewone consultaties in de dagelijkse praktijk waarin de artsen een gesprek initiëren over rookstop en dus niet over consultaties die met de patiënt werden afgesproken om daarover te praten.
Aangezien de technieken ook op andere vlakken van gezondheidsgedrag toegepast kunnen worden, gaan we ook na of deze training een verandering teweegbrengt in de algemene attitudes van de artsen over het werken rond gedragsverandering.

3 METHODE

3.1 Studie design

We evalueren het effect op huisartsen van het volgen van een leertraject over motiverende gespreksvoering aan de hand van de e-learningmodule “motiverentotrookstop” ontwikkeld door het Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie en Ziektebestrijding. Daartoe voeren we een voor- en nameting uit aan de hand van bandopnames van consultaties en vragenlijsten. Een groepspraktijk van 11 huisartsen (9 vaste huisartsen en 2 huisartsen in opleiding) gelegen in de stadsrand van Antwerpen neemt deel aan het onderzoek.
De voormeting bestaat uit 2 delen. Enerzijds maakt elke huisarts 2 geluidsopnames van een consultatie bij een roker met het doel de gebruikte gesprekstechnieken te laten beoordelen. Anderzijds vult elke arts een vragenlijst in die peilt naar eerder opgedane kennis, algemene attitudes omtrent gedragsverandering en zijn visie op de rol van de huisarts in het initiëren en behouden van gedragsverandering, en naar zijn gebruik van bepaalde gesprekstechnieken.
De interventie bestaat uit een e-learningmodule over motiverende gesprekstechnieken die bruikbaar zijn in een gesprek over rookstop, die elke arts 2 keer doorloopt op een zelf gekozen moment.
Na de interventie vragen we aan elke arts om opnieuw 2 geluidsopnames te maken van een consultatie bij een roker. Alle artsen dienen de vragenlijst, die wordt aangevuld met vragen over de e-learning en aangereikte technieken, opnieuw in te vullen.
Wij maken een selectie van de geschikte patiënten, maar de arts kiest zelf of hij bij een geschikte patiënt al dan niet een opname maakt. Eveneens kiest hij zelf, althans in de voormeting, of hij met de patiënt over rookstop zal praten.

3.2 Onderzoeksgroep

In totaal namen 8 vaste artsen van de groepspraktijk deel aan deze studie. Zoals in tabel 1 beschreven gaat het om 6 mannen en 2 vrouwen van verschillende leeftijden. Er is ook een groot verschil in het aantal jaren werkervaring als huisarts, gaande van 7 tot 36 jaar.

Tabel 1 : kenmerken onderzoeksgroep (totaal aantal artsen = 8)

Kenmerk		**Aantal artsen**
Geslacht	Man	6
	Vrouw	2
Leeftijd	36-40	2
	41-45	2
	46-50	0
	51-55	1
	56-60	2
	61-65	1
Aantal jaren werkzaam als huisarts	5-10	1
	10-15	3
	16-25	0
	26-30	2
	31-35	1
	36-40	1

Eén vaste huisarts en één huisarts in opleiding (HAIO) waren wel gevraagd deel te nemen maar omdat zij geen geluidsopnames konden afleveren, zijn ze uit de studie geëxcludeerd.
Dit heeft bij de vaste huisarts voornamelijk te maken met de eigen patiëntenpopulatie: zij ziet veel kinderen, zwangere patiënten en jonge ouders, wat het aantal rokers in haar populatie vermindert. Daarenboven weigerden enkele van haar patiënten om deel te nemen.

In deze praktijk kunnen er bij de HAIO tot op 2 consultaties na alleen maar consultaties op de dag zelf worden ingevuld. Het totaal aantal vaste consultaties op 1 dag is beperkt tot 10. De meeste van deze consultaties worden pas later in de dag ingevuld. Hierdoor was het vooraf selecteren van patiënten waarbij een opname kon worden gemaakt haast uitgesloten.

Inclusiecriteria van patiënten waarbij bandopnames gebeurden:
De inclusiecriteria voor de patiënten waren aanvankelijk “roken” en een “leeftijd tussen 20 en 50 jaar”. Door deze selectie wilden we de diversiteit in de gesprekken verkleinen. Het is een groep waarin de kans groot is dat er nog geen of slechts weinig directe gevolgen van rookgedrag aanwezig zijn. Je zou daardoor meer mensen in de fase van (pre)contemplatie verwachten.
Aangezien artsen vaker de rookstatus navragen bij aandoeningen gerelateerd aan roken, is de kans groter dat het om een eerste gesprek over rookstop zou gaan.
Van de patiënten die op consultatie kwamen, bleken er te weinig te voldoen aan de inclusiecriteria waardoor de geluidsopnames te veel tijd in beslag namen. Het is eveneens erg onzeker of deze inclusiecriteria effectief de gewenste invloed hebben op de diversiteit in de gesprekken.
Om deze redenen besloten we in de nameting de inclusiecriteria te wijzigen naar “roken” en “ouder dan 18 jaar”.

3.3 Interventie

Het “Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie en Ziektepreventie” (VIGeZ) heeft in samenwerking met onder andere Domus Medica een e-learningmodule motiverende gespreksvoering ontwikkeld. Deze werd opgesteld voor gezondheidswerkers in de eerste lijn. Zij is online beschikbaar via www.motiverentotrookstop.be.
Naast de leermodule vind je ook informatie over de verschillende mogelijkheden van rookstopbegeleiding en verbindingen naar andere interessante sites voor meer informatie.
De e-learning module geeft algemene informatie over motiverende gespreksvoering. Het belang van motivatie wordt uitgelicht en de verschillende deelaspecten van motivatie (belang, vertrouwen en gereedheid) worden toegelicht. De leermodule geeft informatie over de houding en de basisprincipes van “motivational interviewing” en de basisgesprekstechnieken worden uitgelegd.
Verder krijg je aan de hand van 4 patiëntenprofielen meer uitleg. De patiënten worden ingedeeld op basis van 2 belangrijke kenmerken, namelijk belang en vertrouwen: de patiënt wil niet, maar kan wel; de patiënt wil wel, maar kan niet; de patiënt wil niet en kan niet; de patiënt wil wel en kan wel.
Per profiel wordt uitgelegd welke technieken je kan gebruiken en waar je op moet letten bij deze specifieke patiënt. Bij de patiënt die wel kan, maar niet wil wordt er bijvoorbeeld uitgelegd hoe je kan werken aan “belang”.
De theoretische uitleg wordt ondersteund door animaties met voorbeelden van gesprekken. Op verschillende plaatsen heb je eveneens de mogelijkheid om een oefening in te vullen.

De artsen kregen de opdracht om deze e-learningmodule 2 keer te doorlopen op een termijn van 4 weken om tijdig met de nameting te kunnen starten. Sommige artsen hebben er echter veel langer over gedaan.
We lieten de artsen het traject 2 keer doorlopen in de hoop dat ze dan meer zaken zouden onthouden en toepassen.

3.4 Meetinstrumenten

3.4.1 Behaviour Change Counselling Index

Er zijn verschillende schalen ontwikkeld om het gebruik van Motivational Interviewing te beoordelen.[23] Tevens werd er een schaal ontwikkeld om korte interventies over gedragsverandering te evalueren die gebaseerd zijn op de 5 A's, het Trans Theoretical Model en Motivational Interviewing. Deze is enkel bruikbaar voor patiënten die zich bevinden in de fase van precontemplatie.[24]

Wij kiezen ervoor om de "Behaviour Change Counseling Index" (BECCI) te gebruiken voor de beoordeling van de geluidsopnames omdat deze het beste past bij onze context en de inhoud van de e-learningmodule sterk overeenkomt met de praktische richtlijnen van Health Behaviour Change. Deze richtlijnen leveren een voorbeeld van de stijl van "Behaviour Change Counselling".[25]
De BECCI werd opgesteld om de competentie van de beoefenaar in "Behaviour Change Counselling" te beoordelen. Behaviour Change Counselling is een adaptatie van Motivational Interviewing die geschikt is om te gebruiken in korte consultaties in de gezondheidszorg.[26]
Deze index scoort enkel gedragingen van de arts, niet deze van de patiënt.
Uit onderzoek bleek dat deze test voldoende betrouwbaar was tussen beoordelaars onderling en binnen dezelfde beoordelaar. De test toonde voldoende validiteit en gevoeligheid voor verandering.
Volgens de ontwikkelaars is het mogelijk dat de scores die zich in het midden van de schaal bevinden minder betrouwbaar zijn dan de scores die zich aan de eindpunten van de schaal bevinden, aangezien de beoordelaars deze laatste gemakkelijker vonden om gesprekken te beoordelen.
Vermeldenswaard is dat deze studie over validiteit en betrouwbaarheid werd uitgevoerd op geluidsopnames van consultaties met simulatiepatiënten. De resultaten zijn dus niet noodzakelijk van toepassing op consultaties met echte patiënten.[26]
Volgens het BECCI handboek lijkt er, op basis van een klein aantal echte consultaties die tot nu werden beoordeeld, weinig verschil te zijn tussen echte en gesimuleerde consultaties.[25]

In de handleiding van deze test staat eveneens beschreven welke training men minimum moet volgen om de schaal te gebruiken. Deze training bestaat uit lectuur, het bestuderen van de handleiding en een video.[25]
De beoordelaar, Lavigne Tina, heeft alle nodige teksten en de handleiding doorgenomen. Van 'Health behaviour change: a guide for practitioners' werd de vernieuwde editie gelezen. De video hebben we echter niet kunnen bemachtigen (om financiële en structurele redenen). We achten dit niet noodzakelijk omdat de video principiële methodes van Health Behaviour Change aan de hand van consultaties met simulatiepatiënten demonstreert en reflecties van de acteurs over hun ervaring met deze technieken toont. Het is een extra ondersteuning, maar geeft geen nieuwe informatie. Claire Lane, één van de ontwerpers van de BECCI, vertelde bij de voorbereiding dat men voornamelijk goede kennis moet hebben over de werking van motivational interviewing in de context van de gezondheidszorg ("Behaviour Change Counselling").

De BECCI bestaat uit 2 delen (toegevoegd in bijlage D). Deel 1 bestaat uit 11 items die worden gescoord op een Likert-schaal gaande van 0 tot 4. Deze schaal geeft aan in hoeverre het item werd toegepast in de consultatie. Er zijn 3 items die gescoord kunnen worden als "niet van toepassing". Van de items kan een gemiddelde worden berekend om een algemene BECCI-score te geven.
Om dit gemiddelde te berekenen moet je eerst alle waarden optellen van de items die van toepassing zijn en delen door het aantal opgetelde items. De gemiddelde waarde die je dan krijgt wordt gegeven aan de items die niet van toepassing zijn. Nadien bereken je opnieuw het gemiddelde. Dit is dan de algemene of gemiddelde BECCI-score.
De items beslaan 4 domeinen: agenda maken en toestemming vragen, het belang en vertrouwen in gedragsverandering, houding in de volledige consultatie en praten over doelen.

Item 1 gaat na in hoeverre de arts de patiënt uitnodigt om te praten over gedragsverandering. Als de patiënt zelf over het onderwerp begint te praten is dit item niet van toepassing. In een consultatie wordt niet altijd informatie gevraagd of uitgewisseld. Daarom is item 9 ook niet altijd van toepassing. Item 11 scoort hoe er wordt gepraat over doelen en op welke manier men deze kan bereiken. Ook dit komt niet altijd aan bod.[25]

Deel 2 van de BECCI is een schatting van de tijd waarin de arts aan het woord was. Dit is een centraal punt in Behaviour Change Counselling. Om de betrouwbaarheid van dit item te vergroten, werd het apart gescoord.[25]
De volledige schaal en handleiding vind je in bijlage D.

Item 2 uit deel 1 scoort de mate waarin de arts openstaat om te praten over andere zaken. Alle artsen vroegen eerst waarvoor de patiënt op consultatie kwam en hechtten het meeste belang aan deze vraag. Dit was te verwachten omdat het over dagelijkse consultaties gaat waarin de patiënt met bepaalde ideeën, bezorgdheden en verwachtingen de arts opzoekt. Dit item kan belangrijk zijn in de huisartsensetting. Het lijkt ons echter meer toepasbaar in een consult over preventie, in opvolgconsultaties waarin verschillende leefgewoontes worden bekeken (diabetes, hypertensie,…) of bijvoorbeeld in een vervolgconsult over rookstop.
In deze setting waarin alle consultaties voorkomen, vinden we dit item minder bruikbaar en zou het de scores over de gehele lijn naar boven trekken. We kozen er daarom voor om dit item niet mee te scoren.

3.4.2 Vragenlijst

Bij gebrek aan gevalideerde vragenlijsten om te peilen naar attitudes en ervaringen van artsen over gedragsverandering hebben we zelf een vragenlijst opgesteld.
De vragenlijst (bijlage C) bestaat uit 4 delen en wordt voorafgegaan door een algemene inleiding om een kader te scheppen voor de artsen.

Deel 1, attitudes en ervaringen, gaat na in welke mate de artsen in onze praktijk het inlichten, motiveren en begeleiden van gedragsverandering in patiënten zien als een vaste taak van de huisarts. Verder zijn er vragen over hun eigen ervaringen en wat ze haalbaar achten in hun eigen praktijk. Het deel sluit af met enkele stellingen over belang en mogelijkheden in de huidige praktijk en de invloed op de arts-patiëntrelatie.
Deel 2, kennis opdoen, gaat na of en hoe de artsen meer kennis en ervaring rond motiverende gespreksvoering willen opdoen. Ook vragen we of en op welke wijze ze al kennis hebben opgedaan.
In deel 3, gesprekstechnieken, willen we te weten komen in welke mate de artsen bepaalde gesprekstechnieken gebruiken om patiënten te motiveren om hun gedrag aan te passen. We gaan ook na of artsen bepaalde technieken meer of minder gebruiken in een gesprek met een patiënt die nog geen gezondheidseffecten ondervindt in vergelijking met een patiënt bij wie gedragsverandering een belangrijk punt is in de verdere behandeling.
In deel 4, over de e-learning, bevragen we de training en de aangereikte theorie.

Deel 1 tot 3 van deze vragenlijst werd eerst ingevuld door een testgroep van artsen. We vroegen de artsen om te letten op de tijd die de vragenlijst in beslag nam en of er onduidelijkheden waren in de vragen. Nadien pasten we de vragen aan op basis van hun commentaren.

3.5 Onderzoeksprocedure

De eerste opnames liepen van juni tot september 2011. Oorspronkelijk planden we om ‘s ochtends de agenda van een arts na te kijken en de patiënten te selecteren aan de hand van gegevens in het dossier; door vervolgens in de agenda het woord “Manama” achter de namen van de geselecteerde patiënten te plaatsen gaven we aan bij wie de arts een opname kon maken. Deze huisartsenpraktijk gebruikt een medisch programma waarin de rookstatus van de patiënt op een apart “cave”-scherm staat. Dit scherm verschijnt telkens men het dossier opent.
Al snel bleek dat de rookstatus bij veel patiënten niet was ingevuld en dat sommige ex-rokers nog stonden aangeduid als rokers. Dit leidde tot veel verwarring en zorgde voor vertraging van de opnames. Er was tevens maar 1 camera ter beschikking, waardoor we elke dag slechts bij 1 arts opnames konden maken. Daarom hebben we vanaf augustus, ongeveer in de helft van alle opnames, alle patiënten tussen 20 en 50 jaar in de agenda van elke arts aangeduid met “Manama”. De secretaresses gaven deze patiënten bij aanmelding een kort vragenlijstje mee, met onder meer de vraag “rookt u?” (zie bijlage A). Tijdens het consult kon de arts aan de hand van dit vragenlijstje zien of de patiënt in aanmerking kwam voor een opname.

De arts vroeg zelf aan de patiënt of deze bezwaar had tegen het maken van een geluidsopname. De patiënt kreeg uitleg over de opzet van de studie via een informed consent (zie bijlage B) en tekende deze ter toestemming. In dit informed consent staat dat de opname wordt gebruikt om het gebruik en de kwaliteit van de gesprekstechnieken rond motivatie van de arts te beoordelen. In de titel staat vermeldt dat het over rookstop gaat.

De artsen werd gevraagd om het over rookstop te hebben en zij wisten dat hun gesprekstechnieken beoordeeld zouden worden. Ze waren echter niet verplicht om rookstop te bespreken, althans niet in de voormeting. Dit enerzijds om de werkdruk voor de artsen niet te sterk te vergroten, anderzijds om te evalueren of ze ook in een gewoon consult het thema roken bespreken.
Bij dit specifieke opzet van de studie werd rekening gehouden met het feit dat de artsen het belangrijk vonden dat ze niet verplicht werden om bij elke geschikte patiënt een opname te maken. Dit had met werkdruk, patiëntkenmerken of de reden van het consult te maken. Als ze bijvoorbeeld al achterliepen op hun consultaties, was het bespreken en invullen van het informed consent een extra tijdsdruk.
In de nameting werden de artsen wel verplicht om het over rookstop te hebben, dit om vergelijkingsmateriaal te hebben.

Alle artsen van de praktijk vulden de vragenlijst gelijktijdig in tijdens een wekelijkse vergadering in oktober 2011. Als er zaken onduidelijk waren, konden die op het moment zelf verduidelijkt worden.

In november 2011 kregen de artsen de opdracht om de e-learning module 2 keer te doorlopen op een termijn van 4 weken. Vele artsen hebben hier langer over gedaan. Een enkele arts heeft deze opdracht zelfs pas in maart volledig uitgevoerd.

Het maken van de geluidsopnames voor de nameting verliep van december 2011 tot maart 2012. Tijdens de onderzoeksperiode bleken weinig patiënten die voldeden aan de inclusiecriteria zich aan te bieden op consultatie, waardoor het problematisch bleef om tijdig 2 geluidsopnames per arts te verzamelen. Toen er na 3 weken nog steeds geen opnames gemaakt waren, wijzigden wij de inclusiecriteria en werden alle rokers vanaf 18 jarige leeftijd in de studie opgenomen.
Desondanks had 1 arts slechts 1 opname wegens de zeer kleine proportie rokers die haar consulteerde in die tijdsperiode.

De vragenlijst, aangevuld met deel 4, werd in maart 2012 opnieuw gelijktijdig door alle artsen van de praktijk ingevuld tijdens een wekelijkse vergadering.

3.6 Analyse

3.6.1 Geluidsopnames / Behaviour Change Counselling Index

De opnames werden telkens door dezelfde persoon gescoord, namelijk Lavigne Tina. Dit gebeurde na de voormeting en tijdens en na het verzamelen van de tweede opnamereeks. Er werd getracht om zoveel mogelijk opnames op hetzelfde moment te scoren. Bij de voormeting gebeurde dit op 2 opeenvolgende dagen, bij de nameting op 2 afzonderlijke dagen. De handleiding van de BECCI werd vóór het scoren opnieuw doorgenomen. Ook tijdens het scoren of na een pauze werd de handleiding opnieuw bekeken. Elke opname werd 2 keer beluisterd.

Omdat we niet van alle artsen 2 gesprekken hadden en omdat we vooral effecten vóór en na de interventie wilden bestuderen, selecteerden we bij elke arts het beste gesprek vóór en het beste gesprek na de interventie. Het beste gesprek was dit met de beste gemiddelde BECCI-score. Als de 2 gesprekken eenzelfde gemiddelde score hadden, werd er eerst gekeken naar het extra item (de tijd waarin de arts aan het woord was). Als ook hier geen verschil in was, werd het eerste gesprek geselecteerd.

3.6.2 Weergave van de resultaten

Om de vragenlijsten en BECCI-scores te vergelijken, tonen we onderstaande enkel de absolute cijfers (het aantal artsen). We tonen geen percentages omwille van het lage aantal artsen die deelnamen aan dit onderzoek. Alle artsen kregen een vast nummer toegewezen. Dit nummer wordt steeds gebruikt in de resultaten.

4 RESULTATEN

4.1 Gesprekstechnieken

4.1.1 Geluidsopnames

In onderstaande tabel 2 is te zien dat in de vooropnames op één arts na alle artsen het over rookstop hebben. De helft van de artsen spreekt in beide opnames over rookstop.
Bij één huisarts kunnen er dus geen vergelijkingen worden gemaakt van de gebruikte gesprekstechnieken tussen de voor- en de nameting.
Aangezien we de artsen in de nameting instrueerden om het in beide opnames over rookstop te hebben, heeft op één arts na (zie supra) elke arts 2 opnames gemaakt met een gedeelte over rookstop.

Tabel 2: overzicht opnames

		Aantal artsen
Aantal opnames over rookstop voor de interventie	0	1
	1	3
	2	4
Aantal opnames over rookstop na de interventie	1	1
	2	7

Tabel 3 geeft een overzicht van de scores op de verschillende items van de BECCI-schaal en de gemiddelde BECCI-score van de volledige onderzoeksgroep voor en na de interventie.
Hieruit blijkt dat meer dan de helft van de artsen hoog scoort op het tonen van respect voor de keuzevrijheid van de patiënt (item 9) en op het stimuleren van de patiënt om te praten over het huidige gedrag (item2) en dit zowel voor als na de interventie.
Zowel voor als na de interventie scoren ten hoogste 2 artsen goed op samenvattingen gebruiken (item 6) en het erkennen van moeilijkheden die de patiënt kan ondervinden in het proces van gedragsverandering (item 7).
Geen van de artsen haalt een (heel) goede score op het uitwisselen van ideeën met de patiënt om het gedrag te veranderen (item 10). Ook de patiënt uitnodigen om te praten over gedragsverandering (item 1) wordt door weinig artsen goed uitgevoerd. Deze items worden vaak gescoord als “niet van toepassing”.

In vergelijking met de voormeting halen minstens 3 artsen meer een (heel) goede score op het stimuleren van de patiënt om te praten over verandering (item 3), vragen stellen om te weten te komen wat de patiënt denkt en voelt bij rookstop (item 4) en de totale tijd waarin de arts aan het woord is.

Over het algemeen stijgt het aantal artsen dat goed tot heel goed scoort. De gemiddelde BECCI-score over heel de groep stijgt net niet met 0,5 punten op een totaal van 4.

Een overzicht van deze scores met de veranderingen per arts is terug te vinden in tabel 4.
De helft of meer dan de helft van de artsen scoort in de nameting beter op samenvattingen maken (item 6), moeilijkheden erkennen (item 7), empathische reflecties maken (item 5), vragen stellen om te weten wat de patiënt denkt en voelt (item 4) en de patiënt stimuleren om te praten over verandering (item 3). In dit laatste punt scoren 2 artsen echter ook slechter.
De artsen maken de meeste vooruitgang in samenvattingen maken en moeilijkheden erkennen.
Bijna alle artsen gaan achteruit in een aantal items, maar ze hebben allen meer items waarop ze verbeteren.

Reeds opgedane kennis en ervaring lijken geen zichtbaar verband te hebben op de scores in de voor- en de nameting.
Bij 3 artsen, waarvan 2 artsen al een vooropleiding hadden gehad, steeg de gemiddelde BECCI-score met 0,5 punten of meer.
Van de artsen die nog geen training kregen vooraf kon bij arts 8 geen vergelijking worden gemaakt wegens het ontbreken van een voormeting; wat de anderen betreft, steeg de gemiddelde BECCI-score van arts 3 met 1,1 punt en van arts 5 met 0,4 punten.

Tabel 3: Overzicht van de scores op de verschillende items van de BECCI-schaal en de gemiddelde BECCI-score van de volledige onderzoeksgroep voor en na de interventie.

Item BECCI	**Aantal artsen met score 3 of 4 in de voormeting***	**Aantal artsen met score 3 of 4 in de nameting***
1. De arts nodigt de patiënt uit om te praten over gedragsverandering.	1 (3)	2 (5)
2. De arts stimuleert de patiënt om te praten over het huidige gedrag of status quo.	5	5
3. De arts stimuleert de patiënt om te praten over verandering.	2	6
4. De arts stelt vragen om te weten te komen wat de patiënt denkt en wat hij voelt bij dit onderwerp.	3	6
5. De arts maakt gebruik van empathische reflecties als de patiënt over het onderwerp praat.	2	3
6. De arts maakt gebruik van samenvattingen om alles wat de patiënt zegt samen te brengen.	1	2
7. De arts erkent de moeilijkheden die de patiënt ondervindt bij het veranderen van gedrag.	0	1
8. Als de arts informatie geeft, is het aangepast aan de noden van de patiënt en aan zijn leefwereld.	2 (4)	2 (3)
9. De arts toont actief respect voor de keuzevrijheid van de patiënt in verband met gedragsverandering.	5	7
10. De arts en de patiënt wisselen ideeën uit over hoe de patiënt zijn gedrag zou kunnen veranderen.	0 (4)	0 (6)
	aantal artsen in de voormeting	**aantal artsen in de nameting**
De arts was ongeveer de helft of minder dan de helft van de tijd aan het woord.	5	8
	Voormeting	**Nameting**
Gemiddelde BECCI-score overheen alle artsen†	1,85	2,33

Opmerking: 1 arts had geen vooropnames waarin het onderwerp rookstop werd behandeld.
Per item is er een score van 0 tot 4: 0=helemaal niet; 1=minimaal; 2=gedeeltelijk; 3=goed; 4=heel goed
Enkele items (1,8,10) konden ook gescoord worden als “niet van toepassing”.
*Tussen haakjes staat het aantal artsen bij wie dit item niet van toepassing was in het consult (bij item 1 als patiënten zelf over het onderwerp (rookstop) beginnen, voordat de arts de kans heeft om de patiënt uit te nodigen voor een gesprek; bij item 8 als er geen informatie wordt gegeven aan de patiënt omdat niet alle patiënten informatie willen of er nood aan hebben; bij item 10 als er niet wordt gepraat over te bereiken doelen en hoe deze te bereiken.
† Hier werd het gemiddelde berekend van de totale BECCI-score van alle artsen samen.

Tabel 4: Overzicht van de scores en veranderingen op de verschillende items van de BECCI-schaal en de gemiddelde BECCI-score per arts voor en na de interventie.

	Arts 1**			**Arts 2****			**Arts 3**			**Arts 4****			**Arts 5**			**Arts 6****			**Arts 7****			**Arts 8**			**Aantal artsen**	
	Voor	na	Δ*	Voor	na	Δ*	Voor	Na	Δ*	Voor	na	Δ*	Voor	na	Δ*	Voor	na	Δ*	Voor	na	Δ*	Voor	na	Δ*	Verbeterd	Verslechterd
1. De arts nodigt de patiënt uit om te praten over gedragsverandering. †	/	0	/	3	/	/	0	3	++ +	/	/	/	/	/	/	0	/	/	2	3	+	/	/	/	2	0
2. De arts stimuleert de patiënt om te praten over het huidige gedrag of status quo.	3	3	=	3	3	=	3	2	-	2	3	+	3	3	=	2	1	-	3	4	+	/	1	/	2	2
3. De arts stimuleert de patiënt om te praten over verandering.	2	3	+	1	3	++	3	1	--	2	1	-	2	3	+	2	3	+	3	3	=	/	3	/	4	2
4. De arts stelt vragen om te weten te komen wat de patiënt denkt en wat hij voelt bij dit onderwerp.	3	3	=	2	3	+	1	3	++	1	1	=	1	3	++	4	3	-	3	4	+	/	2	/	4	1
5. De arts maakt gebruik van empathische reflecties als de patiënt over het onderwerp praat.	2	2	=	3	2	-	1	3	++	1	2	+	1	3	++	1	2	+	3	3	=	/	2	/	4	1
6. De arts maakt gebruik van samenvattingen om alles wat de patiënt zegt samen te brengen.	0	1	+	0	2	++	0	3	++ +	0	0	=	1	2	+	0	2	++	3	4	+	/	2	/	6	0
7. De arts erkent de moeilijkheden die de patiënt ondervindt bij het veranderen van gedrag.	1	1	=	0	2	++	0	2	++	0	0	=	2	2	=	0	2	++	1	3	++	/	2	/	4	0
8. Als de arts informatie geeft, is het aangepast aan de noden van de patiënt en aan zijn leefwereld. ‡	3	3	=	2	3	+	/	/	/	/	/	/	4	2	--	/	2	/	/	/	/	/	2	/	1	1
9. De arts toont actief respect voor de keuzevrijheid van de patiënt in verband met gedragsverandering.	3	3	=	2	3	+	3	3	=	2	3	+	3	2	-	4	3	-	4	4	=	/	3	/	2	2
10. De arts en de patiënt wisselen ideeën uit over hoe de patiënt zijn gedrag zou kunnen veranderen. §	/	/	/	1	1	=	/	/	/	2	/	/	2	/	/	/	0	/	/	/	/	/	/	/	0	0
11. Aanduiding voor de tijd waarop de arts aan het woord was:	3	3	=	3	3	=	2	3	+	3	3	=	1	3	++	1	3	++	3	3	=	/	3	/	3	0

Vervolg tabel 4

	Arts 1**			**Arts 2****			**Arts 3**			**Arts 4****			**Arts 5**			**Arts 6****			**Arts 7****			**Arts 8**			**Aantal artsen**	
	Voor	na	Δ*	Voor	na	Δ*	Voor	Na	Δ*	Voor	na	Δ*	Voor	na	Δ*	Voor	na	Δ*	Voor	na	Δ*	Voor	na	Δ*	Ver-beterd	Ver-slechterd
12. Gemiddelde BECCI-score[II]	2,1	2,1	=	1,7	2,4	↑	1,4	2,5	↑	1,3	1,4	=	2,1	2,5	=	1,6	2	=	2,8	3,5	↑	/	2,1	/	3	0
13. Aantal items waarin de arts verbeterd is. ¶	2			6			6			3			5			5			5			/			/	/
14. Aantal items waarin de arts slechter is geworden. ¶	0			1			2			1			2			3			0			/			/	/

Opmerking: arts 8 had geen vooropnames waarin het onderwerp rookstop werd behandeld.
Bij item 1-10 is er een score van 0 tot 4: 0=helemaal niet; 1=minimaal; 2=gedeeltelijk; 3=goed; 4=heel goed
Item 1, 8 en 10 konden ook gescoord worden als "niet van toepassing", aangeduid met "/"
Item 11 wordt gescoord als: 1 betekent meer dan de helft van de tijd aan het woord; 2 betekent ongeveer de helft van de tijd aan het woord; 3 betekent minder dan de helft van de tijd aan het woord

* Δ betekent het verschil tussen beide opnames: = betekent geen verschil; + betekent 1 punt gestegen; ++ betekent 2 punten gestegen; +++ betekent 3 punten gestegen; - betekent 1 punt gedaald; -- betekent 2 punten gedaald; / betekent geen te vergelijken scores aanwezig; ↑ betekent een stijging van ≥ 0,5 van de gemiddelde BECCI-score; ↓ betekent een daling van ≤ 0,5 van de gemiddelde BECCI-score
†Het item is niet van toepassing als patiënten zelf over het onderwerp (rookstop) beginnen. Voordat de arts de kans heeft om de patiënt uit te nodigen voor een gesprek.
‡Het item is niet van toepassing als er geen informatie wordt gegeven aan de patiënt. Niet alle patiënten willen of hebben nood aan informatie.
§Het item is niet van toepassing als er niet wordt gepraat over te bereiken doelen en hoe deze te bereiken.
II Dit is een gemiddelde berekening van de scores gegeven op item 1 tot 10. (Men maakt de totale som van alle items die van toepassing zijn en deelt deze som door het aantal toepasbare items. Dit gemiddelde wordt gegeven aan de items die niet van toepassing zijn. Zodoende heeft elke item een score. Nadien wordt opnieuw een totaal gemiddelde berekend.)
¶ Enkel items 1 – 11 zijn hierbij van toepassing
**Artsen die reeds kennis en ervaring hebben opgedaan over motiverende gesprekstechnieken

4.1.2 vragenlijsten

Tabel 5 en 6 geven een overzicht van de regelmaat waarin artsen zelf zeggen gebruik te maken van bepaalde gesprekstechnieken in een motiverend gesprek, gaande van nooit tot altijd. Tabel 5 geeft de resultaten weer voor een gesprek met een patiënt die nog geen duidelijke nadelige gezondheidseffecten ondervindt. Tabel 6 toont het toepassen van gesprekstechnieken bij een patiënt waarbij al wel nadelige gezondheidseffecten merkbaar zijn in de vorm van symptomen, klinische bevindingen of laboratoriumuitslagen. Tabel 7 vergelijkt de perceptie van het gebruik van gesprekstechnieken in een motiverend gesprek met een patiënt die nog geen gezondheidseffecten ondervindt met een gesprek met een patiënt die reeds nadelige gezondheidseffecten ondervindt.

In tabel 5 is het opvallend dat 3 artsen in de nameting aangeven dat ze minder samenvattingen maken (item 13) dan in de voormeting, en slechts 1 arts aangeeft dit vaker te doen.
Bij afwezigheid van nadelige gezondheidseffecten (tabel 5) geven telkens 3 artsen zichzelf in de nameting ten opzichte van de voormeting hogere scores op het nagaan of de patiënt wil praten over gedragsverandering (item 4), het aanpassen van de informatie aan de leefwereld van de patiënt (item 6) en het samen met de patiënt op zoek gaan naar persoonlijke voor- en nadelen van het gedrag voor de patiënt (item 7).
Als er reeds nadelige gezondheidseffecten zijn (tabel 6) geven 2 artsen in de nameting ten opzichte van de voormeting aan met meer regelmaat gebruik te maken van het aanpassen van de informatie aan de leefwereld van de patiënt (item 6), het samen met de patiënt op zoek gaan naar de persoonlijke voor- en nadelen van een gedrag (item 7), de patiënt vooral aan het woord te laten (item 10) en de besluiten die de patiënt neemt te respecteren (item 11) en zijn er 4 artsen die met meer regelmaat de moeilijkheden erkennen die de patiënt kan tegenkomen bij het veranderen van zijn gedrag, 1 arts doet dit minder (item 12).
Zowel in tabel 5 als in tabel 6 zijn er 3 artsen die na de interventie menen dat zij de patiënt minder vaak duidelijk uitleggen welke effecten zijn levensstijl kan hebben op zijn gezondheid (item 1). Toch zie je in tabel 7 dat 7 van de 8 artsen zeggen dit regelmatig tot altijd te doen in een motiverend gesprek, ook in de nameting en onafhankelijk van aanwezige gezondheidseffecten.
In beide tabellen zijn er in de nameting in de meeste items zowel artsen die de regelmaat van hun gebruik hoger scoren als artsen die dit lager scoren ten opzichte van de voormeting.
In tabel 5 zie je dat 1 arts 8 gesprekstechnieken vaker zou gebruiken.

Minstens de helft van de artsen zeggen altijd respect te hebben voor de besluiten die de patiënt neemt (item 11) alsook altijd de moeilijkheden die de patiënt bij gedragsverandering kan ondervinden te erkennen (item 12), dit zowel in de voor- als in de nameting en zowel bij aan- als afwezigheid van nadelige gezondheidseffecten.
Van de artsen zeggen er 6 in de voormeting en 4 in de nameting dat ze (bijna) nooit samen met de patiënt op zoek gaan naar de persoonlijke voor- en nadelen van het gedrag (item 7) als dit gedrag nog geen nadelige gezondheidseffecten heeft, minstens 7 artsen doen dit wel als er al wel een effect is op de gezondheid.
Er zijn slechts 2 andere items en enkel in de voormeting waarbij 3 of meer artsen zeggen dat ze deze (bijna) nooit gebruiken als er geen implicaties zijn, maar regelmatig tot altijd als er reeds implicaties zijn, namelijk het schetsen van de voor- en nadelen van het gedrag (item 2) en uitwisselen van ideeën over manieren om het gedrag te veranderen (item 9).

Als er nog geen schadelijke gevolgen zijn, zijn er in de voormeting 10 gesprekstechnieken die door 3 of meer artsen (bijna) nooit gebruikt worden, in de nameting zijn dit er nog 3. Als er reeds schadelijke gevolgen zijn, zijn er in de voormeting 3 gesprekstechnieken die door 3 of meer artsen (bijna) nooit gebruikt worden, in de nameting zijn dit er nog 2.

Nagaan bij de patiënt of deze wil praten over gedragsverandering en samen met de patiënt op zoek gaan naar de persoonlijke voor- en nadelen van een gedrag worden door meer dan de helft van de artsen (bijna) nooit gebruikt in de voormeting. In de nameting wordt samenvattingen maken door meer dan de helft van de artsen (bijna) nooit gebruikt als techniek.

Over het algemeen worden de bevraagde gesprekstechnieken zowel in de voor- als in de nameting door veel artsen regelmatig tot altijd gebruikt en heeft de aanwezigheid van implicaties weinig verschil op dit gebruik.
Na de interventie worden er meer technieken regelmatig tot altijd gebruikt door 6 of meer van de artsen. In een gesprek met een patiënt wiens gedrag al implicaties heeft zijn er weinig verschillen in het aantal artsen die de gesprekstechnieken (bijna) nooit gebruiken tussen de voor- en de nameting. Bij een patiënt die nog geen schadelijke gevolgen ondervindt zijn er na de interventie meer artsen die de technieken regelmatig tot altijd gaan gebruiken.

Tabel 5 : Overzicht van het gebruik van gesprekstechnieken in een motiverend gesprek, als dit gedrag nog geen duidelijke gevolgen heeft voor de gezondheid.

	Arts 1‡			**Arts 2**‡			**Arts 3**			**Arts 4**‡			**Arts 5**			**Arts 6**‡			**Arts 7**‡			**Arts 8**			**Aantal artsen**	
	Voor	na	Δ*	Voor	na	Δ*	Voor	Na	Δ*	Voor	na	Δ*	Voor	na	Δ*	Voor	na	Δ*	Voor	na	Δ*	Voor	na	Δ*	Ver-beterd	Ver-slech-terd
1. Ik leg duidelijk uit welke effecten hun leefstijl heeft op hun gezondheid.	3	3	=	4	3	-	2	3	+	3	3	=	4	3	-	3	2	-	3	3	=	3	3	=	1	3
2. Ik schets de patiënt duidelijk de voor- en nadelen van het huidige en het andere gedrag.	2	3	+	4	3	-	2	2	=	2	3	+	3	3	=	3	2	-	3	3	=	2	3	+	3	2
3. Ik stel de patiënt vooral vragen.	3	3	=	4	3	-	2	2	=	2	3	+	2	3	+	4	3	-	3	4	+	3	3	=	3	2
4. Ik ga eerst bij de patiënt na of deze wil praten over gedragsverandering.	3	4	+	2	2	=	2	2	=	2	3	+	2	2	=	4	4	=	2	3	+	3	3	=	3	0
5. Ik moedig de patiënt aan om te praten over het huidige gedrag.	3	3	=	3	3	=	2	3	+	2	3	+	3	2	-	3	2	-	3	3	=	2	3	+	3	2
6. Ik pas de informatie die ik geef zoveel mogelijk aan aan de leefwereld van de patiënt.	4	4	=	4	4	=	2	3	+	2	3	+	2	2	=	4	4	=	3	4	+	3	3	=	3	0
7. Ik ga samen met de patiënt op zoek naar de persoonlijke voor- en nadelen van het huidige en het andere gedrag.	2	2	=	2	2	=	2	2	=	2	3	+	2	3	+	3	4	+	2	2	=	3	3	=	3	0
8. Ik ga na wat de patiënt denkt over het onderwerp en hoe hij zich daarbij voelt.	4	3	-	2	2	=	2	3	+	2	3	+	3	2	-	4	4	=	3	4	+	3	3	=	3	2
9. Ik wissel met de patiënt ideeën uit over mogelijke manieren om het gedrag te veranderen.	3	3	=	3	3	=	2	3	+	2	3	+	3	2	-	3	3	=	2	2	=	2	3	+	3	1
10. Ik probeer vooral de patiënt aan het woord te laten.	3	3	=	2	2	=	3	3	=	2	3	+	2	2	=	4	4	=	3	3	=	3	3	=	1	0
11. Ik respecteer de besluiten die de patiënt neemt, ook al impliceren die weinig verandering.	4	4	=	3	3	=	4	4	=	4	3	-	4	4	=	4	4	=	3	3	=	3	4	+	1	1
12. Ik erken de moeilijkheden die de patiënt heeft / zal hebben om veranderingen door te voeren.	4	4	=	3	3	=	4	4	=	4	4	=	4	4	=	4	4	=	4	4	=	3	4	+	1	0

Vervolg tabel 5

	Arts 1‡			Arts 2‡			Arts 3			Arts 4‡			Arts 5			Arts 6‡			Arts 7‡			Arts 8			Aantal artsen	
	Voor	na	Δ*	Voor	na	Δ*	Voor	Na	Δ*	Voor	na	Δ*	Voor	na	Δ*	Voor	na	Δ*	Voor	na	Δ*	Voor	na	Δ*	Verbeterd	Verslechterd
13. Ik tracht een samenvatting te maken van wat er gezegd is.	4	2	--	2	2	=	3	4	+	3	2	-	2	2	=	4	4	=	4	3	-	2	2	=	1	3
aantal items die de arts vaker gebruikt †	1			0			5			8			2			1			4			4			/	
aantal items die de arts minder vaak gebruikt†	2			1			0			2			3			2			1			0				

Item 1 tot 13: 4 mogelijke scores: 1= nooit; 2= bijna nooit; 3=regelmatig; 4=altijd

* Δ betekent het verschil tussen beide opnames: = betekent geen verschil; + betekent 1 punt gestegen; - betekent 1 punt gedaald; -- betekent 2 punten gedaald

† toegepast van item 3 tot en met item 13

Item 1 en 2 zijn technieken die passen bij kort advies

Item 3 tot en met 13 zijn technieken die passen bij motiverende gespreksvoering

‡ Artsen die reeds kennis en ervaring hebben opgedaan over motiverende gesprekstechnieken

Tabel 6 : Overzicht van het gebruik van gesprekstechnieken in een motiverend gesprek, als dit gedrag duidelijke implicaties heeft op de gezondheid.

	Arts 1‡			Arts 2‡			Arts 3			Arts 4‡			Arts 5			Arts 6‡			Arts 7‡			Arts 8			Aantal artsen	
	Voor	na	Δ*	Voor	na	Δ*	Voor	Na	Δ*	Voor	na	Δ*	Voor	na	Δ*	Voor	na	Δ*	Voor	na	Δ*	Voor	na	Δ*	Verbeterd	Verslechterd
1. Ik leg duidelijk uit welke effecten hun leefstijl heeft op hun gezondheid.	3	4	+	4	4	=	3	3	=	3	3	=	4	3	-	4	3	-	4	4	=	4	3	-	1	3
2. Ik schets de patiënt duidelijk de voor- en nadelen van het huidige en het andere gedrag.	3	3	=	4	4	=	3	3	=	4	3	-	3	3	=	3	3	=	4	4	=	3	3	=	0	1
3. Ik stel de patiënt vooral vragen.	4	3	-	4	2	--	3	2	-	3	3	=	2	3	+	4	4	=	3	4	+	3	3	=	2	3
4. Ik ga eerst bij de patiënt na of deze wil praten over gedragsverandering.	3	4	+	3	2	-	2	3	+	4	2	--	1	1	=	4	4	=	4	3	-	2	3	+	3	3
5. Ik moedig de patiënt aan om te praten over het huidige gedrag.	3	3	=	2	3	+	2	3	+	3	3	=	2	2	=	3	2	-	4	3	-	2	3	+	3	2

Vervolg tabel 6

	Arts 1‡			**Arts 2**‡			**Arts 3**			**Arts 4**‡			**Arts 5**			**Arts 6**‡			**Arts 7**‡			**Arts 8**			**Aantal artsen**	
	Voor	na	Δ*	Voor	na	Δ*	Voor	Na	Δ*	Voor	na	Δ*	Voor	na	Δ*	Voor	na	Δ*	Voor	na	Δ*	Voor	na	Δ*	Ver-be-terd	Ver-slech-terd
6. Ik pas de informatie die ik geef zoveel mogelijk aan aan de leefwereld van de patiënt.	4	4	=	4	4	=	3	3	=	2	3	+	2	3	+	4	4	=	3	3	=	3	3	=	2	0
7. Ik ga samen met de patiënt op zoek naar de persoonlijke voor- en nadelen van het huidige en het andere gedrag.	2	3	+	3	3	=	3	3	=	3	3	=	3	3	=	4	4	=	3	4	+	3	3	=	2	0
8. Ik ga na wat de patiënt denkt over het onderwerp en hoe hij zich daarbij voelt.	3	3	=	2	2	=	3	3	=	2	3	+	3	2	-	4	4	=	4	4	=	3	4	+	2	1
9. Ik wissel met de patiënt ideeën uit over mogelijke manieren om het gedrag te veranderen.	3	3	=	3	3	=	3	3	=	3	3	=	3	3	=	3	3	=	3	3	=	4	3	-	0	1
10. Ik probeer vooral de patiënt aan het woord te laten.	3	3	=	3	4	+	3	4	+	3	3	=	2	2	=	4	4	=	3	3	=	3	3	=	2	0
11. Ik respecteer de besluiten die de patiënt neemt, ook al impliceren die weinig verandering.	4	4	=	2	3	+	4	4	=	4	4	=	4	4	=	4	4	=	3	3	=	3	4	+	2	0
12. Ik erken de moeilijkheden die de patiënt heeft / zal hebben om veranderingen door te voeren.	4	3	-	2	3	+	4	4	=	3	4	+	3	4	+	4	4	=	4	4	=	3	4	+	4	1
13. Ik tracht een samenvatting te maken van wat er gezegd is.	4	3	-	2	2	=	3	3	=	2	2	=	3	3	=	4	4	=	3	4	+	2	2	=	1	1
Aantal items die de arts vaker gebruikt †	2			4			3			3			3			0			3			5			/	
Aantal items die de arts minder vaak gebruikt†	3			2			1			1			1			1			2			1			/	

Item 1 tot 13: 4 mogelijke scores: 1= nooit; 2= bijna nooit; 3=regelmatig; 4=altijd

* Δ betekent het verschil tussen beide opnames: = betekent geen verschil; + betekent 1 punt gestegen; - betekent 1 punt gedaald; -- betekent 2 punten gedaald

† toegepast van item 3 tot en met item 13

Item 1 en 2 zijn technieken die passen bij kort advies

Item 3 tot en met 13 zijn technieken die passen bij MI

‡ Artsen die reeds kennis en ervaring hebben opgedaan over motiverende gesprekstechnieken

Tabel 7: het gebruik van gesprekstechnieken afhankelijk van het feit of de patiënt al gedragsgerelateerde symptomen ondervindt.

		aantal artsen in de voormeting		**aantal artsen in de nameting**	
		Geen implicaties	Implicaties	Geen implicaties	Implicaties
1. Ik leg duidelijk uit welke effecten hun leefstijl heeft op hun gezondheid.	(bijna) nooit Regelmatig Altijd	1 5 2	0 3 5	1 7 0	0 5 3
2. Ik schets de patiënt duidelijk de voor- en nadelen van het huidige en het andere gedrag.	(bijna) nooit Regelmatig Altijd	4 3 1	0 5 3	2 6 0	0 6 2
3. Ik stel de patiënt vooral vragen.	bijna) nooit Regelmatig Altijd	3 3 2	1 4 3	1 6 1	2 4 2
4. Ik ga eerst bij de patiënt na of deze wil praten over gedragsverandering.	(bijna) nooit Regelmatig Altijd	5 2 1	3 2 3	3 3 2	3 3 2
5. Ik moedig de patiënt aan om te praten over het huidige gedrag.	(bijna) nooit Regelmatig Altijd	3 5 0	4 3 1	2 6 0	2 6 0
6. Ik pas de informatie die ik geef zoveel mogelijk aan aan de leefwereld van de patiënt.	(bijna) nooit Regelmatig Altijd	3 2 3	2 3 3	1 3 4	0 5 3
7. Ik ga samen met de patiënt op zoek naar de persoonlijke voor- en nadelen van het huidige en het andere gedrag.	(bijna) nooit Regelmatig Altijd	6 2 0	1 6 1	4 3 1	0 6 2
8. Ik ga na wat de patiënt denkt over het onderwerp en hoe hij zich daarbij voelt.	(bijna) nooit Regelmatig Altijd	3 3 2	2 4 2	2 4 2	2 3 3
9. Ik wissel met de patiënt ideeën uit over mogelijke manieren om het gedrag te veranderen.	(bijna) nooit Regelmatig Altijd	4 4 0	1 7 0	2 6 0	0 8 0
10. Ik probeer vooral de patiënt aan het woord te laten.	(bijna) nooit Regelmatig Altijd	3 4 1	1 6 1	2 5 1	2 4 2
11. Ik respecteer de besluiten die de patiënt neemt, ook al impliceren die weinig verandering.	(bijna) nooit Regelmatig Altijd	0 3 5	1 2 5	0 3 5	0 2 6
12. Ik erken de moeilijkheden die de patiënt heeft / zal hebben om veranderingen door te voeren.	(bijna) nooit Regelmatig Altijd	0 2 6	1 3 4	0 1 7	0 2 6
13. Ik tracht een samenvatting te maken van wat er gezegd is.	(bijna) nooit Regelmatig Altijd	3 2 3	3 3 2	5 1 2	3 3 2

4.2 Attitudes en ervaringen

In tabel 8 is te zien dat alle artsen het een taak van de huisarts vinden om alle patiënten in te lichten over schadelijke effecten van een bepaalde levensstijl (item 2 (en 1)). In de nameting zijn ze hier in vergelijking met de voormeting sterker van overtuigd.
Patiënten motiveren tot het veranderen van ongezonde gewoontes beschouwen ze eveneens als een taak van de huisarts indien er gezondheidseffecten zijn (item 3).
In de nameting vindt nog slechts de helft van de artsen, ten opzichte van 7 in de voormeting, dat het hun taak is om patiënten te motiveren als hun gedrag nog geen duidelijke gezondheidseffecten heeft veroorzaakt (item 4).
In de voormeting zien 7 artsen, ten opzichte van 5 in de nameting, het begeleiden van gedragsverandering met behulp van motiverende gesprekken als een taak van de huisarts als er reeds nadelige gezondheidseffecten zijn (item 5). Bij afwezigheid van deze effecten (item 6) vinden 5 artsen in de voormeting en 3 artsen in de nameting dit een deel van hun professionele verantwoordelijkheid.

Na het doorlopen van de e-learning module motiverende gespreksvoering ervaren 5 artsen, ten opzichte van 2 voor de interventie dat mensen veranderingen doorvoeren als er reeds lichamelijke gevolgen zijn (item 7). Slechts 2 artsen in de nameting en geen in de voormeting ervaren verandering in gedrag als patiënten geen lichamelijke gevolgen ondervinden (item 8).
Na de e-learning hebben 5 artsen, vergeleken met 2 voordien, meer het gevoel dat ze voldoende gesprekstechnieken beheersen om patiënten te motiveren (item 9).

Zowel in de voor- als in de nameting vinden 6 of meer artsen dat het noodzakelijk is om als huisarts 1 of meer extra consultaties af te spreken om dieper in te gaan op een bepaald thema (items 23 en 25), maar zij vinden eveneens dat dit in de huidige praktijkvoorwaarden niet mogelijk is (items 24 en 26).
In vergelijking met 7 artsen in de voormeting vindt nog een kleine meerderheid van 5 artsen in de nameting dat men eenzelfde thema kan bespreken in verschillende consultaties met ook een ander doel (item 27). Slechts de helft vindt in de nameting, ten opzichte van 2 artsen voor de interventie, dat een volledig motiverend gesprek mogelijk is in het tijdsbestek van één consultatie (item 22).
In hun eigen praktijk vindt meer dan de helft van de huisartsen zowel voor als na de interventie en dit onafhankelijk van aanwezige nadelige gezondheidseffecten dat een motiverend gesprek wel mogelijk is in het tijdsbestek van één consultatie mits het maximum 15 minuten in beslag neemt (items 10, 11, 16 en 17). Zowel in de voor- als in de nameting zeggen 6 of meer artsen dat ze regelmatig terugkomen op een besproken thema in een volgend consult (item 15 en 21) en zeggen er 7 dat ze een extra consultatie uittrekken om dieper in te gaan op een thema als de gedragsverandering een belangrijk punt is in de behandeling of in secundaire preventie (item 20).

Vijf artsen in de nameting in vergelijking met 2 in de voormeting zijn van oordeel dat te vaak over hetzelfde thema beginnen te praten, schadelijk is voor de arts-patiënt relatie (item 28). Ze zijn allen van mening dat de manier waarop men een gesprek over gedragsverandering voert, mede de kwaliteit van de arts-patiënt relatie bepaalt en dit zowel voor als na de interventie (item 29).

Tabel 8: Overzicht van de attitudes van de artsen ten opzichte van gedragsverandering voor en na de interventie

		Aantal artsen voor	Aantal artsen na
1. Patiënten inlichten over de mogelijke schadelijke effecten van een bepaalde leefstijl en de mogelijke voordelen van verandering ervan op het beloop van een ziekte is een deel van de taak als huisarts.	(eerder) niet akkoord Eerder akkoord Akkoord	0 1 7	0 1 7
2. Alle patiënten inlichten over de mogelijke schadelijke effecten van een bepaalde leefstijl is een deel van de taak als huisarts.	(eerder) niet akkoord Eerder akkoord Akkoord	0 6 2	0 2 6
3. Patiënten motiveren tot het veranderen van ongezonde leefstijlen op het moment dat deze klachten/ziektebeelden veroorzaken (bv. motiveren tot rookstop bij diagnose van COPD) is een deel van de taak als huisarts.	(eerder) niet akkoord Eerder akkoord Akkoord	0 2 6	0 1 7
4. Alle patiënten motiveren tot het veranderen van ongezonde leefstijlen is een vaste taak van een huisarts.	(eerder) niet akkoord Eerder akkoord Akkoord	1 4 3	4 3 1
5. Het begeleiden van gedragsverandering via motivationele gesprekken bij patiënten die reeds klachten/ziektes hebben door hun levensstijl of bij wie gedragsverandering een positieve invloed kan hebben op het verdere verloop van een ziekte, is een deel van de taak als huisarts.	(eerder) niet akkoord Eerder akkoord Akkoord	1 5 2	3 5 0
6. Het begeleiden van gedragsverandering via motivationele gesprekken bij al mijn patiënten is een deel van de taak als huisarts.	(eerder) niet akkoord Eerder akkoord Akkoord	3 5 0	5 3 0
7. Ik ervaar in mijn dagelijkse praktijk dat vele patiënten veranderingen doorvoeren als hun leefstijl tot klachten/ziektebeelden heeft geleid.	(eerder) niet akkoord Eerder akkoord Akkoord	4 4 0	2 4 2
8. Ik ervaar in mijn dagelijkse praktijk dat vele patiënten veranderingen doorvoeren, ook als hun levensstijl nog geen duidelijke lichamelijke gevolgen heeft (klachten, diagnose).	(eerder) niet akkoord Eerder akkoord Akkoord	8 0 0	6 2 0
9. Ik heb het gevoel dat ik genoeg gesprekstechnieken beheers om patiënten te motiveren tot gedragsverandering.	(eerder) niet akkoord Eerder akkoord Akkoord	6 1 1	3 4 1
10. In mijn eigen praktijkvoering vind ik dat bij iemand die nog geen nadelige gezondheidseffecten van zijn gedrag ondervindt… een motiverend gesprek mogelijk is in een tijdsbestek van 1 consultatie.	(eerder) niet akkoord Eerder akkoord Akkoord	3 4 1	1 5 2
11. In mijn eigen praktijkvoering vind ik dat bij iemand die nog geen nadelige gezondheidseffecten van zijn gedrag ondervindt… een motiverend gesprek maximum 15 minuten in beslag mag nemen.	(eerder) niet akkoord Eerder akkoord Akkoord	0 4 4	1 2 5
12. In mijn eigen praktijkvoering vind ik dat bij iemand die nog geen nadelige gezondheidseffecten van zijn gedrag ondervindt… een motiverend gesprek maximum 10 minuten in beslag mag nemen.	(eerder) niet akkoord Eerder akkoord Akkoord	2 4 2	3 3 2
13. In mijn eigen praktijkvoering vind ik dat bij iemand die nog geen nadelige gezondheidseffecten van zijn gedrag ondervindt… een motiverend gesprek maximum 5 minuten in beslag mag nemen.	(eerder) niet akkoord Eerder akkoord Akkoord	5 1 2	4 2 2
14. In mijn eigen praktijkvoering vind ik dat bij iemand die nog geen nadelige gezondheidseffecten van zijn gedrag ondervindt… ik als dit nodig is een extra consultatie uittrek om dieper in te gaan op een thema.	(eerder) niet akkoord Eerder akkoord Akkoord	4 1 3	5 2 1
15. In mijn eigen praktijkvoering vind ik dat bij iemand die nog geen nadelige gezondheidseffecten van zijn gedrag ondervindt… ik in volgende consultaties regelmatig terugkom op het besproken thema.	(eerder) niet akkoord Eerder akkoord Akkoord	1 4 3	1 7 0

		Aantal artsen voor	Aantal artsen na
16. In mijn eigen praktijkvoering vind ik dat bij iemand waarbij gedragsverandering een belangrijk punt is in de therapie of secundaire preventie… een motiverend gesprek mogelijk is in een tijdsbestek van 1 consultatie.	(eerder) niet akkoord Eerder akkoord Akkoord	2 3 3	1 5 2
17. In mijn eigen praktijkvoering vind ik dat bij iemand waarbij gedragsverandering een belangrijk punt is in de therapie of secundaire preventie… een motiverend gesprek maximum 15 minuten in beslag mag nemen.	(eerder) niet akkoord Eerder akkoord Akkoord	2 3 3	0 3 5
18. In mijn eigen praktijkvoering vind ik dat bij iemand waarbij gedragsverandering een belangrijk punt is in de therapie of secundaire preventie… een motiverend gesprek maximum 10 minuten in beslag mag nemen.	(eerder) niet akkoord Eerder akkoord Akkoord	4 4 0	3 2 3
19. In mijn eigen praktijkvoering vind ik dat bij iemand waarbij gedragsverandering een belangrijk punt is in de therapie of secundaire preventie… een motiverend gesprek maximum 5 minuten in beslag mag nemen.	(eerder) niet akkoord Eerder akkoord Akkoord	6 1 1	7 0 1
20. In mijn eigen praktijkvoering vind ik dat bij iemand waarbij gedragsverandering een belangrijk punt is in de therapie of secundaire preventie… ik als dit nodig is een extra consultatie uittrek om dieper in te gaan op een thema.	(eerder) niet akkoord Eerder akkoord Akkoord	1 3 4	1 4 3
21. In mijn eigen praktijkvoering vind ik dat bij iemand waarbij gedragsverandering een belangrijk punt is in de therapie of secundaire preventie… ik in volgende consultaties regelmatig terugkom op het besproken thema.	(eerder) niet akkoord Eerder akkoord Akkoord	2 3 3	0 6 2
22. Een volledig motiverend gesprek is mogelijk in het tijdsbestek van 1 consultatie.	(eerder) niet akkoord Eerder akkoord Akkoord	6 1 1	4 2 2
23. Het is noodzakelijk als huisarts om een extra consultatie af te spreken om dieper in te gaan op een bepaald thema.	(eerder) niet akkoord Eerder akkoord Akkoord	1 5 2	2 4 2
24. Binnen de huidige werkbelasting is het mogelijk als huisarts om een extra consultatie af te spreken om dieper in te gaan op een bepaald thema.	(eerder) niet akkoord Eerder akkoord Akkoord	4 3 1	6 1 1
25. Het is nodig als huisarts om meerdere consultaties af te spreken om dieper in te gaan op een bepaald thema.	(eerder) niet akkoord Eerder akkoord Akkoord	2 4 2	2 4 2
26. Binnen de huidige werkbelasting is het mogelijk als huisarts om meerdere consultaties af te spreken om dieper in te gaan op een bepaald thema.	(eerder) niet akkoord Eerder akkoord Akkoord	5 2 1	7 1 0
27. Hetzelfde thema kan besproken worden in verschillende consultaties met ook een ander doel.	(eerder) niet akkoord Eerder akkoord Akkoord	1 5 2	3 4 1
28. Te vaak over hetzelfde thema beginnen, is schadelijk voor de arts-patiënt relatie.	(eerder) niet akkoord Eerder akkoord Akkoord	6 2 0	3 4 1
29. De manier waarop je een gesprek over gedragsverandering voert, bepaalt mede de kwaliteit van de arts-patiënt relatie.	(eerder) niet akkoord Eerder akkoord Akkoord	0 2 6	0 2 6

4.3 Leren van motiverende gespreksvoering

4.3.1 Voorkennis van de artsen

Tabel 9 toont dat 5 van de 8 artsen al op minstens 1 wijze kennis en/of ervaring hadden opgedaan over motiverende gesprekstechnieken vóór het begin van de studie.

Tabel 9: Overzicht van opleiding van de artsen over motiverende gesprekstechnieken vóór de studie

	Nummer van de arts* die een dergelijke training volgde	**Aantal artsen**
boeken / tijdschriften	1, 2, 4, 6	4
webmodules (e-learning)	-	0
trainingsessies met bespreking van consultaties met simulatie-patiënten	1, 2, 6, 7	4
trainingsessies met bespreking van consultaties met echte patiënten	6	1
trainingsessies met bespreking van consultaties die de 'slechte manier' en 'goede manier' laten zien	1, 6, 7	3
trainingsessies met bespreking van vooraf opgenomen consultaties van jezelf en anderen die de training volgen	1, 6	2
* Elke arts werd in deze studie verbonden met een vast nummer, deze nummering komt terug in alle tabellen.		

4.3.2 (Hoe) willen artsen kennis en ervaring opdoen?

Op één arts na willen alle artsen in de voormeting meer kennis verwerven over motiverende gespreksvoering, op 2 na willen ze meer ervaring. In de nameting is dit respectievelijk 2 en 1 (tabel 10).

Na het doorlopen van de e-learningmodule willen 6 artsen vergeleken met 3 voor de interventie deze technieken leren aan de hand van een webmodule (tabel 11). Zowel voor als na de interventie willen de meeste artsen deze technieken leren in een trainingssessie waarin men vooraf opgenomen consultaties van zichzelf en anderen bespreekt. Ook bespreking van consultaties met echte patiënten of simulatiepatiënten scoort hoog.

Tabel 10: Overzicht: willen de artsen motiverende gesprekstechnieken leren.

		Aantal artsen in de voormeting	**Aantal artsen in de nameting**
Ik zou graag meer willen weten over motiverende gesprekstechnieken.	(eerder) niet akkoord Eerder akkoord Akkoord	1 3 4	2 4 2
Ik zou graag meer ervaring opdoen in de technieken van motiverende gespreksvoering.	(eerder) niet akkoord Eerder akkoord Akkoord	2 2 4	1 5 2

Tabel 11: Op welke manier willen de artsen motiverende gesprekstechnieken leren.

		Aantal artsen in de voormeting	Aantal artsen in de nameting
boeken / tijdschriften	(eerder) niet Eerder wel zeker	3 3 2	5 2 1
webmodules (e-learning)	(eerder) niet Eerder wel Zeker	5 2 1	2 3 3
trainingsessies met bespreking van consultaties met simulatie-patiënten	(eerder) niet Eerder wel Zeker	4 4 0	2 6 0
trainingsessies met bespreking van consultaties met echte patiënten	(eerder) niet Eerder wel Zeker	2 5 1	1 5 2
trainingsessies met bespreking van consultaties die de 'slechte manier' en 'goede manier' laten zien	(eerder) niet Eerder wel Zeker	1 6 1	3 3 2
trainingsessies met bespreking van vooraf opgenomen consultaties van jezelf en anderen die de training volgen	(eerder) niet Eerder wel zeker	1 6 1	1 3 4

4.3.3 Evaluatie van de e-learning en de aangereikte technieken

Tabel 12: Evaluatie van de e-learning en de aangeleerde technieken

		Aantal artsen
Veel van de aangereikte theorie in de e-learning was nieuw voor mij.	(eerder) niet akkoord Eerder akkoord Akkoord	4 3 1
Ik heb veel bijgeleerd tijdens het doorlopen van de module.	(eerder) niet akkoord Eerder akkoord Akkoord	2 3 3
Ik vind de aangereikte technieken bruikbaar in mijn dagelijkse werken.	(eerder) niet akkoord Eerder akkoord Akkoord	0 2 6
De e-learning heeft mijn manier van consult voeren veranderd.	(eerder) niet akkoord Eerder akkoord Akkoord	2 4 2
De aangereikte technieken hebben volgens mij meer effect dan deze die ik eerst gebruikte.	(eerder) niet akkoord Eerder akkoord Akkoord	2 5 1
Het toepassen van de technieken neemt veel tijd in beslag.	(eerder) niet akkoord Eerder akkoord Akkoord	7 1 0
De e-learning module geeft voldoende info om de technieken in de praktijk te gaan toepassen.	(eerder) niet akkoord Eerder akkoord Akkoord	1 5 2
De e-learning module geeft voldoende training om de technieken in de praktijk te gaan toepassen.	(eerder) niet akkoord Eerder akkoord Akkoord	2 5 1
Achteraf bekeken (gezien naar de gespendeerde tijd en het geleerde) vond ik het een nuttige tijdsbesteding.	(eerder) niet akkoord Eerder akkoord Akkoord	2 2 4

In tabel 12 toont dat de helft van de artsen zegt nieuwe theoretische inzichten te hebben verworven en dat 6 op de 8 artsen veel heeft bijgeleerd tijdens het doorlopen van de e-learning module 'motiverende gespreksvoering'. Alle artsen vinden de aangereikte technieken bruikbaar. Van de 8 artsen geloven er 6 dat deze technieken meer effect hebben dan wat ze eerst deden. Er zijn 6 artsen die zeggen dat hun manier van consultatie voeren veranderd is.
Ze vinden niet dat het toepassen van de gesprekstechnieken veel tijd in beslag neemt.
De artsen vinden dat de e-learning voldoende informatie en training geeft.
De grote meerderheid vond het volgen van de e-learning module een nuttige tijdsbesteding.

5 DISCUSSIE

5.1 Overzicht van de belangrijkste resultaten

5.1.1 Gesprekstechnieken

We nemen in de opnames over het algemeen een verbetering in het gebruik van gesprekstechnieken waar. Bij 3 artsen is er een duidelijke stijging in de gemiddelde BECCI-score na de e-learning interventie ten opzichte van ervoor. Over de gehele artsengroep stijgt de BECCI met net geen 0,5 punt, op een totaal van 4.
Over het algemeen stijgt het aantal artsen dat goed tot heel goed scoren op items van de BECCI-scorelijst. Bijna alle artsen gaan achteruit in een aantal items, maar ze hebben allen meer items waarop ze verbeteren.

Over het algemeen worden de bevraagde gesprekstechnieken zowel in de voor- als in de nameting door veel artsen regelmatig tot altijd gebruikt. Over de gehele artsengroep bekeken worden gesprekstechnieken vaker gebruikt na de e-learning. In een gesprek met een patiënt die nog geen nadelige gevolgen ondervindt van zijn gedrag zijn er voor de interventie 10 gesprekstechnieken die door 3 of meer artsen (bijna) nooit gebruikt worden. Na de interventie zijn dit er nog slechts 3. Bij een gesprek met een patiënt die reeds implicaties ondervindt van zijn gedrag zijn er geen grote verschillen in het gebruik van de gesprekstechnieken voor en na de interventie.
In de voormeting zijn er slechts 3 technieken waarvan 3 of meer artsen aangeven dat ze deze minder gebruiken als de patiënt nog geen implicaties van zijn gedrag ondervindt. In de nameting is dit er nog één. De aanwezigheid van nadelige gevolgen van het gedrag lijken dus voor en zeker na de interventie weinig invloed te hebben op het gebruik van de gesprekstechnieken.

Uit de opnames blijkt dat de helft of meer van de huisartsen bekwamer wordt in het maken van samenvattingen, het erkennen van moeilijkheden voor de patiënt, het maken van empathische reflecties, het stellen van vragen aan de patiënt om te weten wat hij denkt en voelt en het stimuleren van de patiënt om te praten over verandering. Op deze laatste 2 items halen beduidend meer artsen een (heel) goede score in de nameting. De sterkste stijging in scores komen voor in de items samenvattingen maken en moeilijkheden erkennen.

Alle artsen hebben respect voor de autonomie van de patiënt, dit blijkt uit zowel de opnames als de vragenlijsten. Deze basishouding is reeds voor de interventie sterk aanwezig.
In de nameting zijn alle artsen minder dan de helft of de helft van de tijd aan het woord.

De artsen zeggen zowel bij de voor- als de nameting dat ze regelmatig tot altijd de moeilijkheden erkennen die patiënten ondervinden bij het veranderen van gedrag. Dit blijkt niet zo uit de opnames, al is er wel verbetering.

5.1.2 Attitudes

Alle artsen vinden het hun professionele verantwoordelijkheid om àlle patiënten in te lichten over de schadelijke effecten van een bepaalde leefstijl. Eveneens vinden ze motiveren een taak van de huisarts.
In de nameting vindt nog de helft van de artsen, ten opzichte van 8 in de voormeting, dat dit ook hun taak is als deze leefstijl nog geen duidelijke nadelige gezondheidseffecten heeft.
Ongeveer de helft van de artsen beschouwen in de nameting het begeleiden van patiënten tijdens gedragsverandering als een deel van de verantwoordelijkheid van de huisarts.

De meeste huisartsen vinden het noodzakelijk dat de huisarts 1 of meer extra consultaties afspreekt om dieper in te gaan op een thema van gedragsverandering, maar dat dit met de huidige werkbelasting niet mogelijk is. In deze praktijk wordt dit soms wel door artsen gedaan als de gedragsverandering een belangrijk punt is in de therapie of secundaire preventie.

Meer artsen hebben na het leertraject het gevoel dat ze gesprekstechnieken beheersen om patiënten te motiveren tot gedragsverandering.

5.1.3 Leren van motiverende gespreksvoering

Bijna alle artsen willen zowel voor als na het volgen van de e-learning module meer kennis en ervaring opdoen in motiverende gespreksvoering. Ze willen het liefst van al dat dit gebeurt via feedback op eigen opnames van gesprekken tijdens echte consultaties. E-learning als bron om te leren wordt na de interventie meer gewaardeerd.

De meeste artsen hebben bijgeleerd tijdens de e-learning en vinden dat deze voldoende informatie en training geeft. Ze vonden het een nuttige tijdsbesteding.
Ze vinden de aangeleerde technieken bruikbaar en meer effectief dan de technieken die ze eerder gebruikten. Bij 6 van de 8 artsen heeft het de manier van consultvoeren veranderd.
Ze vinden niet dat het toepassen van de technieken veel tijd in beslag neemt.

5.2 Sterktes en zwaktes van de studie

We beoordeelden de gesprekstechnieken van de artsen in geluidsopnames van echte consultaties, wat een meer objectieve meting van deze technieken geeft dan een vragenlijst ingevuld door de artsen. De e-learning die we gebruikten om de artsen motiverende gesprekstechnieken te leren, werd speciaal ontwikkeld voor de huisarts en andere gezondheidswerkers in de eerste lijn. Verschillende professionele actoren, waaronder Domus Medica, werkten samen aan de ontwikkeling van deze e-learning. Domus Medica is een vzw die de huisarts tracht te ondersteunen op onder meer wetenschappelijk (evidence-based) vlak.
Een deelaspect van de studie kijkt tevens naar veranderingen in attitudes op een breder niveau. Dit is interessant, aangezien deze gesprekstechnieken ook bruikbaar zijn in andere thema's van gedragsverandering.

Deze studie kan worden beschouwd als een pilootstudie voor groter kwantitatief onderzoek. Omdat de onderzoeksgroep te weinig artsen bevat, is er geen algemene evaluatie van de interventie mogelijk. De resultaten die we hier bekomen zijn enkel van toepassing op de artsen in deze huisartsenpraktijk en geven vooral een indicatie over het mogelijke effect van deze e-learning.

Er zijn een aantal methodologische tekortkomingen en in de loop van het onderzoek zijn we gestoten op een aantal problemen.
Deze willen we hier verder even toelichten. Dit kan belangrijk zijn voor toekomstige grotere studies en voor het interpreteren van de bekomen resultaten.

In deze studie maakten we geen gebruik van een controlegroep. We kunnen daardoor niet besluiten dat de resultaten die we bekomen (enkel) het direct gevolg zijn van het volgen van de e-learning module.

De evaluatie liep tot maximum 4 maanden na het doorlopen van de e-learningmodule. We kunnen geen uitspraken doen over de mogelijke effecten van de e-learning na 6 maanden of één jaar.

Het merendeel van de artsen had al een of andere vorm van opleiding gehad over motiverende gesprekstechnieken. We weten niet wat de inhoud was van deze opleiding, noch welke kwaliteit de opleidingen hadden. Deze gegevens zouden mogelijk een belangrijke rol kunnen spelen.

Verschillende factoren kunnen invloed gehad hebben op de opgenomen gesprekken.
Eén van de belangrijkste beïnvloedende factoren is dat zowel de arts als de patiënt wisten dat er een opname werd gemaakt en waarom deze werd gemaakt.
De artsen konden zelf kiezen bij welke patiënten zij een opname maakten. Dit houdt de mogelijkheid in dat ze geen opnames maakten bij patiënten waarbij ze een moeilijk gesprek verwachtten of waarbij ze niet gemakkelijk beginnen over rookstop.
Er zijn grote verschillen in tijdsverloop tussen de eerste en de tweede keer dat de artsen de e-learning module hebben doorlopen. Ook zijn er verschillen in de tijd die er was tussen het doorlopen van de module en het maken van een opname.
Het spreekt voor zich dat persoonlijke factoren bij de arts zoals drukte, kenmerken van de patiënt en nog andere zaken een rol spelen.
Bovendien hebben we weinig vergelijkingsmateriaal tussen voor- en nameting, wat maakt dat zelfs kleinere beïnvloedende factoren toch een belangrijke rol kunnen hebben gespeeld op de resultaten.

Ook bij het onderzoeksopzet werden fouten gemaakt. Zo verloren we veel tijd met het maken van de geluidsopnames.
We hebben op voorhand te weinig bestudeerd of de rookstatus van patiënten bekend was en correct genoteerd in het EMD, en of er voldoende rokers tussen 20 en 50 jaar op consultatie komen. Hierdoor hebben we onze selectieprocedure en onze inclusiecriteria in de loop van het onderzoek moeten veranderen.
Het veranderen van de inclusiecriteria van de patiënten heeft volgens ons geen invloed gehad op de resultaten. In het kader van ons onderzoek was het niet belangrijk om een selectie te maken van patiënten.

De beoordeling van de opnames werd uitgevoerd door slechts 1 persoon (de onderzoeker / haio). Deze arts heeft meer dan de nodige literatuur doorgenomen die volgens de handleiding van de Behaviour Change Counselling Index nodig is om deze te gebruiken, maar heeft de video niet gezien. Naarmate de studie vorderde nam de kennis en vooral de ervaring van de onderzoeker toe. Dit kan de resultaten eveneens beïnvloed hebben. De onderzoeker had de indruk in de nameting kritischer te zijn. Het is dus mogelijk dat er grotere verschillen zijn in de BECCI-scores dan wat nu werd geregistreerd.
De scorelijst zelf is nog niet gevalideerd voor gebruik in echte consultaties. We hebben ze aangepast voor gebruik in onze context.
De BECCI houdt enkel rekening met het gedrag van de arts, terwijl bepaalde reacties van de patiënt mee een indicatie kunnen zijn voor de kwaliteit van het gesprek. Het is ook jammer dat we enkel over geluidsopnames beschikken, een beeldopname levert mogelijks meer informatie op.
Mogelijks heeft de opzet van het onderzoek een invloed op de scores op item 1 uit deel 1 van de BECCI, namelijk het bevragen van de patiënt of deze wil praten over rookstop. De artsen kunnen het tekenen van het informed consent als een soort toestemming of openheid zien om over roken te praten en dit daarom minder expliciet bevragen. Een arts zei dat hij deze toestemming vroeg vóór

het ondertekenen van het informed consent en dus vóór de geluidsopname gestart was. Toch hebben sommige artsen dit nog wel specifiek bevraagd of duidelijk niet gevraagd.

We stelden zelf een vragenlijst op die enkel een proefronde onderging om de duidelijkheid van de vragen te evalueren. Het gaat dus niet om een gevalideerde vragenlijst. Dit kan mogelijk ook een nadeel zijn, zeker aangezien die weinig testing vooraf onderging.
We hebben bijvoorbeeld pas achteraf gemerkt dat er bij het interpreteren van de antwoorden soms moeilijkheden optreden. De antwoorden over de tijdsduur die een gesprek mag innemen, kunnen in 2 richtingen worden geïnterpreteerd, namelijk 'niet akkoord' want ze mogen langer duren of 'niet akkoord' want dit is veel te lang.

5.3 Interpretatie van de resultaten

Alle artsen scoren beter op een aantal items van de Behavioural Change Counselling Index, maar ze gaan ook allen achteruit op een aantal van deze items. De reden hiervoor is onduidelijk. Een mogelijke verklaring is dat artsen niet altijd alle zaken gaan toepassen afhankelijk van beschikbare tijd of omdat deze zaken al in een eerder consult aan bod kwamen. Mogelijks zijn deze verschillen te wijten aan de beoordeling van de onderzoeker. Deze had de indruk kritischer te zijn in de beoordeling naarmate de studie vorderde en de kennis en ervaring toenam.

Enkele artsen in deze studie verbeteren sterker dan andere artsen. De studie stelt ons niet in staat om besluiten te trekken naar de redenen van dit verschil tussen artsen. Artsen beschikken over een verschillende basis aan communicatieve vaardigheden. En iedereen leert op een andere manier. Sommige mensen pikken gemakkelijk zaken op uit literatuur, anderen hebben een meer actieve training nodig.
De training die artsen vooraf hebben gevolgd hebben geen duidelijke invloed op de BECCI-scores in de voormeting. Dit kan te maken hebben met het uitdovende effect van een training. Eveneens bestaat de kans dat de inhoud van de training anders was dan wat hier wordt aangeleerd. Ook in de nameting heeft voorafgaande training geen duidelijke invloed op de BECCI-scores. Bij de artsen met voorkennis kan de e-learning module nochtans, als de inhoud overeenkomt, een herhaling zijn waardoor een sterker effect kan bekomen worden. Het is ook mogelijk dat hun leercurve een bepaalde saturatiegraad heeft bereikt, waardoor geen verbetering meer te verwachten valt, behalve als er wordt ingegaan op meer specifieke zaken.

Tijdens het beluisteren van de opnames viel het op dat artsen regelmatig het papier met de vragen of het informed consent gebruikten om een gesprek over rookstop te initiëren. Dit kan erop wijzen dat het initiëren van een gesprek een moeilijk punt is. Het is mogelijk dat men bij patiënten die al klachten ondervinden vaker over rookstop begint niet enkel omdat de arts denkt dat er dan een grotere kans is dat de patiënt gemotiveerd zal zijn om te stoppen of omdat hij dit meer als zijn taak beschouwd, maar ook omdat er een ingangspoort is om over rookstop te beginnen.

Bij het bevragen van de gesprekstechnieken is te zien dat vele artsen regelmatig tot altijd gebruik maken van deze gesprekstechnieken. In de voormeting lijkt er een groter verschil te zijn tussen het gebruik van de technieken afhankelijk van de aanwezigheid van nadelige gevolgen. Dit verschil lijkt door de interventie kleiner te worden. Er zijn echter maar kleine verschillen waar te nemen, die groter lijken door het kleine aantal artsen in dit onderzoek. Ook hadden de artsen maar 4 antwoordmogelijkheden, waardoor de verschillen eveneens groter kunnen lijken.

Ondanks dat hen dit was gevraagd (niet opgelegd) en dat ze wisten dat er een opname gebeurde, heeft in de voormeting slechts de helft van de artsen het in beide gesprekken over roken gehad, 1 van de artsen sprak niet over roken. Training zorgt er doorgaans voor dat artsen vaker acties rond rookstop uitvoeren zoals de rookstatus nagaan, advies geven en therapie voorschrijven.[27] Onze training behelst echter niet alle aspecten van rookstop, maar enkel het motiverend gesprek.
Wel hebben meer artsen na het doorlopen van de e-learningmodule het gevoel dat ze gesprekstechnieken beheersen om patiënten te motiveren. Dit kan leiden tot een verandering in hun gedrag.
Het is niet duidelijk of de artsen op meer regelmatige basis motiverende gesprekken gaan voeren, aangezien de artsen in de nameting verplicht werden om het over rookstop te hebben.

In de nameting vinden minder artsen het een taak van de huisarts om patiënten te motiveren als deze nog geen nadelige gezondheidseffecten ondervinden van hun gedrag. Ook vinden minder artsen het begeleiden van de patiënt in het veranderen van zijn gedrag een taak van de huisarts. In deze groepspraktijk is men bezig met het ontwikkelen van een nieuwe visie voor de groep, rekening houdend met de veranderingen op het veld, voornamelijk met de zaken besproken op de conferentie eerstelijnsgezondheidszorg op 11 december 2010 in Antwerpen. De eerste stap in dit proces was nadenken over de taak die je hebt als arts en als groepspraktijk naar je patiënten, andere artsen en de gemeenschap toe. Ook denken ze na over hoe dit te organiseren, waarbij een multidisciplinaire taakverdeling naar voor komt met ook praktijkassistentes die bepaalde aspecten van de zorg kunnen overnemen. Het is mogelijk dat de artsen van mening zijn dat de begeleiding van gedragsverandering beter door andere gezondheidswerkers gebeurt. Dit proces overlapt in tijd met het project rond motiverende gespreksvoering. Het is mogelijk dat dit proces een invloed heeft gehad op de antwoorden van de artsen op de vragenlijst na de interventie.
De visie van de artsen uit de onderzoeksgroep komt overeen met de visie van huisartsen uit het onderzoeksartikel van Ampt A. et al. waarin ze aan de hand van interviews met artsen op zoek gingen naar factoren die een invloed hebben op het uitvoeren van preventieve taken rond roken, voeding, alcohol en beweging. De meesten van hen hadden ook training gehad in motivational interviewing.
De artsen in dit artikel vinden eveneens dat het hun professionele verantwoordelijkheid is om patiënten advies en educatie te geven. Op vlak van motiveren vindt een deel dat de verantwoordelijkheid volledig bij de patiënt ligt eens deze educatie heeft gekregen over risicofactoren van zijn levensstijl. Sommigen vonden de theorie van motivational interviewing goed klinken, maar niet verenigbaar met de eisen van de praktijk.[9]
De artsen in deze groepspraktijk besteden nu reeds gemiddeld 15 tot 20 minuten per patiënt. Een motivationeel consult over rookstop zou ongeveer 10 minuten in beslag nemen.[16] Dit maakt dat men een motiverend gesprek moeilijk volledig kan incorporeren in een opportunistische consultatie, zeker niet op regelmatige basis. In de richtlijn van rookstop wordt hiermee rekening gehouden door een onderscheid te maken tussen een motivatiegesprek en de minimale interventiestrategie. Het motivatiegesprek richt zich vooral op het uitspreken van de risico's van roken, de relevantie van rookstop en de voor- en nadelen van rookstop. De minimale interventiestrategie is een individueel motivatiegesprek van in totaal ongeveer 10 minuten, dat plaatsvindt in 2 afzonderlijke contacten en dat geen deel uitmaakt van een consultatie voor andere gezondheidsredenen.[5]
De meeste artsen in de groepspraktijk vinden het noodzakelijk dat de huisarts 1 of meer extra consultaties afspreekt om dieper in te gaan op een thema rond gedragsverandering, maar dat dit met de huidige werkbelasting niet mogelijk is. In deze praktijk wordt het als dit nodig is wel door de artsen gedaan als de gedragsverandering een belangrijk punt is in de therapie of secundaire preventie.
De artsen bespreken in opeenvolgende opportunistische consultaties wel regelmatig een risicogedrag onafhankelijk of dit gedrag al gevolgen heeft.

In het onderzoeksartikel van Ampt A. et al. kwamen naast werkbelasting ook motivatie van de patiënt, het idee dat patiënten niet willen betalen voor opvolgconsulten voor preventieve zorg en de oriëntatie van de arts naar preventieve zorg naar boven als redenen om geen opvolgconsulten af te spreken.[9]

Het aantal artsen in deze groepspraktijk dat zegt terug te komen op een besproken gedrag daalde niet in de nameting. Nochtans zijn meer artsen in de nameting ervan overtuigd dat te vaak over eenzelfde thema beginnen, schadelijk kan zijn voor de arts-patiënt relatie. We hebben geen duidelijke verklaring voor deze bevinding. Mogelijks zijn de artsen gestruikeld over het woord "te", mogelijks hebben de artsen meer gesprekken over gedrag gevoerd en hebben ze weerstand ervaren. Ze blijven allen geloven dat de manier waarop een gesprek over gedragsverandering verloopt de arts-patiënt relatie beïnvloedt.

De artsen zijn enthousiast over de e-learning module. Ze vinden de aangebrachte principes en technieken bruikbaar in hun praktijk en 6 van de 8 beweert dat het hun manier van consultvoeren heeft veranderd. Ook vinden ze niet dat het toepassen van de technieken veel tijd in beslag neemt. Dit is vergelijkbaar met wat men vindt in andere studies waarin men huisartsen traint in principes en technieken van motivational interviewing.[20-22]
Deze e-learning is een voor iedereen toegankelijk forum, zowel op vlak van locatie als op vlak van tijd en kan dus, als het een positief effect heeft, een grote groep artsen beïnvloeden. Dit kan kosteneffectief zijn, aangezien er geen noodzaak is aan trainers of een locatie. In de loop van het onderzoek hebben we sommige artsen wel een aantal keer moeten aansporen om de module te doorlopen. Je kan het gemakkelijker voor je uit schuiven net omdat er geen vast tijdstip is. Accreditering kan ervoor zorgen dat artsen meer gemotiveerd zijn om deze e-learning module te volgen.

De artsen hadden gemiddeld 2,5 uur nodig om de e-learningmodule te doorlopen. Dit kan tegemoet komen aan de vraag van gezondheidswerkers om de technieken op een zo kort mogelijke tijd te leren.[28]
Het is niet geweten of deze artsen ook langere tijd na het doorlopen van deze e-learningmodule gebruik maken van de technieken en of ze dan nog steeds betere BECCI-scores behalen. Onderzoek suggereert dat motivational interviewing het best wordt geleerd in workshops die voldoende lang duren en observatie, training, feedback en coaching integreren. Het voorzien van sessies in follow-up of een soort van supervisie na de training zou ook belangrijk zijn.[20,28]

5.4 Implicaties voor de praktijk en verder onderzoek

Deze e-learning 'Motiverende gespreksvoering' kan mogelijks een positieve invloed hebben op de kwaliteit van de motiverende gesprekken van huisartsen.
Deze resultaten moeten bevestigd worden in groter kwantitatief vergelijkend onderzoek. Men moet ook nagaan of dit een blijvend effect is.

Of de verandering in de gesprekken ook een invloed heeft op de tevredenheid van de patiënt en het rookgedrag van de patiënt dient nog onderzocht te worden. Onderzoek is het namelijk niet eens of (adaptaties van) motivational interviewing werkt voor rookstop.[13-19]
Nog een interessant punt van verder onderzoek is of het trainen van artsen in deze technieken leidt tot het meer navragen en bespreken van rookgedrag en andere gedragingen die een risicofactor kunnen zijn voor hun gezondheid zoals voeding en beweging.

Het is eveneens interessant om onderzoek te doen naar een aantal mogelijke beïnvloedende variabelen bij patiënt, huisarts of praktijkorganisatie zoals de fase van verandering waar de patiënt zich in bevindt, het al dan niet aanwezig zijn van nadelige gezondheidseffecten van het gedrag, of het de vaste huisarts is, een groepspraktijk vergelijken met een multidisciplinaire praktijk of solopraktijk,…

In de opnames gebruikten enkele artsen het vragenlijstje als insteek om over roken te beginnen. Met dit vragenlijstje komen we in het vaarwater van het gezondheidsboekje dat meer uitgebreid is.
Het is mogelijk dat een vragenlijst het voor de arts makkelijker maakt om over bepaalde zaken een gesprek te initiëren. En dat dit in verkorte versie nuttig kan zijn voor deze patiënten waarop het preventief globaal medisch dossier (GMD+) nog niet van toepassing is.
Ook hier is verder onderzoek nodig.

5.5 Conclusie

Na een e-learning over motiverende gesprekstechnieken bij rookstop lijkt er een verbetering in de kwaliteit van de gesprekstechnieken die de artsen in de praktijk gebruiken in een gesprek over rookstop tijdens een niet daarvoor bedoelde consultatie. Hun mening ten opzichte van het motiveren van patiënten tot gedragsverandering lijkt niet veranderd, de artsen bleken zelfs de neiging te hebben om het sturen van patiënten naar gezond gedrag minder als hun taak te zien als dit gedrag nog geen nadelige gezondheidseffecten heeft.
Door de kleine onderzoeksgroep en het gebrek aan een controlegroep kunnen we echter geen vaststaande conclusies trekken. Replica-onderzoek bij een grotere groep huisartsen is aangewezen.

6 REFERENTIELIJST

1. Demarest S, Drieskens S, Gisle L, Hesse E, Tafforeau J, Van der Heyden J. Health Interview Survey Interactive Analysis. Health Interview Survey, Belgium, 1997-2001-2004-2008. Unit of Epidemiology, Scientific Institute of Public Health, Brussels, Belgium. Beschikbaar via: https://www.wiv-isp.be/epidemio/hisia/ Geraadpleegd 2012 februari 29.
2. Thijs G. GP's consult & health behaviour change project Developing programme to train GPs in communication skills to achieve lifestyle improvements. Patient Educ Couns 2007; 67: 267-271.
3. Onderzoeks- en Informatiecentrum van de Verbruikersorganisaties. Roken in 2010: Tabaksverkoop in de lift. 2011. Beschikbaar via: http://www.crioc.be/NL/doc/x/y/document-5563.html. Geraadpleegd 2012 februari 29.
4. Meirsman A, Vandercammen M. Studie Tabaksconsumptie. Onderzoeks- en Informatiecentrum van de Verbruikersorganisaties. Brussel: 2010. p. 26 Beschikbaar via: http://www.crioc.be/NL/doc/x/y/document-5563.html. Geraadpleegd 2012 februari 29.
5. Gailly J. Aanbeveling voor goede medische praktijkvoering Stoppen met roken. Huisarts Nu 2006; 35(7): 395-425
6. Van den Bruel A, Cleemput I, Van Linden A, Schoefs D, Ramaekers D, Bonneux L. Effectiviteit en kosten-effectiviteit van behandelingen voor rookstop. Brussel : Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) ; 2004 Juni. KCE Reports vol. 1A. Ref. PF04-26.02A.
7. Stead M, Angus K, Holme I, Cohen D, Tait G, et al. Factors influencing European GPs' engagement in smoking cessation: a multi-country literature review. Br J Gen Pract 2009; 59: 682-690.
8. Vogt F, Hall S, Marteau TM. General practitioners' and family physicians' negative beliefs and attitudes towards discussing smoking cessation with patients: a systematic review. Addiction 2005; 100: 1423-1431.
9. Ampt AJ, Amoroso C, Harris MF, McKenzie SH, Rose VK, et al. Attitudes, norms and controls influencing lifestyle risk factor management in general practice. BMC Family Practice 2009; 10:59. Beschikbaar via: http://www.biomedcentral.com/1471-2296/10/59. Geraadpleegd 2011 januari 13.
10. Miller WR, Rollnick S. Motivational Interviewing: Preparing people for change 2nd Ed. Londen: The Guilford Press; 2002. p. 428.
11. Rollnick S, Miller WR, Butler CC. Motiverende gespreksvoering in de gezondheidszorg: Werken aan gedragsverandering als je maar 7 minuten hebt. Nederland: Ekklesia; 2009. p. 255.
12. Mason P, Butler CC. Health Behavior Change: A guide for practitioners 2nd Ed. Londen: Elsevier; 2010. p. 221.
13. Lai DTC, Cahill K, Qin Y, Tang JL. Motivational interviewing for smoking cessation (Review). Cochrane Database of Syst Rev 2010; Issue 1: CD006936.
14. Heckman CJ, Egleston BL, Hofmann MT. Efficacy of Motivational Interviewing for Smoking Cessation: A Systematic Review and Meta-analysis. Tob Control 2010; 19(5): 410-416.
15. Soria R, Legido A, Escolano C, Yeste AL, Montoya J. Br J Gen Pract 2006; 56: 768-774.
16. Butler CC, Rollnick S, Cohen D, Bachmann M, Russel I, et al. Motivational consulting versus brief advice for smokers in general practice: a randomized trial. Br J Gen Pract 1999; 49: 611-616.
17. Davis MF, Shapiro D, Windsor R, Whalen P, Rhode R, et al. Motivational interviewing versus prescriptive advice for smokers who are not ready to quit. Patient Educ Couns 2011; 83: 129-133.
18. Rubak S, Sandbaek A, Lauritzen T, Christensen B. Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. Br J Gen Pract 2005; 55: 305-312.

19. Dunn C, Deroo L, Rivara FP. The use of brief interventions adapted from motivational interviewing across behavioral domains: a systematic review. Addiction 2001; 96: 1725-1742.
20. Söderlund LL, Madson MB, Rubak S, Nilsen P. A systematic review of motivational interviewing training for general health care practitioners. Patient Educ Couns 2011; 84(1): 16-26.
21. Rubak S, Sandbaek A, Lauritzen T, Borch-Johnsen K, Christensen B. An education and training course in motivational interviewing influence: GPs' professional behaviour – addition Denmark. Br J Gen Pract 2006; 56: 429-436.
22. Broers S, Smets E, Bindels P, Evertsz FB, Calff M, et al. Training general practitioners in behavior change counseling to improve asthma medication adherence. Patient Educ Couns 2005; 58: 279-287.
23. Pierson HM, Hayes SC, Gifford EV, Roget N, Padilla M, et al. An examination of the Motivational Interviewing Treatment Integrity code. Journal of Substance Abuse Treatment 2007; 32: 11-17.
24. Strayer SM, Martindale JR, Pelletier SL, Rais S, Powell J, et al. Development and evaluation of an instrument for assessing brief behavioral change interventions. Patient Educ Couns 2011; 83: 99-105.
25. University of Wales College of Medicine. The Behaviour Change Counselling Index (BECCI) Manual for Coding Behaviour Change Counselling. *cardiffacuk*, 2002: p.1-8. Beschikbaar via: http://www.cardiff.ac.uk/sonms/resources/20020930BECCIManual.doc. Geraadpleegd op: 2011 februari 13.
26. Lane C., Huws-Thomas M, Hood K, Rollnick S, Edwards K, et al. Measuring adaptations of motivational interviewing: the development and validation of the behavior change counseling index (BECCI). Patiend Educ Couns 2005; 56: 166-173.
27. Lancaster T, Fowler G. Training health professionals in smoking cessation (review). Cochrane Database of Syst Rev 2000; Issue 3: CD000214.
28. Emmons KM, Rollnick S. Motivational Interviewing in Health Care Settings Opportunities and Limitations. Am J Prev Med 2001; 20(1): 68-74.

7 BIJLAGES

Bijlage A: Korte Vragenlijst

Beste,

in het kader van het vervolledigen van enkele preventiegegevens in uw medisch dossier, verzoeken wij u onderstaande vragen te beantwoorden:

	JA	NEE
Rookt u?		
Eet u dagelijks groenten en fruit?		
Komt u aan 30 minuten lichaamsbeweging per dag?		

Wanneer werd u voor het laatste ingeënt tegen tetanus?.....
> 10 jaar geleden? Ja O Nee O

Gelieve dit aan het begin van de consultatie aan uw arts te overhandigen.

Bijlage B: Informed Consent

Versterken van het gebruik en beïnvloeden van attitudes ten opzichte van motivationele gesprekstechnieken omtrent rookstop in een consult

Betreft: vraag naar het verkrijgen van uw geïnformeerde toestemming m.b.t. een audio-opname van de consultatie

Geachte heer/mevrouw,

In het kader van het masterproject van Dr. Tina Lavigne ter bekoming van het diploma 'Huisarts', neemt uw arts deel aan een onderzoek naar de kwaliteit van zijn/haar gespreksvoering.
Hiervoor zal er een geluidsopname gemaakt worden van de consultatie. Bovengenoemde Dr. Lavigne zal aan de hand van deze opname het gebruik en de kwaliteit van de gesprekstechnieken rond motivatie, aanwezig bij uw arts, beoordelen.
Na het onderzoek – dat loopt in 2011en 2012 – wordt deze tape vernietigd.

De resultaten zullen vertrouwelijk worden behandeld, in overeenstemming met de Belgische Wetgeving op de bescherming van de persoonlijke levenssfeer en de wet op de patiëntenrechten. Er worden geen gegevens of reacties van de patiënt opgenomen in het onderzoek.

De waarschijnlijkheid dat u door deelname aan deze studie enige schade ondervindt, is laag. Voor het geval dit toch zou voorkomen, werd er een verzekering afgesloten conform de Belgische wet van 7 mei 2004, die deze mogelijkheid dekt.

Deze studie werd goedgekeurd door de Commissie Medische Ethiek van het UZ Brussel en de VUB.

Ik, …… geef hierbij mijn toestemming om een audio-opname te maken van dit consult en ter beoordeling te laten beluisteren door Dr. Lavigne.

Datum Handtekening

Bijlage C: Vragenlijst

Naam:…….

Vragenlijst MANAMA

Beste arts,

Dit masterproject handelt over het motiveren van patiënten tot gedragsverandering. Het gaat niet enkel over de patiënt die door een verandering in gedrag een verdere progressie van zijn ziekte kan vertragen of zo zelfs beter kan worden. Het gaat ook over de patiënt die ongezond gedrag vertoont en bij wie dit tot op heden nog geen implicaties heeft gehad op zijn gezondheid. Maar waarbij dit in de (nabije of verre) toekomst wel te verwachten valt.
We willen peilen naar uw motivatie tot motiveren, het belang dat u hieraan hecht in de algemene praktijk. Enkele vragen handelen over de tijd die u wil investeren in gesprekken met patiënten en in het opdoen van kennis en ervaring in technieken. Ook vragen we naar de gesprekstechnieken die u gebruikt in een motiverend gesprek in de dagelijkse praktijk.

Deze vragenlijst zal ongeveer 20 minuten in beslag nemen. Alvast bedankt voor uw tijd.

ATTITUDES EN ERVARINGEN

Met onderstaande vragen willen we iets meer te weten komen over de mate waarin u bepaalde thema's als onderdeel van de vaste taak van een huisarts ziet. De vragen peilen dus niet naar wat u voor uw eigen praktijk belangrijk vindt, maar wat u vindt dat **elke huisarts** zou moeten doen. Ook volgen er enkele vragen over uw eigen ervaringen en wat u mogelijk acht in uw eigen praktijk.
In welke mate gaat u akkoord met volgende stellingen?

- Patiënten **inlichten** over de mogelijke schadelijke effecten van een bepaalde leefstijl en de mogelijke voordelen van verandering ervan op het beloop van een ziekte is een deel van de taak als huisarts.

O Niet akkoord	O Eerder niet akkoord	O Eerder akkoord	O Akkoord

- Alle patiënten **inlichten** over de mogelijke schadelijke effecten van een bepaalde leefstijl is een deel van de taak als huisarts.

O Niet akkoord	O Eerder niet akkoord	O Eerder akkoord	O Akkoord

- Patiënten **motiveren** tot het veranderen van ongezonde leefstijlen op het moment dat deze klachten/ziektebeelden veroorzaken (bv. motiveren tot rookstop bij diagnose van COPD, motiveren tot gezonde voedingsstijl na diagnose van NIDDM) is een deel van de taak als huisarts.

O Niet akkoord	O Eerder niet akkoord	O Eerder akkoord	O Akkoord

- Alle patiënten **motiveren** tot het veranderen van ongezonde leefstijlen is een vaste taak van een huisarts.

O Niet akkoord	O Eerder niet akkoord	O Eerder akkoord	O Akkoord

- Het **begeleiden** van gedragsverandering via motivationele gesprekken bij patiënten die reeds klachten/ziektes hebben door hun levensstijl of bij wie gedragsverandering een positieve invloed kan hebben op het verdere verloop van een ziekte, is een deel van de taak als huisarts.

O Niet akkoord	O Eerder niet akkoord	O Eerder akkoord	O Akkoord

- Het **begeleiden** van gedragsverandering via motivationele gesprekken bij al mijn patiënten is een deel van de taak als huisarts.

O Niet akkoord	O Eerder niet akkoord	O Eerder akkoord	O Akkoord

- Ik ervaar in mijn dagelijkse praktijk dat vele patiënten veranderingen doorvoeren als hun leefstijl tot klachten/ziektebeelden heeft geleid.

O Niet akkoord	O Eerder niet akkoord	O Eerder akkoord	O Akkoord

- Ik ervaar in mijn dagelijkse praktijk dat vele patiënten veranderingen doorvoeren, ook als hun levensstijl nog geen duidelijke lichamelijke gevolgen heeft (klachten, diagnose).

O Niet akkoord	O Eerder niet akkoord	O Eerder akkoord	O Akkoord

- Ik heb het gevoel dat ik genoeg gesprekstechnieken beheers om patiënten te motiveren tot gedragsverandering.

O Niet akkoord	O Eerder niet akkoord	O Eerder akkoord	O Akkoord

- <u>In mijn eigen praktijkvoering</u> vind ik dat bij iemand die nog geen nadelige gezondheidseffecten van zijn gedrag ondervindt…

  - een **motiverend** gesprek mogelijk is in een tijdsbestek van 1 consultatie.

O Niet akkoord	O Eerder niet akkoord	O Eerder akkoord	O Akkoord

  - een motiverend gesprek maximum 15 minuten in beslag mag nemen.

O Niet akkoord	O Eerder niet akkoord	O Eerder akkoord	O Akkoord

  - een motiverend gesprek maximum 10 minuten in beslag mag nemen.

O Niet akkoord	O Eerder niet akkoord	O Eerder akkoord	O Akkoord

  - een motiverend gesprek maximum 5 minuten in beslag mag nemen.

O Niet akkoord	O Eerder niet akkoord	O Eerder akkoord	O Akkoord

  - ik als dit nodig is een extra consultatie uittrek om dieper in te gaan op een thema.

O Niet akkoord	O Eerder niet akkoord	O Eerder akkoord	O Akkoord

  - ik in volgende consultaties regelmatig terugkom op het besproken thema.

O Niet akkoord	O Eerder niet akkoord	O Eerder akkoord	O Akkoord

- <u>In mijn eigen praktijkvoering</u> vind ik dat bij iemand waarbij gedragsverandering een belangrijk punt is in de therapie of secundaire preventie…

  - een **motiverend** gesprek mogelijk is in een tijdsbestek van 1 consultatie.

O Niet akkoord	O Eerder niet akkoord	O Eerder akkoord	O Akkoord

- een motiverend gesprek maximum 15 minuten in beslag mag nemen.

O Niet akkoord	O Eerder niet akkoord	O Eerder akkoord	O Akkoord

- een motiverend gesprek maximum 10 minuten in beslag mag nemen.

O Niet akkoord	O Eerder niet akkoord	O Eerder akkoord	O Akkoord

- een motiverend gesprek maximum 5 minuten in beslag mag nemen.

O Niet akkoord	O Eerder niet akkoord	O Eerder akkoord	O Akkoord

- ik als dit nodig is een extra consultatie uittrek om dieper in te gaan op een thema.

O Niet akkoord	O Eerder niet akkoord	O Eerder akkoord	O Akkoord

- ik in volgende consultaties regelmatig terugkom op het besproken thema.

O Niet akkoord	O Eerder niet akkoord	O Eerder akkoord	O Akkoord

In welke mate gaat u akkoord met onderstaande algemene stellingen?

- Een volledig motiverend gesprek is mogelijk in het tijdsbestek van 1 consultatie.

O Niet akkoord	O Eerder niet akkoord	O Eerder akkoord	O Akkoord

- Het is noodzakelijk als huisarts om een extra consultatie af te spreken om dieper in te gaan op een bepaald thema.

O Niet akkoord	O Eerder niet akkoord	O Eerder akkoord	O Akkoord

- Binnen de huidige werkbelasting is het mogelijk als huisarts om een extra consultatie af te spreken om dieper in te gaan op een bepaald thema.

O Niet akkoord	O Eerder niet akkoord	O Eerder akkoord	O Akkoord

- Het is nodig als huisarts om meerdere consultaties af te spreken om dieper in te gaan op een bepaald thema.

O Niet akkoord	O Eerder niet akkoord	O Eerder akkoord	O Akkoord

- Binnen de huidige werkbelasting is het mogelijk als huisarts om meerdere consultaties af te spreken om dieper in te gaan op een bepaald thema.

O Niet akkoord	O Eerder niet akkoord	O Eerder akkoord	O Akkoord

- Hetzelfde thema kan besproken worden in verschillende consultaties met ook een ander doel.

O Niet akkoord	O Eerder niet akkoord	O Eerder akkoord	O Akkoord

- Te vaak over hetzelfde thema beginnen, is schadelijk voor de arts-patiënt relatie.

O Niet akkoord	O Eerder niet akkoord	O Eerder akkoord	O Akkoord

- De manier waarop je een gesprek over gedragsverandering voert, bepaalt mede de kwaliteit van de arts-patiënt relatie.

O Niet akkoord	O Eerder niet akkoord	O Eerder akkoord	O Akkoord

- Hebt u nog andere bedenkingen / opmerkingen ivm motiverende gesprekstechnieken?

……

……

……

……

……

KENNIS (OPDOEN)

Volgende vragen peilen naar de mate waarin u al kennis hebt verworven en in welke mate u zich (nog meer) zou willen verdiepen in motivationele gesprekstechnieken.

- Ik heb al kennis verworven over motivationele gespreksvoering.

O Nee	O Ja

- Zo ja, via…
  - Boeken / Tijdschriften

O Niet	O Wel

  - Webmodules (e-learning)

O Niet	O Wel

  - Trainingsessies met bespreking van consultaties met simulatie-patiënten

O Niet	O Wel

  - Trainingsessies met bespreking van consultaties met echte patiënten

O Niet	O Wel

  - Trainingsessies met bespreking van vooraf opgenomen consultaties van anderen (consultaties opgenomen met als doel te dienen voor training, consultaties die de ‘slechte manier’ en ‘goede manier’ laten zien)

O Niet	O Wel

  - Trainingsessies met bespreking van vooraf opgenomen consultaties van jezelf en anderen die de training volgen

O Niet	O Wel

- Ik zou graag meer willen weten over motiverende gesprekstechnieken.

O Niet akkoord	O Eerder niet akkoord	O Eerder akkoord	O Akkoord

- Ik zou graag meer ervaring opdoen in de technieken van motiverende gespreksvoering.

O Niet akkoord	O Eerder niet akkoord	O Eerder akkoord	O Akkoord

- Welke van de volgende methodes zou u willen volgen om deze kennis en ervaring op te doen:
    - Boeken / Tijdschriften

O Niet	0 Eerder niet	O Eerder wel	O Zeker

    - Webmodules (e-learning)

O Niet	0 Eerder niet	O Eerder wel	O Zeker

    - Trainingsessies met bespreking van consultaties met simulatie-patiënten

O Niet	0 Eerder niet	O Eerder wel	O Zeker

    - Trainingsessies met bespreking van consultaties met echte patiënten

O Niet	0 Eerder niet	O Eerder wel	O Zeker

    - Trainingsessies met bespreking van vooraf opgenomen consultaties van anderen (consultaties opgenomen met als doel te dienen voor training, consultaties die de 'slechte manier' en 'goede manier' laten zien)

O Niet	0 Eerder niet	O Eerder wel	O Zeker

    - Trainingsessies met bespreking van vooraf opgenomen consultaties van jezelf en anderen die de training volgen

O Niet	0 Eerder niet	O Eerder wel	O Zeker

GESPREKSTECHNIEKEN

Aan de hand van volgende vragen willen we te weten komen in welke mate u volgende technieken gebruikt om patiënten te motiveren hun gedrag aan te passen. We willen hierbij benadrukken dat elk (ook als is het een zeer kort) gesprek over gedragsverandering wordt gezien als een motiverend gesprek. Sommige technieken zal u regelmatig gebruiken, anderen zelden of nooit. U moet onderstaande vragenlijst 2 keer doorlopen. De eerste maal houdt u de motiverende gesprekken in gedachten bij patiënten die op dit moment nog geen gezondheidseffecten kennen. De andere keer bij patiënten bij wie gedragsverandering door de aanwezigheid van ziektes/klachten belangrijk is.

Hoe regelmatig gebruikt u onderstaande techniek als u iemand van gedrag wil laten veranderen, als dit gedrag nog **geen duidelijke implicaties** heeft op diens gezondheid?

- Ik leg duidelijk uit welke effecten hun leefstijl heeft op hun gezondheid.

O Nooit	O Bijna nooit	O Regelmatig	O Altijd

- Ik stel de patiënt vooral vragen.

O Nooit	O Bijna nooit	O Regelmatig	O Altijd

- Ik ga eerst bij de patiënt na of deze wil praten over gedragsverandering.

O Nooit	O Bijna nooit	O Regelmatig	O Altijd

- Ik moedig de patiënt aan om te praten over het huidige gedrag.

O Nooit	O Bijna nooit	O Regelmatig	O Altijd

- Ik schets de patiënt duidelijk de voor- en nadelen van het huidige en het andere gedrag.

O Nooit	O Bijna nooit	O Regelmatig	O Altijd

- Ik pas de informatie die ik geef zoveel mogelijk aan aan de leefwereld van de patiënt.

O Nooit	O Bijna nooit	O Regelmatig	O Altijd

- Ik ga samen met de patiënt op zoek naar de persoonlijke voor- en nadelen van het huidige en het andere gedrag.

O Nooit	O Bijna nooit	O Regelmatig	O Altijd

- Ik ga na wat de patiënt denkt over het onderwerp en hoe hij zich daarbij voelt.

O Nooit	O Bijna nooit	O Regelmatig	O Altijd

- Ik wissel met de patiënt ideeën uit over mogelijke manieren om het gedrag te veranderen.

O Nooit	O Bijna nooit	O Regelmatig	O Altijd

- Ik probeer vooral de patiënt aan het woord te laten.

O Nooit	O Bijna nooit	O Regelmatig	O Altijd

- Ik respecteer de besluiten die de patiënt neemt, ook al impliceren die weinig verandering.

O Nooit	O Bijna nooit	O Regelmatig	O Altijd

- Ik erken de moeilijkheden die de patiënt heeft / zal hebben om veranderingen door te voeren.

O Nooit	O Bijna nooit	O Regelmatig	O Altijd

- Ik tracht een samenvatting te maken van wat er gezegd is.

O Nooit	O Bijna nooit	O Regelmatig	O Altijd

Hoe regelmatig gebruikt u onderstaande techniek als u iemand van gedrag wil laten veranderen, als dit gedrag reeds **duidelijke implicaties** heeft op diens gezondheid?

- Ik leg duidelijk uit welke effecten hun leefstijl heeft op hun gezondheid.

O Nooit	O Bijna nooit	O Regelmatig	O Altijd

- Ik stel de patiënt vooral vragen.

O Nooit	O Bijna nooit	O Regelmatig	O Altijd

- Ik ga eerst bij de patiënt na of deze wil praten over gedragsverandering.

O Nooit	O Bijna nooit	O Regelmatig	O Altijd

- Ik moedig de patiënt aan om te praten over het huidige gedrag.

O Nooit	O Bijna nooit	O Regelmatig	O Altijd

- Ik schets de patiënt duidelijk de voor- en nadelen van het huidige en het andere gedrag.

O Nooit	O Bijna nooit	O Regelmatig	O Altijd

- Ik pas de informatie die ik geef zoveel mogelijk aan aan de leefwereld van de patiënt.

O Nooit	O Bijna nooit	O Regelmatig	O Altijd

- Ik ga samen met de patiënt op zoek naar de persoonlijke voor- en nadelen van het huidige en het andere gedrag.

O Nooit	O Bijna nooit	O Regelmatig	O Altijd

- Ik ga na wat de patiënt denkt over het onderwerp en hoe hij zich daarbij voelt.

O Nooit	O Bijna nooit	O Regelmatig	O Altijd

- Ik wissel met de patiënt ideeën uit over mogelijke manieren om het gedrag te veranderen.

O Nooit	O Bijna nooit	O Regelmatig	O Altijd

- Ik probeer vooral de patiënt aan het woord te laten.

O Nooit	O Bijna nooit	O Regelmatig	O Altijd

- Ik respecteer de besluiten die de patiënt neemt, ook al impliceren die weinig verandering.

O Nooit	O Bijna nooit	O Regelmatig	O Altijd

- Ik erken de moeilijkheden die de patiënt heeft / zal hebben om veranderingen door te voeren.

O Nooit	O Bijna nooit	O Regelmatig	O Altijd

- Ik tracht een samenvatting te maken van wat er gezegd is.

O Nooit	O Bijna nooit	O Regelmatig	O Altijd

OVER DE E-LEARNING

- Hoeveel tijd heb je besteed aan het 2x doorlopen van de e-learning module?.....

Wat vind je van onderstaande stellingen in verband met de training of de aangereikte theorie.

- Veel van de aangereikte theorie was nieuw voor mij.

O Niet akkoord	O Eerder niet akkoord	O Eerder akkoord	O Akkoord

- Ik heb veel bijgeleerd tijdens het doorlopen van de module.

O Niet akkoord	O Eerder niet akkoord	O Eerder akkoord	O Akkoord

- Ik vind de aangereikte technieken bruikbaar in mijn dagelijkse werken.

O Niet akkoord	O Eerder niet akkoord	O Eerder akkoord	O Akkoord

- Het heeft mijn manier van consult voeren veranderd.

O Niet akkoord	O Eerder niet akkoord	O Eerder akkoord	O Akkoord

- De aangereikte technieken hebben meer effect dan deze die ik eerst gebruikte.

O Niet akkoord	O Eerder niet akkoord	O Eerder akkoord	O Akkoord

- Het toepassen van de technieken neemt niet veel tijd in beslag.

O Niet akkoord	O Eerder niet akkoord	O Eerder akkoord	O Akkoord

- De module geeft voldoende info om de technieken in de praktijk te gaan toepassen.

O Niet akkoord	O Eerder niet akkoord	O Eerder akkoord	O Akkoord

- De module geeft voldoende training om de technieken in de praktijk te gaan toepassen.

O Niet akkoord	O Eerder niet akkoord	O Eerder akkoord	O Akkoord

- Achteraf bekeken (gezien naar de gespendeerde tijd en het geleerde) vond ik het een nuttige tijdsbesteding.

O Niet akkoord	O Eerder niet akkoord	O Eerder akkoord	O Akkoord

Andere opmerkingen:

……

……

……

……

……

The Behaviour Change Counselling Index (BECCI)

Manual for Coding Behaviour Change Counselling