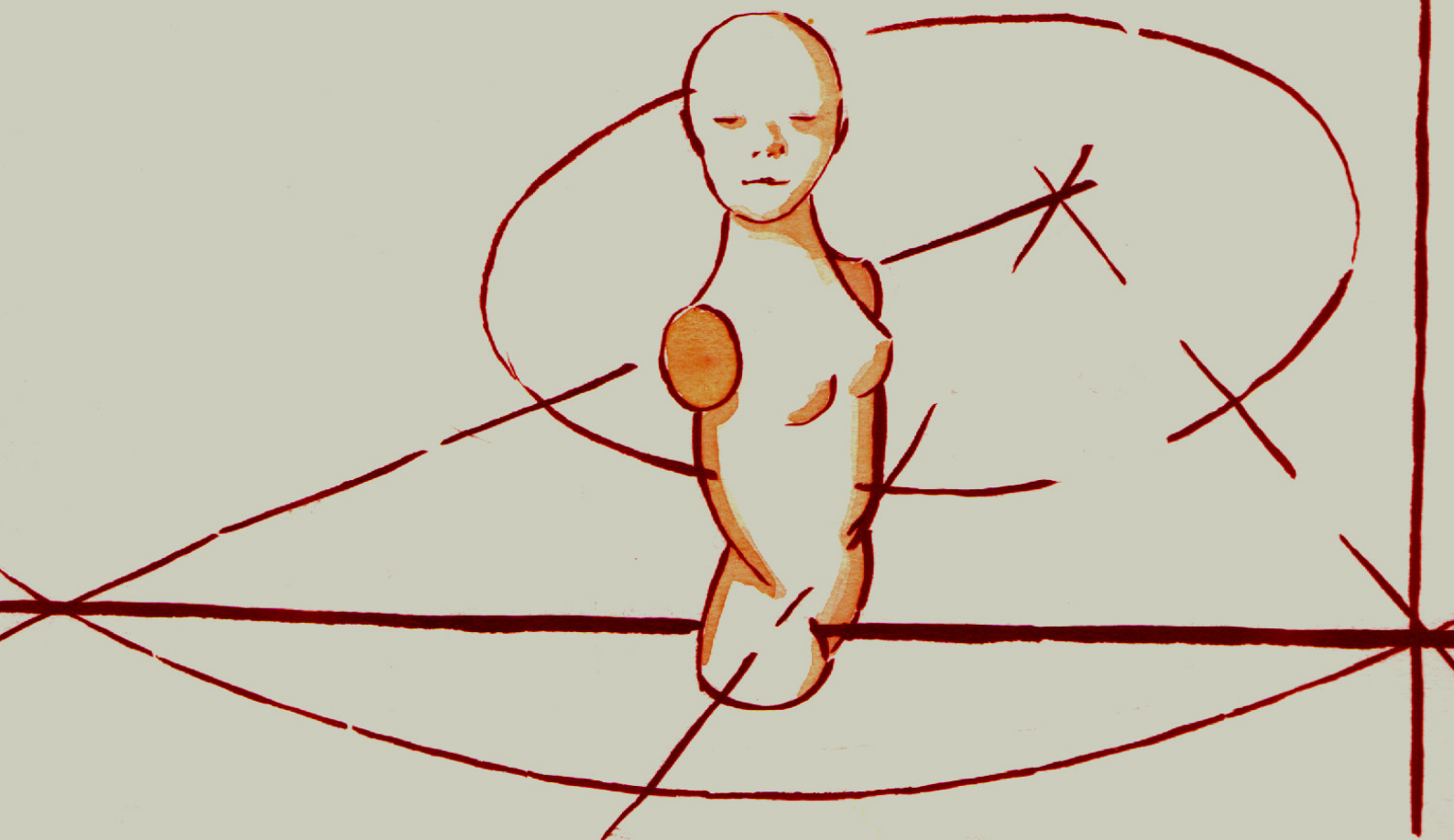


Motiverende gespreksvoering

Uitgewerkt binnen de SOA/HIV-preventie en -bestrijding



*Marian de Roover
Breda, juni 2006
Haagse Hogeschool
Afstudeerwerkstuk MGZ 2003*

Voorwoord

Dit eindwerkstuk is geschreven als afronding van de driejarige opleiding tot verpleegkundige in de maatschappelijke gezondheidszorg (verder aangeduid als MGZ). Ik ben als verpleegkundige werkzaam in een algemeen ziekenhuis. Omdat ik mijn kijk op de gezondheidszorg wilde verbreden, heb ik ervoor gekozen om deze opleiding te volgen. De MGZ-opleiding heeft het eerste anderhalf jaar een algemeen gedeelte. Het laatste anderhalf jaar is het onderwijs opgesplitst in vier verschillende differentiaties. Ik heb voor de differentiatie algemene gezondheidszorg gekozen. Het onderwerp van dit eindwerkstuk heeft betrekking op de door mij gevolgde differentiatie.

Mijn dank gaat uit naar alle medewerkers van de GGD Zuid-Holland-Zuid. Zij hebben mij in de gelegenheid gesteld om mijn praktijkleerperiode te volgen binnen hun organisatie. Mijn dank gaat eveneens uit naar Eva de Feijter, programmamedewerkster van SOAAIDS Nederland en Meike van 'Hof, sociaal-verpleegkundige van de GGD te Rotterdam voor hun bijdrage aan dit eindwerkstuk.

Breda, juni 2006
Marian de Roover

Inhoud

Voorwoord	ii
Inhoud	iii
Inleiding	1
1 Openbare gezondheidszorg	3
Inleiding	3
1.1 Taken van de openbare gezondheidszorg	3
1.2 Model van Lalonde	
1.2.1 Factor intern milieu	3
1.2.2 Factor extern milieu	4
1.2.3 Factor maatschappelijke omgeving	4
1.2.4 Factor leefstijl	4
1.3 De Wet Collectieve Preventie	4
1.4 SOA/HIV-preventie en -bestrijding in de openbare gezondheidszorg	5
1.4.1 Surveillance	6
1.4.2 Bron- en contactonderzoek	7
1.5 Doelgroepen van de SOA/HIV-preventie en -bestrijding	7
2 De MGZ-verpleegkundige	9
Inleiding	9
2.1 De MGZ-verpleegkundige	9
2.2 De MGZ-verpleegkundige binnen de openbare gezondheidszorg (=sociaal-verpleegkundige)	10
2.2.1 Een kerntaak van de MGZ-verpleegkundige: De vraag naar preventieve zorg introduceren en verkennen	11
2.3 Competentieprofiel van de sociaal-verpleegkundige binnen de SOA/HIV-preventie en -bestrijding	12
2.3.1 Taakgebied: vaststellen van de zorg	13
2.3.2 Taakgebied: het plannen van zorg op individueel niveau en het selecteren van de interventies	13
2.3.3. Taakgebied: het uitvoeren van geselecteerde interventies op individueel niveau	13
2.3.4 Taakgebied: het evalueren van de geleverde zorg en het bepalen van het vervolgtraject	14
3 Gedragsverandering	15
3.1 Het ontstaan van gedrag	15
3.2 Het ASE-model	16

3.2.1	Intentie	16
3.2.2	Attitude	16
3.2.3	Sociale invloeden of subjectieve normen	17
3.2.4	Eigen effectiviteit	17
3.3	Gedragsverandering	18
3.3.1	Precontemplatiefase	18
3.3.2	Contemplatiefase	18
3.3.3	Preparatiefase	18
3.3.4	Actiefase	19
3.3.5	Gedragsbehoud en terugval	19
3.4	Seksueel gedrag	20
4	Motiverende gespreksvoering	21
4.1	Definitie: wat is motiverende gespreksvoering?	21
4.1.1	Een gesprek in de geest van motiverende gespreksvoering	21
4.1.2	Wat is motivatie?	21
4.2	De grondleggers en de basisprincipes van de methode	22
4.2.1	De grondleggers	22
4.2.2	De basisgedachte van motiverende gespreksvoering	23
4.3	De techniek van motiverende gespreksvoering	23
4.3.1	Bouwen aan motivatie om te veranderen	23
4.3.2	Basisvaardigheden	24
4.3.3	De betrokkenheid bij verandering versterken	25
4.4	De reparatiereflex; de valkuil voor de verpleegkundige	26
4.5	De methode aanleren	26
5	Motiverende gespreksvoering binnen de SOA/HIV-preventie en -bestrijding	27
5.1	Ontwikkeling van het standaard counselinggesprek naar het gespreksmodel op maat	27
5.2	De stand van zaken met betrekking tot de ontwikkeling van het SOAAIDS-gespreksmodel op maat. Een gesprek met Eva de Feijter, Programmedewerker intermediair SOAAIDS Nederland	29
5.3	Motiverende gespreksvoering in de praktijk. Een gesprek met Meike van 't Hof, Sociaal-verpleegkundige GGD te Rotterdam	30
6	Discussie	32
	Inleiding	32
6.1	Welke taken heeft de openbare gezondheidszorg ten aanzien van gedragsverandering binnen de doelgroepen van de SOA/HIV-preventie en -bestrijding?	32
6.2	Past het bewerkstelligen van gedragsverandering binnen de visie op verplegen?	33
6.3	Kan motiverende gespreksvoering ook door MGZ-verpleegkundigen worden toegepast?	33
6.4	In welke mate is de methode effectief ten aanzien van de doelgroepen van de SOA/HIV-preventie en -bestrijding?	34
6.5	Conclusie	35
6.6	Aanbevelingen	35
	Literatuurlijst	36
	Bijlagen	

Inleiding

Ik sprak een verpleegkundige, werkzaam als praktijkondersteuner in een huisartsenpraktijk. Zij was op zoek naar een gespreksmethode die zij zou kunnen toepassen bij patiënten die er bij gebaat zouden zijn als ze stopten met roken.

Ik sprak met een “zuchtende” jeugdverpleegkundige. Zij had de ouder gezegd om maar met haar kind mee te gaan naar de cursus ‘leren luisteren’. De ouder had al haar opvoeding adviezen in de wind had geslagen.

Een klasgenote, die werkt als diabetes verpleegkundige was op cursus geweest met betrekking tot motiverende gespreksvoering ten aanzien van de diabetes zorg.

Tijdens mijn praktijkleerperiode bij de GGD Zuid Holland Zuid heb ik kunnen participeren op de SOA polikliniek. We spraken cliënten die door hun vrijgedrag risico op een SOA hadden gelopen.

Binnen de polikliniek ten aanzien van de SOA/HIV-preventie en -bestrijding werd het SOAAIDS-gespreksmodel geïmplementeerd¹. Hierin is motivational interviewing en de Circles of Change verwerkt. Het maakte mij sceptisch Ik vroeg me af of motiverende gespreksvoering en de Circles of Change wel paste binnen het taakgebied van de MGZ-verpleegkundige. Ik vroeg me eveneens af of wij als MGZ-verpleegkundige niet “op de stoel van andere professionals gingen zitten”, en in welke mate is het legitiem dat de MGZ-verpleegkundigen bij cliënten gedragsverandering willen bewerkstelligen. Ik merkte bij mijzelf een ambivalentie tegenover de gespreksmethode. Wilde ik nu wel met de methode aan de slag, of wilde ik het niet. De methode was voor mij onbekend, en maakte hem ook onbemind. Uiteindelijk heb ik mijn weerstand overwonnen en heb ik van de gelegenheid gebruik gemaakt om mijzelf in de methode motiverende gespreksvoering en gedragsverandering te verdiepen. Ik ben nieuwsgierig geworden of deze gespreksmethode een vernieuwend instrument is in de koffer van de MGZ-verpleegkundige. Mijn vraagstelling voor dit eindwerkstuk is vanuit deze gedachte geformuleerd en luidt;

Is motiverende gespreksvoering een effectief instrument van de MGZ-verpleegkundige om gedragsverandering binnen de doelgroepen van de SOA/HIV preventie en -bestrijding binnen de openbare gezondheidszorg te bewerkstelligen?

In hoofdstuk 1 worden de taken van de openbare gezondheidszorg beschreven. Hierna worden de taken toegespitst op de doelgroepen binnen de SOA/HIV-preventie en -bestrijding. In hoofdstuk 2 wordt aandacht besteed aan de visie op verplegen en de kerntaken van de MGZ-verpleegkundige. Hierna worden de competenties van de sociaal-verpleegkundige werkzaam binnen de SOA/HIV-preventie en -bestrijding beschreven. Kerntaken en competentieprofielen geven een houvast om het beroep af te bakenen. In hoofdstuk 3 staat het ontstaan van gedrag

¹ In dit eindwerkstuk wordt SOA/HIV-preventie en -bestrijding gebruikt als taak van de openbare gezondheidszorg. SOAAIDS staat voor het expertisecentrum voor HIV/AIDS en andere SOA.

centraal. Om gedragsverandering te kunnen bewerkstelligen is allereerst inzicht in het ontstaan van gedrag nodig.

In hoofdstuk 4 staat de gespreksmethode motiverende gespreksvoering centraal. Er wordt aandacht besteed aan de gedachte achter, en de grondleggers van de methode. In hoofdstuk 5 wordt beschreven op welke wijze het gespreksmodel ten aanzien van de SOA/HIV-preventie en -bestrijding tot stand is gekomen. Een programma medewerkster van SOAAIDS Nederland legt de huidige stand van zaken uit met betrekking tot het gespreksmodel. Tot slot is een interview beschreven met een sociaal-verpleegkundige, over de wijze waarop er in de praktijk met motiverende gespreksvoering wordt gewerkt. De discussie zal worden beschreven aan de hand van een aantal deelvragen.

1 Openbare Gezondheidszorg

Inleiding

In de context van dit eindwerkstuk vindt motiverende gespreksvoering plaats ten aanzien van de doelgroepen van de SOA/HIV-preventie en -bestrijding in de openbare gezondheidszorg. In de eerste paragraaf van dit hoofdstuk worden de taken beschreven die de openbare gezondheidszorg in onze samenleving heeft. In de tweede paragraaf wordt het model van Lalonde toegelicht. In paragraaf 3 wordt de inhoud van de Wet op de Collectieve Preventie beschreven. In paragraaf 4 wordt de SOA/HIV-preventie en -bestrijding binnen de openbare gezondheidszorg beschreven. In paragraaf 5 is beschreven op welke doelgroepen de openbare gezondheidszorg zich richt ten aanzien van de SOA/HIV-preventie en -bestrijding.

1.1 Taken van de openbare gezondheidszorg

In de Nederlandse grondwet wordt het treffen van maatregelen ter bevordering van de volksgezondheid tot de overheidstaken gerekend. Dit wordt nader omschreven als: "instandhouding, bevordering en herstel van de gezondheid dient centraal te staan in het overheidsbeleid" (Simons, 1991).

In het gezondheidsbeleid wordt een onderscheid gemaakt tussen preventiebeleid en zorgbeleid. Preventiebeleid heeft als doelstelling, de gezondheid te verbeteren, te voorkomen dat de gezondheid wordt aangetast en de gezondheid te beschermen. Het zorgbeleid beoogt het handhaven en bevorderen van een kwalitatief hoog niveau van voorzieningen in de gezondheidszorg en de maatschappelijke dienstverlening en het zo goed mogelijk afstemmen van de voorzieningen op de zorgvraag van de patiënten of consumenten binnen de beschikbare financiële kaders (Boot-Knapen, 1996).

1.2 Model van Lalonde

Lalonde (minister van Volksgezondheid in Canada in de jaren '70) heeft een model ontwikkeld om invloeden op gezondheid een plaats te geven. Dit model wordt het Health Field Concept genoemd. Hij stelt in het gezondheidsbeleid gezondheid en het bevorderen van gezondheid centraal. Hierin wordt uitgegaan van gezondheid, niet van ziekte en het terugdringen van ziekte. Lalonde heeft een inventarisatie gemaakt van de factoren die invloed hebben op ziekte en gezondheid. Het model leent zich er niet om individuele gezondheid of een individueel gezondheidsprobleem nader te bekijken. Een andere benaming voor de factoren die invloed hebben op onze gezondheid is gezondheidsdeterminanten. Hij heeft de volgende indeling gemaakt (Sassen, 2002).

1.2.1 Factor intern milieu

Met het interne milieu worden de factoren aangeduid die zich in het menselijke lichaam afspelen. De factoren die van invloed zijn op de gezondheid. Dit zijn genetische factoren en verworven eigenschappen. Enkele voorbeelden zijn een verhoogde bloeddruk, cholesterolgehalte in het bloed, lichaamsgewicht, glucosetolerantie.

1.2.2 Factor extern milieu

Dit betreft factoren buiten het menselijke lichaam die een bepaalde invloed op de gezondheid hebben, zoals chemische, fysische en biotische factoren. Chemische en fysische factoren kunnen aanleiding zijn tot vervuiling en vergiftiging.

Een voorbeeld van een biotische factor is de aanwezigheid van pollen die hooikoorts kunnen veroorzaken. Voor individuen is deze invloed op hun gezondheid veelal moeilijk beheersbaar.

1.2.3 Factor maatschappelijke omgeving

Deze factor geeft de plaats van mensen weer binnen de maatschappij. De maatschappelijke omgeving waarin mensen verkeren, heeft een belangrijke invloed op de gezondheid en hun gevoel van welbevinden. In de factor maatschappelijke omgeving wordt een verdere indeling gemaakt in arbeid, school, gezinssituatie, etnische achtergrond, sociaal-economische status en sociale omgeving.

1.2.4 Factor leefstijl

Deze factor geeft de invloed weer die het gedrag van mensen heeft op de gezondheid en op het ontstaan van gezondheidsproblemen. Bij deze factor gaat het zowel om datgene wat een persoon aan overwegingen en dergelijke heeft om zich op een bepaalde manier te gedragen, als om het werkelijke gedrag. Belangrijk zijn voedingsgewoonten, alcohol drugsgebruik, roken, lichamelijke (in)activiteit en seksueel gedrag. Veel curatieve en preventieve activiteiten van verpleegkundigen hebben (gedeeltelijk) te maken met het aanzetten van patiënten(groepen) tot ander gezonder gedrag. Door factoren te beïnvloeden is een verbetering en bevordering van de gezondheid van patiënten en groepen te verwachten (Sassen 2002).

1.3 De Wet Collectieve Preventie

De Wet Collectieve Preventie volksgezondheid (WCPV) is in 1989 van kracht geworden. Deze wet draagt gemeente de verantwoordelijkheid op voor collectieve preventie, in de WCPV gedefinieerd als bewaking en bevordering van de volksgezondheid voor zover deze samenhangt met risico's met een collectief karakter. In de Wet Collectieve Preventie worden de volgende taken voor gemeenteraden beschreven.

De eerste taak is een algemene bevorderingstaak en is uitgewerkt in de volgende onderdelen:

- De gemeenteraad bevordert de totstandkoming en de continuïteit van en de samenhang binnen collectieve preventie evenals de onderlinge afstemming tussen deze collectieve preventie en de curatieve gezondheidszorg.
- Inzicht verwerven in de gezondheidstoestand van de bevolking door middel van epidemiologisch onderzoek.
- Het meewegen van het facetbeleid in bestuurlijke beslissingen op allerlei andere beleidsgebieden.
- Hygiëne en psycho-hygiëne
- Gezondheidsvoorlichting en opvoeding.

De tweede taak behelst een uitvoeringsplicht ten aanzien van de jeugdgezondheidszorg, en de algemene gezondheidszorg. In de algemene gezondheidszorg worden de volgende taken uitgevoerd: infectieziektebestrijding, reizigersvaccinatie, tuberculose, soa, medische milieukunde en technische hygiënezorg. Sociaal-verpleegkundigen zijn werkzaam op de afdelingen jeugdgezondheidszorg en de afdeling algemene gezondheidszorg. Zij hebben ieder een eigen werkveld waarbinnen zij functioneren (Boot-Knapen, 1996).

De derde taak vanuit de Wet Collectieve Preventie is dat gemeenten activiteiten uitvoeren die door het rijk zijn opgedragen. In deze taken heeft het rijk een meer intensieve bemoeienis. Te denken valt aan medische milieukunde of epidemiologie. De overheid verplicht de gemeente tot het in stand houden van een Gemeentelijke Gezondheids Dienst, in het vervolg aangeduid als

GGD. Deze GGD adviseert de gemeente over datgene wat met gezondheid samenhangt. Dit alles heeft de GGD een andere invulling van zijn taken gegeven.

Er wordt bij de GGD getracht om meer collectief te gaan werken in plaats van individueel. Er worden methoden ontwikkeld om risicogroepen op te sporen om die vervolgens veel gericht te kunnen onderzoeken, in plaats van elk kind periodiek onderzoeken. Men streeft er naar om op deze wijze meer effectiever en efficiënter te werken.

Er vindt een verschuiving plaats van secundaire preventie in de richting van primaire preventie, gezondheidsbescherming en gezondheidsbevordering. Primaire preventie houdt in dat er interventies worden gedaan om gezondheid te voorkomen of behouden. Secundaire preventie houdt in dat de schade van een aandoening of ziekte wordt beperkt. De invloeden van milieu, omgeving, leefstijl en psychologische factoren worden veel meer in het werk betrokken. Epidemiologen, informatiedeskundigen, Gezondheids Voorlichting en Opvoeding (G.V.O.)-functionarissen, pedagogen en psychologen werken samen met sociaal-geneeskundigen en sociaal-verpleegkundigen in multidisciplinaire teams. Er wordt meer flexibiliteit van de structuur van de organisatie verwacht. De medewerkers van de organisatie dienen sneller te kunnen inspelen op wisselende vragen van gemeenten en bevolking. Er wordt geappelleerd aan hun deskundigheid ten aanzien van advies over het gezondheidsbeleid aan de gemeenten. De GGD wordt steeds meer een samenwerkingspartner van andere instellingen en groepen uit de bevolking (Boot-Knapen, 1996).

1.4 SOA/HIV-preventie en -bestrijding in de openbare gezondheidszorg

In de context van dit eindwerkstuk is motiverende gespreksvoering een interventie ten aanzien van de leefstijl van de doelgroepen binnen de SOA/HIV-preventie en -bestrijding. In paragraaf 1.3 is beschreven dat de SOA/HIV-preventie en -bestrijding één van de uitvoeringstaken is van de openbare gezondheidszorg. Elke GGD heeft een curatief spreekuur georganiseerd. Deze zorg is aanvullend op de reguliere curatieve zorg en heeft tevens een vangnetfunctie. Een aantal cliënten wil anoniem blijven, en cliënten met specifieke vragen of problemen kiezen bewust voor de GGD. Van 2001 tot 2004 is door de openbare gezondheidszorg uitvoering gegeven aan het project VISI. Dit staat voor Versterking Infra Structuur Infectieziektebestrijding. Dit project is onder andere een aanzet geweest tot de regionalisering van de SOA/HIV-preventie en -bestrijding. Nederland is hiervoor opgesplitst in acht gebieden. Per verzorgingsgebied neemt een coördinerende GGD de organisatie van de SOA/HIV-preventie en -bestrijding op zich. In het project zijn onder de normering infectieziektebestrijding de negen basistaken infectieziektebestrijding als uitgangspunt genomen, zoals ze zijn beschreven in de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid. Deze basistaken gelden ook voor de SOA/HIV-preventie en -bestrijding en worden hieronder benoemd (eindrapportage project VISI, 2004):

- Surveillance.
- Uitvoering infectieziektewet
- Beleidsadvisering
- Primaire preventie
- Bron-, en contactonderzoek
- Netwerk en regie
- Vangnetfunctie
- Crisismanagement
- Onderzoek.

In de volgende subparagrafen worden de basistaken surveillance en bron- en contactonderzoek verder uitgewerkt. Surveillancegegevens geven de incidentie van het gezondheidsprobleem weer. Tijdens het bron- en contactonderzoek vinden de interventies ten aanzien van gedragsverandering plaats.

1.4.1 Surveillance

Onder surveillance wordt verstaan het voortdurend verzamelen, analyseren en interpreteren van die infectieziektegegevens, die noodzakelijk zijn voor de planning, uitvoering en evaluatie van beleid, gekoppeld aan de tijdige verspreiding van informatie van allen die op de hoogte dienen te zijn. Bij de SOA/HIV-preventie en -bestrijding moet naast gegevens over het voorkomen van deze ziekte ook gedacht worden aan gegevens over risicogedrag, zoals het al dan niet gebruiken van condooms.

Bovendien is het van belang over gegevens te kunnen beschikken van de diverse doelgroepen. De surveillance onderscheidt zich van de epidemiologie doordat zij signaleert dat er iets gebeurt. Een dergelijk signaal kan aanleiding zijn om (epidemiologisch) onderzoek te gaan doen, dat antwoord probeert te geven op de vraag hoe en waarom. (Eindrapportage project VISI, 2004)

Onderstaande tabel geeft een overzicht van de resultaten van het onderzoek naar de incidentie van HIV en SOA in 2005. Hepatitis B wordt hier buitenbeschouwing gelaten omdat dit een meldingsplichtige ziekte betreft die valt onder de infectieziektewet.

De trend in het aantal SOA- diagnoses over de afgelopen 5 jaren laat een toename zien voor het aantal gevallen van syfilis, HIV en chlamydia. Het aantal van Gonorrhoe is ongeveer gelijk gebleven. De oorzaak van de stijging is mogelijk een combinatie van factoren, zoals het actievere testbeleid (door meer te testen op SOA en HIV, worden ze vaker gevonden), onbeschermd (anale) seks bij homoseksuele mannen, toename van onveilig seksueel gedrag, verbeterde registratie, verhoogde alertheid op SOA.

Tabel 1.1 Overzicht van aantallen en percentages SOA-aandoeningen in 2005 (bron: SOAIDS, www.soaids.nl/soa/soa_cijfers).

	Absoluut aantal in 2005	Trend t.o.v. 2004 (%)	Mannen heteroseksueel	Vrouwen	Mannen homo- en biseksueel
Chlamydia	5146	+ 15,1 %	+17,0%	+18,3%	+7,8%
Gonorrhoe	1494	- 2,9%	-18,1%	-5,2%	+10,3%
Syfilis	577	-8,1 %	+11,6%	-24,1%	-9,5%
HIV - positief	269	+ 22,4 %	+9,4%	+12,5%	+27,1%

De cijfers geven de toename aan ten opzichte van het jaar 2004. De cijfers zijn onderling niet aan elkaar gerelateerd. Deze gegevens komen uit de thermometer SOA en HIV, maart 2006. Deze stand van zaken wordt doorgegeven aan het ministerie van VWS. Op basis van deze gegevens kan het beleid tijdig worden bijgesteld. De gegevens zijn afkomstig uit het SOA peilstation dat in 2003 is geïmplementeerd als onderdeel van een verbeterende surveillance van SOA in Nederland. Binnen het peilstation worden nieuwe consulten voor SOA en HIV geregistreerd. Het peilstation bestaat uit 5 drempelvrije SOA-poliklinieken en negen GGD-en. Deze zijn gekozen op basis van sensitiviteit, kwaliteit, geografische verspreiding en de dekkingsgraad van de risicogroepen. Het RIVM coördineert het SOA-peilstation. Dit definitieve cijfers zijn nog in bewerking (www.soaids.nl/professionals).

1.4.2 Bron- en contactonderzoek

Binnen de SOA/HIV- preventie en -bestrijding wordt gesproken over onderzoek, screening en partnerwaarschuwing. Lichamelijk onderzoek (voorbehouden aan de arts) en screening (door de verpleegkundige) vinden plaats tijdens de spreekuren waarin preventie en curatie samen gaan. Een consult bestaat uit een gesprek, onderzoek en het meedelen van de uitslag (via telefoon, of op afspraak tijdens spreekuur, afhankelijk van de risico-inschatting) (eindrapportage VISI).

De preventieve zorg wordt onderverdeeld in

Primaire preventie:	Het geven van voorlichting om veilig gedrag te bevorderen of te houden om zo te voorkomen dat een soa wordt overgedragen.
Secundaire preventie:	De behandeling van een cliënt om complicaties te voorkomen en te voorkomen dat anderen besmet raken. Uitvoering geven aan bron- en contactonderzoek.
Tertiaire preventie:	Bij aanhoudende ziekte het inzetten van de juiste therapie of na controle om verdere complicaties te voorkomen. Deze vorm van preventie komt alleen voor in de curatieve sector

(Handboek SOA, 1998)

Het ministerie van VWS heeft in 2006 het bedrag voor aanvullende SOA- zorg verhoogd van 6,4 miljoen euro naar 11 miljoen euro. Dit geld gaat naar de GGD-en. Iedereen die een risico heeft gelopen op een SOA door onveilig vrijgedrag kan zich sinds 1 januari 2006 gratis laten testen bij een GGD. Een cliënt wordt getest op chlamydia, syphilis en gonorroe. De test kan worden uitgebreid met hepatitis B of HIV. Dit is afhankelijk van het gelopen risico. Een van de aanbevelingen hierbij is om vooral de doelgroepen van de SOA/HIV-preventie en -bestrijding te stimuleren om zich te laten testen op SOA.

Sommige centra houden een inloopsprekuren, of de indicatiestelling wordt telefonisch gedaan. Hiervoor wordt gebruik gemaakt van een checklist. Deze checklist is als bijlage 1 toegevoegd. Deze checklist is een instrument om de cliënten die tot de doelgroep behoren, eruit te filteren en in te plannen op het spreekuur.

1.5 Doelgroepen van de SOA/HIV-preventie en -bestrijding

Binnen de SOA/HIV-preventie en -bestrijding wordt gesproken over de volgende doelgroepen:

- Jongeren onder de 25 jaar
Onder jongeren is meer sprake van wisselende partners. Zij bevinden zich in een netwerk van wisselende sekscontacten. Prevalentie van SOA onder deze groep is 10% of meer. Het aanbieden van screening aan deze groep biedt de mogelijkheid tot een preventiemoment.
- Cliënten met meer dan drie wisselende contacten binnen de afgelopen zes maanden
Het is evident dat er een groter risico op het krijgen van HIV en SOA optreedt naarmate er meerdere partners zijn geweest. Het is nog niet duidelijk waar het verhoogde risico begint en welk aantal voldoende aanleiding geeft om mensen uit te nodigen. Tot nu toe is dit de richtlijn.
- Mannen die seks hebben met mannen
Zij lopen een verhoogd risico op HIV en SOA.
- Prostituees
Zij hebben een verhoogd risico vanwege de hoge partnerfrequentie, ook al wordt er veilig gewerkt. Mannen die seks hebben in de prostitutie dienen te worden getest, omdat deze seks plaats vindt in een hoogrisico netwerk.

- Cliënten die (of hun partner) afkomstig zijn uit de sub-Sahara, Afrika, Kaapverdië, Caribisch gebied

Bepaalde delen van SOA en HIV komen in delen van de wereld endemisch voor. Dat betekent dat een persoon die afkomstig is uit een endemisch gebied mogelijk in contact is geweest met HIV of andere SOA. Screening is daarom aangewezen. Partners van mensen uit endemische gebieden lopen een hoog risico (Protocol Sense 2004).

- Overig

Het spreekuur is verder bedoeld voor cliënten die klachten hebben die duiden op een SOA. Cliënten die in het kader van partnerwaarschuwing zijn gewaarschuwd voor een SOA, en cliënten (of hun partner) die in het afgelopen jaar een SOA hebben gehad.

In paragraaf 1.4.2 is beschreven dat het lichamelijk onderzoek wordt uitgevoerd door de arts. De screening vindt plaats door de verpleegkundige. In het volgende hoofdstuk wordt ingegaan op de rol van de MGZ-verpleegkundige binnen de openbare gezondheidszorg.

2 De MGZ-verpleegkundige

Inleiding

In dit hoofdstuk staat de MGZ- verpleegkundige centraal. Zij geeft uitvoering aan het ambt verplegen. Onder verplegen wordt verstaan: “Het herkennen, analyseren, evenals het verlenen van advies en bijstand ten aanzien van feitelijke of dreigende gevolgen van lichamelijke en/of geestelijke ziekteprocessen, handicaps, ontwikkelingsstoornissen en hun behandeling voor de fundamentele levensverrichtingen van het individu. Verpleegkundig handelen houdt tevens in: “het zodanig beïnvloeden van mensen, dat menselijke vermogens worden benut met het oog op het in stand houden en bevorderen van gezondheid” (Kruyswijk-Jansen & Mostert, 1996).

Om het taakgebied van de MGZ-verpleegkundige af te bakenen zal in paragraaf 2.1 het kernprofiel van de MGZ-verpleegkundige worden toegelicht. In de context van dit eindwerkstuk wordt er uitvoering gegeven aan sociaal-verpleegkundige zorg. In paragraaf 2.2 zal de professionalisering van de sociaal-verpleegkundige worden beschreven. Tevens zal het beroepsdeelprofiel worden toegelicht.

In paragraaf 2.3 worden de taakgebieden en competenties beschreven van een sociaal-verpleegkundige binnen de SOA/HIV-preventie en -bestrijding.

2.1 De MGZ- verpleegkundige

Volgens het studentenstatuut van de Haagse Hogeschool is een MGZ- verpleegkundige een maatschappelijk betrokken, professionele HBO- opgeleide verpleegkundige op kwalificatieniveau 5, werkzaam in de Maatschappelijke Gezondheidszorg.

De maatschappelijke gezondheidszorg is het werkveld waarin de maatschappelijke ontwikkelingen als de ontwikkelingen in de gezondheidszorg elkaar wederzijds beïnvloeden en versterkend aanwezig zijn, omdat:

- De zorg per definitie plaats vindt in relatie met groepen/individuen in de maatschappelijke context van hun functioneren.
- De zorg per definitie plaats vindt binnen de leef-, woon- en werksituatie van de cliënt/doelgroep. De daar geldende structuren, normen en waardepatronen en de grote diversiteit daarin zijn immers context en uitgangspunt van de zorgverlening.
- De zorg per definitie “care-gericht” en “preventie-gericht” is (Studiegids MGZ opleiding 2004).

Om het functioneren op HBO- niveau inzichtelijk te maken wordt er een typering gegeven met behulp van drie domeinen. Deze domeinen zijn als volgt: het domein van de zorg, het domein van de organisatie, en het domein van het beroep.

In dit eindwerkstuk beperken we ons tot het domein van de zorg. Het toepassen van motiverende gedragsverandering vindt immers plaats in het domein van de zorg. Binnen de drie genoemde domeinen vervult de MGZ-verpleegkundige vijf verschillende rollen. De vijf rollen die de MGZ- verpleegkundige vervult zijn aan elkaar verwant, en zijn als volgt:

- De rol als zorgverlener.
- De rol als regisseur.
- De rol als coach en adviseur.
- De rol als beroepsbeoefenaar.
- De rol als ontwerper.

Motiverende gespreksvoering wordt in deze context uitgevoerd als interventie door de zorgverlener in het domein van de zorg. Om die reden worden de domeinen organisatie en beroep buiten beschouwing gelaten.

Wanneer de MGZ-verpleegkundige motiverende gespreksvoering hanteert als interventie, dan dient deze in staat te zijn om:

- Preventief te werken ter voorkoming van gezondheidsproblemen. Hieronder verstaan wij ook het bevorderen en het in standhouden van de gezondheid. Zij is in staat om gezondheidsproblemen te hanteren, die gericht zijn op herstel, revalidatie en verlichting. Dit alles ter ondersteuning van de zelfzorg en autonomie van de cliënt.
- In staat te zijn om latente als manifeste, hoogcomplexiteit gezondheidsproblemen zelfstandig te herkennen en integraal te analyseren binnen de context van de maatschappelijke gezondheidszorg.
- De daaruit voortvloeiende zorgbehoeften vast te kunnen stellen, met inachtneming van de eigenverantwoordelijkheid en autonomie van de cliënt/doelgroep. Zij is in staat om deze zorgbehoeften, in samenwerking met de cliënt/doelgroep te vertalen naar een plan van aanpak/ verpleegkundige interventies.
- In staat te zijn om binnen het totale zorgproces noodzakelijke verpleegkundige interventies zelfstandig uit te voeren binnen de grenzen van de eigen beroepsverantwoordelijkheid en -aansprakelijkheid.
- Hulpverlening- en samenwerkingsrelaties aan te kunnen gaan, te onderhouden en af te ronden, uitgaande van de leef-, woon- en werksituatie van de cliënt. De hier genoemde relaties gaan uit van de normen- en waardepatronen van een grote diversiteit van cliënten en doelgroepen. (Studiegids MGZ opleiding, 2004)

2.2 De MGZ-verpleegkundige binnen de openbare gezondheidszorg (= sociaal-verpleegkundige)

De MGZ-verpleegkundige die binnen de openbare gezondheidszorg werkzaam is, wordt sociaal-verpleegkundige genoemd.

De term van de "sociaal"-verpleegkundige komt voort uit de functie van de huisbezoeksters van de Nederlandse Bond van Tuberculose. Deze verpleegkundige verrichtte huisbezoeken bij personen die besmet waren met tuberculose. Tijdens het huisbezoek verpleegde zij de zieken, leerde zij gezinsleden hoe ze met de zieken moesten omgaan en leerde hen sociaal-hygiënisch gedrag. Ook voerde zij onderwijzende taken uit onder de bevolking over gezondheids- en bestaansbedreigende factoren, zoals voeding, hygiëne en ziekte. Zij kreeg vaak de rol als vertrouwenspersoon in de gezinnen, en werkte laagdrempelig ten aanzien van hulpvragen. Vanaf 1910 bestond er een vakopleiding tot huisbezoeksters. Er heeft toen een discussie plaatsgevonden over de toelatingseisen van de "aspirant"-huisbezoekster. Deze discussie ging over het feit of de "aspirant"-huisbezoekster een medische/verpleegkundige opleiding moest volgen of een opleiding die de kant van sociaal-werkster uitging. In 1969 werd de Vereniging voor Sociaal-Verpleegkundige in de Tuberculosebestrijding opgericht. Hierbij werd de functie sociaal- verpleegkundige al gebruikt. De functie is uitgegroeid naar een zelfstandige beroepsbeoefenaar op het gebied van de Openbare Gezondheidszorg (Bron: beroepsdeelprofiel sociaal-verpleegkundige, 2004).

In 1995 is de Landelijke Vereniging voor Sociaal-Verpleegkundigen opgericht. Zij hebben hun specifieke beroepsuitoefening beschreven en verantwoord in een beroepsdeelprofiel. Het meest recente beroepsdeelprofiel dateert van 2004 en is afgeleid van het beroepsprofiel van de

verpleegkundige. De doelstelling en interventies van de sociaal- verpleegkundige zijn in het beroepsdeelprofiel als volgt beschreven:

“Het bewaken en bevorderen van gezondheid en daarmee het voorkomen van de impact van (dreigende) ziekte of stoornis en het beperken van de gevolgen voor de gezondheid en het bestaan”.

De beroepsuitoefening als sociaal- verpleegkundige bouwt voort op een al aanwezig competentieprofiel als basisverpleegkundige. In het beroepsdeelprofiel zijn de taakgebieden, kerntaken en competenties beschreven waarin de sociaal- verpleegkundige deskundig is. De taakgebieden komen overeen met de taakgebieden van de MGZ-verpleegkundige. In de opleiding tot MGZ-verpleegkundige worden deze taakgebieden als domeinen aangeduid.

“Een kerntaak is een set van inhoudelijk samenhangende beroepsactiviteiten die voor een belangrijk deel door de sociaal- verpleegkundige worden uitgeoefend. Zij weerspiegelen de kenmerkende werkzaamheden van de sociaal- verpleegkundige, geordend in de logische volgorde van de beroepsuitoefening”.

Om te verduidelijken op welke wijze het beroepsdeelprofiel is opgebouwd, wordt er één kerntaak en kernopgave beschreven, te weten de kerntaak naar preventieve zorg introduceren en verkennen. Voor de overige taakgebieden, kerntaken en competenties wordt naar het beroepsdeelprofiel van de sociaal-verpleegkundige verwezen. Voor de leesbaarheid zal de sociaal-verpleegkundige als S.V. worden aangeduid.

2.2.1 Een kerntaak van de MGZ-verpleegkundige: de vraag naar preventieve zorg introduceren en verkennen

De eerste kerntaak (geordend in logische volgorde van beroepsuitoefening) is “De vraag naar preventieve zorg introduceren en verkennen”.

Deze kerntaak bevat een set van inhoudelijke samenhangende beroepsactiviteiten:

Het introduceren en verkennen van de potentiële en de actuele vraag naar preventieve zorg, door middel van een gestandaardiseerde, methodische wijze van informatieverzameling over de gezondheid en het bestaan van de (potentiële en actuele) zorgvragers. De S.V. gaat na op welke wijze deze de situatie beleven en welke verwachtingen, wensen en vragen er bestaan in relatie tot preventie. Deze informatie krijgt de S.V. van de zorgvrager(s), van andere disciplines en via observeren, signaleren, en staat in relatie tot de potentiële/actuele gezondheidsdreiging en de behoefte aan gebruik van de GGD-diensten.

In bepaalde situaties verzamelt de S.V. haar bronnen bij naasten, of de indirecte omgeving van de zorgvrager. Ook individuele en collectieve signalen en relevante informatie van betrokken disciplines uit eigen organisatie spelen hierbij een belangrijke rol.

De S.V. vormt zich een beeld van het individu dan wel de groep zorgvragers. En hun uitgangssituatie. Op grond hiervan krijgt de S.V. inzicht in de actuele of potentiële gezondheids- of daaraan gerelateerde bestaansproblemen van de (groep) zorgvrager(s) en stelt zij verpleegkundige diagnoses.

Op grond daarvan zal een individueel dan wel collectief preventief zorgaanbod worden ontwikkeld en uitgevoerd. Daarnaast maakt de S.V. de individuele dan wel collectieve zorgvrager wegwijs in het zorgaanbod. Hierbij stemt de S.V. de informatie af op de behoefte van de zorgvrager en de (on)mogelijkheden van de GGD. In een kortdurende of acute situatie zal het verzamelen van gegevens zich vooral concentreren op de meest noodzakelijke informatie. In andere gevallen zal dit uitgebreid plaatsvinden. (Beroepsdeelprofiel sociaal-verpleegkundige, 2004)

De kernopgave ten aanzien van deze kerntaak is:

Om de gevolgen van een potentiële/actuele ziekte of bedreiging en de daarmee samenhangende gevolgen op de gezondheid en het bestaan van de potentiële zorgvragers in hun woon- leefomgeving te signaleren en te herkennen, analyseert en interpreteert de S.V. continu en op systematische wijze gegevens over individuen dan wel groepen zorgvragers. Zij maakt daarbij gebruik van specifieke methodische hulpmiddelen (statistieken en

onderzoeksgegevens). Het aanbod van zorg wordt maximaal afgestemd op de (potentiële en actuele zorgvragen). Op deze wijze krijgen de zorgvragers de zorg die nodig hebben.

Dit betekent in concreet handelen en gedrag dat de S.V. gerichte observaties en interpretaties uitvoert bij een individu of een groep. Dit bestaat uit het verzamelen, selecteren, interpreteren en controleren van de gegevens bij de (groep) zorgvrager(s) en hun naasten.

De competenties die beschreven staan in het beroepsdeelprofiel zijn geformuleerd in termen van gedrag en resultaten. Zij beschrijven de vermogens van een sociaal-verpleegkundige om taken en opgaven in haar beroepsuitoefening op een adequate, procesmatige, productmatige en zorgvrager gerichte wijze aan te pakken. Competent gedrag berust op een samenhangend gebruik van onderliggende vaardigheden, kennis, attitude en persoonskenmerken.

2.3 Competentieprofiel van de sociaal-verpleegkundige binnen de SOA/HIV-preventie en -bestrijding.

De Landelijke Vereniging van sociaal-verpleegkundige bestaat uit de volgende commissies: Hygiëne en milieu, Infectieziekten, Jeugdgezondheidszorg, tuberculose en SOA/AIDS. In december 2005 is het competentieprofiel ontwikkeld voor sociaal-verpleegkundigen die werkzaam zijn binnen de SOA/HIV-preventie, -bestrijding en seksuele gezondheid. Dat competentieprofiel is afgeleid van het hierboven beschreven beroepsdeelprofiel van de sociaal-verpleegkundige.

Het zorgdomein binnen dit competentieprofiel wordt uitgesplitst in individuele zorg en collectieve zorg. Het domein (taakgebied) organisatie is in dit competentieprofiel toegespitst naar netwerkrelaties. (Competentieprofiel Sociaal-verpleegkundigen SOA/HIV preventie, bestrijding en seksuele gezondheid).

De vraagstelling in dit eindwerkstuk is gebaseerd op een interventie (nl. motiverende gesprekstechniek) in een individuele zorgverlening relatie. In verband hiermee beschrijven we in deze paragraaf de taakgebieden en competenties ten aanzien van het verlenen van zorg op individueel niveau. We beschrijven vier taakgebieden en competenties, te weten:

- het vaststellen van de zorg
- het plannen van zorg op individueel niveau en selecteren van interventies
- het uitvoeren van interventies op individueel niveau
- het evalueren van de zorg en bepalen van het vervolgtraject.

Om deze taakgebieden en competenties te verduidelijken zal er een fictieve casus worden gebruikt, waarop de taakgebieden en competenties worden geïllustreerd. Voor de leesbaarheid zal de sociaal-verpleegkundige als S.V. worden aangeduid.

Casus

Een vrouw van 22 jaar heeft een afspraak gemaakt op het spreekuur van de GGD. Zij is door een vriend gewaarschuwd. Zij heeft met hem een half jaar geleden een korte seksuele relatie gehad.

Hij heeft haar gewaarschuwd dat ze misschien wel een geslachtsziekte heeft. Zij heeft soms wat lichte buikpijn, zij neemt dan een aspirientje. De pijn verdwijnt dan weer. Ze heeft verder geen klachten.

Zij gebruikt de anticonceptiepil, en geen condooms.

2.3.1 Taakgebied: vaststellen van de zorg

Competentie: Om (potentiële/actuele) gezondheidsproblemen en het bestaan van zorgvragen op gebied van SOA/HIV-infecties (en seksuele gezondheid) te herkennen en vast te stellen, analyseert en interpreteert de sociaal-verpleegkundige, die werkzaam is in de SOA/HIV-preventie en -bestrijding, op systematische wijze gegevens van de zorgvrager, rekeninghoudend met populatiespecifieke factoren.

De S.V. heeft kennis van SOA /HIV, seksuele gezondheid, anticonceptie, seksuele technieken en determinanten van risicogedrag. De S.V. bouwt een vertrouwensband op met de cliënt, zij hanteert een cliëntgerichte benadering. De S.V. legt de procedure uit en vraagt of de cliënt hiermee akkoord gaat. De S.V. neemt een anamnese af. Zij bespreekt de reden van het bezoek met de cliënt. In dit geval is de reden van het bezoek: klachten in de vorm van pijn in onderbuik en partnerwaarschuwing. Zij vormt zich een totaalbeeld van de sociaal maatschappelijke situatie van de zorgvrager. Deze cliënt behoort tot de doelgroep jongeren onder de 25 jaar. De S.V. neemt een risicoanamnese af. De cliënt geeft aan dat ze twee weken geleden een keer onbeschermd seksueel contact heeft gehad. Cliënt gebruikt geen condoom. Cliënt heeft een beperkte kennis over SOA.

2.3.2 Taakgebied: het plannen van zorg op individueel niveau en het selecteren van de interventies

Zonodig mede op basis van aanvullend onderzoek, diagnostiek of expertise formuleert de sociaal- verpleegkundige zelfstandig en indien mogelijk in samenspraak met de zorgvrager een interventieplan volgens de geldende professioneel standaarden.

De S.V. heeft kennis van het wettelijke kader infectieziektebestrijding Infectieziektewet, de wet BIG., de WCPV. De S.V. onderhoudt een relatie met de zorgvrager. De S.V. is in staat om individueel en collectief belang af te wegen. De S.V. heeft geactualiseerde kennis over de verschillende soorten interventies: SOA/HIV-diagnostiek, verschillende methodieken op gebied van curatieve en niet curatieve SOA/HIV-zorg en seksuele gezondheid. De S.V. is in staat om haar interventies te verantwoorden. De interventies die in deze casus worden genomen zijn: bespreken van het risicogedrag van de cliënt, aanvullende informatie geven over SOA, onderzoek op chlamydia, gonorroe en syfilis.

2.3.3 Taakgebied: het uitvoeren van geselecteerde interventies op individueel niveau

Op grond van een eerder zorgplan voert de sociaal- verpleegkundige in de SOA/HIV zelfstandig, methodisch en systematisch de interventies uit. Zij doet dit op een methodische en systematische wijze. De zorg is wisselend in complexiteit en urgentie, op verschillende locaties. Zonodig coördineert zij de zorg bij samenwerking met andere hulpverleners.

De S.V. heeft geactualiseerde kennis van relevante protocollen, handboeken en richtlijnen. De S.V. heeft vaardigheid ten aanzien van kweekafname. De S.V. bezit kennis over soa en gerelateerde aandoeningen. De S.V. is vaardig in counselingtechnieken en motivational interviewing technieken. Ten aanzien van deze casus hanteert de S.V. het protocol ten aanzien van partnerwaarschuwing. De S.V. geeft de cliënte aanvullende informatie ten aanzien van SOA. Zij hanteert de motivational interviewing techniek om na te gaan of de cliënte gemotiveerd is om haar risicogedrag aan te passen. Zij geeft uitvoering aan de screening. In de afrondingsfase van het consult wordt het gesprek samen gevat. Zij plant samen met de cliënte een belafsprake voor de uitslag van het onderzoek. Zij geeft informatie over de wijze waarop zij zal worden behandeld indien zij een positieve uitslag heeft. Zij registreert de gegevens ten aanzien van de zorgverlening en surveillance. De S.V. neemt de privacyregels ten aanzien van de zorgverlening van de cliënte in acht.

2.3.4 Taakgebied: het evalueren van de geleverde zorg en het bepalen van het vervolgtraject.

De sociaal-verpleegkundige SOA/HIV bewaakt zelf en in samenwerking met haar team de kwaliteit van de geleverde zorg aan de hand van protocollen, collegiale toetsing, nieuwe ontwikkelingen en evaluatie met zorgvragers. Zij reflecteert op de uitvoering en effectiviteit van haar eigen handelen, dat van haar collega's en het beleid en zij vertaalt problemen en hiaten in de zorg naar persoonlijke doelen of doet voorstellen voor verandering op beleidsniveau.

De S.V. is in staat om handelingen begrijpelijk en adequaat te rapporteren zodat anderen zorg kunnen continueren en evalueren. De S.V. evalueert haar zorgverlening met de cliënte tijdens het contactmoment. De S.V. staat open voor feedback van anderen en kan feedback geven aan anderen. De S.V. heeft kennis van de methoden van evaluatie met zorgvragers. De S.V. reflecteert op haar eigen kennis, vaardigheid en attitude en op de van collega's. De S.V. is in staat om de protocollen en werkmethodeken aan de kwaliteitscriteria's, professionele standaard en kritisch inzicht. De S.V. is in staat om consequenties te trekken uit gesignaleerde problemen en veranderingen voor te stellen en uit te voeren.

In de inleiding is beschreven dat een van de onderdelen van verplegen bestaat uit: het zodanig beïnvloeden van mensen, dat menselijke vermogens worden benut met het oog op het bevorderen en in stand houden van gezondheid. Met andere woorden: het bevorderen van gezond gedrag. In het volgende hoofdstuk wordt op gedrag en gedragsverandering ingegaan.

3 Gedragsverandering

Inleiding

Om gedragsverandering te kunnen realiseren is het van belang om goed te begrijpen waarom mensen zich gedragen zoals ze zich gedragen. Inzicht in de determinanten van gedrag is belangrijk als men wil proberen om het gedrag te veranderen.

In dit hoofdstuk wordt in paragraaf 3.1 beschreven hoe gedrag ontstaat. In paragraaf 3.2 zal het ASE model als gedragsverklaringsmodel worden geanalyseerd en toegepast. In paragraaf 3.3 zullen de fase van gedragsverandering worden beschreven met behulp van het model van Prochaska en DiClemente. In paragraaf 3.4 zal worden stilgestaan bij seksueel gedrag.

3.1 Het ontstaan van gedrag

Volgens Brug e.a. (2000) heeft gedrag een aangeboren component, maar weinig gedrag is puur aangeboren. De meeste gedragingen zijn aangeleerd. Mensen leren gedrag aan wanneer aan een bepaalde stimulus een beloning wordt gekoppeld. Hij heeft hiervoor de leertheorie gebruikt die is gebaseerd op een onderzoek door Skinner. Binnen deze leertheorie wordt gedrag opgevat als een reactie op een stimulus. Soms zijn deze reacties tamelijk onbewust, en niet-intentioneel. Dus automatische reacties. Automatische reacties zijn essentieel om te overleven. Op andere momenten zijn deze reacties zeer bewust, en gecontroleerd en bepalen mensen heel bewust een adequate reactie. Door een situatie te analyseren, en alternatieven en consequenties op een rijtje te zetten kiest men de beste reactie.

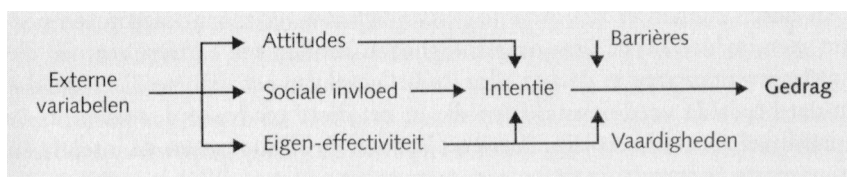
Er is continu een proces gaande tussen automatische en gecontroleerde reacties. Deze plaats op het continuüm tussen automatisch en gecontroleerd wordt bepaald door twee groepen factoren, namelijk motivatie en gelegenheid. Hoge motivatie kan bijvoorbeeld voortkomen uit betrokkenheid en mogelijke persoonlijke gevolgen. Ook kun je worden gemotiveerd doordat andere personen je ergens op wijzen of je er op aanspreken. Gelegenheid heeft te maken met tijdsdruk en andere zaken die op dat moment spelen (cognitieve belasting). Bij voldoende motivatie en voldoende gelegenheid is de kans op gecontroleerde reacties groter (Brug e.a., 2000).

Sassen (2002) gebruikt de "sociale leertheorie" van Bandura om inzicht te verwerven in de determinanten van gedrag. De kern hiervan is dat mensen (gezondheids)gedragingen leren door gedragingen van anderen te observeren. Door dit gedrag te observeren ontwikkelen mensen een eigen vorm van (gezondheids)gedrag passend bij hun eigen situatie. Volgens deze theorie zal gedrag dat beloning oplevert vaker worden aangewend. Mensen vertalen het geheel van gedragingen van anderen naar hun eigen situatie. Het ontstane gezondheidsgedrag kan zowel een gunstige als ongunstige invloed op een persoon hebben.

3.2 Het ASE-model

Het ASE-model is onder andere gebaseerd op de leertheorie van Bandura, en op de theorie van berekeneerd gedrag van Fishbein en Azjen. Fishbein en Azjen stellen dat het gedrag het beste te voorspellen is door aan mensen te vragen of zij van plan zijn om dat gedrag te vertonen: de gedragsintentie. Intenties kunnen het gedrag voorspellen, maar zeker niet in alle gevallen.

Wanneer het voor iemand onmogelijk is om het gedrag te vertonen, zal de intentie niet uiteten in gedrag. Hetzelfde geldt als er onverwachte barrières ontstaan. De gedragsintentie wordt bepaald door een drietal determinanten zoals attitude, opvattingen van anderen, de inschatting van eigen mogelijkheden het gedrag uit te voeren (waargenomen gedragscontrole) (Sassen, 2002).



Figuur 3.1 Schematische afbeelding van het ASE-model (Sassen, 2002).

In het ASE-model staan een aantal begrippen centraal, te weten:

- Intentie
- Attitude
- Sociale invloeden, of subjectieve normen
- Eigen effectiviteit

Op deze begrippen gaan we in deze paragraaf nader in.

3.2.1 Intentie

Het uiteindelijke gedrag van mensen is volgens het ASE- model het beste te voorspellen uit de intentie. Dus de bedoeling, het “van- plan- zijn” van mensen, om een bepaald gedrag te vertonen. Bijvoorbeeld: veilig te vrijen. De relatie tussen de intentie en het uiteindelijk wel of niet uitvoeren van het gedrag kan worden verstoord door barrières. Deze zijn er de oorzaak van dat de cliënt zijn intentie niet kan omzetten in werkelijk gedrag. Een barrière is bijvoorbeeld dat een persoon wel een condoom bij zich heeft, maar dat niet snel genoeg voorhanden heeft omdat hij onderaan in de rugzak zit.

Intentie, de voorspeller van gedrag, wordt beïnvloed door drie gedragsdeterminanten; attitude, de sociale invloed en de eigen effectiviteit (Sassen, 2002).

3.2.2 Attitude

Hiermee wordt de houding bedoeld van mensen ten aanzien van onderwerpen. Over het algemeen zijn attitudes redelijk stabiel. Attitudes over leerervaringen worden mede gevormd op basis van eerdere ervaringen. Attitudes zijn niet alleen gebaseerd op logische redeneringen en verstandelijke overwegingen, maar ook op diepgewortelde gewoontes en irrationele overtuigingen. Attitudes zijn ook cultuurbepaald. Men kan een persoon rechtstreeks bevragen over zijn attitude ten aanzien van veilig vrijen. Men kan ook de attitudestructuur achterhalen door de persoon te bevragen over de voordelen en nadelen die aan dit gewoontegedrag vastzit (Brug e.a., 2000).

3.2.3 Sociale invloeden, of subjectieve normen

De sociale invloed betreft vooral de mate waarin een persoon al of niet instemt met de opvattingen van personen uit zijn sociale omgeving. De sociale invloed wordt onder andere bepaald door de motivatie om te conformeren en door referentopvattingen. Bij referentopvattingen gaat het om wat iemand- denkt- dat- anderen- denken. Een andere factor is de geneigdheid van een persoon om zich wel of niet iets van de opvattingen van anderen aan te trekken. Een groep waartoe iemand behoort of graag wil behoren heeft een belangrijke invloed op het gedrag van een persoon. In een groep gelden bepaalde regels en men is geneigd zich hieraan aan te passen omdat men bij de groep wil horen. Wanneer een persoon geen gehoor geeft aan de verwachtingen van de eigen sociale omgeving, kan dit ook resulteren in (sociale) sancties. Sociale invloeden kunnen zowel positief als negatief zijn. Steun van anderen kan een persoon helpen om ander gedrag aan te leren. Naast sociale steun kan er ook sprake zijn van sociale druk, en dit heeft een negatievere invloed van groep of persoon op iemand zijn gedrag. Druk kan ook worden uitgeoefend met het doel te verhinderen dat gedrag wordt veranderd (Sassen, 2002).

3.2.4 Eigen effectiviteit

De eigen effectiviteit is de inschatting die de persoon maakt over de haalbaarheid van het gedrag. Volgens Bandura kunnen verwachtingen over de eigen effectiviteit op drie dimensies variëren, namelijk

- De inschatting van de moeilijkheid van de vaardigheden die nodig zijn om het gedrag uit te voeren.
- De inschatting van de problemen die hetzelfde gedrag in verschillende situaties met zich mee kunnen brengen.
- De mate waarin men zelfvertrouwen heeft over het kunnen vertonen van het gedrag.

Praktische vaardigheden nemen een belangrijke plaats in bij de eigen effectiviteit. Vanuit de sociale omgeving kan sociale druk worden uitgeoefend op de eigen effectiviteit. Deze druk zal moeten worden weerstaan of hij moet onder invloed van deze druk toch het gewenste gedrag vertonen. Vaardigheden gaan een rol spelen als de persoon pogingen onderneemt het gedrag uit te voeren. Vaardigheden en barrières spelen een rol bij het uitvoeren van gedrag (Brug e.a., 2000)

Volgens Sassen worden door gezondheidskundige interventies toe te passen, gedragsdeterminanten in gunstige zin te beïnvloed. Het belangrijkste instrument is hierbij het motiveren van cliënten. De stap van de gezondheidskundige interventies wordt pas afgesloten als bij de patiënt daadwerkelijk gedragsverandering en stabilisering daarvan is bereikt. Dit wil zeggen dat hij het gedrag eigen heeft gemaakt en over een langere periode continueert. Zij citeert hier De Vries, die zegt dat wij ervan bewust moeten zijn dat een groot gedeelte van de bevolking niet gemotiveerd is om hun gedrag – samenhangend met een bepaald gezondheidsprobleem – te veranderen. Zij stelt verder dat motivatieverhoging een eerste aandachtspunt is als je het doel hebt om gedrag van mensen te veranderen. Naast gedragsbeïnvloeding door motivering zijn ook wetgeving, economische maatregelen en beleidsmaatregelen effectieve mogelijkheden voor gedragsbevordering. Deze kunnen de gedragsverandering ondersteunen en/of mogelijk maken (Sassen, 2002).

Momenteel loopt er een onderzoek door SOAIDS Nederland om uitgaansgelegenheden te checken op condoomautomaten. Beschikbaarheid van condooms is van groot belang in het voorkomen van onveilig vrijgedrag. Met de uitslag van het onderzoek gaan ze in gesprek met overheid en gemeente (www.soaids.nl/professionals).

Deze interventie is omgevingsgericht. Toch blijft motivering de belangrijkste invalshoek omdat dit binnen het handelingsrepertoire van verpleegkundigen ligt.

Sassen baseert zich verder op de theorie van Roling, die eveneens benadrukt dat mensen moeten weten hoe te veranderen, ze moeten willen veranderen en moeten kunnen veranderen. Het is altijd gebaseerd op vrijwillige gedragsverandering, gebaseerd op participatie van de

cliënt. Volgens Sassen zijn gezondheidkundige interventies effectiever, als ze gericht zijn op specifieke groepen mensen. (Sassen, 2002).

3.3 Gedragsverandering

Prochaska en DiClemente hebben een model ontwikkeld waarin de verandering van gezondheidsschadend gedrag kan worden begrepen. Dit model komt voort uit de hoek van de psychotherapie. Het maakt een onderscheid tussen verschillende stadia van gedragsverandering, processen die leiden tot verandering en cognities die in elkaar grijpen. De stadia van gedragsverandering ("stages of change") lopen van "het niet van plan zijn gedrag te veranderen" tot "gedragsbehoud".

Het model toont parallellen met het model van gedragsverandering door voorlichting. Volgens Sassen is het model van Prochaska en DiClemente voor verpleegkundigen hanteerbaar en toepasbaar op gezondheidsbevorderende interventies. (Sassen, 2002). Brug e.a. (2000) voegen hier nog aan toe dat de theorie zeker niet omstreden is. Zij baseert hier zich op publicaties van Bandura. Het model heeft er volgens hem wel toe bijgedragen dat gedragsverandering door voorlichters niet langer als een enkelvoudige stap wordt gezien (Brug e.a, 2000). Aan het model "stages of change" hebben Prochaska en collega's nog een model aan toegevoegd waarop interventies zijn beschreven die afhankelijk van het veranderstadium kunnen worden toegepast.

Het 'stages of change'-concept zegt kortweg dat in het proces van gedragsverandering vijf stadia zijn te onderscheiden:

- Precontemplatie: gedragsverandering wordt (nog) niet overwogen.
- Contemplatie: gedragsverandering wordt overwogen (binnen 6 maanden)
- Voorbereiding: gedragsverandering wordt gepland en voorbereid.
- Actie: gedragsverandering wordt uitgevoerd
- Gedragsbehoud: gedragsverandering wordt ten minste al zes maanden volgehouden.

Het model wordt hier nader toegelicht.

3.3.1 Precontemplatiefase

In deze fase zijn cliënten zich niet bewust van, of onderschatten het gezondheidsprobleem. Mensen zullen uit zichzelf niet tot inzicht komen dat een gedragsverandering wenselijk is. Cliënten zien niet in dat hun gedrag een relatie heeft met het gezondheidsprobleem. Om cliënten in de precontemplatiefase te stimuleren om de gedragsverandering te overwegen moeten ze bewust worden gemaakt van de noodzaak te veranderen. Ze moeten er van overtuigd raken dat de balans tussen voor- en nadelen positief uitslaat naar de voordelen van gedragsverandering. Attitudeverandering en verandering van risicoperceptie zijn van belang (Sassen, 2002).

3.3.2 Contemplatiefase

In deze fase wordt gedragsverandering overwogen, maar er worden nog geen plannen gemaakt om het gedrag op korte termijn te veranderen. De cliënt weet dat gedragsverandering is gewenst, maar is er nog niet helemaal klaar voor. De cliënt is de voordelen en nadelen van het gedrag tegenover elkaar aan het afwegen (Sassen, 2002).

3.3.3 Preparatie

In deze fase vindt een intentieverandering plaats, het overwegen van een gedragsverandering op korte termijn. Cliënten zijn in deze fase werkelijk van plan actie te ondernemen in het wijzigen van hen gedrag. In deze fase zijn vaardigheidstrainingen, verhogen van de eigen effectiviteitverwachting en ondersteuning van de sociale omgeving belangrijk. Evenals het wegnemen van de barrières die de verandering van gedrag in de weg staan (Sassen, 2002).

3.3.4 Actie

Volgens Sassen is de kern van de gedragsverandering dat patiënten duidelijke pogingen doen, om zich anders en gezonder te gedragen. Interventies in de actiefase zijn positieve feedback geven, positief bekrachtigen. Sociale steun is effectief in deze actiefase (Sassen, 2002).

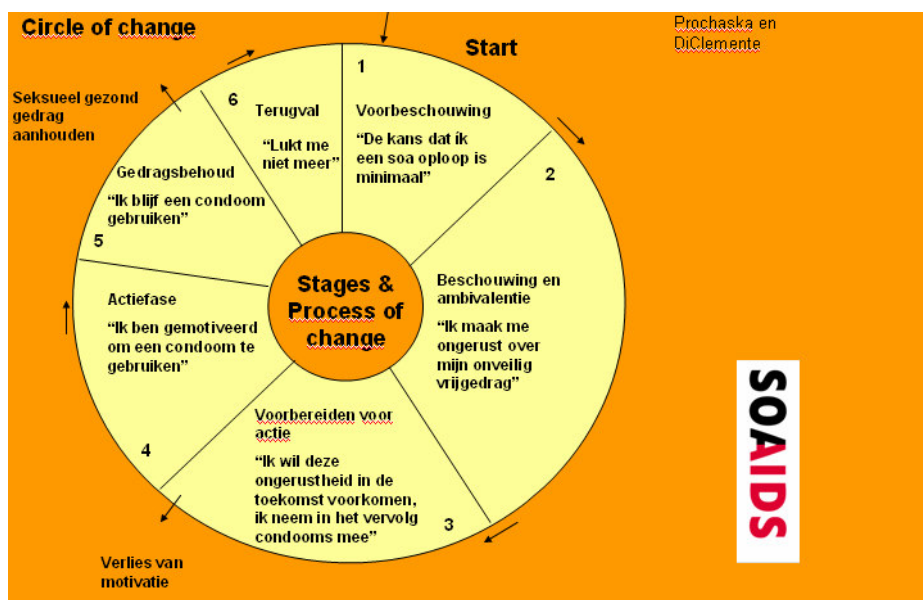
3.3.5. Gedragsbehoud en terugval

In deze fase gaat het om het volhouden van het gewenste gedrag en het leren omgaan met terugval. Volgens Sassen komt terugval bij veel cliënten terug die hun gedrag hebben veranderd. Cliënten ervaren een gevoel van falen. Brug voegt hieraan toe dat het belangrijk is om na te gaan door welke oorzaken de terugval is ontstaan. "Als men de tijdelijke terugval toeschrijft aan een instabiele oorzaak, zal de kans dat men weer snel tot actie overgaat veel groter zijn dan wanneer men de oorzaak van terugval als stabiel ervaart. Een positieve sociale norm is ook van belang om een tijdelijke terugval waar snel naar de actiefase over te gaan" (Sassen, 2002)

SOAAIDS Nederland heeft het model van Prochaska en DiClemente, waarin de verandering van gezondheidsschadend gedrag kan worden begrepen, toegepast op de SOA/HIV-preventie en -bestrijding.

Het model wordt als hulpmiddel gebruikt om de motivatie tot gedragsverandering te peilen. Zoals hierboven is beschreven loopt dit proces van "het niet van plan zijn gedrag te veranderen" tot "gedragsbehoud".

Het "stages of concept-model" bestaat oorspronkelijk uit vijf fasen. Het model van SOAAIDS Nederland bevat zes fasen. Zij benoemen gedragsbehoud en terugval als afzonderlijke fase. Dit model maakt samen met motiverende gespreksvoering onderdeel uit van het gespreksmodel. In het volgende hoofdstuk zal de methode motiverende gespreksvoering centraal staan. (Bron: SOAAIDS Nederland).



Figuur 3.2 Circle of Change van Prochaska en DiClemente (SOAAIDS Nederland).

3.4 Seksueel gedrag

De wetenschappelijke kennis over seksueel gedrag is vooral gericht op de negatieve aspecten en consequenties van (ontwikkelingen) het seksuele gedrag. Over de positieve gezondheidseffecten van seksualiteit is nauwelijks iets bekend. Van seksueel risicogedrag is sprake als men onbeschermd geslachtsgemeenschap of anale seks heeft met seksueel ervaren personen en/of met personen die intraveneus drugs gebruik(t)en. Door dergelijk risicogedrag kunnen ziekteverwekkers worden overgedragen en kunnen seksueel overdraagbare aandoeningen (SOA) ontstaan. Voorbeelden van SOA zijn AIDS (HIV-virus), chlamydia, syfilis, gonorroe en herpes. Verder kan men via seksueel contact besmet raken met het humaan papillomavirus, dat mede een bepalende factor is voor het ontstaan van baarmoederhalskanker (www.nationaal.kompas.nl).

Wat zijn de mogelijke determinanten van onveilig seksueel gedrag?

Bakker, Vanwesenbeeck, en Zimbile hebben in 2003 hun onderzoek afgerond naar veilig vrijen en condoomgebruik bij jongeren en jongvolwassenen. Zij behoren tot een van de doelgroepen van de SOA/HIV-bestrijding. Een van de determinanten in hun onderzoek is de geringe kennis over risico's van onveilig vrijen. Toch zijn jongeren steeds beter op de hoogte van de risico's die onveilig seksueel gedrag met zich mee kan brengen. In 2003 was dat 89%. Volgens hen zijn er aanwijzingen dat bijna alle jongeren van 16 tot en met 21 jaar weten dat condoomgebruik hen beschermt tegen HIV/AIDS en zwangerschap. Zij zijn minder op de hoogte van de effectiviteit van het condoom tegen andere soa, zoals syfilis, gonorroe, chlamydia en herpes. Het minst bekend lijkt het feit dat condooms beschermen tegen hepatitis B. In het onderzoek van Leent e.a. blijkt dat binnen de totale groep jongeren van 15 tot 25 jarigen 34% van de jongens en 42% van de meisjes potentieel seksueel risicogedrag vertoont. De overige determinanten die Bakker en andere hebben onderzocht zijn; een negatieve houding ten opzichte van veilig vrijen; het ervaren van schroom bij het kopen van condooms, het moeten onderbreken van het vrijen, en het minder voelen bij het vrijen. Geringe vaardigheden om veilig vrijen daadwerkelijk mogelijk te maken. Bijvoorbeeld de vaardigheid om het veilig vrijgedrag met de seksuele partner bespreekbaar kunnen maken. Geringe eigen effectiviteit, de verkrijgbaarheid van condooms, en een ongunstige sociale omgeving (www.nationaalkompas.nl).

4 Motiverende gespreksvoering

Inleiding

In dit hoofdstuk staat de methode motiverende gespreksvoering centraal. In de eerste paragraaf wordt de definitie van de woorden motiverende gespreksvoering, gesprek en motivatie beschreven. In de tweede paragraaf (paragraaf 4.2) staan we stil bij de basisgedachte van, en de grondleggers van de methode.

In paragraaf 4.3 wordt de techniek van de methode beschreven. In de laatste paragraaf geven de grondleggers van de methode suggesties om de methode aan te leren.

4.1 Definitie: wat is motiverende gespreksvoering?

Motiverende gespreksvoering is een cliëntgerichte, directieve methode om te bevorderen dat de cliënt intrinsiek gemotiveerd wordt tot verandering, door ambivalentie te verkennen en op te lossen. De onderdelen hiervan zijn nader beschouwd:

Motiverende gespreksvoering is gericht op de actuele belangen en zorgen van de cliënt.

Motiverende gespreksvoering is directief, stuurt doelbewust aan op het oplossen van ambivalentie, vaak in een bepaalde richting van verandering.

Het is een methode van communicatie, het is een wijze van aanwezig zijn bij en voor mensen, een faciliterende benadering van communicatie die authentieke verandering oproept.

Het richt zich op het uitlokken van iemands intrinsieke motivatie om te veranderen.

De methode richt zich op het verkennen en oplossen van ambivalentie, wat doorslaggevend is om verandering uit te lokken (Miller en Rollnick, 2005).

4.1.1 Een gesprek in de geest van motiverende gespreksvoering

Gesprek geeft iets egalitairs aan, gelijkwaardig. De sfeer waarin dit gesprek in de geest van motiverende gespreksvoering gebeurd zou geschetst kunnen worden als twee mensen die in een fotoalbum bladeren, een persoon verteld en de andere persoon luistert met vriendelijk en persoonlijke belangstelling (Miller en Rollnick, 2005).

4.1.2 Wat is motivatie?

Andere begrippen voor motivatie zijn beweegredenen, aandrift, reden of motief. Wat bezielt iemand, of waarom handelen mensen zoals ze handelen? Het zegt iets over de drijvende kracht achter ons menselijk handelen. We maken een onderscheid, afhankelijk waar de bron de motivatie is gelegen, in intrinsieke en extrinsieke motivatie:

- **Extrinsieke motivatie**

Bij extrinsieke motivatie komt de overheersende prikkel van buiten. De patiënt doet iets of laat iets, omdat de verpleegkundige dat van hem vraagt of omdat er iets te verdienen valt. Bij extrinsieke motivatie verdwijnt het gedrag op het moment dat de stimulans van buiten op houdt. Intrinsieke motivatie.

- **Intrinsieke motivatie**

De innerlijk gemotiveerde mens, doet iets omdat hij erin gelooft of het leuk vindt, of nuttig, nodig of moreel wenselijk. Hij doet iets voor zichzelf en niet omdat de verpleegkundige of dokter een bepaald gedrag van hem verlangt. Intrinsieke motivatie zorgt er voor dat veranderingen in gedrag ook werkelijk beklijven. Het hangt samen met het niveau van morele en cognitieve ontwikkeling (Pernis e.a., 2000). Miller en Rollnick (2005) voegen hier nog aan toe dat er drie componenten voor variatie ontstaan, namelijk gereedheid, bereidheid en vermogen. Met andere woorden: klaar zijn om te veranderen, willen veranderen en kunnen veranderen.

4.2 De grondleggers en de basisprincipes van de methode

Motiverende gespreksvoering is een Nederlandse vertaling van Motivational Interviewing. In Nederland worden beide begrippen gebruikt. Binnen de SOA/HIV-preventie en -bestrijding gebruikt men motivational interviewing. In dit eindwerkstuk wordt de Nederlandse vertaling gebruikt.

4.2.1 De grondleggers

De grondleggers van motiverende gespreksvoering zijn Miller en Rollnick. William R. Miller is afkomstig uit New Mexico. Hij is hoogleraar in de psychologie en de psychiatrie. Stephen Rollnick is afkomstig uit Wales. Hij is klinisch psycholoog. Beide auteurs hebben hun expertise ten aanzien van motiverende gespreksvoering voornamelijk ontwikkeld in de verslavingszorg. Deze zorg kenmerkt zich door langdurige zorgcontacten. De auteurs beschrijven dat motiverende gespreksvoering ook effectief kan zijn in korte interventies om gedragsverandering te bewerkstelligen. Volgens een van de oprichters van het Centre for Motivation and Change is er maar een definitie van motiverende gespreksvoering, en deze is niet voor meerdere interpretaties vatbaar.

De methode kan in heel veel verschillende vormen toegepast worden. Zowel in lange consulten, als in eenmalige korte en opportunistische contacten. Het begrip motiverende gespreksvoering is toepasbaar wanneer de methode zelf zuiver wordt toegepast door de zorgverlener. Dat is onafhankelijk van wat er eventueel aan de kant van de cliënt aan resultaat te zien is. Hij benadrukt dat motiverende gespreksvoering zich richt op een cliëntgerichte en directieve houding van de zorgverlener, waarbij het verduidelijken en verwerken van de ambivalentie van de cliënt over gedragsverandering het doel is. Het begrip ambivalentie houdt in dat de cliënt twee verschillende mogelijkheden heeft. Hij kan een handeling doen of laten. Hij wil wel of niet. Ambivalentie heeft een negatieve lading. Dit is ten onrechte. Ambivalentie is een normaal aspect in het menselijke bestaan, en het doormaken van ambivalentie als een natuurlijke fase in een veranderingsproces. Het Centre for Motivation and Change streeft naar de promotie van deskundigheid, bevordering en kwaliteitsverbetering van methoden voor communicatie en gedragsverandering. Het werk is gebaseerd op principes en strategieën van motiverende gespreksvoering. Volgens Miller en Rollnick vinden veel goede veranderingen plaats zonder dat er een officiële behandeling aan te pas komt. De stadia en processen waarin mensen veranderen, zien er met en zonder behandeling hetzelfde uit. In die zin zou een behandeling kunnen worden opgevat als het faciliteren van een natuurlijk veranderproces. Miller en Rollnick hebben ongeveer twintig jaar ervaring met het ontwikkelen en bestuderen van deze benadering. Zij geloven dat ze nog maar beginners zijn. Het klinisch onderzoek naar motiverende gespreksvoering verkeert nog in een vroeg stadium. Volgens hen is bewezen dat het werkt, maar men heeft nog geen inzicht waarom hoe en waarom de methode werkt (Miller en Rollnick, 2005)

4.2.2 De basisgedachte van motiverende gespreksvoering

Een van de belangrijke bestanddelen van de methode is de wijze waarop wordt samengewerkt. De verhouding tussen de hulpverlener en cliënt is gelijkwaardig. De verpleegkundige is congruent, dit houdt in dat de innerlijke beleveniswereld van de verpleegkundige en uiterlijk gedrag met elkaar in overeenstemming zijn. Er is respect naar de cliënt toe. De cliënt wordt

aangespoord tot zelfonderzoek, en wordt hierbij ondersteund. Gedachten en gevoelens van de cliënt worden serieus genomen. Er wordt een sfeer gecreëerd die verandering stimuleert, maar niet afdwingt. De gespreksleider (verpleegkundige) spreekt op een toon waarin de cliënt wordt uitgelokt om zijn innerlijke motivatie te onderzoeken. De verantwoordelijkheid voor de verandering wordt bij de cliënt gelegd. Er is respect voor de autonomie van de cliënt. Het doel hiervan is om de innerlijke motivatie te vergroten, zodat de verandering ontstaat van binnen uit. Om dit te kunnen realiseren zijn de volgende vier principes van belang:

- Een empathische houding
De houding die hieraan ten grondslag ligt is een houding die aanvaarding uitstraalt. De verpleegkundige leeft zich in, in de ervaring en beleveniswereld van de ander. Een empathische houding wil zeggen dat de verpleegkundige de cliënt gevoelsmatig verstaat.
- Ontwikkel discrepantie
In het gesprek zal worden gestreefd dat de cliënt argumenten voor verandering aandraagt. Miller en Rollnick benoemen ook dat ambivalentie een normaal onderdeel is van de menselijke ervaring en van verandering. Hun ervaring is dat mensen zich dikwijls eerder laten overtuigen door de zaken die zij zelf horen zeggen dan dat anderen hun vertellen.
- Ga mee met weerstand.
Er is respect voor het individu. Weerstand is een signaal wat noodzaakt tot een andere reactie. Als hulpverlener zou je kunnen benadrukken dat dit normaal en begrijpelijk is.
- Ondersteun de persoonlijke effectiviteit.
Persoonlijke effectiviteit zegt iets over het vermogen, dat de cliënt heeft om een specifieke taak met goed gevolg uit te voeren. Het is een doorslaggevend element van motivatie tot veranderen, en zal een voorspeller zijn van het behandelresultaat. De cliënt krijgt meer vertrouwen in zijn of haar vermogen om met hindernissen om te gaan (Miller en Rollnick, 2005).

4.3 De techniek van motiverende gespreksvoering

De techniek van de motiverende gesprekstechniek wordt opgesplitst in verschillende onderdelen, namelijk:

- Bouwen aan de motivatie tot verandering
- Basisvaardigheden
- Betrokkenheid bij de verandering vergroten.

4.3.1 Bouwen aan motivatie om te veranderen

Voor een goed begrip van de ambivalentie is het belangrijk om te weten in welke mate de cliënt het belangrijk vindt om zijn gedrag te veranderen. Het is eveneens belangrijk om te weten hoeveel vertrouwen de cliënt in zichzelf heeft om gedragsverandering mogelijk te maken. Dit zegt iets over de intrinsieke motivatie. De methode die hiervoor zeer bruikbaar is om een liniaal (schaal) met gradaties van 1 tot 10 te gebruiken. De vraag aan de cliënt zou dan kunnen zijn: hoe belangrijk is het voor jou om gezond te zijn? Aan de hand van deze schaal kan de cliënt een nummer benoemen. Dit geeft een aanknopingspunt om verder in gesprek te gaan. Bijvoorbeeld als de cliënt hiervoor een 6 geeft, zou de volgende vraag kunnen zijn: wat is er voor nodig om te zorgen dat het een 7 wordt? Door deze methode wordt de cliënt uitgenodigd om zijn motivatie te onderzoeken.

Een andere vraag is om de cliënt te vragen hoeveel vertrouwen hij/zij er in heeft dat hij of zij het gedrag kan veranderen.

In de praktijk kunnen deze schalen worden toegespitst ten aanzien van het gezondheidsprobleem. Bijvoorbeeld in de SOA/HIV-preventie en -bestrijding bestaat er een protocol waarin door middel van deze schalen aan de cliënt wordt gevraagd hoe belangrijk het is om geen risico te lopen op SOA/HIV. Er wordt ook gevraagd aan de cliënt hoe gemotiveerd

hij/zij is om te zorgen dat hij/zij geen risico loopt om SOA/HIV te krijgen (Miller en Rollnick, 2005). Het schalenhulpmiddel wat wordt gebruikt in de SOA/HIV-preventie en -bestrijding is als bijlage 2 toegevoegd.

4.3.2 Basisvaardigheden

Alvorens te beginnen met basisvaardigheden is het volgens Miller en Rollnick essentieel om weerstanden en de signalen tot verandertaal goed te herkennen. Weerstand buigt van een verandering af. Ontkennen of in discussie gaan is een uiting van weerstand, bijvoorbeeld binnen de SOA/HIV-preventie en -bestrijding is de volgende uiting een uiting van weerstand: "Ik kan goed inschatten of mijn partners een SOA hebben of niet". Verandertaal is een beweging die iemand maakt naar verandering toe, bijvoorbeeld: "Ik denk er over na, maar ik weet nog niet of ik het ga doen".

De basisvaardigheden die Miller en Rollnick benoemen onder de ORBS zoals Open vragen stellen, Reflectief luisteren, Bevestigen en Samenvatten zijn voor de MGZ-verpleegkundige bekend. In de opleiding tot MGZ-verpleegkundige is hieraan aandacht besteed. Bij nadere analysering zijn deze vaardigheden door Miller en Rollnick verder uitgediept. Zoals ze zijn beschreven in hun literatuur, zijn ze gestoeld op de hulpverlening bij langdurige zorgverlening contacten. Miller en Rollnick benadrukken dat de methode motiverende gespreksvoering ook toepasbaar is binnen korte interventies.

- **Het stellen van open vragen**

Het stellen van open vragen is essentieel, waarin cliënten kunnen verkennen van datgene wat hen bezig houdt. De cliënt is aan het woord. De verpleegkundige luistert en stimuleert tot openheid. De cliënt krijgt moed om zich uit te spreken. Door deze vragen op deze wijze te stellen probeert de verpleegkundige verandertaal uit te lokken.

- **Reflectief luisteren**

Dit houdt in dat de verpleegkundige reflecteert op datgene wat de cliënt bedoelt. De soort reactie die de verpleegkundige geeft op de cliënt. Reflectief luisteren, wil zeggen dat de verpleegkundige raadt wat de cliënt bedoelt. Voordat iemand spreekt is er een bepaalde bedoeling die hij of zij wil overbrengen. Dit wordt uitgedrukt in woorden. (coderen) Reflectief luisteren, houdt in dat de verpleegkundige luistert, en decodeert. Aan reflectief luisteren, gaat reflectief denken vooraf. Het hoofddoel van reflectief luisteren is de ander aanzetten tot zelfonderzoek. Na het stellen van open vragen is het van belang om reflectief te reageren. Reflectief luisteren, vraagt meer vaardigheid van de verpleegkundige dan het stellen van open vragen (Miller en Rollnick, 2005).

- **Bevestigen**

Dit is een goede vaardigheid om een goede verstandhouding op te bouwen. Een bevestigende reactie ondersteunt de cliënt. Bij voorbeeld "goed dat u hier bent gekomen". Dit is een moedige stap geweest om hiernaar toe te komen.

- **Samenvatten**

Samenvattingen worden gebruikt om elementen aan elkaar te koppelen. De eerste verzamelende samenvatting vindt plaats als er een aantal zaken zijn benoemd die de cliënt heeft gezegd. Verzamelende samenvattingen halen uitingen van verandertaal bij elkaar en nodigen de ander uit om door te gaan. Koppelende samenvattingen verbinden dingen die de cliënt aan uitingen die hij eerder in de sessie heeft gezegd. Ze moedigen de cliënt aan om zaken met elkaar in verband te brengen. De cliënt wordt aangemoedigd om zijn ambivalentie te verkennen. Een overgankelijke samenvatting markeert en kondigt aan dat de blikrichting wisselt.

- **Verandertaal uitlokken**

Op deze wijze probeert de verpleegkundige richting te geven aan de oplossing voor ambivalentie. Het is de taak van de verpleegkundige om de cliënt uit te nodigen om verandertaal te gaan gebruiken. De methode wordt alleen zuiver toegepast als dit in een coöperatieve sfeer gebeurt. Met andere woorden, deze veranderingen mogen door de

verpleegkundige niet worden afgedwongen. De methode berust op de intrinsieke motivatie van de cliënt. Een verandering die door de verpleegkundige wordt afgedwongen zal niet beklijven. De (evocatieve) vragen die de verpleegkundige hierin zal kunnen gebruiken is: "Wat zijn de nadelen van uw bestaande situatie?", "Wat zijn de voordelen van de verandering?". Optimisme over de verandering, bijvoorbeeld hoeveel vertrouwen heeft u hierin dat dit zal lukken. De belangen- liniaal zou hierbij ook een hulpmiddel kunnen zijn. Hierdoor ontstaat zicht op de mate waarin de cliënt belang hecht aan verandering (Miller en Rollnick, 2005).

- **Reageren op verandertaal.**

Deze gespreksmethode is een directieve methode. Er is verschil in de mate van directiviteit. Miller en Rollnick geven in hun literatuur aan dat er duidelijke gevallen zijn waarin de verpleegkundige het zeer wenselijk acht dat de cliënt zijn gedrag verandert. Zelfs wanneer de cliënt op dat moment niet het gevoel heeft klaar, bereid of in staat is om een verandering te bewerkstelligen. Bijvoorbeeld bij een cliënt met een HIV-positieve status is een gedragsverandering tot veilig vrijen absoluut wenselijk. Om intrinsieke motivatie voor verandering ten aanzien van veilig vrij gedrag in een bepaalde richting te bevorderen is het uitlokken van verandertaal niet voldoende. Het is van belang om dan te reageren op de richting van verandering die de cliënt aangeeft, bijvoorbeeld uit hij verandertaal in de richting van de bedoelde verandering of roept het weerstand op. Een simpele reflectie van de verpleegkundige kan de cliënt uitlokken om zijn ambivalentie verder te verkennen of uit te weiden over de mate waarin hij bereid is te veranderen. Een andere manier om op verandertaal te reageren is door de verandertaal samen te vatten. Dus een verzameling van de uitspraken die de cliënt heeft gedaan zoals de nadelen van de bestaande situatie, de reden tot verandering en optimisme over de verandering en het verlangen om te veranderen. De verpleegkundige kan verandertaal bekrachtigen door er positief commentaar op te geven (Miller en Rollnick, 2005).

- **Reageren op weerstand**

Weerstand is een signaal van de cliënt dat hij je niet kan volgen. Het is een manier om te zeggen; wacht eens, ik ben het hier niet mee eens. Als dit gebeurt, is het belangrijk dat de verpleegkundige pas op de plaats maakt om de uiting van weerstand te herkennen als een signaal. Miller en Rollnick schrijven weerstand niet toe aan de cliënt. Zij beschrijven dat weerstand ontstaat uit de interpersoonlijke communicatie over en weer tussen hulpverlener en cliënt. Volgens hen zijn er twee categorieën van methoden om op weerstand te reageren, namelijk de weerstand erkennen door middel van reflectie, of de methode door de blikrichting van de cliënt veranderen (Miller en Rollnick, 2005).

- **Werken aan vertrouwen**

Om gedrag te kunnen veranderen is vertrouwen van de cliënt zelf nodig om deze verandering te kunnen bewerkstelligen. Met andere woorden: vertrouwen in eigen effectiviteit. Een vrouwensliniaal zou men hierbij als hulpmiddel kunnen gebruiken. Hierdoor kan de cliënt worden uitgelokt om uit te spreken hoeveel vertrouwen hij er in heeft om zijn gedragsverandering in te zetten. De geest van de motiverende gespreksvoering gaat ervan uit dat de cliënt er zelf zijn eigen ideeën en gedachten uitspreekt over de mate waarin hij er vertrouwen in heeft dat het veranderen zal lukken (Miller en Rollnick, 2005).

4.3.3 De betrokkenheid bij verandering versterken

Als de verpleegkundige aanvoelt dat de cliënt uitspraken doet van verandertaal, is het belangrijk om de strategie te verleggen naar het versterken van de betrokkenheid tot de verandering. Dit wil niet zeggen dat zodra de cliënt tekenen voor gereedheid tot verandering vertoont, ook het besluit al heeft genomen om werkelijk te veranderen. Cliënten beginnen aan verandering te werken terwijl ze er nog niet helemaal klaar voor zijn. De ambivalentie verdwijnt nog niet als het veranderingsproces is begonnen. De nadruk blijft liggen op persoonlijke verantwoordelijkheid en keuzevrijheid. De verpleegkundige zou hierbij de cliënt kunnen ondersteunen door samen te vatten van datgene wat er tot nu toe is besproken. Het doel van deze samenvatting is om in het kort zoveel mogelijke redenen voor verandering op te noemen.

Deze samenvatting leidt tot het stellen van centrale vragen, zoals: wat denkt u nu te gaan doen?, of: wat gebeurt er verder?, waar gaan we vanaf dit punt naar toe? Door reflectief te

luisteren te reageren kan de cliënt worden gestimuleerd tot nadere verkenning. De nadruk in het hele proces blijft liggen op persoonlijke verantwoordelijkheid en vrijheid en mogelijkheid om te kiezen.

Volgens Miller en Rollnick is het binnen de geest van motiverende gespreksvoering wel mogelijk om informatie en advies te geven. Het kan zijn dat de cliënt hierom vraagt of de verpleegkundige vraagt toestemming aan de cliënt om advies te geven. Zij geven hierbij het volgende voorbeeld: "Ik weet niet of het u iets zou opleveren, maar ik kan je een idee geven over wat een paar andere mensen in jou situatie hebben gedaan". Door middel van de antwoorden die de cliënt op centrale vragen heeft gegeven, kan er een veranderplan gaan ontstaan. De ontwikkeling hiervan is een proces van gezamenlijke besluitvorming en onderhandeling. Het bestaat uit het vaststellen van doelen. Het is belangrijk dat de doelen goed haalbaar zijn en voortkomen uit de gedachte van de cliënt. Het afwegen van keuzes die tot verandering leiden. Het opstellen van een plan en het uitlokken van betrokkenheid. Met de betrokkenheid tot het formuleren van een veranderplan is de formele cirkel van motiverende gespreksvoering rond. Miller en Rollnick hebbende ervaring dat sommige cliënten vanaf dit punt zelfstandig door gaan met veranderen. (Miller en Rollnick, 2005).

4.4. De reparatiereflex; een valkuil van de hulpverlener

Een enthousiaste competente hulpverlener zal de neiging hebben zijn deskundigheid over te brengen op de cliënt. De cliënt wordt op deze wijze in een passieve rol gedwongen. In het kader van de motiverende gespreksvoering is juist de cliënt degene die de deskundige is. De mogelijkheid is zeker aanwezig dat de cliënt tijdens het gesprek andere zorgen heeft dan datgene waarop de hulpverlener zijn gesprek wil richten. Volgens Miller en Rollnick hebben veel werknemers die werkzaam zijn in de hulpverlening een reparatiereflex. Hij bedoelt hiermee een ingebouwd verlangen om zaken die dreigen te ontsporen te herstellen. Als wij dit zien gebeuren, dringt de reflex om iemand op de goede weg te helpen al op. Juist door dit verlangen zijn we eerder geneigd om cliënten te adviseren of te overtuigen of te onderwijzen (Miller en Rollnick, 2005).

4.5 De methode aanleren

Motiverende gespreksvoering is een vaardigheid. Vaardigheden worden ontwikkeld door regelmatige beoefening van de desbetreffende vaardigheid. Voor de methode van motiverende gespreksvoering is het krijgen van feedback van cliënten essentieel. De reacties die cliënten geven zijn een bron van directe en corrigerende feedback. Als de verpleegkundige een uitspraak doet vanuit reflectief luisteren, blijft de ander praten. Wanneer er een reactie wordt gegeven die als blokkade werkt, dan zal de cliënt stil vallen, deinst terug of wijkt uit in een andere richting.

Een training of workshop volgen is een van de hulpmiddelen om de training aan te leren. Het kenmerk van het leren binnen een training of workshop is dat het vaak een eenmalig karakter heeft. Volgens Miller en Rollnick is het efficiënter om de training over een langere periode uit te spreiden. Het is aan te bevelen om ten minste twee verpleegkundigen binnen de organisatie de training te laten volgen, zodat zij binnen de organisatie elkaar kunnen ondersteunen om andere medewerkers aan te moedigen en te ondersteunen bij het aanleren van de methode.

Er worden ook trainingen op maat gegeven. Dit houdt in dat er een trainer op de werkplek een training verzorgt. Hierbij kan gebruik worden gemaakt van acteurs die de rol van cliënt aannemen. Door middel van rollenspel kunnen de vaardigheden worden geoefend.

Verpleegkundigen kunnen zelf aangeven welke vaardigheid hen goed afging, en welke vaardigheden voor hen lastig waren toe te passen (Miller en Rollnick, 2005).

5 Motiverende gespreksvoering binnen de SOA/HIV-preventie en -bestrijding

Inleiding

Motiverende gespreksvoering is een gespreksmodel, dat wordt toegepast in de SOA/HIV-preventie en –bestrijding. In de SOA/HIV- preventie en -bestrijding wordt motivational interviewing gebruikt. In de eerste paragraaf zal de ontwikkeling worden beschreven van het standaard counselinggesprek, naar het gespreksmodel op maat. In de tweede paragraaf vertelt een programmamedewerkster van SOAIDS Nederland de huidige ontwikkelingen ten aanzien van het gespreksmodel. In de derde paragraaf is een interview beschreven met een sociaal-verpleegkundige. Zij past de methode in de praktijk toe.

5.1 Ontwikkeling van het standaard counselinggesprek naar het gespreksmodel op maat

Binnen de SOA/HIV- preventie en –bestrijding wordt er al veel jaren met de gespreksmethode ‘counselen’ gewerkt. Het SOA- bulletin nr 1 uit 2003 is hier helemaal aan gewijd. Binnen de SOA- preventie en -bestrijding, en vooral met betrekking tot de HIV- test, betekent counsellen allereerst een tweegesprek waarbij, gedoseerd en met de juiste timing, uiteenlopende gevoelens en gedragsmotieven aan de orde komen. De cliënt kan hierdoor zelf verantwoorde keuzes maken en een ongewenste situatie beter accepteren of verwerken. Miller en Rollnick hebben hun motiverende gesprekstechniek op dezelfde principes gebaseerd. De Schorer stichting heeft literatuuronderzoek laten verrichten naar wat bekend is over preventieve effecten van HIV- en SOA-counseling. In dat literatuuronderzoek is gebruik gemaakt van internationale literatuur. De onderzoeksresultaten zijn gepubliceerd in nummer 1 van het SOA- bulletin uit 2002.

Door de jaren heen blijkt veel onderzoek te zijn gedaan naar de resultaten van de HIV-test-counseling op het seksuele risicogedrag van testvragers. Uit een meta-analyse van Weinhardt et al (1999) van 27 gepubliceerde onderzoeken naar effecten van HIV-counseling en testen op risicogedrag tussen 1985 en 1997, blijkt bij HIV-positieve individuen de gewenste gedragsbeïnvloeding aanzienlijk. HIV- negatieve testvragers lijken echter weinig geneigd om na de voor hen gunstige uitslag een verdere gedragsverandering in te zetten. In de onderzoeksresultaten is de aard van het counselinggesprek niet onderzocht. Daarbij is niet uitgesloten dat het merendeel van de counselinggesprekken niet boven het niveau van informatie geven uit is gekomen (SOA- bulletin nr.1 – 2003).

In de periode dat bij veel GGD-en in Nederland de anonieme HIV- test- faciliteit werd gerealiseerd (ongeveer 10 jaar geleden) begon de stichting SOA- bestrijding met de ontwikkelingen van trainingen van de counselingstechniek voor sociaal-verpleegkundigen, werkzaam bij een GGD. In de training kwamen de volgende onderwerpen aan bod: kennis over HIV/AIDS, de doelgroep ten aanzien van de SOA/HIV-bestrijding, de inhoud van een counselgesprek en gesprekstechnieken. In de praktijk waren deze HIV- test gesprekken vooral gericht ten aanzien van de kennis van de cliënt over HIV, en het bepalen van de draagkracht en

draaglast van de cliënt. Iedere cliënt die zich meldde voor een HIV- test, kreeg het standaard “intensieve gesprek”. Door veranderende inzichten en door intercollegiale bespreking van casuïstiek kwam bij sociaal-verpleegkundigen het besef om niet altijd via dit standaard model te counsellen maar te zoeken naar een gespreksinvulling op maat. De ontwikkeling wordt ook veroorzaakt door de hieronder genoemde randvoorwaarden zoals:

- Het testbeleid is veel actiever geworden.
- De counseling gesprekken hebben zich uitgebreid van alleen HIV naar SOA en HIV.
- Ten aanzien van de SOA/HIV-preventie en -bestrijding zijn er veel mogelijke gespreksthema's. Dit vraagt inzicht in welke aspecten van het gesprek om verdieping/counseling vragen en bij welke onderwerpen informatieoverdracht voldoende is.
- Meer SOA en cliënten, minder tijd en verhoogde werkdruk vragen om een efficiënte werkwijze. Dit betekent het snel doordringen tot de kern van het probleem, om daar vervolgens doelgericht mee om te gaan (SOA bulletin nr.1, 2003)

Binnen een consult waarin nu 20 minuten voor staat, kunnen niet alle onderwerpen aan bod komen, zoals deze zijn beschreven in het gespreksmodel in het “Handboek SOA”. Er moeten keuzes worden gemaakt voor welke onderwerpen er besproken gaan worden. Hiervoor is de term ‘gedifferentieerd counsellen’ geïntroduceerd. Een omschrijving hiervan zou kunnen zijn, dat er meerdere gespreksmodellen als referentiekader gebruikt kunnen worden. De basis voor het gesprek is het verkrijgen van informatie. Deze informatie is bepalend voor het verloop van het gesprek. Binnen een kort tijdsbestek zal de verpleegkundige een keuze maken welke gespreksthema's hij/zij gaat uitdiepen en welke onderwerpen er informatief worden behandeld of aangestipt. De kernvraag hierbij is, op grond van welke feiten, signalen, of gevoelens worden deze keuzes bepaald. In het artikel Intuïtie versus protocol uit het SOA bulletin (nummer 1, 2003) wordt verder beschreven dat verpleegkundigen goed weten op welke grond van welke signalen men keuzes maakt in de gespreksthema's. De verpleegkundigen kunnen dit goed verwoorden maar ervaren hierbij enige schroom. Keuzes zijn vaak gebaseerd op intuïtie en niet op onderzoek of gezamenlijke standpunten. De volgende fictieve casus zal dit illustreren.

Een man van 35 jaar heeft een afspraak voor een algemene SOA-controle voor de reden: zekerheid. Mijnheer is getrouwd, hij verblijft voor zijn werk regelmatig in het buitenland. Hij heeft nooit eerder SOA-onderzoek laten verrichten. Op de vraag welk risico hij heeft gelopen, antwoordt hij dat hij in het buitenland regelmatig veilige en onveilige seks heeft gehad met vrouwen die hij daar ontmoet.

Tijdens het consult maakt de verpleegkundige zelf een inschatting op welke thema's in het gesprek het accent zal leggen. Hieronder volgt een opsomming van de mogelijkheden.

- Verwacht hij dat er een SOA wordt gevonden? De reden achter deze vraag is te onderzoeken wat zijn idee hierover is.
- Vragen op het uitdiepen van veilig vrij gedrag, de aard van het seksuele contact wordt besproken en of het veilig is geweest. De reden achter deze vraag is om de mate van het risico dat hij heeft gelopen in te schatten.
- Zijn eigen inschatting op het feit dat hij een SOA heeft, de betekenis die veilige seks heeft voor hem zelf en hoe hij dit ziet in relatie tot de kans op HIV-infectie en andere SOA. De reden achter deze vragen is om zijn houding ten aanzien van eigen gedrag te onderzoeken.
- Wat zou het voor hem betekenen als hij een positieve uitslag zou krijgen voor HIV/SOA? De reden achter deze vragen is of hij het zich het risico van infecties en consequenties daarvan realiseert (partnerwaarschuwing).
- De volgende gespreksthema's zouden ook aan bod kunnen komen: hoe kijkt hij er tegen aan als hij zijn vrouw aan deze risico's bloot stelt, ervaart hij dit zelf als een probleem?

In het artikel Intuïtie versus protocol wordt er voor gepleit om een inhoudelijke discussie over gedifferentieerd counsellen, binnen de verschillende beroepsgroepen aan te gaan. Gericht wetenschappelijk onderzoek kan inzicht verschaffen in de effecten van gedifferentieerd counsellen in relatie tot de kwaliteit en de kosteneffectiviteit (SOA bulletin nr 1, 2003).

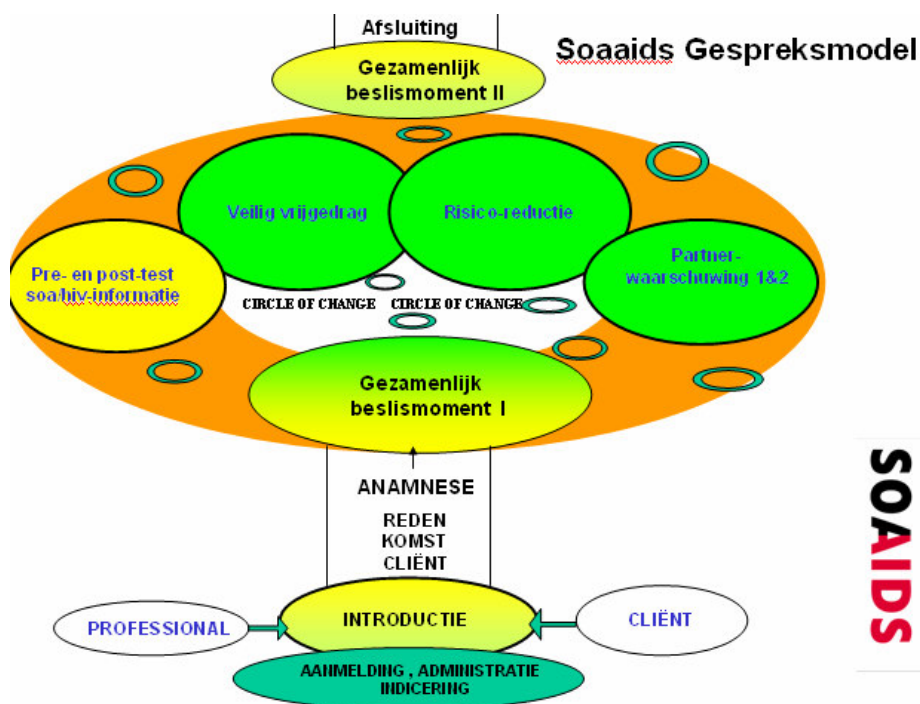
5.2 De stand van zaken met betrekking tot de ontwikkeling van het SOAAIDS-gespreksmodel op maat. Een gesprek met Eva de Feijter programmamedewerker intermediair SOAAIDS Nederland

Eva de Feijter is momenteel een eenduidige handleiding aan het schrijven voor het gespreksmodel 'Counselen op maat met het SOAAIDS-gespreksmodel'. De praktische aanpak is gebaseerd op de theoretische onderbouwing van motiverende gespreksvoering en gedragsverandering. Het gespreksmodel is nu definitief, maar zal voor de helderheid misschien nog wat aangepast worden. De hoofdtakken van het model zullen altijd hetzelfde blijven. Ter verduidelijking heeft zij enkele historische ontwikkelingen op een chronologische wijze weergegeven.

In 2002 gaf de stichting SOA-bestrijding de training HIV-test-counseling: verdiepende counseling cursussen voor ervaren sociaal-verpleegkundigen. In oktober 2003 was het counsellen op maat onderdeel van deze cursus. In 2003 is de ontwikkeling van het SOA-gespreksmodel van start gegaan in samenwerking met mensen uit het veld en de universiteit van Maastricht. In 2004 is het model in de praktijk getraind in landelijke cursussen voor sociaal-verpleegkundigen.

In 2004 is het landelijke implementatietraject van dit model gestart, en wordt steeds wat "bijgeschaafd". De handleiding zal landelijk worden ingevoerd, en is door meerdere professionals te gebruiken. Het streven is om de handleiding op het wereldwijd congres op 4 december te presenteren. De handleiding zal worden opgenomen in de draaiboeken van Het Landelijk Centrum voor Infectieziektebestrijding (LCI). Vanaf 2004 worden er voor sociaal-verpleegkundigen twee daagse trainingen georganiseerd waarin het SOAAIDS-gespreksmodel centraal staat. De doelstelling hierachter is dat deze methode verpleegkundigen kan ondersteunen in het op een uniforme wijze uitvoeren van SOA/HIV-consultaties. Het praktisch georiënteerde SOAAIDS-gespreksmodel waarin de theorie van motiverende gespreksvoering en theorieën van gedragsveranderingen zijn verwerkt, vormt de basis van het programma. Na ongeveer een half jaar vindt er een terugkomdag plaats nadat verpleegkundigen deze methode in de praktijk hebben toegepast. SOAAIDS kan deze trainingen in company verzorgen.

Er is momenteel nog weinig bekend over de effectiviteit van de methode. Er ligt momenteel geen onderzoeksvraag. Zij hoopt wel dat er onderzoek gedaan zal worden naar de effectiviteit van deze counselingmethode. Er loopt momenteel een project van ZONMW, onder de projectnaam "Doelmatige en effectieve counseling in de SOA-zorg met behulp van cliëntprofielen". Hieraan wordt meegewerkt door de GGD Amsterdam, in samenwerking met de Rutgers Nisso groep en de universiteit van Utrecht (ZON.MW).



Figuur 5.1 Het SOAIDS-gespreksmodel op maat (SOAIDS Nederland)

Het SOAIDS-gespreksmodel op maat. In gezamenlijk beslismoment 1 wordt met de cliënt beslist welke thema's er in het gesprek aan bod komen (Bron SOAIDS NEDERLAND).

5.3 Motiverende gespreksvoering in de praktijk. Een gesprek met Meike van 't Hof. Sociaal-verpleegkundige GGD in Rotterdam

SOAIDS Nederland heeft het initiatief genomen om de methode motivational interviewing te introduceren. Was je zelf gemotiveerd om deze methode te gaan gebruiken? Zo ja, in welke mate was je gemotiveerd?

Twee collega's van de afdeling infectieziekten van de GGD in Rotterdam hebben een aantal jaren geleden een training gevolgd over motivational interviewing van Gerjo Kok. Hij is sociaal-psycholoog en onder andere als hoogleraar toegepaste psychologie en bijzonder hoogleraar AIDS-preventie verbonden aan de faculteit psychologie van de Universiteit Maastricht. Zij waren bijzonder enthousiast over de methode en hebben tijdens een lunch referaat deze methode aan hun collega's gepresenteerd. In dezelfde periode startte SOAIDS Nederland met een nieuw gespreksmodel en vond de methode motiverende gespreksvoering in combinatie met het model ten aanzien van gedragsverandering geschikt om deze in te voeren binnen de SOAIDS-bestrijding. Dus de behoefte en het initiatief om deze methode te gebruiken komen vanuit de verpleegkundigen en vanuit SOAIDS Nederland. Er was zeker voldoende draagvlak aanwezig onder de verpleegkundigen om hiermee aan de slag te gaan.

Een van de projectmedewerkers van SOAIDS Nederland, die zich richt op de beroepsgroep van de verpleegkundige heeft samen met een verpleegkundige van Rotterdam in 2004 hierover een training gegeven aan de sociaal-verpleegkundigen uit heel Nederland. De projectmedewerker had haar deskundigheid over deze gespreksmethode. De verpleegkundige heeft haar inbreng gedaan ten aanzien van de casuïstiek. De methode is onder andere concreet gemaakt door hulpzinnen te formuleren die gebruikt kunnen worden in de consulten met cliënten. Deze hulpzinnen passen in de methodiek van motiverende gespreksvoering.

Momenteel wordt er een nieuwe richtlijn voor gespreksvoering op maat ontwikkeld. Deze wordt geschreven door SOAIDS Nederland. De GGD Rotterdam heeft hiervoor praktijkinformatie aangeleverd. In het kader van Sense Zuid Holland Zuid (Regionaal centrum voor seksuele gezondheid) zijn er een aantal studiedagen ontwikkeld voor de verpleegkundige over gespreksvoering, waarin motiverende gespreksvoering is verwerkt. Hiervan is een dagdeel verzorgd door Dhr. Bes. van het Centrum for Motivation and Change. De verpleegkundige hebben wel behoefte om meer trainingen te volgen.

De basisvaardigheden van deze methode zijn de ORBS methode. Dit staat voor Open vragen stellen, Reflectief luisteren, Bevestigen en Samenvatten. De houding van de verpleegkundige is open, gelijkwaardig en empatisch. Dit zijn mijns inziens basale vaardigheden van alle verpleegkundige. Op welke wijze heb jij de methode aangeleerd, en op welke vaardigheden heeft het accent gelegen?

Zij zegt over het algemeen te werken volgens het gespreksmodel counseling, waarin eerst de introductiefase, de inventarisatiefase en hierna de afstemmingsfase plaatsvindt. In de afstemmingsfase wordt samen met de cliënt beslist welke onderwerpen er worden besproken, bijvoorbeeld veilig vrijgedrag, risico-reductie, partner waarschuwing, of soa/hiv informatie. De verpleegkundige erkent dat deze methode wel een cultuuromslag heeft gegeven binnen het team. Binnen hun team is men er wel van doordrongen dat "veel informatie geven of "de wijsvinger opheffen" niet effectief is. De methode wordt pas recent toegepast in de praktijk. Dit maakt dat verpleegkundigen zichzelf de methode nog eigen aan het maken zijn. Het gaf in het begin het gevoel alsof "men een nieuw instrument in de gereedschapskist kreeg". Zij vindt reflectief luisteren een van de moeilijkste vaardigheden van de methode. Seksualiteit is voor een aantal cliënten een onderwerp waarover men niet gemakkelijk spreekt. Als zij dit signaleert, stelt ze wel eens bewust gesloten vragen om er voor te zorgen dat cliënten zich veilig voelen.

Gebruik je hiernaast ook de verandercirkel van Prochaska en DiClemente om een inschatting te maken in welke fase van gedragsverandering iemand zit, of gebruikte je deze methode al? Zij vindt de verandercirkel van Prochaska en DiClemente zeer bruikbaar. Deze verandercirkel is voor haar een heel goed hulpmiddel om in te schatten in welke fase de cliënt zich bevindt met betrekking tot het gedrag. Zij vindt dat deze verandercirkel ook veel duidelijkheid verschaft voor de verpleegkundige. Het helpt de verpleegkundige de verwachtingen ten aanzien van de gedragsverandering van de cliënt bij te stellen. Momenteel is zij als verpleegkundige werkzaam op een spreekuur voor cliënten die een HIV- sneltest willen doen. Per cliënt is hiervoor 45 minuten gereserveerd, waarvan de cliënt 15 minuten wacht voor de uitslag van de test. Een aantal cliënten maken zich ongerust over de uitslag van het onderzoek, en hebben op dat moment zeker de intentie om in het vervolg condooms te gebruiken. Uit onderzoek is bekend dat cliënten na bijvoorbeeld een half jaar (als deze angst is verdwenen) weer kunnen terugvallen in het oude gedrag.

Maak jij gebruik van het schalenhulpmiddel?

Zij maakt geen gebruik van het schalenhulpmiddel. Dit voelt voor haar "wat kunstmatig".

In welke mate vind jij de methode effectief?.

In eerste instantie waren we als verpleegkundige geneigd om veel informatie te geven. Zij heeft het gevoel op sommige momenten dit nog wel te doen. Zij is zich hier nu meer bewust van. Maar door de methode van motiverende gespreksvoering toe te passen, waarin de cliënt zijn eigen ambivalentie ten aanzien van gedrag onderzoekt, lijkt het alsof het gewenste gedrag meer beklijft.

6 Discussie

Inleiding

In deze discussie staat de vraag centraal of motiverende gespreksvoering een effectief instrument is van de MGZ-verpleegkundige om gedragsverandering te bewerkstelligen binnen doelgroepen van de SOA/HIV-preventie en -bestrijding van de openbare gezondheidszorg? De discussie zal worden beschreven aan de hand van een aantal deelvragen, te weten:

- Welke taken heeft de openbare gezondheidszorg ten aanzien van gedragsverandering binnen de doelgroepen van de SOA/HIV-preventie en -bestrijding?
- Past het bewerkstelligen van gedragsverandering binnen de visie op verplegen?
- Kan motiverende gespreksvoering ook door MGZ-verpleegkundigen worden toegepast?
- In welke mate is de methode effectief ten aanzien van de doelgroepen van de SOA/HIV-preventie en -bestrijding?

In de volgende subparagrafen gaan we nader op deze deelvragen in.

6.1 Welke taken heeft de openbare gezondheidszorg ten aanzien van gedragsverandering binnen de doelgroepen van de SOA/HIV-preventie en -bestrijding?

De taken die de openbare gezondheidszorg heeft ten aanzien van de SOA/HIV-preventie en -bestrijding is in het afgelopen jaar toegenomen. In de tabel in paragraaf 1.4.1 hebben we gezien dat in 2005 het aantal gevallen van chlamydia en HIV zijn toegenomen. Sinds 1 januari 2006 heeft het Ministerie van Volksgezondheid extra geld vrijgemaakt voor aanvullende zorg ten aanzien van SOA/HIV-preventie en -bestrijding. Dit geld is expliciet naar de openbare gezondheidszorg gegaan. De mogelijkheden tot testen op soa en behandelen van soa zijn binnen de openbare gezondheidszorg uitgebreid. Dit is gedaan omdat het gezondheidsprobleem toeneemt. Hierbij wordt motiverende gespreksvoering als interventie op gedragsverandering van cliënten uitgevoerd binnen de consulten op de SOA- poli. Naast het uitvoeren van de testen probeert de sociaal- verpleegkundige te bewerkstelligen dat de cliënt gemotiveerd wordt om veilig te vrijen. Cliënten worden individueel gezien, voor elke cliënt is twintig minuten tijd ingepland. Hierbij zou je jezelf kunnen afvragen of in dit korte tijdsbestek een vorm van gedragsverandering kan worden bereikt. Miller en Rollnick (2005) beschrijven dat motiverende gespreksvoering ook effectief kan zijn in korte interventies. Een van de oprichters van Motivation and Change bevestigt ook dat de methode binnen eenmalige contacten kan worden toegepast.

6.2 Past het bewerkstelligen ten aanzien van gedragsveranderingen binnen de visie op verplegen?

In hoofdstuk 2 over de MGZ-verpleegkundige is beschreven wat onder verplegen wordt verstaan: "het zodanig beïnvloeden van mensen, dat menselijke vermogens worden benut met het oog op het in standhouden en bevorderen van gezondheid (Kruyswijk-Jansen & Mostert, 1996). Hieruit concludeer ik dat het bewerkstelligen van gedragsverandering om gezondheid te bevorderen binnen de visie van verplegen past. Dit maakt ons handelen ten aanzien van gedragsverandering legitiem. Ik concludeer hier eveneens uit dat deze visie ons verpleegkundig beroep afbakt. Menselijke vermogens mogen worden benut door de verpleegkundige onder de voorwaarde dat het om in stand houden of bevorderen van gezondheid gaat. Ik concludeer hier eveneens uit dat wij niet op de stoel van andere professionals gaan zitten. Het model van Lalonde heeft de MGZ-verpleegkundigen en andere professionals een handvat gegeven om veel ruimer naar gezondheid te kijken, en hierop te interveniëren. Het bewerkstelligen van gedragsverandering om gezond gedrag te bevorderen, is een interventie die wordt gedaan op leefstijl. Door gezondheidskundige interventies toe te passen zijn gedragsdeterminanten in gunstige zin te beïnvloeden (Sassen, 2002). Het belangrijkste instrument hierbij is volgens Sassen motivatieverhoging, en motivering ligt volgens haar in het handelsrepertoire van verpleegkundigen. Zij beschrijft jammer genoeg niet in haar literatuur op welke wijze verpleegkundigen dit kunnen bereiken. De voorbeelden uit de inleiding van dit eindwerkstuk illustreren dat MGZ-verpleegkundigen wel op zoek zijn naar een methode om cliënten te motiveren.

6.3 Kan motiverende gespreksvoering door de MGZ-verpleegkundigen worden toegepast?

Tijdens mijn praktijkleerperiode binnen de openbare gezondheidszorg hebben collega sociaal-verpleegkundigen een training gevolgd ten aanzien van motiverende gespreksvoering. Ik kreeg de indruk dat de kennismaking met de methode hen wat onzeker maakte. Alsof het gesprek met een cliënt binnen een SOA-consult ineens op een andere manier vorm gegeven moest worden. Tot nu toe werd er binnen het consult informatie ten aanzien van soa gegeven. In het interview met de sociaal-verpleegkundige, dat is beschreven in 5.3 wordt ook benoemd dat het hanteren van de methode voor hen ook een cultuurschok gaf. Zij vertelde dat het voelde "alsof men een nieuw instrument in de gereedschapskist kreeg". Ik heb recent bijscholing bijgewoond voor sociaal-verpleegkundigen die verbonden zijn aan een regionaal centrum voor seksuele gezondheid. In deze bijscholing werd casuïstiek uitgespeeld in de vorm van een rollenspel. De methode motiverende gespreksvoering werd hierbij gebruikt. Bij de evaluatie hoorde ik een van de aanwezige verpleegkundigen benoemen dat wij als verpleegkundigen echte doeners zijn, wij willen aanpakken en handelen. Dit botst met het op een juiste manier toepassen van de methode motiverende gespreksvoering. Want hierin wordt juist van ons gevraagd dat de cliënt zijn eigen ambivalentie ten aanzien van gedragsverandering onderzoekt. Een aantal aanwezigen herkende ook dit dilemma. Ik vond het een openbaring dat Miller en Rollnick dit ook beschreven in hun literatuur en hier zelfs een naam aan konden geven namelijk de reparatiereflex. Volgens Miller en Rollnick hebben verpleegkundigen (en andere hulpverleners) een ingebouwd verlangen om zaken die dreigen te ontsporen te herstellen. Verpleegkundigen zijn dan geneigd om meteen te handelen, door hun deskundigheid over te brengen. Bij het toepassen van motiverende gespreksvoering wordt van de verpleegkundige een andere benadering tegenover de cliënt verwacht. Tijdens deze methode is de cliënt de deskundige. Als de MGZ-verpleegkundige er voor kiest om met deze methode te werken is het essentieel dat zij zich daarvan bewust is. In feite vraagt het toepassen van een nieuwe gesprekmethode ook van de MGZ-verpleegkundige ook een gedragsverandering. Ik denk dat het heel zinnig is om eerst onze eigen ambivalentie tegenover de methode te verkennen. Tegelijkertijd kunnen we van de mogelijkheid gebruik maken om het begrip ambivalentie te herwaarderen. De verandercirkel van Prochaska en Diclemente zou ook op mij zelf en op de verpleegkundige beroepsgroep

worden toegepast. Het biedt ons mogelijkheden om onze eigen weerstanden te herkennen, en eventueel te buigen naar verandering toe.

In hoofdstuk 4 zijn de houding en de vaardigheden beschreven die nodig zijn om de methode uit te voeren. De grondhouding die nodig is, is bekend voor de MGZ-verpleegkundigen. De vaardigheden zoals open vragen stellen, reflectief luisteren, bevestigen en samen vatten zijn in de opleiding tot MGZ-verpleegkundige aan bod gekomen. Ook de houding die eraan ten grondslag ligt is voor MGZ-verpleegkundigen eigen. Dus in feite heeft de MGZ-verpleegkundigen al veel van de onderdelen van de methode in huis. Bij het aanleren van de methode van motiverende gespreksvoering kan voort worden geborduurd op deze basisvaardigheden. Indien sociaal-verpleegkundigen de methode zuiver willen toepassen hebben zij aanvullende training nodig in het ontwikkelen van discrepantie, mee gaan met weerstanden, herkennen en uitlokken van verandertaal.

Vaardigheden kunnen tijdens trainingen worden aangeleerd, en door ze in de praktijk toe te passen kunnen ze verder worden ontwikkeld. Ik zou willen aanbevelen om tijdens deze training ook theorie van gedragsverandering er aan vast te koppelen. Miller en Rollnick bevelen aan om ten minste twee verpleegkundigen uit een organisatie een training te laten volgen, zodat zij binnen de organisatie andere medewerkers kunnen ondersteunen bij het aanleren van de methode. (Dit is weer een mooi voorbeeld dat sociale steun ten aanzien van gedragsverandering belangrijk is).

6.4 In welke mate is de methode effectief ten aanzien van de doelgroepen van de SOA/HIV-preventie en -bestrijding?

Miller en Rollnick (2005) werken al tientallen jaren met de methode van motiverende gespreksvoering. Volgens hen is het wel bekend dat de methode in bepaalde situaties werkt en voldoende is bewezen. De gegevens laten minder zien hoe en waarom deze methode werkt. De vraag of de methode effectief is ten aanzien van de doelgroepen van de SOA/HIV-preventie en -bestrijding kan nog niet worden beantwoord. Het merendeel van de cliënten die zich willen laten testen op de poli, worden eenmalig gezien. Het is niet bekend welke effect deze gespreksmethode op het gedrag heeft gehad. Een sociaal-verpleegkundige heeft het als volgt benoemd: "Door het gesprek wat ik met de cliënt heb gehad heb ik voor hem/haar veilig vrijen weer bij hem/haar op de agenda gezet". Ik vind dat deze uitspraak een reëel beeld geeft van de huidige situatie. Een aantal cliënten zijn ook geschrokken van het risico wat ze hebben gelopen, dat zij hun vrijgedrag uit zichzelf hebben gecorrigeerd.

Volgens de programmamedewerkster van SOA/AIDS Nederland is er nog geen onderzoeksvraag ontwikkeld ten aanzien van de effectiviteit van deze methode. Zij hoopt wel dat er een onderzoeksvraag komt. Zoals in het SOA-bulletin is beschreven, is er wel internationaal onderzoek gedaan naar de effectiviteit van de counseling methode. Echter, hierbij is de inhoud van het counselinggesprek niet onderzocht. In hoofdstuk 5 is de ontwikkeling beschreven van het standaard counseling gesprek naar het gespreksmodel op maat. Onder andere door intercollegiale toetsing is gebleken dat het standaard counselinggesprek niet altijd effectief is. Ik vind dit een voorbeeld waaruit blijkt dat intervisie bij draagt tot kwaliteitsverbetering van de zorgverlening. Het getuigt voor mij ook dat verpleegkundigen minder volgens intuïtie willen werken, en waarde hechten aan evidenced based methode of best practice methodes. Het gespreksmodel op maat is tot stand gekomen door een goede samenwerking tussen onderzoek en praktijk. Ik vind het een prachtig voorbeeld van de wijze waarop dit samen kan gaan. Het dilemma bij onderzoek naar effectiviteit van de methode motiverende gespreksvoering is dat het eerst in de praktijk zal moeten worden toegepast, voordat de effectiviteit kan worden onderzocht.

Ik vind dat het model van Prochaska en DiClemente zeer effectief is toegepast binnen de SOA/HIV-preventie en -bestrijding. Ik had tot nu toe geen kennis over de fase van gedragsverandering. Dit model laat ons inzien dat gedragsverandering met kleine stapjes gepaard gaat. In het interview met de sociaal-verpleegkundige in paragraaf 5.3 is beschreven dat er van het model zelfs een beschermende werking van uit gaat. Het model helpt de sociaal-verpleegkundigen om onze verwachtingen ten aanzien van gedragsverandering bij te stellen. Zoals is beschreven 3.2 is motiverende gespreksvoering niet de enige interventie die kan

worden toegepast om veilig vrijgedrag te bevorderen. Gedrag wordt veroorzaakt door meerdere factoren, zoals kennis ten aanzien van een gezondheidsprobleem, sociale steun en eigen effectiviteit. Om veilig te zijn zijn ook vaardigheden nodig. Vaardigheden om condooms op een goede wijze te gebruiken, maar ook vaardigheden in de manier waarop je tegenover je partner bespreekbaar maakt dat je er duidelijk voor kiest om een condoom te gebruiken bij het vrijen. Ook omgevingsgerichte interventies dragen bij tot veilig vrijgedrag zoals het zorgen voor voldoende condoomautomaten.

6.5 Conclusie: is motiverende gespreksvoering een effectief instrument van de MGZ- verpleegkundige om gedragsverandering te bewerkstelligen binnen doelgroepen van de SOA/HIV-preventie en -bestrijding van de openbare gezondheidszorg

Deze vraag kan nog niet in zijn geheel worden beantwoord. De effectiviteit van de methode ten aanzien van de SOA/HIV preventie- bestrijding kan pas worden gemeten als de methode al in de praktijk wordt toegepast, en deze toepassing verkeert nog in een pril stadium. Ik denk wel dat de methode motiverende gespreksvoering door MGZ-verpleegkundigen kan worden toegepast. Sassen stelt dat motivatieverhoging een eerste aandachtspunt als je het doel hebt om gedrag van mensen te veranderen. En dit ligt in het handelsrepertoire van de MGZ-verpleegkundigen. Ik denk dat wij als verpleegkundigen ons bewust moeten worden van onze reparatiereflex. In de openbare gezondheidszorg is het accent ten aanzien van gezondheidsbevordering toegenomen. Vanuit deze conclusie kom ik tot de volgende aanbevelingen.

6.6 Aanbevelingen

Deze aanbevelingen worden onderverdeeld in aanbevelingen op macro-niveau, meso- en micro-niveau.

Op macro-niveau maak ik de volgende aanbevelingen:

- Onderzoek naar de effectiviteit van de methode motiverende gespreksvoering binnen de praktijk van de SOA/HIV-preventie en -bestrijding. Dus een samenwerkingsverband tussen onderzoek en praktijk.
- Het formuleren van kwaliteitscriteria voor opleidingsinstituten of trainingscentra die trainingen verzorgen voor motiverende gespreksvoering.

Op meso-niveau maak ik de volgende aanbevelingen:

- Het vrijmaken van budget, zodat verpleegkundigen trainingen kunnen volgen met betrekking tot motiverende gespreksvoering. In company training verdient de voorkeur.
- Twee verpleegkundigen binnen de organisatie aanwijzen, of binnen een centrum voor seksuele gezondheid met als aandachtsgebied motiverende gespreksvoering.
- Voorwaarden scheppen voor intervisiebijeenkomsten (intercollegiale toetsing). Een aanbeveling om tijdens de intervisie bijeenkomsten de ingebrachte casuïstiek te bespreken aan de hand van de incidentmethode. De incidentmethode geeft een extra mogelijkheid om te oefenen in het stellen van open vragen.

Op micro-niveau maak ik de volgende aanbevelingen:

- Het verkennen van onze eigen ambivalentie ten aanzien van de methode motiverende gespreksvoering.
- Bewust zijn van onze reparatiereflex.
- Kennisvermeerdering ten aanzien van gedragsverandering.

Literatuurlijst

Boeken

• Boot/Knaapen:	De Nederlandse Gezondheidszorg 6 ^e druk, Uitgeverij Spectrum, Utrecht, 1996
• Brug e a. :	Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering. Uitg. Van Gorcum, Assen 2000
• Kruyswijk-Jansen, H. en Mostert H.	Het verpleegproces, 2 ^e druk, Uitg. De Tijdstroom, Utrecht, 1996
• Miller R. en Rollnick S.	Motiverende gespreksvoering. Uitg. Ekklesia, Gorinchem, 2005
• Pernis, C., e.a.	Agogiek voor gezondheidszorg en verpleegkunde 3 ^e druk, Uitg. Bohn Stafleu Van Loghum Houten/Diegem 2000
• Sassen, B.	GVO en preventie Uitgeverij Elsevier gezondheidszorg. Maarssen 2 ^e druk 2002.
• Simons, B.	kruis en Munt, Uitgeverij, Tijdstroom, 1991
• Stichting SOA	bestrijding /Handboek SOA. Utrecht 1998.

Artikelen

• Ark, C.	Intuïtie versus protocol.
• SOA bulletin januari 2003	Pag. 16 en 18
• AVVV/ LVSV	Sociaal-verpleegkundige, beroepsdeelprofiel, Utrecht, maart 2004
• Beleidsplan VISI	Normering infectieziektebestrijding, 2004
• Heijman, R.	Competentieprofiel sociaal-verpleegkundigen SOA/HIV-preventie, -bestrijding en seksuele gezondheid, 2005
• Sense ZZH	Protocol voor geïntegreerd spreekuur Versie 3.0 januari 2006
• Vlasblom H .e.a.	Effecten van counseling. SOA bulletin januari 2003, Pag. 3 en 4

Websites

- www.soaids.nl/professionals-epidemiologie.
- www.nationaalkompasvolksgezondheid.nl/determinanten/leefstijl.
- www.centreformotivationandchange.nl
- www.zonmw.nl

Bijlagen

Bijlage 1: Checklist indicatiestelling per telefoon

Bijlage 2: Het schalenhulpmiddel

Bijlage 1 Checklist Indicatiestelling per telefoon

Vraag 1				Uitwerking	Procedure
Wat is uw leeftijd?	jaar			Indien ≤ 24 jaar	- Afspraak maken*
				Indien ≥ 25 jaar	Ga verder met vraag 2
Vraag 2	JA	NEE			
Heeft u klachten?				Indien JA	- Afspraak maken*
				Indien NEE	Ga verder met vraag 3
Vraag 3	JA	NEE			
Bent u verwezen of gewaarschuwd voor een soa?				Indien JA	- Afspraak maken*
				Indien NEE	Ga verder met vraag 4
Vraag 4	JA	NEE			
Heeft u (of uw partner) het afgelopen jaar een soa gehad?				Indien JA	- Afspraak maken*
				Indien NEE	Ga verder met vraag 5
Vraag 5	JA	NEE			
Wilt u een anoniem soa onderzoek?				Indien JA	- Afspraak maken*
				Indien NEE	Ga verder met vraag 6
Vraag 6	JA	NEE			
Heeft u de afgelopen 6 maanden meer dan drie sekspartners gehad?				Indien JA	- Afspraak maken*
				Indien NEE	Ga verder met vraag 7
Vraag 7	JA	NEE			
Heeft u seks met mannen (deze vraag geldt alleen voor mannen)?!				Indien JA	- Afspraak maken*
				Indien NEE	Ga verder met vraag 8
Vraag 8	JA	NEE			
Heeft u (of uw partner) seks voor geld of goederen en/of betaalde seks?				Indien JA	- Afspraak maken*
				Indien NEE	Ga verder met vraag 9
Vraag 9	JA	NEE			
Bent u (uw partner) afkomstig uit één van de volgende gebieden: Sub-Sahara Afrika, Kaapverdië, Caribische gebied (Suriname, Antillen)?				Indien JA	- Afspraak maken*
				Indien NIET	♦ Indien alle vragen met NEE zijn beantwoord cliënt verwijzen naar de eigen huisarts
* Het tijdstip van de afspraak is afhankelijk van de uitkomst van de volgende 2 vragen:					
1. Wanneer heeft u voor het laatst onveilige seks gehad?	Toelichting: Windowfase voor hiv, hepatitis B en syfilis is 3 maanden! Windowfase rest soa: 2 weken (tenzij er klachten zijn)!	Indien laatste onbeschermd seksueel contact ≤ 2 weken			- Afspraak maken 2 weken na laatste o.s.c. voor soa onderzoek
		Indien ≤ 3 maanden			- WF hiv, hepatitis B en syfilis uitleggen
2. Heeft u de afgelopen 7 dagen antibiotica gebruikt? Zo ja, gebruikt u nu nog antibiotica? Zo ja, wanneer stopt de kuur?	Toelichting: Een afspraak kan gepland worden minimaal 7 dagen na het beëindigen van de kuur!	Indien antibiotica gebruikt ≤ 7 dagen geleden			- Afspraak maken minimaal 7 dagen na het beëindigen van de kuur
		Indien antibiotica nog steeds gebruikt worden			Overleg met de verantwoordelijke arts is dan aangewezen

Vragen 2,3,6,7,8,9: Hoogrisico

Datum: ____/____/____

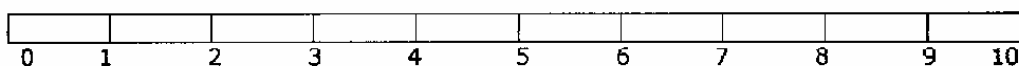
Bijlage 2 De schalenhulpmiddel

Schalen zijn een hulpmiddel om de cliënt te stimuleren om gemotiveerde uitspraken te doen over zijn bedoelingen en acties. Door het bespreken van de hoogte van de schalen en vergelijkingen kan voor de cliënt makkelijker worden om zijn motivatie en zijn mogelijkheden voor gedragsverandering te benoemen!

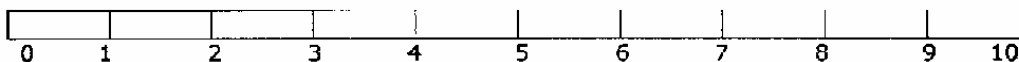
Vragen die je hierbij kan gebruiken zijn:

- waarom koos je geen lager nummer?
- wat heb je nodig om naar een hoger nummer te gaan?
- hoe komt dat er een verschil is b.v. tussen je hoge nummer van "gezondheid" en een laag nummer bij je "vertrouwen" dat het gaat lukken om veilig te vrijen?

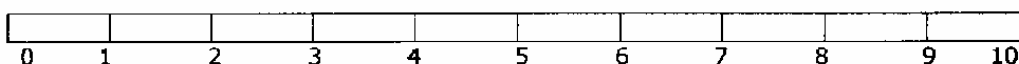
Op een schaal van 0 tot 10, hoe belangrijk is het voor jou om gezond te zijn?



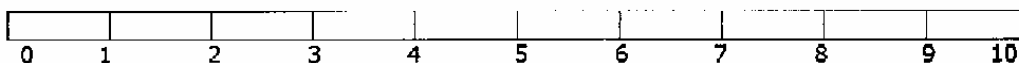
Op een schaal van 0 tot 10, hoe belangrijk is het voor jou om geen risico te lopen op soa/hiv?



Op een schaal van 0 tot 10, hoe gemotiveerd ben jij om te zorgen dat je zo min mogelijk risico loopt om een soa/hiv te krijgen?



Op een schaal van 0 tot 10, hoe als je vanaf nu veilig zou vrijen, hoeveel vertrouwen heb je dat dit zal lukken?



Bijlage 2. Checklist Indicatiestelling per telefoon

Vraag 1		Uitwerking		Procedure
Wat is uw leeftijd?	jaar	Indien ≤ 24 jaar	- Afspraak maken*	
		Indien ≥ 25 jaar	Ga verder met vraag 2	
Vraag 2	JA	NEE		
Heeft u klachten?			Indien JA	- Afspraak maken*
			Indien NEE	Ga verder met vraag 3
Vraag 3	JA	NEE		
Bent u verwezen of gewaarschuwd voor een soa?			Indien JA	- Afspraak maken*
			Indien NEE	Ga verder met vraag 4
Vraag 4	JA	NEE		
Heeft u (of uw partner) het afgelopen jaar een soa gehad?			Indien JA	- Afspraak maken*
			Indien NEE	Ga verder met vraag 5
Vraag 5	JA	NEE		
Wilt u een anoniem soa onderzoek?			Indien JA	- Afspraak maken*
			Indien NEE	Ga verder met vraag 6
Vraag 6	JA	NEE		
Heeft u de afgelopen 6 maanden meer dan drie sekspartners gehad?			Indien JA	- Afspraak maken*
			Indien NEE	Ga verder met vraag 7
Vraag 7	JA	NEE		
Heeft u seks met mannen (deze vraag geldt alleen voor mannen)?!			Indien JA	- Afspraak maken*
			Indien NEE	Ga verder met vraag 8
Vraag 8	JA	NEE		
Heeft u (of uw partner) seks voor geld of goederen en/of betaalde seks?			Indien JA	- Afspraak maken*
			Indien NEE	Ga verder met vraag 9
Vraag 9	JA	NEE		
Bent u (uw partner) afkomstig uit één van de volgende gebieden: Sub-Sahara Afrika, Kaapverdië, Caribische gebied (Suriname, Antillen)?			Indien JA	- Afspraak maken*
			Indien NIET	♦ Indien alle vragen met NEE zijn beantwoord cliënt verwijzen naar de eigen huisarts
* Het tijdstip van de afspraak is afhankelijk van de uitkomst van de volgende 2 vragen:				
1. Wanneer heeft u voor het laatst onveilige seks gehad?	Toelichting: Windowfase voor hiv, hepatitis B en syfilis is 3 maanden! Windowfase rest soa: 2 weken (tenzij er klachten zijn)!	Indien laatste onbeschermd seksueel contact ≤ 2 weken	- Afspraak maken 2 weken na laatste o.s.c. voor soa onderzoek	
		Indien ≤ 3 maanden	- WF hiv, hepatitis B en syfilis uitleggen	
2. Heeft u de afgelopen 7 dagen antibiotica gebruikt? Zo ja, gebruikt u nu nog antibiotica? Zo ja, wanneer stopt de kuur?	Toelichting: Een afspraak kan gepland worden minimaal 7 dagen na het beëindigen van de kuur!	Indien antibiotica gebruikt ≤ 7 dagen geleden	- Afspraak maken minimaal 7 dagen na het beëindigen van de kuur	
		Indien antibiotica nog steeds gebruikt worden	Overleg met de verantwoordelijke arts is dan aangewezen	

Vragen 2,3,6,7,8,9: Hoogrisico

Datum: ____/____/____