

De effecten van Motivational Interviewing op het gedrag van patiënten met chronische klachten.

M. Maghsudi

Eindexamenopdracht afdeling Fysiotherapie Hogeschool Utrecht, maart 2011

Samenvatting

Doel: Een literatuuronderzoek naar de effecten van Motivational Interviewing (MI), in combinatie met oefentherapie of advisering op het gedrag van patiënten met chronische klachten, in het bijzonder patiënten met chronische aspecifieke lage rugklachten, overgewicht of diabetes mellitus type 2.

Methode: Een systematische zoektocht naar relevante wetenschappelijke artikelen heeft plaatsgevonden in de volgende databanken: CINAHL, Cochrane Library, PEDro en PubMed. (Systematic) reviews en (randomised) controlled trials van voldoende methodologische kwaliteit werden geïnccludeerd [8]. De validiteit en toepasbaarheid van de reviews werd getoetst aan de hand van het formulier Va voor het beoordelen van systematic reviews van randomised controlled trials van de Dutch Cochrane Centre [9].

De randomised controlled trials (RCTs) zijn beoordeeld door middel van de PEDro- scorelijst [10].

Resultaten: Er zijn drie reviews van 2004 tot 2009 en drie randomised controlled trials (RCTs) van 2005 tot 2011 geïnccludeerd. De resultaten van de verschillende artikelen geven een positief effect van MI, in combinatie met andere interventies aan op verschillende aspecten van gedrag.

Conclusie: MI heeft in combinatie met oefentherapie of advisering een positief effect op het gedrag bij patiënten met chronische klachten, zoals chronische aspecifieke lage rugklachten, overgewicht en diabetes mellitus type 2.

Trefwoorden: behavio(u)r, behavio(u)ral change, lifestyle, motivation, self efficacy, treatment adherence, communication, motivational interviewing, chronic, chronic disease, physiotherapy en physical

Inleiding

Patiënten met chronische klachten

Het RIVM vermeldt dat de afgelopen 10 tot 20 jaar steeds meer mensen een of meer chronische aandoening(en) hebben [1]. Een onderzoek naar de prevalentie van patiënten met chronische pijn in Europa gaf aan dat in 2006 19% van de bevolking aan chronische pijn leed [2]. Met het oog op de steeds verdere ontwikkeling van de geneeskunde en de vergrijzing van de bevolking zal het aantal chronische patiënten in de toekomst verder stijgen [1].

Door het stijgende aantal chronische patiënten, veranderen de eisen aan de gezondheidszorg [1]. Omdat chronische aandoeningen niet te genezen zijn, is het zinvol zich als hulpverlener uit de gezondheidszorg op het ondersteunen van de patiënt te richten. Om samen een weg te vinden waarop de individuele patiënt kan omgaan met zijn chronische aandoening [3].

De patiënt moet leren herkennen dat zijn huidige gedrag nadelig is voor zijn kwaliteit van leven [4]. Een verandering in gedrag kan ervoor zorgen dat de belemmeringen op het niveau van activiteiten en participatie in de toekomst zo klein mogelijk gehouden worden. Dit is zowel op de korte als op de lange termijn van toepassing [3].

Een centraal begrip in het kader van gedragsverandering is ondersteuning bij zelfmanagement. Hierbij gaat het om activiteiten, die zorgverleners kunnen uitvoeren om het zelfmanagement van patiënten te faciliteren en te bevorderen [4]. Deze vorm van ondersteuning wordt ook coaching genoemd. Hierbij maakt de therapeut aanspraak op de eigen motivatie van de patiënt om een verandering in gedrag teweeg te brengen en therapietrouw te creëren [5]. Onderzoek brengt naar voren dat een aanpak die de ontwikkeling tot zelfregulatie stimuleert, op den duur het meest effectief blijkt te zijn [3].

Interessant hierbij is dat patiënten met verschillende chronische aandoeningen mee kunnen doen aan één programma [3]. Dat is mogelijk omdat veel chronisch zieken tegen dezelfde problemen aanlopen.

Belang voor de fysiotherapeut

Al tijdens de bachelor- opleiding Fysiotherapie leren de studenten voorlichting en advies te geven over gezondheidsbevorderend gedrag bij het behandelen en begeleiden van patiënten. In het kader van het coachen van patiënten met chronische klachten krijgt dit extra aandacht.

Patiënten met bijvoorbeeld chronische aspecifieke lage rugklachten¹, overgewicht² of diabetes mellitus type 2 worden vaak begeleid door de fysiotherapeut.

De fysiotherapeut richt zich bij het behandelen van deze chronische patiënten regelmatig op het ondersteunen van de patiënt en het bevorderen van een gezonde leefstijl [6]. Het geven van advies en stimuleren tot meer lichamelijke activiteit maken deel uit van het fysiotherapeutische vak. Een krachtige motivator is het laten voelen van effect en bieden van een succeservaring [4]. Maar om het zelfmanagement echt te laten slagen is ook therapietrouw belangrijk. Onderzoek heeft aangetoond dat door therapietrouw 26% meer patiënten een positieve therapie- uitkomst bereikt [5]. Toch komt het niet- opvolgen van therapeutische aanbevelingen voor. Onderzoeken tonen aan dat 22% van de patiënten bij de fysiotherapeut de opgedragen huiswerk oefeningen niet doet [7].

Het stimuleren tot gedragsverandering bij de chronische patiënt is niet eenvoudig en vaak is het behoud van het veranderde gedrag van korte duur. Er zijn verschillende interventies binnen de gezondheidszorg die hierop inhaken, maar zijn zij effectief?

Motivational Interviewing is één van de mogelijke interventies die in het kader van gedragsverandering kan worden toegepast. Hier wordt in de loop van dit artikel verder op in gegaan. Het doel van dit artikel is door middel van een literatuuronderzoek antwoord te vinden op de vraag:

Welk effect heeft Motivational Interviewing, in combinatie met oefentherapie of advisering op het gedrag van patiënten met chronische klachten?

Dit artikel richt zich in het kader van chronische klachten op aspecifieke lage rugklachten, overgewicht of diabetes mellitus type 2. De interventie wordt vergeleken met alleen oefentherapie of advisering.

Motivational Interviewing

Motivational Interviewing (MI) is een manier om op de bovengenoemde zelfregulatie in te spelen.

¹ De KNGF beschouwt aspecifieke lage rugklachten als chronisch wanneer patiënten aangeven over een episode van meer dan 12 weken pijn te hebben [30].

² Er wordt van overgewicht gesproken bij een BMI van 25 of hoger. Een BMI tussen 25 en 29,9 wordt als matig overgewicht gedefinieerd [1].

MI is een in 1983 door Miller en Rollnick ontwikkelde communicatiestijl [3]. Deze motiverende gespreksvoering is oorspronkelijk toegepast in de alcoholzorg, maar inmiddels naar allerlei andere terreinen van de gezondheidspsychologie vertaald [3]. De manier van communiceren is gebaseerd op verschillende principes en technieken uit bestaande modellen van psychotherapie en gedragsverandering. Het gaat om een cliëntgeoriënteerde, directieve gespreksstijl ter bevordering van de intrinsieke motivatie tot verandering. Hierbij is het belangrijk om goed te luisteren en terug te spiegelen wat de patiënt vertelt. De patiënt krijgt ruimte om zelfstandig keuzes te maken [3]. Het voordeel hierbij is dat de patiënt zelf zijn redenen om te veranderen aangeeft [4]. De therapeut luistert selectief en bekrachtigt in de richting van het oplossen van de ambivalentie bij de patiënt met betrekking tot het wel of niet veranderen van gedrag. Rollnick en Miller onderscheiden bij MI de “geest” en vier achterliggende principes voor de uitvoering van MI. De “geest” bestaat uit *samenwerken in plaats van strijd, opwekken van doelen, gedachten en gevoelens in plaats van hierover te informeren en de autonomie van de patiënt*. De therapeut wordt geacht deze autonomie volledig te respecteren en de patiënt niet te forceren in het maken van keuzes. De principes zijn gebaseerd op het tonen van empathie, zodat de therapeut demonstreert dat hij de patiënt echt begrijpt en meegaan met de weerstand. Want dat zorgt ervoor dat de patiënt zich begrepen voelt waardoor strijd voorkomen wordt. Verder wordt de eigen effectiviteitsverwachting bij de patiënt verhoogd door bijvoorbeeld bij tegenslag te benadrukken wat ondanks die moeilijke omstandigheden toch lukte. Ten slotte gaat het erom de discrepantie van de waarden van de patiënt en het actuele gezondheidsgedrag te versterken.

Method

Ter beantwoording van de vraagstelling is er gebruik gemaakt van een systematisch literatuuronderzoek naar de effecten van motiverende gespreksvoering of interventies die gebaseerd zijn op motiverende gespreksvoering. Deze gespreksvoering wordt gebruikt in combinatie met oefentherapie of informatievoltrekking bij patiënten met chronische klachten waarbij een verandering in leefstijl bevorderlijk is voor de omgang met de klachten.

Literatuurverzameling

De zoekstrategie werd uitgevoerd in de online databanken CINAHL, Cochrane Library, PEDro en Pubmed. Toegang tot de databanken is verkregen via de Universiteit Utrecht en Sharepoint van de Hogeschool Utrecht. Er is gebruik gemaakt van de volgende trefwoorden in verschillende combinaties: “behavio(u)r”, “behavio(u)ral change”, “lifestyle”, “motivation”, “self efficacy”, “treatment adherence”, “communication”, “motivational interviewing”, “chronic”, “chronic disease”, “physiotherapy” en “physical”.

Selectiemethode van de resultaten van de zoekacties

In eerste instantie is er geselecteerd op titel, abstract en het jaar van de publicatie. Er is gezocht naar artikelen van de afgelopen tien jaar. Na de eerste screening werden de artikelen op hun wetenschappelijk niveau beoordeeld. Hierbij is gebruik gemaakt van de indeling na methodologische kwaliteit van individuele studies door het kwaliteitsinstituut voor gezondheidszorg (niveau A1 en A2 volgens de indeling van methodologische kwaliteit van individuele studies) [8]. De validiteit en toepasbaarheid van de reviews werd getoetst aan de hand van het formulier Va voor het beoordelen van systematic reviews van randomised controlled trials van de Dutch Cochrane Centre [9].

De randomised controlled trials (RCTs) zijn beoordeeld door middel van de PEDro- scorelijst [10]. Deze lijst is een gewijzigde vorm van de Delphi- lijst van Verhagen [11].

In dit artikel worden enerzijds de resultaten van meerdere onderzoeken en literatuurstudies met elkaar vergeleken. Anderzijds is er gebruik gemaakt van achtergrondinformatie uit boeken en wetenschappelijke studies ter beantwoording van de probleemstelling.

Resultaten

Literatuurverzameling

De in de methode beschreven manier van zoeken leverde in eerste instantie zestien artikelen op. Hierbij ging het om zes (systematic) reviews [12, 13, 14, 15, 16, 17], twee meta-analyses (waarvan een in review) [16, 18], vier RCTs [19, 20, 21, 22], één quasi experimenteel onderzoek [23], één controlled efficacy study [24] en drie overige artikelen die informatie gaven die eventueel van toepassing voor dit artikel zou kunnen zijn [25, 26, 27]. Door het lezen van titel en abstract werden deze artikelen in de eerste ronde geïncludeerd. Na het lezen van de volledige tekst bleek dat zeven van de artikelen betrekking hadden op de relatie

tussen patiënten en therapeuten (medici en paramedici), gedragsverandering, de communicatie tussen behandelaar en patiënt en de motivatie van de patiënt om te veranderen [13, 17, 18, 24, 25, 26, 27]. De andere negen artikelen, waarvan vier reviews [12, 14, 15, 16] en vijf RCTs of andere onderzoeksvormen [19, 20, 21, 22, 23], gingen in op het effect van MI of interventies, gebaseerd op MI op het ziektegerelateerde gedrag van chronische patiënten.

In de gevonden artikelen worden de effecten van MI op het gedrag van de chronische patiënt beschreven. De resultaten richten zich op veel verschillende aspecten van het gedrag. Dit wordt nader toegelicht in de resultaten van de reviews en RCTs en in de discussie besproken.

Beoordeling op de methodologische kwaliteit en wetenschappelijk niveau

Bij de laatstgenoemde negen artikelen zijn verdere beoordelingscriteria toegepast. Alleen artikelen van voldoende wetenschappelijk niveau werden meegenomen in het literatuuronderzoek (niveau A1 en A2 volgens de indeling van methodologische kwaliteit van individuele studies) [8]. De validiteit en toepasbaarheid van de reviews werd getoetst aan de hand van het formulier Va voor het beoordelen van systematic reviews van randomised controlled trials van de Dutch Cochrane Centre [9]. Hierbij viel één review af omdat deze te weinig informatie ter beantwoording van de vragen van het formulier gaf en men hierdoor geen uitspraak over de kwaliteit kon maken [12]. De RCTs zijn beoordeeld met behulp van de PEDro- scorelijst [10]. Bij een score van <4/10 werd het artikel geëxcludeerd. Drie van de vijf artikelen zijn overgebleven en maken deel uit van het literatuuronderzoek [20, 21, 22].

Reviews

Er werden drie reviews gevonden, die van voldoende kwaliteit waren [14, 15, 16]. De kwaliteit van de reviews staat beschreven in tabel 2a.

In de review van Knight et al. [14] zijn acht onderzoeken geïnccludeerd, met in totaal 565 patiënten, waarvan vier RCTs waren. De inclusiecriteria namen betrekking op de patiëntpopulatie, de interventies, die gebaseerd waren op MI, de designs, die naast RCTs ook niet-gerandomiseerde of niet-gecontroleerde onderzoeken mochten zijn. Het hoofddoel van de verschillende onderzoeken was het effect van MI naast, of in combinatie met, traditionele behandelingen te beschrijven. De onderzochte patiëntenpopulaties bestonden uit patiënten met

diabetes, astma, hyperlipidemie, hypertensie, patiënten in verwachting van een bypass- operatie en patiënten in de hartrevalidatie. Twee van de RCTs voldeden aan de vooraf opgestelde inclusiecriteria en waren bruikbaar voor de review. Zij toonden aan dat MI een effectieve interventie is om de zorg voor patiënten te verbeteren en hen te helpen een gezondere levensstijl aan te nemen. Deze manier werd vergeleken met andere interventies die hetzelfde effect beoogden. De meerderheid van de onderzoeken liet een positief effect van MI zien, op de psychologische en fysiologische resultaten en een levensstijlverandering [14]. De review van Knight et al. [14] heeft een score van 100% op de validiteit en toepasbaarheid volgens het formulier Va [9].

De review van Martins et al. [15] heeft 37 artikelen geïnccludeerd waarin onderzoek gedaan is naar het gezondheidsgerelateerde gedrag en levenslange therapietrouw bij patiënten met chronische klachten op het gebied van voeding en oefenen, diabetes en mondzorg. 24 van de onderzoeken namen betrekking op voeding en oefenen, negen op diabetes en vier op mondzorg. De onderzoeken zijn gepubliceerd in de tijd van 1997 tot en met 2008. Het resultaat dat in deze review beschreven wordt is dat de deelnemers die individuele MI kregen een verandering in hun gedrag lieten zien, wat de omgang met hun klachten betreft op de drie onderzochte gebieden (voeding en oefenen, diabetes en mondzorg). Uit de 24 onderzoeken over voeding en oefenen, met in totaal 6826 deelnemers, kwam naar voren dat deelnemers uit de interventiegroepen een hogere eigen effectiviteit, hogere lichamelijke activiteit, verlaagde calorieëninname en een grotere inname van fruit lieten zien. Bovendien was de BMI afgenomen na de interventie met MI. De review van Martins et al. [15] heeft een score van 80% op de validiteit en toepasbaarheid (volgens het formulier Va [9]).

De review van Rubak et al. [16] geeft een samenvatting van 72 onderzoeken. Het gaat hierbij om RCTs die betrekking hebben op de effectiviteit van MI op het gebied van patiëntenadvisering voor patiënten met chronische klachten vergeleken met traditionele advisering. 19 van de 72 onderzoeken zijn gebruikt voor een meta-analyse. Het resultaat uit de meta-analyse laat een significant effect ($P < 0,05$) van MI zien, op de BMI, bloedcholesterol, systolische bloeddruk, alcoholconcentratie in het bloed en ethanolconcentratie [16]. Het is onduidelijk hoeveel patiënten in totaal hebben deelgenomen aan de onderzoeken. De review van Rubak et al. [16] heeft een score van 90% op de validiteit en toepasbaarheid [9].

Randomised controlled trials

In dit artikel zijn drie RCTs geïnccludeerd [20, 21, 22]. Een samenvatting van de onderzoeksopbouw is te vinden in tabel 1. Hierin is te zien hoe de patiëntpopulatie is samengesteld, welke aspecten van MI zijn toegepast en welke behandeling de controlegroep heeft gekregen.

In de RCT van Friedrich et al. [20] is onderzoek gedaan naar de effecten van MI bij patiënten tussen de 20 en 60 jaar, met chronisch of steeds terugkerende lage rugklachten, op hulpbehoevendheid, pijn en arbeidsgeschiktheid. De interventiegroep bestond uit 44 patiënten en de controlegroep uit 49 patiënten. De controlegroep deed mee aan een oefenprogramma met individuele submaximale geleidelijk toenemende oefeningen ter verbetering van de mobiliteit, de lenigheid, de kracht, het uithoudingsvermogen en de coördinatie van de rompmusculatuur. Bij de interventiegroep werd aandacht besteed aan het duidelijk instrueren van de patiënt en nadruk gelegd op het belang van de huiswerk oefeningen. Verder werd er beroep gedaan op de interne “locus of control” van de patiënt en de wederzijdse samenwerking tussen patiënt en therapeut. Er werd een contract opgesteld en door de patiënten getekend waarin opgenomen was dat de patiënten regelmatig gingen oefenen. De deelnemers van het onderzoek kregen tien fysiotherapeutische behandelingen. Testmomenten vonden plaats na drieënhalve weken, vier maanden, twaalf maanden en vijf jaar. De hulpbehoevendheid is gerapporteerd door middel van de “low back outcome scale questionnaire” ontwikkeld door Greenough en Fraser. De pijn is gemeten met een numerieke 101-punten schaal. De arbeidsgeschiktheid werd in kaart gebracht door gebruik te maken van 4 categorieën: a, patiënten waren in staat op hun oorspronkelijk niveau werk uit te voeren, b, patiënten waren in staat lichter werk uit te voeren, c, patiënten waren in staat deeltijd werk uit te voeren en d, patiënten waren niet in staat werk uit te voeren op basis van hun rugklachten.

Friedrich et al. [20] komen tot het resultaat dat MI zowel op de hulpbehoevendheid, de pijn en de arbeidsgeschiktheid bij volwassen patiënten met chronisch lage rugklachten van positief effect is, op lange en korte termijn. Op de PEDro- schaal [10] scoort het artikel redelijk (5/10, zie voor details tabel 2b).

Greaves et al. [21], met een interventiegroep van 68 deelnemers en een controle groep van 69 deelnemers, beschrijft het effect van MI bij patiënten van achttien jaar en ouder met een BMI van 28 of hoger. Terwijl de controlegroep een

informatiepakket ontving, dat gestandaardiseerd was en betrekking had op voeding en lichamelijke activiteit, kreeg de interventiegroep elf behandelingen van 34 minuten. Hierin werden zij gevraagd actieplannen te schrijven, zelf doelen op te stellen en gedurende een aantal maanden zelf hun gewicht en energieniveau te rapporteren. De interventie volstreekte zich over een periode van zes maanden. De deelnemers hadden als doel met betrekking tot de lichamelijke activiteit minimaal 150 minuten beweging van matige intensiteit per week te bereiken. Gewicht en tailleomtrek zijn gemeten aan de aangewezen richtlijnen en de lichamelijke activiteit is in kaart gebracht door de MAQ, waarbij de deelnemers hun activiteit zelf moesten rapporteren. Greaves et al. [21] laten zien dat de patiënten uit de interventiegroep significant meer gewicht hebben verloren en vaker hun lichamelijke activiteit hebben vergroot ($P < 0,05$). Zij rapporteren positieve effecten van MI. Ook de tailleomtrek is onderzocht. Hier is echter geen significant verschil tussen de controlegroep en de interventiegroep vastgesteld ($P > 0,05$). De RCT van Greaves et al. [21] scoort goed (6/10) op de PEDro-schaal [10] (zie voor details tabel 2b).

Vong et al. [22] hebben bij een onderzoekspopulatie, bestaande uit 43 deelnemers in de interventiegroep en 45 deelnemers in de controlegroep, in de leeftijd tussen 18 en 65 jaar met chronische aspecifieke lage rugklachten, onderzoek gedaan naar het effect van MI op motivatie, pijnintensiteit, lichamelijke functies en therapietrouw.

De behandelduur was acht weken. De controlebehandeling bestond uit 30 minuten fysiotherapie, waarvan 15 interferentie en 15 minuten individuele oefeningen waren. De interventiebehandeling was een combinatie van de behandeling uit de controlegroep en motiverende gespreksvoering. De fysiotherapeuten in de interventiegroep hebben tijdens de behandeling communicatieve vaardigheden uit de motiverende gespreksvoering (MI) toegepast. Deze waren gericht op de eigen effectiviteit van de patiënt en het belang van gedragsverandering met betrekking tot het behandelsucces.

De motivatie van de deelnemers werd getest door middel van een vragenlijst met 35 onderwerpen, de PRES. Bovendien is gebruik gemaakt van de vragenlijst PSEQ, waarin de deelnemers op 10 punten antwoord moesten geven op vragen die betrekking namen op de eigen effectiviteit. De gebruikte vragenlijsten hebben volgens onderzoek een goede validiteit en betrouwbaarheid. De pijn werd met behulp van de VAS- score in kaart gebracht. Om de lichamelijke activiteit te meten is er onder andere gebruik gemaakt van de RMDQ.

Daarnaast werden ook de til- capaciteit en de bewegingsuitslagen van de romp genoteerd. De deelnemers werden tevens gevraagd zelfstandig in een logboek het uitvoeren van de huiswerkoefeningen bij te houden.

Vong et al. [22] hebben een positief effect van MI op de onderzochte aspecten vastgesteld. Het artikel van Vong et al. [22] scoort op de PEDro-schaal [10] zeer goed (9/10, zie voor details tabel 2 b).

Discussie

Het doel van dit artikel was om in de literatuur informatie te vinden over de effecten van MI, in combinatie met oefentherapie of advisering, op het ziekte- gerelateerde gedrag bij patiënten met chronische aandoeningen. In totaal zijn er zes onderzoeken geïncludeerd, waarvan drie reviews waren [14, 15, 16] en drie RCTs [20, 21, 22].

De gevonden onderzoeken hebben verschillende accenten van MI gebruikt of een interventie toegepast, die op MI gebaseerd was. Daarnaast was ook de behandeling in de controlegroep, waar MI mee vergeleken werd, per onderzoek anders.

Ook de patiëntenpopulaties waren verschillend samengesteld. Zij bestonden onder andere uit patiënten met chronische aspecifieke lage rugklachten [22, 20], patiënten met diabetes en patiënten met overgewicht (BMI van 28 of hoger) [21]. In de in dit artikel betrokkene reviews is dit terug te vinden [14, 15, 16].

In de inleiding is genoemd dat ondanks het verschil in aandoening, chronische patiënten samen één interventie kunnen volgen [3].

Het gaat bij de verschillende patiëntenpopulaties in de diverse onderzoeken om het leren leven met een chronische klacht, de noodzaak van gedragsverandering en de effecten van MI hierop bij patiënten met chronische klachten.

Verder is het noemenswaardig dat in de onderzoeken het effect van MI op verschillende aspecten van gedrag is onderzocht. Gaat het in het onderzoek van Friedrich et al. [20] over het effect van MI op pijn, het onderzoek van Greaves et al. [21] focust zich op de effecten op de gewichtsverandering.

In de drie gebruikte reviews is deze diversiteit terug te zien.

De review van Knight et al. [14] rapporteert de effecten van MI op patiënten met diabetes, hyperlipidemie, hypertensie, patiënten die op een bypass- operatie wachten en patiënten op het gebied van hartrevalidatie. Martins et al. [15]

beschrijven in hun review het effect van MI op patiëntenpopulaties in het gebied van voeding en oefenen, diabetes en mondzorg.

De derde review van dit artikel, de review van Rubak et al. [16] laat in een meta-analyse het effect van MI op de BMI, de bloedcholesterol, de systolische bloeddruk, de bloed-alcoholconcentratie en de standaard ethanolconcentratie zien.

In twee van de drie reviews [14, 15] is er vanwege de grote heterogeniteit, zowel in de patiëntenpopulatie als van de interventies en uitkomstmaten, geen statistische pooling van de resultaten van de studies uitgevoerd. Rubak et al. [16] daarentegen hebben naast een review ook een meta-analyse gemaakt. Hierbij zijn de verschillende subgroepen met elkaar vergeleken om uiteindelijk tot één samenvattende conclusie te komen, namelijk dat MI op veel verschillende behandelgebieden significant effect heeft [16].

Bij het beoordelen van de RCTs viel het volgende op: alle drie onderzoeken scoorden negatief op het zesde onderwerp van de PEDro- lijst [10]. Hierbij ging het om de blinding van de therapeuten. Een verklaring hiervoor is dat blinding van de therapeuten bij de onderzochte interventie niet mogelijk was. Bij het onderzoek van Vong et al. [22] werden de therapeuten in de interventiegroep extra geschoold in een twee weken durende training van MI en kregen zij de opdracht de typische vaardigheden van MI bewust tijdens de behandeling te gebruiken. Dit in tegenstelling tot de therapeuten in de controlegroep. Zij kregen alleen maar communicatietraining. In het artikel is verder niet beschreven hoe dit communicatietraining in detail eruit zag. De therapeuten, die deel hebben genomen aan dit onderzoek hadden een gemiddelde werkervaring van 14 jaar.

Door deze opzet van het onderzoek was de blinding van de therapeuten onmogelijk.

Bij twee van de drie geïncludeerde RCTs waren ook de beoordelaars niet geblindeerd [20, 21]. Bij een van de drie RCTs was geen van de bij het onderzoek betrokkenen personen geblindeerd [20].

Op dit moment zijn er ondanks de successen van MI in het kader van gedragsverandering, nog veel onduidelijkheden over het effect en de werkzaamheid van MI. MI wordt altijd in combinatie met andere interventies beschreven en daardoor is het eenduidige effect van MI op de gedragsverandering bij de patiënt met chronische klachten nog niet onderzocht [15].

Vaak wordt in de onderzoeken wel beschreven welke “kernwaarden” van MI (de “geest en de

principes”) er gebruikt zijn voor de interventie, maar blijft het verschil in intensiteit, dosering en follow up- traject groot. Hierdoor ontstaat de indruk dat de uitkomsten uit de studies moeilijk met elkaar te vergelijken zijn en de resultaten niet zomaar naast elkaar te leggen zijn. Vong et al. [22] geven in hun onderzoek aan dat de meest gerapporteerde resultaten van MI in combinatie met andere therapieën betrekking hebben op therapietrouw, pijn en functionele capaciteiten. Hiermee komen de verschillende onderzoeken overeen.

Tevens vragen onderzoekers zich af wat precies zorgt voor het effect van MI [12, 15].

Bij MI wordt de relatie tussen therapeut en patiënt meer als een samenwerking gezien, anders dan voorheen voelt het minder als een expert- leek situatie [12]. Hierdoor zou de patiënt zich meer gerespecteerd kunnen voelen en adviezen eerder aan kunnen nemen. Dat zou één verklaring voor het positieve effect van MI op het gedrag bij patiënten met chronische klachten kunnen zijn. Zolneriek et al. [18] ondersteunen deze gedachte. Zij onderzochten de relatie tussen communicatie van therapeut en patiënt en de oefentrouw. Zij kwamen tot de conclusie dat een goede communicatie tussen de patiënt en zijn therapeut van positieve invloed is op de motivatie van de patiënt en diens oefentrouw. Bensing et al. [28] zegt dat de bevindingen uit de literatuur, die zich voornamelijk richten op de relatie tussen arts en patiënt, deels ook van toepassing zijn op andere zorgverleners.

Iets wat hier tegenover staat is het onderzoek van Sluijs et al. [7]. Zij concluderen dat therapietrouw niet direct in relatie staat met het effect van een behandelinterventie. Dit komt in het artikel van Martins et al. terug [15].

Het feit dat de patiënt bij motiverende gespreksvoering gestimuleerd wordt om zelf redenen aan te geven voor de gedragsverandering zou een andere mogelijke verklaring voor de effecten van MI kunnen zijn [4].

Miller en Rollnick spreken van de “geest” van MI [3]. De “geest” laat zich vertalen naar de houding van de therapeut tegenover zijn patiënt.

Dit is ook van toepassing voor de fysiotherapie.

De attitude van de fysiotherapeut en het gevoel van gelijkwaardigheid bij de patiënt zijn voor het slagen van het behandelproces van betekenis [4].

Voor dit artikel zijn alleen “free full text” artikelen in aanmerking gekomen. Daardoor is relatief weinig literatuur gebruikt. Zoals eerder benoemd was er een kleine hoeveelheid beschikbare literatuur en is er bovendien meer dan de helft

afgefallen op basis van onvoldoende methodologische kwaliteit. De gevonden resultaten zijn dan ook niet te generaliseren en moeten per patiëntenpopulatie geïnterpreteerd worden.

Aanbeveling voor toekomstig onderzoek

Om uitspraak te kunnen doen over de effecten van MI moet er meer kwalitatief onderzoek komen naar de werking van MI bij patiënten met chronische klachten. De patiëntenpopulaties zouden omvangrijker moeten worden en om de resultaten met elkaar te kunnen vergelijken zou de opzet van een onderzoek vaker duidelijk omschreven moeten worden en meer homogeniteit binnen de interventies moeten bevatten. Er is bewijs dat “patiëntenvoorlichting die doelbewust is gericht op het stimuleren van fysieke activiteit vanuit een gedragsmatige benadering en het aanmoedigen van zelfmonitoring, zeer effectief blijkt te zijn in het kader van therapietrouw bij volwassen patiënten met een chronische ziekte” [29].

Over de werkzaamheid van MI binnen de fysiotherapeutische setting is tot nu toe zeer weinig onderzoek gedaan [22].

Wat de rol van communicatie en de relatie tussen patiënt en therapeut in het kader van de fysiotherapie is, zou men verder moeten onderzoeken.

Naar aanleiding van de gevonden informatie zou men kunnen kijken of MI ook voor de fysiotherapeut van meerwaarde zou kunnen zijn in het kader van het begeleiden van patiënten met chronische aandoeningen.

CConclusie

De in de literatuur beschreven onderzoeken over de effecten van MI op het gedrag van patiënten met een chronische aandoening, zoals specifieke lage rugklachten, overgewicht of diabetes mellitus, laten concluderen dat MI in combinatie met een vorm van oefentherapie of advisering een positief effect heeft op het gedrag, vergeleken met alleen oefentherapie of advisering.

De uitkomstmaten voor een verandering in gedrag werden breed omschreven. De onderzoekers hebben zich gericht op: pijn, hulpbehoefte en arbeidsgeschiktheid [20], pijn, motivatie, lichamelijke functies en oefentrouw [22] en gewichtsafname, lichamelijke activiteiten en tailleomtrek [21].

Literatuur

- [1] Regionaal Kompas Volksgezondheid, versie 1.0, 10 november 2009
- [2] Breivink H, Collet B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D: **Survey of chronic pain in Europ: prevalence, impact on daily life, and treatment.** In: European Journal of Pain 2006, 10(4):287-333
- [3] Burken P van: **Gezondheidspsychologie voor de fysiotherapeut 1**, tweede, herziene druk, Houten 2010: Bohn Stafleu van Loghum
- [4] Burgt M van der, Verhulst F: **Doen en blijven doen, voorlichting en compliancebevordering door paramedici.** Vierde herziene druk, Houten 2009: Bohn Stafleu van Loghum
- [5] Di Matteo MR, Giordani PJ, Lepper HS, Croghan TW: **Patient adherence and medical treatment outcomes: a meta-analysis.** In: Medical Care 2002, 40(9): 794-811
- [6] Dean E: **Physical Therapy in the 21 century (Part II): Evidence based practice within the context of evidence- informed practice.** In: Physiotherapy Theory and Practice 2009, 25(5-6): 354-68
- [7] Sluijs, EM: **Patient education in physical therapy.** Utrecht: NIVEL, 1991.
- [8] **Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO Handleiding voor werkgroepleden**, januari 2006
- [9] **Formulier Va voor het beoordelen van een systematische review van randomized controlled trials.** In: Dutch Cochrane Centre, Evidence-Based Richtlijn Ontwikkeling. 2008
- [10] Verhagen AP, Vet HCW de, Bie RA de, Kessels AGH, Boers M, Bouter LM, Knipschild PG: **The Delphi Consensus.** In: Journal of Clinical Epidemiology 1998, 51: 1234- 1241
- [11] Aufdemkampe G, Berg J van den, Windt DAWM van der: **Hoe vind ik het? Zoeken, interpreteren en opzetten van fysiotherapeutisch onderzoek.** Derde herziene druk, Houten 2007: Bohn Stafleu van Loghum
- [12] Britt E, Hudson SM, Blampied NM: **Motivational Interviewing in health settings: a review.** In: Patient Education And Counseling. May 2004, 53(2):147-55.
- [13] Jack K, McLean SM, Moffett JK, Gardiner E: **Barriers to treatment adherence in physiotherapy outpatient clinics: a systematic review.** In: Manual Therapy, June 2010, 15:220-228
- [14] Knight KM, McGowan L, Dickens C, Bundy C: **A systematic review of motivational interviewing in physical health care settings.** In: British Journal of Health Psychology. 2006, 11(Pt 2):319-32.
- [15] Martins RK, McNeil DW.: **Review of Motivational Interviewing in promoting health behaviors.** In: Clinical Psychology Review. June 2009, 29(4):283-93.
- [16] Rubak S, Sanbroek A, Laurutzen T, Christensen B: **Motivational Interviewing: a systematic review and meta-analysis.** In: British Journal of General Practice 2005, 55: 305-312
- [17] Söderlund LL, Madson MB, Rubak S, Nilsen P: **A systematic review of Motivational Interviewing training for general health care practitioners.** In: Patient Education and Counseling. July 2010
- [18] Zolnieriek KB, Dimatteo MR: **Physician communication and patient adherence to treatment: a meta-analysis.** In: Medical Care. August 2009, 47(8):826-34.

- [19] Brodie DA, Inoue A, Shaw DG: **Motivational Interviewing to change quality of life for people with chronic heart failure: a randomised controlled trial.** In: International Journal of Nursing Studies. April 2008, 45(4):489-500.
- [20] Friedrich M, Gittler G, Arendasy M, Friedrich KM: **Long-term effect of a combined exercise and motivational program on the level of disability of patients with chronic low back pain: A prospective clinical randomized controlled trial.** In: Spine, May 2005, 30(9):995-1000.
- [21] Greaves CJ, Middelbrooke A, O' Loughlin L, Holland S, Piper J, Steele A, Gale T, Hammerton F, Daly M: **Motivational Interviewing for modifying diabetes risk: a randomised controlled trial.** In: British Journal of General Practice. April 2008, 535-541
- [22] Vong SK, Mphil, Cheing GL, PhD, Chan F, PhD, So EM, MSc, Chan CC, PhD: **Motivational Enhancement therapy in addition to physical therapy improves motivational factors and treatment outcomes in people with low back pain: A Randomized Controlled Trial.** In: Archives of Physical Medicine and Rehabilitation. 2011, 92: 176-83
- [23] Linden A DrPH MS,1 Butterworth SW PhD MS2 and Prochaska JO PhD3: **Motivational Interviewing-based health coaching as a chronic care intervention.** In: Journal of Evaluation in Clinical Practice. July 2009, 16:166-174
- [24] Rau J, Ehlebracht-König I, Petermann F.: **Impact of a motivational intervention on coping with chronic pain: results of a controlled efficacy study.** Schmerz. October 2008, 22(5):575-578, 580-585
- [25] Huffman MH: **Health coaching: a fresh, new approach to improve quality outcomes and compliance for patients with chronic conditions.** In: Home Healthcare Nurse. September 2009, 27(8)
- [26] Scales R, Miller JH: **Motivational techniques for improving compliance with an exercise program: skills for primary care clinicians.** In: Current Sports Medicine Reports, June 2003, 2:166-72.
- [27] Sirur S, Richardson J, Wishart L, Hanna S: **The role of theory in increasing adherence to prescribed practice.** In: Physiotherapy Canada. 2009, 61: 68-77
- [28] Bensing J: **Communicatie in ziekenhuizen: De kracht van aandacht.** In: Lezing 2007a,b. Fysiopraxis 2007,16(6)
- [29] Conn VS, Hafdahl AR, Brown SA et al.: **Meta-analysis of patient education interventions to increase physical activity among chronically ill adults.** In: Patient Education and Counseling 2008, 70(2), 157-172
- [30] **KNGF- richtlijn lage- rugpijn.** Supplement bij het Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie, 2005, 115(1)

Tabel 1: Samenvatting RCT							
Auteur	populatie	Aantal deelnemers	Interventie en intensiteit/ accent MI	Controlegroep	Vervolg	Uitkomst	PEDro score
Vong et al. [22]	18-65 jaar oud, aspecifieke lage rugklachten, minimaal 3 maanden geleden gediagnosticeerd	N= 88	(n= 43) combinatie van therapie uit controle groep en onderdelen uit de motiverende gespreksvoering. De fysiotherapeuten in de interventie groep hebben tijdens de behandeling communicatieve MI-vaardigheden toegepast,(gericht op de eigen effectiviteit en het belang van gedragsverandering m.b.t. behandelsucces)	(n= 45) 8 weken lang, 30 min fysiotherapie (15 min interferentie, 15 min individuele oefeningen)	1 maand na de interventie zijn alle testen herhaald	<u>Motivat</u> ie: interventiegroep scoort significant hoger <u>Pijn</u> : interventiegroep scoort hoger, maar niet significant <u>Lichamelijke functies</u> : geen significante veranderingen of verschillen tussen de twee groepen <u>Oefentrouw</u> : Interventiegroep heeft significant vaker huiswerkoefeningen gedaan (2 keer zo vaak als controle groep)	9/10
Greaves et al. [21]	18 jaar en ouder, die een BMI van 28 of meer hebben, opgenomen in de afgelopen 10 jaar	N= 141	(n= 72, waarvan 4 niet meer meededen, dus n= 68) 11 behandelingen, 34 min, actieplannen schrijven, zelf doelen zetten, gewicht en energieniveau zelf noteren (minimaal 3 behandelingen)	(n= 69) informatiepakket dat gestandaardiseerd is en betrekking neemt op voeding en lichamelijke activiteit (aan het einde van het onderzoek waren er 2 behandelingen)	6 maanden na de interventie	<u>Gewichtsafname</u> : Interventiegroep heeft significant meer gewicht verloren 150 min. <u>Lichamelijke activiteit</u> : interventiegroep heeft dit doel vaker bereikt, maar niet significant <u>Taille omvang</u> : geen significante verschillen	6/10
Friedrich	Tussen 20 en 60	N= 93	Duidelijke	Oefenprogramma	3,5 weken, 4	<u>Hulpbehoevendheid</u> : in de follow up	5/10

et al. [20]	jaar, chronische of terugkerende specifieke lage rugklachten in de afgelopen 4 maanden		instructies, nadruk op het belang van huiswerk oefeningen, beroep maken op interne locus of control, wederzijdse samenwerking, contract waarin opgenomen staat dat patiënten regelmatig oefenen	van individuele submaximale geleidelijk toenemende oefeningen, (gericht op het vergroten van de mobiliteit, verlengen van de rompmusculatuur, kracht, uithoudingsvermogen en coördinatie en terugwinnen van de normale functies)	maanden, 12 maanden en 5 jaar na de interventie	metingen is een significant verschil gevonden, ten voordele van de interventiegroep <u>Pijn intensiteit</u> : op lange termijn (5 jaar follow up) scoort de interventiegroep lager, dus beter <u>Arbeidsgeschiktheid</u> : op lange termijn (4 maanden en 5 jaar na begin van het onderzoek) scoort de interventiegroep hoger	
----------------	--	--	---	--	---	---	--

Samenvatting Reviews

Auteur	Methode en gebruikte literatuur	Resultaten	Conclusie	Score (formulier Va)
Martins e.a. [15]	37 (van 1997 tot 2008) artikelen op het gebied van voeding en oefeningen, diabetes en mondgezondheid, gericht op gezondheidsgerelateerd gedrag en levenslange therapietrouw om de hoogste kwaliteit van leven te bereiken (24 onderzoeken namen betrekking op voeding en oefenen, 9 op diabetes en 4 op mondgezondheid)	Deelnemers die individuele MI kregen laten een significante verandering in hun gedrag zien wat de omgang met hun klachten betreft op het gebied van voeding en oefeningen, diabetes en mondgezondheid (in de 24 onderzoeken over voeding en oefenen kwam naar voren dat mensen die MI kregen een hogere eigeneffectiviteit, hogere lichamelijke activiteit, verlaagde calorieëninname en grotere inname van groenten en fruit. Bovendien was de BMI afgenomen na de interventies.)	MI is effectiever dan geen therapie of alleen informatievoltrekking. Niet in alle studies is het effect van MI op het gebied van voeding en oefenen aangetoond. Samenvattend is de klinische nut van MI wel te ondersteunen.	8/10
Rubak et al. [16]	72 (van 1991 tot 2004) uit 154 RCT's in de	De meta-analyse laat een significant effect van MI zien op BMI, bloedcholesterol, systolische bloeddruk, bloed-	MI overtreft traditionele advisering op een breed behandelgebied van	9/10

	review, waarvan 19 gebruikt zijn voor een meta-analyse. RCT die betrekking nemen op de effectiviteit van MI op het gebied van cliëntadvisering	alcoholconcentratie en standaard ethanolconcentratie. Het effect op het aantal sigaretten per dag is niet significant. In 74% van de onderzoeken is het effect van MI bewezen. 94% maakten gebruik van individuele gesprekken	gedragmatige problematiek en aandoeningen. Meer RCT zijn nodig over het effect MI en de voordelen voor de patiënt, om te kunnen bewijzen dat MI toegepast kan worden in de dagelijkse praktijk van de gezondheidszorg.	
Knight et al. [14]	8 (1995 tot 2003) uit 51 onderzoeken, waarvan 4 RCT's, 3 proefonderzoeken en 1 "non-random controlled trial". Het hoofddoel van der verschillende onderzoeken was het effect van MI aan te tonen naast of in combinatie met traditionele behandelingen. 3 van de artikelen beschreef MI en diabetes, 1 astma, 1 hyperlipidemie (hoge cholesterol), 1 hypertensie (hoge bloeddruk), 1 patiënten die op een bypass operatie wachten en 1 op het gebied van hartrevalidatie	2 van de RCT's waren bruikbaar en tonden aan dat MI een effectieve interventie is om de zorg voor patiënten te verbeteren in de zin van de patiënten helpen een gezondere levensstijl aan te nemen, vergeleken met andere interventies. De meerheid van de onderzoeken laat het positieve effect van MI op de psychologische en, fysiologische resultaten en leefstijlverandering zien.	Mi zou op basis van dit literatuuronderzoek een effectieve interventie in de genoemde domeinen kunnen zijn, maar meer en kwalitatief beter onderzoek op dit gebied is nodig.	10/10

Tabel 2a: Uitslagen formulier Va- voor het beoordelen van een systematische review van RCTs (7)											
Vraag Score	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Totaal score
	A= ja B= nee C= geen informatie beschikbaar										
Artikel											
Martins et al. [15]	A	A	A	B	B	A	A	A	A	A	80%
Rubak et al. [16]	A	A	A	A	A	B	A	A	A	A	90%
Knight et al. [14]	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	100%
Tabel 2b: Uitslagen PEDro-score voor het beoordelen van een Randomised controlled trial (23)											
Vraag Score	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	Totaal score
	A= ja B= nee C= geen informatie beschikbaar										
Artikel											
Vong et al. [22]	A	A	A	A	B	A	A	A	A	A	9/10
Greaves et al. [21]	A	A	A	A	B	B	B	A	A	B	6/10
Friedrich et al. [20]	A	B	B	B	B	B	A	A	A	A	5/10

Tabel 3: Zoekresultaten, aantal hits per databank				
Trefwoorden of combinatie ervan	Pubmed	Cinahl	PEDro	Cochrane
Motivational interviewing (MI)	1140 (350*)	822 (644*)	17	25 reviews, 455 CT en 10 overige
Motivational interviewing and physiotherapy	13	842 (653*)	0	0
Motivational interviewing and chronic	74	58 (49*)	2	12 CT
Behavioural change and physiotherapy	646 (184*)	2	2	X
Treatment adherence and physiotherapy	682 (204*)	14(8*)	13	X
Communication and physiotherapy	2784 (316*)	158 (57*)	11	5 reviews, 11 CT
Chronic and motivation and physiotherapy	126 (32*)	6	4	X
Chronic disease and motivation and behaviour	1137 (104*)	6	10	1 review, 16 CT
Self efficacy and chronic and physical	542 (114*)	240 (205*)	53	1 review, 83 CT
Lifestyle and physiotherapy and motivation	50 (12*)	1	0	1 CT

*Beperkingen: afgelopen 5 jaar;

bij pubmed: and RCT or CT or reviews or meta-analyse