



www.DirectieveTherapie.nl

Dank voor uw download

U kunt er natuurlijk uit citeren, graag zelfs, maar dan wel met bronvermelding. U mag dit artikel ook ruimhartig verspreiden mits het niet voor commerciële doeleinden is. In die gevallen pas na onze schriftelijke toestemming.

Opname in bloemlezingen en readers moedigen wij aan, maar wel graag eerst even overleggen.

Alle rechten van de artikelen liggen bij
de Stichting Cognitie en Psychose.

Voor alle vragen:
info@gedachtenuitpluizen.nl

JANNET M. DE JONGE, MARIA TRENTELMAN, MORWENNA NIEUWOLD,
ELLIS BARON, MAARTEN MERKX & ROBERT DIDDEN

Effectiviteit van een training motiverende gespreksvoering voor begeleiders van mensen met een licht verstandelijke beperking en ernstige gedragsproblemen Een pilotstudy

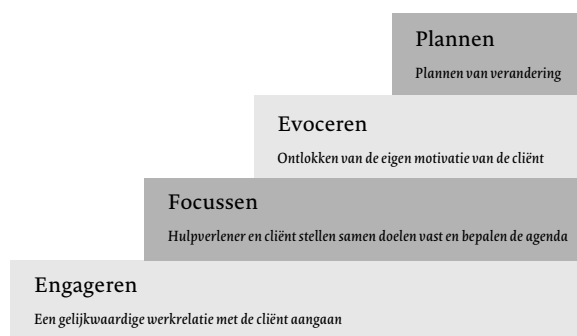
Individuele motivatie voor gedragsverandering is van grote invloed op de effectiviteit van behandelinterventies (Ryan, Lynch, Vansteenkiste, & Deci, 2011). Deze omvat enerzijds extern gekleurde overwegingen om gedrag te willen veranderen, zoals het verkrijgen van een plek voor begeleid wonen na behandeling, anderzijds interne overwegingen om te willen veranderen, zoals meer tevreden willen zijn met jezelf. Daarnaast speelt de mate waarin iemand erop vertrouwt dat hij daadwerkelijk kan veranderen (*self-efficacy*) een voorspellende rol in gedragsverandering. Hoe meer iemand vertrouwen heeft in zijn eigen kunnen, hoe groter de kans op een succesvolle gedragsverandering. Vanzelfsprekend speelt motivatie ook bij mensen met een licht verstandelijke beperking (LVB) een rol bij gedragsverandering (Rose, Perks, Fidan, & Hurst, 2010). Voorbeelden van gedragsverandering zijn stoppen met roken, blowen, alcohol drinken of medicijnen blijven gebruiken.

Gedragsverandering vindt bij mensen met een LVB veelal plaats in een ondersteunings- of behandelcontext: een klinische of ambulante behandelsetting. Omgevingsfactoren hebben een grote invloed op de motivatie én op het slagen van interventies gericht op gedragsverandering. Begeleiders in een behandelsetting maken deel uit van de sociale omgeving, de context voor gedragsverandering. Motivatie voor gedragsverandering wordt beïnvloed door het gedrag van begeleiders (Miller & Rollnick, 2012). Motiverende gespreksvoering (MGV) vindt plaats tussen een begeleider en een cliënt. Het doel van MGV is dat de begeleider de motivatie voor gedragsverandering bij de cliënt vergroot.

MOTIVERENDE GESPREKSVOERING: EEN BESCHRIJVING VAN DE INHOUD

Motiverende gespreksvoering is een op samenwerking gerichte, doelgerichte gespreksstijl met bijzondere aandacht voor zogenaamde verandertaal. Verandertaal betreft uitspraken van de cliënt die een argumentatie voor verandering inhouden. Het doel is om de persoonlijke motivatie voor en de bereidheid tot daadwerkelijke gedragsverandering te versterken door het ontlocken en verkennen van iemands eigen redenen om te veranderen in een sfeer van acceptatie en compassie (Miller & Rollnick, 2012). MGv is een samenspel van houding, uitgangspunten, vaardigheden en bewust gekozen strategieën om cliënten te begeleiden tijdens hun veranderproces. De basis van MGv is de *spirit*: de houding van waaruit een gesprek wordt gevoerd.

MGv omvat vier kernelementen van de *spirit*: partnerschap, acceptatie, compassie en ontlocken. *Partnerschap* betekent dat de cliënt en de begeleider samenwerken als partners. Zowel de begeleider als de cliënt is expert, maar ieder op zijn eigen terrein: de begeleider vanuit zijn professie, en de cliënt wat betreft zijn eigen levensgeschiedenis, omstandigheden, voorkeuren en drijfveren om al dan niet te veranderen. *Acceptatie* wil zeggen dat de begeleider de cliënt aanvaardt zoals hij is. Hierbij speelt empathie een belangrijke rol. De begeleider probeert de gevoelens en het perspectief van de cliënt te begrijpen zonder dat hij oordeelt, bekritiseert of beschuldigt. *Compassie* houdt in dat de begeleider zich actief inzet voor het welzijn en de behoeften van de cliënt. Hij handelt vanuit het belang van de cliënt en niet vanuit zijn eigen belang. Ten slotte wil *ontlocken* zeggen dat de begeleider op zoek gaat naar de eigen motieven van de cliënt voor gedragsverandering door te vragen naar zijn doelen, waarden en zienswijze.



FIGUUR 1
Processen in motiverende gespreksvoering

In MGv worden vier processen onderscheiden in het begeleiden van gedragsverandering. De vier processen zijn: engageren, focussen, ontlokken en plannen (zie figuur 1). Ze zijn opeenvolgend, repeterend en elkaar ondersteunend. Dit betekent dat er in een motiveerend gesprek altijd eerst de nadruk wordt gelegd op *engageren*: het opbouwen van een werkrelatie. Wanneer die er is, wordt samen met de cliënt een focus bepaald: welk veranderthema komt centraal te staan? In *focussen* worden de klachten verhelderd, geprioriteerd, en komen begeleider en cliënt gezamenlijk tot overeengekomen veranderthema's of behandeldoelen. Ook in dit tweede proces blijft de werkrelatie van belang. Als er samen overeenstemming is over het verander- of behandeldoel, zal de begeleider met het oog op dit doel verandertaal *ontlokken*. De begeleider zet interventies in om het vertrouwen in veranderen bij de cliënt te vergroten. Ontlokken van verandertaal is de kern van MVG. Ook mensen met een LVB zijn ten opzichte van verandering vrijwel altijd ambivalent. Ze ervaren zowel de positieve als de negatieve kanten ervan. Ambivalentie is een normaal aspect van het proces van verandering. In gesprek met de cliënt met een LVB is ambivalentie te herkennen aan de menigeling van uitspraken die gaan over wel veranderen (verandertaal) en niet veranderen (behoudtaal).

VERANDERTAAL EN AANPASSINGEN IN ONTLOKKENDE STRATEGIEËN

Miller en Rollnick (2012) onderscheiden twee vormen van verandertaal: voorbereidende verandertaal en mobiliserende verandertaal. *Vorbereidende verandertaal* zijn uitspraken die betrekking hebben op de wens om te veranderen of het belang ervan. Ook uitspraken van de cliënt over de mate van zelfvertrouwen in de haalbaarheid van de verandering of de noodzaak om te veranderen vallen in deze categorie. Cliënten doen daarmee nog geen uitspraak óf ze gaan veranderen, slechts de intentie en overwegingen worden verwoord. *Mobiliserende verandertaal* betreft uitspraken die betrekking hebben op het besluit ('Ik ga het proberen' of 'Vanaf morgen ga ik minder roken') en ook uitspraken waaruit blijkt dat de cliënt daadwerkelijk stappen heeft ondernemen ('Ik ben al minder gaan drinken') vallen hieronder.

Motiverende gespreksvoering beschrijft strategieën om verandertaal uit te lokken. De eenvoudigste methode is het stellen van open vragen: 'Wat is de belangrijkste reden voor jou om te stoppen met drinken?' of 'Hoeveel vertrouwen heb je erin deze week niet te roken?' Verder kunnen schaalvragen worden gebruikt, waarin een cliënt bijvoorbeeld gevraagd wordt: 'Op een schaal van 0 tot 10, kun je zeggen hoe belangrijk het voor jou is om

te stoppen met drinken?' of 'Hoeveel vertrouwen heb je dat het je lukt om te stoppen met drinken?'

Verandertaal kan ook ontlokt worden door specifieke open vragen naar de toekomstverwachting van de cliënt, mocht hij gaan veranderen: 'Wat levert stoppen met roken je op?' 'Wat is er prettig aan als je vaker naar de dagbesteding gaat?' 'Hoe belangrijk is het voor je om te stoppen met drinken?' Of er worden open vragen gesteld naar situaties in het verleden waarin de cliënt deze klachten nog niet had: 'Hoe zag je leven eruit toen je niet blowde? Wat zou je daarvan weer terug willen?' Ook vragen naar de grootste catastrofe die de cliënt zou kunnen overkomen als hij mocht besluiten niet te veranderen, horen bij verandertaalstrategieën: 'Wat is het ergste dat kan gebeuren als je alles hetzelfde blijft doen?'

Het vertrouwen in veranderen kan door de begeleider worden vergroot door samen te zoeken naar eerdere succeservaringen of sterke kanten van de cliënt. De cliënt wordt bevestigd in gedrag dat leidt tot veranderen ('Dapper dat je deze stap durft te zetten'), zodat hij (opnieuw) moed kan vatten om te kiezen voor veranderen. Dit is zeker van belang bij mensen met een LVB, die vaak faalervaringen hebben opgedaan. Weinig zelfvertrouwen speelt een rol in het veranderingsproces.

In een gesprek met mensen met een LVB is het van belang dat de vragen kort, concreet en gericht zijn. Het taalgebruik van de begeleider moet begrijpelijk zijn voor de cliënt, met eenvoudige en korte zinnen. Open vragen zoals de schaalvragen kunnen eenvoudig gevisualiseerd worden. Door antwoorden van cliënten op te schrijven of ze door de cliënt zelf te laten opschrijven, kan het geheugen worden ondersteund en de aandacht worden vastgehouden. Van belang is aan te sluiten bij het tempo van informatieverwerking van de cliënt, hem de tijd te geven om de vragen te begrijpen en antwoord te geven. Regelmatig kort en in eenvoudig taalgebruik samenvatten, of de cliënt een samenvatting laten geven, is een manier om de informatieverwerking te ondersteunen.

In het proces ontlokken wordt verandertaal versterkt door deze selectief te reflecteren, erover uit te weiden en door te vragen naar de redenen die de cliënt aandraagt voor verandering. Soms betekent dit dat de begeleider bewust uitspraken negeert waarin de cliënt vooral behoudtaal uit ('Als ik stop met blowen, kan ik moeilijk in slaap komen'). De begeleider bekrachtigt vooral uitspraken die gaan over de wensen, redenen, noodzaak of bereidheid om te veranderen, en over vertrouwen in eigen kunnen ('Als ik stop met blowen, houd ik geld over. Ik wil het nu echt gaan proberen') (Baron, de Jonge, & Schippers, 2015; Miller & Rollnick, 2012).

Tijdens het ontlocken moet de focus van het gesprek duidelijk zijn. Soms is dat niet het geval, en hebben begeleider en cliënt geen overeenstemming over het doel van de gedragsverandering van de cliënt. Dan gaat de begeleider terug naar het proces *focussen*. Als wel duidelijk is wat de cliënt wil veranderen en de cliënt een keuze maakt, wordt hij verder begeleid in het proces *plannen*. In dit proces staat het vormgeven van veranderafspraken en het versterken van *commitment* aan deze afspraken centraal. Tijdens de vier processen wordt gebruikgemaakt van de basisgespreksvaardigheden: open vragen stellen, reflectief luisteren, bevestigen, samenvatten, en het geven van informatie en advies met toestemming.

MOTIVERENDE GESPREKSVOERING BIJ MENSEN MET EEN LVB

Er is nog weinig wetenschappelijk onderzoek gedaan naar de effectiviteit van MGv bij mensen met een LVB of hun begeleiders. Mogelijk ligt hieraan de veronderstelling ten grondslag dat deze gespreksstijl, die gericht is op het vergroten van de motivatie op basis van eigen argumenten, en die uitgaat van de autonomie van de cliënt zodat deze zelf keuzes maakt, te ingewikkeld zou zijn voor mensen met LVB. Desondanks wordt MGv in de ondersteuning of behandeling van mensen met een LVB veelvuldig toegepast. In eenop-eengesprekken brengen begeleiders of cliënten een gespreksonderwerp in, bijvoorbeeld het medicatiegebruik van de cliënt, diens zelfzorg of een afspraak die een cliënt moet maken met een andere hulpverlener. Dikwijls gaat het over gedrag dat de cliënt (nog) niet uitvoert en waar beiden op enige manier 'last' van hebben. MGv biedt in deze ondersteuningsgesprekken handvatten om in samenwerking met de cliënt diens motivatie te onderzoeken en te versterken in de richting van verandering. Door goed te luisteren en herhaaldelijk te reflecteren wat de cliënt zegt of wil zeggen, helpt de begeleider de cliënt bij het verwoorden of structureren van zijn gedachten en gevoelens. Cliënten voelen zich dan gezien en gehoord. De spirit van MGv, de aandacht voor het ontwikkelen van de werkrelatie en de veranderingsprocessen, waarin begeleiders aansluiten bij de wensen en mogelijkheden van de cliënt en tegelijkertijd sturen in de richting van gedragsverandering, passen echter goed bij deze doelgroep. MGv lijkt dan ook geschikt voor cliënten met een LVB (zie bijvoorbeeld: Frielink & Embregts, 2013; Trentelman, Nieuwold, & Didden, 2013).

Door niet zozeer cliënten zelf maar begeleiders te trainen in MGv worden cliënten met een LVB dagelijks op een motiverende manier benaderd, waardoor zij steeds opnieuw de processen van verandering doorgaan. Dit lijkt efficiënter en mogelijk ook effectiever dan

een manier waarbij cliënten bijvoorbeeld maar één of twee keer per week deelnemen aan een motivatietraining. Op deze manier 'oefenen' cliënten herhaaldelijk met het maken van keuzes in verschillende dagelijks voorkomende situaties.

Vanuit Trajectum, een instelling voor mensen met een LVB en ernstige gedragsproblemen, was er behoefte aan een aangepaste training voor begeleiders en behandelaars in het toepassen van MGv bij mensen met een LVB. De ervaring tot dan toe was dat inhoud en werkwijze van de standaardtraining MGv onvoldoende aansloot bij de eigen praktijk, omdat deze uitging van gespreksvoering met gemiddeld begaafde mensen. In de standaardbeschrijving van bijvoorbeeld autonomie werd verondersteld dat mensen kunnen reflecteren op overwegingen om wel of niet hun gedrag te veranderen én dat zij de gevolgen van keuzes kunnen overzien. Daarnaast werd in de standaardtraining in de oefeningen van motiverende gesprekstechnieken geen rekening gehouden met problemen in taalbegrip, aandacht, geheugen of generaliseerbaarheid. Ten slotte sloot de gebruikte casuïstiek niet aan bij de werkpraktijk. Het ontwikkel- en evaluatietraject van een aangepaste training (2009-2016) werd met onderzoek begeleid vanuit het Lectoraat Verslaving van de Hogeschool Windesheim. In dit artikel presenteren wij het effect van deze training en beantwoorden we de volgende vragen: Hoe bekwaam waren de begeleiders in het motiveren van cliënten? En resulteerde de training in een toename in bekwaamheid?

METHODE

J Training motiverende gespreksvoering voor begeleiders van mensen met een LVB

De training MGv voor begeleiders bestond uit zes dagdelen van drie uur, waarin de basis gelegd werd voor het toepassen van MGv bij mensen met een LVB. Benadrukt werd dat de training slechts de start was van een langlopend leertraject (Trentelman, de Jonge, & Nieuwold, 2014). De vier kernprocessen van MGv (engageren, focussen, ontlocken en plannen; zie boven) waren de basis van de training. Binnen elk proces werden de bijbehorende gespreksvaardigheden en -strategieën getraind. In elke sessie werd aandacht besteed aan de aanpassingen in MGv voor mensen met een LVB. Voorbeelden zijn: het tempo van het gesprek laten aansluiten bij het tempo van informatieverwerking van de cliënt; hem of haar tijd geven een antwoord te geven of een vraag te stellen; een gesprek visueel ondersteunen; (laten) opschrijven van informatie; herhaling in een gesprek door zelf of de cliënt een samenvatting te laten geven

van het gesprek; het taalgebruik afstemmen op begripsniveau en woordenkennis van de cliënt; zinnen en vragen eenduidig en kort formuleren; cliënten een beperkte meerkeuzemogelijkheid aanbieden bij het maken van een keuze ('Wat wil je de komende tijd met het drinken van alcohol? Zo doorgaan als nu, twee biertjes op zaterdag, of een maand stoppen met drinken?'). Tijdens alle dagdelen werd geoefend aan de hand van casuïstiek uit de eigen werkplek. In de training lag de nadruk op het oefenen met MGv-vaardigheden door middel van schriftelijke oefeningen, interactieve oefeningen, rollenspelen en plenaire demonstraties. De oefeningen werden afwisselend in subgroepen of gezamenlijk gedaan. Voorafgaand aan de eerste trainingsbijeenkomst werd ter voorbereiding literatuur over MGv (hoofdstukken 5 en 6 uit: van der Veen & Gooijarts, 2012) uitgedeeld aan de begeleiders.

¶ Design

Om te onderzoeken of de training MGv voor begeleiders effectief was, werd gekozen voor een quasi-experimenteel design met een voormeting, nameting en follow-up bij een experimentele en controlegroep. De experimentele groep van begeleiders werd getraind in MGv. De controlegroep van begeleiders werd niet getraind in MGv. Beide groepen waren selecte (dus niet gerandomiseerde) groepen, namelijk vaste teams bestaande uit begeleiders van mensen met een LVB. Voorafgaand aan de eerste trainingsbijeenkomst (voormeting) werd een opname gemaakt van een motiverend gesprek tussen een begeleider en een cliënt. Na afloop van de training werd opnieuw een opname gemaakt van een gesprek tussen een begeleider en een cliënt. Drie maanden na afloop van de training werd opnieuw een gesprek tussen een begeleider en een cliënt gemaakt.

¶ Begeleiders

In totaal maakten 33 begeleiders een gespreksopname. Alle begeleiders waren werkzaam in een instelling voor mensen met een LVB. De begeleiders werkten ofwel in een ambulante team ofwel in een klinisch team. De controlegroep ($n = 9$) bestond uit een team van begeleiders van Ipse de Bruggen en van Trajectum Hoeve Boschoord. De experimentele groep ($n = 24$) waren allen begeleiders van Trajectum, die werkzaam waren op verschillende locaties. In totaal waren er 16 mannelijke en 17 vrouwelijke begeleiders. De gemiddelde leeftijd was 41,6 jaar ($SD = 11,0$). Van de begeleiders hadden 11 een mbo-opleiding, 21 een hbo-opleiding en één begeleider had een academische opleiding. Het gemiddeld aantal jaren werkervaring was 11,3 jaar ($SD = 8,8$). Er waren geen significante verschillen tussen de experimentele groep en de controlegroep wat betreft deze achtergrondgegevens tijdens de voormeting.

¶ Gespreksopnamen

De begeleiders werden geïnformeerd over het doel van de MGV-training en het onderzoek naar de effectiviteit ervan. Zij ontvingen een schriftelijke instructie voor het maken van een geluidsopname van een gesprek met een van hun cliënten. Voorafgaand aan de geluidsopname werd de cliënt geïnformeerd over de opname, het doel van het onderzoek en de anonimiteit van de gegevensverwerking. Alle cliënten gaven schriftelijk hun toestemming.

Begeleiders werd gevraagd een gesprek van ten minste twintig minuten te voeren over één of meerdere 'gedragsveranderingen'. Zij konden bijvoorbeeld een cliënt motiveren om een afspraak te maken met een andere hulpverlener, op tijd naar het werk te gaan of om minder alcohol te drinken. In totaal werden 66 gesprekken opgenomen. De gemiddelde duur was 15,3 minuten ($SD = 4.9$). Het kortste gesprek duurde ruim twee minuten en het langste gesprek duurde 22 minuten. Van deze 66 gesprekken waren er 22 gesprekken een voormeting, 24 gesprekken een nameting en bij 7 ging het om een follow-upgesprek. Begeleiders uit de experimentele groep leverden 48 opnamen in en begeleiders uit de controlegroep 18 opnamen. Wat betreft de gemiddelde duur van het gesprek waren er geen verschillen tussen beide groepen, $F = 0.2, p = .94$. De gemiddelde duur van de gesprekken van de experimentele groep in de voormeting ($n = 22$) was 15,9 minuten ($SD = 6.2$) en in de controlegroep ($n = 18$) was die 14,8 minuten ($SD = 4.7$). De gemiddelde duur van de gesprekken in de nameting ($n = 9$) was 16 minuten ($SD = 3.2$) en in de controlegroep ($n = 6$) 16,2 minuten ($SD = 3.1$).

¶ Meetinstrument

De gesprekken werden beoordeeld met de Coding System Integrity of Treatment-Motivational Interviewing (CoSIT-MI; de Jonge & Merckx, 2010). Dit codeersysteem werd ontwikkeld om de behandelintegriteit van motiverende gespreksvoering te meten. Het gedrag van de begeleider werd beoordeeld: in welke mate kwamen elementen van MGV voor in de gespreksopnamen en hoe bekwaam werd dat uitgevoerd? De CoSIT is opgebouwd uit drie onderdelen: een globale indruk van empathie en de spirit van MGV in de gespreksopname, het indelen van alle uitspraken van de begeleider aan de hand van een categorieënsysteem, en een beoordeling of de begeleider uitspraken deed die niet in overeenstemming zijn met MGV. Dit zijn de zogenaamde valkuilen.

Op een 7-punts-Likertschaal werd zowel de mate waarin empathie en spirit van MGV voorkwamen, als de bekwaamheid waarmee dit werd uitgevoerd, beoordeeld. Een score 1 betekent 'zeer slecht' en een score 7 betekent 'excellent'. De defaultscore is een 4, een 'voldoende'. De uitspraken van de begeleider werden ingedeeld in een

van de volgende categorieën van basisgespreksvaardigheden: open vragen, gesloten vragen, eenvoudige reflectie, complexe reflectie, bevestigen, samenvatten en informatie geven. Ook de strategieën om verandertaal te ontlocken werden op deze manier gescoord: meetlat van belang, meetlat van vertrouwen, voor- en nadelen, vooruitkijken, achteruitkijken, vragen naar extremen en uitweiden. Ten slotte werd gescoord of er gedrag plaatsvond dat niet in overeenstemming was met de uitgangspunten van MGv: vanuit een expertrol een gesprek voeren, pleiten voor verandering, bekritisieren, etiketten plakken, eigen agenda volgen en superioriteit uiten.

¶ Training in het coderen van de CoSIT-MI

In totaal beoordeelden vijf verschillende codeurs de gespreksopnamen. Allen werden getraind door de eerste auteur van het codeersysteem (Jannet M. de Jonge). De training had een standaardopbouw: kennismaking met MGv en het codeersysteem, oefenen aan de hand van verbatim uitgeschreven en reeds gecodeerde gesprekken, oefenen met voorbeelden van MGv-gesprekken en ten slotte oefenen met *real life* gespreksopnamen. In totaal duurde de training ongeveer twintig uur. Tijdens het beoordelen waren er periodieke afspraken met de trainer om de beoordelingen door te spreken en te (her)ijken om *rater drift* te voorkomen.

¶ Betrouwbaarheid van scoring

Van de 66 gespreksopnamen zijn 38 gesprekken door twee onafhankelijke codeurs beoordeeld. Van deze opnamen duurden 56 gesprekken langer dan 10 minuten. Daarvan werden 31 (55%) gesprekken dubbel gescoord. Deze 56 gesprekken werden meegenomen in de verdere analyses.

De *intra class correlation* (ICC, *absolute agreement on average measures*) werd berekend. Een ICC kleiner dan .40 is onvoldoende, een ICC tussen .41 en .59 is voldoende, een ICC tussen .60 en .74 is goed en een ICC boven .75 is uitstekend (Cicchetti, 1994). Wat betreft de globale indrukken waren, behalve voor 'mate van empathie' voor codeurs 2 en 5 (ICC = .00), alle ICC's tussen .47 en 1.00. De ICC's voor de basisgespreksvaardigheden waren tussen .43 en 1.00. Er was dus voldoende tot uitstekende overeenstemming tussen de codeurs. Lang niet alle strategieën om verandertaal uit te lokken werden toegepast. De ICC's voor verandertaalstrategieën die wel voorkwamen waren goed tot uitstekend (ICC = .67 'achteruitkijken' codeurs 2 en 5, en ICC 1.00 'voor- en nadelen' codeurs 3 en 4). Ten slotte waren de ICC's voor niet in overeenstemming zijn (de MGv-valkuilen) op twee na voldoende tot uitstekend (ICC .43 tot .98).

¶ Statistische analyses

Ten eerste werden voor alle dubbel gescoorde gesprekken ($n = 31$) nieuwe variabelen aangemaakt, namelijk de gemiddelde score op alle CoSIT-variabelen tussen twee beoordelaars. De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid liet immers zien dat de gemiddelde score voldoende tot uitstekend was. Voor gesprek nummer 12 bijvoorbeeld, dat door codeurs 1 en 2 gescoord was, werd voor hen beiden de gemiddelde score op de items berekend. Op deze manier heeft elke gespreksopname een unieke score op elke CoSIT-variabele. Vervolgens werden alleen de gesprekken die langer duurden dan tien minuten in de analyses meegenomen. Niet alle scores op de CoSIT-MI-variabelen waren normaal verdeeld. Verschillen in de scores die normaal verdeeld waren, van de begeleiders in de trainingsgroep op de voor- en nameting, werden getoetst met een gepaarde t-test. Verschillen tussen scores die niet normaal verdeeld waren, werden non-parametrisch getoetst. Met een gepaarde t-test of de Kruskal-Wallis- of de Wilcoxon-rangtekentoets werd onderzocht of er verschillen waren in de gemiddelden of gemiddelde rangorde op de *globale indrukken*, de *basisgespreksvaardigheden*, de *verandertaalstrategieën* en de *MGV-valkuilen*. Ten slotte werden de individuele scores van de begeleiders in de trainingsgroep vergeleken met de *proficiency levels* voor MGV zoals die in de literatuur worden beschreven (Moyers, Martin, Manuel, Miller, & Ernst, 2010).

RESULTATEN

In de experimentele groep waren er achttien gesprekken die voorafgaand aan de training (voormeting) werden opgenomen. In de controlegroep waren er acht gesprekken opgenomen. De scores op de variabelen *complexe reflectie*, *bevestigen*, *informereren* en *valkuilen* waren normaal verdeeld. Er waren geen verschillen in deze voormetinggesprekken tussen de experimentele en de controlegroep. In de experimentele groep waren er veertien opgenomen na de training (de nametinggesprekken) en zes in de controlegroep. De scores op de variabelen *bekwaamheid empathie*, *open vragen stellen*, *gesloten vragen stellen* en *valkuilen* waren normaal verdeeld, en werden getoetst met een gepaarde t-toets. Er waren geen verschillen tussen de experimentele groep en de controlegroep, behalve op *eenvoudige reflectie* ($t = 2.1, p < .05$). In de nametinggesprekken van de experimentele groep waren er significant meer *eenvoudige reflecties* ($M = 11.6, SD = 2.5$) dan in de controlegroep ($M = 3.3, SD = 0.7$). De overige scores werden non-parametrisch getoetst met de Kruskal-Wallis-toets. Het aantal toegepaste *verandertaalstrategieën* verschilde significant tussen de vijf verschillende soorten gesprekken tijdens de voormeting, name-

ting en follow-upgesprekken (K-W: $\chi^2(4) = 11.44, p < .05$). Van de zeven strategieën die ingezet kunnen worden om verandertaal te ontlokken werd het minste aantal ingezet in de gesprekken van de controlegroep in de nameting en de meeste in follow-upgesprekken van de experimentele groep.

In totaal waren er dertien begeleiders in de experimentele groep die een voor- en een nametinggespreksopname hadden gemaakt. In de controlegroep waren er zes begeleiders met een voor- en een nameting. Omdat de groepen wat betreft grootte verschilden, werden de verdere analyses gedaan op alleen de experimentele groep. De gemiddelde duur van de gespreksopnamen in de voormeting (18.5 minuten; $SD = 3.3$) en nameting (16.6 minuten; $SD = 2.8$) verschilde niet significant ($t = 1.9; p = .08$). De Wilcoxon-rangtekentoets werd gebruikt om verschillen tussen de voormeting en de nameting te analyseren. Er was een significant verschil tussen voor- en nameting op de basisgespreksvaardigheid *complexe reflectie* ($p < .05$). In de nameting werden er minder complexe reflecties gebruikt dan in de voormeting ($W: z = 16.00, p < .05$). Op de overige scores waren de verschillen in de gewenste richting, maar niet significant.

TABEL 1
Proficiency levels van begeleiders binnen de experimentele en controlegroep tijdens de verschillende fasen van het onderzoek

	Experimentele groep (n = 17)		Controlegroep (n = 6)	
	Voormeting	Nameting	Voormeting	Nameting
Empathie ≥ 3.5	14 (82%)	12 (71%)	6 (100%)	5 (83%)
Spirit ≥ 3.5	13 (76%)	10 (59%)	5 (83%)	5 (83%)
Vragen: Reflecties = 1:1	9 (53%)	5 (29%)	0 (0%)	0 (0%)
Open vragen $\geq 50\%$ van de vragen	3 (18%)	5 (29%)	3 (50%)	3 (50%)
Complexe reflecties $\geq 40\%$ van de reflecties	9 (53%)	7 (41%)	5 (83%)	5 (83%)
Empathie ≥ 4.5	2 (12%)	6 (35%)	2 (33%)	1 (17%)
Spirit ≥ 4.5	2 (12%)	6 (35%)	1 (17%)	0 (0%)

In de literatuur worden proficiency levels beschreven voor MGv voor zowel het beginnersniveau als het gevorderdenniveau (Motiva-

tional Interviewing Treatment Integrity 3.1; Moyers et al., 2010). Op het beginnersniveau zouden de scores voor de globale indrukken ten minste een 3,5 moeten zijn op een 5-puntsschaal, met een default-score van 3. In de huidige studie werden de globale indrukken op een 7-puntsschaal gescoord, waarbij de defaultscore 4 was. In tabel 1 zijn ook het aantal begeleiders opgenomen die hoger scoorden dan een 4,5. Volgens de beginnersnorm hoort de verhouding tussen open vragen en reflecties ten minste 1:1 te zijn, voor elke vraag één reflectie. Ten slotte zou het percentage open vragen en complexe reflecties ten opzichte van alle uitspraken van de begeleider ten minste 50% respectievelijk 40% moeten zijn. Het aantal begeleiders dat op de voormeting en op de nameting voldeed aan dit criterium werd voor beide groepen bepaald. In beide groepen voldeed het merendeel van de begeleiders op de voormeting en de nameting aan de criteria voor het basisniveau *empathie en MGv-spirit* (score 3,5). Echter, de defaultscore op CoSIT was een score 4. Het aantal begeleiders in de experimentele en controlegroep die in de voormeting voldeden aan een score 4,5 of hoger was klein. In de nameting waren er verhoudingsgewijs meer begeleiders in de experimentele groep die voldeden aan een score van 4,5 of hoger. In de controlegroep stelden alle begeleiders op beide meetmomenten meer vragen dan ze reflecteerden. In de experimentele groep was er een toename in het aantal open vragen ten opzichte van het totaal aantal vragen. Op de nameting waren verhoudingsgewijs minder begeleiders in de experimentele groep die voldeden aan één of meerdere criteria voor het beginnersniveau MGv dan in de controlegroep.

DISCUSSIE

De vraag hoe bekwaam begeleiders waren in het motiveren van cliënten met een LVB moet genuanceerd beantwoord worden. Reeds op de voormeting voldeed een aantal begeleiders in beide groepen aan de beginnersnorm wat betreft de bekwaamheid *empathie* en *bekwaamheid spirit* (score 3,5). Echter, de defaultscore op de CoSIT was 4, hetgeen een 'voldoende' betekent. De aanname in beide codeersystemen, namelijk de huidige CoSIT-MI (de Jonge & Merckx, 2010) en de Amerikaanse MITI (Moyers et al., 2010), is dat ervaren begeleiders voldoende bekwaam zijn in het tonen van *empathie* en in de *spirit* van MGv. Een ervaren begeleider krijgt de score 4 op een 7-puntsschaal van de CoSIT-MI, of een 3 op een 5-puntsschaal van de MITI, tenzij de beoordelaar goede redenen heeft een hogere of lagere score te geven. Met de norm van 3,5 gebaseerd op de MITI is het te verwachten dat begeleiders (gescoord met de CoSIT-MI) aan deze beginnersnorm voldoen. Als de beginners-

norm verhoogd wordt naar 4.5, een half punt boven de default van 4 op de CoSIT-MI, waren er slechts enkele begeleiders in de voormeting die voldoende empathisch waren en werkten vanuit de MGV-spirit. Na de training waren er meer begeleiders in de experimentele groep die voldoende empathisch waren en werkten volgens de MGV-spirit. Ongeveer een derde van de begeleiders haalde dan de beginnersnorm van 4.5. Er was echter geen significante toename als gevolg van de training in empathie en spirit in de experimentele groep.

Wat betreft de basisgespreksvaardigheden *reflectie en vragen stellen* bleek dat er bij de nameting in de experimentele groep meer begeleiders voldeden aan de beginnersnorm wat betreft de verhouding reflecties en vragen (1:1) dan in de controlegroep. Er waren meer begeleiders die actief luisterden, meer reflecties gaven dan vragen stelden, dan in de controlegroep. Echter, van de experimentele groep waren het nog steeds minder dan de helft van alle begeleiders die na training voldeden aan deze beginnersnorm. Geconcludeerd kan worden dat begeleiders zonder training niet erg bekwaam zijn wat betreft empathie, werken vanuit de spirit en luisteren naar de cliënt. In een gesprek verwoorden zij niet duidelijk de gedachten en bedoelingen van de cliënt (*empathie*). Ook zijn zij niet op zoek naar redenen om te veranderen, werken niet duidelijk samen of versterken de autonomie niet (*spirit*). Begeleiders geven nog vaak ongevraagd advies en bepalen de inhoud van het gesprek. Na de training zijn er meer begeleiders bekwaam. Dit is echter nog steeds op beginnersniveau. Follow-uptraining en coaching zijn wenselijk, zodat er meer begeleiders de beginnersnorm halen en dusdanig bekwaamer worden dat zij op een gevorderd niveau van MGV kunnen werken.

De vraag of er na de training een toename is in bekwaamheid in MGV kan voorzichtig positief beantwoord worden. Hoewel het aantal complexe reflecties in de nameting van de experimentele groep significant afnam, kan dat negatief en positief worden geïnterpreteerd. Een afname is niet wenselijk, omdat complexe reflecties belangrijk zijn bij het uitlokken van verandertaal (Miller & Rose, 2009). Echter, in het werken met cliënten met een LVB is aanpassen aan het taalgebruik en begripsniveau van groot belang. Dat na de training de reflecties eenvoudiger waren (doordat begeleiders mogelijk beter aansloten bij begripsniveau en kennis van cliënten) is dus niet noodzakelijkerwijs een negatieve uitkomst. Gemiddeld waren er meer eenvoudige reflecties in de nametinggesprekken van de experimentele groep dan in de controlegroep. In de gesprekken op de nameting van de experimentele groep werd door begeleiders actiever gevraagd naar verandertaal, naar argumenten van de cliënten om te veranderen.

Er zijn enkele kanttekeningen bij deze studie te plaatsen. Ten eerste een opmerking over de betrouwbaarheid van de beoordeelde gesprekken. De overeenstemming op subonderdelen van het codeersysteem was niet altijd voldoende, hoewel er veel aandacht en tijd besteed was aan de training van codeurs. Een eerste verklaring voor de verschillen in betrouwbaarheid was het verschil in de duur van de opgenomen gesprekken. Hoewel de instructie was een opname van ongeveer twintig minuten te maken, was de gemiddelde duur aanzienlijk korter. Hoe korter een gesprek, hoe minder gespreksuitingen kunnen worden gecategoriseerd in een van de basisgespreksvaardigheden, waardoor de variantie gering is. Dit beïnvloedt de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid (Hallgren, 2012). Een tweede verklaring voor de verschillen in betrouwbaarheid is mogelijk dat in de gesprekken soms meerdere ‘veranderdoelen’ voorkwamen: meerdere onderwerpen waarop de begeleider een cliënt probeerde te motiveren. Dit bemoeilijkte het toekennen van een score op de globale indrukken als empathie en MGv-spirit. In een toekomstige MGv-training aan begeleiders zou meer aandacht besteed kunnen worden aan het focussen in een gesprek, het tot overeenstemming komen over een veranderthema of behandeldoel, zodat er meer structuur is in een gesprek.

Een tweede kanttekening is dat begeleiders en hun cliënten nog niet gewend waren om gesprekken op een gestructureerde manier te voeren en vanuit een methodische achtergrond. Er was contact met cliënten, ook over gewone dagelijkse dingen. Veelal wordt gedaan wat men gewend was te doen en waarvan gedacht wordt dat dit ook passend is bij een cliënt met een LVB, namelijk snel reageren op vragen om hulp, oplossingen aandragen bij problemen, adviseren en zelfs overnemen. Door oplossingen aan te dragen en te adviseren zou recht gedaan worden aan de cognitieve en adaptieve beperking van de cliënt. Het is nog niet altijd gebruikelijk in de gesprekscontacten om de tijd nemen om samen met een cliënt af te stemmen welk doel hij wil bereiken, wat hem motiveert en wat hem helpt om zijn doel te bereiken. Het is dan ook aan te bevelen om in een training expliciet aandacht te besteden aan de momenten waarop MGv ingezet kan worden in een cliëntgesprek, alsmede aan het voorbereiden van een gesprek, bijvoorbeeld door een gespreksagenda op te stellen (Boterkoek & Kogelman, 2015).

De uitkomsten van deze studie zijn enerzijds beneden de verwachting gebleven. De training motiverende gespreksvoering leidt (nog) niet tot een significante verbetering in bekwaamheid in MGv tijdens cliëntgesprekken. Anderzijds is wel het aantal begeleiders toegenomen die na afloop van de training daadwerkelijk voldeden aan beginnersniveau. De uitkomst dat er geen significante toename is in bekwaamheid is niet zo vreemd, vergeleken bij andere onder-

zoeken naar het effect van MGv-training (Miller & Mount, 2001). Een gerandomiseerde studie naar de effecten van verschillende MGv-trainingvarianten liet zien dat persoonlijke feedback op eigen handelen van belang is voor het bereiken van een toename van de bekwaamheid van de behandelaar (Miller, Yahne, Moyers, Martinez, & Pirritano, 2004). Door behandelaars tijdens en na de training feedback te geven over hun gedrag in gesprekken met cliënten is er een toename en een behoud van vaardigheden te verwachten. Persoonlijke feedback kan tot een toename in bekwaamheid leiden (de Roten, Zimmerman, Ortega, & Despland, 2013). De opnamen die in deze studie werden gemaakt, zouden onderdeel van de training zelf moeten worden. Door begeleiders elkaar feedback te laten geven aan de hand van een scoringslijst én de begeleiders persoonlijke feedback te laten geven, zou hun bekwaamheid verder moeten toenemen. Bovendien benadrukken wij het belang van een optimale context waarin een training MGv gegeven moet worden. In veranderende werkomstandigheden moet men begeleiders tijd geven en motiveren om actief deel te nemen aan een training motiverende gespreksvoering. Als begeleiders meer autonomie ervaren om MGv te kunnen toepassen in hun dagelijks professioneel handelen, zal de bereidheid om zich verder te bekwamen toenemen. Het resultaat zal dan waarschijnlijk zijn dat cliënten met een LVB succesvoller zullen zijn in het veranderen van hun gedrag.

DR. JANNET M. DE JONGE is associate lector Verslaving aan de Hogeschool Windesheim.

DRS. MARIA TRENTELMAN is programmaleider Verslaving bij Trajectum.

DRS. MORWENNA NIEUWOLD is programmaleider Verslaving bij Trajectum.

DRS. ELLIS BARON is als psycholoog en trainer motiverende gespreksvoering verbonden aan Habit Pro.

DR. MAARTEN MERKX is onderzoeker bij het AMC-Uva, psychotherapeut en trainer, verbonden aan Habit Pro.

PROF. DR. ROBERT DIDDEN is als gz-psycholoog en onderzoeker verbonden aan Trajectum en het Behavioural Science Institute van de Radboud Universiteit.

Referenties

- Baron, E., de Jonge, J. M., & Schippers, G. M. (2015). Motiverende gespreksvoering. *Tijdschrift voor Gedragstherapie*, 48, 138-152.
- Boterkoek, J., & Kogelman, S. (2015). *Procesevaluatie van de training MGv bij Trajectum*. Zwolle: Windesheim Lectoraat Verslaving.
- Cicchetti, D. V. (1994). Guidelines, criteria, and rules of thumb for evaluating normed and standardized assessment instruments in psychology. *Psychological Assessment*, 6, 284-290.
- de Jonge, J. M., & Merckx, M. J. M. (2010). *Codeersysteem motiverende gespreksvoering*. Zwolle: Hogeschool Windesheim.

- de Roten, Y., Zimmerman, G., Ortega, D., & Despland, J. N. (2013). Meta-analysis of the effects of MI training on clinicians' behavior. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 45, 155-162.
- Frielink, N., & Embergt, P. (2013). Modification of motivational interviewing for use with people with mild intellectual disability and challenging behavior. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 38, 279-291.
- Hallgren, K. A. (2012). Computing inter-rater reliability for observational data: An overview and tutorial. *Tutorials in Quantitative Methods for Psychology*, 8, 23-34.
- Miller, W. R., & Mount, K. A. (2001). A small study of training in motivational interviewing: Does one workshop change clinician and client behavior? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 29, 457-471.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2012). *Motivational interviewing: Helping people change* (3rd edition). New York: The Guilford Press.
- Miller, W. R., & Rose, G. S. (2009). Toward a theory of motivational interviewing. *American Psychologist*, 64, 527-537.
- Miller, W. R., Yahne, C. E., Moyers, T. B., Martinez, J., & Pirritano, M. (2004). A randomized trial of methods to help clinicians learn motivational interviewing. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 1050-1062.
- Moyers, T. B., Martin, T., Manuel, J. K., Miller, W. R., & Ernst, D. (2010). *The Motivational Interviewing Treatment Integrity (MITI) 3.1.1*. New Mexico: University of New Mexico.
- Rose, J., Perks, J., Fidan, M., & Hurst, M. (2010). Assessing motivation for work in people with developmental disabilities. *Journal of Intellectual Disabilities*, 14, 147-155.
- Ryan, R. M., Lynch, M. F., Vansteenkiste, M., & Deci, E. L. (2011). Motivation and autonomy in counseling, psychotherapy, and behavior change: A look at theory and practice. *The Counseling Psychologist*, 39, 193-260.
- Trentelman, M., de Jonge, J. M., & Nieuwold, M. (2014). *Training in motiverende gespreksvoering voor begeleiders van mensen met een lichte verstandelijke beperking*. Zwolle: Trajectum.
- Trentelman, M., Nieuwold, M., & Didden, R. (2013). Motiverende gespreksvoering voor begeleiders. In R. Didden & X. Moonen (red.), *Met het oog op behandeling* (pp. 47-54). Utrecht: Landelijk Kenniscentrum LVB & De Borg.
- van der Veen, M., & Gooijarts, F. (2012). *Motiverende gespreksvoering voor sociaal agogisch werk*. Houten: Bohn Staf-leu van Loghum.

Nieuw bij Boom Psychologie & Psychiatrie



Het *DSM-5®: Oefenboek* is een handig hulpmiddel voor klinici, studenten en andere professionals die zich willen bekwamen in het werken met de DSM-5.

Deze uitgave bevat bijna vijfhonderd meerkeuzevragen over het gebruik van de DSM-5 en het toepassen van de classificatiecriteria. De vragen volgen dezelfde indeling als het DSM-5 Handboek. Zo kan de lezer zich per domein oefenen in het classificeren en grip krijgen op de veranderingen ten opzichte van de DSM-IV.

Paperback | 9789089536273 | 576 p. | € 59,95

Lees meer en bestel op
www.boompsychologie.nl/dsm5

Boom | Psychologie
& Psychiatrie

Geen verzendkosten binnen
Nederland vanaf € 20,-
Prijs geldt in 2016, o.v.v. wijzigingen

Nieuw bij Boom Psychologie & Psychiatrie



Sommige jongeren worstelen met complexe problematiek en dreigen thuis, op school of in hun werk vast te lopen. Tot voor kort werden deze jongeren vaak in een instelling geplaatst. De JIM-aanpak beschrijft hoe de inzet van een informele mentor uithuisplaatsing kan voorkomen. Een JIM (Jouw Ingebrachte Mentor) is iemand uit het sociale netwerk van de jongere, die als vertrouwenspersoon optreedt en nauw samenwerkt met het gezin en professionals.

Paperback | 9789089539458 | 180 p. | € 19,95

E-book | 9789461279088 | € 9,95

Lees meer en bestel op
www.boompsychologie.nl

Boom | Psychologie
& Psychiatrie

Geen verzendkosten binnen
Nederland vanaf € 20,-
Prijs geldt in 2016, o.v.v. wijzigingen