

Motiverende gespreksvoering bij stoppen met roken

Jos Dobber, Saskia Boom, Riëtta Oberink, Jannet de Jonge

Volgens een recente cochrane review heeft motiverende gespreksvoering geen significant effect bij patiënten die willen stoppen met roken. Moeten we deze methode daarom maar niet inzetten bij deze patiënten? Wij denken van wel, want de in de review beschreven gerandomiseerde klinische effectonderzoeken leveren geen *real world evidence* op. Daarvoor moet onderzoek worden gedaan naar werkingsmechanismen en contextfactoren. Onze kwalitatieve gespreksanalyse van een stoppen-met-roken-interventie geeft aanleiding om motiverende gespreksvoering door huisartsen en praktijkondersteuners (POH's) juist wel aan te bevelen.

In *Huisarts en Wetenschap* van mei 2020 schrijft Terluin dat het resultaat van motiverende gespreksvoering (MGv) bij stoppen met roken tegenvalt en hij concludeert dat 'huisartsen en ondersteuners hun tijd en energie waarschijnlijk beter kunnen besteden'.¹ Hij trekt deze conclusie op basis van een recente cochrane review over MGv bij stoppen met roken.² Hoewel deze aanbeveling niet in de review voorkwam, is het begrijpelijk dat Terluin deze conclusie trekt, want in de cochrane review is sprake van niet-significante effecten. Zonder afbreuk te willen doen aan het belang van de cochrane reviews willen wij graag een andere visie toelich-

ten, namelijk dat MGv wel degelijk een zinvol bestanddeel is van het handelingsrepertoire van huisartsen en POH's, zeker bij stoppen met roken. We denken namelijk dat het bij effectonderzoek van complexe interventies, zoals MGv, van belang is om met kwalitatief onderzoek de actieve ingrediënten en werkingsmechanismen te achterhalen.³ Zo ontstaat een completer beeld van de werkelijke effectiviteit en de onderliggende werkingsmechanismen.

ONDERZOEK NAAR COMPLEXE INTERVENTIES

De laatste jaren is duidelijk geworden dat RCT's naar complexe interventies aanvulling behoeven van ande-



Motiverende gespreksvoering is een zinvol bestanddeel van het handelingsrepertoire van huisartsen en POH's.

Foto: Shutterstock

re onderzoeksvormen, want die richten zich op *real world* evidence.³⁻⁶ Een RCT leidt tot een effectschatting op grond van onderzoek in een groep onderzoeksdeelnemers, maar geeft meestal weinig informatie over de manier waarop de complexe interventie moet worden uitgevoerd, om welke werkingsmechanismen het gaat en bij wie de interventie al dan niet werkt.⁴ Dit geldt ook voor de genoemde cochrane review, waarin de auteurs stellen dat niet duidelijk is hoe de heterogeniteit van de verschillende onderzoekspopulaties het behandel-effect beïnvloedt.² Daarnaast schrijven ze dat de inhoud van de interventies uiteenloopt, waardoor ze onderling niet goed vergelijkbaar zijn en mogelijk minder effect laten zien.² Deze problemen gelden ook voor effectonderzoek naar MGv: wanneer is een motiverend gesprek goed genoeg uitgevoerd om resultaat te kunnen hebben? En bij welke patiënten heeft MGv het meeste effect?⁷ Onderzoek naar de behandel-effectiviteit moet zich ook hierop richten, en ook de invloed van contextfactoren (hulpverlener, patiënt en setting) moet onder de loep worden genomen.

WERKINGSMECHANISMEN

Motivatie tot gedragsverandering omvat 3 componenten: *willen* (is de verandering belangrijk genoeg voor mij?), *kunnen* (heb ik er vertrouwen in te kunnen veranderen?) en wat in de literatuur *readiness* genoemd wordt (is dit het juiste moment om te veranderen?). De interventie richt zich op het beïnvloeden van alle 3 de componenten via MGv-technieken en MGv-strategieën die zijn afgestemd op de persoon, en die als doel hebben om MGv-werkingsmechanismen in gang te zetten. Hoewel er nog geen definitief bewijs is voor de precieze inhoud van deze MGv-werkingsmechanismen, zijn er wel enkele kandidaten. Daarvan zijn ‘zichzelf overtuigen dat de gedragsverandering goed voor hem of haar is’ en ‘sterker geloof in mijn capaciteiten om de gedragsverandering te volbrengen’ (versterkte *self-efficacy*) de belangrijkste.⁸

Een voorbeeld van de toegevoegde waarde van kwalitatief onderzoek is een nog ongepubliceerd *mixed methods*-onderzoek van de eerste auteur naar stoppen met roken bij patiënten met een hart- en vaatziekte. In dit onderzoek rookten 10 van de 21 patiënten (48%) na 12 maanden nog steeds niet. Een kwalitatieve analyse wees echter uit dat 72% (8 van de 11) van de patiënten bij wie tijdens de MGv-sessies de genoemde werkingsmechanismen waren geobserveerd, was gestopt met roken. Onder de patiënten bij wie deze werkingsmechanismen niet waren geobserveerd gold dat voor 20% (2 van de 10). Hoewel dit uiteraard verder onderzoek behoeft, wijst deze uitkomst erop dat goed uitgevoerde MGv een aanzienlijk effect zou kunnen hebben.

MOTIVERENDE GESPREKSVOERING

De context van de huisartsenpraktijk biedt een aantal belangrijke voordelen die huisartsen en POH's in staat stellen om de genoemde werkingsmechanismen in gang te zetten. We noemen 5 voordelen van de inzet van huisartsen en POH's.

1. Ze kennen hun patiënten en hebben veelal een vertrouwensband opgebouwd, wat een belangrijke voorwaarde is om tot effectieve MGv te komen.
2. Ze spreken hun patiënten in de context van gezondheid. De waarde ‘gezondheid’ is vaak een krachtige motivator voor stoppen met roken (werkingsmechanisme: zichzelf overtuigen).
3. Ze kennen veelal de leefsituatie van de patiënt (bijvoorbeeld de familieomstandigheden) en kunnen het gesprek daardoor verbreden naar andere waarden. Daarbij kunnen familiewaarden een sterke motivatie vormen om het ook op de langere termijn vol te houden. Dit is vooral van belang als de motivator ‘gezondheid’ minder urgent is geworden (werkingsmechanisme: zichzelf overtuigen).⁹
4. Ze kunnen het vertrouwen van patiënten versterken dat het ze zal lukken om met roken te stoppen, onder andere door informatie te geven en deze te laten aansluiten bij de individuele behoeften. Veel patiënten weten bijvoorbeeld niet dat nicotine juist tot een stressreactie in het lichaam leidt (werkingsmechanisme: self-efficacy).
5. Ze kunnen het zelfvertrouwen van de patiënt vergroten door naast MGv nicotinevervangende middelen (NRT) of ondersteunende medicatie voor te schrijven (werkingsmechanisme: self-efficacy).

MGV JUIST WEL INZETTEN

Wij hopen dat huisartsen en POH's niet op het verkeerde been zijn gezet door het incomplete beeld dat RCT's schetsen en daardoor niet meer gemotiveerd zijn om MGv toe te passen. Juist huisartsen en POH's kunnen MGv gebruiken om hun gesprekken over leefstijlverandering (waaronder stoppen met roken) te optimaliseren. Voorwaarde is wel dat ze goed getraind zijn en een effectieve MGv-strategie kunnen ontwikkelen die is gericht op de werkingsmechanismen van MGv en rekening houdt met de context. En verder zal het onderzoek naar complexe gedragsmatige interventies zich ook moeten richten op werkingsmechanismen en contextfactoren. ■

LITERATUUR

1. Terluin B. Helpt motiverende gespreksvoering bij stoppen met roken? Huisarts Wet 2020;63:63.
2. Lindson N, Thompson TP, Ferrey A, et al. Motivational interviewing for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev 2019;7:CD006936.
3. Tanner-Smith EE, Grant S. Meta-analysis of complex interventions. Annu Rev Public Health 2018;39:135-51.
4. Fletcher A, Jamal F, Moore G, et al. Realist complex intervention science: applying realist principles across all phases of the Medical Research Council framework for developing and evaluating complex interventions. Evaluation 2016;22:286-303.
5. Maassen H. Als standaardonderzoek tekortschiet. Med Contact 2019;18:14-7.
6. Mannell J, Davis K. Evaluating complex health interventions with randomized controlled trials: how do we improve the use of qualitative methods? Qual Health Res 2019;29:623-31.

7. Miller WR, Rollnick S. The effectiveness and ineffectiveness of complex behavioral interventions: impact of treatment fidelity. *Contemp Clin Trials* 2014;37:234-41.
8. Magill M, Colby SM, Orchowski L, et al. How does brief motivational interviewing change heavy drinking and harm among underage young adult drinkers? *J Consult Clin Psychol* 2017;85:447-58.

Dobber JTP, Boom SM, Oberink HH, De Jonge JM. Motiverende gespreksvoering bij stoppen met roken Huisarts Wet 2021;64:DOI:10.1007/s12445-020-1007-9.

Hogeschool van Amsterdam, Center of Expertise Urban Vitality, faculteit Gezondheid: dr. J.T.P. Dobber, senior onderzoeker MGv en hoofddocent hbo-Verpleegkunde, j.t.p.dobber@hva.nl; dr. J.M. de Jonge, senior onderzoeker MGv en hoofddocent hbo-Verpleegkunde. Amsterdam UMC locatie AMC, afdeling Huisartsgeneeskunde: S.M. Boom, promovenda MGv en docent Huisartsgeneeskunde; H.H. Oberink, promovenda MGv en docent Huisartsgeneeskunde.

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

HELPT MOTIVERENDE GESPREKSVOERING BIJ STOPPEN MET ROKEN?

Motiverende gespreksvoering (MGv) kan behoorlijk motiverend zijn. Dat gegeven heeft Dobber en collega's in elk geval gemotiveerd om te reageren op een PEARL over het tegenvallende effect van MGv bij stoppen met roken. We blijven het oneens over de effectiviteit van MGv bij stoppen met roken.

Dobber en collega's lijken veel ervaring met MGv te hebben en daar ook onderzoek naar te doen. Ze betwisten de uitkomst van de besproken cochrane review niet, maar wel mijn conclusie over de tijdsbesteding van huisartsen en hun praktijkondersteuners. Persoonlijk vind ik – waarschijnlijk net als de briefschrijvers – dat MGv een inspirerende methode is. Ik sluit niet uit dat het voor andere problemen effectiever is dan voor stoppen met roken (ik heb alleen stoppen met roken besproken).

De briefschrijvers stellen dat bij complexe interventies ook onderzoek moet worden gedaan naar de actieve ingrediënten en werkingsmechanismen. Daar ben ik het helemaal mee eens, maar dan moet wel duidelijk zijn (liefst op basis van RCT's) dat de interventie werkelijk iets doet, zoals in dit geval helpen bij stoppen met roken. De

briefschrijvers zien in hun kleinschalige, nog ongepubliceerde mixed methods-onderzoek een aanwijzing 'dat goed uitgevoerde MGv een aanzienlijk effect heeft'. Willen zij daarmee suggereren dat MGv in de 37 trials van de cochrane review niet goed is uitgevoerd? Dat kan ik niet geloven. En trouwens, van een interventie die in potentie zeer effectief is, maar misschien wat minder goed is uitgevoerd, mag je nog steeds significante effecten verwachten als ze bij meer dan 15.000 deelnemers is toegepast. Reken maar dat onderzoekers alles uit de kast haalden en ook positieve resultaten verwachtten (anders doe je zo'n onderzoek immers niet). Als die resultaten er dan niet uitkomen, wat zegt dat dan over de effectiviteit in relatie tot de uitvoerbaarheid van MGv?

Ik schreef al dat het waarschijnlijk leuker is om 'verander-taal' uit te lokken dan 'weerstandstaal'. Daarmee zal de huisarts, voor wat betreft stoppen met roken, het voorlopig moeten doen, want het ondubbelzinnige, motiverende bewijs dat MGv bij stoppen met roken helpt, ontbreekt vooralsnog.

Berend Terluin, senior onderzoeker Amsterdam UMC, locatie VUmc