

Preventieve tandheelkunde 2. De macht der gewoonte en de verandering naar gezond mondhygiënegedrag

In tandheelkundige praktijken zijn er verscheidene situaties waarbij gedragsverandering van een patiënt wenselijk of zelfs noodzakelijk is. Het is echter niet gemakkelijk om jarenlange gewoonten te veranderen, ze geven immers vaak ook een comfortabel gevoel. Verandering kan leiden tot vermindering van het zelfvertrouwen, waardoor mensen hiertoe niet altijd geneigd zijn. Voor gedragsverandering is het van belang dat patiënten intrinsiek gemotiveerd zijn. Een mondzorgverlener kan de intrinsieke motivatie versterken door 'motivational interviewing' toe te passen. Compassievol communiceren vormt de basis voor de samenwerking met een patiënt. Patiënten motiveren kost hierdoor minder tijd en vergroot de kans op succes.

Zwart E, Gresnigt-Bekker COVM. Preventieve tandheelkunde 2. De macht der gewoonte en verandering naar gezond mondhygiënegedrag
 Ned Tijdschr Tandheelkd 2017; 124: 28-33
 doi: <https://doi.org/10.5177/ntvt.2017.01.16208>

Inleiding

Het belangrijkste doel van preventieve tandheelkunde is het voorkomen van gebitsproblemen. Daarvoor is het bij veel patiënten noodzakelijk dat zij hun ongezonde mondhygiënegewoonte veranderen in een gezondere variant. Patiënten motiveren vraagt kennis en kunde uit de gedragswetenschappen en is van een geheel andere orde dan de technische vaardigheden noodzakelijk voor het curatief handelen. In dit artikel wordt toegelicht hoe patiënten kunnen worden gemotiveerd hun mondhygiënegedrag te veranderen. Allereerst wordt ingegaan op het ontstaan van gewoonten en welke functie gewoonten hebben. Vervolgens komen de theorie en de praktische toepassing van het motiveren aan de orde. De professionele communicatie wordt besproken om de methode van motiveren effectief te kunnen toepassen. En tot slot wordt ingegaan op wat deze wijze van aanpak voor de zorgverlener betekent. Een en ander wordt geïllustreerd in de casus over Erik (intermezzo 1).

Gewoonte

Gedrag wordt voor een groot deel ingevuld met gewoonten. Volgens onderzoekers herhalen mensen elke dag ongeveer 40% van hun gedrag en bijna altijd in dezelfde context (Wood et al, 2002). Ze handelen dan als het ware op de automatische piloot. Routinegedrag is plezierig wanneer het om gewoonten gaat die positieve effecten hebben op de mens zelf en zijn omgeving; ze kosten geen extra energie en leveren iets positiefs op. Deze routine is echter een probleem wanneer men een gewoonte wil veranderen. Een gewoonte is gedrag dat zo vaak is gedaan dat de betrokken hersenverbindingen versterkt zijn en een vast patroon vormen. Prikkel die hiermee geassocieerd worden, roepen

Leerdoelen

Na het lezen van dit artikel:

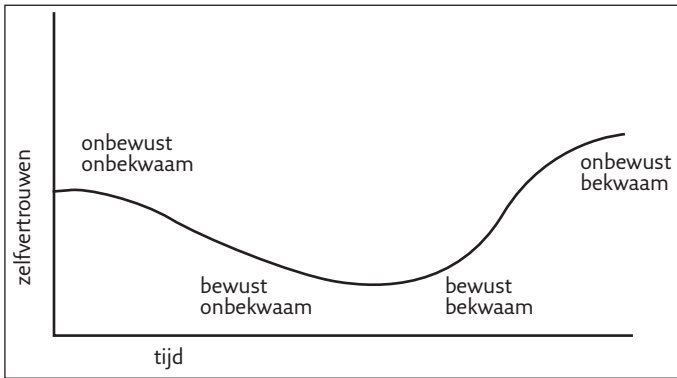
- weet u waarom het veranderen van gewoonten zo moeilijk is;
- kent u het verschil tussen intrinsieke en extrinsieke motivatie;
- weet u hoe motivational interviewing in zijn werk gaat en de verschillende fasen waar de patient doorheen moet;
- weet u wat u wel en niet moet doen om professioneel te communiceren.

gemakkelijk dit gedrag op (Sitskoorn, 2016). Voordat men het weet heeft men het gedrag alweer vertoond. Dit terugvallen in oude gewoonten wordt versterkt wanneer men moe is (Neal et al, 2013). Dit is te verklaren door een verminderde werking van de prefrontale cortex bij vermoeidheid. De prefrontale cortex onderdrukt normaal gesproken impulsen en reguleert het gedrag. Niet alleen bij vermoeidheid, maar tevens bij (hevige) emoties werkt de prefrontale cortex minder goed. Dit kan negatieve effecten hebben op de zelfbeheersing, die juist nodig is om nieuwe gewoonten aan te leren. Voor een nieuwe gewoonte moet een nieuw neurale patroon ontstaan. Daarvoor is het nodig het gewenste gedrag vaak te herhalen, zodat de nieuwe gewoonte ontwikkeld wordt (Baumeister en Tierney, 2011). Het oude neurale patroon verdwijnt niet, maar naarmate het nieuwe patroon krachtiger wordt, heeft het oude patroon minder invloed op het nieuwe gedrag.

Een nieuwe gewoonte aanleren betekent verandering. Veranderen betekent per definitie dat men uit zijn comfortzone wordt gehaald, terwijl men zich daarbinnen veilig voelt. Wanneer men uit deze comfortzone wordt gehaald, komen er allerlei emoties en gedragingen op die het veranderen belemmeren (Sitskoorn, 2016). Vooral de evolutionair oudere delen van de hersenen willen de mens beschermen tegen onzekerheid en sturen naar veilige, vertrouwde gewoonten - ook als deze niet direct logisch of rationeel zijn. Verandering heeft dan ook een grote invloed op emoties, zoals onzekerheid over de eigen capaciteiten of de angst om te falen (Bohlmeijer en Hulsmeijer, 2013). Hoe groter de verandering, hoe groter de impact. Emoties zorgen voor weerstand tegen verandering en leiden er vaak toe dat mensen alles liever bij het oude houden (Sitskoorn, 2016).

Tandheelkundige praktijk

Als iedere patiënt van zijn mondhygiëne een gezonde gewoonte zou maken dan hadden mondzorgverleners steeds de ideale patiënt in de stoel. De praktijk is echter weerbarstig en regelmatig zou een gedragsverandering bij de patiënt



Afb. 1. Hoe mensen het leerproces ervaren. Horizontaal staat aangegeven hoe dit proces in de tijd verloopt. Op de verticale as wordt hierbij het effect op het zelfvertrouwen weergegeven.

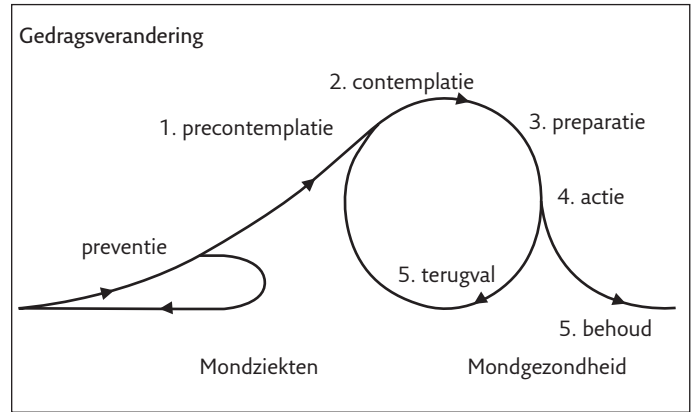
ent op zijn plaats zijn. Echter, zolang alleen de zorgverlener vindt dat de patiënt moet veranderen, gebeurt dit niet. En als de zorgverlener probeert de patiënt te overtuigen, leidt dit meestal niet tot het gewenste resultaat. Sterker nog, vaak heeft dit een tegengesteld effect. Dit is niet verwonderlijk, aangezien de zorgverlener tijdens het overtuigen indirect een negatief oordeel geeft over het gedrag van de patiënt en hierbij diens autonomie niet respecteert. Het is daarom dus van belang dat de patiënt zelf bepaalt of gezond mondhygiënegedrag wel of niet een gewoonte wordt en hoe hij deze gewoonte vormgeeft.

Motiveren

Intrinsieke en extrinsieke motivatie

Als een zorgverlener een patiënt overtuigt van de noodzaak van gedragsverandering zonder dat deze patiënt zelf hiervoor een bewuste keuze heeft gemaakt, dan zal er steeds een appèl op de wilskracht van de patiënt worden gedaan (Vohs et al, 2008). De patiënt houdt het gewenste mondhygiënegedrag een tijdje vol om vervolgens weer in zijn oude gewoonte te vervallen. Wanneer een patiënt door overtuiging gemotiveerd wordt, spreekt men van extrinsieke motivatie. Wanneer een patiënt echter zelf wil dat er iets verandert, dan spreekt men van intrinsieke motivatie. Extrinsieke motivatie beklijft beduidend minder dan intrinsieke motivatie. Wanneer een patiënt intrinsiek gemotiveerd is, dan is de kans op succesvolle gedragsverandering groter (Sheldon en Elliot, 1999).

Om de intrinsieke motivatie tot gedragsverandering te stimuleren is het noodzakelijk in te spelen op de behoeften van een patiënt. Een veelgebruikte methode is 'motivational interviewing' (MI). Deze methode wordt gedefinieerd als een op samenwerking gerichte, doelgerichte communicatiestijl waarmee de persoonlijke motivatie en bereidheid tot veranderen worden versterkt (Miller en Rollnick, 2014). Motivational interviewing is in 2002 ontwikkeld door Miller en Rollnick voor het begeleiden van mensen met een verslavingsproblematiek. Dankzij de positieve resultaten wordt deze communicatiestijl ook binnen andere sectoren van de gezondheidszorg toegepast. Het toepassen van motiverende gespreksvoering door de zorgverlener is een



Afb. 2. Proces van gedragsverandering volgens Prochaska et al, 1992. Gedragsverandering is een dynamisch proces dat uit verschillende fasen bestaat. De fase van gedragsverandering waarin een patiënt zich bevindt is afhankelijk van de wensen, mogelijkheden en het tempo van de patiënt.

effectieve methode gebleken om patiënten te helpen veranderen. Daarnaast leidt het tot vermindering van gevoelens van frustratie of machteloosheid bij zorgverleners (Miller en Rollnick, 2014).

Motivational interviewing

Om een gedragsverandering te realiseren is het nodig nieuw gedrag aan te leren. Een nieuwe vaardigheid wordt aangeleerd via het leerproces (afb. 1). Vooral op het moment dat patiënten zich bewust worden dat zij iets nog niet kunnen (bewust onbekwaam), spelen de emoties over onzekerheid en angst op. Het zelfvertrouwen daalt en patiënten hebben de neiging om terug te keren naar de veiligheid van het oude gedrag.

Een gedragsverandering is niet eenvoudig. Weten dat iets moet veranderen is iets anders dan het daadwerkelijk doen. Het daadwerkelijk doen is een dynamisch proces, dat gepaard gaat met vallen en opstaan. Het proces kan lang duren en vaak vallen patiënten meerdere keren terug in het oude patroon voordat het nieuwe gedrag een vast patroon is geworden dat 'bijna' als vanzelf gaat. Prochaska et al (1992) hebben de verschillende fasen van dit proces ontrafeld en al in 1992 beschreven (afb. 2).

Motivational interviewing heeft aan iedere fase van gedragsverandering een interventie gekoppeld om de patiënt efficiënt en effectief te kunnen motiveren en begeleiden. Wat dit voor de mondzorg betekent staat in tabel 1.

In de fase van precontemplatie vindt een patiënt dat hij geen probleem heeft of is niet gemotiveerd voor verandering van zijn gedrag. In deze fase geeft een zorgverlener neutrale informatie, gericht op feiten over de situatie in de mond en de bijbehorende risico's. Daarna vraagt de zorgverlener aan de patiënt wat hij hiervan vindt.

In de fase van contemplatie is een patiënt zich bewust van zijn probleem, maar staat nog ambivalent tegenover een gedragsverandering. Een zorgverlener kan hierbij gebruikmaken van de volgende vragen:

- Vindt de patiënt dat hij een mondgezondheidsprobleem heeft?
- Hoe belangrijk is de mondgezondheid voor de patiënt?

Fasen gedragsverandering	Interventie
1 Precontemplatie	Neutraal informeren huidige situatie van de mond en bewustmaking risico's
2 Contemplatie	Voor- en nadelen onderzoeken, beslissen en doel vaststellen
3 Preparatie	Opzet concreet plan van aanpak patiënt
4 Actie	Anticiperen op aanleren van nieuw gedrag (leerproces)
5 Behoud of terugval	Patiënt stimuleren vol te houden of hoe nu verder? Zelfzorgafpraak

Tabel 1. Schema interventies bij fasen gedragsverandering

- Heeft de patiënt de bereidheid iets aan zijn probleem te doen?
- Wat zijn voor- en nadelen van het huidige én het nieuwe gedrag?

Op deze manier zorgt de zorgverlener ervoor dat de patiënt een bewuste keuze kan maken om zijn mondhygiënegevoorte wel of niet te veranderen. Beslist de patiënt dat hij zijn gewoonte niet wil veranderen dan gaat de patiënt terug naar de precontemplatiefase en is het de taak van de zorgverlener in contact te blijven met zijn patiënt en diens keuze om niet te veranderen te respecteren. De zorgverlener vraagt altijd aan de patiënt of hij erop terug mag komen wanneer de situatie verslechtert. Beslist de patiënt dat hij zijn gewoonte wel wil veranderen dan is het zaak dat de patiënt zijn doel dat hij wil bereiken met zijn gewoonte- verandering formuleert. Een goed geformuleerd doel vergroot de kans op succes omdat de patiënt weet waar hij 'het' voor doet. De zorgverlener weet dan wat de patiënt wil bereiken, hetgeen handvatten biedt bij de begeleiding. De patiënt heeft een bewuste keuze gemaakt voor gedragsverandering en heeft de intentie deze in zijn leven in te passen.

In de preparatiefase stimuleert de zorgverlener de patiënt zelf te bedenken welk plan van aanpak het beste bij hem past om zijn doel te bereiken. Zodat de nieuwe gewoonte naadloos aansluit bij het al bestaande routinegedrag. De wijze waarop de patiënt de nieuwe gewoonte vormgeeft, is gebaseerd op vertrouwen in eigen kunnen en kennis van de patiënt. Ook hier geldt dat de eigen keuze van de patiënt grotere kans op slagen biedt dan de adviezen van de zorgverlener. De zorgverlener onderzoekt vervolgens samen met de patiënt welke belemmeringen hij op weg naar zijn doel verwacht. Door proactief op deze situaties een antwoord te formuleren kan eventuele terugval worden voorkomen. Indien nodig, leert de zorgverlener de patiënt door middel van instructies vaardigheden aan. Zie intermezzo 1 met de casus van Erik.

In de fase van actie gaat de patiënt over tot het veranderen van zijn gedrag. Voor de zorgverlener is het van belang alert te zijn op de gevolgen van het leerproces voor de patiënt. Negatieve emoties en onzekerheid bij de patiënt kunnen een rol spelen. De zorgverlener kan dit begeleiden door goed te luisteren naar de ervaringen van de patiënt met de gewoonte- verandering.

In de fase van behoud wordt gestreefd naar het consolideren van het nieuw aangeleerde gedrag. Door het nieuwe gedrag van de patiënt positief te bekrachtigen voedt de zorgverlener het zelfvertrouwen van de patiënt.

Een terugval is normaal in het veranderingsproces. Veranderen gaat met vallen en opstaan. Voor de zorgverlener is het van belang om samen met de patiënt te onderzoeken hoe de patiënt verder wil. Wil de patiënt stoppen of wil hij zijn plan van aanpak aanpassen? De patiënt weet het antwoord en de zorgverlener faciliteert.

Communicatie

Non-verbaal en verbaal

Het succes van motiveren staat of valt met de kwaliteit van de communicatie. Communicatie bestaat voor ongeveer 90% uit non-verbale en 10% verbale communicatie. Hoe duidelijker er non-verbaal en verbaal wordt gecommuniceerd des te beter men wordt begrepen. De impact van non-verbale signalen is groot én bepaalt de kracht van de communicatie. De non-verbale signalen geven over het algemeen de onderliggende emoties weer. Emoties bepalen sterk het menselijk gedrag en dat betekent dat er rekening mee moet worden gehouden bij het motiveren (Wood et al, 2002). Duidelijke verbale communicatie kan daarbij helpen. Wanneer de voorlichting in de mondzorgpraktijk onduidelijk is, ontstaat er innerlijke verwarring. Daarbij kan worden gedacht aan uitspraken zoals 'het komt wel goed' of 'daar gaan we voor zorgen'. De patiënt kan in dat geval denken dat de zorgverlener het probleem gaat oplossen en hij zelf daaraan weinig hoeft bij te dragen.

Wie is waar verantwoordelijk voor?

Mondzorgverleners zijn verantwoordelijk voor de zorgverlening in hun praktijk. Doordat zij zich gedurende de behandeling ook veelal als deskundige opstellen, leggen veel patiënten als vanzelfsprekend de verantwoordelijkheid voor hun mondgezondheid bij hun zorgverlener. Mondzorgverleners bepalen echter niet of de mondgezondheid beter 'moet' of kan. Patiënten kiezen, bewust of onbewust, voor hun gedrag en zijn daarvoor zelf verantwoordelijk. Wel hebben mondzorgverleners de verantwoordelijkheid om hun patiënten op professionele wijze voor te lichten en te motiveren voor gezond mondhygiënegedrag.

Professioneel communiceren

Miller en Rollnick (2014) ontdekten dat zorgverleners met hun houding en wijze van communiceren de gedragsverandering zowel kunnen stimuleren als afremmen. Compassie vormt de basis van de communicatie bij motivational interviewing die de gedragsverandering bevordert. Compassie



Afb. 3. Motivational interviewing en professioneel communiceren.

sie betekent communiceren met aandacht en empathie. Dit vormt de basis voor contact en vertrouwen en zijn noodzakelijke voorwaarden om te kunnen werken met motivational interviewing. Zonder aandacht en empathie motiveert een zorgverlener op de automatische piloot. Empathie geeft aan dat de zorgverlener actief interesse toont in de beleveniswereld van zijn patiënt en zich inspant om deze ook zo goed mogelijk te begrijpen. Met een empathische houding tegenover zichzelf en anderen bereikt men meer en ervaart men meer ontspanning en evenwicht (Neff, 2011).

Bij professioneel communiceren hoort actief luisteren (afb. 3). Hiermee luistert een zorgverlener naar de essentie van het verhaal en de onderliggende emoties die spelen bij zijn patiënt. De zorgverlener verwoordt wat hij begrepen heeft en vraagt door bij onduidelijkheden. Zo laat hij merken dat hij zijn patiënt hoort en begrijpt (Van Esch et al, 2005). Met actief luisteren bevordert men dat een patiënt actief in het gesprek participeert en niet afhaakt. Alle reacties van de zorgverlener bepalen hoe het gesprek zich verder ontwikkelt (tab. 2). Uit het onderzoek van Gable en Reis (2001) is gebleken dat een actieve en constructieve reactie leidt tot meer tevredenheid en vertrouwen bij patiënten, terwijl de overige reacties juist minder vertrouwen en tevredenheid opleverden. Zorgverleners stimuleren de gedragsverandering van hun patiënt ook door het vertrouwen van de patiënt in zichzelf te vergroten. Dit kan onder

Intermezzo 1. Casus Erik

Gegeven

Erik is 20 jaar en heeft een licht verstandelijke beperking. Hij heeft een hekel aan afspraken bij de tandarts en wil een gebitsprothese. Tandpoetsen vergeet hij en doet hij ongeveer 1 x per 2 weken.

Precontemplatie, contemplatie en preparatie

Erik zit in fase 1 van gedragsverandering: hij heeft geen enkele behoefte om zijn gedrag te veranderen. Zijn tandarts vraagt naar zijn motieven voor een gebitsprothese. Erik denkt dat hij met een gebitsprothese niet meer naar de tandarts hoeft en ook niet meer hoeft te poetsen. De tandarts vertelt Erik dat dat niet het geval is en dat hij met een gebitsprothese nog steeds voor controle naar de tandarts moet en dat ook een gebitsprothese gepoetst moet worden. De tandarts ziet Erik denken: "Dat valt tegen, ik dacht dat ik er dan vanaf was". Vervolgens zoekt de tandarts naar Eriks sterke kanten en vraagt hem waar hij goed in is. Hij antwoordt dat hij goed een blikje bier met zijn tanden kan openen. De tandarts denkt "dat kan niet meer met een gebitsprothese", maar reageert met: "Wat bijzonder, dat heb ik nog nooit gehoord. Wat ben jij creatief in het verzinnen van oplossingen!"

Tegen het eind van de behandeling gaat Erik nadenken over de vraag hoe hij kan onthouden zijn tanden te poetsen. Erik bevindt zich in fase 3, preparatie. Soms is er meer tijd voor nodig en slapen patiënten 'er 1 of meer nachties over' voor zij besluiten of zij wel of niet willen veranderen.

Motiveren

Om Erik te stimuleren tot actie is de tandarts eigenlijk alleen maar nieuwsgierig naar zijn sterke kanten en heeft geen oordeel over zijn wensen. De tandarts communiceert met aandacht en empathie en geeft Erik geen oplossing voor het probleem met het onthouden zijn tanden te poetsen. Tevens dringt de tandarts ook niet aan op een poetsinstructie, want de tandarts wil eerst afwachten hoe Erik met zijn keuzevrijheid om zelf een oplossing te bedenken zal omgaan.

Actie

Na 3 maanden komt Erik weer voor behandeling. Hij komt blij de behandelkamer binnen en laat de tandarts een tandenborstel met losse batterijen zien. De tandarts kent dit soort tandenborstels niet. Erik had de tandenborstel in een winkel gevonden en vindt het een leuk 'apparaat'. Hij vertelt dat hij van apparaten houdt en nu met dit apparaat iedere dag zijn tanden poetst, met uitzondering van het weekend.

Erik lijkt als vanzelf in de actiefase te zijn gegaan en is dagelijks bezig een gewoonte te maken van het poetsen van zijn tanden. De tandarts bekrachtigt zijn nieuwe gedrag positief door actief constructief te reageren: "Wat super goed dat je een oplossing hebt gevonden en al zo goed bezig bent. Vertel eens hoe heb je dit allemaal gedaan?"

Patiënt: "Ik ben blij dat het eindelijk een keer goed is wat ik heb gedaan."

Actief en constructief: "Ja, dat is terecht. Je hebt super goed je best gedaan! Vertel eens hoe heb je het voor elkaar gekregen?"

Passief en constructief: "Top gedaan!"

Actief en destructief: "Ja, dat is goed nieuws maar nu nog volhouden. Dit is nog maar het begin."

Passief en destructief: "Oké, ik maak straks ook nog even röntgenfoto's."

Tabel 2. Voorbeeld van actief luisteren

<p>1. Wanneer de patiënt jou erom vraagt</p> <p>“Wat denk je dat ik zou moeten doen?”</p> <p>“Hoe stoppen mensen met roken?”</p> <p>“Welke behandelingen zijn er beschikbaar?”</p> <p>Deze vragen geven je toestemming om informatie te geven. Het betekent echter niet dat je het ook altijd moet doen. Je kunt ook doorvragen zodat je de ideeën hoort die de patiënt zelf al heeft over de vraag en daarop in kunt gaan.</p>
<p>2. Als de patiënt er niet om vraagt, er zelf als zorgverlener om vragen</p> <p>“Is het goed als ik je wat er meer over vertel over het ontstaan van de problemen in de mond?”</p> <p>“Vind je het prettig als ik je laat zien hoe je de plaque in korte tijd kunt weghalen?”</p> <p>“Ik denk dat er voor jouw probleem goede oplossingen zijn. Ben je er in geïnteresseerd?”</p>
<p>3. Wanneer je je ethisch verantwoordelijk voelt informatie te geven, zelfs als de patiënt nee zegt op de vraag om toestemming. Bij onderstaande voorbeelden respect je de autonomie van de patiënt. De ontvankelijkheid van de patiënt voor informatie wordt hierdoor meestal groter.</p> <p>“Ik weet niet of dit ook op jou van toepassing is...”</p> <p>“Kijk eens wat hiervan voor jou geldt...”</p> <p>“Dit interesseert je misschien, of misschien niet...”</p> <p>“Ik vraag me af wat je hiervan vindt.”</p>

Tabel 3. Drie manieren om toestemming te krijgen om informatie of advies te geven.

andere door de sterke kanten van de patiënt te benoemen. Sterke kanten kunnen worden gezien als eigenschappen of vaardigheden waar men goed in is en die plezier geven als men ze toepast (Linley et al, 2010). Hoe meer een patiënt in zichzelf gelooft des te groter de kans op een succesvolle gedragsverandering.

Door de autonomie te respecteren faciliteren zorgverleners het zelfbeslissingsrecht van patiënten. Daarom is het belangrijk dat een zorgverlener toestemming vraagt aan zijn patiënt als hij hem informatie of advies wil geven (tab. 3). Wettelijk gezien hebben zorgverleners een informatieplicht. Maar met hun toestemming geven patiënten aan dat zij open staan de informatie te willen ontvangen en is de kans dat zij deze informatie serieus nemen groter. Juiste informatie, goed gedoseerd, is noodzakelijk om te voorkomen dat patiënten afhaken. Want veel adviezen zijn al door patiënten geprobeerd en werken volgens hen niet. Door informatie en advies op maat te geven kunnen zorgverleners daarom ook meer effect verwachten. Zie intermezzo 1 als voorbeeld.

Valkuilen voor zorgverleners

Bij het motiveren met motivational interviewing is het belangrijk dat zorgverleners niet hun wil opleggen aan patiënten, ondanks het feit dat dit vanuit medisch perspectief misschien wel noodzakelijk is. Het respecteren van de autonomie van een patiënt is essentieel voor motivational interviewing, maar dit betekent niet dat een zorgverlener zich bij het ongewenste gedrag van zijn patiënt moet neerleggen of het gedrag moet goedkeuren. Het gaat erom dat de patiënt zich geaccepteerd voelt zoals hij is en zich vrij voelt om wel of niet zijn mondhygiënegedrag te veranderen. De professionele communicatie is hierbij het smeermiddel om een patiënt naar de intrinsieke motivatie te begeleiden.

Wanneer een zorgverlener motivational interviewing gaat toepassen in zijn praktijk liggen beginnersfouten op de loer. Een veel gemaakte beginnersfout is de valkuil van

‘deskundige’. Deskundigheid heeft de aanname in zich dat een zorgverlener verondersteld wordt overal het juiste antwoord op te weten. Als een zorgverlener zich voortdurend als de deskundige opstelt, wordt de autonomie van de patiënt genegeerd. Deze zorgverlener vindt in het algemeen dat een patiënt moet doen wat hij zegt. Dit zal voor veel patiënten op de korte termijn effectief zijn, maar het mondgezondheidsprobleem is er weer zodra een patiënt in zijn oude mondhygiënegewoonte terugvalt. Bij motivational interviewing is een patiënt ook deskundige: hij weet immers zelf het beste wat goed voor hem is. Door als zorgverlener bij het voorlichten en motiveren ook de deskundigheid van de patiënt te betrekken, wordt de verantwoordelijkheid weer bij de patiënt zelf gelegd en voorkomt de zorgverlener deze valkuil van deskundigheid.

Een andere valkuil is die van ‘redder’ willen zijn. Immers, het werkzaam zijn in de gezondheidszorg vooronderstelt de wens mensen te willen helpen en te behoeden voor gevaar. Met de traditionele manier van voorlichten en motiveren helpen zorgverleners vaak te veel, waardoor het voor patiënten te snel gaat. Patiënten hebben tijd nodig om zelf te beslissen, om zorgvuldig af te wegen wat zij belangrijk vinden voor hun mondgezondheid en wat zij daarvoor over hebben. Met hun hulp lopen zorgverleners vooruit op het persoonlijke veranderingsproces bij hun patiënten. Het gevolg is dat een patiënt ‘ja’ zegt en ‘nee’ doet. Door zich op te stellen in een meer coachende rol, kunnen zorgverleners beide valkuilen voorkomen.

Literatuur

- * Baumeister RF, Tierney J. Willpower: Rediscovering the greatest human strength. New York: Penguin, 2011.
- * Bohlmeijer ET, Hulsbergen ML. Dit is jouw leven: ervaar de effecten van de positieve psychologie. Amsterdam: Boom, 2013.
- * Esch SCM van, Kreeke JJS van de, Vries H de, Batelaan MA, Ploeg HM van der. Recepten voor een goed gesprek deel 1. Amsterdam: Stichting Medische Psychologie Vrije Universiteit, 2005.

- * Gable SL, Reis HT. Appetitive and aversive social interaction. In: Harvey JH, Wenzel AE (red.). Close romantic relationships: maintenance and enhancement. Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, 2001.
- * Linley A, Willars J, Biswas-Diener R. The strengths book. Coventry: Capp Press, 2010.
- * Miller WR, Rollnick S. Motiverende gespreksvoering: mensen helpen veranderen. Gorinchem: Ekklesia, 2014.
- * Neal DT, Wood W, Drolet A. How do people adhere to goals when willpower is low? The profits (and pitfalls) of strong habits. *J Pers Soc Psychol* 2013; 104; 959-975.
- * Neff K. Zelf compassie: stop jezelf te veroordelen. Amsterdam: Cargo, 2011.
- * Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how people change: applications to addictive behaviors. *Am Psychol* 1992;47;1102-1114.
- * Sheldon KM, Elliot AJ. Goal striving, need satisfaction, and longitudinal well-being: The self-concordance model. *J Pers Soc Psychol* 1999;76; 482-497.
- * Sitskoorn M. IK2: De beste versie van jezelf. Deventer: Vakmedianet, 2016.
- * Vohs KD, Baumeister RF, Schmeichel BJ, Twenge JM, Nelson NM, Tice DM. Making choices impairs subsequent self-control: a limited-resource account of decision making, self-regulation, and active initiative. *J Pers Soc Psychol* 2008; 94; 883-898
- * Wood W, Quinn JM, Kashy DA. Habits in everyday life: thought, emotion, and action. *J Pers Soc Psychol* 2002; 83; 1281-1297.

Summary

Preventive dentistry 2. The force of habit and the change to healthy oral behaviour

In a dental practice there are several situations where a change in behaviour of a patient is desirable or even necessary. It's not easy, however, to change someone's habits that they've had for many years, because these habits often give people a comfortable feeling. Change can lead to a decrease in self-confidence, which is why people are not always inclined to change. In order to realise a change in behaviour, there has to be an intrinsic motivation. An oral healthcare professional can increase the intrinsic motivation by using Motivational Interviewing (MI). Communicating with compassion is the basis for cooperation between a professional and his or her patient. Motivating a patient takes less time and increases the chance of success.

Bron

E. Zwart¹, C.O.V.M. Gresnigt-Bekker²

Uit ¹Training en coaching voor onderwijs en gezondheidszorg in Heilo en

²Carry Gresnigt-Bekker Coaching, Training en Advies in Aerdenhout

Datum van acceptatie: 28 november 2016

Adres: mw. E. Zwart, Vijverlaan 70, 1851ZW Heiloo

zwart.ellen2@gmail.com

Verantwoording

Afbeelding 3 is gepubliceerd met toestemming van de belanghebbenden.