

# Worstelen met leefstijladvisering

Renate Jansink

## De kern

- ▶ Leefstijladviezen hebben nauwelijks positieve invloed op de gezondheid van patiënten.
- ▶ Veel praktijkondersteuners hanteren een traditionele strategie: informatie en advies geven over een goede leefstijl.
- ▶ Jansink en collega's onderzochten in de MILD-studie de belemmeringen die dertien praktijkondersteuners ondervonden wanneer ze op de traditionele manier voorlichting gaven aan patiënten met diabetes type 2.
- ▶ Uit hun onderzoek bleek dat praktijkondersteuners vaak te hoge verwachtingen hebben van leefstijlverandering bij hun patiënten, en dat zij liever nauwkeurige adviezen geven dan de patiënt zijn eigen beslissingen te laten nemen.
- ▶ Zo 'lopen zij de patiënt voorbij' en dat resulteert in weerstand bij de patiënt.
- ▶ Met motiverende gespreksvoering kun je deze weerstand hanteren.

**Leefstijladviezen hebben nauwelijks positieve invloed op de gezondheid van patiënten. Als je gedragsverandering op het gebied van leefstijl wilt stimuleren, vereist dat meer dan simpele adviezen geven. Toch is in de huisartsenpraktijk die traditionele leefstijladvisering aan patiënten met diabetes type 2 nog steeds favoriet.**

Renate Jansink is junior onderzoeker op de afdeling IQ healthcare van de Radboud Universiteit Nijmegen. Daar werkt ze aan haar onderzoek 'Motivational Interviewing bij praktijkondersteuners om Leefstijlveranderingen bij patiënten met Diabetes type 2 te bewerkstelligen' (het MILD-project), waarop ze binnenkort hoopt te promoveren. Jansink en collega's onderzochten binnen de MILD-studie hoe praktijkondersteuners de leefstijl kunnen verbeteren van patiënten met diabetes type 2. Welke barrières komen

wij tegen als we leefstijladviezen geven aan deze patiënten? Met de informatie uit dit onderzoek willen Jansink en haar collega's in de toekomst een implementatiestrategie ontwikkelen waarmee we leefstijladvisering in de huisartspraktijk kunnen verbeteren. De onderzoekers vroegen dertien praktijkondersteuners naar belemmeringen bij voorlichting over voeding, beweging en stoppen met roken: traditionele voorlichting aan patiënten met diabetes type 2. Vervolgens analyseerden zij die belemmeringen op drie niveaus: voor de praktijkondersteuner zelf, voor de patiënt en voor de praktijkorganisatie.

## Werkwijze

De onderzoekers hebben interviews opgenomen en op papier uitgeschreven. Daarna volgde kwalitatieve data-analyse. Twee onderzoekers lazen onafhankelijk van elkaar alle interviews door en classificeerden de belemmeringen volgens theorieën van Grol e.a. over gedragsveranderingen.<sup>2</sup> Als de onderzoekers van meningen verschilden, bereikten zij consensus via een derde onderzoeker. Op het niveau van de praktijkondersteuner onderzochten zij belemmeringen in de categorieën kennis, houding, vaardigheden en routines. Op het niveau van de patiënt onderzochten ze kennis, houding, vaardigheden en therapietrouw. En op het niveau van de praktijkorganisatie onderzochten zij belemmeringen in de categorieën zorgprocessen, medewerkers, capaciteiten, bronnen en structuren.<sup>2</sup>

## Karakteristieken praktijkondersteuners

In *tabel 1* zie je de karakteristieken van de praktijkondersteuners. Alle praktijkondersteuners die daartoe uitgenodigd waren, namen deel aan het onderzoek. In totaal hebben de onderzoekers dertien praktijkondersteuners geïnterviewd. De gemiddelde leeftijd was 44 jaar; allen waren vrouwen. Deze praktijkondersteuners hadden gemiddeld drie jaar ervaring met een diabetespreekuur en zes van hen hadden gemiddeld twaalf jaar ervaring als praktijkassistente.

**Tabel 1** Onderzoekspopulatie**Kermerken van praktijkondersteuners die aan het onderzoek meededen (N = 13)**

Man-vrouwverdeling	0/13	
Gemiddelde leeftijd <sup>1</sup>	44	(27-51)
Praktijkondersteuners die vroeger assistent waren (percentage) <sup>1</sup>	6	(50%)
Gemiddeld aantal jaren ervaring als praktijkassistent <sup>1</sup>	12,3	(2-24)
Gemiddeld aantal jaren ervaring met patiënten met diabetes <sup>1</sup>	3,0	(0,5-4,5)

<sup>1</sup> Na de interviews besloot één praktijkondersteuner niet mee te doen. Haar gegevens zijn niet bekend.

### ***Belemmeringen voor praktijkondersteuners***

Jansink en collega's analyseerden wat de onderzochte praktijkondersteuners belemmerde in hun pogingen om de patiënt tot leefstijlverandering te brengen: belemmeringen in de categorieën kennis, houding, vaardigheden, routines.

#### **Kennis**

Sommige praktijkondersteuners vonden dat ze te weinig relevante kennis hadden – over bewegen, stoppen met roken en gezonde voeding – om adequate leefstijladvies te kunnen geven. Een paar praktijkondersteuners zeiden ook dat het de taak van de diëtist is om specifieke voedingsadviezen te geven, maar dat sommige patiënten niet naar de diëtist willen. In dat geval vond de praktijkondersteuner dat zij voedingsadvies moest geven.

'Sommige patiënten hebben slechte ervaringen gehad met diëtisten en weigeren om naar een diëtist te gaan. Dat betekent dat ik voedingsadvies moet geven. Ik kan de patiënt wel vertellen wat goed of slecht voor hem is, maar voor specifieke voedingsadviezen moeten ze toch echt naar de diëtist.'

Achter het gevoel dat kennis over voeding ontbrak, bleek vaak een ander probleem schuil te gaan, namelijk geen of onvoldoende afstemming tussen praktijkondersteuner en diëtist.

#### **Houding**

Leefstijlverandering stelden de praktijkondersteuners soms niet aan de orde tijdens het consult, door uiteenlopende oorzaken die allemaal met hun attitude te maken hebben. Sommige praktijkondersteuners zeiden dat ze soms niet voldoende gemotiveerd waren om de boodschap over gezonde leefstijl steeds opnieuw te moeten verkondigen, omdat ze weinig hoop hadden dat de patiënt inderdaad de leefstijl-

verandering zou doorvoeren. Ze voelden zich machteloos. Andere praktijkondersteuners wilden niet veroordelend overkomen en aarzelden om leefstijlverandering aan de orde te stellen, omdat ze dachten dat dit de relatie met de patiënt zou schaden. Ook konden praktijkondersteuners zich soms niet in patiënten verplaatsen. Ze begrepen niet waarom het zo moeilijk is om een specifieke leefstijl te veranderen als ze zelf niet die ongezonde leefstijl erop nahielden. Verder vonden ze het lastig om geduldig te zijn en aandachtig te luisteren als ze in tijdnood zaten.

'Het is erg moeilijk voor patiënten om hun leefstijl te veranderen. Ik moet ze steeds weer hetzelfde vertellen. Dat maakt me zo machteloos.'

'Ik wil graag dat de patiënt het leuk vindt om terug te komen, dus ik wil een goede relatie met ze houden. Soms ben ik te soft. Dat is verkeerd, want ik moet patiënten helpen om hun leefstijl te veranderen.'

#### **Vaardigheden**

De meeste praktijkondersteuners vonden dat ze over te weinig technieken beschikten om patiënten te kunnen begeleiden bij leefstijlverandering. Ze wilden samen met de patiënt een concreet actieplan opzetten, maar hadden geen idee hoe ze dat moesten doen. Ze kenden wel het verandermodel, maar vonden ze het moeilijk om hun manier van begeleiden aan te passen aan het stadium waarin de patiënt zit.

'Ik weet niet wat de beste manier is om patiënten te adviseren. Aan het eind van het consult moet ik een concreet actieplan hebben, bijvoorbeeld: eet minder volvette kaas. Het is moeilijk om dingen concreet te maken en om op een gestructureerde manier te werken.'

'Soms geef ik veel te snel informatie, terwijl patiënten nog in een eerder stadium van het verandermodel zitten.'

De praktijkondersteuners leken steeds vooruit te lopen op hun patiënten. Bovendien hadden ze te hoge verwachtingen van patiënten. Dit resulteerde in weerstand bij de patiënt. Praktijkondersteuners vertelden ons expliciet dat ze graag zouden willen beschikken over de juiste vaardigheden om dat te voorkomen.

### Routines

Praktijkondersteuners rapporteerden dat ze moeite hadden om oude routines te vervangen door nieuwe. Hoewel men er tegenwoordig de voorkeur aan geeft om de patiënt actief te betrekken bij het nemen van beslissingen, gaven de praktijkondersteuners nog op de oude manier adviezen aan de patiënt.

‘Sommige patiënten kunnen zich nauwelijks bewegen. Ik zoek alternatieven om deze belemmeringen te omzeilen, maar ik moet deze patiënten tijd geven om zelf oplossingen te zoeken.’

### Belemmeringen voor de patiënt

Naast belemmeringen voor de praktijkondersteuner analyseerden Jansink en collega's wat de patiënt zelf belemmerde in zijn leefstijlverbetering: wat betreft kennis, houding, vaardigheden en therapietrouw.

### Kennis

Praktijkondersteuners vonden dat de meeste patiënten geen inzicht hadden in hun leefstijl en gezondheid. Taal was vaak een barrière voor patiënten uit andere culturen en voor patiënten met een laag begripsniveau.

‘Patiënten weten niet wat koolhydraten of suiker zijn, of ze denken dat ze gezond voedsel eten, terwijl het te vet is. Sommige patiënten weigeren naar een diëtist te gaan, omdat ze denken al alles te weten over voeding.’

‘Patiënten uit andere culturen begrijpen de adviezen niet omdat ze de Nederlandse taal niet voldoende beheersen. Er zijn trouwens ook Nederlanders die de adviezen niet begrijpen.’

‘Als het gaat om voeding, is de sociale controle in kleine dorpen erg groot. Soms praten mensen over diabetes tijdens verjaardagen en daar wordt nogal eens verkeerde informatie gegeven over bijvoorbeeld voeding.’

### Houding

Volgens praktijkondersteuners is de onwil van patiënten om hun leefstijl te veranderen gebaseerd op

een algemene aversie tegen verandering, en bovendien op vroegere ervaringen met een diëtist. Dit kwam het meest voor bij ouderen. Verder vonden praktijkondersteuners dat patiënten naar excuses zochten om hun verkeerde gewoonten niet te hoeven opgeven.

‘Patiënten denken dat het erg moeilijk is om te stoppen met roken, maar de meesten die werkelijk stopten, vonden achteraf dat het wel meeviel.’

‘Het is moeilijk om ouderen met diabetes te motiveren tot gezonde voeding. Ze zeggen: “Ik ben 75 jaar en ik ben niet van plan om op dieet te gaan.”; “Ik ben oud geworden met mijn eigen eetgewoonten”; “Als ik tien jaar korter leef – wat dan nog?”; of: “Ik ben toch alleen”.’

‘Patiënten met diabetes zijn vaak geen lichaamsbeweging gewend, dus is het erg moeilijk om meer te gaan bewegen als ze ouder worden. Ze zoeken naar excuses: “Ik heb last van mijn rug”; “Het is slecht weer”; of: “Ik ben moe na een werkdag.” Allemaal excuses om niet aan beweging te gaan doen.’

Tijdens scholing in motiverende gespreksvoering leren praktijkondersteuners dat dergelijke uitspraken goede kansen zijn om het onderwerp leefstijlverandering aan te kaarten. De praktijkondersteuners grepen vaak die kans niet.

### Vaardigheden

Sommige praktijkondersteuners waren ervan overtuigd dat het voor de meeste mensen met diabetes type 2 niet mogelijk is om meer te gaan bewegen of om te stoppen met roken. De meeste mensen met diabetes type 2 zijn ouderen met lichamelijke beperkingen en sommigen van hen hebben een laag inkomen. Als er bovendien geen sportcentrum in de buurt is, zou het moeilijk zijn om meer te gaan bewegen. Daardoor was het volgens de praktijkondersteuners niet gemakkelijk voor de patiënt om meer te gaan bewegen.

Verder dachten ze dat stoppen met roken te moeilijk is, omdat roken een echte verslaving is. De praktijkondersteuners zeiden dat patiënten soms proberen te stoppen met roken door te minderen, maar dat ze vaak terugvallen in hun oude rookgewoonte. Patiënten met psychosociale belemmeringen willen vaak niet stoppen met roken, volgens praktijkondersteuners.

‘Patiënten met lichamelijke beperkingen sporten nauwelijks. Zelfs al zouden ze dat willen, ze kunnen zich niet veroorloven om naar de sportschool te gaan. Dat is erg duur.’

‘Patiënten moeten best ver reizen, omdat er geen sportschool in de buurt is.’

### **Therapietrouw**

De geïnterviewde praktijkondersteuners vonden dat patiënten onmiddellijk resultaten wilden zien. Als ze dat niet zagen gebeuren, ontstond therapieontrouw. Praktijkondersteuners vonden ook dat sommige patiënten gebrek aan discipline hebben om het vol te houden. Er zijn moeilijke momenten, zoals stresssituaties en andere omstandigheden, waarin anderen de patiënten tot ongezond gedrag verleiden.

‘Een verandering in leefstijl heeft niet onmiddellijk resultaat. Patiënten kunnen daar moeilijk mee omgaan en verliezen de moed, waardoor ze vaak terugvallen in hun ongezonde leefstijl.’

### ***Belemmeringen in de praktijkorganisatie***

Jansink en collega's analyseerden ook, wat er wat betreft de organisatie van de onderzochte huisartsenpraktijken voor belemmeringen waren voor leefstijlverandering bij de patiënt, in de volgende categorieën: organisatie van zorgprocessen, medewerkers, capaciteiten, bronnen en structuren.

### **Zorgprocessen, medewerkers en capaciteiten**

Sommige praktijkondersteuners rapporteerden gebrek aan tijd voor extra taken, zoals nieuwe ontwikkelingen bijhouden. De praktijk maakt niet meer tijd beschikbaar, vanwege de kosten. De samenwerking tussen de zorgverleners was in de meeste gevallen goed, maar sommige praktijkondersteuners vonden dat de diëtist niet voldoende terug rapporteerde. Ook was soms niet duidelijk welke rollen de praktijkondersteuner of de diëtist hadden en wie waarvoor verantwoordelijk was. Een zeer belangrijk overleg met de huisarts werd wel eens afgeblazen vanwege een spoedgeval.

‘Er is niet genoeg overleg met de diëtist. Ik weet vaak niet welk dieet de patiënt heeft afgesproken met de diëtist. En soms moet de huisarts naar een spoedgeval en dan komt er plotseling een eind aan ons overleg.’

### **Bronnen**

In de praktijk was vaak geen overzicht van het beweegaanbod van lokale sportscholen. Praktijkondersteuners hadden weinig kennis van de lokale bewegingsprogramma's voor mensen met diabetes. Ze wisten vaak ook niet of er vergoeding vanuit bijvoorbeeld de gemeente mogelijk was.

### **Structuren**

Praktijkondersteuners vertelden dat ze niet beschikten over goede educatiematerialen om patiënten effectief te kunnen adviseren over leefstijl. Bovendien vonden ze het beschikbare protocol over stoppen met roken niet goed genoeg. Ze hadden van collega's gehoord dat er een ander protocol beschikbaar is, maar dat je daar een cursus voor moet volgen. Deze cursus was te duur voor de huisartsenpraktijk.

### **Vergelijking met eerder onderzoek**

De uitkomsten van de interviews komen overeen met eerder onderzoek. In een ander kwalitatief onderzoek noemen huisartsen ook als barrière de excuses die patiënten gebruiken wanneer ze slechte gezondheidsgewoonten moeten veranderen.<sup>3</sup> Andere zorgverleners rapporteren even vaak gebrek aan motivatie om te veranderen bij de patiënt.<sup>3-7</sup>

Het is belangrijk dat zorgverleners bekend zijn met de belemmeringen van patiënten.<sup>3,4,8,9</sup> De praktijkondersteuners die aan dit onderzoek meededen, waren goed op de hoogte van de belemmeringen die ze tegenkomen bij de leefstijladviesing. Ze waren ook zeer wel bereid om patiënten te helpen met leefstijlveranderingen en beschouwden dit als een belangrijk deel van hun zorg voor patiënten. Desondanks was het moeilijk voor hen om met bepaalde patiëntenbarrières om te gaan en voelden ze zich vaak machteloos als patiënten niet de doelen bereikten. Dat kan zowel patiënten als praktijkondersteuners frustreren en kan de empathie van praktijkondersteuners voor sommige patiënten doen verminderen. Tevens kan het invloed hebben op de motivatie om patiënten te adviseren. Hetzelfde effect kwam voor bij huisartsen die goede evidence based diabeteszorg willen leveren terwijl patiënten hun aanbevelingen niet opvolgen.<sup>3</sup> Het is erg moeilijk om patiënten te overtuigen tot leefstijlveranderingen. Praktijkondersteuners moeten patiënten hiervoor motiveren, maar zijn niet op deze taak voorbereid. Extra training in communicatietechnieken, zoals in motiverende gespreksvoering, zou kunnen helpen. Maar dat is niet voldoende om leefstijl te veranderen: ook tijdgebrek en andere knelpunten zijn een belemmering voor de praktijkondersteuner. Karhila e.a. opperden dat praktijkondersteuners

meer moesten reflecteren op hun adviestechnieken door zelfevaluatie.<sup>10</sup> Professionals en patiënten hebben een voorkeur uitgesproken voor een meer patiëntgerichte aanpak.<sup>11</sup> Maar daar is het beroepsonderwijs nog niet op ingesteld. Patiënten de vrijheid gunnen om hun eigen beslissingen te nemen over hun gezondheid, kan moeilijk zijn voor praktijkondersteuners.<sup>10</sup> Praktijkondersteuners voelen eerder de verantwoordelijkheid om de patiënt nauwkeurige adviezen te geven dan dat ze toestaan dat de patiënt zijn eigen beslissingen neemt.

Tijdgebrek is ook een bekende belemmering voor leefstijladviesgeving.<sup>12,13</sup> Vooral wanneer zij dieetadviezen geven, lopen de ondervraagde praktijkondersteuners hier tegenaan. Daarnaast vinden ze dat hun kennis van diëten onvoldoende is.<sup>14</sup> Overigens is tijdgebrek niet iets waar alle professionals tegenaan lopen. In sommige onderzoeken rapporteerden professionals dat zij niet of nauwelijks behoefte hebben aan meer tijd.<sup>15</sup> Sommige van de geïnterviewde praktijkondersteuners vonden dat dieetadviezen geven niet tot hun taak behoort, maar tot de taak van de diëtist. Deze onduidelijkheid leidt tot een onwenselijke situatie. De kans is groot dat een patiënt nergens terecht kan met eventuele vragen over zijn dieet en het er dan maar bij laat zitten.

## Conclusie

De belangrijkste conclusie uit dit onderzoek is dat praktijkondersteuners veel barrières ervaren op het patiënteniveau. Daar zijn twee mogelijke verklaringen voor. Ten eerste hebben praktijkondersteuners nogal eens te hoge of valse verwachtingen van leefstijlverandering bij hun patiënten. Ze lopen als het ware de patiënt voorbij en dat resulteert in weerstand bij de patiënt. Ten tweede hanteren veel ondersteuners een traditionele strategie, waarbij ze volstaan met informatie en advies geven over een goede leefstijl. Dat maakten we op uit het taalgebruik van de praktijkondersteuners, bijvoorbeeld: 'Ik moet ze steeds weer hetzelfde vertellen'; 'Advies'; 'Soms ben ik te soft'; 'Informatie geven'. Adviezen geven is weliswaar een belangrijke taak bij leefstijladviesgeving, maar vaak vertonen patiënten weerstand als ze niet om advies hebben gevraagd.

Binnen de huisartspraktijk gebruiken de praktijkondersteuners nog steeds het meest de traditionele educatieaanpak bij patiënten met diabetes type 2. Vaak zijn de ondersteuners geneigd om de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt te snel over te nemen, terwijl leefstijlbegeleiding van diabetespatiënten meer effectief is als de verantwoordelijkheid wordt gedeeld. De geïnterviewde praktijkondersteuners vonden het

moeilijk hun patiënten te motiveren en wilden graag hun vaardigheden op dit gebied verbeteren. Ze hebben behoefte aan concrete middelen om te zorgen dat patiënten de aanbevolen leefstijlveranderingen naleven, het liefst inpasbaar in de dagelijkse zorg. Vanwege het lage aantal patiënten dat daadwerkelijk zijn leefstijl verandert, vinden de praktijkondersteuners leefstijladviesgeving een weinig voldoening gevend onderdeel van hun baan.

Motiverende gespreksvoering kan helpen bij begeleiden van patiënten op leefstijl, omdat die techniek uitgaat van de patiënt en zijn eigen motivatie tot verandering.<sup>16</sup> Het implementeren van motiverende gespreksvoering bij leefstijlverandering is bewezen effectief.<sup>17,18</sup> Met motiverende gespreksvoering (zie *Tijdschrift voor praktijkondersteuning* december 2008, vrij raadpleegbaar via [www.tijdschriftpraktijkondersteuning.nl](http://www.tijdschriftpraktijkondersteuning.nl))<sup>19</sup> kan de praktijkondersteuner zich concentreren op korte consultaties en dat lijkt de genoemde belemmeringen te kunnen oplossen.

## Literatuur

- 1 Pope C, Ziebland S, Mays N. Qualitative research in health care. Analyzing qualitative data. *BMJ* 2000;320:114-6.
- 2 Grol R, Wensing M. What drives change? Barriers to and incentives for achieving evidence-based practice. *Med J Aust* 2004;180:S57-S60.
- 3 Wens J, Vermeire E, Royen PV, Sabbe B, Denekens J. GPs' perspectives of type 2 diabetes patients' adherence to treatment: A qualitative analysis of barriers and solutions. *BMC Fam Pract* 2005;6:20.
- 4 Vijan S, Stuart NS, Fitzgerald JT, Ronis DL, Hayward RA, Slater S, et al. Barriers to following dietary recommendations in Type 2 diabetes. *Diabet Med* 2005;22:32-8.
- 5 Chin MH, Cook S, Jin L, Drum ML, Harrison JF, Koppert J, et al. Barriers to providing diabetes care in community health centers. *Diabetes Care* 2001;24:268-74.
- 6 Jallinoja P, Absetz P, Kuronen R, Nissinen A, Talja M, Uutela A, et al. The dilemma of patient responsibility for lifestyle change: Perceptions among primary care physicians and nurses. *Scand J Prim Health Care* 2007;25:244-9.
- 7 Kushner RF: Barriers to providing nutrition counseling by physicians: a survey of primary care practitioners. *Prev Med* 1995;24:546-52.
- 8 Kearney MH, Rosal MC, Ockene JK, Churchill LC. Influences on older women's adherence to a low-fat diet in the Women's Health Initiative. *Psychosom Med* 2002;64:450-7.
- 9 Albarran NB, Ballesteros MN, Morales GG, Ortega MI: Dietary behavior and type 2 diabetes care. *Patient Educ Couns* 2006, 61: 191-9.
- 10 Karhila P, Kettunen T, Poskiparta M, Liimatainen L. Negotiation in type 2 diabetes counseling: from problem recognition to mutual acceptance during lifestyle counseling. *Qual Health Res* 2003, 13: 1205-24.
- 11 Little P, Everitt H, Williamson I, Warner G, Moore M, Gould C, et al. Preferences of patients for patient centered approach to consultation in primary care: observational study. *BMJ* 2001;322:468-72.

- 12 Dijkstra R, Braspenning J, Grol R. Empowering patients: how to implement a diabetes passport in hospital care. *Patient Educ Couns* 2002;47:173-7.
- 13 Gravel K, Legare F, Graham ID. Barriers and facilitators to implementing shared decision-making in clinical practice: a systematic review of health professionals' perceptions. *Implement Sci* 2006;1:16.
- 14 Brown JB, Harris SB, Webster-Bogaert S, Wetmore S, Faulds C, Stewart M. The role of patient, physician and systemic factors in the management of type 2 diabetes mellitus. *Fam Pract* 2002;19:344-9.
- 15 Albright CL, Cohen S, Gibbons L, Miller S, Marcus B, Sallis J, e.a. Incorporating physical activity advice into primary care: physician-delivered advice within the activity counseling trial. *Am J Prev Med* 2000;18:225-34.
- 16 Miller WR, Rollnick S: *Motivational Interviewing; preparing people for change*. New York: The Guilford Press; 2002.
- 17 Burke LE, Fair J. Promoting prevention: skill sets and attributes of health care providers who deliver behavioral interventions. *J Cardiovasc Nurs* 2003;18:256-66.
- 18 Van Wormer JJ, Boucher JL. Motivational interviewing and diet modification: a review of the evidence. *Diabetes Educ* 2004;30:404-10,414.
- 19 Ronda G, Koelewijn-van Loon M, Van Steenkiste B, Boer M, Van der Weijden T. Motiverende gespreksvoering. *Tijdschr praktijkonderst* 2008;6:148-53.

### Auteursgegevens

Radboud Universiteit Nijmegen, afdeling IQ healthcare,  
 Postbus 9101, 114, 6500 HB Nijmegen: Renate Jansink  
 MSc, junior onderzoeker en promovendus.  
 Correspondentie: r.jansink@iq.umcn.nl.  
 Mogelijke belangenverstrengeling: niets gemeld.  
 Dit artikel is een bewerkte versie van: Jansink R,  
 Braspenning J, Van der Weijden T, Elwyn G, Grol R.  
 Primary care nurses struggle with lifestyle counseling  
 in diabetes care: A qualitative analysis. *BMC Fam Pract*  
 2010;11:41