

Belemmerende en bevorderende factoren voor het bereik en de toepassing van de richtlijn 'Behandeling van tabaksverslaving'



bij oncologen...

..en ondersteunende zorgverleners in de huisartsenpraktijk



Gera Nagelhout



Masterscriptie Communication Studies
Universiteit Twente
Juni 2007

In opdracht van het Partnership Stop met Roken

Belemmerende en bevorderende factoren voor het bereik en de toepassing van de richtlijn 'Behandeling van tabaksverslaving'



bij oncologen...

..en ondersteunende zorgverleners in de huisartsenpraktijk



Begeleider: dr. M.E. Pieterse

Tweede lezer: dr. J.E.W.C. van Gemert-Pijnen



Gera Nagelhout
Studentnummer 0148237



Masterscriptie Communication Studies
Universiteit Twente
Juni 2007

In opdracht van het Partnership Stop met Roken

Inhoudsopgave

Samenvatting / summary	p. 5
Samenvatting voor de opdrachtgever	p. 6
Achtergrond en probleemstelling	p. 8
1.1 Achtergrond	p. 8
1.1.1 Maatschappelijke relevantie	p. 9
1.1.2 Wetenschappelijke relevantie	p. 10
1.1.3 Onderzoeksgroep	p. 12
1.1.4 De richtlijn ‘Behandeling van tabaksverslaving’	p. 14
1.2 Probleemstelling	p. 15
Theorie en hypothesen	p. 16
2.1 Diffusion of innovations	p. 16
2.2 Rogers’ percepties van de kenmerken van een innovatie	p. 19
2.3 Kenmerken van de persoon: Precede-Proceed Model	p. 20
Methode van onderzoek	p. 26
3.1 Onderzoekseenheden	p. 26
3.2 Operationalisering	p. 30
3.3 Analyse	p. 35
Resultaten	p. 36
4.1 Vooronderzoek	p. 36
4.1.1 Vooronderzoek: oncologen	p. 36
4.1.2 Vooronderzoek: ondersteuners	p. 37
4.1.3 Vooronderzoek: conclusie	p. 38
4.2 Hoofdonderzoek: oncologen	p. 39
4.2.1 Descriptieve statistieken - oncologen	p. 39
4.2.2 Determinanten van bereik en toepassing van de richtlijn - oncologen	p. 41
4.2.3 Modelconstructies - oncologen	p. 45
4.2.4 Non-respons analyse - oncologen	p. 45
4.3 Hoofdonderzoek: ondersteunende zorgverleners in de huisartsenpraktijk	p. 46
4.3.1 Descriptieve statistieken - ondersteuners	p. 46
4.3.2 Determinanten van bereik en toepassing van de richtlijn - ondersteuners	p. 50
4.3.3 Modelconstructies - ondersteuners	p. 54
4.3.4 Non-respons analyse – ondersteuners	p. 55
Conclusie en discussie	p. 56
5.1 Beperkingen van het onderzoek en aanbevelingen voor vervolgonderzoek	p. 56
5.2 Belangrijkste conclusies	p. 59
5.2.1 Conclusies oncologen	p. 59
5.2.2 Conclusies ondersteuners	p. 60
5.2.3 Vergelijking oncologen en ondersteuners	p. 61
5.3 Aanbevelingen voor de praktijk	p. 63
5.3.1 Aanbevelingen voor de praktijk - oncologen	p. 63
5.3.2 Aanbevelingen voor de praktijk - ondersteuners	p. 64
5.3.3 Aanbevelingen voor de praktijk - website	p. 65
Literatuurlijst	p. 67

Bijlage 1: gemiddelden oncologen	p. 71
Bijlage 2: gemiddelden ondersteuners	p. 72
Bijlage 3: Vragenlijst oncologen	p. 74
Bijlage 4: Non-respons vragenlijst oncologen	p. 79
Bijlage 5: Vragenlijst ondersteunende zorgverleners in de huisartsenpraktijk	p. 80
Bijlage 6: Non-respons vragenlijst ondersteuners	p. 91

Samenvatting

Het Partnership Stop met Roken heeft een klinische richtlijn ontwikkeld voor de behandeling van tabaksverslaving. Dit onderzoek geeft inzicht in wat voor oncologen en ondersteunende zorgverleners in de huisartsenpraktijk (praktijkassistenten en praktijkondersteuners) de belangrijkste belemmerende en bevorderende factoren zijn voor het bereik en de toepassing van deze richtlijn. Naar aanleiding van implementatie-literatuur en een kwalitatief vooronderzoek is een vragenlijst opgesteld. Meer dan de helft van de respondenten heeft gehoord van de richtlijn, een minderheid heeft deze bestudeerd. De meeste oncologen passen de richtlijn niet toe, en de meeste ondersteuners wel. De beschikking hebben over een exemplaar van de richtlijn is een bevorderende factor voor de toepassing door oncologen. Een stoppen met roken voorziening in de instelling werkt bevorderend voor het doorverwijzen van patiënten die willen stoppen met roken. Ruim een derde van de oncologen weet echter niet of er zo'n voorziening is in de instelling waar zij werken. Een implementatie-interventie voor oncologen zal zich hierop moeten richten. Praktijkassistenten hebben de richtlijn minder vaak bestudeerd en passen deze minder toe dan praktijkondersteuners. Determinanten van de toepassing door praktijkassistenten en praktijkondersteuners zijn: gestopt zijn met roken, positieve attitudes, meer zelfeffectiviteit, meer vaardigheden, positieve injunctieve norm, en minder structurele barrières. Een training met alle zorgverleners uit de huisartsenpraktijk samen is een aan te bevelen interventie.

Summary

The Partnership Stop Smoking has developed a clinical guideline for the treatment of tobacco addiction. This study gives insight in the most important barriers and facilitators for the reach and use of this guideline among oncologists and assisting health practitioners in general practice (practice assistants and nurses). A questionnaire has been developed on the basis of literature about implementation and a qualitative formative research. More than half of the respondents have heard from the guideline, a minority has studied it. Most oncologists do not use the guideline, and most general practice assistants and nurses do. Having a copy of the guideline is a facilitator for the use of the guideline by oncologists. A stop smoking facility in the institution facilitates the referral of patients that want to stop smoking. But more than one third of the oncologists do not know if there is one in their institution. An implementation-intervention for oncologists should focus on this. Practice assistants have studied the guideline less and use it less than practice nurses. Determinants of use for practice assistants and nurses are: having stopped smoking, positive attitudes, more self-efficacy, more skills, positive injunctive norm, and less structural barriers. A training with all health practitioners in general practice together is a recommended intervention.

Samenvatting voor de opdrachtgever

Dit onderzoek is uitgevoerd naar aanleiding van de vraag van het Kenniscentrum om onderzoek naar de implementatie van de richtlijn ‘Behandeling van tabaksverslaving’ en om aanbevelingen voor de website van het Kenniscentrum. Hieronder worden de resultaten uit het onderzoek die relevant zijn voor de opdrachtgever samengevat. Ook zijn de aanbevelingen voor de praktijk hierin verwerkt.

Oncologen

Oncologen lijken niet erg geïnteresseerd in de behandeling van tabaksverslaving. Meer dan de helft heeft wel eens van de richtlijn gehoord, maar ze hebben deze meestal niet bestudeerd en zijn het ook niet van plan. Bovendien past de meerderheid de adviezen uit de richtlijn niet toe. Oncologen die de beschikking hebben over een exemplaar van de richtlijn, passen deze meer toe. Oncologen die gehoord hebben van de richtlijn, passen een deel van de richtlijn meer toe. Het bereik van de richtlijn kan dus de toepassing ervan vergroten. Daarom wordt aanbevolen om de richtlijn te publiceren op Oncoline. Op deze manier is de richtlijn meer bereikbaar voor oncologen die ernaar op zoek gaan. Het verbeteren van de behandeling van tabaksverslaving door oncologen kan zich het beste richten op het vergroten van het doorverwijsgedrag van oncologen. Het geven van een stopadvies aan elke rokende patiënt met een aan roken gerelateerde kankersoort die een curatieve behandeling krijgt, wordt al veel gedaan. Het toepassen van de overige adviezen, lijkt niet te passen bij de werksituatie van oncologen en kan worden overgenomen door de poli (of andere zorgverlener of instelling) waarnaar doorverwezen wordt. Een interventie voor de relatief grote groep oncologen die niet weet of de instelling waar zij werken een stoppen met roken voorziening heeft, is aan te bevelen. Het weten van het bestaan van zo’n voorziening werkt namelijk bevorderend voor het doorverwijzen van patiënten die willen stoppen met roken.

Ondersteunende zorgverleners in de huisartsenpraktijk

Ondersteuners lijken een enthousiaste groep als het gaat om de behandeling van tabaksverslaving. Een groot deel heeft wel eens gehoord van de richtlijn, een redelijk aantal heeft de richtlijn bestudeerd en degenen die dat niet hebben gedaan, zijn het wel van plan. De meerderheid past de adviezen uit de richtlijn dan ook toe. Dit zijn echter vooral de

praktijkondersteuners en de oudere ondersteuners. De ondersteuners met meer zelfeffectiviteit, meer vaardigheden en een positievere verwachting over het belang dat patiënten en andere ondersteuners hechten aan de hulp die de ondersteuner zelf biedt bij de behandeling van tabaksverslaving, passen de richtlijn vaker toe. De ondersteuners die meer sociale steun ervaren en de verwachting hebben dat de huisarts hulp biedt het stoppen met roken van patiënten, passen meer stopinterventies toe bij rokende patiënten. Daarom is het belangrijk om de vaardigheden van ondersteuners te vergroten en de samenwerking tussen zorgverleners in de huisartsenpraktijk positief te beïnvloeden. Dit kan met een training voor huisartsen, praktijkassistenten en praktijkondersteuners uit dezelfde praktijk samen. Dergelijke groepstrainingen bestaan al, maar kampen met het probleem dat vooral degenen ernaartoe gaan die al geïnteresseerd zijn en die het eigenlijk het minst nodig hebben. Daarom moeten deze trainingen grootschaliger worden aangepakt en moet er actiever bezig gegaan worden met het werven van deelnemers.

Website

De website van het Kenniscentrum lijkt minder geschikt voor oncologen dan voor ondersteunende zorgverleners in de huisartsenpraktijk, omdat oncologen minder geïnteresseerd lijken in de behandeling van tabaksverslaving dan ondersteuners. Voor ondersteuners kan er een forum op de website worden geplaatst waar ze ervaringen kunnen delen met andere zorgverleners over de behandeling van tabaksverslaving. Stellingen over de samenwerking tussen zorgverleners in de huisartsenpraktijk kunnen huisartsen, praktijkondersteuners en praktijkassistenten prikkelen om deel te nemen aan de discussie.

1

Achtergrond en probleemstelling

1.1 Achtergrond

Op initiatief van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) zijn in 2000 de eerste stappen gezet om te komen tot een publiekprivaat samenwerkingsverband dat als doel heeft om de ondersteuning bij het stoppen met roken te verbeteren. In 2002 ging dit samenwerkingsverband van ruim twintig publieke en private gezondheidszorgorganisaties officieel van start onder de naam 'Partnership Stop met Roken'. Het Partnership wil bereiken dat roken als een verslavingsziekte wordt erkend, dat begeleiding bij stoppen met roken structureel ingebed wordt in de gezondheidszorg en dat rokers en niet-rokers zich bewust worden van de verslavende werking van rookwaar en van de aanwezigheid van effectieve stopondersteuning. Verder wil het Partnership bijdragen aan het beleid van het ministerie van VWS, die het terugdringen van het percentage rokers - naar 20 procent in 2010 - als één van haar speerpunten heeft gekozen (Hoogervorst, 2006).

Het Partnership Stop met Roken heeft een klinische richtlijn ontwikkeld voor alle zorgverleners die betrokken zijn bij de behandeling van rokende patiënten. In deze richtlijn 'Behandeling van tabaksverslaving' zijn op wetenschappelijk onderzoek gebaseerde adviezen gebundeld over hoe zorgverleners het beste stopondersteuning kunnen geven (CBO, 2004). Het Partnership wil ervoor zorgen dat deze richtlijn ook gebruikt gaat worden in de dagelijkse praktijk. Daarom heeft zij in 2006 het 'Kenniscentrum Implementatie richtlijn Behandeling van tabaksverslaving' opgezet, een samenwerkingsverband van twee organisaties uit het Partnership: STIVORO en het Centre for Quality of Care Research (WOK). Met een website (www.partnershipstopmetroken.nl/kenniscentrum) richt het Kenniscentrum zich op de individuele zorgverlener en beleidsmaker die stopondersteuning wil implementeren. Via de website kunnen bezoekers meer lezen over het Partnership, stoppen met roken begeleiding, de (implementatie van een) richtlijn en kan men de richtlijn zelf downloaden en bestellen.

Het Kenniscentrum heeft in 2007 gevraagd om onderzoek naar de implementatie van de richtlijn 'Behandeling van tabaksverslaving' en naar een evaluatie van de website van het Kenniscentrum. Daar maakt dit onderzoek deel van uit.

1.1.1 Maatschappelijke relevantie

Het roken van tabak brengt ernstige gezondheidsrisico's met zich mee. Zo zijn er in 2004 in Nederland meer dan 19.000 volwassen rokers gestorven aan een aan roken gerelateerde aandoening (tabel 1). Een kwart van de Nederlandse volwassen rokers is dan ook van plan binnen een jaar te stoppen met roken, meestal vanwege hun gezondheid (STIVORO, 2005a). Toch rookt nog 28 procent van de Nederlandse volwassenen (STIVORO, 2005b). Dit is te verklaren door de verslavende werking van tabak (CBO, 2004). Uit recent onderzoek blijkt dan ook dat 24 procent het afgelopen jaar een mislukte stoppoging heeft ondernomen (STIVORO, 2005a). De juiste hulp bij stoppen met roken kan het succespercentage van stoppogingen aanzienlijk verhogen. De meerderheid van de rokers probeert echter te stoppen zonder hulp (STIVORO, 2005a).

Tabel 1 Sterfte door acht aan roken gerelateerde aandoeningen bij volwassenen (20 jaar en ouder) in 2004 (STIVORO, 2005b)

	Totale sterfte		Sterfte door roken	
	Mannen	Vrouwen	Mannen	Vrouwen
Longkanker	6.468	2.855	5.913	2.120
Astma en COPD	3.410	2.320	2.883	1.594
Coronaire hartziekten (CHZ)	7.965	6.115	2.263	806
Beroerte (CVA)	4.331	6.743	906	672
Hartfalen	2.366	3.759	426	215
Slokdarmkanker	949	390	753	249
Strottenhoofdkanker	173	43	138	35
Mondholtekanker	350	214	323	119
Totaal per geslacht	26.012	22.439	13.605	5.810
Totaal		48.451		19.415

Zorgverleners zouden structurele, op wetenschappelijk onderzoek gebaseerde stopondersteuning moeten bieden. De gezondheidszorg is tegenwoordig echter vooral gericht op het verlenen van acute zorg (Gross et al., 2001). Het verlenen van chronische en preventieve zorg schiet er daarom vaak bij in. Zo ook de behandeling van tabaksverslaving en zeker als een patiënt geen aan roken gerelateerde aandoening heeft. Van huisartsen is bijvoorbeeld bekend dat minder dan 1 procent vraagt naar het rookgedrag van elke nieuwe patiënt en minder dan 4 procent vraagt ernaar bij elke patiënt waarvan het vermoeden bestaat dat die een roker is (Kotz & Wagena, 2003). Als de patiënt aan roken gerelateerde klachten heeft of tot een risicogroep behoort, is dit percentage meer dan 30 procent.

Klinische richtlijnen kunnen niet erkende gezondheidsproblemen, hoge risicogroepen en preventieve interventies onder de aandacht brengen (Woolf, Grol, Hutchinson, Eccles & Grimshaw, 1999). Zo brengt de richtlijn ‘Behandeling van tabaksverslaving’ de ernstige gezondheidsrisico’s van roken, het bestaan van hoge risicogroepen voor de negatieve gevolgen van roken, de noodzaak van preventieve interventies en het belang van het zien van roken als een verslaving en niet als een ongezonde gewoonte, onder de aandacht.

De richtlijn ‘Behandeling van tabaksverslaving’ wordt nog niet structureel door alle zorgverleners toegepast. Dit heeft in eerste instantie te maken met het bereik van de richtlijn: zorgverleners die de richtlijn niet kennen, passen deze in ieder geval niet bewust toe. De website van het Kenniscentrum is bedoeld om het bereik van de richtlijn te vergroten. Maar er zijn ook zorgverleners die de richtlijn wel kennen en deze niet toepassen. Bepaalde factoren belemmeren hen om de richtlijn toe te passen. Het niet eens zijn met de richtlijn of geen vertrouwen hebben in de eigen capaciteiten om de richtlijn toe te passen, kunnen hier voorbeelden van zijn. Andere factoren bevorderen de toepassing van de richtlijn juist. Bijvoorbeeld het hebben van directe collega’s die de richtlijn ook toepassen.

Het is essentieel dat de belangrijkste belemmerende en bevorderende factoren voor het bereik en de toepassing van deze richtlijn geïdentificeerd worden. Interventies (zoals de website) kunnen hier dan namelijk op aangepast worden. Zo is er vanuit het Partnership Stop met Roken bijvoorbeeld het idee dat een forum waar zorgverleners ervaringen kunnen delen over de behandeling van tabaksverslaving, een interessante interventie kan zijn. Dit onderzoek zal uitwijzen of daar behoefte aan is en of een online of een persoonlijk forum gewenst is.

1.1.2 Wetenschappelijke relevantie

Wetenschappelijke publicaties over het genezen en het voorkomen van ziektes zijn er tegenwoordig in overvloed (Grol & Grimshaw, 2003). Veel van deze publicaties worden gebruikt voor het ontwikkelen van klinische richtlijnen. Een klinische richtlijn is een verzameling van “*systematically developed statements to assist practitioner and patient decisions about appropriate health care for specific clinical circumstances*”, aldus de definitie van het Institute of Medicine (Solberg et al., 2000). Deze richtlijnen kunnen de kwaliteit van de gezondheidszorg aanzienlijk verbeteren. Ware het niet dat het introduceren van onderzoeksresultaten en richtlijnen in de dagelijkse routine van zorgverleners meestal niet makkelijk gaat. Aanbevelingen uit richtlijnen worden door Nederlandse zorgverleners in meer dan 30 procent van de gevallen niet opgevolgd (Grol, 2001).

Alleen het publiceren en verspreiden van een richtlijn is niet voldoende. Uit onderzoek van Rosser en Palmer (1993) blijkt bijvoorbeeld dat 78 procent van de Canadese huisartsen de nationale cholesterol richtlijn kent en het eens is met deze richtlijn. Echter slechts 5 procent past de richtlijn daadwerkelijk toe. Actieve disseminatie- en implementatiestrategieën zijn nodig om het gedrag van zorgverleners te veranderen (Bero, Grilli, Grimshaw, Harvey, Oxman & Thomson, 1998; Grol & Grimshaw, 1999). Passieve disseminatie van informatie, zoals het lanceren van een website met informatie omtrent een richtlijn, blijkt over het algemeen ineffectief in het veranderen van gedrag. Toch publiceren veel richtlijnontwikkelaars hun richtlijnen op het internet (Tang & Young, 2000). Jeannot, Scherer, Pittet, Burnand en Vader (2003) zien dit als een goede, maar niet afdoende, eerste stap in het integreren van klinische richtlijnen in de dagelijkse praktijk.

Uit systematische literatuuronderzoeken (Bero et al., 1998; Grimshaw et al., 2004) blijkt dat er nog onvoldoende bewijs is over welke disseminatie- en implementatiestrategieën het meest effectief zijn. Ook experts op het gebied van de implementatie van richtlijnen (Gross et al., 2001; Solberg et al., 2000) beamen dit. Remindersystemen lijken veelbelovend, deze leiden vaak tot een middelmatige gedragsverandering bij zorgverleners. In de huisartsenpraktijk wordt bij de behandeling van chronisch zieken bijvoorbeeld vaak gebruik gemaakt van een gecomputeriseerde standaard waarbij de zorgverlener eerst in moet vullen of en hoeveel de patiënt rookt voordat er doorgegaan kan worden met de behandeling. Educatieve bijeenkomsten voor zorgverleners, educatiemateriaal voor patiënten en ‘audit en feedback’ – het verstrekken van data aan zorgverleners over hun eigen prestaties - zorgen voor bescheiden tot middelmatige veranderingen.

Alhoewel het onduidelijk is welke disseminatie- en implementatiestrategieën over het algemeen het meest effectief zijn, is het inmiddels wel duidelijk dat deze strategieën aan moeten sluiten bij de specifieke belemmerende en bevorderende factoren voor de toepassing van een bepaalde richtlijn. Er wordt steeds meer erkend dat dit de kans vergroot dat een richtlijn daadwerkelijk wordt gebruikt (Feder, Eccles, Grol, Griffiths & Grimshaw, 1999; Grol & Grimshaw, 1999, 2003; Gross et al., 2001; Van der Weijden, Grol, Schouten & Knottnerus, 1998). Dat het belangrijk is om op de hoogte te zijn van de factoren die verandering in de klinische praktijk bevorderen of belemmeren is duidelijk, aldus Grol en Wensing (2004). Er is echter nog te weinig kennis over welke factoren beslissend zijn in het bereiken van welke veranderingen in welke doelgroep en in welke situatie. Zonder deze kennis, hangt het succes of het falen van een implementatie-interventie volgens de auteurs af van puur toeval. Grol

(2000) adviseert daarom om niet alleen klinische richtlijnen op wetenschappelijk onderzoek te baseren, maar ook de implementatie van die richtlijnen.

Wetenschappelijk onderzoek naar de implementatie van klinische richtlijnen heeft zich tot nu toe vooral gericht op een beperkt aantal onderwerpen: hartklachten, diabetes, hoge bloeddruk, depressie en stoppen met roken (Gross et al., 2001). Volgens een groep van experts op het gebied van implementatie is hier echter nog niet genoeg over bekend om het onderzoek te verplaatsen naar andere gebieden (Gross et al., 2001).

1.1.3 Onderzoeksgroep

Zoals in tabel 1 te zien is, is een groot deel van de sterfte als gevolg van longziekten (longkanker, astma en COPD), hart- en vaatziekten (CHZ, CVA en hartfalen) en kanker (longkanker, slokdarmkanker, strottenhoofd kanker en mondholtekanker) gerelateerd aan roken. Daarom ligt het voor de hand om specialisten op die gebieden (longartsen, cardiologen en oncologen) en zorgverleners uit de eerste lijn van de gezondheidszorg (huisartsen en ondersteunende zorgverleners in de huisartsenpraktijk) te betrekken in dit onderzoek. Dit onderzoek zal zich richten op twee van die beroepsgroepen: oncologen en ondersteunende zorgverleners in de huisartsenpraktijk.

Van de specialisten wordt voor dit onderzoek gekozen voor oncologen. Voor oncologen bestaat geen protocol ter ondersteuning van de behandeling van tabaksverslaving, terwijl dit er wel is voor longartsen en cardiologen (CBO, 2004): de minimale-interventiestrategie voor de longpolikliniek (L-MIS) en de minimale-interventiestrategie voor cardiologische ziekenhuispatiënten (C-MIS). Deze MIS'en zijn in de richtlijn 'Behandeling van tabaksverslaving' opgenomen als bewezen effectieve methoden en omvatten daarmee een onderdeel van de aanbevelingen uit de richtlijn. Voor oncologen is er geen MIS, terwijl zij door hun patiënten te adviseren om te stoppen met roken en hier hulp bij te bieden wel een belangrijke gezondheidswinst kunnen boeken. Stopinterventies bij in het ziekenhuis opgenomen patiënten met een aan roken gerelateerde aandoening, hebben een grotere kans van slagen dan interventies bij patiënten die niet in het ziekenhuis liggen en geen aan roken gerelateerde aandoening hebben (CBO, 2004). Oncologen zien relatief veel patiënten met een aan roken gerelateerde aandoening. Tabaksrook bevat namelijk meer dan 100 kankerverwekkende stoffen. Longkanker wordt in 80 tot 90 procent van de gevallen veroorzaakt door roken, en de meeste kankersoorten aan de bovenste luchtwegen en spijsverteringskanalen (lippen, tong, mond, keel en strottenhoofd) zijn het gevolg van roken.

Bovendien wordt een wat kleiner deel van de kankersoorten aan de blaas, alvleesklier, slokdarm en nieren veroorzaakt door roken.

Van de zorgverleners uit de eerste lijn van de gezondheidszorg wordt gekozen om ondersteunende zorgverleners in de huisartsenpraktijk te onderzoeken. Dit zijn praktijkassistenten en praktijkondersteuners. Naar de behandeling van tabaksverslaving door huisartsen is al veelvuldig onderzoek gedaan (Coleman & Wilson, 1996; Kotz & Wagena, 2003; Kotz, Wagena & Wesseling, 2007; Pieterse, 1999; Young & Ward, 2001), terwijl de ondersteunende zorgverleners in de huisartsenpraktijk een groeiende beroepsgroep is die steeds meer verantwoordelijkheden krijgt en nog nauwelijks het onderwerp is van wetenschappelijk onderzoek. Op initiatief van het ministerie van VWS komen er de komende jaren meer praktijkondersteuners (www.minvws.nl). De functie van praktijkondersteuner is in 2000 geïntroduceerd. Deze beroepsgroep biedt vooral zorg aan chronisch zieken, zoals patiënten met diabetes, astma en COPD (www.lhv.nl). Zij houden zich gezien het verhoogde risico dat deze patiënten lopen als ze roken, ook bezig met de behandeling van tabaksverslaving. Soms hebben ze een speciaal stoppen met roken spreekuur. Praktijkassistenten zijn een potentiële doelgroep voor het geven van stoppen met roken advies en het helpen van patiënten met stoppen met roken, omdat ze een groot bereik hebben. Ze zien namelijk bijna alle patiënten die in de praktijk komen.

Sinds 1994 bestaat er een minimale-interventiestrategie voor de huisartsenpraktijk (H-MIS). Toch heeft de NHG besloten om een eigen NHG-Standaard uit te brengen over de behandeling van tabaksverslaving voor de huisartsenpraktijk. Deze is gebaseerd op de richtlijn 'Behandeling van tabaksverslaving'. In de richtlijn wordt geadviseerd om een (getrainde) praktijkondersteuner of –assistente intensieve individuele stoppen met roken behandelingen te laten geven tijdens speciale spreekuren (CBO, 2004). Daarom wordt dan ook aanbevolen dat huisartsenpraktijken in voldoende mate kunnen beschikken over praktijkondersteuning. Ook in recent onderzoek (Kotz, Wagena & Wesseling, 2007) wordt aanbevolen om intensieve stoppen met roken interventies over te laten aan getrainde verpleegkundigen, omdat artsen hier vaak te weinig tijd voor hebben.

Praktijkondersteuners zijn een nieuwe, interessante doelgroep, waar nog weinig over bekend is. Ook over de behandeling van tabaksverslaving door praktijkassistenten is nog maar weinig bekend. Daarom worden naast de oncologen de ondersteunende zorgverleners in de huisartsenpraktijk meegenomen als doelgroep in dit onderzoek. De twee groepen worden apart onderzocht, zonder het doel om beide groepen met elkaar te vergelijken.

1.1.4 De richtlijn 'Behandeling van tabaksverslaving'

Een klinische richtlijn kan gezien worden als een innovatie in de zorg. De richtlijn 'Behandeling van tabaksverslaving' is een niet-eenduidige innovatie die niet voor iedere zorgverlener hetzelfde betekent. Dit komt doordat het een multidisciplinaire richtlijn is, het is bedoeld voor alle zorgverleners die betrokken zijn bij de behandeling van rokende patiënten. Het bevat dus adviezen voor veel verschillende beroepsgroepen en daarom is niet alles wat erin staat op elke zorgverlener van toepassing.

De richtlijn 'Behandeling van tabaksverslaving' is niet bindend, maar geeft enkel adviezen. Beroepsgroepen kunnen hun eigen standaarden, protocollen of voorschriften baseren op deze richtlijn. Zoals het NHG bijvoorbeeld al heeft gedaan. Lokaal geproduceerde protocollen die afgeleid zijn uit de richtlijn en voor een specifieke beroepsgroep zijn geschreven, kunnen normgevend zijn en een leidraad vormen bij medische fouten (Van Gemert-Pijnen, 2003).

Alhoewel oncologen en ondersteunende zorgverleners in de huisartsenpraktijk op zeer verschillende manieren omgaan met de behandeling van tabaksverslaving, zijn de globale handelingsadviezen uit de richtlijn voor beide beroepsgroepen gelijk (CBO, 2004). Deze adviezen zijn hieronder uiteengezet.

Bij elke patiënt...

- ..vragen of de patiënt (nog) rookt
- ..het rookgedrag vastleggen

Bij elke patiënt die blijkt te roken...

- ..een eenmalig stopadvies geven
- ..de motivatie om te stoppen bepalen

Bij rokers die niet gemotiveerd zijn om een stoppoging te ondernemen...

- ..bespreek de relevantie van stoppen
- ..bespreek de risico's van roken
- ..bespreek de voor- en nadelen van stoppen
- ..bespreek stoppen met roken weer bij een volgend contact

Bij rokers die gemotiveerd zijn om een stoppoging te ondernemen...

- ..korte ondersteunende interventie toepassen (inclusief stopdatum vaststellen)

Bij rokende patiënten uit een risicogroep*...

- ..intensieve interventies aanbieden

**dit zijn bijvoorbeeld zwangere vrouwen, diabetici, COPD-patiënten en kankerpatiënten*

Bij recentelijk gestopte rokers...

..preventie van terugval door follow-up (fysiek of telefonisch)

Het is niet noodzakelijk dat deze handelingsadviezen door één zorgverlener worden uitgevoerd. De taken kunnen bijvoorbeeld verdeeld worden onder een huisarts en een praktijkassistente, of een oncoloog en de “stoppen met roken”-poli in het ziekenhuis.

1.2 Probleemstelling

Het *kennisdoel* van dit onderzoek is om op grond van empirisch onderzoek uitspraken te doen over de factoren die het bereik en de toepassing van een klinische richtlijn beïnvloeden.

Het *handelingsdoel* is om naar aanleiding van de resultaten van dit onderzoek aanbevelingen te doen over manieren om het bereik en de toepassing van de richtlijn ‘Behandeling van tabaksverslaving’ te vergroten onder oncologen en ondersteunende zorgverleners in de huisartsenpraktijk. Hieruit kunnen tevens aanbevelingen vloeien over de inhoud van de website van het ‘Kenniscentrum Implementatie richtlijn Behandeling van tabaksverslaving’.

De *vraagstelling* van dit onderzoek luidt: Wat zijn voor oncologen en ondersteunende zorgverleners in de huisartsenpraktijk de belangrijkste belemmerende en bevorderende factoren voor het bereik en de toepassing van de richtlijn ‘Behandeling van tabaksverslaving’?

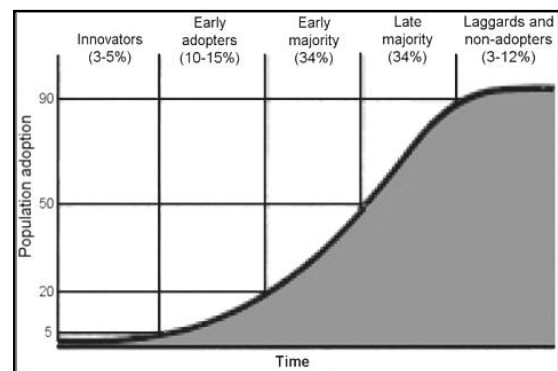
2

Theorie en hypothesen

De klinische richtlijn ‘Behandeling van tabaksverslaving is een innovatie in de zorg die bedoeld is voor elke zorgverlener die te maken krijgt met rokende patiënten. Nog niet al deze zorgverleners zijn op de hoogte van het bestaan van de richtlijn en niet elke zorgverlener die de richtlijn kent, past deze ook toe. In dit hoofdstuk komen factoren aan bod die het bereik en de toepassing van de richtlijn mogelijk bevorderen of belemmeren. Deze factoren worden afgeleid uit de Diffusion of innovations theorie van Rogers (paragraaf 2.1 en 2.2) en het Precede-Proceed Model van Green en Kreuter (paragraaf 2.3).

2.1 Diffusion of innovations

De Diffusion of innovations theorie wordt vaak gebruikt als theoretisch model in onderzoek naar de implementatie van innovaties in de zorg (De Vries, 1998; Greving et al., 2006; Rogers, 2002). De theorie gaat over het doorgeven van een innovatie via bepaalde kanalen aan de leden van een sociaal systeem (Rogers, 2002). Een *innovatie* is een idee, gedrag of een object dat nieuw is



Figuur 1 Rogers' adoptiecurve (naar: Rogers, 1995)

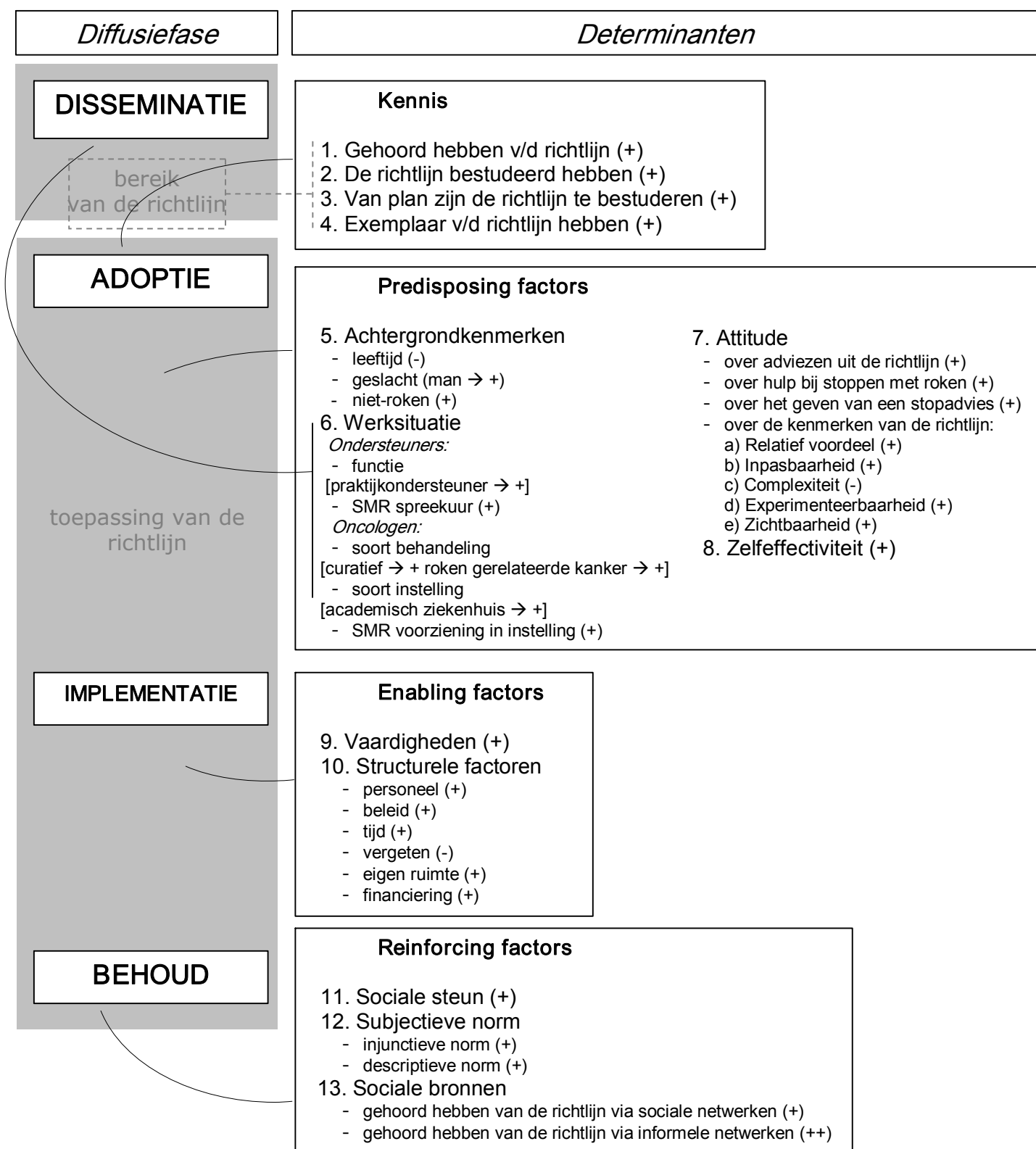
voor de doelgroep. Mensen verschillen in de snelheid waarmee ze besluiten om een innovatie toe te passen. Rogers (2002) onderscheidt vijf groepen binnen de leden van een sociaal systeem: *innovators* zijn de eersten die een innovatie toepassen, dan komen de *early adopters*, gevolgd door de *early* en *late majority* en ten slotte de *laggards*. Na verloop van tijd neemt het percentage individuen dat een innovatie toepast toe totdat er verzadiging optreedt. De cumulatie van dit proces resulteert meestal in een s-vormige adoptiecurve (Figuur 1).

Degenen die besluiten om een innovatie toe te passen, doorlopen vier fases: disseminatie, adoptie, implementatie en behoud (Rogers, 1995). In de disseminatiefase wordt de innovatie verspreid, waardoor deze onder de aandacht van de doelgroep komt. Het doorlopen van deze fase is normaal gesproken een voorwaarde voor het doorlopen van de volgende drie fases. Dat ligt in het geval van de richtlijn ‘Behandeling van tabaksverslaving’

anders, omdat men ook op basis van eigen literatuuronderzoek, adviezen van anderen of zelfs intuïtie, patiënten op de goede manier kan behandelen voor hun tabaksverslaving. Kennis van de richtlijn kan in dit geval een bevorderende factor zijn voor de toepassing van de richtlijn. In de adoptiefase wordt de doelgroep overtuigd van het nut van de innovatie. In deze fase wordt een eerste toezegging gedaan om de innovatie toe te passen of uit te proberen. In de implementatiefase wordt de innovatie daadwerkelijk uitgevoerd. Het blijven toepassen van de innovatie vindt plaats in de behoudfase. De innovatie wordt routinematig toegepast door de doelgroep. Hoe snel personen door deze verschillende fasen gaan, hangt af van hun percepties van de kenmerken van de innovatie (paragraaf 2.2) en van de kenmerken van de persoon zelf (paragraaf 2.3).

Conceptueel gezien wordt er vanuit de Diffusion of innovations theorie een invloed verwacht van kennis van een richtlijn op de disseminatie van een richtlijn; kennis kan immers de aandacht vergroten. Disseminatie van een richtlijn is dan een voorwaarde voor adoptie, implementatie en behoud van een richtlijn; aandacht is namelijk een voorwaarde voor toepassing. In het kader van dit onderzoek is kennis echter een indicator van het bereik van de richtlijn (aangegeven met de stippellijn in figuur 2) en kan het een bevorderende factor zijn voor de toepassing van de richtlijn. Dit wordt ondersteund door een systematisch literatuuronderzoek van Cabana et al. (1999) waarin niet weten van het bestaan van een klinische richtlijn en niet bekend zijn met de inhoud van een richtlijn als barrière worden gezien voor het toepassen van die richtlijn. In dit onderzoek zullen daarom zorgverleners die **gehoord hebben van de richtlijn** (determinant 1, figuur 2), deze meer toepassen dan zorgverleners die nog niet gehoord hebben van de richtlijn. Verder zullen zorgverleners die **de richtlijn bestudeerd hebben** (determinant 2), die **van plan zijn de richtlijn te bestuderen** (determinant 3) en die **beschikking hebben over een exemplaar van de richtlijn** (determinant 4), de richtlijn meer toepassen dan zorgverleners die dat niet hebben (gedaan).

Innovaties kunnen via verschillende kanalen verspreid worden (Rogers, 1995). Ten eerste kunnen daar media voor gebruikt worden, bijvoorbeeld de massamedia. Deze trekken de aandacht, maar zijn onpersoonlijk. Hierdoor zullen de meeste leden van een sociaal systeem niet meteen overgehaald worden om de innovatie toe te passen. Alleen innovators en early adopters zijn geneigd om innovaties toe te passen waarvan ze gehoord hebben via een onpersoonlijk kanaal. Voorbeelden van onpersoonlijke kanalen waardoor zorgverleners (meer) gehoord kunnen hebben over de richtlijn 'Behandeling van tabaksverslaving' zijn: de CBO-uitgave van de richtlijn zelf (of de samenvatting die erbij zit), de samenvatting van de



Figuur 2 Conceptueel schema

Kennis is een determinant van de disseminatie van de richtlijn, de predisposing factors van de adoptie van de richtlijn, de enabling factors van de implementatie, en de reinforcing factors ten slotte zijn determinanten van het behoud van de richtlijn. Omdat het diffusieproces in dit onderzoek niet in vier fasen gemeten kan worden, is er gekozen voor een tweedeling: bereik (disseminatie) en toepassing (adoptie, implementatie en behoud) van de richtlijn. De pijlen in het schema geven aan van welke determinanten wordt onderzocht welke invloed ze hebben op het bereik en/of de toepassing van de richtlijn.

richtlijn in het Nederlands tijdschrift voor Geneeskunde, de website van het Kenniscentrum of een publicatie over de richtlijn in een beroepsverenigingsblad.

De tweede manier om een innovatie te verspreiden, is via sociale netwerken (Rogers, 1995). De early en late majority laten zich hierdoor het beste overtuigen. De laggards laten zich meestal alleen overtuigen tot de toepassing van een innovatie door zeer intensieve persoonlijke communicatie. Sociale netwerken kunnen formele netwerken zijn of informele netwerken. Met formele netwerken kan een doelgroep meestal vrij eenvoudig bereikt worden. Informele netwerken hebben echter meer overtuigingskracht. Een congres of nascholingsactiviteit is onderdeel van het formele netwerk waardoor zorgverleners (meer) gehoord kunnen hebben van de richtlijn 'Behandeling van tabaksverslaving'. Collega's behoren tot het informele netwerk waardoor zorgverleners (meer) gehoord kunnen hebben van de richtlijn.

De **sociale bronnen** (determinant 13) waardoor de zorgverlener van de richtlijn heeft gehoord, kunnen invloed hebben op de mate waarin de zorgverlener de richtlijn toepast. Zorgverleners die (meer) van de richtlijn hebben gehoord via sociale netwerken, zullen de richtlijn meer toepassen. En zorgverleners die (meer) van de richtlijn gehoord hebben via informele netwerken, zullen de richtlijn nog meer toepassen.

2.2 Rogers' percepties van de kenmerken van een innovatie

Sommige innovaties worden sneller overgenomen dan anderen (Rogers, 2002). De kenmerken van een innovatie zoals ze gepercipieerd worden door de leden van een sociaal systeem, kunnen de snelheid van de adoptie van een innovatie bepalen. Rogers (2002) noemt vijf van die kenmerken. Ten eerste het *relatieve voordeel* van een innovatie. Dit is de mate waarin een innovatie gezien wordt als beter ten opzichte van dat wat het vervangt. Het tweede kenmerk is *inpasbaarheid*. Dit is de mate waarin een innovatie gezien wordt als passend bij de bestaande waarden, normen, behoeften en vroegere ervaringen van de doelgroep. Het derde kenmerk is *complexiteit*. Dit is de mate waarin een innovatie gezien wordt als moeilijk om te begrijpen en te gebruiken. Het vierde kenmerk is *experimenteerbaarheid*. Dit is de mate waarin een innovatie gezien wordt als uit te proberen zonder verdere verplichtingen. Het vijfde kenmerk ten slotte is *zichtbaarheid*. Dit is de mate waarin men verwacht dat de effecten van een innovatie duidelijk waar te nemen zijn.

Naar aanleiding van Rogers' theorie kan voorspeld worden dat percepties van de kenmerken van een richtlijn een **attitude** (determinant 7) is die invloed kan hebben op de toepassing van de richtlijn. Hoe meer zorgverleners de richtlijn zien als relatief voordelig,

makkelijk inpasbaar, experimenteerbaar, zichtbaar en hoe minder ze deze zien als complex, hoe meer ze de richtlijn zullen toepassen. Dit blijkt ook uit de empirische literatuur. De kenmerken van een richtlijn worden regelmatig genoemd in implementatieonderzoek als barrière voor de toepassing van een klinische richtlijn (Cabana et al., 1999). Volgens Nederlandse huisartsen is de complexiteit van een cholesterolrichtlijn een barrière voor de toepassing ervan (Van der Weijden, Grol, Schouten & Knottnerus, 1998). De perceptie van relatief voordeel blijkt een bevorderende factor te zijn voor het toepassen van de C-MIS (Bolman, De Vries & Mesters, 2002).

2.3 Kenmerken van de persoon: Precede-Proceed Model

Zoals hierboven beschreven, hangt het volgens de Diffusion of Innovations theorie af van de percepties van de kenmerken van de innovatie en van de kenmerken van de persoon zelf, hoe snel personen door de verschillende diffusiefasen gaan (Rogers, 1995). De kenmerken van de persoon kunnen afgeleid worden uit het Precede-Proceed Model. Dit model geeft inzicht in de factoren die gezondheid en kwaliteit van leven bepalen en wordt veelal gebruikt voor het ontwikkelen van campagnes voor gezondheidsbevordering (Green & Kreuter, 1999). Het eerste deel van het model is Precede, dat staat voor *'predisposing, reinforcing and enabling constructs in educational/ecological diagnosis and evaluation'*. In deze fase worden factoren onderscheiden die gezondheidsgedrag voorspellen en welke prioriteiten kunnen vormen voor de implementatiefase: Proceed. Proceed staat voor *'policy, regulatory and organizational constructs in educational and environmental development'*.

Aangezien de predisposing, reinforcing en enabling factors uit het Precede gedeelte van het model gezondheidsgedrag kunnen voorspellen, kunnen hieruit determinanten worden afgeleid voor dit onderzoek. Het toepassen van de richtlijn 'Behandeling van tabaksverslaving' door zorgverleners is dan het te voorspellen gezondheidsgedrag.

Predisposing factors zijn kennis, attitudes, beliefs, waarden, percepties en zelfeffectiviteit die de motivatie om te veranderen bevorderen of belemmeren. Ook demografische kenmerken en eigen gezondheidsgedrag vallen hieronder. In dit onderzoek wordt van vier predisposing factors onderzocht wat hun invloed is op de toepassing (en in één geval ook op het bereik) van de richtlijn.

Achtergrondkenmerken (determinant 5) van zorgverleners kunnen invloed hebben op de toepassing van de richtlijn. Oudere gynaecologen, artsen in opleiding en vruchtbaarheidsartsen ervaren meer barrières voor het toepassen van een richtlijn (Haagen, Nelen, Hermens, Braat, Grol & Kremer, 2005). Oudere Nederlandse huisartsen blijken de H-MIS niet significant minder te gebruiken, maar het verschil in gemiddelden lijkt wel in die richting te gaan (Pieterse, 1999). Daarom is de verwachting dat oudere zorgverleners de richtlijn ‘Behandeling van tabaksverslaving’ minder zullen toepassen.

In het onderzoek van Pieterse (1999) gebruikten mannen de H-MIS iets vaker dan vrouwen, het verschil was echter niet zo groot dat er een verband kon worden aangetoond. De verwachting is dan ook dat mannen de richtlijn iets meer toepassen dan vrouwen, maar dat dit verschil niet significant is.

Verder zijn er aanwijzingen dat niet-rokende huisartsen het rookgedrag van hun patiënten vaker bespreken dan rokende huisartsen. In het onderzoek van Pieterse (1999) was er een niet-significant verschil, en in onderzoek van Coleman & Wilson (1996) werd rookgedrag van de huisarts als mogelijk probleem aangemerkt om met patiënten over roken te praten. Rokende Nederlandse longartsen zijn significant vaker van mening dat werken volgens de L-MIS niet goed is voor de arts-patiënt relatie (Bolman, Sino, Hekking, Van Keimpema & Van Meerbeeck (2005). Niet-rokende zorgverleners zullen de richtlijn meer toepassen dan rokende zorgverleners.

Over de invloed van de **werksituatie** (determinant 6) van zorgverleners op het bereik en de toepassing van de richtlijn is weinig literatuur beschikbaar. Daarom is de verwachting op basis van logisch redeneren dat praktijkondersteuners de richtlijn meer toepassen dan praktijkassistenten en er vaker kennis van hebben genomen. Dit is logisch, omdat praktijkondersteuners vaak meer bezig zijn met medische taken dan praktijkassistenten. Bovendien wordt verwacht dat ondersteuners met een stoppen met roken spreekuur de richtlijn meer toepassen en er vaker kennis van hebben genomen. Zij zijn namelijk meer bezig met de behandeling van tabaksverslaving en zullen er waarschijnlijk ook meer over weten.

Oncologen die vooral curatieve patiënten behandelen en met aan roken gerelateerde kankersoorten, en die in een instelling werken waar een stoppen met roken voorziening is waarnaar ze patiënten kunnen doorverwijzen, zullen vaker kennis hebben genomen van de richtlijn en zullen deze meer toepassen. Zij worden namelijk vaker geconfronteerd met patiënten die ze het advies willen geven om te stoppen met roken (curatief en met aan roken

gerelateerde kankersoort), en met specialisten die patiënten helpen bij het stoppen met roken (waar een stoppen met roken voorziening is).

Uit onderzoek van Van der Weijden, Hooi, Grol en Limburg (2004) blijkt dat neurologen die werkzaam zijn in een academisch ziekenhuis minder barrières ervaren voor het toepassen van een richtlijn voor de behandeling van beroertes. Daarom is de verwachting dat oncologen die werkzaam zijn in een academisch ziekenhuis vaker kennis hebben genomen van de richtlijn en de richtlijn meer toepassen.

De **Attitude** (determinant 7) van zorgverleners kan invloed hebben op de toepassing van de richtlijn. Een attitude bestaat uit de voor- en nadelen van bepaald gedrag (De Vries & Backbier, 1994). De attitude van zorgverleners over specifieke richtlijnen wordt in veel onderzoek als barrière gezien voor het toepassen van die richtlijn (Cabana et al., 1999). Daarom is de verwachting dat hoe positiever de attitude is van zorgverleners over de adviezen uit de richtlijn, hoe meer deze zorgverleners de richtlijn zullen toepassen.

Uit onderzoek onder huisartsen blijkt dat hoe positiever zij denken over het geven van een stopadvies of over hulp bij stoppen met roken, hoe meer stopadviezen ze geven of hoe meer hulp ze bieden bij stoppen met roken (Coleman & Wilson, 1996; McEwen, West & Preston, 2006; Pieterse, 1999; Young & Ward, 2001). Daarom is de verwachting dat hoe positiever de attitudes van zorgverleners zijn over hulp bieden bij het stoppen met roken van hun patiënten en over het geven van een stopadvies, hoe meer ze de richtlijn zullen toepassen.

De **Zelfeffectiviteit** (determinant 8) van zorgverleners kan invloed hebben op de toepassing van de richtlijn. Zelfeffectiviteit bestaat uit de beliefs van een persoon over zijn/haar mogelijkheden om bepaald gedrag uit te voeren (De Vries & Backbier, 1994). Uit onderzoek blijkt dat hoe makkelijker huisartsen het vinden om aandacht te besteden aan roken, hoe meer ze dit doen (Coleman & Wilson, 1996; McEwen et al., 2006; Pieterse, 1999). Cardiologisch verpleegkundigen die van plan zijn de C-MIS te blijven toepassen, vinden dit ook makkelijker (Bolman et al., 2002). En longartsen die bereid zijn om COPD-patiënten te begeleiden bij het stoppen met roken, denken in sterkere mate dat zij in staat zijn om te werken volgens de L-MIS. Hieruit volgt de verwachting dat hoe meer zelfeffectiviteit zorgverleners hebben, hoe meer ze de richtlijn zullen toepassen.

Enabling factors zijn vaardigheden en hulpbronnen die de gedragsverandering mogelijk of onmogelijk maken. Bovendien behoren hiertoe allerlei barrières vanuit de maatschappij of de

gezondheidszorginstelling, zoals faciliteiten, wetten, tijd en financiën. In dit onderzoek wordt van twee enabling factors onderzocht wat hun invloed is op de toepassing van de richtlijn ‘Behandeling van tabaksverslaving’.

De **vaardigheden** (determinant 9) in leefstijlcounseling van zorgverleners kunnen invloed hebben op de toepassing van de richtlijn. Onderzoek toont aan dat een gebrek aan vaardigheden van de huisarts een barrière is voor het bespreken van het rookgedrag van patiënten (Coleman & Wilson, 1996; Young & Ward, 2001) en voor het toepassen van een cholesterolrichtlijn (Van der Weijden et al., 1998). De verwachting is dat hoe meer vaardigheden in leefstijlcounseling zorgverleners bezitten, hoe meer ze de richtlijn zullen toepassen.

Structurele factoren (determinant 10) kunnen ook invloed hebben op de toepassing van de richtlijn. Nederlandse medisch specialisten geven aan dat een personeelstekort een barrière kan zijn voor het toepassen van een richtlijn (Dijkstra, Braspenning, Uiters, Van Ballegooie & Grol, 2000; Haagen et al., 2005). De verwachting in dit onderzoek is dan ook dat hoe meer zorgverleners menen dat er voldoende personeel is om patiënten te kunnen helpen bij stoppen met roken, hoe meer ze de richtlijn zullen toepassen.

Als er in een huisartsenpraktijk een specifiek beleid is om elke roker het advies te geven om te stoppen, geven huisartsen ook vaker een stopadvies (McEwen et al., 2006). Hoe meer zorgverleners denken dat het onderdeel is van het beleid om patiënten te helpen met stoppen met roken, hoe meer ze de richtlijn zullen toepassen.

Onderzoek onder verschillende specialismen en met betrekking tot verschillende richtlijnen toont aan dat een gebrek aan tijd zorgt voor het minder toepassen van richtlijnen (Cabana et al., 1999; Coleman & Wilson, 1996; Dijkstra et al., 2000; Van der Weijden et al., 1998; Young & Ward, 2001). Hoe meer zorgverleners denken dat het hen te veel tijd kost om patiënten te helpen bij stoppen met roken, hoe minder ze de richtlijn zullen toepassen.

Vergeten om over roken te beginnen, is een barrière voor het geven van een stopadvies (Young & Ward, 2001). Hoe meer zorgverleners aangeven dat ze patiënten vergeten te helpen bij stoppen met roken, hoe minder ze de richtlijn zullen toepassen.

Een gebrek aan faciliteiten in de praktijk is een barrière voor het toepassen van een richtlijn over de behandeling van verminderd vruchtbare vrouwen (Haagen et al., 2005). In dit onderzoek wordt verwacht dat zorgverleners die een eigen ruimte hebben waar ze patiënten kunnen helpen met stoppen met roken, de richtlijn meer zullen toepassen.

Bij verschillende specialismen en richtlijnen is aangetoond dat een gebrek aan financiering zorgt voor het minder toepassen van richtlijnen (Cabana et al., 1999; Dijkstra et al., 2000; Haagen et al., 2005); Young & Ward, 2001). Hoe meer zorgverleners aangeven dat er te weinig financiering is om patiënten te helpen met stoppen met roken, hoe minder ze de richtlijn zullen toepassen.

Reinforcing factors zijn de beloningen en de feedback die iemand ontvangt na de adoptie van bepaald gedrag, dit kan de voortzetting van het gedrag aanmoedigen of remmen. Ook geanticipeerde beloningen en feedback die de adoptie van bepaald gedrag beïnvloeden, vallen onder deze groep factoren. In dit onderzoek wordt van drie reinforcing factors (waarvan er één al behandeld is) onderzocht wat hun invloed is op de toepassing van de richtlijn ‘Behandeling van tabaksverslaving’.

De **sociale steun** (determinant 11) die zorgverleners percipiëren kan invloed hebben op de mate waarin ze de richtlijn toepassen. Sociale steun is de mate waarin belangrijke anderen bepaald gedrag van een persoon steunen (De Vries & Backbier, 1994). Voor Nederlandse internisten en longartsen is het ervaren van sociale steun van het management of van hun collega’s een bevorderende factor voor het toepassen van een richtlijn (Bolman et al., 2005; Dijkstra et al., 2000). Hoe meer sociale steun zorgverleners ervaren, hoe meer ze de richtlijn zullen toepassen.

De **subjectieve norm** (determinant 12) van zorgverleners kan een invloed hebben op de mate waarin ze de richtlijn toepassen. Het concept subjectieve norm bestaat uit twee deelconcepten: injunctieve en descriptieve norm (Ajzen, 2006). *Injunctieve norm* is een set van beliefs over de normatieve verwachtingen die belangrijke anderen over het gedrag van de zorgverlener hebben, bijvoorbeeld de praktijkassistent denkt dat de huisarts het belangrijk vindt dat de praktijkassistent hulp biedt bij stoppen met roken. *Descriptieve norm* is een set beliefs over het gedrag van belangrijke anderen, bijvoorbeeld de praktijkassistent denkt dat de huisarts zijn/haar patiënten helpt bij stoppen met roken. Nederlandse longartsen en huisartsen die de MIS (bereid zijn te) gebruiken, ervaren een positievere norm van anderen in hun omgeving dan degenen die de MIS niet (bereid zijn te) gebruiken (Bolman et al., 2005; Pieterse, 1999). Hoe positiever de injunctieve norm van zorgverleners is, hoe meer ze de richtlijn zullen toepassen.

Nederlandse huisartsen voelen zich geremd in het toepassen van een cholesterolrichtlijn door cardiologen en internisten die niet volgens die richtlijn werken (Van der Weijden et al., 1998). Hoe positiever de descriptieve norm van zorgverleners is, hoe meer ze de richtlijn zullen toepassen.

3.1 Onderzoekseenheden

De doelpopulatie van dit onderzoek is in Nederland praktiserende oncologen en in Nederland praktiserende ondersteunende zorgverleners in de huisartsenpraktijk. Om er achter te komen wat voor oncologen en ondersteuners de belangrijkste belemmerende en bevorderende factoren zijn voor het bereik en de toepassing van de richtlijn ‘Behandeling van tabaksverslaving’ is eerst een kwalitatief vooronderzoek gehouden en daarna een kwantitatief hoofdonderzoek.

Als vooronderzoek zijn kwalitatieve interviews van gemiddeld 19 minuten afgenomen bij drie oncologen, vier praktijkondersteuners en één praktijkassistent. De interviews met één oncoloog en de vier praktijkondersteuners zijn persoonlijk afgenomen, de rest telefonisch op verzoek van de geïnterviewden. Er is gebruik gemaakt van een niet-kanssteekproef, wat inhoudt dat de resultaten van dit vooronderzoek alleen een indicatie geven van wat er in de populatie leeft en dat deze resultaten niet gegeneraliseerd mogen worden naar andere groepen dan de onderzoeksgroep. Alle gesprekken zijn opgenomen met een voice recorder en de delen van het gesprek die interessant zijn voor het onderzoek, zijn uitgewerkt.

De interviews hadden als doel meer inzicht te verkrijgen in de denkbeelden van oncologen en ondersteunende zorgverleners in de huisartsenpraktijk met betrekking tot de behandeling van tabaksverslaving. Op basis van deze inzichten en op basis van wetenschappelijke literatuur over de implementatie van richtlijnen in de zorg, zijn twee vragenlijsten samengesteld voor het hoofdonderzoek. Door gebruik te maken van vragenlijsten kan het onderzoek grootschalig en systematisch worden aangepakt, zodat een zo objectief mogelijk beeld ontstaat van de belemmerende en bevorderende factoren voor het bereik en de toepassing van de richtlijn.

Op basis van het vooronderzoek is besloten de vragenlijst voor de oncologen zeer kort te houden. Zij gaven aan een vragenlijst in te willen vullen als deze maximaal drie tot vier pagina's telt (in vergelijking met tien pagina's voor de ondersteuners), bovendien bleek uit de werving van de oncologen (die erg moeizaam verliep) dat oncologen niet veel tijd hebben voor een onderzoek naar de behandeling van tabaksverslaving. De oncologen noemden in de interviews de structurele factoren taak en haalbaarheid als factor die de toepassing van de

richtlijn zou kunnen beïnvloeden. Een ondersteuner noemde de factor gestopt zijn met roken (in vergelijking met nooit gerookt hebben) als mogelijk bevorderende factor voor de toepassing van de richtlijn. Deze factoren worden meegenomen in het hoofdonderzoek.

Voor het hoofdonderzoek naar oncologen is het ledenbestand van de NVMO (Nederlandse Vereniging Voor Medische Oncologie) als steekproefkader gebruikt. Er zijn schriftelijke vragenlijsten met retourenveloppen gestuurd naar een willekeurige steekproef van 200 oncologen. Bovendien is er een herinnering verstuurd inclusief nieuwe vragenlijst met retourenvelop en later nog een non-respons vragenlijst.

Er zijn 56 vragenlijsten (28%) teruggestuurd. 4 vragenlijsten werden ongeopend teruggestuurd omdat de geadresseerde persoon verhuisd was. Er zijn 24 non-respons vragenlijsten teruggestuurd. Het gecorrigeerde responspercentage, dit is met degenen die de non-respons vragenlijst invulden en zonder degenen die buiten de onderzoekspopulatie vallen, bedraagt 40 %. In tabel 3 is een overzicht gegeven van de vier meest genoemde redenen voor het niet deel willen nemen aan dit onderzoek.

Tabel 2 Belangrijkste reden van oncologen om niet deel te nemen aan het onderzoek

Redenen	n
1. Behoort niet tot de onderzoeksgroep (ander beroep, niet meer werkzaam, of onderzoek)	10
2. Geen tijd om mee te werken	9
3. De vragenlijst was te lang	2
4. Geen zin om mee te werken	2

In tabel 3 is te zien dat er geen significante verschillen (bij een alfa van .05) zijn tussen de respondenten van de vragenlijst (respondenten genoemd) en de respondenten van de non-respons vragenlijst (non-respondenten genoemd) op leeftijd, geslacht, rookgedrag, gehoord hebben van de richtlijn en toepassing van de adviezen uit de richtlijn. Hieruit kan voorzichtig worden opgemaakt dat de resultaten van dit onderzoek generaliseerbaar zijn naar de gehele populatie van in Nederland praktiserende oncologen. Enige voorzichtigheid moet in acht worden genomen, vanwege het geringe aantal respondenten van de non-respons vragenlijst.

Tabel 3 Verschil in gemiddelde score tussen respondenten en non-respondenten die tot de onderzoekspopulatie behoren (oncologen)

	Respondenten (n=56)	Non-respondenten (n=18)	P
Leeftijd ^a	48,13	47,06	.614
Geslacht ^b	1,56	1,67	.441
Rookgedrag heden ^c	1,95	1,89	.590
Rookgedrag verleden ^d	1,30	1,19	.527
Gehoord hebben van de richtlijn ^e	1,49	1,44	.707
Rokende patiënten het advies geven om te stoppen met roken ^f	1,54	1,54	.184
Patiënten die niet willen stoppen, motiveren om te stoppen ^f	1,98	1,92	.858
Patiënten die willen stoppen met roken, begeleiden ^f	3,5	3,75	.833
Follow-up gesprekken met gestopte patiënten ^f	3,54	3,64	.401
Patiënten die willen stoppen, doorverwijzen voor begeleiding ^f	2,76	2,73	.373

^b 1 = Vrouw, 2 = Man

^c 1 = Roken, 2 = Niet-roken

^d 1 = Nooit gerookt hebben, 2 = Gestopt zijn met roken

^e 1 = Ja, 2 = Nee (Weet ik niet = missing)

^f 1 = Altijd, 2 = Meestal, 3 = Soms, 4 = Nooit

^{b-e} χ^2 Toets

^{a,f} Mann-Whitney toets

Voor het *hoofdonderzoek* naar ondersteunende zorgverleners in de huisartsenpraktijk is het ledenbestand van de V&VN (Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland, sectie praktijkverpleegkundigen van de afdeling Eerstelijnsverpleegkundigen) en de NVDA (Nederlandse Vereniging van Doktersassistenten) als steekproefkader gebruikt. De V&VN heeft vooral praktijkverpleegkundigen als leden en de NVDA vooral praktijkassistenten en ook een aantal praktijkondersteuners¹. Voor deze onderzoeksgroep is een online vragenlijst gebruikt.

Er zijn 110 e-mails gestuurd naar een willekeurige steekproef van emailadressen uit het bestand van de V&VN. Omdat van ongeveer 10% van de emailadressen uit dat bestand de post niet aankomt, zullen hiermee rond de 100 personen zijn bereikt. Er zijn 100 brieven gestuurd naar een willekeurige steekproef van 100 leden van de NVDA. In de brief wordt verwezen naar de online vragenlijst. Beide groepen hebben een herinnering en een uitnodiging voor het invullen van de online non-respons vragenlijst gekregen.

¹ Praktijkondersteuners en praktijkverpleegkundigen hebben in principe dezelfde functie. Het verschil is dat praktijkverpleegkundigen hier een reguliere opleiding voor hebben gevolgd en dat praktijkondersteuners praktijkassistenten zijn die een aanvullende opleiding tot ondersteuner hebben gevolgd. Als er in het vervolg over praktijkondersteuners wordt gesproken, worden hiermee ook praktijkverpleegkundigen bedoeld.

Er zijn 72 vragenlijsten ingevuld (36%) en 18 non-respons vragenlijsten. Het gecorrigeerde responspercentage bedraagt 46%. Tabel 4 geeft een overzicht van de vier meest genoemde redenen voor het niet deel willen nemen aan dit onderzoek.

Tabel 4 Belangrijkste redenen van ondersteuners om niet deel te nemen aan het onderzoek

Redenen	n
1. Geen tijd om mee te werken	6
2. Behoort niet tot de onderzoeksgroep (ander beroep of niet meer werkzaam)	3
3. De vragenlijst was te lang	2
4. Geen zin om mee te werken	2

In tabel 5 is te zien dat respondenten significant meer korte ondersteunende interventies en intensieve interventies toepassen dan non-respondenten. Aangezien er in vergelijking met de oorspronkelijke vragenlijst naar verhouding meer praktijkassistenten dan praktijkondersteuners de non-respons vragenlijst hebben ingevuld en aangezien praktijkassistenten minder interventies toepassen, is het mogelijk dat dit het verschil veroorzaakt. Na een controle voor functie is het verschil niet meer significant. Hiermee is echter niet gezegd dat de resultaten van dit onderzoek gegeneraliseerd kunnen worden naar de gehele populatie van in Nederland praktiserende ondersteunende zorgverleners in de huisartsenpraktijk. Uit de gemiddelden lijkt namelijk te kunnen worden opgemaakt dat vooral degenen die veel doen aan de behandeling van tabaksverslaving, de vragenlijst én de non-respons vragenlijst hebben ingevuld.

Tabel 5 Verschil in gemiddelde score tussen respondenten en non-respondenten die tot de onderzoekspopulatie behoren (ondersteuners)

	Respondenten (n=56)	Non-respondenten (n=18)	P
Leeftijd ^a	26,92	28,07	.702
Rookgedrag verleden ^b	1,42	1,53	.432
Functie ^c	1,72	1,64	.537
Gehoord hebben van de richtlijn ^d	1,22	1,07	.285
Bij elke patiënt die blijkt te roken: een eenmalig stopadvies geven ^e	1,64	2,27	.081
Bij rokers die gemotiveerd zijn om een stoppoging te ondernemen: korte ondersteunende interventie toepassen ^e	1,6 (2,21 - 1,4)*	2,2 (2,8 - 1,78)	.035 (.34)
Bij rokers uit een risicogroep: intensieve interventies aanbieden ^e	1,74 (1,21 - 1,58)	2,79 (3,6 - 2,13)	.001 (.09)
Bij rokers die niet gemotiveerd zijn om een stoppoging te ondernemen: motiveren om toch te stoppen ^e	2,19	2,4	.691
Bij recentelijk gestopte rokers: preventie van terugval door follow-up ^e	1,84	2,36	.169

* De getallen tussen haakjes verwijzen naar de controle voor functie. Het eerste getal heeft telkens betrekking op praktijkassistenten en het tweede getal op praktijkondersteuners.

^c 1 = Praktijkassistent, 2 = praktijkondersteuner (voor de interpretatie van de overige gemiddelden: zie tabel 3)

^{b-d} χ^2 Toets

^{a-e} Mann-Whitney toets

3.2 Operationalisering

De vragenlijst voor de oncologen is kort gehouden met vijf pagina's (inclusief voorblad) en bestaande uit 16 vragen (37 vragen inclusief deelvragen en stellingen). De vragenlijst voor de ondersteunende zorgverleners in de huisartsenpraktijk is aanzienlijk langer met vijf webpagina's en bestaande uit 25 vragen (78 vragen inclusief deelvragen en stellingen). De non-respons vragenlijsten bestaan voor de oncologen uit zeven en voor de ondersteuners uit acht korte vragen.

Toepassing van de richtlijn 'Behandeling van tabaksverslaving'

Het concept toepassing van de richtlijn is geen eenduidig concept, omdat het toepassen van deze richtlijn voor elke zorgverlener wat anders kan betekenen. Daarom zijn de belangrijkste adviezen uit de richtlijn gehaald en is hiervan gevraagd in hoeverre de respondenten deze

toepassen. Dit is voor de ondersteunende zorgverleners in de huisartsenpraktijk uitgebreider gedaan dan voor de oncologen (tabel 6).

Tabel 6 Bevraagde handelingen voor het concept ‘toepassing van de richtlijn’

Ondersteuners	Oncologen
Bij elke patiënt...	
..vragen of de patiënt (nog) rookt (1)	
..het rookgedrag vastleggen (2)	
Bij elke patiënt die blijkt te roken...	Rokende patiënten het advies geven om te stoppen met roken (1)
..een eenmalig stopadvies geven (3)	
..de motivatie om te stoppen bepalen (4)	
Bij rokers die niet gemotiveerd zijn om een stoppoging te ondernemen...	Patiënten die niet willen stoppen met roken, motiveren om toch te stoppen (2)
..bespreek de relevantie van stoppen (5)	
..bespreek de risico's van roken (6)	
..bespreek de voor- en nadelen van stoppen (7)	
..bespreek stoppen met roken weer bij een volgend contact (8)	
Bij rokers die gemotiveerd zijn om een stoppoging te ondernemen...	Patiënten die willen stoppen met roken, begeleiden (bijvoorbeeld door gesprekken) (3)
..korte ondersteunende interventie toepassen (incl. stopdatum vaststellen) (9)	
Bij rokende patiënten uit een risicogroep*...	
..intensieve interventies aanbieden (10)	
<i>* dit zijn bijv. zwangeren, diabetici, COPD-patiënten en kankerpatiënten</i>	
Bij recentelijk gestopte rokers...	Voorkomen dat patiënten die gestopt zijn met roken, weer gaan roken (door follow-up gesprekken) (4)
..preventie van terugval door follow-up (fysiek of telefonisch) (11)	
	Patiënten die willen stoppen met roken, doorverwijzen voor meer begeleiding hierbij (5)

De respondenten worden in twee categorieën verdeeld: toepassers en niet-toepassers van de richtlijn. In tabel 7 is te zien hoe deze verdeling tot stand komt.

Tabel 7 Operationalisering concept ‘toepassing van de richtlijn’

Ondersteuners		Oncologen	
<i>Toepasser van de richtlijn</i>		<i>Toepasser van de richtlijn</i>	
1-4*	Allen altijd of meestal	1	Altijd of meestal
5-8, 11	Minstens 2 altijd of meestal en 1 altijd, meestal of soms	2, 4	Minstens 1 altijd of meestal of beide soms
9-10	1 altijd of meestal en 1 altijd, meestal of soms of geen stoppen met roken spreekuur en geen doorverwijzing naar respondent	3, 5	Minstens 1 altijd of meestal
<i>Geen toepasser van de richtlijn</i>		<i>Geen toepasser van de richtlijn</i>	
Minder adviezen toepassen dan hierboven beschreven		Minder adviezen toepassen dan hierboven beschreven	

* De nummers verwijzen naar tabel 6.

De verdeling in toepasser en geen toepasser van de richtlijn is gemaakt op basis van inhoudsvaliditeit. Volgens de richtlijn ‘Behandeling van tabaksverslaving’ is het erg belangrijk dat zorgverleners een stopadvies geven aan hun rokende patiënten. Men kan daarom alleen een toepasser van de richtlijn zijn als dit altijd of meestal gedaan wordt. Verder moeten zorgverleners ervoor zorgen dat patiënten die willen stoppen met roken hierbij begeleiding kunnen krijgen. Hierbij is het niet noodzakelijk dat de zorgverlener dit zelf doet. Als oncologen patiënten die willen stoppen met roken, doorverwijzen voor meer begeleiding hierbij, is dat conform de richtlijn. Als ondersteuners zelf geen stoppen met roken spreekuur hebben en er geen patiënten die willen stoppen met roken naar hun worden doorverwezen (oftewel: als het hun taak niet is), is dat ook conform de richtlijn. Alleen het geven van een stopadvies en het geven van stopbegeleiding of het doorverwijzen voor begeleiding, is niet genoeg om te kunnen spreken van richtlijnconform handelen. Zorgverleners moeten nog meer doen aan de behandeling van tabaksverslaving. Dit kan zijn het motiveren van patiënten die niet gemotiveerd zijn om te stoppen met roken, of het organiseren van follow-up voor patiënten die gestopt zijn met roken.

Bereik van de richtlijn ‘Behandeling van tabaksverslaving’

Het bereik van de richtlijn heeft vier indicatoren: gehoord hebben van de richtlijn, de richtlijn bestudeerd hebben, van plan zijn de richtlijn te bestuderen, en een exemplaar van de richtlijn hebben. Er zijn te weinig oncologen die de richtlijn bestudeerd hebben om dit mee te nemen als determinant van toepassing van de richtlijn. Daarom is er voor gekozen om een construct te maken dat aangeeft of iemand de richtlijn bestudeerd heeft óf dit van plan is te gaan doen.

Attitude

De percepties van de kenmerken van de richtlijn zijn gemeten door middel van enkele stellingen. Deze stellingen zijn alleen aan de ondersteuners voorgelegd die wel eens gehoord hebben van de richtlijn. De interne consistentie van relatief voordeel (drie stellingen) en inpasbaarheid (drie stellingen) is goed met een Cronbachs alfa van .849 en .917. Die van complexiteit (twee stellingen) is redelijk: α .732. Experimenteerbaarheid en zichtbaarheid is elk met één stelling gemeten. Deze alfa's rechtvaardigen het samenvoegen van de stellingen tot constructen voor relatief voordeel, inpasbaarheid en complexiteit.

Alleen ondersteuners is gevraagd naar hun attitude over de adviezen uit de richtlijn. Dit is gedaan door te vragen in hoeverre men het eens is met de adviezen uit tabel 6. De alfa is hoog met .836. Het is daardoor mogelijk een schaal voor attitudes over de adviezen uit de richtlijn te construeren.

De attitude van ondersteuners over hulp bij stoppen met roken is gemeten door middel van zeven stellingen. Deze gaan over hulp bij stoppen met roken als dankbare taak; prioriteit; het bereiken van een belangrijke gezondheidswinst; het lastigvallen van patiënten; hulp heeft voor velen geen zin; de verstoring van de relatie met de patiënt; en ook zinvol voor patiënten zonder verhoogd risico. De alfa van deze stellingen samen is redelijk met .774. Daardoor is het maken van een schaal voor attitudes over hulp bij stoppen met roken gerechtvaardigd.

De attitude van oncologen over het geven van een stopadvies is gemeten door middel van 11 stellingen. Deze stellingen gaan over de prioriteit ervan; de mate van frustratie; confrontatie; of het eerlijk is om wat terug te vragen; het beter aanslaan van de behandeling; minder bijwerkingen door stoppen; nuttig voor ziekenhuispatiënten want dat is een mooi moment om te stoppen; de verstoring van de relatie met de patiënt; het aankomen in gewicht van patiënten; het liever niet zelf over stoppen beginnen; en de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt. Deze stellingen hebben een redelijke betrouwbaarheid (α .632). Er is dan ook een schaal geconstrueerd voor attitudes over het geven van een stopadvies.

Zelfeffectiviteit

Zelfeffectiviteit is voor de ondersteuners gemeten met twee stellingen: het is makkelijk om patiënten te helpen met stoppen; en ik kan patiënten binnen de duur van een normaal consult helpen met stoppen. De alfa van deze stellingen samen is .576, wat duidt op het feit dat deze stellingen niet samen in een schaal gebruikt kunnen worden. Om te testen welke stelling een betere benadering geeft van zelfeffectiviteit, is de interne consistentie met de schaal voor vaardigheden berekend. Theoretisch gezien, zal zelfeffectiviteit namelijk een redelijke interne

consistentie moeten hebben met vaardigheden. De eerste stelling is een betere benadering van zelfeffectiviteit, vanwege de hogere interne consistentie met vaardigheden (α .608 en α .224). Daarom wordt alleen deze stelling meegenomen als zelfeffectiviteit.

Voor de oncologen is zelfeffectiviteit gemeten met de vraag ‘hoe moeilijk of makkelijk vindt u het begeleiden van patiënten bij het stoppen met roken?’

Structurele factoren

Structurele factoren zijn voor de ondersteuners gemeten met zeven stellingen over de hoeveelheid personeel, het beleid over hulp bij stoppen met roken, de hoeveelheid tijd die ervoor beschikbaar is, het vergeten om hulp te bieden, over een eigen ruimte beschikken, financiering voor de praktijk, en financiering voor de ondersteuner zelf. Deze factoren vormen een schaal op basis van inhoudsvaliditeit, het berekenen van de interne consistentie is hier niet wenselijk.

Voor de oncologen is dit gemeten met vijf stellingen over het beleid, of het een taak is, of het te veel tijd kost, vaak vergeten wordt en of het haalbaar is vanwege de hoeveelheid informatie die al gedeeld moet worden met de patiënt. Ook dit vormt samen een schaal.

Vaardigheden, sociale steun en subjectieve norm

De factoren vaardigheden, sociale steun en subjectieve norm zijn alleen gemeten voor ondersteuners. Vaardigheden met een stelling over het voldoende gehad hebben van training in leefstijlcounseling en over het genoeg vaardigheden hebben om patiënten te helpen bij het veranderen van hun leefstijl (α .869). Verder is de sociale steun van de huisarts(en) en van andere ondersteunende zorgverleners in hun praktijk bevraagd (α .718). De injunctieve norm van patiënten, de huisarts(en) en andere ondersteunende zorgverleners (α .803) en de descriptieve norm van de huisarts(en) en andere ondersteunende zorgverleners (α .748). Deze alfa's rechtvaardigen schaalconstructies.

Overige concepten

Oncologen en ondersteuners zijn enkele vragen gesteld over hun achtergrondkenmerken en werksituatie. Ondersteuners zijn door middel van twee open vragen, gevraagd naar andere factoren die het helpen bij stoppen met roken bevorderen of belemmeren. Ondersteuners zijn ook vragen gesteld over de website van het Kenniscentrum en de mogelijkheden van een forum voor zorgverleners over de behandeling van tabaksverslaving.

3.3 Analyse

De data-analyse bevat de descriptieve statistieken van de respondenten. Verder wordt er onderzocht of er een verschil is tussen degenen die wel en niet kennis hebben genomen van de richtlijn (die er wel of niet van hebben gehoord, de richtlijn bestudeerd hebben, dit van plan zijn, en die wel of niet een exemplaar van de richtlijn hebben) op de determinant werksituatie. Ook wordt bekeken of er een verschil is tussen toepassers en niet-toepassers van de richtlijn 'Behandeling van tabaksverslaving' op de determinanten van toepassing van de richtlijn². Dit wordt voor de bivariate variabelen gedaan door middel van een Chi-kwadraat toets. Indien meer dan 20 procent van de verwachte celfrequenties onder de 5 liggen, wordt de waarde van Fischer's Exact toets gebruikt. Bij de overige variabelen wordt het verschil in gemiddelden getoetst door een Mann-Whitney toets. Het significantieniveau wordt bij deze toetsen gelegd bij een alfa van .05.

Van alle determinanten die bij bovenstaande toetsen een significante invloed blijken te hebben op de toepassing van de richtlijn bij een alfa kleiner dan of gelijk aan .20, wordt door middel van regressie analyse onderzocht of ze gebruikt kunnen worden als voorspellers in een model van de toepassing van de richtlijn. Het significantieniveau ligt bij de regressie analyse bij een alfa van .10.

² gehoord hebben van de richtlijn, via sociale netwerken vs. via media, en via informele vs. via formele netwerken, de richtlijn bestudeerd hebben, dit van plan zijn, een exemplaar hebben, perceptie van de kenmerken van de richtlijn, achtergrondkenmerken, werksituatie, attitude (over adviezen uit de richtlijn, over hulp bij stoppen met roken, over het geven van een stopadvies), zelfeffectiviteit, vaardigheden, structurele factoren, sociale steun en sociale norm.

4

Resultaten

Hieronder volgt een beschrijving van de resultaten van het onderzoek naar wat voor oncologen en ondersteunende zorgverleners in de huisartsenpraktijk belemmerende en bevorderende factoren zijn voor het bereik en de toepassing van de richtlijn ‘Behandeling van tabaksverslaving’. Eerst worden de resultaten van het kwalitatieve vooronderzoek behandeld, gevolgd door de resultaten van het kwantitatieve hoofdonderzoek.

4.1 Vooronderzoek

4.1.1 Vooronderzoek: oncologen

Bij de oncologen is er een duidelijk verschil tussen de behandeling van palliatieve en van curatieve patiënten voor hun tabaksverslaving. Bij palliatieve patiënten gaat geen van de oncologen diep op het roken in. *“Als ik iemand krijg met uitgezaaide longkanker dan is zo iemand bijna altijd een jaar later dood, en dan heeft het niet zo veel zin om die mensen ook nog eens lastig te vallen met hun verslavingsprobleem of anders gezegd om hun laatste genoegens af te pakken.”* Een enkele oncoloog adviseert palliatieve patiënten wel om te stoppen met roken of het in ieder geval te minimaliseren. Alle oncologen geven wel aan dat dat nuttig kan zijn, omdat roken de bijwerkingen van de chemotherapeutica versterkt. Bij curatieve patiënten adviseren alle geïnterviewde oncologen om te stoppen met roken. Redenen hiervoor zijn dat er een balans moet zijn in de inspanning van de oncoloog en de patiënt, dat het een mooi moment is om te stoppen als je toch in het ziekenhuis ligt, en ook dat de bijwerkingen van de behandeling dan minder zijn.

Veel meer dan een stoppen met roken advies geven, doen oncologen niet. *“Iedereen weet dat het slecht is, en ik ga dus niet een heel pleidooi houden om dat gedaan te krijgen. Ik benadruk één keer dat er mogelijke verbanden zijn met borstkanker, dus dat ik dit moment zou aangrijpen om te stoppen met roken. En verder heb ik het er niet meer over.”* Interventies door de oncoloog komen dan ook nauwelijks voor: *“Ik ga niet zover dat ik hun nicotine-staak-therapeute wordt.”* *“Echt het pad opgaan van het begeleidingstraject van het stoppen met roken is niet mijn verantwoordelijkheid.”* *“Ik zou niet weten hoe het moet.”* Sommigen

verwijzen hun patiënten wel door voor hulp bij het stoppen met roken, naar de longafdeling of naar de huisarts.

De oncologen voelen zich vaak geremd om iets te doen met stoppen met roken. Eén geïnterviewde verwoordt dat als volgt: *“Wij zijn helaas een beetje een sluitstuk van het rookavontuur van patiënten en dat maakt het gesprek omtrent roken wat moeizamer. Want als je te snel die insteek zoekt, zadel je patiënten op met een enorme schuldbelasting. En niet alleen patiënten, maar ook familie. Het is een beetje het vermijdbare karakter ervan accentueren, en dat is natuurlijk niet de bedoeling.”* Bovendien is het lastig om over het roken te beginnen, omdat er heel veel informatie gedeeld moet worden met de patiënt, bijvoorbeeld over hoe de behandeling eruit gaat zien. Oncologen die vooral patiënten behandelen met een niet aan roken gerelateerde kankersoort, vergeten nogal eens om het te hebben over stoppen met roken. Enkele geïnterviewden geven aan dat hulp bieden bij stoppen met roken frustrerend is. Eén oncoloog voelt zich belemmerd in het hulp bieden door het feit dat men vaak aankomt door het stoppen met roken, een ander noemt dat de arts-patiënt relatie erdoor verstoord kan raken. Verder hebben oncologen er nauwelijks tijd voor en vinden ze dat de verantwoordelijkheid bij de patiënt ligt.

Geen van de oncologen heeft behoefte aan het delen van ervaringen met andere zorgverleners over de behandeling van tabaksverslaving. Twee oncologen kende de richtlijn ‘Behandeling van tabaksverslaving’ al, één niet. Eén van de oncologen geeft aan dat ze zich graag verdiept in nieuwe richtlijnen en dat ze deze opzoekt met Oncoline (een database met oncologische richtlijnen van de Integrale Kankercentra, te vinden op www.oncoline.nl). Het zou volgens haar bevorderend kunnen werken voor de toepassing van de richtlijn ‘Behandeling van tabaksverslaving’ als deze daar gevonden kon worden.

4.1.2 Vooronderzoek: ondersteuners

De geïnterviewde ondersteunende zorgverleners in de huisartsenpraktijk hebben allen een spreekuur waarbij ze alle patiënten vragen naar hun rookgedrag en dit vastleggen. Ze adviseren rokers ook altijd om te stoppen en stellen vast hoe gemotiveerd iemand is om te stoppen. Bij rokers die niet gemotiveerd zijn om te stoppen, wordt altijd gesproken over de relevantie en de voor- en nadelen van stoppen. Niet iedereen bespreekt de risico’s van roken, *“want dat weten de meeste mensen wel”*. Ook wordt bij deze groep niet altijd het rookgedrag bij een volgend contact weer besproken. De interventies en follow-up wordt door de één zelf gedaan, door de ander wordt het overgelaten aan de huisarts en weer een ander verwijst rokers die gemotiveerd zijn om te stoppen alleen door naar de site van STIVORO.

Op de vraag wat de geïnterviewden stimuleert om patiënten te helpen met stoppen met roken, antwoordt iedereen met het feit dat er een grote gezondheidswinst te behalen is. De praktijkondersteuners met een diabetesspreekuur zouden bijvoorbeeld willen dat hun patiënten stoppen met roken zodat hun diabetes minder wordt. Wat ondersteuners tegenhoudt om patiënten te helpen met stoppen met roken, is dat het zo opdringerig overkomt en dat de patiënt zelf soms niet gemotiveerd is: *“als de patiënt naar mij toe komt en zegt ‘de dokter heeft gezegd dat ik moet stoppen met roken’, maar hij staat er helemaal niet achter, dan vind ik het heel erg moeilijk om te doen. En eigenlijk begin ik er dan ook gewoon niet aan. Want je weet toch wel dat het geen resultaat heeft.”*

Twee ondersteuners hebben de behoefte om ervaringen delen met andere zorgverleners over de behandeling van tabaksverslaving. De één maakt het niet uit of dit via internet is of persoonlijk, de ander heeft alleen behoefte aan het persoonlijk delen van ervaringen. Eén van de ondersteuners die daar geen behoefte aan heeft, deelt al zulke ervaringen met haar collega's.

Maar één ondersteuner kende de richtlijn ‘Behandeling van tabaksverslaving’, ze had de samenvatting in haar postvakje gekregen. Alle ondersteuners hadden er van willen horen, de één vanuit de huisartsengroep, de ander van de huisarts en weer een ander van de beroepsvereniging.

4.1.3 Vooronderzoek: conclusie

De geïnterviewde oncologen willen curatieve patiënten met een aan roken gerelateerde kankersoort wel het advies geven om te stoppen met roken, maar verder dan dat gaat de behandeling van tabaksverslaving meestal niet. Eventueel wordt iemand doorverwezen voor meer begeleiding bij het stoppen. Oncologen ervaren veel barrières voor het geven van stopadviezen en stopbegeleiding.

De geïnterviewde ondersteuners doen veel aan de behandeling van tabaksverslaving. Patiënten die niet gemotiveerd zijn om te stoppen met roken, vertellen over de risico's van roken en het roken weer bespreken bij een volgend contact wordt niet altijd gedaan. Ondersteuners willen dan ook niet opdringerig overkomen en hebben moeite met niet gemotiveerde patiënten.

De resultaten uit het vooronderzoek zijn gebruikt bij de samenstelling van de vragenlijst uit het hoofdonderzoek. Het hoofdonderzoek wordt hieronder besproken. Eerst het deel van de oncologen en daarna het deel van de ondersteunende zorgverleners in de huisartsenpraktijk.

4.2 Hoofdonderzoek: oncologen

4.2.1 Descriptieve statistieken - oncologen

Er hebben 31 mannelijke en 24 vrouwelijke oncologen deelgenomen aan het onderzoek. Eén oncoloog heeft niet aangegeven wat zijn/haar geslacht is. Gemiddeld zijn de oncologen 48 jaar oud. Er hebben 3 rokende oncologen meegedaan, 37 hebben nooit gerookt en 16 oncologen zijn gestopt met roken. De meesten geven ongeveer evenveel palliatieve als curatieve behandelingen en behandelen voornamelijk niet aan roken gerelateerde kankersoorten. Er zijn geen respondenten die uitsluitend palliatieve of curatieve behandelingen geven of uitsluitend aan roken gerelateerde kankersoorten behandelen. 23 oncologen werken in een academisch ziekenhuis, 18 in een streekziekenhuis en 14 in een topklinisch ziekenhuis. 45% (n=25) van de oncologen geeft aan dat de instelling waar ze werken, beschikt over een stoppen met roken voorziening waarnaar ze patiënten kunnen doorverwijzen. Dit is vaak een project van de afdeling longziekten (in 1 geval van de afdeling vasculaire geneeskunde), soms een aparte rook-stop-poli en 2 oncologen beschrijven (2 verschillende) samenwerkingsverbanden op regionale schaal. 21% (n=12) van de oncologen geeft aan dat de instelling waar ze werken niet beschikt over zo'n voorziening en 34% (n=19) weet het niet.

51% (n=28) van de oncologen heeft wel eens gehoord van de richtlijn 'Behandeling van tabaksverslaving' en 4 oncologen hebben de richtlijn ook bestudeerd. Van de 22 oncologen die de richtlijn niet bestudeerd hebben, geven er 5 aan dit waarschijnlijk te gaan doen, 2 misschien, 12 waarschijnlijk niet en 2 zeker niet. 18% (n=10) heeft de beschikking over een exemplaar van de richtlijn. 2 geven aan dat ze hieraan komen doordat zij het opgestuurd hebben gekregen, 2 geven aan dat de afdeling het opgevraagd heeft, 1 heeft het gekregen via een collega die deelgenomen heeft aan de ontwikkeling van de richtlijn en 1 oncoloog geeft aan dat de afdeling een exemplaar heeft via de rook-stop-poli.

Vele oncologen benadrukken bij de vraag of er nog opmerkingen zijn, dat ze nauwelijks patiënten zien waarbij het 'zin heeft' om hulp te bieden bij stoppen met roken. Ze zien bijvoorbeeld voornamelijk palliatieve patiënten of met niet aan roken gerelateerde kankersoorten:

- *“Heel nadrukkelijk bij palliatieve oncologie wordt niet gepraat over stoppen tenzij de patiënt dit zelf doet of roken de kans op complicaties verhoogt, bijvoorbeeld bij palliatieve chemotherapie of bestraling”*
- *“Begeleid nauwelijks patiënten met aan roken gerelateerde kanker in de curatieve setting”*

Verder worden redenen gegeven waarom roken niet of niet vaker wordt besproken:

- *“Vaak niet bespreekbaar ten gevolge van aanwezige stress.”*
- *“Ik bespreek het roken altijd één keer tenzij curatief en groot risico op secundaire maligniteiten (bijvoorbeeld radiotherapie gehad voor Non-Hodgkin). Verder toch eigen verantwoordelijkheid.”*
- *“Er zit veel ruimte tussen een duidelijk en uitgesproken advies, twee keer en begeleiding om succes te hebben. Van dat laatste beschouw ik het ziekenhuis niet als de aangewezen instelling, namelijk veel te duur!”*
- *“Ik geef patiënten met kanker nooit het advies om met roken te stoppen tenzij ze genezen zijn.”*
- *“Alleen indien dit opportuun is voor de patiënt!!”*

In tabel 8 is te zien welke handelingen uit de richtlijn door hoeveel procent van de oncologen wordt uitgevoerd. Met patiënten worden telkens patiënten bedoeld die een curatieve behandeling krijgen voor hun aan roken gerelateerde kankersoort. 39% (n=18) van de oncologen past de richtlijn toe³ en 61% (n=28) niet.

Tabel 8 Toepassing van de belangrijkste adviezen uit de richtlijn ‘Behandeling van tabaksverslaving’ door oncologen

	Altijd	Meestal	Soms	Nooit
Rokende patiënten het advies geven om te stoppen met roken	27 (58,7)	13 (28,3)	6 (13,0)	-
Patiënten die niet willen stoppen met roken, motiveren om toch te stoppen	16 (34,8)	17 (37,0)	11 (23,9)	2 (4,3)
Patiënten die willen stoppen met roken, begeleiden (bijv. door gesprekken)	-	5 (10,9)	13 (28,3)	28 (60,9)
Voorkomen dat patiënten die gestopt zijn met roken, weer gaan roken (door follow-up gesprekken)	1 (2,2)	2 (4,3)	14 (30,4)	29 (63,0)
Patiënten die willen stoppen met roken, doorverwijzen voor meer begeleiding hierbij	7 (15,2)	12 (26,1)	12 (26,1)	15 (32,6)

De meeste oncologen vinden dat het geven van een stopadvies prioriteit heeft en dat het niet te confronterend is (zie bijlage 1). Ze vinden het over het algemeen ook niet onprettig om een

³ Uit de richtlijn ‘Behandeling van tabaksverslaving’ zijn de vijf belangrijkste adviezen gehaald. Als men altijd of meestal een stopadvies geeft (1), en altijd of meestal begeleiding biedt aan patiënten die willen stoppen met roken (3) of patiënten hiervoor doorverwijst (5), en altijd of meestal motiverende gesprekken voert met niet-gemotiveerde patiënten (2) of met gestopte patiënten (4) of met beide soms, is men een toepasser van de richtlijn. Doet men minder dan dit aan de behandeling van tabaksverslaving, dan is men geen toepasser.

stopadvies te geven omdat het de relatie tussen hun en hun patiënt verstoort, of omdat ze liever niet over stoppen beginnen als de patiënt er niet zelf over begint. Verder zijn ze het gemiddeld niet eens met de stelling dat het geven van een stopadvies niet nodig is omdat het de eigen verantwoordelijkheid is van de patiënt.

4.2.2 Determinanten van bereik en toepassing van de richtlijn - oncologen

Er is geen significant verschil tussen de werksituatie van oncologen die kennis hebben genomen van de richtlijn en die dat niet hebben gedaan. Kennis nemen van de richtlijn bestaat uit: gehoord hebben van de richtlijn, de richtlijn bestudeerd hebben of dit van plan zijn en de beschikking hebben over een exemplaar van de richtlijn (tabel 9).

Tabel 9 Verschil in gemiddelde score op werksituatie tussen degenen die wel en niet kennis hebben genomen van de richtlijn

	Gehoord hebben van de richtlijn			De richtlijn bestudeerd hebben of dit van plan zijn			Exemplaar van de richtlijn hebben		
	Ja	Nee	P	Ja	Nee	P	Ja	Nee	P
	(n=28)	(n=27)		(n=11)	(n=15)		(n=10)	(n=46)	
Soort behandeling ^a	2,89	2,81	.502	2,8	2,93	.473	2,8	2,86	.712
Soort kanker ^b	3,96	3,74	.124	4	4,07	.623	3,8	3,89	.915
Soort instelling ^c	0,41	0,44	.783	0,45	0,29	.434	0,4	0,42	1.000
Stoppen met roken voorziening ^d	1,29	1,4	.473	1,22	1,33	.659	1,14	1,37	.389

^a 1 = Uitsluitend palliatieve behandelingen, 5 = Uitsluitend curatieve behandelingen

^b 1 = Uitsluitend aan roken gerelateerde kankersoorten, 5 = Uitsluitend niet aan roken gerelateerde kankersoorten

^c 0 = Niet werkzaam in een academisch ziekenhuis, 1 = Werkzaam in een academisch ziekenhuis

^d 1 = De instelling beschikt over een smr voorziening, 2 = de instelling beschikt niet over een smr voorziening (Weet ik niet = missing)

^{a,b} χ^2 Toets

^{c,d} Mann-Whitney toets

Toepassers van de richtlijn hebben significant vaker de beschikking over een exemplaar van de richtlijn (tabel 10). Meer verschillen tussen oncologen die de richtlijn toepassen en oncologen die de richtlijn niet toepassen, kunnen niet aangetoond worden. Echter, sommige verschillen in gemiddelden wijzen wel in een bepaalde richting.

Zo lijken oncologen die de richtlijn toepassen, vaker gehoord te hebben van de richtlijn dan oncologen die de richtlijn niet toepassen. De drie rokende oncologen zijn allen niet-toepassers van de richtlijn, maar dit kleine aantal zorgt ervoor dat een vergelijking van gemiddelden makkelijk op toeval kan berusten. Toepassers lijken vaker patiënten met aan roken gerelateerde kankersoorten te behandelen, vaker werkzaam te zijn in een academisch

ziekenhuis en vaker te werken in een instelling met een stoppen met roken voorziening. De oncologen in de steekproef die de richtlijn toepassen, hebben gemiddeld een iets positievere attitude over het geven van een stopadvies dan de oncologen die de richtlijn niet toepassen.

Tabel 10 Verschil in gemiddelde score op determinanten van toepassing van de richtlijn tussen toepassers en niet-toepassers van de richtlijn

	Toepassers (n=18)	Niet-toepassers (n=28)	P
Gehoord hebben van de richtlijn ^a	1,39	1,57	.227
De richtlijn bestudeerd hebben of dit van plan zijn ^b	1,5	1,55	1.000
Exemplaar van de richtlijn hebben ^c	1,67	1,93	.042
Leeftijd ^d	47,5	48	.772
Geslacht ^e	1,5	1,63	.388
Rookgedrag heden ^f	2	1,89	.270
Rookgedrag verleden ^g	1,28	1,36	.570
Soort behandeling ^h	2,75	2,93	.166
Soort kanker ⁱ	3,59	3,79	.200
Soort instelling ^j	0,56	0,32	.116
Stoppen met roken voorziening ^k	1,21	1,42	.278
Attitude over het geven van een stopadvies* ^l	2,02	2,28	.102
Zelfeffectiviteit ^m	2,69	2,77	.807
Structurele factoren* ^l	3,89	3,60	.299

*De items van deze constructen zijn omgeschaald naar respectievelijk het hebben van een positieve attitude en het ervaren van meer structurele barrières

^a 1 = Ja, 2 = Nee (Weet ik niet = missing)

^b 1 = Bestudeerd of waarschijnlijk/misschien van plan om te bestuderen, 2 = Niet bestudeerd en niet van plan.

^c 1 = Ja, 2 = Nee (Weet ik niet = nee)

^e 1 = Vrouw, 2 = Man

^f 1 = Roken, 2 = Niet-roken

^g 1 = Nooit gerookt hebben, 2 = Gestopt zijn met roken

^l 1 = Eens, 5 = Oneens (Weet ik niet = missing)

^m 1 = Heel moeilijk, 5 = Heel makkelijk (voor de interpretatie van de overige gemiddelden: zie tabel 9)

^{a-c e-g j k} χ^2 Toets

^{d h i l m} Mann-Whitney toets

In tabel 11 is te zien welke verschillen in gemiddelden er zijn op de determinanten van toepassing van de richtlijn tussen degenen die de adviezen uit de richtlijn altijd (of meestal) toepassen en degenen die dat niet altijd doen. Twee adviezen zijn niet meegenomen in deze tabel omdat het kleine aantal respondenten dat die adviezen altijd of meestal toepast, geen vergelijking toelaat.

Degenen die patiënten die niet gemotiveerd zijn om te stoppen met roken, altijd motiveren om toch te stoppen, hebben significant vaker gehoord van de richtlijn dan degenen

die dit niet altijd doen. Bij de overige adviezen kan dit verschil niet aangetoond worden, maar wijzen de verschillen in gemiddelden wel in dezelfde richting.

Net als voor de toepassing van de richtlijn, kan er geen verschil in gemiddelden worden aangetoond tussen oncologen die de adviezen altijd (of meestal) en niet altijd toepassen op de determinant leeftijd. Oudere oncologen lijken wel vaker niet-gemotiveerde rokers te motiveren om te stoppen en vaker rokers door te verwijzen voor meer begeleiding.

Oncologen die altijd of meestal patiënten die willen stoppen met roken, doorverwijzen voor meer begeleiding, werken significant vaker in een instelling met een stoppen met roken voorziening. Voor de andere adviezen kan er geen verschil worden aangetoond, maar hier lijkt het verschil juist in de andere richting te wijzen.

Net als bij de toepassing van de gehele richtlijn, is er tussen degenen die de verschillende adviezen altijd (of meestal) toepassen en degenen die dit niet altijd doen, geen significant verschil in zelfeffectiviteit. Gemiddeld vinden toepassers van de verschillende adviezen het wel makkelijker om patiënten te begeleiden bij het stoppen met roken. Degenen die de eerste twee adviezen altijd toepassen hebben een significant positievere attitude over het geven van een stopadvies en ervaren significant minder structurele barrières. Bij het doorverwijzen voor meer begeleiding gaan deze verschillen in dezelfde richting, maar zijn ze niet significant.

Tabel 11 Verschil tussen degenen die bepaalde adviezen altijd (A) toepassen en degenen die dat niet altijd (NA) doen

	Rokende patiënten het advies geven om te stoppen met roken		Patiënten die niet willen stoppen, motiveren om toch te stoppen		Patiënten die willen stoppen, doorverwijzen voor begeleiding	
	A# (n=27)	NA (n=19)	A (n=16)	NA (n=30)	A# (n=19)	NA (n=27)
Gehoord hebben van de richtlijn	1,44	1,58	1,25*	1,63	1,37	1,59
De richtlijn bestudeerd hebben of dit van plan zijn	1,46	1,63	1,64	1,4	1,45	1,6
Exemplaar van de richtlijn hebben	1,81	1,84	1,75	1,87	1,68	1,93
Leeftijd	47,41	48,39	50,27	46,57	49,21	46,77
Geslacht	1,52	1,67	1,47	1,63	1,58	1,58
Rookgedrag heden	1,96	1,89	1,88	1,97	2	1,89
Rookgedrag verleden	1,27	1,41	1,43	1,28	1,32	1,33
Soort behandeling	2,88	2,83	2,93	2,83	2,82	2,89
Soort kanker	3,58	3,89	3,73	3,7	3,67	3,74
Soort instelling	0,52	0,26	0,375	0,43	0,42	0,41
Stoppen met roken voorziening	1,44	1,2	1,46	1,25	1,13*	1,53
Attitude over het geven van een stopadvies	1,96**	2,48	1,91*	2,32	2,14	2,21
Zelfeffectiviteit	2,8	2,65	2,93	2,64	2,78	2,71
Structurele factoren	4,04**	3,25	4,31**	3,39	3,90	3,58

Bij de eerste twee adviezen is een onderscheid gemaakt tussen degenen die deze handeling altijd en degenen die deze handeling meestal, soms en nooit uitvoeren. Bij het laatste advies tussen degenen die deze handeling altijd en meestal, en degenen die deze handeling soms en nooit uitvoeren. Dit is gedaan omdat er bij de eerste twee handelingen voldoende respondenten waren die deze handeling altijd uitvoeren en bij de laatste niet.

Voor de interpretatie van de gemiddelden: zie tabel 9 en 10.

* p<.05

** p<.01

4.2.3 Modelconstructies - oncologen

Van alle determinanten die hierboven een significant verband vertonen met de toepassing van de richtlijn bij een alfa kleiner dan of gelijk aan .20, wordt hier gerapporteerd of ze gebruikt kunnen worden als voorspellers in een model voor de toepassing van de richtlijn. Missende waarden op deze determinanten zijn vervangen door gemiddelde waarden.

De beschikking hebben over een exemplaar van de richtlijn is de enige determinant die een significant verband vertoont met de toepassing van de richtlijn (tabel 12). Er is een positieve relatie tussen het hebben van een exemplaar van de richtlijn en de toepassing van de richtlijn. Dit verband lijkt erg groot te zijn, maar heeft een vrij breed betrouwbaarheidsinterval. Toch verklaart het hebben van een exemplaar van de richtlijn 31 procent van de steekproefvariatie van de toepassing van de richtlijn.

Tabel 12 Regressie van toepassing van de richtlijn op vijf determinanten

	Meer toepassing van de richtlijn				P-waarde
	Wald-statistiek	Odds ratio	Betrouwbaarheidsinterval (OR)		
Wel een exemplaar van de richtlijn hebben	5.338	9.621	1.410	65.652	.021
Vaker curatieve behandelingen geven	1.166	.387	.069	2.169	.280
Vaker patiënten behandelen met aan roken gerelateerde kankersoorten	.187	.737	.185	2.939	.666
In een academisch ziekenhuis werken	1.461	2.656	.545	12.943	.227
Positieve attitude over het geven van een stopadvies	.638	1.815	.420	7.832	.425
R ²	.31				
P-waarde model	.038				
n	46				

4.2.4 Non-respons analyse - oncologen

In een analyse waarbij de respondenten van de non-respons vragenlijst die wel tot de onderzoekspopulatie behoren (n=18) aan de respondenten van de oorspronkelijke vragenlijst zijn toegevoegd, is nogmaals de invloed van leeftijd, geslacht, rookgedrag en gehoord hebben van de richtlijn op de toepassing van de richtlijn en op de toepassing van de verschillende adviezen getoetst. Hierbij komen niet meer significante resultaten naar voren dan in de oorspronkelijke analyse.

Als opmerking zetten 2 oncologen bij de non-respons vragenlijst dat zij tientallen enquêtes per jaar/kwartaal krijgen en dat ze daarom niet snel meer meewerken. Een andere oncoloog geeft aan dat vragenlijsten kort en bondig moeten zijn.

4.3 Hoofdonderzoek: ondersteunende zorgverleners in de huisartsenpraktijk

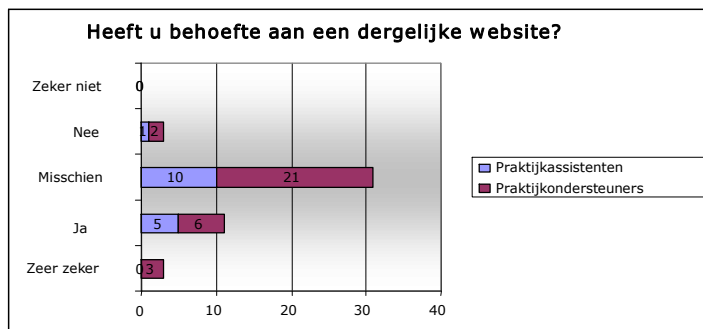
4.3.1 Descriptieve statistieken - ondersteuners

Van de 72 ondersteunende zorgverleners in de huisartsenpraktijk die hebben deelgenomen aan het onderzoek, is slechts 1 een man. Gemiddeld zijn de ondersteuners 27 jaar oud. Er heeft 1 rokende ondersteuner meegedaan, 41 die nog nooit gerookt hebben en 30 die gestopt zijn met roken. Er hebben 52 praktijkondersteuners en 20 praktijkassistenten deelgenomen. Elke praktijkondersteuner heeft een spreekuur, 54% (n=28) heeft een speciaal stoppen met roken spreekuur. 55% (n=11) van de praktijkassistenten heeft een spreekuur, dit is nooit een stoppen met roken spreekuur. Bij 21% (n=15) van de ondersteuners is er geen taakverdeling in de praktijk om patiënten te helpen met stoppen. Bij 58% (n=42) van de ondersteuners (waarvan 2 praktijkassistenten) worden patiënten die willen stoppen met roken naar hun doorverwezen door de huisarts en/of een andere ondersteuner in de praktijk. 17% (n=12) van de ondersteuners verwijst patiënten door naar de huisarts en/of een andere ondersteuner in de praktijk. Bij 2 ondersteuners in de praktijk is er een ingewikkeldere taakverdeling, waarbij er naar hun wordt doorverwezen en zij zelf ook weer doorverwijzen.

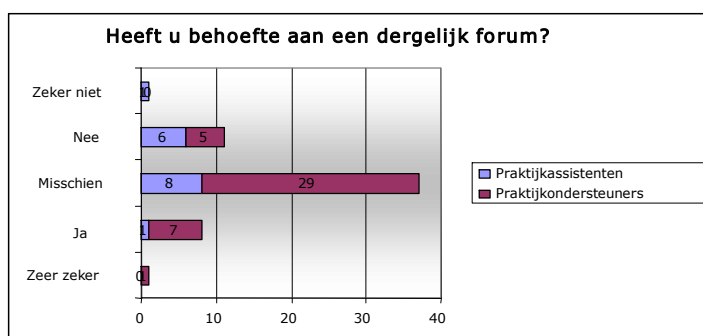
79% (n=51) heeft wel eens gehoord van de richtlijn 'Behandeling van tabaksverslaving'. De meesten hebben hiervan gehoord via een congres of nascholingsactiviteit, en daarna het meest via collega's en de CBO-uitgave van de richtlijn zelf. 27% (n=12) heeft de richtlijn bestudeerd. Van de 32 ondersteuners die de richtlijn niet bestudeerd hebben, zijn er 9 zeker wel van plan deze te gaan bestuderen, 9 waarschijnlijk wel en 15 misschien. 12% (n=5) van de ondersteuners geeft aan de beschikking te hebben over een exemplaar van de richtlijn. Deze is hen in de praktijk toegezonden, hebben ze zelf gedownload of kregen ze via STIVORO.

15% (n=8) van de ondersteuners (waarvan 2 praktijkassistenten) geeft aan de website van het Kenniscentrum Implementatie richtlijn Behandeling van tabaksverslaving wel eens te hebben bezocht. Gemiddeld heeft men wel tot misschien behoefte aan een dergelijke website (figuur 3). Gemiddeld heeft men misschien tot geen behoefte aan een forum waar men ervaringen kan delen met collega's over de behandeling van tabaksverslaving (figuur 4). Als

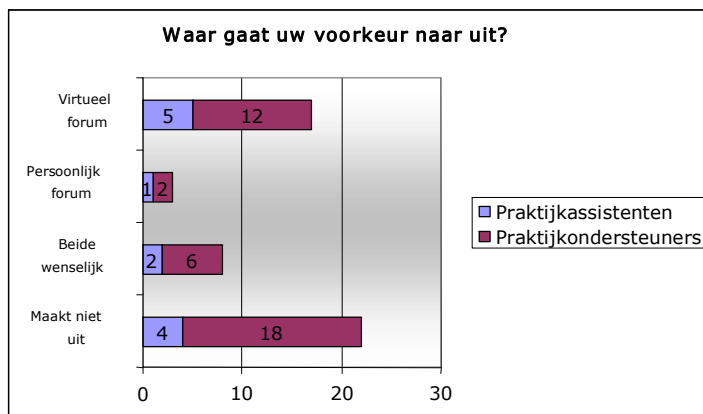
zo'n forum er komt, maakt het de meesten niks uit of dit een virtueel of een persoonlijk forum is, gevolgd door de wens voor een virtueel forum (figuur 5).



Figuur 3



Figuur 4



Figuur 5

Ondersteuners kunnen veel factoren bedenken die het bevorderen om patiënten te helpen met stoppen met roken. Genoemd worden (beginnend bij de meest genoemde): gevolgde trainingen of cursussen, de gezondheidswinst, voorlichtingsmateriaal, de mening en medewerking van de huisarts, de beschikbare tijd hiervoor, gemotiveerde of gestopte patiënten, roken vies vinden, zelf gestopt zijn met roken, een stoppen met roken spreekuur hebben, een spreekuur hebben voor chronisch zieken, acties van de overheid, wetenschappelijk bewezen belang, een richtlijn die geaccepteerd is in de praktijk, patiënten die er zelf om komen vragen, financiering van hulpmiddelen, het je taak vinden, samenwerking met de thuiszorg en hulp van STIVORO. Ondersteuners kunnen zelf minder

belemmerende factoren bedenken. Op volgorde van de meest genoemde, zijn dit: te weinig tijd, onvoldoende kennis, teleurstelling over het stoppercentage, patiënten die een wonderactie verwachten, geen eigen ruimte, geen training gehad, niet geïnteresseerd, geen financiering van hulpmiddelen, en weinig gemotiveerde patiënten.

De meeste opmerkingen van de ondersteuners zijn succeswensen en de vraag of ze nog iets van de resultaten te horen krijgen. Eén respondent zegt de richtlijn te gaan bekijken en twee anderen vertellen dat ze de site van het Partnership gaan bezoeken. Twee praktijkassistenten vinden de vragenlijst moeilijk om in te vullen, omdat zij niet degene zijn die hulp bieden bij stoppen met roken in hun praktijk. De vragen over de percepties van de kenmerken van de richtlijn worden door een andere ondersteuner als moeilijk te beantwoorden beschouwd, omdat diegene de richtlijn niet heeft bestudeerd. Iemand geeft aan het jammer te vinden dat er tegenwoordig betaald moet worden voor de cursussen van STIVORO. Een ander zegt dat je in het elektronisch medisch dossier wel kan invullen dat iemand rookt, maar niet dat iemand wil stoppen of wanneer.

In tabel 13 is te zien welke adviezen uit de richtlijn door hoeveel procent van de ondersteunende zorgverleners in de huisartsenpraktijk wordt uitgevoerd. 65% (n=35) past de richtlijn toe⁴ en 35% (n=19) niet. 25% van de praktijkassistenten is een toepasser en 76% van de praktijkondersteuners.

⁴ De elf belangrijkste adviezen uit de richtlijn 'Behandeling van tabaksverslaving' zijn gecombineerd om te komen tot een verdeling van toepassers en niet-toepassers van de richtlijn. In de categorie toepasser van de richtlijn vallen degenen die de eerste vier adviezen allemaal altijd of meestal toepassen, en die altijd of meestal een korte of intensieve interventie toepassen en altijd, meestal of soms de andere interventie toepassen, en die van de overige adviezen er minstens twee altijd of meestal en één altijd, meestal of soms toepast. Als men geen interventies toepast, kan men toch onder de categorie toepasser vallen, indien men geen stoppen met roken spreekuur heeft en er geen patiënten die willen stoppen met roken naar hun worden doorverwezen. Dit is slechts voor één respondent in deze steekproef het geval. Een ieder die minder doet aan de behandeling van tabaksverslaving, valt in de categorie niet-toepasser van de richtlijn.

Tabel 13 Toepassing van de belangrijkste adviezen uit de richtlijn ‘Behandeling van tabaksverslaving’ door ondersteuners

	Altijd	Meestal	Soms	Nooit
Bij elke patiënt...				
..vragen of de patiënt (nog) rookt	24 (42,9)	21 (37,5)	7 (12,5)	4 (7,1)
..het rookgedrag vastleggen	22 (39,3)	21 (37,5)	6 (10,7)	7 (12,5)
Bij elke patiënt die blijkt te roken...				
..een eenmalig stopadvies geven	32 (57,1)	14 (25)	8 (14,3)	2 (3,6)
..de motivatie om te stoppen bepalen	29 (50,9)	19 (33,3)	7 (12,3)	2 (3,5)
Bij rokers die niet gemotiveerd zijn om een stoppoging te ondernemen...				
..bespreek de relevantie van stoppen	16 (28,6)	22 (39,3)	14 (25)	4 (7,1)
..bespreek de risico's van roken	13 (23,2)	28 (50)	12 (21,4)	3 (5,4)
..bespreek de voor- en nadelen van stoppen	12 (21,4)	24 (42,9)	17 (30,4)	3 (5,4)
..bespreek stoppen met roken weer bij een volgend contact	9 (16,4)	21 (38,2)	19 (34,5)	6 (10,9)
Bij rokers die gemotiveerd zijn om een stoppoging te ondernemen...				
..korte ondersteunende interventie toepassen (incl. stopdatum vaststellen)	35 (61,4)	14 (24,6)	4 (7)	4 (7)
Bij rokende patiënten uit een risicogroep*...				
..intensieve interventies aanbieden	29 (50,9)	18 (31,6)	6 (10,5)	4 (7,0)
<i>*dit zijn bijv. zwangeren, diabetici, COPD-patiënten en kankerpatiënten</i>				
Bij recentelijk gestopte rokers...				
..preventie van terugval door follow-up (fysiek of telefonisch)	26 (47,3)	17 (30,9)	7 (12,7)	5 (9,1)

De meeste ondersteuners zijn het eens met de adviezen uit bovenstaande tabel (zie bijlage 2). Met het advies dat stoppen met roken bij een volgend contact weer besproken moet worden met patiënten die al aangegeven hebben dat ze niet willen stoppen, is men het het minste eens. Maar het gemiddelde hiervan zit nog steeds tussen een beetje eens en neutraal in. Ondersteuners vinden dat hulp bij stoppen met roken een belangrijke gezondheidswinst oplevert, dat het prioriteit heeft en dat het een dankbare taak is om te doen. Ze vinden niet dat het geven van een stopadvies de relatie tussen hun en hun patiënt verstoort of dat ze patiënten lastigvallen door een stopadvies te geven.

4.3.2 Determinanten van bereik en toepassing van de richtlijn - ondersteuners

Degenen die de richtlijn bestudeerd hebben of dit van plan zijn, zijn significant vaker praktijkondersteuners (tabel 14). Er is geen verschil tussen degenen die kennis hebben genomen van de richtlijn en degenen die er geen kennis hebben genomen op het hebben van een stoppen met roken spreekuur. De gemiddelden en p-waardes van het hebben van een stoppen met roken spreekuur zijn alleen berekend voor praktijkondersteuners. Dit is gedaan omdat zij de enige zijn die een stoppen met roken spreekuur hebben, en functie en kennis nemen van de richtlijn met elkaar samenhangen.

Tabel 14 Verschil in gemiddelde score op werksituatie tussen degenen die wel en niet kennis hebben genomen van de richtlijn

	Gehoord hebben van de richtlijn			De richtlijn bestudeerd hebben			Van plan de richtlijn te gaan bestuderen			Exemplaar van de richtlijn hebben		
	Ja	Nee	P	Ja	Nee	P	Ja*	Nee*	P	Ja	Nee	P
	(n=51)	(n=14)		(n=12)	(n=32)		(n=18)	(n=15)		(n=5)	(n=36)	
Functie ^a	1,69	1,79	.741	1,92	1,56	.035	1,83	1,27	.001	1,4	1,75	.139
SMR spreekuur ^b	1,63	1,45	.484	1,73	1,5	.273	1,53	1,5	.908	2	1,59	.512

* Ja = Zeker wel en waarschijnlijk wel, Nee = Misschien

^a 1 = Praktijkassistent, 2 = praktijkondersteuner

^b 1 = Geen, 2 = Wel

^{a,b} χ^2 Toets

Toepassers van de richtlijn verschillen niet van niet-toepassers in of zij wel of niet kennis hebben genomen van de richtlijn (tabel 15). Toepassers lijken wel vaker van plan te zijn de richtlijn te gaan bestuderen dan niet-toepassers.

Er kan geen verschil worden aangetoond tussen toepassers en niet-toepassers van de richtlijn op achtergrondkenmerken. Wel lijken toepassers gemiddeld iets ouder, wat niet verwacht werd. Bovendien lijkt het zo te zijn dat toepassers vaker gestopt zijn met roken dan dat ze nooit gerookt hebben. Omdat er onder de respondenten maar één man is en maar één roker, zijn er geen analyses gedaan met geslacht en huidig rookgedrag. Toepassers zijn significant vaker praktijkondersteuners dan praktijkassistenten.

Toepassers van de richtlijn hebben een significant positievere attitude over adviezen uit de richtlijn en over hulp bij stoppen met roken. Toepassers en niet-toepassers verschillen niet aantoonbaar op hun percepties van de kenmerken van de richtlijn. Toepassers lijken de richtlijn wel iets relatief voordeliger en wat minder complex te vinden. Toepassers van de richtlijn hebben significant meer zelfeffectiviteit en vaardigheden dan niet-toepassers. Verder

ervaren toepassers significant minder structurele barrières dan niet-toepassers. En ervaren ze een significant positievere injunctieve norm⁵.

Tabel 15 Verschil in gemiddelde score op determinanten van toepassing van de richtlijn tussen toepassers en niet-toepassers van de richtlijn

	Toepassers (n=35)	Niet-toepassers (n=19)	P
Gehoord hebben van de richtlijn ^a	1,18	1,29	.475
- Vooral via media of via sociale netwerken ^b	1,87	1,78	.604
- Vooral via informele of formele netwerken ^c	1,65	1,43	.391
De richtlijn bestudeerd hebben ^a	1,64	1,82	.439
Van plan de richtlijn te gaan bestuderen ^d	1,82	2,44	.067
Exemplaar van de richtlijn hebben ^e	1,88	2	.542
Leeftijd ^f	29,6	24,53	.128
Rookgedrag verleden ^g	1,49	1,26	.112
Functie ^h	1,91	1,53	.002
Stoppen met roken spreekuur ⁱ	1,66	1,4	.268
Attitude over adviezen uit de richtlijn ^j	1,51	2,20	.000
Attitude over hulp bij stoppen met roken ^{*j}	1,71	2,26	.049
<i>Attitude over de kenmerken van de richtlijn ^j</i>			
Relatief voordeel	1,88	2,3	.134
Inpasbaarheid	2,35	2,57	.898
Complexiteit*	2,37	3	.128
Experimenteerbaarheid	1,86	1,88	.706
Zichtbaarheid	2,18	2,14	.754
Zelfeffectiviteit ^j	3,3	4	.038
Vaardigheden ^j	2,27	3,68	.000
Structurele factoren ^{*j}	4,10	3,43	.008
Sociale steun ^j	1,90	2,22	.344
Injunctieve norm ^j	1,77	2,63	.011
Descriptieve norm ^j	2,84	2,86	.917

*De items van deze constructen zijn omgeschaald naar respectievelijk het hebben van een positieve attitude, het vinden dat de richtlijn minder complex is en naar het ervaren van meer structurele barrières.

^a 1 = Ja, 2 = Nee (Weet ik niet = missing)

^b 1 = Media, 2 = Sociale netwerken

^c 1 = Informele netwerken, 2 = formele netwerken

^d 1 = Zeker wel, 5 = Zeker niet

^e 1 = Ja, 2 = Nee (Weet ik niet = nee)

^g 1 = Nooit gerookt hebben, 2 = Gestopt zijn met roken

^j 1 = Eens, 5 = Oneens (Weet ik niet = missing) (voor de interpretatie van de overige gemiddelden: zie tabel 14)

⁵ *Injunctieve norm* beliefs over de normatieve verwachting die belangrijke anderen over het eigen gedrag hebben. Voorbeeld positieve injunctieve norm: de ondersteuner denkt dat de huisarts het belangrijk vindt dat de ondersteuner hulp biedt bij stoppen met roken.

In tabel 16 is te zien welke verschillen in gemiddelden er zijn op de determinanten van toepassing van de richtlijn, tussen degenen die de adviezen uit de richtlijn altijd toepassen en degenen die dat niet altijd doen. Vier adviezen zijn niet meegenomen in deze tabel omdat het kleine aantal respondenten dat die adviezen altijd of meestal toepast, geen vergelijking toelaat.

Degenen die altijd vragen of een patiënt rookt en degenen die altijd een eenmalig stopadvies geven als iemand blijkt te roken, hebben (tegen de verwachting in) significant vaker gehoord van de richtlijn via formele netwerken. Degenen die drie van de adviezen altijd toepassen, hebben de richtlijn significant vaker bestudeerd. Voor de overige adviezen wijst het verschil in gemiddelde ook in deze richting. Ditzelfde geldt ook voor het van plan zijn om de richtlijn te bestuderen, dit is voor twee adviezen significant.

Ondersteuners die altijd een eenmalig stopadvies geven, de motivatie om te stoppen bepalen, en een intensieve interventie aanbieden aan rokers uit een risicogroep, zijn significant ouder. Bij de overige adviezen lijken de gemiddelden ook uit te wijzen dat degenen die dit altijd doen ouder zijn dan degenen die het niet altijd doen.

Degenen die altijd een stopadvies geven, vinden de richtlijn significant relatief voordeliger dan degenen die dat niet altijd doen. Bij de overige adviezen wijst het verschil in gemiddelden op dezelfde trend. Ondersteuners die altijd een intensieve interventie aanbieden aan rokers uit een risicogroep, vinden de richtlijn significant minder complex. Dit verschil gaat niet bij alle adviezen in deze richting.

Ondersteuners die altijd korte en intensieve interventies toepassen en altijd follow-up organiseren, ervaren significant meer sociale steun dan degenen die dit niet altijd doen. Bij de andere adviezen wijst het verschil in gemiddelden er ook op dat degenen die het advies altijd toepassen meer sociale steun ervaren dan degenen die het niet altijd doen. Ondersteuners die altijd intensieve interventies toepassen, hebben een significant positievere descriptieve norm⁶. Dit verschil gaat bij de overige zes adviezen vijf keer in dezelfde richting.

⁶ *Descriptieve norm*: beliefs over het gedrag van belangrijke anderen. Voorbeeld positieve descriptieve norm: de ondersteuner denkt dat de huisarts zijn/haar patiënten helpt bij stoppen met roken.

Tabel 16 Verschil tussen degenen die bepaalde adviezen altijd (A) toepassen en degenen die dat niet altijd (NA) doen

	Naar roken vragen		Rookgedrag vastleggen		Eenmalig stopadvies		Motivatie bepalen		Korte interventie		Intensieve interventie		Follow-up	
	A	NA	A	NA	A	NA	A	NA	A	NA	A	NA	A	NA
	(n=24)	(n=32)	(n=22)	(n=34)	(n=32)	(n=24)	(n=29)	(n=28)	(n=35)	(n=22)	(n=29)	(n=28)	(n=26)	(n=29)
Gehoord hebben van de RL	1,27	1,2	1,24	1,23	1,17	1,3	1,19	1,26	1,26	1,18	1,19	1,26	1,13	1,29
- media / sociale NW	1,86	1,79	1,86	1,79	1,90	1,73	1,89	1,71	1,95	1,64	1,84	1,79	1,89	1,73
- informele / formele NW	1,83*	1,4	1,75	1,47	1,74*	1,25	1,59	1,6	1,67	1,44	1,56	1,64	1,69	1,45
De RL bestudeerd hebben	1,53	1,82	1,6	1,77	1,59	1,8	1,5*	1,85	1,65	1,72	1,53*	1,84	1,5**	1,89
Van plan RL bestuderen	1,78	2,22	1,8	2,24	1,64**	2,5	1,5**	2,41	1,79	2,38	1,73	2,31	1,8	2,24
Exemplaar van de RL	1,8	2	1,87	1,95	1,86	1,93	1,79	2	1,85	1,94	1,83	1,95	1,83	2
Leeftijd	29,67	26	29,5	26,32	31,38**	23,71	32***	23,54	29,86	24,64	30,52*	25,07	29,15	26,14
Rookgedrag verleden	1,46	1,38	1,5	1,35	1,44	1,38	1,45	1,36	1,46	1,32	1,52	1,29	1,38	1,41
Functie	1,88	1,69	1,86	1,71	1,91**	1,58	1,9*	1,61	1,83	1,64	1,79	1,71	1,85	1,69
SMR spreekuur	1,57	1,59	1,53	1,63	1,52	1,71	1,62	1,53	1,62	1,5	1,61	1,55	1,59	1,6
Attitude over adviezen RL	1,43***	2,01	1,39***	2,00	1,50**	2,06	1,55	1,94	1,52**	2,10	1,51**	1,99	1,53*	1,96
Attitude over hulp bij SMR	1,62**	2,15	1,55***	2,16	1,62***	2,28	1,67*	2,15	1,63***	2,34	1,55***	2,28	1,57***	2,22
<i>Attitude over de kenmerken van de RL</i>														
Relatief voordeel	1,89	2,09	1,80	2,16	1,76*	2,29	1,82	2,15	1,89	2,09	1,84	2,13	1,97	2,04
Inpasbaarheid	2,42	2,42	2,22	2,56	2,26	2,52	2,37	2,35	2,37	2,35	2,21	2,55	2,44	2,39
Complexiteit	2,56	2,54	2,33	2,71	2,32	2,75	2,31	2,72	2,5	2,45	2,35*	2,67	2,58	2,5
Experimenteerbaarheid	2	1,78	1,83	1,89	1,9	1,7	1,94	1,69	1,89	1,75	1,94	1,69	1,94	1,77
Zichtbaarheid	2,36	2	2,27	2,08	2	2,33	2,06	2,22	1,94	2,44	2	2,33	2,07	2,3
Zelfeffectiviteit	3,17*	3,93	3,05*	3,91	3,48	3,74	3,67	3,58	3,58	3,7	3,37	3,88	3,25	3,85
Vaardigheden	2,05***	3,34	2,08***	3,25	2,33**	3,40	2,25**	3,34	2,63	3,09	2,58	3,04	2,38*	3,14
Structurele factoren	3,96	3,78	3,99	3,77	3,94	3,6	4,05*	3,56	3,95	3,58	3,96	3,65	4,03	3,74
Sociale steun	1,92	2,11	1,98	2,05	1,82	2,31	1,87	2,18	1,75*	2,45	1,69*	2,35	1,68*	2,31
Injunctieve norm	1,67**	2,47	1,89	2,28	1,77*	2,49	1,74*	2,49	1,84*	2,54	1,80*	2,43	1,72*	2,45
Descriptieve norm	2,85	2,81	2,77	2,86	2,67	3,02	2,53	3,07	2,63	3,05	2,43*	3,16	2,62	3,02

Voor de interpretatie van de gemiddelden: zie tabel 14 en 15.

* $p < .05$

** $p \leq .01$

*** $p \leq .001$

4.3.3 Modelconstructies - ondersteuners

Twaalf determinanten bleken bij bovenstaande toetsen een significant verband te vertonen met de toepassing van de richtlijn bij een alfa kleiner dan of gelijk aan .20. De determinanten attitude over de adviezen uit de richtlijn en attitude over hulp bij stoppen met roken, hebben te hoge intercorrelaties ($>.60$), waardoor ze in verschillende modellen getoetst moeten worden.

Missende waarden van de meeste determinanten zijn vervangen door de gemiddelde waarden van die determinanten. Dit is niet gedaan voor het van plan zijn de richtlijn te gaan bestuderen, en voor de perceptie van relatief voordeel en complexiteit van de richtlijn. De waarden van deze determinanten zijn namelijk bij een relatief groot aantal respondenten niet bekend, omdat zij de vragen hierover in de vragenlijst over konden slaan. Een schatting van deze waarden kan een vertekend beeld geven. Door deze determinanten in een apart model te toetsen, gaan er geen gegevens verloren op de overige determinanten. Of men van plan is om de richtlijn te bestuderen, is van meer respondenten bekend dan of men de richtlijn relatief voordelig en complex vindt. Dit is daarom ook getoetst in twee modellen.

Tabel 17 Regressie van toepassing van de richtlijn op twaalf determinanten

	Meer toepassing van de richtlijn						P-waarde model	n
	Wald-statistiek	Betrouwbaarheidsinterval (OR)	Odds ratio	P-waarde	R ²			
Meer van plan zijn de richtlijn te gaan bestuderen	3.155	.897	9.181	2.869	.076	.181	.056	26
De perceptie van meer relatief voordeel	.506	.321	11.365	1.911	.477	.264	.118	21
De perceptie van minder complexiteit	1.862	.481	59.748	5.359	.172			
Hogere leeftijd	.413	.934	1.143	1.034	.520	.555	.000	54
Vaker gestopt zijn met roken dan nooit gerookt hebben	2.752	.742	35.837	5.158	.097			
Praktijkondersteuner in plaats van praktijkassistent	1.346	.353	57.883	4.522	.246			
Positieve attitude over hulp bij stoppen met roken	.745	.487	6.371	1.762	.388			
Meer zelfeffectiviteit	.420	.550	3.277	1.343	.517			

Meer vaardigheden	3.990	1.015	4.871	2.224	.046			
Meer structurele barrières	.100	.418	3.343	1.182	.752			
Positieve in-junctieve norm	1.050	.607	4.925	1.729	.305			
Positieve attitude over adviezen uit de richtlijn	10.062	2.142	25.137	7.337	.002	.330	.000	54

Het eerste model, waarbij van plan zijn om de richtlijn te gaan bestuderen, wordt gebruikt om de toepassing van de richtlijn te verklaren, is niet significant (tabel 17). Het lijkt er echter wel op dat hoe meer men van plan is om de richtlijn te gaan bestuderen, hoe vaker men de richtlijn toepast. De perceptie van relatief voordeel en complexiteit kunnen de toepassing van de richtlijn niet verklaren.

Als iemand gestopt is met roken in plaats van nooit gerookt heeft, is er een grotere kans dat degene de richtlijn toepast. Het betrouwbaarheidsinterval hiervan is echter zo breed dat de laagste waarde negatief is, wat een omgekeerd verband veronderstelt. Mensen met meer vaardigheden op het gebied van leefstijlcounseling, passen de richtlijn meer toe. Dit is een matig sterk verband, met een klein betrouwbaarheidsinterval. De twee determinanten samen verklaren 56 procent van de variatie in toepassing van de richtlijn.

Ook een positieve attitude over de adviezen uit de richtlijn gaat samen met de toepassing van de richtlijn. Dit is een vrij sterk verband. Deze determinant verklaart 33 procent van de steekproefvariatie van toepassing van de richtlijn.

4.3.4 Non-respons analyse - ondersteuners

Bij de non-respons analyse is nogmaals getoetst of er een verschil is in functie tussen degenen die gehoord hebben van de richtlijn en degenen die er niet van gehoord hebben. Dit bleek ook met de achttien extra respondenten van de non-respons vragenlijst niet het geval te zijn. Ook is getoetst of er een verschil in leeftijd, geslacht, rookgedrag, functie, en gehoord hebben van de richtlijn is, tussen degenen die de adviezen altijd en niet altijd toepassen.

Praktijkondersteuners blijken dan significant vaker een korte ondersteunende interventie toe te passen en follow-up te organiseren dan praktijkassistenten.

Als opmerking bij de non-respons vragenlijst, worden er vooral succeswensen gegeven. Eén ondersteuner merkte echter op het erg vervelend te vinden om drie brieven te ontvangen over dit onderwerp. Een ander vertelde op dit moment nog weinig te doen met stoppen met roken, omdat ze nog in opleiding was. Maar was dit in de toekomst wel van plan.

5.1 Beperkingen van het onderzoek en aanbevelingen voor vervolgonderzoek

Dit onderzoek heeft op systematische wijze in kaart gebracht wat voor oncologen en ondersteunende zorgverleners in de huisartsenpraktijk de belangrijkste belemmerende en bevorderende factoren zijn voor het bereik en de toepassing van de richtlijn ‘Behandeling van tabaksverslaving’. Voordat overgegaan wordt op het bespreken van de belangrijkste conclusies en het geven van aanbevelingen voor de praktijk, zullen enkele beperkingen van dit onderzoek nader worden toegelicht. Uit deze beperkingen volgen aanbevelingen voor vervolgonderzoek, die meteen besproken worden.

Een eerste beperking is de beperkte generaliseerbaarheid van de resultaten van dit onderzoek. Dit heeft ten eerste te maken met het geringe responspercentage. Vooral de respons van de oncologen is laag. De in hoofdstuk 3 beschreven non-respons analyse wijst dan wel uit dat er geen verschillen zijn tussen de respondenten en de respondenten van de non-respons vragenlijst, er kan echter wel een verschil zijn tussen respondenten en degenen die helemaal geen vragenlijst hebben ingevuld. Bovendien kent ook de non-respons vragenlijst maar een beperkt aantal respondenten. Verder is er gevaar voor de generaliseerbaarheid door zelfselectie en sociaal wenselijke antwoorden. Dit lijkt vooral voor de ondersteunende zorgverleners in de huisartsenpraktijk te gelden. Er heeft bijvoorbeeld maar één rokende ondersteuner de vragenlijst ingevuld. Onwaarschijnlijk is dat minder dan 2 procent van alle ondersteuners rookt. Waarschijnlijker is dat vooral niet-rokende ondersteuners de vragenlijst hebben ingevuld (zelfselectie), of dat rokende ondersteuners hebben aangegeven dat ze niet roken (sociaal wenselijk antwoord). De geringe respons, zelfselectie en sociaal wenselijke antwoorden beïnvloeden vooral de descriptieve statistieken. Zo zullen waarschijnlijk minder zorgverleners in de populatie dan in de steekproef de richtlijn toepassen en ervan gehoord hebben. De verbanden (belemmerende en bevorderende factoren voor het bereik en de toepassing) worden hier minder door beïnvloed. In vervolgonderzoek kan dit probleem moeilijk ondervangen worden, doordat dergelijke onderzoeken aangewezen zijn op zelfrapportage en zelfselectie. Grootschalige observaties zijn een oplossing, maar nauwelijks haalbaar.

Een tweede beperking is dat de data geen causale uitspraken toestaan. Het is niet met zekerheid te zeggen of de determinanten in dit onderzoek de oorzaak zijn van het bereik en de toepassing van de richtlijn. Het verband zou omgekeerd kunnen zijn, of zou veroorzaakt kunnen worden door een derde factor (bijvoorbeeld interesse in de behandeling van tabaksverslaving). Dit laatste is erg aannemelijk bij het positieve verband tussen de beschikking hebben over een exemplaar van de richtlijn en toepassing van de richtlijn. Onderzoek wijst namelijk uit dat de passieve disseminatie van klinische richtlijnen meestal het gedrag van zorgverleners niet verandert (Bero et al., 1998; Grol & Grimshaw, 1999). Bij de zorgverleners die geïnteresseerd zijn in de behandeling van tabaksverslaving, zal het toesturen van een exemplaar van de richtlijn er echter wel voor kunnen zorgen dat ze deze gaan toepassen. Een deel van de variatie in bereik en toepassing van de richtlijn zal dus wel veroorzaakt worden door de genoemde determinanten. Experimenteel of longitudinaal onderzoek kan uitwijzen of de determinanten werkelijk oorzaken zijn van het bereik en de toepassing van de richtlijn.

Een andere beperking van dit onderzoek is het feit dat praktijkondersteuners en praktijkassistenten als één beroepsgroep zijn meegenomen. In de richtlijn wordt beweerd dat er zo'n grote variatie is in praktijkorganisatie dat deze twee groepen geen algemeen verschil in taakverdeling hebben: *“zo zijn er huisartspraktijken waarin praktijkondersteuners werken, maar ook praktijken waarin assistenten werkzaamheden verrichten die in andere praktijken door ondersteuners worden gedaan”* (CBO, 2004). In dit onderzoek bleek het verschil in functie echter wel degelijk relevant. Praktijkondersteuners doen vrij veel aan de behandeling van tabaksverslaving en hebben soms een stoppen met roken spreekuur, terwijl praktijkassistenten minder doen aan de behandeling van tabaksverslaving en nooit zo'n spreekuur hebben. Wellicht zijn er ook grote verschillen tussen deze twee groepen in belemmerende en bevorderende factoren voor het bereik en de toepassing van de richtlijn. Er zijn echter te weinig respondenten per groep om dit te onderzoeken. Een grootschaliger onderzoek waarin beide beroepsgroepen tegen elkaar worden afgezet, is dan ook aan te bevelen.

De richtlijn 'Behandeling van tabaksverslaving' is geen eenduidig protocol met een opsomming van aanbevolen handelingen en een eigen normering voor richtlijnconform handelen. Om de vergelijking te kunnen maken tussen toepassers en niet-toepassers van de richtlijn, was een definitie van handelen conform deze richtlijn wel vereist. Deze is dan ook gemaakt door het zorgvuldig doorlezen van de richtlijn en het maken van een verdeling op basis van inhoudsvaliditeit. De percentages van zorgverleners die de richtlijn wel en niet

toepassen, moeten dan ook gelezen worden met de gedachte in het achterhoofd dat een andere onderzoeker een andere definitie had gemaakt en zodoende op een ander percentage was uitgekomen. Ook hier geldt echter dat dit voornamelijk de descriptieve statistieken beïnvloedt. Vergelijkingen maken tussen het toepassen van de richtlijn ‘Behandeling van tabaksverslaving’ op basis van dit onderzoek en het toepassen van andere richtlijnen op basis van andere literatuur, is hier dan ook niet op zijn plaats. Voor het berekenen van verschillen tussen toepassers en niet-toepassers is deze definitie erg geschikt, omdat het beide groepen mooi in tweeën verdeelt. 40 procent van de oncologen past de richtlijn toe volgens deze definitie, en 60 procent niet; 65 procent van de ondersteuners past de richtlijn toe, en 35 procent niet.

Verder is in dit onderzoek slechts één dimensie van de implementatie van een innovatie onderzocht, namelijk de *completeness* (Bartholomew, Parcel, Kok & Gottlieb, 2006). Dit is het percentage van aanbevolen handelingen dat uitgevoerd wordt. Hiermee wordt voorbijgegaan aan hoe deze handelingen uitgevoerd worden. Dat is een tweede dimensie van implementatie, namelijk *fidelity*– de mate waarin aanbevolen handelingen worden uitgevoerd zoals bedoeld door de ontwikkelaars van de innovatie. Zo is in dit onderzoek alleen gevraagd of men een stopadvies geeft aan rokende patiënten en niet hoe. Dit kan in vervolgonderzoek kwalitatief onderzocht worden door interviews waarin doorgevraagd wordt naar hoe alles precies gedaan wordt, of het kan geobserveerd worden. Het kan ook kwantitatief onderzocht worden, maar daarvoor zijn erg uitgebreide vragenlijsten vereist, waarin precies gevraagd wordt hoe alle handelingen worden uitgevoerd.

Ten slotte zorgen de gebruikte analysemethoden ervoor dat de invloed van bepaalde factoren niet onderzocht kunnen worden, namelijk de factoren die niet variëren. In dit onderzoek wordt bekeken of bepaalde factoren meer of minder voorkomen bij zorgverleners die de richtlijn wel of niet kennen en toepassen. Factoren die voor iedere zorgverlener hetzelfde zijn, blijven hiermee buiten beeld; terwijl deze wel bevorderend of belemmerend kunnen werken. Bepaalde constante kenmerken van de zorgsituatie zouden de toepassing van de richtlijn kunnen beïnvloeden. Bijvoorbeeld dat ondersteunende zorgverleners in de huisartsenpraktijk geen medicijnen mogen voorschrijven. Ook objectieve kenmerken van de richtlijn kunnen invloed hebben op de toepassing van de richtlijn. Bijvoorbeeld dat de richtlijn niet voor één specifieke beroepsgroep is geschreven, maar voor iedere zorgverlener die te maken krijgt met rokende patiënten. Dat de richtlijn alleen een adviserende functie heeft en niet bindend is, zou mogelijk een belemmerende factor kunnen zijn voor de toepassing van de richtlijn (Van Gemert-Pijnen, 2003). Dit soort factoren kunnen bijvoorbeeld onderzocht

worden door middel van experimenteel onderzoek, waarbij deze factoren kunstmatig gevarieerd kunnen worden, of door zelfrapportage van belemmerende en bevorderende factoren.

5.2 Belangrijkste conclusies

5.2.1 Conclusie oncologen

Meer dan de helft van de oncologen heeft wel eens gehoord van de richtlijn ‘Behandeling van tabaksverslaving’. De meerderheid heeft deze richtlijn echter niet bestudeerd en is dit ook niet van plan. Bovendien beschikken oncologen meestal niet over een exemplaar van de richtlijn. Er zijn geen belemmerende of bevorderende factoren gevonden voor het bereik van de richtlijn.

Meer dan 60 procent van de oncologen past de richtlijn niet toe (volgens de definitie van toepassing van de richtlijn zoals gedefinieerd in dit onderzoek). Over het algemeen geven zij hun rokende patiënten (die een curatieve behandeling krijgen voor hun aan roken gerelateerde kankersoort) wel het advies om te stoppen met roken, maar het gros van de oncologen doet niet aan stopbegeleiding. Bovendien verwijst meer dan de helft wel eens patiënten door voor meer begeleiding bij het stoppen met roken.

De enige bevorderende factor voor de toepassing van de gehele richtlijn door oncologen, die in dit onderzoek kon worden aangetoond, is de beschikking hebben over een exemplaar van de richtlijn. Als een oncoloog de beschikking heeft over een exemplaar, is de kans groter dat deze oncoloog de richtlijn ook toepast. De beschikking hebben over een exemplaar van de richtlijn komt erop neer dat oncologen het CBO-boekje in hun bezit hebben of dat de instelling waar zij werken het in haar bezit heeft. Dit is een wat grove indicator van het bereik van de richtlijn, omdat elke oncoloog natuurlijk de beschikking heeft over een exemplaar van de richtlijn, daar deze gewoon op de website van het CBO of van het Kenniscentrum te downloaden is. Bovendien hoeft er – zoals al eerder beschreven – geen sprake te zijn van een causaal verband. Interesse in de behandeling van tabaksverslaving zou bijvoorbeeld zowel de kans kunnen vergroten dat iemand een exemplaar van de richtlijn heeft, als dat iemand de richtlijn toepast. Deze variabele zal echter waarschijnlijk niet het gehele verband verklaren.

Er zijn meer bevorderende factoren voor de toepassing van de verschillende adviezen uit de richtlijn. Het gehoord hebben van de richtlijn en het hebben van een positieve attitude

over het geven van een stopadvies is bevorderend voor de toepassing van respectievelijk één en twee adviezen, en mogelijk bevorderend voor de toepassing van de andere adviezen. Toepassers van de richtlijn zijn het bijvoorbeeld vaker eens met de stelling dat het geven van een stopadvies belangrijk is omdat patiënten dan minder bijwerkingen ervaren van de behandeling. Een oudere leeftijd en meer zelfeffectiviteit zijn mogelijk bevorderend voor de toepassing van respectievelijk twee en drie adviezen.

Structurele barrières zijn belemmerend voor de toepassing van twee adviezen en mogelijk belemmerend voor de toepassing van het andere advies. Zo zijn oncologen die niet altijd een stopadvies geven, het meer eens met de stelling dat ze het vaak vergeten om een stopadvies te geven. En oncologen die niet altijd ongemotiveerde patiënten motiveren om te stoppen met roken, zijn het meer eens met de stelling dat het geven van een stopadvies niet haalbaar is omdat er al zoveel informatie gedeeld moet worden met de patiënt.

Een stoppen met roken voorziening in de instelling waarnaar patiënten kunnen worden doorverwezen voor meer begeleiding bij het stoppen met roken is een bevorderende factor voor het doorverwijzen van patiënten die willen stoppen met roken voor meer begeleiding. Het is echter een mogelijk belemmerende factor voor het geven van een stopadvies en het motiveren van patiënten die niet willen stoppen met roken om toch te stoppen.

5.2.2 Conclusie ondersteuners

Bijna 80 procent van de ondersteunende zorgverleners in de huisartsenpraktijk heeft wel eens gehoord van de richtlijn ‘Behandeling van tabaksverslaving’. De meerderheid heeft de richtlijn niet bestudeerd, maar ondersteuners zijn dit over het algemeen wel van plan. Slechts enkele ondersteuners hebben de beschikking over een exemplaar van de richtlijn. De functie praktijkondersteuner is een bevorderende factor voor het bereik van de richtlijn. Praktijkondersteuners hebben de richtlijn namelijk vaker bestudeerd en zijn dit vaker van plan dan praktijkassistenten.

65 procent van de ondersteunende zorgverleners in de huisartsenpraktijk past de richtlijn toe (volgens de definitie van toepassing van de richtlijn zoals gedefinieerd in dit onderzoek); dat is 76 procent van de praktijkondersteuners en 25 procent van de praktijkassistenten. De belangrijkste adviezen uit de richtlijn, worden door de grootste groep ondersteuners altijd of meestal toegepast.

Bevorderende factoren voor het toepassen van de gehele richtlijn zijn: de functie praktijkondersteuner, zelf gestopt zijn met roken, een positieve attitude hebben over de adviezen uit de richtlijn, een positieve attitude hebben over hulp bij stoppen met roken, meer

zelfeffectiviteit hebben, meer vaardigheden in leefstijlcounseling bezitten, en een positievere verwachting hebben over het belang dat patiënten en andere ondersteuners hechten aan de hulp die de ondersteuner zelf biedt bij het stoppen met roken. De attitudes over hulp bij stoppen met roken waar toepassers het meer mee eens zijn dan niet-toepassers zijn: het vinden dat patiënten helpen bij stoppen met roken prioriteit heeft, en het vinden dat er een belangrijke gezondheidswinst behaald kan worden door het helpen van patiënten bij stoppen met roken. Toepassers zijn het minder eens met de stelling dat het geven van een ongevraagd stopadvies de relatie tussen de ondersteuner en de patiënt verstoort.

Een belemmerende factor voor het toepassen van de gehele richtlijn is het ervaren van structurele barrières. Toepassers ervaren tijd minder als barrière dan niet-toepassers en zijn het meer eens met dat het helpen van patiënten met stoppen met roken onderdeel is van het beleid in de praktijk waar zij werken.

Enkele determinanten zijn alleen bevorderende factoren voor de toepassing van sommige adviezen uit de richtlijn. Determinanten die bevorderend zijn voor de toepassing van drie adviezen, en mogelijk bevorderend voor de toepassing van de andere adviezen, zijn: de richtlijn bestudeerd hebben, oudere leeftijd en het ervaren van sociale steun. Hoe meer sociale steun de ondersteuner ervaart, hoe groter de kans is dat deze ondersteuner interventies toepast en follow-up organiseert. Vinden dat de richtlijn relatief voordelig is en minder complex, en de verwachting dat de huisarts hulp biedt bij het stoppen met roken van patiënten, zijn (mogelijk) bevorderende factoren voor de toepassing van één of enkele adviezen uit de richtlijn.

Gehoord hebben van de richtlijn via formele in plaats van informele netwerken is een bevorderende factor voor de toepassing van twee adviezen uit de richtlijn. Dit komt neer op het gehoord hebben van de richtlijn via een congres of nascholingsactiviteit. Ook bij deze relatie kan er echter vanuit worden gegaan dat interesse in de behandeling van tabaksverslaving ervoor zorgt dat men de richtlijn toepast en dat men naar een congres of nascholingsactiviteit over de behandeling van tabaksverslaving zal gaan. Maar het bezoeken van een congres of nascholingsactiviteit over de behandeling van tabaksverslaving zal er uiteraard voor een deel ook voor zorgen dat men patiënten (meer) gaat helpen bij het stoppen met roken.

5.2.3 Vergelijking oncologen en ondersteuners

Dit onderzoek richt zich op twee totaal verschillende onderzoeksgroepen: oncologen en ondersteunende zorgverleners in de huisartsenpraktijk. De globale handelingsadviezen in de

richtlijn 'Behandeling van tabaksverslaving' zijn voor beide beroepsgroepen echter gelijk. Dit rechtvaardigt een vergelijking van deze groepen, ook al was dit niet het doel van het onderzoek. Ondersteuners lijken meer geïnteresseerd in de behandeling van tabaksverslaving dan oncologen, ze doen er meer aan, hebben vaker van de richtlijn gehoord, en zijn vaker van plan deze te gaan bestuderen. Interventies ter bevordering van de behandeling van tabaksverslaving moeten hierop inspelen, en kunnen daarom niet voor beide beroepsgroepen gelijk zijn.

Beide groepen passen de richtlijn meer toe naarmate ze positievere attitudes hebben over de behandeling van tabaksverslaving, meer zelfeffectiviteit hebben en ouder zijn; en passen deze minder toe naarmate ze meer structurele barrières ervaren. Aangenomen mag worden dat dit voor zorgverleners in het algemeen belemmerende en bevorderende factoren zijn voor de toepassing van deze richtlijn, en niet alleen voor ondersteunende zorgverleners in de huisartsenpraktijk en oncologen. Aangeven dat het helpen van patiënten met stoppen met roken onderdeel is van het beleid van de instelling of praktijk waar men werkt, is de enige structurele factor die bij beide groepen een invloed heeft op de toepassing van de richtlijn. Het lijkt dus van belang dat zorgverleners denken dat het beleid is om patiënten te helpen met stoppen met roken.

Interessant is dat ouder zijn bij beide groepen een bevorderende factor blijkt te zijn voor het toepassen van (enkele adviezen uit) de richtlijn, terwijl de verwachting juist was dat jongere zorgverleners de richtlijn meer zouden toepassen. Deze verwachting was echter gebaseerd op onderzoek naar het invoeren van innovaties in de zorg waarbij er een gedragsverandering plaats moet vinden voor er van toepassing van die innovatie gesproken kan worden. Jongere zorgverleners hebben minder moeite met het veranderen van hun gedrag en zijn meer gewend aan het toepassen van richtlijnen. De richtlijn 'Behandeling van tabaksverslaving' is echter een innovatie die veelal toegepast zal worden onafhankelijk van de kennis over deze richtlijn. Het feit dat jongere zorgverleners makkelijker hun gedrag veranderen om zich aan een richtlijn te conformeren, kan bestaan naast het feit dat oudere zorgverleners meer stopondersteuning bieden en daarmee de richtlijn meer toepassen.

5.3 Aanbevelingen voor de praktijk

5.3.1 Aanbevelingen voor de praktijk - oncologen

Als oncologen de beschikking hebben over een exemplaar van de richtlijn, passen ze de richtlijn meer toe. En als oncologen gehoord hebben van de richtlijn, motiveren ze vaker niet-gemotiveerde patiënten om te stoppen met roken. Het vergroten van het bereik van de richtlijn ‘Behandeling van tabaksverslaving’ kan dus de toepassing ervan vergroten. Het bereik van de richtlijn kan vergroot worden door deze op Oncoline te laten plaatsen. Dit werd aangegeven door een geïnterviewde oncoloog in het vooronderzoek. Bovendien wordt het ondersteund door de website van de Nederlandse Vereniging voor Medische Oncologie, waar onder het kopje ‘richtlijnen’ een verwijzing staat naar onder andere Oncoline, maar niet naar het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO (waar de richtlijn wel te vinden is).

Een interventie ten behoeve van het verbeteren van de behandeling van tabaksverslaving door oncologen, hoeft zich niet te richten op het vergroten van het aantal stopadviezen. 87 procent geeft namelijk al altijd of meestal een stopadvies aan hun rokende patiënten die een curatieve behandeling krijgen voor een aan roken gerelateerde kankersoort. Bovendien vinden de meeste oncologen het geven van een stopadvies prioriteit hebben en niet te confronterend. Ze vinden het over het algemeen ook niet onprettig om een stopadvies te geven omdat het de relatie tussen hun en hun patiënt verstoort, of omdat ze liever niet over stoppen beginnen als de patiënt er niet zelf over begint.

Veel minder oncologen begeleiden hun patiënten bij het stoppen met roken, verwijzen ze hiervoor door, motiveren ongemotiveerde patiënten om te stoppen, en doen aan follow-up. Behalve het doorverwijzen van patiënten, lijken deze handelingen niet goed te passen bij de werksituatie van de oncoloog. Het zelf begeleiden van patiënten, zorgen voor follow-up en het motiveren van patiënten die niet gemotiveerd zijn om te stoppen met roken, kost veel tijd en moeite. Belemmerende factoren voor het motiveren van ongemotiveerde patiënten zijn dan ook het vergeten en het niet voor elkaar krijgen omdat er al zoveel informatie gedeeld moet worden met de patiënt. Het lijkt daarom het beste om een interventie voor oncologen te richten op het doorverwijzen van patiënten voor meer begeleiding bij het stoppen met roken. Ook patiënten die niet willen stoppen met roken moeten doorverwezen worden. De begeleiding, follow-up en het motiveren kan dan gedaan worden door de poli (of andere zorgverlener of instelling) waarnaar doorverwezen is.

Een stoppen met roken voorziening in de instelling waarnaar patiënten kunnen worden doorverwezen voor meer begeleiding bij het stoppen met roken is een bevorderende factor

voor het doorverwijzen van patiënten die willen stoppen met roken voor meer begeleiding. Zorgen voor meer van die voorzieningen is daarom een interventie met mogelijk positieve uitwerkingen voor de toepassing van de richtlijn. Kosteneffectiever is echter om een interventie te ontwerpen voor de relatief grote groep oncologen (34 procent) die niet weet of de instelling waar zij werken een stoppen met roken voorziening heeft. Deze oncologen moet verteld worden over het bestaan van die voorziening (in het geval dat deze er is), of over de mogelijkheid om patiënten door te verwijzen naar de longafdeling voor hulp bij stoppen met roken (indien dit kan).

Een interventie om oncologen op de hoogte te stellen van de mogelijkheden voor het doorverwijzen van patiënten voor meer begeleiding bij stoppen met roken in de instelling waar zij werken, kan het beste uitgevoerd worden door de instellingen zelf. Het Partnership Stop met Roken kan contact opnemen met ziekenhuizen en erachter zien te komen wat de doorverwijsmogelijkheden daar zijn. Vervolgens kunnen ze de zorgverleners van de long- of “stoppen met roken”-poli’s vertellen dat veel oncologen niet op de hoogte zijn van de mogelijkheid tot doorverwijzing, en ze stimuleren tot en helpen om dit onder de aandacht van de oncologen te brengen.

5.3.2 Aanbevelingen voor de praktijk - ondersteuners

Ondersteunende zorgverleners in de huisartsenpraktijk zijn een enthousiaste groep als het gaat om de behandeling van tabaksverslaving. Een groot deel werkt conform de richtlijn en heeft wel eens gehoord van de richtlijn ‘Behandeling van tabaksverslaving’. Een redelijk aantal heeft de richtlijn zelfs bestudeerd, en als ze dit niet hebben gedaan, zijn ze het wel van plan. Ze staan open voor een website over de behandeling van tabaksverslaving en een heel deel heeft eventueel behoefte aan een forum om ervaringen te delen met andere zorgverleners over de behandeling van tabaksverslaving.

Een interventie ontwikkelen voor een groep die het al zo goed doet, lijkt zinloos. Daarom is het belangrijk om verder te kijken dan de groep als geheel en te onderzoeken welk deel het minder goed doet. Zo werkt wel 76 procent van de praktijkondersteuners volgens de richtlijn, maar slechts 25 procent van de praktijkassistenten. Dit lijkt logisch als het gaat om het uitvoeren van interventies, omdat praktijkassistenten hier vaak niet de benodigde tijd, ruimte en expertise voor hebben. Maar ook het geven van een eenmalig stopadvies (wat elke zorgverlener bijna moeiteloos kan doen) wordt door 23 procent van de praktijkassistenten altijd gedaan in vergelijking met 67 procent van de praktijkondersteuners. Een ander deel van de ondersteuners dat de richtlijn minder toepast, is jongere ondersteuners. Van de

ondersteuners onder de 30, geeft 41 procent altijd een eenmalig stopadvies in vergelijking met 74 procent van de ondersteuners die 30 jaar of ouder zijn.

Praktijkassistenten en jongere ondersteuners voelen zich wellicht onzeker over het toepassen van de richtlijn. Denkbaar is dat zij het gevoel hebben dat het niet hun plaats is om patiënten de les te leren, aangezien zij ‘maar’ assistent zijn of nog maar jong. Meer zelfeffectiviteit, meer vaardigheden en een positievere verwachting over het belang dat patiënten en andere ondersteuners hechten aan de hulp die de ondersteuner zelf biedt bij het stoppen met roken, kunnen de toepassing van de richtlijn bevorderen. Sociale steun en de verwachting dat de huisarts hulp biedt bij het stoppen met roken van patiënten, kan het aanbieden van interventies bevorderen. Daarom is het belangrijk dat een interventie voor ondersteuners zich richt op het vergroten van vaardigheden en op de samenwerking van zorgverleners in de huisartsenpraktijk. Dit wordt bereikt door een training te geven voor huisartsen, praktijkondersteuners en praktijkassistenten uit dezelfde praktijk samen. Dit kan de sociale steun vergroten en de verwachting over het belang dat andere zorgverleners in de praktijk hechten aan de hulp die de ondersteuner biedt bij het stoppen met roken van patiënten, positief beïnvloeden. Praktijkassistenten zullen zich minder onzeker voelen over het behandelen van patiënten voor hun tabaksverslaving, omdat zij zich door de training serieus genomen, voelen. Ze leren daar dat zij hier ook een belangrijke taak in kunnen hebben. Jongere ondersteuners leren vaardigheden aan, waardoor ze meer het gevoel hebben dat ze patiënten kunnen helpen om van hun verslaving af te komen, ook al zijn ze nog jong.

Dergelijke groepstrainingen over de behandeling van tabaksverslaving worden al georganiseerd door de Nederlandse Vereniging van Doktersassistenten, het Nederlands Huisartsen Genootschap en STIVORO samen. Vanuit dit onderzoek is de verwachting dat deze trainingen zorgen voor meer toepassing van de richtlijn. Een probleem bij deze trainingen is wel dat er vooral zorgverleners op af zullen komen uit praktijken die al veel doen aan de behandeling van tabaksverslaving, en waar al veel sociale steun en positieve verwachtingen op dit vlak zijn. Het grootschaliger aanpakken van deze trainingen en het actiever werven van deelnemers hiervoor, kan er wellicht voor zorgen dat niet alleen degenen ernaartoe gaan die al geïnteresseerd zijn en die het eigenlijk het minst nodig hebben.

5.3.3 Aanbevelingen voor de praktijk - website

De resultaten van dit onderzoek kunnen ook gebruikt worden voor aanbevelingen over de website van het Kenniscentrum. Deze website lijkt minder geschikt voor oncologen dan voor ondersteunende zorgverleners in de huisartsenpraktijk. Oncologen zijn namelijk minder

geïnteresseerd in de behandeling van tabaksverslaving of in de richtlijn, en zullen dan ook minder snel actief op zoek gaan naar een site hierover. Zodoende is de verwachting dat ze niet snel terechtkomen op de site van het Kenniscentrum. Het aanpassen van de inhoud van de website op oncologen, zal daarom waarschijnlijk geen effect hebben.

Ondersteuners lijken enthousiaster over de behandeling van tabaksverslaving, en zijn ook overwegend positief over het bestaan van een website over dit onderwerp. Een aanzienlijk deel van de ondersteuners heeft misschien of wel behoefte aan een forum waar men ervaringen kan delen met andere zorgverleners over de behandeling van tabaksverslaving. Als ze moeten kiezen, gaan de meesten voor een virtueel in plaats van een persoonlijk forum. Het kan daarom interessant zijn om een forum te plaatsen op de website van het Kenniscentrum. Stellingen over de samenwerking tussen zorgverleners in de huisartsenpraktijk kunnen huisartsen, praktijkondersteuners en praktijkassistenten prikkelen om deel te nemen aan de discussie.

Literatuurlijst

- Ajzen, I. (2006). *Constructing a TpB questionnaire: conceptual and methodological considerations*. Retrieved May 11, 2007, from <http://www.people.umass.edu/aizen/pdf/tpb.measurement.pdf>
- Bartholomew, L.K., Parcel, G.S., Kok, G. & Gottlieb, N.H. (2006). *Planning health promotion programs; an Intervention Mapping approach*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Bero, L.A., Grilli, R., Grimshaw, J.M., Harvey, E., Oxman, A.D. & Thomson, M.A. (1998). Getting research findings into practice. Closing the gap between research and practice: an overview of systematic reviews of interventions to promote the implementation of research findings. *British Medical Journal*, 317, 465-468.
- Bolman, C., De Vries, H. & Mesters, I. (2002). Factors determining cardiac nurses' intentions to continue using a smoking cessation protocol. *Heart and Lung*, 31(1), 15-24.
- Bolman, C., Sino, C., Hekking, P., Van Keimpema, A. & Van Meerbeeck, J. (2005). Willingness of pulmonologists to guide COPD patients in smoking cessation. *Patient Education and Counseling*, 57, 126-133.
- Cabana, M.D., Rand, C.S., Powe, N.R., Wu, A.W., Wilson, M.H., Abboud, P.C. et al. (1999). Why don't physicians follow clinical practice guidelines? A framework for improvement. *Journal of the American Medical Association*, 282(15), 1458-1465.
- CBO (2004). *Richtlijn Behandeling van tabaksverslaving*. Alphen aan den Rijn: Van Zuiden Communications.
- Coleman, T. & Wilson, A. (1996). Anti-smoking advice in general practice consultations: general practitioners' attitudes, reported practice and perceived problems. *British Journal of General Practice*, 46, 87-91.
- De Vries, H. (1998). *Diffusie van interventies*. In V. Damoiseaux, H.T. van der Molen & G.J. Kok (Eds.), *Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering*. Assen: Van Gorcum.
- De Vries, H. & Backbier, E. (1994). Self-efficacy as an important determinant of quitting among pregnant women who smoke: the ø-pattern. *Preventive Medicine*, 23, 167-174.
- Dijkstra, R.F., Braspenning, J.C.C., Uiters, E., Van Ballegooie, E. & Grol, R.T.P.M. (2000). Perceived barriers to the implementation of diabetes guidelines in hospitals in The Netherlands. *The Netherlands Journal of Medicine*, 56, 80-85.

- Feder, G., Eccles, M., Grol, R., Griffiths, C. & Grimshaw, J. (1999). Clinical guidelines: Using clinical guidelines. *British Medical Journal*, 318, 728-730.
- Green, L.W., Kreuter, M.W. (1999). *Health promotion planning : an educational and environmental approach*. Mountain View, CA: Mayfield.
- Greving, J.P., Denig, P., Van der Veen, W.J., Beltman, F.W., Sturkenboom, M.C.J.M. & Haaijer-Ruskamp, F.M. (2006). *Determinants for the adoption of angiotensin II receptor blockers by general practitioners*. *Social Science & Medicine*, 63, 2890-2898.
- Grimshaw, J.M., Thomas, R.E., MacLennan, G., Fraser, C., Ramsay, C.R., Vale, L. et al. (2004). Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies. *Health Technology Assessment*, 8(6), iii-iv 1-72.
- Grol, R. (2000). Editorial: implementation of evidence and guidelines in clinical practice: a new field of research? *International Journal for Quality in Health Care*, 12(6), 455-456.
- Grol, R. (2001). Successes and Failures in the Implementation of Evidence-Based Guidelines for Clinical Practice. *Medical Care*, 39(8), supplement 2, 46-54.
- Grol, R. & Grimshaw, J. (1999). Evidence-based implementation of evidence-based medicine. *Journal on Quality Improvement*, 25(10), 503-513.
- Grol, R. & Grimshaw, J. (2003). From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. *The Lancet*, 362, 1225-1230.
- Grol, R. & Wensing, M. (2004). What drives change? Barriers to and incentives for achieving evidence-based practice. *Medical Journal of Australia*, 180, supplement 6, 57-60.
- Gross, P.A., Greenfield, S., Cretin, S., Ferguson, J., Grimshaw, J., Grol, R., et al. (2001). Optimal Methods for Guideline Implementation. Conclusions From Leeds Castle Meeting. *Medical Care*, 39(8), supplement 2, 85-92.
- Haagen, E.C., Nelen, W.L.D.M., Hermens, R.P.M.G., Braat, D.D.M., Grol, R.P.T.M. & Kremer, J.A.M. (2005). Barriers to physician adherence to a subfertility guideline. *Human Reproduction*, 20, 3301-3306.
- Hoogervorst, H. (2006). *Preventienota 'Kiezen voor gezond leven'*. Retrieved February 26, 2007, from ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport: http://www.minvws.nl/images/preventienota_tcm19-137692.pdf
- Hubbard, S.M. & Hayashi, S.W. (2003). Use of diffusion of innovations theory to drive a federal agency's program evaluation. *Evaluation and Program Planning*, 26, 49-56.

- Jeannot, J.G., Scherer, F., Pittet, V., Burnand, B., Vader, J.P. (2003). Use of the World Wide Web to implement clinical practice guidelines: A feasibility study. *Journal of Medical Internet Research*, 5(2), 51-60.
- Kotz, D. & Wagena, E.J. (2003). *Roken en stoppen met roken in de eerste en tweede lijn van de gezondheidszorg. Attitudes, gedrag en eigen effectiviteit van huisartsen, cardiologen en cardiologen. Resultaten van een vragenlijstonderzoek. Deel 1: De huisarts*. Maastricht: Universiteit van Maastricht; Care and Public Health Institute (CAPHRI).
- Kotz, D., Wagena, E.J. & Wesseling, G. (2007). Smoking cessation practices of Dutch general practitioners, cardiologists, and lung physicians. *Respiratory Medicine*, 101, 568-573.
- McEwen, A., West, R. & Preston, A. (2006). Triggering anti-smoking advice by GPs: mode of action of an intervention stimulating smoking cessation advice by GPs. *Patient Education and Counseling*, 62, 89-94.
- Pieterse, M. (1999). *Stoppen met roken met hulp van de huisartsenpraktijk*. Enschede: Twente University Press.
- Rogers, E.M. (1995). *Diffusion of innovations*. New York: The Free Press.
- Rogers, E.M. (2002). Diffusion of preventive innovations. *Addictive Behaviors*, 27, 989-993.
- Rosser, W.W. & Palmer, W.H. (1993). Dissemination of guidelines on cholesterol: effects on patterns of practice of general practitioners and family physicians in Ontario. *Canadian Family Physician*, 39, 280-284.
- Solberg, L.I., Brekke, M.L., Fazio, C.J., Fowles, J., Jacobsen, D.N., Kottke, T.E. et al. (2000). Lessons from experienced guideline implementers: attend to many factors and use multiple strategies. *The Joint Commission Journal on Quality Improvement*, 26, 171-188.
- STIVORO (2005a). *Factsheets. Roken, de harde feiten*. Retrieved March 26, 2007 from http://www.stivoro.nl/cijfers/archief/rookcijfers_volw_2005.pdf
- STIVORO (2005b). *Samen voor een rookvrije toekomst. Jaarverslag 2005*. Retrieved March 6, 2007 from <http://www.stivoro.nl/getbijlage.jsp?bijlage=Jj8a7EGJteA%3D>
- Tang, P.C. & Young, C.Y. (2000). ActiveGuidelines: integrating Web-based guidelines with computer-based patient records. *Proceedings of AMIA Annual Symposium*, pp. 843-847.
- Van der Weijden, T., Grol, R.P.T.M., Schouten, B.J., Knottnerus, J.A. (1998). Barriers to working according to cholesterol guidelines. A randomized controlled trial on

- implementation of national guidelines in 20 general practices. *European Journal of Public Health*, 8(2), 113-118.
- Van der Weijden, T., Hooi, J.D., Grol, R.G. & Limburg, M. (2004). A multidisciplinary guideline for the acute phase of stroke: barriers perceived by Dutch neurologists. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 10(2), 241-246.
- Van Gemert-Pijnen, J.W.E.C. (2003). *Het totstandkomen en functioneren van infectiepreventieprotocollen. Een onderzoek naar communicatie gestuurd door wet- en regelgeving*. Enschede: FEBO-druk.
- Woolf, S.H., Grol, R., Hutchinson, A., Eccles, M. & Grimshaw, J. (1999). Clinical guidelines. Potential benefits, limitations, and harms of clinical guidelines. *British Medical Journal*, 318, 527-530.
- Young, J.M. & Ward, J.E. (2001). Implementing guidelines for smoking cessation advice in Australian general practice: opinions, current practices, readiness to change and perceived barriers. *Family Practice*, 18, 14-20.

Bijlage 1: gemiddelden oncologen

Attitudes over het geven van een stopadvies	
Ik vind het geven van een advies om te stoppen met roken... ^a	
..prioriteit hebben	1,70
..frustrerend	2,85
..te confronterend	4,51
..eerlijk, omdat de patiënten dan wat terugdoen voor de tijd en moeite die ik in ze steek	3,55
..belangrijk, omdat mijn behandeling dan beter aanslaat	3,07
..belangrijk, omdat patiënten dan minder bijwerkingen ervaren van de behandeling	2,88
..aan ziekenhuispatiënten nuttig, omdat het een mooi moment is om te stoppen	2,34
..onprettig, omdat het de relatie tussen mij en mijn patiënt verstoort	4,54
..onprettig, omdat patiënten hierdoor kunnen aankomen in gewicht	4,52
..onprettig, omdat ik liever niet over stoppen begin als de patiënt er niet zelf over begint	4,74
..niet nodig, omdat het de eigen verantwoordelijkheid is van de patiënt	4,11
Zelfeffectiviteit	
Hoe moeilijk of makkelijk vindt u het begeleiden van patiënten bij het stoppen met roken? ^b	2,74
Structurele factoren	
Het geven van een advies om te stoppen met roken... ^a	
..is onderdeel van het beleid van de instelling waar ik werk	2,3
..is mijn taak	1,96
..kost me te veel tijd	3,62
..vergeet ik vaak	3,83
..is niet haalbaar, omdat er al zoveel informatie gedeeld moet worden met de patiënt	3,54

^a 1 = Eens, 2 = Beetje eens, 3 = Neutraal, 4 = Beetje oneens, 5 = Oneens

^b 1 = Heel moeilijk, 2 = Moeilijk, 3 = Niet moeilijk, maar ook niet makkelijk, 4 = Makkelijk, 5 = Heel makkelijk

Bijlage 2: gemiddelden ondersteuners

Attitude over de adviezen uit de richtlijn	
Bij elke patiënt...	1,86
..vragen of de patiënt (nog) rookt	
..het rookgedrag vastleggen	1,92
Bij elke patiënt die blijkt te roken...	1,69
..een eenmalig stopadvies geven	
..de motivatie om te stoppen bepalen	1,49
Bij rokers die niet gemotiveerd zijn om een stoppoging te ondernemen...	1,9
..bespreek de relevantie van stoppen	
..bespreek de risico's van roken	1,78
..bespreek de voor- en nadelen van stoppen	1,98
..bespreek stoppen met roken weer bij een volgend contact	2,36
Bij rokers die gemotiveerd zijn om een stoppoging te ondernemen...	1,42
..korte ondersteunende interventie toepassen (incl. stopdatum vaststellen)	
Bij rokende patiënten uit een risicogroep...	1,4
..intensieve interventies aanbieden	
Bij recentelijk gestopte rokers...	1,49
..preventie van terugval door follow-up (fysiek of telefonisch)	
Attitude over hulp bij stoppen met roken	
Patiënten helpen bij stoppen met roken, vind ik een dankbare taak	2,4
Patiënten helpen bij stoppen met roken, vind ik prioriteit hebben	2,08
Als ik patiënten hulp bied bij stoppen met roken, bereik ik een belangrijke gezondheidswinst	1,62
Als ik patiënten adviseer om te stoppen met roken, val ik mijn patiënten lastig	4,34
Voor de meeste van mijn rokende patiënten heeft hulp bij stoppen met roken geen zin	3,58
Het geven van ongevraagd stoppen met roken advies verstoort de relatie tussen mij en mijn patiënt	3,98
Hulp bij stoppen met roken is even zinvol voor rokende patiënten uit een risicogroep als voor andere patiënten	1,78
Zelfeffectiviteit	
Ik vind het makkelijk om patiënten te helpen met stoppen met roken	3,62
Ik kan mijn patiënten binnen de duur van een normaal consult helpen met stoppen met roken	3,74
Vaardigheden	
Ik heb voldoende training gehad in leefstijlcounseling om patiënten te helpen met stoppen met roken	3
Ik bezit genoeg vaardigheden om mijn patiënten te helpen bij het veranderen van hun leefstijl	2,71
Structurele factoren	
We hebben hier te weinig personeel om patiënten adequaat te helpen bij stoppen met roken	3,91

Waar ik werk, is het onderdeel van het beleid om patiënten te helpen met stoppen met roken	2,37
Ik heb te weinig tijd om patiënten te helpen bij stoppen met roken	3,61
Ik vergeet regelmatig om patiënten te helpen bij stoppen met roken	3,96
Ik heb een eigen ruimte waar ik patiënten kan helpen met stoppen met roken	1,75
Mijn praktijk krijgt te weinig financiering om patiënten te helpen met stoppen met roken	3,45
Ik krijg te weinig financiering om patiënten te helpen bij stoppen met roken	4,02
Sociale steun	
Ik voel me gesteund in het helpen van patiënten bij stoppen met roken door de huisarts(en) in mijn praktijk	2,04
Ik voel me gesteund in het helpen van patiënten bij stoppen met roken door andere ondersteunende zorgverleners in mijn praktijk	1,98
Injunctieve norm	
De patiënten in mijn praktijk vinden het belangrijk dat ik hulp biedt bij stoppen met roken	2,31
De huisarts(en) in mijn praktijk vind(t)(en) het belangrijk dat ik hulp biedt bij stoppen met roken	1,83
Andere ondersteunende zorgverleners in mijn praktijk vinden het belangrijk dat ik hulp biedt bij stoppen met roken	2,08
Descriptieve norm	
De huisarts(en) in mijn praktijk help(t)(en) zijn/haar/hun patiënten te stoppen met roken	2,49
Andere ondersteunende zorgverleners in mijn praktijk helpen hun patiënten te stoppen met roken	3,04

1 = Eens, 2 = Beetje eens, 3 = Neutraal, 4 = Beetje oneens, 5 = Oneens

Bijlage 3: vragenlijst oncologen

Vragenlijst over de **behandeling van tabaksverslaving** door **oncologen**

Het invullen van deze vragenlijst duurt ongeveer 10 minuten.
Uw gegevens zullen uitsluitend voor dit onderzoek worden gebruikt en worden anoniem verwerkt.



Deze vragenlijst gaat over uw bekendheid met de klinische richtlijn ‘Behandeling van tabaksverslaving’ die in 2005 is verschenen in een uitgave van het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO en een samenvatting hiervan in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde. Verder worden er vragen gesteld over uw hulp bij het stoppen met roken van uw patiënten.

Ook als u niet bekend bent met deze richtlijn of niets doet aan de behandeling van tabaksverslaving – bijvoorbeeld omdat u uitsluitend palliatieve zorg biedt of omdat u alleen niet aan roken gerelateerde kankersoorten behandelt – wil ik u toch vragen om deze vragenlijst in te vullen. U hoeft dan minder vragen te beantwoorden.

Bij voorbaat heel veel dank!

1. Wat is uw naam?⁷

2. Wat is uw leeftijd? jaar

3. Wat is uw geslacht? ☐ Man ☐ Vrouw

4. Rookt u? ☐ Ja ☐ Nee, ik heb nooit gerookt ☐ Nee, ik ben gestopt met roken

5. Heeft u (behalve door de uitnodiging voor dit onderzoek) wel eens gehoord van de richtlijn 'Behandeling van tabaksverslaving'?

☐ Ja

☐ Nee (*ga verder met vraag 8*)

☐ Weet ik niet (*ga verder met vraag 8*)

6. Heeft u de richtlijn bestudeerd?

☐ Ja

☐ Nee -----→ Bent u van plan de richtlijn te gaan bestuderen?

☐ Weet ik niet

☐ Zeker wel

☐ Waarschijnlijk wel

☐ Misschien

☐ Waarschijnlijk niet

☐ Zeker niet

7. Heeft u zelf een exemplaar van de richtlijn, en heeft de afdeling waar u werkt een exemplaar?

ZELF AFDELING

☐ ☐ Ja -----→ Hoe kom(t)(en) u en/of de afdeling aan dit exemplaar?

☐ ☐ Nee

☐ ☐ Weet ik niet

⁷ Uw gegevens zullen uitsluitend voor dit onderzoek worden gebruikt en worden anoniem verwerkt. Door u naar uw naam te vragen, kunnen er herinneringsbrieven gestuurd worden naar degenen die de vragenlijst niet hebben teruggestuurd.

8. In wat voor soort instelling werkt u?

- ☐ Academisch ziekenhuis
- ☐ Topklinisch ziekenhuis
- ☐ Streekziekenhuis
- ☐ Integraal kankercentrum
- ☐ Anders, namelijk

9. Beschikt de instelling waar u werkt over een stoppen met roken voorziening waarnaar u patiënten kunt doorverwijzen (zoals een rook-stop-poli of een speciaal stoppen met roken project op de longafdeling?)?

- ☐ Ja -----→ Kunt u deze voorziening kort omschrijven?
- ☐ Nee
- ☐ Weet ik niet

10. Wat voor soort behandelingen geeft u?

- ☐ Uitsluitend palliatieve behandelingen (*ga verder met vraag 16*)
- ☐ Voornamelijk palliatieve behandelingen
- ☐ Ongeveer evenveel palliatieve als curatieve behandelingen
- ☐ Voornamelijk curatieve behandelingen
- ☐ Uitsluitend curatieve behandelingen

11. Welke soorten kanker behandelt u?

- ☐ Uitsluitend aan roken gerelateerde kankersoorten
- ☐ Voornamelijk aan roken gerelateerde kankersoorten
- ☐ Ongeveer evenveel aan roken gerelateerde als niet aan roken gerelateerde kankersoorten
- ☐ Voornamelijk niet aan roken gerelateerde kankersoorten
- ☐ Uitsluitend niet aan roken gerelateerde kankersoorten (*ga verder met vraag 16*)

Als er in het vervolg van deze vragenlijst wordt gesproken over patiënten, gaat het alleen om curatieve patiënten met een aan roken gerelateerde kankersoort.

12. Hoe moeilijk of makkelijk vindt u het begeleiden van patiënten bij het stoppen met roken?

- ☐ Heel moeilijk
☐ Moeilijk
☐ Niet moeilijk, maar ook niet makkelijk
☐ Makkelijk
☐ Heel makkelijk

13. In hoeverre voert u onderstaande handelingen uit?

	Altijd	Meestal	Soms	Nooit
Rokende patiënten het advies geven om te stoppen met roken	☐	☐	☐	☐
Patiënten die niet willen stoppen met roken, motiveren om toch te stoppen	☐	☐	☐	☐
Patiënten die willen stoppen met roken, begeleiden (bijvoorbeeld door gesprekken)	☐	☐	☐	☐
Voorkomen dat patiënten die gestopt zijn met roken, weer gaan roken (door follow-up gesprekken)	☐	☐	☐	☐
Patiënten die willen stoppen met roken, doorverwijzen voor meer begeleiding hierbij	☐	☐	☐	☐

14. Ik vind het geven van een advies om te stoppen met roken...

	Eens	Beetje eens	Neutraal	Beetje oneens	Oneens	Weet ik niet
..prioriteit hebben	☐	☐	☐	☐	☐	☐
..frustrerend	☐	☐	☐	☐	☐	☐
..te confronterend	☐	☐	☐	☐	☐	☐
..eerlijk, omdat de patiënten dan wat terugdoen voor de tijd en moeite die ik in ze steek	☐	☐	☐	☐	☐	☐
..belangrijk, omdat mijn behandeling dan beter aanslaat	☐	☐	☐	☐	☐	☐
..belangrijk, omdat patiënten dan minder bijwerkingen ervaren van de behandeling	☐	☐	☐	☐	☐	☐
..aan ziekenhuispatiënten nuttig, omdat het een mooi moment is om te stoppen	☐	☐	☐	☐	☐	☐
..onprettig, omdat het de relatie tussen mij en mijn patiënt verstoort	☐	☐	☐	☐	☐	☐
..onprettig, omdat patiënten hierdoor kunnen aankomen in gewicht	☐	☐	☐	☐	☐	☐
..onprettig, omdat ik liever niet over stoppen begin als de patiënt er niet zelf over begint	☐	☐	☐	☐	☐	☐
..niet nodig, omdat het de eigen verantwoordelijkheid is van de patiënt	☐	☐	☐	☐	☐	☐

15. Het geven van een advies om te stoppen met roken...

	Eens	Beetje eens	Neutraal	Beetje oneens	Oneens	Weet ik niet
..is onderdeel van het beleid van de instelling waar ik werk	☐	☐	☐	☐	☐	☐
..is mijn taak	☐	☐	☐	☐	☐	☐
..kost me te veel tijd	☐	☐	☐	☐	☐	☐
..vergeet ik vaak	☐	☐	☐	☐	☐	☐
..is niet haalbaar, omdat er al zoveel informatie gedeeld moet worden met de patiënt	☐	☐	☐	☐	☐	☐

16. Heeft u nog vragen of opmerkingen? Als u een opmerking heeft over een specifieke vraag, dan graag het nummer van de vraag vermelden.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Dit is het einde van de vragenlijst. Hartelijk bedankt voor uw medewerking!

Bijlage 4: non-respons vragenlijst oncologen

Vragenformulier

Ten behoeve van onderzoek naar de behandeling
van tabaksverslaving door oncologen



Stuurt u dit formulier ingevuld terug middels de retourenvelop of mailt u uw reactie naar
g.e.nagelhout@student.utwente.nl

1. Wat is uw leeftijd? jaar

2. Wat is uw geslacht? ☐ Man ☐ Vrouw

3. Rookt u? ☐ Ja ☐ Nee, ik heb nooit gerookt ☐ Nee, ik ben gestopt met roken

4. Heeft u (behalve door dit onderzoek) wel eens gehoord van de richtlijn
'Behandeling van tabaksverslaving'? ☐ Ja ☐ Nee ☐ Weet ik niet

VRAAG 5 GAAT ALLEEN OVER CURATIEVE PATIËNTEN MET EEN AAN ROKEN
GERELATEERDE KANKERSOORT, ALS U DEZE PATIËNTEN NIET BEHANDELT, KUNT U
DEZE VRAAG OVERSLAAN

5. In hoeverre voert u onderstaande handelingen uit?

- | | |
|---|---|
| ☐ Rokende patiënten het advies geven om te stoppen met roken | ☐ Altijd ☐ Meestal ☐ Soms ☐ Nooit |
| ☐ Patiënten die willen stoppen met roken, begeleiden | ☐ Altijd ☐ Meestal ☐ Soms ☐ Nooit |
| ☐ Patiënten die willen stoppen, doorverwijzen voor begeleiding | ☐ Altijd ☐ Meestal ☐ Soms ☐ Nooit |
| ☐ Patiënten die niet willen stoppen, motiveren om te stoppen | ☐ Altijd ☐ Meestal ☐ Soms ☐ Nooit |
| ☐ Follow-up gesprekken met gestopte patiënten | ☐ Altijd ☐ Meestal ☐ Soms ☐ Nooit |

6. Wat is/ zijn de reden(en) dat u niet meewerkt aan dit onderzoek?

(Meerdere antwoorden mogelijk)

- ☐ Geen tijd om mee te werken
- ☐ Geen zin om mee te werken
- ☐ Ik ben geen oncoloog, maar
- ☐ Ik ben geen praktiserende oncoloog, maar
- ☐ De vragenlijst was te lang
- ☐ Ik vind het onderwerp niet interessant
- ☐ Anders, namelijk
-
-

Vragen of opmerkingen kunt u hieronder kwijt

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Retouradres: Onderzoek mw. G. Nagelhout, p/a STIVORO, Antwoordnummer 1915, 2508
WB Den Haag

Bijlage 5: vragenlijst ondersteunende zorgverleners in de huisartsenpraktijk

Vragenlijst over de BEHANDELING VAN TABAKSVERSLAVING door ONDERSTEUNENDE ZORGVERLENERS in de huisartsenpraktijk

Het invullen van deze vragenlijst duurt ongeveer 15 minuten.

Uw gegevens zullen uitsluitend voor dit onderzoek worden gebruikt en worden anoniem verwerkt.

Deze vragenlijst gaat over uw bekendheid met de klinische richtlijn 'Behandeling van tabaksverslaving' die in 2005 is verschenen in een uitgave van het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO en een samenvatting hiervan in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde. Verder worden er vragen gesteld over uw hulp bij het **stoppen met roken** van uw patiënten.

Ook als u niet bekend bent met deze richtlijn of niets doet aan de behandeling van tabaksverslaving, is het voor dit onderzoek erg waardevol dat u de vragenlijst invult.

Bij voorbaat heel veel dank!

1.	Wat is uw naam? <i>Door u naar uw naam te vragen, kunnen er herinneringsbrieven gestuurd worden naar degenen die de vragenlijst niet hebben teruggestuurd. Verder wordt uw naam nergens voor gebruikt, het onderzoek is volledig anoniem.</i>

2.	Wat is uw leeftijd?
	<18 

3.	Wat is uw geslacht?
	☐ Man ☐ Vrouw

4.	Rookt u?
	☐ Ja ☐ Nee, ik heb nooit gerookt ☐ Nee, ik ben gestopt met roken

5.	Wat is uw functie?
	☐ Praktijkassistent of doktersassistent ☐ Praktijkondersteuner of praktijkverpleegkundige ☐ Physician assistant ☐ Nurse practitioner ☐ Anders, namelijk

6.	Is er een taakverdeling in uw praktijk om patiënten te behandelen voor hun tabaksverslaving? <i>Meerdere antwoorden zijn mogelijk. Nadat u uw keuze heeft gemaakt, kunt u eventuele bijzonderheden over deze taakverdeling invullen in het tekstveld onder de keuzemogelijkheden</i>
	☐ Nee ☐ Ja, de huisarts verwijst patiënten naar mij door die willen stoppen met roken ☐ Ja, ik verwijs patiënten die willen stoppen met roken door naar de huisarts ☐ Ja, een andere ondersteunende zorgverlener uit mijn praktijk (<i>bijv de doktersassistent of de praktijkondersteuner</i>) verwijst patiënten naar mij door die willen stoppen met roken ☐ Ja, ik verwijs patiënten die willen stoppen met roken door naar een andere ondersteunende zorgverlener uit mijn praktijk ☐

7.	Heeft u een eigen spreekuur of spreekuren? (bijvoorbeeld over astma/ COPD, diabetes, stoppen met roken)
	☐ Nee ☐ Ja, namelijk over

8.	Heeft u - behalve door de uitnodiging voor dit onderzoek - wel eens gehoord van de richtlijn 'Behandeling van tabaksverslaving'?
	☐ Ja ☐ Nee

	☐	Weet ik niet	
--	-----------------------	--------------	--

verder...

page: 2

9.	Het is voor dit onderzoek van belang om te weten met wie u allemaal gecommuniceerd heeft over de richtlijn 'Behandeling van tabaksverslaving' en via wie/welke instantie(s) u informatie over de richtlijn heeft ontvangen. Via welk kanaal heeft u <u>voor het eerst</u> van de richtlijn 'Behandeling van tabaksverslaving' gehoord?												
	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> ☐ Via de CBO-uitgave van de richtlijn (rood boekje of download) </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> ☐ Via de CBO-samenvatting van de richtlijn (een kaart van 8 bladzijden) </td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;"> ☐ Via de samenvatting van de richtlijn in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde </td> <td style="vertical-align: top;"> ☐ Via het verenigingsblad </td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;"> ☐ Via een congres of nascholingsactiviteit </td> <td style="vertical-align: top;"> ☐ Via een collega </td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;"> ☐ Via de website van het Kenniscentrum Implementatie richtlijn Behandeling van tabaksverslaving (www.partnershipstopmetroken.nl/kenniscentrum) </td> <td style="vertical-align: top;"> ☐ Weet ik niet </td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;"> ☐ Via een ander kanaal, namelijk </td> <td></td> </tr> </table>			☐ Via de CBO-uitgave van de richtlijn (rood boekje of download)	☐ Via de CBO-samenvatting van de richtlijn (een kaart van 8 bladzijden)	☐ Via de samenvatting van de richtlijn in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde	☐ Via het verenigingsblad	☐ Via een congres of nascholingsactiviteit	☐ Via een collega	☐ Via de website van het Kenniscentrum Implementatie richtlijn Behandeling van tabaksverslaving (www.partnershipstopmetroken.nl/kenniscentrum)	☐ Weet ik niet	☐ Via een ander kanaal, namelijk	
☐ Via de CBO-uitgave van de richtlijn (rood boekje of download)	☐ Via de CBO-samenvatting van de richtlijn (een kaart van 8 bladzijden)												
☐ Via de samenvatting van de richtlijn in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde	☐ Via het verenigingsblad												
☐ Via een congres of nascholingsactiviteit	☐ Via een collega												
☐ Via de website van het Kenniscentrum Implementatie richtlijn Behandeling van tabaksverslaving (www.partnershipstopmetroken.nl/kenniscentrum)	☐ Weet ik niet												
☐ Via een ander kanaal, namelijk													

10.	Via welk kanaal heeft u er <u>later</u> nog meer over gehoord? <i>meerdere antwoorden mogelijk</i>												
	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> ☐ Via de CBO-uitgave van de richtlijn (rood boekje of download) </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> ☐ Via de CBO-samenvatting van de richtlijn (een kaart van 8 bladzijden) </td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;"> ☐ Via de samenvatting van de richtlijn in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde </td> <td style="vertical-align: top;"> ☐ Via het verenigingsblad </td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;"> ☐ Via een congres of nascholingsactiviteit </td> <td style="vertical-align: top;"> ☐ Via een collega </td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;"> ☐ Via de website van het Kenniscentrum Implementatie richtlijn Behandeling van tabaksverslaving (www.partnershipstopmetroken.nl/kenniscentrum) </td> <td style="vertical-align: top;"> ☐ Weet ik niet </td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;"> ☐ Via een ander kanaal, namelijk </td> <td></td> </tr> </table>			☐ Via de CBO-uitgave van de richtlijn (rood boekje of download)	☐ Via de CBO-samenvatting van de richtlijn (een kaart van 8 bladzijden)	☐ Via de samenvatting van de richtlijn in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde	☐ Via het verenigingsblad	☐ Via een congres of nascholingsactiviteit	☐ Via een collega	☐ Via de website van het Kenniscentrum Implementatie richtlijn Behandeling van tabaksverslaving (www.partnershipstopmetroken.nl/kenniscentrum)	☐ Weet ik niet	☐ Via een ander kanaal, namelijk	
☐ Via de CBO-uitgave van de richtlijn (rood boekje of download)	☐ Via de CBO-samenvatting van de richtlijn (een kaart van 8 bladzijden)												
☐ Via de samenvatting van de richtlijn in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde	☐ Via het verenigingsblad												
☐ Via een congres of nascholingsactiviteit	☐ Via een collega												
☐ Via de website van het Kenniscentrum Implementatie richtlijn Behandeling van tabaksverslaving (www.partnershipstopmetroken.nl/kenniscentrum)	☐ Weet ik niet												
☐ Via een ander kanaal, namelijk													

11.	Heeft u de richtlijn 'Behandeling van tabaksverslaving' bestudeerd?								
	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 5%; vertical-align: top;"> ☐ </td> <td style="vertical-align: top;">Ja (<i>ga verder met vraag 13</i>)</td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;"> ☐ </td> <td style="vertical-align: top;">Nee</td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;"> ☐ </td> <td style="vertical-align: top;">Weet ik niet (<i>ga verder met vraag 13</i>)</td> </tr> </table>			☐	Ja (<i>ga verder met vraag 13</i>)	☐	Nee	☐	Weet ik niet (<i>ga verder met vraag 13</i>)
☐	Ja (<i>ga verder met vraag 13</i>)								
☐	Nee								
☐	Weet ik niet (<i>ga verder met vraag 13</i>)								

--	--

12.	Bent u van plan de richtlijn te gaan bestuderen?
	☐ ☐ Zeker wel ☐ Waarschijnlijk wel ☐ Misschien ☐ Waarschijnlijk niet ☐ Zeker niet

13.	Heeft u de beschikking over een exemplaar van de richtlijn (rood boekje)? Dit kan een exemplaar van uzelf zijn of een exemplaar van de praktijk.
	☐ ☐ Ja ☐ Nee (<i>ga verder met vraag 15</i>) ☐ Weet ik niet (<i>ga verder met vraag 15</i>)

14.	Hoe kom(t)(en) u en/of uw praktijk aan dit exemplaar

15.	De volgende stellingen gaan over kenmerken van de richtlijn 'Behandeling van tabaksverslaving'. Hierbij gaat het om uw ervaringen met of verwachtingen over de richtlijn, en niet om objectieve kenmerken. U kunt deze vragen daarom gewoon beantwoorden, ook al heeft u de richtlijn niet gelezen. Er zijn geen goede of foute antwoorden. In hoeverre bent u het eens met onderstaande stellingen? <i>Probeer te een keuze te maken tussen: eens, beetje eens, neutraal, beetje oneens, oneens.</i> <i>Als u het echt niet weet, vult u dan 'weet ik niet' in.</i>																			
	Het werken met de richtlijn is effectiever om patiënten te laten stoppen met roken dan onze normale werkwijze Werken met de richtlijn verbetert in het algemeen de patiëntenvoorlichting	Eens <table border="0"> <tr> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> </table>	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Oneens <table border="0"> <tr> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> </table>	☐	☐	☐	☐	Weet ik niet <table border="0"> <tr> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>☐</td> </tr> </table>	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐																
☐	☐	☐	☐	☐																
☐	☐																			
☐	☐																			
☐																				
☐																				

	Met de richtlijn verbetert de zorg voor onze patiënten	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	De richtlijn sluit goed aan bij onze huidige praktijkvoering	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	De richtlijn sluit goed aan bij mijn taakopvatting	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	De richtlijn sluit aan bij mijn ervaring met de behandeling van tabaksverslaving	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	De richtlijn is makkelijk te begrijpen	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	De richtlijn is moeilijk om uit te voeren	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Als het werken met de richtlijn me toch niet bevalt, kan ik er gewoon weer mee stoppen	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Als ik werk met de richtlijn, kan ik duidelijk zien wat de effecten hiervan zijn	☐	☐	☐	☐	☐	☐

verder. . . (nog 3 pagina's)

page: 3

16. In hoeverre bent u het eens met onderstaande adviezen? NB. deze komen uit de richtlijn 'Behandeling van tabaksverslaving' <i>Probeer u een keuze te maken tussen: eens, beetje eens, neutraal, beetje oneens, oneens.</i> <i>Als u het echt niet weet, vult u dan 'weet ik niet' in .</i>																																				
	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Eens</th> <th></th> <th>Oneens</th> <th>Weet ik niet</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Bij elke patiënt... ..vragen of de patiënt (nog) rookt</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>..het rookgedrag vastleggen</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>Bij elke patiënt die blijkt te roken... ..een eenmalig stopadvies geven</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>..de motivatie om te stoppen bepalen</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>Bij rokers die niet gemotiveerd zijn om een stoppoging te ondernemen... ..bespreek de relevantie van stoppen</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>..bespreek de risico's van roken</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> </tbody> </table>		Eens		Oneens	Weet ik niet	Bij elke patiënt... ..vragen of de patiënt (nog) rookt	☐	☐	☐	☐	..het rookgedrag vastleggen	☐	☐	☐	☐	Bij elke patiënt die blijkt te roken... ..een eenmalig stopadvies geven	☐	☐	☐	☐	..de motivatie om te stoppen bepalen	☐	☐	☐	☐	Bij rokers die niet gemotiveerd zijn om een stoppoging te ondernemen... ..bespreek de relevantie van stoppen	☐	☐	☐	☐	..bespreek de risico's van roken	☐	☐	☐	☐
	Eens		Oneens	Weet ik niet																																
Bij elke patiënt... ..vragen of de patiënt (nog) rookt	☐	☐	☐	☐																																
..het rookgedrag vastleggen	☐	☐	☐	☐																																
Bij elke patiënt die blijkt te roken... ..een eenmalig stopadvies geven	☐	☐	☐	☐																																
..de motivatie om te stoppen bepalen	☐	☐	☐	☐																																
Bij rokers die niet gemotiveerd zijn om een stoppoging te ondernemen... ..bespreek de relevantie van stoppen	☐	☐	☐	☐																																
..bespreek de risico's van roken	☐	☐	☐	☐																																

	..bespreek de voor- en nadelen van stoppen	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	..bespreek stoppen met roken weer bij een volgend contact	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Bij rokers die gemotiveerd zijn om een stoppoging te ondernemen... ..korte ondersteunende interventie toepassen (incl. stopdatum vaststellen)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Bij rokende patiënten uit een risicogroep*... ..intensieve interventies aanbieden *dit zijn bijv. zwangeren, diabetici, COPD-patiënten en kankerpatiënten	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Bij recentelijk gestopte rokers... ..preventie van terugval door follow-up (fysiek of telefonisch)	☐	☐	☐	☐	☐	☐

17.	In hoeverre volgt u onderstaande adviezen op? <i>Probeer te maken tussen: altijd, meestal, soms, nooit.</i> <i>Als u het echt niet weet, vult u dan 'weet ik niet' in.</i>						
		Altijd			Nooit	Weet ik niet	
	Bij elke patiënt... ..vragen of de patiënt (nog) rookt	☐	☐	☐	☐	☐	
	..het rookgedrag vastleggen	☐	☐	☐	☐	☐	
	Bij elke patiënt die blijkt te roken... ..een eenmalig stopadvies geven	☐	☐	☐	☐	☐	
	..de motivatie om te stoppen bepalen	☐	☐	☐	☐	☐	
	Bij rokers die niet gemotiveerd zijn om een stoppoging te ondernemen... ..bespreek de relevantie van stoppen	☐	☐	☐	☐	☐	
	..bespreek de risico's van roken	☐	☐	☐	☐	☐	
	..bespreek de voor- en nadelen van stoppen	☐	☐	☐	☐	☐	
	..bespreek stoppen met roken weer bij een volgend contact	☐	☐	☐	☐	☐	
	Bij rokers die gemotiveerd zijn om een stoppoging te ondernemen... ..korte ondersteunende interventie toepassen (incl. stopdatum vaststellen)	☐	☐	☐	☐	☐	

	Bij rokende patiënten uit een risicogroep*... ..intensieve interventies aanbieden <i>*dit zijn bijv. zwangeren, diabetici, COPD-patiënten en kankerpatiënten</i>	☐ ☐ ☐ ☐ ☐	☐
	Bij recentelijk gestopte rokers... ..preventie van terugval door follow-up (fysiek of telefonisch)	☐ ☐ ☐ ☐ ☐	☐

18.	Hieronder volgen enkele stellingen over uw hulp bij het stoppen met roken van uw patiënten. Uw hulp bij stoppen met roken houdt in dat u één of meer activiteiten verricht zoals in bovenstaande vragenreeksen beschreven staan. U helpt uw patiënt dus bijvoorbeeld bij het stoppen met roken door een stopadvies te geven of een korte ondersteunende interventie te bieden.			
	In hoeverre bent u het eens met onderstaande stellingen? <i>Probeer u een keuze te maken tussen: eens, beetje eens, neutraal, beetje oneens, oneens. Als u het echt niet weet, vult u 'weet ik niet' in.</i>			
		Eens	Oneens	Weet ik niet
	Patiënten helpen bij stoppen met roken, vind ik een dankbare taak	☐	☐	☐
	Patiënten helpen bij stoppen met roken, vind ik prioriteit hebben	☐	☐	☐
	Als ik patiënten hulp bied bij stoppen met roken, bereik ik een belangrijke gezondheidswinst	☐	☐	☐
	Als ik patiënten adviseer om te stoppen met roken, val ik mijn patiënten lastig.	☐	☐	☐
	Voor de meeste van mijn rokende patiënten heeft hulp bij stoppen met roken geen zin.	☐	☐	☐
	Het geven van ongevraagd stoppen met roken advies verstoort de relatie tussen mij en mijn patiënt	☐	☐	☐
	Hulp bij stoppen met roken is even zinvol voor rokende patiënten uit een risicogroep* als voor andere patiënten <i>*dit zijn bijv. zwangeren, diabetici, COPD-patiënten en kankerpatiënten</i>	☐	☐	☐
	Ik vind het makkelijk om patiënten te helpen met stoppen met roken	☐	☐	☐
	Ik kan mijn patiënten binnen de duur van een normaal consult helpen met stoppen met roken	☐	☐	☐
	Ik heb voldoende training gehad in leefstijlcounseling om patiënten te helpen	☐	☐	☐

met stoppen met roken		
Ik bezit genoeg vaardigheden om mijn patiënten te helpen bij het veranderen van hun leefstijl	☐	☐
We hebben hier te weinig personeel om patiënten adequaat te helpen bij stoppen met roken	☐	☐
Waar ik werk, is het onderdeel van het beleid om patiënten te helpen met stoppen met roken	☐	☐
Ik heb te weinig tijd om patiënten te helpen bij stoppen met roken	☐	☐
Ik vergeet regelmatig om patiënten te helpen bij stoppen met roken	☐	☐
Ik heb een eigen ruimte waar ik patiënten kan helpen met stoppen met roken	☐	☐
Mijn praktijk krijgt te weinig financiering om patiënten te helpen met stoppen met roken	☐	☐
Ik krijg te weinig financiering om patiënten te helpen bij stoppen met roken	☐	☐
Ik voel me gesteund in het helpen van patiënten bij stoppen met roken door de huisarts(en) in mijn praktijk	☐	☐
Ik voel me gesteund in het helpen van patiënten bij stoppen met roken door andere ondersteunende zorgverleners* in mijn praktijk <i>*(zoals doktersassistenten en praktijkondersteuners)</i>	☐	☐
De patiënten in mijn praktijk vinden het belangrijk dat ik hulp biedt bij stoppen met roken	☐	☐
De huisarts(en) in mijn praktijk vind(t)(en) het belangrijk dat ik hulp biedt bij stoppen met roken	☐	☐
Andere ondersteunende zorgverleners in mijn praktijk vinden het belangrijk dat ik hulp biedt bij stoppen met roken	☐	☐
De huisarts(en) in mijn praktijk help(t)(en) zijn/haar/hun patiënten te stoppen met roken	☐	☐
Andere ondersteunende zorgverleners in mijn praktijk helpen hun patiënten te	☐	☐

	stoppen met roken		
--	-------------------	--	--

Bovenstaande stellingen kunnen bevorderende of belemmerende factoren zijn bij het bieden van hulp bij stoppen met roken. Bijvoorbeeld als u helpen bij stoppen met roken een dankbare taak vindt, dan zal u eerder geneigd zijn om te helpen bij stoppen met roken; dit is een bevorderende factor. Of als te weinig tijd heeft om patiënten te helpen met stoppen met roken, zal u minder geneigd zijn om te helpen bij stoppen met roken; dit is een belemmerende factor

Zijn er nog andere zaken dan die hierboven genoemd zijn, die voor u een stimulans of een knelpunt zijn om hulp te bieden bij stoppen met roken?

19.	Factoren die het bevorderen om mijn patiënten te helpen bij stoppen met roken zijn:
	

20.	Factoren die mij belemmeren om mijn patiënten te helpen bij stoppen met roken zijn:
	

verder. . . (nog maar 5 korte vragen)

page: 4

In 2006 is de website van het Kenniscentrum Implementatie richtlijn Behandeling van tabaksverslaving op het internet gezet (www.partnershipstopmetroken.nl/kenniscentrum). Deze website is gericht op de individuele zorgverlener en beleidsmaker die stopondersteuning wil implementeren of zich hierin wil bijscholen. Op de website is meer te lezen over het Partnership Stop met Roken, stoppen met roken begeleiding, de (implementatie van een) richtlijn en kan men de richtlijn zelf downloaden en bestellen.



21.	Heeft u de website wel eens bezocht? Vult u 'nee' in als u er vóór het invullen van deze vragenlijst nog nooit bent geweest, maar naar aanleiding van deze vragenlijst op de site hebt gekeken.
	☐ Ja ☐ Nee ☐ Weet ik niet

22.	Heeft u behoefte aan een dergelijke website?
	☐ Zeer zeker ☐ Ja ☐ Misschien ☐ Nee ☐ Zeker niet

23.	Het is mogelijk om gelegenheid te creëren waarbij u ervaringen kunt delen met uw collega's over de behandeling van tabaksverslaving; een soort forum. U kunt dan bijvoorbeeld een lastige casus voorleggen aan een collega, die daar misschien een goede oplossing voor heeft. Zo'n forum kan virtueel zijn, bijvoorbeeld op de website van het Kenniscentrum. Het kan ook een persoonlijk forum zijn, bijvoorbeeld tijdens een bijeenkomst van uw beroepsvereniging. Heeft u behoefte aan een dergelijk forum?
	☐ Zeer zeker ☐ Ja ☐ Misschien

☐	Nee
☐	Zeker niet <i>(ga verder met de laatste vraag door hieronder op 'verder' te klikken)</i>

24.	Waar gaat uw voorkeur naar uit?
	☐ Virtueel forum ☐ Persoonlijk forum ☐ Ik vind het wenselijk dat beide er komen ☐ Het maakt mij niet uit of dit een virtueel of een persoonlijk forum is

verder... (voor de laatste vraag)

page: 5

25.	Heeft u nog vragen of opmerkingen?
	

klaar! versturen...

page: 6

Hartelijk bedankt voor uw medewerking!

Bijlage 6: non-respons vragenlijst ondersteuners

Korte vragenlijst over de behandeling van tabaksverslaving door ondersteunende zorgverleners in de huisartsenpraktijk

DEZE VRAGENLIJST IS ALLEEN BEDOELD VOOR DEGENEN DIE DE OORSPRONKELIJKE VRAGENLIJST NIET HEBBEN INGEVULD!

Het invullen van deze vragenlijst duurt maximaal 5 minuten.
Uw gegevens zullen uitsluitend voor dit onderzoek worden gebruikt en worden anoniem verwerkt.

Bij voorbaat heel veel dank!

1.	Wat is uw leeftijd?
	<18
2.	Wat is uw geslacht?
	☐ Man ☐ Vrouw
3.	Rookt u?
	☐ Ja ☐ Nee, ik heb nooit gerookt ☐ Nee, ik ben gestopt met roken
4.	Wat is uw functie?
	☐ Praktijkassistent of doktersassistent ☐ Praktijkondersteuner of praktijkverpleegkundige ☐ Physician assistant

☐	Nurse practitioner
☐	Anders, namelijk

5.	Heeft u - behalve door de uitnodiging voor dit onderzoek - wel eens gehoord van de richtlijn 'Behandeling van tabaksverslaving'?
	☐ Ja ☐ Nee ☐ Weet ik niet

6.	In hoeverre voert u onderstaande handelingen uit? <i>Probeer u een keuze te maken tussen: altijd, meestal, soms, nooit.</i> <i>Als u het echt niet weet, vult u dan 'weet ik niet' in.</i>			
		Altijd	Nooit	Weet ik niet
	<u>Bij elke patiënt die blijkt te roken:</u> een eenmalig stopadvies geven	☐	☐	☐
	<u>Bij rokers die gemotiveerd zijn om een stoppoging te ondernemen:</u> korte ondersteunende interventie toepassen (inclusief stopdatum vaststellen)	☐	☐	☐
	<u>Bij rokers uit een risicogroep (bijv. zwangeren, diabetici, COPD-patiënten en kankerpatiënten):</u> intensieve interventies aanbieden	☐	☐	☐
	<u>Bij rokers die niet gemotiveerd zijn om een stoppoging te ondernemen:</u> motiveren om toch te stoppen	☐	☐	☐
	<u>Bij recentelijk gestopte rokers:</u> preventie van terugval door follow-up (fysiek of telefonisch)	☐	☐	☐

7.	Wat is/zijn de reden(en) dat u de oorspronkelijke vragenlijst niet hebt ingevuld? <i>meerdere antwoorden mogelijk</i>	
	☐ Geen tijd om mee te werken ☐ Geen zin om mee te werken ☐ De vragenlijst was te lang	

☐	Ik vind het onderwerp niet interessant
☐	Ik ben geen ondersteunende zorgverlener in de huisartsenpraktijk, maar... <i>(vul dit in in onderstaand tekstveld)</i>
☐	Anders, namelijk... <i>(vul dit in in onderstaande tekstveld)</i>
☐	

8.	Heeft u nog vragen of opmerkingen?
	

klaar! versturen. . .

page: 2

Hartelijk bedankt voor uw medewerking!