

De rol van de medische sector bij het terugdringen van roken

Minimale interventiestrategie in de huisartspraktijk

Stoppen met roken als onderdeel van preventiebeleid

M.E. Pieterse, J.H. Duistermaat en
A.J.M. Drenthen

In 1993 is een onderzoek gestart om de minimale interventiestrategie (MIS) op eenvoudige wijze te integreren in de huisartspraktijk. Na afloop van dit onderzoek in 1996 besloten de LHV en Stivoro invoering van deze strategie te blijven stimuleren in de nascholing, en willen LHV en NHG haar integreren in de programmatische preventie in de huisartspraktijk.

Implementatie van de MIS

Momenteel beschikt de Nederlandse huisarts over een handzame, getoetste methode waarmee rokende patiënten kunnen worden begeleid bij het stoppen: de minimale interventiestrategie (MIS).¹ In augustus 1994, met het verschijnen van het NHG-deskundigheidbevorderingspakket 'Stoppen met roken', is gestart met de landelijke verspreiding van de MIS in het nascholingscircuit. De vakgroep Psychologie van de Universiteit Twente heeft de implementatie opgezet en uitgevoerd, in nauwe samenwerking met LHV en NHG, de Stichting Volksgezondheid en Roken, en de Universiteit Maastricht.

Implementatiestrategie

Er werden drie projectdoelstellingen geformuleerd: 1. reguliere toepassing van de MIS door 15% van de huisartsen; 2. opname van de MIS in het opleidingscurriculum; en 3. blijvende beschikbaarheid van de MIS.

Vooraf dit laatste heeft geleid tot een implementatiestrategie die volledig aansluit bij de bestaande organisatiestructuur. Deze strategie wordt gekenmerkt door fasegerichtheid, waarmee activiteiten worden afgestemd op de voortgang van de huisartsen in het proces van kennismaking, besluitvorming en voorbereiding, tot feitelijke inpassing. Een ander kenmerk is lokale gerichtheid: bevordering van nascholing binnen huisartsgroepen, met een actieve rol voor het plaatselijk nascholingskader. Deze aanpak dicht bij huis leidde in een regionale proef tot goede resultaten.²

Resultaten na twee jaar

Uit evaluatieonderzoek (maart 1994-april 1996)³ is gebleken dat in deze periode een implementatiegraad van 10,3% is bereikt. Nog eens 20,5% van de huisartsen zegt van plan te zijn de MIS toe te passen. Gevoegd bij aanwijzingen voor uitgestelde effecten lijkt de doelstelling van 15% te zijn gerealiseerd.

Daarnaast heeft 10,1% aanvankelijk de MIS gebruikt, maar doet dat nu niet meer. Een andere kanttekening betreft de lage frequentie, gemiddeld eenmaal per week, waarmee de MIS wordt toegepast.

In weerwil van de lokale opzet heeft de meeste nascholing, waarmee naar schatting 12% van de huisartsen is bereikt, op regionaal niveau plaatsgevonden. De 'dicht bij huis'-benadering is in slechts twee districten gerealiseerd.

De tweede projectdoelstelling, gericht op toekomstige huisartsen, is al in het tweede projectjaar gerealiseerd. Als onderdeel van de zogeheten Hart-cursus leren sinds 1993 alle huisartsen-in-opleiding met de MIS te werken. Het effect hiervan op de praktijk is nog onbekend.

De derde doelstelling wordt bereikt als de MIS in de programmatische preventie wordt opgenomen.

Belemmerende en bevorderende factoren

De kans dat een huisarts besluit tot invoering van de MIS wordt bevorderd door diverse huisartskenmerken, bijvoorbeeld werkzaam zijn binnen een gezondheidscentrum. Ook de gevolgde strategie blijkt te hebben bijgedragen aan de implementatie.

Motieven voor toepassing blijken vooral te maken te hebben met de verwachte voordelen (hoger rendement, gezondheidswinst) en minder met de nadelen (tijdrovend, praktijkvoering aanpassen). Uitzondering hierop is de vrees patiënten te betuttelen; dit vormt een drempel voor een deel van de huisartsen. Interessant is de sociale factor in het implementatieproces. Bij het *besluit* tot implementatie laten huisartsen zich vooral leiden door hun naaste omgeving, collega's, praktijkassistente en patiënten. Echter, bij het daadwerkelijk in de praktijk brengen van dit besluit zijn de

huisartsen ook gevoelig voor de (waargenomen) steun van de vertegenwoordigende instanties (LHV, NHG, RHV, maar ook WDH).

Hoe verder?

De uitkomsten hebben aanleiding gegeven tot aanbevelingen voor praktijk, onderzoek en beleid. Deze betreffen onder meer het nog steeds grote belang van (herhaalde) nascholing, het activeren van het intercollegiale circuit, het bieden van praktische ondersteuning voor implementerende praktijken, automatisering van de MIS en het daarbij ontwikkelen van een *programmatische* aanpak.

Voortzetting nascholing MIS

Door de beperkte invoering van de MIS besloten LHV en Stivoro een coördinator 'Stoppen met roken' aan te stellen om de nascholing in de praktijken voort te zetten. De problemen waren vooral:

- Oorspronkelijk is de minimale interventiestrategie ontworpen om het stoppen met roken klachtanafankelijk te bespreken. In de huisartspraktijk is dit niet haalbaar.
- De nascholing zal zich kleinschalig op de huisartsgroep moeten concentreren. Het bleek tot nu toe niet mogelijk hun erkende begeleiders te trainen.
- Overwogen is 'Stoppen met roken' in 'Preventie: Maatwerk' van de LHV/NHG op te nemen. De moeilijkheden in verband met honorering van de griepvaccinatie maakten de vraag actueel in hoeverre programmatische preventie tot de taak van de huisarts behoort. Dit maakt dat de LHV prioriteit geeft aan patiënten met aan roken gerelateerde klachten.

Praktische toepassing

In een workshop wordt de MIS binnen de normale consulttijd getraind. Het draait om de 'Stoppen met roken'-gids met de zes hoofdstukken (stappen van het veranderingsproces). Een praktijkvoorbeeld introduceert elk hoofdstuk.

De huisarts zal de 'tevreden' roker vragen alleen hoofdstuk 1 van de gids te lezen. In deze *inventarisatiefase* bouwt hij feedback in: "U vindt het toch niet erg dat ik naar roken vraag? Bij het volgende bezoek (N.B. risicopatiënt) kom ik erop terug", omdat

hij het nogal eens betuttelend vindt zich met het rookgedrag te bemoeien.

Fase twee probeert de motivatie te verhogen door het stoppen positief te labelen. De patiënt kan de opdracht krijgen thuis de voordelen van het stoppen op te schrijven. Daaraan kan hij een rijtje 'zwakke plekken' toevoegen ("Wanneer grijpt u naar een sigaret?"). Huiswerk laat de patiënt voelen dat hij zelf het werk moet doen. Men kan reëel tot een stopbesluit komen als de roker alternatieven heeft voor zijn barrières. "Wat heeft u werkelijk nodig voor een sigaret?"

Er komt actie om naar een stopdatum te groeien (*fase vier*).

De roker moet bekendheid geven aan zijn plannen: praten geeft bondgenoten. Hoe opener men is, des te minder gelegenheid dat men in het geniep terugvalt.

Is er een terugval (*fase vijf*) en men praat erover, dan is er meer kans opnieuw te stoppen met roken. Het lijstje zwakke plekken met zijn alternatieven is dan aan correctie toe.

De ex-roker (*fase 6*) is doorgaans na drie maanden door de farmacologische verslaving heen. Opnieuw beginnen berust op suggestief verlangen naar momenten in het verleden, waarbij toen een sigaret hoorde. Elke fase heeft zo zijn problemen, maar de huisarts probeert met schouderklopjes de roker te motiveren vol te houden.

Voor het implementeren is een goede follow-up gewenst. Elke regionale nascholingsactiviteit levert rapporteurs voor een jaarlijkse terugkomdag om over knelpunten te discussiëren en de nascholing te evalueren.

Gedragsverandering

Bij het geven van een stopadvies wordt de huisarts door uitspraken als "U hebt gemakkelijk praten" in verlegenheid gebracht. Het zijn blokkades die storen om met het stopadvies door te gaan.⁴

In workshops zijn deze weerstanden er bij collega's ook: "Preventief werk, daar ben ik niet voor!", uitspraken die berusten op negatieve ervaringen met rokers.

Na een 'kaal' stopadvies stopt 5%. De huisarts voelt niet dat zo'n advies helpt, omdat 95% doorrookt. Daar staat tegenover dat wanneer allen dit advies geven er 5% van de 30.000 rookslachtoffers per jaar minder is (een jaar geen vekeersslachtoffers). Door werken met de MIS neemt dit zelfs toe tot 15%.

De weerstanden van de huisarts staan niet op zichzelf, ze werken door in de huisartsenorganisaties. Ook zijn er barrières bij de overheid, waarbij economische belangen strijdig zijn met gezondheidszorg.

Een kwart van de Nederlandse artsen rookt; in Engeland en de Scandinavische landen ligt dat cijfer onder de 10%, maar of het alleen de rokers zijn die deze weerstan-

den onderhouden, is niet bekend. Gedragsverandering is bij ieder mens moeilijk.

Preventiebeleid LHV/NHG

Voorgeschiedenis

In 1992 bepleitten LHV en NHG programmatische preventie in de huisartspraktijk voor onderwerpen waarvan het nut is aangetoond, die tot de taken van de huisarts behoren, en die praktisch uitvoerbaar zijn.⁵ Dit vereist aanpassing van de praktijkorganisatie, praktijkondersteuning, het delegeren van taken aan de praktijkassistente en een gefaseerde aanpak. Op grond van succesvolle projecten achtten LHV en NHG de tijd rijp voor grootschalige invoering van preventie in de huisartspraktijk, met name influenzavaccinatie en cervixscreening.⁶ Eind '94 verzocht minister Borst de LHV en het NHG om een plan voor de landelijke invoering van deze onderwerpen. Dit resulteerde in 'Preventie: maatwerk', dat sinds medio 1995 door huisartsen in heel Nederland wordt uitgevoerd, met als doel de programmatische preventie in de huisartspraktijk landelijk in te voeren. De twee genoemde onderwerpen zijn gekozen omdat ze voldoen aan de criteria en dezelfde praktijkorganisatie en systematiek kennen. Bij gebleken succes is deze opzet overdraagbaar naar andere preventieonderwerpen.

Alle 23 districtshuisartsenverenigingen (DHV's) hebben een part-time huisarts-projectleider en preventiemedewerker aangesteld ter ondersteuning van huisartsen (groepen). Het project loopt tot 1 januari 1998, vooral om de organisatie van griepvaccinatie te optimaliseren en de cervixscreening goed van de grond te krijgen.⁷

Pilotprojecten

Aanvullend op algemene voorlichtingscampagnes is de huisarts de aangewezen persoon om patiënten te motiveren en te begeleiden bij het te stoppen met roken. In 17 van de 60 NHG-standaarden komt (stoppen met) roken aan de orde.

De MIS helpt huisartsen hierbij, ondersteund door twee NHG-producten: het deskundigheidsbevorderings (DKB-)pakket 'Stoppen met roken' en het 'Stoppen met roken'-cahier (najaar 1995 aan alle huisartsen verstuurd).⁸

De MIS is de enige goed onderzochte, wetenschappelijk gefundeerde methodiek voor stoppen met roken die toepasbaar is in de huisartspraktijk, de effectiviteit van het huisartsgeneeskundig handelen ten aanzien van stoppen met roken vergroot, weinig belastend is voor de praktijkvoering, en door huisarts én assistente kan worden uitgevoerd. Toepassing van de MIS leidde in experimenten tot 15% stoppers na 1 jaar, tegenover 5% bij een stopadvies zonder hulpmiddelen.¹

Na twee jaar implementatie via nascholing wordt de MIS beperkt toegepast.³ Richtlijnen en nascholing blijken onvoldoende voor gedragsverandering. Preventie in de huisartspraktijk is vooral kansrijk bij geleidelijke invoering, in aansluiting op de bestaande infrastructuur en praktijkvoering, en met praktijkgerichte ondersteuning. Inpassing van de MIS in 'Preventie: maatwerk' is een essentiële stap naar mogelijke landelijke implementatie. Najaar 1997 start een experiment naar de haalbaarheid op (middel)grote schaal. Gecoördineerd vanuit LHV/NHG zullen in twee regionale huisartsenverenigingen (RHV's) een huisarts/projectleider en DHV-preventiemedewerker huisartspraktijken ondersteunen bij de toepassing van de MIS. De vakgroep Psychologie Twente voert een proces- en effectevaluatie uit op huisartspraktijk- en patiëntniveau.

Toekomst

Toepassing van de minimale interventiestrategie bij patiënten met een hoog risico sluit beter aan op de werkwijze van de huisarts. Waarschijnlijk levert dat een hoger rendement en een grotere motivatie van huisarts en patiënt op dan toepassing bij 'alle rokers', hetgeen de bredere toepassing van de MIS bevordert. •

drs. M.E. Pieterse,
gezondheidswetenschapper, vakgroep
Psychologie, Universiteit Twente

dr. J.H. Duistermaat,
huisarts, coördinator 'Stoppen met roken' bij
de LHV te Utrecht

dr. A.J.M. Drenthen,
socioloog, stafid Preventie van het NHG te
Utrecht

Literatuur

- Pieterse ME, Boekema AG, Mudde AN, Seydel ER, Vries H de. Stoppen met roken via de huisartspraktijk. Uitvoerbaarheid en effectiviteit van een eenvoudig interventieprogramma. Huisarts en Wetenschap 1992; 35 (9): 338-41.
- Pieterse ME, Dam K van. Implementatie van het nieuwe DKB-pakket Stoppen-met-roken: ervaringen in Drenthe. De Huisarts in Nederland 1995; 6 (3): 17-9.
- Pieterse ME, Seydel ER. Over roken gesproken: implementatie van de Minimale Interventie Strategie in de Nederlandse huisartspraktijk. Enschede: Universiteit Twente, Vakgroep Psychologie, maart 1997.
- Duistermaat JH. Huisartsen versluiert zijn gedrag bij rokende patiënten. De Huisarts, november 1996; nr. 11: 28-31.
- Berden BJJM, Drenthen TJM, Tielens VCL. Preventie door de huisarts. Wordt de kikker een prins? Medisch Contact 1992; 47 (23): 715-8.
- Drenthen AJM, Hoogen JPH van den. Preventie als aandachtsveld in de huisartspraktijk. Bijblijven 1995; 11, nr. 2: 6-15.
- Essen GA van, Bos JK. Programmatische grieppreventie ook in 1996 sterk verbeterd. De Huisarts in Nederland, februari 1997, 25-7.
- Pieterse ME, Dam K van, Veld CJ in 't, Helstoot RSM, NHG-DKB-Stoppen-met-roken-cahier. Nederlands Huisartsen Genootschap, afdeling Deskundigheidsbevordering, 1995.