

# Cursus ‘Starten met Stoppen!’

Cursus voor huisartsen en praktijkmedewerkers bij het implementeren van de vernieuwde NHG-Standaard Stoppen met roken. De cursus is ontwikkeld door het NHG en de Nederlandse Vereniging van Doktersassistenten.

## Draaiboek docenten

### Doelgroep

De training is bedoeld voor huisartsen, praktijkondersteuners en assistentes die in de praktijk effectief willen werken volgens de standaard Stoppen met roken.

### Doelstellingen

Doelen van de cursus zijn:

- De cursist weet wat tabaksverslaving is
- De cursist kent de interventies voor Stoppen met roken
- De cursist kan enkele interventies beter toepassen
- De cursist weet welke praktijkorganisatorische keuzes en randvoorwaarden nodig zijn om de standaard Stoppen met roken op een effectieve manier uit te voeren
- De cursist kent de manieren om ondersteuning hiervoor op een effectieve wijze in te zetten in de praktijk.

### Aantal deelnemers

Aan de training kunnen maximaal 18 personen deelnemen. (minimum is 12)

### Accrediteerbare uren

De training kan op onderstaande wijze uitgevoerd rekenen op 7 geaccrediteerde uren.

<b>Programma 'Starten met Stoppen!'</b>		
<b>Cursus voor huisarts en praktijkmedewerkers bij het implementeren van de NHG-behandelrichtlijn 2017 Stoppen met roken.</b>		
<b>Van 9:00 - 17:00 uur</b>		
09:00 - 11,00 uur	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Introductie (doel/programma)</li> <li>■ Warming-up</li> <li>■ Tabaksverslaving hoe zit het in elkaar</li> <li>■ Gedragsverandering</li> <li>■ Top-down oefening + nabespreking</li> </ul>	
<b>11:00 - 11:15 uur</b>	<b>Pauze</b>	<b>15 min</b>
11:15 – 12:30 uur	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Wat is motivatie – motiveren?</li> <li>■ Fragment uit DVD Motivational Interviewing bekijken</li> <li>■ Oefening - motivatie in kaart brengen</li> <li>■ Nabespreking</li> </ul>	
<b>12:30 - 13:00 uur</b>	<b>Lunchpauze</b>	<b>30 min</b>
13:00 – 14.35 uur	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Fragment uit DVD Motivational Interviewing bekijken</li> <li>■ Oefening Omgaan met trek</li> <li>■ Nabespreking</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Introductie Praktijkvoering</li> <li>■ Welke interventies worden al gebruikt?</li> </ul>	
<b>14:35 - 14:50 uur</b>	<b>Pauze</b>	<b>15 min</b>
14:50 – 17.00 uur	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Wat implementeren? Bespreken keuzes voor de praktijk (teams / subgroepen)</li> <li>■ Nabespreking Keuzes in de praktijk.</li> <li>■ Welke vragen zijn er nog?</li> <li>■ Ondersteuning voor de praktijk</li> <li>■ Nabespreking en evaluatie</li> <li>■ Afsluiting</li> </ul>	



# Draaiboek: Cursus Starten met Stoppen

09:00 - 09:10 uur

## ■ **Introductie (doel/programma)**

### ***Waarom deze training?***

Er is een herziene versie : de NHG-Behandelrichtlijn Stoppen met roken. Deze Standaard geeft richtlijnen voor diagnostiek en beleid die het mogelijk maken rokers op een effectieve en prettige manier te adviseren in en begeleiden bij stoppen met roken. Jaarlijks bezoekt 70% van de Nederlanders de huisarts. De huisartspraktijk is dus een prima plaats om te helpen met stoppen met roken. De huisarts kan dat niet alleen, maar ook praktijkondersteuner en/of -assistente worden daarbij ingeschakeld.

De NHG-Standaard borduurt voort op de MIS, maar erkent ook dat slechts 30 procent van de huisartsen deze methode in hun praktijk toepassen. Dat is wat weinig. In de NHG-Standaard Stoppen met roken worden interventies genoemd die ten dele in de MIS zijn verwerkt, maar ook ten dele nieuw zijn. Daarmee kunnen de deelnemers in deze cursus kennismaken.

Aangezien de gehele praktijk = het gehele team bij deze Standaard betrokken is, is deze cursus ontwikkeld door NHG en de Nederlandse Vereniging van Doktersassistenten samen. De implementatie van de standaard verloopt beter wanneer iedereen meewerkt en weet wat er van hem/haar verwacht wordt in dezen.

### ***Wat is het doel van deze training***

- weten wat tabaksverslaving is
- interventies kennen voor Stoppen met roken
- enkele interventies (beter) toepassen
- weten welke keuzes en randvoorwaarden in de praktijk nodig zijn om de standaard Stoppen met roken goed uit te voeren
- manieren weten om patiënten te ondersteunen.

### ***Toelichting programma***

## **PROGRAMMA**

- **Introductie**
- **Roken en tabaksverslaving**
- **Gedragsverandering**
- **Motiverende gesprekstechnieken**
- **Praktijkvoering**
- **Vragen**
- **Ondersteuning**



### ***Voorstelrondje*** \_

naam,  
functie,  
verwachting van de training

- Deelnemer Handouts > programma  
> deelnemerslijst > NHG

### — Waarom deze cursus?

- Er is een geactualiseerde richtlijn (2009)
- Uitvoering daarvan gebeurt door alle praktijkmedewerkers
- Voor ieder belangrijk te weten wat werkt bij motiveren
- Vergoeding in 2013



### — Doelen van deze cursus

#### De cursist

- weet wat tabaksverslaving is
- kent interventies voor stoppen met roken
- weet welke keuzes en randvoorwaarden in de praktijk nodig zijn om de standaard Stoppen met roken goed uit te voeren



### — NHG-Standaard

#### Uitgangspunten:

- Roken is een verslaving
- Veel mensen bezoeken de huisartsenpraktijk, dat is een prima plek om rokers te ondersteunen bij het stoppen.



09:10 – 09:20 uur

■ **Warming-up**

Neem een voorbeeld van een voornemen dat je niet hebt uitgevoerd. In tweetallen, bevrraag elkaar om de beurt.

**Huiswerk: onderstaand artikel is toegestuurd**

09:20 – 10.00 uur

■ **Tabaksverslaving hoe zit het in elkaar ( Verkort)**

*Bewerking van artikel van Trudi Tromp uit Knol Tabaksgebruik gevolgen en bestrijding hfst 15*

**Roken is een verslaving**

Tabak is een verslavend genotmiddel door de aanwezigheid van nicotine.<sup>1,20-23</sup> Nicotine heeft dezelfde effecten op het dopaminesysteem in de hersenen als andere verdovende middelen, zoals heroïne en cocaïne.<sup>24</sup> Met het juiste beloningssysteem werkt het als een stevige beloning.<sup>25</sup>

Verslaving aan nicotine ontstaat al in de eerste jaren dat tieners roken.<sup>26</sup> Een groot deel van het rookgedrag van volwassenen wordt gemotiveerd door een behoefte aan het in stand houden van een gewenst niveau van nicotine-inname, hetgeen leidt tot het verschijnen van nicotinetitratie of compenserend roken als reactie op verlaagde nicotinerendementen.<sup>27</sup> Mensen die worden behandeld voor verslaving aan heroïne, cocaïne of alcohol, vinden het net zo moeilijk om sigaretten op te geven als het andere verdovende middel waaraan ze verslaafd zijn.<sup>28</sup> De hinderlijke neveneffecten van nicotineontwenning vormen een belangrijke oorzaak van het mislukken van vele pogingen om te stoppen.<sup>29</sup>

Uit Tabaksgebruik gevolgen en bestrijding van Knol e.a. artikel van P.G. Tromp-Beelen en J.P. Weijers-Everhand hoofdstuk 15

In Nederland roken ongeveer 4 miljoen mensen. Geschat wordt dat daarvan 50 tot 92% verslaafd is aan roken van tabak. Afhankelijkheid van nicotine voldoet aan alle criteria van verslaving; het gebruik is dwangmatig, het kost moeite om te stoppen na chronisch gebruik en er is een grote kans op terugval. Uit jaarlijks peilingen van het TNS NIPO blijkt dat ongeveer de helft van alle rokers wil stoppen met roken. Ongeveer 25% van alle rokers doet ook daadwerkelijk een stoppoging, maar slechts 7% slaagt.

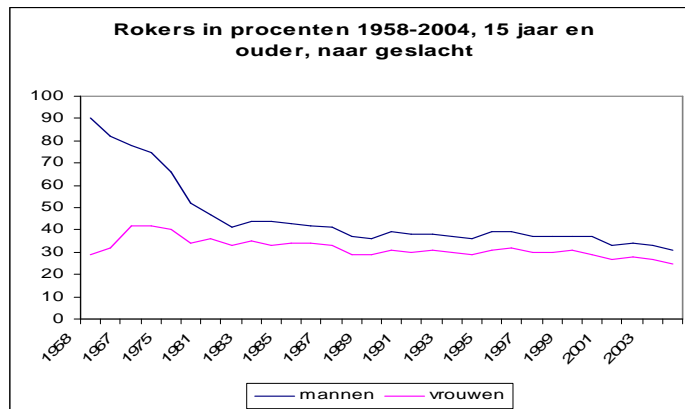
Tabaksrook bestaat uit duizenden verschillende stoffen, waaronder gassen en een zeer fijn verdeeld mengsel van teer (vaste en vloeibare stoffen). Nicotine is het centrale bestanddeel in de tabaksrook dat verslaving aan roken veroorzaakt en onderhoudt. Mogelijk worden in de toekomst, naast nicotine, nog andere verslavende stoffen in tabaksrook ontdekt. Nicotineverslaving is een complex samenspel van farmacologische, aangeleerde of geconditioneerde factoren, persoonlijke aanleg en sociale omstandigheden.

### Incidentie van verslavingen in Nederland, volgens DSM-IV

	Regulier gebruik	Verslaafden	Behandeling in verslavingszorg
Tabak	4.000.000	2.000.000	minimaal
Alcohol	10.000.000	280.000	30.000
Benzodiazepinen	500.000	250.000	minimaal
Heroïne	26.000	25.000	17.000
Cocaïne	?	>26.000*	6.000
Cannabis	400.000	?	4.000
XTC	40.000	?	300

\*waarvan ca. 20.000 heroïneverslaafden met secundair cocaïneverslaving  
Bron: Ree J van, Brink W van de. Verslavingen: een inleidend overzicht.

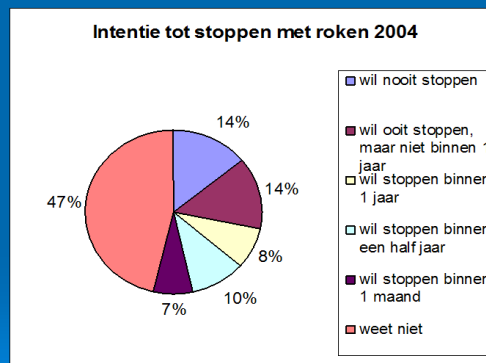
### — Rokers in Nederland (1958-2004)



Bron: Jaarverslag STIVORO, 2004



### Intentie tot stoppen



Bron: TNS NIPO 2004

Verslaving is een aandoening met biologische, psychologische en sociale componenten, Lange tijd werd de biologische kant ervan in bredere kring niet (h)erkend. In de publieke opinie was verslaving een probleem van slappelingen die hun gedrag niet onder controle kunnen krijgen. Tabaksverslaving wordt de laatste jaren, net als andere verslavingen, steeds meer beschouwd als een hersenaandoening met neiging tot chroniciteit, waarbij regelmatig terugval kan voorkomen. Dit heeft consequenties voor de wijze van behandeling.

## Roken als verslaving

### Definitie afhankelijkheid vlg. DSM -IV

In 12 maanden minimaal 3 punten van toepassing:

- Tolerantie – steeds meer nodig om effect te ervaren
- Onthoudingsverschijnselen na staking van het gebruik
- Gebruik in grotere hoeveelheid en/of langere duur dan plan
- De wens gebruik te minderen
- Kost steeds meer tijd (gebruik, herstel van de effecten, artsbezoek)
- Beïnvloedt sociale beroepsmatige vrije tijdsbestedingen
- Gebruik gecontinueerd ondanks druk van de omgeving en de wetenschap dat het gebruik problemen oplevert

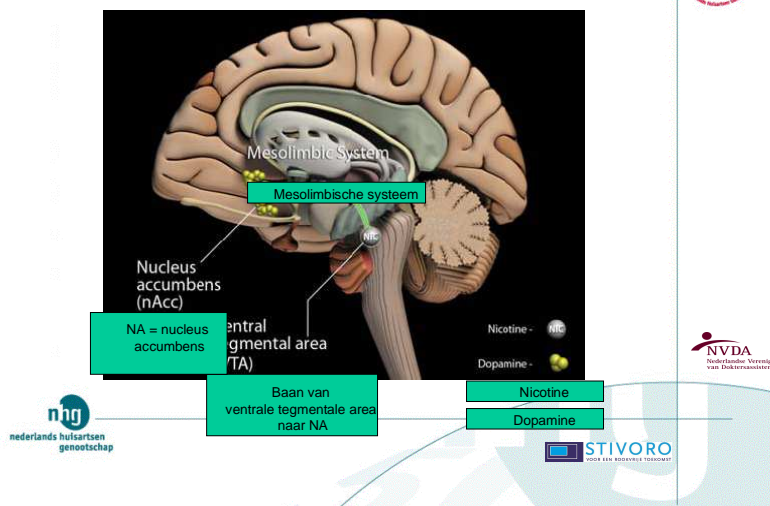


### Farmacologie van verslaving op receptorniveau in het brein

Alle bekende verslavende stoffen grijpen aan op het mesolimbische beloningssysteem in de hersenen, een systeem dat gedrag initieert en instandhoudt en dat essentieel is voor de overleving van individu en soort (bijvoorbeeld eten, seks en koesteren van het nageslacht) Dit systeem is bij alle zoogdieren aanwezig. Het betreft een baan van het ventrale tegmenale area (VTA) naar de nucleus accumbens (NAcc) met projecties naar het limbische systeem en orbitofrontale schors. De neurotransmitter dopamine speelt hierbij een belangrijke rol. De verslavende stoffen grijpen aan op dit dopaminerge beloningssysteem doordat ze de dopamineconcentratie op de receptor beïnvloeden.



## Nicotine in de hersenen binnen 10 sec.



Directe prikkeling van het beloningssysteem leidt tot gevoelens van euforie. Dit is een voorwaarde voor het ontwikkelen van een verslaving. Daarnaast is er door het herhaaldelijk toedienen van een verslavende stof ook sprake van neuroadaptatie. Er treedt een blijvende verandering op in de hersenen, zowel op moleculair, cellulair en structureel niveau als op functioneel niveau. Daardoor ontstaat craving (een sterke hunkering) naar de stof. Craving kan blijven bestaan, ook als men al lang met het gebruik van een stof is gestopt. Craving is nauw verbonden met het verschijnsel van terugval, het centrale begrip bij verslaving. Als gevolg van deze neuroadaptatie kunnen tolerantie en lichamelijke onthoudingsverschijnselen ontstaan.

Behalve farmacodynamische factoren spelen ook farmacokinetische factoren een rol bij het ontstaan van verslaving. Kort samengevat kan worden gesteld dat het verslavingsrisico van een middel groter is naarmate het sneller in de hersenen komt, de bloedspiegel van het middel sneller stijgt en de inwerking ervan korter is, zodat het vaker kan worden toegediend. Bij toediening van een middel via de longen is de spiegel in arterieel bloed, dat naar de hersenen gaat, tot tien keer hoger dan in veneus bloed. Bovendien worden de hersenen al na ongeveer zeven seconden bereikt. Dat is aanzienlijk sneller dan na intraveneuze injectie.

### — Verslavingsrisico's van de roker:

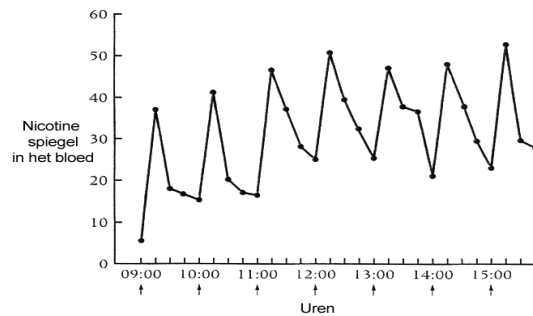
- Erfelijkheid – genetisch bepaalde gevoeligheid voor verslaving
- Psychiatrische stoornissen – in klinieken rookt min. 75% m.n. bij depressie, angststoornissen en schizofrenie
- Andere verslavingen – van de zware rokers heeft 30% een alcohol-probleem nu of in 't verleden. Van de alcoholisten rookt 80% en van drugsverslaafden 98%
- Sociale setting, "peergroup"
- Maatschappelijke gebruik
- Werk en opleiding (sociaal-economische status)

### Eigenschappen van nicotine en farmacokinetiek

Bij 20 sigaretten per dag neemt men minimaal 200 doses per dag tot zich. Een gemiddelde sigaret bevat 8 tot 9 mg nicotine. Hiervan neemt een gemiddelde roker 1 to 3 mg op. Iemand die één pakje per dag rookt, krijgt zo elke dag 20 tot 40 mg nicotine binnen. Het roken van "light" en "milde" sigaretten verlaagt de

nicotinespiegel niet. Om toch aan de nicotinebehoefte te voldoen, worden deze sigaretten sieper en frequenter geïnhaleerd (compenserend roken)

### Nicotinespiegel in het bloed



Uit A. Goldstein Addiction. De nicotinespiegel in het bloed na roken van één sigaret per uur. De bloedmonsters werden elke 15 minuten genomen. (Nicotinespiegel in ng/ml bloed).

nhg  
nederlands huisartsen  
genootschap

STIVORO

### Verslavingsrisico's van het middel:

- Sterk of zwak werkzaam
- Snelheid van werking en duur van de werking
- Doseringsfrequentie
- Tolerantie
- Wijze van gebruik (inhaleren, kauwen, slikken)
- Verkrijgbaarheid
- Kosten

nhg  
nederlands huisartsen  
genootschap

STIVORO

### Farmacodynamiek

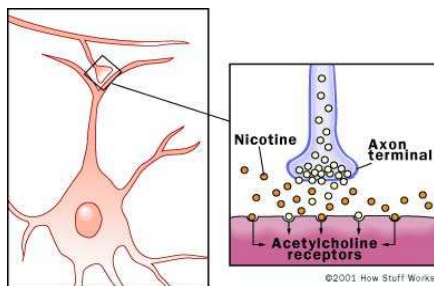
Dat nicotine, toegediend in de vorm van tabaksrook, zulke sterke verslavende eigenschappen heeft, is niet alleen het gevolg van de farmacokinetiek (snel en hoge concentratie in de hersenen, veel toedieningsmomenten) maar ook van de farmacodynamiek d.w.z veel aangrijpingspunten van deze sterke werkzame stof. Nicotine grijpt aan op de nicotine-acetylcholinereceptoren (nACh-receptoren), zowel in de hersenen als daarbuiten. Nicotine heeft stimulerende maar, in hogere doseringen ook dempende effecten.

De receptoren bevinden zich zowel op cellichamen, als op zenuweinden. Ze beïnvloeden de afgifte van verschillende neurotransmitters, zoals dopamine, noradrenaline, acetylcholine, serotonine, glutamaat, BABA, bèta-endorfine en andere.. Daarnaast bevordert nicotine de afgifte van groeihormoon, prolactine, vasopressine en adrenocorticotroop hormoon (ACTH)

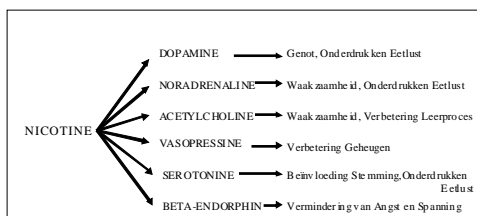
Benowitz heeft de activerende invloed van nicotine op verschillende receptorsystemen in een hypothetisch model samengevat, waarin elke neurotransmitter bijdraagt aan het belonende effect van nicotine.

(Benowitz NL> Nicotine addiction. Prim Care 1999;26:611 – 31)

## Nicotine stimuleert diverse neurotransmitters



## NICOTINE werking op het centraal zenuwstelsel



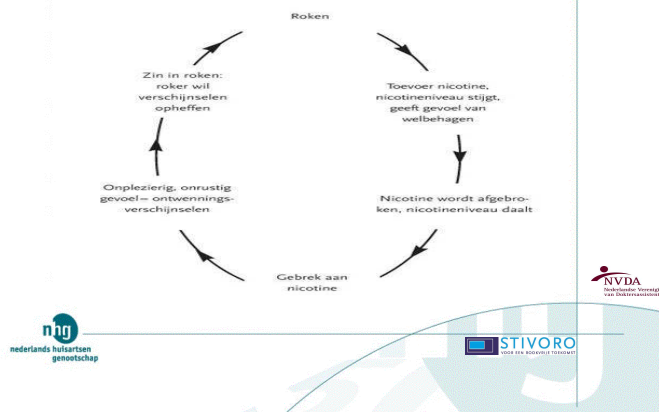
## Ontwenningverschijnselen

Bij langdurig gebruik van nicotine stellen receptoren zich er op in. Zij worden door de nicotine voortdurend "overgeactiveerd". Bij het staken van het gebruik zullen de hersenen zich opnieuw moeten instellen waardoor ontwenningverschijnselen kunnen optreden als:

- Prikkelbaarheid
- Gespannenheid
- Concentratieproblemen
- Rusteloosheid
- Toegenomen eetlust
- Somatische klachten
- Slaapstoornissen

Dat nicotine een verslavende stof is, blijkt duidelijk wanneer men de DSM IV toepast. Bij het langdurig roken van sigaretten is sprake van tolerantie, van onthoudingsverschijnselen en van doorgaan met roken, ondanks het feit dat men op de hoogte is van schadelijkheid en de wens heeft te stoppen. Nicotine heeft een aantal zeer plezierige, belonende effecten (reward) genoemd worden zowel stimulering, als ontspanning, verhoogd concentratievermogen

## Verslaving cirkel



## Klassieke conditionering

Voor de hond:

Situatie (rode lampje) > trek  
> eten (= de beloning)

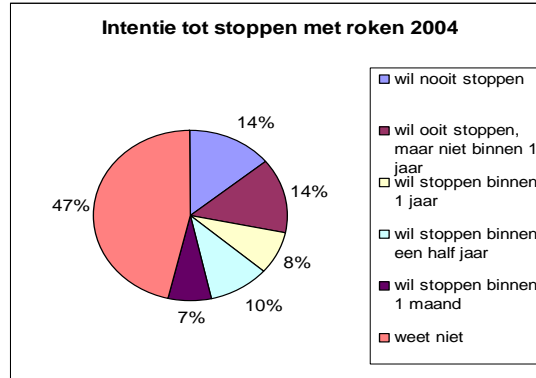


Voor de roker:

Situatie (feestje) > trek  
> roken (= de beloning)

Logos: nhg (nederlands huisartsen genootschap), NVDA (Nederlandse Vereniging van Dokter-assistenten), STIVORO (Stichting voor de Inhoud van de Rook)

## Intentie tot stoppen



Bron: TNS NIPO 2004



## Rokers in Nederland (2004)



Bron: TNS NIPO 2005



## Beleid: medicamenteus

1. Nicotinevervangende middelen
2. Bupropion
3. Nortryptiline
4. Varenicline



### Beleid: medicamenteus

\* Geen eerdere stoppogingen of <10 sig.  
pd: Nicotine vervangende middelen

\* Meerdere stoppogingen of > 10 pd

1. Bupropion
2. Nortryptiline
3. Varenicline



### Beleid: medicamenteus

#### Bupropion/Zyban

selectieve remmer van de heropname  
van norepinefrine en dopamine.

werkingsmechanisme onbekend.

Begindosering 150 mg 1\*/dag voor 2  
dagen; oplopend tot 150 mg 2\*/dag..



## Beleid: medicamenteus

### Nortryptiline

begindosering: 25 mg 1x per dag; elke drie dagen verhogen met 25 mg per dag, tot 75 mg per dag gedurende 6–12 wkn.

Uitsluipen is niet noodzakelijk.

Behandeling starten terwijl de patiënt rookt, stoppen met roken na 7–8 dagen



## Beleid: medicamenteus

Varenicline voorkomt dat nicotine mesolimbisch dopaminesysteem volledig kan activeren

Begindosering 0,5 mg 1x/dag voor 3 dagen; daarna 0,5 mg 2x/dag gedurende 4 dagen. Onderhoudsdosering 1 mg 2x/dag. Behandelduur 12 weken, in individuele gevallen 24 weken.



## ■ Gedragsverandering

# U moet het natuurlijk wel zélf doen.....

Een kennismaking met Motivational Interviewing



www.nhgscholing.nl

1

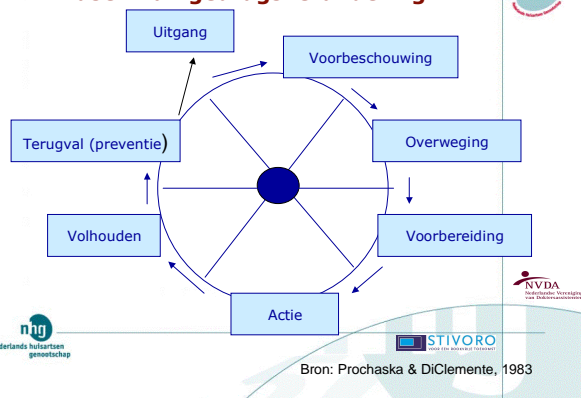
Over welke situaties/welke patienten hebben we het?

- *Stoppen met roken*
- *Minder drinken*
- *Afvallen*
- *Pillen (blijven) slikken*
- *Meer bewegen*
- .....



2

### Fasen van gedragsverandering



Bron: Prochaska & DiClemente, 1983

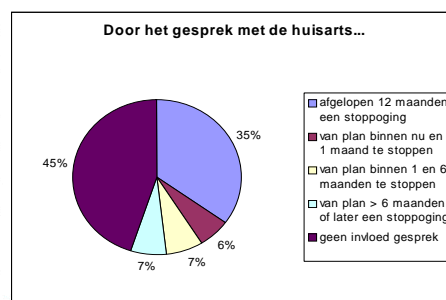


## Stoppen met roken verloopt in fasen

- Voorbeschouwing** - niet van plan om binnen 6 maanden te stoppen  
(niet goed geïnformeerd over de risico's of ontmoedigd door eerdere mislukte pogingen)
- Overweging** - wil binnen 6 maanden stoppen  
(langzaam bewust van voor- en nadelen van roken en van stoppen)
- Vorbereiding** - wil binnen 1 maand stoppen  
(besluit nemen en stopplan)
- Actie/volhouden** - stoppen met roken en volhouden
- Terugval (preventie)** - na een terugval, loopt men diverse fasen weer door; stoppen is een leerproces

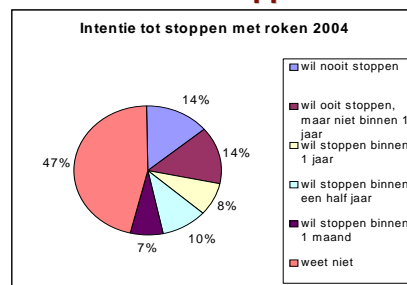
De fasen in het stopproces doorloopt iemand die wil stoppen met roken meestal onbewust. Ex-rokers geven wel aan dat zij er op een bepaald moment echt aan toe waren. Voor huisartsen is het belangrijk om de fasen te kennen, onder andere om een reële inschatting van het succes te kunnen maken. Niet iedereen komt meteen tot stoppen, maar een roker die niet van plan is te stoppen binnen 6 maanden en die opschuift naar het stadium van overwegen is, is in beweging gekomen. Huisartsen kunnen die verandering ook aan hun begeleiding toeschrijven.

### Rokers in Nederland (2004)



Bron: TNS NIPO 2005

### Intentie tot stoppen



Bron: TNS NIPO 2004

In de overwegingsfase is een roker bezig de balans verder op te maken. Voordelen van roken worden afgezet tegen voordelen van niet-roken. De

voordelen van niet-roken en dus van stoppen gaan zwaarder wegen. Een roker die aan het voorbereiden is, zal nagaan wat hem lastig lijkt aan stoppen. Toekomstige lastige situaties brengt hij hierbij in kaart en probeert hiervoor een oplossing of een strategie te bedenken. Als dit is gebeurd, kan het besluit om te stoppen worden genomen. Dit moet een duidelijk en vastberaden besluit zijn. In sommige besluiten wordt de mislukking al ingebouwd: 'Ik ga stoppen, maar het leven moet wel leuk blijven...'

De stopdag wordt gepland en de roker gaat over tot actie. In de actiefase is de stopper vooral bezig zijn voorbereiding in praktijk te brengen. Verschillende manieren kunnen hierbij behulpzaam zijn, bijvoorbeeld alle spullen die met rookwaar te maken hebben weggooiën of opruimen, de dagelijkse patronen iets veranderen waardoor de roker niet te veel aan roken wordt herinnerd, steun zoeken in de omgeving en door zichzelf te belonen voor het niet-roken.

De kans op terugval is aanwezig. Niet altijd lukt het in één keer om te stoppen met roken. De ervaring die is opgedaan toen het stoppen niet lukte, kan een volgend keer worden gebruikt bij de nieuwe voorbereiding. Vaak weten rokers ook precies aan te geven waar, wanneer en waarom het mis ging. Een stopper doet als het ware stopervaring op.

Er bestaat een onderscheid tussen echte terugval en een vergissing. Als iemand één of een halve sigaret een keer heeft gerookt, wil het nog niet zeggen dat alles verloren is. Als de redenen om te stoppen voor iemand nog overeind staan, kan hij het beste het moment als een vergissing beschouwen en kijken wat er nodig is om zich niet nogmaals te vergissen.

**Belangrijk concept bij gedragsverandering**

**Ambivalentie!**

Logos: nhg, NVDA, STIVORO

**Fasen van Gedragsverandering, motivatie en zelfcontrole**

**Motivatie** een van de centrale brandstoffen.

Het hebben van motivatie is niet een kwestie van de lichtknop aan of uitzetten? Het is een continuum

Er is motivatie nodig om tot de volgende fase over te gaan en om een bepaalde mate van **zelfcontrole** aan de dag te leggen.

Motivatie hangt samen met de **eigen-effectiviteit**: Hoe meer men zichzelf in staat acht de gedragsverandering aan te kunnen en alle ermee gepaard gaande hindernissen te nemen hoe groter de motivatie is om door te gaan.

## Herkent u dit?

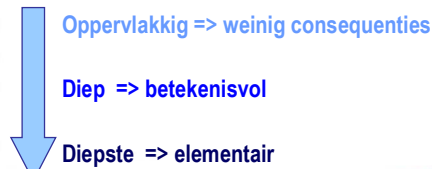
“Misschien zou ik er eens wat aan moeten doen. Ik maak me wel een beetje ongerust, maar ik denk dat ik er nog niet echt iets aan hoeft te doen. Trouwens, het is ook niet zó erg. Ik voel me op dit moment best gelukkig. Misschien een andere keer!”

nig  
nederlands huisartsen  
genootschap

STIVORO  
DIEPTE EN ONGERUSTHEID

NVDA  
Nederlandsche Vereniging  
voor Huisartsen

**Ambivalentie is een normale staat van menselijk bewustzijn. De meeste van ons zijn over de meeste dingen meestal ambivalent.**



nig  
nederlands huisartsen  
genootschap

STIVORO  
DIEPTE EN ONGERUSTHEID

NVDA  
Nederlandsche Vereniging  
voor Huisartsen

## Herkent u dit?

- Ik weet dat roken slecht voor mijn gezondheid is, maar ja, wat is er tegenwoordig nou nog wel goed voor je ?
- Ik moet stoppen met roken volgens mijn arts, maar ik zie er enorm tegenop
- Mijn collega's staan in de pauze lekker buiten te puffen; ik doe niet meer mee
- Ik ben nu bezig met stoppen met roken, en daarom ga ik voorlopig niet naar een feestje
- Ik ben al tig keer gestopt met roken, maar kan het niet volhouden, daarom heb ik het opgegeven
- Ik krijg complimenten dat ik niet meer rook
- Ik ben bang dat het toch niet meer zo gezellig is als ik niet meer rook en ik mijn vrienden kwijt zal raken

nig  
nederlands huisartsen  
genootschap

STIVORO  
DIEPTE EN ONGERUSTHEID

NVDA  
Nederlandsche Vereniging  
voor Huisartsen

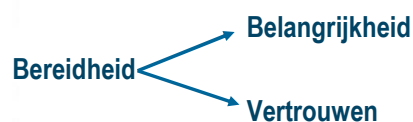
## Barrières bij huisartsen

Opvatting	Door % huisartsen	N studies
▪ Gesprek kost te veel tijd	42	6
▪ Gesprek is niet effectief	38	11
▪ Niet voldoende vaardigheden voor gesprek	22	12
▪ Slechte ervaringen met gesprek SMR	18	2
▪ Niet voldoende kennis voor gesprek	16	3
▪ Gesprek is inbreuk privacy patiënt	5	2
▪ Gesprek hoort niet tot professionele taak	5	2
▪ Niet gepast: spreken over roken	3	4

## Motiveren tot leefstijlverandering

- *Hoe vaak geeft u een advies gericht op een actieve en gezonde leefstijl?*
- *Hoe vaak zou u dat eigenlijk 'moeten' doen?*
- *Hoe belangrijk vindt u het om dergelijke adviezen te geven?*
- *Hoeveel vertrouwen hebt u in het effect van zo'n advies?*

## Belangrijke dimensies



--	--

## ■ Top down oefening + nabespreking

### Vb 1. eigen gewoonte of 2. patient voorbeeld

#### 1.

##### Opdracht:

1. Welk ongezonde gedrag of slechte gewoonte kent u van u zelf?

OF

2. Neem een patientenvoorbeeld

Adviseer en overtuig uw buur (eventueel in de rol van patient) van de noodzaak dit ongezonde gedrag te veranderen...



- Leg uit waarom de ander moet veranderen
- Benadruk hoe belangrijk jij het vindt dat de ander zijn gedrag verandert
- Geef zoveel mogelijk concrete voordelen van gedragsverandering
- Corrigeer alle foute uitspraken van de ander
- Geef advies over hoe de ander 't kan gaan aanpakken
- Bedenk tegenargumenten tegen bezwaren van de ander



##### Welke reacties (van de patient) herkent u?

- 'Ja, maar..'uitspraken
- In discussie gaan
- Ter discussie stellen van de hulpverlener
- Onderbreken van de hulpverlener
- Ontkennen van het probleem
- Negeren van uitspraken van hulpverlener
- Ontwijkende/vage antwoorden geven
- Gelijk geven



#### 2.

Bij het motiveren van mensen tot gedragsverandering kun je allerlei technieken en instrumenten inzetten als huisarts / praktijkmedewerker. Meestal neemt dit de vorm aan van "advies geven en met de patiënt bespreken wat hij moet doen". De uitnodiging is om in kleine groepjes (3-5) met elkaar de volgende situatie te oefenen.

(Situatie: patiënt met longproblemen, arts/POH geeft leefstijladviezen)

Speel kort de volgende situatie uit:

**Arts / Praktijkondersteuner:**

De longpatiënt waarvan u weet dat hij al jaren rookt komt voor controle bij u. Hij geeft aan de laatste tijd meer last van benauwdheid te hebben. De verhoogde dosis medicijnen die u voorgeschreven heeft lijkt niet te helpen.

U ziet in zijn borstzak een pakje sigaretten zitten. U gaat het gesprek aan... volgens de top down benadering.

Let op wat uw benadering voor effect op de patiënt en u heeft.

---

**Patiënt** (59 jaar, afgekeurd metaalbewerker) U heeft de laatste tijd ondanks de extra medicijnen meer last van benauwdheid. U maakt zich daar zorgen over. U heeft zich voorgenomen dat te bespreken bij het controle bezoek bij de arts / praktijkondersteuner.

U rookt al jaren meer dan een pakje per dag. Ergens zou u wel willen stoppen met roken maar u zou niet weten hoe. U bent al eens een keer, zonder dat iemand het wist gestopt, maar dat viel u zo zwaar dat u maar weer bent gaan roken. U heeft het er maar niet meer over.

Let op wat de benadering van de arts / POH met u doet. Voelt u zich gehoord en begrepen? Heeft u zin om over stoppen met roken na te denken?

---

**Observator**

Let op wat er verbaal en non-verbaal tussen de arts / POH en patiënt gebeurt.

Welke reacties van de patiënt op wat de arts zegt, observeer je?

Wat riep het meeste weerstand op bij de patiënt. Hoe denk je dat dat kwam?

**Kenmerken "top-down" benadering:**

- Voorwaardelijke acceptatie,
- Niet luisteren,
- Slechte timing
- Negatieve zelfconfrontatie,
- Oplossingen opdringen,
- Dwingend adviseren,
- Bangmakerij over verslaving,
- Benadrukken schadelijkheid

## Weerstand

vermindert naarmate zorgen erkend worden en mogelijkheden van de patiënt zichtbaar worden



19

Nabespreken met behulp van onderstaande dia's. Eerst kort inventariseren hoe de patiënt zich gevoeld heeft in de 'top-down'-oefening. Daarna de volgende dia's doornemen. Ging het zo?:

### Een illustratie

De arts: attitude van betrokken confrontatie

De patiënt: defensief

Voordelen van verandering

Nadelen van niet veranderen



Nadelen van verandering

Voordelen van volharden



nederlands huisartsen genootschap



NVDA

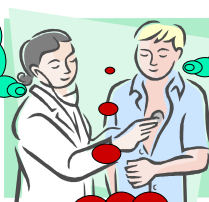


STIVORO

### Confrontatie van attitudes

Ik weet wat goed voor je is, dus verwacht ik dat je doet wat ik zeg

Je begrijpt mij kennelijk niet. Ik doe wat ik zelf wil



Dit schiet niet op hier, maar dat is niet mijn schuld!



nederlands huisartsen genootschap



NVDA

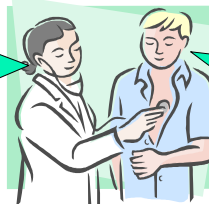


STIVORO

### ..maar waar gaat de strijd eigenlijk over?

Verandering in het tempo dat ik verkies

Verandering in het tempo dat ik verkies



nederlands huisartsen genootschap

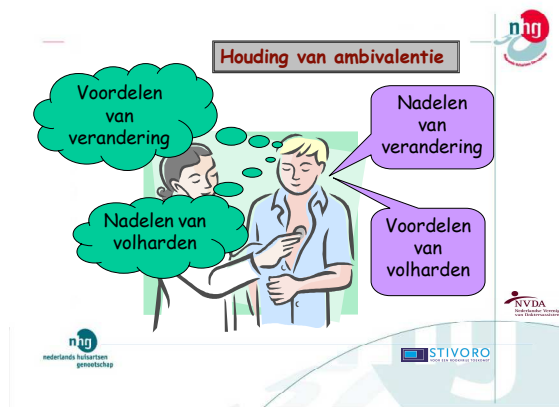


NVDA



STIVORO





### Veelal ...

- neemt de arts aan dat de patiënt erg gemotiveerd is zijn gedrag te veranderen, omdat hij een ziekte of aandoening heeft,
- probeert hij de patiënt met zijn expertise te overtuigen,
- suggereert hij onmiddellijke actie, vanuit zijn oprechte betrokkenheid,
- laat hij zijn frustratie en teleurstelling blijken als dat niet lukt,
- waardeert hij niet de allereerste veranderingen die reeds waarneembaar zijn.

### Vervolgens ...

- gaat de patiënt zich defensief gedragen en andere vormen van weerstand vertonen
- gaat hij denken dat de dokter hem en zijn worsteling niet begrijpt,
- gaat hij minder gemotiveerd de deur uit dan toen hij binnen kwam:

**Het slechtst mogelijke resultaat!**

**Vraag:** waarom gaat het zo vaak verkeerd?

**Antwoord:** omdat het praten over verandering uit de verkeerde mond komt!

Na de pauze gaan we verder kijken hoe het ook zou kunnen en wat 'motiverende gesprekstechnieken' nu inhouden.

**11:00 11:15 uur**

**Pauze**

## ■ Wat is motivatie – motiveren?

### Definitie Motivational Interviewing

“Motivational interviewing is een patiëntgerichte, directieve methode om de intrinsieke motivatie tot verandering te bevorderen door middel van het exploreren en oplossen van ambivalentie”



nederlands huisartsen  
genootschap

STIVORO



NVDA  
Nederlandsche Vereniging  
van Huisartsen

### Uitgangspunten Motiverende gespreksvoering

**Overtuigen** is geen effectieve strategie om iemand te motiveren zijn ambivalentie ten aanzien van zijn rookgedrag te laten oplossen



nederlands huisartsen  
genootschap

STIVORO



NVDA  
Nederlandsche Vereniging  
van Huisartsen

### Uitgangspunten Motiverende gespreksvoering

De bereidheid tot gedragsverandering is niet een vaststaande eigenschap van de patiënt, maar een **wisselende uitkomst** van de interactie tussen patiënt en huisarts / hulpverlener



nederlands huisartsen  
genootschap

STIVORO



NVDA  
Nederlandsche Vereniging  
van Huisartsen

### Uitgangspunten Motiverende gespreksvoering

De huisarts / praktijkmedewerker **stimuleert** dat de patiënt zélf zijn ambivalentie ten aanzien van zijn rookgedrag uitdrukt en zélf op zoek gaat naar oplossingen



nederlands huisartsen  
genootschap

STIVORO



NVDA  
Nederlandsche Vereniging  
van Huisartsen

## Uitgangspunten Motiverende gespreksvoering

Er is een **gelijkwaardige verhouding** nodig tussen huisarts en patiënt



## De uitdaging

Hoe kun je je kennis, vaardigheden en ervaring inzetten om de patiënt te gidsen naar een helpende conclusie – zonder al te openlijk te gaan overtuigen in de richting van gedragsverandering ?

**Goede bedoelingen  
alleen zijn zelden  
voldoende**



## Hoe dan wel?

- Onderwerpen in begeleiding
- Hoeveel contactmomenten en hoeveel minuten per keer
- Gesprekstechnieken: MI



## Hoeveel contactmomenten?

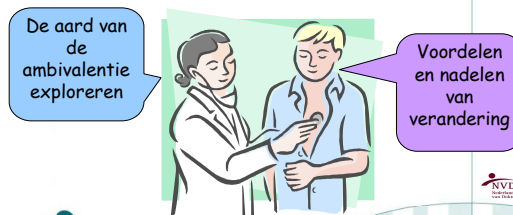
Onderzoek toont aan dat:

- 1. de combinatie van begeleiding en medicatie het meest effectief is
- 2. begeleiding effectiever is naarmate er meer contactmomenten zijn

### Houding van ambivalentie



### Neutrale en nieuwsgierige houding



## Motiverende gespreksvoering

- Ontwikkeld in verslavingszorg
- Een methode om de patiënt te 'gidsen' in de richting van een gedragsverandering
- Basishouding: empathie en respect voor alles wat de patiënt inbrengt



39

## Uitgangspunt

- Motivatie ontstaat of wordt versterkt in het gesprek



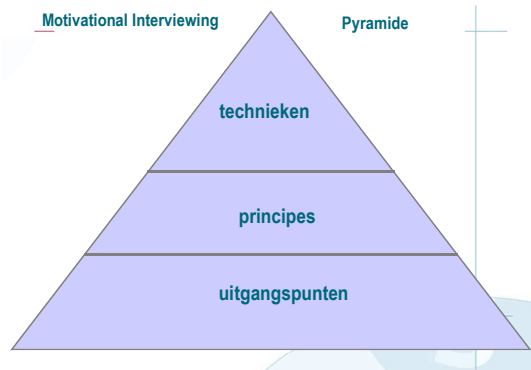
## Principes

- *onvoorwaardelijke acceptatie* en
- *constructieve zelfconfrontatie*



Motivational Interviewing

Pyramide



## Motiverende gespreksvoering

### Principes:

- Empathie tonen
- Eigen-effectiviteit versterken
- Weerstand beschouwen als positieve krachtbron
- Discrepantie (cognitieve dissonantie) oproepen



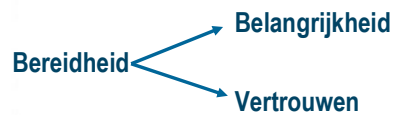
## Motiverende gespreksvoering

### Gesprekstechnieken:

- Actief luisteren
- Reflecteren van inhoud
- Reflecteren van emotie(s)
- Reflecteren van tegenstelling / conflicterende uitspraken
- Samenvatten en confronteren
- Scaling en doorvragen op wat er al is



## Belangrijke dimensies



## Scaling van dimensies

### Belangrijkheid



### Vertrouwen



## — Gesprekstechnieken

- Open vragen stellen
- Reflecteren
  - emotie
  - inhoud
- Samenvatten
- Meebewegen met weerstand
- Schaalvragen
- Uitlokken van verandertaal



45

## — Techniek 1 Open vragen

- Hoe vervelend zijn deze klachten voor u?
- Wat vind u van de suggestie dat uw klachten roken te maken kunnen hebben?
- Wat lijkt u moeilijk aan stoppen met roken?
- Vindt u dat u beter zou kunnen stoppen?
- Wat vindt u prettig aan roken?
- Wilt u stoppen met roken?
- In welke situaties is het moeilijk voor u niet te roken?
- Zou uw partner of zouden uw kinderen blij dat u nu niet meer rookt?



## — Techniek 2 Reflecties

- “U zegt dat ik verslaafd ben, maar dat kan niet kloppen. Ik kan elk moment stoppen als het moet.”  
*“U bent van mening dat het kunnen stoppen betekent dat u niet verslaafd bent.”*
- “Ik ben niet degene met een probleem. Als ik rook is het omdat ik zoveel stress heb.”  
*“U hebt het idee dat uw roken te maken heeft met de stress in uw leven.”*





### Versterkte reflectie

- “Ik kan niet veranderen, ook al zou ik willen.”  
*“U ziet geen manier waarop het u zou lukken om te veranderen, ook al wilt u wel.”*
- “Ik kan niet zomaar stoppen. Wat zouden mijn vrienden denken?”  
*“Het zou überhaupt wel eens moeilijk voor u kunnen zijn om te stoppen.”*
- “Mijn opa is 90 geworden en rookte 2 pakjes per dag.”  
*“U hebt niks om u zorgen over te maken. Enorme hoeveelheden sigaretten kunnen bij u helemaal geen kwaad.”*



### Dubbelzijdige reflectie

- “Ik rook helemaal niet meer dan mijn vrienden. Wat is er mis met een sigaretje om te ontspannen?”  
*“Ik begrijp dat dit erg verwarrend voor u is. Aan de ene kant hebt u me verteld dat u bezorgd bent over uw klachten. Aan de andere kant hebben uw vrienden geen klachten van het roken, waarom zou dat dan bij u wel het geval zijn.”*
- “U zult wel vinden dat ik zou moeten stoppen met roken, maar dat doe ik dus mooi niet!”  
*“Aan de éne kant wilt u stoppen en tegelijkertijd moet u er niet aan denken om het te missen.”*



### Oefening

Reflecties gebruik je o.a. bij weerstandsreacties van de patiënt.  
Bedenk in tweetallen welke reflectie je zou kunnen geven bij de volgende uitspraken:



- “Mijn roken valt reuze mee, anderen roken veel meer.”
- “Ik ben hier omdat het moet van mijn bedrijfsarts. Ik zie er zelf het nut niet van in.”
- “Ik heb geen problemen. Mijn vrouw vindt dat ik een probleem heb.”



11:30 – 11:50 uur

- Fragment uit DVD Motivational Interviewing bekijken + bespreken  
Fragment uit 3<sup>e</sup> sessie afspelen, waarin de motivatie in kaart wordt gebracht en gevraagd naar vertrouwen en naar belangrijkheid.

Training voor Coaches (TvC) 1e blok, 1e dag sheet 5.5.3

**Kijkopdracht voorbeeldgesprek op DVD met 5 fragmenten**

**Kijkopdracht:**

- Wat zie en hoor je de coach doen en zeggen in het interview om te motiveren
- Wat zie en hoor je de coach niet doen en zeggen in het interview om te motiveren
- Welke gespreksvaardigheden zet de coach zoal in?
- Welk effect hebben ze op de cliënt
- Welke fasen van gedragsverandering herken je?

**Discussie**

- Hoeveel procent gebruik je al?
- Wat zou je kunnen toepassen in je eigen praktijk?

STIVORO

11:50– 12:20 uur

- Oefening - Motivatie in kaart brengen  
Deze oefening kun je beschouwen als een praktische uitwerking van wat in de NHG-standaard een 'korte ondersteunende interventie' genoemd wordt.  
De oefening gaat in tweetallen. Ieder krijgt 10 minuten om dit te oefenen.

### Oefening Motivatie in kaart brengen

**Situatie:** gesprek over het voornemen om te stoppen

**Startvraag:** Ik zou nog eens met jou wat preciezer je motivatie in kaart brengen om te stoppen.

**Instructie:**

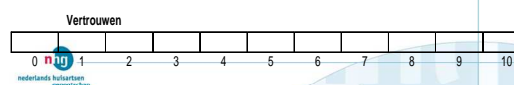
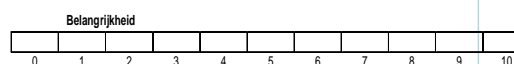
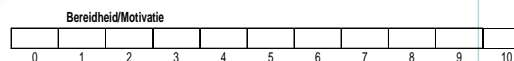
- Vraag naar hoe belangrijk het stoppen met roken voor deze persoon is (schaal 0 – 10) en vraag door naar waar dat cijfer op gebaseerd is.
- Vraag naar de mate van vertrouwen die de patiënt heeft dat hij daadwerkelijk zal kunnen stoppen (schaal 0 – 10) en vraag door naar waar dat cijfer op gebaseerd is.

  
nederlands huisartsen  
genootschap

  
STIVORO  
HET HUIS VAN DE GENEESKUNDE

12:20 – 12:30 uur

### De meetlat van belang en vertrouwen



53

### Schaalvragen:

- Wat maakt dat je jezelf al op 2/3/6 zet en niet lager?
- Hoe is het je gelukt om van 0 naar 1/3/6 te komen?
- Hoe zou het eruit zien op één cijfer hoger?
- Wat heb je nodig om van die 4 een 5 te maken?
- Hoe kan je het aanpakken om één treetje hoger te komen?



### Verandering van gedrag

- *Wat hebt u al geprobeerd om hier verandering in aan te brengen?*
- *Wat hielp?*
- *Wat absoluut niet?*



### VERANDERTAAL (TOEGESPITST OP ROKEN)

- **PATIËNT PRAAT OVER:**
  - DE NADELEN VAN DE VERSLAVING
  - DE VOORDELEN VAN HET GESTOPT ZULLEN ZIJN
  - HET CONCRETISEREN VAN EEN STOPPOGING
  - DE EIGEN INSCHATTING VAN DE KANS, DAT HET GAAT LUKKEN



## Verandertaal

- ALS HULPVERLENER:
  - LOK JE VERANDERTAAL UIT DOOR AANDACHTIG TE LUISTEREN EN GOEDE OPEN VRAGEN TE STELLEN
  - LAAT JE ALS JE HET HOORT DE PATIËNT HIER MEER OVER ZEGGEN (SAMENVATTEN, EMPATHIE TONEN, DOORVRAGEN)



## WANNEER ZIT JE GOED?

- JE VOELT JE PRETTIG EN VERBONDEN MET DE PATIENT
- PATIENT SPREEKT IN DE RICHTING VAN VERANDERING



## ■ Oefening verandertaal ( over patient of eigen voorbeeld)

### Uitlokken verandertaal: oefening

- Geef cijfer 0-10 aan minder belangrijk werkaspect
- Tweetallen: interviewer en geïnterviewde
- Interviewer lokt verandertaal uit
- Op einde gesprek geeft geïnterviewde opnieuw een cijfer
- Interview duurt 8 minuten, daarna nabespreking en wisselen



### ■ Nabespreking

**12:30 -13:00 uur**

**Lunchpauze**

13:00 – 13:40 uur	<p>■ Fragment uit DVD Motivational Interviewing bekijken + bespreken</p> <p>Gaat om fragment uit sessie 5 over het nadenken over de situatie waarin je trek kunt krijgen. De interviewer laat vooral de patiënt zelf nadenken en vult niet in. Dáár gaat het om, het is een illustratie dát en hoe dit kan.</p>
13:40 – 14:00 uur	<p>■ Oefening Omgaan met trek</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Deelnemer Handout</li> </ul> <p>— <b>Oefening Praten over omgaan met trek</b> </p> <p><b>Situatie:</b> Gesprek over omgaan met trek</p> <p><b>Startvraag:</b> U zult de komende tijd best wel eens trek in een rokertje krijgen. Hoe wilt u daarmee omgaan?</p> <p><b>Instructie:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Probeer de voor de patiënt lastige aspecten goed in beeld te brengen.</li> <li>• Beëindig het gesprek als er 4 ideeën zijn om in het omgaan met trek anders te handelen.</li> <li>• Beschouw "weet ik niet" als een signaal dat de patiënt aan het nadenken is.</li> </ul> 
14:00 – 14:10 uur	<p>■ Nabespreking</p>

## ■ Introductie Praktijkvoering



De Standaard geeft richtlijnen voor diagnostiek en beleid die het mogelijk maken rokers op een effectieve en prettige manier te adviseren in en begeleiden bij stoppen met roken. Jaarlijks bezoekt 70% van de Nederlanders de huisarts. De huisartspraktijk is dus prima plaats om te helpen met stoppen met roken.

Die huisarts hoeft dat echter niet alleen te doen. Sterker nog, het welslagen van het beleid rond Stoppen met roken hangt samen met wat de huisarts kan delegeren. Het welslagen van het beleid rond 'Stoppen met roken' staat of valt in de praktijk met de manier waarop het voor iedere medewerker ook leeft in zijn of haar dagelijkse werkzaamheden. Het is dus belangrijk dat alle praktijkmedewerkers bijvoorbeeld weten dat hetgeen zij zelf hierin doen, niet even later weer teniet gedaan wordt door een ander – meestal onbewust en onbedoeld. Het vergroot het vertrouwen van alle medewerkers juist wanneer zij van elkaar weten dat anderen de eigen werkwijze ondersteunen en dat de verschillende bijdragen elkaar versterken.

Om deze elkaar versterkende krachten wakker te maken, is het volgende onderdeel bedoeld.

### Programma

1. NHG-Standaard Stoppen met roken:
2. Welke acties?
3. Ondersteunende middelen
4. Hoe brengt u dat in praktijk?

### PRAKTIJKORGANISATIE



- De huisarts brengt de rookstatus in kaart,
- adviseert te stoppen
- en biedt hulp bij het stoppen aan.



STIVORO

### PRAKTIJKORGANISATIE



- CBO-Richtlijn: stoppen met roken-beleid door de gehele praktijk
- NHG-Standaard borduurt voort op de (H-) MIS



STIVORO

### PRAKTIJKORGANISATIE



- Rookstatus noteren bij spreekuurbezoekers
- Eenmalig stopadvies
- Vertellen wat de praktijk kan bieden
- Naar motivatie vragen
- Gemotiveerd => intensieve ondersteunende interventie
- Overweger => korte motivatieverhogende interventie
- Ongemotiveerd => in volgend contact terugkomen op stoppen met roken



STIVORO

### PRAKTIJKORGANISATIE



Rookstatus vooral van belang bij:

- Aan roken gerelateerde klacht of aandoening
- Ouders van kinderen met luchtwegproblematiek
- Vrouwen die hormonale anticonceptie (gaan) gebruiken
- Zwangeren en hun partners
- Een aan roken gerelateerde ingrijpende diagnose
- Operatie
- 22 NHG-Standaarden



STIVORO



## PRAKTIJKORGANISATIE



Eventueel uit te breiden met:

- alle nieuwe inschrijvers
- alle rokers



nederlands huisartsen  
genootschap



NVDA  
Nederlandse Vereniging  
van Huisartsen



STIVORO  
Stops met Roken

De NHG-Standaard borduurt voort op de MIS, maar erkent ook dat slechts 30 procent van de huisartsen deze methode in hun praktijk toepassen. Dat is wat weinig. In de NHG-Standaard Stoppen met roken worden interventies genoemd die ten dele in de MIS zijn verwerkt, maar ook ten dele nieuw zijn. Deze kunnen in de huisartspraktijk geïmplementeerd worden.

- de 'rookstatus' noteren in het HIS
- iedere roker die het spreekuur bezoekt, een eenmalig stopadvies geven
- motivatie om te stoppen vaststellen
- rokers die gemotiveerd zijn om te stoppen, een intensieve ondersteunende interventie aanbieden
- eventueel niet-gemotiveerden een korte motivatieverhogende interventie aanbieden.

Misschien zijn er praktijken waar dit of andere dingen al plaatsvinden. Welke?

## Conclusie: welke acties?

1. Eenmalig stopadvies
2. Vertellen wat de praktijk kan bieden
3. Naar motivatie vragen
4. Gemotiveerd => intensieve ondersteunende interventie
5. Overweger => korte motivatieverhogende interventie
6. Rookstatus noteren bij spreekuurbezoekers
7. Ongemotiveerd => in volgend contact terugkomen op stoppen met roken



nederlands huisartsen  
genootschap



NVDA  
Nederlandse Vereniging  
van Huisartsen



STIVORO  
Stops met Roken

## Kwaliteitsregister Stoppen met roken

Geeft aan welke begeleiding evidence based is  
Steeds meer hanteren zorgverzekeraars het  
Kwaliteitsregister als voorwaarde voor vergoeding.

[www.kwaliteitsregisterstopmetroken.nl](http://www.kwaliteitsregisterstopmetroken.nl)



nederlands huisartsen  
genootschap



NVDA  
Nederlandse Vereniging  
van Huisartsen



STIVORO  
Stops met Roken

## Nationaal Expertisecentrum Tabaksontmoediging

Deel van de taken van STIVORO

Start per 1 januari 2013

[www.rokeninfo.nl](http://www.rokeninfo.nl)

<http://stivoro.nl/tabaksontmoediging/stoppen-met-roken/hulp-voor-rokers/>



10

<http://stivoro.nl/>

### Hulp voor rokers

Wilt u informatie over stoppen met roken? Wilt u hulp bij stoppen met roken?

Er zijn verschillende soorten ondersteuning bij het stoppen-met-roken, bijvoorbeeld advies van een deskundige of een gesprek met iemand die u begeleidt. Ook kunnen middelen als nicotinevervangers of medicijnen op recept helpen. Iedereen is anders. De hulp die het beste past verschilt tussen mensen. Hulp vergroot de kans op succesvol stoppen. Stoppen met roken wordt vergoed door de zorgverzekering.

In de folder 'Hulp nodig bij het stoppen met roken' vindt u meer informatie voor rokers over hulp bij het stoppen.

Voor informatie en advies over stoppen met roken kunt u ook terecht bij het Trimbos-Instituut via [www.rokeninfo.nl](http://www.rokeninfo.nl) of telefoonnummer 0900-1995 (€ 0,10 pm)



## Praktijkorganisatie

### Vragen:

- Welke interventies gaat u uitvoeren in de praktijk? Wie gaat wat doen?
- Wie is de doelgroep: rokers met klachten, alle rokers, nieuwe inschrijvingen?
- Werk aan de hand van een verbeteringsplan (zie cursusmap)
- Wat heeft u nodig om dit uit te voeren?



### ■ Welke interventies worden al gebruikt?

Roept u maar!

14:35 – 14:50 u

**Pauze**

14:50 – 15:50 u

■ **Wat implementeren? Bespreken keuzes voor de praktijk (teams / subgroepen)**

15:50- 16.20 u	<p>De deelnemers wordt gevraagd met de praktijkteams bij elkaar te gaan zitten en de volgende vragen met elkaar te bespreken. De groepjes hebben daar 40 minuten de tijd voor. Aan het einde van deze 40 minuten heeft elk groepje een begin gemaakt met een implementatieplan voor de praktijk en een goed beeld van welke randvoorwaarden nodig zijn om het te laten slagen.</p> <p>De vragen zijn:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Hoe gaat het aanbod t.b.v. Stoppen met roken vanuit onze praktijk zijn? Welke interventies willen we gaan uitvoeren? Wie gaat dan welke interventies uitvoeren? Wat is daarvoor nodig?</li> <li>■ Richten we onze interventies alleen op rokers met klachten of op alle rokers, of op alle nieuwe inschrijvingen? Hoe gaat die boodschap hen bereiken?</li> <li>■ Hoe gaan we rookgedrag van patiënten in het medisch dossier opnemen? Hoe houden we dat actueel? Noteert alleen de huisarts dat? Of ook praktijkondersteuners? Ook de assistenten?</li> <li>■ Welke patiënteninformatie over stoppen met roken hebben we in onze praktijk? Is deze nog actueel? Wie geeft deze informatie op welke moment aan welke patiënten? Zijn de afspraken hierover voldoende of kan er iets daarin verbeteren?</li> <li>■ Wat is voor jezelf een aandachtspunt op dit onderwerp ( HA, POH) en wat heb je zelf nodig om MI te gaan implementeren?</li> </ul> <p>■ <b>Plenaire terugrapportage</b></p> <p>De groepen vertellen elkaar welke voornemens zij gemaakt hebben en hoe zij dit gaan invoeren.</p> <p>■ <b>Terugkoppeling: welke vragen zijn er?</b></p>
----------------	--

16:20 – 16.30 u	<p>■ <b>Ondersteuning voor de praktijk</b></p> <p>Welke ondersteuning biedt STIVORO? (advies, begeleiding, behandeling (Kortdurend advies, H- MIS, Telefonische Coaching, Persoonlijke Coaching/Pakje Kans?))</p>
-----------------	---

16.30- 17.00 u

## ONDERSTEUNING

Kortdurend stopadvies

Patiënt gaat naar: [www.rokeninfo.nl](http://www.rokeninfo.nl)

H-MIS bij:

- gerichte hulpvraag
- behoefte aan begeleiding
- vraag over hulpmiddelen
- = 3 kortdurende stopadviezen



STIVORO

NVDA

## ONDERSTEUNING

- CD-Rom
- materialen
- werkwijze (incl. filmfragmenten):
  - kortdurend stopadvies
  - motiverende gespreksvoering
- bereik
- site
- literatuur



STIVORO

NVDA

### ■ Nabespreking en evaluatie

Evaluatieformulieren invullen en kort bespreken wat als meest positieve is bijgebleven en wat wellicht anders kan in de training.

### ■ Afsluiting

met veel dank aan de inzet van iedereen!