

Wie kiest er voor PAS?

Ciska Hoving, Eline Suzanne Smit en Hein de Vries

Samenvatting

Inleiding Met het programma Persoonlijk Advies bij het Stoppen met roken (PAS) kun je je patiënten goed helpen bij stoppen met roken: PAS is bewezen (kosten-) effectief. Toch gebruikten praktijkondersteuners dit onlineadvies-op-maatprogramma vaak niet, en het was onduidelijk waarom. Daarom hebben we twee kleinschalige onderzoeken gedaan om redenen van adoptie (start gebruik PAS, n = 139) en implementatie (blijvend gebruik PAS, n = 56) van PAS onder praktijkondersteuners te achterhalen.

Methoden In beide onderzoeken vroegen we praktijkondersteuners en nurse practitioners om onlinevragenlijsten in te vullen met vijf onderdelen: (1) persoonlijke kenmerken, (2) kenmerken van de huisartsenpraktijk, (3) voor- en nadelen van het gebruik van PAS (attitude), (4) de mening (norm) en acties (ondersteuning) van collega's en patiënten (samen sociale invloed) en (5) geloof in eigen kunnen om PAS te gebruiken (eigen-effectiviteit).

Resultaten Slechts een minderheid van deelnemers (38-39%) wilde PAS adopteren of implementeren. Praktijkondersteuners die positiever over PAS dachten en door anderen gesteund werden om PAS te gebruiken, kozen vaker voor adoptie en implementatie van PAS.

Beschouwing De adoptie en implementatie van PAS zijn nog niet optimaal. Om te zorgen dat praktijkondersteuners PAS op grotere schaal gaan gebruiken, lijkt het in elk geval nodig om hen te laten zien welke positieve ervaringen en resultaten andere praktijkondersteuners hebben behaald, en ook dat patiënten uit hun eigen praktijk daadwerkelijk geïnteresseerd zijn in PAS.

Inleiding

Ondanks de ernstige gezondheidsrisico's rookt nog altijd 23% van de Nederlandse volwassenen.¹ Stoppen met roken kan een enorme gezondheidswinst voor de roker opleveren, ook als je patiënt al jarenlang rookt of een zware roker is.² Uit onderzoek blijkt dat veel rokers op eigen houtje proberen te stoppen met roken,³ maar ook dat stoppogingen zonder ondersteuning en advies minder vaak lukken dan met die steun.^{4,5} Het is dus belangrijk om rokers goede stoppen-met-rokenprogramma's te bieden. Er zijn verschillende soorten programma's die rokers

kunnen helpen om te stoppen met roken. Een voorbeeld daarvan zijn advies-op-maatprogramma's via internet.⁶ Deelnemers aan deze programma's ontvangen een persoonlijk advies aan de hand van informatie die zij zelf via een vragenlijst hebben gegeven. Onze onderzoeksgroep Gezondheidscommunicatie ontwikkelde zo'n onlineadvies-op-maatprogramma en noemde het PAS: Persoonlijk Advies bij het Stoppen met roken (voor een uitgebreidere beschrijving van PAS, zie het artikel in *Tijdschrift voor praktijkondersteuning* van oktober 2012).⁷ Voordelen van zo'n programma zijn dat grote groepen rokers tegen relatief lage kosten een persoonlijk advies krijgen en het programma altijd toegankelijk is voor de roker, ongeacht het tijdstip.

PAS is kosteneffectief;^{8,9} het is dus zinvol om het gebruik van PAS verder te stimuleren. Maar dan moet de patiënt wel toegang krijgen tot het programma, bijvoorbeeld via praktijkondersteuners of nurse practitioners. Praktijkondersteuners kunnen het gebruik van PAS bevorderen omdat zij vaak toch al adviezen over leefstijl geven aan hun patiënten. Daarom is het zinvol te kijken naar wat voor praktijkondersteuners redenen zijn om PAS wel of niet aan hun rokers in hun praktijk aan te bieden. Daarom hebben wij twee onderzoeken gedaan om de redenen ('determinan-

Belangrijke begrippen in dit artikel

Adoptie = het besluit om te beginnen met het aanbieden van PAS aan patiënten.

- ▶ Adopter = praktijkondersteuner die besluit om PAS aan patiënten aan te bieden.
- ▶ Non-adopter = praktijkondersteuner die besluit om PAS niet aan te bieden.

Implementatie = het besluit om PAS aan patiënten te blijven aanbieden.

- ▶ Implementer = praktijkondersteuner die besluit om PAS aan patiënten te blijven aanbieden.
- ▶ Non-implementer = praktijkondersteuner die besluit om PAS niet aan patiënten te blijven aanbieden.

Wat is bekend?

- ▶ Onlineadvies-op-maatprogramma's zijn effectieve en kosteneffectieve hulpmiddelen bij het stoppen met roken. Onze onderzoeksgroep Gezondheidscommunicatie ontwikkelde zo'n programma: Persoonlijk Advies bij het Stoppen met roken (PAS).
- ▶ Praktijkondersteuners verkeren in een goede positie om veel rokers PAS aan te bieden, maar kunnen verschillende redenen hebben om PAS wel of niet te gebruiken.

Wat is nieuw?

- ▶ Praktijkondersteuners die meer voordelen en minder nadelen zagen van PAS waren ook eerder geïnteresseerd in adoptie (start gebruik) en implementatie (voortzetting gebruik) van PAS in hun praktijk.
- ▶ Praktijkondersteuners van wie collega's of patiënten meenden dat PAS aan rokers aangeboden zou moeten worden (norm) waren ook vaker geïnteresseerd in adoptie.
- ▶ Praktijkondersteuners die geïnteresseerd waren in implementatie van PAS rapporteerden vaker dat ze verwachtten positieve reacties op PAS te zullen krijgen van patiënten en collega's.
- ▶ Deze resultaten onderstrepen nog eens het belang van leefstijlprogramma's die goed aansluiten bij de wensen en behoeften van praktijkondersteuners.

ten') van adoptie (het besluit om te beginnen met gebruik van PAS) en implementatie (het besluit om PAS te blijven gebruiken) in kaart te brengen.

Methoden

Procedure

In 2009 hebben 13 Nederlandse belangenorganisaties en beroepsverenigingen voor praktijkondersteuners en nurse practitioners hun leden benaderd om een eenmalige onlinevragenlijst in te vullen over PAS: in hoeverre stonden praktijkondersteuners open voor adoptie van PAS? Verder informeerden we praktijkondersteuners via e-mails, een PAS-website en een sociale-netwerkgroep op Hyves voor praktijkondersteuners. Geïnteresseerde praktijkondersteuners en nurse practitioners werkzaam in een Nederlandse huisartsenpraktijk konden via een hyperlink de onlinevragenlijst openen en invullen. Naast vragen

over de adoptie van PAS werd in deze vragenlijst ook gevraagd of zij zouden willen meedoen met een groter onderzoek naar het effect van PAS op stoppen met roken in de huisartsenpraktijk. Uiteindelijk deden 91 huisartsenpraktijken aan dit onderzoek mee. Na afloop van het onderzoek naar het effect van PAS in 2010 vroegen we deelnemers om opnieuw een onlinevragenlijst in te vullen, dit keer over hun ervaringen met PAS en hun bereidheid om PAS te blijven aanbieden aan hun rokende patiënten (implementatie).

Meetinstrumenten

Vragenlijsten voor onze onderzoeken waren gebaseerd op eerder ontwikkelde vragenlijsten die in soortgelijk onderzoek zijn gebruikt^{10,11} en op het I-Changemodel.¹² Het I-Changemodel presenteert een overzicht van de belangrijkste determinanten van gedrag. Wij gebruikten de volgende determinanten: (1) persoonlijke kenmerken (zoals geslacht, leeftijd, functie, eigen rookstatus en werkervaring), (2) kenmerken van de huisartsenpraktijk waar de praktijkondersteuner werkt (locatie en grootte praktijk), (3) voor- en nadelen van het gebruik van PAS (attitude), (4) de mening (norm) en acties (ondersteuning) van belangrijke sociale groepen zoals collega's en patiënten (samen sociale invloed) en (5) geloof in eigen kunnen om PAS te gebruiken (eigen-effectiviteit).

Adoptie van PAS werd gemeten door deelnemers te vragen of ze van plan waren om PAS te gaan gebruiken. Praktijkondersteuners werden op basis van hun antwoord ingedeeld als adopter (het antwoord was 'ja' of 'waarschijnlijk wel') of non-adopter (het antwoord was 'nee', 'waarschijnlijk niet' of 'misschien').

Implementatie van PAS werd gemeten door deelnemers te vragen of ze van plan waren om PAS te blijven gebruiken. Praktijkondersteuners werden op basis van hun antwoord ingedeeld als implementer (het antwoord was 'ja' of 'waarschijnlijk wel') of non-implementer (het antwoord was 'nee', 'waarschijnlijk niet' of 'misschien').

Statistische analyses

Alle analyses werden uitgevoerd met het programma SPSS (Statistical Package for the Social Sciences). Ten eerste hebben we bekeken wat de kenmerken waren van de praktijkondersteuners die de vragenlijst over adoptie respectievelijk implementatie volledig hadden ingevuld. Ten tweede keken we of adopters en non-adopters van elkaar verschilden op demografische en praktijkkenmerken, attitude, sociale invloed en eigen-effectiviteit. Deze analyses herhaalden we daarna om implementers en non-implementers met elkaar te vergelijken.

Resultaten

Deelnemers aan de onderzoeken

In totaal ontvingen we 139 volledig ingevulde vragenlijsten over adoptie van PAS; 54 praktijkondersteuners (39%) werden als adopters ingedeeld. Na deelname aan het gerandomiseerde onderzoek naar het effect van PAS in de huisartsenpraktijk vulden 56 praktijkondersteuners de onlinevragenlijst over PAS-implementatie volledig in; 21 waren implementers (38%). Meer informatie over de kenmerken van beide groepen praktijkondersteuners, voor zover bekend, staat in tabel 1 vermeld. Je ziet bijvoorbeeld een hoog gemiddelde bij 'Attitude tegenover stoppen-met-rokenvoorlichting': dit betekent dat deelnemers het eens waren met de stelling dat stoppen-met-rokenvoorlichting tot hun takenpakket behoort. Een lager gemiddelde bij 'Sociale ondersteuning PAS' laat juist zien dat deelnemers minder overtuigd waren van

steun die ze van collega's of patiënten konden verwachten. Over het algemeen kunnen we zeggen dat praktijkondersteuners positief waren over stoppen-met-rokenvoorlichting en PAS.

Determinanten

Resultaten laten zien dat adopters meer voordelen en minder nadelen zagen van het gebruik van PAS (attitude). Praktijkondersteuners van wie collega's of patiënten meenden dat PAS aan rokers aangeboden zou moeten worden (norm) waren ook vaker geïnteresseerd in adoptie. Implementers zagen ook meer voordelen van PAS in vergelijking met non-implementers. De mate van verwachte steun van patiënten was een verklarende factor voor implementatie van PAS. Praktijkondersteuners die meer succes hadden gehad bij het werven van rokende patiënten voor het PAS-effectonderzoek, waren ook vaker implementers. Deze resultaten zijn samengevat in tabel 2.

Tabel 1 Kenmerken van de deelnemende praktijkondersteuners

Kenmerk	Subgroep	Adoptieonderzoek (139 deelnemers)	Implementatieonderzoek (56 deelnemers)
Vrouwen (%)	-	97%	niet gemeten
Praktijklocatie (%)	Stad	43%	niet gemeten
	Verstedelijk platteland	17%	niet gemeten
	Platteland	40%	niet gemeten
Huidige roker (%)	-	1%	7%
Gemiddeld aantal uren per week werkzaam	-	21 uren	niet gemeten
Collega's in de praktijk (gemiddelde)	Huisartsen	4	niet gemeten
	Praktijkondersteuners	1	niet gemeten
	Praktijkassistenten	3	niet gemeten
Geregistreerde patiënten bij de praktijk (gemiddelde)	-	3253	niet gemeten
Bereid tot adoptie van PAS	-	39%	niet gemeten
Bereid tot verdere implementatie van PAS	-	niet gemeten	38%
Attitude tegenover stoppen-met-rokenvoorlichting (gemiddelde)	-	4,78 [#]	niet gemeten
Attitude tegenover PAS (gemiddelde)	-	3,47 [#]	3,11 [#]
Sociale invloed op stoppen-met-rokenvoorlichting (gemiddelde)	-	4,47 [#]	niet gemeten
Sociale invloed van collega's (gemiddelde)	-	niet gemeten	2,71 [#]
Sociale invloed van patiënten (gemiddelde)	-	niet gemeten	2,71 [#]
Sociale norm over PAS (gemiddelde)	-	3,97 [#]	niet gemeten
Sociale ondersteuning van PAS (gemiddelde)	-	2,98 [#]	niet gemeten
Eigen-effectiviteit (gemiddelde)	-	3,88 [#]	3,44 [#]

antwoordschaal 1-5.

niet gemeten: dit gegeven is niet gemeten in dit onderzoek

Tabel 2 Determinanten die adoptie en implementatie van PAS bepalen

Determinant	Oddsratio	Betrouwbaarheids-interval
Adoptie		
Beroepsgroep (praktijkondersteuner of nurse practitioner)	2,33	0,86-6,35
Tevredenheid met huidige stoppen-met-rokenactiviteiten	0,66	0,36-1,21
Attitude tegenover stoppen-met-rokenvoorlichting	0,50	0,13-1,96
Attitude tegenover PAS	38,91***	7,40-204,78
Sociale invloed stoppen-met-rokenvoorlichting	0,95	0,40-2,23
Sociale norm PAS	3,27***	1,51-7,07
Sociale ondersteuning PAS	0,56	0,17-1,82
Eigen-effectiviteit PAS (in hoeverre je jezelf competent acht om met PAS te werken)	1,04	0,40-2,68
Implementatie		
Gebruik van stoppen-met-rokenrichtlijnen in de praktijk	14,79	0,75-290,04
Aantal patiënten uit de praktijk dat heeft deelgenomen aan het PAS-effectonderzoek (wervingssucces)	1,27*	1,06-1,52
Attitude tegenover gebruik PAS	19,43*	1,78-212,13
Sociale invloed collega's op gebruik PAS	0,83	0,29-2,41
Sociale invloed patiënten op gebruik PAS	6,26*	1,12-34,85
Eigen-effectiviteit PAS	1,11	0,40-3,08

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

p (p-waarde) = maat voor de waarschijnlijkheid dat een onderzoeksresultaat is ontstaan door een toeval. De p -waarde ligt tussen 0 en 1; een veel gebruikt afkappunt is 0,05.

Een p -waarde van 0,05 betekent dat er maar 5% kans is dat dit effect door toeval kan zijn ontstaan. De rol van toeval is dan verwaarloosbaar.

oddsratio = de verhouding in kans op een bepaalde uitkomst. Bijvoorbeeld: de verhouding tussen de kans dat praktijkondersteuners met een meer positieve attitude bereid zijn om tot adoptie van PAS over te gaan in vergelijking met dezelfde kans voor praktijkondersteuners met een minder positieve attitude.

betrouwbaarheidsinterval: in onderzoek kun je zelden een gehele groep onderzoeken (bijvoorbeeld alle praktijkondersteuners in Nederland). Meestal onderzoek je een deel van de groep; je neemt een steekproef. Het betrouwbaarheidsinterval geeft aan binnen welke grenzen de waarden (in dit geval oddsratio's) in de gehele groep waarschijnlijk liggen

Beschouwing

Belangrijkste resultaten

Het doel van onze twee onderzoeken was om determinanten te vinden van adoptie en implementatie van PAS door praktijkondersteuners in Nederlandse huisartsenpraktijken. We gebruikten hierbij determinanten uit het I-Change model. In beide onderzoeken was een minderheid (38-39%) van de deelnemende praktijkondersteuners geïnteresseerd in adoptie of implementatie van PAS. Door gesprekken met praktijkondersteuners weten we dat dit deels ook aan de timing van ons aanbod lag (bijvoorbeeld doordat een praktijk verhuist, of verbouwd wordt, een praktijkondersteuner van praktijk wisselt, of tegelijkertijd meedoet met een ander onderzoeksproject), maar dat hier ook meer constante bedenkingen aan ten grondslag liggen. Juist hierom is het belangrijk om de verschillen te achterhalen tussen praktijkondersteuners die PAS wel of niet willen adopteren en implementeren. Als we erachter kunnen komen wat hun argumenten zijn om PAS niet te

adopteren of te implementeren, kunnen we die argumenten misschien ontkrachten of wegnemen.

De resultaten laten zien dat de kans op zowel adoptie als implementatie groter is als de praktijkondersteuner meer overtuigd is van de voordelen van PAS en weinig nadelen ziet, net als in eerder onderzoek.¹⁰ Dit onderstreept nog eens het belang van leefstijlprogramma's die goed aansluiten bij de wensen en behoeften van praktijkondersteuners. Extra onderzoek naar de voor- en nadelen die de meeste invloed hebben gehad op de beslissing om PAS wel of niet te adopteren en/of te implementeren kan ons helpen bij het ontwikkelen van nieuwe materialen ter ondersteuning van het gebruik van PAS. Bijvoorbeeld het aanbieden van specifiek wervingsmateriaal, toepassingstrainingen (zoals advies-op-maat en e-learning-modules) en integratie in patiënteninformatieregistratie (zoals een behandelcode en prompts over PAS in elektronische dossiers).

Daarnaast bleken de reacties van belangrijke sociale groepen zeer belangrijk te zijn bij de keuze om PAS te (blijven) gebruiken. Het is mogelijk dat het relatief

negatieve oordeel van de non-adopters en non-implementers in onze onderzoeken niet helemaal overeenkomt met de daadwerkelijke ervaringen van collega-praktijkondersteuners en patiënten in hun praktijk. Door praktijkondersteuners beter te informeren over de positieve ervaringen en resultaten die collega's hebben behaald met PAS en daadwerkelijke interesse in PAS van patiënten uit hun praktijk, kunnen we laten zien dat het gebruik van PAS haalbaar en zinvol is. Deze informatie kan uiteraard ook door de praktijkondersteuner zelf gebruikt worden om huisartsen of collega's binnen en buiten de praktijk te overtuigen van het nut van PAS.

Eigen-effectiviteit, ofwel het vertrouwen in eigen kunnen, bleek geen rol te spelen bij de beslissing om PAS te adopteren of te implementeren. Vrijwel alle praktijkondersteuners hadden er veel vertrouwen in PAS te kunnen gebruiken in hun dagelijkse praktijk. Dit wijst erop dat PAS gezien werd als een programma dat goed aansluit bij de aanwezige capaciteiten van de praktijkondersteuner.

Beperkingen

De belangrijkste beperking van onze twee onderzoeken is de relatief kleine steekproefgrootte: terwijl er in Nederland 3700-4700 praktijkondersteuners werkzaam zijn,¹⁵ hebben we slechts respectievelijk 139 en 56 individuele praktijkondersteuners in onze onderzoeken kunnen betrekken. Dit maakt het moeilijk om conclusies te trekken voor alle Nederlandse praktijkondersteuners. Daarbij: als je als praktijkondersteuner meedoet aan een onderzoek naar PAS, is de kans groot dat je geïnteresseerd bent in het gebruik van PAS. Als onze deelnemers al relatief zelden bereid waren om PAS te gebruiken, zal die bereidheid in de totale groep Nederlandse praktijkondersteuners niet hoger zijn. We hebben dus zeker nog genoeg werk te doen om PAS op grote schaal in de dagelijkse praktijk van de praktijkondersteuner te introduceren en te integreren.

Conclusies

We kunnen verschillende lessen trekken uit onze resultaten. Ten eerste zagen praktijkondersteuners PAS als een programma dat goed aansluit bij de bij al aanwezige capaciteiten. Dit is positief en vormt een goed vertrekpunt voor een uitgebreidere adoptie en implementatie van PAS. Echter, de huidige animo voor adoptie en implementatie van PAS was beperkt: slechts een minderheid van de ondervraagde praktijkondersteuners wilde PAS (blijven) gebruiken. Om het gebruik door praktijkondersteuners te verbeteren, kunnen positieve ervaringen van collega-praktijkon-

dersteuners en patiënten die PAS gebruikt hebben onder praktijkondersteuners verspreid worden. Praktijkondersteuners krijgen dan de mogelijkheid PAS eens uit te proberen voordat ze definitief besluiten dit programma te adopteren en te implementeren.

Nieuw onderzoek

Het PAS-onderzoeksproject is in oktober 2012 afgerond. Op dit moment is PAS niet beschikbaar voor geïnteresseerde huisartsenpraktijken, omdat we de lessen die we uit dit project getrokken hebben, eerst in het programma PAS willen verwerken.

Maar in januari 2014 zijn we begonnen met een nieuw vierjarig onderzoeksproject, opnieuw gefinancierd door KWF Kankerbestrijding, dat tot doel heeft de implementatie te verbeteren van de STIMEDIC-richtlijn voor stoppen-met-roken-ondersteuning door praktijkondersteuners. De technologie achter het PAS-programma, een computergestuurd advies-opmaat, zal dit keer gebruikt worden om praktijkondersteuners zelf te ondersteunen bij stoppen-met-roken-advisering aan hun patiënten. Dit is het eerste project waarin de technologie van computergestuurd advies op maat ingezet wordt om zorgverleners te ondersteunen bij de implementatie van stoppen-met-roken-ondersteuning in hun praktijk.

Opnieuw willen we dit programma graag samen met praktijkondersteuners ontwikkelen, zodat het zo goed mogelijk aansluit bij jullie wensen en behoeften. Voor meer informatie over dit project of om je aan te melden voor de projectnieuwsbrief, kun je contact opnemen met de projectleider, Ciska Hoving (c.hoving@maastrichtuniversity.nl).

Dank

De auteurs willen de betrokken praktijkondersteuners bedanken voor hun deelname aan de onderzoeken.

Literatuurlijst

- 1 Centraal Bureau voor de Statistiek. Leefstijl, preventief onderzoek; persoonskenmerken. Den Haag; CBS, 2013. <http://statline.cbs.nl>.
- 2 Taylor Jr DH, Hasselblad V, Henley SJ, Thun MJ, Sloan FA. Benefits of Smoking Cessation for Longevity. *Am J Public Health* 2002;92:990-6.
- 3 Borland R, Li L, Driezen P, Wilson N, Hammond D, Thompson ME, et al. Cessation assistance reported by smokers in 15 countries participating in the International Tobacco Control (ITC) policy evaluation surveys. *Addiction* 2012;107:197-205.
- 4 Cahill K, Stevens S, Perera R, Lancaster T. Pharmacological interventions for smoking cessation: An overview and network meta-analysis. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;5:CD009329.
- 5 Rice VH, Stead LF. Nursing interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2008;8:CD001188.
- 6 Krebs P, Prochaska JO, Rossi JS. A meta-analysis of computer-tailored interventions for health behavior change. *Prev Med* 2010;51:214-21.

- 7 Smit ES, Hoving C, Cox VCM, De Vries H. Praktijkondersteuners bereiken de gemotiveerde rokers. Tijdschrift voor Praktijkondersteuning 2012;5:118-24.
- 8 Smit ES, De Vries H, Hoving C. Effectiveness of a Web-based multiple tailored smoking cessation program: A randomized controlled trial among Dutch adult smokers. J Med Internet Res 2012;14:e82.
- 9 Smit ES, Evers SM, De Vries H, Hoving C. Cost-effectiveness and cost-utility of Internet-based computer tailoring for smoking cessation. J Med Internet Res 2013;15:e57.
- 10 Hoving C, Mudde AN, De Vries H. Intention to adopt a smoking cessation expert system within a self-selected sample of Dutch general practitioners. Eur J Cancer Prev 2006;15:82-6.
- 11 Hoving EF, Mudde AN, De Vries H. Intention to implement a smoking cessation expert system in Dutch general practice. Health Education 2007;107:307-15.
- 12 De Vries H, Mudde A, Leijts I, Charlton A, Vartiainen E, Buijs G, et al. The European Smoking prevention Framework Approach (EFSA): an example of integral prevention. Health Educ Res 2003;18:611-26.
- 13 Segaar D, Bolman C, Willemsen MC, De Vries H. Determinants of adoption of cognitive behavioral interventions in a hospital setting: Example of a minimal-contact smoking cessation intervention for cardiology wards. Patient Educ Couns 2006;61:262-71.
- 14 Salinas GD, Williamson JC, Kalhan R, Thomashow B, Scheckermann JL, Walsh J, et al. Barriers to adherence to chronic obstructive pulmonary disease guidelines by primary care physicians. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis 2011;6:171-9.
- 15 Heiligers PJM, Noordman J, Korevaar JC, Dorsman S, Hingstman L, Van Dulmen AM, et al. Kennisvraag: praktijkondersteuners in de huisartspraktijk (POH's) klaar voor de toekomst? Utrecht: NIVEL, 2012.

Auteursgegevens

Maastricht University/CAPHRI School for Public Health and Primary Care, Postbus 616, 6200 MD Maastricht: dr. Ciska Hoving, universitair docent Gezondheidscommunicatie in de Gezondheidszorg; dr. Eline Suzanne Smit, postdoctoraal onderzoeker, en prof.dr. Hein de Vries, hoogleraar Gezondheidscommunicatie.
Correspondentie: c.hoving@maastrichtuniversity.nl.
Mogelijke belangenverstrengeling: geen gemeld.

Dit onderzoek is gefinancierd door een subsidie van KWF Kankerbestrijding [UM 2007-3834].

Dit artikel is gebaseerd op twee artikelen:

- Leitlein L, Smit ES, De Vries H, Hoving C. Factors influencing Dutch practice nurses' intention to adopt the new smoking cessation intervention PAS. J Adv Nurs 2012;10:2185-94.
- Smit ES, De Vries H, Hoving C. Determinants of Dutch practice nurses' intention to implement a web-based multiple tailored smoking cessation intervention in the general practice setting. J Adv Nurs 2013;69:2665-74.

Reageren?

Uw mening is belangrijk voor ons. Vragen of opmerkingen? Laat het ons weten via tpo@nhg.org of of via twitter <https://twitter.com/TPOnhg>.

INTERMEZZO

Ondertussen in H&W 6

Naast de NHG-Standaard Slecht-horendheid staat het preventieconsult in dit nummer centraal.

Preventieconsult

(Wijkgebonden) preventie is nuttig omdat het bijdraagt aan een betere gezondheid. Helaas gaat de implementatie hiervan traag doordat er geen structurele financiering is en er geen samenwerking met andere partijen geregeld is. Het PreventieConsult Cardio-

metabool Risico past binnen de Toekomstvisie huisartsenzorg 2022 van de LHV en het NHG. De implementatie van preventie en vroegopsporing van cardiometabole aandoeningen is nog controversieel, schrijven Hollander en anderen in hun commentaar. Zij beschrijven de voor- en tegens van grootschalige implementatie. Blanker stelt in zijn commentaar dat er geen bewijs is dat het preventieconsult effectief is.

Voorspellen op het spreekuur

Inschatten hoe groot de kans op (ernstige) ziekte is, vormt een essentieel onderdeel van het werk van de huisarts. Dit kan met diagnostisch predictieonderzoek, al zijn niet alle predictie-instrumenten hiervoor geschikt. De anamnese en lichamelijk onderzoek blijven van groot belang. Ook moeten alle patiënten in een predictieonderzoek een referentietest hebben gehad.