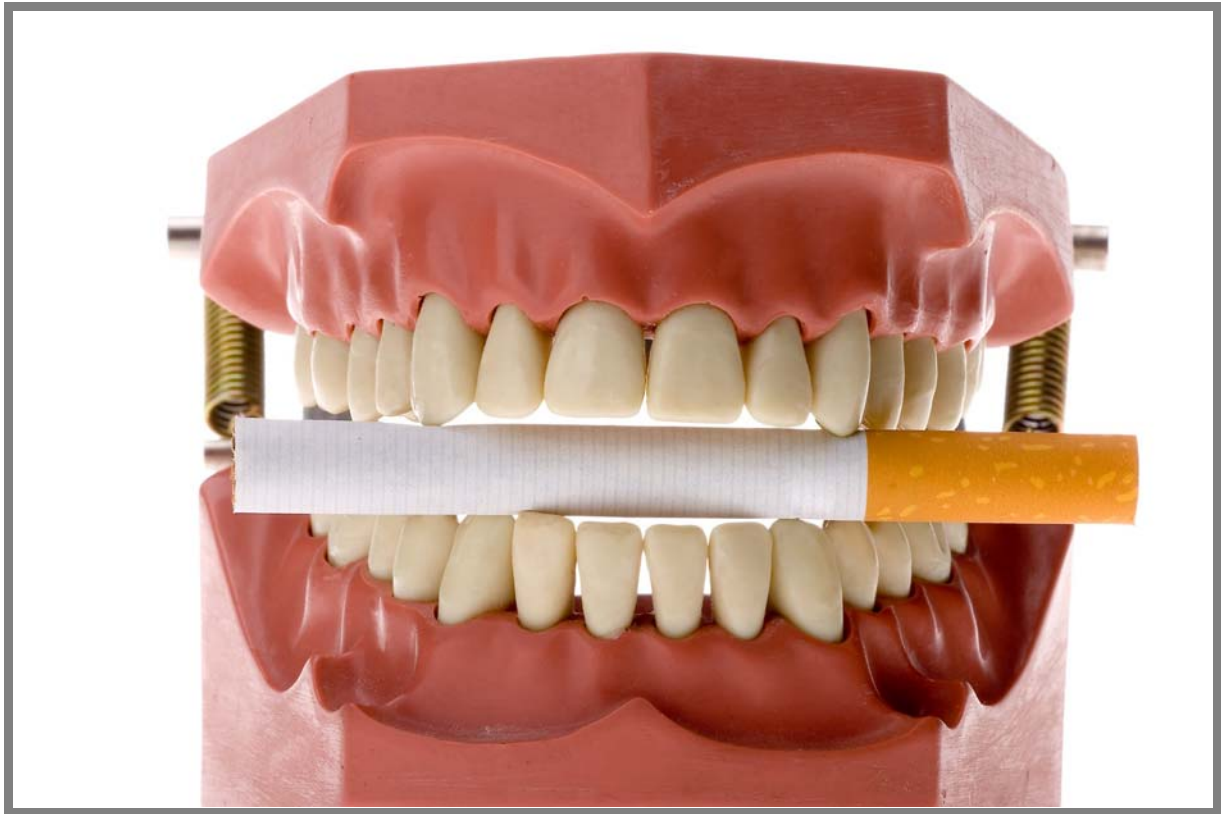


Fieke Molster



**De rol van de Nederlandse mondhygiënist bij de
ontmoediging van tabaksgebruik**

Afstudeeronderzoek in het kader van de masteropleiding ZorgManagement

studentnummer **257876**

begeleider **Mw. drs. K.M.M. Lemmens**
meelezer **Mw. dr. A.A. de Bont**

datum **24 augustus 2007**

VOORWOORD

Een vraag van Robin Verlinde van Pfizer vormde de aanleiding voor dit onderzoek, waaraan ik het afgelopen halfjaar met plezier heb gewerkt. Een aantal mensen heeft hierin een belangrijke rol gespeeld. Bij deze wil ik hen daar graag voor bedanken.

Ik ben Karin Lemmens zeer erkentelijk voor haar begeleiding. Elke keer als ik met lood in mijn schoenen naar Rotterdam reisde om mijn vorderingen te bespreken, zorgde zij ervoor dat ik weer vrolijk naar huis ging. Ook nam zij altijd de tijd als ik haar wéér belde voor advies. Tijdens Karin's afwezigheid, (her)introduceerde Mathilde Strating mij op een bijzonder prettige manier in de wereld van de statistiek en het gebruik van SPSS. Daarna ging de data-analyse van een leien dakje. Antoinette de Bont wil ik bedanken voor haar kritische vragen. Ik vond het leuk om het onderzoek ook in een breder perspectief te beschouwen!

De Nederlandse Vereniging van Mondhygiënist, in het bijzonder Corina Julien, wil ik hartelijk danken voor de plezierige samenwerking en het ter beschikking stellen van de adressen van haar leden. Mijn dank gaat ook uit naar Marjolijn Hovius, die uitgebreid de tijd te nam om haar kennis en expertise met mij te delen.

Tenslotte wil ik Floris en Rik bedanken, die het afgelopen jaar heel wat met mij te stellen hebben gehad. Floris is mijn stimulator, adviseur en steun en toeverlaat en maakte het praktisch mogelijk dat ik ook 's avonds en in het weekend achter de computer zat. Rik zorgde voor mijn dagelijkse portie afleiding en vertier. Vanaf nu is mijn tijd weer voor jullie!

Fieke Molster

Arnhem, 24 augustus 2007

INHOUDSOPGAVE

| | | |
|-----------|--|-----------|
| 1. | INLEIDING | 1 |
| 1.1 | Roken en anti-rookbeleid in Nederland | 1 |
| 1.2 | De rol van de medische professie | 2 |
| 1.3 | De mondhygiënist | 4 |
| 1.4 | Doelstelling van het onderzoek | 5 |
| 1.5 | Probleemstelling | 5 |
| 1.6 | Samenvatting en opbouw van het rapport | 6 |
| 2. | THEORETISCH KADER | 7 |
| 2.1 | Stoppen met roken-interventies | 7 |
| 2.2 | Interventies in de tandheelkundige praktijk | 9 |
| 2.3 | De totstandkoming van gedrag | 11 |
| 2.4 | Het rookontmoedigingsgedrag van de mondhygiënist | 12 |
| 2.5 | Samenvatting en conceptueel model | 13 |
| 3. | METHODEN | 15 |
| 3.1 | Inleiding | 15 |
| 3.2 | Onderzoeksontwerp | 15 |
| 3.3 | Vooronderzoek | 15 |
| 3.4 | Empirisch onderzoek | 15 |
| 3.5 | Betrouwbaarheid | 18 |
| 3.6 | Validiteit | 18 |
| 4. | RESULTATEN | 19 |
| 4.1 | Demografische gegevens | 19 |
| 4.2 | Welke activiteiten ontplooiën mondhygiënisten op het gebied van stoppen met roken? | 19 |
| 4.3 | Bestaat er een relatie tussen de attitude van mondhygiënisten met betrekking tot de ontmoediging van tabaksgebruik en hun gedrag? | 24 |
| 4.4 | Bestaat er een relatie tussen het idee dat mondhygiënisten hebben over de mening van anderen ten aanzien van hun rookontmoedigingsgedrag en het gedrag dat zij vertonen? | 26 |
| 4.5 | Bestaat er een relatie tussen het gevoel van <i>self-efficacy</i> en het vertoonde gedrag? | 27 |
| 4.6 | Zijn er factoren aan te wijzen die de ontmoediging van tabaksgebruik door mondhygiënisten belemmeren? | 28 |
| 4.7 | Wat is het relatieve gewicht van de bijdrage die attitude, de mening van anderen en het gevoel van <i>self-efficacy</i> leveren aan rookontmoedigingsgedrag? | 30 |
| 4.8 | De verantwoordelijkheid voor de verschillende activiteiten | 33 |
| 4.9 | Overige resultaten | 34 |
| 4.10 | Samenvatting | 35 |
| 5. | DISCUSSIE, CONCLUSIE EN AANBEVELINGEN | 36 |
| 5.1 | Discussie | 36 |
| 5.2 | Conclusie | 37 |
| 5.3 | Aanbevelingen voor beleid | 40 |

| | |
|--|-----------|
| REFERENTIES | 42 |
| Bijlage 1 | 47 |
| Tobacco Use Cessation (TUC) care pathway for dental practice | |
| Bijlage 2 | 48 |
| Vragenlijst Mondhygiënist en stoppen met roken | |

1. INLEIDING

Roken bedreigt de volksgezondheid. Het is een belangrijke oorzaak van ernstige aandoeningen, zoals longkanker, COPD en hart- en vaatziekten. Dit is algemeen bekend. Toch rookte in 2006 maar liefst 29,6 procent van de Nederlandse bevolking (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2007).

Minder bekend is dat roken ook de mondgezondheid aantast. Rokers hebben vaker tandvleesziektes (Bergstrom, 2003; 2004; Gelskey, 1999). De behandeling hiervan is minder effectief bij rokers dan bij niet-rokers (Preber, Linder, & Bergstrom, 1995). Mond- en keelkanker komen vrijwel uitsluitend voor bij rokers (Mirbod & Ahing, 2000). Stoppen met roken vermindert het risico op mond- en keelkanker drastisch; tien jaar na het stoppen, is het risico gelijk aan dat van een nooit-roker (Blot et al., 1988). Allard en van Rossem (1998) geven een uitgebreid overzicht van de effecten van roken op de mondgezondheid.

Huisartsen, longartsen, cardiologen en verloskundigen zijn nauw betrokken bij het beleid dat gericht is op de ontmoediging van tabaksgebruik; tandartsen en mondhygiënist worden in dit kader zelden genoemd, ondanks het onomstotelijk bewijs dat roken de mondgezondheid schaadt.

1.1 Roken en anti-rookbeleid in Nederland

Roken is de belangrijkste (vermijdbare) oorzaak van sterfte en ziekte (Hoeymans, Gommer, & Poos, 2006). De cijfers liegen er niet om:

- Jaarlijks sterven er ruim 20.000 Nederlanders aan aandoeningen die aan roken gerelateerd zijn (Willemsen, 2005);
- De helft van de rokers overlijdt (vroegtijdig) aan de gevolgen van roken (KWF Kankerbestrijding, 2006);
- Roken veroorzaakt 13 procent van de totale ziektelast in Nederland (Hoeymans et al., 2006);
- De levensverwachting van een roker is acht tot twaalf jaar korter dan die van een niet-roker (KWF Kankerbestrijding, 2006).

Al jarenlang treft de overheid diverse maatregelen om te voorkomen dat mensen beginnen met roken en om rokers aan te moedigen te stoppen. Deze maatregelen zijn divers en omvatten onder meer wet- en regelgeving (onder meer vastgelegd in de Tabakswet) en de financiering van diverse publiekscampagnes. De inspanningen lijken effect te sorteren: Het percentage rokers neemt de afgelopen jaren af. In 2001 rookte 33,3 procent van de bevolking; in 2006 was dit gedaald tot 29,6 procent (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2007). Toch is er nog veel te winnen. Het streven van de overheid is om het percentage

rokers terug te brengen tot 20 procent in 2010. Dit streven is vastgelegd in het Nationaal Programma Tabaksontmoediging (NPT) 2006 – 2010 (STIVORO et al., 2006), dat is voortgekomen uit de intentieverklaring tabaksontmoediging, die het Ministerie van VWS, KWF Kankerbestrijding, het Astma Fonds en de Nederlandse Hartstichting in de zomer van 2005 hebben getekend. Het NPT bevat een breed scala aan maatregelen om het gebruik van tabak en de blootstelling aan tabaksrook verder terug te brengen. De Stichting Volksgezondheid en Roken (STIVORO) speelt hierin een centrale rol als kennis- en expertisecentrum, dienst- en hulpverlener en voorlichter op het gebied van tabaksontmoediging.

1.2 De rol van de medische professie

Professionals in de gezondheidszorg worden dagelijks geconfronteerd met de gevolgen van roken en spelen een actieve rol in het ontmoedigen van tabaksgebruik. De afgelopen jaren zagen meerdere projecten het licht. In 2004 publiceerde het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO de multidisciplinaire richtlijn 'Behandeling van Tabaksverslaving'. Centraal hierin staat de behandeling van rokende patiënten in de medische praktijk. In 2002 startte het Partnership 'Stop met Roken', dat het rookbeleid van de overheid ondersteunt. In het partnership zijn diverse private en publieke partijen in de gezondheidszorg vertegenwoordigd, waaronder een aantal medische beroepsverenigingen. Een derde initiatief is de ontwikkeling van een website door STIVORO, specifiek gericht op zorgprofessionals (www.stivoro.nl/professionals). Bovendien heeft STIVORO behandelprogramma's ontwikkeld voor een aantal medische settings (STIVORO, 2007).

De rol van de tandheeskundige professionals in deze initiatieven is tot op heden marginaal. Dit blijkt bijvoorbeeld uit het feit dat zij, in tegenstelling tot onder meer de huisartsen, de longartsen en de cardiologen, niet meedoen aan het eerdergenoemde partnership 'Stop met Roken' en uit het feit dat STIVORO wel vier Minimale InterventieStrategieën (MIS'en) heeft ontwikkeld voor de huisartsen-, cardiologie-, longverpleegkunde- en verloskundepraktijk, maar geen voor gebruik in de tandheeskundige praktijk (STIVORO, 2007). De tandheeskundige zorgverleners hebben overigens wel een plaats in de eerder genoemde multidisciplinaire richtlijn (Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, 2004, p. 91): "De tandarts is wellicht de enige gezondheidswerker die drempelloos het onderwerp 'stoppen met roken' ter sprake kan brengen: 'Ik zie dat u rookt. Heeft u er wel eens over gedacht om te stoppen?'" Expliciet vermeldt de richtlijn dat overall waar over 'tandarts' wordt gesproken, ook andere zorgverleners in de tandheeskundige praktijk worden bedoeld, waaronder mondhygiënist.

Eén van de aanbevelingen van de richtlijn luidt dat tandartsen betrokken dienen te worden bij rookontmoedigingscampagnes. Onduidelijk is echter of de tandheeskundige

professional in Nederland daadwerkelijk participeert in tabaksontmoediging. Voor zover bekend is het enige onderzoek dat hier in Nederland naar is gedaan dat van Allard en Van Rossem uit 1999. Slechts 18 procent van de tandartsen bleek destijds hun rokende patiënten regelmatig te informeren over de schadelijke gevolgen van roken. In die gevallen waarin de patiënt aan roken gerelateerde klachten heeft, was dit 59 procent. Een minderheid van de tandartsen (38 %) vond dat het informeren/adviseren van patiënten over stoppen met roken tot zijn takenpakket behoort. Daarentegen was meer dan de helft (58%) van mening dat het niet de verantwoordelijkheid van de tandarts is om mensen te overtuigen te stoppen met roken.

Internationaal bestaat er consensus over het feit dat stoppen met roken wel degelijk door alle leden van het tandheelkundig team ondersteund zou moeten worden (zie onder andere: Allard, 2004; 2005; Christen, Klein, Christen, McDonald, & Guba, 1990; Ramseier, Mattheos, Needleman, Watt, & Wickholm, 2006; Samek, 2001; Tomar, 2001). In 2005 werd zelfs de eerste Europese werkconferentie over de preventie en het stoppen van tabaksgebruik voor professionals in de tandheelkunde gehouden, waaraan ook een aantal Nederlanders deelnam. De werkconferentie resulteerde in een consensusrapport, een uitgewerkt zorgpad voor stoppen met roken in de tandheelkundepraktijk (opgenomen als bijlage 1) en diverse artikelen met adviezen over scholing, stopondersteuning en publieke gezondheidszorg. De artikelen beslaan een nummer van het tijdschrift 'Oral health and preventive dentistry' (Vol. 4, No. 1 2006).

Het is niet bekend of de mening van de Nederlandse tandartsen inmiddels gewijzigd is. Wel staat het onderwerp in de belangstelling. Onderzoekers van de Radboud Universiteit in Nijmegen zijn momenteel bezig met een studie naar het effect van stoppen met roken interventies in de tandheelkundige praktijk¹. Dat zij het hele tandheelkundig team bij de behandeling betrekken en niet slechts de tandarts, past in de huidige ontwikkeling van toenemende taakdelegatie in de gezondheidszorg. In de tandheelkunde betekent dit een uitbreiding van het takenpakket van de mondhygiënist.

¹ "Tandartspraktijken adviseren patiënten om te stoppen met roken (TAPS)". Onderzoeksteam: mw. drs. J.P. Rosseel (tandarts onderzoeker), mw. dr. J.E. Jacobs (begeleider), dr S. Hilberink (begeleider) en drs. I.M. Maassen (onderzoeksassistent).

1.3 De mondhygiënist

Vanaf de introductie van het beroep eind jaren zestig, is de mondhygiënist altijd gericht geweest op preventie. De rol van de mondhygiënist in de tandheelkunde is de afgelopen jaren belangrijker geworden: Vanaf 2006 mogen mondhygiënisten (na verwijzing door een tandarts) primaire cariës zelf behandelen (Ministerie van VWS, 2007b; Nederlandse Vereniging van Mondhygiënisten, 2007). De wet BIG omschrijft het deskundigheidsgebied van de mondhygiënist:

- *“het onderzoeken en beoordelen van de staat van het gebit van de patiënt en van de weefsels die het gebit omringen met betrekking tot plaque-gerelateerde aandoeningen, en het op basis van de verkregen gegevens vaststellen van de diagnose en opstellen van een behandelplan;*
- *het screenen op tandheelkundige afwijkingen of andere afwijkingen betreffende de mondgezondheid en het zo nodig verwijzen naar tandarts of arts;...”*
- *“het geven van tandheelkundige gezondheidsvoorlichting aan een persoon, met als doel het stimuleren van gedrag dat de mondgezondheid bevordert; ...”*

(Nederlandse Vereniging van Mondhygiënisten, 2007)

De uitbreiding van het takenpakket van de mondhygiënist past in het beleid van de overheid om taakherschikking in de gezondheidszorg te stimuleren. Met het oog op het toenemende tekort aan personeel, moet voorkomen worden dat (te) hoog opgeleide professionals taken uitvoeren die anderen met de juiste scholing ook zouden kunnen uitvoeren. Dit speelt ook in de tandheelkunde (Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2002).

De Nederlandse Vereniging van Mondhygiënisten (NVM) schatte het aantal mondhygiënisten in Nederland in 2005 op ongeveer 2.600 in datzelfde jaar. Bijna alle mondhygiënisten zijn van het vrouwelijke geslacht (98% in 2005). Tachtig procent van de mondhygiënisten werkt extramuraal; tweederde daarvan in loondienst. De zorg van de mondhygiënist bereikt ongeveer tien procent van de bevolking (Rivière-Ilsen, Sanden-Stoelinga, & Calkoen, 2005). Volgens de NVM “zal de capaciteit voorlopig (nog) onvoldoende blijven om alle werkzaamheden uit te voeren, die tot het takenpakket van de mondhygiënist behoren” (Rivière-Ilsen et al., 2005, p. 26).

De rol van de mondhygiënist bij stoppen met roken

De NVM is van mening dat preventie de belangrijkste taak van de mondhygiënist is (Rivière-Ilsen et al., 2005). De mondhygiënist geeft haar cliënt voorlichting over de gevolgen van het huidige gedrag en stimuleert de cliënt vervolgens om dat gedrag te veranderen. Hoewel de activiteiten van de mondhygiënist tot nu toe gericht zijn op een betere mondverzorging, lijken mondhygiënisten ook toegerust om de schadelijke effecten van roken

aan te kaarten en de cliënt te stimuleren om een stoppoging te ondernemen. Het wekt dan ook geen verbazing dat al decennia lang¹ betoogd wordt dat de mondhygiënist bij uitstek geschikt is om hierin een rol te spelen (Allard, 2005; onbekend, 2003; Parker, 2003; Sisty-LePeau, 1996). In de Verenigde Staten is de American Dental Hygienists Association de 'Ask. Advise. Refer'-campagne gestart (2007). Met de slogan 'Three minutes or less can save lives' worden mondhygiënist gestimuleerd om een bijdrage te leveren aan het verminderen van het aantal rokers. In Nederland hield Allard enkele jaren geleden in een interview met het Nederlands Tijdschrift voor Mondhygiëne een pleidooi voor een grotere bijdrage van de mondhygiënist aan de behandeling van tabaksverslaving (onbekend, 2003).

1.4 Doelstelling van het onderzoek

In de vorige paragraaf is betoogd dat het voor de hand ligt dat mondhygiënist een bijdrage leveren aan tabaksontmoediging. Tot op heden is een dergelijke bijdrage nog niet geformaliseerd. Voor succesvol beleid op dit terrein, is kennis nodig over de feitelijke rol van de mondhygiënist op dit gebied en over de factoren die dit gedrag beïnvloeden. Het onderhavige onderzoek heeft tot doel om hieraan een bijdrage te leveren.

1.5 Probleemstelling

De probleemstelling van het onderzoek luidt:

Welke rol spelen mondhygiënist bij de ontmoediging van tabaksgebruik?

De probleemstelling is nader uitgewerkt in de volgende deelvragen:

1. Welke activiteiten ontplooiën mondhygiënist op het gebied van stoppen met roken?
2. Bestaat er een relatie tussen de attitude van mondhygiënist met betrekking tot de ontmoediging van tabaksgebruik en hun gedrag op dit gebied?
3. Bestaat er een relatie tussen het idee dat mondhygiënist hebben over de mening van anderen ten aanzien van hun rokontmoedigingsgedrag en het gedrag dat zij vertonen?
4. Bestaat er een relatie tussen het gevoel van *self-efficacy*² en het vertoonde gedrag?
5. Zijn er factoren aan te wijzen die de ontmoediging van tabaksgebruik door mondhygiënist belemmeren?

¹ Eén van de eerste publicaties over dit onderwerp dateert uit 1978.

² Er is geen adequate vertaling van de Engelse term *self-efficacy*. Het betekent het vertrouwen hebben dat dat je bepaalde prestaties kunt leveren. Er is voor gekozen de term in het vervolg van de tekst niet te vertalen.

6. Wat is het relatieve gewicht van de bijdrage die attitude, de mening van anderen en *self-efficacy* leveren aan rookontmoedigingsgedrag?

1.6 Samenvatting en opbouw van het rapport

De tandheelkundige professionals lijken tot nu toe nauwelijks een rol van betekenis te spelen in het terugdringen van tabaksgebruik. Dit is opvallend, omdat roken de mondgezondheid negatief beïnvloedt en ernstige orale aandoeningen veroorzaakt. De mondhygiënist is gezien haar aandacht voor preventie uitermate geschikt voor het leveren van een actieve bijdrage aan het stoppen met roken. Voordat deze rol geformaliseerd kan worden, moet eerst inzicht worden verkregen in het huidige gedrag op dit gebied en de factoren die hieraan ten grondslag liggen.

In hoofdstuk 2 wordt de theoretische achtergrond van het onderzoek uiteen gezet. Hoofdstuk 3 beschrijft de wijze waarop het onderzoek is opgezet. De resultaten van het onderzoek worden uitgebreid beschreven in hoofdstuk 4. Het vijfde hoofdstuk bevat zowel de discussie, als de conclusie en een aantal aanbevelingen.

2. THEORETISCH KADER

Dit hoofdstuk beschrijft de wijze waarop mensen die willen stoppen met roken ondersteund kunnen worden (2.1). Vervolgens komen de gebruikte interventies in de tandheelkundige praktijk aan de orde en wordt er een overzicht gegeven van de literatuur over mondhygiënist en rookontmoediging (2.2). Paragraaf 2.3 behandelt een theorie over de totstandkoming van gedrag. Vervolgens wordt beschreven wat er bekend is over de toepassing van deze theorie op het rookontmoedigingsgedrag van de mondhygiënist (2.4). Afgesloten wordt met een samenvatting en de presentatie van het conceptuele model dat in dit onderzoek centraal staat (2.5).

2.1 Stoppen met roken-interventies

Het lukt slecht vijf procent van de rokers om zonder hulp te stoppen met roken (Ministerie van VWS, 2007a). Inmiddels is er veel onderzoek gedaan naar het effect van specifieke interventies. De eerdergenoemde CBO-richtlijn 'Behandeling van tabaksverslaving' geeft een overzicht van de literatuur (Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, 2004). De twee belangrijkste behandelmethoden zijn gedragsmatige interventies en farmacotherapie.

Gedragsmatige interventies

De te onderscheiden stappen van een kortdurende gedragsmatige interventie worden in de internationale literatuur vaak aangeduid als de vijf A's (Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, 2004):

1. Ask : vraag systematisch (bij voorkeur jaarlijks) of hij/zij een roker is
2. Advise : adviseer hem of haar nadrukkelijk te stoppen met roken
3. Assess : stel de bereidheid om te stoppen met roken vast
4. Assist : help hem/haar bij het ondernemen van de stoppoging
5. Arrange : zorg voor follow-up als vorm van terugvalpreventie

Er wordt een onderscheid gemaakt tussen eenmalig advies, kortdurende interventies en intensieve interventies. In Nederland wordt de term 'Minimale InterventieStrategie' (MIS) gebruikt voor een interventie die gegeven wordt tijdens tenminste twee consulten en die gebaseerd is op de vijf A's .

Er is voldoende bewijs voor het effect van eenmalige en kortdurende interventies. Wanneer de hulpverlener de patiënt vraagt of hij rookt en het advies geeft te stoppen, verhoogt dit de absolute kans dat de patiënt zes maanden later gestopt is met twee procent (Ashenden, Silagy, & Weller, 1997; zoals geciteerd in: Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, 2004).

Kort ondersteunend advies (zoals de MIS) verdubbelt dit aantal: in vergelijking met normale zorgverlening verhoogt dit de stopkans met 4,4 (Ashenden, Silagy, & Weller, 1997; zoals geciteerd in: Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, 2004) tot 5,1 procent (Pieterse, Seydel, de Vries, Mudde, Kok, 2001, zoals geciteerd in Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, 2004). Intensievere of langere interventies zijn nog effectiever, evenals interventies die meer contacten omvatten (Fiore et al., 2000, zoals geciteerd in Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, 2004).

Er is geen direct verband gevonden tussen de effectiviteit van een stopadvies en de mate waarin een roker bereid is om te stoppen met roken. Wel stelt de richtlijn dat het voor de hand ligt om intensievere interventies niet toe te passen bij mensen die aangeven niet te willen stoppen.

Omdat roken grote gezondheidsrisico's met zich meebrengt en eenmalig, kortdurend advies bewezen effectief is, adviseert de richtlijn dat hulpverleners het rookgedrag van hun cliënten systematisch vastleggen en dat zij tenminste eenmalig advies geven aan elke nieuwe patiënt die rookt. Verder adviseert de richtlijn om de meest intensieve behandeling uit te voeren die in de praktijk haalbaar is.

Farmacotherapie

De richtlijn bespreekt ook het gebruik van nicotinevervangende middelen (NVM's) en medicatie. Uit een recente Cochrane-review waarin 110 studies zijn opgenomen, blijkt dat 17 procent van de rokers die een NVM gebruikt na een jaar nog gestopt is, in vergelijking met tien procent in de controlegroep (Silagy, Lancaster, Stead, Mant, & Fowler, 2002, zoals geciteerd in Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, 2004).

Naast NVM's, wordt een tweetal antidepressiva (bupropion en nortryptiline) gebruikt bij de behandeling van een nicotineverslaving. De richtlijn noemt de effecten en de voor- en nadelen van beide medicijnen (Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, 2004). Sinds kort is er een nieuw medicijn op de markt, dat speciaal ontwikkeld is voor de ondersteuning van een stoppoging: varenicline. Hoewel de eerste resultaten positief zijn, beveelt de onlangs verschenen NHG-standaard 'Stoppen met roken' (Chavannes et al., 2007) het middel (nog) niet aan, omdat de effecten op lange termijn en bij grote patiëntengroepen nog niet bekend zijn. Beide richtlijnen adviseren om bij de begeleiding van rokers die minstens tien sigaretten per dag roken informatie te geven over farmacotherapie (Chavannes et al., 2007; Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, 2004).

2.2 Interventies in de tandheelkundige praktijk

Het effect van interventies in de tandheelkundige praktijk

Ook advies om te stoppen met roken dat gegeven wordt in tandartsenpraktijken is effectief: afhankelijk van de duur en de frequentie van het contact is 2,5 (Severson, Andrews, Lichtenstein, Gordon, & Barckley, 1998) tot 13 procent (Macgregor, 1996) na een jaar gestopt. Wel is het bewijs hiervoor minder sterk dan dat voor het eerder vermelde effect van kortdurende interventies. Onduidelijk is welk type zorgverlener in deze onderzoeken verantwoordelijk was voor de behaalde resultaten. Dit lijkt ook niet terzake te doen; er is nauwelijks verschil tussen de effectiviteit van interventies door artsen en interventies door andere hulpverleners (Fiore et al., 2000, zoals geciteerd in Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, 2004). Het is daarom aannemelijk dat ook het motiveren van mensen te stoppen met roken door de mondhygiënist effectief zal zijn.

Dit is recentelijk bevestigd in het Verenigd Koninkrijk (VK) door Nasry et al. (2006) en door Binnie, McHugh, Jenkins, Borland en Macpherson (2007). In het onderzoek van Nasry et al. (2006) behandelde een hiervoor opgeleide mondhygiënist een aantal rokers met periodontitis. Zij kregen een individuele behandeling. Na 12 maanden was 25 procent van de rokers gestopt. Volgens de auteurs is dit behandel-effect groter dan de effecten die in andere onderzoeken in het VK werden gevonden. Het onderzoek heeft echter wel methodologische beperkingen: sommige patiënten kregen in aanvulling op de gedragsmatige interventie nicotinevervangend middelen of medicatie. Bovendien had 41 procent van de mensen zich bij de meting na 12 maanden terug getrokken. In het onderzoek van Binnie et al. (2007) behandelde een mondhygiënist de cliënten volgens de vijf A's, ondersteund met nicotinevervangende middelen. De resultaten laten zien dat de stoppercentages na drie, zes en twaalf maanden in de experimentele groep tweederde tot eenmaal hoger waren dan in de controlegroep. Aangezien de onderzoeksgroepen relatief klein waren en de stoppercentages ook, waren deze verschillen niet significant. Beide onderzoeken kunnen worden opgevat als steun voor de effectieve rol van mondhygiënist bij tabaksontmoediging.

Het daadwerkelijke rokontmoedigingsbeleid van mondhygiënist

Dat stoppen met roken interventies effectief zijn, lijkt vast te staan. Inmiddels is er in diverse landen onderzoek gedaan naar de mate waarin mondhygiënist aandacht besteden aan stoppen met roken. Over de situatie in Nederland is nog geen informatie.

| Onderzoek | Dalia et al.(2007) | Stacey et al.(2006) | Lund, Lund, & Rise (2004) | Helgason et al. (2003) | Dolan et al.(1997) | Chambers & Corbin (1996) | Secker-Walker et al. (1994) ¹ | Fried & Rubinstein (Fried & Rubinstein, 1989, 1990) |
|---|--|--|-------------------------------------|---|--|--|---|--|
| <i>Algemene gegevens</i> | | | | | | | | |
| Jaar van publicatie | 2007 | 2006 | 2004 | 2003 | 1997 | 1996 | 1994 | 1989/1990 |
| Land | V.K. | V.K. | Noorwegen | Zweden | V.S. | V.S. | V.S. | V.S. |
| Aantal respondenten | 239 | 118 | 319 | 238 | 723 | 340 | 82 | 397 |
| <i>Items m.b.t. gedrag</i> | | | | | | | | |
| Vraag naar rookgedrag bij alle ptn en/of vraag naar rookgedrag bij eerste consult | 89% <i>routinely</i> | 38% altijd 62% soms | 71% | | 25% <i>most / nearly all</i> | 30,3% <i>routinely / mostly</i> | 65,9% | 67,2% <i>almost always /often</i> |
| Vraag naar rookgedrag bij ptn met problemen | | 74% | 83% als vermeend tabaksge-relateerd | 94% (v.s. 83% zonder problemen) | | | | |
| Geven van info over positieve effecten van stoppen en/of adviseren te stoppen | 98% bespreekt effecten roken op mondgezondheid | | 58% info over pos. effecten | | advies te stoppen: 60% (<i>nearly all smoking pts</i>) | - geven info: 39% <i>regularly</i> - advies te stoppen : 59,8% <i>routinely /mostly</i> | | |
| Gegevens over roken worden opgenomen in status | | | 62% | 88% | | | 37,8% | 78,1% |
| 'Counsel to quit' en/of het helpen van mensen te (beslissen te) stoppen | 60% bespreekt stopmethodes | <i>offer smoking cessation advise:</i> 55% | | - zelfhulp-materiaal: 17% - indiv. onderst.: 12% - groeps-behandeling: 8% - stop-datum 9% - advies NVT: 43% | 32% <i>any tobacco use cessation services</i> | - <i>assist routinely /mostly:</i> 26.9% - <i>follow up never:</i> 82.5% | 50% <i>spent time counseling</i> , maar gemiddeld werd weinig specifieke ondersteuning gemeld | - 67,8% <i>almost always /often</i> - 24,1% schr. materiaal |

Tabel 1 Overzicht van de gerapporteerde rookontmoedigingsactiviteiten

In tabel 1 wordt een overzicht gegeven van het onderzoek naar de activiteiten van mondhygiënisten op het gebied van stoppen met roken. Omdat de vragen in de onderzoek verschillen, zijn alleen de resultaten op de meest voorkomende onderwerpen weergegeven. Zoals blijkt uit de tabel, lopen de resultaten uiteen. In vijf van de acht studies gaf het merendeel van de mondhygiënisten aan bij iedere (nieuwe) patiënt te vragen naar het rookgedrag (Dalia et al., 2007; Fried & Rubinstein, 1989, 1990; Helgason et al., 2003; 2004;

¹ Het onderzoek betrof alleen vrouwelijke cliënten.

Secker-Walker et al., 1994), in twee studies vroeg slechts eenderde (Chambers & Corbin, 1996) of een kwart hiernaar (Dolan et al., 1997). In drie recente onderzoeken (Helgason et al., 2003; Lund et al., 2004; Stacey et al., 2006), werd expliciet gevraagd of de mondhygiënist informeert naar het rookgedrag van patiënten met mondproblemen. Veruit de meeste mondhygiënisten gaven aan dit te doen. Het opnemen van het rookgedrag in de status is nog geen algemeen gebruik, al verschillen de uitkomsten per onderzoek (Fried & Rubinstein, 1989, 1990; Helgason et al., 2003; Lund et al., 2004; Secker-Walker et al., 1994). Opvallend is dat het vaak bij vragen en noteren blijft. Het daadwerkelijk ondersteunen van mensen om te stoppen met roken kwam slechts in één onderzoek naar voren als een activiteit die (vrijwel) altijd wordt ontplooid (Fried & Rubinstein, 1989, 1990).

2.3 De totstandkoming van gedrag

Binnen de sociale psychologie zijn er verschillende theorieën ontwikkeld die beschrijven hoe gedrag tot stand komt. Dergelijke modellen kunnen gebruikt worden bij de systematische analyse van gedrag.

De 'theory of planned behavior'

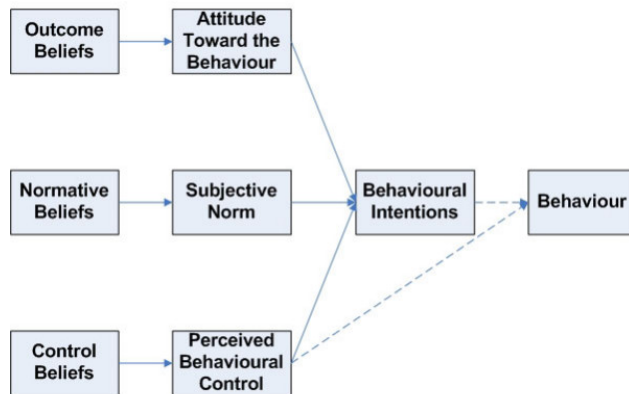
Een invloedrijke theorie is de 'theory of planned behavior' van Ajzen (1985, geciteerd in Armitage & Conner, 2001). Deze theorie is gebaseerd op de oorspronkelijke 'theory of reasoned action' van Ajzen en Fishbein (1980). Beide theorieën veronderstellen dat mensen in sterke mate rationeel handelen en daarbij gebruik maken van voor hen beschikbare informatie. Mensen houden rekening met de gevolgen van hun acties voordat zij besluiten zich op een bepaalde manier te gedragen. De intentie is de belangrijkste determinant van gedrag. In de 'theory of reasoned action' is deze intentie een functie van een tweetal factoren:

- De attitude ten opzichte van het gedrag (een functie van het geloof dat een bepaald gedrag tot een bepaalde uitkomst leidt en de beoordeling ('evaluation') van die uitkomst);
- De subjectieve norm (een functie van het idee dat specifieke, belangrijke anderen van mening zijn dat de persoon het gedrag wel/niet moet vertonen en de motivatie om zich te gedragen conform de wens van deze anderen).

De mate waarin de factoren bijdragen aan het gedrag kan per persoon verschillen.

Ajzen voegde later 'perceived behavioral control' (PBC) als determinant toe en noemde deze aangepaste theorie de 'theory of planned behavior' (TPB) (1985, geciteerd in Ajzen & Madden, 1986). Het achterliggende idee is dat zelfs wanneer iemand geneigd is een bepaald gedrag te vertonen, persoonlijke redenen of barrières in de omgeving er toch voor kunnen zorgen dat het gedrag uiteindelijk niet vertoond wordt. PBC moet worden gezien als

een functie van het geloof in controle en de relevantie daarvan voor het individu. PBC beïnvloedt niet alleen de intentie om een bepaald gedrag te vertonen, maar oefent ook directe invloed uit op dat gedrag. De ‘theory of planned behavior’ is schematische weergegevens in Figuur 1.



Figuur 1 ‘The theory of planned behavior’

Ajzen betoogt dat PBC en *self-efficacy* min of meer hetzelfde zijn. Andere sociaal psychologen zijn het hier niet mee eens; *self-efficacy* zou meer te maken hebben met interne, cognitieve percepties van controle, terwijl PBC ook algemenere factoren bevat (Armitage & Conner, 2001). Laatstgenoemden geven aan dat uit onderzoek blijkt dat PBC en *self-efficacy* afzonderlijke factoren zijn.

Uit een meta-analyse concluderen Armitage en Conner (2001) dat de ‘theory of planned behavior’ inmiddels ondersteund wordt met voldoende empirisch bewijs. Dit betekent volgens hen dat mensen intenties vormen waarvan ze het idee hebben dat ze die ook daadwerkelijk kunnen uitvoeren. De vertaling van deze intenties in gedrag wordt gefaciliteerd door *self-efficacy* en een beoordeling van meer externe factoren.

2.4 Het rookontmoedigingsgedrag van de mondhygiënist

Geen van de onderzoeken waarin het gedrag van de mondhygiënisten werd bestudeerd maakt melding van de TPB, noch van andere theorieën die gedrag verklaren. Wel lijken zij vaak uit te gaan van het idee dat attitude een nauwe relatie heeft met gedrag en worden ook andere concepten uit de TPB gebruikt. Chambers en Corbin (1996) en Dalia et al. (2007) informeerden zowel naar attitude als naar *self-efficacy* en mogelijke belemmerende factoren. Fried en Rubinstein (1989, 1990) vroegen naar de attitude van de mondhygiënisten en onderzochten in hoeverre de inhoud van de opleiding zich verhoudt tot het vertoonde gedrag; adequate scholing kan bijdragen aan een gevoel van *self-efficacy*. Naar de veronderstelde mening van anderen dan cliënten is nooit gevraagd. Een veronderstelde

negatieve reactie van patiënten werd door de meeste auteurs overigens geschaard onder het kopje 'belemmerende factoren' (Helgason et al., 2003; Stacey et al., 2006). Omdat meerdere studies (Chambers & Corbin, 1996; Helgason et al., 2003; Lund et al., 2004; Secker-Walker et al., 1994; Stacey et al., 2006) mogelijke belemmerende factoren hebben geïnventariseerd, wordt in tabel 2 een overzicht gegeven van de meest genoemde belemmerende factoren. Hieruit blijkt dat een gebrek aan een vergoeding en een gebrek aan training de enige factoren waren die daadwerkelijk als belemmerend beschouwd werden.

| Barrières ¹ | Stacey et al (2006) | Lund et al. (2004) | Helgason et al. (2003) | Secker-Walker et al.(1994) | Chambers & Corbin (1996) |
|---|---------------------|--------------------|------------------------|----------------------------|--------------------------|
| Gebrek aan kennis, training, voorbereiding | ja | nee | ja | nee | nee |
| Gebrek aan vergoeding | ja | | ja | | nee |
| Ziet het niet als eigen rol | nee | nee | nee | | |
| Tijdgebrek / kost teveel tijd | | nee | nee | | nee |
| Ziet roken niet als belangrijke oorzaak van mondgezondheidsproblemen | | nee | nee | | |
| Vermeende negatieve reactie van patiënten / angst patiënten te verliezen. | nee | | nee | | nee |

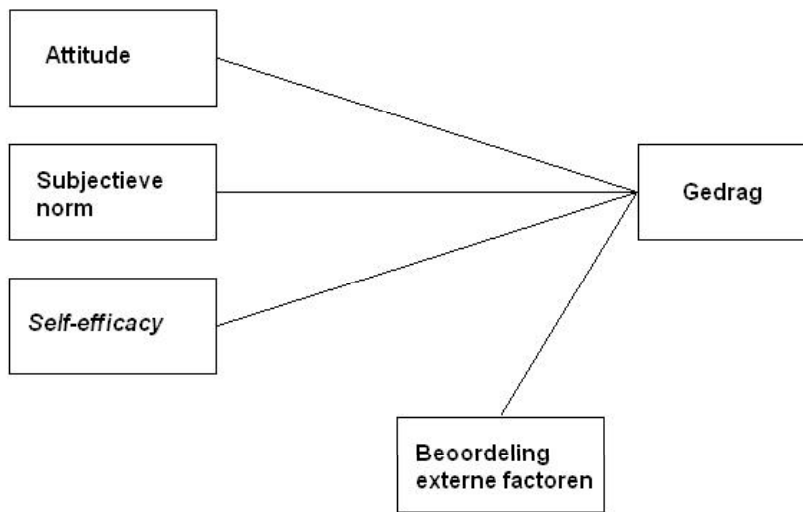
Tabel 2 Overzicht van gerapporteerde barrières

2.5 Samenvatting en conceptueel model

In dit hoofdstuk is betoogd dat eenmalige en kortdurende interventies door een medische professional de kans verhogen dat patiënten stoppen met roken. Het is aannemelijk dat de resultaten ook positief zijn wanneer mondhygiënist een dergelijke interventie uitvoeren. Uit diverse publicaties blijkt dat mondhygiënist in het buitenland reeds actief zijn op dit gebied.

De intentie om gedrag te vertonen is een functie van een aantal factoren. Uit onderzoek naar de evidentie voor de TPB blijkt dat het gaat om: attitude, de subjectieve norm, *self-efficacy* en een beoordeling van externe factoren. Hoewel het volgens Ajzen en Fischbein (1980) niet mogelijk is om de afzonderlijke factoren te gebruiken om intenties of gedrag direct te voorspellen, is het wel degelijk interessant om na te gaan wat op groepsniveau de samenhang is tussen de verschillende factoren en het vertoonde gedrag. Er is geen onderzoek bekend waarin al deze factoren en hun relatie tot het rookontmoedigingsgedrag van mondhygiënist zijn bestudeerd. Om deze reden wordt in dit onderzoek een conceptueel model gebruikt dat is weergegeven in Figuur 2. Het conceptueel model is om praktische redenen een vereenvoudiging van de TPB, in zoverre dat er een directe relatie wordt verondersteld tussen de verschillende factoren en gedrag, zonder intentie als mediërende determinant.

¹ Een factor is aangemerkt als barrière wanneer minstens de helft van de respondenten dit rapporteert en/of als de gemiddelde score groter of gelijk is aan het midden van de schaal.



Figuur 2 Conceptueel model

3. METHODEN

3.1 Inleiding

Om de onderzoeksvragen te kunnen beantwoorden, is een empirisch onderzoek uitgevoerd. Dit hoofdstuk beschrijft de wijze waarop de gegevens verzameld en geanalyseerd zijn.

3.2 Onderzoeksontwerp

Het onderzoek kan worden getypeerd als een kwantitatief onderzoek. Het onderzoeksontwerp is een eenmalige survey (Baarda & de Goede, 1997).

3.3 Vooronderzoek

Om het theoretisch kader te vormen, is een literatuuronderzoek gedaan. In PubMed en Google Scholar is gezocht op de termen: 'dental', 'dental hygienist', 'smoking cessation' en 'attitude'. Aanvullende literatuur is gevonden door het nagaan van referenties in artikelen, de zogenaamde 'sneeuwbalmethode'. Ook is op het internet gezocht naar algemene informatie over roken in Nederland en activiteiten op het gebied van rookontmoediging.

3.4 Empirisch onderzoek

Onderzoekspopulatie

De onderzoekspopulatie bestaat uit alle werkzame mondhygiënisten in Nederland. Volgens de NVM zijn er ongeveer 2.600 mondhygiënisten in Nederland (Rivière-Ilsen et al., 2005). Aangezien er geen toegankelijk adressenbestand bestaat van deze groep, is de NVM gevraagd om haar medewerking te verlenen. Een medewerker van de NVM schat in dat ongeveer 75% van de mondhygiënisten lid is van de vereniging (mw. E. van Schaik, persoonlijke communicatie 13 februari 2007).

Het uitgangspunt was dat er gegevens van 150 respondenten nodig zouden zijn om de analyses voldoende statistische 'power' te geven. Er werd een respons verwacht van 60 procent. Aan de NVM is daarom gevraagd om 250 adressen uit haar ledenbestand aan te leveren.

Het momenteel niet werkzaam zijn als mondhygiënist is gebruikt als exclusiecriteria.

Dataverzamelmethode

De data zijn verzameld door het afnemen van schriftelijke interviews, in de vorm van een enquête (Baarda & de Goede, 1997). Het betreft een zelfrapportagevragenlijst.

Er zijn 249 vragenlijsten verzonden. De vragenlijst was voorzien van een begeleidende brief (op briefpapier van iBMG) en een antwoordenvolp. Door middel van een code is bijgehouden van wie de vragenlijsten waren ontvangen. Twee en een halve

week na het versturen van de vragenlijst, is aan de mensen die nog niet gereageerd hadden een herinneringsbrief gestuurd, met de vraag alsnog te reageren.

Constructie van de vragenlijst

Bij de constructie van de vragenlijst zijn het conceptueel kader en de onderzoeksvragen als leidraad gebruikt. De meeste vragen zijn speciaal voor dit onderzoek geformuleerd; een aantal vragen is ontleend aan eerdere publicaties (Fried & Rubinstein, 1989, 1990; Helgason et al., 2003).

Een concept van de vragenlijst is voorgelegd aan een viertal beoordelaars om na te gaan of de vragen gemakkelijk te begrijpen en relevant waren. Eén van deze beoordelaars is mondhygiënist en werkzaam als opleidingsmanager van de opleiding tot mondzorgkundige in Amsterdam. Naar aanleiding van het commentaar van de beoordelaars is een aantal items herzien.

Inhoud van de vragenlijst

De definitieve vragenlijst bestaat uit 51 vragen. De onderwerpen die aan de orde komen zijn: rookontmoedigingsgedrag, attitude, *self-efficacy*, subjectieve norm, belemmerende factoren en overige onderwerpen. De vragenlijst is opgenomen in bijlage 2.

De items over gedrag (vraag 2-20) vragen naar het huidige gedrag van de mondhygiënist op het gebied van stoppen met roken. Gedrag is daarmee geoperationaliseerd als gerapporteerd gedrag; het daadwerkelijke gedrag wordt niet gemeten. Dit is gebruikelijk in studies naar de TPB. In studies waarin zowel het gerapporteerde als het vertoonde gedrag werd gemeten, bleek overigens dat de TPB meer variantie in het gerapporteerde gedrag verklaarde, dan in het daadwerkelijke gedrag (Armitage & Conner, 2001).

Geïnformeerd wordt naar gedrag conform de vijf A's (ask, advise, assess, assist, arrange, zie paragraaf 2.1). Hieraan is een vraag toegevoegd over preventie van roken bij jongeren, omdat mondhygiënisten steeds meer jongeren behandelen. Alle vragen over gedrag, op één vraag na, zijn meerkeuzevragen. Het meetniveau van de variabelen is ordinaal. De antwoordcategorieën zijn: 'vrijwel nooit', 'soms', 'meestal' en 'vrijwel altijd'. Dit is een vertaling van de antwoordcategorieën die Fried en Rubinstein (1989, 1990) gebruikten. Er is één open vraag die nagaat of de respondent de rokende cliënt (ook) nog op een andere manier ondersteunt.

Bij het formuleren van de vragen die informeren naar attitude (21-24) is uitgegaan van de definitie van attitude die Ajzen hanteert (n.d.-a). "Attitude ten opzichte van een gedraging is de mate waarin het vertonen van het gedrag positief of negatief beoordeeld wordt." Dit is onder meer geoperationaliseerd in termen van 'leuk', 'belangrijk' en 'zinnig'.

Voor de items met betrekking tot attitude is een 5-punt Likertschaal gebruikt. De antwoordmogelijkheden variëren van 1 'volledig mee eens' tot 5 'volledig mee oneens'. De items met betrekking tot *self-efficacy*, subjectieve norm en redenen om wel/geen aandacht te besteden aan stoppen met roken maken gebruik van dezelfde Likertschaal. Het meetniveau van de variabelen is ordinaal.

De vragen met betrekking tot self-efficacy (in de vragenlijst geschaard onder het kopje "Effectiviteit van gedrag"; vraag 26-30) informeren naar de perceptie van de respondent dat zij over voldoende kennis en/of vaardigheden beschikt om cliënten te helpen te stoppen met roken. Ook wordt gevraagd hoe zij de kans op succes van haar ondersteuning inschat.

Volgens Ajzen is de subjectieve norm (vraag 31-33) de "waargenomen sociale druk om bepaald gedrag al of niet te vertonen" (n.d.-c). Dit begrip is voor dit onderzoek toegespitst op de veronderstelde mening van anderen met wie de mondhygiënist beroepsmatig te maken heeft: tandartsen, andere mondhygiënisten en cliënten. Eén van de vragen luidt bijvoorbeeld: *"Ik denk dat de tandartsen met wie ik samenwerk van mening zijn dat ik tijdens een consult aandacht zou moeten besteden aan stoppen met roken"*.

De items met betrekking tot belemmerende factoren (vraag 34-40) zijn voornamelijk gebaseerd op de uitkomsten van eerder onderzoek (o.a. Albert et al., 2005; Chambers & Corbin, 1996; Monson, 2004) en betreffen de mening van de cliënt, de beschikbare tijd, de noodzaak tot een vergoeding, etcetera. Eén van de beoordelaars suggereerde niet alleen te vragen naar het idee dat cliënten het vervelend vinden als de mondhygiënist over roken begint, maar ook te vragen of de respondent dit in de praktijk heeft ervaren. Deze vraag is in de definitieve vragenlijst toegevoegd. Omdat de rol van de mondhygiënist in de mondzorg aan verandering onderhevig is, is ook een item opgenomen dat nagaat of aandacht voor stoppen met roken de positie van de mondhygiënist zal versterken. Bij het laatste item heeft de respondent de mogelijkheid om aan te geven of er nog andere factoren van belang zijn.

Tot slot is een aantal items opgenomen die niet direct volgen uit het conceptuele model. Om een indruk te krijgen van de belangstelling voor een cursus over stoppen met roken, wordt hiernaar geïnformeerd in vraag 30. De vragen 41 tot en met 44 beogen meer zicht te krijgen op de rol van de verschillende leden van het tandheelkundig team (mondhygiënist, preventie-assistent en tandarts) bij rookontmoediging. Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen de verschillende activiteiten op dit gebied. De laatste items (45-51) betreffen socio-demografische kenmerken zoals leeftijd, geslacht en afstudeerjaar. Ook wordt gevraagd naar het rookgedrag van de respondent. Na de laatste vraag is er ruimte voor aanvullende informatie en op- of aanmerkingen.

Data-analyses

Om de data uit de enquêtes te analyseren is gebruik gemaakt van verschillende statistische procedures. Allereerst is gebruik gemaakt van frequentieverdelingen om inzicht te krijgen in de frequentie van waarden van verschillende variabelen (Field, 2005). Het is met een eenmalige survey niet mogelijk om oorzakelijke verbanden vast te stellen. Wel kan de samenhang tussen de verschillende variabelen worden berekend (Baarda & de Goede, 1997). Om de bijdrage van de individuele factoren aan gedrag vast te stellen, is een regressie-analyse uitgevoerd. De genoemde analyses zijn uitgevoerd met behulp van het programma SPSS.

Ajzen beschouwt demografische factoren als ‘achtergrondfactoren’ die de overtuigingen van mensen beïnvloeden (Ajzen, n.d.-b). Om deze reden is de invloed van demografische factoren in dit onderzoek niet nader bestudeerd.

3.5 Betrouwbaarheid

Interne consistentie

Om de afzonderlijke begrippen te meten, zijn per begrip meerdere vragen gesteld. De scores op deze vragen zijn gecombineerd tot één score. Op deze manier zijn scores op intervalniveau verkregen. Om na te gaan of dit verantwoord was, is per begrip, met behulp van de Cronbach's alpha, de interne consistentie berekend (Baarda & de Goede, 1997). Deze analyse geeft aan of het gerechtvaardigd is om verschillende items op te tellen tot één score.

3.6 Validiteit

Externe validiteit

Omdat er geen a-selecte steekproef is getrokken uit het totaal aantal mondhygiënisten in Nederland, is de externe validiteit niet maximaal; er zijn geen gegevens bekend over de mondhygiënistes die geen lid zijn van de NVM. Er zijn echter geen redenen om te veronderstellen dat de niet-leden voor wat betreft hun gedrag en de factoren die dit gedrag beïnvloeden wezenlijk afwijken van de NVM-leden.

4. RESULTATEN

Dit hoofdstuk start met een beschrijving van de demografische kenmerken van de respondenten (4.1). Daarna worden per onderzoeksvraag de relevante resultaten weergegeven (4.2 - 4.7). Vervolgens komt de verdeling van de verantwoordelijkheid voor de rookontmoedigingsactiviteiten binnen het tandheelkundig team aan de orde (4.8). Aanvullend volgen enkele noemenswaardige resultaten van de open vragen (4.9). Het hoofdstuk wordt afgesloten met een samenvatting (4.10).

4.1 Demografische gegevens

Honderdvierenveertig mondhygiënisten hebben de vragenlijst geretourneerd, een respons van 58 procent. Acht vragenlijsten zijn buiten beschouwing gelaten. De voornaamste reden hiervoor is dat de betreffende respondent niet werkzaam is als mondhygiënist. Uiteindelijk bleken 136 vragenlijsten geschikt voor nadere analyse.

Het merendeel van de respondenten (133) is vrouw; drie mannen hebben de vragenlijst ingevuld. De leeftijd van de mondhygiënisten varieert van 23 tot 60 jaar; de gemiddelde leeftijd is 38 jaar ($n = 136$; $sd = 8,9$).

De respondenten hebben hun diploma behaald tussen 1969 en 2006. Het gemiddelde afstudeerjaar is 1992 ($n = 131$; $sd = 9,2$). De meeste respondenten volgden hun opleiding in Utrecht (36,0%), gevolgd door Amsterdam (33,1%), Nijmegen (25,0%) en Groningen (5,1%).

Gemiddeld zijn de respondenten 15 jaar werkzaam als mondhygiënist ($n = 134$; $sd = 14,8$). Meer dan eenderde geeft aan te werken in een tandartsenpraktijk (35,3%); een kwart (25,7%) is werkzaam in haar eigen praktijk en een kwart (25,0%) werkt in meerdere settings. De overige respondenten zijn elders werkzaam.

De meeste respondenten roken niet: 61,8 procent geeft aan nooit gerookt te hebben; 30,1 procent heeft vroeger wel gerookt, maar doet dat inmiddels niet meer. Een kleine minderheid rookt op dit moment: 2,2 procent dagelijks; 5,9 procent geeft aan soms te roken.

4.2 Welke activiteiten ontplooiën mondhygiënisten op het gebied van stoppen met roken?

In deze paragraaf komen eerst de resultaten op de gesloten vragen aan de orde; afgesloten wordt met de reacties op de open vraag.

In tabel 3 is weergegeven welke activiteiten de respondenten ontplooiën waar het gaat om tabaksontmoediging, uitgesplitst naar 'ask-', 'advise-', 'assess-', 'assist-' en 'arrangedrag' (de 5 A's) en preventie.

| | | 'vrijwel nooit' | 'soms' | 'meestal' | 'vrijwel altijd' | | |
|--|-----|-----------------|--------|-----------|------------------|-------------------------|------|
| | n | % | % | % | % | gemiddelde ¹ | sd |
| Ask | | | | | | | |
| Als ik van een cliënt niet weet of hij/zij rookt, vraag ik dit. | 136 | 2,9 | 7,4 | 19,1 | 70,6 | 3,6 | 0,76 |
| Ik vraag aan een cliënt met aan roken gerelateerde mondproblemen of hij/zij rookt. | 135 | 0,7 | 3,0 | 10,4 | 85,9 | 3,8 | 0,51 |
| Ik leg in de status vast of de cliënt rookt. | 134 | 2,2 | 9,0 | 14,9 | 73,9 | 3,6 | 0,75 |
| Advise | | | | | | | |
| Ik informeer rokende cliënten over de schadelijke effecten van roken op de mondgezondheid. | 134 | 0,7 | 27,5 | 26,1 | 65,7 | 3,6 | 0,67 |
| Ik informeer rokende cliënten over de positieve effecten van stoppen met roken. | 135 | 3,7 | 19,3 | 33,3 | 43,7 | 3,2 | 0,87 |
| Ik adviseer rokende cliënten om te stoppen met roken. | 135 | 5,9 | 16,3 | 35,6 | 42,2 | 3,1 | 0,90 |
| Assess | | | | | | | |
| Ik vraag aan rokende cliënten of zij wel eens hebben overwogen om te stoppen met roken. | 135 | 7,4 | 21,5 | 26,7 | 44,4 | 3,1 | 0,98 |
| Ik vraag aan rokende cliënten of zij ooit een stoppoging hebben ondernomen. | 135 | 5,2 | 33,3 | 23,7 | 37,8 | 2,9 | 0,96 |
| Ik vraag aan rokende cliënten of zij op korte termijn bereid zijn om te stoppen met roken. | 135 | 11,1 | 39,3 | 26,7 | 23,0 | 2,6 | 0,96 |
| Assist | | | | | | | |
| Ik bied rokende cliënten aan om hen te helpen bij het ondernemen van een stoppoging. | 135 | 53,3 | 31,1 | 8,9 | 6,7 | 1,7 | 0,89 |
| Ik geef cliënten die overwegen om te stoppen met roken schriftelijke informatie mee over stoppen met roken. | 135 | 51,9 | 25,9 | 12,6 | 9,6 | 1,8 | 1,00 |
| Met cliënten die bereid zijn te stoppen met roken, spreek ik een stopdatum af. | 135 | 82,2 | 15,6 | 0,0 | 2,2 | 1,2 | 0,56 |
| Ik adviseer cliënten die een stoppoging overwegen en hiervoor in aanmerking komen over nicotinevervangende middelen. | 134 | 52,2 | 28,4 | 13,4 | 6,0 | 1,7 | 0,91 |
| Ik adviseer cliënten die een stoppoging overwegen over de mogelijkheden van farmacotherapie. | 135 | 78,5 | 16,3 | 3,0 | 2,2 | 1,3 | 0,63 |
| Ik verwijst cliënten die een stoppoging overwegen naar de huisarts. | 134 | 55,2 | 31,3 | 6,7 | 6,7 | 1,7 | 0,88 |
| Arrange | | | | | | | |
| Als een cliënt heeft aangegeven dat hij een stoppoging wil ondernemen, dan maak ik een afspraak met hem/haar om de voortgang van de stoppoging te bespreken. | 135 | 83,0 | 11,1 | 4,4 | 1,5 | 1,2 | 0,60 |
| Bij vervolconsulten vraag ik de cliënt naar de stand van zaken m.b.t. de voorgenomen stoppoging. | 135 | 5,9 | 14,1 | 37,0 | 43,0 | 3,2 | 0,89 |
| Preventie | | | | | | | |
| Om te voorkomen dat zij gaan roken, wijs ik kinderen/jongeren op de schadelijke effecten van roken op de mondgezondheid. | 131 | 39,7 | 40,5 | 7,6 | 12,2 | 1,9 | 0,98 |

Tabel 3 Frequentie van gerapporteerd gedrag m.b.t. (stoppen met) roken

Ask-gedrag

Uit tabel 3 blijkt dat 89,7 procent van de respondenten 'meestal' of 'vrijwel altijd' informeert naar het rookgedrag van de cliënt. Dit resultaat is vergelijkbaar met het resultaat uit de meest recente studie op dit gebied uit het Verenigd Koninkrijk (Dalia et al., 2007) en steekt positief af bij eerdere onderzoeken (Chambers & Corbin, 1996; Dolan et al., 1997; Fried &

¹ 'vrijwel nooit' = 1, 'soms' = 2, 'meestal' = 3, 'vrijwel altijd' = 4.

Rubinstein, 1989, 1990; Lund et al., 2004; Secker-Walker et al., 1994; Stacey et al., 2006) (zie tabel 1 op pagina 10). Als de cliënt aan roken gerelateerde mondproblemen heeft, vraagt 96,3 procent van de respondenten of de cliënt rookt. In eerder onderzoek zijn percentages van 74 tot 94 procent gerapporteerd (Helgason et al., 2003; Lund et al., 2004; Stacey et al., 2006).

Het merendeel van de respondenten (88,8%) noteert het rookgedrag van de cliënt 'meestal' of 'vrijwel altijd' in de status. Vergelijkbare studies vonden percentages tussen de 38 en 88 procent (Fried & Rubinstein, 1989, 1990; Helgason et al., 2003; Lund et al., 2004; Secker-Walker et al., 1994).

Advise-gedrag

De meeste respondenten (91,8%) rapporteren dat zij rokende cliënten 'meestal' of 'vrijwel altijd' informeren over de schadelijke effecten van roken. In recent onderzoek van Dalia et al. (2007) gaf 98 procent van de respondenten aan cliënten hierover te informeren. Het belang hiervan blijkt uit Brits onderzoek (Lung, Kelleher, Porter, Gonzalez, & Lung, 2005) waarin is gevonden dat een kwart van de rokers niet weet dat roken schadelijk is voor de mondgezondheid en dat van de rokers die dit wel weten, het merendeel niet kan aangeven wat deze effecten zijn.

Minder respondenten (77%) rapporteren dat zij informatie verstrekken over de positieve effecten van stoppen. Dit steekt echter positief af bij eerder onderzoek, waarin 39 procent (Chambers & Corbin, 1996), respectievelijk 58 procent (Lund et al., 2004) dit aangaf.

Het advies om te stoppen met roken wordt door 77,8 procent van de respondenten 'meestal' of 'vrijwel altijd' gegeven. Dit percentage is hoger dan het percentage (60%) dat naar voren kwam uit de onderzoeken van Dolan et al. (1997) en Chambers & Corbin (1996).

Assess-gedrag

De helft van de respondenten (49,7%) geeft aan 'meestal' of 'vrijwel altijd' aan rokende cliënten te vragen of zij op korte termijn bereid zijn om te stoppen.

Assist-gedrag

Een minderheid (15,6%) biedt 'meestal' of 'vrijwel altijd' aan om een cliënt te helpen bij het ondernemen van een stoppoging. Respondenten ondersteunen cliënten zelden met specifiek advies: meer dan 80 procent van de respondenten geeft aan 'soms' of 'vrijwel nooit' een stopdatum af te spreken, cliënten te informeren over nicotinevervangende middelen of farmacotherapie, of een afspraak te maken om de voortgang van de stoppoging te bespreken. De meeste respondenten verwijzen niet naar de huisarts (86,6% 'soms' of 'vrijwel nooit'). Uit eerder onderzoek is weinig bekend over de mate waarin mondhygiënist

specifieke ondersteuning bieden. Helgason et al. (2003) rapporteren dat negen procent van de respondenten een stopdatum afspreekt; 43 procent verstrekt informatie over nicotinevervangende middelen.

De respondenten ondersteunen hun cliënt het meest door het meegeven van schriftelijke informatie (22,2% 'meestal' of 'vrijwel altijd'). In het onderzoek van Helgason et al. (2003) gaf 17 procent van de mondhygiënisten aan schriftelijke informatie mee te geven; Fried & Rubinstein (1989, 1990) rapporteerden 24 procent.

Arrange-gedrag

Respondenten maken zelden een afspraak om de voortgang van een voorgenomen stoppoging te bespreken (94,1% 'soms' of 'vrijwel nooit'). Daarentegen zegt 80 procent 'meestal' of 'vrijwel altijd' bij een volgend consult te informeren naar de stand van zaken.

Preventie

Het merendeel van de respondenten (80,2%) raadt jongeren 'vrijwel nooit' of 'soms' af om te beginnen met roken. In het onderzoek van Fried & Rubinstein (1989, 1990) rapporteerde 62 procent van de respondenten dat zij zelden of nooit mensen adviseren om niet te gaan roken.

De deelactiviteiten vergeleken

Er is nagegaan of de respondenten bepaalde activiteiten vaker uitvoeren dan andere activiteiten. Hiertoe is eerst de betrouwbaarheid van de (sub)schalen (ask-, advise-, assess-, assist- en arrange-gedrag) geanalyseerd. Op arrange-gedrag na, blijkt dat de subschalen voldoende betrouwbaar zijn; Cronbach's α is in alle gevallen gelijk aan of hoger dan 0,70 (zie tabel 4). De lage betrouwbaarheid van de arrange-schaal (Cronbach's $\alpha = ,24$) kan verklaard worden door het feit dat deze schaal uit slechts twee items bestaat.

| subschaal | aantal items | vragen | n | Cronbach's α |
|----------------|--------------|---------|-----|---------------------|
| ask-gedrag | 3 | 2-4 | 134 | 0,72 |
| advise-gedrag | 3 | 5, 6, 8 | 134 | 0,76 |
| assess-gedrag | 3 | 9-11 | 135 | 0,87 |
| assist-gedrag | 6 | 12-17 | 133 | 0,70 |
| arrange-gedrag | 2 | 19, 20 | 135 | 0,24 |

Tabel 4 Betrouwbaarheid van de subschalen

Aangezien de resultaten op de subschalen niet normaal verdeeld zijn, is gebruik gemaakt van een tweetal niet-parametrische toetsen. Met Friedman's ANOVA is allereerst onderzocht of de gemiddelde scores op de subschalen van elkaar verschillen. Dit is het geval ($X^2(3) =$

294,74, $p < 0,001$). Vervolgens is met de Wilcoxon-test getoetst of de verschillen tussen de scores op de afzonderlijke subschalen significant zijn.

Respondenten vertonen meer ask-gedrag (Mdn 4,0) dan advise-gedrag (Mdn 3,3) ($T = 437,5$, $p < 0,001$). Zij geven aan meer advies- dan assess-activiteiten uit te voeren (Mdn 3,3 vs. 3,0, $T = 635,0$, $p < 0,001$). Tenslotte wordt assess-gedrag vaker gerapporteerd dan assist-gedrag (Mdn 3,0 vs. 1,5, $T = 10,0$, $p < 0,001$). Dit betekent dat respondenten rapporteren dat zij het meeste ask-gedrag vertonen, gevolgd door advise-, assess- en assist-gedrag. Deze bevinding is niet verrassend; de 5 A's zijn op een logische wijze geordend. Een hulpverlener zal een cliënt bijvoorbeeld pas adviseren te stoppen met roken (advise-gedrag), indien hij eerst naar het rookgedrag heeft geïnformeerd (ask-gedrag). Ook kan hij iemand pas assisteren (assist-gedrag) als duidelijk is dat iemand een stoppoging wil ondernemen; hiervoor is assess-gedrag nodig.

Overige ondersteuning

Drieënvijftig respondenten hebben de stelling "Ik ondersteun de stoppoging van een patiënt (ook) op een andere manier" met "ja" beantwoord en gaven een toelichting.

Achttien respondenten geven aan dat zij een cliënt die van plan is te stoppen met roken witte tanden in het vooruitzicht stellen en/of extra tijd besteden aan het verwijderen van de rookaanslag. Een respondent noteert: *"Als ze net gestopt zijn besteed ik extra aandacht aan polijsten, en vertel ze dat ze het zo wit kunnen houden als ze het stoppen volhouden."* Acht respondenten rapporteren te verwijzen naar diverse instanties, waaronder de Thuiszorg, de website van STIVORO, en een Rook-Stop-Poli. Ook raadt een aantal respondenten een specifieke behandelmethode aan: acupunctuur (driemaal genoemd), laserbehandeling (tweemaal genoemd) en het boek van Allen Carr (driemaal genoemd). Zeven respondenten geven cliënten de 'stop met roken doos'¹ mee. Een aantal mondhygiënist (7) legt de nadruk op het motiveren, steunen en aanmoedigen van cliënten die willen stoppen met roken. Eén respondent zegt met cliënten expliciet de barrières te bespreken waardoor een stoppoging kan mislukken.

Een aantal onderwerpen die ook in de vragenlijst aan de orde komen, worden herhaald: respondenten noemen het bespreken van de voortgang van de stoppoging bij een volgend consult; anderen het bespreken van de nadelige gevolgen van roken. Ook de positieve effecten van stoppen worden genoemd. Sommige respondenten schromen het schokeffect niet: *"Ik laat vieze plaatjes van zwarte tongen zien."* *"Ik laat zien hoe zwart/bruin de tanden zijn. Zorg dat ik de aanslag hierna weg kan krijgen en zeg dat ze zich moeten realiseren wat er aan aanslag in de longen zit (die niet verwijderd kan worden)."*

¹ Dit betreft het STARTpakket van STIVORO dat enkele jaren geleden verspreid werd, maar niet meer verkrijgbaar is.

4.3 Bestaat er een relatie tussen de attitude van mondhygiënist met betrekking tot de ontmoediging van tabaksgebruik en hun gedrag?

De attitude van de respondenten

De resultaten op de attitudevragen zijn weergegeven in tabel 5. Uit deze tabel valt af te lezen dat meer dan 85 procent van de respondenten het zinvol, dan wel belangrijk vindt om aandacht te besteden aan stoppen met roken. Ook beschouwt 70,4 procent dit als haar verantwoordelijkheid. In het buitenland is het percentage mondhygiënist dat vindt dat rookontmoediging tot haar taak behoort even hoog of hoger (71% - 91%; zie tabel 1).

Het percentage respondenten dat van mening is dat stoppen met roken tot haar taken behoort, komt overeen met het percentage dat het vragen naar rookgedrag (69,1%) en het helpen een stoppoging te ondernemen (69,2%) een taak van de mondhygiënist vindt. Opvallend is echter dat vrijwel alle respondenten van mening zijn dat het geven van informatie over de schadelijke effecten van roken (99,3%) en het adviseren te stoppen met roken (97,7%) tot de taken van de mondhygiënist behoren (zie ook tabel 14 op pagina 33).

Betrouwbaarheid

Alvorens na te gaan of er een relatie bestaat tussen de attitude van mondhygiënist en hun gedrag op dit gebied, is berekend of de gesloten vragen over gedrag (items 2-6, 8-17, 19-20) en de vragen met betrekking tot attitude (items 21-24) betrouwbare schalen vormen. De betrouwbaarheid (weergegeven als Cronbach's α) is ,87 ($n = 126$) voor de gedragschaal en ,74 ($n = 133$) voor de attitudeschaal. Dit betekent dat beide schalen voldoende betrouwbaar zijn.

| | | 'volledig mee eens'+ 'mee eens' | 'niet mee eens, niet mee oneens' | 'volledig mee oneens'+ 'mee oneens' | | |
|---|-----|------------------------------------|----------------------------------|--|-------------------------|------|
| | n | % | % | % | gemiddelde ¹ | sd |
| Ik vind het leuk om tijdens een consult aandacht te besteden aan stoppen met roken. | 133 | 57,1 | 28,6 | 14,3 | 2,48 | 0,95 |
| Ik vind het belangrijk om tijdens een consult aandacht te besteden aan stoppen met roken. | 135 | 85,9 | 11,1 | 3,0 ² | 1,89 | 0,71 |
| Ik vind het zinloos om tijdens een consult aandacht te besteden aan stoppen met roken. | 135 | 5,2 | 8,9 | 85,9 | 4,18 | 0,85 |
| Het is mijn professionele verantwoordelijkheid om tijdens een consult aandacht te besteden aan stoppen met roken. | 135 | 70,4 | 22,2 | 7,4 | 2,12 | 0,92 |

Tabel 5 Attitude ten opzichte van aandacht voor stoppen met roken

Het verband tussen attitude en rookontmoedigingsgedrag

Om een verband tussen attitude en gedrag te kunnen vaststellen, is de correlatie berekend tussen de totaalscore op de gedragschaal en de totaalscore op de attitudeschaal. Deze scores zijn verkregen door per schaal de antwoorden te sommeren. Nagegaan is of de scores op de nieuwe variabelen normaal verdeeld zijn. Zowel de scheefheid ('skewness'), als de platheid ('kurtosis') van de scoreverdelingen zijn omgezet in z-scores. Volgens de richtlijn van Field (2005), die de kritieke grens ($p < ,001$) van deze z-scores stelt op 3,29, is de verdeling van de scores op de attitudeschaal niet normaal verdeeld ($z_{skewness} = 3,30$). Hiermee wordt niet voldaan aan de voorwaarden voor het gebruik van Pearson's correlatiecoëfficiënt. Spearman's rho is in de gegeven situatie wel geschikt.

Uit de theorie volgt dat een positievere attitude (een lage score op de attitudeschaal) samen gaat met meer rookontmoedigingsgedrag (een hoge score op de gedragschaal). Om die reden is er eenzijdig getoetst. Hieruit blijkt dat er een significante relatie bestaat tussen attitude ten opzichte van de ontmoediging van tabaksgebruik en het gedrag op dit gebied, $r_s = -,53$, p (eenzijdig) $< ,001$. Een positieve attitude correleert met meer rookontmoedigingsgedrag. Er is sprake van een groot effect (Field, 2005).

Lund et al. (2004) vonden een overeenkomstige samenhang tussen attitude en gedrag ($r = -,57$, $p < ,01$). Hun gedragschaal bestond uit vijf items (vier items gericht op 'ask'-gedrag en één vraag naar het geven van informatie over de positieve effecten van roken) en de tijd die de mondhygiënist aan stoppen met roken besteedt. Onduidelijk is echter hoe attitude geoperationaliseerd werd.

¹ 'volledig mee eens' = 1, 'mee eens' = 2, 'niet mee eens, niet mee oneens' = 3, 'mee oneens' = 4, 'volledig mee oneens' = 5.

² Geen enkele respondent vulde "volledig mee oneens" in.

4.4 Bestaat er een relatie tussen het idee dat mondhygiënisten hebben over de mening van anderen ten aanzien van hun rookontmoedigingsgedrag en het gedrag dat zij vertonen?

Subjectieve norm

Tabel 6 geeft de resultaten op de vragen naar de subjectieve norm weer. De meeste respondenten denken dat hun collega-mondhygiënisten (63,2%) en tandartsen (55,6%) van mening zijn dat de respondent meer aandacht zou moeten besteden aan roken. Slechts 18,5 procent denkt dat patiënten dezelfde mening zijn toegedaan. In een Canadees onderzoek (Campbell, Sletten, & Petty, 1999) was overigens 58,5 procent van de patiënten van mening dat tandheeldkundepraktijken activiteiten op het gebied van rookontmoediging zouden moeten aanbieden.

| | n | 'volledig mee eens'+ 'mee eens' | 'niet mee eens, niet mee oneens' | 'volledig mee oneens'+ 'mee oneens' | gemiddelde ¹ | sd |
|---|-----|------------------------------------|----------------------------------|--|-------------------------|------|
| Ik denk dat mijn collega-mondhygiënisten van mening zijn dat ik tijdens een consult aandacht zou moeten besteden aan stoppen met roken. | 133 | 63,2 | 19,5 | 17,3 | 2,43 | 1,05 |
| Ik denk dat de tandartsen met wie ik samenwerk van mening zijn dat ik tijdens een consult aandacht zou moeten besteden aan stoppen met roken. | 135 | 55,6 | 27,4 | 17,0 | 2,51 | 0,97 |
| SN Ik denk dat mijn cliënten van mening zijn dat ik tijdens een consult aandacht zou moeten besteden aan stoppen met roken. | 135 | 18,5 | 46,7 | 34,8 | 3,20 | 0,86 |

Tabel 6 Subjectieve norm

Betrouwbaarheid

De schaal is betrouwbaar: Cronbach's α is ,73. Dit rechtvaardigt het optellen van de scores op de vragen van deze schaal tot een nieuwe 'totaalscore' die de indruk van de respondent over de mening van anderen weergeeft.

Het verband tussen de mening van anderen en rookontmoedigingsgedrag

Het verband tussen de mening van anderen en gedrag is onderzocht door Pearson's correlatiecoëfficiënt te berekenen tussen de totaalscores op de subjectieve normschaal en de gedragschaal. Omdat de verwachting is dat de respondent meer rookontmoedigingsactiviteiten ontplooit als zij denkt dat anderen dat belangrijk vinden, is er eenzijdig getoetst. Hieruit blijkt inderdaad dat een hogere score op de subjectieve normschaal samengaat met een lagere score op de gedragschaal: naarmate de respondenten denken dat anderen vinden dat zij meer aandacht zouden moeten besteden

¹ 'volledig mee eens' = 1, 'mee eens' = 2, 'niet mee eens, niet mee oneens' = 3, 'mee oneens' = 4, 'volledig mee oneens' = 5.

aan roken, vertonen zij meer rookontmoedigingsgedrag. Dit verband is gemiddeld groot ($r = -,28$) en is significant (p (eenzijdig) $< ,001$).

4.5 Bestaat er een relatie tussen het gevoel van *self-efficacy* en het vertoonde gedrag?

Self-efficacy

In tabel 7 zijn de resultaten van de vragen met betrekking tot *self-efficacy* weergegeven. Minder dan eenderde van de respondenten (28,4%) denkt dat zij cliënten succesvol kan helpen te stoppen met roken. Bijna de helft (44,9%) zegt over voldoende kennis te beschikken om een cliënt te helpen te stoppen met roken. Het aantal respondenten dat aangeeft over voldoende vaardigheden op dit terrein te beschikken is 25,7 procent.

In twee eerdere studies gaven mondhygiënisten aan een gebrek aan kennis en/of vaardigheden te hebben (Helgason et al., 2003; Stacey et al., 2006), maar in drie andere studies was daar geen sprake van (Chambers & Corbin, 1996; Lund et al., 2004; Secker-Walker et al., 1994) (zie tabel 2 op pagina 13).

| | n | 'volledig mee eens'+ 'mee eens' | 'niet mee eens, niet mee oneens' | 'volledig mee oneens'+ 'mee oneens' | gemiddelde ¹ | sd |
|--|-----|------------------------------------|----------------------------------|--|-------------------------|------|
| Ik ben in staat om het gedrag van mijn cliënten te veranderen. | 133 | 51,1 | 40,6 | 8,3 ² | 2,54 | 0,69 |
| Ik ben succesvol in het helpen van cliënten om te stoppen met roken. | 134 | 28,4 | 50,7 | 20,9 | 2,93 | 0,81 |
| Ik beschik over voldoende kennis om cliënten te helpen te stoppen met roken. | 136 | 44,9 | 25,0 | 30,1 | 2,82 | 0,95 |
| Ik beschik over voldoende vaardigheden om cliënten te helpen te stoppen met roken. | 136 | 25,7 | 47,8 | 26,5 | 2,99 | 0,81 |

Tabel 7 *Self-efficacy*

Betrouwbaarheid

De betrouwbaarheid van de schaal, weergegeven als Cronbach's α is ,65. De betrouwbaarheid moet bij voorkeur hoger zijn dan 0,70. Schalen met een Cronbach's α tussen ,60 en ,70 kunnen ook worden gebruikt; dergelijke schalen worden wel 'zwakke schalen' genoemd.

De scores op de afzonderlijke vragen zijn samengevoegd tot een totaalscore voor *self-efficacy*.

¹ 'volledig mee eens' = 1, 'mee eens' = 2, 'niet mee eens, niet mee oneens' = 3, 'mee oneens' = 4, 'volledig mee oneens' = 5.

² Geen enkele respondent antwoordde "volledig mee oneens".

Het verband tussen self-efficacy en rookontmoedigingsgedrag

Omdat het aannemelijk is dat een groter gevoel van *self-efficacy* (overeenkomend met een lage score op deze schaal) samengaat met meer rookontmoedigingsgedrag, is eenzijdig getoetst. Het verband tussen *self-efficacy* en gedrag, weergegeven in termen van Pearson's correlatiecoëfficiënt is $-.38$. Dit middelgrote verband is significant (p (eenzijdig) $< ,001$).

In het eerder genoemde onderzoek van Lund et al. (2004) (zie 4.3) werd een groot verband gevonden tussen zelfgerapporteerde vaardigheden en gedrag ($r = ,51$; $p < 0,01$).

4.6 Zijn er factoren aan te wijzen die de ontmoediging van tabaksgebruik door mondhygiënist belemmeren?

In tabel 8 zijn de resultaten op de vragen naar mogelijke belemmerende factoren weergegeven. De helft van de respondenten (49,3%) geeft aan te denken dat de cliënt het vervelend vindt als zij roken aan de orde stelt. Een zelfde deel (51,9%) rapporteert dit in de praktijk ervaren te hebben. Dit stemt overeen met de resultaten uit eerder drie eerdere onderzoeken, waarin minder dan de helft van de respondenten dit als barrière beschouwde (Chambers & Corbin, 1996; Helgason et al., 2003; Stacey et al., 2006).

| | | 'volledig mee eens'+ 'mee eens' | 'niet mee eens, niet mee oneens' | 'volledig mee oneens'+ 'mee oneens' | | |
|--|-----|------------------------------------|----------------------------------|--|-------------------------|------|
| | n | % | % | % | gemiddelde ¹ | sd |
| Ik denk dat cliënten het vervelend vinden als ik tijdens een consult over roken begin. | 134 | 49,3 | 35,1 | 15,6 | 2,63 | 0,82 |
| Ik heb gemerkt dat cliënten het vervelend vinden als ik tijdens een consult over roken begin. | 135 | 51,9 | 25,2 | 23,0 | 2,67 | 0,92 |
| Ik heb voldoende tijd tijdens een consult om (stoppen met) roken aan de orde te stellen. | 135 | 63,0 | 14,1 | 22,9 | 2,56 | 1,03 |
| De tijd die ik besteed aan (stoppen met) roken moet apart vergoed worden. | 134 | 34,4 | 30,6 | 35,1 | 2,99 | 0,96 |
| Ik ben bereid om bij één cliënt meerdere pogingen te ondernemen om hem/haar te helpen te stoppen met roken, ook als een eerder advies geen/weinig effect heeft gehad. | 135 | 30,4 | 28,9 | 40,7 | 3,15 | 1,03 |
| Het uitbreiden van het takenpakket van de mondhygiënist met activiteiten op het gebied van rookontmoediging zal de positie van de mondhygiënist in de mondzorg versterken. | 134 | 26,8 | 44,0 | 29,1 | 3,02 | 0,89 |

Tabel 8 Beoordeling externe factoren

De respondenten verschillen van mening als het de noodzaak tot een vergoeding betreft: ongeveer eenderde (34,3%) vindt een vergoeding voor de tijd die zij aan stoppen met roken besteden noodzakelijk, vrijwel evenveel respondenten (35,1%) zijn het hier niet mee eens en iets minder dan een derde (30,6%) zegt het met de stelling noch eens, noch oneens te zijn.

¹ 'volledig mee eens' = 1, 'mee eens' = 2, 'niet mee eens, niet mee oneens' = 3, 'mee oneens' = 4, 'volledig mee oneens' = 5.

In twee van de drie studies waarin deze vraag ook werd gesteld gaven de respondenten aan dit wel als een barrière te ervaren (Helgason et al., 2003; Stacey et al., 2006) (zie ook tabel 2 op pagina 13). Dertig procent (30,4%) rapporteert bereid te zijn om één cliënt meerdere malen te ondersteunen te stoppen met roken. Ruim een kwart (28%) van de respondenten is van mening dat het uitbreiden van het takenpakket met activiteiten op het gebied van rookontmoediging de positie van de mondhygiënist zal versterken; 29,1 procent is het hier niet mee eens. Meer dan zestig procent (63,0%) van de respondenten geeft aan voldoende tijd te hebben voor rookontmoediging. Dit komt overeen met de resultaten van eerder onderzoek (Chambers & Corbin, 1996; Helgason et al., 2003; Lund et al., 2004).

Overige belemmerende factoren

De vraag of er nog andere factoren van belang zijn hebben 48 respondenten bevestigend geantwoord. Dertien mondhygiënist geven aan dat het stoppen met roken de verantwoordelijkheid van de cliënt is (en blijft), dat de cliënt zelf gemotiveerd moet zijn om te stoppen en/of dat zij niet als “juf” of “zeurkous” gezien willen worden. Ook is een aantal respondenten (4) van mening dat de situatie van de cliënt een rol speelt. Drie keer wordt aangegeven dat aantoonbare schade in de mond, veroorzaakt door tabaksgebruik, motiverend kan werken. Desondanks vinden twee mondhygiënist dat sommige ‘verstokte’ rokers echt niet te overtuigen zijn. Twee anderen zijn van mening dat hun eigen rookgedrag (huidige roker of gestopt) ook meespeelt. Een aantal respondenten noemt als motivatie om aandacht te besteden aan rookontmoediging dat de behandeling bij mensen die gestopt zijn beter aanslaat.

Het verband tussen externe factoren en gedrag

Om na te gaan of de genoemde factoren het gedrag belemmeren, zijn de correlaties berekend tussen de antwoorden op de stellingen en de totale gedragscore. De antwoorden op de stellingen zijn normaal verdeeld. De resultaten zijn weergegeven in tabel 9. Aangezien van elke factor een verwachte richting van het effect aangegeven kan worden, is steeds eenzijdig getoetst. Zoals is af te lezen uit tabel 8, zijn er drie factoren die een significant verband vertonen met gedrag:

- Naarmate respondenten meer aangeven over voldoende tijd te beschikken voor rookontmoediging, vertonen zij meer gedrag op dit terrein;
- Naarmate respondenten meer aangeven een vergoeding noodzakelijk te vinden, rapporteren zij minder rookontmoedigingsactiviteiten;

- Naarmate de respondent meer bereid is om meerdere malen ondersteuning te verlenen, vertonen zij meer rookontmoedigingsgedrag¹.

Deze effecten zijn klein tot middelgroot (Field, 2005).

| | | gedrag |
|--|--------------------|---------|
| Ik denk dat cliënten het vervelend vinden als ik tijdens een consult over roken begin. | Pearson Correlatie | ,107 |
| Ik heb gemerkt dat cliënten het vervelend vinden als ik tijdens een consult over roken begin. | Pearson Correlatie | -,069 |
| Ik heb voldoende tijd tijdens een consult om (stoppen met) roken aan de orde te stellen. | Pearson Correlatie | -,276** |
| De tijd die ik besteed aan (stoppen met) roken moet apart vergoed worden. | Pearson Correlatie | ,264** |
| Ik ben bereid om bij één cliënt meerdere pogingen te ondernemen om hem/haar te helpen te stoppen met roken, ook als een eerder advies geen/weinig effect heeft gehad. | Pearson Correlatie | ,179* |
| Het uitbreiden van het takenpakket van de mondhygiënist met activiteiten op het gebied van rookontmoediging zal de positie van de mondhygiënist in de mondzorg versterken. | Pearson Correlatie | ,118 |

Tabel 9 Samenhang externe factoren en gedrag

* p (eenzijdig) < ,05

** p (eenzijdig) < ,01

4.7 Wat is het relatieve gewicht van de bijdrage die attitude, de mening van anderen en het gevoel van *self-efficacy* leveren aan rookontmoedigingsgedrag?

De factoren in één model

Omdat in de paragrafen 4.3 - 4.5 duidelijk is geworden dat er significante verbanden bestaan tussen attitude en gedrag, *self-efficacy* en gedrag en de subjectieve norm en gedrag, is ook nagegaan wat het relatieve gewicht is van de verschillende factoren in de bijdrage aan gedrag. Met een stapsgewijze regressieanalyse² zijn de variabelen in volgorde van de sterkte van de correlatie toegevoegd (zie de correlatiematrix in tabel 10). Van multicollineariteit is geen sprake.

De resultaten van de regressieanalyse zijn weergegeven in tabel 11. Het model waarin alleen attitude (en een constante) zijn opgenomen verklaart 30,7 procent van de variantie in gedrag. Het toevoegen van *self-efficacy*, noch het toevoegen van de subjectieve norm leveren significant betere modellen op.

¹ Het effect lijkt in de andere richting te wijzen; dit komt doordat de antwoorden gehercodeerd zijn.

² Alhoewel de scores op de attitudeschaal niet normaal verdeeld zijn, is gebruik gemaakt van een parametrische regressie-analyse; in SPSS is geen techniek beschikbaar voor het uitvoeren van een niet-parametrische regressieanalyse.

| | | attitude | self-efficacy | subjectieve norm | gedrag |
|-------------------------|--------------------|-----------|---------------|------------------|--------|
| attitude | Pearson Correlatie | 1 | | | |
| | Sig. (2-zijdig) | | | | |
| | N | 135 | | | |
| self-efficacy | Pearson Correlatie | ,479(**) | 1 | | |
| | Sig. (2-zijdig) | ,000 | | | |
| | N | 131 | 131 | | |
| subjectieve norm | Pearson Correlatie | ,343(**) | ,234(**) | 1 | |
| | Sig. (2-zijdig) | ,000 | ,008 | | |
| | N | 132 | 128 | 132 | |
| gedrag | Pearson Correlatie | -,565(**) | -,378(**) | -,280(**) | 1 |
| | Sig. (2-zijdig) | ,000 | ,000 | ,001 | |
| | N | 135 | 131 | 132 | 135 |

Tabel 10 Correlatiematrix attitude, *self-efficacy*, subjectieve norm en gedrag

** p (eenzijdig) < ,01

| Model ($n = 128$) | stap 1 β | stap 2 β | stap 3 β |
|-----------------------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| attitude | -,554* | -,482* | -,450* |
| <i>self-efficacy</i> | | -,149 | -,140 |
| subjectieve norm | | | -,102 |
| R ² verandering | ,307 | ,017 | ,009 |
| R ² | ,307 | ,324 | ,333 |
| F verandering | 55,784* | 3,116 | 1,678 |
| df ₁ / df ₂ | 1 / 126 | 1 / 125 | 1 / 124 |

Tabel 11 Hiërarchische regressie-analyse van attitude, *self-efficacy* en subjectieve norm op gedrag

* $p < ,001$

Een model met 'perceived behavioral control'

In het conceptueel model zijn *self-efficacy* en belemmerende factoren weergegeven als afzonderlijke factoren. Deze keuze is gemaakt op basis van onderzoek van Armitage en Conner (2001) (zie paragraaf 2.3). Ajzen stelt evenwel dat 'perceived behavioral control' (PBC) interne én externe factoren bevat (Ajzen & Madden, 1986). *Self-efficacy* moet dan beschouwd worden als de interne factor; de belemmerende factoren als de externe factor. Om deze reden is een regressieanalyse uitgevoerd waarbij de *self-efficacy*-items en de belemmerende factoren zijn samengevoegd tot één PBC-schaal. Voordat de items zijn samengevoegd, is eerst een betrouwbaarheidsanalyse uitgevoerd. Hieruit blijkt dat er sprake is van een relatief zwakke schaal (Cronbach's α is ,58).

| | | attitude | subjectieve norm | PBC (SE en externe PBC) | gedrag |
|--------------------------------|--------------------|----------|------------------|-------------------------|--------|
| attitude | Pearson Correlatie | 1 | | | |
| | Sig. (2-zijdig) | | | | |
| | N | 135 | | | |
| subjectieve norm | Pearson Correlatie | ,343** | 1 | | |
| | Sig. (2-zijdig) | ,000 | | | |
| | N | 132 | 132 | | |
| PBC (SE en externe PBC) | Pearson Correlatie | ,490** | ,204* | 1 | |
| | Sig. (2-zijdig) | ,000 | ,023 | | |
| | N | 127 | 124 | 127 | |
| gedrag | Pearson Correlatie | -,565** | -,280** | -,414** | 1 |
| | Sig. (2-zijdig) | ,000 | ,001 | ,000 | |
| | N | 135 | 132 | 127 | 135 |

Tabel 12 Correlatiematrix attitude, PBC, subjectieve norm en gedrag

* p (tweezijdig) < ,05

** p (tweezijdig) < ,01

Om te bepalen in welke volgorde de factoren in de modellen moesten worden opgenomen, zijn eerst de correlaties tussen de verschillende factoren berekend. Uit de correlatiematrix (tabel 12) blijkt dat na attitude de nieuwe PBC-schaal het hoogste correleert met gedrag. Daarom werd PBC na attitude en voor de subjectieve norm toegevoegd aan het model.

In tabel 13 is af te lezen dat het model waarin alleen attitude (en een constante) zijn opgenomen 29,3 procent¹ van de variantie in gedrag verklaart. Het model waarin naast attitude en een constante ook PBC is opgenomen verklaart 32,8 procent van de variantie. Deze toename is significant. Het derde model dat ook de subjectieve norm bevat, is net als in de vorige paragraaf, niet significant beter.

| Model ($n = 124$) | stap 1 β | stap 2 β | stap 3 β |
|-----------------------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| attitude | -,541** | -,431** | -,385** |
| PBC | | -,217* | -,214* |
| subjectieve norm | | | -,217 |
| R ² verandering | ,293 | ,035 | ,014 |
| R ² | ,293 | ,328 | ,014 |
| F verandering | 50,567 | 6,265 | 2,644 |
| df ₁ / df ₂ | 1 / 122** | 1 / 121* | 1 / 120 |

Tabel 13 Hiërarchische regressie-analyse van attitude, PBC en subjectieve norm op gedrag

* $p < ,05$

** $p < ,001$

¹ Dit getal wijkt enigszins af van het getal tabel 11 omdat het aantal respondenten in beide analyses niet gelijk zijn.

4.8 De verantwoordelijkheid voor de verschillende activiteiten

Aan de respondenten is gevraagd om van vier activiteiten op het gebied van rookontmoediging aan te geven wie zij verantwoordelijk achten voor die taak. De antwoordmogelijkheden waren: 'preventieassistente', 'mondhygiënist', 'tandarts' of 'geen van deze'. De mogelijkheid bestond om bij één activiteit meerdere professionals aan te wijzen.

| | n | preventie-assistente (PA) | mondhygiënist (MH) | tandarts (TA) | PA&MH | MH&TA | PA,MH, TA | geen van deze |
|---|-----|---------------------------|--------------------|---------------|-------|-------|-----------|---------------|
| Het vragen naar rookgedrag | 136 | - | 1,5% | - | 2,9% | 30,1 | 64,0% | 1,5% |
| Het geven van informatie over de schadelijke effecten van roken | 134 | 0,7% | 0,7% | - | 3,7% | 32,8% | 61,9% | - |
| Het adviseren te stoppen met roken | 133 | - | 2,3% | - | 1,5% | 36,1% | 57,9% | 2,3% |
| Het helpen een stoppoging te ondernemen | 133 | 1,5% | 9,8% | - | 1,5% | 20,3% | 37,6% | 29,3% |

Tabel 14 Taakverdeling

In tabel 14 is af te lezen dat ruim 30 procent van de van de respondenten van mening is dat het vragen naar rookgedrag en het geven van informatie over de schadelijke effecten van roken een taak is van zowel de mondhygiënist, als de tandarts; ruim 60 procent vindt dit de taak van alle leden van het tandheelkundig team. De respondenten lijken ongeveer dezelfde mening toegedaan wanneer het gaat om het adviseren te stoppen met roken (36,1% de mondhygiënist en de tandarts; 57,9% alle leden van het tandheelkundig team). De respondenten denken anders over het helpen bij het ondernemen van een stoppoging: ongeveer 30 procent vindt dit geen taak van het tandheelkundig team. Bijna tien procent vindt dat dit de taak is van de mondhygiënist alleen, 20 procent acht het de taak van zowel de mondhygiënist als de preventieassistent en ruim een derde is van mening dat dit een taak is die door alle leden van het tandheelkundig team uitgevoerd zou moeten worden.

Opvallend is dat veel respondenten activiteiten op het gebied van tabaksontmoediging (mede) een taak vinden van de tandarts: meer dan 90 procent van de respondenten is van mening dat de tandarts een taak heeft in het vragen naar rookgedrag, het geven van informatie over schadelijke effecten en het adviseren te stoppen met roken. Het ondersteunen van een stoppoging wordt door 57,8 procent als een taak van de tandarts beschouwd. Deze percentages zijn aanzienlijk hoger dan dat wat tandartsen destijds zelf aangaven. In het onderzoek van Allard en van Rossem (1999) vond slechts 38 procent van de tandartsen het informeren/adviseren van patiënten over stoppen met roken tot zijn takenpakket behoren.

Een andere manier om de resultaten te presenteren is door onderscheid te maken tussen de overtuiging dat een activiteit de verantwoordelijkheid van de mondhygiënist is en de mening dat dit haar taak niet is (zie tabel 15).

| | n | taak mondhygiënist | geen taak mondhygiënist |
|---|-----|--------------------|-------------------------|
| Het vragen naar rookgedrag | 136 | 69,1% | 30,9% |
| Het geven van informatie over de schadelijke effecten van roken | 134 | 99,3% | 0,7% |
| Het adviseren te stoppen met roken | 133 | 97,7% | 2,3% |
| Het helpen een stoppoging te ondernemen | 133 | 69,2% | 30,8% |

Tabel 15 Wel/geen taak voor de mondhygiënist

De verschillen tussen de mening van de respondenten over de verantwoordelijkheid voor verschillende activiteiten en het gedrag dat zij rapporteren is opvallend:

- 69,1 % acht het vragen naar rookgedrag haar verantwoordelijkheid; 89,7% rapporteert dit meestal of (vrijwel) altijd te doen;
- 99,3% acht het geven van informatie over de schadelijke effecten haar verantwoordelijkheid; 91,8% rapporteert dit meestal of (vrijwel) altijd te doen;
- 97,7% acht het adviseren te stoppen met roken haar verantwoordelijkheid; 77,8% rapporteert dit meestal of (vrijwel) altijd te doen;
- 69,2% acht het helpen een stoppoging te ondernemen haar verantwoordelijkheid; minder dan 25% rapporteert meestal of (vrijwel) altijd specifieke ondersteunende activiteiten te verrichten.

4.9 Overige resultaten

Behoeftte aan scholing

In de vragenlijst is ook de behoefte aan scholing op het gebied van rookontmoediging geïnventariseerd. Bijna zestig procent van de respondenten heeft interesse in een cursus op dit gebied: Op de stelling “Ik heb interesse in een cursus om te leren hoe ik mijn cliënten kan helpen om te stoppen met roken”, antwoordde 59,6 procent ‘mee eens’ of ‘volledig mee eens’. Minder dan twintig procent (18,4%) was het hier ‘(volledig) mee oneens’; 22,1 procent was het eens, noch oneens met de stelling.

Mening over huidige activiteiten van de mondhygiënisten

Om na te gaan hoe de respondenten denken over de bijdrage van de mondhygiënisten aan tabaksontmoediging, is hen gevraagd te reageren op de stelling: “Ik vind dat mondhygiënisten op dit moment onvoldoende activiteiten ontplooiën op het gebied van stoppen met roken.” Ongeveer de helft van de respondenten (52,2%) geeft aan het hier niet mee eens en niet mee oneens te zijn. Een kwart (26,1%) onderschrijft de stelling; 16,2% is het hiermee oneens en is dus van mening dat mondhygiënisten op dit moment voldoende aandacht hebben voor stoppen met roken.

Aanvullende op-/aanmerkingen van de respondenten

Een derde van de respondenten heeft gebruik gemaakt van de gelegenheid om aan het einde van de vragenlijst nog op- of aanmerkingen te noteren. Een aantal mondhygiënist geeft aan dat zij het lastig vindt om het onderwerp aan de orde te stellen en geschikte informatie te geven. Zij zouden graag tips en advies krijgen over hoe ze dit moeten aanpakken. Eén respondent geeft aan dat het onderwerp in 2004 aandacht heeft gekregen haar intercollegiale toetsingsgroep.

Ook het ontbreken van informatiemateriaal wordt diverse keren genoemd. Een mondhygiënist merkt op: *“Er was een folder roken en mondgezondheid van het Ivoren Kruis, maar deze was veel te algemeen. Ik mis een folder waar m.b.v. afbeeldingen de invloed van roken op de mondgezondheid t.o.v. niet rokers wordt uitgelegd en tevens alle middelen zijn opgesomd.”*

Net als bij de open vraag naar factoren die een rol spelen, geeft een aantal respondenten aan dat zij het onderwerp belangrijk vinden, maar dat de patiënt zelf gemotiveerd moet zijn om te stoppen; zij willen de cliënten niet afschrikken met “gezeur” over roken. Een respondent noteert: *“Ik informeer mensen over roken en gevolgen, dit ook meerdere keren per persoon. Blijf het een eigen verantwoordelijkheid van de patiënt vinden wat hij/zij met deze info doet. Adviseer ze een tandenstoker te nemen i.p.v. sigaret, wel opletten met de aansteker!!!☺.”* Een ander stelt: *“Ik zie dagelijks de schadelijke effecten van roken in de praktijk. Helaas, na bijna 10 jaar adviseren aan patiënten om te stoppen met roken, moet ik iedere keer concluderen dat als de cliënt het zelf niet echt graag wilt, het voor mij een frustrerende en onbegonnen zaak is. 't Kost mij veel energie om verstokte rokers te overtuigen te stoppen.”*

Er is ook aandacht voor de gewenste rol van de mondhygiënist. Een aantal respondenten geeft aan dat zij het geven van advies wel tot haar taak rekent, maar het bieden van praktische hulp niet; dit ligt meer op het terrein van de huisartsenpraktijk.

4.10 Samenvatting

In dit hoofdstuk zijn per onderzoeksvraag de resultaten besproken. Zowel attitude, als *self-efficacy* en de subjectieve norm vertonen een significante verband met het rookontmoedigingsgedrag. Uit een regressie-analyse blijkt dat wanneer deze drie factoren gezamenlijk worden opgenomen in een regressiemodel, alleen attitude aan significante voorspeller is van gedrag. Ook is nagegaan welke bijdrage ‘perceived behavioral control’ (PBC) (de belemmerende factoren samen de *self-efficacy-items*) levert aan gedrag. Uit de tweede regressieanalyse blijkt dat PBC, na attitude een significante bijdrage levert aan het voorspellen van gedrag.

5. DISCUSSIE, CONCLUSIE EN AANBEVELINGEN

Dit hoofdstuk bespreekt allereerst een aantal keuzes die in dit onderzoek zijn gemaakt (5.1). Zowel het gebruik van het conceptuele model als de data-analyse komen aan de orde. Vervolgens worden de resultaten van het onderzoek geïnterpreteerd, leidend tot een eindconclusie (5.2). Een aantal praktische aanbevelingen voor beleid sluit het hoofdstuk af (5.3).

5.1 Discussie

Gebruik van het conceptuele model

Het doel van dit onderzoek was om meer zicht te krijgen op de rol van de mondhygiënist bij rookontmoediging. Het conceptuele model dat werd opgesteld ten behoeve van dit onderzoek gaat ervan uit dat gedrag wordt beïnvloed door een viertal factoren: attitude, de subjectieve norm, *self-efficacy* en mogelijke belemmerende factoren. Kennis over de samenhang tussen deze factoren en het rookontmoedigingsgedrag van de mondhygiënist is noodzakelijk voor de ontwikkeling en implementatie van beleid dat erop gericht is mondhygiënisten een grotere rol te geven op dit terrein. Dit onderzoek had niet tot doel om het conceptuele model op waarheid te toetsen, noch om uitspraken te doen over de validiteit van de TPB voor het verklaren van het gedrag van mondhygiënisten. Toch is het zinvol om er kort op te reflecteren.

Het conceptuele model wijkt op een belangrijk punt af van de TPB van Ajzen; in het gebruikte model is er een directe relatie tussen attitude, *self-efficacy* en de subjectieve norm, terwijl deze factoren in de TPB de intentie tot gedrag bepalen. De onderzoeken naar de TPB rapporteren dan ook vrijwel altijd de invloed van de factoren op intentie, maar niet de directe invloed op gedrag. Daarom hebben vergelijkingen met andere onderzoeken, waarin de TPB gebruikt werd om gedrag te verklaren, een beperkte waarde. Bovendien is er in de huidige studie geen prospectief-, maar een cross-sectioneel design gebruikt, waarbij de gegevens over attitude, *self-efficacy*, de subjectieve norm en het gedrag tegelijkertijd verzameld werden. Er kunnen derhalve geen conclusies worden getrokken over de richting van de gevonden effecten: beïnvloedt bijvoorbeeld attitude gedrag, of beïnvloedt het gedrag de attitude? Aangezien er inmiddels voldoende ondersteuning is gevonden voor de theorie, is het aannemelijk dat de gevonden effecten wel degelijk een specifieke richting kennen en dat gedrag bepaald wordt door specifieke factoren.

Data-analyse

Bij de data-analyse is een aantal keuzes gemaakt die ter discussie gesteld kunnen worden. De betrouwbaarheid van een aantal schalen is relatief laag. Dit geldt met name voor de *self-efficacy*-schaal ($\alpha = ,65$) en de PBC-schaal ($\alpha = ,58$). Bij de *self-efficacy*-schaal wijst dit erop dat het begrip wellicht beter geoperationaliseerd had kunnen worden. De PBC-schaal is niet tot stand gekomen door een goede operationalisatie van het begrip, maar door het samenvoegen van de items op de *self-efficacy*-schaal en de externe factoren. Niettemin verschaffen de uitkomsten van de individuele vragen in deze schalen nuttige informatie. De berekende correlaties en de uitkomsten van de regressie-analyses moeten echter met enige voorzichtig geïnterpreteerd worden.

Aan de voorwaarde dat de data die worden gebruikt in de regressie-analyse normaal verdeeld zijn, is niet in alle gevallen voldaan: De antwoorden op de attitudeschaal waren niet normaal verdeeld. Omdat de grenswaarde voor normaliteit echter maar minimaal overschreden is, is het onwaarschijnlijk dat dit de uitkomsten van de analyses ernstig vertekend heeft.

5.2 Conclusie

Dit onderzoek beoogde zicht te krijgen op de rol die mondhygiënisten spelen bij de ontmoediging van tabaksgebruik. Hiertoe is een zestal deelvragen geformuleerd:

1. Welke activiteiten ontplooiën mondhygiënisten op het gebied van stoppen met roken?
2. Bestaat er een relatie tussen de attitude van mondhygiënisten met betrekking tot de ontmoediging van tabaksgebruik en hun gedrag op dit gebied?
3. Bestaat er een relatie tussen het idee dat mondhygiënisten hebben over de mening van anderen ten aanzien van hun rokontmoedigingsgedrag en het gedrag dat zij vertonen?
4. Bestaat er een relatie tussen het gevoel van *self-efficacy* en het vertoonde gedrag?
5. Zijn er factoren aan te wijzen die de ontmoediging van tabaksgebruik door mondhygiënisten belemmeren?
6. Wat is het relatieve gewicht van de bijdrage die attitude, de mening van anderen en *self-efficacy* leveren aan rokontmoedigingsgedrag?

Deze deelvragen worden afzonderlijk beantwoord aan de hand van de resultaten. Afgesloten wordt met een eindconclusie.

Gedrag

Uit de resultaten blijkt dat de meeste mondhygiënisten aandacht besteden aan roken. Het merendeel informeert bij cliënten naar het rookgedrag. Veel mondhygiënisten adviseren de cliënt over de negatieve gevolgen van roken en de positieve effecten van stoppen. Opvallend is dat zij relatief weinig aandacht besteden aan het voorkómen van roken bij kinderen en jongeren. Minder dan de helft van de mondhygiënisten gaat na of een cliënt bereid is te stoppen. Specifieke ondersteuning, bijvoorbeeld in de vorm van het informeren over hulpmiddelen en/of het meegeven van informatie, wordt nauwelijks geboden. Wel vragen de meeste mondhygiënisten bij een vervolgsconsult naar het verloop van een voorgenomen stoppoging.

De gevonden resultaten zijn in lijn met de resultaten van buitenlands onderzoek; de Nederlandse mondhygiënisten rapporteren bepaalde activiteiten (waaronder het vragen naar rookgedrag bij cliënten met aan roken gerelateerde mondproblemen en het informeren over de positieve effecten van stoppen met roken) zelfs vaker dan in eerder onderzoek is gevonden. Dit is opvallend aangezien er in Nederland, zoals eerder betoogd en in tegenstelling tot bijvoorbeeld de Verenigde Staten, geen specifiek beleid bestaat dat mondhygiënisten aanzet tot activiteiten op dit gebied.

Attitude

Mondhygiënisten staan over het algemeen positief tegenover het ontplooiën van activiteiten op het gebied van tabaksonthouding. Zeventig procent vindt dit ook haar verantwoordelijkheid. In het buitenland is het percentage mondhygiënisten dat vindt dat rookonthouding tot haar taak behoort even hoog of hoger. Er bestaat een sterke samenhang tussen de attitude en het gedrag van de mondhygiënisten: hoe positiever de respondent oordeelt over rookonthouding, hoe meer gedrag zij op dit gebied ontplooit.

Opmerkelijk is de discrepantie tussen het aantal mondhygiënisten dat aangeeft dat zij een bepaalde activiteit tot haar verantwoordelijkheden vindt behoren en het aantal mondhygiënisten dat deze activiteit uitvoert. Terwijl 'slechts' 69 procent het haar verantwoordelijkheid vindt om te vragen naar het rookgedrag, rapport 90 procent dit te doen. Daarnaast levert minder dan 25 procent specifieke ondersteuning, terwijl 69 procent dit tot haar taken vindt behoren. Hetzelfde geldt voor het geven van een stopadvies: Bijna alle mondhygiënisten vinden dit hun verantwoordelijkheid (98%); toch geeft maar 78 procent aan zo'n advies te geven. Deze discrepantie kan echter beschouwd worden als een ondersteuning voor het conceptuele model (en voor de TPB): attitude is niet de enige factor die gedrag bepaalt.

Subjectieve norm / de mening van anderen

Een meerderheid van de respondenten denkt dat collega-mondhygiënist en tandartsen vinden dat zij meer aandacht zouden moeten besteden aan roken. Minder dan 20 procent denkt dat patiënten dezelfde mening zijn toegedaan. Er is een middelgroot verband tussen de subjectieve norm en gedrag: hoe meer de respondent denkt dat anderen vinden dat zij aandacht aan het onderwerp zou moeten besteden, hoe meer activiteiten zij ontplooit. Dit wijst erop dat mondhygiënist in hun activiteiten op het gebied van rookontmoediging zich tenminste enigszins laten leiden met de mening van anderen.

Self-efficacy

Een minderheid van de respondenten meent dat zij patiënten kan helpen te stoppen met roken. Dit idee blijkt feitelijk juist. Slechts vijf procent van de rokers lukt het om zonder hulp te stoppen (Ministerie van VWS, 2007a). De mondhygiënist vinden dat zij onvoldoende kennis en vaardigheden hebben om cliënten goed te kunnen ondersteunen. Hoe negatiever de respondent over deze zaken oordeelt, hoe minder ontmoedigingsgedrag zij vertoont. De samenhang tussen *self-efficacy* en gedrag is middelgroot.

Belemmerende factoren

Drie externe factoren blijken significant samen te hangen met gedrag: de beschikbare tijd, de noodzaak voor een vergoeding en de bereidheid om één cliënt meerdere malen te ondersteunen bij zijn stoppoging. De gevonden effecten zijn klein tot middelgroot. Opvallend is dat tweederde van de mondhygiënist wel aangeeft hiervoor voldoende tijd te hebben.

Ongeveer de helft van de mondhygiënist denkt en/of heeft gemerkt dat cliënten het vervelend vinden als het onderwerp ter sprake komt. Hoewel uit de analyses geen directe samenhang blijkt tussen de reacties van patiënten en gedrag, wordt het belang van de mening van de cliënt herhaaldelijk genoemd in de antwoorden op de open vragen. Daarom kan ervan uit worden gegaan dat de vermeende en/of ervaren negatieve reacties van cliënten voor mondhygiënist tóch een factor zijn waar zij rekening mee houden.

Gewicht van de verschillende factoren

Uit het voorafgaande is gebleken dat zowel attitude, *self-efficacy*, subjectieve norm en een aantal externe factoren samenhangen met gedrag. Uit een regressie-analyse is gebleken dat het belang van de factor attitude grootst is; het verklaart 31 procent van de variantie in gedrag. *Self-efficacy* en de subjectieve norm leverden geen significante bijdrage aan het regressiemodel. Het conceptueel model laat de mogelijkheid open dat niet alle factoren even zwaar meetellen. Ajzen betoogt dat de mate waarin de verschillende factoren een bijdrage leveren aan gedrag, afhankelijk is van het gedrag dat wordt onderzocht (n.d.-b).

In lijn met de TPB is ook bestudeerd hoe de samenhang tussen 'perceived behavioral control' (PBC) en gedrag is en wat het belang van deze factor is. PBC blijkt gedrag mede te bepalen. Na attitude is PBC de enige factor die een significante bijdrage levert aan de verklaring van gedrag in het getoetste regressiemodel; samen verklaren zij 32,8 procent van de variantie. Dit is in overeenstemming met de conclusie van Godin en Kok (1996), die 56 studies naar de toepassing van de TBC op gezondheidsgedrag analyseerden. Hoewel zij de intentie tot gedrag als afhankelijke variabele bestudeerden (en niet gedrag zelf), bleek dat attitude en PBC het vaakst verantwoordelijk waren voor de verklaarde variantie in intentie. De subjectieve norm leverde minder vaak een significante bijdrage aan intentie en als deze bijdrage wel significant was, was hij minder sterk dan de bijdragen van PBC en attitude. Ook Armitage en Conner (2001) trekken de conclusie dat de subjectieve norm een zwakke voorspeller is van intentie.

Eindconclusie

Uit dit onderzoek kan geconcludeerd worden dat de meeste mondhygiënisten positief staan tegenover rookontmoediging. Deze attitude is de belangrijkste voorspeller van gedrag. Overige factoren lijken van onderschikt belang. Het handelen van de mondhygiënist heeft echter iets halfslachtigs: zij stellen roken aan de orde tijdens het consult en adviseren rokers om te stoppen. Daarna worden de meeste cliënten echter aan hun lot overgelaten. Dit is een gemiste kans, omdat de kans op het slagen van een stoppoging zonder ondersteuning vrijwel nihil is (Ministerie van VWS, 2007a).

5.3 Aanbevelingen voor beleid

Uit de resultaten van dit onderzoek is gebleken dat attitude en PBC de belangrijkste factoren zijn in het verklaren van het rookontmoedigingsgedrag van mondhygiënisten. Er zijn twee voor de hand liggende aanbevelingen: het formuleren van beleid aangaande de activiteiten op dit gebied en het vergroten van de kennis van de mondhygiënisten.

De Nederlandse Vereniging van Mondhygiënisten (NVM) zal, in samenspraak met de andere tandheelkundige professies, een discussie moeten voeren over de gewenste rol van de mondhygiënist op het gebied van rookontmoediging. Er is voldoende achtergrondinformatie beschikbaar om een weloverwogen keuze te kunnen maken. De NVM kan de Europese consensus volgen of zich, net als haar Amerikaanse zusterorganisatie, beperken tot het vragen naar rookgedrag, het adviseren te stoppen en te verwijzen voor verdere ondersteuning. Wanneer de NVM besluit dat zij de cliënt daadwerkelijk wil ondersteunen in het ondernemen van een stoppoging, dan zullen de inhoud en de intensiteit van die ondersteuning nader gespecificeerd moeten worden. Vervolgens kan de NVM haar

standpunt beargumenteerd uitdragen naar haar leden om ervoor te zorgen dat het idee van de mondhygiënist over haar takenpakket hiermee in lijn wordt gebracht.

De ervaring leert dat dergelijke trajecten veel tijd kosten. Het onderzoek laat zien dat een aantal mondhygiënisten enthousiast is over het onderwerp; een deel van de mondhygiënisten geeft aan meer kennis en/of vaardigheden op dit gebied te willen verwerven. Dit kan al op korte termijn gerealiseerd worden. Er is veel informatie beschikbaar over de effectieve behandeling van roken. De NVM zou deze informatie, inclusief informatie over verwijsmogelijkheden, via haar website beschikbaar kunnen maken. Ook hoeft niet gewacht te worden met het ontwikkelen van een nascholingsmodule over dit onderwerp.

REFERENTIES

- Ajzen, I. (n.d.-a). Attitude toward the behavior. Retrieved 20 augustus, 2007, from <http://www.people.umass.edu/aizen/tpb.diag.html#null-link>
- Ajzen, I. (n.d.-b). Frequently asked questions. Retrieved 20 August, 2007, from <http://www.people.umass.edu/aizen/faq.html>
- Ajzen, I. (n.d.-c). Subjective norm. Retrieved 20 August, 2007, from <http://www.people.umass.edu/aizen/tpb.diag.html#null-link>
- Ajzen, I., & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall Inc.
- Ajzen, I., & Madden, T. J. (1986). Prediction of goal-directed behavior: attitudes, intentions, and perceived behavioral control [Electronic version]. *Journal of experimental social psychology*, 22, 453-474,
- Albert, D. A., Severson, H., Gordon, J., Ward, A., Andrews, J., & Sadowsky, D. (2005). Tobacco attitudes, practices, and behaviors: a survey of dentists participating in managed care [Electronic version]. *Nicotine & Tobacco Research*, 7, S9-18.
- Allard, R. H. B. (2004). De rol van zorgverleners bij ontmoediging van tabaksgebruik [Electronic version]. *Nederlands Tijdschrift voor Tandheelkunde*, 111, 396-399.
- Allard, R. H. B. (2005). De richtlijn 'Behandeling van tabaksverslaving' [Electronic version]. *Nederlands Tijdschrift voor Tandheelkunde*, 112, 216-224.
- Allard, R. H. B., & Rossem, G. M. J. M. v. (1998). Roken en mondgezondheid: feiten en meningen. *Nederlands Tijdschrift voor Tandheelkunde*, 53(20), 1055-1058.
- Allard, R. H. B., & Rossum, G. M. v. (1999). Zijn tandartsen bereid hun patiënten te adviseren te stoppen met roken [Electronic version]? *Nederlands Tijdschrift voor Tandheelkunde*, 106(11), 428-431.
- American Dental Hygienists Association. (2006). Ask. Advise. Refer. Retrieved 14 mei 2007, from <http://www.askadviserefer.org/>
- Armitage, C., & Conner, M. (2001). Efficacy of the theory of planned behaviour: A meta-analytic review [Electronic version]. *British Journal of Social Psychology*, 40, 471-499.
- Baarda, B. D., & de Goede, M. P. M. (1997). *Methoden en technieken. Een praktische handleiding voor het opzetten en uitvoeren van onderzoek*. (tweede, herziene druk, vierde oplage, 1998 ed.). Houten: Educatieve Partners Nederland B.V.
- Bergstrom, J. (2003). Tobacco smoking and risk for periodontal disease [Electronic version]. *Journal of Clinical Periodontology*, 30(2), 107-113.
- Bergstrom, J. (2004). Tobacco smoking and chronic destructive periodontal disease [Electronic version]. *Odontology*, 92(1), 1-8.

- Binnie, V. I., McHugh, S., Jenkins, W., Borland, W., & Macpherson, L. M. (2007). A randomised controlled trial of a smoking cessation intervention delivered by dental hygienists: a feasibility study [Electronic version]. *BMC Oral Health*, 7, 5.
- Blot, W. J., McLaughlin, J. K., Winn, D. M., Austin, D. F., Greenberg, R. S., Preston-Martin, S., et al. (1988). Smoking and drinking in relation to oral and pharyngeal cancer [Electronic version]. *Cancer Research*, 48(11), 3282-3287.
- Campbell, H. S., Sletten, M., & Petty, T. (1999). Patient perceptions of tobacco cessation services in dental offices [Electronic version]. *Journal of the American Dental Association*, 130(2), 219-226.
- Centraal Bureau voor de Statistiek. (2007). Gerapporteerde gezondheid en leefstijl, Percentages/aantallen. Retrieved 24 april 2007, 2007, from www.cbs.nl
- Chambers, A. K., & Corbin, D. E. (1996). Tobacco control activities of Iowa dental hygienists [Electronic version]. *Journal of Community Health*, 21(5), 375-387.
- Chavannes, N. H., Kaper, J., Frijling, B. D., J.R. Laan, v. d., Jansen, P. W. M., Guerrouj, S., et al. (2007). NHG-Standaard Stoppen met roken [Electronic version]. *Huisarts en Wetenschap*, 50(7), 306-314.
- Christen, A. G., Klein, J. A., Christen, J. A., McDonald, J. L., Jr., & Guba, C. J. (1990). How-to-do-it quit-smoking strategies for the dental office team: an eight-step program. *Journal of the American Dental Association*, 120, 20S-27S.
- Dalia, D., Palmer, R. M., & Wilson, R. F. (2007). Management of smoking patients by specialist periodontists and hygienists in the United Kingdom [Electronic version]. *Journal of Clinical Periodontology*, 34(5), 416-422.
- Dolan, T. A., McGorray, S. P., Grinstead-Skigen, C. L., & Mecklenburg, R. (1997). Tobacco control activities in U.S. dental practices [Electronic version]. *Journal of the American Dental Association*, 128(12), 1669-1679.
- Field, A. (2005). *Discovering statistics using SPSS* (2 ed.). London: SAGE Publications Ltd.
- Fried, J. L., & Rubinstein, L. (1989). Dental hygienists' anti-tobacco role: educational perspectives. *Journal of Dental Education*, 53(12), 712-717.
- Fried, J. L., & Rubinstein, L. (1990). Attitudes and behaviors of dental hygienists concerning tobacco use. *Journal of Public Health Dentistry*, 50(3), 172-177.
- Gelskey, S. C. (1999). Cigarette smoking and periodontitis: methodology to assess the strength of evidence in support of a causal association. *Community Dental Oral Epidemiology*, 27(1), 16-24.
- Godin, G., & Kok, G. (1996). The theory of planned behavior: a review of its applications to health-related behaviors. *American Journal of Health Promotion*, 11 (2), 87-98.

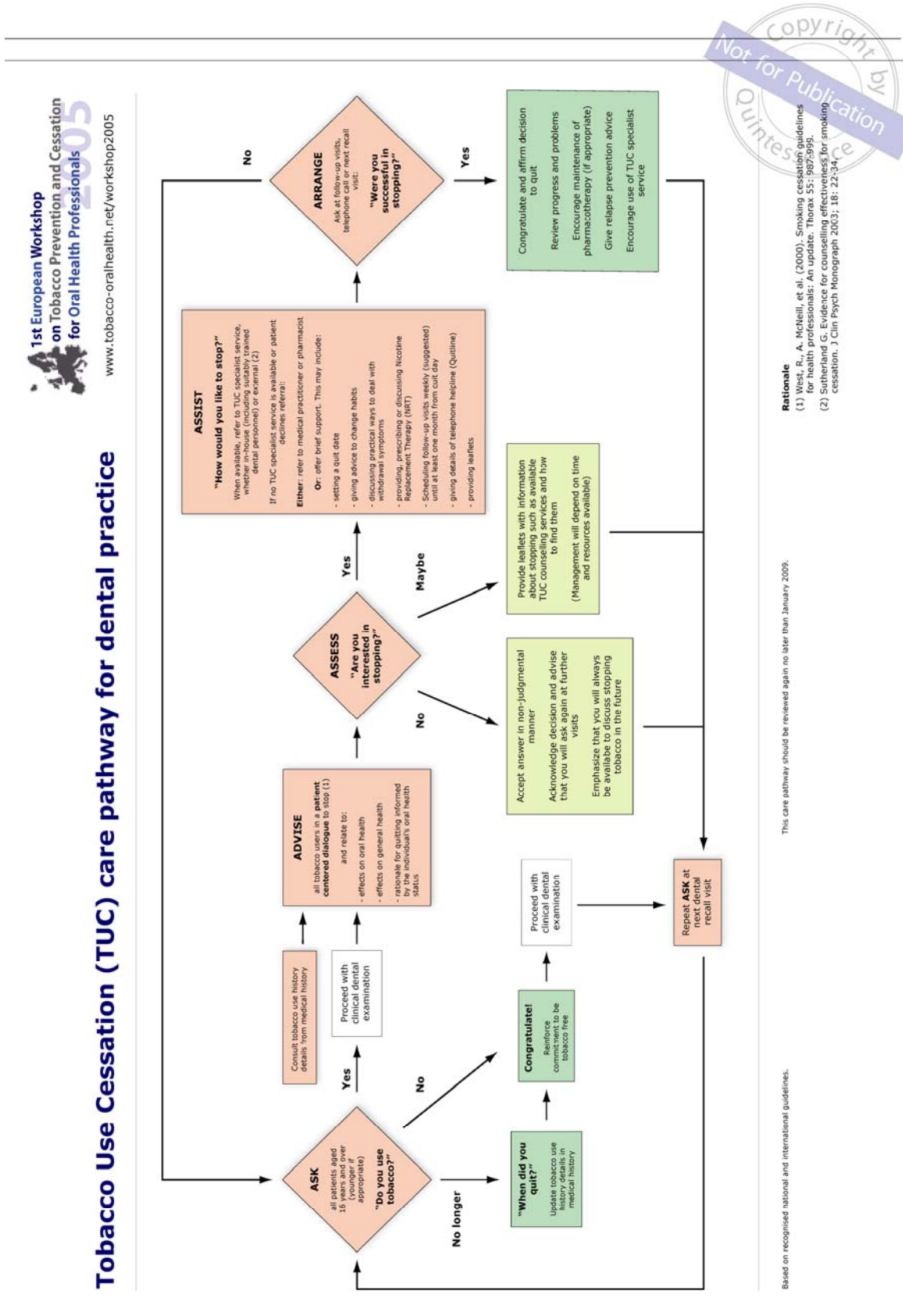
- Helgason, A. R., Lund, K. E., Adolfsson, J., & Axelsson, S. (2003). Tobacco prevention in Swedish dental care [Electronic version]. *Community Dental Oral Epidemiology*, 31(5), 378-385.
- Hoeymans, N., Gommer, A. M., & Poos, M. J. J. C. (2006, 19 June). Ziektelast in DALY's samengevat. *Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid*. Retrieved 15 May 2007, from http://www.rivm.nl/vtv/object_document/o1465n18840.html
- Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO. (2004). *Richtlijn Behandeling van tabaksverslaving* [Electronic version]. Alphen aan den Rijn: Van Zuiden Communications B.V.
- KWF Kankerbestrijding. (2006, 29 November). Factsheet Roken - 2006. Retrieved 15 May 2007, from http://www.kwfkankerbestrijding.nl/content/pages/Factsheet_Roken___2005.html
- Lund, M., Lund, K. E., & Rise, J. (2004). Preventing tobacco use in Norwegian dental practice [Electronic version]. *Community Dental Oral Epidemiology*, 32(5), 385-394.
- Lung, Z. H., Kelleher, M. G., Porter, R. W., Gonzalez, J., & Lung, R. F. (2005). Poor patient awareness of the relationship between smoking and periodontal diseases [Electronic version]. *British Dental Journal*, 199(11), 731-737; discussion 725.
- Macgregor, I. D. (1996). Efficacy of dental health advice as an aid to reducing cigarette smoking [Electronic version]. *British Dental Journal*, 180(8), 292-296.
- Ministerie van VWS. (2007a). Hulp bij stoppen met roken. Retrieved 13 februari 2007, 2007, from <http://minvws.nl/dossiers/roken/hulp-bij-stoppen-met-roken/>
- Ministerie van VWS. (2007b). Mondzorg. *Eerstelijnszorg*. Retrieved 15 May 2007, from <http://www.minvws.nl/dossiers/eerstelijnszorg/mondzorg/default.asp>
- Mirbod, S. M., & Ahing, S. I. (2000). Tobacco-associated lesions of the oral cavity: Part II. Malignant lesions [Electronic version]. *Journal of the Canadian Dental Association*, 66(6), 308-311.
- Monson, A. L. (2004). Barriers to tobacco cessation counseling and effectiveness of training [Electronic version]. *Journal of Dental Hygiene*, 78(3), 5.
- Nasry, H. A., Preshaw, P. M., Stacey, F., Heasman, L., Swan, M., & Heasman, P. A. (2006). Smoking cessation advice for patients with chronic periodontitis [Electronic version]. *British Dental Journal*, 200(5), 272-275.
- Nederlandse Vereniging van Mondhygiënist. (2007). De mondhygiënist is voortaan rechtstreeks toegankelijk. Retrieved 15 May 2007, from http://www.mondhygienisten.nl/index_open.asp
- Ook mondhygiënist hebben een taak bij rookontmoediging. (2003). *Nederlands Tijdschrift voor Mondhygiëne*, 7 12-13.

- Parker, D. R. (2003). A dental hygienist's role in tobacco cessation [Electronic version]. *International Journal of Dental Hygiene*, 1(2), 105-109.
- Preber, H., Linder, L., & Bergstrom, J. (1995). Periodontal healing and periopathogenic microflora in smokers and non-smokers [Electronic version]. *Journal of Clinical Periodontology*, 22(12), 946-952.
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. (2002). *Taakherschikking in de gezondheidszorg*. Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.
- Ramseier, C. A., Mattheos, N., Needleman, I., Watt, R., & Wickholm, S. (2006). Consensus report: first European workshop on tobacco use prevention and cessation for oral health professionals. *Oral Health and Preventive Dentistry*, 4(1), 7-18.
- Rivière-Ilsen, J. I., Sanden-Stoelinga, M. S. E. v. d., & Calkoen, P. T. (2005). *Mondhygiënist onmisbaar voor verantwoorde zorg*. Nieuwegein: Nederlandse Vereniging van Mondhygiënist.
- Samek, L. (2001). Tobacco cessation: isn't it time for dentistry to become more involved [Electronic version]? *Journal of the Canadian Dental Association*, 67(3), 139-140.
- Secker-Walker, R. H., Solomon, L. J., Flynn, B. S., & Dana, G. S. (1994). Comparisons of the smoking cessation counseling activities of six types of health professionals [Electronic version]. *Preventive Medicine*, 23(6), 800-808.
- Severson, H. H., Andrews, J. A., Lichtenstein, E., Gordon, J. S., & Barckley, M. F. (1998). Using the hygiene visit to deliver a tobacco cessation program: results of a randomized clinical trial [Electronic version]. *Journal of the American Dental Association*, 129(7), 993-999.
- Sisty-LePeau, N. (1996). Tobacco education and cessation interventions. *Journal of Dental Hygiene*, 70(3), 99-100.
- Stacey, F., Heasman, P. A., Heasman, L., Hepburn, S., McCracken, G. I., & Preshaw, P. M. (2006). Smoking cessation as a dental intervention--views of the profession [Electronic version]. *British Dental Journal*, 201(2), 109-113; discussion 199.
- STIVORO. (2007). Patiënten. Retrieved 15 May 2007, from http://www.stivoro.nl/professionals/index.php?pagina=stoppen_met_roken/patienten/index.html&submenu=2
- STIVORO, KWF Kankerbestrijding, het Astma Fonds, de Nederlandse Hartstichting, het Ministerie van VWS, & ZonMw. (2006). *Nationaal Programma Tabaksontmoediging 2006-2010* [Electronic version].
- Tomar, S. L. (2001). Dentistry's role in tobacco control [Electronic version]. *Journal of the American Dental Association*, 132, 30S-35S.

Willemsen, M. C. (2005, 16 May 2005). Wat zijn de mogelijke gezondheidsgevolgen van roken? *In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid*. Retrieved 16 mei 2007, from http://www.rivm.nl/vtv/object_document/o1208n19085.html

Bijlage 1

Tobacco Use Cessation (TUC) care pathway for dental practice (Ramseier et al., 2006)



Bijlage 2

Vragenlijst Mondhygiënist en stoppen met roken

VRAGENLIJST MONDHYGIËNISTEN EN STOPPEN MET ROKEN

Instructie

De vragen van deze vragenlijst zijn vrijwel allemaal meerkeuzevragen. Het is belangrijk dat u alle vragen invult en steeds kiest voor één van de aangegeven mogelijkheden, tenzij expliciet vermeld staat dat u meerdere antwoorden kunt kiezen. U kunt uw keuze kenbaar maken door het hokje voor het antwoord van uw keuze zwart te maken of aan te kruisen. De bedoeling is dat u de vragen oprecht invult. Er zijn geen goede of foute antwoorden.

Aan het einde van de vragenlijst is ruimte voor aanvullende opmerkingen en/of commentaar.

Huidige situatie

1. Ik ben op dit moment werkzaam als mondhygiënist.
 - ja
 - nee*

* *Indien u momenteel niet werkzaam bent als mondhygiënist, dan is het niet zinvol om de vragenlijst verder in te vullen. Het is voor het onderzoek wel belangrijk dat u de vragenlijst toch retourneert.*

Gedrag

De onderstaande vragen informeren naar de mate waarin u tijdens uw werk aandacht besteedt aan (stoppen met) roken.

2. Als ik van een cliënt niet weet of hij/zij rookt, vraag ik dit.
 - vrijwel nooit
 - soms
 - meestal
 - vrijwel altijd
3. Ik vraag aan een cliënt met aan roken gerelateerde mondproblemen of hij/zij rookt.
 - vrijwel nooit
 - soms
 - meestal
 - vrijwel altijd
4. Ik leg in de status vast of de cliënt rookt.
 - vrijwel nooit
 - soms
 - meestal
 - vrijwel altijd

 - niet van toepassing, omdat ik hier vrijwel nooit naar informeer
5. Ik informeer rokende cliënten over de schadelijke effecten van roken op de mondgezondheid.
 - vrijwel nooit
 - soms
 - meestal
 - vrijwel altijd

6. Ik informeer rokende cliënten over de positieve effecten van stoppen met roken.
 - vrijwel nooit
 - soms
 - meestal
 - vrijwel altijd
7. Om te voorkomen dat zij gaan roken, wijs ik kinderen/jongeren op de schadelijke effecten van roken op de mondgezondheid.
 - vrijwel nooit
 - soms
 - meestal
 - vrijwel altijd
8. Ik adviseer rokende cliënten om te stoppen met roken.
 - vrijwel nooit
 - soms
 - meestal
 - vrijwel altijd
9. Ik vraag aan rokende cliënten of zij wel eens hebben overwogen om te stoppen met roken.
 - vrijwel nooit
 - soms
 - meestal
 - vrijwel altijd
10. Ik vraag aan rokende cliënten of zij ooit een stoppoging hebben ondernomen.
 - vrijwel nooit
 - soms
 - meestal
 - vrijwel altijd
11. Ik vraag aan rokende cliënten of zij op korte termijn bereid zijn om te stoppen met roken.
 - vrijwel nooit
 - soms
 - meestal
 - vrijwel altijd
12. Ik bied rokende cliënten aan om hen te helpen bij het ondernemen van een stoppoging.
 - vrijwel nooit
 - soms
 - meestal
 - vrijwel altijd
13. Ik geef cliënten die overwegen om te stoppen met roken schriftelijke informatie mee over stoppen met roken.
 - vrijwel nooit
 - soms
 - meestal
 - vrijwel altijd

14. Met cliënten die bereid zijn te stoppen met roken, spreek ik een stopdatum af.
- vrijwel nooit
 - soms
 - meestal
 - vrijwel altijd
15. Ik adviseer cliënten die een stoppoging overwegen en hiervoor in aanmerking komen over nicotinevervangende middelen.
- vrijwel nooit
 - soms
 - meestal
 - vrijwel altijd
16. Ik adviseer cliënten die een stoppoging overwegen over de mogelijkheden van farmacotherapie.
- vrijwel nooit
 - soms
 - meestal
 - vrijwel altijd
17. Ik verwijs cliënten die een stoppoging overwegen naar de huisarts.
- vrijwel nooit
 - soms
 - meestal
 - vrijwel altijd
18. Ik ondersteun de stoppoging van de rokende cliënt (ook) op een andere manier.
- nee
 - ja, namelijk
 -
 -
19. Als een cliënt heeft aangegeven dat hij een stoppoging wil ondernemen, dan maak ik een afspraak met hem/haar om de voortgang van de stoppoging te bespreken.
- vrijwel nooit
 - soms
 - meestal
 - vrijwel altijd
20. Bij vervolggconsulten vraag ik de cliënt naar de stand van zaken m.b.t. de voorgenomen stoppoging.
- vrijwel nooit
 - soms
 - meestal
 - vrijwel altijd

Attitude

De volgende vragen inventariseren wat u ervan vindt om tijdens een consult aandacht te besteden aan stoppen met roken.

21. Ik vind het leuk om tijdens een consult aandacht te besteden aan stoppen met roken*.

- volledig mee eens
- mee eens
- niet mee eens, niet mee oneens
- mee oneens
- volledig mee oneens

* *Als u op dit moment nauwelijks of geen aandacht aan besteedt aan stoppen met roken, probeert u zich dan voor te stellen dat u dat wel zou doen.*

22. Ik vind het belangrijk om tijdens een consult aandacht te besteden aan stoppen met roken.

- volledig mee eens
- mee eens
- niet mee eens, niet mee oneens
- mee oneens
- volledig mee oneens

23. Ik vind het zinloos om tijdens een consult aandacht te besteden aan stoppen met roken.

- volledig mee eens
- mee eens
- niet mee eens, niet mee oneens
- mee oneens
- volledig mee oneens

24. Het is mijn professionele verantwoordelijkheid om tijdens een consult aandacht te besteden aan stoppen met roken.

- volledig mee eens
- mee eens
- niet mee eens, niet mee oneens
- mee oneens
- volledig mee oneens

25. Ik vind dat mondhygiënist op dit moment onvoldoende activiteiten ontplooi op het gebied van stoppen met roken.

- volledig mee eens
- mee eens
- niet mee eens, niet mee oneens
- mee oneens
- volledig mee oneens

Effectiviteit van gedrag

De volgende vragen informeren naar uw mening over de effectiviteit van uw gedrag.

26. Ik ben in staat om het gedrag van mijn cliënten te veranderen.

- volledig mee eens
- mee eens
- niet mee eens, niet mee oneens
- mee oneens
- volledig mee oneens

27. Ik ben succesvol in het helpen van cliënten om te stoppen met roken.*

- volledig mee eens
- mee eens
- niet mee eens, niet mee oneens
- mee oneens
- volledig mee oneens

* *Als de cliënt een jaar is gestopt, kan de poging als succesvol worden beschouwd. Als u cliënten zelden of nooit helpt om te stoppen met roken, probeert u zich dan voor te stellen dat u dat wel zou doen.*

28. Ik beschik over voldoende kennis om cliënten te helpen te stoppen met roken.

- volledig mee eens
- mee eens
- niet mee eens, niet mee oneens
- mee oneens
- volledig mee oneens

29. Ik beschik over voldoende vaardigheden om cliënten te helpen te stoppen met roken.

- volledig mee eens
- mee eens
- niet mee eens, niet mee oneens
- mee oneens
- volledig mee oneens

30. Ik heb interesse in een cursus om te leren hoe ik mijn cliënten kan helpen om te stoppen met roken.

- volledig mee eens
- mee eens
- niet mee eens, niet mee oneens
- mee oneens
- volledig mee oneens

Subjectieve norm

De volgende items vragen naar uw idee over de mening van anderen met betrekking tot stoppen met roken.

31. Ik denk dat mijn collega-mondhygiënist van mening zijn dat ik tijdens een consult aandacht zou moeten besteden aan stoppen met roken.

- volledig mee eens
- mee eens
- niet mee eens, niet mee oneens
- mee oneens
- volledig mee oneens

32. Ik denk dat de tandartsen met wie ik samenwerk van mening zijn dat ik tijdens een consult aandacht zou moeten besteden aan stoppen met roken.

- volledig mee eens
- mee eens
- niet mee eens, niet mee oneens
- mee oneens
- volledig mee oneens

33. Ik denk dat mijn cliënten van mening zijn dat ik tijdens een consult aandacht zou moeten besteden aan stoppen met roken.
- volledig mee eens
 - mee eens
 - niet mee eens, niet mee oneens
 - mee oneens
 - volledig mee oneens

Redenen om wel/geen aandacht te besteden aan stoppen met roken

De volgende vragen informeren naar factoren die rookontmoediging in uw praktijk zouden kunnen bevorderen of belemmeren.

34. Ik denk dat cliënten het vervelend vinden als ik tijdens een consult over roken begin.
- volledig mee eens
 - mee eens
 - niet mee eens, niet mee oneens
 - mee oneens
 - volledig mee oneens

35. Ik heb gemerkt dat cliënten het vervelend vinden als ik tijdens een consult over roken begin.
- volledig mee eens
 - mee eens
 - niet mee eens, niet mee oneens
 - mee oneens
 - volledig mee oneens

36. Ik heb voldoende tijd tijdens het consult om (stoppen met) roken aan de orde te stellen.
- volledig mee eens
 - mee eens
 - niet mee eens, niet mee oneens
 - mee oneens
 - volledig mee oneens

37. De tijd die ik besteed aan (stoppen met) roken moet apart vergoed worden.
- volledig mee eens
 - mee eens
 - niet mee eens, niet mee oneens
 - mee oneens
 - volledig mee oneens

38. Ik ben bereid om bij één cliënt meerdere pogingen te ondernemen om hem/haar te helpen te stoppen met roken, ook als een eerder advies geen/weinig effect heeft gehad.
- volledig mee oneens
 - mee oneens
 - niet mee eens, niet mee oneens
 - mee eens
 - volledig mee eens

39. Het uitbreiden van het takenpakket van de mondhygiënist met activiteiten op het gebied van rookontmoediging zal de positie van de mondhygiënist in de mondzorg versterken.

- volledig mee oneens
- mee oneens
- niet mee eens, niet mee oneens
- mee eens
- volledig mee eens

40. Er zijn voor mij nog andere factoren van belang.

- nee
- ja, namelijk
-
-

Rol van verschillende hulpverleners

Activiteiten op het gebied van stoppen met roken kunnen uitgevoerd worden door verschillende leden van het tandheelkundig team. Onderstaande items vragen u om per activiteit aan te geven wie u vindt dat die activiteit zou moeten uitvoeren.

41. Het vragen van cliënten naar hun rookgedrag is een taak van de:

- preventieassistent
- mondhygiënist
- tandarts
- geen van deze hulpverleners
(meerdere antwoorden mogelijk)

42. Het geven van informatie over de schadelijke effecten van roken op de mondgezondheid is een taak van de:

- preventieassistent
- mondhygiënist
- tandarts
- geen van deze hulpverleners
(meerdere antwoorden mogelijk)

43. Het adviseren van rokende cliënten om te stoppen met roken is een taak van de:

- preventieassistent
- mondhygiënist
- tandarts
- geen van deze hulpverleners
(meerdere antwoorden mogelijk)

44. Het helpen van cliënten om een stoppoging te ondernemen is een taak van de:

- preventieassistent
- mondhygiënist
- tandarts
- geen van deze hulpverleners
(meerdere antwoorden mogelijk)

Algemene informatie

Het laatste gedeelte van de vragenlijst bestaat uit een aantal algemene vragen.

45. Ik ben een

- man
- vrouw

46. Mijn geboortejaar is 19

47. Ik heb de opleiding tot mondhygiënist afgerond in (jaartal)

48. Ik heb de opleiding tot mondhygiënist gevolgd aan de:

..... (naam instelling)

..... (plaats instelling)

49. Ik ben al jaren werkzaam als mondhygiënist

50. Ik ben werkzaam

- in mijn eigen praktijk
- in dienst van een andere mondhygiënist
- in een tandartsenpraktijk
- in een ziekenhuis of instelling
- anders, namelijk

51. Ik rook

- dagelijks
- soms
- nooit, maar heb vroeger wel gerookt
- nooit en ik ben nooit een roker geweest

Dit was de laatste vraag. Zeer hartelijk bedankt voor het invullen van de vragenlijst!

Als u wilt, kunt u gebruik maken van de ruimte hieronder voor aanvullende informatie en op- of aanmerkingen.