

# Wat vind ik van mijn roken?

## Werkblad beschrijving interventie

Gebruik de HANDLEIDING bij dit werkblad

Werkblad erkenningscommissie, versie mei 2015

Dit is een gezamenlijk werkblad van de volgende kennisinstituten:



# Colofon

## Ontwikkelaar / licentiehouder van de interventie

Naam organisatie: Vilans

Postadres: Catharijnesingel 47 3511 GC Utrecht

E-mail: [info@vilans.nl](mailto:info@vilans.nl)

Telefoon: 030 78 92 300

**Website** (van de interventie): Pagina op <https://www.kennispleingehandicaptensector.nl/>

## Contactpersoon

Vul hier de contactpersoon voor de interventie in.

Naam : Marieke Meppelder

E-mail : [m.meppelder@vilans.nl](mailto:m.meppelder@vilans.nl)

Telefoon : 06 156 356 49

## Referentie in verband met publicatie

Naam auteur interventiebeschrijving: Marieke Meppelder

Titel interventie: Wat vind ik van mijn roken?

Databank(en):

Plaats, instituut: Utrecht, Vilans

Datum: Maart 2020

Het werkblad is een invulformulier voor het maken van een interventiebeschrijving, geordend naar onderwerp (doelgroep, doel, enzovoort). De onderwerpen volgen de criteria voor beoordeling.

De interventiebeschrijving is een samenvatting van de beschikbare schriftelijke informatie over de interventie voor de bezoeker van de databanken effectieve interventies en voor de erkenningscommissie interventies. De informatie is van belang voor de beoordeling van de kwaliteit, effectiviteit en randvoorwaarden van de interventie.

Dit werkblad wordt na erkenning, inclusief contactgegevens gepubliceerd op [Loketgezondleven.nl](http://Loketgezondleven.nl) en in indien relevant ook in de databases van onze samenwerkingspartners.

**[Kijk bij het invullen in de handleiding die bij dit werkblad hoort.](#)**

# Inhoud

<b>Colofon</b> .....	<b>2</b>
<b>Inhoud</b> .....	<b>3</b>
<b>Samenvatting</b> .....	<b>4</b>
<i>Korte samenvatting van de interventie</i> .....	4
Doelgroep .....	4
Doel .....	4
Aanpak .....	4
Materiaal .....	4
Onderbouwing .....	4
Onderzoek .....	4
<b>1. Uitgebreide beschrijving</b> .....	<b>5</b>
Beschrijving interventie .....	5
1.1 Doelgroep .....	5
1.2 Doel .....	6
1.3 Aanpak .....	6
<b>2. Uitvoering</b> .....	<b>9</b>
<b>3. Onderbouwing</b> .....	<b>11</b>
<b>4. Onderzoek</b> .....	<b>16</b>
4.1 Onderzoek naar de uitvoering .....	16
<b>5. Samenvatting Werkzame elementen</b> .....	<b>17</b>
<b>6. Aangehaalde literatuur</b> .....	<b>18</b>
<b>7. Praktijkvoorbeeld</b> .....	<b>20</b>

# Samenvatting

Eén A-4tje, max 600 woorden

## *Korte samenvatting van de interventie – max 150 woorden*

De interventie omvat vijf gesprekken tussen cliënt en begeleider over roken. Deze gesprekken zijn gebaseerd op motiverende gespreksvoering. Als handvat voor deze vijf gesprekken is er een leidraad voor begeleiders en een werkboek voor cliënten ontwikkeld. De leidraad en het werkboek zijn bedoeld om structuur in de gesprekken aan te brengen.

## **Doelgroep** – max 50 woorden

De interventie is ontwikkeld voor rokende cliënten met een lichte verstandelijke beperking (IQ 50-70) of rokende cliënten die moeilijk lerend zijn (voorheen zwakbegaafd genoemd; IQ 70-85), met bijkomende problemen in het adaptief functioneren. Hierna spreken we in deze interventiebeschrijving over cliënten met een LVB.

## **Doel** – max 50 woorden

Het hoofddoel van de interventie is dat de motivatie van cliënten met een LVB om te stoppen of minderen met roken is vergroot.

## **Aanpak** – max 50 woorden

Vijf gesprekken:

Gesprek 1: Engageren: verkennen ambivalentie en focussen.

Gesprek 2: Ontlokken verandertaal: informatie uitwisselen.

Gesprek 3: Ontlokken verandertaal: voordelen (stoppen roken) en nadelen (blijven roken).

Gesprek 4: Ontlokken verandertaal: vertrouwen, vooruitkijken.

Gesprek 5: Plan van aanpak maken.

## **Materiaal** – max 50 woorden

Er is een leidraad voor begeleiders ontwikkeld, een werkboek voor cliënten om het gesprek aan te gaan over roken en een flyer om cliënten te werven.

## **Onderbouwing** – max 150 woorden

De interventie is gebaseerd op drie theoretische modellen:

- Zelfdeterminatietheorie (Deci & Ryan, 2002) – De interventie draagt bij aan een gevoel van competentie bij de cliënt, door inzicht te geven in de eigen kracht; aan een gevoel van verbondenheid door te werken vanuit een gelijkwaardige, oordeelloze werkrelatie; en een gevoel van autonomie, door de keuze en wensen van de cliënt leidend te laten zijn in het interventie-traject.
- Trans-Theoretisch Model (Prochaska et al., 2015) – De interventie draagt bij aan een positieve attitude t.a.v. stoppen met roken en een gevoel van eigen effectiviteit, door de inzet van de technieken zelf-re-evaluatie, omgevings-re-evaluatie en bewustzijnsverhoging.
- Goal-setting theory (Latham & Locke, 2007) – De interventie draagt bij aan het daadwerkelijk veranderen van gedrag door af te sluiten met het maken van een veranderplan.

## **Onderzoek** – max 100 woorden

Effectonderzoek naar de huidige interventie wordt, naar verwachting, afgerond midden 2020. Een kleinschalige procesevaluatie laat zien dat begeleiders de interventie ervaren als een hulpmiddel om roken op een positieve manier bespreekbaar te maken bij cliënten met een LVB.

Uit onderzoek naar de inzet van motiverende gespreksvoering in de verslavingszorg, voor mensen met een licht verstandelijke beperking (LVB) blijkt dat er aanwijzingen zijn dat motiverende gespreksvoering effectief of veelbelovend is bij het vergroten van de motivatie van mensen met een lichte verstandelijke beperking en verslavingsproblematiek (Frielink, Schuengel, Kroon, & Embregts, 2015; Frielink & Embregts, 2013).

# 1. Uitgebreide beschrijving

## Beschrijving interventie

*Het werkblad is ook geschikt voor een samenvattende beschrijving van complexe of samengestelde interventies. Dit zijn interventies die uit twee of meer afzonderlijke onderdelen bestaan. Denk aan interventies met aparte onderdelen voor verschillende doelgroepen, zoals een leefstijlinterventie die zowel gericht is op de community als op de school als op de individuele docent. Of aan interventies met verschillende modules die bij een doelgroep 'op maat' worden toegepast.*

*Naarmate er meer onderdelen zijn is het aan te bevelen de structuur visueel weer te geven in een schema. Dit geldt met name voor de subdoelen en voor de aanpak van de interventie. Zie ook de aanwijzingen in de handleiding.*

### 1.1 Doelgroep

#### **Uiteindelijke doelgroep** – max 100 woorden

*Wat is de uiteindelijke doelgroep van de interventie?*

De doelgroep bestaat uit cliënten met een lichte verstandelijke beperking (IQ 50-70) (LVB) of cliënten die moeilijk lerend zijn (voorheen zwakbegaafd genoemd; IQ 70-85), met problemen in het adaptief functioneren. Hierna spreken we in deze interventiebeschrijving over cliënten met een LVB.

#### **Intermediaire doelgroep** – max 100 woorden

*Zijn er intermediaire doelgroepen? Zo ja, welke?*

De intermediaire doelgroep bestaat uit professionals die werken met mensen met een LVB.

#### **Selectie van doelgroepen** – max 250 woorden

*Hoe wordt de (intermediaire)doelgroep geselecteerd? Zijn er contra-indicaties? Zo ja, welke?*

Selectie van doelgroep (cliënten):

- De cliënt heeft een LVB (IQ 50-70) of is moeilijk lerend (voorheen zwakbegaafd genoemd; IQ 70-85).
- De cliënt rookt.

Contra-indicaties bij selectie van doelgroep (cliënten):

- Er is sprake van een crisis situatie (psychisch, lichamelijk of in de omgeving).

Selectie van intermediaire doelgroep:

- De professional is vanuit zijn functie gewend en in staat om individuele begeleidingsmomenten met cliënten met een LVB te hebben.

Contra-indicaties bij selectie van intermediaire doelgroep:

- De professional is vanuit zijn functie alleen gewend en in staat om ondersteunende of faciliterende taken uit te voeren, waarin geen/nauwelijks één op één begeleiding plaats vindt.

#### **Betrokkenheid doelgroep** – max 150 woorden

*Was de doelgroep betrokken bij de (door)ontwikkeling van de interventie, en op welke manier?*

De interventie is ontwikkeld tijdens een training motiverende gesprekstechnieken, in het kader van het project "Gezonde Omgeving" (kennispleingehandicaptensector.nl, 2019). Begeleiders die deelnamen aan de training gaven aan dat ze graag handvatten hadden om de motiverende gesprekstechnieken toe te passen. Daarna zijn de Leidraad en het Werkboek door de deelnemende begeleiders, de trainster en de projectleider ontwikkeld tijdens de trainingssessies. Drie ervaringsdeskundigen met een LVB hebben feedback gegeven op het werkboek, deze is verwerkt in het werkboek en de leidraad. Ook tijdens het project is feedback van cliënten én begeleiders op de interventie continu verzameld en verwerkt.

## 1.2 Doel

**Hoofddoel** – max 100 woorden

*Wat is het hoofddoel van de interventie?*

Het hoofddoel van de interventie is dat de motivatie van cliënten met een LVB om te stoppen of minderen met roken is vergroot.

**Subdoelen** – max 350 woorden

*Wat zijn de subdoelen van de interventie? Indien van toepassing: welke subdoelen horen bij welke intermediaire doelgroepen of subdoelgroep(en)?*

Subdoelen van de uiteindelijke doelgroep

1. Opbouwen / verstevigen van de werkrelatie
2. Gezamenlijke focus op gesprek over roken
3. Cliënten hebben meer verandertaal uitgesproken over hun rookgedrag.
4. Cliënten hebben kennis over de risico's van roken voor henzelf en hun kind.
5. Cliënten hebben interne hulpbronnen in beeld
6. Cliënten hebben externe hulpbronnen in beeld gebracht.
7. Cliënten hebben inzicht in welke hulpverleners en hulpmiddelen hen kunnen helpen.
8. Cliënten hebben inzicht in wat hen op de langere termijn kan helpen om te (blijven) stoppen met roken.
9. Cliënten hebben een veranderplan

Subdoelen van de intermediaire doelgroep:

1. De professional heeft handvatten om het gesprek over roken op een oordeelloze manier met cliënten met een LVB te voeren.

## 1.3 Aanpak

**Opzet van de interventie** – max 200 woorden

*Hoe is de opzet van de interventie en wat is de omvang (duur, aantal contacten – indien van toepassing)?*

Voeg eventueel een schema toe als bijlage.

Stap 1: Werven van cliënt

Stap 2: Gesprek 1: Engageren: verkennen ambivalentie en focussen.

Stap 3: Gesprek 2: Ontlokken verandertaal: informatie uitwisselen.

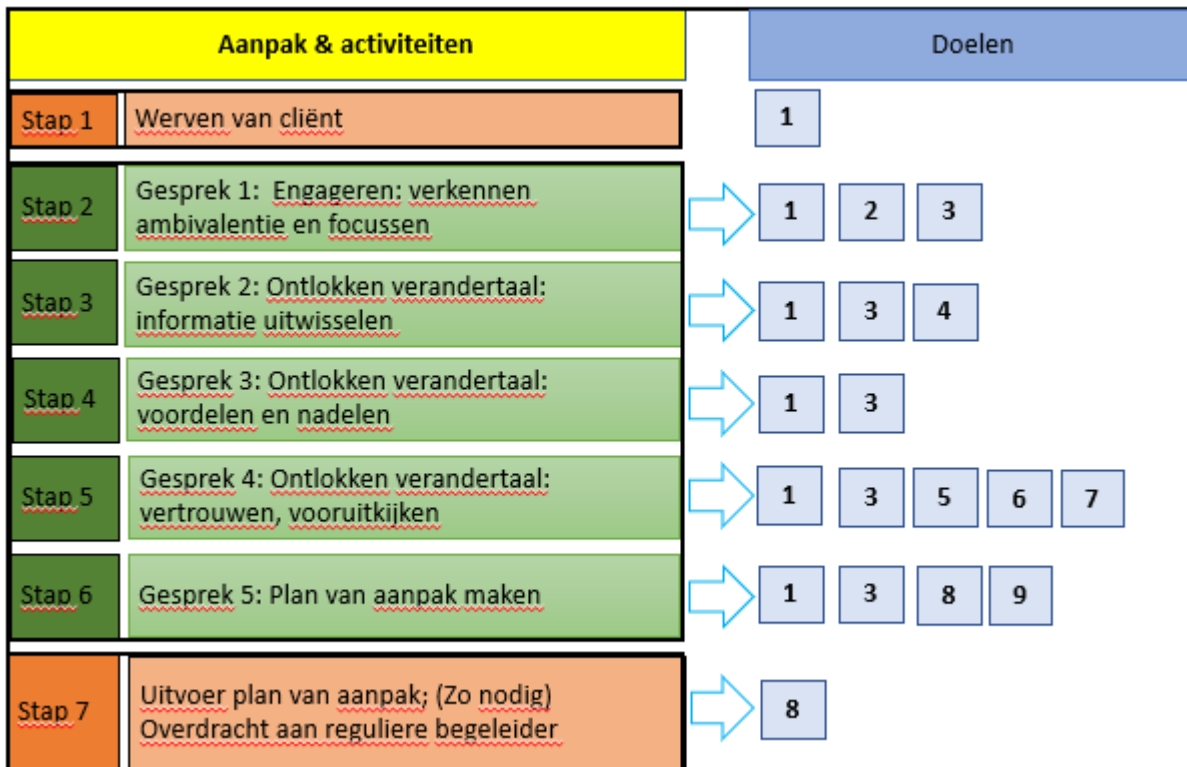
Stap 4: Gesprek 3: Ontlokken verandertaal: voordelen (stoppen roken) en nadelen (blijven roken).

Stap 5: Gesprek 4: Ontlokken verandertaal: vertrouwen, vooruitkijken.

Stap 6: Gesprek 5: Plan van aanpak maken.

Stap 7: Uitvoer plan van aanpak; (Zo nodig) Overdracht aan reguliere begeleider.

In Figuur 1 staat de samenhang tussen de doelen van de interventie en de aanpak schematisch weergegeven.



Figuur 1 - Schematische weergave van samenhang aanpak & doelen

### Inhoud van de interventie – max 1200 woorden

Welke concrete activiteiten worden uitgevoerd en -eventueel- in welke volgorde? Geef geen uitputtende beschrijving van activiteiten; het is voldoende als de lezer zich een beeld kan vormen van wat er gedaan wordt en hoe dit gedaan wordt.

Indien van toepassing per onderdeel samenvatten. Vergeet niet aandacht te besteden aan de werving.

Bij interventies op maat: geef aan wat op basis van welke criteria wanneer wordt uitgevoerd. Geef ook aan wat minimaal moet worden uitgevoerd om de gestelde doelen te behalen.

#### Stap 1: Werven van cliënt

##### In geval van werving door begeleider die de interventie zelf gaat uitvoeren

In dit geval kennen de cliënt en de begeleider elkaar al. Begeleider vraagt tijdens een regulier contactmoment of cliënt het goed vindt om de wervingsflyer door te nemen. Cliënt en begeleider nemen samen de flyer door. Cliënt kan direct beslissen of hij/zij wil starten met de interventie, of cliënt en begeleider spreken af wanneer de begeleider terugkomt op de vraag. Als cliënt wil starten, plannen cliënt en begeleider de vijf gesprekken in.

##### In geval van werving door begeleider die de interventie niet zelf gaat uitvoeren

In dit geval werft de vaste begeleider de cliënt, en voert een collega-begeleider de interventie uit (hierna te noemen interventiebegeleider). De vaste begeleider vraagt of cliënt het goed vindt om de wervingsflyer door te nemen. Begeleider en cliënt nemen de flyer door. Cliënt kan direct beslissen of hij/zij wil starten met de interventie, of cliënt en begeleider spreken af wanneer de begeleider terugkomt op de vraag. Als cliënt wil starten, maken cliënt en vaste begeleider een afspraak over wanneer de interventiebegeleider kennis kan komen maken. Tijdens het kennismakingsbezoek begint de interventiebegeleider met het opbouwen van een werkrelatie (engageren) en plannen cliënt en interventiebegeleider de vijf gesprekken in. In overleg met de cliënt kan het kennismakingsbezoek ook direct het bezoek zijn waarin het eerste gesprek (zie onder) plaats vindt.

#### Stap 2: Gesprek 1 – Engageren: verkennen ambivalentie en focussen

Dit gesprek start met engageren door te vragen hoe het voor de cliënt is om te starten met de gesprekken. Vervolgens stellen cliënt en begeleider een agenda op, waarin onder andere de interventie en de te volgen stappen nog eens worden uitgelegd. Daarna verkent begeleider de ambivalentie ten aanzien van roken door middel van de weegschaal van ambivalentie. Als de cliënt redenen noemt om te stoppen met roken, vraagt de

begeleider daarop door om zo verandertaal uit te lokken. Begeleider benoemt ook dat deze twijfel over gedragsverandering normaal is. Als laatste controleert de begeleider de gezamenlijke focus, door te checken of cliënt de volgende keer wil doorpraten over roken. Dit is juist bij mensen met een LVB belangrijk omdat de cliënt in Stap 1 ja heeft gezegd tegen een abstract voorstel. Na Gesprek 1 heeft de cliënt ervaren hoe het is om over roken te praten met een begeleider. Nu kan de cliënt op basis van ervaring de focus bevestigen.

### **Stap 3: Gesprek 2 – Ontlocken verandertaal: informatie uitwisselen**

Het tweede gesprek start opnieuw met engageren, waarbij wordt teruggeblikt op het vorige gesprek. Begeleider en cliënt stellen de agenda voor het gesprek op. Daarna vraagt begeleider welke informatie over de risico's van roken de cliënt al kent, hiermee verandertaal uitlokkend. Daarnaast vraagt de begeleider waar de cliënt meer informatie over zou willen hebben. Begeleider vraagt toestemming om aanvullende informatie te geven, en gebruikt hiervoor de quiz en de informatieteksten.

### **Stap 4: Gesprek 3 – Ontlocken verandertaal: voordelen (stoppen met roken) en nadelen (blijven roken)**

Ook het derde gesprek start met engageren en een agenda opstellen. Vervolgens vullen cliënt en begeleider samen de 'Voor -en Nadelen balans' in. Hierbij ontlockt de begeleider verandertaal bij de cliënt. Op deze manier overtuigt de cliënt zichzelf van het belang om te stoppen met roken. Daarna vult de cliënt, zo nodig met hulp van de begeleider, de meetlat van belang in. Tot slot vat de begeleider het gesprek samen.

### **Stap 5: Gesprek 4 – Ontlocken verandertaal: vertrouwen, vooruitkijken**

Het vierde gesprek start ook met het engageren en een agenda opstellen. Daarna vullen cliënt en begeleider de meetlat van vertrouwen in en begeleider vraagt de cliënt de score toe te lichten. Daarbij ontlockt de begeleider verandertaal aan de cliënt. Daarna bespreken cliënt en begeleider de sterke eigenschappen van de cliënt. Met als doel dat cliënt de interne hulpbronnen in beeld heeft. Vervolgens vraagt de begeleider de cliënt om terug te blikken op een eerdere stoppoging, en welke mensen daarbij geholpen hebben. Ook nemen begeleider en cliënt een lijst met hulpverleners/-middelen door. Hiermee brengt de cliënt externe hulpbronnen in beeld. De begeleider sluit het gesprek af met het testen van de bereidheid tot veranderen. Als de cliënt aangeeft bereid te zijn om te veranderen, blikte begeleider vooruit naar gesprek 5 over het maken van een plan van aanpak. Als de cliënt aangeeft niet bereid te zijn om te veranderen, blikte begeleider vooruit naar gesprek 5 als een afronding en samenvatting.

### **Stap 6: Gesprek 5 – Plan van aanpak maken**

Het vijfde en laatste gesprek start opnieuw met engageren en een agenda opstellen.

Als de cliënt in gesprek 4 heeft **aangegeven te willen veranderen**, blikte de begeleider kort terug en stelt vervolgens de vraag "Wat denk je te gaan doen?". Daarna stellen begeleider en cliënt samen het plan op, met aandacht voor een herhaling van de verandertaal, interne en externe hulpbronnen, en hulpbronnen op de lange termijn.

Als de interventie is uitgevoerd door de vaste begeleider, maken begeleider en cliënt afspraken over de betrokkenheid van de begeleider bij de uitvoering van het plan van aanpak.

Als de interventie is uitgevoerd door een nieuwe begeleider, die alleen voor de interventie kwam, maken cliënt en begeleider afspraken over de overdracht van de uitkomsten van de interventie aan de vaste begeleider. In deze overdracht komt ook aan bod wat de rol van beide begeleiders is in de uitvoer van het plan van aanpak.

Als de cliënt in gesprek 4 heeft **aangegeven om niet te veranderen**, blikte de begeleider kort terug en accepteert de begeleider het besluit en vraagt of hij/zij (of de vaste begeleider) hier over een maand op terug kan komen.

Als laatste onderdeel van dit vijfde gesprek evalueren begeleider en cliënt de gesprekken.

### **Stap 7: Uitvoer plan van aanpak; (Zo nodig) Overdracht aan vaste begeleider.**

Conform afspraken die in Gesprek vijf zijn gemaakt, voeren begeleider en cliënt het plan van aanpak uit, of draagt de interventiebegeleider de uitvoer van het plan van aanpak over aan de vaste begeleider. Hierbij bespreken ze expliciet wat de cliënt op lange termijn kan helpen om te (blijven) stoppen met roken.



## 2. Uitvoering

### **Materialen** – max 200 woorden

*Welke materialen zijn beschikbaar voor de uitvoering, werving en evaluatie van de interventie?*

- Wervingsflyer.
- Leidraad voor begeleiders;
- Werkboek voor cliënten;

### **Locatie en type organisatie** – max 200 woorden

*Waar kan de interventie uitgevoerd worden en welk(e) soort(en) organisatie(s) kan/kunnen de interventie uitvoeren?*

Locatie:

De interventie wordt uitgevoerd tijdens begeleidingsmomenten tussen begeleider en cliënten met een LVB. Dit kan in de thuissituatie zijn, of op een locatie van een zorgorganisatie. Het is belangrijk dat het een één op één contactmoment is, en geen contactmoment in groepsverband.

Type organisatie:

De interventie kan uitgevoerd worden in alle organisaties die volwassen cliënten met een LVB begeleiden, zoals gehandicaptenzorgorganisaties, gemeentes/wijkteams, jeugdzorg (bijv. in het kader van opvoedingsondersteuning, dan zijn de ouders van de jeugdigen de doelgroep).

### **Opleiding en competenties van de uitvoerders** – max 200 woorden

*Wie zijn de uitvoerders en welke opleiding en competenties hebben zij nodig?*

De uitvoerders zijn begeleiders die cliënten met een LVB begeleiden. Begeleiders kunnen de interventie toepassen bij cliënten die zij al begeleiden (vaste begeleiders) of bij cliënten die zij nog niet begeleiden. Dan worden ze specifiek gevraagd voor de uitvoer van de interventie (interventie-begeleiders) terwijl een andere begeleider (vaste begeleider) de reguliere begeleiding op zich blijft nemen.

Voor de uitvoering van de interventie is het volgende nodig:

- De begeleiders die de interventie gaan toepassen moeten intensief getraind zijn in Motiverende Gespreksvoering. We adviseren ten minste 4 dagdelen training, gevolgd door 2-4 coachingssessies van 2 uur waarin praktijksituaties worden besproken. Goede trainers zijn te vinden bij de Nederlandse vereniging van trainers motiverende gespreksvoering (<http://www.mintned.net/>).
- Het is van belang dat begeleiders de interventie kunnen uitvoeren vanuit de spirit van motiverende gespreksvoering: Partnerschap, acceptatie, compassie en ontlokken (Miller & Rollnick, 2014).

### **Kwaliteitsbewaking** – max 200 woorden *Hoe wordt de kwaliteit van de interventie bewaakt?*

Om de kwaliteit van de interventie te bewaken is het een voorwaarde om als uitvoerende organisatie iemand als aandachtsfunctionaris aan te stellen op het gebied van de interventie. Te denken valt aan een medewerker van een interne academie, een afdeling Leren & Ontwikkelen, of een medewerker die verslaving als aandachtsgebied heeft. Deze aandachtsfunctionaris beheert de materialen, en houdt bij door wie de interventie wordt uitgevoerd. Daarnaast is het nodig om een gedragsdeskundige aan te wijzen voor kwaliteitsbewaking. Deze gedragsdeskundige organiseert op regelmatige basis intervisie tussen medewerkers die de interventie uitvoeren. En verzamelt de feedback op de interventie (Gesprek 5) en geeft deze terug aan de ontwikkelaars, of verwerkt deze in de interne werkprocessen.

### **Randvoorwaarden** – max 200 woorden

*Wat zijn de organisatorische en contextuele randvoorwaarden voor een goede uitvoering van de interventie?*

Binnen de organisatie dient er draagvlak te zijn voor de uitvoering van de interventie en het werken vanuit de grondhouding van MGv. Het is belangrijk dat er draagvlak is in het team waar de uitvoerende begeleider in werkt. Daarvoor is het belangrijk dat het team wordt geïnformeerd over de interventie, dat deze beschikbaar is en ingezet wordt of kan worden. Daarnaast is het belangrijk dat de manager/teamleider de medewerker faciliteert bij de uitvoering. Deze persoon kan er voor zorgen dat er tijd en ruimte is voor begeleiders om de

gesprekken te kunnen voeren naast de andere werkzaamheden. Ook kan deze persoon afspraken maken over de manier om de bestede uren te kunnen declareren.

Daarnaast is het belangrijk dat de organisatie beschikt over kennis over de vervolgstappen van de interventie, gericht op gedragsverandering. Dit kan kennis zijn die intern in huis is, bijvoorbeeld bij een aandachtsfunctionaris verslaving, of bij een Arts Verstandelijk Gehandicapten (AVG). Het kan ook kennis zijn in de vorm van een samenwerkingspartner, zoals een huisarts of de verslavingszorg.

### **Implementatie** – max 200 woorden

*Is er een systeem voor implementatie? Geef een samenvatting.*

De interventie is ontwikkeld in het kader van het project “Gezonde Omgeving” (zie ook Hfst. 1.1, Betrokkenheid Doelgroep). Op basis van de ervaring met de implementatie tijdens dit project zijn de volgende stappen voor implementatie opgesteld:

Stap 1: Downloaden materialen via [www.kennispleingehandicaptensector.nl](http://www.kennispleingehandicaptensector.nl) en interventiebeschrijving via <https://www.databankinterventies.nl/>.

Stap 2: Selecteren van medewerkers die de interventie kunnen en willen gaan uitvoeren, op basis van de Opleiding & competenties zoals hierboven beschreven. Startniveau van motiverende gespreksvoering inschatten van medewerkers die geselecteerd zijn, en (aanvullende) training organiseren via Nederlandse vereniging van trainers motiverende gespreksvoering ([www.mintned.net](http://www.mintned.net)).

Stap 3: Betrekken van andere medewerkers in het kader van kwaliteitsbewaking (zie boven: Kwaliteitsbewaking): een gedragsdeskundige, een aandachtsfunctionaris. Daarnaast ook betrokken managers/teamleiders/teams, interne netwerken (e.g. verslaving, LVB, intern opleidingscentrum/academie) informeren over de interventie, en afspraken maken over betrokkenheid bij de training van medewerkers, kwaliteitsbewaking, faciliteren van medewerkers.

Stap 4: Uitvoer interventie

Stap 5: Opstarten en uitvoeren cyclus intervisie & kwaliteitsverbetering (zie boven: Kwaliteitsbewaking).

### **Kosten** – max 200 woorden

*Wat zijn de kosten van de interventie? Benoem daarbij de personele (in aantallen uren) en de materiële kosten.*

De kosten voor de interventie bestaan uit de tijd die het begeleiders kost om de vijf gesprekken (stap 2 t/m 6) voor te bereiden en uit te voeren.

#### Vorbereiden:

Als een medewerker de interventie **voor het eerst uitvoert**, kost voorbereiding meer tijd. We schatten in dat de interventie dan 30 minuten per gesprek kost, totaal 150 minuten.

Als een medewerker **al een keer heeft doorlopen**, kan voorbereiding in minder tijd, we schatten in dat voorbereiden dan 15 minuten per gesprek kost, totaal 75 minuten.

#### Uitvoeren:

Stap 1: 15 minuten

Stap 2 t/m 6: 30 minuten per gesprek, totaal = 150min.

Stap 7: is afhankelijk van het plan van aanpak van de cliënt.

Totaal **eerste keer** uitvoeren interventie: 5 uur 15 minuten

Totaal **volgende keren** uitvoeren interventie: 4 uur.

### 3. Onderbouwing

#### **Probleem** – max 400 woorden

*Voor welk probleem of (mogelijk) risico is de interventie ontwikkeld? Omschrijf aard, ernst, spreiding en gevolgen.*

Roken is in Nederland de belangrijkste enkelvoudige verklaring van gezondheidsproblemen en vroegtijdige sterfte. Per jaar sterven ongeveer 20.000 Nederlanders aan de gevolgen van roken (RIVM, 2018). Roken vergroot de kans op ziekte voor rokers zelf, waaronder verschillende vormen van kanker, hart- en vaatziekten, longziekten- en klachten en diabetes. Daarnaast vergroot roken de gezondheidsrisico's voor mensen die meeroken (passief roken), waaronder het risico op longkanker, hartziekten, beroerten, luchtwegproblematiek (Trimbos Instituut, 2020).

Deze rook-gerelateerde gezondheidsproblemen zijn niet evenredig verdeeld over de Nederlandse populatie, maar komen vooral voor bij mensen met een lage sociaaleconomische positie. Zij starten vaker en stoppen minder vaak met roken dan mensen met een hogere sociaaleconomische positie. Van de mensen die als hoogste opleiding de lagere school hebben afgerond, rookt bijvoorbeeld 20 procent dagelijks, terwijl dit bij mensen met een HBO of universitaire opleiding op 13 procent ligt. Deze verschillen tussen opleidingsgroepen zijn te zien bij zowel volwassen mannen en vrouwen (Beenackers, Nusselder, Oude Groeniger, & Van Lenthe, 2015).

In de afgelopen 20 jaren is het aantal rokers structureel afgenomen. Deze afname is zowel bij hoog- als bij laagopgeleiden zichtbaar, maar de afname gaat sneller onder hoogopgeleiden. Mensen met een (L)VB vallen binnen deze groep van laagopgeleiden. In een Nederlands onderzoek (N=419) onder mensen met een (L)VB, geeft 74.7% aan dat ze gemiddeld vanaf hun 14<sup>e</sup> hun hele leven lang roken (VanDerNagel e.a., 2017).

Juist voor deze groep mensen met een LVB, die vaker dan gemiddeld roken, is er een lacune in het aanbod van hulp bij stoppen met roken. Er zijn nog geen interventies in de databank van effectieve interventies over stoppen met roken voor mensen met een LVB. Ook in de handreiking van de academische werkplaats Kajak over LVB en verslaving, ligt de focus op alcohol en drugs en is er nauwelijks aandacht voor stoppen met roken (van Duijvenbode e.a., 2019).

#### **Oorzaken** – max 400 woorden

*Welke factoren veroorzaken het probleem of (mogelijk) risico?*

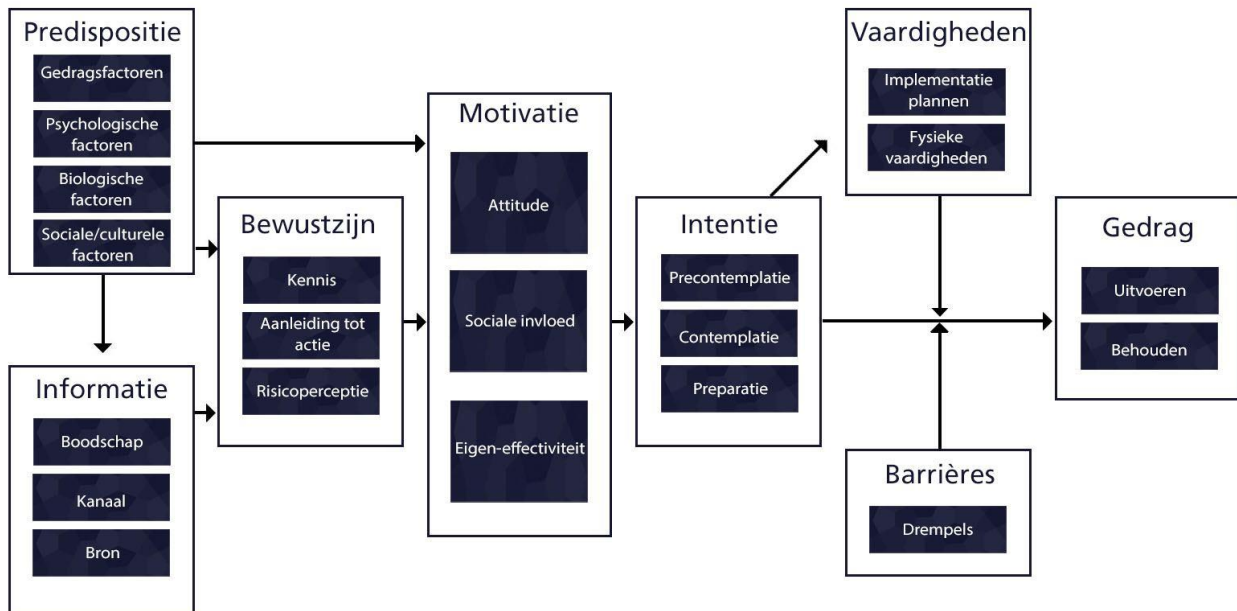
Oorzaken voor verslavingen, waaronder rookverslaving, kunnen worden onderverdeeld in biologische, socioculturele en psychologische oorzaken (Teesson, Degenhardt & Hall, 2002). Onder biologische factoren vallen onder andere genetische aanleg voor het ontwikkelen van een verslaving en neurobiologische processen die een verslaving in stand houden. Met socioculturele oorzaken worden onder meer de invloed van mensen in de omgeving, SES, maar ook maatschappelijke normen bedoeld. Psychologische oorzaken ten slotte zijn onder andere intenties en overtuigingen die individuele verschillen op het gebied van verslaving verklaren.

Eén van de modellen om met name de psychologische oorzaken van gedrag, en daarmee ook van (rook-) verslaving, in kaart te brengen is het Integrated Model for explaining motivational and behavioral change (I-CHANGE model, De Vries, 2005; zie Figuur 3). In dit model zijn vijf theorieën/modellen voor gedragsverandering geïntegreerd:

- Theory of Planned behavior (Ajzen, 2006)
- Social Cognitive Theory (Bandura, 1986)
- Transtheoretical model (Prochaska & DiClemente, 1986)
- Health Belief Model (Janz & Becker, 1984)
- Goal Setting Theories (Latham & Locke, 2007)

Het I-Change model stelt dat gedrag het resultaat is van een optelsom van vaardigheden, barrières, intenties, motivatie, bewustzijn, informatie en predispositie. Als we dit model toepassen op rookgedrag van mensen met een verstandelijke beperking passen daar een aantal risicofactoren voor in:

- Vaardigheden: Mensen met een (L)VB hebben beperkte planningsvaardigheden (Moonen, 2017).
- Barrières: Kwetsbare groepen ervaren minder steun van hun omgeving bij het stoppen met roken (Twyman e.a., 2014).
- Motivatie: Mensen met een (L)VB denken vaker dat roken 'gewoon' is (attitude), mogelijk omdat zij vaker in een omgeving met meer rokers zijn opgegroeid (sociale invloed) (van der Nagel e.a., 2012). Mensen met een (L)VB hebben gemiddeld een lagere self-efficacy (eigen effectiviteit), dat is de overtuiging van een persoon dat hij beschikt over de capaciteiten die hij nodig heeft voor een gedragsverandering.
- Bewustzijn: Mensen met een (L)VB hebben minder kennis, over de risico's (risicoperceptie) en over de werking van een rookverslaving (van der Nagel e.a., 2017) en over de hulpbronnen die bij een stoppoging kunnen helpen.
- Informatie: Mensen met een (L)VB hebben minder toegang tot, en minder begrip van, bestaand informatiemateriaal, bijvoorbeeld over de beschikbaarheid van zorgprofessionals en hulpmiddelen die hen kunnen helpen bij het stoppen met roken (van der Heide & Rademakers, 2015).



Figuur 2 - The I-Change model (De Vries, 2005)

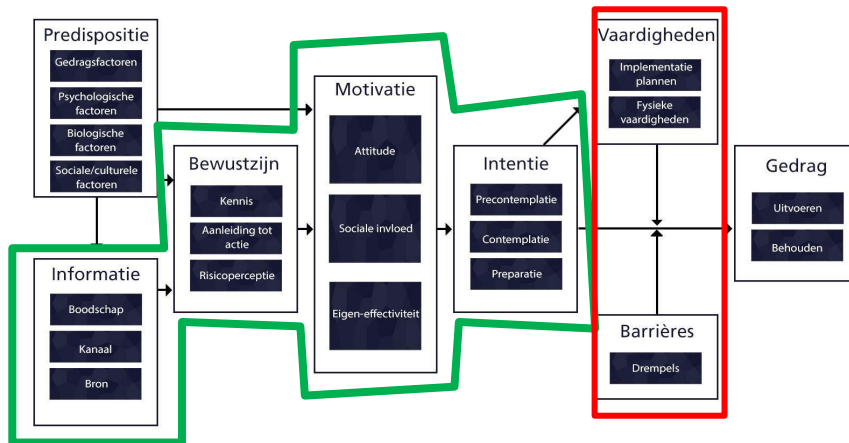
### Aan te pakken factoren – max 200 woorden

Welke factoren pakt de interventie aan en welke onder 1.2 benoemde (sub)doelen horen daarbij?

De huidige interventie pakt de volgende van de hierboven beschreven factoren aan:

- Een gebrek aan kennis over roken, de risico's van roken en de werking van een verslaving. (subdoel 2)
- Een gebrek aan kennis over de beschikbare hulpbronnen (hulpmiddelen en zorgprofessionals) (subdoel 4 & 5)
- Een gebrek aan self-efficacy/eigen effectiviteit ten aanzien van het stoppen met roken. (subdoel 3 & 5)
- Een positieve attitude ten aanzien van roken, het idee dat roken 'gewoon' is (subdoel 1 & 2).

Het hierboven genoemde model laat zien hoe veel factoren meespelen in het veranderen van gedrag. Met de huidige interventie richten we ons op oorzaken binnen de factoren Informatie, Bewustzijn, Motivatie en Intentie (groen omrande gebied). In sommige gevallen kan dit voldoende zijn om gedrag te veranderen, maar bij andere deelnemers aan de interventie is er meer nodig om tot ander gedrag te komen. In de afronding van de huidige interventie, het maken van het plan van aanpak, kunnen oorzaken binnen de factoren Vaardigheden & Barrières aangepakt worden (rood omrande gebied). Dit is een vervolg op de huidige interventie, en valt buiten de huidige beschrijving.



Figuur 3 - I-change model, met bereik van de huidige interventie

### Verantwoording – max 1000 woorden

*Maak aannemelijk dat met deze aanpak ook daadwerkelijk de doelen bij deze doelgroep bereikt kunnen worden.*

Hieronder beschrijven we welke theoretische en wetenschappelijke onderbouwing er is voor de interventie “Wat vind ik van mijn roken?”. We doen dat op basis van drie theoretische modellen / kaders:

- Zelfdeterminatietheorie (Deci & Ryan, 2002)
- Trans-Theoretisch Model (Prochaska et al., 2015)
- Goal-setting theory (Latham & Locke, 2007)

We koppelen de subdoelen van de interventie aan bovenstaande modellen / kaders. Tabel 1 geeft een schematische weergave van de samenhang tussen de subdoelen en verklarende mechanismen.

#### Zelfdeterminatietheorie

De Zelfdeterminatietheorie stelt dat met name intrinsieke motivatie gedragsverandering voorspelt. Motivatie die geïnternaliseerd is, eigen is van de cliënt, en niet extrinsiek, gedreven door externe factoren zoals beloningen. Intrinsieke motivatie wordt bereikt als voldaan wordt aan drie basisbehoeften: Autonomie, competentie en verbondenheid. Autonomie wordt ervaren als de cliënt de vrijheid voelt om op eigen initiatief beslissingen te nemen. Competentie ontstaat als een cliënt het idee heeft in staat te zijn om een moeilijke situatie op te lossen, dat ze daarvoor zelf of in hun omgeving hulpbronnen binnen bereik hebben. Tot slot ontstaat een gevoel van verbondenheid in veilige, ondersteunende relaties.

In de huidige interventie zijn vijf subdoelen geformuleerd die aansluiten bij de Zelfdeterminatietheorie:

*Subdoel 1. Opbouwen / verstevigen van de werkrelatie* - De interventie wordt uitgevoerd vanuit de spirit van motiverende gespreksvoering (zie Figuur 4; Baron et al., 2015), met aandacht voor compassie, partnerschap en acceptatie. Gedurende de hele interventie is er aandacht voor het proces Engageren, dat wil zeggen het opbouwen van een werkrelatie, één van de vier processen van motiverende gespreksvoering. Deze aandacht voor een oordeelloze relatie, leidt tot een **gevoel van verbondenheid**, waardoor de cliënt het gevoel heeft of houdt dat hij/zij controle (zelf-determinatie), en daarmee intrinsieke motivatie, heeft over het keuzeproces wat samen met de begeleider doorlopen wordt.

*Subdoel 2. Gezamenlijke focus op gesprek over roken* - In Gesprek 1 bepalen begeleider en cliënt samen de focus op een doel. De cliënt heeft daarbij nadrukkelijk een inbreng, en gezamenlijk bepalen begeleider en cliënt waar ze in de interventie aan willen werken. Deze vrije keuze draagt bij aan een **gevoel van autonomie** van de cliënt. Een gevoel van autonomie is een voorspeller van gedrag, omdat het laat zien in hoeverre keuzes geïnternaliseerd zijn, en daarmee ook duurzaam (Ryan & Deci, 2006).

*Subdoelen 5, 6, en 7. Cliënten hebben interne en externe hulpbronnen in beeld gebracht; Cliënten hebben inzicht in welke andere hulpverleners en hulpmiddelen hen kunnen helpen* - In Gesprek 4 krijgen cliënten inzicht in welke sterke eigenschappen van zichzelf, welke mensen in hun omgeving, en welke hulpverleners en hulpmiddelen hen kunnen helpen. Dit inzicht in de eigen kracht en de krachtbronnen in de omgeving, draagt bij aan een **gevoel van competentie**, de derde voorwaarde voor intrinsieke motivatie als voorspeller van gedrag. Ook uit de procesevaluatie blijkt dat deze gesprekken over mogelijke krachtbronnen eye-openers zijn voor cliënten en begeleiders.

### Trans-Theoretisch Model

Het Trans-Theoretisch model (TTM) van gedragsverandering (Stages of Change Model, Prochaska & DiClemente; 1986) beschrijft wat er nodig is voordat mensen hun gedrag kunnen veranderen, en deelt een veranderingsproces in in 6 stadia:

1. Vooroverwegen (Precontemplatie)
2. Overwegen (Contemplatie)
3. Besluitvorming (Preparatie)
4. Actie (Uitvoeren)
5. Volhouden
6. Terugval

Prochaska en DiClemente stellen dat mensen die in een veranderingsproces zitten, deze stadia doorlopen. In welk stadium een cliënt zich bevindt, kan per dag verschillen. Er kan invloed uitgeoefend worden op het stadium waar een persoon zich bevindt. Om van voorbeschouwing tot overwegen te komen zijn bewustmakende interventies nodig. Om van overwegen tot besluitvorming te komen zijn handelingen nodig die gericht zijn op het verhelderen van hoe de cliënt over zichzelf in relatie tot het probleem denkt. Om van besluitvorming tot actie te komen, zijn interventies nodig die gericht zijn op het doen ontstaan van geloof in het vermogen om te kunnen veranderen (NJI, 2013).

In de huidige interventie zijn zes doelen opgenomen die aansluiten bij het Trans-Theoretisch Model (Prochaska et al., 2015):

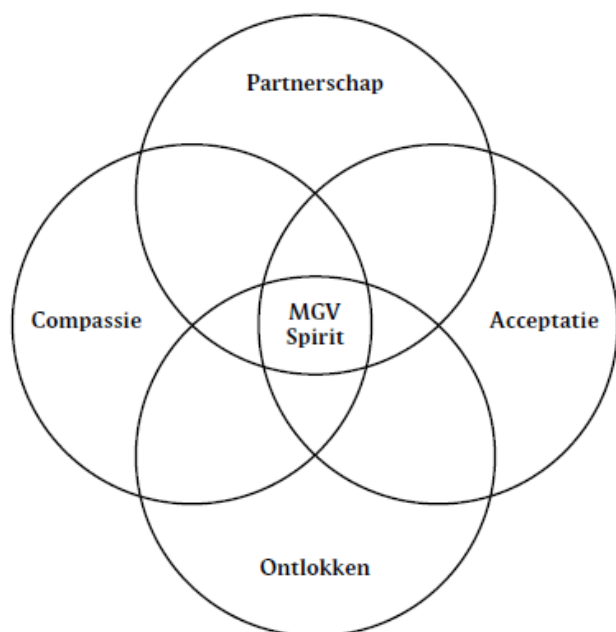
*Subdoel 3. Cliënten hebben meer verandertaal uitgesproken en Subdoel 5. Cliënten hebben interne hulpbronnen in beeld gebracht* – In Gesprek 1 en 3 laat de begeleider de cliënt hardop uitspreken o.a. welk gedrag de cliënt graag meer wil laten zien, welke voordelen het stoppen met roken zou hebben, welke nadelen het blijven roken heeft. Hiermee brengt de begeleider een proces van **zelf-re-evaluatie** op gang. Volgens het TTM (Prochaska et al., 2015) kan deze zelf-re-evaluatie bijdragen aan meer bewustwording, een positieve attitude ten opzichte van stoppen met roken, en een gevoel van eigen effectiviteit.

*Subdoel 4. Cliënten hebben kennis over de risico's van roken en Subdoel 6, 7 en 8. Cliënten hebben inzicht in externe hulpbronnen, hulpverleners en hulpmiddelen, en steun op langere termijn* - In Gesprek 3 geeft de begeleider (met toestemming/op verzoek) kennis over de risico's van roken, in Gesprek 5 en 6 kijken cliënt en begeleider naar buiten: welke hulpbronnen zijn er beschikbaar in de omgeving. Door middel van kennis worden cliënten zich meer bewust (**Consciousness raising**) van de risico's én van de mogelijkheden die er zijn om hulp te krijgen. Cliënten met een verstandelijke beperking hebben minder kennis van deze hulp (Van Der Heide & Rademakers, 2015). Door het aanbieden van informatie kan bewustzijn vergroot worden (Zie ook Figuur 3).

*Subdoel 4. Kennis over risico's* – In Gesprek 3 deelt de begeleider (met toestemming / op verzoek) informatie over de risico's van roken. Omdat voor mensen met een LVB roken vaker als “normaal” wordt gezien (VanderNagel e.a., 2012) en er vaker in hun omgeving gerookt wordt, helpt de informatie over de risico's om de eigen omgeving met andere ogen te bekijken (**Environmental re-evaluation**). Het bewustzijn van het effect van het eigen handelen (roken) op de omgeving (bijv. gezondheid van kinderen) wordt vergroot en kan van invloed zijn op de motivatie om te stoppen met roken (Zie ook Figuur 3).

### Goal-setting theory

Subdoel 9. Cliënt heeft veranderplan - De interventie sluit af met het maken van een veranderplan. Goal setting theory (Latham & Locke, 2007) stelt dat het **opstellen van een plan of doel** bijdraagt aan meer doorzettingsvermogen, concentratie en het zoeken naar strategieën om het doel te bereiken.



Figuur 4 - Spirit van motiverende gespreksvoering (Baron et al., 2015)

Tabel 1 - Subdoelen & verklarende mechanismen "Wat vind ik van mijn roken?"

	<b>Subdoel</b>	<b>Verklarend mechanisme</b>
1	Opbouwen / verstevigen van de werkrelatie	Gevoel van verbondenheid; Zelfdeterminatietheorie; Ryan & Deci, 2002
2	Gezamenlijke focus op gesprek over roken	Gevoel van autonomie; Zelfdeterminatietheorie; Ryan & Deci, 2002
3	Cliënten hebben meer verandertaal uitgesproken over hun rookgedrag.	Zelf-re-evaluatie; Trans-Theoretisch Model; Prochaska et al., 2015.
4	Cliënten hebben kennis over de risico's van roken voor henzelf en hun kind.	Consciousness raising; Trans-Theoretical Model; Prochaska et al., 2015. Environmental re-evaluatie; Trans-Theoretisch Model; Prochaska et al., 2015.
5	Cliënten hebben interne hulpbronnen in beeld gebracht.	Zelf-re-evaluatie; Trans-Theoretisch Model; Prochaska et al., 2015. Gevoel van competentie; Zelfdeterminatietheorie; Ryan & Deci 2002.
6	Cliënten hebben externe hulpbronnen in beeld gebracht.	Consciousness raising; Trans-Theoretisch Model; Prochaska et al., 2015. Gevoel van competentie; Zelfdeterminatietheorie; Ryan & Deci 2002.
7	Cliënten hebben inzicht in welke andere hulpverleners en hulpmiddelen hen kunnen helpen.	Consciousness raising; Trans-Theoretical Model; Prochaska et al., 2015. Gevoel van competentie; Zelfdeterminatietheorie; Ryan & Deci 2002.
8	Cliënten hebben inzicht in wat hen op de langere termijn kan helpen om te (blijven) stoppen met roken.	Consciousness raising; Trans-Theoretical Model; Prochaska et al., 2015.
9	Cliënten hebben een veranderplan	Goal setting; Goal-Setting Theory; Latham & Locke, 2007

## 4. Onderzoek

### 4.1 Onderzoek naar de uitvoering – max 600 woorden

*Wat is op basis van het beschikbare onderzoek bekend over de uitvoering van de interventie?*

Beschrijf kort welke onderzoeken zijn gedaan en wat daarvan de uitkomsten waren. Stuur bij het indienen van het werkblad de volledige publicatie van ieder genoemd onderzoek mee.

Beschrijf per onderzoek:

- a) De titel, auteurs, organisatie en jaar van uitgave (indien gepubliceerd)
- b) Het type onderzoek, de onderzoeksmethode en de omvang van het onderzoek
- c) Een samenvatting van de meest relevante uitkomsten met betrekking tot inzicht in de mate waarin activiteiten zijn uitgevoerd volgens plan, het bereik van de interventie, de waardering en ervaring van de uitvoerders en doelgroep, succes- en faalfactoren, en -indien beschikbaar- de uitvoerbaarheid, de randvoorwaarden en de omgevingsvariabelen.

Studie 1:

- A. Frielink, N., Schuengel, C., Kroon, A., & Embregts, P. J. C. M. (2015). Pretreatment for substance-abusing people with intellectual disabilities: intervening on autonomous motivation for treatment entry. *Journal of Intellectual Disability Research*, 59(12), 1168-1182.
- B. Een meervoudige-case studie (N=6) uitgevoerd om te meten in hoeverre de dag-tot-dag motivatie om middelen te gebruiken, veranderde.
- C. Uitkomsten van het onderzoek zijn dat de MGV principes het niveau van de motivatie van de deelnemers heeft veranderd. Het onderzoek geeft aanwijzingen dat de behandeling toepasbaar is voor mensen met LVB.

Studie 2:

- A. Gaasterland, A., Jong, N. de, & Meppelder-de Jong, M. (2020). 'Wat vind ik van mijn roken?' Procesevaluatie. Artikel in voorbereiding.
- B. Een kleinschalige procesevaluatie naar de uitvoering van de interventie 'Wat vind ik van mijn roken?'. Semi-gestructureerde interviews (N=3) bij begeleiders die de interventie hebben toegepast.
- C. De resultaten van deze kleinschalige procesevaluatie laten zien dat de begeleiders de KMI ervaren als een hulpmiddel om op een positieve manier roken bespreekbaar te maken bij cliënten met een LVB. De onderdelen in het Werkboek en de Leidraad helpen de cliënt en de begeleider, en sluiten aan bij de cliënten.  
De resultaten laten ook zien dat het belangrijk is om de KMI te combineren met een eigen beoordeling van het niveau van de cliënt. De toon en taal van de KMI past niet bij elke cliënt, en het is belangrijk dat de begeleider de inzet van de KMI op dit niveau aanpast.



## 5. Samenvatting Werkzame elementen

*Wat zijn de werkzame elementen van deze interventie waardoor de gestelde doelen bij de doelgroep gerealiseerd worden? Geef een puntsgewijs overzicht van de belangrijkste werkzame elementen van de interventie. Denk daarbij aan inhoudelijke en praktische elementen.*

Max 250 woorden.

### Inhoudelijke elementen

- Kernelementen van Motiverende Gespreksvoering (MGV): de MGV Spirit
  - o Partnerschap
  - o Compassie
  - o Ontlokken
  - o Acceptatie
- Kennisoverdracht over:
  - o Risico's van roken, voor de cliënt en zijn omgeving
  - o Werking van de verslaving
  - o Hulpbronnen in de omgeving (hulpverleners en hulpmiddelen)
- Zelf-re-evaluatie
  - o Inzicht in eigen kracht om te kunnen stoppen
- Omgevings-re-evaluatie
  - o Inzicht in kracht om te kunnen stoppen met roken in de omgeving (sociale netwerk)
  - o Inzicht in de risico's van roken voor de omgeving van de cliënt.

### Praktische elementen

- Het uitvoeren van de interventie in de thuissituatie;
- Gebruik van schriftelijk materiaal met visuele opdrachten;
- Kortdurende termijn van de interventie.
- Aanpassingen in het taalniveau, zowel in het werkboek als ook in de uitlegteksten in de Leidraad.
- Rekening houden met de cognitieve capaciteiten van cliënten (beperkt aantal vragen).
- Veel ruimte voor cliënten om te vertellen wat zij willen agenderen, en wat ze meenemen uit de gesprekken.

## 6. Aangehaalde literatuur

Maak een alfabetische lijst van alle in deze beschrijving aangehaalde literatuur en gebruik hiervoor de APA-normen (variant met kleine letters, zie aanwijzingen in de handleiding).

- Ajzen, I. (2006). Constructing a TPB questionnaire: Conceptual and methodological considerations. Geraadpleegd 11 maart 2020 van <https://pdfs.semanticscholar.org/0574/b20bd58130dd5a961f1a2db1ofd1fcbae95d.pdf>
- Bandura, A. (1986). Social foundations of thought and action: A social cognitive theory. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Baron, E., Jonge, J. de & Schippers, G. (2015). Motiverende gespreksvoering. *Gedragstherapie*, 48 (2), 138-152.
- Beenackers, M., Nusselder, W., Oude Groeniger, J., & Lenthe, F. van (2015). Het terugdringen van gezondheidsachterstanden. Geraadpleegd 28 augustus 2019, van Kenniscentrum Sport website: <https://www.kenniscentrumsport.nl/publicatie/>
- Duijvenbode, N. van, Nagel, J. E. L. van der, Poelen, E., Kiewik, M., Kemna, L. & Bierman, K. (2019). Handreiking Middelengebruik en verslaving bij mensen met een LVB. Geraadpleegd 28 augustus 2019, van Kenniscentrum LVB website: <https://www.kenniscentrumlvb.nl/kennis-delen/academische-werkplaats-kajak/handreiking-middelengebruik-en-verslaving-bij-mensen-met-een-lvb/>
- Frielink, N., Schuengel, C., Kroon, A., & Embregts, P. J. C. M. (2015). Pretreatment for substance-abusing people with intellectual disabilities: intervening on autonomous motivation for treatment entry. *Journal of Intellectual Disability Research: JIDR*, 59(12), 1168–1182.
- Frielink, N. & Embregts, P. (2013). Modification of motivational interviewing for use with people with mild intellectual disability and challenging behaviour. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 38(4), 279–291.
- Heide, I. van der & Rademakers, J. (2015). Laaggeletterdheid en gezondheid: stand van zaken. Utrecht: NIVEL.
- Janz, N.K. & Becker, M.H. (1984). The health belief model: a decade later. *Health education quarterly*, 11 (1): 1-47.
- Jonge, J. M. de, Schaap, C. P. D. R., & Schippers, G.M. (2002). Motivatie voor verandering: een Nederlandse versie van de University of Rhode Island Change Assessment (URICA-NL). *Diagnostiek-wijzer*, 5, 114-122.
- Latham, G.P., & Locke, E.A. (2007). New developments in and directions for goal-setting research. *European Psychologist*, 12(4), 290.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2014). *Motiverende gespreksvoering: Mensen helpen veranderen* (3e ed.). Ouderkerk aan den IJssel: Ekklesia.
- Moonen, X.M.H. (2017). *(H)erkennen en waarderen. Over het (h)erkennen van de noden mensen met licht verstandelijke beperkingen en het bieden van passende ondersteuning*. Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Nagel, J., Kiewik, M. & Didden, R. (2012). *Iedereen gebruikt toch? Verslaving bij mensen met een lichte verstandelijke beperking*. Amsterdam: Boom.

- Nagel, J. E. L. van der, Kiewik, M., Didden, R., Korzilius, H. P. L. M., Dijk, M. van, Palen, J. van der, ... Jong, C. A. J. de (2017). Substance Use in Individuals with Mild to Borderline Intellectual Disability: an Exploration of Rates and Risks in the Netherlands. *Advances in Neurodevelopmental Disorders*, 1(4), 283–293.
- Nederlands Jeugdinstituut, Bartelink, C. (2013). *Wat werkt: Motiverende gespreksvoering?* Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1986). Toward a comprehensive model of change. In W. R. Miller & N. Heather (Eds.), *Applied clinical psychology. Treating addictive behaviors: Processes of change* (p. 3–27). Plenum Press.
- Prochaska, J.O., Redding, C.A., & Evers, K.E. (2015). The transtheoretical model of stages of change. In K. Glanz, B.K. Rimer & K. Viswanath (Eds.), *Health behavior: Theory, research, and practice* (5<sup>th</sup> ed., pp 168-222). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- RIVM. (2018, november 20). Tabaksrook bestaat uit ruim 6000 verschillende chemische stoffen en veroorzaakt in Nederland bijna 20.000 doden per jaar. Geraadpleegd 28 augustus 2019, van <https://www.rivm.nl/tabak/rook>
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2002). Overview of self-determination theory: An organismic dialectical perspective. In E. L. Deci & R. M. Ryan (Eds.), *Handbook of Self-Determination Research* (pp. 3-34). Rochester, NY: University of Rochester Press.
- Teesson, M., Degenhardt, L. & Hall, W. (2002). *Addictions*. East Sussex: Psychology Press.
- Trimbos Instituut, *Cijfers gebruik en gevolgen*. Opgehaald op 11 maart 2020 van <https://www.rokeninfo.nl/professionals/cijfers-gebruik-en-gevolgen>
- Twyman, L., Bonevski, B., Paul, C., Bryant, J. (2014). Perceived barriers to smoking cessation in selected vulnerable groups: a systematic review of the qualitative and quantitative literature. *BMJ Open*, 4(12).
- Vries, H. de, Mesters, I., Steeg, H. van der, & Honing, C. (2005). The general public's information needs and perceptions regarding hereditary cancer: an application of the Integrated Change Model. *Patient Education and Counselling*, 56 (2), 154–165.

## 7. Praktijkvoorbeeld

*Beschrijf, indien beschikbaar, in max. 600 woorden een praktijkvoorbeeld van de uitvoering van de interventie: hoe was de situatie voor, tijdens en na de interventie?*

Gezinnen waarvan de ouders een licht verstandelijke beperking hebben, hebben meer kans op gezondheidsachterstanden. Dit speelt bijvoorbeeld als een ouder rookt. Indra: 'Een collega van mij begeleidde een gezin met drie kinderen en een vader die rookte. Toen zij de vader, Ruud, benaderde, gaf hij aan dat hij wel interesse had om mee te doen.'

### **Vooraf vragen stellen**

Indra voerde vijf gesprekken met hem. Elk gesprek werd een andere tool ingezet rond het onderwerp gezond leven en roken. 'Tijdens het eerste gesprek zijn we bijvoorbeeld ingegaan op wat hij eigenlijk van roken vindt. Hoe kijkt hij hier tegenaan? Welke twijfels heeft hij erover en wat vinden anderen ervan dat hij rookt? We werkten met een werkboekje waar hij van alles kon invullen. De laatste stap bestaat uit: wat ga je doen? Wil je stoppen? Of niet? Of besluit je voortaan niet meer te roken waar de kinderen bij zijn?'

### **Zwart-op-wit**

Ruud: 'We hebben alles doorgenomen en dus dat werkboekje opgesteld. Hierdoor kun je alles nalezen en nog eens overdenken. Dat was het positieve. Je hebt het echt zwart-op-wit voor je neus. Ik wilde al stoppen en heb het ook al heel vaak geprobeerd, deze gesprekken hebben me het laatste zetje gegeven.'

### **Doel is bespreekbaar maken, niet overtuigen**

Indra maakte hierbij gebruik van motiverende gespreksvoering. Hiermee zorgt een begeleider ervoor dat de gesprekspartner zélf de motivatie vindt om veranderingen in gang te zetten. Door aan te sluiten bij de cliënt, het uitvergroten van zijn kwaliteiten en mogelijkheden en hem hierin ook uit te dagen deze in te gaan zetten. 'Samen op zoek gaan naar een oplossing, werkt een stuk prettiger dan de ander proberen te overtuigen dat hij moet stoppen. Je steekt in op: vertel me, wat merk je en wat wil je? Tijdens de gesprekken heb ik steeds de verandertaal naar boven gehaald, door bijvoorbeeld te vragen naar de nadelen van roken en de voordelen van niet-roken? Wat ik tot slot wel prettig vond was dat we het echt bij één onderwerp hielden. Daardoor was er echt focus in het gesprek.'

### **Vervolgstappen**

'Als duidelijk is wat iemand wil, maak je vervolgens een plan van aanpak. Wat kan hij doen? Bij wie kan hij hiervoor terecht? Dit kunnen bijvoorbeeld vrienden, familie of de verslavingszorg zijn. Uiteraard is het niet mijn taak om iemand van de verslaving af te helpen, maar toch moet je iemand wel echt verder helpen als hij iets wil. Het is zonde als iemand vastloopt bij de instanties die hem daarbij zouden kunnen helpen.'

### **Aanschrijven van fonds**

'Bij Ruud bleek er inderdaad extra ondersteuning nodig te zijn. Hij had in het verleden al zoveel dingen geprobeerd om te stoppen. Nu wilde hij graag lasertherapie proberen, maar dit werd niet vergoed door zijn zorgverzekeraar. Na overleg met zijn begeleider, hebben we besloten een fonds aan te schrijven. Het fonds besloot inderdaad om geld toe te kennen. Daar was hij superblij mee en de resultaten mogen er zijn. Zo heeft hij geen last meer van adembenauwdheid. Hij merkt dus echt al voordelen van het stoppen met roken.'

Bron: <https://www.kennispleingehandicaptensector.nl/nieuws/2019/mei/als-iemand-rookt-hoe-ga-je-dan-het-gesprek-aan>