

Stoppen-met-rokeninterventies voor mensen met een lagere sociaaleconomische positie

Overzicht van goede voorbeelden en werkzame elementen



Sigrid Troelstra¹, Tessa Magnée², Emma Koopman¹, Janneke Harting³, Gera Nagelhout²

¹ Trimbos-instituut, ² Onderzoeksinstituut IVO, ³ Amsterdam UMC

Oktober 2020

Inhoud

Samenvatting	3
1 Inleiding	5
1.1 Wat is het probleem?	5
1.2 Wat weten we al?	5
1.3 Wat weten we nog niet?	5
1.4 Onderzoeksvragen	6
2 Methode	7
2.1 Inventarisatie Nederlandse interventies	7
2.2 Analytisch raamwerk	7
2.3 Documentenanalyse	8
2.4 Kwalitatieve interviews	8
2.5 Literatuuronderzoek	8
3 Resultaten tien interventies	9
3.1 Beschrijvingen tien interventies	9
4 Resultaten werkzame elementen literatuur	12
4.1 Werving	12
4.2 Stoppen-met-rokenondersteuning	14
4.3 Nazorg	18
4.4 Hulp bij onderliggende problemen	18
5 Resultaten werkzame elementen interviews	19
5.1 Werving	19
5.2 Stoppen-met-rokenondersteuning	20
5.3 Nazorg	22
5.4 Hulp bij onderliggende problemen	23
5.5 Implementatie	23
6 Discussie en conclusie	25
6.1 Samenvatting van resultaten	25
6.2 Sterke punten en beperkingen van het onderzoek	26
6.3 Interpretatie van bevindingen	27
6.4 Conclusie	29
7 Aanbevelingen	30
Dankwoord	31
Referenties	32
Bijlage 1 - Groslijst 50 veelbelovende interventies	36
Bijlage 2 - Topiclijst interviews	38
Bijlage 3 - Uitgebreide interventie-beschrijvingen	39

Samenvatting

Inleiding

Roken komt vaker voor onder mensen met een lagere sociaaleconomische positie (SEP), zoals mensen met een lager opleidingsniveau of een lager inkomen. Verschillende factoren maken het voor mensen met een lagere SEP moeilijker om te stoppen en gestopt te blijven, zoals een hogere mate van verslaving, meer stress en minder steun in de sociale omgeving. Ook maken zij minder gebruik van de aanwezige stopondersteuning, bijvoorbeeld omdat deze niet laagdrempelig genoeg is of niet voldoende aansluit bij deze doelgroep. In opdracht van FNO, Gezondheidsfondsen voor Rookvrij en Pharos onderzochten we de volgende vragen:

1. Wat zijn voorbeelden van veelbelovende individuele en groepsinterventies om stoppen met roken te stimuleren bij mensen met een lagere SEP?
2. Wat zijn 'werkzame elementen' van deze interventies? Welke elementen dragen bij aan het bereiken van mensen met een lagere SEP? En welke elementen dragen bij aan stoppogingen en succesvol stoppen onder mensen met een lagere SEP?
3. Wat zijn (te verwachten) barrières en succesfactoren voor implementatie van individuele en groepsinterventies om stoppen met roken te stimuleren bij mensen met een lagere SEP?

Methode

Om de werkzame elementen te achterhalen, voerden we eerst een inventarisatie uit om Nederlandse stoppen-met-rokeninterventies te vinden die veelbelovend zijn voor de doelgroep rokers met een lagere SEP. We kozen tien interventies om als voorbeelden uit te lichten en te beschrijven in dit rapport. We kozen op basis van variëteit, beschikbare informatie en huidig gebruik in de praktijk. We voerden vijftien kwalitatieve interviews uit onder experts die betrokken zijn bij de tien uitgelichte interventies. Deze interviews zijn thematisch geanalyseerd. Ook voerden we een aanvullend, verkennend (niet-systematisch) literatuuronderzoek uit. Het doel van dit literatuuronderzoek was om de werkzame elementen, barrières en succesfactoren voor implementatie die zijn gevonden in de analyse van de tien Nederlandse interventies te vergelijken en aan te vullen met kennis uit de internationale literatuur.

3

Resultaten

De tien geselecteerde voorbeelden van veelbelovende interventies om stoppen met roken te stimuleren bij mensen met een lagere SEP zijn:

- Rookstoppoli in het Rode Kruis Ziekenhuis in Beverwijk
- CATCH / Samen Sterker Stoppen
- PROMISE
- VoorZorg
- Stopcoach
- Wijkchallenge Samen Stoppen met Roken
- Voel je vrij Doorlopende groepstraining
- Stoptober
- Grip en Gezondheid
- CRA (community reinforcement approach)

Uit de kwalitatieve interviews en ons literatuuronderzoek kwamen de volgende werkzame elementen die bijdragen aan het bereiken van mensen met een lagere SEP:

- Diverse professionals geven een stopadvies en verwijzen naar stopondersteuning, daarnaast is er mond-tot-mondreclame door deelnemers.
- Professionals passen een proactieve werving toe en promoten stopondersteuning systematisch.
- Een persoonlijke aanpak wordt in de werving gebruikt en er is bij voorkeur een vertrouwensrelatie met degene die de werving doet.
- Professionals die werven, hebben een begripvolle en niet-veroordelende houding.
- Sleutelfiguren of ervaringsdeskundigen kunnen bijdragen aan een succesvolle werving.

- Een persoonlijke en proactieve werving kan gecombineerd worden met passieve (massa)mediale promotie.
- Deelnemers kunnen eerst vrijblijvend kennismaken en krijgen hulp bij het aanmelden.
- Deelnemers krijgen een beloning voor deelname, wat hen motiveert om mee te doen.
- Een programma dat eerst insteekt op stress of andere problematiek en daarna pas aan stoppen met roken gaat werken, kan de drempel voor stoppen met roken verlagen.

De belangrijkste werkzame elementen die bijdragen aan stoppogingen en succesvol stoppen onder mensen met een lagere SEP vanuit de kwalitatieve interviews en ons literatuuronderzoek waren:

- De ondersteuning is laagdrempelig: dichtbij, gratis/goedkoop, op één locatie en met een praktische insteek.
- Groepsondersteuning heeft de voorkeur en kan gecombineerd worden met individuele ondersteuning tussen groepsbijeenkomsten door.
- Bij de doelgroep is er ook een sterke behoefte aan individuele ondersteuning.
- Er is een terugvalprotocol nodig. Bij groepsondersteuning dienen er duidelijke spelregels te zijn voor mensen die terugvallen, zodat andere deelnemers hier geen nadeel van ondervinden.
- Gedragmatige ondersteuning wordt gecombineerd met de mogelijkheid om nicotinevervangers of medicatie te gebruiken.
- Hulp op afstand wordt gecombineerd met persoonlijke begeleiding.
- Het monitoren van de voortgang is een belangrijk element van de ondersteuning.
- Deelnemers leren tijdens de ondersteuning om te gaan met stressvolle situaties.
- Materialen zijn eenvoudig en bijvoorbeeld ook geschikt voor mensen met laaggeletterdheid.
- Professionals hebben de juiste houding, kennis en vaardigheden, bijvoorbeeld door het volgen van een opleiding in motiverende gespreksvoering en communicatie met laaggeletterden.
- Sociale steun creëren is belangrijk voor deze doelgroep.
- Interventies sluiten goed aan bij de doelgroep, bijvoorbeeld door hen bij de ontwikkeling van interventies te betrekken.
- Interventies voor deze doelgroep zijn intensiever dan reguliere stoppen-met-rokenondersteuning en bieden een jaar lang nazorg.
- Interventies kunnen verbeterd worden door een positieve insteek, het inzetten van beloningen en de inzet van ervaringsdeskundigen of ambassadeurs.
- Het is belangrijk dat er bij de ondersteuning aandacht is voor aanvullende hulp bij onderliggende problemen. Dit behoeft verdere uitwerking in de praktijk.

4

Van de onderzochte interventies worden er op dit moment weinig structureel en/of op grotere schaal aangeboden. Belangrijke belemmerende factoren voor brede implementatie zijn volgens de geïnterviewden dat er niet voldoende financiering is voor het aanbod, de zorgverzekeraar het aanbod niet vergoedt (of bijvoorbeeld maar één rookstopoging per jaar), en/of een gebrek aan prioriteit door maatregelen rondom de coronapandemie. Ook werd opgemerkt dat de huidige financiering vaak onvoldoende dekt wat er nodig is aan inspanningen om de doelgroep te bereiken en de ondersteuning te bieden die nodig is om te kunnen stoppen met roken. Bevorderende factoren voor implementatie zijn volgens de geïnterviewden de ontwikkelingen op het gebied van het Preventieakkoord en de Rookvrije Generatie en verdere (wetenschappelijke) onderbouwing van de (effectiviteit van de) interventie.

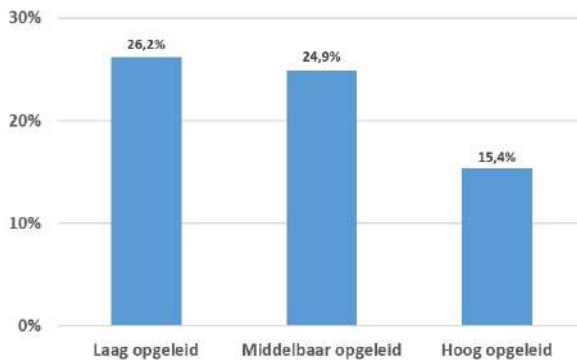
Conclusie

In Nederland zijn verschillende interventies ontwikkeld die kunnen helpen bij het bereiken en ondersteunen van mensen met een lagere SEP die willen stoppen met roken. Veel 'werkzame elementen' die volgens de literatuur belangrijk zijn voor deze doelgroep komen terug in deze Nederlandse interventies. Het is belangrijk dat deze interventies en de werkzame elementen daarbinnen op veel grotere schaal en dicht bij de doelgroep worden geïmplementeerd en dat het niet bij tijdelijke projecten blijft. Hiervoor zijn ruime financiering en een goede organisatie belangrijke voorwaarden. Er dient extra ingezet te worden op het bereiken en betrekken van mensen met een lagere SEP, opleiding en formatie van professionals, intensievere stopondersteuning, het bieden van ondersteuning voor meerdere stoppogingen per jaar, een langere nazorgperiode en aanvullende hulp bij onderliggende problemen.

1 Inleiding

1.1 Wat is het probleem?

Roken is de belangrijkste gedragsmatige risicofactor voor gezondheidsproblemen en vroegtijdig overlijden (World Health Organization, 2020). Zo sterven er in Nederland jaarlijks 20.000 inwoners aan de gevolgen van roken (Trimbos-instituut & WODC, 2019). Roken komt vaker voor onder mensen met een lagere sociaaleconomische positie (SEP), zoals mensen met een lager opleidingsniveau of een lager inkomen. Zoals te zien is in Figuur 1 rookte in 2019 15% van de hoger opgeleide volwassenen en 26% van de lager opgeleide volwassenen (Bommelé & Willemsen, 2020). Roken veroorzaakt zodoende grote gezondheidsverschillen – verschillen die de laatste jaren toenemen (Bommelé & Willemsen, 2020; Nagelhout et al., 2012). Ook de meeste rokers met een lagere SEP willen liever niet roken, maar voor hen blijkt het moeilijker om te stoppen en gestopt te blijven (Springvloed et al., 2017). In Nederland hebben FNO, de Gezondheidsfondsen voor Rookvrij en Pharos de ambitie bij te dragen aan een sterke daling van het aantal rokers met een lagere SEP. Zij gaven de opdracht te onderzoeken welke werkzame elementen tot beter toegankelijke en meer effectieve stoppen-met-rokenondersteuning voor deze groep kunnen leiden. Dit met het doel de implementatie van deze elementen te versnellen. Dit onderzoeksrapport beoogt bij te dragen aan het ontwikkelen een gezamenlijke visie op effectieve stoppen-met-rokenondersteuning voor mensen met een lagere SEP.



Figuur 1: Percentage rokers naar opleidingsniveau in 2019.

1.2 Wat weten we al?

Een recente overzichtsstudie liet zien dat er veel verschillende factoren zijn die het voor mensen met een lagere SEP moeilijker maken om te stoppen en gestopt te blijven (van Wijk et al., 2019). Deze factoren zijn deels gekoppeld aan de roker zelf. Zo zijn mensen met een lagere SEP vaker zeer sterk verslaafd en is de gewoonte om te roken bij hen vaak heel diep geworteld. Roken is voor hen veelal een manier om stress in relatie tot hun SEP het hoofd te bieden (Naghelout et al., 2017; Twyman et al., 2018). Denk aan financiële onzekerheid, slechte arbeidsomstandigheden en slechte huisvesting. In hun sociale omgeving is roken vaak nog de norm, zodat ze zich minder gesteund voelen bij een eventuele stoppoging (Hiscock et al., 2012; Twyman et al., 2014). Ook maken mensen met een lagere SEP veel minder gebruik van de aanwezige stopondersteuning (Hiscock et al., 2012; Pateman et al., 2016). Dit hangt samen met negatieve opvattingen over deze hulp en met andere prioriteiten vanwege hun lagere SEP. Net zo'n belangrijke factor is dat de beschikbare hulp onvoldoende rekening houdt met de specifieke behoeften van deze doelgroep. Zo moet ondersteuning niet alleen laagdrempelig, flexibel en voldoende intensief zijn, maar ook inspelen op stressvolle leefomstandigheden van de deelnemers (Baker et al., 2007; Bonevski, Paul, Jones, Bisquera, & Regan, 2014; Hiscock et al., 2012). Mensen met een lagere SEP die roken krijgen stopondersteuning bovendien niet systematisch aangeboden door zorgprofessionals (Kleinjan et al., 2016).

1.3 Wat weten we nog niet?

Voor een gezamenlijke visie op effectieve stoppen-met-rokenondersteuning in Nederland kan een overzicht van goede voorbeelden en werkzame elementen van meerwaarde zijn. De laatste jaren zijn

er in ons land diverse stoppen-met-rokeninterventies voor mensen met een lagere SEP ontwikkeld en geëvalueerd (FNO, 2020; Springvloed et al., 2017). Om hierop voort te kunnen bouwen, is het belangrijkste doel van dit onderzoek om samen te vatten wat daarbij is geleerd. Centraal staan vragen als: Hoe effectief zijn deze interventies? Wat maakt ze effectief? Wat is er voor nodig om ze op grotere schaal in te zetten? Onze focus ligt daarbij op de Nederlandse context, omdat die naar verwachting de meest concrete aanknopingspunten biedt voor een gezamenlijke visie. Niettemin spiegelen we de Nederlandse ontwikkelingen ter verdere onderbouwing ook aan een selectie van de internationale literatuur.

1.4 Onderzoeksvragen

1. Wat zijn voorbeelden van veelbelovende individuele en groepsinterventies om stoppen met roken te stimuleren bij mensen met een lagere SEP?
2. Wat zijn 'werkzame elementen' van deze interventies? Welke elementen dragen bij aan het bereiken van mensen met een lagere SEP? En welke elementen dragen bij aan stoppogingen en succesvol stoppen onder mensen met een lagere SEP?
3. Wat zijn (te verwachten) barrières en succesfactoren voor implementatie van individuele en groepsinterventies om stoppen met roken te stimuleren bij mensen met een lagere SEP?

2 Methode

2.1 Inventarisatie Nederlandse interventies

De eerste stap in dit onderzoek was het inventariseren van Nederlandse stoppen-met-rokeninterventies die goed werken voor mensen met een lagere sociaaleconomische positie (SEP). Voor deze inventarisatie is een korte online vragenlijst ontwikkeld met als belangrijkste vraag: "Welke Nederlandse stoppen-met-rokeninterventies of aanbod kent u dat toegankelijk en/of effectief zou kunnen zijn voor mensen met een lagere sociaaleconomische positie? Graag alle 'veelbelovende' interventies die u kent invullen." Daarnaast werd gevraagd naar literatuur/beschrijvingen over deze interventies en naar contactpersonen, maar deze vragen waren niet verplicht om in te vullen. De vragenlijst is gestuurd naar 67 Nederlandse experts en uitvoerders van stoppen-met-rokeninterventies, inclusief de onderzoekers en opdrachtgevers zelf. De lijst met 67 personen werd opgesteld door de onderzoekers en met input van de opdrachtgevers op basis van hun kennis van het tabaksnetwerk in Nederland. Daarnaast is de vragenlijst verspreid via social media. In totaal vulden achttien mensen de vragenlijst in. Van een aantal andere aangeschreven experts kregen we een reactie met het bericht dat zij niet de aangewezen persoon waren om de vragenlijst in te vullen en met een verwijzing naar één van de achttien mensen die de vragenlijst invulden. We verwachten daarom dat onze inventarisatie door de juiste groep experts is ingevuld.

De lijst met interventies uit de vragenlijst werd aangevuld met interventies uit de database van Loket Gezond Leven, interventies uit abstracts van het congres van het Nederlands Netwerk voor Tabaksonderzoek van de laatste drie jaren, en enkele stoppen-met-rokenprojecten gefinancierd door het FNO-programma Gezonde Toekomst Dichterbij. Ook is een recente inventarisatie van werkzame elementen in stoppen-met-rokeninterventies geraadpleegd (Hoving et al., 2020). Dit resulteerde uiteindelijk in een groslijst met vijftig interventies (zie Bijlage 1).

In overleg met de opdrachtgevers maakten we een keuze voor tien interventies als voorbeelden van veelbelovende interventies om stoppen met roken te stimuleren bij mensen met een lagere SEP. Hierbij kozen we voor interventies met verschillende typen aanpakken (bijvoorbeeld individuele ondersteuning, groepstrainingen, community-based aanpakken, integrale aanpakken, e-health, massamediale aanpak), die veelbelovend zijn om verschillende redenen (bijvoorbeeld interventies die vooral geslaagd zijn qua bereik of vooral veelbelovend zijn qua stopsucces). We hebben ook in de keuze mee laten wegen of er evaluaties en/of beschrijvingen van beschikbaar zijn en of de interventies momenteel uitgevoerd worden. Het was binnen de scope van dit onderzoek niet mogelijk om eerst alle vijftig interventies volledig te bestuderen voordat we een keuze maakten voor de tien voorbeelden. Dat wil dus niet zeggen dat deze tien de 'beste' voorbeelden zijn: ook de andere veertig interventies kunnen goede voorbeelden zijn en werkzame elementen bevatten. Het doel van de beschrijving van de tien voorbeelden is dan ook om te onderzoeken wat werkzame elementen zijn voor het bereiken en stimuleren van stoppen met roken onder mensen met een lagere SEP. Deze werkzame elementen kunnen ook worden ingezet in andere interventies dan de beschreven voorbeelden.

2.2 Analytisch raamwerk

Voor de analyse en beschrijving van werkzame elementen maakten we gebruik van een analytisch raamwerk. Dit analytisch raamwerk bestaat uit verschillende onderdelen van de hulp bij het stoppen met roken voor mensen met een lagere SEP: werving, stoppen-met-rokenondersteuning, nazorg, hulp bij onderliggende problemen en implementatie van de interventies (zie Figuur 2). Informatie over de interventies, uit de beschikbare documenten, interviews en de literatuur is eerst gerangschikt binnen deze vijf onderdelen en vervolgens thematisch geanalyseerd.

Werving	Stoppen-met-roken- ondersteuning	Nazorg	Hulp bij onderliggende problemen	Implementatie
---------	-------------------------------------	--------	-------------------------------------	---------------

Figuur 2. Analytisch raamwerk

2.3 Documentenanalyse

Als eerste stap werd een inventarisatie van mogelijk werkzame elementen gemaakt op basis van de documenten die voor de tien voorbeelden beschikbaar waren. Dit resulteerde in een beschrijving van de interventies, inclusief doelgroep, type interventie, setting, successen, werving, werkzame elementen, nazorg, hulp bij onderliggende problemen, en implementatie. Tevens werden uit de documenten alle factoren geselecteerd die het proces van stoppen-met-rokenondersteuning bevorderden of belemmerden. Deze factoren werden voor elk van de interventie tabelmatig gerangschikt naar de vijf onderdelen van het analytisch raamwerk.

2.4 Kwalitatieve interviews

We namen in juli, augustus en september 2020 volgens een topiclijst (zie Bijlage 2) semi-gestructureerde interviews af bij vijftien experts betrokken bij de tien voorbeeldinterventies. De interviews bestonden uit elf individuele interviews en twee duo-interviews en werden afgenomen door twee onderzoekers (TM en GN). De geïnterviewden waren als onderzoeker (5), (project)manager of projectleider (3), interventie-uitvoerder of -aanbieder (3), trainer/coach/(zorg)professional (3) of implementatie-expert (1) betrokken bij de desbetreffende interventie. Over vier interventies werden twee experts geïnterviewd, bijvoorbeeld zowel een onderzoeker als een trainer. De meeste (13) interviews werden afgenomen met behulp van videobellen via Microsoft Teams; twee interviews werden telefonisch afgenomen. De interviews duurden tussen de dertig en zeventig minuten.

Deelnemers ontvingen ter voorbereiding de topiclijst per e-mail. De interviews werden met toestemming van de geïnterviewde opgenomen als bron voor de verslaglegging en getranscribeerd. De verslagen van de interviews werden per e-mail ter controle en aanvulling aan de geïnterviewden voorgelegd, evenals door de onderzoekers ingevulde raamwerken met informatie over de interventie en de werkzame elementen (opgesteld volgens beschikbare beschrijvingen, evaluaties en websites). De verslagen van de interviews en de raamwerken vormden de basis voor uitgebreide interventiebeschrijvingen die werden opgesteld door TM en GN (zie Bijlage 3) en werden vervolgens thematisch geanalyseerd en samengevat naar thema door TM.

2.5 Literatuuronderzoek

In aanvulling op de documenten en de interviews voerden we een verkennend (niet-systematisch) literatuuronderzoek uit. Het doel van dit literatuuronderzoek was om de werkzame elementen, barrières en succesfactoren voor implementatie die werden gevonden in de analyse van de tien Nederlandse interventies te vergelijken en aan te vullen met kennis uit de internationale literatuur. Hierbij richtten wij ons hoofdzakelijk op systematische reviews en andere overzichtsstudies naar interventies voor rokers met een lagere SEP. Voor zover de tijd dat toeliet, is voor afzonderlijke thema's in het raamwerk en voor relevante resultaten uit de interviews ook nog naar ander empirisch onderzoek gezocht.

Voor de verzameling van relevante literatuur is gebruik gemaakt van verschillende strategieën. Als eerste hebben alle auteurs relevante studies en rapportages aangedragen waar zij zelf bekend mee waren. Ten tweede zochten we naar recente rapportages over stoppen met roken bij mensen met een lagere SEP bij relevante nationale en internationale organisaties. Vervolgens zochten we naar relevante artikelen in Google Scholar en PubMed met combinaties van zoektermen gericht op roken ("smoking"; "smoking cessation"; "tobacco"), een lage sociaaleconomische positie ("socioeconomic"; "inequalities"), relevante interventies ("intervention"; "recruitment"; "retention"; "relapse"; "underlying problems") en onderzoeksmethode ("review"; "systematic review"; "qualitative"). Hierbij hebben we ons gericht op studies uitgevoerd in Europa, Noord-Amerika, Australië en Nieuw-Zeeland. Twee auteurs (EK en ST) screenen en codeerden de artikelen op basis van de onderwerpen uit het analytisch raamwerk. De relevante werkzame elementen, barrières en succesfactoren zijn thematisch geanalyseerd en geordend conform het analytisch raamwerk.

3 Resultaten tien interventies

Hier beschrijven we eerst in het kort de belangrijkste karakteristieken van de tien onderzochte Nederlandse interventies. Vervolgens beschrijven we volgens het analytisch raamwerk eerst de werkzame elementen uit de literatuur en daarna de werkzame elementen uit de interviews.

3.1 Beschrijvingen tien interventies

Hieronder volgen korte beschrijvingen van de tien onderzochte interventies met de belangrijkste karakteristieken. Uitgebreidere informatie over deze interventies staat beschreven in bijlage 3.

Rookstoppoli in het Rode Kruis Ziekenhuis in Beverwijk

Begeleiding bij het stoppen met roken door een rookstopcoach in het ziekenhuis. De doelgroep is iedereen die wil stoppen met roken, maar de rookstoppoli zit in een gebied waar relatief veel met mensen met een lagere sociaaleconomische positie wonen. Werving gaat via informatieavonden, mond-tot-mondreclame en korte lijntjes met huisartsenpraktijken, verloskundigen en specialisten die patiënten doorverwijzen. Er wordt gebruik gemaakt van Motivational Interviewing, een stoppen-stappenplan om de stoppoging voor te bereiden en een boek of luisterboek. Er is individuele en groepsbegeleiding, maar bij de groepsbegeleiding blijkt het slagingspercentage hoger te zijn, dus dat wordt aanbevolen. Het is een 'rollende groep', waarbij mensen instromen op het moment dat ze twee weken gestopt zijn en na een jaar weer uitstromen. Onderdeel van de begeleiding van de rookstoppoli is verwijzing naar de longarts voor een consult en een longfunctietest (en soms longfoto). De coaches zijn tussen de afspraken door bereikbaar via de BeterDichtbij-app.

CATCH / Samen Sterker Stoppen

Een groepstraining stoppen met roken op de werkplek waarbij succesvol stoppen wordt beloond met cadeaubonnen. De doelgroep bestaat uit werknemers die willen stoppen met roken. De groepstraining 'Rookvrij! Ook jij?' (zie beschrijving in Bijlage 3) werd gebruikt voor deze interventie, aangevuld met een financiële beloning. De beloning blijkt zeer effectief in het verhogen van het stopsucces van de groepstraining. Bedrijven beslissen zelf hoe ze de werving aanpakken. Een informatiebijeenkomst gecombineerd met een persoonlijke en actieve werving lijkt het best te werken. Het feit dat de groepstraining op de werkplek wordt georganiseerd, maakt het makkelijk om mee te doen. Samen stoppen met collega's geeft groepsdruk en sociale steun om het stoppen vol te houden. De beloningen verhogen het stopsucces van de groepstraining via het verhogen van de eigen effectiviteit en het verhogen van het gebruik van stoppen-met-rokenmedicatie. Het lijkt erop dat beloningen misschien beter werken bij mensen met een lager inkomen, hoewel dit niet statistisch aangetoond kon worden.

PROMISE

Training en materialen over stoppen met roken voor gebruik in de geboortezorg en de jeugdgezondheidszorg. De doelgroep van PROMISE zijn verloskundigen en gynaecologen. De groep die zij vervolgens bereiken, bestaat uit zwangere vrouwen die roken en laaggeletterd zijn of een laag opleidingsniveau hebben. Het PROMISE-pakket bestaat uit: een vier uur durende training voor verloskundigen en gynaecologen op basis van motiverende gespreksvoering (als aanvulling op de bestaande V-MIS training) met extra modules gericht op laaggeletterdheid, een CO-meter met bijbehorende gesprekskaart, toegang tot een online sociale kaart, en beeldverhalen voor de zwangere vrouwen. De CO-meter werkt goed om het gesprek te openen. Over de beeldverhalen waren deelnemers positief. Voorlopige resultaten laten zien dat PROMISE ervoor zorgt dat verloskundigen vaker en beter stoppen met roken bespreken met zwangere vrouwen. De PROMISE-materialen zijn na het onderzoek geborgd binnen het project Rookvrije Start. Zo is er een e-learning 'Begrijpelijk communiceren over stoppen met roken' ontwikkeld voor zorgverleners in de geboortezorg en JGZ. In korte filmpjes is te zien hoe de CO-meter en beeldverhalen ingezet kunnen worden bij (aanstaande) ouders met beperkte gezondheidsvaardigheden.

VoorZorg

Een intensief en integraal huisbezoekprogramma voor (aanstaande) jonge moeders, ingebed in de jeugdgezondheidszorg. De doelgroep bestaat uit jonge (aanstaande) moeders tot 25 jaar in risicovolle omstandigheden, zoals een laag opleidingsniveau. Vrouwen die in aanmerking komen worden via

professionals aangemeld, meestal via de verloskundige. Een verpleegkundige komt vanaf de zestiende week van de zwangerschap tot en met het tweede levensjaar van het kind op huisbezoek om ondersteuning te bieden op het gebied van bijvoorbeeld gezondheid en veiligheid, omgaan met stress, persoonlijke ontwikkeling en opvoeding. In totaal vinden er zo'n 40-60 huisbezoeken plaats. Stoppen met roken wordt vanaf de zwangerschap ter sprake gebracht en daarna herhaald. De verpleegkundige geeft voorlichting over de negatieve effecten van roken tijdens en na de zwangerschap en verwijst door. Een verloskundige zet een minimale interventie strategie in (V-MIS). VoorZorg blijkt effectief in het verlagen van het percentage rokende jonge moeders. De interventie is met 'goede aanwijzingen voor effectiviteit' opgenomen in het Loket Gezond Leven.

Stopcoach

Een mobiele app die mensen ondersteunt tijdens het stoppen met roken met een virtuele coach. De app wordt ingezet in combinatie met persoonlijke begeleiding door een (zorg)professional. Doelgroep zijn mensen met een lagere sociaaleconomische positie die willen stoppen met roken. De werving van deelnemers voor de pilot bleek lastig, evenals het vasthouden van deelnemers die alleen de app gebruiken. Mensen die de app gebruiken naast persoonlijke begeleiding door een (zorg)professional blijven langer aangehaakt. In de app kun je kiezen tussen verschillende virtuele coaches. Deelnemers ontvangen acht weken lang informatie en steunende, motiverende berichten. Ook houdt de app bij hoeveel dagen de deelnemers gestopt zijn, hoeveel sigaretten zij niet hebben gerookt en hoeveel geld daarmee is bespaard. De app heeft veel visuele elementen, biedt alleen kleine brokjes informatie aan, is overzichtelijk, niet te ingewikkeld en heeft een positieve toon. De app is gebaseerd op de Engelse Stopadvisor website en de daarin gebruikte behavior change technieken, en de Nederlandse Zorgstandaard Tabaksverslaving en multidisciplinaire richtlijn stoppen met roken. Een implementatiepilot liet zien dat de Stopcoach een veelbelovende interventie is om rokers met een lagere SEP te helpen stoppen met roken.

10

Wijkchallenge Samen Stoppen met Roken

Een community-benadering waarin deelname aan een groepstraining werd gestimuleerd. Doelgroep zijn mensen in een kwetsbare positie die willen stoppen met roken. De Wijkchallenge is vooral uniek door een hele actieve werving door een bekende en vertrouwde persoon; via het gezondheidscentrum en de moskee was dit het meest succesvol. Als iemand aangaf mee te willen doen, vulde de professional direct de registratie in. Na registratie werd nog contact opgenomen voordat de training startte. Het programma was in de eigen buurt van deelnemers en op een locatie die ze al kennen en die laagdrempelig is. De groepstraining 'Voel je vrij' was de basis, maar deze werd aangepast aan het niveau en tempo van de doelgroep. Het samen stoppen in een groep was een werkzaam element, vooral ook doordat het samen met mensen uit de eigen wijk was. Er werden drie bijeenkomsten aan de bestaande groepstraining toegevoegd. Als mensen onderliggende problemen (zoals schulden of psychische problematiek) hadden waarvoor ze nog geen hulp kregen, was hier aandacht voor en werden ze doorverwezen voor hulp.

Voel je vrij doorlopende groepstraining

Een zich herhalende cyclus van elf groepsbijeenkomsten in de wijk. Hierin worden medicamenteuze en gedragsmatige ondersteuning gecombineerd. De doelgroep zijn rokers met een laag inkomen en/of opleidingsniveau. De interventie is op verschillende manieren toegesneden op de doelgroep. Belangrijk daarbij zijn: gratis (reiskosten werden bijvoorbeeld vergoed), positieve atmosfeer, tussentijdse individuele steun, blijvende ondersteuning (ook na terugval), actieve en praktische leerstrategieën, ervaringsdeskundigen en ondersteuning bij andere leefgewoonten, stress, eenzaamheid en verveling. Buurtprofessionals sluiten aan bij de bijeenkomsten en vertellen over het aanbod aan activiteiten in de wijk. De groepsvorm zorgt voor herkenning, ervaringen delen en sociale steun. Doordat de training doorlopend wordt aangeboden, kunnen mensen instromen op het moment dat zij willen en kunnen deelnemers van elkaar leren. Belangrijk is de kwaliteit en ervaring van de trainers; zij moeten bijvoorbeeld goed getraind zijn in motiverende gespreksvoering. De interventie is na een succesvolle pilottest als 'goed onderbouwd' opgenomen in het Loket Gezond Leven.

Stoptober

Een jaarlijks terugkerende campagne die rokers uitdaagt om niet te roken gedurende 28 dagen in oktober. De doelgroep is iedereen die rookt en wil stoppen met roken. Ieder jaar doen zo'n 50.000 mensen mee met Stoptober. Het belangrijkste element is de app met stopondersteuning. In het kiezen

van mediakanalen en ambassadeurs wordt rekening gehouden met het feit dat elke sociale laag van de bevolking bediend wordt. Met het taalgebruik wordt ook rekening gehouden; niet te moeilijk en veel met beeld. Een werkzaam element van Stoptober is dat je samen gaat stoppen. Een ander belangrijk element is dat het een korte periode is om te stoppen. Dat is voor mensen die voor altijd stoppen nog niet aandurven. Als je het stoppen 28 dagen volhoudt, heb je vijf keer meer kans dat je blijvend stopt. Stoptober wijst je op een laagdrempelige manier de weg bij het stoppen. De bekende Nederlanders maken Stoptober populair en interessant. Stoptober is leuk, positief en gratis. Er zijn goede aanwijzingen voor de effectiviteit van Stoptober, ook voor rokers met een lagere SEP.

Grip en Gezondheid

Een groepscursus in de wijk van vijf bijeenkomsten gericht op beter leren omgaan met stress. Doelgroep zijn mensen die moeite hebben met rondkomen, roken, en stress ervaren. Het idee achter de interventie is dat betere copingvaardigheden en minder financiële problemen helpen om uiteindelijk ook te stoppen met roken. Stoppen met roken wordt tijdens de bijeenkomsten bespreekbaar gemaakt en er wordt eventueel verwezen naar uitgebreidere ondersteuning. Men hanteert een integrale aanpak op twee manieren: zowel in de wijk samenwerken met andere organisaties als tegelijkertijd richten op meerdere probleemgebieden. Er worden begrijpelijke materialen ingezet. De groepsvorm zorgt voor herkenning en sociale steun. Succesfactoren voor de werving: gratis, dichtbij, op momenten die voor de doelgroep handig zijn, sleutelfiguren in de wijk en breed werven in de wijk. Doordat de cursus zich in eerste instantie op stress richt, lijkt de drempel veel lager voor mensen om mee te doen dan aan 'traditionele' stoppen-met-rokenprogramma's. Het effectonderzoek loopt nog.

Community Reinforcement Approach (CRA)

Een psychosociale, gedragstherapeutische behandelmethode, bestaand uit een individuele en groeps gesprekken eventueel aangevuld met online contacten met een professional. Deze gesprekken kunnen ondersteund worden door de inzet van medicatie. De doelgroep bestaat uit mensen met problematisch middelengebruik en/of somatische, psychiatrische of andersoortige (bijvoorbeeld forensische) problemen. CRA werd oorspronkelijk ingezet binnen de verslavingszorg voor de behandeling van alcohol-, cocaïne- en opioïdverslaving. De aanpak heeft een positieve, praktische insteek en is bijvoorbeeld gericht op het stellen van (haalbare) persoonlijke doelen, omgaan met craving, het veranderen van gewoontes en het aanleren van nieuw, plezierig (gewoonte)gedrag. Omdat CRA, in tegenstelling tot de 'standaard' cognitieve gedragstherapie die vaak wordt ingezet, niet gericht is op het veranderen van cognities, lijkt de aanpak beter geschikt voor de doelgroep met lagere SEP. Er is nog beperkt onderzoek gedaan naar de effecten van CRA op stoppen met roken.

4 Resultaten werkzame elementen literatuur

4.1 Werving

Er zijn verschillende elementen die de werving van mensen met een lagere SEP voor stoppen-met-rokeninterventies kunnen bevorderen. Deze elementen zijn onderverdeeld in:

- Professionals en organisaties
- Toegankelijkheid
- Benadering
- Vaardigheden zorgprofessionals
- Promotie

Professionals en organisaties

De meeste rokers met een lagere SEP bezoeken elk jaar de huisarts en/of de tandarts. Een kleiner deel van deze doelgroep bezoekt een medisch specialist. Het is daarom belangrijk dat diverse zorgverleners een stopadvies geven en verwijzen naar stoppen-met-rokenondersteuning (Springvloet et al., 2017)

De huisarts heeft een belangrijke rol bij de werving van mensen met een lagere SEP voor stoppen-met-rokenondersteuning. Hoewel slechts bij een kwart tot een derde van alle rokers die bij de huisarts (of bij een andere zorgverlener) komt de rookstatus wordt besproken (Springvloet et al., 2017), blijkt uit een Nederlandse studie dat de meeste deelnemers met een lagere SEP naar stoppen-met-rokenondersteuning zijn doorverwezen via de huisarts of de praktijkondersteuner (Bains et al., 2013; Springvloet et al., 2017). Een literatuurreview naar de barrières voor mensen met een lagere SEP voor deelname aan stoppen-met-rokenondersteuning vond ook dat lagere SEP deelnemers vaak zijn doorverwezen door de huisarts, hoewel er nauwelijks systematische werving is (Benson et al., 2015; Henderson et al., 2011; van Wijk et al., 2019). Veel mensen met een lagere SEP hebben vertrouwen in hun huisarts. De adviezen moeten dan wel gekoppeld worden aan een helpende hand, ofwel een concreet hulpaanbod (Pharos, 2018). Het bereik van stoppen-met-rokenondersteuning voor mensen met een lagere SEP kan vergroot worden door ook deelnemers te werven in apotheken, tandartspraktijken en maatschappelijke organisaties in achterstandswijken (Springvloet et al., 2017; van Wijk et al., 2019).

Maatschappelijke organisaties (zonder winst oogmerk) vormen een veelbelovende omgeving voor het verlenen van stoppen-met-rokenondersteuning voor mensen met een lagere SEP. Maatschappelijke organisaties blijken bovendien steeds meer geïnteresseerd in het ontwikkelen en aanbieden van stoppen-met-rokenondersteuning (Bryant et al., 2011). Zij zouden daarom een rol kunnen spelen bij het verstrekken van informatie over de beschikbaarheid van ondersteuning. Daarnaast kunnen zij de rokers verbinden met de stoppen-met-rokenondersteuning en eventueel zelf aanbieden (Bryant et al., 2011). Uit een kwalitatief onderzoek naar de aanvaardbaarheid van stoppen-met-rokenondersteuning door maatschappelijke organisaties voor mensen met een lagere SEP blijkt dat de aanvaardbaarheid hoog is (Bryant et al., 2010). Het personeel is van mening dat het verlenen van stoppen-met-rokenondersteuning past bij hun functie, maar zien nog belemmeringen zoals concurrerende prioriteiten, onvoldoende middelen en onvoldoende getraind personeel. De meest gewenste en haalbare stoppen-met-rokenondersteuning vanuit het oogpunt van managers en het personeel blijkt een korte verwijzing, zoals het verstrekken van folders en informatie aan de rokers en het doorverwijzen naar telefonische ondersteuning. Toch is het belangrijk om rekening te houden met de specifieke wensen van de cliënten, zoals financiële beloningen en gratis nicotinevervangende middelen (Bryant et al., 2010). Uit een pilot study, dat gebruikt maakt van maatschappelijke organisaties om het effect van *Very Brief Advice* bij mensen met een lagere SEP te onderzoeken, blijkt dat rokers met een lagere SEP het acceptabel vinden om aangesproken te worden op hun rookgedrag indien zij hulp zoeken bij maatschappelijke organisaties (Christiansen et al., 2010).

De buurtinterventie 'Breathe Easy' uit de Verenigde Staten maakte bijvoorbeeld gebruik van maatschappelijke organisaties om lokale coalities te creëren. Deze coalities werden gevormd door vrijwilligers en waren actief in verschillende werkgroepen: sociale ondersteuning, zorgprofessionals, werkplekken, onderwijs en massamedia. Iedere werkgroep ontwikkelde presentaties,

zelfhulpmaterialen en informatiebrochure om relevante organisaties aan te moedigen om rokers te bereiken. Dit leidde tot een integraal programma waarbij veel rokers bereikt konden worden (Secker-Walker et al., 2000).

Toegankelijkheid

Veel rokers met een lagere SEP komen via de huisarts voor het eerst in aanraking met stoppen-met-rokenondersteuning. Een andere laagdrempelige manier is een drop-in systeem, ofwel een plek waar men op eigen gelegenheid kan binnenlopen voor informatie over stoppen met roken. Als de stoppen-met-rokenondersteuning in de woonwijk zit, lopen veel rokers er regelmatig langs en hebben ze de mogelijkheid om flexibel binnen te stappen zonder eerst een afspraak te hoeven maken (Bains et al., 2013; Henderson et al., 2011). De toegankelijkheid neemt toe als er gebruik wordt gemaakt van een locatie buiten de zorg, bijvoorbeeld op een plek waar mensen met een lagere SEP wonen, werken en winkelen (Bains et al., 2013).

Benadering

Over het algemeen maken veel zorgprofessionals gebruik van ineffectieve wervingsstrategieën, zoals een benadering waarbij rokers zichzelf actief moeten aanmelden voor ondersteuning. Om mensen met een lagere SEP te werven voor stoppen-met-rokenondersteuning is het belangrijk om de juiste benadering te vinden.

Om het bereik van stoppen-met-rokenondersteuning onder rokers met een lagere SEP te optimaliseren, zou men de rokers proactief kunnen identificeren, motiveren en werven vanuit de eerstelijnszorg (dus ongeacht iemands stopintentie) (Haas et al., 2015; Springvloed et al., 2017). Een voorbeeld van een proactieve doorverwijzing is de 'Ask-Advice-Connect' strategie, waarbij professionals rokers proactief uitnodigen en verbinden met stoppen-met-rokenbegeleiding (van Wijk et al., 2019). Het is belangrijk dat er voldoende stoppen-met-rokenondersteuning lokaal beschikbaar is en dat huisartsen bekend zijn met de verschillende vormen van lokale stoppen-met-rokenondersteuning zodat zij hun patiënten hiernaar kunnen doorverwijzen (Springvloed et al., 2017). Bij het geven van een stoppen-met-rokenadvies zijn de juiste timing en frequente herhaling belangrijk (Bains et al., 2013; Haas et al., 2015). Bij telefonisch contact kan er bijvoorbeeld gevarieerd worden in dag van de week en het tijdstip waarop wordt gebeld (Haas et al., 2015). Daarnaast kunnen ook rokers die al eerder aangegeven hebben te willen stoppen met roken proactief worden benaderd (Bains et al., 2013). Een effectieve wervingsstrategie voor rokers met een lagere SEP is een persoonlijke benadering, bijvoorbeeld met een persoonlijk risicoadvies van de huisarts met uitnodiging om een vrijblijvende proefsessie te volgen (Roddy et al., 2006; van Wijk et al., 2019). Daarbij is een begripvolle en niet-veroordelende benadering belangrijk bij deze doelgroep (Henderson et al., 2011). Technieken zoals motivational interviewing kunnen ingezet worden om mensen te motiveren om te stoppen met roken (Haas et al., 2015).

Vaardigheden zorgprofessionals

Uit een literatuurreview naar de barrières voor mensen met een lagere SEP voor toegang tot stoppen-met-rokenondersteuning blijkt dat de aanvaardbaarheid van reguliere stoppen-met-rokenondersteuning laag is voor rokers met een lagere SEP (Haas et al., 2015). Een reden daarvoor is dat veel gezondheidsprofessionals mensen met een lagere SEP onvoldoende ondersteunen. Ze volgen vaak niet de richtlijnen, zoals het geven van een stopadvies en het doorverwijzen naar stoppen-met-rokenondersteuning. Een belangrijke oorzaak is een gebrek aan kennis en vaardigheden. Zorgverleners krijgen vaak geen training om stoppen-met-rokenondersteuning aan te bieden (Haas et al., 2015). Sommige professionals geven zelf aan over onvoldoende kennis en vaardigheden te beschikken om rokers te motiveren om te stoppen met roken, om hen stoppen-met-rokenadvies te geven en om hen te verwijzen naar lokale stoppen-met-rokenondersteuning (Meijer et al., 2019).

Een andere oorzaak is dat veel zorgprofessionals weinig prioriteit geven aan stoppen met roken. Zij vinden het geven van een stopadvies niet hun taak, ineffectief of ongepast. Het zou volgens hen ook nog de privacy van hun cliënten kunnen schaden. Uit onderzoek onder mensen met een lagere SEP die roken, blijkt juist dat bijna iedereen vindt dat een huisarts over roken mag praten en adviezen mag geven zonder dat mensen zelf beginnen over roken, dus ook als er nog geen klachten zijn veroorzaakt door het roken (Pharos, 2018). Daarbij moet de zorgverlener die begeleiding en ondersteuning aanbiedt wel het vertrouwen hebben van de mensen die willen stoppen met roken.

Ten slotte wordt het werven van rokers voor stoppen-met-rokenondersteuning meestal gezien als tijdrovend, bewerkelijk en duur (van Wijk et al., 2019). Uit een recent onderzoek naar de perceptie van zorgverleners (en de overheid) over de verantwoordelijkheid van rokers over hun rookgedrag blijkt dat de meeste zorgprofessionals vinden dat rokers zelf enigszins verantwoordelijk zijn voor hun rookgedrag. Dit is een barrière voor de implementatie van stoppen-met-rokenondersteuning (Meijer & Chavannes, 2020).

Promotie

Een belangrijke belemmering in de toegang tot stoppen-met-rokenondersteuning is dat er vaak te weinig promotie is over de stoppen-met-rokenondersteuning (Henderson et al., 2011). Hierdoor zijn rokers niet op de hoogte van het aanbod. Bij het aanbieden van de ondersteuning is het belangrijk om misverstanden over stoppen-met-rokenondersteuning rondom de beschikbaarheid, intensiteit en effectiviteit te adresseren (Roddy et al., 2006). Promotie, ofwel sociale marketing technieken, over de stoppen-met-rokenondersteuning kan het bereik onder mensen met een lagere SEP vergroten (Henderson et al., 2011; Springvloet et al., 2017).

Naast de hierboven beschreven proactieve en persoonlijke werving kunnen stoppen-met-rokeninterventies ook onder een breder publiek gepromoot worden. Promotie voor stoppen-met-rokeninterventies kan door een interactieve stoppen-met-rokenwebsite plaatsvinden (Brown, Michie, et al., 2014; Michie et al., 2012) of door flyers in de gemeenschap of krantenadvertenties (Evans et al., 2015; Sheffer et al., 2017). Door bijvoorbeeld banneradvertenties op lantaarnpalen in achterstandswijken te plaatsen, vindt er gerichte promotie plaats bij mensen met een lagere SEP (Hamilton et al., 2016). De doelgroep kan ook bereikt worden via mond-tot-mondreclame, waarbij de doelgroep zelf onderling reclame maakt (Evans et al., 2015; Sheffer et al., 2017; van Wijk et al., 2019). Uit een Nederlands onderzoek naar de optimale wervingskanalen in achterstandswijken, blijkt de effectiviteit van het wervingskanaal voor de stoppen-met-rokenondersteuning afhankelijk te zijn van de etnische achtergrond en het opleidingsniveau (Benson et al., 2015). Bij een groot gedeelte van de laagopgeleiden en etnische minderheden blijkt dat, na werving door de huisarts, mond-tot-mondreclame en media het meest effectief is (Benson et al., 2015). Om het wervingspercentage te verhogen kan een (financiële) stimulans voor de deelnemers in de wervingskanalen verwerkt worden, waarbij de omvang van de beloning een rol speelt (Roddy et al., 2006; Smith et al., 2018; Springvloet et al., 2017). Deelnemers omschrijven de financiële stimulans als een 'bonus' of 'beloning' om hen te motiveren (van Wijk et al., 2019). Een combinatie van proactieve persoonlijke en massamediale werving lijkt het meest effectief (van Wijk et al., 2019).

14

4.2 Stoppen-met-rokenondersteuning

Hier beschrijven we verschillende werkzame elementen van de stoppen-met-rokenondersteuning zelf. Deze zijn onderverdeeld in:

- Locatie
- Vorm van de ondersteuning
- Onderdelen van de ondersteuning
- Beloning en kosten
- Vaardigheden professionals
- Sociale steun
- Aansluiting bij doelgroep

Locatie

Voor mensen met een lagere SEP is de locatie van de stoppen-met-rokenondersteuning extra belangrijk. Ten eerste moet de locatie goed bereikbaar en in de buurt zijn, zodat de ondersteuning weinig tijd kost en zodat men niet afhankelijk is van een auto om gebruik te kunnen maken van de ondersteuning (Henderson et al., 2011; Pharos, 2018). Wanneer de ondersteuning plaatsvindt in de wijk, bijvoorbeeld in de huisartsenpraktijk, in het buurthuis, naast de supermarkt, bij de sportclub of op de werkplek, is dit eenvoudig te combineren met andere activiteiten (Henderson et al., 2011; Smith et al., 2018; Smith et al., 2019; Springvloet et al., 2017). Het is daarnaast belangrijk dat de ondersteuning op praktische en flexibele tijden wordt aangeboden, bijvoorbeeld zowel overdag als in de avond en zowel in het weekend als doordeweeks (Roddy et al., 2006; Smith et al., 2019; van Wijk et al., 2019).

Verder is het belangrijk dat de ondersteuning niet gefragmenteerd wordt aangeboden. Hiermee wordt bedoeld dat de gedragsmatige ondersteuning en de toegang tot medicatie op één plek (en bij voorkeur door één persoon) worden aangeboden (van Wijk et al., 2019).

Vorm van de stoppen-met-rokenondersteuning

Er zijn verschillende vormen van gedragsmatige ondersteuning bij stoppen met roken mogelijk: ondersteuning in groepsverband, individuele ondersteuning of ondersteuning op afstand. Verschillende onderzoeken vonden aanwijzingen dat een groepstraining effectiever is dan individuele ondersteuning bij mensen met een lagere SEP (Benson et al., 2016; Smith et al., 2019; Springvloet et al., 2017). Een mogelijke verklaring hiervoor is de sociale steun die stoppers bij elkaar kunnen vinden. Zo vonden deelnemers aan een groepstraining het fijn om te weten dat ze niet alleen waren (Evans et al., 2015; Sheffer et al., 2017). Voor veel mensen met een lagere SEP is gebrek aan sociale steun een barrière bij het stoppen met roken (zie Sociale steun). De effectiviteit van een groepstraining is echter afhankelijk van de samenstelling van de groep (vast of flexibel) en de setting (Benson et al., 2016). Een groepstraining heeft ook verschillende nadelen. Zo kan een terugloop in deelnemers, bijvoorbeeld doordat het sommigen niet lukt om te stoppen, zorgen voor een lagere motivatie om te stoppen onder de rest van de deelnemers (van Wijk et al., 2019). Ook moeten rokers die willen stoppen wachten tot er voldoende deelnemers zijn om met de groepstraining van start te gaan (Bauld et al., 2012). Een mogelijke oplossing hiervoor is gebruik te maken van een doorlopende groep. Een doorlopende groep is ondersteuning in groepsverband zonder vaste begin- en einddatum, waarbij iedereen op elk moment kan instromen en mensen op hun eigen tempo kunnen stoppen (Bauld et al., 2012; Benson et al., 2016).

De meeste mensen geven aan een voorkeur te hebben voor individuele ondersteuning bij het stoppen met roken (Bauld et al., 2010; Henderson et al., 2011; Springvloet et al., 2017). Een reden hiervoor is dat sommige mensen het niet prettig vinden om hun verhalen met andere mensen te delen (van Wijk et al., 2019). Individuele gedragsmatige ondersteuning is ook effectief bij rokers met een lagere SEP, maar de effecten zijn groter bij rokers met een hogere SEP (Kock et al., 2019; Springvloet et al., 2017). Een voorbeeld van effectieve individuele ondersteuning is de *NHS Stop Smoking Services* in het Verenigd Koninkrijk (Bauld et al., 2010). Hierbij wordt gedragsmatige ondersteuning gecombineerd met farmacologische ondersteuning. Onderzoek naar de *NHS Stop Smoking Services* vond dat groepsondersteuning een sterker effect had op stoppen, maar dat deelnemers een voorkeur hadden voor de individuele ondersteuning. Bij de individuele ondersteuning had een buddiesysteem, waarbij deelnemers elkaar ondersteunen, toegevoegde waarde. Vooral bepaalde lagere SEP-groepen, bijvoorbeeld rokers die langdurige werkloos zijn, is individuele ondersteuning effectiever dan groepsondersteuning (Hiscock et al., 2013).

Naast ondersteuning in persoon kan er ook gebruik worden gemaakt van hulp op afstand, bijvoorbeeld telefonische counselling, online interventies en stoppen-met-rokenapps. Een review naar de effectiviteit van technologische stoppen-met-rokeninterventies voor mensen met een lagere SEP vond dat mobiele interventies met tekstberichten, online interventies en computerprogramma's leidden tot een toename in stoppen met roken tot wel achttien maanden na de interventie (Boland et al., 2018). De effecten waren echter klein en er waren weinig studies van hoge kwaliteit beschikbaar. Online interventies en apps hebben als voordeel dat het bereik vaak groot is. Een nadeel van online interventies is dat de effecten over het algemeen vaak groter zijn bij mensen met een hogere SEP dan onder mensen met een lagere SEP. Ook is de uitval onder mensen met een lagere SEP vaak hoog (Springvloet et al., 2017). Uit interviews met mensen met een lagere SEP komt naar voren dat zij vinden dat digitale vormen van ondersteuning alleen helpen als er ook een coach of begeleider is (Pharos, 2018). Een empirische studie concludeert ook dat hoewel tekstberichten waarschijnlijk onvoldoende steun bieden aan mensen met een lagere SEP, een combinatie van tekstberichten en gedragsmatige ondersteuning mogelijk wel effectief is (Vidrine et al., 2019).

Een Nederlands onderzoek waarbij verschillende vormen van stoppen-met-rokenondersteuning met elkaar werden vergeleken, vond dat telefonische ondersteuning minder effectief was dan individuele begeleiding en begeleiding in een doorlopende groep (Benson et al., 2016). Ook voor telefonische ondersteuning geldt dat de effecten waarschijnlijk kleiner zijn voor mensen met een lagere SEP dan voor mensen met een hogere SEP, maar het bereik lijkt hoger onder mensen met een lagere SEP (Springvloet et al., 2017). Het bereik van telefonische stoppen-met-rokeninterventies onder groepen

met een lagere SEP kan worden vergroot wanneer deze worden ondersteund door nationale campagnes, proactief worden aangeboden en gratis zijn (Springvloed et al., 2017).

Onderdelen stoppen-met-rokenondersteuning

Rokers met een lagere SEP lukt het minder vaak om te stoppen met roken (Hiscock et al., 2012). Daarom zijn verschillende onderdelen van de stoppen-met-rokenondersteuning voor mensen met een lagere SEP extra belangrijk, waaronder zelf-monitoring, omgaan met lastige situaties, terugvalpreventie, toegang tot en advies over medicatie en de juiste materialen.

Veel rokers die een stoppoging doen, hebben te maken met een wisselende motivatie om te stoppen en een lagere eigen-effectiviteit (Hiscock et al., 2012; Siahpush et al., 2006). Het monitoren van hun voortgang, bijvoorbeeld door het bijhouden van kosten die zijn bespaard en verbeteringen van de gezondheid, kunnen de motivatie en de eigen-effectiviteit verhogen (Brown, Michie, et al., 2014; Michie et al., 2012). Bij een Amerikaanse interventie waren bijvoorbeeld veel deelnemers enthousiast over het gebruik van een CO-meter (Evans et al., 2015; Sheffer et al., 2017). Ook in Nederland wordt de CO-meter gebruikt, onder andere om zwangere vrouwen te motiveren om te stoppen met roken (Rookvrije Start, 2019).

Ook hebben mensen met een lagere SEP vaker last van stress door zorgen over hun materiële en sociale omstandigheden. Roken is een belangrijk *coping mechanisme*, een manier om om te gaan met stress en andere problemen. Ook rokers die willen stoppen zullen deze neiging hebben. Daarom is het belangrijk om rokers te leren om op andere manieren om te gaan met stressvolle situaties, en dus alternatieve *coping strategieën* te ontwikkelen (Buczowski et al., 2014). Dit kan bijvoorbeeld door een lijst met alternatieve activiteiten te maken, zoals een wandeling maken of ontspanningsoefeningen uit te voeren (Michie et al., 2012). Verschillende interventies gericht op rokers met een lagere SEP maken hier gebruik van. Deelnemers zijn vaak erg positief over deze ondersteuning (Brown, Michie, et al., 2014; Sheffer et al., 2017). Daarom is het belangrijk dat rokers leren omgaan met triggers voor het roken, alternatieven voor roken bedenken, hun handen en mond bezig houden en voor voldoende afleiding en alternatieve bezigheden zorgen. Naast het leren omgaan met stress, is het ook belangrijk om de oorzaken van stress aan te pakken (zie §4.4 Hulp bij onderliggende problemen).

16

Ook farmacotherapie kan een belangrijk onderdeel van de stoppen-met-rokenondersteuning zijn. Rokers met een lagere SEP zijn meer verslaafd aan het roken. Dit komt mogelijk doordat ze jonger zijn wanneer ze beginnen met roken en omdat ze meer sigaretten per dag roken (Hiscock et al., 2012). Daarom kan het beste ingezet worden op een combinatie van gedragsmatige ondersteuning en medicijnen, zoals nicotinevervangende middelen, bupropion of varenicline (Hiscock et al., 2012). Mensen met een lagere SEP denken vaker negatief over deze medicijnen. Ze denken bijvoorbeeld dat ze niet werken, dat ze schadelijk zijn, dat het niet nodig is, dat het beter is om zonder ondersteuning te stoppen en vinden ze duur en lastig te verkrijgen. Daarom is het belangrijk dat zorgprofessionals een duidelijke en eenvoudige uitleg geven over de voordelen van medicatie en hierbij aandacht hebben voor zorgen en misverstanden die leven bij rokers (Hiscock et al., 2012; Roddy et al., 2006).

Verder is het belangrijk dat bij gedragsmatige ondersteuning rokers kunnen beschikken over de juiste materialen, die geschikt zijn voor mensen met laaggeletterdheid. Laaggeletterdheid komt namelijk meer voor onder mensen met een lagere SEP. Bij een Amerikaanse training waren deelnemers erg enthousiast over een werkmap met onder andere kaartjes waarop ze hun vorderingen bij konden houden, informatie over de gezondheidsrisico's van roken, tips over omgaan met stress, informatie over nicotinevervangende middelen en ruimte om extra folders en notities op te bergen (Evans et al., 2015; Sheffer et al., 2017).

Beloning en kosten

Veel mensen met een lagere SEP ervaren de kosten van stoppen-met-rokenondersteuning als een barrière (Springvloed et al., 2017). Daarom is het belangrijk dat stoppen-met-rokenondersteuning gratis is of door de zorgverzekering wordt vergoed. Wanneer de ondersteuning wordt vergoed is het belangrijk dat de roker niet wordt geacht om de kosten voor te schieten, omdat dit voor mensen met een lagere SEP niet altijd mogelijk is (van Wijk et al., 2019). Ook andere kosten, zoals bijvoorbeeld een eigen bijdrage voor medicijnen, parkeerkosten bij de trainingslocatie, of de kosten van een smartphone of computer bij digitale ondersteuning, kunnen mensen met een lagere SEP ervan weerhouden om

gebruik te maken van ondersteuning bij het stoppen met roken (Henderson et al., 2011; Roddy et al., 2006; van Wijk et al., 2019).

Een Cochrane-review naar de effectiviteit van financiële beloningen vond dat financiële beloningen kunnen zorgen voor een toename van stoppen met roken op de lange termijn (zes maanden of meer), ook wanneer de beloningen stoppen (Notley et al., 2019). De auteurs keken echter niet alleen naar rokers met een lagere SEP. Er zijn ook aanwijzingen dat financiële beloningen een extra stok achter de deur kunnen zijn voor rokers met een lagere SEP (Mundt et al., 2019; Smith et al., 2018; Smith et al., 2019; Springvloet et al., 2017; van den Brand et al., 2018).

Vaardigheden professionals

Professionals die betrokken zijn bij de stoppen-met-rokenondersteuning voor rokers met een lagere SEP dienen een onbevooroordeelde houding te hebben en moeten over voldoende kennis beschikken rondom stoppen met roken bij de doelgroep. Veel rokers met een lagere SEP, met name zwangere vrouwen, zijn bang voor oordelen over hun rookstatus (Henderson et al., 2011; Roddy et al., 2006). Verschillende evaluaties van stoppen-met-rokenondersteuning uit de literatuur vonden dat deelnemers veel belang hechten aan een positieve, niet-veroordelende houding van professionals (Henderson et al., 2011; Sheffer et al., 2017).

Sociale steun

Een belangrijke oorzaak van de beperkte deelname en hoge uitval van mensen met een lagere SEP bij stoppen-met-rokenondersteuning is een gebrek aan sociale steun en niet-rokende rolmodellen en een sociale omgeving die positief denkt over roken (Henderson et al., 2011; Hiscock et al., 2012; van Wijk et al., 2019). Daarom zou er bij de ondersteuning aandacht moeten zijn voor het creëren van sociale steun (Ford et al., 2013; van Wijk et al., 2019). Het heeft de voorkeur om sociale steun te vinden binnen het eigen netwerk, omdat die steun doorloopt wanneer de stoppen-met-rokenondersteuning ten einde is. De zorgprofessional zelf kan sociale steun verlenen, maar kan ook helpen bij het mobiliseren van niet-rokers in het huidige sociale netwerk van de stopper (Hiscock et al., 2012). Een niet-roker uit het sociale netwerk, bijvoorbeeld een vriend, familielid of collega's die wil helpen, kan bij voorkeur na een korte training ook als peer-facilitator of buddy bij de ondersteuning betrokken worden (Ford et al., 2013; Hiscock et al., 2012; Smith et al., 2019; Springvloet et al., 2017; van Wijk et al., 2019). Ook mensen buiten het sociale netwerk kunnen sociale steun verlenen, bijvoorbeeld ex-rokers die beschikbaar zijn voor telefonische ondersteuning (Beenackers et al., 2015).

17

Aansluiting bij doelgroep

Het is belangrijk dat een stoppen-met-rokeninterventie geschikt is voor de doelgroep. Zo kan er bijvoorbeeld een pilot worden uitgevoerd onder rokers met een lagere SEP (Brown, Michie, et al., 2014; Michie et al., 2012), kan de doelgroep actief worden betrokken bij de ontwikkeling van nieuwe programma's of de aanpassing van bestaande programma's (Springvloet et al., 2017). Een systematische review naar de tailoring van stoppen-met-rokeninterventies voor mensen met een lagere SEP vond dat individuele stoppen-met-rokeninterventies hen kunnen helpen bij het stoppen, maar vond geen bewijs dat interventies die zijn aangepast voor rokers met een lagere SEP meer effect hebben dan niet aangepaste interventies (Kock et al., 2019). Een mogelijke verklaring hiervoor is dat veel interventies vaak slechts in beperkte mate worden aangepast, bijvoorbeeld door het vereenvoudigen van tekst en het toevoegen van afbeeldingen en videos. Aangepaste interventies spelen zodoende niet voldoende in op de achterliggende problemen van de doelgroep rokers met een lagere SEP, zoals materiële en sociale omstandigheden (van Wijk et al., 2019). Bovendien ervaren mensen met een lagere SEP vaak meer barrières om te stoppen, wat op individueel niveau zwaarder kan wegen dan de voordelen van aangepaste interventies (Kock et al., 2019). Een review van de stoppen-met-rokenondersteuning in het Verenigd Koninkrijk vond dat mensen met een lagere SEP vaker gebruik maakten van de Stop Smoking Services op plekken waar sterk werd ingezet op het bereiken van rokers met een lagere SEP. De auteurs vonden dat hoewel mensen met een lagere SEP minder succesvol waren in het stoppen met roken, interventies die zijn gericht op en aangepast voor mensen met een lagere SEP bij kunnen dragen aan stoppen met roken (Smith et al., 2020).

Verder komt uit de literatuur naar voren dat ondersteuning gericht op mensen met een lagere SEP een relatief hoge intensiteit zou moeten hebben. De reguliere gedragsmatige ondersteuning is vaak niet intensief en flexibel genoeg (van Wijk et al., 2019). Dit betekent meer sessies en contactmomenten,

ondersteuning op flexibele momenten, een langdurige follow-up, een procedure voor ondersteuning bij terugval, en de mogelijkheid tot extra ondersteuning tussen de verschillende sessies gedragsmatige ondersteuning door (Springvloed et al., 2017; van Wijk et al., 2019). Deelnemers aan een Amerikaanse training gaven bijvoorbeeld aan dat één training per week niet intensief genoeg was (Sheffer et al., 2017). Een voorbeeld van ondersteuning tussen sessies door is de mogelijkheid om iemand te kunnen bellen bij een lastige situatie of een coach die regelmatig een motiverend berichtje stuurt en vraagt hoe het gaat (Henderson et al., 2011).

4.3 Nazorg

Vaak loopt de stoppen-met-rokenondersteuning na enkele weken of maanden ten einde. Daarna is het aan de voormalige roker zelf om met de opgedane kennis en vaardigheden gestopt te blijven. Zoals hierboven genoemd, is de duur van reguliere stoppen-met-rokenondersteuning voor mensen met een lagere SEP vaak te kort (Springvloed et al., 2017; van Wijk et al., 2019). Nazorg is voor veel mensen met een lagere SEP dan ook vooral een langdurige voortzetting van de reguliere ondersteuning om te voorkomen dat ze weer beginnen met roken. Een Cochrane-review naar de effectiviteit van terugvalpreventie als interventie na een stoppoging (zowel zelfstandige stoppogingen als met gebruik van ondersteuning) concludeert dat er geen bewijs is voor gedragsmatige ondersteuning bij terugvalpreventie, maar hierbij is niet specifiek gekeken naar lagere SEP populaties (Livingstone-Banks et al., 2019).

In de literatuur komt het onderwerp nazorg bij mensen met een lagere SEP slechts beperkt aan bod, en dan voornamelijk als terugvalpreventie bij vrouwen die kortgeleden een kind hebben gekregen en tijdens de zwangerschap waren gestopt met roken (Brown et al., 2019; Tagai et al., 2020). Zo waren belangrijke technieken van gedragsverandering bij het voorkomen van terugval bij zwangere vrouwen het vergroten van het probleemoplossend vermogen, het bieden van informatie over de negatieve effecten voor gezondheid, de sociale gevolgen en gevolgen voor de omgeving, sociale steun, het verminderen van negatieve emoties en het geven van instructies over hoe gedrag uitgevoerd dient te worden (Brown et al., 2019). Een andere studies vond dat vrouwen vooral behoefte hadden aan informatie en *coping strategieën* (Tagai et al., 2020).

18

4.4 Hulp bij onderliggende problemen

Bij het beschrijven van werkzame elementen van stoppen-met-rokenondersteuning kwamen verschillende onderliggende problemen aan bod die een belemmering kunnen vormen voor de toegang, het gebruik en de effectiviteit van stoppen-met-rokenondersteuning. Allereerst zijn er bij deze doelgroep vaak problemen rondom de materiële omstandigheden, zoals financiële problemen, voedselonzeekerheid of slechte huisvesting. Daarnaast is er vaak sprake van slechte sociale omstandigheden, waaronder slechte arbeidsomstandigheden, werkloosheid, gebrek aan een zinvolle dagbesteding, en een klein sociaal netwerk. Dit kan tot veel stress leiden, waardoor er geen tijd of energie beschikbaar is om te besteden aan stoppen met roken (Beenackers et al., 2015; van Wijk et al., 2019).

Stoppen-met-rokeninterventies met een integrale benadering, die zijn aangepast met aandacht voor de materiële en sociale omstandigheden, zouden effectiever kunnen zijn voor rokers met een lagere SEP (Kock et al., 2019; van Wijk et al., 2019). Een voorbeeld hiervan is een Amerikaanse stoppen-met-rokeninterventie, die naast telefonische counseling en gratis nicotinevervangende middelen ook toegang gaf tot lokale partners die de rokers konden helpen bij voeding, opleiding, fysieke activiteit en loopbaanbegeleiding. Dit droeg waarschijnlijk bij aan de effectiviteit van de interventie (Haas et al., 2015). De praktische uitvoering hiervan is echter nog weinig beschreven in de literatuur.

5 Resultaten werkzame elementen interviews

Zes van de tien interventies zijn volgens de geïnterviewden specifiek gericht op de doelgroep met lagere SEP, bijvoorbeeld mensen met laag inkomen, lage opleiding, laaggeletterden, of mensen uit de schuldhulpverlening of achterstandswijken. Sommige interventies zijn samen met de doelgroep met lagere SEP ontwikkeld, bijvoorbeeld door hen te interviewen, focusgroepen te organiseren, of hen interventiematerialen te laten testen. De werkzame elementen van de tien interventies zijn meestal niet wetenschappelijk onderzocht; de meeste geïnterviewden beantwoordden de vragen hierover op basis van hun eigen ideeën of inzichten.

5.1 Werving

Het lijkt te werken als er een 'getrapte' vorm van aanmelden is, bijvoorbeeld in de vorm van een eerste vrijblijvende aanmelding of een vrijblijvende informatiebijeenkomst of inloopavond, waarna men zich kan aanmelden voor het daadwerkelijke programma. Tijdens zo'n 'voorbereidende' fase kan een professional investeren in het opbouwen van een vertrouwensrelatie en/of motiverende gespreksvoering inzetten. Dit kan bijvoorbeeld via een (telefonisch) kennismakings- of intakegesprek. Interventies die gebruik maken van een getrapte vorm van aanmelden zijn bijvoorbeeld de Wijkchallenge, CATCH / Samen Sterker Stoppen en de rookstoppoli. Ook bij Stoptober wordt gebruik gemaakt van een soortgelijke 'getrapte' insteek, waarbij de 'commitment' van deelnemers in eerste instantie slechts voor 28 dagen is: *"Iedereen wil natuurlijk wel stoppen, maar mensen kunnen tijdens Stoptober eerst eens 28 dagen proberen en zien hoe dat gaat. De Engelsen zeggen: 'you lower the cliff'. Als je van een hele hoge duikplank moet springen, dan vind je dat best wel eng. Maar als je er bij eentje kunt beginnen die niet zo hoog is, dan denk je 'nou dat kan ik wel'. En dan bouw je zelfvertrouwen op om van die hoge te gaan en dus om voor altijd te stoppen met roken."*

19

Sowieso helpt volgens veel geïnterviewden een proactieve, persoonlijke benadering goed bij het bereiken van deelnemers, bijvoorbeeld door hen aan te spreken op locaties in de wijk: *"We gingen daar in de moskee zitten, op de vrijdagmiddag, met onze laptop en folders. Dan spraken we rokers aan: kom eens met ons praten. We schreven dan ook gelijk hun naam en telefoonnummer op. We gaven dus niet alleen een folder mee, want dan raak je ze snel weer kwijt. Later belden we ze dan terug."* Ook op de werkplek (bij CATCH / Samen Sterker Stoppen) lijkt het goed te werken als er niet alleen posters worden opgehangen of een e-mail wordt verstuurd, maar werknemers daarnaast proactief worden benaderd door een leidinggevende of collega.

Mensen lijken verder sneller mee te doen aan een interventie als er een vertrouwensrelatie is met degene die ze uitnodigt. Eén van de pijlers van de intensieve en langdurige interventie VoorZorg is de vertrouwensrelatie die tussen cliënt en professional ontstaat tijdens de vele huisbezoeken (gemiddeld zo'n 40-60 huisbezoeken gedurende twee jaar). Doordat er veelvuldig contactmomenten zijn met dezelfde zorgprofessional is er tijd om een vertrouwensrelatie op te bouwen en stoppen met roken (herhaaldelijk) bespreekbaar te maken. De vertrouwensrelatie wordt ook door deelnemers erg gewaardeerd.

Als de werving van deelnemers via (zorg)professionals verliep, waren de ervaringen van de geïnterviewden wisselend. Zo verliep de werving van deelnemers via wijkteams voor één programma succesvol, terwijl dit bij een andere interventie via welzijnsprofessionals juist erg moeizaam ging. Over dit laatste: *"Veel professionals vinden het toch moeilijk om over het roken te beginnen. Ze willen het contact goed houden. Ze zeiden: 'Ja, daar ga ik niet over beginnen hoor, die mevrouw heeft het al zo moeilijk'."* Mogelijk kan deze handelingsverlegenheid worden verminderd door verwijzende professionals (beter) te trainen.

Opvallend is hoe goed de werving van de interventie Grip en Gezondheid verliep. *"We hadden het idee dat we in vergelijking met andere stoppen-met-rokenprogramma's relatief veel deelnemers konden werven. Dat komt waarschijnlijk doordat ons programma in eerste instantie insteekt op stress. Het is veel laagdrempeliger om aan zo'n cursus mee te doen. Later wordt het roken dan ook wel bespreekbaar. Direct over stoppen met roken beginnen, dan steken mensen veel sneller hun hakken in het zand."*

Verder zijn er succeservaringen met de werving van deelnemers door sleutelfiguren of ervaringsdeskundigen in de wijk. Geïnterviewde over Grip en Gezondheid: *“Voor het werven van deelnemers bleek de inzet van sleutelfiguren ontzettend waardevol. Iemand uit de buurt met een bekend gezicht en een vergelijkbare achtergrond. Een vrijwilliger werkzaam bij een school was erg betrokken bij ons project. Zij meldde in haar eentje meer dan 80 deelnemers aan. Dit waren ouders van kinderen van de school waar zij werkte.”* Ook mond-tot-mond reclame tussen oud-deelnemers en (mogelijk) nieuwe deelnemers heeft bij sommige interventies goed geholpen bij de werving.

Het bereiken van mensen met lagere SEP lijkt tot slot goed te verlopen via werk of dagbesteding, waarschijnlijk omdat mensen via deze weg laagdrempelig kunnen deelnemen: vaak gratis, op de werkplek en soms tijdens werktijd. Geïnterviewde over CATCH / Samen Sterker Stoppen: *“Belangrijk is dat het in ieder geval makkelijk moet zijn om mee te doen. Puur het feit: er hangt een briefje, we organiseren dit op het werk. Dat heeft mensen aangespoord. Zij waren waarschijnlijk niet op eigen initiatief naar de huisarts gegaan.”*

5.2 Stoppen-met-rokenondersteuning

Volgens vrijwel alle geïnterviewden gaat het om een combinatie van elementen die ervoor zorgt dat een interventie succesvol is bij de doelgroep met lagere SEP, en is er niet één cruciaal element. Een geïnterviewde verwoordt dat zo: *“Er is niet één gouden element dat werkt. Het is een combinatie van dingen, die samen werken.”* Overigens wordt wel vaak door de geïnterviewden naar aanleiding van deze vraag - of er een cruciaal element is of dat het gaat om een combinatie van elementen - benadrukt hoe ontzettend belangrijk de laagdrempeligheid van het aanbod is (dus: gratis, dichtbij). Over het belang van laagdrempeligheid van het aanbod zijn alle geïnterviewden het eens. Door het aanbod gratis en dichtbij beschikbaar te stellen, kunnen zoveel mogelijk drempels om deel te nemen weggenomen worden. Een geïnterviewde trainer: *“De laagdrempeligheid, geen kosten, dat is denk ik het allerbelangrijkste onderdeel.”* Een onderzoeker betrokken bij een interventie met hoge opkomst: *“Veel deelnemers woonden op een paar minuten lopen van het buurthuis. Nadat ze hun kinderen naar school hadden gebracht, konden ze zo aanhaken bij onze bijeenkomsten.”* Een derde: *“Je moet zoveel mogelijk drempels wegnemen: qua afstand, kosten, en aanmelden.”* Drempels voor deelname kunnen worden weggenomen door mensen te helpen om hun aanmelding in orde te maken, bijvoorbeeld door samen een aanmeldformulier in te vullen.

20

Een praktische insteek is volgens de geïnterviewden erg belangrijk voor de doelgroep met lagere SEP. Sommigen operen dat een interventie niet veel informatie of uitleg (bijvoorbeeld over verslaving) hoeft te bevatten, maar dat het veel beter werkt om 'dingen te doen'. Een geïnterviewde over een groepstraining zei bijvoorbeeld: *“Het moet niet te ingewikkeld zijn. Er was een werkboek, dat ging veel mensen al boven de pet. Een enkeling deed maar wat met het werkboek. Het moet praktisch zijn.”* En de aanbieder van 'Rookvrij Ook jij?' zei: *“Belangrijk is in ieder geval de praktische insteek. We zitten in een kring met elkaar te praten en gaan gewoon stoppen. Zonder powerpoint dus. Lezen is niet per se nodig. Ik las eens een evaluatie van een deelnemer. Hij had ingevuld: ‘Het stelde niks voor die groepstraining. We kwamen gewoon elke week bij elkaar.’ Maar die persoon was wel gestopt met roken!”* En over CRA zei de geïnterviewde: *“Het is zo praktisch, de therapie gaat niet over ‘verkeerd denken’.”* Onder een praktische insteek noemt men ook bijvoorbeeld het geven/laten uitwisselen van tips om met craving om te gaan.

De geïnterviewden betrokken bij een interventie in groepsvorm noemen altijd de groepsvorm als werkzaam element: de groep zorgt voor onderlinge steun, herkenning, van elkaar kunnen leren, en motivatie om te (blijven) stoppen door groepsdruk. Een geïnterviewde zei: *“Wat mensen zelf zeiden dat werkte: groepsdruk en sociale steun. Zelf heeft men vaak al meerdere keren een poging gedaan om te stoppen en dan lukte het niet. Het niet willen afgaan voor de rest [en het blazen] is echt een reden voor mensen om niet weer die sigaret op te steken. Echt een stok achter de deur.”* Soms worden groepsbijeenkomsten gecombineerd met (tussentijds) persoonlijk contact met een trainer, zodat deelnemers tijdens moeilijke momenten een back-up hebben. Bij de rookstoppoli is er individuele en groepsbegeleiding, maar bij de groepsbegeleiding blijkt het slagingspercentage hoger te zijn, dus dat wordt aanbevolen: *“Mensen zijn soms best terughoudend over een groep, zo van ‘Ik ben niet zo’n groepsmens’ en ‘Is dat dan een soort AA-bijeenkomst?’. Maar we zeggen altijd van: ‘Joh, probeer het’.*

Bevalt het niet, dan gaan we individueel verder. En heel vaak merken we dat als mensen een jaar verder zijn dat ze er niet meer uit willen."

Ook een vertrouwensrelatie tussen professionals en cliënten ("een klik") en een respectvolle bejegening van cliënten door professionals worden genoemd als werkzame element. Een trainer: *"Ik denk dat één van de allerbelangrijkste dingen is dat je het vertrouwen moet zien te winnen bij de mensen. Als dat er is, en je hebt een klik, dan zijn mensen ook trouw in het bijwonen van bijeenkomsten en het doen van oefeningen enzovoort."* Een ander: *"De verbinding die je maakt met mensen is cruciaal. Al is het maar een luisterend oor. Je móet ook aandacht hebben voor de andere problemen."* En weer een ander: *"Het is heel belangrijk dat je als professional begripvol bent, dat je niet veroordelend bent. Dat je probeert niet te veel op de stoel van de persoon zelf te gaan zitten, of het teveel gaat invullen voor iemand."*

De begeleiding moet het liefst langdurig en intensief zijn (dat laatste zeker nadat men net gestopt is). Trainer van Voel je vrij: *"Wat ook belangrijk is, zeker bij lage SES, is dat het niet na een paar keer ophoudt. Veel programma's stoppen al na tien weken. Langdurig en intensief begeleiden is belangrijk, intensief zeker in het begin."* Sommige interventies maken verder gebruik van een 'voorbereidende' fase, waarin wordt toegewerkt naar het stopmoment (bijvoorbeeld 'Rookvrij! Ook jij?' en de rookstoppoli).

De kwaliteit, ervaring en vaardigheden van professionals die de interventie aanbieden, is volgens de geïnterviewden erg belangrijk. Zij moeten goed opgeleid zijn, bijvoorbeeld in motiverende gespreksvoering, omgaan met weerstand en/of communicatie met laaggeletterden. Het trainen van verloskundigen was bijvoorbeeld één van de belangrijkste onderdelen van PROMISE. Een andere geïnterviewde merkt ook op hoe belangrijk de kwaliteit van de professionals is: *"Wat ook belangrijk is, is dat coaches goed onderlegd zijn. Ik weet dat er wel eens professionals zijn met heel weinig bagage. Niet iedereen kan dit zomaar. Mensen moeten goed opgeleid en getraind zijn. In ieder geval in motiverende gespreksvoering en omgaan met weerstand. Na een tweedaagse training kan men al geaccrediteerd worden. Voor mensen die uit de zorg komen, is dat misschien een verdieping. Maar mensen die eerder iets heel anders hebben gedaan, die kunnen al best snel aan de slag. Maar die zet je ook niet zomaar in een verslavingskliniek neer. Zeker bij groepstrainingen zijn de kwaliteiten van de professional ontzettend belangrijk."* Professionals zouden regelmatig moeten checken of iets begrepen is. Coach: *"Voor mensen met een lagere SEP is het vooral heel belangrijk dat je blijft checken. Want mensen kunnen wel zeggen 'ja hoor, ik begrijp het allemaal', maar dat je steeds even checkt of dat wel zo is, zonder het controlerend te vragen. In het gesprek kan je daar steeds een beetje op terugkomen waardoor je inzicht krijgt of ze het inderdaad ook wel snappen."*

21

Hulpmiddelen, bijvoorbeeld medicatie en CO-meters, worden ook regelmatig genoemd als werkzame elementen. Daarbij wordt opgemerkt dat het goed werkt als hulp wordt geboden bij het regelen of aanvragen van medicatie, omdat dat niet altijd eenvoudig is, en dat het gratis is/vergoed wordt. Bij de rookstoppoli wordt een boek dat patiënten normaal zelf aanschaffen via een uitleensysteem gratis ter beschikking gesteld. De CO-meters worden door veel geïnterviewden genoemd als een succesvol onderdeel van de interventie (bijvoorbeeld bij CATCH / Samen Sterker Stoppen, Grip en Gezondheid en PROMISE), *"een stok achter de deur"*, die ook door veel deelnemers wordt gewaardeerd.

Materialen en vorm van het aanbod moeten volgens de geïnterviewden worden afgestemd op de doelgroep met lagere SEP. Zo wordt er bij sommige interventies gebruik gemaakt van beeldverhalen, een luisterboek in plaats van het reguliere boek dat wordt gebruikt ter voorbereiding, of worden er pauzes tijdens bijeenkomsten ingelast. Een geïnterviewde merkt op dat professionals niet altijd 'automatisch' met speciaal voor de doelgroep ontwikkelde materialen aan de slag gaan: *"We hadden materialen ontwikkeld speciaal met en voor de doelgroep. Die lieten we aan de zorgverleners zien, maar die waren nogal huiverig om ze te gaan gebruiken. Ze vonden het te 'Jip en Janneke'. We moesten dus heel goed uitleggen dat dit echt materialen zijn die geschikt zijn en ze motiveren om ze ook echt te gaan gebruiken."*

Meerdere geïnterviewden noemen de positieve insteek of benadering van het programma als belangrijk element. Geïnterviewde: *"Het is niet het wijzende vingertje, maar het is het succes vieren van het stoppen."* Of (over CRA): *"Het zijn ook hele leuke gesprekken, om samen te kijken naar welke*

leuke dingen er te doen zijn." Voorbeelden die passen bij een positieve benadering die worden genoemd zijn: focussen op succeservaringen (bij diverse interventies genoemd), focussen op plezierige, nieuwe gewoontes die in plaats komen van het roken of gedrag dat geassocieerd wordt met roken (zoals bij CRA), nadenken over/mogelijkheden bieden om deel te nemen aan leuke activiteiten in de wijk (zoals bij Voel je Vrij doorlopende groepstraining), of het belonen van deelnemers. Dit laatste kan in de vorm van cadeaubonnen (zoals bij CATCH / Samen Sterker Stoppen), motivatiekaartjes of andere kleine beloningen (zoals bij de rookstoppoli in Beverwijk).

Eigen regie en aansluiten op de motivatie van de cliënt zijn ook van belang. Dit werd bijvoorbeeld expliciet genoemd bij de interviews over de rookstoppoli en CRA. Geïnterviewde over de rookstoppoli: *"Het moet het eigen plan van die persoon worden. Dus het stoppen-stappenplan is echt wat die persoon wil. Wat de kans op succes natuurlijk groter maakt, maar ook het plezier wat mensen erin hebben. Dat het niet iets is wat ze opgelegd krijgen maar dat het iets is wat ze zelf mogen laten zien."* Geïnterviewde over CRA: *"Mensen hebben zelf keuze waar de focus ligt."*

Volgens de geïnterviewden kan laagdrempelig, persoonlijk contact (WhatsApp wordt meerdere keren genoemd, of telefonisch) buiten bijeenkomsten of afspraken om bijdragen aan het succes van een programma. Dit werkt motiverend en als een stok achter de deur tijdens moeilijke momenten. Het contact kan plaatsvinden tussen deelnemers onderling en/of met een trainer, bijvoorbeeld via een WhatsApp-groep. Soms wordt er ook gebruik gemaakt van de inzet van een 'buddy', die tijdens moeilijke momenten beschikbaar is. Proactieve reminders (via WhatsApp, telefonisch, of anders) dragen ook bij aan een hogere opkomst bij bijeenkomsten.

Verschillende geïnterviewden geven aan dat het belangrijk is om mensen met een terugval goed op te vangen. Mensen die tijdens de interventie weer begonnen zijn met roken, werden daarom niet altijd uitgesloten van verdere deelname aan groepsbijeenkomsten, wat vaak juist wel gebeurt om mogelijk negatieve impact op andere deelnemers te voorkomen. Enkele geïnterviewden geven aan dat zij een interventie op dit punt hebben aangepast voor de doelgroep met lagere SEP. Bijvoorbeeld: *"Wij hadden heel vaak dat mensen een terugval hadden, maar dat vonden wij onderdeel van de verandering. Zij konden daarna de draad weer oppakken. We zetten hen dus niet uit het programma, maar vonden het juist een kans om de rest te laten zien: je kunt terugvallen, maar toch volhouden."* En een ander: *"We hebben geprobeerd het protocol zo te vertalen dat het bij de doelgroep aansloot. Dat betekent dat je het verhaal soms net iets anders brengt. We vertelden bijvoorbeeld bij de cirkel van gedragsverandering dat terugval daar een onderdeel van is. En dat dat natuurlijk niet de bedoeling is, maar dat het heel waarschijnlijk is dat mensen daar mee te maken krijgen. En dat ze daarvoor niet hoeven af te haken. Wat wij het allerbelangrijkst vonden, is dat mensen bleven komen. Dat ze niet het idee hadden dat ze weg moesten blijven als het niet gelijk lukte. Dus wij zeiden: blijf komen, en neem contact met ons op als het moeilijk gaat. Bij andere groepen heb je het idee dat mensen meer eigen verantwoordelijkheid hebben, maar bij deze groep waren we wat soepeler."* Weer een ander: *"Je zou eigenlijk het idee moeten hebben om mensen te blijven begeleiden, totdat het ze gelukt is om te stoppen met roken. Dus niet stoppen als mensen weer gaan roken, maar juist dan blijven begeleiden."*

22

Tot slot wordt de inzet van ervaringsdeskundigen gezien als een werkzaam element; dit motiveert en geeft hoop. Stoptober maakt bijvoorbeeld gebruik van de inzet van ambassadeurs. Bij de groepstraining van Voel je vrij sloten ook ervaringsdeskundigen aan bij meerdere bijeenkomsten: *"Het was heel goed dat er ervaringsdeskundigen langs kwamen. Die waren bijvoorbeeld al een jaar gestopt, dat gaf anderen weer hoop."* Het is ook goed als de naasten van een deelnemer betrokken kunnen worden bij de stoppoging.

5.3 Nazorg

Alle respondenten onderschrijven het belang van nazorg om ervoor te zorgen dat mensen blijvend stoppen met roken. Vaak stoppen interventies na een klein aantal bijeenkomsten of na een aantal maanden zonder dat er een follow-up moment is. Geïnterviewde: *"Het liefst zou je mensen willen blijven ondersteunen, totdat ze minimaal een jaar rookvrij zijn. Dan is het een stuk stabielier."* Een ander: *"Ik denk eigenlijk dat een follow-up bij alle interventies belangrijk is: de vinger aan de pols. Als het mis gaat, dan kun je direct weer inspringen. Zeker ook bij deze doelgroep. Stoppen met roken pogingen slagen bij hen toch minder vaak."* Bij de rookstoppoli wordt men in ieder geval een jaar

begeleid. Dat is volgens de geïnterviewde erg belangrijk: *“Omdat je mensen dan mee kan geven dat wij er ook zijn om te ondersteunen als het even wat minder gaat of als ze een terugval gehad hebben.”*

5.4 Hulp bij onderliggende problemen

Veel geïnterviewden geven aan dat het goed is om roken niet te behandelen als een op zichzelf staand probleem. Door eerst of tegelijkertijd in te spelen op gerelateerde problemen, bijvoorbeeld stress, wordt het soms ook gemakkelijker om te stoppen met roken. Geïnterviewde: *“Mensen met een lagere sociaaleconomische positie bevinden zich vaak in een oceaan, waarin ze steeds tegen de stroom in moeten zwemmen. In het dagelijks leven is er dan geen ruimte over om na te denken over leefstijl of gezond gedrag, laat staan om dat te veranderen. Door beter te leren omgaan met stress of financiële problemen komt er meer ruimte om na te denken over stoppen met roken.”*

Tegelijkertijd worden ook mogelijke nadelen van interventies met een brede aanpak genoemd: stoppen met roken heeft binnen dit soort programma's niet altijd *“prioriteit nummer één”*, omdat allerlei andere (urgente) zaken om aandacht vragen.

Enkele geïnterviewden noemen dat het belangrijk is dat betrokken professionals goed luisteren naar deelnemers, alert zijn op onderliggende problemen, en doorvragen om eventueel naar passende hulp te kunnen verwijzen. Dit heeft als bijkomend voordeel dat het de vertrouwensrelatie tussen professional en cliënt kan versterken.

Gouden tips/adviezen

De geïnterviewden noemden de volgende gouden tips voor de (door)ontwikkeling van stoppen met roken interventies voor mensen met lagere SEP:

- Betrek de doelgroep bij ontwikkeling én uitvoer.
- Houd het simpel en praktisch goed uitvoerbaar.
- Wees als professional eerlijk maar begripvol.
- Maak het deelnemers makkelijk en laat het ze niet alleen doen.
- Maak gebruik van een integrale aanpak.
- Zet sleutelfiguren in.
- Wees flexibel.
- Denk goed na over implementatie en drempels daarvoor.
- Investeer als professionals in een vertrouwensrelatie.
- Lever als professional maatwerk en denk naast de persoon met hem/haar mee.
- Wees positief.
- Geef niet op.
- Zie roken niet als een geïsoleerd probleem.
- Luister als professional goed en ga op zoek naar iemands persoonlijke motivatie.
- Omarm het idee dat je mensen zou moeten blijven begeleiden totdat ze gestopt zijn met roken.

23

Minder succesvol

Een aantal onderdelen van interventies waren volgens de geïnterviewden minder geschikt voor de doelgroep met lagere SEP. Digitale of telefonische coaching was volgens iemand bijvoorbeeld minder geschikt voor de doelgroep. Een eerste gesprek met een longarts (in plaats van met een coach) vormde verder een drempel voor deelnemers om mee te doen. (Door)verwijzing via professionals verliep bij een interventie moeizaam. Deelnemers maakten weinig gebruik van een optionele buddy voor financiële problemen. En een vragenlijst over financiële problemen riep bij sommige deelnemers aan het onderzoek naar de interventie weerstand op, net als een hartslagmeter om stress te meten (men moest te lang stilzitten). Een ingewikkelde presentatie van een longarts was achteraf gezien waarschijnlijk ook minder geschikt voor de doelgroep.

5.5 Implementatie

Enkele van de tien interventies worden op dit moment niet of nog maar op kleine schaal aangeboden. Voor de meeste interventies lopen er (vervolg)projecten of -activiteiten gericht op (verdere)

implementatie of (landelijke) uitrol. Over het algemeen hebben de geïnterviewden (gematigd) positieve verwachtingen over verdere implementatie van hun aanbod. Geïnterviewde: *“Veel stoplichten staan op groen.”*

De belangrijkste bevorderende factor voor implementatie worden volgens de geïnterviewden gevormd door de ontwikkelingen op het gebied van het Preventieakkoord en de Rookvrije Generatie. Geïnterviewde: *“De huidige wetgeving werkt mee, bijvoorbeeld omdat steeds meer organisaties rookvrij willen worden.”*

Andere bevorderende factoren die genoemd worden, zijn het vrijstellen van het eigen risico voor stoppen-met-rokenondersteuning en verdere (wetenschappelijke) onderbouwing van de (effectiviteit van de) interventie.

De meest genoemde belemmerende factor voor brede implementatie is dat er geen (vaste) financiering is voor het aanbod, of dat de zorgverzekeraar bijvoorbeeld maar één rookstoppoging per jaar vergoedt. Geïnterviewde: *“Wij moeten ieder jaar weer knokken voor ons contract met de zorgverzekeraars. En het zou zo fijn zijn als daar nou eens hele goede afspraken over gemaakt worden. We worden bijvoorbeeld regelmatig gebeld door een maatschappelijk werker die zegt ‘deze persoon zit in de schuldhulpverlening en kan het gewoon niet betalen’. Daar moet wat mee gedaan worden.”* Ook wordt opgemerkt dat financiering vaak onvoldoende dekt wat er nodig is aan inspanningen om de doelgroep te bereiken en betrekken: *“Er is vaak te weinig geld of budget om dit soort dingen goed te doen. Iedereen uit ons team heeft er extra uren in gepompt. Maar op die manier houdt het op de lange termijn geen stand.”*

Als tweede belemmerende factor voor implementatie worden de maatregelen rondom de coronapandemie genoemd, waardoor groepsbijeenkomsten bijvoorbeeld (tijdelijk) geen doorgang kunnen vinden.

6 Discussie en conclusie

6.1 Samenvatting van resultaten

Voorbeelden van veelbelovende interventies om stoppen met roken te stimuleren bij mensen met een lagere SEP.

Onze inventarisatie van Nederlandse stoppen-met-rokeninterventies die veelbelovend zijn voor de doelgroep rokers met een lagere SEP leverde een lijst met vijftig interventies op. Deze interventies kunnen allemaal gebruikt worden ter inspiratie voor stoppen-met-rokenondersteuning bij mensen met een lagere SEP. We hebben er tien gekozen om als voorbeeld uit te lichten en te beschrijven in dit rapport. Dit zijn (in willekeurige volgorde):

- *Rookstoppoli in het Rode Kruis Ziekenhuis in Beverwijk*: Begeleiding bij het stoppen met roken door een rookstopcoach in het ziekenhuis.
- *CATCH / Samen Sterker Stoppen*: Een groepstraining stoppen met roken op de werkplek waarbij succesvol stoppen wordt beloond met cadeaubonnen.
- *PROMISE*: Training en materialen over stoppen met roken voor gebruik in de geboortezorg en de jeugdgezondheidszorg.
- *VoorZorg*: Een intensief en integraal huisbezoekprogramma voor (aanstaande) jonge moeders, ingebed in de jeugdgezondheidszorg.
- *Stopcoach*: Een mobiele app die mensen ondersteunt tijdens het stoppen met roken door middel van een virtuele coach.
- *Wijkchallenge Samen Stoppen met Roken*: Een community-benadering waarin deelname aan een groepstraining werd gestimuleerd.
- *Voel je vrij Doorlopende groepstraining*: Een zich herhalende cyclus van elf groepsbijeenkomsten in de wijk.
- *Stoptober*: Een jaarlijks terugkerende campagne die rokers uitdaagt om niet te roken gedurende 28 dagen in oktober.
- *Grip en Gezondheid*: Een groepscursus in de wijk van vijf bijeenkomsten gericht op beter leren omgaan met stress.
- *Community Reinforcement Approach (CRA)*: Een psychosociale, gedragstherapeutische behandelmethode, bestaand uit individuele gesprekken en groeps gesprekken, ondersteund door medicatie.

25

De tien voorbeelden in dit rapport dienen om een divers beeld te schetsen van verschillende typen aanpakken die veelbelovend zijn om verschillende redenen. Binnen de tien voorbeelden gingen we op zoek naar werkzame elementen. Het overzicht van werkzame elementen kan worden gezien als een referentiekader voor beschikbare en toepasbare elementen, die ook kunnen worden ingezet in andere interventies dan de beschreven voorbeelden. Uitgebreide informatie over de tien interventies staat beschreven in bijlage 3.

Werkzame elementen die bijdragen aan het bereiken van mensen met een lagere SEP

Uit de kwalitatieve interviews en ons literatuuronderzoek kwamen de volgende werkzame elementen die bijdragen aan het bereiken van mensen met een lagere SEP:

- Diverse professionals geven een stopadvies en verwijzen naar stopondersteuning, daarnaast is er mond-tot-mondreclame door deelnemers.
- Professionals passen een proactieve werving toe en promoten stopondersteuning systematisch.
- Een persoonlijke aanpak wordt in de werving gebruikt en er is bij voorkeur een vertrouwensrelatie met degene die de werving doet.
- Professionals die werven, hebben een begripvolle en niet-veroordelende houding.
- Sleutelfiguren of ervaringsdeskundigen kunnen bijdragen aan een succesvolle werving.
- Een persoonlijke en proactieve werving kan gecombineerd worden met passieve (massa)mediale promotie.
- Deelnemers kunnen eerst vrijblijvend kennismaken en krijgen hulp bij het aanmelden.
- Deelnemers krijgen een beloning voor deelname, wat hen motiveert om mee te doen.

- Een programma dat eerst insteekt op stress of andere problematiek en daarna pas aan stoppen met roken gaat werken, kan de drempel voor stoppen met roken verlagen.

Werkzame elementen die bijdragen aan stoppogingen en succesvol stoppen onder mensen met een lagere SEP

De belangrijkste werkzame elementen die bijdragen aan stoppogingen en succesvol stoppen onder mensen met een lagere SEP vanuit de kwalitatieve interviews en ons literatuuronderzoek, waren:

- De ondersteuning is laagdrempelig: dichtbij, gratis/goedkoop, op één locatie en met een praktische insteek.
- Groepsondersteuning heeft de voorkeur en kan gecombineerd worden met individuele ondersteuning tussen groepsbijeenkomsten door.
- Bij de doelgroep is er ook een sterke behoefte aan individuele ondersteuning.
- Er is een terugvalprotocol nodig. Bij groepsondersteuning dienen er duidelijke spelregels te zijn voor mensen die terugvallen, zodat andere deelnemers hier geen nadeel van ondervinden.
- Gedragmatige ondersteuning wordt gecombineerd met de mogelijkheid om nicotinevervangers of medicatie te gebruiken.
- Hulp op afstand wordt gecombineerd met persoonlijke begeleiding.
- Het monitoren van de voortgang is een belangrijk element van de ondersteuning.
- Deelnemers leren tijdens de ondersteuning om te gaan met stressvolle situaties.
- Materialen zijn eenvoudig en bijvoorbeeld ook geschikt voor mensen met laaggeletterdheid.
- Professionals hebben de juiste houding, kennis en vaardigheden, bijvoorbeeld door het volgen van een opleiding in motiverende gespreksvoering en communicatie met laaggeletterden.
- Sociale steun creëren is belangrijk voor deze doelgroep.
- Interventies sluiten goed aan bij de doelgroep, bijvoorbeeld door hen bij de ontwikkeling van interventies te betrekken.
- Interventies voor deze doelgroep zijn intensiever dan reguliere stoppen-met-rokenondersteuning en bieden een jaar lang nazorg.
- Interventies kunnen verbeterd worden door een positieve insteek, het inzetten van beloningen en de inzet van ervaringsdeskundigen of ambassadeurs.
- Het is belangrijk dat er bij de ondersteuning aandacht is voor aanvullende hulp bij onderliggende problemen. Dit behoeft verdere uitwerking in de praktijk.

26

Barrières en succesfactoren voor implementatie

Van de tien interventies worden er op dit moment weinig structureel en/of op grotere schaal aangeboden. Belangrijke belemmerende factoren voor brede implementatie zijn volgens de geïnterviewden dat er niet voldoende financiering is voor het aanbod, de zorgverzekeraar het aanbod niet vergoedt (of bijvoorbeeld maar één rookstopoging per jaar), en/of een gebrek aan prioriteit door maatregelen rondom de coronapandemie. Ook werd opgemerkt dat de huidige financiering vaak onvoldoende dekt wat er nodig is aan inspanningen om de doelgroep te bereiken en de ondersteuning te bieden die nodig is om te kunnen stoppen met roken. Bevorderende factoren voor implementatie zijn volgens de geïnterviewden de ontwikkelingen op het gebied van het Preventieakkoord en de Rookvrije Generatie en verdere (wetenschappelijke) onderbouwing van de (effectiviteit van de) interventie.

6.2 Sterke punten en beperkingen van het onderzoek

Een sterk punt van dit onderzoek is dat dit rapport een recent overzicht biedt van Nederlandse stoppen-met-rokeninterventies voor mensen met een lagere SEP. In dit onderzoek namen we niet alleen wetenschappelijk onderzochte en formeel beschreven interventies mee, maar ook interventies die beperkter zijn gerapporteerd. Een tweede sterk punt is dat we voor de identificatie van werkzame elementen gebruik maakten van zowel documenten als interviews met experts. Deze personen waren nauw betrokken bij de ontwikkeling, uitvoering of evaluatie van een interventie. Door de (grijze) literatuur te combineren met aanvullende informatie vanuit de interviews presenteren we een zo compleet mogelijk overzicht van deze interventies. Bovendien konden we door de bevindingen uit deze inventarisaties te vergelijken met de belangrijkste internationale wetenschappelijke overzichtsartikelen op dit terrein onze resultaten in een breder perspectief plaatsen.

Een mogelijke beperking van dit onderzoek is dat we het concept *werkzame elementen* breed hebben opgevat. In de literatuur wordt werkzame elementen doorgaans beperkter opgevat, te weten als elementen die veranderingen teweeg brengen in de determinanten van gedrag. Door onze brede en pragmatische aanpak vormen de elementen die we rapporteren een breed scala aan factoren die in positieve zin kunnen bijdragen aan de werving van rokers met een lagere SEP, de deelname van deze groep aan stoppen-met-rokeninterventies, en aan het stopproces dat zij vervolgens doorlopen. Mede door onze brede opvatting van het concept werkzame elementen is slechts een klein deel van de gerapporteerde elementen op werkzaamheid getoetst. We baseren onze resultaten voornamelijk op indrukken en ervaringen, zoals gerapporteerd in de documenten en/of door de geïnterviewden. Dit betekent dat de inzet ervan in de praktijk altijd goed moet worden gemonitord. Zo vormen rokers met een lagere SEP een zeer diverse groep en maakt dit onderzoek niet duidelijk in hoeverre de gevonden werkzame elementen relevant zijn in diverse subgroepen.

Een andere beperking is gerelateerd aan de tien goede Nederlandse voorbeelden die we selecteerden. Deze selectie was deels gebaseerd op pragmatische gronden, omdat het binnen de scope van dit onderzoek niet mogelijk was om eerst alle vijftig interventies volledig te bestuderen voordat we een keuze maakten voor de tien voorbeelden. Deze selectie beoogt niet te zeggen dat andere interventies geen goed voorbeeld zouden kunnen zijn. Individuele gedragsmatige ondersteuning bij stoppen met roken is binnen de selectie van tien goede voorbeelden slechts beperkt aan bod gekomen. Toch is het, mede gezien de voorkeur van de doelgroep en de mogelijkheid tot een persoonlijke aanpak, belangrijk dat individuele ondersteuning voldoende wordt gefaciliteerd.

Een laatste beperking betreft het literatuuronderzoek. Gezien de beperkte tijd die voor dit rapport beschikbaar was, is daarbij voornamelijk gebruik gemaakt van overzichtsartikelen. Voor een goede onderbouwing van de werkzame elementen die wij voor de Nederlandse situatie vonden, zou diepgaander onderzoek van afzonderlijke empirische studies nodig zijn.

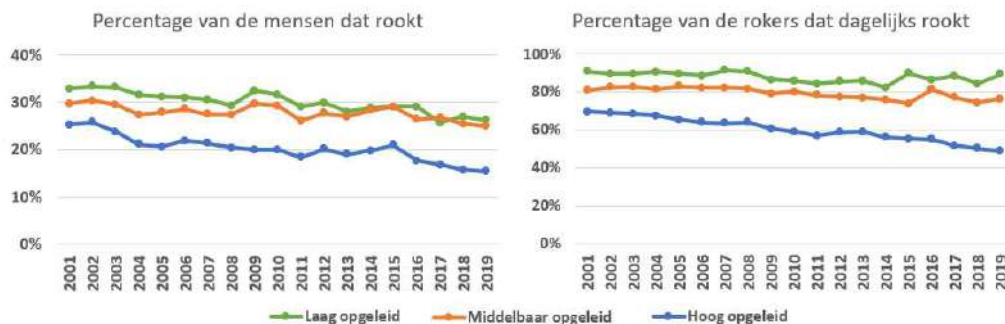
27

6.3 Interpretatie van bevindingen

Uit dit onderzoek komt naar voren dat er veel verschillende werkzame elementen zijn die kunnen bijdragen aan stoppen met roken onder mensen met een lagere SEP. De Zorgstandaard Tabaksverslaving uit 2019 sluit aan op de Richtlijn Behandeling Tabaksverslaving en Stoppen met Roken en stelt de norm voor de minimaal te leveren stoppen-met-rokenondersteuning (Chavannes et al., 2019). De Zorgstandaard vormt een goed startpunt, maar voor mensen met een lagere SEP blijkt er meer ondersteuning nodig te zijn. Zo is het belangrijk dat er bij mensen met een lagere SEP sprake is van een brede, persoonlijke werving om het bereik te vergroten en dat ze worden ondersteund bij eventuele onderliggende problemen. Voor beide punten is het belangrijk dat maatschappelijke organisaties nauw betrokken zijn. Ook heeft de Zorgstandaard als uitgangspunt dat rokers (deels) verantwoordelijk zijn voor hun zelfmanagement en het zoeken van informatie over stoppen met roken. Bij mensen met een lagere SEP is vaak extra ondersteuning nodig om verantwoordelijkheid te kunnen dragen voor zelfmanagement en om de toegang tot passende informatie over (stoppen met) roken te verbeteren. Voor enkele onderwerpen uit de Zorgstandaard geldt dat ze niet direct naar voren komen uit de resultaten, maar dat de gevonden werkzame elementen wel het belang hiervan onderstrepen. Zo is er binnen de Zorgstandaard veel aandacht voor de regiebehandelaar en de aanwezigheid van samenwerkingsafspraken. Dit sluit aan op de bevinding van het huidige onderzoek dat een integrale aanpak belangrijk is om onderliggende problemen aan te kunnen pakken.

Van de tien interventies worden er op dit moment weinig structureel en/of op grotere schaal aangeboden. Verschillende belemmerende factoren spelen hierbij een rol, waaronder een gebrek aan financiering en te weinig prioriteit van zorgprofessionals (onder andere door de coronapandemie). Gezien de gevonden werkzame elementen voor verschillende onderdelen van de stoppen-met-rokenondersteuning en de beperkte implementatie van de tien voorbeelden moet ingezet worden op een integrale aanpak en een verbetering van de volledige stoppen-met-rokeninfrastructuur. Naast een proactieve en persoonlijke werving is er behoefte aan een breed aanbod van laagdrempelige, intensieve ondersteuning door goede opgeleide en ervaren professionals en een nauwe samenwerking met de maatschappelijke zorg. Dit vraagt om een grote (financiële) investering in de capaciteit van de stoppen-met-rokeninfrastructuur en vaardigheden van professionals betrokken bij het verlenen van stoppen-met-rokenondersteuning. Gezien de grote gezondheidsrisico's van roken is urgentie hierbij geboden.

Een nog open vraagstuk hierbij is in hoeverre interventies die geschikt zijn voor mensen met een lagere SEP ook kosteneffectief zijn, met name als er gebruik wordt gemaakt van persoonlijke en proactieve werving, intensievere ondersteuning en langere nazorg. Hoewel verschillende interventies gericht op rokers met een lagere SEP als kosteneffectief zijn beoordeeld (Baker et al., 2018; Mundt et al., 2019) is er tot op heden nog geen systematisch onderzoek gedaan naar de kosteneffectiviteit van stoppen-met-rokeninterventies voor mensen met een lagere SEP. Van de tien interventies die wij hebben meegenomen in dit onderzoek zijn VoorZorg, CATCH / Samen Sterker Stoppen (niet specifiek voor rokers met een lagere SEP) en Stoptober (in Groot-Brittannië en niet specifiek voor rokers met een lagere SEP) kosteneffectief gebleken (Brown, Kotz, et al., 2014; Prinsen et al., 2015; van den Brand et al., 2020). Van de overige interventies was geen informatie over de kosteneffectiviteit beschikbaar. Meer informatie over kosteneffectiviteit van dit type interventies zou zorgverzekeraars en overheden kunnen stimuleren tot het (op grotere schaal) aanbieden van deze interventies.



Figuur 3: Roken en dagelijks roken naar opleidingsniveau (2001-2019).

Het huidige rapport laat zien dat een verbetering van stoppen-met-rokenondersteuning voor mensen met een lagere SEP nodig is. De werkzame elementen beschreven in dit rapport kunnen mogelijk ook bijdragen aan een verbetering van stoppen-met-rokenondersteuning voor alle rokers. Zo kan het alle rokers helpen om proactief benaderd te worden om te stoppen met roken, zorgt laagdrempelige ondersteuning voor een verbeterde toegang voor alle rokers en zijn veel mensen gebaat bij sociale steun en terugvalpreventie. Voor rokers met een lagere SEP zijn deze werkzame elementen extra belangrijk, omdat het voor hen moeilijker is om te stoppen én om gestopt te blijven. Daarom is het wel belangrijk dat er bij een brede aanpak de groep rokers met een lagere SEP prioriteit krijgt. Gezien de grote en groeiende verschillen in rookprevalentie tussen mensen met een hogere en lagere SEP is de verwachting dat in de loop van de tijd een steeds groter deel van de rokers een lagere SEP zal hebben. Dit geldt met name voor de rokers die hulp zoeken bij het stoppen, aangezien dagelijks roken (en dus een hogere nicotineafhankelijkheid) veel meer voorkomt bij mensen met een lagere SEP en onder deze groep ook nauwelijks daalt (zie Figuur 3). Daarom is het cruciaal dat deze interventies (ook) geschikt zijn voor deze groep.

De tien voorbeelden in dit rapport, de overige veertig voorbeelden van de groslijst en andere veelbelovende initiatieven die niet zijn opgenomen in dit rapport kunnen dienen als een reflectiekader bij het maken van een keuze voor werkzame elementen voor een stoppen-met-rokeninterventie. De keuze voor de meest geschikte werkzame elementen is mede afhankelijk van de specifieke doelgroep. Rokers met een lagere SEP vormen een diverse groep en niet alle werkzame elementen zijn even geschikt voor alle rokers. Zo komt uit de resultaten naar voren dat groepsondersteuning vaak effectiever is dan individuele ondersteuning, terwijl er ook mensen met een lagere SEP zijn die niet willen of kunnen deelnemen aan groepsondersteuning. Ook zijn sommige interventies niet geschikt voor mensen die de Nederlandse taal beperkt beheersen. Bovendien hebben sommige mensen extra persoonlijke aandacht nodig vanwege fysieke en mentale comorbiditeiten. Daarom is het belangrijk dat de stoppen-met-rokenondersteuning zo goed mogelijk aansluit bij de behoeften van het individu en er dus een breed aanbod beschikbaar is.

6.4 Conclusie

In Nederland zijn verschillende interventies ontwikkeld die kunnen helpen bij het bereiken en ondersteunen van mensen met een lagere SEP die willen stoppen met roken. Veel 'werkzame elementen' die volgens de literatuur belangrijk zijn voor deze doelgroep komen terug in deze Nederlandse interventies. Het is belangrijk dat deze interventies en de werkzame elementen daarbinnen op veel grotere schaal en dichterbij de doelgroep worden geïmplementeerd en dat het niet bij tijdelijke projecten blijft. Hiervoor zijn ruime financiering en een goede organisatie belangrijke voorwaarden. Er dient extra ingezet te worden op het bereiken en betrekken van mensen met een lagere SEP, opleiding en formatie van professionals, intensievere stopondersteuning, het bieden van ondersteuning voor meerdere stoppogingen per jaar, een langere nazorgperiode en aanvullende hulp bij onderliggende problemen.

7 Aanbevelingen

Op basis van ons onderzoek doen we de volgende aanbevelingen:

- Er moet geïnvesteerd worden in alle componenten van stoppen-met-rokenondersteuning (werving, ondersteuning, nazorg, hulp bij onderliggende problemen en implementatie) om mensen met een lagere SEP passende, toegankelijke en effectieve ondersteuning te bieden.
- Voorwaarden voor brede implementatie van stoppen-met-rokenondersteuning voor mensen met een lagere SEP zijn ruime financiering, vergoeding door de zorgverzekering (breed aanbod, meerdere stoppogingen per jaar), een verbetering van de stoppen-met-rokeninfrastructuur en een goede opleiding en formatie van professionals.
- Een laagdrempelig, integraal, intensief en persoonsgericht aanbod van stoppen-met-rokenondersteuning voor mensen met een lagere SEP kan zorgen voor een beter bereik en meer succes bij het stoppen.
- Professionals in de zorg en bij maatschappelijke organisaties moeten vaker een stopadvies geven, vaker verwijzen naar passende stopondersteuning en beter worden opgeleid in het ondersteunen van mensen met een lagere SEP.
- Het is belangrijk dat het beschikbare lokale aanbod van stoppen-met-rokenondersteuning voor mensen met een lagere SEP bekend is, zodat zorgprofessionals en maatschappelijke organisaties hier naar kunnen verwijzen. Goede samenwerkingsafspraken tussen zorgprofessionals, maatschappelijke organisaties en aanbieders, een sociale kaart en de inzet van een regiebehandelaar als vast aanspreekpunt kunnen hieraan bijdragen.
- Wanneer er nog geen lokaal aanbod van stoppen-met-rokenondersteuning voor mensen met een lagere SEP beschikbaar is, kunnen de beschreven werkzame elementen, de tien Nederlandse voorbeelden, de interventies uit de groslijst en/of veelbelovende lokale initiatieven als vertrekpunt fungeren.
- Het is belangrijk om het bereik en de effectiviteit van stoppen-met-rokenondersteuning te monitoren voor subgroepen, zodat de interventie waar nodig kan worden bijgesteld. Het delen van deze informatie binnen en buiten het eigen (zorg)netwerk kan bijdragen aan een verbetering van de onderbouwing en verdere implementatie van stoppen-met-rokenondersteuning voor mensen met een lagere SEP.

Dankwoord

We bedanken de volgende personen voor hun bijdrage aan de totstandkoming van dit rapport: Jessica Baars, Roos Blom, Jeroen Bommelé, Floor van den Brand, Marcel Clarijs, Esther Croes, Ursula Dewkalie, Astrid Etman-Schop, Silvia van den Heijkant, Marieke Helmus, Ciska Hoving, Sanne de Josselin de Jong, Maaïke van Kessel-Nagelhout, Annegien Langedijk, Eline Meijer, Debbie Prijs, Hendrik Roozen, Lida Samson, Monique Schrijver, Sara Shagiwal, en Ingrid Sprengers-Heijne.

Referenties

- Bains, M., Venn, A., Murray, R. L., McNeill, A., & Jones, L. L. (2013). You just went in and you got it all sorted straightaway-what is the appeal of a community-based mobile stop smoking service? *Journal of Smoking Cessation*, *10*(1), 65–73. <https://doi.org/10.1017/jsc.2013.38>
- Baker, A., Richmond, R., Haile, M., Lewin, T. J., Carr, V. J., Taylor, R. L., Constable, P. M., Jansons, S., Wilhelm, K., & Moeller-Saxone, K. (2007). Characteristics of smokers with a psychotic disorder and implications for smoking interventions. *Psychiatry Research*, *150*(2), 141–152. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.psychres.2006.05.021>
- Baker, C. L., Ding, Y., Ferrufino, C. P., Kowal, S., Tan, J., & Subedi, P. (2018). A cost-benefit analysis of smoking cessation prescription coverage from a US payer perspective. *ClinicoEconomics and Outcomes Research*, *10*, 359–370. <https://doi.org/10.2147/CEOR.S165576>
- Bauld, L., Bell, K., McCullough, L., Richardson, L., & Greaves, L. (2010). The effectiveness of NHS smoking cessation services: A systematic review. *Journal of Public Health*, *32*(1), 71–82. <https://doi.org/10.1093/pubmed/udp074>
- Bauld, L., Ferguson, J., Mcewen, A., & Hiscock, R. (2012). Evaluation of a drop-in rolling-group model of support to stop smoking. *Addiction*, *107*(9), 1687–1695. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2012.03861.x>
- Beenackers, M. A., Nusselder, W. J., Oude Groeniger, J., & van Lenthe, F. J. (2015). *Het terugdringen van gezondheidsachterstanden: een systematisch overzicht van kansrijke en effectieve interventies*. Erasmus MC Universitair Medisch Centrum.
- Benson, F. E., Nierkens, V., Willemsen, M. C., & Stronks, K. (2015). Smoking cessation behavioural therapy in disadvantaged neighbourhoods: An explorative analysis of recruitment channels. *Substance Abuse: Treatment, Prevention, and Policy*, *10*(1). <https://doi.org/10.1186/s13011-015-0024-3>
- Benson, F., Nierkens, V., Willemsen, M., & Stronks, K. (2016). Effects of different types of smoking cessation behavioural therapy in disadvantaged areas in the Netherlands: an observational study. *Tobacco Prevention & Cessation*, *2*(11). <https://doi.org/10.18332/tpc/61616>
- Boland, V. C., Stockings, E. A., Mattick, R. P., McRobbie, H., Brown, J., & Courtney, R. J. (2018). The Methodological Quality and Effectiveness of Technology-Based Smoking Cessation Interventions for Disadvantaged Groups: A Systematic Review and Meta-analysis. *Nicotine & Tobacco Research*, *20*(3), 276–285. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntw391>
- Bommelé, J., & Willemsen, M. (2020). *Kerncijfers roken 2019*. Trimbos-instituut.
- Bonevski, B., Paul, C., Jones, A., Bisquera, A., & Regan, T. (2014). Smoky homes: Gender, socioeconomic and housing disparities in second hand tobacco smoke (SHS) exposure in a large population-based Australian cohort. *Preventive Medicine*, *60*, 95–101. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2013.12.024>
- Brown, J., Kotz, D., Michie, S., Stapleton, J., Walmsley, M., & West, R. (2014). How effective and cost-effective was the national mass media smoking cessation campaign “Stoptober”? *Drug and Alcohol Dependence*, *135*(1), 52–58. <https://doi.org/10.1016/j.drugaldep.2013.11.003>
- Brown, J., Michie, S., Geraghty, A. W. A., Yardley, L., Gardner, B., Shahab, L., Stapleton, J. A., & West, R. (2014). Internet-based intervention for smoking cessation (StopAdvisor) in people with low and high socioeconomic status: A randomised controlled trial. *The Lancet Respiratory Medicine*, *2*(12), 997–1006. [https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(14\)70195-X](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(14)70195-X)
- Brown, T. J., Hardeman, W., Bauld, L., Holland, R., Maskrey, V., Naughton, F., Orton, S., Ussher, M., & Notley, C. (2019). A systematic review of behaviour change techniques within interventions to prevent return to smoking postpartum. *Addictive Behaviors*, *92*, 236–243. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2018.12.031>
- Bryant, J., Bonevski, B., Paul, C., O’Brien, J., & Oakes, W. (2010). Delivering smoking cessation support to disadvantaged groups: A qualitative study of the potential of community welfare organizations. *Health Education Research*, *25*(6), 979–990. <https://doi.org/10.1093/her/cyq051>
- Bryant, J., Bonevski, B., Paul, C., O’Brien, J., & Oakes, W. (2011). Developing cessation interventions for the social and community service setting: A qualitative study of barriers to quitting among disadvantaged Australian smokers. *BMC Public Health*, *11*(493). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-493>
- Buczowski, K., Marcinowicz, L., Czachowski, S., & Piszczek, E. (2014). Motivations toward smoking cessation, reasons for relapse, and modes of quitting: results from a qualitative study among former and current smokers. *Patient Preference and Adherence*, *8*, 1353–1363.

- <https://doi.org/10.2147/PPA.S67767>
- Chavannes, N. H., Meijer, E., Brandjes, L., Croes, E. A., Drenthen, T., van Essen, G., van de Graaf, R. C., Happel, B., Hoving, C., de Jonge, I., de Kleijn, M., Mulder, C., Pieterse, M. E., & van Spiegel, P. (2019). *Zorgstandaard Tabaksverslaving*. Partnership Stop met Roken.
- Christiansen, B. A., Brooks, M., Keller, P. A., Theobald, W. E., & Fiore, M. C. (2010). Closing Tobacco-Related Disparities. Using Community Organizations to Increase Consumer Demand. *American Journal of Preventive Medicine*, 38(3 SUPPL. 1), S397–S402. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2009.11.015>
- Evans, S. D., Sheffers, C. E., Bickel, W. K., Cottoms, N., Olson, M., Panissidi Piti, L., Austin, T., & Stayna, H. (2015). The Process of Adapting the Evidence-Based Treatment for Tobacco Dependence for Smokers of Lower Socioeconomic Status. *Journal of Addiction Research & Therapy*, 6(1). <https://doi.org/10.4172/2155-6105.1000219>
- FNO. (2020). *Gezonde Toekomst Dichterbij - Resultaten*.
- Ford, P., Clifford, A., Gussy, K., & Gartner, C. (2013). A systematic review of peer-support programs for smoking cessation in disadvantaged groups. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 10(11), 5507–5522. <https://doi.org/10.3390/ijerph10115507>
- Haas, J. S., Jeffrey, A. L., Elyse, R. P., Irina, G., Nancy, A. R., Elissa, V. K., Emily, Z. K., Alan, M. Z., Phyllis, B., Lucasc, X. M., Stella, S. H., Eric, W. F., & David, R. W. (2015). Proactive tobacco cessation outreach to smokers of low socioeconomic status a randomized clinical trial. *JAMA Internal Medicine*, 175(2), 218–226. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2014.6674>
- Hamilton, F. L., Lavery, A. A., Huckvale, K., Car, J., Majeed, A., & Millett, C. (2016). Financial incentives and inequalities in smoking cessation interventions in primary care: Before-and-after study. *Nicotine and Tobacco Research*, 18(3), 341–350. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntv107>
- Henderson, H. J., Memon, A., Lawson, K., Jacobs, B., & Koutsogeorgou, E. (2011). What factors are important in smoking cessation amongst deprived communities? A qualitative study. *Health Education Journal*, 70(1), 84–91. <https://doi.org/10.1177/0017896910373170>
- Hiscock, R., Bauld, L., Amos, A., Fidler, J. A., & Munafò, M. (2012). Socioeconomic status and smoking: A review. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1248(1), 107–123. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2011.06202.x>
- Hiscock, R., Murray, S., Brose, L. S., McEwen, A., Bee, J. L., Dobbie, F., & Bauld, L. (2013). Behavioural therapy for smoking cessation: The effectiveness of different intervention types for disadvantaged and affluent smokers. *Addictive Behaviors*, 38(11), 2787–2796. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2013.07.010>
- Hoving, C., De Ruijter, D., Mergelsberg, E., Crone, M., & Smit, E. S. (2020). *Goed, Beter BEST: Een systematische inventarisatie van werkzame elementen in stoppen-met-roken interventies in de eerstelijns gezondheidszorg*. Maastricht University.
- Kleinjan, M., Bommelé, J., Verdurmen, J., & van Laar, M. (2016). *Het bespreken van (stoppen met) roken door de huisarts en andere zorgverleners (tandartsen, medisch specialisten en verloskundigen)*. Trimbos-instituut.
- Kock, L., Brown, J., Hiscock, R., Tattan-Birch, H., Smith, C., & Shahab, L. (2019). Individual-level behavioural smoking cessation interventions tailored for disadvantaged socioeconomic position: a systematic review and meta-regression. *Lancet Public Health*, 4(12), e628–e644. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(19\)30220-8](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(19)30220-8)
- Livingstone-Banks, J., Norris, E., Hartmann-Boyce, J., West, R., Jarvis, M., Hajek, P., Livingstone-Banks, J., Norris, E., Hartmann-Boyce, J., West, R., Jarvis, M., Chubb, E., & Hajek, P. (2019). Relapse prevention interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 10. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003999.pub6>
- Meijer, E., & Chavannes, N. H. (2020). Lacking willpower? A latent class analysis of healthcare providers' perceptions of smokers' responsibility for smoking. *Patient Education and Counseling*. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2020.08.027>
- Meijer, E., Van Der Kleij, R. M. J. J., & Chavannes, N. H. (2019). Facilitating smoking cessation in patients who smoke: A large-scale cross-sectional comparison of fourteen groups of healthcare providers. *BMC Health Services Research*, 19(1), 1–16. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4527-x>
- Michie, S., Brown, J., Geraghty, A. W. A., Miller, S., Yardley, L., Gardner, B., Shahab, L., McEwen, A., Stapleton, J. A., & West, R. (2012). Development of StopAdvisor: A theory-based interactive internet-based smoking cessation intervention. *Translational Behavioral Medicine*, 2(3), 263–275. <https://doi.org/10.1007/s13142-012-0135-6>
- Mundt, M. P., Baker, T. B., Fraser, D. L., Smith, S. S., Piper, M. E., & Fiore, M. C. (2019). Paying Low-Income Smokers to Quit? The Cost-Effectiveness of Incentivizing Tobacco Quit Line

- Engagement for Medicaid Recipients Who Smoke. *Value in Health*, 22(2), 177–184. <https://doi.org/10.1016/j.jval.2018.08.001>
- Nagelhout, G. E., De Korte-De Boer, D., Kunst, A. E., Van Der Meer, R. M., De Vries, H., Van Gelder, B. M., & Willemsen, M. C. (2012). Trends in socioeconomic inequalities in smoking prevalence, consumption, initiation, and cessation between 2001 and 2008 in the Netherlands. Findings from a national population survey. *BMC Public Health*, 12(303). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-303>
- Nagelhout, G. E., Hogeling, L., Spruijt, R., Postma, N., & de Vries, H. (2017). Barriers and facilitators for health behavior change among adults from multi-problem households: A qualitative study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(10), 1–17. <https://doi.org/10.3390/ijerph14101229>
- Notley, C., Gentry, S., Livingstone-Banks, J., Bauld, L., Perera, R., & Hartmann-Boyce, J. (2019). Incentives for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004307.pub6>
- Pateman, K., Ford, P., Fitzgerald, L., Mutch, A., Yuke, K., Bonevski, B., & Gartner, C. (2016). Stuck in the catch 22: attitudes towards smoking cessation among populations vulnerable to social disadvantage. *Addiction*, 111(6), 1048–1056.
- Pharos. (2018). *Inwoners met een lage SES aan het woord over roken*.
- Prinsen, B., Steinbuch-Linstra, I., & Krähe, A. J. (2015). Investeren in opvoeden en opgroeien loont! *JGZ Tijdschrift Voor Jeugdgezondheidszorg*, 47(1), 6–9. <https://doi.org/10.1007/s12452-015-0003-0>
- Roddy, E., Antoniack, M., Britton, J., Molyneux, A., & Lewis, S. (2006). Barriers and motivators to gaining access to smoking cessation services amongst deprived smokers - A qualitative study. *BMC Health Services Research*, 6(147). <https://doi.org/10.1186/1472-6963-6-147>
- Rookvrije Start. (2019). *CO-meter: een motiverend hulpmiddel voor zwangere vrouwen om te stoppen met roken*. Trimbos-instituut.
- Secker-Walker, R. H., Flynn, B. S., Solomon, L. J., Skelly, J. M., Dorwaldt, A. L., & Ashikaga, T. (2000). Helping women quit smoking: Results of a community intervention program. *American Journal of Public Health*, 90(6), 940–946. <https://doi.org/10.2105/AJPH.90.6.940>
- Sheffer, C. E., Bickel, W. K., Franck, C. T., Panissidi, L., Pittman, J. C., Stayna, H., & Evans, S. (2017). Improving tobacco dependence treatment outcomes for smokers of lower socioeconomic status: A randomized clinical trial. *Drug and Alcohol Dependence*, 181, 177–185. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2017.09.015>
- Siahpush, M., McNeill, A., Borland, R., & Fong, G. T. (2006). Socioeconomic variations in nicotine dependence, self-efficacy, and intention to quit across four countries: Findings from the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. *Tobacco Control*, 15(SUPPL. 3), 71–75. <https://doi.org/10.1136/tc.2004.008763>
- Smith, C. E., Hill, S. E., & Amos, A. (2020). Impact of specialist and primary care stop smoking support on socio-economic inequalities in cessation in the United Kingdom: a systematic review and national equity initial review. *Addiction*, 115(1), 34–46. <https://doi.org/10.1111/add.14760>
- Smith, C., Hill, S., & Amos, A. (2018). *Stop Smoking Inequalities: A systematic review of socioeconomic inequalities in experiences of smoking cessation interventions in the UK*. Cancer Research UK.
- Smith, P., Poole, R., Mann, M., Nelson, A., Moore, G., & Brain, K. (2019). Systematic review of behavioural smoking cessation interventions for older smokers from deprived backgrounds. *BMJ Open*, 9(11), 1–10. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-032727>
- Springvloet, L., Kuipers, M. A. G., & Van Laar, M. (2017). *Effecten van stoppen-met-roken ondersteuning onder rokers met een lage sociaaleconomische status*. Trimbos-instituut.
- Tagai, E. K., Miller, S. M., Belfiglio, A., Xu, J., Wen, K. Y., & Hernandez, E. (2020). Persistent Barriers to Smoking Cessation Among Urban, Underserved Women: A Feasibility Study of Tailored Barriers Text Messages. *Maternal and Child Health Journal*, 24(10), 1308–1317. <https://doi.org/10.1007/s10995-020-02963-x>
- Trimbos-instituut, & WODC. (2019). *Nationale Drug Monitor*. Utrecht: Trimbos-instituut & WODC: Den Haag.
- 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), e006414. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-006414>
- Twyman, L., Bonevski, B., Paul, C., Bryant, J., West, R., Siahpush, M., D'este, C., Oldmeadow, C., & Palazzi, K. (2018). What factors are associated with abstinence amongst socioeconomically disadvantaged smokers? A cross-sectional survey of use of cessation aids and quitting

- approach. *Drug and Alcohol Review*, 37(2), 170–179. <https://doi.org/10.1111/dar.12561>
- van den Brand, F. A., Nagelhout, G. E., Winkens, B., Chavannes, N. H., Schayck, O. C. P., & Evers, S. M. A. A. (2020). Cost-effectiveness and cost-utility analysis of a work-place smoking cessation intervention with and without financial incentives. *Addiction*, 115(3), 534–545. <https://doi.org/10.1111/add.14861>
- van den Brand, F. A., Nagelhout, G. E., Winkens, B., Chavannes, N. H., & van Schayck, O. C. P. (2018). Effect of a workplace-based group training programme combined with financial incentives on smoking cessation: a cluster-randomised controlled trial. *Lancet Public Health*, 3(11), e536–e544. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(18\)30185-3](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(18)30185-3)
- van Wijk, E. C., Landais, L. L., & Harting, J. (2019). Understanding the multitude of barriers that prevent smokers in lower socioeconomic groups from accessing smoking cessation support: A literature review. *Preventive Medicine*, 123, 143–151. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2019.03.029>
- Vidrine, D. J., Frank-Pearce, S. G., Vidrine, J. I., Tahay, P. D., Marani, S. K., Chen, S., Yuan, Y., Cantor, S. B., & Prokhorov, A. V. (2019). Efficacy of Mobile Phone-Delivered Smoking Cessation Interventions for Socioeconomically Disadvantaged Individuals: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Internal Medicine*, 179(2), 167–174. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2018.5713>
- World Health Organization. (2020). *Tobacco*.

Bijlage 1 - Groslijst 50 veelbelovende interventies

Interventies	Bron interventie
Rookvrij! Ook jij?	vragenlijst (n=5); RIVM database
Voel je vrij Doorlopende groepstraining	vragenlijst (n=4); RIVM database
Voel je vrij (GGZ)	vragenlijst (n=1); RIVM database
Blijf je vrij voelen Follow up	vragenlijst (n=1)
Pakje Kans	vragenlijst (n=1)
PERSIST - Personalised Incentives for Supporting Smoking Cessation	vragenlijst (n=1)
CATCH / Samen Sterker Stoppen	vragenlijst (n=1); NNvT
Rookvrij vitaal leven	vragenlijst (n=1)
PROMISE	vragenlijst (n=1); NNvT; FNO-project Gezonde Toekomst Dichterbij
SAFER pregnancy study	vragenlijst (n=3); NNvT; FNO-project Gezonde Toekomst Dichterbij
Rookvrij! Ook jij? (voor zwangeren)	vragenlijst (n=1)
Voel je vrij Doorlopende groepstraining (a.s. jonge ouders/zwangere vrouwen)	vragenlijst (n=1)
Together we'll quit smoking	NNvT
Voorzorg (Verder)	FNO-project Gezonde Toekomst Dichterbij
Samen met Eva / Stress en Rookvrije zwangerschap	NNvT; FNO-project Gezonde Toekomst Dichterbij
Applied gaming voor een rookvrije generatie	FNO-project Gezonde Toekomst Dichterbij
Stoptober	vragenlijst (n=1)
Stopcoach	vragenlijst (n=4)
Steun bij Stoppen (1.0)	vragenlijst (n=1); RIVM database
Steun bij Stoppen (2.0)	vragenlijst (n=1); RIVM database
WeQuit	vragenlijst (n=1)
Stopstone	RIVM database
Jellinek Online Zelfhulp	RIVM database
Persoonlijk Advies bij het Stoppen met roken	vragenlijst (n=1)
Wijkchallenge Samen Stoppen met Roken	vragenlijst (n=1); NNvT; FNO-project Gezonde Toekomst Dichterbij
Rookvrij Haarlem Oost	vragenlijst (n=2); FNO-project Gezonde Toekomst Dichterbij
Zoetermeer Samen sterk en gezond	FNO-project Gezonde Toekomst Dichterbij
Growpad	vragenlijst (n=1)
Grip en Gezondheid	FNO-project Gezonde Toekomst Dichterbij
Stop-poli Beverwijk	vragenlijst (n=1)
Stop-poli Ikazia	vragenlijst (n=1)
Stop-poli Ede	vragenlijst (n=1)
Begeleiding bij Wilhelmina ZKH Assen	vragenlijst (n=1)
RookVrijHart	RIVM database

Aesculaap Medische Assistentie	vragenlijst (n=1)
Rookvrije Ouders	NNvT; vragenlijst (n=1)
Wat vind ik van mijn roken	RIVM database
stoppen-met-roken begeleiding thuis	vragenlijst (n=1)
Rokenstopt.nl	vragenlijst (n=1)
Samen Slagen	RIVM database
Educatieprogramma VMBO scholen	vragenlijst (n=1)
CRA stoppen met roken training	vragenlijst (n=1)
Minnesota Jellinek 12 stappen stoppen met roken groepen	vragenlijst (n=1)
Jellinek ACT	vragenlijst (n=1)
Een gezonde omgeving voor kinderen met ouders met een lvb	FNO-project Gezonde Toekomst Dichterbij
Leren rookvrij leven	vragenlijst (n=1)
Nieuwe technieken stoppen met roken	vragenlijst (n=1)
MindCotine	vragenlijst (n=1)
Sessies over identiteit als niet roker	vragenlijst (n=1)
Ik stop ermee	vragenlijst (n=1)

Bijlage 2 - Topiclijst interviews

Achtergrond geïnterviewde

- Wat is uw opleiding en functie?
- Bij welke organisatie bent u werkzaam?
- Wat zijn - in het kort - uw ervaringen met stoppen met roken interventies, aanbod of zorg?

Interventie algemeen

- Bij welke interventie bent u betrokken?
- Hoe verhoudt u zich tot deze interventie? Bent u (mede)ontwikkelaar, eigenaar, onderzoeker, en/of anders?
- Is de interventie compleet beschreven in onze beschrijving? Heeft u aanvullingen of zijn er dingen die niet kloppen? Missen er (belangrijke) referenties of onderzoek?
- Wat is de doelgroep van de interventie? Is de interventie speciaal ontwikkeld voor mensen met lagere sociaaleconomische positie (SEP)?
- In welke context of setting wordt (of werd) de interventie aangeboden?
- Hoe is de ontwikkeling van de interventie – in het kort - verlopen? Is de interventie in samenwerking met de doelgroep ontwikkeld?

Werkzame elementen voor de doelgroep met lagere SEP

- Wat zijn volgens u de belangrijkste of cruciale elementen van de interventie voor de doelgroep met lagere SEP? Waarom zijn deze belangrijk?
- Welke elementen van de interventie dragen bij aan het bereiken van mensen met een lagere SEP? Wat droeg er aan bij dat mensen (met plezier) (bleven) deelnemen?
- Welke elementen van de interventie dragen bij aan ondernomen stoppogingen door mensen met een lagere SEP (al dan niet succesvol)?
 - Welke elementen van de interventie dragen bij aan succesvolle stoppogingen door mensen met lagere SEP?
 - Wat is het allerbelangrijkste werkzame element van de interventie? Of gaat het juist om een combinatie van verschillende werkzame elementen?
 - Heeft volgens u een follow up moment meerwaarde voor de doelgroep? Waarom wel/niet?
 - Wat is uw advies voor anderen voor het succesvol bereiken of ondersteunen van mensen met lagere SEP om te stoppen met roken? Waar moeten interventie-ontwikkelaars (vooral) rekening mee houden? Wat moeten zij wel en juist niet doen?
 - Wat zijn minder succesvolle elementen van de interventie voor de doelgroep met lagere SEP? Waarom zijn deze minder succesvol?

38

Implementatie

- Wordt de interventie op dit moment nog aangeboden? Zo nee, waarom niet? Zo ja, kunt u – in het kort – beschrijven op welke schaal?
- Wat zijn bevorderende factoren voor (brede) implementatie van de interventie? Wat is de belangrijkste? En voor implementatie van de werkzame elementen voor lagere SEP?
- Wat zijn belemmerende factoren voor (brede) implementatie van de interventie? Wat is de belangrijkste? En voor de implementatie van de werkzame elementen voor lagere SEP?

Overig

- Wie moeten we nog meer interviewen over deze interventie?
- Heeft u nog overige opmerkingen of aanvullingen?

Bijlage 3 - Uitgebreide interventie-beschrijvingen

Rookstoppoli in het Rode Kruis Ziekenhuis in Beverwijk

Doelgroep:

Alle mensen die willen stoppen met roken. Maar de rookstoppoli zit in een gebied waar relatief veel met mensen met een lagere sociaaleconomische positie wonen.

Interventie en setting:

Groepsbegeleiding en individuele begeleiding bij het stoppen met roken door een rookstopcoach in het ziekenhuis.

Ontwikkeling:

Het begon tijdens het spreekuur van longartsen Wanda de Kanter en Pauline Dekker die er tegenaan liepen dat 85% van hun patiënten aan roken gerelateerde klachten heeft, waardoor ze steeds tegen hetzelfde aan liepen/ aan het uitleggen waren en besloten dit op papier te zetten. Van daaruit is het boek 'Nederland stopt! Met roken' ontstaan. De patiëntengroep is steeds betrokken tijdens het schrijven van het boek om te kijken of het begrijpelijk is. Inmiddels staat er ook een linkje op de website van het ziekenhuis naar een luisterboek, voor wie lezen lastig is. Na het verschijnen van het boek is er een stoppen-stappenplan, een groepsaanbod en individuele begeleiding bij het stoppen met roken ontwikkeld, dat inmiddels aangeboden wordt door rookstopcoaches.

Successen:

De rookstoppoli in Beverwijk krijgt zo'n 400 inschrijvingen per jaar. Stopsucces na een jaar van de groepsbegeleiding is 41% (Benson et al., 2016) tot 50% (<https://www.rkz.nl/longgeneeskunde/>). Stopsucces van de eerste bron is zelfgerapporteerde continue abstinentie, bij de tweede bron is de methode niet bekend.

39

Steeds meer huisartsenpraktijken en ziekenhuizen die deze methode of elementen eruit ook gaan gebruiken.

Werving:

Er worden informatieavonden met vrije toegang georganiseerd in het ziekenhuis en dat wordt in de krant gezet en in het blaadje van het ziekenhuis. Verder is er veel mond-tot-mondreclame van de mensen die via de rookstoppoli gestopt zijn met roken. Ook zijn er korte lijntjes met huisartsenpraktijken, verloskundigen en specialisten die patiënten doorverwijzen. De rookstoppoli staat erg goed bekend in de regio.

Stoppen-met-rokenondersteuning en werkzame elementen:

Tijdens de intake bespreekt de rookstopcoach samen met de deelnemer het rookgedrag van de persoon en de wens om te stoppen. De rookstopcoach zet hierbij Motivational Interviewing in. Veel deelnemers waarderen dit eerste gesprek, het geeft ze verheldering en bewustwording. Na de intake gaan deelnemers de stoppoging voorbereiden. Ze lezen het boek 'Nederland stopt! Met roken' of luisteren naar het luisterboek en ze vullen het stoppen-stappenplan in. Het boek verhoogt de motivatie om te stoppen, bijvoorbeeld ook via ervaringsverhalen die erin staan. En het geeft inzicht in de verslaving. Het stoppen-stappenplan laat deelnemers zien wat hun uitgangspositie is, maakt onbewuste patronen bewust en laat deelnemers een eigen plan maken voor hun stoppoging. Het stoppen-stappenplan is echt wat die persoon wil, niemand krijgt iets opgelegd. Zodra iemand een plan heeft en een stopdatum heeft bepaald, wordt de deelnemer doorverwezen naar de longarts voor een longfunctietest en voor iedereen met 20 pakjaren¹ of meer een longfoto.

Tijdens de begeleiding gebruiken de rookstopcoaches informatiemateriaal met plaatjes. Bijvoorbeeld een grafiek met een nicotinespiegel om te zien hoe trek en ontwenning werkt. Dit zijn dezelfde plaatjes

¹ Pakjaren: het aantal jaren dat iemand gerookt heeft, maal het aantal pakjes per dag. Dus 20 jaar lang 1 pakje per dag is 20 pakjaren.

die ook terugkomen in het boek. De mensen die gebruik maken van het luisterboek kunnen dat wat ze gehoord hebben aan de hand van het plaatje nog wat beter begrijpen.

Er is individuele en groepsbegeleiding. Bij de groepsbegeleiding blijkt het slagingspercentage hoger te zijn, dus daar wordt op aangestuurd. Het is een 'rollende groep', waarbij mensen instromen op het moment dat ze twee weken gestopt zijn en na een jaar weer uitstromen. De groepsbegeleiding is laagdrempelig, mensen vinden bij elkaar herkenning en kunnen elkaar heel goed tips geven. Mensen mogen alleen in de groep als ze minimaal twee weken gestopt zijn, dus het is een positieve bevestiging van dat je goed bezig bent. Hebben ze problemen, gaat het niet zo goed of hebben ze een terugval dan gaan ze weer even uit de groep tot het weer goed gaat, en stromen daarna weer in. De begeleiding duurt een jaar met twee of drie individuele sessies en ongeveer zeven groepssessies. Hoe vaak iemand daadwerkelijk een sessie krijgt, is maatwerk. Iemand die langer nodig heeft voor de voorbereiding, krijgt die tijd ook.

De rookstopcoach moet begripvol zijn, niet veroordelen, wezenlijke empathie hebben. De coach moet het plan bij de persoon zelf laten, die aan het denken zetten en oplossingen laten bedenken en niet iets opleggen. Bij mensen met een lagere sociaaleconomische positie is het belangrijk dat de coach blijft checken of ze alles begrepen hebben, zonder dit controlerend te vragen. Een gesprek met de rookstopcoach is laagdrempelig. Sinds mensen het eerste gesprek met de rookstopcoach hebben in plaats van de longarts, is het aantal inschrijvingen toegenomen. De coaches zijn altijd bereikbaar via de BeterDichtbij-app. Als mensen ergens tegenaan lopen hoeven ze niet eerst te bellen en een afspraak te maken, maar ze zetten hun vraag op de app en de coaches pakken het op. Bij de rookstoppoli in Beverwijk willen ze stoppen met roken ook leuk maken. Ze maken bijvoorbeeld gebruik van motivatiekaartjes. Een deelnemer vertelt tijdens het eerste gesprek wat zijn/haar redenen zijn om te stoppen met roken. Deze redenen laten ze als 'word cloud' drukken op een klein kaartje. Dit kaartje krijgen ze tijdens het tweede gesprek en kunnen ze daarna bij zich dragen. Verder krijgen mensen als ze een jaar gestopt zijn met roken een beloning, namelijk een speldje met een symbolische V van vrijheid. Dit krijgen deelnemers heel officieel uitgereikt in de groep.

40

Nazorg:

De begeleiding duurt in totaal een jaar, waardoor er veel ruimte is voor nazorg.

Hulp bij onderliggende problemen:

Andere hulp dan het stoppen met roken wordt niet door rookstopcoaches geboden, maar soms verwijzen ze deelnemers wel door voor andere problemen, bijvoorbeeld naar de huisarts.

Implementatie:

De rookstoppoli in het Rode Kruis Ziekenhuis bestaat al jaren, maar elk jaar moet er wel weer geknokt worden voor contracten met zorgverzekeraars.

De verspreiding van de interventie gaat steeds beter lopen. Steeds meer huisartsenpraktijken en ziekenhuizen gaan deze methode of elementen eruit gebruiken. Dit komt bijvoorbeeld door de bekendheid van longartsen Pauline Dekker en Wanda de Kanter (die het boek hebben geschreven) en door lezingen en scholingen door de rookstopcoaches bij beroepsgroepen en zorgcentra.

Bronnen:

- Interview met rookstopcoach.
- Email-contact met andere rookstopcoach.
- <https://www.rkz.nl/longgeneeskunde/>
- Rookstoppoli RKZ. StoppenStappenplan.
- Dekker, P. & De Kanter, W. (2008). Nederland stopt! met roken. Amsterdam: Thoeis.
- Benson, F. E., Nierkens, V., Stronks, K., Willemsen, M. C. (2016). Effects of different types of smoking cessation behavioral therapy in disadvantaged areas in the Netherlands: An observational study. Tobacco Prevention & Cessation, 2, 14.

CATCH / Samen Sterker Stoppen

Doelgroep:

Alle werknemers die willen stoppen met roken, maar wel met als doel om vooral lager opgeleide werknemers te bereiken.

Interventie en setting:

Een groepstraining stoppen met roken op de werkplek waarbij succesvol stoppen met roken wordt beloofd met cadeaubonnen.

Ontwikkeling:

De interventie is een combinatie van een al bestaande groepstraining (Rookvrij! Ook jij?) en het geven van beloningen voor stopsucces. Onderzoekers van de Universiteit Maastricht hebben deze combinatie en het beloningsschema bedacht (zonder samenwerking met de doelgroep) en een gerandomiseerd onderzoek uitgevoerd (het CATCH-onderzoek). De interventie wordt nu doorontwikkeld voor toepassing en implementatie in de praktijk door de Universiteit Maastricht en Onderzoeksinstituut IVO (het onderzoek Samen Sterker Stoppen). Hierbij denkt een brede stakeholdersgroep mee, inclusief enkele mensen uit de doelgroep.

Successen:

De interventie blijkt zeer effectief in het verhogen van het stopsucces van een groepstraining. In de interventiegroep was 41% succesvol gestopt na 12 maanden en in de controlegroep (groepstraining zonder beloning) 26%. Stopsucces is hier biochemisch gevalideerde continue abstinentie. Er is veel in de media verschenen over dit onderzoek en er zijn veel wetenschappelijke publicaties over verschenen.

41

Werving:

Binnen bedrijven verschilt het hoe de werving gaat, dat beslissen werkgevers zelf. Er wordt vaak een informatiebijeenkomst voor werknemers georganiseerd, wat goed kan werken. Maar vaak wordt hier alleen voor geworven met een berichtje op intranet en een poster. Bij een passieve werving (intranet, poster, email) worden vooral medewerkers met een hoger opleidingsniveau bereikt.

Als rokers persoonlijk en actief worden uitgenodigd door hun baas of door een collega, motiveert dit hen om mee te gaan doen. Hoe meer er wordt gedaan door de werkgever, hoe succesvoller de werving. Een knelpunt is soms ook het bereiken van werknemers die geen e-mailadres hebben en niet op intranet kijken, bijvoorbeeld degenen die in een fabriekshal werken.

Stoppen-met-rokenondersteuning en werkzame elementen:

De stoppen-met-rokenondersteuning bestaat uit een bestaande groepstraining. Voor meer informatie over deze groepstraining: zie de interventiebeschrijving van 'Rookvrij! Ook jij?' (pagina 60).

De groepstrainingen stoppen met roken worden georganiseerd op het werk. Dit maakt het makkelijk voor werknemers om mee te doen. De interventie wordt als het ware naar ze toe gebracht op de werkplek. Werknemers waarderen een groepstraining tijdens werktijd op een locatie waar ze toch al zijn. Ze vinden het stimulerend dat hun werkgever de groepstraining aanbiedt en zien dit als een kans. De groep collega's die meedoen aan de training geeft groepsdruk en sociale steun. In de groep worden ervaringen uitgewisseld en steunt men elkaar. Het niet willen afgaan voor je collega's en het publiekelijk blazen op de CO-meter is een reden voor mensen om niet weer te gaan roken.

In het gerandomiseerde onderzoek kregen deelnemers in de interventiegroep in totaal €350 als het ze lukte om succesvol te stoppen met roken, waarbij het grootste bedrag (€200) werd uitgekeerd na 12 maanden niet roken. Deze beloningen verhoogde het stopsucces van de groepstraining via het verhogen van de eigen effectiviteit en het verhogen van het gebruik van stoppen-met-rokenmedicatie. Deelnemers hadden zelf vaak niet door dat de beloningen werkten en noemden het bijvoorbeeld 'een leuk extraatje' maar niet de reden dat ze stopten met roken. De kleine groep die wel de beloning als extra stimulans zag, viel in de lagere inkomens categorie. De stopcijfers van deze groep leken ook hoger, maar er was onvoldoende power om dit statistisch aan te tonen. Beloningen werken in ieder geval op z'n minst even goed bij mensen met lagere opleiding en inkomen. Kanttekening daarbij is dat

de digitale cadeaubonnen soms lastig waren voor mensen met minder computervaardigheden. Voor mensen die hier moeite mee hadden, werden cadeaubonnen op papier geregeld.

Nazorg:

Na het stopmoment zijn er nog vier bijeenkomsten die de nazorg vormen van de groepstraining. Verder zijn er nog de beloningen: €50 na afloop van de training (na vier weken stoppen), €50 na drie maanden, €50 na zes maanden en €200 na twaalf maanden. Degenen die het niet lukten om te stoppen gaven aan dat zij langere begeleiding nodig hadden gehad. Volgens de onderzoeker zou langere nazorg beter zijn.

Hulp bij onderliggende problemen:

Geen.

Implementatie:

In het gerandomiseerde onderzoek werden de bedrijven actief geworven om mee te doen en werden de beloningen betaald door de subsidiegever van het onderzoek. Inmiddels is de implementatiefase aangebroken. Bedrijven die nu een groepstraining aanvragen, krijgen informatie over de mogelijkheid om stopsucces te belonen en moeten deze beloningen dan zelf betalen. Werkgevers worden doorverwezen naar een website die is ontwikkeld door de Universiteit Maastricht en Onderzoeksinstituut IVO met input van een brede stakeholdersgroep, inclusief enkele mensen uit de doelgroep. De website richt zich op het stimuleren van het gebruik van beloningen en op het bereiken van meer mensen met een lagere sociaaleconomische positie. Momenteel wordt het belonen nog maar mondjesmaat toegepast door bedrijven, maar de website en implementatiestrategie worden nog verder doorontwikkeld en geëvalueerd om dit meer te stimuleren. Om implementatie te bevorderen is het in ieder geval van belang dat werkgevers weten hoe zij werknemers (persoonlijk) kunnen werven en dat zij ervan overtuigd worden dat het belonen van rokende werknemers niet oneerlijk wordt gevonden of tot jaloezie leidt bij andere werknemers.

42

Bronnen:

- Interview met onderzoeker.
- <https://www.samensterkerstoppen.nl/>
- Van den Brand, F. A., Nagelhout, G. E., Winkens, B., Evers, S. M. A. A., Kotz, D., Chavannes, N. H., & Van Schayck, C. P. (2016). The effect of financial incentives on top of behavioral support on quit rates in tobacco smoking employees: Study protocol of a cluster-randomized trial. *BMC Public Health*, 16, 1056.
- Van den Brand, F. A., Nagelhout, G. E., Winkens, B., Chavannes, N. H., & Van Schayck, O. C. P. (2018). Effect of a workplace-based group training programme combined with financial incentives on smoking cessation: A cluster-randomised controlled trial. *The Lancet Public Health*, 3, e536-e544.
- Van den Brand, F. A., Dohmen, L. M. E., Van Schayck, O. C. P., & Nagelhout, G. E. (2018). 'Secretly, it's a competition': a qualitative study investigating what helped employees quit smoking during a workplace smoking cessation group training programme with incentives. *BMJ Open*, 8, e023917.
- Van den Brand, F. A., Magnée, T., De Haan-Bouma, L., Barendregt, C., Chavannes, N. H., Van Schayck, O. C. P., & Nagelhout, G. E. (2019). Implementation of financial incentives for successful smoking cessation in real-life company settings: A qualitative needs assessment among employers. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16, 5135.
- Van den Brand, F. A., Candel, M. J. J. M., Nagelhout, G. E., Winkens, B., & Van Schayck, C. P. How financial incentives increase smoking cessation: A two-level path analysis. *Nicotine & Tobacco Research*. Published Online First: 29 January 2020.
- Nagelhout, G. E., Van den Brand, F. A., Magnée, T., Bouma, L., Barendregt, C., & Van Schayck, O. C. P. (2019). Implementation of financial incentives for successful smoking cessation in real-life company settings. Europe meeting of the Society for Research on Nicotine and Tobacco (SRNT), September 12-14 2019, Oslo, Norway.

PROMISE

Doelgroep:

De interventie heeft als doel om verloskundigen en gynaecologen te trainen in het bespreken van stoppen met roken. Daarnaast helpt het kraamzorg medewerkers en JGZ-professionals om het rookvrij blijven te bespreken. Deze zorgprofessionals richten zich vervolgens op rokende zwangere vrouwen die een laag opleidingsniveau hebben en/of laaggeletterd zijn.

Interventie en setting:

Training en materialen over stoppen met roken voor gebruik onder verloskundigen, gynaecologen, kraamzorg en de jeugdgezondheidszorg in drie pilot-regio's (Amsterdam Noord, Zaandam en Heerenveen).

Ontwikkeling:

De V-MIS training is de basis van PROMISE en is ongeveer 20 jaar geleden ontwikkeld en onderzocht door de Universiteit Maastricht. Het is een gespreksmodel met stappenplan voor het bespreken van stoppen met roken door verloskundigen. PROMISE is een aanvulling op de V-MIS die zich specifiek richt op stoppen-met-roken zorg voor laagopgeleiden en laaggeletterden. De interventie is ontwikkeld door het Longfonds, Pharos en het Trimbos-instituut. Voorafgaand aan de ontwikkeling van PROMISE zijn focusgroepen met zorgverleners en interviews met zwangere vrouwen uit de doelgroep uitgevoerd. De materialen zijn in concept voorgelegd aan de zwangere vrouwen en aangepast na hun feedback.

Successen:

Er zijn vanuit PROMISE 97 verloskundigen / gynaecologen, 33 kraamverzorgenden en 23 jeugdgezondheidszorg-professionals getraind.

43

Voorlopige resultaten laten zien dat PROMISE ervoor zorgt dat verloskundigen vaker en beter het stoppen met roken bespreken. Gegevens van de effectstudie zijn nog niet beschikbaar.

Werving:

De focus lag op het werven van praktijken in drie regio's, wat via het netwerk van het Trimbos-instituut is gegaan. Er was veel administratie nodig en zorgverleners hadden relatief weinig tijd, waardoor zij soms niet optimaal konden meedoen aan het onderzoeksproject. Binnen de geworven praktijken zijn via de verloskundigen ook zwangere vrouwen geworven om mee te doen aan het onderzoek. In dit deel van het onderzoek werd gekeken of het rookgedrag van de zwangere vrouwen veranderde tijdens de zwangerschap, na de bevalling en zodra het kindje een half jaar oud was. De verloskundige vroeg tijdens een consult of de vrouw mee wilde doen. Met de deelnemende vrouwen werkte contact via WhatsApp goed om ze bij het onderzoek te houden; via e-mail of telefoon was het vaak lastiger om deelnemers te bereiken.

Stoppen-met-rokenondersteuning en werkzame elementen:

Het PROMISE-pakket bestaat uit een training voor verloskundigen op basis van motiverende gespreksvoering met extra modules gericht op laaggeletterdheid, een CO-meter met bijbehorende gesprekskaart, beeldverhalen voor de zwangere vrouwen en toegang tot een lokale online sociale kaart die voor elke pilot-regio is gemaakt. De sociale kaart werd niet heel intensief gebruikt. De training voor verloskundigen en gynaecologen duurde vier uur en bevatte informatie over de schadelijkheid van roken, het herkennen en omgaan met laaggeletterdheid en het gebruik van de CO-meter. Ook oefenden de verloskundigen en gynaecologen met motiverende gespreksvoering. Medewerkers uit de kraamzorg en JGZ volgden een beknoptere training van twee uur. De CO-meter werkte goed om het gesprek te openen. Over de beeldverhalen was men ook positief, de visuele ondersteuning was fijn. Hoewel sommige zorgverleners eerst huiverig waren over de materialen omdat ze de materialen te eenvoudig vonden.

Nazorg:

Binnen PROMISE zijn ook professionals uit de kraamzorg en de jeugdgezondheidszorg getraind met het idee dat zij kunnen helpen bij het rookvrij blijven na de zwangerschap. Verder was één van de drie ontwikkelde beeldverhalen specifiek gericht op gestopt blijven na de zwangerschap, en is er een

overdrachtsdocument met informatie over rookstatus. Een knelpunt bij nazorg na een zwangerschap is dat de hele keten van zorg betrokken moet worden.

Hulp bij onderliggende problemen:

Geen.

Implementatie:

De elementen uit PROMISE zijn na het onderzoek geïntegreerd in het programma Rookvrije Start. Met een financiële impuls van FNO zijn er gratis beeldverhalen en CO-meters verspreid. Er zijn nu ook geanimeerde versies van de beeldverhalen ontwikkeld die worden verspreid via nieuwsbrieven aan zorgverleners en via de website van de Rookvrije Start (www.rokeninfo.nl/rookvrijestart). Ook is er een e-learning 'Begrijpelijk communiceren over stoppen met roken' ontwikkeld voor zorgverleners in de geboortezorg en JGZ. In korte filmpjes is te zien hoe de CO-meter en beeldverhalen ingezet kunnen worden bij (aanstaande) ouders met beperkte gezondheidsvaardigheden. Ook zien deelnemers direct waar ze beeldverhalen en een CO-meter kunnen bestellen. Een belemmering voor implementatie is dat zorgverleners nu moeten betalen voor de e-learning, de beeldverhalen en de CO-meter. Het grote netwerk van de Taskforce Rookvrije Start helpt bij de implementatie.

Bronnen:

- Duo-interview met onderzoeker en implementatie-expert.
- <https://www.longfonds.nl/over-longen/zorgverleners/rookvrij-zwanger>
- Bommelé, J., Springvloet, L., Abouri, N., Djyoadhiningrat-Hol, K., Van Laar, M., & Blankers, M. (2020). Stepped-wedge cluster randomised trial of a smoking cessation counselling training programme for midwives treating women with functional health illiteracy and low socioeconomic status (PROMISE): a study protocol. *Trials*, 21(1), 619.
- De Bruijn, A. (2019). Eindrapportage Programma Gezonde Toekomst Dichterbij: PROMISE.
- Keij, M., Abouri, N. (2017). Moeders vertellen over dilemma's rondom zwangerschap en roken: "Ik wist dat ik wilde stoppen en gewoon een goede moeder wilde zijn". Utrecht: Pharos.

VoorZorg

Doelgroep:

Jonge (aanstaande) moeders in risicovolle omstandigheden tot 25 jaar (zoals: laag opleidingsniveau, geen baan, geen steunend netwerk, roken of middelengebruik, huiselijk geweld en/of misbruik in het verleden of in de huidige partnerrelatie, armoede, huisvestingsproblemen).

Interventie en setting:

Een intensief en integraal verpleegkundig huisbezoekprogramma voor (aanstaande) jonge moeders, ingebed in de jeugdgezondheidszorg.

Ontwikkeling:

VoorZorg is de vertaling en aanpassing van het in Amerika ontwikkelde Nurse Family Partnership program (NFP). Dit programma is ontwikkeld aan de hand van drie theorieën: Bandura's Self Efficacy Theory, Bronfenbrenner's Ecologische Model, en Bowlby's hechtingstheorie. De interventie is door het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ) ontwikkeld in samenwerking met het Amsterdam UMC. De doelgroep is niet direct betrokken geweest bij de ontwikkeling.

Successen:

VoorZorg wordt nu in ongeveer een derde van de Nederlandse gemeentes ingezet en dat groeit gestaag.

De interventie blijkt effectief in het verlagen van het percentage rokende jonge moeders in Nederland. In de interventiegroep rookte 49% twee maanden na de geboorte in vergelijking met 62% in de controlegroep. De afname in het aantal gerookte sigaretten per dag was ook groter in de interventiegroep en de vrouwen in de interventiegroep rookten niet waar de baby bij was.

45

Uit Nederlands onderzoek blijkt dat over kinderen van moeders die VoorZorg hebben ontvangen 40% minder meldingen binnenkomen bij Veilig Thuis tijdens de zwangerschap en de eerste 3 levensjaren van het kind. Ook blijkt dat VoorZorg leidt tot een vermindering van huiselijk geweld, langer borstvoeding geven en beter in de maatschappij participeren. VoorZorg blijkt bovendien kosteneffectief.

Werving:

Jonge (aanstaande) moeders die in aanmerking komen worden via professionals aangemeld. Meestal via de verloskundige, ook wel door huisartsen en een enkeling via het Leger Des Heils of Streetcornerwork. Ongeveer de helft van de moeders die in aanmerking komt, krijgt het programma uiteindelijk.

Vrouwen die 'ja' zeggen zijn niet altijd thuis bij huisbezoeken. Soms kost het vele telefoontjes voordat er wat gebeurt. Vrouwen mogen ook contact opnemen met de verpleegkundige via WhatsApp. Dat werkt beter dan bellen, omdat het laagdrempeliger is.

Stoppen-met-rokenondersteuning en werkzame elementen:

Een ervaren verpleegkundige van een lokale jeugdgezondheidszorg-organisatie komt vanaf de zestiende week van de zwangerschap tot en met het tweede levensjaar van het kind op huisbezoek om brede ondersteuning te bieden op het gebied van gezondheid en veiligheid, omgaan met stress, persoonlijke ontwikkeling, opvoeding, relaties met partner en familie, en gebruik van gemeenschapsvoorzieningen en zorg. In totaal bestaat het programma uit zo'n 40-60 huisbezoeken. Gemiddeld komt de verpleegkundige twee keer per maand op bezoek. De frequentie van de huisbezoeken ligt het hoogst in de eerste maanden van het programma. Het ontwikkelen van een goede (vertrouwens)relatie tussen cliënt en verpleegkundige staat centraal.

Stoppen met roken wordt redelijk vroeg in het programma ter sprake gebracht. Het bespreekbaar maken en dat herhalen met dezelfde persoon tijdens de huisbezoeken is belangrijk. De VoorZorgverpleegkundige geeft voorlichting over de negatieve effecten van roken tijdens de zwangerschap en verwijst door. Een verloskundige zet de V-MIS (minimale interventie strategie) in. De verpleegkundigen geven de vrouw het vertrouwen dat ze het kan en dat zij en haar kind het waard zijn.

Er is vaak extra motivatie omdat de gedragsverandering (ook) voor het kind is. Een persoonlijke benadering werkt hier in combinatie met zelfbeschikking en regie voor de vrouw. Verpleegkundigen geven aan tijdens de huisbezoeken voldoende tijd en gelegenheid te hebben om stoppen met roken te bespreken.

Het oplossen van andere problemen of het werken aan persoonlijke ontwikkeling kan bijdragen aan succesvol stoppen met roken (bijvoorbeeld als men daardoor minder stress ervaart of meer zelfvertrouwen ontwikkelt). Tegelijkertijd is men soms juist te veel bezig met andere ellende om te kunnen stoppen met roken. De sociale omgeving is heel belangrijk; als anderen roken is het extra moeilijk om te stoppen. Door een persoonsgerichte aanpak wordt hier rekening mee gehouden.

Nazorg:

De interventie VoorZorg kent een nazorgperiode tot en met het tweede levensjaar van het kind. De interventie 'VoorZorg Verder' is in ontwikkeling en is een vervolg op VoorZorg. Dit programma richt zich op kwetsbare moeders van kinderen van 2 tot 6 jaar.

Hulp bij onderliggende problemen:

Het hoofddoel van VoorZorg is breed: het terugdringen van (het risico op) kindermishandeling bij kinderen van kwetsbare moeders om daarmee de ontwikkelings- en gezondheidskansen van de kinderen te vergroten. Hulp bij stoppen met roken is slechts één component van het programma.

Implementatie:

VoorZorg wordt nu in ongeveer een derde van de Nederlandse gemeentes ingezet en dat groeit gestaag. De interventie wordt gepromoot binnen het programma Kansrijke Start, maar gemeentes moeten hun eigen budget ervoor inzetten. Het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid doet verschillende dingen om de interventie te promoten bij gemeentes. Bijvoorbeeld een infographic op de website en inzicht in kostenbesparing door positieve uitkomsten. Er zijn ook ambassadeurs die met gemeentes in gesprek gaan.

46

Bronnen:

- Interview met onderzoeker.
- <https://interventies.loketgezondleven.nl/leefstijlinterventies/interventies-zoeken/1401047>
- <https://interventies.loketgezondleven.nl/leefstijlinterventies/interventies-zoeken/bijlage/21407/WerkbladVOORZORGNovember201520153.pdf>
- <https://www.zonmw.nl/nl/onderzoek-resultaten/jeugd/kindermishandeling/voorzorg/>
- <https://www.ncj.nl/voorzorg/>
- Derksen ME, Kunst AE, Jaspers MWM, Fransen MP. Barriers experienced by nurses providing smoking cessation support to disadvantaged, young women during and after pregnancy. *Health Soc Care Community*. 2019 Nov;27(6):1564-1573.
- Mejdoubi, J., Heijkant, S. van den, van Leerdam, F. et al. (2014). Effects of nurse home visitation on cigarette smoking, pregnancy outcomes and breastfeeding. A randomized controlled trial. *Midwifery*, 30, 6, 688-695.
- Mejdoubi, J., Heijkant, S. van den, Struijf, E., van Leerdam, F., HiraSing, R., Crijnen, A. (2011). Addressing risk factors for child abuse among high risk pregnant women: design of a randomized controlled trial of the nurse family partnership in Dutch preventive health care. *BMC public health* 11: 823.
- Mejdoubi, J., Heijkant, S. van den, van Leerdam, F. et al. (2013). Effect of nurse home visits vs usual care on reducing intimate partner violence in young high-risk pregnant women: a randomized controlled trial. *Plos One*.
- Mejdoubi, J., Heijkant, S. van den, Leerdam, F. van, Heymans, M., HiraSing, R.A., Crijnen, A. (2015). The effect of VoorZorg, the Dutch Nurse Family Partnership, on child maltreatment and development: a randomized controlled trial. *Plos One*.

Stopcoach

Doelgroep:

Mensen met een lagere sociaaleconomische positie die willen stoppen met roken.

Interventie en setting:

De Stopcoach is een applicatie voor de mobiele telefoon die mensen ondersteunt tijdens het stoppen met roken door middel van een virtuele coach. De app wordt ingezet in combinatie met persoonlijke begeleiding door een (zorg)professional (blended care). De app is wel gratis beschikbaar in de appstore en hij staat ook op ikstopnu.nl, waardoor mensen de app ook zonder persoonlijke begeleiding zouden kunnen gebruiken.

Ontwikkeling:

De Stopcoach is gebaseerd op de Engelse website StopAdvisor, die samen met mensen uit de doelgroep is ontwikkeld en effectief is gebleken. De Nederlandse versie is ontwikkeld door Pharos, LUMC en Trimbos-instituut, in samenwerking met StopAdvisor en met de doelgroep en taalambassadeurs. Tijdens de ontwikkelfase vonden gebruikerstesten plaats, gericht op het evalueren van gebruikersvriendelijkheid, begrijpelijkheid en toegankelijkheid.

Successen:

Zowel rokers als zorgprofessionals waren tevreden over de app. De deelnemende rokers vonden de app gemakkelijk te installeren en te gebruiken.

De implementatiepilot laat zien dat de Stopcoach een veelbelovende interventie is om rokers met een lagere SEP te helpen stoppen met roken. Binnenkort start een gerandomiseerd onderzoek om effecten te onderzoeken.

47

Werving:

De werving van deelnemers voor de pilot verliep moeizaam. Het bleek lastig om mensen op het 'juiste moment' te treffen, namelijk wanneer ze gemotiveerd zijn om te stoppen en daar passende begeleiding bij zoeken. Wat heel goed werkte is als deelnemers de app aan elkaar aanraden. Het sterkste punt is dat de app heel laagdrempelig is en gratis. Het "onboarding" is zo eenvoudig mogelijk gemaakt, bijvoorbeeld gekoppeld aan een mobiele nummer zodat mensen hun wachtwoord niet vergeten. Niet gekoppeld aan een e-mailadres omdat niet iedereen dat heeft.

Het vasthouden van deelnemers die alleen de app gebruikten bleek lastig, er was flinke uitval na het begin. Mensen die het gebruiken naast persoonlijke begeleiding blijven langer aangehaakt. In het project liep men aan tegen algemene barrières voor stoppen met roken in de zorg: zorgprofessionals maken het onderwerp niet bespreekbaar en de verwijzingsstructuur (voor zowel stoppen-met-roken specifiek als ondersteuning in het sociale domein) is niet altijd op orde.

Stoppen-met-rokenondersteuning en werkzame elementen:

In de Stopcoach zitten in grote lijnen dezelfde 'behavior change techniques' als in de (bewezen effectieve) StopAdvisor, en nog een aantal aanvullende. Voorbeelden hiervan zijn: informeren over de consequenties van (stoppen met) roken, doelen stellen, zelf-monitoring, motiveren en eigen-effectiviteit verhogen, feedback geven, belonen (complimenteren), en advies over medicatie, zoeken van (sociale) steun, en omgaan met stress.

De virtuele coaches in de app heten Bas en Suzanne, die zijn voorgelegd en gekozen samen met de doelgroep. Deelnemers kunnen kiezen welke coach zij willen en hun eigen stopdatum invullen. Gebruikers ontvangen acht weken lang informatie en berichten van hun virtuele coach. Ook houdt de app bij hoeveel dagen de deelnemers gestopt zijn, hoeveel sigaretten zij niet hebben gerookt en hoeveel geld daarmee is bespaard. De motiverende berichten door de coach werken heel goed en zijn motiverend voor deelnemers die het gevoel krijgen alsof iemand ze persoonlijk aanspreekt. Ook de praktische tips worden erg gewaardeerd. De app is heel visueel en biedt alleen kleine brokjes informatie aan. De app is overzichtelijk, niet te ingewikkeld en heeft een positieve toon (veel complimenten en steunend).

Wat verder belangrijk is, is dat mensen hun mobiele telefoon altijd bij zich hebben, dus dichtbij. En dat ze anoniem mee kunnen doen. Er wordt in de app verwezen naar de telefonische hulplijn van het Trimbos-instituut. De blended variant met persoonlijke begeleiding van een zorgprofessional erbij is waarschijnlijk het effectiefst. Een goede intake en een persoonsgerichte aanpak lijkt cruciaal voor het geven van de juiste begeleiding.

Het gebruik van de app was wel lastiger voor oudere rokers die minder bekend waren met het gebruik van een mobiele telefoon. Mogelijk werkt de app voor ouderen dus minder goed.

Nazorg:

Het grootste kritiekpunt van zowel de rokers als de professionals ging over de periode waarover de app (nieuwe) content heeft. Dit was acht weken, wat door veel participanten als te kort werd ervaren. Dat wordt nu verlengd naar twaalf weken. Volgens de geïnterviewde zou je de app eigenlijk een jaar moeten kunnen gebruiken, maar de kosten om dat verder te ontwikkelen zijn een barrière.

Hulp bij onderliggende problemen:

De app heeft aandacht voor de achterliggende problemen waar deze mensen vaak tegenaan lopen. Er is bijvoorbeeld aandacht voor omgaan met stress en financiële problematiek. Aandacht hiervoor door zorgprofessionals was nog niet zo vanzelfsprekend en niet lokaal ingebed.

Implementatie:

De pilot met blended care was in vijf gemeentes. De app is nu gratis beschikbaar in de appstore. Qua (door)ontwikkeling en borging zijn de kosten voor het gratis aan blijven bieden van de app een uitdaging, hoewel een voordeel van eHealth de relatief lage kosten per gebruiker zijn. Na de gerandomiseerde studie die binnenkort start volgt er een landelijke uitrol zodat alle zorgverleners patiënten op de app kunnen wijzen.

48

Bronnen:

- Interview met projectleider.
- <https://www.pharos.nl/kennisbank/de-stopcoach-app-procesevaluatie-van-implementatie-in-vijf-gemeenten/>
- Brown, J., Michie, S., Geraghty, A. W., Yardley, L., Gardner, B., Shahab, L., ... & West, R. (2014). Internet-based intervention for smoking cessation (StopAdvisor) in people with low and high socioeconomic status: a randomised controlled trial. *The Lancet Respiratory medicine*, 2(12), 997-1006.
- Michie, S., Brown, J., Geraghty, A. W., Miller, S., Yardley, L., Gardner, B., ... & West, R. (2012). Development of StopAdvisor: a theory-based interactive internet-based smoking cessation intervention. *Translational behavioral medicine*, 2(3), 263-275.
- Brown, J., Michie, S., Geraghty, A. W., Miller, S., Yardley, L., Gardner, B., ... & West, R. (2012). A pilot study of StopAdvisor: a theory-based interactive internet-based smoking cessation intervention aimed across the social spectrum. *Addictive behaviors*, 37(12), 1365-1370.
- Michie, S., Brown, J., Geraghty, A. W., Miller, S., Yardley, L., Gardner, B., ... & West, R. (2013). A randomised controlled trial of a theory-based interactive internet-based smoking cessation intervention ('StopAdvisor'): Study protocol. *Journal of Smoking Cessation*, 8(2), 63.

Wijkchallenge Samen Stoppen met Roken

Doelgroep:

Mensen in een kwetsbare positie die willen stoppen met roken, zoals mensen met een lagere SEP, mensen met een migratieachtergrond en mensen met psychische/multi-problematiek.

Interventie en setting:

De Wijkchallenge is een community benadering waarin deelname aan een groepstraining stoppen met roken werd gestimuleerd. De Wijkchallenge liep in 2018 en 2019 in het stadsdeel Escamp in Den Haag en de wijk Hoograven in Utrecht. Deze beschrijving gaat over de Wijkchallenge in Den Haag. In Den Haag was de groepstraining gebaseerd op de 'Voel je vrij' interventie van Momentum, maar gegeven door trainers van Indigo Haaglanden.

Ontwikkeling:

Het projectteam bestond uit Indigo Haaglanden, Jellinek en Onderzoeksinstituut IVO. Zij zijn gestart met het in kaart brengen en betrekken van mogelijke samenwerkingspartners in in de wijk (bijvoorbeeld huisartsenpraktijken, fysiotherapiepraktijken, moskee en wijkcentra). Er is ook geprobeerd om wijkbewoners te betrekken, maar dat lukte vooral in de fase van meedenken en helpen met werven. Er is een bestaande groepstraining gebruikt en deze is aangevuld met drie extra bijeenkomsten en ook iets aangepast op de doelgroep om deze begrijpelijker en relevanter te maken voor hen.

Successen:

Tijdens de eerste challenge deden 86 deelnemers mee uit Den Haag en tijdens de tweede challenge 42 deelnemers. Het is goed gelukt om mensen in een kwetsbare positie te bereiken: er deden in Den Haag vooral lageropgeleiden mee, mensen met een migratieachtergrond en mensen die nog geen intentie hadden om te stoppen met roken.

49

Na twee maanden was 40% van de deelnemers gestopt met roken. Stopsucces is hier de huidige rookstatus (punt-prevalentie). Daarnaast was 21% geminderd met roken.

Werving:

De Wijkchallenge was vooral uniek door een hele actieve werving van de doelgroep. Er is op verschillende manieren geworven, van huis aan huis tot via partijen in de wijk. De werving via het gezondheidscentrum en via de moskee waren het meest succesvol. Indien nodig namen professionals meerdere keren contact op. Als iemand aangaf mee te willen doen, vulde de professional vaak direct samen met hem of haar de registratie in. Na de registratie werd nog contact opgenomen voordat de training startte, waarbij iemand soms echt tijdens dat gesprek nog eens gemotiveerd moest worden om mee te doen.

Volgens professionals was het belangrijk dat het programma in de eigen buurt van deelnemers plaatsvond en op een locatie die ze al kennen en die laagdrempelig is (bijv. een wijkcentrum of de moskee, maar niet een GGZ-instelling). Degene die de doelgroep benadert moet deskundig zijn op het gebied van stoppen met roken, goed op de hoogte zijn van de inhoud van de training en is het liefst een bekende en vertrouwde persoon (zoals een praktijkondersteuner of imam). In het gesprek met de potentiële deelnemer moet aangesloten worden bij de situatie van die persoon.

De effectiviteit van werving via intermediairs varieerde en was vaak afhankelijk van persoonlijke factoren. Van de intermediairs leek vooral de huisartsenpraktijk (huisarts zelf of praktijkondersteuners) een belangrijke rol te kunnen spelen.

Stoppen-met-rokenondersteuning en werkzame elementen:

De trainers zijn opgeleid bij Momentum voor de training 'Stoppen met roken en leefstijltraining GGZ' en de algemene training 'Voel je vrij! stoppen met roken en leefstijltraining'. De training gegeven tijdens de Wijkchallenge werd aangepast, zodat deze aansloot bij het niveau en de culturele achtergrond van de deelnemers. De hoeveelheid huiswerk werd beperkt gehouden, de opdracht om uit te rekenen hoeveel men bespaart met roken werd soms overgeslagen, soms was meer nadruk nodig op motiveren en soms werd een religieus voorbeeld gebruikt (afhankelijk van de specifieke groep).

Tussen werving en training zat vaak zo'n drie weken, dat moet niet te lang duren. Mensen die zich hadden aangemeld werden in die tussenliggende periode benaderd om ze gemotiveerd te houden. Soms werden andere problemen ook besproken en werden de deelnemers zonnodig naar de juiste hulp verwezen.

In sommige trainingen mogen teruggevallen deelnemers niet meer terug de groep in omdat dit een negatieve impact op de andere deelnemers kan hebben. Indigo heeft hen er echter gewoon ingelaten. Er waren ook deelnemers die minderden met roken; zij zijn achteraf vaak alsnog gestopt. Daarmee kwam Den Haag qua succespercentage ook weer op gelijke hoogte met Utrecht. Deze deelnemers gebruikten de training om te leren en om vertrouwen op te bouwen voor het stoppen. De mogelijkheid om kosteloos gebruik te maken van stoppen-met-rokenmedicatie werd door deelnemers genoemd als werkzaam element. Bij Indigo werd echter minder nadruk gelegd op medicijnen en nicotinevervangers om de kans op succes te verhogen dan bij de oorspronkelijke training. Als deelnemers dit toch wilden gebruiken, kregen ze hulp bij het aanvragen hiervan en de vergoeding door de zorgverzekeraar.

Het samen stoppen in een groep was een werkzaam element. Men kon ervaringen delen en elkaar steunen. De groepssteun en groepsdruk werden verhoogd doordat het samen met mensen uit de eigen wijk was. Je komt elkaar dan tussendoor tegen op straat of in de moskee en kan vragen hoe het gaat en je wil dan niet met een sigaret worden gezien. Soms namen mensen ook samen met familieleden deel aan de groepstraining. Ook het samen stoppen met mensen met dezelfde etnische/culturele achtergrond heeft mogelijk geholpen bij de groepen waar dat het geval was. Bij die groepen werd de trainer ook gematched qua etnische/culturele achtergrond.

Deelnemers waardeerden de informatie over roken en gezondheidsrisico's, de tips van de trainer over hoe om te gaan met de drang om te roken en de betrokken trainers die gemakkelijk bereikbaar waren, ook tussen de trainingen door. De trainers hadden veel toewijding en persoonlijke aandacht voor de deelnemers. De CO-metingen werden ook genoemd als positief element van de training door de deelnemers.

Weinig deelnemers noemden uit zichzelf de WhatsApp-groep of het buddy-systeem als positief element van de training. Volgens de geïnterviewde manager was de WhatsApp-groep toch belangrijk voor de groepscohesie.

De Wijkchallenge was opgezet als een wedstrijd tussen de twee wijken in Den Haag en Utrecht. Dit bleek voor de deelnemers niet van toegevoegde waarde te zijn en werkte niet motiverend.

Nazorg:

De training zelf bestaat na het stopmoment tijdens de derde bijeenkomst uit nog vier bijeenkomsten (zeven sessies in totaal). Als onderdeel van de Wijkchallenge werden daar in totaal drie extra sessies aan toegevoegd: één aan het begin (startsessie), één tussendoor en één slotbijeenkomst twee maanden na de training. De deelnemers ervoeren de slotbijeenkomst na twee maanden als een soort nazorg en als blijvende interesse in hen.

Hulp bij onderliggende problemen:

Als mensen onderliggende problemen (zoals schulden of psychische problematiek) hadden waarvoor ze nog geen hulp kregen, werden ze doorverwezen binnen Indigo of naar een andere lokale organisatie. De trainers hadden hier veel aandacht voor. Een trainer benoemde ook dat het de stoppen-met-rokeninterventie interessanter maakte voor deelnemers dat deze werd gegeven door Indigo, waar je ook terecht kan voor andere ondersteuning.

Implementatie:

Het geven van de groepstrainingen is geborgd met financiering van de gemeente Den Haag. Er kunnen drie of vier trainingen per jaar worden aangeboden. De actieve en persoonlijke manier van werving van nieuwe deelnemers is lastig te borgen in de praktijk omdat daar relatief veel personeel budget voor nodig is. Wat wel lijkt te werken is dat intermediairs in de wijk door het project beter weten wie ze moeten benaderen. Met financiering van ZonMw is net een vervolg op de Wijkchallenge gestart

(Samen Succesvol Stoppen) in Escamp zodat de interventie de komende twee jaar kan worden voortgezet en doorontwikkeld.

Bronnen:

- Interview met projectmanager en interview met trainer.
- <https://ivo.nl/wijkchallenge-stoppen-met-roken/>
- <https://ivo.nl/samen-succesvol-stoppen-het-implementeren-van-een-divers-aanbod-van-stopondersteuning-voor-rokers-met-een-lagere-sociaaleconomische-positie-in-den-haag/>
- Meerkerk, G. J., Dewkalie, U., Looyé, M., Sarikaya, Z., Van Straaten, B., & Nagelhout, G. E. (2019). Handleiding: het organiseren van een stoppen-met-roken-training voor rokers uit kwetsbare groepen. Den Haag: IVO. <https://ivo.nl/publicaties/handleiding-het-organiseren-van-een-stoppen-met-roken-training-voor-rokers-uit-kwetsbare-groepen/>
- Nagelhout, G. E. (2019). Resultaten Wijkchallenge Samen Stoppen met Roken. Den Haag: IVO. <https://ivo.nl/publicaties/factsheet-resultaten-wijkchallenge-samen-stoppen-met-roken/>
- Nagelhout, G. E., De Wit, N., Lucas, P., & Van den Brand, F. (2019). Eerste resultaten van een wijkgerichte stoppen met roken aanpak in Den Haag en Utrecht. Nederlands Congres Volksgezondheid (NCVGZ), 11 april 2019, Utrecht, Nederland.
- Nagelhout, G. E., Dewkalie, U., Looije, M. (2019). Wijkchallenge Samen Stoppen met Roken: Eindrapportage voor FNO. Den Haag / Utrecht: IVO, Indigo / Jellinek.
- Van Straaten, B., Meerkerk, G. J., Van den Brand, F. A., Lucas, P., De Wit, N., & Nagelhout, G. E. How can people in a vulnerable position be recruited to participate in a community-based smoking cessation programme and how do they evaluate it? A qualitative study among participants and professionals. Tobacco Prevention & Cessation, accepted for publication.
- Van Straaten, B. & Nagelhout, G. E. (2019). Wijkchallenge Samen Stoppen met Roken – Ervaringen van deelnemers en professionals. Den Haag: IVO. <https://ivo.nl/publicaties/factsheet-wijkchallenge-samen-stoppen-met-roken/>

Voel je vrij Doorlopende groepstraining

Doelgroep:

Rokers met een laag inkomen en/of opleidingsniveau. Deelnemers mogen blijven deelnemen zolang zij willen, ook nadat zij zijn gestopt of als een terugval hebben.

Interventie en setting:

Voel je vrij Doorlopende groepstraining is een zich herhalende cyclus van elf groepsbijeenkomsten in de wijk. Hierin worden medicamenteuze en gedragsmatige ondersteuning gecombineerd.

Ontwikkeling:

De interventie bouwt voort op 'Voel je vrij stoppen met roken en leefstijltraining GGZ' van Momentum Training en Coaching. De doorontwikkeling en een pilotstudie werden uitgevoerd door het Amsterdam UMC. De doelgroep was via focusgroepen betrokken bij de ontwikkeling van en als ervaringsdeskundige in de doorlopende groepstraining. Ook is tijdens de pilotstudie feedback van de deelnemers gebruikt om het programma bij te stellen.

Successen:

Deelnemers en trainers zijn enthousiast over Voel je vrij Doorlopende groepstraining. Van de 22 deelnemers was na de pilottest van 6 maanden de helft gestopt met roken op basis van zelfrapportages en CO-metingen.

Werving:

Tijdens de pilotstudie werden deelnemers geworven door klantmanagers (KMs) Werk & inkomen van de gemeente en schuldhulpverleners (SHs) van maatschappelijk werk. Deze professionals werden gekozen vanwege hun contacten met de doelgroep. Daarbij werd gebruik gemaakt van actieve werving via de Ask-Advice-Connect methode. Als een roker bij navraag overweegt te stoppen met roken, volgt een stopadvies, krijgt de trainer de contactgegevens, en neemt de trainer contact op. Via deze route zijn circa 17 cliënten aan de training gaan deelnemen. De overige 5 deelnemers werden door een trainer geworven via het ziekenhuis waar de trainer werkzaam was op de rookstoppoli. Hoewel KMs en SHs de werving vonden passen bij hun rol (vanwege zowel financiële als gezondheidswinst bij stoppen met roken), verliep de werving moeizaam. Bevorderend was vooral de persoonlijke motivatie van KMs en SHs en hun 'handigheid' in het bespreken van het onderwerp roken. Belemmerende factoren voor de werving waren: gebrek aan tijd; weinig prioriteit (vergeten); het eigen rookgedrag; twijfel over goede moment; twijfel aan eigen vaardigheden; angst voor negatieve reacties en verstoorde relaties; cliënten zijn gestopt of willen niet stoppen; kosten voor cliënten (tijd en eigen risico); soms instabiele situatie cliënt; betekenis van roken voor cliënt; culturele verschillen; en brede acceptatie van roken.

52

Stoppen-met-rokenondersteuning en werkzame elementen:

De kern is de combinatie van medicamenteuze en gedragsmatige ondersteuning. Na één tot drie individuele intakegesprekken start de deelnemer in een doorlopende groepstraining in de eigen buurt. Deze training bestaat uit een zich herhalende cyclus van elf sessies van 1,5 uur. Elk van de elf sessie behandelt een ander thema, rondom stoppen met roken of wat betreft achterliggende problemen. Indien gewenst biedt de trainer tussentijds ook individuele telefonische ondersteuning. Belangrijk is dat het gratis is. Eventuele reiskosten worden ook vergoed. De insteek van de training is positief, en er wordt gebruik gemaakt van actieve en praktische leerstrategieën die bij de doelgroep passen. Er worden CO-meters ingezet. Reminders worden verstuurd ter herinnering aan de bijeenkomsten en met afwezigheid wordt contact opgenomen.

De groepsvorm zorgt voor herkenning, ervaringen delen, sociale vergelijking, en sociale steun. Doordat de training doorlopend wordt aangeboden kunnen mensen stoppen in hun eigen tempo, (opnieuw) instromen op het moment dat zij willen en kunnen deelnemers die in verschillende fases zijn van elkaar leren. Deelnemers waarderen dat zij mogen blijven meedoen ondanks terugval. Belangrijk is wel dat er spelregels worden gehanteerd: er moet een intentie tot stoppen bestaan en een stopdatum gekozen worden. Verder zitten er bij voorkeur meer stoppers dan rokers in de groep.

Belangrijk is daarnaast de kwaliteit en ervaring van de trainers, bijvoorbeeld goed getraind zijn in motiverende gespreksvoering, groepservaring hebben, flexibel kunnen zijn, goed kunnen

communiceren met de doelgroep, en een niet-veroordelende houding hebben. Zo durven deelnemers open te zijn over succes en falen. Ervaringsdeskundigen sloten aan bij sommige bijeenkomsten, dit werkte inspirerend voor de overige deelnemers. Wel moesten zij idealiter al enige tijd gestopt zijn met roken. Bij verschillende thema's liet een lokale professional de deelnemers kennismaken met aanbod in de buurt.

Een positieve sfeer bleek belangrijk. Hieraan werd bijgedragen door muziek, positieve feedback (complimenten, applaus) en beloningen (stempels en een diploma).

Nazorg:

Nazorg is onderdeel van de interventie. Gestopte rokers én terugvallers mogen blijven deelnemen zolang hun doel is gestopt te blijven of opnieuw te stoppen. Terugvallers blijven dus betrokken bij de training en een deel slaagt erin om opnieuw te stoppen. Volgens deelnemers helpt het stoppen op eigen tempo en de erkenning van moeite die stoppen kost hen om uiteindelijk te stoppen. Trainers moeten zich hiervoor flexibel kunnen opstellen. Ook zijn bepaalde spelregels nodig, zodat deelnemers hun stopdatum niet gaan uitstellen.

Hulp bij onderliggende problemen:

Er is tijdens de bijeenkomsten aandacht voor: stress, financiële problemen, eenzaamheid het ontbreken van zinvolle dagbesteding, en gezonde voeding en beweging. Dit wordt gedekt door de inzet van specifieke methoden (zoals omgaan met stress, coping en ontspanning) en door de inzet van professionals uit de buurt. Doel was om mensen te laten kennismaken met deze buurtprofessionals en hun aanbod, en om deelnemers aan te moedigen met een aangeboden activiteit verder te gaan. Het kennismaken is goed gelukt en werd ook zeer gewaardeerd door de deelnemers, maar een vervolg daarop lijkt niet vaak te hebben plaatsgevonden. Mogelijk kwam dit door te grote fysieke afstand tot het aanbod.

53

Implementatie:

De interventie is als goed onderbouwd opgenomen in het Loket Gezond Leven. Momenteel wordt de interventie niet gebruikt. Voor brede implementatie is het belangrijk dat het aanbod vergoed wordt en dat de doorverwijzende professionals op de hoogte zijn van het aanbod.

Bronnen:

- Interview met trainer.
- Harting, J., Landais, L. & Van Wijk, E. (2017). Stoppen met roken voor Amsterdammers met een minimuminkomen [Eindrapportage; Vooronderzoek; Veldtests]. Amsterdam: AMC UvA afdeling Sociale Geneeskunde
- Harting, J., L. Landais, en E. Van Wijk (2018). Voel je vrij! Doorlopende groepstraining stoppen met roken. Sociale Geneeskunde, Universiteit van Amsterdam: Amsterdam. Retrieved from: <https://interventies.loketgezondleven.nl/leefstijlinterventies/interventies-zoeken/bijlage/42277/Beschrijving%20Voel%20je%20Vrij.pdf>
- Zie ook de bijlagen bij deze interventiebeschrijving: https://interventies.loketgezondleven.nl/leefstijlinterventies/interventies-zoeken/bijlage/42278/Beschrijving%20Voel%20je%20Vrij_bijlage.pdf
- Happel, B. & Königs, S. (2016). Voel je Vrij! Stoppen met Roken & Leefstijltraining GGZ. Momentum Training en Coaching: Zandvoort. Retrieved from:
- <https://erkendeinterventiesggz.trimbos.nl/erkende-interventies/voel-je-vrij-stoppen-met-rokenleefstijltraining-ggz>

Stoptober

Doelgroep:

Iedereen die rookt en wil stoppen met roken.

Interventie en setting:

Stoptober is een jaarlijks terugkerende massamediale stoppen-met-rokencampagne die rokers uitdaagt om niet te roken gedurende 28 dagen in oktober. De interventie bestaat uit twee delen. In september wordt er veel aandacht via verschillende mediakanalen gegeneerd om rokers aan te moedigen mee te doen met Stoptober en om niet-rokers te vragen om Stoptober-deelnemers te ondersteunen. In oktober worden rokers op verschillende manieren ondersteund bij hun stoppoging.

Ontwikkeling:

De interventie is ontwikkeld in Engeland. KWF, Hartstichting, Longfonds en het Ministerie van VWS hebben de interventie in 2014 uit Engeland gehaald. In Nederland wordt er eigen invulling aan Stoptober gegeven en is er bijvoorbeeld Stoptober TV, een magazine, en het Stoptoberhuis bij gekomen. De doorontwikkeling wordt gedaan op basis van signalen van of onderzoek onder deelnemers, maar er wordt niet samen met hen doorontwikkeld.

Successen:

Ieder jaar doen zo'n 50.000 mensen mee met Stoptober.

Na drie maanden was 72% van de respondenten (die mee bleven doen met het onderzoek) gestopt met roken. Er was veel uitval in het onderzoek; naar schatting was eigenlijk zo'n 50% gestopt na drie maanden. Stopsucces is hier de huidige rookstatus (punt-prevalentie).

54

Mensen die niet waren gestopt na Stoptober, rookten gemiddeld wel minder sigaretten per dag.

Werving:

Werving voor Stoptober gaat via massamedia, de website en social media. Door te werken met bekende Nederlanders als ambassadeurs wordt het altijd goed opgepakt in de media. Vooral televisie is daarin belangrijk om deelnemers te werven. Ook de positieve toon van Stoptober helpt om er aandacht voor te krijgen.

Stoppen-met-rokenondersteuning en werkzame elementen:

Het belangrijkste element van Stoptober is de app met stopondersteuning. Daarmee worden berichtjes gestuurd naar de stoppers, krijgen ze een enorme hoeveelheid tips, kan je zien hoeveel je hebt uitgespaard, wat je gezondheidswinst is en je kunt er afleiding zoeken als je een craving hebt. Je wordt er elke dag bijgehouden. De app is belangrijk voor het verhogen van het stopsucces.

In het kiezen van mediakanalen en ambassadeurs wordt rekening gehouden met het feit dat elke sociale laag van de bevolking bediend wordt en iedereen zich ergens in kan herkennen. Voor mensen met een lagere SEP is er bijvoorbeeld Stoptober TV en voor mensen met een hogere SEP bijvoorbeeld een interview in Nieuwsuur. Met het taalgebruik wordt ook rekening gehouden, niet te moeilijk en veel met beeld.

Een werkzaam element van Stoptober is dat je samen gaat stoppen. Dat hoeft niet samen met iemand die je kent, maar je weet dat er naast jou een heleboel anderen aan het stoppen zijn. De maatschappij is ermee bezig. Je kunt ervaringen delen via de community van de app of op Facebook, het samen stoppen heeft veel verschillende verschijningsvormen.

Een belangrijk element is dat het een korte periode is om te stoppen. Dat is voor mensen die voor altijd stoppen nog niet aandurven, maar wel denken dat ze 28 dagen kunnen stoppen. Als je het stoppen 28 dagen volhoudt, heb je vijf keer meer kans dat je blijvend stopt.

Stoptober wijst je op een laagdrempelige manier de weg bij het stoppen; je krijgt alles aangereikt en hoeft er geen moeite voor te doen. Bijvoorbeeld als je niet goed de weg kent naar een coach of niet weet dat je dat met je huisarts kan bespreken of als je dat moeilijk vindt.

De bekende Nederlanders maken Stoptober populair en interessant en zijn misschien juist voor de mensen met een lagere SEP interessant. Dat merk je bijvoorbeeld in het Stoptoberhuis waar meer mensen met een lagere SEP zitten.

Stoptober is leuk, terwijl andere stopondersteuning vaak saai is. Er zijn feitjes en weetjes, maar ook gekke cartoons waar je om moet lachen. De informatie wordt wel gegeven, maar op een entertaining manier gebracht.

Stoptober heeft heel veel gratis middelen. Gratis is als element ook belangrijk. En dat je via de app kan zien wat je uitspaart door niet meer te roken, dat is vooral belangrijk voor mensen met een lagere SEP.

Nazorg:

Stoptober is 28 dagen, maar je kunt het hele jaar ondersteuning krijgen via de app als je de 28 dagen hebt volbracht. Dat was de eerste jaren niet het geval, maar deelnemers gaven aan dat ze dat nodig hadden.

Hulp bij onderliggende problemen:

Geen.

Implementatie:

Stoptober is in heel Nederland geïmplementeerd. De financiering is 50% door het ministerie van VWS en 50% door de Gezondheidsfondsen. Daar bovenop zijn er sponsoracties. Kruidvat verspreidt bijvoorbeeld het magazine gratis. Er is voor Kruidvat gekozen omdat je een winkel nodig hebt die voor iedereen heel makkelijk toegankelijk is en herkenbaar voor mensen met een lagere SEP.

Verder is de app het belangrijkste onderdeel van de interventie. Daar wordt veel promotie voor gemaakt en die kan men gratis downloaden in de app-stores. Op de website kan men trainingen en materialen bestellen via een webshop. Er wordt ook verspreid via het Trimbos-instituut en de GGD'en. Als er meer budget zou zijn, zou je ook materialen voor laaggeletterden kunnen maken of materialen in het Marokkaans of Turks. Daar wordt wel eens naar gevraagd. En het programma leent er zich volgens de geïnterviewde ook voor om het op die manier uit te breiden.

55

Bronnen:

- Interview met interventie-uitvoerder.
- www.stoptober.nl
- Troelstra, S. A., Kunst, A. E., & Harting, J. (2019). "Like you are fooling yourself": how the "Stoptober" temporary abstinence campaign supports Dutch smokers attempting to quit. *BMC public health*, 19(1), 522.
- Tiefs, A., Troelstra, S. A., Hoekstra, T., & Kunst, A. E. (2019). Associations of the Stoptober smoking cessation program with information seeking for smoking cessation: A Google trends study. *Drug and alcohol dependence*, 194, 97–100.
- Troelstra, S. A., Harting, J., & Kunst, A. E. (2019). Effectiveness of a Large, Nation-Wide Smoking Abstinence Campaign in the Netherlands: A Longitudinal Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(3), 378.
- Troelstra, S. A., Harting, J., Kunst, A. E. (2017). Stoptober: Effecten op rookgedrag en ervaringen van deelnemers. Amsterdam: Academic Medical Center, Amsterdam Public Health Research Institute.

Grip en Gezondheid

Doelgroep:

Mensen die moeite hebben met rondkomen, roken, en stress ervaren.

Interventie en setting:

Grip en Gezondheid (in het Engels: BeHealthyR) is een groepscursus in de wijk van vijf bijeenkomsten van twee uur met tien deelnemers gericht op het beter leren omgaan met stress. De cursus werd in 2018/2019 gegeven aan ongeveer 150 inwoners van de regio Rotterdam. Het idee achter de interventie is dat betere copingvaardigheden om met stress om te gaan en minder financiële problemen mensen helpt om uiteindelijk ook te kunnen stoppen met roken.

Ontwikkeling:

De interventie is ontwikkeld door de Erasmus Universiteit in samenwerking met GGZ instellingen Indigo Rijnmond en Avant Sanare. De doelgroep met lagere SEP was betrokken bij de ontwikkeling van de interventie via een klankbordgroep. Via een pilotonderzoek zijn de ervaringen van deelnemers in kaart gebracht. De interventie hoefde hierna nauwelijks te worden aangepast (alleen de vragenlijsten voor het onderzoek werden op kleine punten aangepast).

Successen:

Deelnemers waren enthousiast. De opkomst bij de groepsbijeenkomsten was hoog (80-90%). Een effectonderzoek (RCT) naar het programma loopt nog.

De werving van deelnemers verliep relatief succesvol, waarschijnlijk omdat de focus van het programma in eerste instantie ligt op leren omgaan met stress (en niet op stoppen met roken).

56

Werving:

Er werd een brede wervingsstrategie ingezet, waarbij deelnemers werden geworven via professionals werkzaam bij de GGZ-instellingen (bijvoorbeeld wijkteams), sleutelfiguren in de wijk, andere professionals bijvoorbeeld uit de huisartsenpraktijk, en eerdere deelnemers. Deze strategie was succesvol; er moest wel veel tijd/energie in worden geïnvesteerd. Met name de inzet van één actieve sleutelfiguur (een vrijwilliger bij een school) leverde uiteindelijk relatief veel deelnemers op. Andere succesfactoren voor de werving: de bijeenkomsten waren gratis en dichtbij, en op momenten die voor de deelnemers handig waren. Doordat de cursus zich in eerste instantie op stress richt leek de drempel lager voor mensen om mee te doen dan aan 'traditionele' stoppen-met-roken-programma's.

Stoppen-met-rokenondersteuning en werkzame elementen:

Het programma is gebaseerd op 'Lazarus's transactional stress-coping model', bevat elementen uit de positieve psychologie, en maakt gebruik van bekende 'behavioural change techniques' (BCT's), zoals het stellen van doelen.

Stoppen met roken wordt tijdens de groepsbijeenkomsten bespreekbaar gemaakt. Er wordt eventueel verwezen naar uitgebreidere stoppen-met-rokenondersteuning. Door omgaan met stress te verbeteren (coping vaardigheden) komt er bij de doelgroep mentale 'bandbreedte' of capaciteit vrij om zich te richten om te stoppen met roken.

De groepsvorm zorgt voor herkenning en sociale steun (die soms juist ontbreekt in het dagelijks leven); een veilig gevoel in de groep bevordert openheid om over (stoppen met) roken te praten. Er werden begrijpelijke, simpele materialen ingezet die waren afgestemd op de doelgroep, en er werd spaarzaam omgegaan met het bieden van (nieuwe) informatie.

Herinneringen voor de bijeenkomsten (bijvoorbeeld via sms of WhatsApp) leken bij te dragen aan een hoge opkomst. Deelnemers leken ook de feedback via CO-meters en laagdrempelig contact via WhatsApp tussen de bijeenkomsten door te waarderen.

Nazorg:

Oorspronkelijk was het de bedoeling om een terugkomdag te organiseren voor het hele gezin. Dit is uiteindelijk niet doorgegaan, omdat er maar weinig deelnemers behoefte aan leken te hebben en het

projectbudget op was. Eén van de aanbevelingen voor de toekomst is om bij deelnemers die niet nog niet gestopt zijn met roken na afloop van de groepscursus sterker in te zetten op doorverwijzing naar (verdere) stoppen-met-rokenondersteuning.

Hulp bij onderliggende problemen:

De kern van de interventie is een integrale aanpak: er wordt tegelijkertijd aandacht besteed aan meerdere probleemgebieden (stress, financiële problemen, roken). Deelnemers kregen de optie om gebruik te maken van een financiële 'buddy' voor advies over omgaan met financiële problemen; hier waren de deelnemers echter terughoudend in.

Implementatie:

Doel is om Grip en Gezondheid binnenkort op te laten nemen in het Loket Gezond Leven. Er is financiering voor 8 tot 10 nieuwe groepscursussen in 2020/2021 in de gemeente Rotterdam. Er wordt overleg gevoerd met zorgverzekeraar VGZ over opname in het basispakket of in het Rotterdampakket. Voor succesvolle implementatie is het belangrijk dat er voldoende tijd/budget is voor de werving van deelnemers en de inzet van sleutelfiguren.

Bronnen:

- Interviews met projectleider en onderzoeker.
- www.gripengezondheid.nl/over-grip-en-gezondheid
- Shagiwal SS, Schop-Etman A, Bergwerff I, Vrencken W, Denktas S. The BeHealthyR Study: a randomized trial of a multicomponent intervention to reduce stress, smoking and improve financial health of low-income residents in Rotterdam. BMC Public Health. 2018 Jul 18;18(1):891. doi: 10.1186/s12889-018-5728-7. PMID: 30021551; PMCID: PMC6052714.

Community Reinforcement Approach

Doelgroep:

Mensen met een combinatie van problematisch middelengebruik en somatische, psychiatrische of andersoortige (bijvoorbeeld forensische) problemen.

Interventie en setting:

De Community Reinforcement Approach (CRA) is een psychosociale, gedragstherapeutische behandelingsmethode die veel wordt toegepast in de verslavingszorg en bestaat uit individuele of groepsgesprekken met een professional. Ook kan de methode online of blended worden aangeboden. De aanpak kan gecombineerd worden met medicatie. CRA omvat een breed scala aan cognitief gedragstherapeutische en systeemtherapeutische interventies. De aanpak heeft een positieve, praktische insteek en is o.a. gericht op het stellen van (haalbare) concrete, persoonlijke doelen, omgaan met craving, het veranderen van gewoontes en het aanleren van nieuw plezierig (gewoonte)gedrag.

Ontwikkeling:

CRA werd in de Verenigde Staten ontwikkeld en oorspronkelijk ingezet voor de behandeling van alcohol-, cocaïne- en opioïdenverslaving. Er is door de VU Amsterdam in 2000/2001 een pilotstudie uitgevoerd naar de effecten van CRA op stoppen met roken. In dit onderzoek hadden 25 deelnemers volgens een protocol vijf sessies met getrainde en gesuperviseerde psychologie-studenten. Aanvullend kregen de deelnemers farmacotherapie.

Successen:

Deelnemers waren tevreden over de sessies (gemiddelde waardering van een 7,3; SD=0.90; range 6,0-9,3).

58

Deelnemers leken drie maanden na afloop van de behandeling bijna twee keer zo vaak succesvol in stoppen met roken dan de controlegroep die geen gesprekstherapie (maar wel farmacotherapie) kreeg, maar dit kon niet statistisch aangetoond worden.

Werving:

De cliënten in het onderzoek werden telefonisch geworven via de afdeling longziekten van het VUMC; zij hadden eerder een klaplong gehad, en moesten al minstens drie niet succesvolle stoppogingen hebben gedaan. De positieve insteek van de methode en de ruimte die daarin is voor de inbreng en wensen van de cliënt leek eraan bij te dragen dat mensen sneller geneigd waren mee te doen. Er is overigens een variant van CRA (community reinforcement and family training²; CRAFT) waarbij rokers kunnen worden geworven via familieleden die al in zorg zijn om hulp te krijgen bij het omgaan met een naaste met problematisch middelengebruik; dit lijkt succesvol voor verschillende verslavingen.

Stoppen-met-rokenondersteuning en werkzame elementen:

Belangrijke elementen van CRA zijn de praktische insteek (er is weinig denkkracht voor nodig) en de positieve benadering. De methode is gericht op succeservaringen en nieuwe, en als het even kan prettige, gewoontes aanleren die in plaats komen van roken of in plaats van gedrag dat geassocieerd wordt met roken. Er is veel ruimte voor de inbreng en wensen van de cliënt; eigen motivatie en persoonlijke doelen staan centraal in de behandeling en deze hoeven niet direct betrekking te hebben op het middelengebruik.

Omdat CRA, in tegenstelling tot cognitieve gedragstherapie die vaak wordt ingezet, niet gericht is op het veranderen van cognities maar op gewoontegedrag, lijkt de aanpak bij uitstek geschikt voor de doelgroep met lagere SEP. De focus van de behandeling is vooral gericht op het 'doen' en het bekrachtigen van gewenst gedrag (bijvoorbeeld door middel van vouchers of een bekrachtigende partner). Er is binnen de gesprekken aandacht voor de functie en positieve effecten van het roken om te weten waaraan gedragsalternatieven dienen te voldoen. Ook kunnen tijdens de behandeling bepaalde vaardigheden worden getraind, bijvoorbeeld sociale vaardigheden, middelen weigeren, of probleem oplossen.

Naast van de cliënt worden zo veel mogelijk bij de behandeling betrokken. Belangrijk is dat professionals die de sessies begeleiden goed getraind zijn en dat supervisie plaatsvindt om de kwaliteit te waarborgen. De omvang van de CRA training voor professionals is ongeveer twee dagen. Supervisie verloopt via een landelijk, digitaal systeem.

Nazorg:

Nazorg is geen vast onderdeel van het standaardprotocol, maar kan desgewenst ingezet worden afhankelijk van de instelling/zorgverlener.

Hulp bij onderliggende problemen:

De methode is expliciet ontwikkeld voor cliënten waarbij sprake is van combinatie van problematisch middelengebruik en andersoortige problematiek. Er is binnen CRA veel aandacht voor de omgeving van cliënten (zoals gezin, werk, vrijetijdsbesteding, vrienden, leefomgeving). Er wordt aan een breed pallet aan behandeldoelen gewerkt, gebaseerd op de motivatie van de cliënt. Deze doelen hoeven niet per se direct betrekking te hebben op roken. Door eerst te werken aan haalbare (andersoortige) doelen kunnen zoveel mogelijk succeservaringen worden opgedaan. Dit kan iemand motiveren om – in een later stadium – ook aan relatief moeilijke doelen te werken, zoals stoppen met roken.

Implementatie:

CRA wordt op dit moment via diverse verslavingszorginstellingen in Nederland aangeboden aan cliënten met verslavingsproblematiek, maar waarschijnlijk (nog) niet of nauwelijks voor tabaksverslaving, omdat dit niet wordt vergoed. Verdere onderbouwing van de werkzaamheid door onderzoek (ook bij de doelgroep met lagere SEP) zou kunnen helpen om brede implementatie te bewerkstelligen, evenals vergoeding van het aanbod door de zorgverzekeraar.

59

Bronnen:

- Interview met onderzoeker/trainer van professionals.
- <https://erkendeinterventiesggz.trimbos.nl/erkende-interventies/the-community-reinforcement-approach-cra->
- <https://www.communityreinforcement.nl/>
- Roozen HG, Van Beers SE, Weevers HJ, Breteler MH, Willemsen MC, Postmus PE, Kerkhof AJ. Effects on smoking cessation: naltrexone combined with a cognitive behavioral treatment based on the community reinforcement approach. *Subst Use Misuse*. 2006;41(1):45-60. doi: 10.1080/10826080500318665. PMID: 16393735.
- Meyers RJ, Roozen HG, Smith JE. The community reinforcement approach: an update of the evidence. *Alcohol Res Health*. 2011;33(4):380-8. PMID: 23580022; PMCID: PMC3860533.
- Roozen HG, Boulogne JJ, van Tulder MW, van den Brink W, De Jong CA, Kerkhof AJ. A systematic review of the effectiveness of the community reinforcement approach in alcohol, cocaine and opioid addiction. *Drug Alcohol Depend*. 2004 Apr 9;74(1):1-13. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2003.12.006. PMID: 15072802.

'Rookvrij! Ook jij?'

Doelgroep:

Alle rokers die willen stoppen met roken, inclusief mensen met lagere SEP.

Interventie en setting:

Groepstraining bestaand uit zeven wekelijkse bijeenkomsten van anderhalf uur met maximaal 16 deelnemers. De bijeenkomsten worden door een gecertificeerde trainer begeleid. Er is een vast programma van onderwerpen die besproken worden. Daarnaast is veel ruimte voor het uitwisselen van ervaringen. De training wordt publiekelijk aangeboden en in company voor medewerkers van bedrijven. Voor publieke trainingen kan iedereen zich via internet of telefonisch aanmelden. De meeste aanmeldingen komen echter voort uit verwijzingen vanuit de zorg.

Ontwikkeling:

De methode is oorspronkelijk in Engeland ontwikkeld en wordt in Nederland door SineFuma ingezet. De doelgroep met lagere SEP was niet direct betrokken bij de ontwikkeling van 'Rookvrij! Ook jij?'; wel wordt de training geëvalueerd en doorontwikkeld op basis van vragenlijsten onder deelnemers. De 'withdrawal-oriented method' is de basis van de interventie; naast groepsondersteuning worden hulpmiddelen ingezet gericht op de nicotineverslaving.

Successen:

Deelnemers waarderen de groepstraining gemiddeld met een 8,9.

'Rookvrij! Ook jij?' is via een pilotproject succesvol aangeboden binnen sociale werkbedrijven, waar mensen met een arbeidsbeperking werken.

60

In 2019 waren er 132 publieke trainingen en 108 trainingen bij bedrijven (inclusief naar schatting ongeveer tien sociale werkbedrijven), waaraan in totaal ongeveer 4.800 mensen deelnamen.

Werving:

Deelnemers worden meestal actief verwezen door een (zorg)professional. Hierna worden ze opgebeld door SineFuma. Dit werkt veel beter dan 'passief' een folder meegeven. Mensen kunnen zich ook zelf via de website van SineFuma aanmelden voor een training in de buurt. Voor de werving is het belangrijk dat de training dichtbij is, en dat deelname volledig vergoed wordt zonder dat mensen hiervoor zelf veel hoeven uit te zoeken of te regelen. Als bedrijven de training aan werknemers aanbieden verloopt de werving via hen en is het eveneens belangrijk dat er zoveel mogelijk drempels worden weggenomen qua locatie en kosten (zie ook beschrijving CATCH / Samen Sterker Stoppen). De werving bij sociale werkbedrijven verliep vaak goed; er konden relatief veel deelnemers worden geworven. Er werd persoonlijke ondersteuning geboden bij het aanmelden.

Stoppen-met-rokenondersteuning en werkzame elementen:

Belangrijk is de eenvoudige, praktische insteek van de training. Er worden concrete tips en adviezen uitgewisseld en er wordt niet of nauwelijks ingegaan op de theorie (bijvoorbeeld over verslaving). Er is een werkboek, maar dit hoeft niet per se gebruikt te worden. Er is geen Powerpoint presentatie. Deelnemers hoeven in principe niet te kunnen lezen of schrijven. De groepsvorm zorgt voor sociale steun, groepsdruk, en gezelligheid. Ook de combinatie van intensieve begeleiding (zeven wekelijkse bijeenkomsten) en hulpmiddelen is van belang. Er wordt waar mogelijk hulp geboden met het aanvragen van de hulpmiddelen. Er is een voorbereidende fase waarin men gezamenlijk toe werkt naar het stopmoment tijdens de derde bijeenkomst. Het zichtbaar maken van het (stop)resultaat met de CO-meter lijken deelnemers te waarderen, evenals de laagdrempelige beschikbaarheid van een buddy/coach tussen de groepsbijeenkomsten door.

De oorspronkelijke training werd op enkele punten aangepast om hem geschikt te maken voor de doelgroep bij sociale werkbedrijven, bijvoorbeeld: een kleiner aantal deelnemers (10 in plaats van 16), pauzes tijdens de bijeenkomsten, het laten aansluiten van een begeleider of teamleider die mensen extra persoonlijke aandacht kon geven en ervoor zorgde dat iedereen aanwezig was, en extra ondersteuning bij het regelen van de hulpmiddelen.

Nazorg:

Na het stopmoment zijn er nog vier bijeenkomsten die de nazorg vormen van de groepstraining. Ook mogen deelnemers tijdens én na de training altijd telefonisch contact opnemen met hun coach, dus ook als ze bijvoorbeeld vier maanden na de training een moeilijk moment hebben. Helaas maken deelnemers hier niet of nauwelijks gebruik van. Die drempel lijkt te hoog te zijn.

Hulp bij onderliggende problemen:

Geen.

Implementatie:

De interventie is als goed beschreven opgenomen in het Loket Gezond Leven. De interventie wordt uitgevoerd door heel Nederland. Bevorderend voor (verdere) implementatie is het rookvrij beleid dat bedrijven stimuleert om werknemers stoppen-met-roken ondersteuning aan te bieden. Bevorderend is ook sinds 2020 deelname niet meer ten koste gaat van het eigen risico van deelnemers. Belemmerende factor voor implementatie is dat SineFuma niet met alle zorgverzekeraars een contract heeft, waardoor sommige rokers hun deelname niet (volledig) vergoed kunnen krijgen. Verder is het aanbod bij veel rokers nog onbekend.

Bronnen:

- Duo-interview met aanbieders.
- www.rookvrijookkij.nl
- <https://interventies.loketgezondleven.nl/leefstijlinterventies/interventies-zoeken/1400743>