

# Steun bij Stoppen met roken 1.0

## Werkblad beschrijving interventie

Werkblad, versie mei 2015

Dit is een gezamenlijk werkblad van de volgende kennisinstututen:



## Colofon

### **Ontwikkelaar / licentiehouder van de interventie**

Naam organisatie: Universiteit Maastricht in samenwerking met Vision2Health & C.A.W.  
Bolman van de Open Universiteit te Heerlen.  
E-mail: hein.devries@maastrichtuniversity.nl  
Telefoon: 043-3882410

**Website** (van de interventie): De interventie staat op moment van schrijven niet online.

### **Contactpersoon**

Vul hier de contactpersoon voor de interventie in.

Naam: Hein de Vries  
E-mail: hein.devries@maastrichtuniversity.nl  
Telefoon: 043-3882410

### **Referentie in verband met publicatie**

Naam auteur interventiebeschrijving: Prof. Dr. Hein de Vries  
Titel interventie: Steun bij Stoppen 1.0  
Databank(en):  
Plaats, instituut: Maastricht University, Maastricht  
Datum: december 2016

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

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

**Kijk bij het invullen in de handleiding die bij dit werkblad hoort.**

## Inhoud

<b>Colofon</b> .....	<b>2</b>
<b>Inhoud</b> .....	<b>3</b>
<b>Samenvatting</b> .....	<b>4</b>
Doelgroep.....	4
Doel.....	4
Aanpak .....	4
Materiaal.....	4
Onderbouwing.....	4
Onderzoek.....	4
<b>1. Uitgebreide beschrijving</b> .....	<b>6</b>
Beschrijving interventie .....	6
1.1 Doelgroep .....	6
1.2 Doel .....	7
1.3 Aanpak .....	8
<b>2. Uitvoering</b> .....	<b>12</b>
<b>3. Onderbouwing</b> .....	<b>15</b>
<b>4. Onderzoek</b> .....	<b>21</b>
4.1 Onderzoek naar de uitvoering .....	21
4.2 Onderzoek naar de behaalde effecten .....	23
<b>5. Samenvatting Werkzame elementen</b> .....	<b>29</b>
<b>6. Aangehaalde literatuur</b> .....	<b>30</b>

## Samenvatting

### Doelgroep – max 50 woorden

De interventie is bedoeld voor rokers die bereid zijn om binnen zes maanden te stoppen en 18 jaar of ouder zijn. Daarnaast moet men toegang hebben tot het Internet en de Nederlandse taal voldoende kunnen begrijpen.

### Doel – max 50 woorden

Rokers stimuleren om te stoppen met roken en hen te begeleiden bij hun stoppoging en het volhouden van het stopgedrag via persoonlijke feedback.

### Aanpak – max 50 woorden

Een online stoppen-met-roken programma geeft advies-op-maat. De adviezen zijn gebaseerd op de antwoorden van deelnemers over rookgedrag, kennis, attitude, sociale invloed, eigen effectiviteit, actieplannen en intentie om te stoppen met roken. Er zijn twee varianten: een videovariant waarbij de adviezen via video's worden gegeven en tekstvariant, adviezen via teksten.

### Materiaal – max 50 woorden

Rokers binnen 1 maand willen stoppen volgen 6 online sessies waarbij hen vragen wordt gesteld en zij hierop feedback krijgen (via video of tekst, afhankelijk van de gekozen variant). Rokers die later willen stoppen krijgen een andere variant met 3 extra sessies. Adviezen kunnen ook extra toegestuurd worden per mail.

### Onderbouwing – max 150 woorden

Uit voorgaand onderzoek blijkt dat mensen advies op maat prefereren boven een algemeen advies. Deelnemers vinden deze manier van informeren persoonlijker, relevanter en aantrekkelijker. De adviezen op maat zijn gebaseerd op het I-Change Model, dat verschillende wetenschappelijke theorieën op het gebied van de gezondheidspsychologie en –communicatie integreert. De effecten van advies op maat voor stoppen met roken zijn zowel nationaal als internationaal aangetoond.

### Onderzoek – max 100 woorden

Studie 1 onderzocht de condities voor werving. Studie 2 vond in een RCT dat video of tekst niet resulteerden in verschillende informatieverwerking tussen HSES en LSES rokers. Studie 3 analyseerde de verschillen in % stoppers tussen de video- (VCT), tekst- (TCT) en de controle

conditie (CC) na 6 maanden; deze waren: 20.9% (VCT); 17.9% (TCT) en 14.6 (CC) en waarbij VCT>TCT>CC ( $p<.01$ ). Studie 4 toonde prolonged stopperpercentages na 12 maanden: 20,2% (VCT), 13,5% (TCT) en 12,0% (CC); VCT>TCT,CC ( $p<.01$ ). Studies 5 toonde de kosten effectiviteit van de video versie aan. Studie 6 en 7 betroffen procesevaluaties waaruit o.a. bleek dat het programma even effectief en aantrekkelijk was voor laag- en hoogopgeleiden.

## 1. Uitgebreide beschrijving

### Beschrijving interventie

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

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

### 1.1 Doelgroep

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

Onze interventie richt zich op rokers die binnen 1 maand of binnen 6 maanden willen stoppen met roken (het inclusiecriteria); voor elke doelgroep is een aparte route binnen het programma. De interventie richt zich op zowel HSES als LSES rokers en is getest bij rokers van 18 jaar en ouder. Dit impliceert niet dat de interventie niet geschikt is voor jongere rokers. Echter, de effectiviteit bij jongere deelnemers is niet getest. Voorwaarden voor deelname is dat men gemotiveerd is om binnen 6 maanden te stoppen met roken. Uit de verschillende studies die gedaan zijn, zijn geen contra-indicaties naar voren gekomen, zoals andere verslavingen, medicatie of andere problematiek. Ook tijdens hierna uitgevoerde landelijke implementaties via GGDen zijn er geen contra-indicaties genoemd (ook niet door LSES rokers), waardoor het benoemen van duidelijke exclusiecriteria niet noodzakelijk lijkt te zijn.

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

Niet van toepassing.

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

De toelatingscriteria voor deelname aan het Steun bij Stoppen programma zijn als volgt:

- De persoon rookt dagelijks één of meerdere sigaretten en/of shagjes
- De persoon geeft aan binnen 6 maanden te willen stoppen met roken

Deelnemers ontvangen bij aanvang van het programma twee vragen om deze inclusiecriteria uit te vragen. Wanneer de deelnemer niet voldoet aan beiden inclusiecriteria zal hij/zij geëxcludeerd worden van verdere deelname. De deelnemer ontvangt een tekstboodschap waarin de exclusie wordt toegelicht. Geëxcludeerde deelnemers die op een later moment toch aan de toelatingscriteria voldoen, kunnen alsnog deelnemen aan het programma door een nieuw account aan te vragen.

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

De adviezen van SBS zijn gebaseerd op gegevens uit de procesevaluatie van het Stoppen met Roken op Maat 2.0 programma. SBS is uitgebreid gepilot en kwalitatief en kwantitatief geëvalueerd bij LSES en HSES rokers (zie o.a. Studie 2; Stanczyk et al., 2013) waaruit bleek dat video of tekst tailoring geen verschillen veroorzaken in informatieverwerking. Resultaten uit procesevaluatie Studie 6 toonde aan bleek de videoversie iets positiever te zijn gewaardeerd dan de tekstversie, 6.6 versus 6.3 op een 10-punts schaal. Daarnaast bleek dat alle deelnemers beide versies attractief, begrijpelijk, persoonlijk, bruikbaar te vinden, en bij te dragen aan het ondernemen van een stoppoging. Qua bruikbaarheid en hulp bij de stoppoging deed de videoversie het randsignificant beter ( $p < .07$ ) dan de tekstversie (zie Stanczyk et al, 2014 voor een uitgebreid overzicht). Uit Studie 7 bleek dat laag opgeleiden beide interventies iets beter te vinden dan de hoogopgeleiden, maar deze verschillen waren alleen significant voor de tekstversie die de hoogstopgeleiden minder interessant vonden dan de laagopgeleiden (Reinwand et al., JMIR, 2015).

## **1.2 Doel**

### **Hoofddoel** – max 100 woorden

Het primaire doel van het programma is om rokers te stimuleren om te stoppen met roken, en vervolgens te begeleiden bij hun stoppoging en het volhouden van het stopgedrag. Rokers die wilden stoppen binnen 1 maand kregen routing 1, bestaande uit 6 sessies. Rokers die wilde stoppen binnen 6 maanden kregen routing twee bestaande uit 3 extra sessies.

### **Subdoelen** – max 350 woorden

Subdoelen van het Steun bij Stoppen programma:

1. Het positief beïnvloeden van de attitude ten aanzien van (het overwegen om te) stoppen met roken bij de deelnemers.
2. Deelnemers beter in staat stellen om te gaan met lastige situaties bij het stoppen met roken.
3. Deelnemers beter in staat stellen sociale steun te verkrijgen bij het stoppen met roken.

4. De effectiviteit ten aanzien van stoppen met roken en niet roken bij de deelnemers verhogen.
5. Deelnemers specifieke plannen laten ontwikkelen om hun intentie om te stoppen met roken te faciliteren.

### 1.3 Aanpak

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

De interventie bestaat uit een online stoppen met roken programma waarbij advies op maat wordt gegeven. Het gaat hierbij om een uitbreiding van een eerder effectief gebleken, online advies-op-maat interventie over stoppen met roken voor volwassenen (Stoppen met Roken Advies op Maat 2.0 van Te Poel, Bolman, Reubsat, & De Vries, 2009).

De interventie bestaat uit twee varianten; één waarbij de adviezen aangeboden worden in videoboodschappen en één waarbij dezelfde adviezen in tekstvorm worden aangeboden. Inhoudelijk zijn de varianten gelijk. De interventieboodschappen zijn voorgelegd aan LSES en HSES rokers, en getest op mogelijk verschillen qua informatie verwerking (Stanczyk et al., 2013) welke er niet bleken te zijn. Aanbieders van het programma kunnen kiezen welke variant zij willen aanbieden. Het programma bestaat uit twee routes: 1 voor rokers die gemotiveerd zijn te stoppen met roken binnen 1 maand. Rokers die gemotiveerd zijn om te stoppen binnen 1 maand krijgen 6 sessies. Rokers die gemotiveerd zijn om te stoppen binnen 6 maanden krijgen 3 extra sessies. Rokers die terugvallen kunnen weer opnieuw beginnen.

Deelnemers, die geïnteresseerd zijn om binnen 6 maanden te stoppen met roken, worden uitgenodigd om naar de interventiewebsite te gaan en kunnen daar met hun eigen (aangemaakte) gebruikersnaam en wachtwoord inloggen. Vervolgens ontvangen ze een vragenlijst die gebaseerd is op het I-Change Model (De Vries et al., 2003). Vervolgens krijgen ze op basis van de eigen antwoorden een advies op maat tijdens verschillende feedback sessies. Het exacte aantal sessies is afhankelijk van de intentie van de deelnemer om te stoppen, zijn/haar gereedheid om een specifieke stopdatum te plannen binnen 1 of 6 maanden en de bereidheid om opnieuw te beginnen na een relapse. In bijlage 1 is de opzet van Steun bij Stoppen schematisch weergegeven.



### **Opzet interventie**

De interventie gebruikt drie adviesstrategieën: 1. Personalisatie (de naam van een persoon gebruiken); 2. Motivationale feedback (feedback over voor en nadelen; sociale steun, eigen effectiviteit en actieplannen); 3. Herhaalde feedback (getailorde informatie op meerdere momenten). De effectiviteit van Steun bij Stoppen is dus gebaseerd op meerdere advies op maat momenten, aangezien al eerder werd aangetoond dat het verstrekken van meerdere feedback momenten effectiever is gebleken dan eenmalig advies (Dijkstra, De Vries, Roijackers, & van Breukelen, 1998; Smeets, Brug, & de Vries, 2008). De inhoud van de interventie is gebaseerd op de beïnvloedbare factoren uit het I-Change model (De Vries et al., 2003). Daarnaast zijn verschillende gezondheidscommunicatietechnieken gebruikt in de adviezen, zoals terugkoppeling, empathie, weerleggen van foutieve opvattingen, aanbieden van nieuwe beliefs en social modeling.

### **Beschrijving onderdelen van de interventie:**

De interventie begint met een introductie en een baselinevragenlijst, waar onder andere sociaal demografische kenmerken, het rookgedrag, de motivatie om te stoppen met roken en de determinanten van het roken gevraagd worden. De antwoorden op deze vragen genereert een advies op maat over stoppen met roken voor deze persoon.

Bij het advies op maat wordt er rekening gehouden met verschillende kenmerken van de persoon, zoals de mate van verslaving, de mate van perceptie van de voordelen van stoppen met roken, de mate van sociale steun voor het stoppen die de persoon verwacht, de mate van barrières die de persoon ziet om effectief te kunnen stoppen en de mate van specifieke plannen die de persoon maakt om effectief te kunnen stoppen. Afhankelijk van de intentie van de deelnemer om binnen een maand te stoppen met roken of niet, wordt hij/zij doorgestuurd naar één van de twee mogelijke feedback routes.

De deelnemers, die gemotiveerd zijn om binnen een maand te stoppen, worden doorgestuurd naar route 1 en men wordt gevraagd om een stopdatum te kiezen. Vervolgens ontvangen zij adviezen die hen kunnen helpen bij het stoppen en gestopt blijven gedurende de komende 3 maanden.

Deelnemers, die niet gemotiveerd zijn om binnen een maand te stoppen, worden doorgestuurd naar route 2. Hier wordt er ingegaan op het verhogen van de motivatie om te stoppen middels het sturen van feedback over zowel de voor- en nadelen van roken als ook stoppen met roken. Ook wordt men aangemoedigd om uiteindelijk een concrete stopdatum te plannen.

Vervolgens wordt men uitgenodigd om met de vervolgssessie 1 maand na de baselinevragenlijst mee te doen, en in de tussentijd na te denken over hun motivatie om te stoppen en de informatie die ze gekregen hebben. Tijdens de tweede sessie wordt de deelnemers gevraagd

naar hun rookgedrag, en wordt de feedback van de vorige keer herhaald. Op het eind wordt er gevraagd naar hun gereedheid om te stoppen met roken de volgende maand. Is dit het geval, dan wordt de deelnemer doorgestuurd naar route 1. Is men echter niet bereid te stoppen, dan men uitgenodigd voor een derde sessie een maand later. Deze sessie is gelijk aan de tweede sessie. Ook bij deze sessie wordt op het eind gevraagd naar de gereedheid van de deelnemer om te stoppen met roken. Is dit wel het geval, dan wordt de deelnemer doorgestuurd naar route 1. Geeft men aan niet te willen stoppen binnen een maand, dan ontvangt men een bericht waarin wordt vermeld dat aangezien ze niet klaar zijn om te stoppen met roken, ze geen berichten meer zullen ontvangen van het programma.

Er wordt tijdens de verschillende feedbacksessies ook ingegaan op de attitude met betrekking tot stoppen met roken van de deelnemer, de steun die rokers ervaren van anderen om te stoppen en gestopt te blijven, en eventuele moeilijke situaties die rokers verwachten om (blijvend) te stoppen.

Bovendien wordt ingegaan hoe men effectieve actieplannen kan maken om makkelijker en effectiever om te kunnen gaan met deze barrières en effectief te kunnen stoppen met roken. Indien respondenten dit wensen, kunnen ze meerdere keren de interventie bezoeken. Zij krijgen dan wederom advies op maat, wat gegeneerd is specifiek voor hun nieuwe situatie.

De videoboodschappen worden door één van de vijf presentatoren (2 mannen, 3 vrouwen) verteld.

### **Voorbeeld advies op maat**

Advies Actieplannen: Voorbereiden op het stoppen

*“Rookwaar verwijderen?”*

*U twijfelt of u alle rookwaar uit uw huis gaat verwijderen. Is het wel handig om sigaretten in huis te houden? Nee, veel mensen die succesvol gestopt zijn zeggen dat stoppen veel moeilijker is als sigaretten of tabak in huis aanwezig zijn. Het is dan te makkelijk om toch eens toe te geven aan de verleiding om te gaan roken, bijvoorbeeld na het eten of bij een kopje koffie. Waarom zou u het uzelf extra lastig maken als u gaat stoppen? Denk maar zo: als u geen sigaret in huis heeft, kunt u er ook geen één opsteken. Zorg er dus voor dat u uiterlijk één dag voordat u gaat stoppen alle rookwaar uit huis heeft verwijderd. En vergeet u ook de asbak niet?”*

Advies Nadelen van niet (meer) roken:

*“Toename in gewicht*

*U bent van mening dat u in gewicht aankomt als u niet meer rookt. Dit kan inderdaad: sommige mensen die stoppen met roken komen toch iets aan in gewicht. Dit komt doordat de stofwisseling verandert, maar ook omdat mensen vaker iets tussendoor eten. Op die manier*

*krijgen ze meer energie binnen dan ze gebruiken. Wat mogelijk helpt voor u is zorgen voor een goed eetpatroon. Zo kunt u het best drie maaltijden per dag eten. Verder is het goed om geen ongezonde tussendoortjes te eten of deze te vervangen door gezonde tussendoortjes, zoals een stuk fruit. Wat u ook kan helpen is veel te bewegen. Dat kan sporten zijn, maar u kunt ook wat vaker de trap nemen, of gaan wandelen of fietsen.”*

## **Werving**

Deelnemers van de interventie zijn voor het onderzoek geworven via advertenties in kranten, geplaatste oproepen op websites van verschillende nationale gezondheidsfondsen (Diabetes Fonds, KWF Kanker Bestrijding, het Longfonds en het Nederlandse Fonds voor een Rookvrije Toekomst), en via verschillende Nederlandse bedrijven waarbij medewerkers van die bedrijven op de hoogte van het onderzoek werden gebracht middels interne communicatiekanalen. Ook werden deelnemers geworven via huisartsenpraktijken, waarbij medewerkers van de praktijken patiënten, die rookten, verwezen naar de interventiewebsite voor meer informatie. De praktijken ontvingen een brief waarin het project, de taken van de artsen en de assistentes, en de nodige wervingsmaterialen uitgebreid werden beschreven. De interventie kan ook nog worden aangeboden door andere gezondheidsorganisaties, zoals de thuiszorg en ziekenhuizen. Bij alle strategieën kunnen rokende deelnemers op ons programma attent gemaakt worden en doorverwezen worden naar de website. Werving via verschillende kanalen heeft als voordeel dat de kans op het bereiken van verschillende typen rokers wordt vergroot. Zo trekt het werven van deelnemers via huisartsenpraktijken meer lager, opgeleide rokers en rokers met roken gerelateerde ziekten aan (Hoving, Mudde, & de Vries, 2007; Marcano Belisario, Bruggeling, Gunn, Brusamento, & Car, 2012; Smit, Hoving, Cox, & de Vries, 2012; N. E. Stanczyk, Crutzen, Bolman, Muris, & de Vries, 2013). Daarnaast tonen Stanczyk en anderen (2013) aan dat het werven van deelnemers via (lokale) kranten meer rokers met een lagere nicotine-afhankelijkheid oplevert. Het werkt dus het best als de wervingsstrategie aangepast wordt aan de strategie die voor de desbetreffende organisatie het meest geschikt is. De wervingsstrategieën kunnen daardoor dus per gebruiker en doelgroep verschillen.

## 2. Uitvoering

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

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

Het systeem voor implementatie van SBS verloopt thans via Vision2Health en de Universiteit Maastricht.

De Universiteit Maastricht heeft in het kader van de valorisatie van wetenschappelijke kennis een speciale BV opgericht: Vision2Health. Hierin participeren de Universiteit Maastricht (via het MUCM+) en het software bedrijf OSE dat is gevestigd te Geleen. Dit bedrijf heeft het softwarepakket ontwikkeld waarmee het advies op maat is gemaakt: TailorBuilder.

SBS is bij Vision2Health ondergebracht, en wordt sinds 2011 actief aangeboden aan verschillende organisaties. Vision2Health heeft via een mailing en persoonlijke contacten stappen ondernomen om het programma aan te bieden. Het resultaat is dat het programma gebruikt is en wordt bij een aantal GGD-en. De contacten met ziektenkostenverzekeraars is tot dusver niet vruchtbaar gebleken. De ervaringen uit dit proces leren dat het mogelijk zinvoller is om de interventie aan te bieden via grote landelijk organisaties, zoals het Trimbos Instituut en het KWF. Met deze organisaties lopen thans ook gesprekken alsook specifieke initiatieven (bijv. samen met het Trimbos wordt gekeken hoe de implementatie via huisartsen kan geschieden).

### **Materialen** – max 200 woorden

Steun bij Stoppen is op zich zelf staande online interventie, extra materialen zijn dan ook niet van toepassing. De onderzochte interventie staat op het moment van de certificeringsaanvraag niet online want de onderzochte interventie is na afloop van de RCT offline gehaald. De aangeboden interventie gaat niet verschillen van de onderzochte interventie.

Er is geen kant-en-klare demoversie maar als er een organisatie of bedrijf is die interesse heeft kan er een demo-account aangemaakt worden dat voor een bepaalde tijd vrijgeven wordt. Dit is verkrijgbaar op de website [www.vision2health.com](http://www.vision2health.com).

Aangezien, zoals eerder beschreven, wervingsstrategieën (en daarmee ook wervingsmaterialen) per doelgroep kunnen verschillen worden deze niet standaard meegeleverd.

Ook de wijze waarop deelnemers worden geïnformeerd over de opzet en inhoud van de interventie kan per aanbieder verschillen. Informatiemateriaal kan in overleg worden aangeleverd.

Tot slot kan Vision2Health verschillende stylesheets aanbieden, zodat de lay-out van de interventie aangepast kan worden naar de vraag van de desbetreffende organisatie.

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

De gebruikte computer-tailored feedback via internet is uitermate geschikt voor iedereen die gebruik maakt van internet in het algemeen en voor instanties die deze interventie willen aanbieden.

Organisaties kunnen de interventie verspreiden op de voor hen meest verstandige manier. Dit kan impliceren dat rokers worden geworven via lokale media, via internet, via bedrijfskanalen (bedrijfsemail, kranten, bedrijfsinternet etc.).

Het aanbieden van de Steun bij Stoppen interventie kan interessant zijn voor diversen organisaties, zoals Gezondheidsfondsen, gemeentes, huisartsenpraktijken, gezondheidsorganisaties (zoals thuiszorg en ziekenhuizen) of bedrijven met aandacht voor een gezonde leefstijl van hun medewerkers.

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

Steun bij Stoppen is een op zich zelf staande interventie. Aanvullende competenties, opleidingen en/of trainingen voor de aanbieders van de interventie zijn dan ook niet van toepassing.

### **Kwaliteitsbewaking** – max 200 woorden

De interventie is ondergebracht bij Vision2Health welke zorg draagt voor adequate aanlevering van de interventie. Daarnaast is de hoofdonderzoeker Prof. Dr. H. de Vries van de UM betrokken bij elke implementatie. De interventies worden zorgvuldig gemonitord qua gebruik, kwaliteit en effectiviteit. Zo kan de interventie verder worden geoptimaliseerd aan de hand van suggesties van gebruikers. Daarnaast, wordt in verschillende RCT's, door de Universiteit Maastricht, nagegaan hoe we de effectiviteit kunnen verbeteren en vergroten. Op dit moment lopen er speciale studies die zich richten op bijvoorbeeld de preventie van relapse. Vision2Health en OSE zijn betrokken bij verschillende interventies en producten (bijv. het advies over diabetes). De bescherming van privacy is hierbij essentieel en daarom zijn er verschillende beveiligingsmaatregelen aanwezig. Meer informatie over de waarborging van privacygevoelige gegevens binnen Tailorbuilder is beschikbaar via OSE.

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

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

De interventie wordt door organisaties zoals GGDen aangeboden.

Deze organisaties sluiten een contract af met Vision2Health (mogelijk in de toekomst met het Trimbos Instituut) om SBS online te zetten. De lay-out kan dan indien gewenst in de stijl van de organisatie worden gebracht; hiervoor is ook een expert beschikbaar. Rokers die door deze organisaties worden bereikt kunnen dan deelnemen aan het programma. Deelname voor

rokers is tot dusver gratis geweest. In het verleden is de interventie actief gepromoot door Vision2Health aan GGD-en.

**Kosten** – max 200 woorden

Participerende organisaties kunnen een licentie verkrijgen voor het aanbieden van de interventie. De kosten van de licentie zijn vooral bedoeld ter dekking van de hostingkosten, de kosten van het personeel om de interventie te onderhouden en hiervoor de procesevaluatie te doen. De licentiekosten voor organisaties zoals deze thans in grote lijn worden gehanteerd zijn € 2500,- en de hostingkosten € 25,- per week zolang het programma online staat. het programma te betalen voor een bepaald aantal gebruikers.

Tot dusver wordt het programma kosteloos verstrekt aan rokers die willen participeren.

### 3. Onderbouwing

**Probleem** – max 400 woorden

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

Vandaag de dag rookt ongeveer 22.6% van de vrouwelijk en 30% van de mannelijke bevolking in Nederland (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2016). Roken is schadelijk voor de gezondheid en veroorzaakt verschillende aandoeningen zoals COPD, (long)kanker en hart- en vaataandoeningen. Jaarlijks sterven ongeveer 20.000 mensen in Nederland aan roken gerelateerde ziekten (Ter Weijde & Croes, 2015). Meerroken is eveneens schadelijk. Jaarlijks sterven enkele duizenden mensen als gevolg van meerroken.

Roken kan beschouwd worden als een verslaving. De tabak in de sigaret is een verslavend middel dat nicotine bevat. Nicotineafhankelijkheid wordt door meerdere factoren bepaald. Maat hiervoor is hoeveel sigaretten iemand op een dag rookt, hoeveel moeite het die persoon kost om te stoppen en de tijdsduur waarbinnen iemand na het wakker worden een sigaret opsteekt. Mensen die meer dan tien sigaretten op een dag roken en de eerste sigaret na het ontwaken binnen 30 minuten aansteken worden als nicotineafhankelijk beschouwd (Chavannes et al., 2007). Ook een genetische predispositie ten aanzien van verslavingen kan gezien worden als een belangrijke factor bij (het blijven) roken. De verschillende gevolgen van roken zijn te voorkomen door te stoppen met roken.

Hoewel roken de kans op een vroegtijdige dood onder alle rokers verhoogd, komt dit het meest voor in groepen met een lagere socio-economische status (LSES) (Giskes et al., 2005; Honjo, Tsutsumi, Kawachi, & Kawakami, 2006; Kotz & West, 2009). Socio-economische status (SES) kan worden beschreven als de economische en sociale positie van een individu, welke vaak is gebaseerd op verschillende variabelen bijvoorbeeld inkomen, opleiding en beroepsstatus (Laaksonen, Rahkonen, Karvonen, & Lahelma, 2005). In de laatste decennia zijn de verschillen in SES gerelateerd aan rookgedrag geleidelijk aan een steeds serieuzer probleem geworden. Terwijl voorheen roken voornamelijk sociaal geaccepteerd werd onder mensen met een hoge SES (HSES) (Lopez, Collishaw, & Piha, 1994), ziet men tegenwoordig dat mensen met een lagere SES vaak meer roken dan mensen met een hogere SES (Giskes et al., 2005; Harper & Lynch, 2007; Mackenbach et al., 2008; Rasmussen, Due, Damsgaard, & Holstein, 2009; Smith, Frank, & Mustard, 2009). Ook in Nederland blijken duidelijke SES verschillen te zijn in prevalentiescores van roken. In 2015 rookte 21% van de hoger opgeleiden, 29% van de gemiddeld opgeleiden en 29% van de lager opgeleide mensen.

### **Oorzaken** – max 400 woorden

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

Voor de algemene samenleving is het belangrijk om de schade van roken en tabaksverslaving zoveel hoe mogelijk te beperken. Verder is de kennis over roken en de schade van roken onder de groep rokers vaak heel laag (Willemsen et al., 2011). Daarnaast blijkt de meest risicovolle groep de LSES rokers te zijn; ze zijn vaak minder gemotiveerd om te stoppen met roken, vallen sneller terug in hun oude rookgewoonten (Hiscock, Judge, & Bauld, 2010; Kotz & West, 2009), en volgen interventie tips en –feedback slechter op (Moser, Dracup, & Doering, 2000; Strecher et al., 2008). Het is daarom belangrijk om een goede methode en behandeling beschikbaar te hebben waarmee vooral deze groep rokers, maar zeer zeker ook de overige groepen, voorlichting over de schade van roken en ondersteuning ontvangen tijdens het stoppen met roken.

### **Aan te pakken factoren** – max 200 woorden

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

Uit verschillende studies blijkt dat stoppen met roken wordt beïnvloed door verschillende factoren, zoals attitudes, sociale invloed, eigen effectiviteit, actieplannen en specifieke als-dan plannen om om te gaan met barrières (De Vries, Mudde, Dijkstra, & Willemsen, 1998; Dijkstra, De Vries, & Roijackers, 1998; Te Poel, Bolman, Reubsaet, & de Vries, 2009; van Osch et al., 2009). In Steun bij Stoppen wordt advies op maat gegeven op deze factoren waarbij uitgegaan is van het I-Change Model.

Met behulp van de feedback die de rokers ontvangen, proberen wij hun attitude ten aanzien van het daadwerkelijk (overwegen om te) stoppen met roken positief te beïnvloeden (subdoel 1). Zo krijgt men feedback over hoe beter om kan gaan met lastige situaties, sociale steun kan verkrijgen, de eigen effectiviteit ten aanzien van stoppen met roken en niet roken kan verhogen, en specifieke plannen kan ontwikkelen om hun intentie om te stoppen met roken te faciliteren (subdoel 2 t/m 5).

We willen met de interventie ervoor zorgen dat rokers die gemotiveerd zijn om te stoppen hun plan ook in een actie omzetten en behulp van ons programma gestopt blijven (subdoel 5).

Stoppogingen die van tevoren goed voorbereid worden, kunnen binnen ons programma beschouwd worden als bereikbare doelen. Een uitvoerbaar plan voor hun stoppogingen zal de roker helpen om met verschillende aanvaardbare inspanningen tijdens de stoppoging te kunnen omgaan.



### Routing 1:

Sessie 1: inventarisatie van gedrag en motivatie; feedback hierover en stimuleren tot het kiezen van een stopdag

Sessie 2: 7 dagen voor de stopdag: het maken van voorbereidende plannen, het geven van persoonlijke tips om de eigen effectiviteit om te stoppen te vergroten door in te gaan op die barrières die voor de roker van belang zijn, en vervolgens de roker te stimuleren tot het maken van coping plannen: hoe ga je om met die barrières en welke specifieke plannen maak je.

Sessie 3: 3 dagen na de stopdatum wordt ingegaan op hoe het gaat, welke moeilijke momenten er zijn, en welke coping plannen voor deze moeilijke momenten zinvol zijn. Hiervoor worden ook tips gegeven.

Sessie 4: 2 weken na de stopdag wordt ingegaan op de voordelen die verwacht werden ook nog steeds zo worden ervaren, er wordt weer ingegaan op de barrières en hoe hier mee om te gaan.

Sessie 5: 4 weken na de stopdag: grotendeels dezelfde strategie als bij sessie 4.

Sessie 6: 8 weken na de stopdag: grotendeels dezelfde strategie als bij sessie 4.

De similariteit tussen sessies 4 is voortgekomen uit gesprekken met rokers waaruit bleek dat men vooral behoefte had om eventuele dalingen in motivatie te kunnen behandelen en in te kunnen gaan op (nieuwe) barrières tijdens het stopproces na het stoppen met roken, om zo het stoppen vol te kunnen houden.

### Routing 2:

Sessie 1: inventarisatie van gedrag en motivatie, feedback hierover, en stimuleren om verder na te denken over de voordelen van stoppen en hoe dit het beste te kunnen doen in de toekomst.

Sessie 2: 1 maand na sessie 1: ingaan op de voordelen van stoppen en nadelen van roken, en de sociale omgeving (normen, voorbeeld gedrag en steun) en persoonlijke feedback hierover. Dan bepaling of men binnen een maand wil stoppen. Is dit het geval dan gaat men naar routing 1. Is dit niet het geval dan krijgt men in sessie 3 na weer een maand een vergelijkbare inventarisatie. Is men dan gemotiveerd, dan kan men naar routing 1 gaan. Is dit niet het geval dan wordt geopperd om het programma te beëindigen omdat de roker nog niet voldoende gemotiveerd is om te stoppen.

### **Verantwoording** – max 1000 woorden

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

Uit voorgaand onderzoek van Dijkstra & De Vries bleek dat mensen advies op maat prefereren boven een algemeen advies (Dijkstra & De Vries, 1999). Eerder onderzoek heeft aangetoond dat deelnemers deze manier van informeren veel persoonlijker, relevanter en aantrekkelijker

vonden (Dijkstra, Conijn, & De Vries, 2006). De adviezen op maat zijn gebaseerd op het I-Change Model, de opvolger van het ASE-model, dat verschillende wetenschappelijke theorieën op het gebied van de gezondheidspsychologie en -communicatie integreert.

Volgens het I-Change Model doorlopen mensen voor een gedragsveranderingsproces een aantal fases: 1. bewustwording; 2. motivatie; 3. actie oftewel gedragsverandering. Elk van deze fasen wordt beïnvloed door andere factoren. Zo is zelfvertrouwen en het maken van actieplannen erg relevant wanneer iemand zich in de actiefase bevindt, maar mogelijk minder relevant indien men zich nog niet gemotiveerd voelt het probleem aan te pakken. Concreet betekent dit dus dat een persoon die zich nog niet bewust is van een probleem, meer gebaat is bij informatie over de voor- en nadelen van het desbetreffende gedrag en bij kennisstoetsing over de gevolgen van het gedrag. Onze onderzoeksgroep heeft de laatste jaren zeer veel aandacht besteed aan het verfijnen en toetsen van dit model. Meerdere studies hebben intussen aangetoond dat dit model daadwerkelijk bijdraagt aan succesvolle gedragsverandering (De Vries, Kremers, Smeets, Brug, & Eijmael, 2008; De Vries, Mesters, van't Riet, Willems, & Reubsat, 2006; Segaar, Bolman, Willemsen, & de Vries, 2006; Te Poel et al., 2009).

Zoals uit de eerdere beschrijving blijkt wordt aan de hand van het I-Change Model ingegaan op: 1. Het rookgedrag; 2. De intentie om te stoppen; 3. De attitude (de voor-en nadelen van stoppen en roken); 4. de sociale invloeden (normen, steun en voorbeeldgedrag); 5. De eigen effectiviteit; 6. Actie plannen via voorbereidende en copingplannen. Aan de respondenten wordt gevraagd om een antwoord te geven op vragen over deze factoren, waarna er feedback wordt gegeven op deze antwoorden. Bij de actieplannen wordt gevraagd aan de rokers om zelf pro-actief actieplannen te maken qua voorbereiding en hoe om te gaan met de barrieres. Daarnaast kregen ze ook feedback over deze plannen en gepersonaliseerde tips.

In de feedback ontvangen de deelnemers ook meer informatie over eventueel aanvullende ondersteuning door farmacotherapie. Zo worden de deelnemers geïnformeerd over mogelijke positieve effecten van farmacotherapie. Daarbij wordt deelnemers aangeraden het stoppen met roken, eventuele ontwenningssverschijnselen en mogelijkheden tot het gebruik van farmacotherapie te bespreken met hun huisarts.

Daar de interventie een stand-alone programma is, wordt er niet verwezen naar andere programma's. Dit was om twee redenen. Allereerst kon dit niet worden gedaan, omdat dit mogelijk teveel ruis zou geven in het gerandomiseerde experiment. Ten tweede maakt het doorverwijzen in een programma een programma zeer kwetsbaar voor veranderingen in aanbod. Ons oordeel is dat dit programma past binnen een breder scala van stoppen met roken methodes. Met andere woorden, in bijvoorbeeld een overkoepelende webpagina kan men

verwijzen naar andere methodes, waarbij dan ook kan worden aangegeven aan de rokers in hoeverre deze methoden ook bewezen effectief zijn gebleken middels toetsing.

### **Werkzame factoren/mechanismen**

Het huidige programma maakt gebruik van de volgende werkingsmechanismen.

1. *Computer tailoring.* Uit verschillende studies blijkt dat computer tailored interventies effectiever zijn dan een web-based interventie die bestaat uit een generiek advies (zie bijvoorbeeld Civljak, Sheikh, Stead, & Car, 2010). Verschillende Nederlandse studies tonen dit aan zie bijvoorbeeld Dijkstra, De Vries, Roijackers, et al. (1998) en Te Poel et al. (2009) voor Nederlandse publicaties over stoppen met roken of Noar, Benac, and Harris (2007) en Lancaster and Stead (2005) voor een internationaal overzicht over de effecten van advies op maat. De algemene werkzame onderdelen van advies op maat worden ook uitgebreid beschreven in verschillende artikelen (Dijkstra, 2005; Dijkstra & De Vries, 1999; Hawkins, Kreuter, Resnicow, Fishbein, & Dijkstra, 2008). Daarom is het belangrijk dat stoppen met roken informatie voor deelnemers vanuit een interventie op maat wordt aangeboden; in vakjargon spreken we dan van “getailorede informatie”.

2. *Feedback over de motivationale factoren.* Verandering van de meest belangrijke determinanten voor stoppen met roken zijn: attitude, sociale steun, eigen effectiviteit, intentie en actieplannen. Het belang van deze determinanten is uitgebreid gedocumenteerd en het recente belang voor specifieke actieplannen als effectieve goalsetting strategie is reeds aangetoond (De Vries et al., 2008; Hoving, Mudde, & De Vries, 2006; Te Poel et al., 2009; van Osch et al., 2009). De motivatie die iemand heeft om te stoppen met roken en het aantal gemaakte en uitgevoerde actieplannen blijken significante voorspellers van de succeskans op stoppen met roken te zijn. Specifieke feedback op deze actieplannen bevorderen het maken en het uitvoeren van plannen. Het uitvoeren van de geplande actieplannen correleert namelijk sterk positief met een hogere kans om te zijn gestopt met roken.

3. *Doelgroepfocusering.* Het programma biedt verschillende routings voor gemotiveerde en minder gemotiveerde rokers om te stoppen. Het huidige programma is een van de weinige programma's waar verschillend routes worden aangeboden afhankelijk van iemand's niveau van de intentie om te stoppen. Dit betekent dat er behalve tailoring er ook doelgroepfocusering heeft plaats gevonden.

4. *Veranderingsstrategieën.* In het advies op maat zijn verschillende gedragsveranderings technieken gebruikt (zie voor een overzicht Bijlage 2).

Het onderscheidend vermogen van Steun bij Stoppen met roken 1.0 in vergelijking met traditionele interventies betreft dus de opzet: ze geeft advies op maat. Daarnaast gaat de interventie uitgebreid in op het stellen en volhouden van actieplannen, wat naast Stoppen met Roken 2.0 vaak veel minder expliciet aan bod komt in andere stoppen met roken interventies.

Echter, een duidelijk verschil van de huidige interventie met Stoppen met Roken op Maat 2.0 is dat men meerdere keren advies op maat ontvangt in plaats éénmalig, en dat de adviezen door middel van videoboodschappen kunnen worden aangeboden.

### **Verantwoording**

Eerder onderzoek naar de effecten van advies op maat laten zien dat er positieve effecten zijn bereikt door de toepassing van het ASE-model en later het I-Change Model op stoppen met roken. Hierdoor is het belang van de genoemde factoren aangetoond, alsook het effect van advies op maat zowel bij gebruik als brief als gebruik via het web (computer-tailoring). Zowel nationaal onderzoek als internationaal onderzoek laat zien dat advies op maat kan resulteren in significant verhoogde stoppercentages (Dijkstra, De Vries, Roijackers, et al., 1998; Etter, 2005; Stanczyk, Bolman, van Adrichem, et al., 2014; Strecher, Shiffman, & West, 2005; Te Poel et al., 2009; Velicer & Prochaska, 2004).

## 4. Onderzoek

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

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

Beschrijf kort welke onderzoeken zijn gedaan en wat daarvan de uitkomsten waren.

Stuur bij het indienen van het werkblad de volledige publicatie van ieder genoemd onderzoek mee.

Beschrijf per onderzoek:

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

#### **Studie 1:**

a. Stanczyk, N.E., Bolman, C., Smit, E.S., Candel, M.J.J.M., Muris, J.W.M. & De Vries, H. (2013). How to encourage smokers to participate in web-based computer-tailored smoking cessation programs: a comparison of different recruitment strategies. Health Education Research.

a. Het betrof een onderzoek naar het bereik, behoud en de kosten van vier strategieën gericht op het werven van rokers, De studie was onderdeel van een RCT waarin 832 deelnemers werden gerandomiseerd tot drie condities. Rokers werden uitgenodigd via huisartsenpraktijken / praktijkondersteuners, kranten, internet en andere strategieën (zoals een mailing via organisaties).

c. Rokers geworven via huisartsenpraktijken hadden een lager opleidingsniveau en waren vaker gediagnosticeerd met COPD, in vergelijking met rokers geworven via het internet. Minder gemotiveerde deelnemers, geworven via de huisartsenpraktijk keerden eerder terug naar het programma dan minder gemotiveerde deelnemers die op een andere manier worden geworven. Zeer verslaafde rokers geworven via kranten deden minder vaak een stoppoging dan zeer verslaafde rokers geworven via de huisartsenpraktijk. Vrouwen geworven via kranten hadden een kleinere kans hun stoppoging vol te houden, in vergelijking met de vrouwen

geworven via de huisartsenpraktijk. Werving via de huisartsenpraktijk was het duurst van de verschillende strategieën.

Geconcludeerd kan worden dat de wervingsstrategie van invloed was op het type geïnccludeerde roker. Groepsverschillen werden geassocieerd met verschillende patronen van stoppen met roken.

## **Studie 2:**

a. Stanczyk, N.E., Crutzen, R., Bolman, Muris, J.W.M. & De Vries, H. (2013). Influence of delivery strategy on message processing mechanisms and future adherence to a Dutch computer-tailored smoking cessation intervention. *Journal of Medical Internet Research*.

b. In deze RCT studie (een andere RCT dan de hoofdstudie) werd bij 139 rokers onderzocht of er verschillen waren in berichtverwerking mechanismes (aandacht, begrip, zelfreferentie, waardering en verwerking) en toekomstig gebruik (intentie om het programma opnieuw te bezoeken/gebruiken, het aanbevelen van het programma aan anderen) op basis van overdrachtsstrategie (video versus tekstadviezen) en opleidingsniveau ten op zichten van een online advies op maat programma. Deelnemers werden willekeurig toegekend tot de video of tekstversie van het programma. In totaal werd door 139 deelnemers de eerste sessie van de interventie volledig ingevuld. Aansluitend werd deze deelnemers gevraagd een vragenlijst in te vullen over berichtverwerking mechanismes en toekomstig gebruik van het programma.

c. Er werden geen interactie-effecten gevonden tussen de twee condities (video/tekstadviezen) en opleidingsniveau op berichtverwerking mechanismes en toekomstig gebruik. De manier waarop de adviezen geleverd werden hadden geen effect op toekomstig gebruik en berichtverwerking mechanismes. Echter, in beiden groepen laten resultaten zien dat lager opgeleide deelnemers hoger scoorde op aandacht en verwerking van de berichten. Verdere resultaten laten ook zien dat lager opgeleide deelnemers eerder geneigd waren de website van de advies op maat interventie nog eens te bezoeken. Geconcludeerd kan worden dat online advies op maat programma de potentie hebben lager opgeleiden positief te beïnvloeden, aangezien zij meer betrokken waren bij de interventie dan de hoger opgeleide rokers. Longitudinale studie met een grotere onderzoekspopulatie zijn nodig om meer inzicht te verkrijgen in de rol van de overdrachtsstrategie in advies op maat programma's.

#### 4.2 Onderzoek naar de behaalde effecten – max 600 woorden

*Wat is op basis van het beschikbare onderzoek bekend over de behaalde effecten met de interventie?*

Beschrijf kort welke onderzoeken zijn gedaan en wat daarvan de uitkomsten waren.

Stuur bij het indienen van het werkblad de volledige publicatie van iedere genoemde studie mee.

Beschrijf per onderzoek:

- a) De titel, auteurs, organisatie en jaar van uitgave
- b) Het type onderzoek, de meetinstrumenten en de omvang van het onderzoek
- c) Een samenvatting van de meest relevante uitkomsten met betrekking tot het bereik van de interventie, de gevonden effecten en -indien beschikbaar- de door de doelgroep ervaren effectiviteit en de mate waarin de veronderstelde werkzame elementen daadwerkelijk zijn uitgevoerd.

#### **Studie 3: Effecten SBS na 6 maanden**

- a. Stanczyk, N.E., Bolman, C., Candel, M.J.J.M., Van Adrichem, M.J.G., Muris, J.W.M., & De Vries, H. (2014). Comparison of text and video computer-tailored interventions for smoking cessation: Randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*.
- b. Gerandomiseerd experiment (N=2099) met drie condities: videotailoring (VCT), texttailoring (TXT) en controle conditie (CC). De tailoring condities betroffen een advies-op-maat programma over stoppen met roken voor rokers die wilden stoppen binnen 6 maanden. De interventie is ontwikkeld aan de hand van het I-Change Model. Effecten op stoppen met roken gedrag zijn geanalyseerd na 6 maanden. Multiple imputatie is gebruikt. Verschillende scenarios zijn doorgerekend.
- c. Na 6 maanden bleek dat beide experimentele condities effectief waren. Studie 2 testte via RCT of de stopeffecten verschillenden tussen de video- (VCT), tekst- (TCT) en de controle conditie (CC) na 6 maanden; deze waren: 20.9% (VCT); 17.9% (TCT) en 14.6 (CC) en waarbij VCT>TCT>CC (p<.01). De VCT was effectiever dan de TCT. De TCT was alleen effectief bij deelnemers die meerdere sessies (minimaal 3 sessies) hadden gevolgd. Verder bleek dat in de VCT 23,1% van de rokers, die bereid waren geweest om binnen 4 tot 6 maanden te stoppen, aan niet meer gerookt te hebben sinds hun laatste stoppoging (met een respijtperiode waarbij ze 1 tot maximaal 5 sigaretten kunnen hebben gerookt binnen twee weken), in de TCT 9,5% en in de CC 3,3%. Deze percentages zijn respectievelijk 25,1%, 21,4 en 15,2% voor het niet hebben gerookt sinds de laatste stoppoging voor rokers, die binnen

1 maanden wilden stoppen met roken. Hieruit bleek dat de videoboodschappen interventie bij deelnemers die zowel binnen 1 maand wilden stoppen met roken als binnen 4 tot 6 maanden wilden stoppen met roken effectief was. De VCT was effectiever dan de TCT bij deelnemers, die binnen 4 tot 6 maanden wilden stoppen met roken. Additionele analyses werden uitgevoerd om de invloed van SES op het voortzetten van de onthouding nader te analyseren. In het negatieve scenario (i.e. deelnemers, die niet terugkeerde naar de interventie, werden beschouwd als rokers) laten  $\chi^2$  -analyses geen significant interactie-effecten zien tussen conditie en opleidingsniveau, zowel bij de 7 dagen onthouding meting als bij de langdurige onthouding meting. Voor geslacht en leeftijd werden er ook geen significante effecten gevonden bij beide metingen. Wel bleken self-efficacy en actieplannen significante voorspellers te zijn in het voortzetten van de onthouding gedurende de laatste 7 dagen. Deze factoren waren niet significant bij het langdurig voortzetten van de onthouding (sinds de laatste stoppoging).

#### **Studie 4: Effecten SBS na 12 maanden**

- a. Stanczyk, N., de Vries, H., Candel, M., Muris, J., & Bolman, C. (2016). Effectiveness of video-versus text-based computer-tailored smoking cessation interventions among smokers after one year. *Preventive medicine, 82*, 42-50.
- b. Follow up van SBS met drie condities na 12 maanden (N=2099): videotailoring (VCT), texttailoring (TXT) en controle conditie (CC). Multiple imputatie is gebruikt. Verschillende scenarios zijn doorgerekend.
- c. Studie 3 toonde prolonged stopperpercentages na 12 maanden: 20,2% (VCT), 13,5% (TCT) en 12,0% (CC); VCT>TCT,CC (p<.01). Studies 4 en 5 betroffen procesevaluaties waaruit o.a. bleek dat het programma even effectief en aantrekkelijk was voor laag- en hoogopgeleiden. Additionele complete case analyses lieten eveneens een duidelijk effect van conditie op langdurige onthouding zien. De VCT bleek effectiever dan de CC en TCT. Na 12 maanden rapporteerden 32.9% van de rokers in de VCT niet gerookt te hebben gedurende de laatste 7 dagen; in de TCT was dit 29.4% en in de CC 27.7%. Daarnaast gaf 20,2% van de rokers in de VCT, 13,5% in de TCT en 12,0% in de CC aan niet te hebben gerookt sinds hun laatste stoppoging. De resultaten lieten evenals studie 3 zien dat er qua effectiviteit geen verschillen bestonden tussen de LSES en HSES groepen.

#### **Studie 5: Kosteneffectiviteit SBS**

- a. Stanczyk, N. E., Smit, E. S., Schulz, D. N., De Vries, H., Bolman, C., Muris, J. W., & Evers, S. M. (2014). An economic evaluation of a video-and text-based computer-tailored intervention for smoking cessation: A cost-effectiveness and cost-utility analysis of a randomized controlled trial. *PloS one* **9**(10): e110117.



- b. SBS, studie opzet zoals bij Studie 3 en 4, maar richtte zich op de kosten effectiviteits analyse zoals gemeten door societal costs, en quality-adjusted life years (middels de EQ-5D-3L) gemeten op de voormeting en de nametingen na 6 en 12 maanden. De incrementele kosten per abstinente roker en per Quality zijn uitgerekend, ook middels bootstrapping en sensitiviteits analyses.
- c. In Nederland wordt meestal een cut-off point genomen van €18.000 of 20.000 als Willingness to Pay genomen per behandelde persoon om te bepalen of een interventie preventief is voor een individu. Voor SBS bleek dit €1500 te zijn, betekende dat de videoversie zeer kosteneffectief is. Dit bedrag was voor de tekstversie €50.400 welke dus wel effectief is maar niet kosten effectief.

#### **Studie 6: SBS programma evaluatie**

- a. Stanczyk, N.E., Bolman, C., Candel, M.J.J.M., Van Adrichem, M.J.G., Muris, J.W.M., & De Vries, H. (2014). Comparison of text and video computer-tailored interventions for smoking cessation: Randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*.
- b. In de rapportage van dit artikel worden tevens de resultaten van de programma evaluatie van SBS beschreven.
- c. De video en tekst versie verschilden niet qua attractiviteit, begrijpelijkheid, persoonlijkheid, zinvolheid, mate van het geven van ondersteuning, die voor beide condities als positief werden ervaren. De video versie werd beoordeeld met een 6.6 en de tekst versie met een 6.5.

#### **Studie 7: SBS risicogroep analysis**

- a. Reinwand, D. A., Crutzen, R., Elfeddali, I., Schneider, F., Schulz, D. N., Stanczyk, N. E., Tange, H., Voncken-Brewster, V., Walthouwer, MJL., Hoving, C. & De Vries, H. (2015). Impact of educational level on study attrition and evaluation of web-based computer-tailored interventions: Results from seven Randomized Controlled Trials. *Journal of Medical Internet Research* **17**(10): e228.
- b. Het doel van deze studie was om een aantal computer tailored interventies reacties van laag-, midden- en hoogopgeleide deelnemers te vergelijken qua drop-out en evaluatie.
- c. Studie-attribitie bij SBS was het hoogste bij laag en middelbaar opgeleiden. De programma evaluatie verschilde niet tussen hoog, midden en laag opgeleide participanten, noch voor de video versie. De tekst versie werd het minste beoordeeld door de hoog opgeleiden.

Er zijn vergelijkbare studies (Studie 8 en 9) waarin rokers ook een advies op maat kregen met een persoonlijk advies over dezelfde determinanten attitudes, sociale invloeden, eigen effectiviteit, intentie, actieplannen, en over hun gedrag. Deze studies zijn ook gebaseerd op het

I-Change Model en gestes door de Universiteit Maastricht. Studie 10 betreft een analyse door de Cochrane werkgroep waaruit blijkt dat getailorde informatie over stoppen met roken effectief is. Studie 11 laat zien dat vergelijkbare computer tailored studies ook kosten effectief zijn. Daarnaast laat studie 12 zien dat getailorde videoboodschappen effectief zijn, en ook effectiever zijn dan getailorde tekstboodschappen.

### **Studie 8: Effecten Stoppen met Roken 2.0**

- a) Te Poel, F., Bolman, C., Reubsat, A., De Vries, H. (2009). Efficacy of a single computer-tailored e-mail for smoking cessation: results after 6 months. *Health Education Research* **24**(6): 930-940.
- b) Gerandomiseerd experiment (N=458) met twee condities: geen advies op maat versus advies op maat (getailorede conditie). De getailorede conditie was een advies-op-maat programma voor rokers, ouder dan 18 jaar, die wilden stoppen binnen 12 maanden. Deze interventie is ook aangeboden ter certificering bij CGL onder de naam Stoppen met Roken, 2.0.
- b) Na 6 maanden bleek dat het advies op maat (AoM) over gedrag, intentie, attitude, sociale norm, self-efficacy en action plans effectiever was om te stoppen met roken dan een standaard advies. In de experimentele conditie die het AoM kreeg rapporteerde 21,5% van de rokers in de experimentele groep en 9,8% in de controlegroep niet te hebben gerookt gedurende de laatste 24 uur; deze percentages zijn 20,4% en 7,8% voor het niet hebben gerookt gedurende de laatste 7 dagen. Uit de procesevaluatievragen die gesteld werden na 6 maanden bleek dat deelnemers (N = 187) de getailorede adviezen met actieplannen feedback interessanter, geloofwaardiger, vernieuwender en betrouwbaarder vonden dan de standaard brief uit de controle conditie (alle  $p < .05$ , zie tabel 3). Gemiddeld gaven de deelnemers de getailorede adviezen een 6.9 en de standaard brief een 6.3 ( $t(185) = 2.16$ ,  $p < .04$ ) op een schaal van 1 tot 10 (zie te Poel et al. 2008 voor een uitgebreider overzicht).

### **Studie 9: Relapse prevention**

- a) Elfeddali, I., Bolman, C., Candel, M.J., Wiers, R.W., De Vries, H. (2012). Preventing Smoking Relapse via Web-Based Computer-Tailored Feedback: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Medical Internet Research* **14**(4): e109. Doi:10.2196/jmir.2057.
- b) Gerandomiseerd experiment met drie groepen: de controle groep, het AP (Action Planning) programma en het AP + programma met nog 11 extra feedback momenten. Respondenten waren dagelijkse rokers (N = 2031), 18 tot 65 jaar, die gemotiveerd waren en bereid waren om te stoppen met roken binnen 1 maand. Het primaire

resultaat was zelf gerapporteerde en voortdurende onthouding 12 maanden na de nulmeting.

- c) De stop percentages met continued 12 maand abstinentie waren 22% in de controle grope versus 33% in het Action Planning programma, en 31% in het AP+ programma, waarbij zowel het AP programma (OR 1.95;  $p=0.005$ ) als het AP+ programma (OR 1.61.,  $p=0.049$ ) significant beter waren dan de controle groep.

### **Studie 10: Cochrane Review**

- a) Taylor, G.M.J., Dalili, M.N., Semwal, M., Civljak, A.S., Car, J. Internet-based interventions for smoking cessation. Cochrane Tobacco Addiction Group, 2017.
- b) Deze review analyseerde de gegevens van 67 trials, inclusief gegevens van meer dan 110.000 deelnemers. Stoppen met roken gegevens na zes maanden of meer waren beschikbaar van 45.194 deelnemers.
- c) De resultaten lieten zien dat, voor stoppen met roken bij volwassenen, t interactieve, op maat gemaakte (getailorede) en internet gebaseerde interventies (zoals stoppen met roken op maat 2.0) gematigd effectiever zijn dan niet interactieve en non-getailorede controles, gekeken naar de lange termijn. Wel werd een redelijke variatie in resultaten gevonden. Zeven studies vergeleken een interactieve en/of getailorede internet interventie, met een internet interventie die niet op maat was gemaakt / niet interactief was. De resultaten lieten zien dat het interactieve of het getailorede programma een voorkeur had.

### **Studie 11: Review Nederlandse eHealth studies**

- a) Cheung, K.L., Wijnen, B. de Vries, H. (2017). A review of the theoretical basis, effects and cost effectiveness of online smoking cessation interventions in the Netherlands: a Mixed Methods approach. Journal of Medical Internet Research; 19(6),: e230.doi: [10.2196/jmir.7209](https://doi.org/10.2196/jmir.7209)
- b) Deze review analyseerde zowel de wetenschappelijke als grijze literatuur om Nederlandse online stoppen met roken interventies te identificeren. Daarnaast werd een cochrane review geanalyseerd.
- c) Van de 45 interventies geïdentificeerd, waren er zes welke getest waren in een experiment. Hiervan waren 4 van de 6 beiden effectief en kosten effectief. Deze interventies waren gebaseerd op het I-Change Model.

### **Studie 12: Video versus Text Tailoring**

a) Walthouwer, M. J. L., Oenema, A., Lechner, L., & De Vries, H. (2015). Comparing a video and text version of a web-based computer-tailored intervention for obesity prevention: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Medical Internet Research* **17**(10): e236.

b) Gerandomiseerd experiment RCT bij 1419 deelnemers om de effecten te testen van getailorde video of tekstboodschappen met een controle groep.

c) De resultaten na 6 maanden lieten zien dat beide vormen van tailoring effectiever waren dan de controle groep met iets meer en grotere effecten bij video tailoring. De programma evaluatie van de video versie was ook positiever dan die van de tekst versie. De resultaten na 12 maanden (Cheung et al. In press) lieten alleen effecten zien van de videoversie.

#### **4.3. Conclusies**

Uit de studies 2-7 die gepubliceerd zijn over SBS kan worden geconcludeerd dat: 1. SBS leidt tot minder stoppen met roken; deze effecten zijn sterker voor de video variant dan voor de tekst variant; 2. De effecten van beide versies verschillen niet qua SES/opleidingsniveau; 3. De videoversie wordt iets positiever gewaardeerd; 4. De video-versie is het meest kosteneffectief. De gedragseffecten zijn vergelijkbaar met andere Nederlandse computer tailored studies (zie hierboven en ook voor een recent overzicht Cheung et al., 2017), alsook uit resultaten van onderzoek naar vergelijkbare interventies in het buitenland (Taylor et al., 2017; Civljak et al, 2013; Whittaker et al., 2016).

Daarnaast zijn er vergelijkbare studies (Studie 8 en 9) geweest waarin rokers ook een advies op maat kregen met een persoonlijk advies over dezelfde determinanten attitudes, sociale invloeden, eigen effectiviteit, intentie, actieplannen, en over hun gedrag. Studie 10 betreft een analyse door de Cochrane werkgroep waaruit blijkt dat getailorde informatie over stoppen met roken effectief is. Studie 11 laat zien dat vergelijkbare computer tailored studies ook kosten effectief zijn. Daarnaast laat studie 12 zien dat getailorde videoboodschappen effectief zijn, en ook effectiever zijn dan getailorde tekstboodschappen.

Samengevat is er naar ons oordeel voldoende bewijs om te kunnen concluderen dat SBS effectief en kosten-effectief is om rokers te stimuleren te stoppen met roken

## 5. Samenvatting Werkzame elementen

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

Max 250 woorden

Steun bij Stoppen richt zich op rokers die (binnen zes maanden) willen stoppen met roken. Het betreft een online interventie en bestaat uit verschillende sessies. Deelnemers ontvangen advies op maat tijdens deze verschillende sessies op basis van hun eigen antwoorden in de voorafgaande vragenlijst. Het exacte aantal sessies is afhankelijk van de deelnemer om te stoppen en de gereedheid om een specifieke stopdatum te plannen.

### **Inhoudelijke elementen**

- Deelnemers ontvangen advies op maat
- De interventie bevat verschillende adviesstrategieën, zoals personalisatie, motivationele feedback en herhaalde feedback (advies op maat informatie op meerdere momenten).
- De meest belangrijke determinanten voor stoppen met roken (attitude, sociale steun, eigen effectiviteit, intentie, actieplannen en goalsetting strategieën) staan centraal in de interventie.
- Verschillende gezondheidscommunicatietechnieken zijn gebruikt in de adviezen, zoals terugkoppeling, empathie, weerleggen van foutieve opvattingen, aanbieden van nieuwe beliefs en social modeling.

### **Praktische elementen**

- Steun bij Stoppen is een volledig online programma. Deelname aan de interventie is dan ook laagdrempelig.
  - Deelnemers kunnen zelf inplannen wanneer ze deel willen nemen aan het programma.
  - Deelnemers kunnen in hun eigen omgeving deelnemen
  - De privacy van de deelnemers wordt gewaarborgd.
- De interventie is eenvoudig in te zetten. Het inzetten van de interventie vereist geen extra scholingen of cursussen.
- Voor deelname aan de interventie dient een deelnemer enkel toegang te hebben tot een computer met internetverbinding.

## 6. Aangehaalde literatuur

- Chavannes, N.H., Kaper, J., Frijling, B.D., Van der Laan, J.R., Jansen, P.W.M., Guerrouj, S., Drenthen, A.J.M., Bax, W., & Wind, L.A. (2007). NHG-Standaard Stoppen met roken (General Practice Protocol Smoking cessation). *Huisarts & Wetenschap*, 50(7), 306-314.
- Civiljak, M., Sheikh, A., Stead, L. F., & Car, J. (2010). Internet-based interventions for smoking cessation. *The Cochrane Library*.
- De Vries, H., Kremers, S., Smeets, T., Brug, J., & Eijmael, K. (2008). The effectiveness of tailored feedback and action plans in an intervention addressing multiple health behaviors. *American Journal of Health Promotion*, 22(6), 417-425.
- De Vries, H., Mesters, I., van't Riet, J., Willems, K., & Reubsaet, A. (2006). Motives of Belgian adolescents for using sunscreen: the role of action plans. *Cancer Epidemiology Biomarkers & Prevention*, 15(7), 1360-1366.
- De Vries, H., Mudde, A., Leijts, I., Charlton, A., Vartiainen, E., Buijs, G., . . . Nebot, M. (2003). The European Smoking prevention Framework Approach (EFSA): an example of integral prevention. *Health Education Research*, 18(5), 611-626.
- De Vries, H., Mudde, A. N., Dijkstra, A., & Willemsen, M. C. (1998). Differential beliefs, perceived social influences, and self-efficacy expectations among smokers in various motivational phases. *Preventive medicine*, 27(5), 681-689.
- Dijkstra, A. (2005). Working mechanisms of computer-tailored health education: evidence from smoking cessation. *Health Education Research*, 20(5), 527-539.
- Dijkstra, A., Conijn, B., & De Vries, H. (2006). A match–mismatch test of a stage model of behaviour change in tobacco smoking. *Addiction*, 101(7), 1035-1043.
- Dijkstra, A., & De Vries, H. (1999). The development of computer-generated tailored interventions. *Patient education and counseling*, 36(2), 193-203.
- Dijkstra, A., De Vries, H., & Roijackers, J. (1998). Computerized tailored feedback to change cognitive determinants of smoking: a Dutch field experiment. *Health Education Research*, 13(2), 197-206.
- Dijkstra, A., De Vries, H., Roijackers, J., & van Breukelen, G. (1998). Tailoring information to enhance quitting in smokers with low motivation to quit: three basic efficacy questions. *Health Psychology*, 17(6), 513.
- Etter, J.-F. (2005). Comparing the efficacy of two Internet-based, computer-tailored smoking cessation programs: a randomized trial. *Journal of medical Internet research*, 7(1), e2.
- Giskes, K., Kunst, A. E., Benach, J., Borrell, C., Costa, G., Dahl, E., . . . Judge, K. (2005). Trends in smoking behaviour between 1985 and 2000 in nine European countries by education. *Journal of epidemiology and community health*, 59(5), 395-401.

- Harper, S., & Lynch, J. (2007). Trends in socioeconomic inequalities in adult health behaviors among US states, 1990-2004. *Public health reports*, 177-189.
- Hawkins, R. P., Kreuter, M., Resnicow, K., Fishbein, M., & Dijkstra, A. (2008). Understanding tailoring in communicating about health. *Health Education Research*, 23(3), 454-466.
- Hiscock, R., Judge, K., & Bauld, L. (2010). Social inequalities in quitting smoking: what factors mediate the relationship between socioeconomic position and smoking cessation? *Journal of Public Health*, fdq097.
- Honjo, K., Tsutsumi, A., Kawachi, I., & Kawakami, N. (2006). What accounts for the relationship between social class and smoking cessation? Results of a path analysis. *Social science & medicine*, 62(2), 317-328.
- Hoving, C., Mudde, A., & De Vries, H. (2006). Predictors of smoking relapse in a sample of Dutch adult smokers; the roles of gender and action plans. *Addictive behaviors*, 31(7), 1177-1189.
- Hoving, C., Mudde, A. N., & de Vries, H. (2007). Effect of recruitment method and setting on the composition of samples consisting of adult smokers. *Patient education and counseling*, 65(1), 79-86.
- Kotz, D., & West, R. (2009). Explaining the social gradient in smoking cessation: it's not in the trying, but in the succeeding. *Tobacco control*, 18(1), 43-46.
- Laaksonen, M., Rahkonen, O., Karvonen, S., & Lahelma, E. (2005). Socioeconomic status and smoking. *European journal of public health*, 15(3), 262-269.
- Lancaster, T., & Stead, L. F. (2005). Self-help interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*, 3(3).
- Lopez, A. D., Collishaw, N. E., & Piha, T. (1994). A descriptive model of the cigarette epidemic in developed countries. *Tobacco control*, 3(3), 242.
- Mackenbach, J. P., Stirbu, I., Roskam, A.-J. R., Schaap, M. M., Menvielle, G., Leinsalu, M., & Kunst, A. E. (2008). Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries. *New England Journal of Medicine*, 358(23), 2468-2481.
- Marcano Belisario, J. S., Bruggeling, M. N., Gunn, L. H., Brusamento, S., & Car, J. (2012). Interventions for recruiting smokers into cessation programmes. *The Cochrane Library*.
- Moser, D. K., Dracup, K., & Doering, L. V. (2000). Factors differentiating dropouts from completers in a longitudinal, multicenter clinical trial. *Nursing research*, 49(2), 109-116.
- Noar, S. M., Benac, C. N., & Harris, M. S. (2007). Does tailoring matter? Meta-analytic review of tailored print health behavior change interventions. *Psychological bulletin*, 133(4), 673.
- Rasmussen, M., Due, P., Damsgaard, M. T., & Holstein, B. E. (2009). Social inequality in adolescent daily smoking: has it changed over time? *Scandinavian journal of public health*.
- Reinwand, D. A., Schulz, D. N., Crutzen, R., Kremers, S. P., & de Vries, H. (2015). Who Follows eHealth Interventions as Recommended? A Study of Participants' Personal

- Characteristics From the Experimental Arm of a Randomized Controlled Trial. *Journal of medical Internet research*, 17(5).
- Segaar, D., Bolman, C., Willemsen, M. C., & de Vries, H. (2006). Determinants of adoption of cognitive behavioral interventions in a hospital setting: example of a minimal-contact smoking cessation intervention for cardiology wards. *Patient education and counseling*, 61(2), 262-271.
- Smeets, T., Brug, J., & de Vries, H. (2008). Effects of tailoring health messages on physical activity. *Health Education Research*, 23(3), 402-413.
- Smit, E. S., Hoving, C., Cox, V. C. M., & de Vries, H. (2012). Influence of recruitment strategy on the reach and effect of a web-based multiple tailored smoking cessation intervention among Dutch adult smokers. *Health Education Research*, 27(2), 191-199.
- Smith, P., Frank, J., & Mustard, C. (2009). Trends in educational inequalities in smoking and physical activity in Canada: 1974–2005. *Journal of epidemiology and community health*, 63(4), 317-323.
- Stanczyk, N., Bolman, C., Smit, E., Candel, M., Muris, J., & de Vries, H. (2014). How to encourage smokers to participate in web-based computer-tailored smoking cessation programs: a comparison of different recruitment strategies. *Health Education Research*, 29(1), 23-40.
- Stanczyk, N., Bolman, C., van Adrichem, M., Candel, M., Muris, J., & de Vries, H. (2014). Comparison of text and video computer-tailored interventions for smoking cessation: randomized controlled trial. *Journal of medical Internet research*, 16(3), e69.
- Stanczyk, N., de Vries, H., Candel, M., Muris, J., & Bolman, C. (2016). Effectiveness of video-versus text-based computer-tailored smoking cessation interventions among smokers after one year. *Preventive medicine*, 82, 42-50.
- Stanczyk, N. E., Crutzen, R., Bolman, C., Muris, J., & de Vries, H. (2013). Influence of delivery strategy on message-processing mechanisms and future adherence to a Dutch computer-tailored smoking cessation intervention. *Journal of medical Internet research*, 15(2), e28.
- Strecher, V. J., McClure, J. B., Alexander, G. L., Chakraborty, B., Nair, V. N., Konkel, J. M., . . . Wiese, C. J. (2008). Web-based smoking-cessation programs: results of a randomized trial. *American journal of preventive medicine*, 34(5), 373-381.
- Strecher, V. J., Shiffman, S., & West, R. (2005). Randomized controlled trial of a web-based computer-tailored smoking cessation program as a supplement to nicotine patch therapy. *Addiction*, 100(5), 682-688.
- Te Poel, F., Bolman, C., Reubsaet, A., & de Vries, H. (2009). Efficacy of a single computer-tailored e-mail for smoking cessation: results after 6 months. *Health Education Research*, 24(6), 930-940.



- van Osch, L., Lechner, L., Reubsaet, A., Steenstra, M., Wigger, S., & de Vries, H. (2009). Optimizing the efficacy of smoking cessation contests: an exploration of determinants of successful quitting. *Health Education Research*, 24(1), 54-63.
- Velicer, W. F., & Prochaska, J. O. (2004). A comparison of four self-report smoking cessation outcome measures. *Addictive behaviors*, 29(1), 51-60.
- Willemsen, M., Nagelhout, G., Putte, B., Crone, M., Fong, G., Thompson, M., . . . Craig, L. (2011). ITC Netherlands Survey: report on smokers' awareness of the health risks of smoking and exposure to second-hand smoke.

### **Toegevoegde literatuur:**

- Cheung, K.L., Wijnen, B. de Vries, H. (2017). A review of the theoretical basis, effects and cost effectiveness of online smoking cessation interventions in the Netherlands: a Mixed Methods approach. *Journal of Medical Internet Research*; 19(6),: e230.doi: [10.2196/jmir.7209](https://doi.org/10.2196/jmir.7209)
- Civljak M, Stead LF, Hartmann-Boyce J, Sheikh A, Car J. Internet-based interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 7. Art. No.: CD007078. DOI: 10.1002/14651858.CD007078.pub4.
- Elfeddali, I., Bolman, C., Candel, M.J., Wiers, R.W., De Vries, H. (2012). Preventing Smoking Relapse via Web-Based Computer-Tailored Feedback: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Medical Internet Research* 14(4): e109. Doi:10.2196/jmir.2057.
- Taylor, G.M.J., Dalili, M.N., Semwal, M., Civljak, A.S., Car, J. Internet-based interventions for smoking cessation. *Cochrane Tobacco Addiction Group*, 2017.
- Whittaker R, McRobbie H, Bullen C, Rodgers A, Gu Y. Mobile phone-based interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, Issue 4. Art. No.: CD006611. DOI: 10.1002/14651858.CD006611.pub4.
- Walthouwer, M. J. L., Oenema, A., Lechner, L., & De Vries, H. (2015). Comparing a video and text version of a web-based computer-tailored intervention for obesity prevention: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Medical Internet Research* 17(10): e236.