

‘Rookvrij! Ook jij?’ Groepstraining

Werkblad beschrijving interventie

Werkblad erkenningscommissie, versie mei 2015

Dit is een gezamenlijk werkblad van de volgende kennisinstituten:



Colofon

Ontwikkelaar / licentiehouder van de interventie

Naam organisatie: SineFuma
Postadres: Takkebijsters 72, 4817 BL, Breda
E-mail: info@rookvrijookjij.nl
Telefoon: 076-8895195

Website (van de interventie): <https://rookvrijookjij.nl/stoppen-met-roken/stoppen-met-roken-cursus>

Contactpersoon

Vul hier de contactpersoon voor de interventie in.

Naam : Marcel Clarijs
E-mail : marcel@rookvrijookjij.nl
Telefoon : 076-8895195

Referentie in verband met publicatie

Naam auteur interventiebeschrijving: Miriam van der Elst, Gera Nagelhout, Nicole Hoogwerf, Marcel Clarijs (SineFuma)
Titel interventie: 'Rookvrij! Ook jij?'
Databank(en): Niet van toepassing
Plaats, instituut: Breda, SineFuma
Datum: 4 februari 2022

Het werkblad is een invulformulier voor het maken van een interventiebeschrijving, geordend naar onderwerp (doelgroep, doel, enzovoort). De onderwerpen volgen de criteria voor beoordeling. De interventiebeschrijving is een samenvatting van de beschikbare schriftelijke informatie over de interventie voor de bezoeker van de databanken effectieve interventies en voor de erkenningscommissie interventies. De informatie is van belang voor de beoordeling van de kwaliteit, effectiviteit en randvoorwaarden van de interventie.

Dit werkblad wordt na erkenning, inclusief contactgegevens gepubliceerd op Loketgezondleven.nl en in indien relevant ook in de databases van onze samenwerkingspartners.

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

Inhoud

Colofon	2
Inhoud	3
Samenvatting	4
<i>Korte samenvatting van de interventie</i>	4
Doelgroep	4
Doel	4
Aanpak.....	4
Materiaal	4
Onderbouwing	5
Onderzoek	5
1. Uitgebreide beschrijving	6
1.1 Doelgroep	6
1.2 Doel	7
1.3 Aanpak	7
12. Uitvoering	12
13. Onderbouwing	17
14. Onderzoek	22
4.1 Onderzoek naar de uitvoering.....	22
15. Samenvatting Werkzame elementen	26
16. Aangehaalde literatuur	27
17. Praktijkvoorbeeld	31
Bijlage 2: uitleg basisbegrippen	Error! Bookmark not defined.
Bijlage 3: Tabel met aan te pakken factoren en de bijbehorende subdoelen en aanpak van onze interventie	Error! Bookmark not defined.

Samenvatting

Eén A-4tje, max 600 woorden

Korte samenvatting van de interventie – max 150 woorden

De interventie 'Rookvrij! Ook jij?' is een groepstraining voor mensen die willen stoppen met roken, opgebouwd uit een gedragsmatige aanpak en een medicamenteuze aanpak met nicotine vervangende middelen of stoppen-met-roken-medicatie. Deze methode is in 1989 in Engeland ontwikkeld door professoren Peter Hajek en Robert West. In de loop der tijd is de oorspronkelijke methode door SineFuma bijgesteld en aangevuld op basis van nieuwe kennis, evaluaties en onderzoek. Stoppen met roken wordt bemoeilijkt door een fysieke en mentale afhankelijkheid van nicotine, maar ook persoonlijke, biologische, sociale en omgevingsfactoren spelen bij het stoppen een rol. De interventie wordt gegeven door daartoe opgeleide en gecertificeerde trainers, die volgens een speciaal daarvoor opgesteld protocol werken (de trainershandleiding).

Doelgroep – max 50 woorden

Deze interventie is bedoeld voor alle rokers die willen stoppen met roken. Op voorhand worden er geen rokers uitgesloten. Wel is voldoende beheersing van de Nederlandse taal een voorwaarde om deel te kunnen nemen aan de groepstraining. Bij minderjarigen is toestemming van ouders of voogd nodig. De interventie is eveneens geschikt voor rokers met een lagere sociaaleconomische positie (SEP).

Doel – max 50 woorden

De doelstelling is om 100% van de deelnemers naar een rookvrije toekomst te begeleiden. Op dit moment is dat nog niet realistisch. Daarom is de doelstelling voor dit moment: een succespercentage van 75% voor 4 weken na de stopdatum (aan het einde van de interventie) en een succespercentage na 1 jaar van 35%. Wij hanteren de internationaal erkende Russell-standaard voor het berekenen van onze succespercentages. In de begeleidingsvorm op locatie wordt het succes (rookstatus) gevalideerd middels een CO-meting.

Aanpak – max 50 woorden

De groepsinterventie (online en op locatie) bestaat uit 7 wekelijkse bijeenkomsten van 1,5 uur. Er wordt gewerkt met een vast programma. Bijeenkomsten 1 en 2 zijn voorbereidend, de 3e samenkomst is de gezamenlijke stopdag, de laatste 4 contactmomenten zijn gericht op het rookvrij zijn en blijven; het voorkomen van terugval.

Materiaal – max 50 woorden

De trainers volgen een handleiding van de interventie. Op locatie gebruiken zij daarnaast een koolmonoxidemeter. Deelnemers krijgen informatie, bestaande uit een werkboek, nicotinemonster, buddy- en motivatiekaartjes, een complimentenkaart en formulieren m.b.t. het aanvragen van een hulpmiddel. Online gebeurt dit per mail (via beveiligd Elektronisch patiëntendossier) en via een online support pagina. Voor zorgorganisaties die willen verwijzen, zijn patiëntenfolders, posters, verwijfskaarten en een online verwijfsformulier beschikbaar. Voor bedrijven die hun rokende medewerkers willen laten begeleiden is een brochure met alle mogelijkheden beschikbaar, een communicatieplan en een webpagina waar men folders, posters, video's en voorbeeldteksten kan downloaden of bestellen.

Onderbouwing – max 150 woorden

Nicotine afhankelijkheid is een ernstige meervoudige verslaving. Rokers kunnen lichamelijk verslaafd raken aan nicotine, waardoor zij afkickverschijnselen krijgen als ze stoppen met roken. Om dit probleem te minimaliseren worden stoppers bij SineFuma gestimuleerd om gebruik te maken van nicotine vervangende middelen of medicatie. De nicotineverslaving wordt zo langzaam en gedoseerd afgebouwd, waardoor rokers minder trek en minder afkickverschijnselen hebben.

Daarnaast kunnen rokers lijden aan een geestelijke verslaving, waarbij het roken gekoppeld is aan gedrag en/of emoties. Het gedrag van de stopper dient dan ook losgemaakt te worden van de rookwaar. Dit is een intensief en zwaar proces, waarbij gedragsmatige behandeling, kennis, sociale steun/positieve groepsdruk, progressiegericht coachen en motiverende gespreksvoering noodzakelijk is. Met deze technieken helpt de coach de stopper met inzicht krijgen en gemotiveerd te blijven om voortgang te boeken.

Groepstherapie draagt positief bij aan iemands stopkansen. Deelnemers die sociale steun van de groep ervaren hebben een grotere kans om succesvol te stoppen met roken. In onze groepstraining worden moeilijke situaties met elkaar besproken en successen gevierd. Bovendien is er een buddy-systeem en wordt vaak gewerkt met een groepsapp.

Overigens is de eigen motivatie het belangrijkste in het stopproces en daarom zet de coach ook stevig in op motiverende gespreksvoering en wordt de eigen motivatie tijdens de bijeenkomsten benoemd en uitgediept. Zo blijft de stopper het best gemotiveerd om te stoppen en om rookvrij te blijven.

Onderzoek – max 100 woorden

We monitoren doorlopend de ervaringen met onze groepstraining door middel van vragenlijsten voorafgaand en na afloop van de training. Daarnaast bellen we alle deelnemers na een jaar op om te vragen of ze nog steeds gestopt zijn met roken. Uit onze monitoring blijkt dat het succespercentage na afloop van de interventie 79% was in 2020. De interventie is toegankelijk voor alle rokers, qua mate van verslaving, leeftijd en sociaaleconomische positie. De interventie wordt beoordeeld met een 8,7 door de deelnemers en trainers zijn ook tevreden. Vanuit interviews en workshops met trainers zijn verbeteringsuggesties benoemd, die inmiddels zijn doorgevoerd en aangepast in de interventie.

Kwalitatief onderzoek onder deelnemers aan onze interventie laat de volgende succesfactoren zien: de groepssetting en het ontvangen van sociale steun, het leren van strategieën om met risicovolle situaties om te gaan, het gratis kunnen gebruiken van farmacotherapeutische ondersteuning, het ontvangen van informatie over de risico's van roken en over hoe verslaving werkt, de CO-metingen en dat de trainer goed in staat is om deelnemers te blijven motiveren.

1. Uitgebreide beschrijving

1.1 Doelgroep

Uiteindelijke doelgroep – max 100 woorden

Wat is de uiteindelijke doelgroep van de interventie?

Deze interventie is toepasbaar op alle rokers, die vanwege hun rookverslaving/nicotine afhankelijkheid kampen met zelf ervaren lijden en daarom willen stoppen met roken (vaak na meerdere mislukte stoppogingen of doordat ze verwezen zijn door een zorgverlener, zoals hun huisarts of specialist).

Intermediaire doelgroep – max 100 woorden

Zijn er intermediaire doelgroepen? Zo ja, welke?

De intermediaire doelgroep is de groepstrainer. De trainer voert lokaal de interventie uit. Hij is verantwoordelijk voor het bereiken van het hoofddoel en het uitvoeren van de interventie conform de richtlijnen. Hij is het eerste aanspreekpunt van de deelnemers tijdens het gehele stopproces. SineFuma werkt alleen maar met stoppen-met-roken-coaches die geregistreerd zijn in het landelijke kwaliteitsregister stoppen met roken van KABIZ.

Selectie van doelgroepen – max 250 woorden

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

Er vindt geen selectie voor inschrijving plaats. De training is uitermate geschikt voor alle doelgroepen, inclusief de doelgroep lage SEP (zie onderbouwing bij 'aanpak').

De training wordt in verschillende vormen aangeboden. De keuze voor de vorm kan beïnvloed worden door persoonlijke factoren (bijvoorbeeld digitale vaardigheid, een aanstaande operatie of mobiliteit) en/of externe factoren (bijvoorbeeld het moment in tijd of de locatie van de interventie) en is in principe de vrije keus van de deelnemer. Deelnemers worden aan een groep toegewezen op basis van gewenste locatie en tijd, waardoor er grote verschillen tussen deelnemers kunnen zijn. Grote verschillen zorgen vaak voor extra motivatie bij de deelnemers. Bijvoorbeeld: Een gezonde jongvolwassene raakt extra gemotiveerd door een zware COPD-patiënt die aan het zuurstof zit.

Indien, bij aanmelding of tijdens het traject, blijkt dat iemand dusdanige psychiatrische- of andere problematiek heeft dat deelname negatief effect heeft op andere groepsdeelnemers of voor de deelnemer zelf, dan wordt op individuele basis besproken of individuele ondersteuning (telefonische, digitale coaching of persoonlijke begeleiding) en/of daarnaast begeleiding door bijvoorbeeld de POH-er GGZ een geschiktere optie is. Mocht ook dat niet mogelijk zijn (bijvoorbeeld door meervoudige verslavingen of psychiatrische aandoeningen) dan wordt de deelnemer (terug)verwezen naar de huisarts of de behandelend specialist. Overigens worden deelnemers met meerdere aandoeningen en medicatiegebruik erop geattendeerd dat zij hun behandelaar op de hoogte dienen te stellen als zij stoppen met roken, vanwege mogelijke effecten op hun aandoening/medicatiegebruik.

Het enige exclusie criterium bij de groepstraining betreft het onvoldoende beheersen van de Nederlandse taal. Deelnemers die niet (goed) kunnen lezen of schrijven kunnen wel gewoon meedoen met de groepstraining. Bij minderjarige rokers is toestemming van de ouders/verzorgers voor start van begeleiding vereist.

Betrokkenheid doelgroep – max 150 woorden

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

De basis van de interventie is in Engeland ontwikkeld door onder andere professoren Peter Hajek en Robert West. Deze interventie gaat uit van criteria die gebaseerd zijn op verschillende onderzoeken met stophulpmiddelen waarbij deelnemers een gedefinieerde streefdatum hadden om te stoppen en er persoonlijk contact was met onderzoekers of kliniekpersoneel.

De interventie wordt door deelnemers en oud-deelnemers geëvalueerd aan de hand van een vaste vragenlijst. De evaluatiecriteria die niet goed beoordeeld worden, worden door de manager kwaliteit en manager zorg besproken en hier wordt de interventie indien nodig op aangepast. Aan de hand van de procesevaluatie met trainers wordt structureel bekeken of de interventie (door)ontwikkeld moet worden. Input

en inzicht vanuit onderzoek en expertisecentra met focusgroepen, bijvoorbeeld van het LUMC, Pharos en Trimbos-instituut, wordt in de interventie verwerkt.

1.2 Doel

Hoofddoel – max 100 woorden

Wat is het hoofddoel van de interventie?

De doelstelling is om 100% van de deelnemers naar een rookvrije toekomst te begeleiden. Op dit moment is dat nog niet realistisch. Daarom is de doelstelling voor dit moment: een succespercentage van 75% voor 4 weken na de stopdatum (aan het einde van de interventie) en een succespercentage na 1 jaar van 35%. Deze percentages zijn gebaseerd op de resultaten van deze interventie tot nu toe. Wij hanteren de internationaal erkende Russell-standaard voor het berekenen van de succespercentages. De Russell-standaard heeft zes criteria om succespercentages eenduidig te berekenen, er wordt bijvoorbeeld van uitgegaan dat deelnemers die niet meer gecontacteerd kunnen worden bij de nameting zijn teruggevallen in hun rookgedrag (West, Hajek, Stead, Stapleton, 2005). In de begeleidingsvorm op locatie wordt het succes (rookstatus) gevalideerd middels een CO-meting.

Subdoelen – max 350 woorden

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

Om het hoofddoel te bereiken, richt SineFuma zich binnen de ‘Rookvrij! Ook jij?’ groepstrainingen op de volgende subdoelen:

1. Deelnemers zijn zich bewust dat roken een meervoudige verslaving is en dat ze hiervoor ook medicamenteuze ondersteuning kunnen krijgen.
2. Deelnemers leren omgaan met emoties en negatieve gedachten bij het stoppen met roken.
3. Deelnemers krijgen kennis over het ziektebeeld van tabaksverslaving.
4. Deelnemers worden zich bewuster van de risico's van roken.
5. Deelnemers zien meer voordelen dan nadelen van stoppen met roken.
6. Deelnemers voelen zich gesteund in het stopproces.
7. Deelnemers krijgen meer eigen-effectiviteit om (blijvend) te stoppen met roken
8. Deelnemers raken gesterkt in hun motivatie om te stoppen met roken.
9. Deelnemers verruilen hun rokers-identiteit voor een niet-rokers-identiteit.
10. Deelnemers hebben plannen voor hoe ze de eerste weken na het stoppen doorkomen en wat te doen bij risicovolle situaties.
11. Deelnemers gaan door met stoppen met roken na een (eventuele) uitglijder.

1.3 Aanpak

Opzet van de interventie – max 200 woorden

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

Voeg eventueel een schema toe als bijlage.

Vorm, omvang en intensiteit:

Groepstraining, bestaande uit 7 bijeenkomsten van 1,5 uur gedurende 8 weken. De training kan op locatie of online gevolgd worden. Een training op locatie gaat door als er minimaal 8 deelnemers zijn aangemeld. Het maximum aantal deelnemers voor deze training is 16 deelnemers. De training wordt begeleid door één trainer. Een online training wordt via MS-teams gedaan en gaat door als er minimaal 5 deelnemers zijn aangemeld. Het maximum aantal deelnemers voor deze training is 8 deelnemers. De training wordt begeleid door één trainer.

Het verschil tussen beide trainingen is zo klein mogelijk. Bij een online training is er geen koolmonoxidemeting vanaf week 2 mogelijk. Daarvoor wordt er bij de online bijeenkomst een filmpje over verslaving getoond. Bij de fysieke bijeenkomst is dat niet het geval. Bij de fysieke bijeenkomsten wordt (vanaf week 2) wekelijks CO geblazen ter ondersteuning van de motivatie van het stopproces. Bij de online groepstrainingen wordt aan de deelnemer gevraagd of hij nog rookvrij is.

Deelnemers van de fysieke training krijgen een werkboekje, waarin alle bijeenkomsten beschreven staan en waarin persoonlijke plannen kunnen worden genoteerd (bijvoorbeeld over hoe zij om zullen gaan met voor hen risicovolle situaties). Ook krijgen deelnemers een klein nicotinemonster (visualisatie van de verslaving). Deelnemers van de online training krijgen na elke bijeenkomst een digitale mail met de behandelde inhoud van die keer, links naar online support pagina's en krijgen een foto van het kleine nicotinemonster digitaal toegestuurd.

De bijeenkomsten zijn groepsgeoriënteerd (SineFuma gaat uit van de groep als identiteit, sociale peergroup en veilige omgeving; het is niet ieder voor zich, maar allen met en voor elkaar.) Er vindt veel interactie tussen deelnemers onderling en tussen de deelnemers en trainer plaats. Hierbij zit iedereen in een open kringopstelling. Er is een protocol en een programma per bijeenkomst, maar daarnaast is er ruimte voor de behoefte van de groep en heeft de trainer de vrijheid om het programma aan te passen aan wat de groep aankan en nodig heeft.

Inhoud van de interventie – max 1200 woorden

Opzet van de training:

Stoppers kunnen op locatie of digitaal deelnemen aan de 'Rookvrij! Ook jij?' groepstraining. SineFuma heeft overeenkomsten gesloten met alle zorgverzekeraars op één na (peildatum 01-09-2021), waardoor de interventie voor nagenoeg alle deelnemers gratis is. Hulpmiddelen zoals medicatie en nicotinevervangers worden voor alle deelnemers aan deze interventie volledig vergoed vanuit de Basisverzekering.

De training is uitermate geschikt voor alle doelgroepen, inclusief de doelgroep lage SEP. Dit is omdat het een groepsgerichte aanpak is die sociale steun biedt (wat deze doelgroep vaak onvoldoende ontvangt in hun eigen omgeving). De trainer is onderdeel van de groep en staat niet voor of boven de groep. Er wordt geen powerpoint gebruikt tijdens de bijeenkomsten; er wordt bij elke bijeenkomst gewoon een gesprek gevoerd in de groep. De uitleg door de trainer is niet ingewikkeld (deze legt niet uit hoe verslaving precies werkt in het brein bijvoorbeeld) en de focus ligt op het 'doen' (samen stoppen met roken). Van de mensen die door ons getraind werden in 2019 en 2020, had 31% een laag opleidingsniveau (basisschool, lbo, mavo, vmbo, mbo-1, havo-onderbouw) (Clarijs & Stoker, 2021). We hebben ook goede ervaringen met trainingen in SW-bedrijven, waarbij we met wat kleinere groepen werken (Troelstra et al., 2020). De trainer krijgt bij dergelijke trainingen de vrijheid om taalgebruik en oefeningen aan te passen aan de groep. Het is geen vereiste dat het werkboek gebruikt wordt door elke deelnemer. Deelnemers kunnen ook individuele hulp krijgen bij het invullen van vragenlijsten en het aanvragen van medicatie of nicotinevervangers.

Opbouw:

Elke bijeenkomst bestaat uit een inventarisatie- en vragenronde. Daarnaast worden per samenkomst één of meerdere thema's behandeld. In principe is het verplicht elke bijeenkomst bij te wonen, tenzij er een geldige reden is om een keer te verzuimen (bijvoorbeeld ziekte). In dat geval wordt de deelnemer achteraf persoonlijk geïnformeerd door de trainer. Tussen de bijeenkomsten door en na de interventie is het voor deelnemers mogelijk om bij vragen of nood contact op te nemen met de trainer.

Bijeenkomst 1:

- Uitleg van de groepstraining
- Je persoonlijke rookgeschiedenis en motivatie om te stoppen met roken
- Roken is een verslaving
- Je rookvrije route
- Uitleg over het gebruik van hulpmiddelen

- Uitleg over aanvragen van hulpmiddelen

Bijeenkomst 2:

- Koolmonoxide (CO) meting en uitleg
- Inzicht in mate van verslaving
- Uitleg over het gebruik van hulpmiddelen
- Quiz over roken
- Voorbereiden op je stopdag
- De voordelen van het stoppen met roken

Bijeenkomst 3:

- CO-meting
- Samen stoppen
- Het stopmaatje
- Voorbereiden op je eerste week rookvrij
- Het belang van je eerste week rookvrij
- Ontwenningverschijnselen: waar dienen ze voor en hoe ga je ermee om?
- Het belang van belonen en ontspannen

Bijeenkomst 4:

- CO-meting
- De eerste week rookvrij: hoe is het gegaan?
- Het nicotinemonster onder controle houden
- Gebruik van het hulpmiddel
- Stoppen met roken en je gewicht
- Voorbereiden op je tweede week rookvrij

Bijeenkomst 5:

- CO-meting
- Terugblik op je afgelopen week rookvrij
- Motivatie en vertrouwen
- Helpende gedachten om rookvrij te blijven
- Voorbereiden op je derde week rookvrij
- Wat is succesvol rookvrij zijn?

Bijeenkomst 6:

- CO-meting
- Terugblik op de afgelopen week rookvrij
- Motivatie en vertrouwen
- Omgaan met risicovolle situaties
- Rookvrij en positief blijven in moeilijke situaties
- Voorbereiden op je vierde week rookvrij

Bijeenkomst 7:

- CO-meting
- Eén maand rookvrij: vieren!
- Advies voor het afbouwen van je hulpmiddelen
- Adviezen voor jouw rookvrije toekomst
- Terugblik op de groepstraining
- Contactmoment na één jaar rookvrij

Meer uitleg over wat er in de bijeenkomsten wordt behandeld, staat in de handleiding voor trainers.

Werving

De werving van deelnemers verloopt met name via zorgprofessionals. Ze hebben een belangrijke rol in de toeleiding. Zij bespreken het roken met de patiënt en verwijzen vervolgens naar SineFuma. Het betreft o.a. medisch specialisten, huisartsen, verpleegkundigen, praktijkondersteuners, verloskundigen en tandartsen. Deze professionals verwijzen patiënten en kunnen van SineFuma terugkoppeling krijgen of een patiënt wel of niet meedoet en als ze meedoen, wat het uiteindelijke resultaat is (indien de patiënt daar toestemming voor geeft). De relatiebeheerders van SineFuma gaan samenwerkingen aan met zorgprofessionals/zorgorganisaties, onderhouden de contacten en proberen het verwijzen van patiënten zo eenvoudig mogelijk te maken via verschillende ICT-systemen zoals hiX, HIS-systemen, Zorgdomein, etc. Ook is er online een speciaal verwijfsformulier beschikbaar op onze website voor zorgprofessionals. Aanvullend biedt SineFuma ook bijscholingen aan voor deze zorgprofessionals over hoe je een roker goed adviseert en motiveert. Tot slot spelen huisartsen een aanvullende rol in het uitschrijven van een recept voor medicatie, daar waar nodig.

De tweede groep die betrokken is bij de werving zijn bedrijven/werkgevers. Bedrijven worden ook benaderd door de relatiebeheerders. Dit gaat rechtstreeks of via samenwerkingen zoals met arbodiensten, zorgverzekeraars en brancheorganisaties. Zodra bedrijven een groepstraining afnemen, ondersteunt SineFuma het bedrijf met de werving van de rokende medewerkers via materialen en een communicatieplan.

Uiteraard kunnen rokers via open inschrijving zichzelf ook aanmelden. De werving is via mond tot mond reclame, social media en offline media zoals lokale krantjes. Verder zijn er voor iedereen wervingsmaterialen beschikbaar zoals patiëntenfolders en posters. Aanmelden kan op www.rookvrijookjij.nl via digitale aanmeldformulieren of telefonisch of per e-mail.

SineFuma wordt regelmatig gevraagd om uitvoerder te zijn bij onderzoek. Vanuit deelname aan die onderzoeken worden ook regelmatig deelnemers geworven, waarbij de groepstraining dan onderdeel uitmaakt van het onderzoek.

Procedure na werving

- De inschrijvingen worden verwerkt in het EPD door de administratie van het hoofdkantoor.
- De administratie bericht 1 week voor aanvang van de training deelnemers dat de training gaat starten en dat zij binnenkort door de trainer benaderd worden. Daarnaast geeft de administratie aan de betreffende trainer door dat de training doorgaat en dat hij kan starten met de uitnodiging en voorbereiding.
- De trainer verstuurt binnen 3 werkdagen de digitale uitnodiging met alle informatie naar de deelnemers en vraagt hen een digitale vragenlijst in te vullen voor de training start.
- Op basis van de antwoorden van de deelnemers en de trainershandleiding bereidt de trainer zich voor op de begeleiding.
- In de eerste en tweede bijeenkomst vertelt de trainer hoe de rookverslaving werkt en legt hij uit welke NVM en medicatie mogelijk zijn.
- Bij een fysieke training krijgen de deelnemers een aanvraagformulier voor de NVM of medicatie van hun keuze, evenals een schriftelijke uitleg en bij het gebruik van medicatie een brief voor de huisarts (die moet dan het aanvraagformulier mede ondertekenen). Bij online trainingen worden dezelfde formulieren of per post of via het beveiligde elektronische patiëntendossier verstuurd.
- Bij een fysieke training krijgen de deelnemers bij de eerste bijeenkomst een werkboekje met daarin de informatie per bijeenkomst.
- Bijeenkomst 3 is de stopdatum; alle deelnemers stoppen bij aanvang van deze bijeenkomst gezamenlijk met roken.
- De bijeenkomsten 4 tot en met 7 zijn gericht op het rookvrij blijven nu en in de toekomst. Tijdens bijeenkomst 4 krijgt de deelnemer van de fysieke training een klein nicotinemonster. De deelnemer van de online training krijgt een foto van het nicotinemonster gemaild.
- De trainer vult na elke bijeenkomst per deelnemer het EPD in en verstuurt bij digitale trainingen een mail naar de deelnemers met het besprokene in algemene zin (het digitale equivalent van het werkboekje van de fysiek training).

- Na bijeenkomst 7 vult de trainer de definitieve resultaten per deelnemer in het EPD in en sluit hij het dossier. Ook geeft hij deelnemers van fysieke trainingen een complimentenkaart en mailt hij deze naar online deelnemers.
- Op het moment dat de trainer het dossier sluit verstuurt hij desgewenst ook een (zorg)mail met de resultaten naar de verwijzer (alleen met toestemming van de deelnemer)
- De administratie van SineFuma verzorgt de facturatie na afloop van de training naar zorgverzekeraars, deelnemers (waarvan de verzekeraar niet uitkeert) of het betrokken bedrijf.
- Ongeveer 50-54 weken na de stopdatum belt een medewerker van het hoofdkantoor de deelnemers na om te vragen of ze nog rookvrij zijn (maximaal 5 sigaretten gerookt in de afgelopen 52 weken; volgens de Russel-standaard).
- Deze medewerker verwerkt de verkregen info in het EPD van de deelnemer en sluit het dossier daarna af.
- Een link naar het online evaluatieformulier wordt per e-mail na afloop van de training naar de deelnemer toegestuurd.
- De trainer stuurt via het EPD een terugkoppeling over het succes van de stoppoging naar de verwijzer. Uiteraard alleen bij toestemming van de deelnemer.
- Er vindt terugkoppeling/minimale dataset plaats op populatieniveau aan samenwerkende zorgorganisaties. Zo zien ze hoeveel patiënten ze verwezen hebben, hoeveel er daadwerkelijk rookvrij zijn en nog veel meer. Deze resultaten worden in een evaluatie-overleg vervolgens besproken, bij voorkeur 1 of 2 keer per jaar.
- Terugkoppelingsrapportage op groepsniveau aan werkgever. Deze uitgebreide digitale rapportage wordt door de relatiebeheerder van Sinefuma na afloop per mail verstuurd aan de contactpersoon van de werkgever. Deze terugkoppeling is niet tot personen herleidbaar, maar geeft het bedrijf inzage in hoe succesvol de training was, wat het rookgedrag was van de medewerkers en hoe de deelnemers de groepstraining ervaren hebben.
- De werkgever wordt na het afronden van het volledige programma gevraagd om een online evaluatie in te vullen. De feedback wordt gebruikt om de propositie voor werkgevers verder te optimaliseren.
- De Manager Zorg interviewt elke trainer ongeveer 1 uur per jaar over ervaringen, resultaten en eventuele op- en aanmerkingen van de trainer.

12. Uitvoering

Materialen – max 200 woorden

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

Materialen trainers

- Trainingsmap training voor trainers
- Trainershandleiding voor groepstraining
- Koolmonoxidemeter en accessoires
- Volledige trainingskit (alle nodige materialen voor deelnemers per te geven training)
- Groot nicotinemonster
- Toegang tot EPD
- Toegang tot besloten website voor trainers met achtergrondinformatie en online materialen

Materialen deelnemers

- Voorbereidende vragenlijst
- Informatie over medicijnen en/of nicotinevervangers
- Aanvraagformulier geneesmiddelen
- Instructies voor aanvraagformulier geneesmiddelen
- Werkboekje deelnemer
- Klein nicotinemonster
- Buddy-kaartje
- Motivatiekaartje
- Complimentenkaart
- Patiëntenfolder 'Rookvrij! Ook jij?'
- Evaluatieformulier

Materialen verwijzers

- Patiëntenfolders en posters voor de werving
- Verwijskaartjes (soort visitekaartjes) waarop staat vermeld hoe een patiënt gemakkelijk verwezen kan worden
- Flyers, bijvoorbeeld over het belang van pre-operatief stoppen met roken voor ziekenhuizen.
- Aanvraagformulier farmacotherapeutische ondersteuning met uitlegformulier voor deelnemer en toelichtingsbrief voor verwijzer/(huis)arts.

Materialen bedrijven

- Brochure voor werkgevers met toelichting over ons volledige aanbod.
- Communicatieplan om werkgevers te ondersteunen om rokende medewerkers te motiveren een stoppoging te doen.
- PR-materialen ter ondersteuning van de werving, zoals folders, posters, foto's, video's en voorbeeldteksten.

Locatie en type organisatie – max 200 woorden

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

De interventie is landelijk inzetbaar. Door succesvolle lokale en regionale samenwerkingen is SineFuma in staat om landelijk dekkend te werken. De fysieke training vindt plaats op een goed bereikbare en laagdrempelige plaats in de wijk of op de werklocatie. De locaties, waar de trainingen gegeven worden, zijn toegankelijk, ook voor minder validen en biedt een rustige/stille en veilige sfeer met sanitaire voorzieningen.

Bij de online training wordt gebruik gemaakt van MS teams. De online training vereist dat deelnemers beschikken over een stabiele internetverbinding en apparatuur, zoals een laptop, mobiele telefoon of een tablet. Dit maakt de online training wat minder geschikt voor sommige mensen met een lagere SEP.

Opleiding en competenties van de uitvoerders – max 200 woorden

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

De interventie wordt alleen uitgevoerd door trainers gecertificeerd door SineFuma* en ingeschreven bij KABIZ -Kwaliteitsregistratie en Accreditatie Beroepsbeoefenaren in de Zorg.

* Eisen ten aanzien van het opleidingsniveau van de trainers:

Een afgeronde HBO- of academische opleiding of bij afwezigheid hiervan minimaal een HBO werk- en denkniveau (ter beoordeling door manager zorg van SineFuma).

- Ervaring met begeleiden/ coachen
- Affiniteit met doelgroep/ verslaving
- Oplossingsgericht, zelfstandig
- Groot reflectie- en leervermogen
- Professioneel: kwaliteitsgericht, efficiënt en flexibel
- Betrouwbaar: discipline, nauwkeurig, eerlijk
- Mensgericht: klantgericht, betrokken, communicatie, luisteren
- Minimaal 1 jaar rookvrij
- Ervaring in de zorg of in stoppen met roken is een pré
- Ervaring met groepstraining is een pré

Opleiding tot gecertificeerd trainer

- Volgen van een vierdaagse (32 uur) opleiding voor trainers waar 15-20 zelfstudie uren vereist zijn. In de opleiding komen de volgende onderwerpen aan de orde: theorie over rookpreventie, rookverslaving en rookgedrag in Nederland, theorie over hulpmiddelen, CO-meten, de opzet van SineFuma en de structuur van 'Rookvrij! Ook jij?'. Daarnaast maken de technieken motiverende gespreksvoering en progressiegericht coachen deel uit van de trainersopleiding.
- Het zelf ervaren van de groepsdynamiek in de 7 bijeenkomsten, waarin je als (gespeelde) roker de methodiek ervaart door verschillende ervaren coaches. Interactieve lessen over motiverende gespreksvoering en oplossingsgericht coachen en oefenen/nabespreken van diverse casussen uit de praktijk.
- Positief afronden van een theoretisch examen bestaande uit 50 meerkeuze vragen, waarvan tenminste 40 antwoorden goed beantwoord dienen te zijn.
- Het schaduwen (meelopen/stage) van een volledige training van 7 bijeenkomsten.
- Het geven van een volledige training van 7 bijeenkomsten onder supervisie (stage) van een ervaren trainer. Indien de training, die onder supervisie is gegeven, positief is beoordeeld door de supervisor, zal de trainer een gecertificeerde trainer worden.

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

De Programma Manager Kwaliteit is eindverantwoordelijk voor de inhoudelijke kwaliteit van de interventie. Voor de kwaliteitsbewaking wordt gebruik gemaakt van internationale en nationale vakliteratuur, aanvullingen van trainers (bijvoorbeeld vanuit de intervisiebijeenkomsten en de interviews van de manager Zorg), de behaalde succespercentages (4 weken na stopdatum en 1 jaar na stopdatum) en de klanttevredenheid van deelnemers. De Programma Manager Kwaliteit ontwikkelt de interventie waarbij de balans tussen de effectiviteit van de methode (theorie) en de wensen en behoefte van trainers en deelnemers (praktijk) zeer nauw in de gaten gehouden wordt.

De 'Academie Rookvrij!', onderdeel van SineFuma, draagt zorg voor de interne opleiding. De Manager Zorg is verantwoordelijk voor het opleidingstraject. Alle trainers zijn specifiek opgeleid voor elke afzonderlijke interventie en er zijn vaste trainingsprotocollen per bijeenkomst. De interventie is geaccrediteerd door Kabiz, waardoor de kwaliteit gewaarborgd is en blijft.

Daarnaast is er een minimum aantal uren dat trainers rokers moeten begeleiden om inzetbaar te blijven voor deze interventie. Deze ondergrens bedraagt bij SineFuma 200 contacturen per 5 jaar (t.b.v. registratie in Kabiz geldt 100 contacturen per 5 jaar).

Twee keer per jaar organiseert SineFuma supervisie/intervisie-bijeenkomsten voor de trainers. De trainers worden geacht jaarlijks minimaal 1 van deze bijeenkomsten bij te wonen. Daarnaast organiseert de 'Academie Rookvrij' maandelijkse gratis online bijscholingen/workshops/ kennissessies voor de trainers. Deze zijn eveneens erkent bij Kabiz en geven recht op accreditatiepunten.

Naar aanleiding van onderzoek, nieuwe inzichten en evaluaties wordt de interventie daar waar nodig en gewenst bijgesteld. Dit gebeurt in samenwerking met universiteiten en kennisinstituten. SineFuma levert op deze manier ook een actieve bijdrage aan landelijk onderzoek naar stoppen met roken en landelijke kwaliteitsverbeteringen in de aanpak van het stoppen met roken. Als er vanuit de onderzoeken iets waardevols komt, kijkt SineFuma of en hoe dat geïmplementeerd kan worden. Een voorbeeld is dat n.a.v. onderzoek van de Universiteit Maastricht nu in onze standaardaanpak naar bedrijven wordt gecommuniceerd dat het belonen van medewerkers bewezen effectief is (Van den Brand, 2020). Een ander voorbeeld is lopend onderzoek waarbij een app (de Stopcoach) wordt aangeboden aan onze deelnemers. Als blijkt dat hiermee het succespercentage hoger is, bekijken wij hoe deze/een app onderdeel kan worden van onze interventie.

Randvoorwaarden – max 200 woorden

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

Randvoorwaarden die het succes van de interventie verhogen:

- Een belangrijke randvoorwaarde is voldoende en goed opgeleide trainers die door het hele land beschikbaar zijn. Door succesvolle lokale en regionale samenwerkingen is SineFuma in staat om landelijk dekkend te werken. Alle trainers zijn geregistreerd in het kwaliteitsregister stoppen met roken van KABIZ.
- Deelnemers krijgen onze groepstraining inclusief medicatie of nicotinevervangers vergoed vanuit de Basisverzekering.
- De fysieke training vindt plaats op een goed bereikbare en laagdrempelige plaats in de wijk of op de werklocatie. De locaties waar de trainingen gegeven worden zijn toegankelijk, ook voor minder validen, en biedt een rustige/stille en veilige sfeer met sanitaire voorzieningen. Ook zijn ze centraal gelegen in de stad/regio, bereikbaar met het OV, op meerdere plaatsen in het land of op het werk. Met laagdrempelig bedoelen we dat wij (en veel van onze deelnemers) de voorkeur hebben voor bijvoorbeeld kleine wijkgebouwen waar je gemakkelijk naar binnen kan lopen in plaats van grote behandelcentra. Uit kwalitatief onderzoek onder stoppen-met-rokenprofessionals (SMR-professionals) uit Nederland blijkt ook het belang van laagdrempeligheid (Troelstra et al., 2020), wat in dat onderzoek werd geoperationaliseerd als gratis, dichtbij en met een makkelijke manier van aanmelden.
- Het succes van de interventie wordt ook verhoogd als het groepsgevoel, de sfeer, het onderlinge vertrouwen en het gezamenlijke commitment van deelnemers en trainer optimaal is. Deelnemers worden in bijeenkomst 1 gewezen op de geldende privacyregels, omgangsvormen, de benodigde commitment en hun verantwoordelijkheid ten opzichte van de groep. De trainer probeert het groepsgevoel en een positieve sfeer te stimuleren.

Implementatie – max 200 woorden

Is er een systeem voor implementatie? Geef een samenvatting.

Integrale stoppen-met-roken-programma's vallen onder de vergoedingen van de basisverzekering.

SineFuma heeft overeenkomsten gesloten met zorgverzekeraars voor de volledige vergoeding van de

interventie. Het eigen risico is daarbij vrijgesteld, waardoor rokers één keer per jaar kosteloos kunnen deelnemen, dankzij de volledige vergoeding vanuit het Basispakket van de zorgverzekeraars.

De interventie wordt op landelijk niveau gecoördineerd vanuit het kantoor van SineFuma. De trainingen worden zo vaak mogelijk en zo verspreid mogelijk (landelijk) georganiseerd. De lokale coördinatie vindt plaats door de trainer, eventueel in combinatie met een personeelslid van het bedrijf waar de training georganiseerd wordt. De trainer is in dienst van SineFuma of werkt als ZZP-er.

Lokaal start SineFuma geen groepstrainingen zonder samenwerking met een zorgorganisatie/zorgprofessional of bedrijf. Deze wordt hier actief bij betrokken, met name in de werving van deelnemers. Hiervoor is een communicatieplan en een webpagina beschikbaar, waarin staat beschreven hoe de werving kan worden aangepakt.

Kosten – max 200 woorden

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

Stoppen-met-roken-zorg wordt als integraal programma vergoed vanuit de zorgverzekeringswet. De kaders hiervoor zijn vastgelegd in de Nza Beleidsregel stoppen-met-rokenprogramma - BR/REG-19132. Iedere roker heeft recht op één vergoede stoppoging per kalenderjaar. Het is aan de zorgverzekeraars om hiervoor voldoende aanbod in te kopen. SineFuma heeft met 95% van de zorgverzekeraars overeenkomsten gesloten voor volledige vergoeding van de interventie. Het eigen risico is hierbij vrijgesteld. Momenteel (1 september 2021) vergoedt alleen één zorgverzekeraar, te weten DSW, de trajecten niet volledig. Als iemand het traject niet of gedeeltelijk vergoed krijgt, ontvangt de deelnemer van SineFuma een nota van €423,50 incl. btw voor deelname aan de groepstraining 'Rookvrij! Ook jij?'. Deelnemers kunnen aanvullend een hulpmiddel (medicatie en/of nicotinevervangers) gebruiken. Ook dit wordt volledig vergoed vanuit de Basisverzekering op voorwaarde dat er begeleiding plaatsvindt. De verstrekking en vergoeding van deze hulpmiddelen loopt buiten SineFuma om. Kortom: voor de deelnemer worden de kosten voor de training vergoed vanuit de Basisverzekering. En mocht dat niet zo zijn, dan kost het de deelnemer in totaal €423,50.

De voorbereiding en uitvoering van een groepstraining kost SineFuma personele uren. Denk hierbij onder andere aan de inzet van de backoffice, de trainer, de manager Zorg, de Programma Manager Kwaliteit en de buitendienst. Qua materiële kosten moet gedacht worden aan onder andere zaalhuur, koffie- en theevoorzieningen, werkboekjes, pr-materiaal en materiaal ten behoeve van de koolmonoxidemeter.

Tabel 1 kostenoverzicht

Onderdeel	Kosten in uren of euro's Fysieke training	Kosten in uren of euro's Bedrijfstraining	Kosten in uren of euro's Digitale training
Inzet trainer	+/- 28 uur	+/- 28 uur	+/- 28 uur
Inzet backoffice (werving, coördinatie, administratie, financieel)	+/-10uur	+/-10uur	+/-10uur
Reiskosten medewerkers/trainer	19 cent per km	19 cent per km	nvt
Zaal en koffie/thee	€400	nvt	nvt
Materialen: CO-meter, mondstukken, folder, nicotimonster, pennen, naamkaartjes, motivatie-/buddykaartjes en ander materiaal	€25 per deelnemer	€25 per deelnemer	€20 per deelnemer
Werkboek deelnemers	€5	€5	Nvt
Online platform en support	Nvt	Nvt	€4
Medicatie of NVM	Tussen 40-330 euro pp, 1x per kalenderjaar i.c.m. begeleiding	Tussen 40-330 euro pp, 1x per kalenderjaar i.c.m.	Tussen 40-330 euro pp, 1x per kalenderjaar i.c.m.

	vergoed uit de basisverzekering	begeleiding vergoed uit de basisverzekering	begeleiding vergoed uit de basisverzekering
--	------------------------------------	---	---

13. Onderbouwing

Probleem – max 400 woorden

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

In 2020 gaven 18,6% van de Nederlanders van 12 jaar en ouder aan wel eens te roken, daarvan rookt 73,3% dagelijks en is 3% van de Nederlanders van 12 jaar en ouder een zware roker; zij roken tenminste 20 sigaretten per dag (CBS, 2021a). Roken is een ernstige verslaving die veel persoonlijk en maatschappelijk leed veroorzaakt. In Nederland sterven ieder jaar meer dan 20.000 mensen aan de gevolgen van (mee)roken. Roken is daarmee de nummer één te voorkomen doodsoorzaak (Moerenburg, 2020). Bovendien wordt in totaal 9,4% van de ziektelast in Nederland veroorzaakt door roken (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2018) wat jaarlijks tot zo'n €2,8 miljard (in 2010) (De Kinderen et al, 2016)/ €2,4 miljard (in 2015) (RIVM, 2018) aan zorgkosten leidt. Tegelijkertijd raken er iedere week honderden nieuwe kinderen verslaafd aan roken (Trimbos-instituut, 2017). Als zij blijven roken, is de kans meer dan 50% dat zij aan de gevolgen daarvan zullen komen te overlijden.

Roken komt vaker voor onder mensen met een lagere SEP dan onder mensen met een hogere SEP (Benson et al, 2015). Van de mensen met het laagste opleidingsniveau rookt 26,5% tegenover 10,7% van de mensen met het hoogste opleidingsniveau (CBS, 2021b). Naarmate het opleidingsniveau stijgt, neemt het gemiddelde aantal sigaretten per dag af. Onder laagopgeleide rokers bevinden zich daarnaast meer zware rokers (die meer dan 20 sigaretten per dag roken) dan onder hoogopgeleide rokers (Nationaal Expertisecentrum Tabaksontmoediging, 2017). Het percentage rokers onder mensen met een lager beroepsniveau, zoals ongeschoolde arbeiders, is ook groter dan onder mensen met een hoger beroepsniveau (Schaap, van Agt, Kunst, 2008). Een hoger beroepsniveau en meer welstand vergroten ook de kans dat rokers succes hebben bij hun stoppoging (Leinsalu, Kaposvári, Kunst, 2011). Om verschillende redenen, waaronder meer stress en minder steun vanuit de sociale omgeving, is het voor rokers met een lagere SEP moeilijker om te stoppen met roken (Troelstra et al., 2020). Zij hebben vaker te maken met een omgeving die roken niet als iets negatiefs ervaart dan hoge SEP rokers (Twyman, Bonevski, Paul, et al., 2014).

Rokers die vroeg gestart zijn met roken kunnen een grotere nicotine afhankelijkheid ontwikkelen dan rokers die op latere leeftijd zijn begonnen met roken. Daardoor ontwikkelen rokers die vroeg gestart zijn met roken zich vaker tot middelzware of zware rokers (Hwang, & Park, 2014; Zawertailo et al, 2018). Middelzware tot zware rokers en rokers die jong begonnen zijn met roken kunnen het extra moeilijk krijgen als ze proberen te stoppen met roken.

Probleem

Het probleem is dat de afhankelijkheid van nicotine, die door roken veroorzaakt kan worden, een ernstige, meervoudige verslaving is, die het moeilijk maakt om zonder begeleiding en farmacotherapie te stoppen met roken.

Oorzaken – max 400 woorden

Welke factoren veroorzaken het probleem of (mogelijk) risico?

Tabaksgebruik is als maatschappelijk probleem ontstaan voordat bekend was dat het roken van tabak zeer schadelijk is. Toen dat bekend werd (halverwege de twintigste eeuw), was tabaksgebruik al wijdverbreid. Toch leidde dit er niet toe dat er nu niemand meer rookt. Oorzaken hiervoor zijn:

1. Roken is een ernstige verslaving. Stoppen met roken kan fysieke ontwenningssymptomen veroorzaken zoals humeurigheid, angst, tintelende handen, rusteloosheid, koude rillingen, hoofdpijn, slapeloosheid of slecht kunnen concentreren (Prochaska & Benowitz, 2016; Willemsen & Van Emst, 2008). De verslaving aan roken is een chronische hersenaandoening (De Kanter, 2016). Daarnaast kan roken leiden tot een geestelijke verslaving, waarbij het roken gekoppeld is aan gedrag en/of emoties. Denk hierbij aan roken na

het eten, bij koffie, bij stress of in sociale situaties. De roker associeert specifieke stemmingen, situaties of omgevingsfactoren met de belonende effecten van nicotine. Ook roken mensen als reactie op bepaalde signalen, zoals stress. De associatie tussen deze signalen en de verwachte effecten van het middel en de daaruit voortvloeiende drang om het middel te gebruiken, is een vorm van conditionering (Benowitz, 2008).

2. Sociale invloeden spelen een grote rol bij rookgedrag. Sociale invloeden van vrienden en leeftijdsgenoten hangen samen met het beginnen met en doorgaan met roken in de adolescentie (U.S. Department of Health and Human Services, 2012). Volwassenen die willen stoppen met roken zijn minder succesvol als er meer mensen in hun sociale omgeving roken en meer succesvol als ze sociale steun krijgen bij het stoppen van hun partner of collega's (Van den Brand et al., 2019). Hoe hoger de sociale druk om te roken, hoe meer rokers gemiddeld roken en hoe groter de afhankelijkheid van tabak wordt (Tsai, Wen, Tsai, Tsai, 2009).

3. Veel mensen proberen zonder ondersteuning te stoppen met roken. In 2018 gebruikte slechts 18% van de (ex)rokers die een stoppoging deed daar gedragsmatige of medicamenteuze ondersteuning bij (Trimbos-instituut, 2019). Het zijn vaak de wat oudere rokers die deze ondersteuning wel gebruiken (Nagelhout et al., 2012). Dit terwijl bekend is dat alle rokers de meeste kans van slagen hebben bij het stoppen als zij gebruik maken van een combinatie van medicamenteuze en gedragsmatige ondersteuning (Trimbos-instituut, 2017).

4. Ten slotte spelen er ook oorzaken op populatieniveau mee. Overheden kunnen veel doen om tabaksgebruik te ontmoedigen. Maar ondanks dat duidelijk is aangetoond wat werkt, voeren veel overheden geen volledig tabaksontmoedigingspakket in dat in lijn is met internationale aanbevelingen (WHO, 2003). Zo is in Nederland pas in 2011 ingevoerd dat gedragsmatige en medicamenteuze ondersteuning bij het stoppen met roken vergoed werd vanuit de zorgverzekering en werd pas in 2020 besloten tot het schrappen van het eigen risico bij deze vergoeding. Naast de rol van de overheid, is ook de rol van de tabaksindustrie van belang. De tabaksindustrie probeert haar producten nog zoveel mogelijk te promoten en werkt actief het tabaksontmoedigingsbeleid van de overheid tegen (Poole et al., 2020). Ook is tabak op bijna elke straathoek te koop (Kok et al., 2020). Hierdoor beginnen er nog elke dag jongeren met roken en worden tabaksontmoedigingsmaatregelen waarvan bekend is dat ze effectief zijn toch niet altijd ingevoerd.

Aan te pakken factoren – max 200 woorden

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

Onze interventie richt zich niet op alle hierboven genoemde oorzaken voor het probleem van tabaksgebruik in de maatschappij. De groepstraining is gericht op mensen die al willen stoppen met roken en die hier ook ondersteuning bij willen gebruiken. Daarmee zijn vooral de eerste twee genoemde oorzaken van belang voor onze interventie: roken is een ernstige verslaving en sociale invloeden spelen een grote rol bij rookgedrag. Een theoretisch model dat vaak gebruikt wordt om succes bij het stoppen met roken te verklaren is het I-Change Model (De Vries et al., 2003). De aan te pakken factoren met de groepstraining sluiten aan bij dit model. Zie ook bijlage 3 waarin we de aan te pakken factoren overzichtelijk naast de subdoelen en aanpak van de interventie zetten.

De aan te pakken factoren zijn:

- Nicotineverslaving: Er wordt informatie verstrekt over nicotineverslaving en over medicamenteuze ondersteuning en praktische hulp geboden bij het aanvragen van medicamenteuze ondersteuning (subdoel 1).
- Geestelijke verslaving: Deelnemers leren om gewoontes gekoppeld aan roken om te buigen naar gezond gedrag en leren omgaan met emoties en negatieve gedachten bij het stoppen met roken (subdoel 2).
- Kennis: Deelnemers krijgen informatie over tabaksverslaving en over ontwenningverschijnselen (subdoel 3).
- Risicoperceptie: Er wordt informatie verstrekt over koolmonoxide, er wordt regelmatig een CO-meting gedaan bij de deelnemers en er wordt een quiz gedaan over de risico's van roken (subdoel 4).

- Attitude: Er wordt gesproken over de voordelen van stoppen met roken, over helpende gedachten en over aankomen en gewicht (subdoel 5).
- Sociale invloed: Het groepsaspect van de training zorgt voor sociale steun en sociale druk, er is een buddy-systeem, een invulopdracht over sociale steun in het werkboek en er is vaak een groepsapp (subdoel 6).
- Eigen-effectiviteit: Het groepsaspect van de training kan ook zorgen voor meer eigen-effectiviteit, daarnaast helpt de ondersteuning van de trainer en mogelijk ook het nicotinemonster en de complimentenkaart (subdoel 7).
- Motivatie: De trainer gebruikt motivational interviewing, ieders eigen motivatie om te stoppen wordt benoemd en uitgediept, er zijn motivatiekaarten, successen worden gevierd en ook de onderdelen 'weddenschap' en 'belofte' uit de training werken voor het verhogen van de motivatie (subdoel 8).
- Identiteit: De identiteit als niet-roker wordt besproken en gevisualiseerd (subdoel 9).
- Actieplannen: Er zijn twee voorbereidende bijeenkomsten voor de stopdatum, er wordt een persoonlijk plan ingevuld in het werkboek en er wordt veel aandacht besteed aan het maken van plannen voor risicovolle situaties (subdoel 10).
- Terugval: Als iemand een terugval heeft wordt dit besproken als leermoment en vult de deelnemer in het werkboek in wat hiervan is geleerd (subdoel 11).

Verantwoording – max 1000 woorden

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

De **theoretische verantwoording** van de werkzaamheid van het aanpakken van bovengenoemde factoren kan gevonden worden in het I-Change Model (De Vries et al., 2003). Hierin staat beschreven dat predisposing factors (in ons geval: nicotineverslaving, geestelijke verslaving), awareness factors (kennis en risicoperceptie), motivation factors (attitude, sociale invloed, eigen-effectiviteit), intention state (motivatie, identiteit), ability factors (actieplannen) en barriers (terugval) belangrijke factoren zijn die het succes van gedragsverandering kunnen voorspellen. Een **empirische verantwoording** van de werkzaamheid van het aanpakken van deze factoren bij stoppen met roken wordt hieronder gegeven.

Nicotineverslaving

Van farmacotherapie bij het stoppen met roken is bewezen dat stoppers daarmee een grotere stopslagingskans op zowel de korte als de lange termijn hebben (Jiloha, 2014). Farmacotherapeutische ondersteuning verdubbelt de kans van slagen voor een stopper (Hartmann-Boyce, Chepkin, Ye, Bullen, Lancaster, 2018; Cahill, Stevens, Perera, Lancaster, 2013; Patnode, Henderson, Thompson, Senger, Fortmann, Whitlock, 2015). In kwalitatief onderzoek met deelnemers aan onze groepstraining noemden sommige deelnemers het gratis kunnen gebruiken van farmacotherapeutische ondersteuning als één van de effectief elementen van de interventie (Van Straaten et al., 2020). SMR-professionals uit Nederland noemen dit ook als effectief element van SMR-interventies, waarbij door hen werd opgemerkt dat hulp moet worden geboden bij het regelen of aanvragen van de medicatie en de vergoeding via de zorgverzekeraar (Troelstra et al., 2020).

Geestelijke verslaving

Naast farmacotherapie moet ook gedragsmatige ondersteuning worden geboden bij het stoppen met roken; de combinatie is het meest effectief (Trimbos-instituut, 2017). Gedragsveranderingsinterventies voor stoppen met roken die gericht zijn op het ombuigen van rookafhankelijk gedrag en emotie naar gezond gedrag, leiden tot hogere stoppercentages (Black et al., 2020; Hartmann-Boyce et al., 2021).

Kennis

Kennis over de gevolgen van roken en voordelen van stoppen draagt positief bij aan de stopkansen (Grassi et al., 2014; Passey et al., 2012). In kwalitatief onderzoek naar onze groepstraining benoemden deelnemers dat het ontvangen van informatie over de risico's van roken en over hoe verslaving werkt, hun motivatie om te stoppen met roken verhoogde (Van Straaten et al., 2020). Ook de geïnterviewde professionals gaven aan dat het verstrekken van informatie een belangrijk onderdeel van de interventie is (Van Straaten et al., 2020).

Risicoperceptie

Een hogere risicoperceptie van de gevaren van roken hangt samen met meer motivatie om te stoppen met roken en meer stopsucces (Borrelli et al., 2010; Williams et al., 2011). Onderzoek laat daarnaast zien dat het toevoegen van CO-metingen aan een stoppen-met-rokeninterventie kan leiden tot een hogere risicoperceptie en op de korte termijn ook tot meer intentie om te stoppen met roken (Shahab et al., 2011). Bij stoppers met een hoge eigen-effectiviteit om te stoppen met roken leidde het toevoegen van CO-metingen zelfs tot meer stopsucces. Ook in kwalitatief onderzoek met deelnemers van onze groepstraining benoemden een aantal deelnemers dat ze de CO-metingen motiverend vonden (Van Straaten et al., 2020). Daarnaast noemen SMR-professionals uit Nederland het uitvoeren van CO-metingen als werkzaam element van SMR-interventies (Troelstra et al., 2020).

Attitude

Rokers die meer nadelen dan voordelen zien van roken hebben een grotere kans om te stoppen met roken en om niet terug te vallen (Etter et al., 2000). Daarnaast hebben rokers die meer voordelen van stoppen met roken zien een hogere intentie om te stoppen met roken (De Vries & Mudde, 1998; Lazuras et al., 2012).

Sociale invloed

Groepstherapie draagt positief bij aan de stopkansen (Stead, Carroll, & Lancaster, 2017). Werknemers die meededen met onze groepstraining en daarbij sociale steun van collega's ervoeren hadden een grotere kans om succesvol te stoppen met roken (Van den Brand et al., 2019). Kwalitatief onderzoek naar onze groepstraining (in zowel de bedrijfssetting als in de wijk) laat zien dat deelnemers het stoppen samen met anderen, en de sociale steun en sociale druk die dat oplevert, zien als een werkzaam element van de interventie (Van den Brand et al., 2018; Van Straaten et al., 2020). Het belang van het groepsaspect van onze interventie en van sociale steun werd ook benoemd door professionals (Van Straaten et al., 2020).

Eigen-effectiviteit

De groepstraining is zo ingericht dat stoppers hun eigen verantwoordelijkheid nemen en gemotiveerd zijn om te stoppen. Dit vergroot de eigen-effectiviteit van stoppers en hun effectiviteit bij het stoppen (Williams, Gagné, Ryan, & Deci, 2002; Lee, Catley, & Harris, 2012). Een hogere eigen-effectiviteit is een sterke voorspeller van stopsucces (Prenger et al., 2013).

Motivatie

Naast eigen-effectiviteit is ook intentie om te stoppen met roken een sterke voorspeller van stopsucces (Prenger et al., 2013). Motiverende gespreksvoering (het zoeken naar de intrinsieke motivatie van de stopper) draagt bij aan het stoppen met roken (Soria et al., 2006; Lindson, Thompson, Ferrey, Lambert, & Aveyard, 2019). Positief bekrachtigen en progressiegerichte begeleiding (progressie boeken in de richting van het zelfgekozen doel) van stoppers is belangrijk om hun doelen te behalen (Miller & Rollnick, 2012; Visser, 2018). In kwalitatief onderzoek naar deelnemers aan onze groepstraining kwam naar voren dat zij hun eigen motivatie als de belangrijkste succesfactor voor hun stoppoging zagen (Van den Brand et al., 2018). Daarnaast benoemden deelnemers dat de trainer erg goed in staat was om hen te blijven motiveren (Van Straaten et al., 2020).

Identiteit

Roken hoort vaak bij iemands identiteit en afstand doen van roken kan bij deze rokers leiden tot een rouwproces en/of het willen behouden van de identiteit als roker. Terwijl een niet-rokers identiteit een determinant is van succesvol stoppen met roken (Meijer, Vangeli, Gebhardt, Van Laar, 2020). Het veranderen van de eigen identiteit naar die van een niet-roker blijkt belangrijk om terugval naar roken te voorkomen (Callaghan et al., 2021).

Actieplannen

Het maken van actieplannen is een voorspeller van succesvol stoppen met roken (De Vries et al., 2013). Uit kwalitatief onderzoek blijkt dat de deelnemers aan onze groepstraining het leren van strategieën om met

risicovolle situaties om te gaan als een werkzaam element van de interventie zagen (Van den Brand et al., 2018) en dat dit hen het gevoel gaf dat ze echt konden stoppen met roken (Van Straaten et al., 2020).

Terugval

Er is nog te weinig zekerheid over effectieve terugvalpreventie bij stoppen met roken (Livingstone-Banks et al., 2019). Kwalitatief onderzoek onder SMR-professionals uit Nederland laat echter wel zien dat zij het belangrijk vinden om deelnemers die terugvallen goed op te vangen en verder te begeleiden (Troelstra et al., 2020). Een (tijdelijke) terugval moet volgens hen gezien worden als onderdeel van de verandering waar je als deelnemer veel van kan leren.

14. 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 uit gevoerd 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.

Interne monitoring

We monitoren doorlopend de ervaringen met onze groepstraining door middel van vragenlijsten voorafgaand en na afloop van de training. Daarnaast bellen we alle deelnemers na een jaar op om te vragen of ze nog steeds gestopt zijn met roken. Onze interne monitoring bestaat daarnaast uit het voeren van evaluatiegesprekken met iedere trainer (1x per jaar) en groepsgesprekken met de trainers tijdens intervisiebijeenkomsten. Begin 2021 hebben we een intern rapport opgesteld op basis van de ingevulde vragenlijsten (Clarijs & Stoker, 2021). Het rapport is gebaseerd op de jaren 2019 en 2020, waarbij er 451 groepstrainingen hebben plaatsgevonden met 4.153 deelnemers. Daarvan hebben 3.607 mensen de vragenlijst vooraf ingevuld (demografie/gezondheid/gedrag) en 1.642 (40%) de evaluatievragenlijsten achteraf ingevuld. In 2020-2021 zijn er met 82 trainers die de groepsinterventies hebben gegeven interviews geweest door de manager zorg.

Uitvoering volgens plan

Of de interventie door de trainers wordt uitgevoerd volgens plan, wordt eerst getoetst door een trainer minimaal één keer de volledige groepstraining onder supervisie te laten uitvoeren en wordt daarna kwalitatief gemonitord tijdens evaluatiegesprekken en intervisiebijeenkomsten. Tijdens intervisiebijeenkomsten wordt bijvoorbeeld steeds een onderdeel van de interventie met elkaar uitgediept. Ook geven de vragenlijsten van deelnemers indicaties over het uitvoeren van alle onderdelen van de interventie, aangezien deelnemers aangeven wat ze van elk onderdeel vinden. Als scores of signalen van een trainer daar aanleiding voor geven, wordt bij een trainer gecheckt of de onderdelen wel worden uitgevoerd volgens plan. De meeste trainers geven aan de interventie echt volgens de handleiding uit te voeren (Clarijs & Stoker, 2021).

Bereik

Op basis van ons interne rapport waarvan de methode hierboven is toegelicht (Clarijs & Stoker, 2021), is te zien dat alle 'type' rokers bereikt worden. We bereiken zowel lichte, als behoorlijk en zeer verslaafde rokers met de groepsinterventie en zowel de lage SEP als de hogere SEP doelgroep doen mee. Alle leeftijden worden bereikt, waarbij de gemiddelde leeftijd 52 jaar is. Dit is vrij hoog en daarom is er een nieuwe ambitie om de doelgroep wel te verjongen.

Waardering

Vanuit de evaluatie achteraf en de interviews bij de trainers blijkt dat deelnemers en trainers zeer tevreden zijn over de uitvoering van de interventie (Clarijs & Stoker, 2021). Vanuit de trainers werden bij de interviews en intervisiebijeenkomsten/workshops een aantal goede verbeter suggesties gedaan, die na intern overleg, ook daadwerkelijk zijn aangepast in de interventie. Zie tabel 2 voor een overzicht hiervan.

Tabel 2: verbeterpunten en aanpassingen

Verbeterpunten/aanbevelingen trainers	Aanpassingen
Positiever benaderen	Bijeenkomst 2: Bedenk een situatie waarin het GEEN moeite kost om niet te roken (i.p.v. andersom)
Positiever benaderen	Bijeenkomst 4: Uitleg over uitglijder alleen geven als iemand een uitglijder heeft gemaakt
Positiever benaderen	Bijeenkomst 7: complimenten kaarten i.p.v. certificaten. Dat zorgt voor geen verschil tussen succesvol en niet succesvolle deelnemers. Iets persoonlijks voor iedereen
Positiever benaderen	Belofte (vanaf bijeenkomst 3) "Ik beloof de komende week ROOKVRIJ te zijn" i.p.v. "Ik beloof de komende week niet te roken"
Meer interactie eerste bijeenkomst	Hulpmiddelen spel i.p.v. dat trainer alles uitlegt over elk hulpmiddel
Informatie over Tabex en e-sigaret wegens frequente vragen	Bijlagen trainers handboek gemaakt met informatie Tabex en e-sigaret voor geval van vragen
Nicotinevervangers (algemeen) in eerste bijeenkomst	Spel toegevoegd in eerste bijeenkomst- staan ook nicotinevervangers in. Orale nicotinevervangers samen bespreken i.p.v. allemaal apart
Makkelijker taalgebruik voor lage SEP	Taal in trainers handboek aangepast. "Verslavingscirkel" afbeelding toegevoegd als onderdeel van de training

De evaluatieresultaten van 2019 t/m '2021 1^e kwartaal' van de deelnemers zijn zichtbaar in tabel 3 (Clarijs & Stoker, 2021). Gemiddeld scoort de gehele interventie een 8,7 en op de vraag in welke mate men deze interventie zou aanbevelen, geven deelnemers een 8,6. Hiermee kunnen wij concluderen dat deelnemers zeer tevreden zijn over de interventie.

Binnen de evaluatie scoren een aantal onderdelen lager:

- CO-metingen (alleen in 2020-2021): dit kwam doordat die niet meer gebruikt werd vanwege corona, maar de CO-meter wordt inmiddels weer in gebruik genomen;
- De weddenschap: vanwege de lagere score is deze inmiddels op inhoud aangepast, waardoor het hopelijk beter aanslaat bij zowel trainers als deelnemers. In 2021 (1^e kwartaal) is de score al wat hoger.
- De complimentenkaart: vanwege de lagere score is het complimentencertificaat aangepast naar complimentenkaarten.

Tabel 3: evaluatie resultaten deelnemers

vraag	2019	2020	2021	Totaal
In welke mate zou u deze training aanbevelen bij een vriend of kennis	8,6	8,6	9,0	8,6
Welk cijfer geeft u de training	8,6	8,7	9,2	8,7
De toelichting over medicijnen en nicotinevervangers was	8,8	8,9	9,0	8,8
Gebruik van medicatie / nicotine vervangers	7,9	8,2	8,6	8,1
Het samen stoppen in een groep	8,6	8,3	8,4	8,5
De CO-metingen	7,6	6,0	5,3	6,8
Het deelnemersboekje	6,1	6,0	6,9	6,1
Het buddy-en	6,9	6,9	8,1	7,0
De weddenschap	4,8	4,8	5,7	4,8
De belofte	6,3	6,6	7,4	6,5
De complimentenkaart	6,1	5,3	6,3	5,7
De gesprekken	8,1	8,4	8,9	8,3
Totaal	7,6	7,5	8,3	7,6

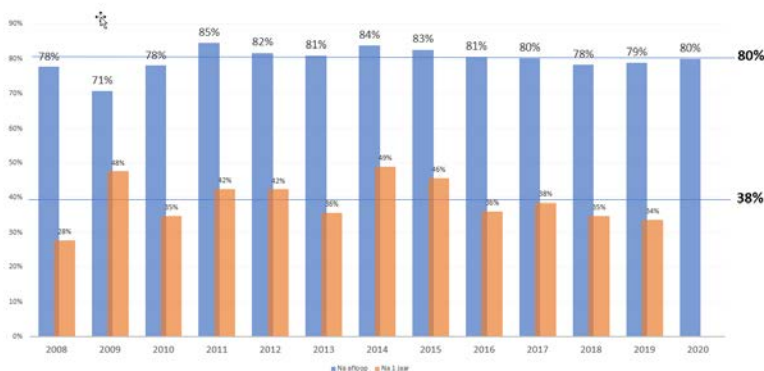
Aantal deelnemers die de evaluatie hebben ingevuld	780	855	120	1755
--	-----	-----	-----	-------------

Uitkomsten

Ook heeft SineFuma op basis van de monitoringgegevens van de rookstatus van deelnemers een kwaliteitsrapportage gemaakt (SineFuma, 2020). Uit deze rapportage blijkt dat in totaal 1.397 deelnemers mee deden aan de groepstrainingen in 2020. Daarvan was 80% aan het einde van de interventie rookvrij. Succespercentages van eerdere jaren staan weergegeven in het figuur hieronder. De Universiteit Maastricht is momenteel bezig met een wetenschappelijke analyse van de monitoringsdata. Dit is waarschijnlijk eind 2022 klaar om ingediend te worden bij een wetenschappelijk tijdschrift.

Figuur 1: Succespercentages van de groepstraining 2008-2020

Succespercentages Groepstraining



Externe onderzoeken gepubliceerd

Succes- en faalfactoren

Een kwalitatief onderzoek van de Universiteit Maastricht onder 24 deelnemers aan onze interventie onderzocht **succesfactoren in de bedrijfssetting** (Van den Brand et al., 2018). Zoals al vermeld in het onderdeel 'verantwoording' werd de sociale steun en sociale druk als een succesfactor gezien, het hebben van motivatie om te stoppen met roken en het leren van strategieën om met risicovolle situaties om te gaan. Daarnaast werd het aanbieden van de training op de werkplek als een succesfactor gezien.

Een kwalitatief onderzoek van onderzoeksinstituut IVO onder 18 deelnemers en 8 professionals van onze interventie onderzocht **succesfactoren in de wijksetting** (Van Straaten et al., 2020). Het ging hier om twee wijken in twee verschillende steden, waarbij onze groepstraining in de ene stad werd gebruikt en een vergelijkbare groepstraining ('Voel je vrij!') in de andere stad. De groepssetting en het ontvangen van sociale steun werd ook hier genoemd als een succesfactor, door zowel deelnemers als professionals. Daarnaast

werden genoemd: het gratis kunnen gebruiken van farmacotherapeutische ondersteuning, het ontvangen van informatie over de risico's van roken en over hoe verslaving werkt, de CO-metingen, dat de trainer erg goed in staat was om deelnemers te blijven motiveren en het leren van strategieën om met risicovolle situaties om te gaan.

Een cluster-gerandomiseerde gecontroleerde studie van de Universiteit Maastricht naar 604 deelnemers aan onze interventie in de bedrijfssetting heeft laten zien dat het toevoegen van een **financiële beloning** het stopsucces van deelnemers significant verhoogt (Van den Brand, 2020). Sindsdien benoemt SineFuma richting werkgevers standaard de mogelijkheid tot belonen en dat dit bewezen effectief voor een hogere succeskans zorgt. Momenteel lopen er nog twee andere beloningsonderzoeken waar bedrijven en ziekenhuizen momenteel bij kunnen aansluiten, één van het Erasmus MC en één van het RIVM.

Externe onderzoeken lopend

Succes- en faalfactoren

In een implementatieonderzoek van de Universiteit Maastricht en onderzoeksinstituut IVO wordt onderzocht hoe de **werving van rokende werknemers** door werkgevers verbeterd kan worden, met name de werving van werknemers met een lagere sociaaleconomische positie. In het kader van dit onderzoek is een implementatiestrategie ontwikkeld met een verbeterd communicatieplan voor bedrijven, een website (www.samensterkerstoppen.nl), video's en webinars voor leidinggevenden. Deze strategie en materialen worden door SineFuma gebruikt en worden momenteel door de universiteit en het IVO geëvalueerd.

Het LUMC voert momenteel onderzoek uit naar werkzame elementen van onze interventie die mogelijk **genderspecifiek** zijn. Dit betreft een kwalitatieve studie met focusgroepen waarbij de interventie 'Rookvrij! Ook jij?' besproken wordt. Dit geeft eveneens een goed inzicht in de vraag of de interventie uitgevoerd wordt zoals bedoeld, de waardering en mogelijke verbeterpunten. De focusgroepen zijn eind mei 2021 met de deelnemers gehouden en worden momenteel geanalyseerd en gepubliceerd. Voor SineFuma is de verwachting dat de interventie meer genderspecifieke elementen gaat bevatten en inzicht verkregen wordt in welke onderdelen beter werken bij mannen en bij vrouwen.

15. Samenvatting Werkzame elementen

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

Max 250 woorden

Inhoudelijke elementen:

- Inzicht geven in het ziektebeeld van de rookverslaving.
- Gezamenlijke voorbereiding op het stoppen.
- Informatie, advies, en ondersteuning bij het verkrijgen van passende hulpmiddelen (nicotinevervangers en/of medicatie).
- Gedragmatige ondersteuning.
- Intensieve wekelijkse begeleiding van de trainer, tijdens de interventie en zo nodig na de training.
- Gebruik van CO-meting als vorm van biofeedback (groepen op locatie).
- Bewust maken en vergroten van de intrinsieke motivatie door middel van motiverende gespreksvoeringstechnieken.
- Bevorderen van een positieve attitude ten opzichte van rookvrij zijn en een negatieve attitude ten aanzien van roken.
- Manieren van coping aanleren. Handvatten bespreken om met trek of lastige momenten om te gaan (actief zelf bedenken om aan te sluiten bij deelnemer).
- Op korte termijn barrières ervaren om te gaan roken (weddenschap, stopmaatje, belofte).
- Ervaren van een positieve sociale omgeving, (h)erkenning en steun binnen de groep en met de trainer.
- Concreet een persoonlijk plan maken om met toekomstige risicovolle situaties en verleidelijke situaties om te kunnen gaan.

Praktische elementen:

- Wekelijkse training, die doorloopt tot en met 4 weken na de stopdatum. Dit is de moeilijkste periode, waarin veel ontweningsverschijnselen optreden.
- Brede toegankelijkheid: uitvoeren van de interventie op veel verschillende locaties verspreid over het land, op het werk of online.
- Praktische toepasbare inhoud en eenvoudig taalgebruik.
- Vergoed vanuit de verzekeraar (training en hulpmiddelen in combinatie).
- Samenwerking met artsen, specialisten, zorggroepen, onderzoekers en expertisecentra.

16. Aangehaalde literatuur

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

- Benowitz N. L. (2008). Neurobiology of Nicotine Addiction: Implications for Smoking Cessation Treatment. *American Journal of Medicine*, 121(4 SUPPL.), S3.
- Benowitz N. L. (2010). Nicotine addiction. *The New England Journal of Medicine*, 362(24), 2295–2303.
- Benson FE, Kuipers MA, Nierkens V, Bruggink JW, Stronks K, Kunst AE. (2015). Socioeconomic inequalities in smoking in The Netherlands before and during the Global Financial Crisis: a repeated cross-sectional study. *BMC Public Health*, 15, 469.
- Black N, Johnston M, Michie S, Hartmann-Boyce J, West R, Viechtbauer W, Eisma MC, Scott C, de Bruin M. (2020). Behaviour change techniques associated with smoking cessation in intervention and comparator groups of randomized controlled trials: a systematic review and meta-regression. *Addiction*, 115(11), 2008-2020.
- Borrelli, B., Hayes, R. B., Dunsiger, S., & Fava, J. L. (2010). Risk perception and smoking behavior in medically ill smokers: a prospective study. *Addiction*, 105(6), 1100-1108.
- Buchmann A., Blomeyer D, Jennen-Steinmetz C, Schmidt MH, Esser G, Banaschewski T, et al. (2011). Early smoking onset may promise initial pleasurable sensations and later addiction. *Addiction Biology*, 18, 947–54.
- Callaghan L, Yong HH, Borland R, Cummings KM, Hitchman SC, Fong GT. (2021). What kind of smoking identity following quitting would elevate smokers relapse risk? *Addictive Behaviors*, 112, 106654.
- CBS. (2021a, maart 24). Leefstijl en (preventief) gezondheidsonderzoek; persoonskenmerken. <https://www.cbs.nl/nl-nl/cijfers/detail/83021NED?dl=33FA4>.
- CBS. (2021b, maart 24). Leefstijl en (preventief) gezondheidsonderzoek; persoonskenmerken. [www.cbs.nl. https://www.cbs.nl/nl-nl/cijfers/detail/83021NED?dl=33FA4](https://www.cbs.nl/nl-nl/cijfers/detail/83021NED?dl=33FA4)
- Clarijs, M., Stoker, C. (2021). SineFuma, Procesevaluatie groepstraining. Breda: SineFuma.
- De Kinderen, R. J. A. (2016, juni). Rapport maatschappelijke kosten baten analyse van tabaksontmoediging. Maastricht University. https://hsr.mumc.maastrichtuniversity.nl/sites/intranet.mumc.maastrichtuniversity.nl/files/hsr_mumc_maastrichtuniversity_nl/public_news_events/rapportmkba_09-06-2016_def_0.pdf
- De Kanter, W. (2016, 25 maart). De 70 mythes over tabaksverslaving. <https://wandadekanter.nl/2016/03/25/de-top-40-standaard-reacties-op-social-media-een-antwoord/>
- De Vries, H., Eggers, S.M. & Bolman, C. (2013). The role of action planning and plan enactment for smoking cessation. *BMC Public Health* 13, 393.
- Vries, H. D., & Mudde, A. N. (1998). Predicting stage transitions for smoking cessation applying the attitude-social influence-efficacy model. *Psychology and Health*, 13(2), 369-385.
- De Vries, H., Mudde, A., Leijts, I., et al. (2003). The European Smoking prevention Framework Approach (EFSA): an example of integral prevention. *Health Education Research*, 18(5), 611-626.
- Dieleman, L. A., van Peet, P. G., & Vos, H. M. (2021). Gender differences within the barriers to smoking cessation and the preferences for interventions in primary care a qualitative study using focus groups in The Hague, The Netherlands. *BMJ open*, 11(1), e042623.
- Etter, J. F., Humair, J. P., Bergman, M. M., & Perneger, T. V. (2000). Development and validation of the Attitudes Towards Smoking Scale (ATS-18). *Addiction*, 95(4), 613-625.
- Fiore MC. (2000). Treating tobacco use and dependence: an introduction to the us public health service clinical practice guideline. *Respir Care*, 45, 1196-9.
- Grassi MC, Baraldo M, Chiamulera C, Culasso F, Raupach T, Ferketich AK, Patrono C, Nencini P. (2014). Knowledge about health effects of cigarette smoking and quitting among Italian university students: the importance of teaching nicotine dependence and treatment in the medical curriculum. *Biomed Res Int.*, 321657.
- Hajek, P. (1989). Withdrawal-oriented Therapy for Smokers. *British Journal of Addiction*, 84, 591-8.
- Hartmann-Boyce J, Chepkin SC, Ye W, Bullen C, Lancaster T. (2018). Nicotine replacement therapy versus control for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*, 5(5), CD000146.

- Hartmann-Boyce J, Livingstone-Banks J, Ordóñez-Mena JM, Fanshawe TR, Lindson N, Freeman SC, Sutton AJ, Theodoulou A, Aveyard P. (2021). Behavioural interventions for smoking cessation: an overview and network meta-analysis. *Cochrane Database Syst Rev.*, 1, CD013229.
- Heatherington TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerström KO. (1991). The fagerström test for nicotine dependence: a revision of the fagerström tolerance questionnaire. *Br J Addict*, 86, 1119-27.
- Hiscock, R. & Bauld, L. (2013). *Stop smoking services and health inequalities*. London: National Centre for Smoking Cessation and Training.
- Hwang, J. H., & Park, S. W. (2014). Age at smoking initiation and subsequent smoking among Korean adolescent smokers. *Journal of Preventive Medicine and Public Health*, 47(5), 266–272.
- Jiloha R. C. (2014). Pharmacotherapy of smoking cessation. *Indian Journal of Psychiatry*, 56(1), 87–95.
- Kok, L., Kroon, L., Meerkerk, G.-J., Nagelhout, G. E., Smits, T., & Willemsen, M. C. (2020). *Beperken van het aantal verkooppunten tabak: verkenning beleidsopties*. SEO: Amsterdam.
- Lazuras, L., Chatzipolychroni, E., Rodafinos, A., & Eiser, J. R. (2012). Social cognitive predictors of smoking cessation intentions among smoker employees: The roles of anticipated regret and social norms. *Addictive Behaviors*, 37, 339-341.
- Lee, H. S., Catley, D., & Harris, K. J. (2012). A comparison of autonomous regulation and negative self-evaluative emotions as predictors of smoking behavior change among college students. *Journal of health psychology*, 17(4), 600–609.
- Leinsalu M, Kaposvári C, Kunst AE. (2011). Is income or employment a stronger predictor of smoking than education in economically less developed countries? A cross-sectional study in Hungary. *BMC Public Health*, 11, 97.
- Lindson N, Thompson TP, Ferrey A, Lambert JD, Aveyard P. (2019). Motivational interviewing for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*, 7(7), CD006936.
- 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, CD003999.
- Lydon, D. M., Wilson, S. J., Child, A., & Geier CF. (2014). Adolescent brain maturation and smoking: what we know and where we're headed. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 45, 323–42.
- McCool J, Hoek, J., Edwards, R., Chir, B., Thomson, G., Gifford, H. (2013). Crossing the Smoking Divide for Young Adults: Expressions of Stigma and Identity Among Smokers and Nonsmokers. *Nicotine & Tobacco Research*, 15, 552–556.
- Meijer E, Vangeli E, Gebhardt WA, van Laar C. (2020). Identity processes in smokers who want to quit smoking: A longitudinal interpretative phenomenological analysis. *Health*, 24, 493-517.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2012). *Motivational Interviewing*. Guilford Publications.
- Moerenburg, J. (2020, 12 oktober). *Ziekte en sterfte*. ROKENinfo.nl
<https://www.rokeninfo.nl/prfoessionals/cijfers-gebruik-en=gevolgen/ziekte-en-sterfte1>
- Nagelhout, G. E., De Korte-de Boer, J. D., Zeegers, M. C. E., Van der Meer, R., Segaar, D. & Willemsen, M. C. (2012). *Themapublicatie: Hulpmiddelen voor stoppen met roken 2001-2012*. Den Haag: STIVORO.
- Nagelhout G. E., De Korte J. D., Van der Meer R. M., Zeegers T., Van Gelder, B. M., & Willemsen M. C. (2011). *Themapublicatie: Sociaaleconomische verschillen in roken in Nederland 1988-2010*. Den Haag: STIVORO.
- Nationaal Expertisecentrum Tabaksontmoediging (2017). *Factsheet effecten van tabaksontmoedigende beleidsmaatregelen onder rokers met een lage sociaaleconomische status*. <https://www.trimbos.nl>.
<https://www.trimbos.nl/docs/1893e316-2c9b-46d1-a2d6-9c54e2fc499d.pdf>
- National Institute for Health and Care Excellence (2009). *School-based interventions to prevent the uptake of smoking among children and young people: cost-effectiveness review*. Birmingham: NICE, University of Birmingham.
- Parikh NS, Salehi Omran S, Kamel H, Elkind MSV, Willey JZ. (2020). Smoking-cessation pharmacotherapy for patients with stroke and TIA: Systematic review. *J Clin Neurosci*, 78, 236-241.
- Passey, M.E., D'Este, C.A. & Sanson-Fisher, R.W. (2012). Knowledge, attitudes and other factors associated with assessment of tobacco smoking among pregnant Aboriginal women by health care providers: a cross-sectional survey. *BMC Public Health*, 12, 165.

- Patnode, C. D., Henderson, J. T., Thompson, J. H., Senger, C. A., Fortmann, S. P., & Whitlock, E. P. (2015). Behavioral counseling and pharmacotherapy interventions for tobacco cessation in adults, including pregnant women: a review of reviews for the US Preventive Services Task Force. *Annals of internal medicine*, 163(8), 608-621.
- Poole, N., Van Straaten, B., & Nagelhout, G. E. (2020). Factsheet – Argumenten en strategieën van de tabaksindustrie tegen beleidsmaatregelen: Resultaten uit interviews met internationale experts. Den Haag: IVO.
- Prenger, R., Pieterse, M. E., Braakman-Jansen, L. M., Bolman, C., de Vries, H., & Wiggers, L. C. (2013). A comparison of time-varying covariates in two smoking cessation interventions for cardiac patients. *Health education research*, 28(2), 300-312.
- Prochaska JJ, Benowitz NL. (2016). The Past, Present, and Future of Nicotine Addiction Therapy. *Annu Rev Med*, 67, 467-86.
- Rennard SI, Daughton DM. (2014). Smoking cessation. *Clin Chest Med*, 35, 165-76.
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. (2018, 8 september). Synthese VTV-2018 - Een gezond vooruitzicht. <https://www.vtv2018.nl/synthese-vtv-2018-eeen-gezond-vooruitzicht>.
<https://Volksgezondheidszorg.info>
- RIVM. (2018, juni). Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2018. Een gezond vooruitzicht. <https://www.vtv2018.nl/synthese-vtv-2018-eeen-gezond-vooruitzicht>
- Shahab, L., West, R., & McNeill, A. (2011). A randomized, controlled trial of adding expired carbon monoxide feedback to brief stop smoking advice: Evaluation of cognitive and behavioral effects. *Health Psychology*, 30(1), 49–57.
- Schaap MM, van Agt HM, Kunst AE. (2008). Identification of socioeconomic groups at increased risk for smoking in European countries: looking beyond educational level. *Nicotine Tob Res*, 10, 359-69.
- SineFuma (2020). Kwaliteitsrapportage SineFuma 'Rookvrij! Ook jij?'.
https://rookvrijookjij.nl/images/kwaliteit/Kwaliteitsrapportage_2020_SineFuma.pdf
- Soria, R., Legido, A., Escolano, C., Yeste, A. L., & Montoya, J. (2006). A randomised controlled trial of motivational interviewing for smoking cessation. *British Journal of General Practice*, 56(531), 768-774.
- Soulakova, J. N., Tang, C. Y., Leonardo, S. A., & Taliaferro, L. A. (2018). Motivational Benefits of Social Support and Behavioural Interventions for Smoking Cessation. *Journal of Smoking Cessation*, 13(4), 216–226.
- Stead LF, Carroll AJ, Lancaster T. (2017). Group behaviour therapy programmes for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*, 3(3), CD001007.
- Trimbos-instituut (2017, februari). Kinderen en roken, de feiten op rij
<https://www.trimbos.nl/actueel/nieuws/bericht/kinderen-en-roken-de-feiten-op-eeen-rij>
- Trimbos-instituut (2017). Richtlijn behandeling van tabaksverslaving en stoppen met roken ondersteuning. Herziening 2016. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Trimbos-instituut (2019). Stoppen met roken: feiten en cijfers <https://www.trimbos.nl/kennis/hulp-bieden-bij-stoppen-met-roken/feiten-en-cijfers/>
- Troelstra, S., Magnée, T., Koopman, E., Harting, J., Nagelhout, G. E. (2020). Stoppen-met-rokeninterventies voor mensen met een lagere sociaaleconomische positie: Overzicht van goede voorbeelden en werkzame elementen. Utrecht, Den Haag, Amsterdam: Trimbos-instituut, IVO, Amsterdam UMC.
- Tsai YW, Wen YW, Tsai CR, Tsai TI. (2009). Peer pressure, psychological distress and the urge to smoke. *Int J Environ Res Public Health*, 6(6), 1799-811.
- Twyman L, Bonevski B, Paul C, et al. (2014). Perceived barriers to smoking cessation in selected vulnerable groups: a systematic review of the qualitative and quantitative literature. *BMJ Open*, 4, e006414.
- U.S. Department of Health and Human Services. Preventing Tobacco Use Among Youth and Young Adults: A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA.; 2012. 20.
- 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., Nagtzaam, P., Nagelhout, G. E., Winkens, B., & van Schayck, C. P. (2019). The Association of Peer Smoking Behavior and Social Support with Quit Success in Employees Who

- Participated in a Smoking Cessation Intervention at the Workplace. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(16), 2831.
- Van den Brand, F.A., Nagelhout, G.E., Winkens, B., Chavannes, N. H., van Schayck, 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* 2018; 3: e536–4
- Van den Brand, F. A. (2020). Financial incentives for smoking cessation. Proefschrift. <https://doi.org/10.26481/dis.20201021fb>
- Van Straaten, B., Meerkerk, G. J., Van den Brand, F. A., Lucas, P., De Wit, N., & Nagelhout, G. E. (2020). 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*, 6, 64.
- Visser, C. (2018). *Handboek Progressiegericht Coachen* (1ste ed.). Adfo Books.
- West R, Hajek P, Stead L, Stapleton J. (2005). Outcome criteria in smoking cessation trials: proposal for a common standard. *Addiction*, 100(3), 299-303.
- West, R., Hajek, P., Stead, L., & Stapleton, J. (2005). Outcome criteria in smoking cessation trials: proposal for a common standard. *Addiction*, 100(3), 299-303.
- Williams, R. J., Herzog, T. A., & Simmons, V. N. (2011). Risk perception and motivation to quit smoking: a partial test of the Health Action Process Approach. *Addictive Behaviors*, 36(7), 789-791.
- World Health Organisation, (2010). *Addiction to Nicotine*. In: *Gender, women and the tobacco epidemic*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organisation (2003). *WHO Framework Convention on Tobacco Control*. Geneva: World Health Organisation.
- Willemsen M.C. & Van Emst A.J. (2008) Stimulerende middelen: tabak. In: Kerssemakers R., Van Meerten R., Noorlander E., Vervaeke H. (eds) *Drugs en alcohol; Gebruik, misbruik en verslaving*. Bohn Stafleu van Loghum, Houten.
- Williams GC, Gagné M, Ryan RM, Deci EL. (2002). Facilitating autonomous motivation for smoking cessation. *Health Psychol*, 21, 40-50.
- Zawertailo L, Voci S, Selby P. (2018). The Cigarette Dependence Scale and Heaviness of Smoking Index as predictors of smoking cessation after 10 weeks of nicotine replacement therapy and at 6-month follow-up. *Addictive Behaviors*, 78, 223-227.

17. Praktijkvoorbeeld

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

Ervaringsverhaal van Annelies uit Tilburg, deelnemer groepstraining.

"Hoe maak je van een roker, die opgegroeid is met het gegeven dat roken een sociaal gebeuren is, een ex-roker. De 40-, 50- en 60-ers zijn veelal opgegroeid tussen rokende ouders, tantes, ooms en zelfs de leraar rookte er aardig op los.

Velen van ons herinneren de feestjes waar de sigaretten en sigaren op de feesttafel stonden. De Belinda's voor de tantes en de Mantano's, zonder filter, voor de heren. Als kind zaten we met tranende ogen in kamers en auto's die blauw zagen van de rook.

Enkele jaren later kwamen de berichten dat roken slecht is voor de gezondheid. Langzaam rukte het leger van ex- en nooit-rokers op en begonnen de rokers te verbannen met hun stinklucht en slechte adem. Maar een goede roker vindt voldoende excuses om door te puffen en is niet snel overtuigd dat roken slecht is voor de gezondheid.

"Een kennis van mij is honderd geworden, mankeert niks en heeft altijd gerookt". "Rokers zijn gezellige mensen". "Van roken blijf je slank". Wie kent deze uitspraken niet?

Totdat!!! Je naar lucht begint te happen, en met verzuurde benen de trap opklimt, 's Nachts met piepende adem in slaap valt. 's Morgens wakker wordt met een productieve hoestbui. COPD, angst voor hart-long problemen. Dat vervelende kuchje tijdens het praten. Jij de enige bent die tijdens een etentje, om de 20 minuten, naar buiten moet om te roken.

Het moment is aangebroken dat je moet gaan toegeven dat je een halt gaat toeroepen aan je verslaving. Je loopt al een tijdje te verkondigen dat je wilt stoppen maar het moment wordt nog even uitgesteld. Mentaal voorbereiden noemen ze dat. Maar dan schrijf je jezelf in voor de cursus 'Rookvrij Ook jij?.

Cursus? Moet dan nu zo op z'n Amerikaans? Werkt dit wel? Kennelijk wel.

Tijdens deze cursus leerden we (14 personen) elkaar kennen, ieder met zijn eigen verhaal. Enige onzekerheid is er nog wel of het ons gaat lukken om te stoppen. De tweede week, toen iedereen nog rookte, werd het CO-gehalte gemeten. Wat confronterend was dat moment. De score lag behoorlijk hoog in onze groep. Hierna werden we nog meer gemotiveerd om te stoppen met roken. Stoppen met je lichamelijke-, maar nog meer je geestelijke rookverslaving. 40 jaar hoorde de peuk bij jou en nu loop je even onhandig rond. Wat te doen met deze moeilijke momenten.

Moeilijk waren de momenten, zeker in de eerste stopweek. Ondanks de medicijnen, pleisters, kauwgom en zuigtabletten hadden de meesten met afkickverschijnselen te maken. Dromen, slapeloosheid, eetbuien, chagrijnig en verving.

We konden elkaar tips en adviezen geven en Ingrid, de cursusleidster, sleepte ons prima, met haar tips en wijsheden, door de eerste stopperiode heen. Hoe trots waren we dat de CO-score, na 1 week niet roken, heel erg laag was. Ons bloed was nu al van meer zuurstof voorzien. Een medecursist maakte de opmerking: "Het leven gaat gewoon door, alles blijft hetzelfde alleen nu zonder sigaret". Deze opmerking heb ik goed in mijn oren geknoopt en heeft mij zeker in moeilijke situaties geholpen.

Donderdag 20 oktober hadden wij onze laatste bijeenkomst die feestelijk, met gebak, werd afgesloten. Gebak omdat we 4 weken rookvrij door het leven gaan. Voor een ander is dit pas 4 weken voor ons allemaal AL 4 weken. De voordelen van een rookvrij leven zijn, controle te hebben over je eigen lichaam, het huis ruikt weer fris, het hoesten, piepen en kuchen is gestopt. Je kleding en haren ruiken weer fris. Het eten

smaakt lekkerder, je ruikt weer beter, je huid ziet er gezonder en frisser uit. Niet meer onzeker zijn over een slechte adem. Geld gespaard. En vooral een toekomst met een gezond lijf.

Wat zijn we trots op onszelf dat we de strijd met het rookduiveltje bijna hebben gewonnen. Bijna, omdat je het eerste jaar nog momenten van zwakte tegen gaat komen. Maar ook die momenten gaan we trotseren. Nooit meer een sigaret.

Met dank aan mijn medecursisten, Ingrid, medicijnen en nicotinevervangers.”