

Implementatiepilot 'Voel je Vrij Doorlopende Groepstraining Stoppen met Roken' in Amsterdam Noord

Onderzoeksrapport

Colofon

Auteurs

Judith Visser,
Mirte Kuipers,
Janneke Harting,
Afdeling Public & Occupational Health, Amsterdam UMC

Datum

20 oktober 2022

Betrokken partijen

Douwe Dijkstra, Gemeente Amsterdam – WPI/armoedebestrijding
Rianca Scheffel, GGD Amsterdam
Steve Lauriks, GGD Amsterdam
Edmée van den Akker, Zilveren Kruis
Anique Jansen, Zilveren Kruis
Joris Dullaert, WeQuit
Els Annegarn, Gezond Noord



Inhoudsopgave

1 Samenvatting	4
2 Inleiding.....	5
2.1 Achtergrond	5
2.2 De interventie ‘Voel je Vrij Doorlopende groepstraining Stoppen met Roken’	5
2.3 Implementatiepilot	5
2.4 Doelstelling en onderzoeksvragen.....	6
3 Methoden	6
4 Resultaten	7
4.1 Wat is er nodig voor een effectieve wervingsstrategie?	7
4.1.1 Hoe was de wervingsstrategie opgezet?	7
4.1.2 Wat leverde de wervingsstrategie op?	7
4.1.3 In welke mate was de wervingsstrategie effectief en waarom?	9
4.1.4 Hoe kan de wervingsstrategie beter?	10
4.2 Hoe kan de interventie zo effectief mogelijk worden ingericht?	10
4.2.1 Hoe werd de interventie uitgevoerd?.....	10
4.2.2 Wat leverde de interventie op?	10
4.2.3 In welke mate was het een effectieve interventie en waarom?	12
4.2.4 Hoe kan de groepstraining nog effectiever?.....	12
4.3 Wat zijn de voorwaarden om de interventie te implementeren?	13
4.3.1 Hoe werd de interventie tijdens de pilot geïmplementeerd?	13
4.3.2 In welke mate verliep de implementatie succesvol en waarom?.....	13
4.3.3 Wat is er nodig voor implementatie?	13
4.3.4 Implementatie in andere wijken.....	14
5 Discussie.....	16
6 Conclusie	17
7 Implicaties	18
8 Referenties	19
Bijlage 1 – Interview guide interview met werkers	21
Bijlage 2 – Intakeformulier deelnemers.....	22
Bijlage 3 – Interview guide interview met deelnemers	24
Bijlage 4 – Interview guide interview met trainers.....	26

1 Samenvatting

Het doel van de implementatiepilot was te onderzoeken of en hoe de interventie ‘Voel je Vrij Doorlopende Groepstraining Stoppen met Roken’ kan worden geïmplementeerd. De groepstraining werd voor zes maanden aangeboden in Amsterdam Oud-Noord. We onderzochten 1) wat er nodig is voor een effectieve wervingsstrategie, 2) hoe de interventie zo effectief mogelijk kan worden ingericht, en 3) wat de voorwaarden zijn om de interventie te implementeren.

Via verschillende lokale organisaties werd een groot aantal professionals als potentiële werver benaderd. Door zeven professionals werd actief geworven: zes uit het sociaal domein en één uit het zorgdomein. Ook één deelnemer droeg aan de werving bij. In totaal werden 27 deelnemers geworven, van wie er 20 aan de groepstraining deelnamen. Veruit de grootste groep werd bereikt via het sociaal domein. Wanneer werwers persoonlijk geïnformeerd werden, observeerden we meer verwezen deelnemers. Belangrijk was de terugkoppeling aan de werwers over de voortgang van de deelnemers. Wat hebben de professionals die tijdens de pilot geen deelnemers wierven nodig om dat bij verdere implementatie van de groepstraining wel te gaan doen? Dit moet nader met hen worden besproken – dit geldt in het bijzonder voor het zorgdomein.

Van de 20 deelnemers sloten zes de training als niet-roker af – een slagingspercentage van 30%. Deze succesvolle groep woonde gemiddeld 12,6 bijeenkomsten bij. De overige 14 deelnemers verlieten de groepstraining voortijdig. Vaak omdat ze te veel stress ervoeren om de training voort te zetten. Bij de laatst bijgewoonde bijeenkomst rookten er negen van hen. Vijf van hen waren op dat moment gestopt met roken, maar het is aannemelijk dat dit een tijdelijke stoppoging was. Gemiddeld woonden de voortijdige verlaters 2,7 bijeenkomsten bij.

Het langdurige, laagdrempelige en intensieve karakter van de groepstraining had volgens de deelnemers een grote meerwaarde. Deelnemers die meer bijeenkomsten bezochten waren vaker gestopt met roken. Deelnemers en trainers gaven aan dat een vollere groep stimuleert tot een hogere aanwezigheidsgraad, en dat dit dus kan leiden tot een hoger stoppercentage. Het intensiveren van de werving en het voorkomen van het grote aantal drop-outs zouden bijdragen aan een vollere groep. Voor een intensievere werving zouden professionals nog sterker gemotiveerd en nog beter ondersteund moeten worden. Om daarnaast de uitval uit de groepstraining te verminderen zouden de trainers het groepsproces tijdens de training nog beter kunnen benutten. Verder zou er binnen of buiten de groepstraining meer aandacht aan stress moeten worden besteed.

Om de interventie te implementeren is het van belang dat de werving, organisatie, financiering en uitvoering een vaste structuur krijgen. Uit gesprekken met de betrokken partijen en de ervaringen tijdens de pilot blijkt het belangrijk om een aanjager aan te stellen die verantwoordelijk is voor zowel het wervingsproces als de organisatie van de groepstraining. Daarnaast gaat de voorkeur uit naar een vaste stoppen met roken-aanbieder die voor de uitvoering van de interventie twee opgeleide trainers beschikbaar stelt. Om financiële drempels bij de deelnemers te voorkomen, zou de interventie binnen de verzekerde zorg moeten vallen. Zolang dit niet het geval is, moet extra budget voor implementatie beschikbaar worden gemaakt.

2 Inleiding

2.1 Achtergrond

Een derde van de Amsterdammers met een laag inkomen rookt [1]. Rokers met een laag inkomen die stoppen met roken, kunnen hun besteedbare inkomen met ruim tien procent zien toenemen [1]. Wat betreft de gezondheid verbeteren de longfunctie en de bloedsomloop al op de korte termijn [2]. Na een jaar neemt het verhoogde risico op een hartinfarct met de helft af [2]. Op de langere termijn daalt ook het risico op longkanker [2]. Hoewel de helft van de rokende minima wil stoppen met roken, maken rokers met een laag inkomen nauwelijks gebruik van stoppen met roken-ondersteuning [1]. Eén verklaring hiervoor is het gebrek aan stoppen met roken-programma's die voor deze rokers geschikt, toegankelijk en effectief zijn [3]. Het is daarnaast een uitdaging om deze doelgroep voor dergelijke programma's te bereiken en te werven [6].

In het Amsterdamse tabaksontmoedigingsbeleid 'Samen naar een rookvrij Amsterdam' (2019) is stoppen met roken een speerpunt, waarbij er extra aandacht is voor rokers met een laag inkomen. In 2017 heeft het Amsterdam UMC in het kader van het Armoedebeleid van de gemeente Amsterdam onderzocht wat juist deze rokers kan stimuleren om wel van het effectieve stoppen met roken-aanbod gebruik te maken [1]. De interventie 'Voel je Vrij Doorlopende groepstraining Stoppen met Roken' kwam hieruit voort. Dit programma lijkt veelbelovend, omdat het zowel effectief was, als haalbaar, geschikt en acceptabel voor de doelgroep [4]. In vervolg hierop werd in 2022 een implementatiepilot met deze groepstraining uitgevoerd. Dit rapport beschrijft de bevindingen uit begeleidende onderzoek daarbij.

2.2 De interventie 'Voel je Vrij Doorlopende groepstraining Stoppen met Roken'

De interventie 'Voel je Vrij Doorlopende groepstraining Stoppen met Roken' bestaat uit een individuele intake en 11 wekelijkse groepsbijeenkomsten met tussentijdse individuele telefonische steun. Na 11 bijeenkomsten wordt het programma herhaald. De interventie wordt uitgevoerd door trainers die zijn opgeleid en ervaring hebben met de begeleiding van stoppen met roken-groepen. De groepstraining biedt laagdrempelige, flexibele, intensieve en langdurige steun. Deelnemers kunnen op elk moment instromen, deelnemen zolang dat nodig is, en na een terugval naar roken de draad weer oppakken. Elke groepsbijeenkomst heeft een vaste structuur. Het centrale thema van de groepsbijeenkomsten varieert wekelijks. Naast stoppen met roken, is er ook aandacht voor andere leefgebieden, zoals omgaan met geld, omgaan met stress, het vinden van een zinvolle dagbesteding, en gezond eten en bewegen. Bij ieder thema is een buurtprofessional of ervaringsdeskundige aangesloten.

2.3 Implementatiepilot

Van januari tot juli 2022 werd de implementatiepilot uitgevoerd in Amsterdam Oud-Noord. Een wijk waar relatief veel mensen roken en waar een groeiende infrastructuur rondom stoppen met roken is [5]. Dit gebeurde in opdracht van de gemeente Amsterdam (Werk, Participatie en Inkomen, WPI en de GGD) in samenwerking met WeQuit als stoppen met roken-aanbieder en het Zilveren Kruis als financier. Vanuit WPI werd een kwartiermaker aangesteld en de GGD financierde het onderzoek. Een onderzoeker van het Amsterdam UMC evalueerde de implementatiepilot en speelde een rol in de coördinatie en het contact met wervers. De implementatiepilot bestond uit twee rondes van in totaal 22 groepsbijeenkomsten. De doelgroep van de pilot bestond uit rokers met een laag inkomen en weinig vermogen, gedefinieerd als het bezitten van een stadspas voor minima (met groene stip).

2.4 Doelstelling en onderzoeksvragen

Het doel van het onderzoek was om inzicht te krijgen in de manier waarop de groepstraining zo effectief mogelijk in een Amsterdamse wijk met een hoge prevalentie van rokers kan worden geïmplementeerd. Daarmee beoogde het onderzoek ook inzichten op te leveren over de implementatie van stoppen met roken-aanbod in vergelijkbare Amsterdamse wijken. Het onderzoek was onderverdeeld in de volgende onderzoeksvragen.

Onderzoeksvraag 1: Wat is er nodig voor een effectieve wervingsstrategie?

De beantwoording van onderzoeksvraag 1 zal ons leren door wie en op welke manier de juiste doelgroep in voldoende mate kan worden geworven voor de doorlopende groepstraining.

Onderzoeksvraag 2: Hoe kan de interventie zo effectief mogelijk worden ingericht?

De beantwoording van onderzoeksvraag 2 zal ons leren wat het stopsucces was, welke onderdelen van de groepstraining nodig zijn om deelnemers te helpen stoppen met roken en hoe de training en uitvoering ervan kunnen worden verbeterd.

Onderzoeksvraag 3: Wat zijn de voorwaarden om de interventie te implementeren?

De beantwoording van onderzoeksvraag 3 zal ons leren aan welke voorwaarden moet worden voldaan om de doorlopende groepstraining structureel te kunnen implementeren in Amsterdam Oud-Noord en vergelijkbare wijken.

3 Methoden

De implementatiepilot werd geëvalueerd in een mixed-methods onderzoek. Dat betekent dat zowel kwalitatieve als kwantitatieve methoden werden gebruikt om antwoord te geven op de onderzoeksvragen. Hier vatten we de toegepaste methoden per onderzoeksvraag samen.

Wat is er nodig voor een effectieve wervingsstrategie?

In aanloop naar de werving voerden we verkennende gesprekken met potentiële werbers uit het zorg- en sociaal domein (N=11) over de mogelijkheden en voorwaarden om deelnemers te werven voor de doorlopende groepstraining. De professionals (N=6) die daadwerkelijk deelnemers hadden geworven werden vervolgens geïnterviewd over hun ervaringen (zie bijlage 1 voor de interview guide). Met een registratieformulier hielden de trainers bij door wie potentiële deelnemers werden doorverwezen. Om de bereikte deelnemers (N=20) te kunnen karakteriseren, vroegen de trainers hen om een intakeformulier in te vullen (zie bijlage 2 voor het intakeformulier).

Hoe kan de interventie zo effectief mogelijk worden ingericht?

Via een registratieformulier hielden de trainers bij welke deelnemers aanwezig waren en wat hun rookstatus was, om zo de aanwezigheidsgraad en het stopsucces te kunnen meten. Ook hielden we interviews met deelnemers (N=8). Vijf van hen hadden de training succesvol afgerond en drie van hen hadden de training niet afgemaakt (zie bijlage 3 voor de interview guide). Daarnaast hielden we interviews met de trainers van de doorlopende groepstraining (N=2; zie bijlage 4 voor de interview guide). De interviews gingen in op de mate waarin deelnemers waren blootgesteld aan de onderdelen van de training, hoe de groepstraining was uitgevoerd en of alle onderdelen ervan, in de ervaring van de geïnterviewden, bijdroegen aan het stopproces. De trainers hielden nog een kort evaluatief gesprek met deelnemers die de groepstraining voortijdig verlieten (N=12) om te achterhalen wat de reden hiervoor was.

Wat zijn de voorwaarden om de interventie te implementeren?

Gedurende de pilot werden er overleggen en interviews georganiseerd met alle betrokken partijen (WPI, GGD Amsterdam, WeQuit, Zilveren Kruis, Gezond Noord) over de mogelijkheden en voorwaarden om de groepstraining onderdeel van de reguliere stoppen met roken-aanpak te maken.

4 Resultaten

4.1 Wat is er nodig voor een effectieve wervingsstrategie?

4.1.1 Hoe was de wervingsstrategie opgezet?

Voor de werving van deelnemers werden verschillende organisaties uit het sociaal en zorg domein benaderd. De uitvoerende professionals van deze organisaties stonden in direct contact met de doelgroep. De onderzoeker informeerde deze potentiële wervers via e-mail, telefonisch contact of een persoonlijk gesprek over de doorlopende groepstraining, en motiveerde hen om bij te dragen aan de werving van deelnemers. Tijdens de pilot werd vanuit acht verschillende kanalen geworven: vijf in het sociaal domein en drie in het zorg domein (Tabel 1). Deze professionals informeerden potentiële deelnemers over de groepstraining via flyers, WhatsApp-berichten en tijdens persoonlijke gesprekken met cliënten.

Tabel 1. Wervingskanalen

Wervingskanaal	Domein	Geïnformeerd	Bijdrage aan werving
Stichting Leefkringhuis	Sociaal	Persoonlijk	Potentiële deelnemers persoonlijk werven
Gezond Noord	Sociaal	Persoonlijk	Potentiële deelnemers persoonlijk werven en flyers op locatie
Huisarts Jonker – Koetsier	Zorg	Persoonlijk	Potentiële deelnemers persoonlijk werven
Stichting Buurthuis Van der Pek	Sociaal	Telefonisch	WhatsApp-bericht delen via groepen met potentiële deelnemers
BovenIJ rook-stop-poli	Zorg	Via e-mail	Flyer verspreiden onder collega's en potentiële deelnemers
Praktijkondersteuner (POH) Stichting Amsterdamse Gezondheidscentra (SAG)	Zorg	Via e-mail	Informeren andere POH'ers en opzoek naar potentiële deelnemers
Regionale Organisatie Huisartsen Amsterdam (ROHA)	Zorg	Telefonisch	Verspreiding van flyers via e-mail naar huisartsen in Amsterdam Noord
Klantmanager gemeente Amsterdam	Sociaal	Telefonisch	Uitzetten bij klantmanagers en buurthuis in Noord

4.1.2 Wat leverde de wervingsstrategie op?

In totaal hebben acht personen vanuit vijf verschillende kanalen geworven voor de groepstraining (Tabel 2). Dit heeft 27 potentiële deelnemers opgeleverd. Acht deelnemers werden vanuit persoonlijke gesprekken met twee welzijnswerkers van Leefkringhuis via de Voedselbank doorverwezen. Eén deelnemer kwam via een flyer van Gezond Noord in contact met een professional van die organisatie en werd vervolgens doorverwezen. 12 deelnemers werden vanuit persoonlijke gesprekken met drie welzijnswerkers van Gezond Noord doorverwezen. Vier deelnemers werden

vanuit een persoonlijk gesprek doorverwezen door één huisarts. Eén deelnemer werd persoonlijk geïnformeerd en doorverwezen door een kennis. Het is onbekend op welke manier de deelnemer vanuit het Huis van de Wijk precies bij de groepstraining terecht kwam.

Van de 27 verwezen deelnemers, hebben er 20 minimaal één groepsbijeenkomst bijgewoond (Tabel 2). Van deze 20 deelnemers werd 80% vanuit het sociaal domein doorverwezen. Drie deelnemers kwamen vanuit het zorgdomein en één deelnemer kwam via een kennis terecht bij de doorlopende groepstraining. De overige zeven verwezen deelnemers kwamen niet bij de doorlopende groepstraining aan. Twee deelnemers waren niet te bereiken door de trainers, twee deelnemers waren niet in staat elke vrijdag aanwezig te zijn, twee deelnemers hadden uiteindelijk toch geen interesse, en één deelnemer kon vanwege gezondheidsklachten niet aansluiten.

Tabel 2. Resultaat wervingskanalen.

Wervingskanaal	Aantal wervers	Aantal deelnemers		Totaal
		Wel deelgenomen	Niet deelgenomen	
Welzijnswerkers Leefkringhuis via Voedselbank	2	3	5	8
Welzijnswerkers Gezond Noord	3	12	1	13
Huisarts Jonker - Koetsier	1	3	1	4
Ambulante zorg - Huis van de Wijk (de evenaar)	1	1	-	1
Via kennissen/vrienden	1	1	-	1
Totaal	8	20	7	27

Tabel 3. Deelnemerskenmerken.

		N	%
Totale populatie		20	100
Gender	Vrouw	15	75
	Man	5	25
Leeftijd	40-50	4	20
	50-60	3	15
	60+	13	65
Geboorteland	Nederland	13	65
	Turkije	2	10
	Suriname	1	5
	Anders	4	20
Leefsituatie	Alleenwonend	14	70
	Wonend met anderen	6	30
Werksituatie	Werkloos/werkzoekend	2	10
	Arbeidsongeschikt	12	60
	Bijstandsuitkering	4	20
	Pensioen	1	5
	Onbekend	1	5
Moeite met rondkomen	Grote moeite	9	45
	Enige moeite	5	25
	Geen moeite, wel opletten	4	20
	Geen enkele moeite	2	10
Sigaretten per dag	0-10	4	20
	11-20	4	20
	21-30	8	40
	31-40	4	20
Eerdere stoppogingen	Zonder professionele stophulp	10	50
	Professionele stophulp gebruikt	4	20
	Zowel met als zonder professionele stophulp	6	30
Motivatie om te stoppen met roken	Redelijk gemotiveerd	4	20
	Heel gemotiveerd	16	80

Tabel 3 toont de kenmerken van de 20 deelnemers. Een kwart van deelnemers was man, drie kwart was vrouw. De gemiddelde leeftijd was ruim 54 jaar. Twee derde had een Nederlandse achtergrond. De overige deelnemers hadden een niet-Westerse migratieachtergrond bestaande uit Suriname, Turkije, Zuid-Afrika, Armenië, Uruguay en Egypte. Bijna drie kwart van de deelnemers woonde alleen. Geen enkele deelnemer had betaald werk. Een op de vijf deelnemers ontving een bijstandsuitkering en meer dan de helft was arbeidsongeschikt. Een kleine meerderheid van de deelnemers had grote moeite om rond te komen van het inkomen. Een kwart had daar enige moeite mee.

Gemiddeld rookten de deelnemers 26 sigaretten per dag. De helft van de deelnemers had eerder een stoppoging gedaan zonder professionele stophulp. Een op de vijf had eerder een stoppoging gedaan met professionele stophulp. De overigen hadden zowel met als zonder professionele hulp geprobeerd te stoppen. 80% van de deelnemers was heel gemotiveerd om te stoppen met roken. Geen enkele deelnemer gaf aan niet of nauwelijks gemotiveerd te zijn.

4.1.3 In welke mate was de wervingsstrategie effectief en waarom?

Het maximaal aantal deelnemers tijdens de implementatiepilot was begroot op 33. Van deze capaciteit werd ruim 60% benut. Daarmee was de groep op veel momenten van de groepstraining niet optimaal gevuld. Wel werd via de actieve wervingskanalen wat betreft 'lagere sociaaleconomische positie' de juiste doelgroep bereikt (zie Tabel 3; werkloosheid, bijstandsuitkering en moeite met rondkomen). Hoewel de wervers aangaven dat niet iedereen in het bezit was van een stadspas met een groene stip, schatten ze toch in dat deze deelnemers deel uitmaakten van de beoogde doelgroep.

Uit Tabel 1 en 2 blijkt dat meer deelnemers werden geworven door professionals die zelf persoonlijk waren geïnformeerd over de werving en de groepstraining. Wervers zeiden dat het persoonlijk benaderen van deelnemers eveneens een bevorderende factor voor de werving was. Die werving werd nog verder vergemakkelijkt wanneer er al een vertrouwelijke relatie tussen de werver en de potentiële deelnemer bestond. Dit verlaagde voor professionals de drempel om cliënten aan te spreken over roken. Ook een simpele doorverwijzing, die weinig tijd kost, vergrootte de bereidheid van professionals om deelnemers te werven. Daarnaast zorgde een terugkoppeling over de ervaringen en de rookstatus van deelnemers ervoor dat de groepstraining bij de wervers op het netvlies bleef staan. Als laatst speelde de inhoud van de groepstraining een belangrijke rol. Professionals die geloofden in de waarde van de groepstraining waren gemotiveerder om actief deelnemers te werven.

'Ik heb het materiaal mogen inkijken en dacht: wauw er gebeuren hele goede dingen met compassie voor de deelnemer en heel veel begrip voor de moeilijke complexiteit. Dit is iets dat ik heel graag aan wil raden', aldus een welzijnswerker

Professionals uit het sociaal en zorg domein die daadwerkelijk deelnemers werven vonden de lijst met toelatingscriteria een tijdrovende en ingewikkelde drempel. Sommige criteria vonden ze ook strikt (bv. een coronatoegangsbewijs). Meerdere wervers zeiden dat het niet voor elke collega vanzelfsprekend was om iemand aan te spreken over roken. Zo was voor professionals die zelf rookten hun rookgedrag een barrière. Anderen vonden het lastig om over roken te beginnen als zij niet wisten of een cliënt al dan niet rookte. Ten slotte hadden cliënten vaak te kampen met allerlei andere problemen, waardoor stoppen met roken niet altijd de prioriteit kreeg van de professional.

'Als iemand op een ander vlak, bijvoorbeeld met voeding of met bewegen net stapjes aan het maken is en daar progressie aan het boeken is, vraag ik mij af of je ook tegelijkertijd op het roken moet gaan zitten', aldus een welzijnswerker

4.1.4 Hoe kan de wervingsstrategie beter?

Voor een effectievere werving moet het voor professionals makkelijker worden om (stoppen met) roken te bespreken. Dat kan enerzijds door eenvoudig toepasbare selectiecriteria en een simpele wervingsstrategie in te zetten, en professionals te trainen in de benodigde gesprekstechnieken. Anderzijds is het nodig dat professionals stoppen met roken prioriteit geven en de meerwaarde van de doorlopende groepstraining onderkennen. Daarvoor zouden zij op zijn minst persoonlijk geïnformeerd en gemotiveerd moeten worden. Wat hebben de professionals die tijdens de pilot geen deelnemers werven nodig om dat bij verdere implementatie van de groepstraining wel te gaan doen? Dit moet nader met hen worden besproken – dit geldt in het bijzonder voor het zorg domein. Door tijdens de implementatie van de groepstraining een aanjager (één of meer professionals) te benoemen in een wijk kan dit proces worden gecoördineerd.

4.2 Hoe kan de interventie zo effectief mogelijk worden ingericht?

4.2.1 Hoe werd de interventie uitgevoerd?

De groepstraining werd in grote lijnen volgens het protocol uitgevoerd. Er werd een aantal wijzigingen doorgevoerd. Ten eerste werd de CO-meter, bedoeld om de stopmotivatie te vergroten, niet ingezet. De meter was niet gebudgetteerd en onduidelijk was bij wie de kosten en het eigenaarschap zou liggen. De inzet van de CO-meter werd door zowel de trainers als een deelnemer gemist. Ten tweede werden de voordelen van roken en de nadelen van stoppen met roken niet besproken. Volgens de trainers wordt dat niet langer gedaan, omdat dit het stopproces zou belemmeren. Meer aandacht werd besteed aan zelfcontrole om met moeilijke momenten om te gaan, zowel tijdens het stopproces als op de lange termijn. Daarnaast besloten de trainers het groepsproces meer te benadrukken, zoals door plenair de rookstatus en stopdatum van de deelnemers te bespreken. Dit ter versterking van de groepssteun, die als een belangrijk onderdeel was van het stopproces ervaren werd. Ten slotte hoogden de trainers het aantal bijeenkomsten op dat een deelnemer maximaal mocht missen. Dit was oorspronkelijk twee, maar dit maximum werd vanwege het beperkte resultaat van de werving niet strikt gehandhaafd.

4.2.2 Wat leverde de interventie op?

Van de 20 deelnemers zijn er zes gestopt met roken (30%) (Tabel 1). Zij hadden de training niet langer nodig om gestopt te blijven. Twee deelnemers van deze succesvolle groep waren zonder terugval gestopt, de andere vier maakten één of meerdere keren een terugval door. Gemiddeld bezochten deze succesvolle stoppers 12,6 deelnemers. De overige 14 deelnemers (70%) gaven aan de training niet voor te zetten vanwege stressvolle situaties in hun leven. Van deze groep waren er vijf gestopt met roken bij hun laatst bezochte bijeenkomst. De overige negen deelnemers rookten bij de laatst bezochte bijeenkomst. Gemiddeld bezochten deze niet-succesvolle deelnemers 2,7 bijeenkomsten. Het aantal deelnemers was te klein om te onderzoeken in hoeverre deelnemerskenmerken samenhangen met succesvol stoppen met roken.

Bijeenkomst		Deelnemer (nummer deelnemer)																				Aantal aanwezigen per bijeenkomst →
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
Ronde 1	De Balans	R	R	RN	R	R	R	RN	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8	
	Lekker gezond eten	-	R	R	R	-	-	-	-	R	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4
	Emoties	-	RN	R	-	-	R	-	-	R	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4
	Verlangens & mogelijkheden	-	R	R	-	-	-	R	-	-	R	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4
	Lekker in beweging	-	R	-	RN	-	-	R	-	-	RN	R	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5
	Valkuilen en strategieën	-	-	R	-	-	-	-	-	-	-	RN	RN	RN	R	-	-	-	-	-	-	5
	Volhouden	-	R	RN	-	-	-	-	-	-	RN	-	-	RN	RN	-	-	-	-	-	-	5
	Tel uit je winst	-	-	R	RN	-	-	-	-	-	RN	-	-	RN	RN	R	-	-	-	-	-	6
	Anders denken, anders doen	-	-	R	RN	-	-	-	-	-	RN	-	-	RN	-	RN	R	-	-	-	-	6
	Moeilijk, moeilijk	-	-	-	-	-	-	-	-	-	RN	-	RN	-	-	-	-	R	-	-	-	3
	Relax	-	-	R	R	-	-	-	-	-	RN	-	-	RN	-	-	-	RN	-	-	-	5
Ronde 2	De Balans	-	-	-	-	-	-	-	-	RN	-	RN	RN	-	-	-	RN	R	R	R	7	
	Lekker gezond eten	-	-	R	-	-	-	-	-	-	RN	-	-	RN	-	-	-	RN	-	R	RN	6
	Emoties	-	-	R	-	-	-	-	-	-	RN	-	RN	RN	-	-	-	R	-	R	RN	7
	Verlangens & mogelijkheden	-	-	R	R	-	-	-	-	-	RN	-	RN	RN	-	-	-	RN	-	RN	-	7
	Lekker in beweging	-	-	R	-	-	-	-	-	-	-	-	RN	RN	-	-	-	RN	-	RN	-	4
	Valkuilen en strategieën	-	-	-	-	-	-	-	-	-	RN	-	-	-	-	-	-	RN	-	RN	-	3
	Volhouden	-	-	R	-	-	-	-	-	-	RN	-	R	-	-	-	-	-	R	-	-	4
	Tel uit je winst	-	-	R	-	-	-	-	-	-	RN	-	-	-	-	-	-	RN	-	RN	-	4
	Anders denken, anders doen	-	-	R	-	-	-	-	-	-	RN	-	R	-	-	-	-	RN	-	RN	-	5
	Moeilijk, moeilijk	-	-	R	-	-	-	-	-	-	RN	-	RN	-	-	-	-	RN	-	R	-	5
	Relax	-	-	RN	-	-	-	-	-	-	RN	-	-	-	-	-	-	RN	-	RN	-	4
		1	6	18	7	1	2	3	1	2	17	2	9	10	3	2	1	12	2	10	3	

R = rookt (inclusief uitglijders) RN = rookt niet

■ Gestopt met roken en uitgevallen uit de doorlopende groepstraining

■ Niet gestopt met roken en uitgevallen uit de doorlopende groepstraining

■ Gestopt met roken en de doorlopende groepstraining afgemaakt

Gemiddeld aantal bezochte bijeenkomsten: 5,6
Gemiddeld aantal aanwezigen per bijeenkomst: 5,1

Tabel 1. Aanwezigheid en rookstatus deelnemers per bijeenkomst.

4.2.3 In welke mate was het een effectieve interventie en waarom?

Tijdens de implementatiepilot rondde 30% de groepstraining succesvol af. Deelnemers en trainers vertelden dat de doorlopende groepstraining in zijn geheel goed in elkaar zit en dat alle onderdelen bijdragen aan de verandering van het rookgedrag. Essentieel vond men het langdurige, laagdrempelige en intensieve karakter van de groepstraining. De wekelijkse bijeenkomst was een stok achter de deur. Net als de individuele telefonische contacten, die niet alleen fungeerden als een herinnering aan het stopproces, maar ook als een extra moment om te bespreken waar deelnemers tegenaan liepen. Dit verhoogde het vertrouwen en de motivatie om te stoppen en gestopt te blijven. Ook vond men de groepssetting een zeer belangrijk aspect van de training. De deelnemers herkenden zich in elkaar. Ze steunden, adviseerden en inspireerden elkaar. Wat hen motiveerde om samen te stoppen met roken en dat stoppen vol te houden. Ook de verschillende thema's in de groepstraining werden als ondersteunend en inspirerend ervaren. Bij elk thema gaven buurtprofessionals of ervaringsdeskundigen handvatten mee om bijvoorbeeld meer te bewegen, gezond te eten of beter om te gaan met geld en stress. De thema's stonden in verbinding met roken en konden volgens de trainers en deelnemers als ondersteuning dienen bij het stoppen met roken.

'Voor mij is de groepstraining een stok achter de deur, maar de stok is laag gezet, want het zijn gewoon mijn hulpverleners. Het is iedere keer een reminder om ermee bezig te blijven. Het zet je weer op scherp en dat is heel fijn', aldus een deelnemer

Voor de meeste deelnemers die de groepstraining voortijdig verlieten, was stress de belangrijkste oorzaak. Die stress hing samen met een slechte fysieke gezondheid van de deelnemer, ziekten in de naaste omgeving, of te veel zaken tegelijkertijd aan het hoofd hebben (bv. verbouwing, overlijden familielid/huisdier). Als gevolg hiervan wisselde de groepssamenstelling sterk, was de groep meestal niet vol, en kwam het gezamenlijke groepsproces niet goed tot zijn recht. Daardoor hadden ook andere deelnemers sneller de neiging om weg te blijven.

'De ene deelnemer komt en de andere deelnemer stopt. Het voelt als een soort duiventil. Dat vond ik heel onprettig waardoor ik dacht: zou ik nog gaan?', aldus een deelnemer

4.2.4 Hoe kan de groepstraining nog effectiever?

Tijdens de eerdere pilot met de doorlopende groepstraining stopte 50% van de deelnemers succesvol, in deze implementatiepilot was dat succespercentage 30%. Uit ons onderzoek komt een aantal verbeterpunten naar voren. De effectiviteit van de groepstraining kan mogelijk omhoog als de CO-meter weer wordt ingezet. Daarnaast zou een vollere groep het stopsucces kunnen vergroten [11]. Een vollere groep kan bereikt worden door effectiever te werven (zie hierboven) en door het aantal drop-outs te verminderen. Een vollere en minder snel wisselende groep draagt doorgaans bij aan stoppen met roken, doordat de deelnemers langer deelnemen en elkaar onderling sterker steunen in het stopproces. Een groep bestaande uit twaalf deelnemers is volgens de trainers een geschikt aantal om de training naar behoren uit te voeren. Het groepsproces zouden de trainers nog sterker kunnen aanmoedigen. Het aantal drop-outs kan mogelijk ook worden verminderd door meer aandacht te besteden aan stress. Binnen de training zou stress een steeds terugkerend thema kunnen worden. Met aandacht voor zowel het omgaan met stress als voor eventuele hulp bij stressvolle situaties vanuit het sociaal en zorg domein. Het kan dan belangrijk zijn om stress en de behoefte aan hulp daarbij al te bespreken tijdens het intakegesprek.

4.3 Wat zijn de voorwaarden om de interventie te implementeren?

4.3.1 Hoe werd de interventie tijdens de pilot geïmplementeerd?

De onderzoeker en een kwartiermaker van de gemeente Amsterdam coördineerden het project. De coördinerende taken bestonden uit het regelen van de locatie en materialen voor de groepstraining en het maken van afspraken met buurtprofessionals en ervaringsdeskundigen voor hun rol in de groepstraining. Ook bestond hun taak uit het informeren en activeren van professionals uit het zorg- en sociaal domein om deelnemers te werven, en het blijvend onderhouden van het contact met en tussen de wervers en trainers. De locatie werd beschikbaar gemaakt door Gezond Noord. WeQuit leverde als stoppen met roken-aanbieder twee psychologen die als trainers de groepstraining de hele periode leidden. Zorgverzekeraar Zilveren Kruis was de financier van de groepstraining en maakte het mogelijk dat de deelnemers kosteloos daaraan konden deelnemen. De GGD Amsterdam nam de overige kosten voor haar rekening, zoals de materialen voor de groepstraining, de huur van de locatie, en de vergoeding voor ervaringsdeskundigen en buurtprofessionals.

4.3.2 In welke mate verliep de implementatie succesvol en waarom?

De groepstraining is over het algemeen volgens het protocol uitgevoerd en werd de gehele doorlooptijd gefinancierd (Tabel 2). De kwartiermaker en de onderzoeker maakten het mogelijk dat de groepstraining kon plaatsvinden door de locatie en materialen voor de groepstraining te regelen, door de werving op te zetten en draaiende te houden, en afspraken te maken met ervaringsdeskundigen en buurtprofessionals. Er waren twee vaste, opgeleide trainers die ervoor zorgden dat elke deelnemer voldoende werd voorzien van aandacht en ondersteuning. Met name vanuit het sociaal domein van Amsterdam Oud-Noord was er bereidheid voor het werven van deelnemers. Doordat de groep op de meeste momenten niet vol was, was er voldoende gelegenheid tot instroom. De interventie is dankzij deze aspecten succesvol beschikbaar gemaakt in Amsterdam Oud-Noord.

Het was een belemmering dat het informeren en motiveren van wervers alleen voor rekening kwam van de onderzoeker. Dat maakte het tot een extra uitdaging om de werving in de korte voorbereidingsperiode voldoende effectief te laten zijn. Een andere belemmering was dat de CO-meter niet konden worden ingezet vanwege onduidelijkheden in de financiering en organisatie. Daarnaast bleken de kosten voor de groepstraining vanwege het lage aantal deelnemers hoger uit te vallen dan op voorhand van de pilot was ingeschat.

4.3.3 Wat is er nodig voor implementatie?

Om de groepstraining duurzaam beschikbaar te maken voor de doelgroep zou die binnen de verzekerde zorg moeten vallen. Momenteel wordt landelijk gestreefd naar het opzetten van een 'stoppen met roken extra' constructie, waarin intensievere stoppen met roken-zorg vergoed kan worden voor groepen waarin stoppen met roken moeilijk is, maar geen verslavingszorg nodig is. De verzekering zou hiermee een ruimer budget toestaan, waardoor de groepstraining vergoed zou kunnen worden. Zolang dit niet het geval is, moet budget beschikbaar worden gemaakt om de financiële drempel bij de deelnemers weg te blijven nemen. Met de partijen die betrokken zijn bij de pilot wordt besproken welke partij een dergelijk overbruggingsbudget kan leveren.

Bij voortzetting zouden mogelijk kosten kunnen worden bespaard. Reiskosten van trainers kunnen worden verminderd door activiteiten te clusteren. Bij continuering is de voorbereiding van groepen niet of minder nodig en hoeven projecten niet meer te worden meegerekend. De groepen kunnen, d.m.v. de in paragraaf 4.1.4. besproken verbeteringen in de wervingsstrategie, worden vergroot,

waardoor de kosten per deelnemer dalen. Het is een overweging of één psycholoog zou kunnen worden vervangen door een persoon uit het sociaal domein of met een ander profiel. Dit zou echter geen financiële afweging moeten zijn, maar een afweging gebaseerd op de inhoud met het oog op de werving en het behoud van deelnemers. Zo zou een sociaal werker de verbinding met het sociaal domein nog verder kunnen versterken en de nazorg van deelnemers verder kunnen begeleiden. Nadeel is echter dat sociaal werkers belangrijke vaardigheden kunnen missen die psychologen wel bezitten, zoals ervaring met het leiden van stoppen-met-roken groepen en technieken uit cognitieve gedragstherapie.

Voor de uitvoering van de groepstraining zou de voorkeur uitgaan naar een vaste stoppen met roken-aanbieder waarbij continuïteit van trainers van belang is voor de groepstraining. Het is daarnaast een meerwaarde voor de deelnemers en trainers om met twee begeleiders in de groep aanwezig te zijn. Bij een vollere groep zijn de trainers in staat om elke deelnemer genoeg aandacht te geven en ondersteuning te bieden. Trainers kunnen elkaar ondersteunen en aanvullen. Bij afwezigheid van één trainer, is er bovendien nog altijd een begeleider aanwezig bij de groepstraining. De stoppen met roken-aanbieder moet de capaciteit hebben om opgeleide trainers beschikbaar te stellen die kennis hebben van de doelgroep en de inhoud van de groepstraining. Zo bleek WeQuit in de pilot een geschikte aanbieder te zijn.

Om de groepstraining blijvend te kunnen organiseren, is het belangrijk dat de goede onderlinge samenwerking tussen de betrokken partijen in stand wordt gehouden. Daarnaast moet er worden geïnvesteerd in een effectievere wervingsstrategie waarbij een aanjager in de wijk dit proces coördineert en wervers doorlopend bindt, motiveert en activeert (zie 4.1.4). De aanjager zou ook verantwoordelijk moeten zijn voor de praktische organisatie zoals het regelen van locatie en materialen, en het op gang brengen en houden van de werving door middel van contact met de professionals in de wijk (zie 4.3.1). Dit zou een professional uit het sociaal domein kunnen zijn die dichtbij de wervers staat. Een belangrijke voorwaarde is dat er bereidheid moet zijn vanuit het sociaal domein om stoppen met roken aan te pakken. In Amsterdam Oud-Noord blijkt er bereidheid te zijn binnen het sociaal domein, maar zou dit nog kunnen worden vergroot. Om de implementatie van de groepstraining te optimaliseren, zou de voortzetting moeten blijven worden onderzocht.

4.3.4 Implementatie in andere wijken

De lessen uit deze pilot kunnen worden meegenomen bij de verspreiding van de groepstraining naar andere gebieden en stadsdelen waar de rookprevalentie hoog is. Deze wijken zijn gekenmerkt door een hoger aantal inwoners met een laag inkomen en een migratieachtergrond dan gemiddeld in Amsterdam, [12]. Voor de werving, organisatie, uitvoering en financiering van de doorlopende groepstraining gelden dezelfde voorwaarden als in Amsterdam Oud-Noord en hiervoor zou een soortgelijke structuur kunnen worden aangenomen. Het is echter noodzakelijk dat er een netwerk wordt opgebouwd bestaande uit sleutelpersonen in de wijk die bereid zijn om met het thema stoppen met roken aan de slag te gaan en bij te dragen aan de implementatie van de groepstraining. Een aanjager zou dit proces kunnen leiden.

Behandeltrajecten	aantal	uur	totaal uur	tarief	btw %	btw	totaal ex btw	totaal inc btw	
intake	20	1	20	20	95	0%	0	1900	1900
groepen (inc inloop en uitloop)	41	2	82	82	95	0%	0	7790	7790
extra contact (na 1e sessie)	20	0,25	5	5	95	0%	0	475	475
extra contact (tussentijds)	132	0,25	33	33	95	0%	0	3135	3135
intercollegiaal overleg / regelen NVM	18	0,5	9	9	95	0%	0	855	855
voorbereiding groepen	41	0,5	20,5	20,5	95	0%	0	1947,5	1947,5
administratie / beloop	41	0,5	20,5	20,5	95	0%	0	1947,5	1947,5
reistijd	37	0,75	27,75	27,75	95	0%	0	2636,25	2636,25
TOTAAL			217,75				20686,25	20686,25	
Admin behandeling									
office / admin	20	0,25	5	5	45	21%	47,25	225	272,25
TOTAAL			5				47,25	225	272,25
Projecturen									
briefing en supervisie behandelaren	1	20	20	20	95	21%	399	1900	2299
overleg en evaluatie	1	20	20	20	95	21%	399	1900	2299
administratie	1	2	2	2	95	21%	39,9	190	229,9
onvoorzien 10%	0	0	0	0	95	21%	0	0	0
TOTAAL			42				837,9	3990	4827,9
							totaal ex btw	BTW	totaal inc btw
TOTAAL BEHANDELTRAJECTEN							20686,25	0	20686,25
TOTAAL ADMIN (BEHANDELING)							225	47,25	272,25
TOTAAL PROJECTKOSTEN							3990	837,9	4827,9
TOTALE KOSTEN							24901,25	885,15	25786,4

Tabel 2. Werkelijk gemaakte kosten groepstraining

5 Discussie

Tijdens de implementatiepilot rondde 30% van de deelnemers de groepstraining succesvol af. Dit is lager dan het stopsucces van de pilot in 2017 waar het percentage op 50% lag. Echter, deelnemers die nog maar recent gestopt waren voor de afloop van de pilot waren hier ook bij opgeteld. Uit een recente meta-analyse gericht op stoppen met roken-interventies voor populaties met een lage sociaaleconomische positie blijken de rookstoppercentages variërend tussen 1% en 36,6% [8]. Hieruit kan worden opgemaakt dat het stopsucces binnen de implementatiepilot in de hogere kant van deze range zit. Een verklaring hiervoor is dat de doorlopende groepstraining een langdurig en intensief karakter heeft. Binnen de meta-analyse bevatten studies met een hoger rookstoppercentage ook een langere interventieperiode bestaande uit wekelijkse tot tweewekelijkse contactmomenten met deelnemers om sociale steun en aanmoediging te bieden [8]. Een kanttekening is dat de meta-analyse het stopsucces na zes maanden follow-up meet, terwijl het rookstoppercentage in de implementatiepilot is afgeleid uit de rookstatus van de laatst bezochte bijeenkomst van deelnemers.

Het gemiddeld aantal aanwezige deelnemers per bijeenkomst was vijf, terwijl de ruimte geschikt was voor 9 deelnemers. Uit onderzoek blijkt een lage opkomst kenmerkend te zijn voor mensen uit lagere sociaaleconomische groepen [9]. Dit blijkt ook uit de pilot uit 2017 waar het gemiddeld aantal bezochte bijeenkomsten op zes lag [4]. Onderzoek laat zien dat een deelnemer die vaak aanwezig is, vaker de intrinsieke motivatie heeft om aanwezig te zijn (bijv. omdat ze het leuk vinden om aanwezig te zijn) [9]. Ook hebben deelnemers vaker extrinsieke motivatie om aanwezig te zijn, zoals commitment om deel te nemen en willen stoppen met roken [9]. Verder blijkt uit de literatuur dat een vollere groep tot een hogere aanwezigheidsgraad leidt [11]. De kleine groep kan tevens een verklaring zijn voor de lage opkomst. Door de afnemende groeps grootte kunnen rokers die deelnemen aan een stoppen met roken-ondersteuning in groepsverband gedemotiveerd raken, en kan dit leidde tot een domino-effect [11]. Het grote aantal drop-outs van 70% zou hier een gevolg van kunnen zijn, evenals in de vorige pilot in 2017 waar 50% de training vroegtijdig verliet [4].

De belangrijkste reden voor deelnemers om vroegtijdig de groepstraining te verlaten was stress. In eerdere studies onder kwetsbare groepen, waaronder mensen met een lage sociaaleconomische positie, komt stress naar voren als een van de belangrijkste barrières voor stoppen met roken (14). Roken wordt gebruikt als middel tegen stress, terwijl studies aantonen dat stress vermindert na stoppen met roken (15). Onderzoek laat zien dat inzetten op verminderen van of leren omgaan met stress de kans op succesvol stoppen met roken kan vergroten (16).

De wervingsstrategie heeft niet het optimale aantal deelnemers opgeleverd om de groep goed te laten werken. Uit onderzoek blijkt dat rokers uit kwetsbare groepen vaak moeilijker te werven zijn voor stoppen met roken-programma's [6]. Extra aandacht is dan ook van belang om de kwetsbare rokers te kunnen werven [6]. Dit bleek ook uit de pilot waarin het meer succes opleverde als deelnemers persoonlijk werden geworven [6]. Dit komt overeen met een meta-analyse gericht op interventies voor het werven van rokers voor stoppen met roken programma's, waaruit blijkt dat een hogere mate van persoonlijk contact resulteert in een betere werving [13].

Een barrière in de werving was terughoudendheid onder professionals om roken te bespreken. Dit is een bekend probleem dat in eerdere studies beschreven is (17). Onderzoeken waarin hulpverleners zijn bijgeschoold in gesprekstechnieken tonen aan dat na de bijscholing patiënten vaker over roken worden aangesproken en hulp wordt aangeboden of worden verwezen (18).

Naast de manier van werving, heeft de inhoud van de groepstraining ook impact op een succesvolle werving. Uit eerder onderzoek blijken de groepssetting en het wegnemen van de financiële drempel de belangrijkste succesfactoren te zijn [6]. Dit komt overeen met de resultaten van de pilot waaruit

blijkt dat de interventie zou moeten worden gefinancierd om het toegankelijk te maken voor de doelgroep. Daarnaast is het uitgebreide persoonlijke contact tussen deelnemers en betrokken trainers ook een succesfactor [6]. Dit bekrachtigt het belang van een vaste stoppen met roken-aanbieder met continuïteit van trainers.

6 Conclusie

De interventie 'Voel je Vrij Doorlopende Groepstraining Stoppen met Roken' heeft de potentie om te worden geïmplementeerd in Amsterdam Oud-Noord. Om dit te realiseren zal de wervingsstrategie verder moeten worden ontwikkeld. Een aanjager die doorlopend de professionals bindt, motiveert en activeert lijkt essentieel voor de werving. Werving via het sociaal domein is in deze pilot succesvol gebleken en kan verder worden geoptimaliseerd. Verder zou er moeten worden onderzocht hoe de werving via het zorgdomein kan worden verbeterd. Op deze manier kan de toeleiding van deelnemers voor de groepstraining worden vergroot en de groep optimaler worden gevuld. Daarnaast zal het aantal drop-outs moeten worden verkleind om daarmee de effectiviteit van de groepstraining te vergroten. Het benadrukken van het groepsproces zou hiervoor een mogelijke oplossing kunnen zijn. Evenals aandacht voor het leren omgaan met stress binnen en/of buiten de groepstraining. Om een effectieve interventie structureel beschikbaar te kunnen maken, is het van belang dat de organisatie, financiering en uitvoering een vaste structuur krijgen. Het zal bijdrage om een aanjager aan te stellen die verantwoordelijk is voor zowel het wervingsproces als de organisatie van de groepstraining. Om financiële drempels bij de deelnemers te voorkomen, zou de interventie binnen de verzekerde zorg moeten vallen. Zolang dit niet het geval is, moet extra budget voor implementatie beschikbaar worden gemaakt. Daarnaast zou een vaste stoppen met roken-aanbieder moeten worden aangesloten die voor de uitvoering van de interventie twee opgeleide trainers beschikbaar stelt.

7 Implicaties

Werving

- Bijscholing van gesprekstechnieken van professionals om het gesprek over stoppen met roken met cliënten aan te gaan
- Het vereenvoudigen van de criteria voor deelname
- Potentiële deelnemers persoonlijk informeren en motiveren om aan de groepstraining deel te nemen
- Professionals persoonlijk informeren over de groepstraining en de werving, waarbij ze de meerwaarde van de groepstraining erkennen en de prioriteit voor stoppen met roken wordt verhoogd
- Het aanstellen van een aanjager om het wervingsproces te coördineren

Inhoud groepstraining

- Het groepsproces een meer integraal onderdeel van de training maken
- Het aanpakken van stress zowel binnen als buiten de groepstraining
- CO-meter onderdeel maken van de groepstraining

Implementatie

- Financiering vanuit de verzekering, of zolang dat niet mogelijk is, een overbruggend budget om deelname gratis te houden
- Een vaste stoppen met roken-aanbieder met voldoende capaciteit en kennis om de groepstraining te leiden
- Het aanstellen van een aanjager om de organisatorische taken uit te voeren en het implementatieproces te coördineren

8 Referenties

1. Gemeente Amsterdam. (2019b). Samen naar een rookvrij Amsterdam - Uitvoeringsplan tabaksontmoediging 2020–2021. <https://openresearch.amsterdam/nl/page/65230/uitvoeringsplan-tabaksontmoediging-2020-2021>
2. U.S. Department of Health and Human Services. Smoking Cessation: A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2020
3. Jha, P. et al. (2013). 21st Century hazards of smoking and benefits of cessation in the United States. *The New England Journal of Medicine*, 368(4), 341-350.
4. Landais, L. L., Van Wijk, E. C., & Harting, J. (2021). Smoking Cessation in Lower Socioeconomic Groups: Adaptation and Pilot Test of a Rolling Group Intervention. *BioMed Research International*, 2021, 1–11.
5. Gemeente Amsterdam. (2018). *Onderzoek en Statistiek: Werk en Inkomen*.
6. Van Straaten, B., Meerkerk, G. J., van den Brand, F. A., Lucas, P., de Wit, N., & Nagelhout, G. E. (2020). How can vulnerable groups be recruited to participate in a community-based smoking cessation program and perceptions of effective elements: A qualitative study among participants and professionals. *Tobacco prevention & cessation*, 6.
7. Chaiton, M., Diemert, L., Cohen, J. E., Bondy, S. J., Selby, P., Philipneri, A., & Schwartz, R. (2016). Estimating the number of quit attempts it takes to quit smoking successfully in a longitudinal cohort of smokers. *BMJ open*, 6(6), e011045.
8. Huynh, N., Tariq, S., Charron, C., Hayes, T., Bhanushali, O., Kaur, T., ... & Pakhale, S. (2022). Personalised multicomponent interventions for tobacco dependence management in low socioeconomic populations: a systematic review and meta-analysis. *J Epidemiol Community Health*.
9. Benson, F. E., Stronks, K., Willemsen, M. C., Bogaerts, N. M., & Nierkens, V. (2014). Wanting to attend isn't just wanting to quit: why some disadvantaged smokers regularly attend smoking cessation behavioural therapy while others do not: a qualitative study. *BMC Public Health*, 14(1), 1-12.
10. Vermeulen, J. M., Doedens, P., Schirmbeck, F., van den Brink, W., & de Haan, L. (2020). Implementatie van een stoppen-met-rokenprogramma in een psychiatrisch ziekenhuis: eerste resultaten. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 266-273.
11. Van Wijk, E. C., Landais, L. L., & Harting, J. (2019). Understanding the multitude of barriers that prevent smokers in lower socioeconomic groups from accessing smoking cessation support: a literature review. *Preventive Medicine*, 123, 143-151.
12. Gemeente Amsterdam. (2021). *Gezondheid en welbevinden in Amsterdam*.
13. Belisario, J. S. M., Bruggeling, M. N., Gunn, L. H., Brusamento, S., & Car, J. (2012). Interventions for recruiting smokers into cessation programmes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (12).
14. Twyman, L., Bonevski, B., Paul, C., & Bryant, J. (2014). Perceived barriers to smoking cessation in selected vulnerable groups: a systematic review of the qualitative and quantitative literature. *BMJ open*, 4(12), e006414.
15. Taylor, G., McNeill, A., Girling, A., Farley, A., Lindson-Hawley, N., & Aveyard, P. (2014). Change in mental health after smoking cessation: systematic review and meta-analysis. *Bmj*, 348.
16. Vinci, C. (2020). Cognitive behavioral and mindfulness-based interventions for smoking cessation: a review of the recent literature. *Current oncology reports*, 22(6), 1-8.
17. Vogt, F., Hall, S., & Marteau, T. M. (2005). General practitioners' and family physicians' negative beliefs and attitudes towards discussing smoking cessation with patients: a systematic review. *Addiction*, 100(10), 1423-1431.

18. Carson, K. V., Verbiest, M. E., Crone, M. R., Brinn, M. P., Esterman, A. J., Assendelft, W. J., & Smith, B. J. (2012). Training health professionals in smoking cessation. *Cochrane database of systematic reviews*, (5).

Bijlage 1 – Interview guide interview met wervers

3 min	<p><u>Introductie en toestemming</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Sleutelfiguur bedanken voor de tijd, onderzoeker stelt zich voor • Kort toelichten onderzoek • Mondeling toestemming vragen: <ul style="list-style-type: none"> - Aantekeningen bijhouden - Gesprek opnemen - Uittypen, anoniem - Vertrouwelijk handelen - Vrijwillig, ten alle tijden stoppen met deelname zonder reden - Akkoord sleutelfiguur opnemen • Vragen?
15 min	<p><u>Onderwerp 1: De werving</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Hoe heeft u geworven? • In hoeverre waren de potentiële deelnemers enthousiast? <ul style="list-style-type: none"> - Welke wervingsstrategie werkt voor welke soort groep mensen? - Waardoor komt dit? • Welke groep is er niet bereikt? Waardoor komt dit? • Wat zijn uw ervaringen met betrekking tot het werven van deelnemers? <ul style="list-style-type: none"> - Motieven voor bijdrage werving - Waarom wel/niet aanspreken - Barrières - Stimulansen (bv. manier van doorverwijzing)
5 min	<p><u>Onderwerp 2: Blijvend werven</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • In hoeverre wordt de manier van werving van deelnemers toegankelijker in vergelijking met andere SMR-groepen? • Welke mogelijkheden ziet u om blijvend te werven? • Wat heeft u hiervoor nodig? <ul style="list-style-type: none"> - Begeleiding/ training - Feedback - Tijd/ruimte - Financiën • In hoeverre ziet u zichzelf blijvend werven? <ul style="list-style-type: none"> - Nieuwe deelnemers - Deelnemers opnieuw werven
10 min	<p><u>Onderwerp 3: De organisatie</u> <i>(toepassen afhankelijk van de geïnterviewde)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Welke mogelijkheden ziet u om een rol te spelen bij de organisatie van de groepstraining? <ul style="list-style-type: none"> - Locatie, planning, materialen, communicatie tussen partijen • Wat heeft u hiervoor nodig? <ul style="list-style-type: none"> - Wie moeten u hierbij helpen? (Gemeente/GGD Amsterdam, WeQuit, andere partijen in de wijk) - Wat verwacht u van hen? (goede uitvoering, nauwe samenwerking, financiering etc.)
2 min	<p><u>De afsluiting</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Hebben we onderwerpen niet besproken die u belangrijk vindt? • Sleutelfiguur bedanken voor deelname

Bijlage 2 – Intakeformulier deelnemers

Omcirkel of markeer het antwoord dat voor u relevant is.

1. Wat is uw naam?

2. Wat is uw geslacht?
 Man
 Vrouw
3. Wat is uw leeftijd? _____ jaar
4. In welk land bent u geboren?
 Nederland
 Turkije
 Marokko
 Suriname
 Anders, namelijk _____
5. In welk land is uw moeder geboren?
 Nederland
 Turkije
 Marokko
 Suriname
 Anders, namelijk _____
6. In welk land is uw vader geboren?
 Nederland
 Turkije
 Marokko
 Suriname
 Anders, namelijk _____
7. Welke situatie is het meest op u van toepassing?
 Ik heb betaald werk. Vul in voor hoeveel uur per week: _____ uur
 Ik ben (vervroegd) met pensioen (AOW, VUT, FPU)
 Ik ben werkloos/werkzoekend (geregistreerd bij het arbeidsbureau)
 Ik ben arbeidsongeschikt (WAO, AAW, WAZ, WAJONG, WIA)
 Ik heb een bijstandsuitkering
 Ik ben fulltime huisvrouw/huisman
 Ik volg onderwijs/een opleiding
8. Heeft u het afgelopen jaar moeite gehad om van het inkomen van uw huishouden rond te komen?
 Ja, grote moeite
 Ja, enige moeite
 Nee, geen moeite, maar ik moet wel opletten op mijn uitgaven
 Nee, geen enkele moeite
9. Hoe is uw leefsituatie?
 Ik woon alleen
 Ik woon met mijn ouders
 Ik woon samen met mijn partner
 Ik woon samen met mijn partner en kinderen
 Ik woon samen met mijn kinderen
 Ik woon samen met huisgenoten
 Anders, namelijk _____
10. In welk type woning woont u?
 Ik woon in een eengezinswoning
 Ik woon in een studio
 Ik woon in een appartement
 Ik woon in een benedenwoning
 Ik woon in een bovenwoning
 Anders, namelijk _____
11. Hoeveel sigaretten rookt u per dag? _____
12. Wanneer heeft u voor het laatst gerookt?
Datum: _____ - _____ - _____
Ochtend / middag / avond / nacht
13. In het verleden...
 heb ik nooit proberen te stoppen met roken;
 heb ik zonder professionele stophulp proberen te stoppen met roken;
 heb ik professionele stophulp gebruikt om te stoppen met roken;
 heb ik zowel met als zonder professionele stophulp proberen te stoppen met roken.

14. Hoe heeft u gehoord over deze interventie 'doorlopende groepstraining stoppen met roken'?

- Via de huisarts
- Via een sociaal maatschappelijk werker
- Via een buurtbewoner
- Via het buurthuis
- Via de voedselbank
- Via de kerk
- Via het ziekenhuis
- Via een fysiotherapeut
- Anders, namelijk _____

15. Door wie bent u doorverwezen?

- De huisarts
- Een sociaal maatschappelijk werker
- Een buurtbewoner
- Het ziekenhuismedewerker
- Een fysiotherapeut
- Ik heb mezelf opgegeven
- Anders, namelijk _____

16. Wat is de voornaamste reden dat u wil stoppen met roken?

- Om mijn gezondheid te verbeteren
- Om geld te besparen
- Om mijn omgeving niet te belasten
- Anders, namelijk _____

17. Hoe erg bent u gemotiveerd om te stoppen met roken?

- Ik ben niet gemotiveerd
- Ik ben nauwelijks gemotiveerd
- Ik ben redelijk gemotiveerd
- Ik ben heel gemotiveerd

18. Wat is de voornaamste reden dat u wil deelnemen aan de groepstraining?

- Het wordt vergoed door de verzekeraar
- Ik wil met een groep stoppen met roken
- De inhoud van de groepstraining spreekt mij aan
- Ik wil professionele hulp om te stoppen met roken
- Anders, namelijk _____

Bijlage 3 – Interview guide interview met deelnemers

3 min	<p><u>Introductie en toestemming</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Deelnemer verwelkomen, onderzoeker stelt zich voor, bedanken voor de tijd • Kort toelichten onderzoek • Mondeling toestemming vragen: <ul style="list-style-type: none"> - Aantekeningen bijhouden - Gesprek opnemen - Uittypen, anoniem - Vertrouwelijk handelen - Vrijwillig, ten alle tijden stoppen met deelname zonder reden - Akkoord deelnemers opnemen • Vragen?
10 min	<p><u>Onderwerp 1: Ervaringen vorm en inhoud groepstraining</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Hoe vind je de groepstraining? <ul style="list-style-type: none"> - Meerwaarde SMR training (<i>Relative advantage</i>) - Vervullen overtuigingen en behoeften (<i>Compatibility</i>) - Toegankelijkheid groepstraining (<i>Accessibility</i>) - De moeilijkheidsgraad/begrijpelijkheid (<i>Complexity</i>) • Wat helpt jou het meest om te stoppen/gestopt te blijven? (e.g. steun aan elkaar, ervaringsdeskundige, deelronde, twee trainers, huiswerkopdrachten, individuele ondersteuning, visualisatieoefening) <ul style="list-style-type: none"> - Waarom? / Op welke manier helpt dit jou? - Wat zou kunnen worden toegevoegd? • Wat helpt jou het minst om te stoppen/gestopt te blijven? (e.g. deelronde, twee trainers, huiswerkopdrachten, individuele ondersteuning, visualisatieoefening) <ul style="list-style-type: none"> - Waarom helpt dit jou minder? - Wat zou kunnen worden weggelaten? • Wat vind je van de trainers? <ul style="list-style-type: none"> - Waarom helpt de trainer wel/niet bij het stoppen met roken? - Wat doen ze goed en wat kunnen ze nog meer doen? • In hoeverre vind je dat deze groepstraining gegeven moet blijven worden?
10 min	<p><u>Onderwerp 2: Gedrag n.a.v. groepstraining</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Hoe ben je bij deze training terecht gekomen? <ul style="list-style-type: none"> - Hoe is die ervaring geweest?/ de doorverwijzing • Wat motiveert jou om naar de bijeenkomsten te komen? <ul style="list-style-type: none"> - Social support - Focus op het belang van stoppen, vertrouwen om gestopt te blijven, en de moeilijke momenten • In hoeverre helpt de doorlopende groepstraining jou bij het (volhouden van) stoppen met roken? <ul style="list-style-type: none"> - Vertrouwen om succesvol te stoppen met roken (self-efficacy) - Positieve/negatieve houding t.a.v. stoppen met roken (attitude) - Omgeving over groepstraining + stoppen met roken (subjective norm)
5 min	<p><u>Onderwerp 3: Bijdrage na de groepstraining</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • In hoeverre zou je de groepstraining aanraden? <ul style="list-style-type: none"> - Aan wie?

	<ul style="list-style-type: none"> - Op welke manier? - Waarom? • Ken je zelf nog meer mensen die zouden kunnen stoppen met deze training? • In hoeverre zou je een bijdrage willen/kunnen leveren aan de groepstraining? <ul style="list-style-type: none"> - Als ervaringsdeskundige - Nieuwe deelnemers werven - Reclame maken
2 min	<p><u>De afsluiting</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Hebben we onderwerpen niet besproken die je nog belangrijk vinden? • Deelnemers bedanken voor deelname

Bijlage 4 – Interview guide interview met trainers

3 min	<p><u>Introductie en toestemming</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Trainer bedanken voor de tijd, onderzoeker stelt zich voor • Kort toelichten onderzoek • Mondeling toestemming vragen: <ul style="list-style-type: none"> - Aantekeningen bijhouden - Gesprek opnemen - Uittypen, anoniem - Vertrouwelijk handelen - Vrijwillig, ten alle tijden stoppen met deelname zonder reden - Akkoord trainer opnemen • Vragen?
15 min	<p><u>Onderwerp 1: Ervaringen vorm en inhoud van de groepstraining</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Hoe kijkt u tegen de groepstraining aan? <ul style="list-style-type: none"> - Wat is de meerwaarde van deze training als het gaat om SMR? (<i>Relative advantage</i>) <ul style="list-style-type: none"> ○ Wat zijn hiervoor de meest essentiële factoren van de groepstraining?/ Wat zou kunnen worden toegevoegd? ○ Wat zijn hiervoor de minst essentiële factoren van de groepstraining?/ Wat zou eruit kunnen? - In welke mate is de groepstraining consistent met uw bestaande waarden en overtuigingen, ervaringen uit het verleden en behoeften? (<i>Compatibility</i>) <ul style="list-style-type: none"> ○ Tijd kwijt aan groepstraining in totaal? ○ Hoeveelheid deelnemer/ meer deelnemers? - In hoeverre is de groepstraining toegankelijk (voor de doelgroep/ voor de trainer)? (<i>Accessibility</i>) - In hoeverre wordt de groepstraining ervaren als relatief moeilijk te begrijpen en te gebruiken (voor jullie en de deelnemers)? (<i>Complexity</i>) <ul style="list-style-type: none"> ○ Lukt het om de training te geven zoals beschreven, waarom wel/niet? - Hoe toegankelijk is het om met de groepstraining te experimenteren? (<i>Trialability</i>) <ul style="list-style-type: none"> ○ Wat hebben jullie anders gedaan? Waarom? • Wat kunnen we verbeteren, wat kunnen we optimaliseren?
5 min	<p><u>Onderwerp 2: Het bereiken van de juiste doelgroep</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Hoe heeft u de doorverwijzing van deelnemers ervaren? • Waarom zijn potentiële doorverwezen deelnemers uiteindelijk niet bereikt/ op de groepstraining terecht gekomen? • In hoeverre heeft u de indruk dat de juiste doelgroep wordt bereikt? <ul style="list-style-type: none"> - Waarom wel/niet? - Mist er een bepaalde groep? • Hoe zou het proces van doorverwijzing kunnen worden verbeterd?
5 min	<p><u>Onderwerp 2: Deelnemers betrokkenheid</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Deelnemers die makkelijk een bijeenkomst afzeggen <ul style="list-style-type: none"> - Waardoor komt dit?

	<ul style="list-style-type: none"> - Wat is jullie mening hierover? - Hoe kan hiermee worden omgegaan? • Deelnemers die afhaken <ul style="list-style-type: none"> - Waarom haken potentiële deelnemers toch af? - Wat is jullie mening hierover? - Hoe kan hiermee worden omgegaan?
2 min	<p><u>De afsluiting</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Hebben we onderwerpen niet besproken die u belangrijk vindt? • Trainer bedanken voor deelname