



VERSLAVINGSZORG
NOORD NEDERLAND

Specialistische verslavingszorg bij stoppen met roken

Onderzoeksrapport

**TYPISCH DAT JE
OM TE STOPPEN
MET ROKEN**

**JUIST
EEN LANGE ADEM
NODIG HEBT**

Loesje

loesje@loesje.nl
www.loesje.nl

Verantwoordelijken eindrapport	Kor Spoelstra, psychiater en onderzoeker Raisa Thybaut, verslavingsarts KNMG Leonie Fennema, hbo-verpleegkundige Mirjam Noteboom, beleidsadviseur en projectleider
Status	Definitief
Datum	31-12-2024

Inhoudsopgave

Inleiding	3
Hoofdstuk 1:Onderzoekaanpak.....	7
1.1. Samenvatting aanpak.....	7
1.2.Kwantitatief en kwalitatief onderzoek.....	8
Hoofdstuk 2:Kwantitatief onderzoek	9
2.1.Verwijzingen en intakes.....	9
2.2. Leeftijd deelnemers	14
2.3.Motivatie, vertrouwen en belang	15
2.4.Zorgzwaarte	18
2.5.Rookstatus	18
2.6. Financiële gegevens.....	20
Hoofdstuk 3: Kwalitatief onderzoek	22
3.1.Literatuuronderzoek.....	22
3.2.Praktijkonderzoek.....	27
3.3. Onderzoek klinische opname	34
Hoofdstuk 4:Conclusies en aanbevelingen.....	36
4.1. Conclusies.....	36
4.1.1. Doelgroep	36
4.1.2. In- en exclusiecriteria.....	37
4.1.3. Kosten	38
4.1.4.Effectiviteit van de behandeling	39
4.2.Aanbevelingen	40
Literatuurlijst	42

Inleiding

Roken is zeer verslavend en is veruit de grootste oorzaak van ziekte en sterfte (RIVM, z.d.). Uit de kerncijfers van de Nationale Drug Monitor blijkt dat in 2023 19,0% van de Nederlandse bevolking tabak rookt (Van Beek, 2023). In 2022 overleden er naar schatting 20.220 mensen in Nederland aan aandoeningen ten gevolge van roken (Volksgezondheid en Zorg, z.d.).

De schade door roken kan verschillende vormen van kanker en luchtwegaandoeningen veroorzaken, en daarnaast verhoogt roken aanzienlijk de kans op hart- en vaatziekten, diabetes, verminderde vruchtbaarheid, angst en depressies (Castagna, 2024). Bovendien ervaren rokers over het algemeen een minder goede gezondheid dan niet-rokers, en kan roken een ongunstige invloed hebben op het beloop van een ziekte (U.S. Department of Health and Human Services, 2014).

De schade die veroorzaakt wordt is gedeeltelijk herstelbaar, maar niet volledig (Medipro, 2023). Echter, stoppen met roken loont; de kans op gezondheidsproblemen verkleint, de kwaliteit van leven neemt toe en de levensverwachting wordt vergroot (U.S. Department of Health and Human Services, 2020).

Vanuit het Tabaksontmoedigingsbeleid wordt gestreefd naar een rookvrije samenleving; hiervoor moeten minder jongeren gaan beginnen met roken en meer mensen stoppen met roken (Moerenburg, 2023). In 2023 ondernam 34,4% van de rokers een serieuze stoppoging, wat inhoudt dat zij minstens 24 uur gestopt zijn.

Aanbod stoppen met roken zorg

Vanuit de basisverzekering wordt er jaarlijks één stoppen-met-roken programma vergoed (Van Westen-Lagerweij, 2024), maar meestal zijn er meerdere pogingen nodig om definitief te kunnen stoppen omdat roken zeer verslavend is (Castagna, 2024). Terugval komt vaak voor, met name in de eerste drie maanden na het stoppen (Van Westen-Lagerweij, 2024). In 90% van de gevallen zijn mensen na een jaar weer begonnen met roken (Castagna, 2024). Het is daarom van belang dat hulpverleners rokers te motiveren om te stoppen en hen hierin begeleiden (Chavannes et al., 2017).

Momenteel bestaat de stoppen met rokenzorg, die aangeboden wordt in de eerstelijns- of ziekenhuiszorg, voornamelijk uit individuele of groepsgerichte gedragsmatige therapie, in combinatie met nicotine vervangende therapie (NRT) (nicotinekauwgom, nicotinepleisters, nicotinezuigtabletten, nicotinespray) of farmacotherapie (bupropion, varenicline, nortriptyline en cytisiciline) (Trimbosinstituut, 2022). Volgens van Westen-Lagerweij (2024) wordt de stopkans vergroot wanneer men stopt onder gedragsmatige begeleiding in combinatie met nicotinevervangers of medicatie.

Ambities

Roken is naast overgewicht en alcoholgebruik sinds 2018 één van de drie speerpunten van het Nationaal Preventieakkoord, dat streeft naar een gezonder Nederland in 2040 (Volksgezondheid en Zorg, z.d.). Het doel van de overheid, samen met maatschappelijke organisaties, is om te bereiken dat er in 2040 minder dan 5% van de volwassen rookt en 0% van de jongeren en zwangere vrouwen (Trimbos-instituut, 2023). Volgens doorrekeningen van het RIVM dreigen de doelen niet behaald te kunnen worden in 2040. Naar schatting zou in 2040 10% van de volwassen roken en 4% van de jongeren (RIVM, z.d.). Deze bevindingen wijzen op de noodzaak voor nieuwe strategieën en interventies voor stoppen met roken. Behandeling van tabaksverslaving is tot op heden nog geen onderdeel van de specialistische verslavingszorg.

Specialistische verslavingszorg voor zwaar verslaafde rokers

In 2021 heeft Verslavingszorg Noord Nederland (VNN) in samenwerking met het Partnership Stoppen met Roken een afwegingskader ontwikkeld om de behandeling van tabaksverslaving effectiever te maken. In dit kader worden de verschillende behandel niveaus binnen en buiten de verslavingszorg beknopt beschreven (zie tabel 1). Het oorspronkelijk doel van dit afwegingskader was om rokers te ondersteunen die onvoldoende baat hebben bij de standaardzorg, maar nog niet direct doorverwezen hoeven te worden naar specialistische verslavingszorg. De inhoud van de specialistische verslavingsgeneeskundige zorg moest in dit kader nog verder worden verkend en uitgewerkt (fase 3/4 in het afwegingskader).

Om die reden hebben zorgverzekeraar Menzis en VNN een aanvraag bij de NZa ingediend voor een experimentele zorgprestatie 'Specialistische verslavingszorg voor zwaar verslaafde rokers'. Deze is door de NZa beschikbaar gesteld en vervolgens is VNN in 2021 het stoppen-met-roken project gestart. Hieraan is een onderzoekstraject gekoppeld.

De effecten van groepsbehandeling voor stoppen met roken buiten de verslavingszorg zijn al onderzocht, maar de veranderingen in rookstatus en kosten van een dergelijke behandeling voor zwaar verslaafde rokers in de specialistische verslavingszorg zijn nog niet in kaart gebracht. VNN richt zich met dit onderzoek op het in kaart brengen van de doelgroep, de effectiviteit én kosten van gespecialiseerde verslavingszorg voor zwaar verslaafde rokers met een medische indicatie. Hiervoor is door het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) subsidie verleend. In dit rapport worden de uitkomsten van het onderzoek toegelicht.

Tabel 1. Diagnostisch tool/afwegingskader

	Type interventie (zorgstandaard)	Omschrijving doelgroep	Juiste zorg (wat)	Juiste plek (door wie, welke locatie)	Hoe (bekostigd?)	Kwaliteits-indicatoren
ZELFZORG						
0	Niet beschreven	Alle (ex)rokers die zonder begeleiding van professionals willen (of lijken te) kunnen stoppen of als aanvulling op 1 t/m 4	Zelfmanagement , geen zorg	Thuis, geen zorg	(ex) roker betaalt zelf	N.v.t.
STANDAARDZORG						
1	Adviseren	Alle (ex) rokers die in contact komen met een zorgprofessional	(stop)advies op maat	Alle zelforganisaties waar de (ex)roker komt met een zorgvraag	Onderdeel van reguliere zorgbekostiging	MPS: rookstatus en datum laatste stopadvies in dossier
2	Motiveren	Alle (ex) rokers die in contact komen met een zorgprofessional bij wie de motivatie om te stoppen (of gestopt te blijven) onvoldoende is.	Motiverende verhogende interventies	Alle zelforganisaties waar de (ex)roker komt met een zorgvraag	Onderdeel van reguliere zorgbekostiging	MPS: rookstatus en datum laatste stopadvies in dossier
COACHING						
3	Begeleiden	Alle rokers die gemotiveerd zijn om te stoppen met roken en daar begeleiding bij willen, maar bij wie (nog) geen verslavingsgeneeskundige behandeling is geïndiceerd	Stoppen met roken coaching (monodisciplinair , gericht op stoppen met roken)		Zorgverzekeringswet	MPS: start datum coaching, stop datum coaching, stop datum roken. Na 1 jaar nog gestopt (ja/nee)?
VERSLAVINGSGENEESKUNDIGE ZORG						
4	Begeleiden	Alle rokers die gemotiveerd zijn om te stoppen met roken, maar bij wie coaching aangetoond onvoldoende effect	Verslavingsgeneeskundige behandeling (multidisciplinair, gericht op stoppen met roken, minderen en/of verhogen van kwaliteit van leven)		Zorgverzekeringswet	MPS: startdatum behandeling, stopdatum behandeling, stopdatum roken. Na 1 jaar

		heeft gehad of bij ernstige complexe verslavingsproblematiek en/of urgente noodzaak om te stoppen wat niet met coaching lukt				behandeldoelen gehaald (ja/nee)?
--	--	--	--	--	--	----------------------------------

Scope onderzoek

Door VNN wordt groepsbehandeling aangeboden aan mensen die een medische noodzaak of indicatie hebben om te stoppen met roken vanwege somatische comorbiditeit, zoals een voorbereiding op een operatie of medische behandeling, acute of chronische somatische klachten veroorzaakt door het roken. Ook zwangere vrouwen komen in aanmerking voor deze behandeling. De (open) groepsbehandeling wordt voor patiënten van enkele noordelijke ziekenhuizen aangeboden, te weten het Medisch Centrum Leeuwarden (MCL), het Ommelander Ziekenhuis (OZG), het Martiniziekenhuis Groningen en het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG).

Het uitgangspunt van het behandelaanbod voor stoppen met roken bij VNN is 'groepsbehandeling tenzij'. Hierdoor hebben de meeste cliënten die behandeld zijn, gebruik gemaakt van het groepsaanbod. Daar waar nog geen groepsbehandeling werd aangeboden in het ziekenhuis of groepsbehandeling niet gewenst of voldoende was, heeft er een aantal individuele trajecten plaatsgevonden. In twee gevallen zijn patiënten klinisch opgenomen geweest.

Het onderzoek richt zich specifiek op de patiënten die de groepsbehandeling hebben doorlopen. In het kwantitatieve deel van het onderzoek wordt voor zover mogelijk de gehele cliëntpopulatie die is verwezen in beeld gebracht.

Leeswijzer

In hoofdstuk 1 wordt de onderzoekaankpak nader toegelicht. In hoofdstuk 2 wordt ingegaan op de bevindingen met betrekking tot het kwantitatieve deel van het onderzoek. Hoofdstuk 3 gaat in op de bevindingen op basis van het kwalitatieve deel van het onderzoek.

Tenslotte worden in hoofdstuk 4 de belangrijkste conclusies samengevat en wordt een aantal aanbevelingen gedaan voor het vervolg na afsluiting van het project.

Hoofdstuk 1: Onderzoekaanpak

1.1. Samenvatting aanpak

Rationale

In Nederland is er momenteel geen specialistische stoppen-met-roken verslavingszorg voor zwaar verslaafde rokers en het is onbekend wat de effecten en kosten zijn van een groepsbehandeling voor deze categorie rokers in de verslavingszorg.

Doel

Het evalueren van de verandering in rookstatus en kosten van een geprotocolleerde groepsbehandeling voor zwaar verslaafde rokers in de gespecialiseerde verslavingszorg.

Studie design

Een exploratief onderzoek met een mixed-methods aanpak, waarbij kwantitatieve gegevens worden verzameld en gecombineerd met kwalitatief onderzoek dat bestaat uit semigestructureerde interviews.

Studie populatie

Zwaar verslaafde rokers vanaf 18 jaar die door een medisch specialist zijn doorverwezen vanwege een medisch-somatische reden om te stoppen met roken.

Interventie

Een geprotocolleerde groepsbehandeling in de gespecialiseerde verslavingszorg bestaande uit zes bijeenkomsten.

Parameters

De belangrijkste uitkomstmaat is stoppen met roken (rookstatus), terwijl secundaire uitkomstmaten de kwaliteit van leven, indicaties van de doelgroep, kosten van de behandeling en follow-up aspecten omvatten, zoals welke factoren van de groepsbehandeling hebben bijgedragen aan het stoppen of verminderen van het roken.

1.2 Kwantitatief en kwalitatief onderzoek

Kwantitatief onderzoek

De elektronische patiëntendossiers (EPD) van de participerende patiënten vormen de basis voor het kwantitatieve onderzoek. De wijze waarop de data zijn verzameld wordt hieronder toegelicht. In het kwantitatieve deel van het onderzoek zijn alle cliënten die zijn verwezen voor een intake en ingestroomd in een behandeling bij VNN meegenomen.

Vragenlijsten

Voorafgaand aan de behandeling, heeft iedere cliënt een intake gehad, waarvoor een intakevragenlijst is afgenomen. Tijdens de looptijd van de behandeling zijn er verschillende momenten waarop een aantal metingen is afgenomen. Deze metingen zijn met name gericht geweest op de rookstatus (intakevragenlijst), de intensiteit van de verslaving (Fagerström) en de benodigde zorgzwaarte (Multidimensional Assessment Score, MAS).

Nabellen

Deelnemende cliënten zijn nagebeld om te vragen naar de rookstatus na afronding van de groepsbehandeling.

Financiële gegevens

Op basis van de bij de zorgverzekeraars gedeclareerde zorgtrajecten is de gemiddelde kostprijs van een SMR traject binnen de specialistische verslavingszorg berekend.

Kwalitatief onderzoek

Het kwalitatieve deel van het onderzoek is tweeledig: een literatuuronderzoek en een praktijkonderzoek. Het praktijkonderzoek richt zich op de cliëntpopulatie die groepsbehandeling heeft ontvangen. Er zijn semigestructureerde interviews gebruikt, waarbij de analyse de stappen van Colaizzi volgt (Polit & Beck, 2017). Het kwalitatieve deel sluit aan bij het feit dat er gezocht wordt naar “lived experiences” van zwaar verslaafde rokers met de groepsbehandeling in de specialistische verslavingszorg.

Er zijn semigestructureerde interviews afgenomen bij 8 participanten, waarbij hen onder meer gevraagd is om in eigen woorden te vertellen over hun ervaringen met roken en welke consequenties de groepsbehandeling daarop heeft gehad. Ook is naar werkzame elementen van de groepsbehandeling gevraagd.

Achtergrondgegevens zijn vastgesteld bij de participanten, waaronder geslacht, leeftijd, en periode van abstinentie. De interviews beginnen allemaal met dezelfde vraag: “Kun u iets vertellen over uw ervaringen met de groepsbehandeling?”. Met deze gegevens werden bevorderende en belemmerende factoren geanalyseerd die van invloed zijn op de effectiviteit van de behandeling.

De interviews zijn afgenomen op een locatie van VNN, in het ziekenhuis of bij de participant thuis.

Hoofdstuk 2: Kwantitatief onderzoek

In dit hoofdstuk worden de inzichten gedeeld op basis van het kwantitatieve deel van het onderzoek. De periode waarover de gegevens zijn verzameld loopt van 1-1-2021 (startdatum project) tot 1-7-2024. Waar deze periode afwijkt, wordt dit benoemd.

2.1. Verwijzingen en intakes

Aantal verwijzingen en deelnemers

Aantal verwijzingen	Totaal aantal gestarte trajecten	Geen vervolg na verwijzing
386	172	214

In totaal zijn 386 patiënten verwezen. Er werden 181 (46,9%) mannen verwezen en 205 (53,1%) vrouwen. Afgezet tegen het aantal intakes (172) is de verdeling mannen (48,8%) en vrouwen (51,2%) nagenoeg gelijk.



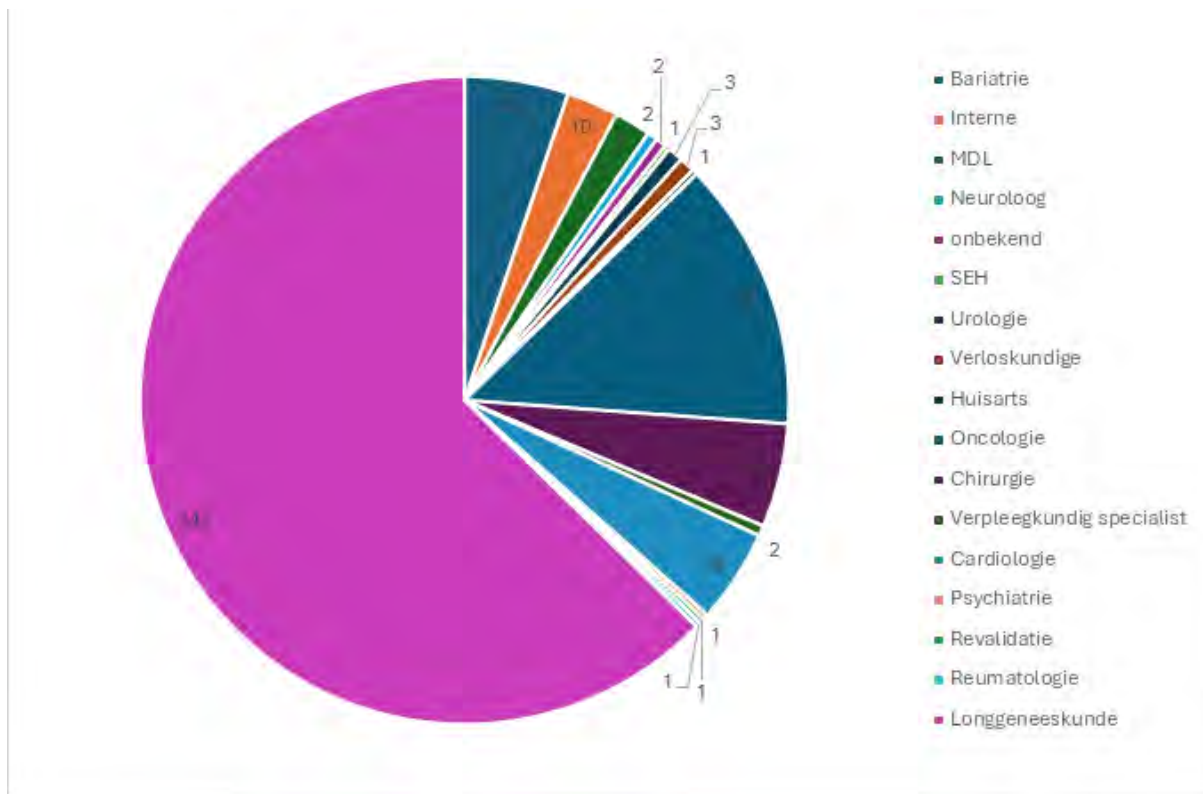
Figuur 1: Totaal aantal verwijzingen m/v

Verwijzers

In onderstaande tabel worden de verwijzingen van de verschillende type verwijzers (aflopend in aantallen) getoond.

Verwijzers	Aantal
Longgeneeskunde	242
Oncologie	52
Chirurgie	20
Bariatric	20
Cardiologie	18
Interne geneeskunde	10
MDL	7
Verloskundige	3
Urologie	3
Neurologie	2
Verpleegkundig specialist	2
Onbekend	2
SEH	1
Psychiatrie	1
Revalidatie	1
Reumatologie	1
Huisarts	1
Eindtotaal	386

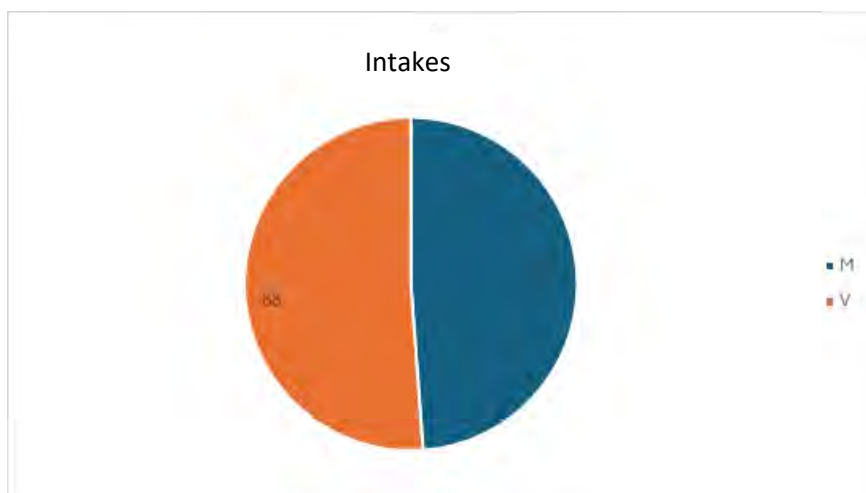
De longgeneeskunde is verantwoordelijk voor verreweg het grootste aantal verwijzingen. Een aantal verwijzingen is niet valide omdat de verwijzing niet voldoet aan het criterium dat verwijzing afkomstig moet zijn van een medisch specialist.



Figuur 2: Verwijzers

Aantal aanmeldingen en intakes

Van alle aanmeldingen zijn er 172 intakes afgenomen. Bij 214 patiënten is geen intake gedaan. Voor een aantal (8) daarvan geldt dat er nog geen intake heeft plaatsgevonden omdat deze patiënten vlak voor de peildatum van het onderzoek zijn verwezen.



Figuur 3: Totaal aantal intakes m/v

Redenen geen intake

Reden geen intake	Aantal	Percentage
Afgezien van intake	81	39,3%
Geen intake volgens protocol	50	24,3%
Anders*	27	13,1%
Geen contact kunnen krijgen	26	12,6%
Op eigen kracht gestopt**	22	10,7%
Totaal	206	100%

De redenen waarom er geen traject gestart is na aanmelding zijn ingedeeld in de vijf bovenstaande categorieën. Het grootste deel van de ontbrekende trajecten bestaat uit de patiënten die bij het maken van de afspraak voor intake lieten weten af te zien van de intake. De redenen hiervoor waren divers. Sommigen hadden problemen met vervoer of konden vanwege werk niet aansluiten. Anderen wilden geen traject bij de verslavingszorg of wilden op dat moment niet stoppen met roken. Ook is een deel van de patiënten op eigen kracht gestopt zonder een traject bij VNN.

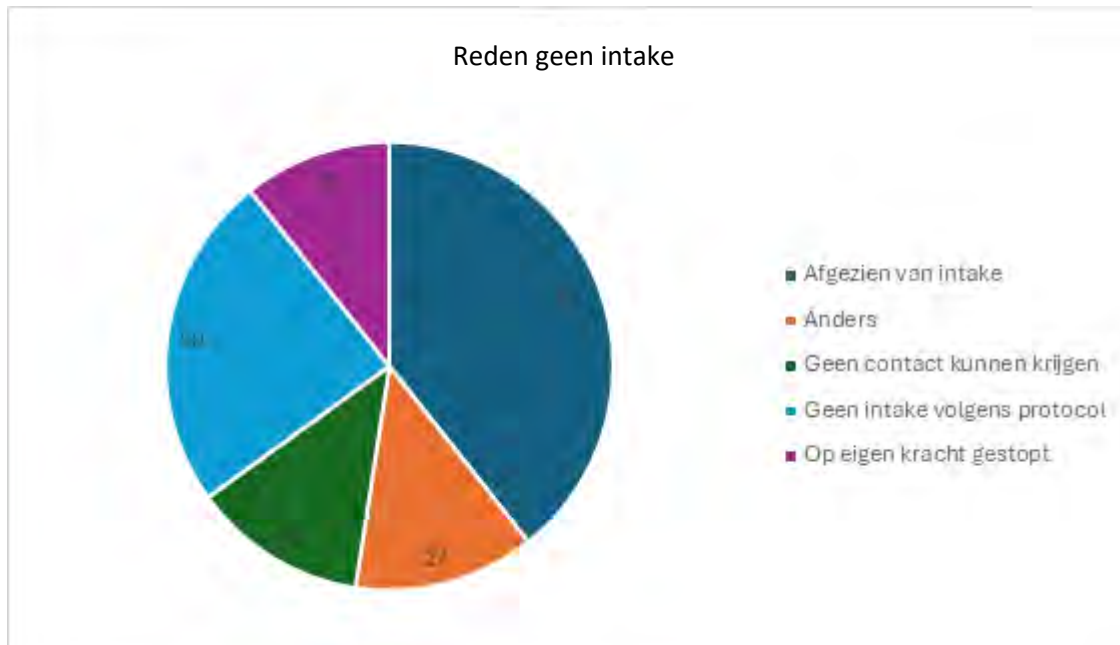
Bij een deel van de patiënten is de intake niet volgens protocol afgenomen. Bij aanvang van het project was er nog geen onderzoeksprotocol en bijbehorend intakeprotocol. Enkelen van deze patiënten hebben wel een behandeling doorlopen bij VNN, maar vanwege de ontbrekende data bij aanvang van het project, konden deze gegevens niet worden meegenomen in het kwantitatieve onderzoek.

De groep 'anders' bestaat uit patiënten met een comorbide verslaving; deze patiënten zijn verwezen naar de reguliere zorg van VNN. Daarnaast had een deel van de patiënten uit deze categorie een zorgverzekering bij een verzekeraar die geen aansluitersovereenkomst had getekend in het kader van de experimentele zorgprestatie. Ook is er sprake van een aantal

verwijzingen die niet voldoet aan de verwijscriteria. Een deel van de patiënten wilde liever eerst via de eerstelijnszorg nog een stoppoging doen.

Ook is er een aantal patiënten verwezen, waarbij niets gerapporteerd staat in het EPD.

Gedurende het verzamelen van de data is zoveel als mogelijk alsnog contact gezocht met deze patiënten. Diegenen bij wie dat gelukt is vallen niet meer onder deze categorie.

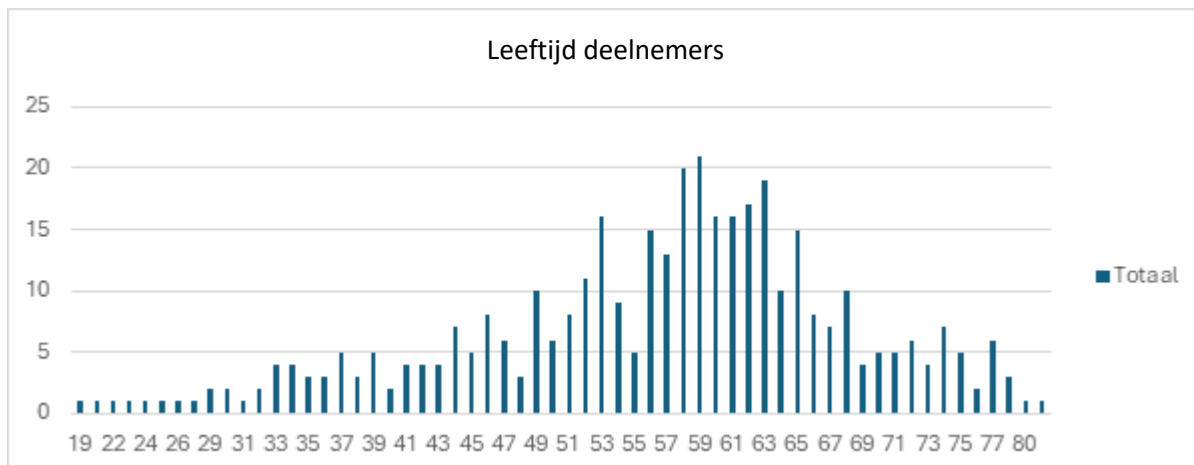


Figuur 4: Reden geen intake

2.2. Leeftijd deelnemers

De gemiddelde leeftijd van de patiënten is **56,3 jaar**. Op de verticale as van figuur 5 zijn de aantallen patiënten te zien en op de horizontale as de leeftijd van de deelnemers ten tijde van de verwijzing.

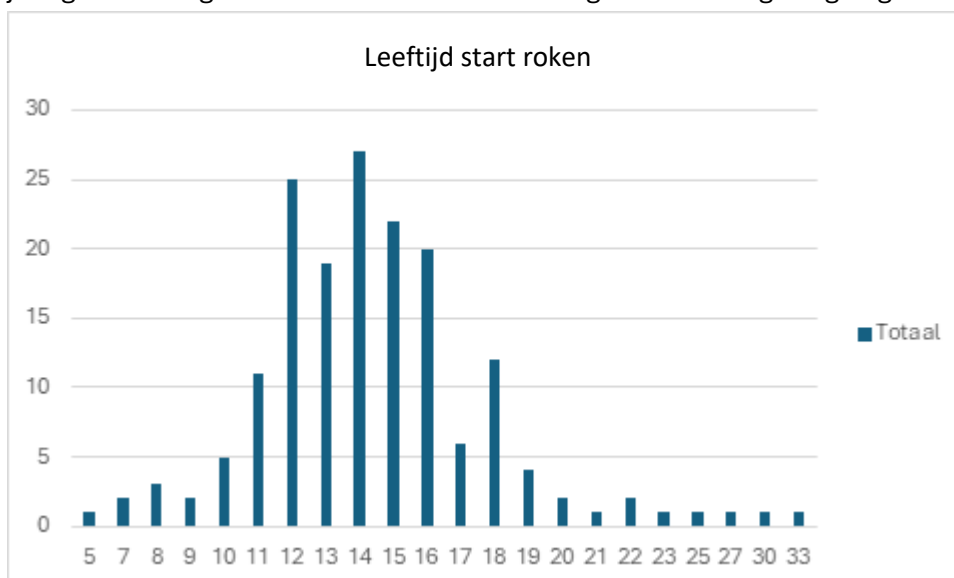
De jongste patiënt was ten tijde van de verwijzing 19 jaar oud en werd verwezen vanwege astma met obstructie in de longfunctie. De oudste patiënt was 89 jaar oud en werd verwezen door de uroloog vanwege blaaskanker.



Figuur 5: Verdeling leeftijd deelnemers

In figuur 6 is op de verticale as de aantallen van patiënten te zien, hieruit blijkt dat de meeste patiënten zijn begonnen met roken in de puberteit, tussen de 12 en 16 jaar. Een enkeling is begonnen met roken na het 20e levensjaar. De patiënt die het jongste was toen hij begon met roken (5 jaar) was tevens de oudste patiënt bij aanmelding (89 jaar). Ten tijde van zijn aanmelding had deze patiënt een rook carrière van maar liefst 84 jaar.

Vanaf 2003 mag tabak niet meer verkocht worden aan jongeren onder de 16 jaar en tegenwoordig is deze leeftijdsgrens op 18 jaar gezet. De meeste van de patiënten zijn ruim 40 jaar geleden begonnen met roken en voor hen gold deze wetgeving nog niet.



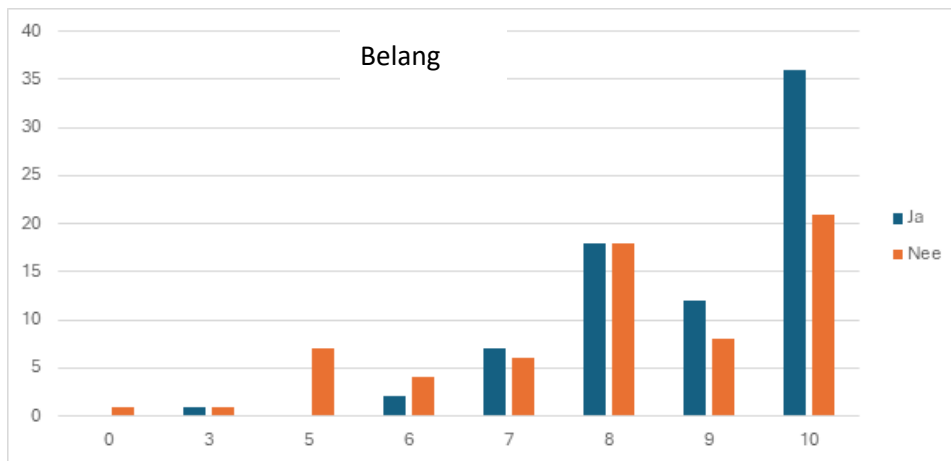
Figuur 6: Verdeling leeftijd beginnen roken

2.3. Motivatie, vertrouwen en belang

Bij de intake is het belang, vertrouwen en de motivatie uitgevraagd om rookvrij te kunnen leven. Aan iedere patiënt werd gevraagd hieraan een cijfer tussen 0 en 10 te geven. Hierbij is 0 gezien als geen belang/vertrouwen/motivatie en 10 als 'kan niet beter'. Onderstaande grafieken laten een overzicht zien van de gegeven cijfers, afgezet tegen het wel (ja=blauw) of niet gestopt (nee=oranje) zijn met roken. Daarnaast wordt gekeken naar de relatie van de mate van nicotineafhankelijkheid volgens de vragenlijst Fagerström en het al dan niet succesvol stoppen met roken.

Belang

Hierbij werd de vraag gesteld: Op een schaal van 0 tot 10, hoe groot is uw belang om rookvrij te leven?

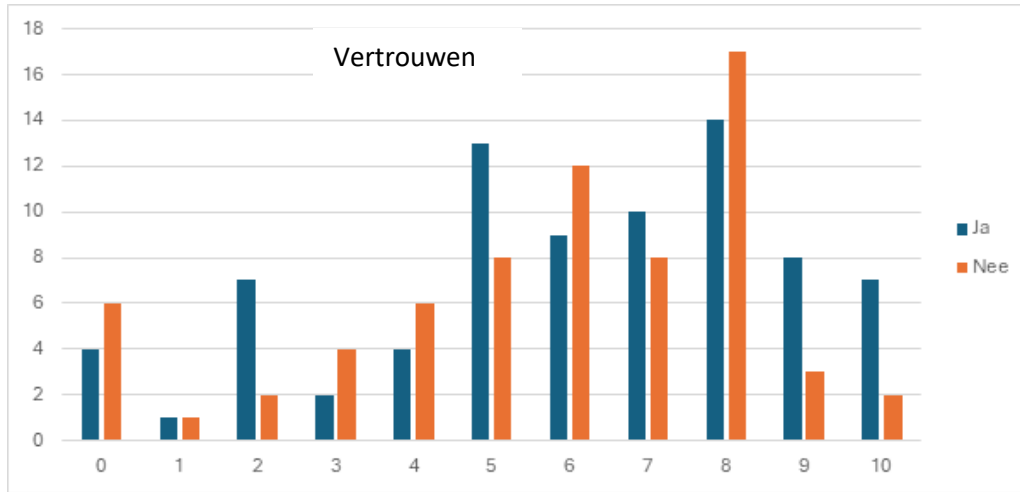


Figuur 7: Belang van stoppen met roken

Op de horizontale is zijn de cijfers te zien die gegeven zijn en op de verticale as het aantal deelnemers dat dat cijfer gaf. Het cijfer 1, 2 en 4 is door geen enkele deelnemer gegeven. Het valt op dat de meeste patiënten een hoog cijfer geven, tussen de 8 en 10. Het lijkt hierbij of het cijfer dat gegeven wordt niet per definitie in relatie staat tot het wel of niet gestopt zijn tijdens of na de behandeling. Alleen bij het cijfer 5 wordt gezien dat iedereen die dit cijfer geeft niet gestopt is met roken. Ook het cijfer 10 valt op. Het aantal patiënten dat dit cijfer geeft en ook daadwerkelijk stopt, ligt aanzienlijk hoger dan degenen die niet stoppen.

Vertrouwen

Hierbij werd de vraag gesteld: Op een schaal van 0 tot 10, hoe groot is uw vertrouwen om rookvrij te kunnen leven?

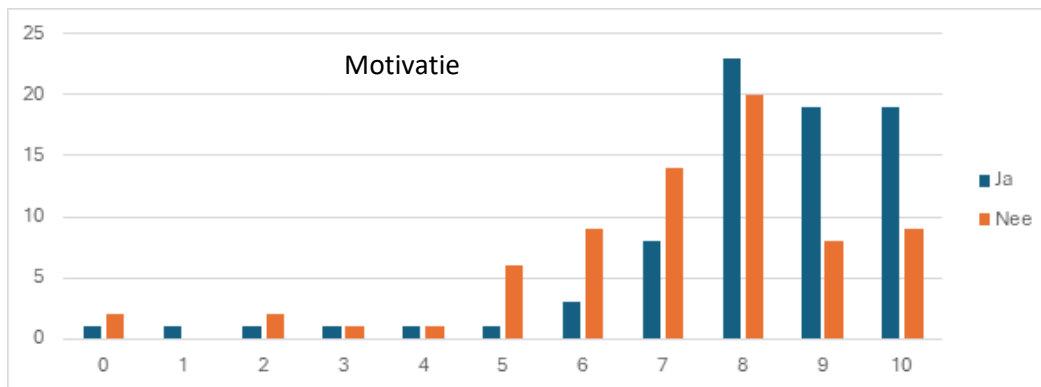


Figuur 8: Vertrouwen in stoppen met roken

Op de horizontale is zijn de cijfers te zien die gegeven zijn en op de verticale as het aantal deelnemers dat dat cijfer gaf. In deze grafiek valt op dat de meest gegeven cijfers tussen de 5 en 8 zijn. Opvallend genoeg zijn er meer stoppers in de groep die het cijfer 2, 5 en 7 geven, terwijl dit in de groep die een 8 of 6 geven andersom is. Zowel het cijfer 9 als 10 laat een grotere groep stoppers zien dan niet-stoppers.

Motivatie

Hierbij werd de vraag gesteld: Op een schaal van 0 tot 10, hoe groot is uw motivatie om rookvrij te leven?



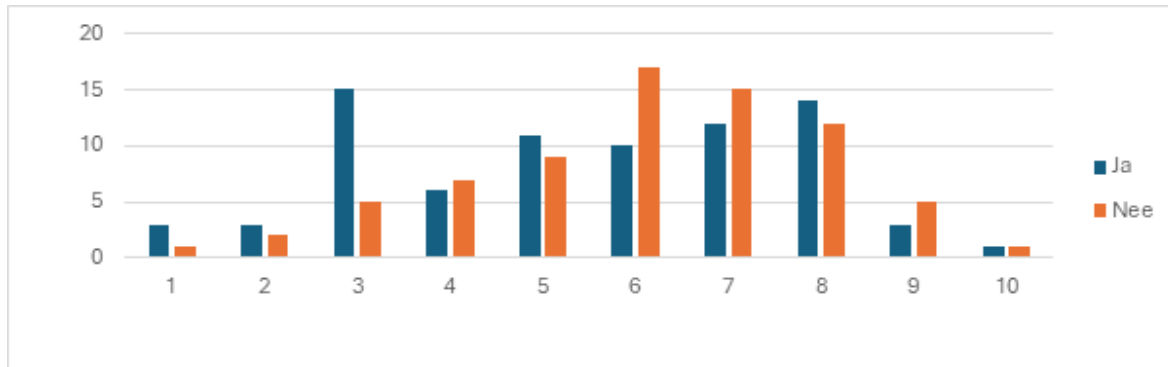
Figuur 9: Motivatie om te stoppen met roken

Op de horizontale is zijn de cijfers te zien die gegeven zijn en op de verticale as het aantal deelnemers dat dat cijfer gaf. In deze grafiek valt op dat de cijfers 5, 6 en 7 een grotere groep niet stoppers laten zien en dat vanaf het cijfer 8 juist meer succes wordt geboekt. Vooral de

cijfers 9 en 10 laten veel verschil zien tussen gestopt en niet gestopt, in het voordeel van gestopt zijn.

Gestopt t.o.v. de Fagerström

De Fagerström is een vragenlijst bestaande uit 6 korte meerkeuzevragen die een indicatie geven over de mate van nicotineafhankelijkheid. Bij een tabaksverslaving wordt gezien dat niet alleen het middel (nicotine) maar ook het rookgedrag of ritueel rondom het gebruik van sigaretten van invloed is op de behandeling. De Fagerström werd afgenomen en afgezet tegen het wel of niet gestopt zijn om te kijken of deze meting een voorspellende waarde heeft voor het succes.



Figuur 10: Fagerström t.o.v. gestopt zijn met roken

Op de horizontale is zijn de cijfers te zien die gegeven zijn en op de verticale as het aantal deelnemers dat dat cijfer gaf. De meest voorkomende uitslagen van de Fagerström liggen tussen de 6 en 8. Deze vallen in de categorie matig (6) tot sterk/zeer sterk (7 en 8) afhankelijk van nicotine. In deze groepen zitten kleine verschillen tussen gestopt en niet gestopt en lijken geen voorspellende waarde voor het succes van de behandeling.

In de groep patiënten die een 3 scoort op de Fagerström, wat gelijk staat aan lichte afhankelijkheid, is de groep stoppers drie keer zo groot (15) als de groep die niet gestopt is (5).

Conclusie

De schaalvragen op belang, vertrouwen en motivatie zijn niet getoetst op significantie. Er zijn wel enkele dingen die opvallen.

Bij het belang om rookvrij te leven is dit het cijfer 10 wat lijkt te leiden tot meer succes bij het stoppen. Bij de schaalvraag op vertrouwen zijn de cijfers zeer wisselend en lijkt er niet een duidelijke relatie tussen de cijfers en het succes bij stoppen met roken.

Het vertrouwen in een rookvrij leven lijkt vooral bij de hoogste cijfers (8-10) mogelijk in relatie te staan tot meer succes bij het stoppen. Ook m.b.t. de motivatie lijkt op te maken dat de mate van motivatie enige invloed heeft op het succesvol stoppen met roken.

In de scores van de Fagerström lijkt de groep die een 3 scoort (lichte afhankelijkheid) meer succes te hebben bij het stoppen. Voor de overige scores lijkt er geen relatie te bestaan tussen het succes en de mate van afhankelijkheid van nicotine.

2.4. Zorgzwaarte

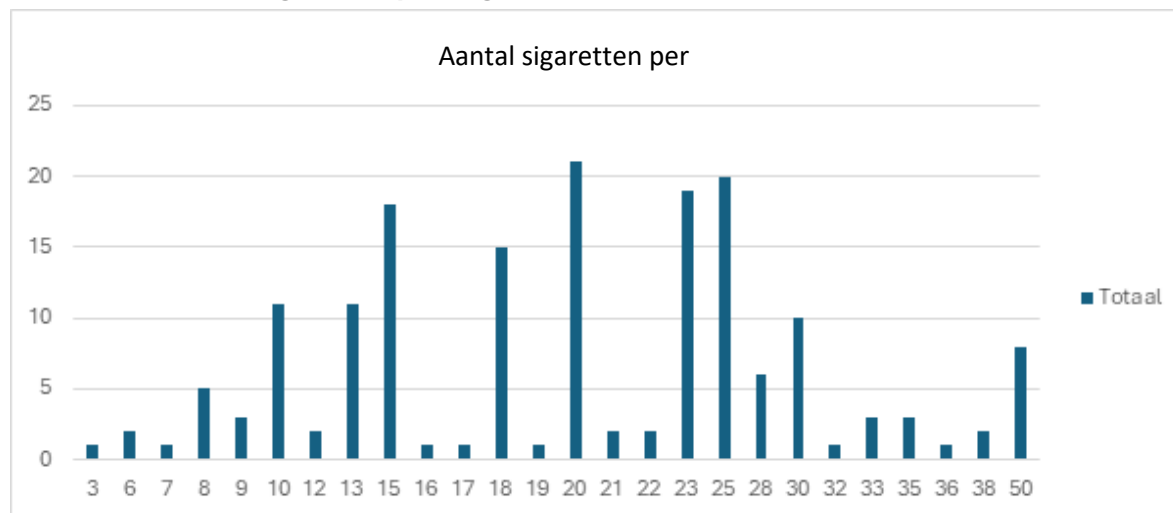
De Multidimensional Assessment Score (MAS) is een instrument waarmee op basis van zeven domeinen een inschatting kan worden gemaakt voor de benodigde zorgzwaarte. Er kan gescoord worden van 0 (zelfzorg) tot 3.5 (extra klinisch zorg individueel). De gemiddelde score van de MAS is 1.88. Dit zit tussen de extra coaching groep/individueel (1.5) en basis poliklinische verslavingszorg (2.0) in.

De zorg die geleverd wordt aan de patiënten is inderdaad een aanbod passend bij extra coaching, maar minder dan poliklinische zorg. Deze groep patiënten lijkt een zorgaanbod nodig te hebben dat zwaarder is dan de coaching zoals die in de 1e lijn voor stoppen met roken gegeven wordt, maar lichter dan de reguliere verslavingszorg. Het groepsaanbod in de ziekenhuizen sluit hier goed bij aan.

2.5. Rookstatus

In deze paragraaf wordt inzicht gegeven in de resultaten van de behandeling m.b.t. de rookstatus. Allereerst wordt een beeld gegeven van het gemiddeld aantal sigaretten dat door de deelnemers per dag werd gerookt bij aanvang van de behandeling.

Gemiddeld aantal sigaretten per dag



Figuur 12: Aantal sigaretten per dag

Op de horizontale as is het aantal sigaretten dat per dag gerookt werd te zien en op de verticale as het aantal deelnemers die hoeveelheid rookte. Het gemiddeld aantal sigaretten dat bij aanvang van de behandeling per dag werd gerookt door de deelnemers is 21,7. Dit loopt uiteen van 3 sigaretten per dag tot 50 per dag.

Aantallen gestopt/geminderd

Bij het in beeld brengen van het stoppercentage, wordt onderscheid gemaakt tussen het aantal gestopte *verwezen patiënten* en het aantal gestopte *deelnemers* die na de intake een behandeltraject hebben gehad.

Stoppercentage totaal aantal verwezen patiënten

Van alle verwezen patiënten, ongeacht of er een intake en behandeling heeft plaatsgevonden, is 21% gestopt. Bij 225 patiënten kan niet worden aangegeven of zij zijn gestopt of niet, omdat zij niet hebben deelgenomen aan de behandeling.

Bij 206 patiënten is afgezien van de intake om redenen die eerder al zijn besproken. Bij 8 patiënten moest de intake nog worden afgenomen en de overige 11 patiënten zaten op het moment van het uitlezen van de data midden in de behandeling en om die reden kon voor hen nog geen ja of nee worden gekozen.

	Gestopt Ja	Gestopt Nee	(onbekend)	Eindtotaal
Aantal	81 (21%)	80 (20,7%)	225 (58,3%)	386 (100%)

Stoppercentage totaal aantal deelnemende patiënten (in traject)

In onderstaande tabel wordt het stoppercentage van de deelnemers van de groepsbehandeling getoond, ná afronding van de behandeling (meetmoment na 3 maanden, T1).

Totaal aantal trajecten	Gestopt T1 Ja	Gestopt T1 Nee	Geminderd T1	Percentage gestopt/geminderd T1
161 (100%)	81 (50,3%)	75 (46,6%)	5 (3,1%)	53,4%

Follow up meting

Follow up metingen hebben plaatsgevonden op 6 maanden (T2) en 12 maanden (T4).

Follow up T2 6 maanden	Gestopt Ja	Gestopt Nee
73 (100%)	32 (43,8%)	41 (56,2%)

Follow up T4 12 maanden	Gestopt Ja	Gestopt Nee
20 (100%)	13 (65%)	7 (35%)

Van 8 patiënten is er follow up ná 12 maanden, 4 (50%) daarvan zijn gestopt en 4 (50%) niet.

2.6. Financiële gegevens

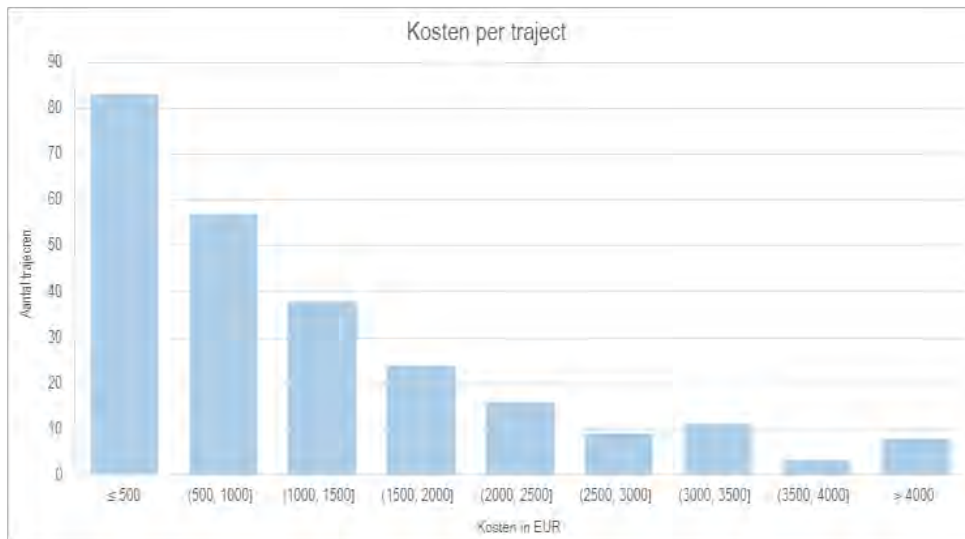
Trajectkosten

In onderstaande tabel worden de gemiddelde kosten per traject getoond, waarbij de laagste en hoogste kosten inzichtelijk worden gemaakt. Deze gegevens zijn berekend over een periode van 1-1-2022 tot 1-7-2024. Over de eerste periode van het project zijn in eerdere evaluatierapporten gegevens gedeeld.

Gemiddelde kosten	Laagste kosten	Hoogste kosten
€ 1.187	€ 60,-	€ 5.693

De kosten per unieke cliënt (KPUC) voor alleen een intake bedragen ongeveer 486 euro. Wanneer een patiënt na de intake ook een (groeps)behandeling heeft gevolgd dan bedragen de kosten ongeveer **2.180 euro**. Gemiddeld komt de kosten per unieke cliënt dan uit op 1.187 euro.

In onderstaande figuur worden de kosten per traject getoond.



Figuur 13: Kosten per traject

Wat opvalt is het hoge aantal trajecten van onder de 500 euro. Dit zijn trajecten die in of na de diagnostiekfase (intake) zijn gestopt, waarbij de patiënt niet heeft deelgenomen aan een groepsbehandeling.

Inzet disciplines

Overzicht (aflopend) van de disciplines die hebben geregistreerd, waarbij per discipline het percentage ureninzet en het percentage omzet wordt getoond.

Discipline	Percentage ureninzet	Percentage omzet
Verlavingscoach (verpleegkundige)	57%	54%
Verlavingsarts	28%	28%
Overig (SPV, GGZ agoog)	13%	14%
Verpleegkundig specialist GGZ	2%	3%
GZ psycholoog	0% (nihil)	1%
Psychotherapeut	0%	0%

De inzet van de verslavingsarts zit met name in de intakefase als regiebehandelaar. Daarnaast wordt de verslavingsarts betrokken bij een of meerdere groepsbijeenkomsten. De verslavingscoaches worden tevens ingezet in de intakefase en zijn verantwoordelijk voor het begeleiden van de groepsbijeenkomsten.

Wanneer er sprake is van opschaling naar een polikliniek of eventueel een outreachend team, worden de overige disciplines die worden getoond ingezet.

Hoofdstuk 3: Kwalitatief onderzoek

Als toelichting op bovenstaande kwantitatieve gegevens zijn de ervaringen van deelnemers van de groepsbehandeling nader verkend. In dit hoofdstuk wordt daarmee antwoord gegeven op de volgende onderzoeksvraag:

‘Wat zijn de bevorderende factoren en belemmerende factoren die bijdragen aan de effectiviteit van groepsbehandeling voor het stoppen met roken bij zware rokers binnen de specialistische verslavingszorg?’

Om antwoord te geven op deze vraag is, naast de semi-gestructureerde interviews met deelnemers van de groepsbehandeling, een literatuuronderzoek gedaan. De bevindingen worden in dit hoofdstuk toegelicht.

3.1. Literatuuronderzoek

Om de onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden en diepgaand inzicht te krijgen, zijn er vier deelvragen opgesteld:

1. Welke verschillen zijn er tussen een open stoppen-met-roken groepsbehandeling en een gesloten stoppen-met-roken groepsbehandeling?
2. In hoeverre ervaren de participanten verbetering in hun gedrag en gezondheid als gevolg van de stoppen-met-roken groepsbehandeling?
3. Op welke manieren kan sociale steun binnen groepsverband bijdragen aan het succes van stoppen-met-roken interventies voor zware rokers?
4. Welk advies kan er gegeven worden op basis van bevorderende en belemmerende factoren om de effectiviteit van het stoppen-met-roken programma te optimaliseren?

Welke verschillen zijn er tussen een open stoppen-met-roken groepsbehandeling en een gesloten stoppen-met-roken groepsbehandeling?

Het verschil tussen een open groepsbehandeling en een gesloten groepsbehandeling is dat bij een open groepsbehandeling er op verschillende momenten participanten in- en uitstromen in de groep. Een gesloten groepsbehandeling houdt in dat de groepsbehandeling wordt gevolgd met een vast aantal participanten voor een bepaalde periode. De gesloten groep wordt gezamenlijk gestart en afgerond (NVGP, 2024).

De studie van Faou et al. (2021) onderzocht de verschillen tussen groepsinterventie in vergelijking met individuele standaardzorg voor laag sociaal-economische rokers, waarbij gratis nicotine vervangende therapie werd aangeboden. De gedragsmatige, gestructureerde, gesloten groepstherapie omvatte zes gestructureerde wekelijkse bijeenkomsten. 33 participanten volgden de groepstherapie en 67 de individuele behandeling. Na zes weken was 24,2% van participanten van de groepstherapie gestopt met roken en bij de individuele behandeling was 11,9% gestopt. Bij de groepstherapie verminderde 36,4% van de participanten hun sigarettengebruik, vergeleken met 16,4% van de individuele behandeling. Bovendien was er bij de groepstherapie minder uitval in dan bij de individuele behandeling, namelijk 6,1% van de participanten verliet de groep versus 31,3% bij de individuele behandeling. De conclusie van de auteurs is dat een groepsbehandeling zou kunnen bijdragen aan het bevorderen van stoppen met roken, het verminderen van roken en het verbeteren van therapietrouw.

Het onderzoek van Zisi et al. (2016) onderzocht de invloed van het integreren van groepsessies in een individueel counselingprogramma voor stoppen met roken. De interventie bestond uit twaalf individuele en drie gesloten groepsessies, waarbij alle participanten tegelijk begonnen en eindigden met de groepsessies. De acht participanten bestonden uit vijf mannen en drie vrouwen in de leeftijd tussen 39 en 47 jaar, en bevonden zich elk op een ander niveau van gedragsverandering. Bij de individuele behandeling werd motiverende gespreksvoering ingezet en was de behandeling persoonsgericht. De gesloten groepsessies richtten zich op het bevorderen van communicatie, acceptatie en het delen van ervaringen en gevoelens tussen de deelnemers met betrekking op hun gemeenschappelijke doel. De resultaten van het onderzoek wijzen uit dat de gesloten groepsessies een positieve invloed hadden op het stoppen met roken proces van de participanten. De deelnemers benadrukten het gevoel van gemeenschap. Door de veilige omgeving binnen de groep, voelden de participanten zich vrij om kennis te uiten, ervaringen en emoties te delen. Dit werd door hen als zeer waardevol ervaren. Bij de follow up na zes maanden bleek dat 87,5% van de participanten (zeven van de acht) hun doel heeft bereikt. Het gevoel van lotgenoten en onderlinge steun binnen de groep, blijkt essentieel te zijn voor het succes van het stoppen met roken proces.

Het onderzoek van Hiscock et al. (2013) richt zich op de effectiviteit van verschillende gedragsmatige open en gesloten behandelingen voor stoppen met roken. De bevindingen van dit onderzoek tonen aan dat open groepsvormen van gedragsmatige therapie over het algemeen succesvoller zijn dan individuele behandelingen, behalve bij enkele participanten met een laag sociaaleconomische status, waaronder gevangenen en langdurig werklozen. Ook de behandelaar heeft invloed op het stopsucces, namelijk rokers die behandeld werden door verpleegkundigen hadden 27% minder kans om succesvol te stoppen dan wanneer ze behandeld werden door een stoppen-met-roken specialist. Het onderzoek suggereert dat open groepen gestimuleerd moeten worden als effectieve aanpak, in tegenstelling tot gesloten groepen, die minder vaak worden ingezet en na analyse ook niet succesvoller bleken te zijn dan individuele therapieën. Dit laat zien dat het inzetten van open groepen een veelbelovende aanpak is voor het stoppen met roken.

In hoeverre ervaren de participanten verbetering in hun gedrag en gezondheid als gevolg van de stoppen-met-roken groepsbehandeling?

Het onderzoek van Lee (2017) bestudeerde het effect van positieve groepspsychotherapie en motiverende gesprek op stoppen met roken. Er deden 36 participanten mee die gedurende zes weken een bijeenkomst van één uur volgden. Tien deelnemers waren tenminste drie maanden gestopt met roken na de behandeling. De resultaten lieten zien dat het inzetten van positieve groepspsychotherapie en motiverende gespreksvoering effectief is om gedrag en gezondheid te verbeteren. Door motiverende gespreksvoering in te zetten, verhoogt de motivatie van de participanten om te stoppen met roken, wat kan helpen om de motivatie ook te behouden om gestopt te blijven. Daarnaast kan positieve groepstherapie het zelfvertrouwen van de participanten vergroten en zorgen voor positieve gedachten. De studie concludeert dat het belang en vertrouwen in stoppen met roken belangrijke indicatoren zijn voor succesvol stoppen gedurende drie tot zes maanden.

In het artikel van Wu et al. (2022) werd een analyse uitgevoerd van 68 cohortstudies en gerandomiseerde gecontroleerde onderzoekenartikel, met in totaal 80.702 deelnemers die gediagnosticeerd zijn met een hart- of vaatziekten. De studies, die minimaal zes maanden duurde, evalueerden de effecten van stoppen met roken op zowel sterfte van deze ziekten. De resultaten laten zien dat stoppen-met-roken behandelingen verbeteringen teweegbrengen op het gebied van gedrag en gezondheid van de participanten. Het stoppen met roken heeft een positief effect op de gezondheid, met name het verminderen van het risico op hart- en vaatziekten, in vergelijking met personen die doorgaan met roken. Daarnaast wordt er gezegd dat het stoppen met roken een positieve invloed kan hebben op de kwaliteit van leven van de deelnemers.

Tenslotte laten de gegevens uit het onderzoek van Taylor et. al (2021) zien dat als gevolg van het stoppen met roken de mentale gezondheid van de participanten in ieder geval niet verslechterd. Er is bewijs dat er een lage tot matige zekerheid is dat stoppen met roken samenhangt met kleine tot matige verbeteringen in de mentale gezondheid van stoppers. Zo was er een verbetering te zien in de hoeveelheid stress, in positieve emoties en in en de psychologische kwaliteit van leven. Vanuit dit onderzoek wordt er gesuggereerd om verder onderzoek te doen om de bewijskracht van deze bevindingen te versterken.

Op welke manieren kan sociale steun binnen groepsverband bijdragen aan het succes van stoppen met-roken interventies voor zware rokers?

Stead & Lancaster (2017) suggereren dat groepstherapie beter is om mensen te helpen stoppen met roken in vergelijking met zelfhulp en andere minder intensieve behandelingen. Groepstherapie biedt namelijk de mogelijkheid om gedragstechnieken te leren om te stoppen met roken en om elkaar hierbij te kunnen ondersteunen. Ford et al. (2013) benadrukt het belang van sociale steun bij het stoppen met roken, met name voor sociaal achtergestelde groepen. Groepsprogramma's kunnen effectief zijn bij het bieden van sociale steun bij het stoppen met roken en dragen bij aan gezondheidsbevorderend gedrag.

Van Straaten et al. (2020) onderzocht hoe kwetsbare rokers geworven en gemotiveerd kunnen worden om deel te nemen aan stoppen met roken programma, en wat participanten en professionals als bevorderende factoren zien. Er waren in totaal achttien participanten die deelnamen aan de negen wekelijkse sessies, gericht op het gezamenlijk stoppen met roken. Tijdens de sessies kregen de participanten informatie over ontwenningssverschijnselen, tips om hiermee om te gaan en sociale steun van de groep. 44,4% van de participanten was gestopt met roken tijdens de groepstraining. De bevindingen uit het onderzoek naar een stoppen-met-roken groepsprogramma voor kwetsbare rokers van Van Straaten et al. (2020), benadrukken dat sociale steun binnen groepsverband een bevorderende factor is voor het stoppen met roken. De mogelijkheid van het kunnen delen van ervaringen en het geven van advies aan elkaar werden door de participanten beschouwd als een motiverend en waardevol element. Zowel de participanten die waren gestopt met roken als de participanten die niet gestopt waren, benadrukten het positieve effect van de groepsdynamiek. Ook de professionals die de groepsbehandeling gaven, benoemden de groepssetting als meest effectieve element van de behandeling door de steun die de groepsleden elkaar gaven. Wel benadrukten zij het belang van het persoonlijke contact tussen de professionals en de participanten, met oog voor individuele aspecten.

Cohesie is een belangrijk factor voor de werkzaamheid van de groep, omdat het de onderlinge verbondenheid en openheid binnen een groep versterkt (NVGP, 2019). Groepen bieden vooral hoop aan participanten die in de beginfase van hun behandeltraject staan. Participanten ervaren namelijk geruststelling in het feit dat lotgenoten in dezelfde situatie verkeren en krijgen vertrouwen als zij horen hoe andere groepsleden vooruit zijn gegaan. Door de feedback die participanten ontvangen van andere groepsleden, worden eigen aannames, houdingen en opvattingen uitgedaagd (Barker, 2008, geciteerd in NVGP, 2019). De commentaren die anderen op hun gedrag geven, stellen groepsleden in staat zich bewust te worden van hun sterke en zwakke punten. (Colijn en Snijders, 1993, geciteerd in NVGP, 2019).

Welk advies kan er gegeven worden op basis van bevorderende en belemmerende factoren om de effectiviteit van het stoppen-met-roken programma te optimaliseren?

Vanuit de literatuur komen er een aantal adviezen naar voren om een stoppen-met-roken behandeling te kunnen optimaliseren. Allereerst wordt op basis van het artikel van Stead et al. (2016) aanbevolen dat stoppen-met-roken interventies in zorginstellingen geïmplementeerd zouden moeten worden met uitgebreide gedragsmatige ondersteuning in combinatie met behulp van farmacotherapie. Ook zou de behandeling gegeven moeten worden door gespecialiseerde beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg.

Vermeulen et al. (2020) onderzochten een tweedelijns stoppen-met-roken behandeling in het Amsterdam UMC, die bestond uit zeven open groepsbijeenkomsten. De groepsbehandeling en de nicotine vervangende middelen werden vergoed. 45 participanten volgden de behandeling. Tijdens de bijeenkomsten werden verschillende thema's behandeld, waaronder fysieke en geestelijke verslaving, nicotine en tabak, de stopdatum, omgaan met trek en terugvalpreventie. Bij follow-up na drie maanden bleek dat 55% gestopt was met roken en 40% hun rookgedrag

had verminderd met gemiddeld 2,4 sigaretten minder dan voorheen. Uit het onderzoek van Vermeulen et al. (2020) kwamen een aantal succesfactoren volgens de participanten naar voren:

1. Het verstrekken van objectieve informatie op niet-moraliserende wijze.
2. Het kunnen delen van ervaringen, inspirerende verhalen van anderen, onderlinge steun en begrip binnen de groepsbehandeling.
3. Het gratis aanbieden van nicotine vervangende middelen en wekelijkse controle met een koolmonoxide meter (CO-meter) werkt bevorderend.
4. Aanwezigheid van twee vaste coaches met gebalanceerde mate van sturing tijdens groepsbijeenkomsten.
5. Het kiezen van een eigen stopdatum.

Verslavingszorginstelling Jellinek onderzocht de haalbaarheid en effectiviteit voor behandeling voor cliënten met een zware tabaksafhankelijkheid, die zowel uit groeps- als individuele componenten bevatte (Tromp-Beelen et al., 2005). De kortdurende groepsbehandeling, gegeven door ervaren verslavingszorgprofessionals, bestond uit zes sessies, met cognitieve gedragstherapie en motiverende gespreksvoering, gericht op thema's als motivatie, zelfcontroletraining en terugvalpreventie. De kortdurende individuele behandeling bestond eveneens uit zes sessies met vergelijkbare thema's en technieken. Daarnaast werd er bij beide behandelingen advies gegeven over farmacologische ondersteuning. Zestien participanten volgden de groepsbehandeling en zeventien de individuele behandeling, met een gemiddelde leeftijd van 48,6 jaar en een gemiddelde aantal pakjaren van 42,6. De participanten kampten met psychische en aan roken gerelateerde medische comorbiditeit, zoals longproblemen en hart- en vaatziekten. 43% van de participanten was direct na de groepsbehandeling gestopt met roken, terwijl 35,3% van de participanten na de individuele behandeling eveneens was gestopt. Het advies wat uit het onderzoek naar voren is gekomen, is om de focus te leggen op motivatie, zelfvertrouwen, zelfcontrole en omgaan met trek en terugval. Ook zal deze groep cliënten met een zware tabaksafhankelijkheid extra ondersteuning nodig hebben vanwege somatische en psychische comorbiditeit.

Daarnaast blijkt uit onderzoek van Kaper et al. (2006) dat het vergoeden van stoppen-met-roken behandelingen een zinvolle en kosteneffectieve manier is om het aantal rokers in Nederland te verminderen. Het advies is om een vergoedingssysteem in te voeren in Nederland zodat de toegang tot stoppen-met-roken ondersteuning toegankelijker wordt en de zorgverleners meer mogelijkheid krijgen om activiteiten uit te breiden of in te zetten. Tenslotte benadrukt Alduraywish et al. (2021) dat er meer bewustwording gecreëerd zou moeten worden over de rol en effectiviteit van groepsgedragstherapie voor stoppen met roken, voordat deze in de praktijk wordt geïmplementeerd. Groepsgedragstherapie wordt als een waardevolle behandelingsoptie gezien voor rokers en er zouden educatieve programma's ontwikkeld moeten worden om de kennis en de bewustwording van deze vorm van behandeling te kunnen vergroten.

Conclusies en implicaties voor het praktijkonderzoek

Vanuit de literatuur is er antwoord verkregen op de deelvragen. Over het algemeen blijkt uit de literatuur dat groepsbehandelingen voor stoppen met roken effectiever kunnen zijn dan individuele behandelingen, met name voor sociaal achtergestelde groepen (Faou et al., 2021). Het blijkt dat er verschillen zijn tussen open- en gesloten groepsbehandelingen, waarbij gesloten groepen zorgen voor een gemeenschapsgevoel en onderlinge steun (Zisi et al., 2016), en open groepen gestimuleerd worden als een veelbelovende aanpak voor het stoppen met roken omdat deze effectiever blijken te zijn dan individuele behandelingen (Hiscock et al., 2013). Ook bieden open groepen de mogelijkheid voor participanten om op verschillende momenten in en uit te stromen (NVGP, 2024), wat resulteert in dynamische en flexibele groepsinteracties.

Op het gebied van verbetering in gedrag en gezondheid, laten stoppen-met-roken groepsbehandelingen positieve resultaten zien. Motiverende gespreksvoering en positieve groepspsychotherapie vergroten de motivatie en het zelfvertrouwen van de deelnemers (Lee, 2017). Daarnaast heeft het stoppen met roken ook positieve effecten op de algehele gezondheid, zoals verminderde stress en een verbeterde kwaliteit van leven (Wu et al., 2022).

Sociale steun draagt op verschillende manieren bij aan het succes van het stoppen met roken, omdat groepsbehandelingen sociale ondersteuning biedt en verbondenheid tussen de deelnemers. De motivatie en het zelfvertrouwen van de participanten wordt vergroot door het delen van ervaringen en het bieden van steun van medegroepsleden binnen de groep (van Straaten et al., 2020).

Als advies vanuit de literatuur voor het optimaliseren van stoppen-met-roken programma's blijkt een combinatie van uitgebreide gedragsmatige ondersteuning en (gratis verstrekken van) farmacotherapie, begeleid door gespecialiseerde zorgverleners essentieel (Stead et al., 2016). Bevorderende factoren zijn het bieden van objectieve informatie, het hebben van vaste begeleiders, het delen van ervaringen en bieden van onderlinge steun binnen groepsbehandeling. Belangrijke thema's die aan bod zouden moeten komen bij stoppen-met-roken groepsbehandelingen zijn het motiveren tot stoppen, het versterken van zelfvertrouwen en zelfcontrole, en omgaan met trek en terugval (Vermeulen et al., 2020).

Over het algemeen laat de literatuur zien dat stoppen-met-roken groepsbehandelingen als effectief worden bevonden, met name open groepsvormen (Vermeulen et al., 2020). De inzichten die zijn verkregen vanuit het literatuuronderzoek zijn meegenomen om de topiclijst op te stellen voor het praktijkonderzoek en om deze topics in de praktijk te kunnen onderzoeken.

3.2. Praktijkonderzoek

Sinds 2021 biedt VNN vanuit deze pilotstudie een stoppen-met-roken groepsbehandeling aan voor zwaar verslaafde rokers. Deze groepsbehandeling, die valt onder de specialistische verslavingszorg, is bedoeld voor zwaar verslaafde rokers vanaf 18 jaar die doorverwezen zijn door een medisch specialist en vanwege medische somatische redenen moeten stoppen met

roken. De groepsbehandeling, waarbij de bevorderende en belemmerende factoren onderzocht zijn tijdens dit onderzoek, bestaat uit zes geprotocolleerde open groepsbijeenkomsten van anderhalf uur, waarin diverse thema's centraal staan.

De groepsbehandeling omvat verschillende elementen, zoals het delen van persoonlijke ervaringen, educatie over de psychologische aspecten van verslaving en stoppen met roken, huiswerkopdrachten en peer support. Daarnaast wordt er wekelijks tijdens de bijeenkomst een CO-meter ingezet om de rokers te motiveren en de voortgang te monitoren. Gemiddeld varieert de groepsgrootte van acht tot twaalf deelnemers.

Onderzoekspopulatie en steekproef

Het onderzoek heeft zich gericht op het identificeren van bevorderende en belemmerende factoren binnen de stoppen-met-roken groepsbehandeling voor zware rokers binnen de specialistische verslavingszorg. De onderzoekspopulatie omvat de groep zware rokers die heeft deelgenomen aan de stoppen-met-roken groepsbehandeling van VNN. Deze zware rokers hebben al meerdere stoppogingen (onder begeleiding) gedaan, wat betekent dat zij verschillende keren een stoppoging hebben gedaan omdat nicotine een hardnekkige verslaving is (Aerde et al., 2020).

Ook is deze populatie doorverwezen door een medisch specialist omdat zij moeten stoppen met roken vanwege een medische noodzaak, zoals longproblematiek, hart- en vaatziekten, reuma, vormen van kanker, diabetes en zwangerschap. Het interviewen van deze onderzoekspopulatie geeft inzicht over de ervaring van de participanten met betrekking tot de bevorderende en belemmerende factoren van groepsbehandeling, en geeft essentiële informatie om de stoppen-met-roken groepsbehandeling binnen de specialistische verslaving te kunnen optimaliseren. De steekproef is selectief, er is door middel van semigestructureerde interviews waardevolle informatie achterhaald bij een specifieke populatie, in relatie tot de probleemstelling (Verhoeven, 2020). De inclusie- en exclusiecriteria van de onderzoekspopulatie zijn opgenomen in Tabel 2.

Tabel 2

Inclusie- en exclusiecriteria onderzoekspopulatie

Inclusiecriteria	Exclusiecriteria
Personen met een ernstige tabaksverslaving, die meerdere stoppogingen zijn ondergaan	Geen medische indicatie
Er wordt vanuit medische noodzaak geïndiceerd om te stoppen met roken	Niet verwezen door een medisch specialist
Er is een verwijzing van een medisch specialist	Geen beheersing van de Nederlandse taal
Personen ouder dan 18 jaar	Personen jonger dan 18 jaar

Dataverzameling

Voorafgaand aan het praktijkonderzoek is er literatuuronderzoek gedaan om relevante informatie te verzamelen en de deelvragen te kunnen beantwoorden. Als dataverzamelingmethode voor het praktijkonderzoek is er gebruik gemaakt van semigestructureerde interviews, waarbij een duidelijke interviewleidraad gevolgd kan worden (Mortelmans, 2020). Tegelijkertijd bieden semigestructureerde interviews de mogelijkheid voor participanten om zich openlijk uit kunnen spreken, wat resulteert in een dieper inzicht in de belevings- en ervaringswereld van de participanten (Wouters et al., 2021). Als uitgangspunt voor de interviews is er een topiclijst opgesteld in tabel 3.

Tabel 3

Topics

Topic	Subtopic
Structuur groepsbehandeling	Open versus gesloten Groepsdynamiek
Bevorderende en belemmerende factoren	Bevorderende factoren Belemmerende factoren
Rol van sociale steun	Impact van groepssteun op stoppen met roken Vormen van sociale steun
Gedrag en gezondheidsverbetering	Verandering in levensstijl Verbetering in gezondheid
Optimalisatie van het programma	Adviezen voor in de toekomst

De participanten zijn door de onderzoeker telefonisch benaderd en tijdens een groepsbehandelingsbijeenkomst uitgenodigd om deel te nemen aan het onderzoek. Daarnaast hebben zij een uitnodigingsbrief ontvangen. Bij de uitnodiging zijn de participanten op de hoogte gebracht van het onderwerp, de verwachte tijdsduur van het interview, de procedure van het interview en hoe er met de verzamelde gegevens omgegaan zal worden. Met de participanten is een fysieke afspraak gemaakt op een openbare plek, welke voor hen het meest geschikt was. Van de interviews zijn geluidsopnames gemaakt, waarover de participanten geïnformeerd zijn. Met de verkregen informatie is zorgvuldig omgegaan en uitsluitend voor dit onderzoek gebruikt.

Resultaten

Aan het onderzoek hebben acht participanten deelgenomen (zie tabel 4). Voor dit onderzoek zijn demografische kenmerken verzameld, zoals leeftijd, geslacht, locatie van de behandeling, rookstatus en het aantal packyears. Met aantal packyears wordt het aantal pakjes bedoeld wat iemand per dag rookt keer het aantal jaar dat iemand rookt, om het risico op bepaalde ziektes in te kunnen schatten (Esburger, 2022).

Aan de hand van de volgende thema's worden de resultaten beschreven:

- Stoppen-met-roken groepsbehandeling ervaringen
- Steun van lotgenoten
- Bewustwording rookgedrag
- Effectiviteit hulpmiddelen en aanbevelingen
- Aanbevelingen

Aan het onderzoek hebben drie vrouwen en vijf mannen deelgenomen, met een gemiddelde leeftijd van 58,4 jaar. Zes van de acht participanten hebben de groepsbehandeling in Leeuwarden gevolgd. Het gemiddeld aantal packyears bedraagt 44,8. Vijf van de acht participanten heeft tijdens het volgen van de groepsbehandeling gebruik gemaakt van nicotinevervangende middelen, waaronder nicotinepleisters en nicotinezuigtabletten. De gemiddelde follow up tijd bedraagt 34 dagen.

Tabel 4

Onderzoekspopulatie

Participanten	Behandelings- locatie	Geslacht	Leeftijd	Medische indicatie	Aantal packyears	Gebruik nicotine- vervangende middelen	Follow up na behande- ling	Rooksta- tus
Participant 1	Leeuwarden	V	57	Reuma	104	Nicotinepleisters en nicotine zuigtabletten	0 dagen	Gestopt

Participant 2	Leeuwarden	V	62	COPD	9	Nicotinepleisters	1 maand	Niet gestopt
Participant 3	Leeuwarden	M	55	Hartinfarct	40	N.v.t.	1 dag	Niet gestopt
Participant 4	Scheemda	M	48	Hartstilstand en diabetes type 1	23	N.v.t.	3 maanden	Niet gestopt
Participant 5	Scheemda	M	63	COPD	26	N.v.t.	4 maanden	Niet gestopt
Participant 6	Leeuwarden	M	51	Hartinfarct	27	Nicotine-zuigtabletten	0 dagen	Niet gestopt
Participant 7	Leeuwarden	M	67	Longfibrose	47	Nicotine-zuigtabletten	1 maand	Niet gestopt
Participant 8	Leeuwarden	V	64	Reuma	28	Nicotinepleisters	0 dagen	Gestopt

Thema 1: Stoppen-met-roken groepsbehandeling ervaringen

Om een beeld te schetsen over hoe de participanten de stoppen-met-roken groepsbehandeling over het algemeen hebben ervaren, is hiernaar gevraagd tijdens de interviews. De stoppen-met-roken groepsbehandeling werd door alle participanten als een positieve ervaring bevonden, en is een waardevolle toevoeging geweest aan hun stopproces.

Ik vind het echt mooi en goed dat dit er is. En ik denk ook wel dat dit een succes wordt. Dus ik ben erg blij en dankbaar dat ik dit mocht doen. Dat ik die kans heb gekregen en dat de begeleiders ook in mij hebben geïnvesteerd. Ik heb wel erg veel geleerd en dingen gehoord, die ik zeker wel meeneem. En verder kan je je verhaal goed kwijt. Ze oordelen niet. De begeleiders hebben een goed inlevingsvermogen en je voelt je ook niet anders omdat je verslaafd bent.

~ participant 6 ~

De meningen over het volgen van een open groepsbehandeling zijn verdeeld. Participanten geven aan dat het volgen van een open groepsbehandeling ervoor kan zorgen dat er verschillende verhalen worden verteld omdat iedereen in een andere fase zit van het stopproces. Daarbij kan het helpen dat de participanten die al gestopt zijn met roken hun ervaringen kunnen delen met de nieuwkomers in de groep, die nog niet gestopt zijn. Met deze stop-ervaringen kunnen de participanten elkaar praktische tips geven en motiveren. Andere participanten geven aan dat een open groep ook kan zorgen voor herhaling van verhalen, wat als vervelend ervaren kan worden omdat de participanten die al langer in de groep zitten, al verder zijn in hun stopproces. Deze participanten zouden de voorkeur hebben voor een gesloten groep.

Nou, positief is dan toch wel dat de mensen die al gestopt zijn hun ervaringen kunnen delen. Dus dat kan de anderen wel over de streep trekken. Het is vaak wel zo dat je denkt, als hij het kan dan kan ik het ook.

~ participant 4 ~

Iedere keer nieuwe mensen erbij vond ik wat minder. Omdat je dan nu met een paar mensen tegelijk begint, maar op een gegeven moment komen er nieuwe mensen bij die nog moeten beginnen. En dan hoor je dezelfde verhalen weer als die je in het begint hebt gehad. Dat is wel een beetje vervelend, want anderen zijn al verder.

~ participant 1 ~

Thema 2: Steun van lotgenoten

Op de vraag wat voor de participanten bevorderend is geweest binnen de behandeling en hoe de participanten steun van andere groepsleden hebben ervaren, is naar voren gekomen dat het contact met mede groepsleden erg waardevol is tijdens het stopproces. De participanten vonden veel herkenning in elkaar en ervoeren het gevoel van lotgenoten als heel prettig. De onderlinge steun binnen de groep zorgt ervoor dat de participanten zich gesteund en begrepen voelen.

Ik vond dat wel ondersteunend, helemaal om verhalen van andere mensen. Om ook eens hun moeilijkheden te horen zeg maar. Niet dat je denkt dat je de enige bent die het er lastig mee heeft. Niemand is trots op het feit dat hij verslaafd is aan roken, dus dan is het wel prettig dat het hier op een vertrouwde manier gezegd kan worden en je er niet op aangewezen wordt. We zijn hier allemaal lotgenoten die met hetzelfde probleem zitten.

~ participant 3 ~

De verhalen van andere groepsleden werd door de participanten vaak genoemd als waardevol tijdens de behandeling. Het horen van ervaringen van medegroepsleden zette participanten aan het denken en motiveerde om gedeelde tips ook zelf uit te gaan proberen. De groepsleden kunnen elkaar zien als inspiratiebron en motiveren elkaar om hun rookgedrag aan te passen.

De verhalen van anderen hebben mij wel aan het denken gezet. Er worden wel voorbeelden gegeven, probeer dit eens of probeer dat eens. Je kunt dan zelf kijken of wat bij je past en of je het uit wilt proberen. Er zijn zeker wel dingen geweest waarvan ik dacht, daar kan ik wel wat mee.

~ participant 6 ~

Thema 3: Bewustwording rookgedrag

Een ander element van de stoppen-met-roken groepsbehandeling wat als waardevol wordt gezien door de participanten, is de bewustwording die zij hebben ontwikkeld. Ongeacht of de participanten zijn gestopt met roken na de groepsbehandeling, hebben ze allemaal aangegeven dat de bewustwording is blijven hangen. Ze zijn zich bewust geworden van hun rookgedrag en de impact daarvan op hun leven, wat voor hen een eerste stap richting verandering is.

Voorheen dacht ik, je rookt, en daar denk je dan totaal niet bij na. En nu heb ik in de groep al die gesprekken gehoord en die waren soms best wel confronterend. Dat heeft mij zeker wel aan het denken gezet. Als ik anderen nu zie roken denk ik, je moest eens weten.

~ participant 6 ~

De uitleg en informatie die werd gegeven tijdens de groepsbehandeling door de groepscoaches, werd als zeer nuttig ervaren door de participanten. Deze uitleg en informatie heeft bijgedragen aan het blijvend vasthouden van deze kennis en het vergroten van de bewustwording van hun rookgedrag. Dit stelde de deelnemers in staat om hun verslaving en rookgedrag beter te begrijpen.

Het verhaal over het brein van de verslavingsarts, want dat heeft me wel getriggerd. Als je toch een sigaret rookt, dat je dan alles weer aan zet zeg maar. En dat heeft me wel geholpen om het roken uit te stellen.

~ participant 7 ~

Thema 4: Effectiviteit hulpmiddelen

Tijdens de interviews is gevraagd hoe de participanten de inzet van hulpmiddelen, zoals nicotine vervangende middelen en de CO-meter, hebben ervaren en of deze bevorderend of belemmerend zijn geweest tijdens hun stopproces. De ervaringen waren divers. Vijf participanten hebben gebruik gemaakt van nicotine vervangende middelen, waarbij deze voor vier van hen een uitkomst waren en hen hielpen in hun stopproces. De andere participanten hebben ervoor gekozen om geen nicotine vervangende middelen te gebruiken, of vonden bijvoorbeeld de smaak van zuigtabletten onaangenaam. De informatie die werd gegeven over het gebruik van nicotine vervangende hulpmiddelen vonden de participanten allen voldoende.

Je weet er is kauwgom, er zijn tabletjes en er zijn pleisters. Die kreeg ik toen aangeleverd, en dan weet je hoe je het gaat aanpakken. Het is eigenlijk een plan van aanpak, wat voor mij heel goed werkt.

~ participant 8 ~

Ik heb er dus een paar gebruikt en toen had ik wel het idee dat het wel werkte. Ik had toen niet per se de behoefte om te gaan roken.

~ participant 6 ~

Bij iedere wekelijkse groepsbijeenkomst wordt een CO-meter ingezet. Zeven van de acht participanten bevonden de inzet hiervan positief. De CO-meter gaf de participanten een duidelijke indicatie van hun rookgedrag en maakte hen bewust van de schadelijke effecten van roken. Ook gaven de participanten aan dat deze CO-meter hen motiveert om te streven naar een lager getal te blazen en uiteindelijk in de groene zone te komen.

Maar het geeft je wel een bevestiging, dat je denkt hé, ik blaas nu wat lager of wat hoger. Ja, dat geeft je wel een bevestiging en ook een bewustwording. En ik denk dat als je je ergens bewust van wordt, dat daar ook een bepaalde motivatie uit voort komt.

~ participant 6 ~

Thema 5: Aanbevelingen

Uit de interviews is een aantal aanbevelingen van de participanten naar voren gekomen. Er is gevraagd naar wat de participanten mogelijk hebben gemist tijdens hun behandeling. Daarbij is er ook gevraagd naar wat de participanten zouden kunnen adviseren om de groepsbehandeling zo optimaal mogelijk te maken in de toekomst.

Er kwam naar voren dat een aantal participanten het fijn zouden vinden om de behandeling te volgen met een gesloten groep. Daarnaast is het een aantal participanten opgevallen dat er vaak psychische problematiek speelt naast het stoppen met roken. Bovendien vertelden een aantal participanten dat zij extra ondersteuning fijn zouden vinden naast de wekelijkse bijeenkomsten. De aanbeveling die hierbij werd gegeven, is om te gaan inventariseren welke participanten extra ondersteuning wensen en deze ondersteuning te bieden, zodat participanten hulp krijgen om met uitdagingen om te gaan en de kansen op succes vergroten.

Als ik ondersteuning nodig heb dan is één keer per week wel weinig. Ik zat er al aan te denken, misschien is een Whatsapp groep ofzo wel iets, dat men wat steun bij elkaar kan vinden als je het even moeilijk hebt. Dat je even een steunend woord van iemand krijgt.

~ participant 3 ~

Die psychische kant is me wel opgevallen, dat veel mensen psychische problemen hebben. Dat komt pas na de derde of vierde keer dat ze langzaam allemaal wat gaan vertellen. Dat is me wel opgevallen. Dat al die rokers psychische problemen hebben. Misschien dat dat van tevoren wel gevraagd kan worden.

~ participant 1 ~

3.3. Onderzoek klinische opname

Aanvullend op bovenstaand onderzoek is tijdens het project nader onderzoek gedaan naar klinische opname bij nicotineverslaving. Er zijn gedurende het project twee patiënten

opgenomen geweest in de kliniek Bolsterburen van VNN in Heerenveen voor ondersteuning bij stoppen met roken.

Literatuurstudie

[Hier](#) is het artikel 'Residential Treatment Exclusively for Tobacco Use Disorder: A Narrative Review' te vinden. In dit artikel wordt toelichting gegeven op een literatuurstudie m.b.t. de effectiviteit van klinische opname bij stoppen met roken.

Dit artikel is tot stand gekomen in samenwerking met de bij het project betrokken onderzoeker van VNN¹.

Case report

Via de link [Residential Treatment of a Woman with A Severe Tobacco Withdrawal Syndrome: A Case Report](#) is het casereport te vinden van een klinische opname in de kliniek Bolsterburen van VNN.

Het casereport is tot stand gekomen met medewerking de verslavingsarts² die verbonden is aan het project.

¹ Spoelstra, Symen Kornelis MD PhD

² Thybaut, Raisa Jobina Ludwina Drs.

Hoofdstuk 4: Conclusies en aanbevelingen

4.1. Conclusies

Het kwantitatieve en kwalitatieve onderzoek hebben geleid tot een aantal belangrijke conclusies over de inzet van specialistische verslavingszorg bij stoppen met roken. In deze paragraaf worden de belangrijkste conclusies op een rijtje gezet aan de hand van de beoogde doelstellingen van het project.

4.1.1. Doelgroep

In de aanvraag voor de experimentele zorgprestatie aan de NZa is de doelgroep als volgt omschreven.

Mensen met:

- *een ernstige tabaksverslaving. Dit zijn o.a. mensen bij wie het met meerdere stoppogingen onder begeleiding van een stoppen-met-roken coach niet is gelukt te stoppen met roken of mensen bij wie er sprake is van een ernstig tabaksonthoudingssyndroom (ernst);*
- *een medische noodzaak om te stoppen met roken: er moet sprake zijn van somatische comorbiditeit. Hieronder vallen zwangere vrouwen, patiënten die voorafgaand aan een operatie/medische behandeling moeten stoppen met roken en patiënten met acute somatische klachten of met chronische somatische klachten die worden veroorzaakt en/of in stand worden gehouden door het roken (urgentie).*

Hierbij kunnen complicerende factoren een rol spelen om te stoppen met roken, bijvoorbeeld door ernstige psychosociale problematiek (complex).

De beoogde doelgroep bij start van het onderzoek is ook de doelgroep die werd verwezen en in behandeling kwam. Het aanbod, groepsbehandeling tenzij, sloot bij vrijwel alle deelnemers aan, op een enkeling na. Meer dan de helft van de deelnemers die zijn gestart met een behandeltraject hebben succeservaringen opgedaan bij het stoppen met roken.

Alleen zwangere vrouwen zijn in mindere mate verwezen. Verreweg de meeste verwijzingen kwamen van de longartsen en op de tweede plaats van de cardiologen.

Wat verder is opgevallen:

- er zijn ongeveer evenveel mannen als vrouwen verwezen;
- de gemiddelde leeftijd van de doelgroep is 56,3 jaar;
- de gemiddelde leeftijd waarop men is begonnen met roken valt tussen de 12 en 16 jaar;
- het gemiddeld aantal sigaretten dat men dagelijks rookt is 21,7.

Uit deze data blijkt dat het gaat om mensen die langdurig dagelijks gemiddeld 21 sigaretten roken over een periode dan gemiddeld meer dan 40 jaar.

De aandoeningen waarvoor men het meeste is verwezen zijn:

- COPD
- Astma
- Hart- en vaatziekten
- Kanker (hoofd-hals)

Wat betreft de ontwenning hebben we in de praktijk geconstateerd dat er regelmatig sprake was van de volgende verschijnselen waardoor mensen moeite hadden met stoppen en waardoor ze soms ook terugvielen:

- Somberheid
- Concentratieproblemen
- Irritatie
- Gevoel van verlies identiteit

Lichamelijke klachten van ontwenning werden zelden ervaren als een reden om niet te stoppen, maar de psychische klachten passend bij het stoppen bemoeilijkten wel het stoppen met roken.

4.1.2. In- en exclusiecriteria

De in- en exclusiecriteria die in de aanvraag en bij aanvang van het project zijn gesteld, waren:

Inclusiecriteria

- *Verwijzing door een medisch specialist.*
- *Een aan roken gerelateerde medische aandoening en/of medische noodzaak om te stoppen met roken.*
- *Een of meerdere stoppogingen onder begeleiding.*

Exclusiecriteria

- *Er is een minder intensieve vorm van zorg mogelijk. Bijvoorbeeld door de medisch specialist/longverpleegkundige (eventueel met deskundigheidsbevordering van VNN).*
- *Er hebben nog geen eerdere stoppogingen onder begeleiding van een stoppen-met-roken coach plaatsgevonden.*
- *Wanneer de patiënt, ondanks dringend advies van de specialist of huisarts, geen begeleiding wil ontvangen voor stoppen met roken.*

Tijdens het project zijn deze criteria passend gebleken en grotendeels gehanteerd. Wat echter niet altijd haalbaar bleek, waren de meerdere stoppogingen onder begeleiding. Dit heeft meerdere oorzaken:

- bij patiënten die op korte termijn een medische behandeling moesten ondergaan of zwanger waren is van dit criterium afgeweken, vanwege de urgentie van het stoppen met roken;
- er bleek in de praktijk niet altijd voldoende passend aanbod te zijn in de eerstelijnszorg waar patiënten gebruik van konden maken. De ernst van de aandoening en de medische noodzaak om te stoppen met roken was er echter vaak wel. Daarom is in de praktijk, naar aanleiding van de verwijzing van de medisch specialist, in sommige gevallen wel van dit criterium afgeweken.

Daarnaast hebben gedurende het project veel huisartsen patiënten verwezen voor een stoppen met roken behandeling bij VNN. Deze verwijzingen zijn niet opgepakt en naar aanleiding van een verwijzing werd altijd contact gezocht met de betreffende huisarts om hierover toelichting te geven. De huisartsen hebben meermaals teruggegeven dat de verwezen patiënt(en) te kampen hadden met een zware verslaving, waarbij behandeling in de eerstelijns niet afdoende is gebleken of zou zijn. Bij deze patiëntpopulatie was echter in de meeste gevallen geen medisch specialist betrokken.

Naar aanleiding hiervan is in het project nog onderzocht of de huisarts via een eigen triage volgens de Fagerström indicatie zou kunnen stellen om dan alsnog te verwijzen. Dit heeft echter nog geen verder vervolg gehad.

We zien wel dat de behoefte om te verwijzen door de huisarts er nog steeds is en dat de ernst en aard van de klachten van een deel van de verwezen patiëntenpopulatie overeenkomt met de gestelde criteria (een aan roken gerelateerde aandoening en medische noodzaak om te stoppen met roken).

Tenslotte hebben we in de praktijk ook verzoeken vanuit psychiaters van de GGZ gekregen om patiënten een stoppen met roken behandeling te bieden. Omdat er geen sprake was van een (op de voorgrond staande) medisch/somatische aandoening, konden we deze verwijzingen niet oppakken.

4.1.3. Kosten

De hypothetische kostprijsberekening bij aanvraag (op basis van de toenmalige geldende NZa prestaties en tarieven) zag er als volgt uit:

Deelprestaties	Maximale kostprijs
Diagnostiek	€ 1.242,50
Coaching individueel i.c.m. groepsbegeleiding	€ 3.026,-
Cognitieve gedragstherapie	€ 1.020,-
Klinische detox	€ 1.848,20

In de praktijk is gebleken dat de gemiddelde prijs van alle trajecten uitkomt op 1.187 euro. Dit betreft trajecten met alleen een intake én trajecten met zowel een intake als een (groeps)behandeling.

De totale prijs van een traject met zowel een intake als groepsbehandeling kost ongeveer 2.180 euro.

4.1.4. Effectiviteit van de behandeling

Kwantitatieve uitkomsten

Er zijn drie meetmomenten geweest: na 3 maanden (T1), na 6 maanden (T2) en na 12 maanden (T4). Op het eerste meetmoment na 3 maanden is van 161 patiënten de rookstatus gemeten wat heeft geresulteerd in een stoppercentage van 50,3%

De follow up na 6 maanden onder 73 deelnemers laat zien dat 43,8% van de deelnemers nog steeds gestopt is. De aantallen na 12 maanden (of langer) zijn helaas te klein om daar goede conclusies over te trekken.

De gemiddelde benodigde zorgzwaarte is aan de hand van de MAS berekend. Hieruit blijkt dat met een gemiddelde zorgzwaarte van 1,88 de benodigde zorgzwaarte hoger is dan 'extra' coaching in een groep/individueel zorgzwaarte 1,5) maar lichter dan reguliere poliklinische verslavingszorg (zorgzwaarte 2). Het groepsaanbod in het ziekenhuis sluit hier goed op aan. In de praktijk is na afronding van het groepsaanbod het grootste deel van de patiëntpopulatie niet doorverwezen naar zwaardere poliklinische zorg.

Kwalitatieve uitkomsten

Op basis van het kwalitatieve deel van het onderzoek kan geconcludeerd worden dat de stoppen-met-roken groepsbehandeling voor zware rokers binnen de specialistische verslavingszorg over het algemeen positief wordt ervaren.

De belangrijkste factoren die bijdragen aan deze positieve ervaring is de onderlinge steun van lotgenoten, die niet oordelen, en het kunnen uitwisselen van ervaringen. De verhalen van mede groepsleden en de educatie van de groepscoaches zorgt voor bewustwording bij de participanten. Daarnaast hebben hulpmiddelen als nicotine vervangende middelen en de CO-meter een positieve bijdrage geleverd aan het stopproces van de participanten.

De stoppen-met-roken groepsbehandeling heeft ook gezorgd voor een ontwikkeling in de kennis en bewustwording van het rookgedrag van de participanten. De educatie door de groepscoaches was hier een belangrijk onderdeel van.

Sommige participanten wensten extra individuele ondersteuning naast de wekelijkse groepsbijeenkomst. De open groepsvorm zorgt voor verschillende perspectieven en ervaringen, maar wordt ook als belemmerende factor gezien omdat er wisseling is in groepsdynamiek, herhaling van verhalen is en duidelijke structuur mist.

De bevindingen impliceren dat de onderlinge steun van lotgenoten van cruciale waarde is binnen stoppen-met-roken behandelingen. De participanten vinden herkenning in elkaar en voelen zich gesteund. Daarnaast blijken uitwisselingen van verhalen en educatie rondom rookgedrag belangrijke factoren te zijn in de bewustwording en motivatie van zware rokers, wat belangrijke stappen zijn richting gedragsverandering en de uiteindelijke rookstop.

4.2. Aanbevelingen

Aanbevelingen doelgroep en verwijscriteria

De doelgroep zoals deze is beschreven is passend gebleken in de praktijk. Het valt, gezien de ernst van de verslaving en de gevolgen ervan, te overwegen om in de toekomst ook patiënten stoppen met roken behandeling te bieden die worden verwezen door de huisarts en psychiater. Daarnaast is een goede aansluiting met de eerstelijns zorg van groot belang om te kunnen voldoen aan het verwijscriterium 'meerdere stoppogingen onder begeleiding'. Daarom zal in de keten nauwer samengewerkt moeten worden, zodat het zorgaanbod van verschillende partijen goed op elkaar aansluit.

Aanbevelingen kosten

Het zwaartepunt van de specialistische verslavingszorg ligt in aanvang op de groepsbehandeling. Mocht dit niet voldoende zijn, dan is de aanbeveling een vervolg te bieden gericht op poliklinische basiszorg (groep en/of individueel).

Met het opschalen naar klinische behandeling is terughoudendheid geboden; in de praktijk is dit slechts twee keer geïndiceerd op basis van urgentie om te stoppen met roken. In de behandeling van stoppen met roken ligt het zwaartepunt met name op de gedragsverandering. De ervaring leert dat deze met name thuis moet plaatsvinden om succesvol te zijn. Daarom heeft een klinisch behandelaanbod een zeer beperkte plaats in het totale behandelaanbod.

Dit betekent dat de kosten in de toekomst grotendeels overeen zullen komen met de resultaten die in dit rapport zijn gepresenteerd. In de werkpraktijk betekent dit dan ook dat in de verslavingszorg verwijzingen voor een klinisch traject zeer zorgvuldig moeten worden beoordeeld. In mindere mate geldt dit ook voor opschaling naar poliklinische zorg; dit is pas geïndiceerd als er zwaardere comorbide problematiek een grote rol speelt bij het stoppen met roken.

Aanbevelingen behandelaanbod

Het uitgangspunt blijft 'groep tenzij' gezien de resultaten en de waarde die de deelnemers eraan toekennen. Hierbij worden de volgende aanbevelingen gedaan:

- Sociale steun blijkt een zeer belangrijke factor bij het stoppen met roken, zoals naar voren komt vanuit de literatuurstudie en het praktijkonderzoek. Daarom wordt het stoppen met roken in een groepssetting voor zware rokers sterk aanbevolen, waarbij de onderlinge steun en het uitwisselen van ervaringen tussen participanten centraal staan.
- Daarnaast heeft de educatie door de groepscoaches significant bijgedragen aan de bewustwording, wat betekent dat het essentieel is dat de groepscoaches voldoende

educatie bieden over thema's zoals verslaving, stopmethoden, het opstellen van plan van aanpak en terugvalpreventie. Door deze educatie vergroten de participanten hun bewustwording van hun rookgedrag en kunnen zij beter geïnformeerde beslissingen nemen binnen hun stopproces. Een combinatie van onderlinge interactie en gerichte educatie zou daarom een effectieve implementatie in de praktijk kunnen zijn. Ook wordt aanbevolen om nicotine vervangende middelen en de inzet van de CO-meter actief te integreren in de groepsbehandeling, omdat deze hulpmiddelen als ondersteunend en motiverend worden ervaren.

- Omdat sommige participanten extra ondersteuning wensten naast de groepsbehandeling, is het van belang om individuele behoeften en voortgang te blijven monitoren, zodat iedere participant optimale ondersteuning ontvangt tijdens hun stoppen-met-roken proces. De open groepsvorm biedt de mogelijkheid voor diverse perspectieven en ervaringen, maar kan daarbij ook de groepsdynamiek beïnvloeden en zorgen voor herhalingen van verhalen. Hierdoor is het belangrijk voor de groepscoaches om continuïteit en structuur aan te brengen voor een effectieve implementatie van een open groepsvorm.
- Tenslotte hebben de participanten hun advies kunnen geven voor de stoppen-met-roken groepsbehandeling in de toekomst, op basis van hun ervaring. De aanbeveling die met name naar voren is gekomen, is om te inventariseren welke participanten behoefte zouden hebben aan extra ondersteuning, met als resultaat dat er gefocust blijft op het stoppen met roken, en het succes op een stopresultaat vergroot wordt. Dit betekent dat de patiënt na het volgen van de groep, indien dit niet voldoende is gebleken, alsnog poliklinische zorg moet kunnen ontvangen.

Literatuurlijst

- Aerde, M., van, Croes, E., & Willemsen, M. (2020, januari). *Roken is een verslaving*. Trimbos-instituut. Geraadpleegd op 19 februari 2024, van <https://www.trimbos.nl/wp-content/uploads/sites/31/2021/09/af1742-roken-is-een-verslaving.pdf>
- Ahmed, S. K. (2024). The Pillars of Trustworthiness in Qualitative Research. *Journal Of Medicine, Surgery, And Public Health*, 100051. <https://doi.org/10.1016/j.gjmedi.2024.100051>
- Alduraywish, S. A., Alnofaie, M. F., Alrajhi, B. F., Balsharaf, F. A., Alblaihed, S. S., Alsowigh, A. A., Alotaibi, W., & Aldakheel, F. M. (2021). Knowledge, attitude, and beliefs toward group behavior therapy programs among male adults attending smoking cessation clinics, cross-sectional analysis. *BMC Public Health*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-021-10924-4>
- van Beek, R. (2023, maart 17). *Kerncijfertabel gezondheidsenquête en leefstijlmonitor*. Nationale Drug Monitor. <https://www.nationaledrugmonitor.nl/kerncijfertabel-gezondheidsenquête/>
- Bouwes, A., Broekman, H., Dobber, J., Eisenberg, I., Den Hertog, R., & Rutgers, A. (2023, oktober). *Opleidingsprofiel Bachelor Nursing 2030*. LOOV. Geraadpleegd op 26 februari 2024, van https://www.loov-hbov.nl/wp-content/uploads/2023/10/2023-10-16-BN2030def.pdf?trk=public_post_comment-text
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Castagna, G. (2024, 26 april). *Cijfers roken*. Trimbos-instituut. Geraadpleegd op 11 juli 2024, van <https://www.trimbos.nl/kennis/cijfers/roken/>
- Castagna, G. (2024, mei 30). *Tabak*. Trimbos-instituut. Geraadpleegd op 12 juli 2024, van <https://www.trimbos.nl/kennis/roken-tabak/>
- Chavannes, N., Drenthen, T., Wind, L., Avendonk, M., van, Donk, M., van den, & Verduijn, M. (2017, oktober). *Stoppen met roken*. NHG-Richtlijnen. Geraadpleegd op 20 februari 2024, van <https://richtlijnen.nhg.org/behandelrichtlijnen/stoppen-met-roken#volledige-tekst>
- Esburger. (2022, 9 november). *Wat zijn packyears?* ROKENinfo.nl. Geraadpleegd op 18 juni 2024, van, <https://www.rokeninfo.nl/roken/roken-verslaving/wat-zijn-packyears>
- Faou, A. L., Allagbé, I., Airagnes, G., Baha, M., & Limosin, F. (2021). Group Support for Smoking Cessation: Importance of the Smoker's Choice for Better Outcomes. *Behaviour Change*, 38(3), 208–220. <https://doi.org/10.1017/bec.2021.10>
- Ford, P., Clifford, A., Gussy, K., & Gartner, C. (2013). A Systematic Review of Peer-Support Programs for

- Smoking Cessation in Disadvantaged Groups. *International Journal Of Environmental Research And Public Health/International Journal Of Environmental Research And Public Health*, 10(11), 5507–5522. <https://doi.org/10.3390/ijerph10115507>
- HAN University of Applied Sciences. (2024, 19 maart). *Libguides: Informatievaardigheden - algemeen: 4: Zoekmethoden*. <https://libguides.studiecentra.han.nl/informatievaardigheden/zoekmethoden>
- Harting, J., Landais, L., & Van Wijk, E. (2018). *Voel je Vrij! Doorlopende groepstraining Stoppen met roken*. AMC Uva afdeling Sociale Geneeskunde. Geraadpleegd op 20 juni 2024, van <https://www.loketgezondleven.nl/interventies-zoeken#/InterventionDetails/1403240>
- Hartmann-Boyce, J., Chepkin, S. C., Ye, W., Bullen, C., & Lancaster, T. (2018). Nicotine replacement therapy versus control for smoking cessation. *Cochrane Library*, 2019(1). Geraadpleegd op 16 juli 2024, van <https://doi.org/10.1002/14651858.cd000146.pub5>
- Hiscock, R., Murray, S., Brose, L. S., McEwen, A., Leonardi-Bee, J., Dobbie, F., & Bauld, L. (2013). Behavioural therapy for smoking cessation: The effectiveness of different intervention types for disadvantaged and affluent smokers. *Addictive Behaviors*, 38(11), 2787–2796. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2013.07.010>
- Kaper, J., Wagena, E. J., Willemsen, M. C., & Van Schayck, C. (2006). A randomized controlled trial to assess the effects of reimbursing the costs of smoking cessation therapy on sustained abstinence. *Addiction*, 101(11), 1656–1661. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2006.01578.x>
- Kotsen, C., Santorelli, M. L., Bloom, E. L., Goldstein, A. O., Ripley-Moffitt, C., Steinberg, M. B., Burke, M. V., & Foulds, J. (2018). A Narrative Review of Intensive Group Tobacco Treatment: Clinical, Research, and US Policy Recommendations. *Nicotine & Tobacco Research*, 21(12), 1580–1589. Geraadpleegd op 16 juli 2024, van <https://doi.org/10.1093/ntr/nty162>
- Lambregts, J., Grotendorst, A., Merwijk, & van Merwijk, C. (2016). *Bachelor of Nursing 2020: Een Toekomstbestendig Opleidingsprofiel 4.0*. Bohn Stafleu van Loghum.
- Lancaster, T., & Stead, L. F. (2005, 18 april). *Individual behavioural counselling for smoking cessation*. Cochrane Database Of Systematic Reviews. Geraadpleegd op 5 maart 2024, van <https://doi.org/10.1002/14651858.cd001292.pub2>
- Lee, E. J. (2017). The Effect of Positive Group Psychotherapy and Motivational Interviewing on Smoking Cessation. *Journal Of Addictions Nursing*, 28(2), 88–95. Geraadpleegd op 25 maart 2024, van <https://doi.org/10.1097/jan.0000000000000169>
- Lincoln, YS., & Guba, EG. (1985). *Lincoln and Guba's evaluative criteria*. RWJF. Geraadpleegd op 17 april 2024, van <http://www.qualres.org/HomeLinc-3684.html>

- Medipro. (2023, 28 juni). *Herstel van het lichaam na stoppen met roken*. Geraadpleegd op 11 juli, 2024.
<https://www.medipro.nl/herstel-van-het-lichaam-na-stoppen-met-roken/>
- Mens & Gezondheid. (2024, 1 februari). *Cirkel van gedragsverandering van Prochaska & Diclemente*.
Geraadpleegd op 21 juni 2024, van <https://mens-en-gezondheid.nl/home/psyche/cirkel-van-gedragsverandering-van-prochaska-diclemente/>
- Menzis. (2022, 27 december). *Hulp bij stoppen met roken nu beschikbaar voor mensen met zware tabaksverslaving*. Geraadpleegd op 20 maart 2024, van <https://www.menzis.nl/over-menzis/publicaties/zorg-zorgverzekering/2022/12/27/hulp-bij-stoppen-met-roken-nu-beschikbaar-voor-mensen-met-zware-tabaksverslaving>
- Mortelmans, D. (2020). *Handboek kwalitatieve onderzoeksmethoden*. Acco Uitgeverij. 
- Nederlandse vereniging voor groepsdynamica en groepspsychotherapie (NVGP). (2019).
Praktijkrichtlijnen voor groepsbehandeling in de (geestelijke) gezondheidszorg. Geraadpleegd op 29 maart 2024, van
https://www.groepspsychotherapie.nl/nvgp/_sitefiles/file/richtlijnen/RICHTLIJNEN.pdf
- U.S. Department of Health and Human Services. (2020). *Smoking Cessation: A Report of the Surgeon General*. Geraadpleegd op 12 juli 2024, van
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK555591/pdf/Bookshelf_NBK555591.pdf
- U.S. Department of Health and Human Services. (2014). *The Health Consequences of Smoking: 50 Years of Progress. A Report of the Surgeon General*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK179276/>
- RIVM. (2024, 17 januari) *Doorrekening impact Nationaal Preventieakkoord: deelakkoord roken. Worden de ambities voor 2040 bereikt?* Geraadpleegd op 17 juli 2024, van
<https://www.rivm.nl/publicaties/doorrekening-impact-nationaal-preventieakkoord-deelakkoord-roken-woorden-ambities-voor>
- RIVM. (z.d.) *Hoe ongezond is roken?* Geraadpleegd op 11 juli 2024, van
<https://www.rivm.nl/tabak/hoe-ongezond-is-roken#:~:text=1%20Grootste%20risico%20voor%20de%20volksgezondheid%20in%20Nederland,tabaksproduct%20Niet%20alle%20tabaksproducten%20hebben%20dezelfde%20gezondheidsrisico%E2%80%99s.%20>
- Sinefuma. (Z.d.). PICO Smokerlyzer | CO-Meter. Geraadpleegd op 5 augustus november 2024, van
<https://sinefuma.com/nl/co-meters/product/pico>

- Stead, L. F., J Carroll, A., & Lancaster, T. (2017). Group behaviour therapy programmes for smoking cessation. *The Cochrane Library*, 2017 (3). Geraadpleegd op 26 februari 2024, van <https://doi.org/10.1002/14651858.cd001007.pub3>
- Stead, L. F., Perera, R., Bullen, C., Mant, D., Hartmann-Boyce, J., Cahill, K., & Lancaster, T. (2012). Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *The Cochrane Library*. Geraadpleegd op 7 maart 2024, van <https://doi.org/10.1002/14651858.cd000146.pub4>
- van Straaten, B., Meerkerk, G., Van Den Brand, F., 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 And Cessation*, 6, 1–9. <https://doi.org/10.18332/tpc/128269>
- Tønnesen, P., Mikkelsen, K. L., & Bremann, L. (2008c). Smoking cessation with smokeless tobacco and group therapy: An open, randomized, controlled trial. <https://doi.org/10.1080/14622200802238969>
- Trimbos-instituut. (2022). Zorgstandaard Tabaksverslaving 2022. Geraadpleegd op 27 februari 2024, van <https://www.trimbos.nl/wp-content/uploads/2023/10/AF2096-Zorgstandaard-Tabaksverslaving-2022.pdf>
- Tromp-Beelen, P. G., Schippers, J., De Wildt, W. A. J. M., & Schippers, G. M. (2005). Behandeling van ernstige tabaksafhankelijkheid in de verslavingszorg. *Verslaving*, 1, 73–80. <https://doi.org/10.1007/bf03075331>
- Van Westen - Lagerweij, N. (2024, 19 juni). *Terugvalpreventie*. Trimbos-instituut. Geraadpleegd op 12 juli 2024, van <https://www.trimbos.nl/kennis/roken-tabak/hulp-bieden-bij-stoppen-met-roken/stoppen-met-rokenzorg-in-stappen/terugvalpreventie/>
- Van Westen - Lagerweij, N. (2024, 3 april). Verwijzing en vergoeding stoppen-met-rokenbehandeling. Trimbos-instituut. Geraadpleegd op 12 juli 2024, van <https://www.trimbos.nl/kennis/roken-tabak/hulp-bieden-bij-stoppen-met-roken/stoppen-met-rokenzorg-in-stappen/verwijzing-en-vergoeding-stoppen-met-rokenbehandeling/>
- Verhoeven, N. (2020). *Thematische Analyse*. Boom uitgevers Amsterdam.
- 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*, 62, 266–273. Geraadpleegd op 18 maart 2024, van <https://live.rookvrijezorg.com/wp-content/uploads/2021/11/Artikel-implementatie-psychiatrisch-ziekenhuis-AMC-2020.pdf>

- VNN. (2023, 3 januari). *Pilot verslavingszorg voor zware tabaksverslaving*. Geraadpleegd op 15 februari, van <https://www.vnn.nl/actueel/nieuws-verhalen/nieuws/pilot-verslavingszorg-voor-zware-tabaksverslaving>
- VNN. (z.d.). Dit doet VNN allemaal. Geraadpleegd op 26 maart, van <https://www.vnn.nl/over-vnn/dit-doet-vnn>
- Volksgezondheid en Zorg. (z.d.). Preventie | Preventieakkoord. Geraadpleegd op 11 juli 2024, van <https://www.vzinfo.nl/preventie/preventieakkoord>
- Volksgezondheid en Zorg. (z.d.). *Roken | Leeftijd en geslacht | Volwassenen*. Geraadpleegd op 15 februari 2024, van <https://www.vzinfo.nl/roken/leeftijd-en-geslacht/volwassenen>
- Volksgezondheid en Zorg. (z.d.). *Roken | Gevolgen*. <https://www.vzinfo.nl/roken/gevolgen#sterfte>
- Wouters, E., Van Zaalen, Y., & Bruijning, J. (2021). *Praktijkgericht onderzoek in de (paramedische) zorg*. Uitgeverij Coutinho.
- Wu, A. D., Lindson, N., Hartmann-Boyce, J., Wahedi, A., Hajizadeh, A., Theodoulou, A., Thomas, E. T., Lee, C., & Aveyard, P. (2022). Smoking cessation for secondary prevention of cardiovascular disease. *The Cochrane Library*, 2022(8). Geraadpleegd op 29 maart 2024, van <https://doi.org/10.1002/14651858.cd014936.pub2>
- Zisi, V., Gratsani, S., Leontari, D., & Theodorakis, Y. (2016). Combining individual and group counselling sessions in a smoking cessation intervention. *Psychology*. <https://doi.org/10.4236/psych.2016.714165>
- Zorginnovatieforum. (z.d.). *Netwerk | Zorg Innovatie Forum*. <https://www.zorginnovatieforum.nl/netwerk>