

# Effectief rookstopprogramma in Almere

Iris Kramer, Niels de Voer, Esther Croes, Maartje Ramaekers, Michael Brouwer

Huisartsen kennen de gevaren van roken, maar geven in de spreekkamer nog lang niet altijd een stoppen-met-rokenadvies. Daarbij komt dat de resultaten van stoppen-met-rokenbegeleiding soms tegenvallen. In 2019 zijn 14 huisartsenpraktijken in Almere begonnen met een intensief rookstopprogramma en behaalden daarmee stoppercentages tot 40% na 12 maanden. Innovatieve aspecten zijn de actieve voorbereiding, de sterke focus op het verslavingsaspect, de multidisciplinaire aanpak en de nazorg tot 1 jaar. Dit succes benadrukt het belang van consequente stoppen-met-rokenadviezen, zodat nog meer patiënten instromen.

Roken is nog steeds de belangrijkste oorzaak van ziekte en sterfte in Nederland.<sup>1</sup> In 2021 rookte 20,6% van de volwassenen. Minder dan een derde van hen had een serieuze stoppoging ondernomen die langer dan 24 uur duurde.<sup>2</sup> De huisartsenpraktijk is een laagdrempelige setting om roken bespreekbaar te maken, want 70% van de Nederlanders bezoekt jaarlijks de huisarts. Bovendien adviseert de NHG-Behandelrichtlijn Stoppen met roken elke roker een stopadvies te geven.<sup>3</sup> Toch geven huisartsen, hoe goed ze de gevaren ook kennen, niet vaak een stoppen-met-rokenadvies.<sup>4</sup> Tijdgebrek, gebrek aan training en gebrek aan motivatie bij patiënten zijn veelgenoemde drempels.<sup>5-7</sup> Uit onderzoek blijkt echter dat een kort rookstopadvies de kans dat de patiënt daadwerkelijk stopt bijna verdubbelt.<sup>8</sup>

In 2019 hebben Zorggroep Almere en andere Almeerse huisartsenpraktijken een intensief rookstopprogramma opgezet waar alle patiënten eenvoudig naar verwezen kunnen worden. Het programma, dat gemodelleerd is naar de in 2009 opgerichte rookstoppoli van het Rode Kruis Ziekenhuis in Beverwijk, streeft naar laagdrempelige stoppen-met-rokenzorg in alle Almeerse huisartsenpraktijken en naar een hoger slagingspercentage dan het landelijke cijfer van ongeveer 20%.<sup>3,9</sup>

## EEN ROOKSTOPPROGRAMMA IN ALMERE

Een onderscheidend kenmerk van het Almeerse rookstopprogramma is de stapsgewijze aanpak door een multidisciplinair team (huisarts, POH-s en POH-ggz), die zich specifiek richt op het verslavingsaspect van roken en vervolgens een jaar lang nazorg aanbiedt in het kader van terugvalpreventie [kader].



Een stapsgewijze aanpak door een multidisciplinair team helpt bij stoppen met roken.

Foto: Shutterstock

Een belangrijke voorwaarde is dat de patiënt aantoonbaar gemotiveerd is om te stoppen. Patiënten moeten bereid zijn actief mee te werken: ze moeten (delen van) een boek lezen of beluisteren en een uitgebreid stoppenstappenplan invullen.<sup>10</sup> Doel van deze voorbereiding is dat deelnemers zich bewust worden van hun redenen om te roken en van de motieven en methoden om te stoppen.

## Resultatenonderzoek

In januari 2019 begonnen 14 huisartsenpraktijken, met een gezamenlijke patiëntenpopulatie van circa 150.000 patiënten, het rookstopprogramma aan te bieden en in juni 2022 waren

## ROOKSTOPPROGRAMMA IN 6 STAPPEN

### 1 Stopadvies

De rookstopzorg begint met een stopadvies van de huisarts, POH of andere zorgverlener. Patiënten die overwegen te stoppen met roken kunnen doorverwezen worden naar het rookstopprogramma.

### 2 Motivatiebepaling en/of verhogen van motivatie

De huisarts of POH-s beoordeelt de motivatie van de patiënt en zet indien nodig motiverende gespreksvoering in. Deelnemers moeten intrinsiek gemotiveerd zijn, niet alleen gestuurd op wens van een naaste. Daarnaast moeten patiënten bereid zijn om zelf actief mee te werken [zie stap 3].

### 3 Voorbereiding

Voordat de begeleiding bij het stoppen met roken wordt gestart, wordt de deelnemers gevraagd om thuis (delen van) het boek *Nederland stopt! Met roken te lezen en een uitgebreid stoppenstappenplan in te vullen [figuur]*. Het boek kan kosteloos worden geleend en is ook in luisterversie beschikbaar.<sup>10</sup>

### 4 Individuele begeleiding bij het stoppen met roken

Deelnemers krijgen individuele begeleiding van de POH-s uit de eigen huisartsenpraktijk. Deze werkt pro-

tocollair volgens de STIMEDIC-methode.<sup>3</sup> De POH-s en de deelnemer bespreken de voorbereiding en bepalen een stopdatum. De contacten zijn gedeeltelijk face-to-face en gedeeltelijk telefonisch. Bij hardnekkige verslaving of psychische comorbiditeit wordt de deelnemer doorverwezen naar een POH-ggz die geschoold is in tabaksverslaving. De deelnemer krijgt medicatie conform de adviezen in de NHG-Behandelrichtlijn Stoppen met roken.<sup>3</sup>

### 5 Nazorg (terugvalpreventie)

Na de stopdatum krijgt de deelnemer 1 jaar lang individuele nazorg van de POH-s, met als doel terugvalpreventie. Voor terugvalpreventie kunnen deelnemers ook terecht in groepsbijeenkomsten onder leiding van een POH-ggz met ervaring in groepswork en kennis over verslaving. Er zijn 8 bijeenkomsten van 1,5 uur, met als thema's inzicht in verslaving, motivatie, valkuilen, gedachten, omgaan met trek en sociale druk, volhouden, en het terugvalpreventieplan. Deelnemers kunnen op elk moment instromen.

### 6 Afsluiting van het begeleidingstraject

Het begeleidingstraject wordt 1 jaar na de stopdatum afgesloten. Zowel tussentijds als 1 jaar na de stopdatum wordt de rookstatus (gebaseerd op zelfrapportage) geregistreerd in het huisartsinformatiesysteem.

## Figuur

Voorbeeld van een stoppenstappenplan

#### Vul in wat voor jou van toepassing is:

Als ik een keer zondig, ben ik nog steeds goed bezig	ja / nee
Ik weet van mezelf dat ik het kan op een schaal van 0 tot 10	cijfer:
Wat kan ik doen om dat zelfvertrouwen te verhogen:	

Wat kan iemand anders doen om mijn zelfvertrouwen te verhogen:

Ik wil stoppen met roken	ja / nee
Mijn motivatie om te stoppen op een schaal van 0 tot 10 is:	cijfer:
Wat kan ik doen om mijn motivatie te verhogen:	

Wat kan iemand anders doen om mijn motivatie te verhogen:

Ik heb al best wat bereikt in mijn leven	ja / nee
Ook al is het soms moeilijk, ik kan het	ja / nee
Het zou best eens mee kunnen vallen om te stoppen	ja / nee

#### De sigaret die ik het moeilijkst kan missen:

de eerste sigaret van de dag	ja / nee
de laatste sigaret van de dag	ja / nee
de sigaret na het eten	ja / nee
de sigaret tijdens het werk	ja / nee
	ja / nee
	ja / nee

#### Ik rook vooral:

op mijn werk	ja / nee
tijdens ontspanning	ja / nee
als ik gestrest ben	ja / nee
als ik me moet concentreren	ja / nee
als ik blij ben	ja / nee
als ik moe ben	ja / nee

*Kun je dan niet beter gaan slapen? Door de nicotine blijf je langer wakker dan goed is voor je lichaam*

als ik somber ben	ja / nee
als ik boos ben	ja / nee
als ik verdrietig ben	ja / nee
als ik autorijd	ja / nee
onbewust	ja / nee
	ja / nee

Bedenk bij alle keren dat je met JA antwoordt: wat ga ik daaraan doen?

er 683 patiënten ingestroomd. Hun gemiddelde leeftijd was 52 jaar (uitersten 18-86), 52% was vrouw en van 555 deelnemers (81%) waren follow-upgegevens beschikbaar. Van de 389 deelnemers die minstens 12 maanden gevolgd waren, was na 12 maanden 40% gestopt. Van de 52 deelnemers die 6-12 maanden gevolgd waren, was 38% gestopt.

Van een aantal patiënten waren geen follow-upgegevens beschikbaar, bijvoorbeeld door verhuizing of onbereikbaarheid bij nacontrole. Omdat dit tot vertekening van de resultaten zou kunnen leiden, hebben we 2 sensitiviteitsanalyses uitgevoerd. In de eerste analyse keken we naar de resultaten in 1 gezondheidscentrum waar de follow-up 95% was, dus bijna compleet (n = 92). Dit centrum had een stoppercentage van 40% na 12 maanden. In de tweede analyse codeerden we alle patiënten die *lost to follow-up* waren als roker, ervan uitgaande dat ze niet gestopt waren. In deze analyse was 30% na 12 maanden gestopt. Het stoppercentage ligt dus vermoedelijk tussen de 30 en 40%.

## BESCHOUWING

### Voorwaarden voor succes

Het Almeerse rookstopprogramma heeft zeer goede resultaten geboekt, met een bijna dubbel zo hoog stoppercentage (30-40%) als bij de gebruikelijke behandeling (circa 20%).<sup>3</sup> Dit succes kan deels verklaard worden door de voorselectie van gemotiveerde patiënten en de actieve voorbereiding, waardoor de begeleiding meer effect heeft. Een tweede succesfactor is de multidisciplinaire benadering die intensief inspeelt op het verslavingsaspect van roken, in nauwe samenwerking tussen de huisarts (instroom en intake), de POH-s (stoppen-met-rokenbegeleiding) en de POH-ggz (specialistische begeleiding en groepsbijeenkomsten). De POH-ggz begeleidde 62% van de deelnemers. Een derde succesfactor is dat elk gezondheidscentrum rookstopbegeleiding aanbiedt, zodat de patiënt de rookstopzorg dichtbij en in een vertrouwde omgeving ontvangt. Een vierde succesfactor is de langdurige nazorg met het oog op terugvalpreventie. Immers, terugval is het grootste risico na een stoppoging.

### Voorwaarden voor implementatie

Een belangrijke voorwaarde voor het implementeren van rookstopzorg is de beschikbaarheid en bereikbaarheid van toegeruste zorgprofessionals. In Almere staan alle rookstopcoaches geregistreerd in het kwaliteitsregister Stoppen met Roken en organiseert Zorggroep Almere interne (na)scholingen en bijeenkomsten. Een enthousiaste, toegewijde projectgroep draagt het rookstopprogramma en vanuit Zorggroep Almere zijn kaderarts- en projectleidersuren beschikbaar. In de experimentele fase heeft Zorggroep Almere de ontwikkelkosten voor eigen rekening genomen. Nu de effectiviteit is aangetoond, gaat de zorggroep met de zorgverzekeraar in gesprek over een kostendekkend tarief.

## Belemmerende factoren

Het bereik van het Almeerse rookstopprogramma is, met nu 683 patiënten, nog niet bijzonder groot. Het zou helpen als huisartsen, POH's, ziekenhuisprofessionals en het sociaal wijkteam er een gewoonte van maakten stopadviezen te geven, zoals dat onderwezen wordt in nascholingen en in de gratis geaccrediteerde nascholing van het Trimbos-instituut.<sup>11</sup> Niet iedere huisartsenpraktijk heeft echter alle rokers goed in beeld. Het is daarom van belang van iedere roker de rookstatus goed te registreren.

Een andere belemmering is dat deelnemers gevraagd wordt een boek te lezen of te beluisteren en een stoppenstappenplan in te vullen. Dat maakt het programma minder geschikt voor laaggeletterden. Daarom wordt in Almere nu gewerkt aan het vereenvoudigen van het programma.

Nazorg via groepsbijeenkomsten heeft het grote voordeel dat deelnemers elkaar kunnen steunen en ervaringen kunnen uitwisselen, maar de inclusie was een uitdaging. Deelnemers konden zelf kiezen voor individuele of groepsgewijze nazorg, en de groepsbegeleiding startte begin 2019 met ongeveer 15 deelnemers. Tussen maart 2020 en juni 2022 was er vanwege COVID-19 echter nauwelijks sprake van groepsbegeleiding. Momenteel worden de groepen langzaam weer opgestart.

## TRANSMURALE SAMENWERKING

Het eerstelijns rookstopprogramma is inmiddels opgewaardeerd tot een regionaal transmuraal zorgprogramma. Eind 2021 heeft het Flevoziekenhuis rookstopcoaches opgeleid die de zorg coördineren tussen de eerste en tweede lijn. Patiënten met wie in het ziekenhuis rookstopzorg is overeengekomen en die gemotiveerd zijn, worden middels een warme overdracht verwezen naar het eerstelijns rookstopprogramma. Ongeveer 80% van de in aanmerking komende patiënten volgt dit traject, de overige 20% volgt hetzelfde rookstopprogramma in het ziekenhuis. Die laatste groep komt al wekelijks in het ziekenhuis of is er opgenomen, en dan is het patiëntvriendelijker om de begeleiding daar te starten. Zorggroep Almere heeft de overige Almeerse huisartsenpraktijken (circa 70.000 patiënten) scholing voor het zorgprogramma aangeboden, zodat het regionale transmurale rookstopprogramma voor alle inwoners beschikbaar is.

## CONCLUSIE

Het rookstopprogramma van de gezondheidscentra in Almere heeft resultaten behaald die beter zijn dan de standaard stoppen-met-rokenbegeleiding, met stoppercentages tot 40% na 12 maanden. Dit rookstopprogramma is een goed voorbeeld voor eerstelijns zorgverleners die effectieve stoppen-met-rokenzorg willen opzetten. Het blijft van belang om zoveel mogelijk rokers te bereiken. Daarom zouden alle zorgverleners consequent een stoppen-met-rokenadvies moeten geven aan alle patiënten die daarvoor in aanmerking komen. ■

## LITERATUUR

1. Volksgezondheid toekomst verkenning 2018: Een gezond vooruitzicht. Bilthoven: RIVM, 2018.
2. Bommelé J, Willemsen M. Kerncijfers roken 2021: De laatste cijfers over roken, stoppen met roken en het gebruik van elektronische sigaretten. Utrecht: Trimbos-instituut, 2022.
3. Chavannes N, Drenthen T, Wind L, Van Avendonk M, Van den Donk M, Verduijn M. NHG-Behandelrichtlijn Stoppen met roken. Utrecht: NHG, 2017.
4. Kleinjan M, Bommelé J, Verdurmen J, Van Laar M. Factsheet. Het bespreken van (stoppen met) roken door de huisarts en andere zorgverleners (tandartsen, medisch specialisten en verloskundigen). Utrecht: Trimbos-instituut, 2017.
5. Meijer E, Van der Kleij RM, Chavannes NH. Facilitating smoking cessation in patients who smoke: a large-scale cross-sectional comparison of fourteen groups of healthcare providers. *BMC Health Serv Res* 2019;19:750.
6. Verdonkschot J. Stoppen-met-rokenbegeleiding, vanzelfsprekend in de zorg? Amsterdam: TNS NIPO, 2008.
7. Van Schayck O, Bindels L, Nijs A, Van Engelen B, Van den Bosch A, Muller IS, et al. Very Brief Advice bij behandeling van rookverslaving. *Huisarts Wet* 2021;64:DOI: 10.1007/s12445-021-1044-z.
8. Stead LF, Buitrago D, Preciado N, Sanchez G, Hartmann-Boyce J, Lancaster T. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;(5):CD000165.
9. Rookstoppoli. Beverwijk: Rode Kruis Ziekenhuis, <https://www.rkz.nl/rookstoppoli>, geraadpleegd 22 december 2022.
10. Dekker P, de Kanter W. Nederland stopt! Met roken. Amsterdam: Thoeis, 2008.
11. Croes E, Van Woudenberg M. Het stoppen-met-rokenadvies: Hoe geef ik dat? E-learning. Utrecht: Trimbos-instituut, 2022.

Kramer I, De Voer ND, Croes EA, Ramaekers M, Brouwer MG. Multidisciplinair intensief rookstopprogramma in huisartsenpraktijken Almere blijkt effectief. *Huisarts Wet* 2023;66:DOI:10.1007/s12445-023-2211-1.

Trimbos-instituut, afdeling Tabak, Utrecht: dr. I. Kramer, wetenschappelijk medewerker: [ikramer@trimbos.nl](mailto:ikramer@trimbos.nl); dr. E.A. Croes, arts-epidemioloog. Regio-organisatie Huisartsen Almere [ReHa], Almere: N.D. de Voer, projectmedewerker business intelligence; M. Ramaekers, projectmanager. Zorggroep Almere, Almere: M.G. Brouwer, huisarts en kaderarts ggz.

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.