

‘Stoppen-met-roken coach in de huisartsenpraktijk’

Evaluatieverslag

Wil je stoppen met roken, maar je weet niet hoe?
Dan is dit iets voor jou!

Vraag vandaag
nog je huisarts!



Colofon

Auteur

Janneke Harting, Sociale Geneeskunde,
Amsterdam UMC locatie AMC.

M.m.v. Roos Blom, Yvonne van Loosbroek en Dianne Nicolai (stopcoaches),
Lida Samson, GGD Kennemerland en Eva de Vrieze, ZONH (projectleiders).

Datum

Februari 2022

Deelnemende organisaties



Financiers



SAMENVATTING

Deze rapportage beschrijft een pilot met een stoppen-met-roken coach in twee Haarlemse huisartspraktijken. Tussen oktober 2020 en november 2021 startten drie parttime stopcoaches met 174 deelnemers een telefonisch begeleidingstraject. Drie kwart van hen zette een stopdatum. Op 6 en 9 maanden na de stopdatum was ruim 38% van de deelnemers rookvrij.

Dit succespercentage is aanzienlijk in absolute zin, alsmede in vergelijking met het stopsucces van overeenkomstig stopaanbod in vergelijkbare wijken. Dit succes lijkt ook bij verre dat te overtreffen van de reguliere stoppen-met-roken zorg door huisartspraktijken. Face-to-face begeleiding zou het stopsucces van de stopcoach nog kunnen versterken.

De tijdsbesteding van de stopcoaches bedroeg gemiddeld 3.5 uur per begeleidingstraject. Per gestopte roker bedroeg de tijdsinvestering van de stopcoach en praktijkondersteuner of doktersassistente samen 4.5 uur. Het aantal deelnemers aan de stoppen-met-roken begeleiding lag veel hoger dan in afwezigheid van een stopcoach. De bereikte deelnemers weerspiegelden grotendeels het inwonersprofiel van de wijk.

Huisartsen, praktijkondersteuners en stopcoaches waren enthousiast. De coach maakte het voor huisartsen makkelijker om rokende patiënten te verwijzen. Ook werd het voor patiënten gemakkelijker om de geboden stophulp daadwerkelijk te gebruiken.

Samengevat kan een stopcoach in een huisartspraktijk een effectief element zijn in een lokale stoppen-met-roken context. Voor de verdere implementatie kwamen in deze pilot meerdere aandachtspunten naar voren.

INHOUDSOPGAVE

1 DE PILOT	5
1.1 Achtergrond	5
1.2 Deelnemers.....	5
1.3 Stopsucces.....	5
1.4 Deelnemers.....	6
1.5 Traject.....	9
1.6 Succes naar deelnemerskenmerken	10
1.7 Verschillen per praktijk en per stopcoach.....	11
2 BESCHOUWING	11
2.1 Context	11
2.2 Stopsucces.....	11
2.2 Bereik	12
2.3 Succes naar deelnemerskenmerken	14
3 AANDACHTSPUNTEN	14
3.1 In de huisartspraktijk.....	14
3.2 Coördinerende rol.....	15
3.4 Communicatie	15
3.5 Farmacotherapie	16
3.6 Potentieel benutten.....	16
3.7 Uitvoering coaching	17
4 CONCLUSIE	17
Referenties.....	18
Bijlage 1. Kenmerken van de deelnemers	19
Bijlage 2. Relatie van deelnemerskenmerken met stopsucces	21

1 DE PILOT

1.1 Achtergrond

Dit verslag betreft een pilot met een stoppen-met-roken coach in twee Haarlemse huisartspraktijken: Puite uit Schalkwijk en Leonard Springer uit Haarlem Oost. Deze praktijken werkten van begin oktober 2020 tot eind november 2021 samen met in totaal drie parttime stopcoaches. De aanleiding voor deze inzet van een stopcoach was dat in de betreffende wijken weinig stopaanbod beschikbaar was en dat rokers daarvan maar beperkt gebruik maakten. Enerzijds zou een stopcoach in de huisartspraktijk het voor artsen gemakkelijker maken om rokende patiënten naar stophulp te verwijzen. Anderzijds zou deze constructie het patiënten makkelijker maken om de geboden stophulp daadwerkelijk te gaan gebruiken. In de connectie tussen de huisarts en de stopcoach, tussen de stopcoach en de deelnemers, en bij het realiseren van stopmedicatie, speelden een doktersassistente bij Puite en een praktijkondersteuner bij Leonard Springer een belangrijke faciliterende rol.

1.2 Deelnemers

In totaal werden 191 rokers door hun huisarts verwezen naar de stopcoach. Hoewel de stopcoach herhaaldelijk contact zocht, kwam het met 17 van hen niet tot een eerste consult. Deze rokers waren mogelijk niet voldoende gemotiveerd voor of onvoldoende in de gelegenheid om gebruik te maken van het aanbod van de stopcoach. Met de overige 174 patiënten startten de stopcoaches een begeleidingstraject. Deze groep van gestarte deelnemers vormt de basis voor deze eindrapportage, ook al beperkte het contact zich soms tot één consult.

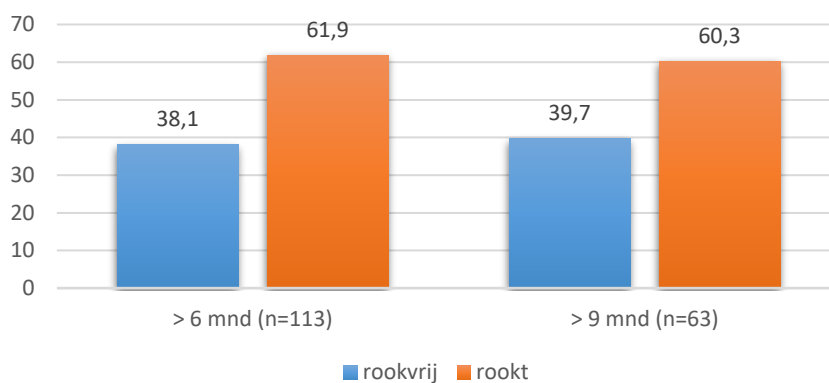
1.3 Stopsucces

We rapporteren hier het stopsucces op 6 en 9 maanden na de stopdatum. Daarvoor selecteerden we deelnemers die, gerekend tot de einddatum van de pilot, minstens 6 dan wel 9 maanden eerder met de begeleiding door de stopcoach waren gestart. Voor de respectievelijk 113 en 63 deelnemers inventariseerden de stopcoaches per telefoon de actuele rookstatus (puntprevalantie). Deelnemers die zij na drie pogingen – inclusief eerdere no-shows – niet wisten te bereiken, werden verondersteld nog of weer te roken.

Op 6 maanden na de stopdatum bleek 38.1% (43 van 113 deelnemers) niet te roken. Op 9 maanden na de stopdatum bedroeg het stopsucces 39.7% (25 van 63 deelnemers). Voor respectievelijk 6.2% (7 van de 113 deelnemers) en 7.9% (5 van de 63 deelnemers) kwam dit stopsucces tot stand nadat er een tweede of derde stopdatum was gezet.

De rookstatus die de stopcoaches registreerden tijdens het laatste consult voorafgaand aan de inventarisatie op 6 en 9 maanden bevestigt bovenstaande puntprevalenties. Dat het stopsucces op 9 maanden iets hoger uitvalt dan op 6 maanden kan verklaard worden doordat het deels andere deelnemers betreft en doordat een enkele deelnemer na terugval opnieuw stopte.

Stopsucces op 6 en 9 maanden na de stopdatum



Overigens bleek uit de registratie van de stopcoaches dat 3 maanden na de intakedatum – om statistische redenen niet de stopdatum – bijna 48% van de deelnemers met roken was gestopt.

1.4 Deelnemers

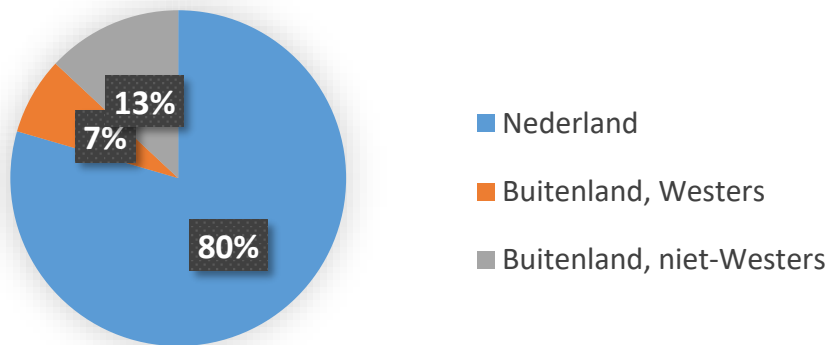
Voor 169 van 174 deelnemers is de vragenlijst met persoonsgegevens ingevuld. Voor enkele van deze deelnemers ontbreekt een aantal persoonskenmerken, zodat de totalen niet altijd tot 169 optellen. Voor een cijfermatig overzicht, zie bijlage 1.

Op basis van de 169 persoonsvragenlijsten werden 56 deelnemers doorverwezen door praktijk Puite en 113 door praktijk Leonard Springer. Dat kan verklaard worden doordat de stopcoach bij Puite op een latere datum startte en minder uren beschikbaar had dan bij Leonard Springer.

Gemiddeld rookten de deelnemers 19.4 sigaretten per dag (min 0; max 60). Een enkeling was al gestopt voor het bezoek aan de stopcoach.

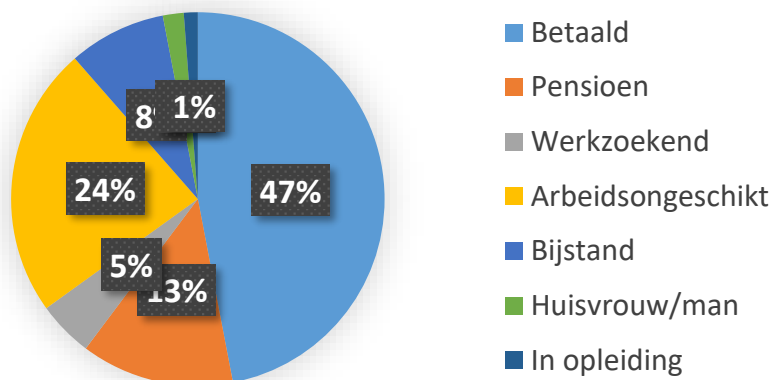
De gemiddelde leeftijd van de deelnemers was ruim 49 jaar. Drie vijfde was vrouw, twee vijfde man. Bijna vier vijfde van de deelnemers had een Nederlandse achtergrond. Van de andere een vijfde hadden er 22 een niet-Westerse en 13 een Westerse migratieachtergrond.

Geboorteland



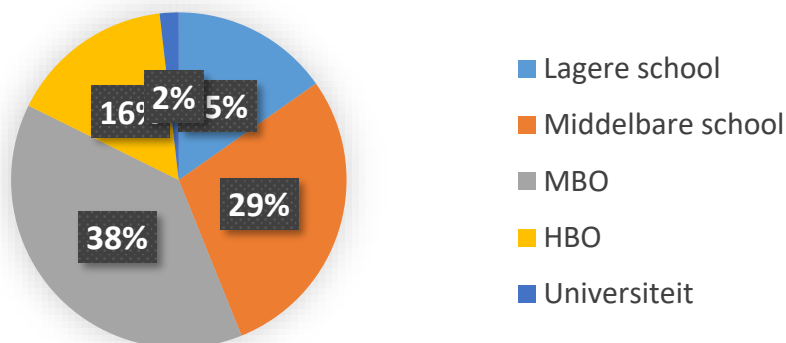
Een kleine helft van de deelnemers had betaald werk. Bijna een vierde was arbeidsongeschikt, ruim 8% kreeg bijstand, en bijna 5% was werkzoekend. Ruim 13% was met pensioen. Een enkeling was voltijds huisvrouw/man of bezig met een opleiding.

Werksituatie



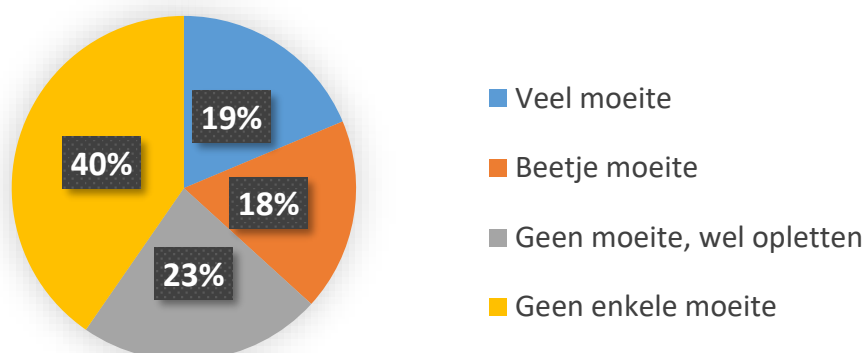
Voor ruim 15% van de deelnemers was lagere school de hoogst afgeronde opleiding. Voor 29% van de deelnemers was dit middelbare school, en voor 38% was dit MBO. Een kleine 18% had een HBO- of universitaire opleiding.

Hoogste opleiding



Ruim 18% van de deelnemers had grote moeite om rond te komen van het inkomen. Nog eens 18% had daar enige moeite mee. Een kleine 23% had geen moeite om rond te komen, maar moest wel opletten op de uitgaven. De laatste 40% had geen enkele moeite om rond te komen.

Moeite met rondkomen



Het aantal eerdere stoppogingen werd in de pilot niet systematisch geregistreerd. De volledigheid ervan wisselt daarom per stopcoach. Voor de stopcoach met de meest volledige registratie (90% van de deelnemers) was het gemiddeld aantal eerdere stoppogingen 3 (min 1; max 10 of veel meer; het gemiddelde werd berekend op max 10 omdat dit vaak zo werd geregistreerd). Uit de registraties van de andere twee stopcoaches kwam een gemiddelde van 1.5 tot 5.5 eerdere pogingen naar voren, met ook een grote spreiding in aantal per persoon.

1.5 Traject

Voor een beschrijving van het begeleidingstraject, is primair gekeken naar de 63 deelnemers die gerekend vanaf de einddatum van de pilot minstens 9 maanden eerder met de begeleiding door de stopcoach waren gestart.

De gemiddelde begeleidingstijd bedroeg ruim 20 weken (min 3; max 50). Inclusief no-shows, rapporteerden de stopcoaches gemiddeld 6.9 contacten en contactpogingen per deelnemer (min 2; max 21). De gemiddelde tijdsinvestering – berekend op basis van gedeclareerde uren en de subjectieve inschatting van de stopcoaches zelf – bedroeg 3.5 uur per deelnemer. Per gestopte roker bedroeg de tijdsinvestering van de stopcoach en de praktijkondersteuner of de doktersassistente samen 4.5 uur.

Het overgrote deel van de consulten was telefonisch (gemiddeld 5.6 per deelnemer). Slechts een enkel contact tussen de stopcoach en de deelnemer was persoonlijk. Behalve telefoon, werd met een groot deel van de deelnemers ook geappt. Consulten per email waren er nauwelijks. Van alle deelnemers had 38% geen enkele no-show, met de overige 62% kwam een afgesproken contact maximaal eenmaal niet tot stand.

Drie kwart van de deelnemers zette een eerste stopdatum (76%). De gemiddelde tijd tussen de intake en de stopdatum bedroeg een kleine 3 weken. Sommige deelnemers hadden meer tijd nodig om te stoppen (tot 18 weken na de startdatum), en een enkeling was al gestopt voor het eerste consult (tot 8 weken daarvoor). Circa 13% van deelnemers sprak een tweede stopdatum af, en sommigen zetten daarna nog een derde stopdatum.

Van alle deelnemers gebruikte 30% geen stopmedicatie. De anderen gebruikten nicotine vervangende middelen (44%), varenicline (29%) of iets anders (3%). Een enkele deelnemer gebruikte verschillende hulpmiddelen. Ongeacht het type medicatie, werd het gebruik ervan meestal voor niet meer dan 5 consulten gerapporteerd.

Het traject voor de 113 deelnemers die 6 maanden eerder met de begeleiding door de stopcoach waren gestart verschilde op enkele punten. Het duurde iets korter (gemiddeld 6.4 consulten – want nog niet alle trajecten volledig afgerond). Er werden meer no-shows gerapporteerd (ook meer per persoon) en iets minder telefonische contacten (gemiddeld 5.1 per deelnemer). Iets minder deelnemers zetten een eerste stopdatum (74%), en wat meer deelnemers gebruikten in het geheel geen medicatie (35%). Deze verschillen hebben ook te maken met het feit dat het hier deels een andere deelnemersgroep betreft.

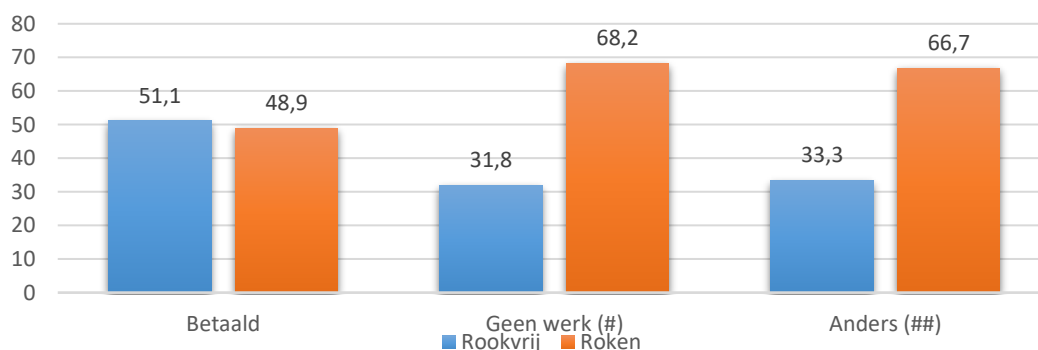
1.6 Succes naar deelnemerskenmerken

Om inzicht te krijgen in de samenhang tussen de kenmerken van de deelnemers en het stopsucces, werd dat succes allereerst opgesplitst naar leeftijd, geslacht, aantal gerookte sigaretten per dag, geboorteland, opleiding, werksituatie en mate van moeite met rondkomen. Hierbij ging het telkens om de relatie tussen succes en één afzonderlijk kenmerk. Om na opsplitsing voldoende deelnemers over te houden voor een zinvolle interpretatie, maakten we gebruik van de 113 deelnemers die minstens 6 maanden voor het eind van de pilot bij de stopcoach waren gestart.

In grote lijnen laat de uitsplitsing zien dat de begeleiding door de stopcoach succesvoller was voor deelnemers tussen de 41 en 60 jaar, voor mannen, voor deelnemers die tussen de 10 en 20 sigaretten per dag rookten, voor de laagst en de hoogst opgeleide deelnemers, en voor deelnemers met betaald werk. Geen verschil in succes was er voor deelnemers met een verschillende herkomst en voor de mate waarin deelnemers zeiden moeite te hebben met rondkomen. Zie bijlage 2 voor detailinformatie over stopsucces per deelnemerskenmerk.

Omdat de diverse kenmerken van deelnemers doorgaans met elkaar samenhangen, is ook bekeken welk(e) kenmerk(en) het sterkst samenhang(en) met het stopsucces. Daaruit kwam het hebben van betaald werk als doorslaggevende factor naar voren. Deelnemers met betaald werk hadden 3.5 keer meer kans op succes dan deelnemers die werkzoekend, arbeidsongeschikt of bijstandsontvanger waren. Samen met de invloed van andere kenmerken, vertaalde zich dit in de pilot per type werksituatie in de onderstaande succespercentages. Het 6-maands stopsucces bedroeg voor mensen zonder betaald werk dus circa 1 op de 3.

Stopsucces naar werksituatie



Geen werk: werkzoekend, arbeidsongeschikt of bijstand

Anders: gepensioneerd, huisvrouw/man of een opleiding volgend

1.7 Verschillen per praktijk en per stopcoach

We hebben ervoor gekozen de deelnemerskenmerken, het stopsucces en het begeleidingstraject voor de totale groep van deelnemers aan de pilot te rapporteren. Bij uitsplitsing naar praktijk en stopcoach bleken de onderlinge verschillen doorgaans klein. Deze verschillen zijn bovendien moeilijk te interpreteren, omdat de deelnemerskenmerken, het stopsucces en het traject met elkaar samenhangen. Ook verwachtten we dat er bij verdere implementatie altijd de nodige variatie tussen praktijken en stopcoaches zal bestaan. Het totaalbeeld van de pilot leek ons daarom het beste te weerspiegelen wat er bij implementatie van dit type stopaanbod verwacht mag worden.

2 BESCHOUWING

2.1 Context

Op basis van eerder onderzoek naar het effect van stophulp aan rokers met een lagere sociaaleconomische positie (SEP), zouden de stopcoaches persoonlijke begeleiding gaan bieden in de huisartsenpraktijk zelf. Vanwege de coronapandemie werd noodgedwongen overgestapt op telefonische begeleiding. Waarschijnlijk heeft dit het stopsucces negatief beïnvloed (Benson, 2016). Het stopsucces van de begeleiding door de stopcoach viel waarschijnlijk eveneens lager uit doordat varenicline langere tijd niet verkrijgbaar was.

2.2 Stopsucces

Afgemeten aan ander onderzoek naar stophulp onder vergelijkbare doelgroepen liet de pilot met de stopcoach in de twee Haarlemse huisartsenpraktijken een aanzienlijk 6-maands en 9-maands stopsucces zien.

Het 6-maands stopsucces in onze pilot met de stopcoach bedroeg 38.1%. Dit zelfgerapporteerde percentage is veel hoger dan het 7.9% stopsucces voor telefonische counseling uit een eerder Nederlands onderzoek onder een vergelijkbare doelgroep (Benson, 2016). In dat onderzoek waren individuele face-to-face counseling (41.2%) en doorlopende groepsondersteuning (55.4%) na 6 maanden effectiever dan de telefonische begeleiding door de stopcoach in onze pilot.

Het 9-maands stopsucces van 39.7% op basis van zelfrapportage laat zich vergelijken met het 12-maands stopsucces van de individuele face-to-face counseling (34.7%) en de doorlopende groepsondersteuning (41.0%) die in het eerdere Nederlandse onderzoek werden gerapporteerd (Benson, 2016). Ook in dat onderzoek was het stopsucces gebaseerd op zelfrapportage, terwijl dat succes doorgaans lager uitvalt wanneer de rookstatus met een blaastest wordt gemeten (Benson, 2016).

Het 3-maands stopsucces van 48% in de registraties van de stopcoaches overtreft dat van een samenvatting van onderzoeken met ongeveer vergelijkbare deelnemers aan een diversiteit van stopaanbod (gemiddeld 34.4%; Hiscock, 2013), en valt ook hoger uit dan de best mogelijke schatting van het succes van de Stoptober-campagne uit 2016 (25%; Troelstra, 2019).

Een kanttekening bij bovenstaande interpretatie is dat we de rookvrije puntprevalentie uit ons onderzoek meestal vergeleken met de continue abstinentie uit ander onderzoek. Daarmee kunnen we het succes van de stopcoach in geringe mate hebben overschat.

Het stopsucces van de stopcoach lijkt ook dat van de gebruikelijke stopzorg in de huisartsenpraktijk ruim te overtreffen.

Omdat valide gegevens over die reguliere stoppen-met-roken zorg voor ons niet goed vindbaar waren, maakten we gebruik van de zelfrapportage van drie 'voorbeeld' huisartspraktijken die ons wel ter beschikking stond. Zij meldden – dan wel verwezen naar – stoppercentages van tussen de 11 en 20%.

Dat 6 tot 8% van de deelnemers na 6 en 9 maanden hun rookvrije status pas bereikte nadat een tweede of derde stopdatum was gezet, weerspiegelt dat stoppen met roken vaak meerdere stoppogingen vergt (Hiscock, 2013; Van Wijk, 2019). Onze pilot met de stopcoach laat zien dat het – ook binnen de termijn van één jaar – de moeite loont om te blijven investeren in gemotiveerde rokers bij wie een eerste stoppoging mislukt.

2.2 Bereik

Het aantal rokende patiënten dat per maand bij de stopcoach met een begeleidingstraject startte (ruim 7 per praktijk), lag beduidend hoger dan het aantal dat praktijkondersteuners gemiddeld zeggen te begeleiden (ruim 4 per praktijk; Zijlstra, 2022). De aantallen die de drie 'voorbeeld' praktijken rapporteerden lagen nog eens vele malen lager: tussen de 21 tot 35 per jaar.

Wat betreft opleiding bleek de stopcoach in de huisartsenpraktijk goed in staat te zijn om lager opgeleide rokers te bereiken.

In onze pilot was lagere school voor 15% van de deelnemers de hoogste afgeronde opleiding, 29% middelbare school, 38% had MBO, en 18% HBO of universiteit. Opleiding kan op meerdere manieren worden ingedeeld – hier geven we de best mogelijke vergelijking. Van de deelnemers tussen de 18 en 64 jaar aan de Gezondheidsmonitor 2020 van GGD Kennemerland gaf in Schalkwijk 24% en in Haarlem Oost 19% aan lager te zijn opgeleid (lagere school, lbo of mavo). In een eerder onderzoek naar stophulp in vergelijkbare Nederlandse wijken, was tussen de 13% en 40% van de deelnemers lager opgeleid (lagere school en VMBO) en tussen de 11% en 19% hoogopgeleid (Benson, 2016). Van de deelnemers aan het onderzoek naar de Stoptober-campagne was 23.5% lager opgeleid (lagere school of VMBO) en 32.1% hoger opgeleid (HBO of universitair; Troelstra, 2019). Op basis van deze gegevens denken we dat de deelnemers aan de stopcoach qua opleiding de lokale populatie aardig vertegenwoordigen.

Ook wat betreft werksituatie lijkt de pilot met de stopcoach in beide Haarlemse wijken goed de beoogde doelgroep te hebben bereikt.

In onze pilot had 47% van de deelnemers betaald werk, en 32% geen betaald werk in de zin dat ze arbeidsongeschikt (23.5%), werkzoekend (4.8%) of bijstandontvanger (8.4%) waren. De overige deelnemers zonder werk waren vaak gepensioneerd (ruim 13%). Het totaal aantal mensen zonder betaald werk komt aardig overeen met dat in de Gezondheidsmonitor 2020 van GGD Kennemerland (www.ggdkennerland.nl). Van de respondenten van 18 jaar en ouder gaf in die Gezondheidsmonitor in Schalkwijk 41% en in Haarlem Oost 33% aan geen betaald werk te hebben (dit is inclusief het % respondenten met pensioen).

Ook afgemeten aan de 'mate van moeite met rondkomen' werden bewoners met een lagere sociaaleconomische positie goed bereikt.

In onze pilot met de stopcoach rapporteerde bijna 19% van de deelnemers grote moeite met rondkomen te hebben. Nog eens 18% gaf aan daar enig moeite mee te hebben. In de gezondheidsatlas van Kennemerland (www.gezondheidsatlaskennemerland.nl) beslaan beide groepen samen in Schalkwijk 21% van de inwoners en in Haarlem Oost 17%. Dat deze twee categorieën van rondkomen in de pilot met de stopcoach bijna dubbel zo vaak vertegenwoordigd waren, kan komen doordat moeite met rondkomen en roken met elkaar samenhangen.

Het aantal rokers met een niet-Westerse migratieachtergrond dat door de stopcoaches werd begeleid was relatief laag.

In onze pilot had 13.3% van de deelnemers een niet-Westerse migratieachtergrond. Het percentage inwoners in de wijken waar de pilot plaatsvond is volgens de gemeente Haarlem (www.haarlem.incijfers.nl) een stuk hoger. Daaruit blijkt dat in Schalkwijk 38.5% van de inwoners een niet-Westerse migratieachtergrond heeft (in de pilot was dat 16.1% van de deelnemers). In Haarlem Oost is dat 21% (in de pilot was dat 13.3% van de deelnemers).

De mate waarin mannen door de stopcoach in de huisartsenpraktijk werden bereikt mag conform de verwachting heten.

In onze pilot was 41% van de deelnemers man. Dit komt overeen met het percentage mannen dat in het eerdere Nederlandse onderzoek deelnam aan telefonische counseling (Benson, 2016) en overtreft het percentage mannelijke deelnemers in de Stoptober-campagne (28%; Troelstra, 2019). Bekend is dat de man-vrouw verdeling per type stopaanbod grote verschillen kan vertonen (Benson, 2016).

2.3 Succes naar deelnemerskenmerken

In onze pilot was de telefonische begeleiding bij stoppen met roken door de stopcoaches minder succesvol voor rokers zonder betaald werk. Bekend is dat het ontbreken van een zinvolle dagbesteding het stopproces negatief kan beïnvloeden (Van Wijk, 2019). Deze rokers worden mogelijk beter ondersteund bij hun stoppoging met individuele face-to-face begeleiding (Hiscock, 2013; Benson, 2016) of met een doorlopende groepstraining (Benson, 2016; Landais, 2021). Met het aanzienlijke bereik van – en het stopsucces van bijna een derde onder – rokers zonder betaald werk, lijkt de stopcoach niettemin een relevante interventie voor deze groep.

3 AANDACHTSPUNTEN

Uit gesprekken met de stopcoaches, huisartsen, praktijkondersteuners, doktersassistentes en een apotheker, die zich allen enthousiast toonden over de pilot, kwam een aantal belangrijke aandachtspunten naar voren voor de verdere ontwikkeling en/of implementatie van de inzet van een stopcoach in de huisartspraktijk.

3.1 In de huisartspraktijk

Een randvoorwaarde voor succes is om de stophulp door de stopcoach te presenteren als onderdeel van de praktijk. Huisartsen zien de aanwezigheid van de stopcoach in de praktijk als drempelverlagend. Artsen zelf openen

gemakkelijker het gesprek over roken, en voor rokers lijkt het stopaanbod zo beter toegankelijk – een verwijzing naar ‘extern’ is voor hen vaak te ver weg.

Als weer face-to-face afspraken mogelijk zijn, zou de praktijk hiervoor bij voorkeur ruimte moeten bieden – in ieder geval voor de eerste intake bij de stopcoach. In vergelijking met de – noodgedwongen – telefonische coaching in de pilot, kunnen persoonlijke gesprekken het bereik en het stopsucces met de stopcoach verder verbeteren. Voor mensen met ggz-problematiek zijn face-to-face gesprekken sowieso nodig. Een idee kan zijn om per praktijk een standaardruimte voor preventieve interventies te reserveren.

Zolang geen persoonlijke afspraken mogelijk zijn, kan het programma WeSeeDo een uitkomst bieden voor de rokers die voldoende digivaardig zijn.

3.2 Coördinerende rol

Een coördinerende rol binnen de praktijk is onontbeerlijk. In de pilot namen een doktersassistente bij Puite en een praktijkondersteuner bij Leonard Springer die rol op zich. Zij vormden een verbinding tussen de huisarts en de stopcoach, en tussen de stopcoach en de deelnemers, en speelden een rol bij het realiseren van stopmedicatie. Het werkt goed als de praktijk na verwijzing snel een eerste afspraak bij de stopcoach in kan plannen – als het langer duurt haken potentiële deelnemers weer af. Dit inplannen vereist een toegankelijke digitale agenda of goede communicatie tussen de praktijk en de stopcoach. Voor een doktersassistente of praktijkondersteuner werkt het prettig als er één – of hooguit twee – stopcoaches aan een praktijk verbonden zijn, en er één stopcoach als vast aanspreekpunt fungeert. Een coördinerende rol kost wel tijd, in de pilot werd die in totaal ingeschat op 2 uur per praktijk per week.

3.4 Communicatie

De communicatie tussen de huisarts en de stopcoach verdient ook aandacht. Wat betreft de medische achtergrond en motivatie om met roken te stoppen zou het voor de stopcoach handig zijn toegang te krijgen tot het huisartsenregistratiesysteem. Als dat niet wenselijk of mogelijk is, biedt een verwijsbrief een werkbaar alternatief. Omgekeerd zijn afspraken nodig over de frequentie en manier van terugkoppeling door de stopcoach (bijv. over de stopdatum, 3-maands stopsucces, eventuele terugval en afronding van de begeleiding). Wanneer deze informatie in het dossier wordt vastgelegd (door doktersassistente of praktijkondersteuner) kan dit voor de huisarts reden zijn om het stopsucces te bekrachtigen. Bij uitval uit de coaching of terugval naar roken kan de huisarts opnieuw een motiverend gesprek voeren.

3.5 Farmacotherapie

Nicotine vervangende middelen worden nu eens per jaar vergoed. Dat deze middelen gratis zijn, is een groot winstpunt, maar de daadwerkelijke verstrekking ervan behoeft nog een verbetering. Het gaan gebruiken van nicotine vervangende middelen brengt voor mensen met een lagere sociaaleconomische positie op het moment veel onduidelijkheid, regel en stress met zich mee. Enerzijds kan dit rokers enorm ontmoedigen bij hun stoppoging. Anderzijds kost het zowel praktijkondersteuner, als stopcoach, als apotheker veel tijd om de verstrekking van deze middelen alsnog in goede banen te leiden. Omdat eenmaal gestopte rokers een groot risico van terugval hebben, zouden nicotine vervangende middelen bovendien vaker dan eens per jaar moeten worden vergoed – gebruik ervan verbetert het slagingspercentage aanzienlijk. Het meermaals vergoeden per jaar geldt bij voorkeur ook voor de gedragsmatige begeleiding.

3.6 Potentieel benutten

De stopcoach in de huisartspraktijk heeft een grotere potentie dan die in onze pilot werd gerealiseerd. Niet alle huisartsen van de deelnemende praktijken bespraken stoppen met roken structureel met hun rokende patiënten. Om deze onbenutte potentie te verzilveren, lijkt het nodig dat de rookstatus in het huisartsensysteem systematischer wordt geregistreerd. Daartoe zou niet alleen de registratie gemakkelijker moeten worden (minder 'klikken' nodig), ook zou bij opening van het huisartsensysteem de rookstatus als pop-up kunnen verschijnen. Onbekend is of deze registratiewensen bekend zijn bij de makers van registratiesystemen.

Daarnaast zou de inzet van een Very Brief Advice – gevolgd door een zorgvuldige verwijzing naar de stopcoach – het systematischer bespreken van stoppen met roken kunnen stimuleren. Met de aanwezigheid van een stopcoach in de praktijk bleek dat huisartsen goed te motiveren waren om een training in het Very Brief Advice te volgen. Een mogelijke tussenstap naar het bespreken van roken met alle rokende patiënten is, om dat in elk geval te doen met degenen die klachten hebben die aan roken zijn gerelateerd en met de ouders van kinderen met dergelijke klachten. Een visitekaartje of folder van de stopcoach op het bureau van de huisarts kan als reminder dienen.

Ten slotte verdient het aanbeveling om de financiering van de stopcoach zo in te richten dat ook patiënten in ketenzorg dit stoppen-met-roken aanbod door de stopcoach kunnen gebruiken.

3.7 Uitvoering coaching

Hoewel de stopcoaches met – elk hun eigen – protocol werkten, geven zij aan dat flexibiliteit in de manier waarop zij rokers bij hun stoppoging begeleiden een meerwaarde heeft. Het biedt stopcoaches de mogelijkheid om aan te sluiten bij de individuele wensen en behoeften van cliënten, bijvoorbeeld voor extra contacten tussen cliënt en coach buiten de vaste afspraken om. Beschikbaar zijn biedt mensen die stoppen met roken vertrouwen – ook om na een terugval de draad weer op te pakken. Ten slotte kan de samenwerking van de stopcoach met (een praktijkondersteuner) ggz en/of een sociaal wijkteam voor stophulp aan rokers met onderliggende problemen beter worden uitgewerkt.

4 CONCLUSIE

Samengevat liet de pilot zien dat stoppen-met-roken begeleiding door een stopcoach als onderdeel van de huisartspraktijk grotendeels de juiste doelgroep bereikt en resulteert in een aanzienlijk stopsucces. Hoewel de – noodgedwongen – telefonische counseling succesvoller was voor mensen met een betaalde baan, profiteerden ook de mensen zonder betaald werk. Toch zou een diverser lokaal stopaanbod in een nog beter bereik (denk aan migranten met een niet-Westerse achtergrond) en een nog hogere effectiviteit kunnen resulteren (denk aan mensen zonder betaald werk). Aandachtspunten bij verdere implementatie omvatten de motiverende rol van de huisarts, de coördinerende rol van de doktersassistent of praktijkondersteuner, de communicatie tussen de huisarts en de stopcoach, de verstrekking van farmacotherapie, de registratie van de rookstatus in het huisartsensysteem, en de uitvoering van de coaching zelf. Een verdere implementatie verdient het dan ook om opnieuw geëvalueerd te worden, zeker wanneer face-to-face begeleiding door de stopcoach in de huisartspraktijk weer mogelijk is.

Referenties

Benson, F. E., Nierkens, V., Willemsen, M. C., & Stronks, K. (2016). Effects of different types of smoking cessation behavioral therapy in disadvantaged areas in the Netherlands: an observational study [journal article]. *Tobacco Prevention & Cessation*, 2(February). <https://doi.org/10.18332/tpc/61616>

Hiscock, R., Murray, S., Brose, L. S., McEwen, A., Bee, J. L., Dobbie, F., & Bauld, L. (2013). Behavioural therapy for smoking cessation: the effectiveness of different intervention types for disadvantaged and affluent smokers. *Addict Behav*, 38(11), 2787-2796. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2013.07.010>

Landais, L. L., van Wijk, E. C., & Harting, J. (2021). Smoking Cessation in Lower Socioeconomic Groups: Adaptation and Pilot Test of a Rolling Group Intervention. *BioMed Research International*, 2021, 8830912. <https://doi.org/10.1155/2021/8830912>

Troelstra, S. A., Harting, J., & Kunst, A. E. (2019). Effectiveness of a Large, Nation-Wide Smoking Abstinence Campaign in the Netherlands: A Longitudinal Study. *Int J Environ Res Public Health*, 16(3). <https://doi.org/10.3390/ijerph16030378>

van Wijk, E. C., Landais, L. L., & Harting, J. (2019). Understanding the multitude of barriers that prevent smokers in lower socioeconomic groups from accessing smoking cessation support: A literature review. *Prev Med*, 123, 143-151. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2019.03.029>

Zijlstra, D.N. (2022). The development and evaluation of a smoking cessation referral aid for the primary care setting (Proefschrift). Maastricht: Universiteit Maastricht, afdeling Gezondheidsbevordering.

Bijlage 1. Kenmerken van de deelnemers

Voor 169 van 174 deelnemers is de vragenlijst met persoonsgegevens ingevuld. Voor enkele van deze deelnemers ontbreekt een aantal persoonskenmerken. De totalen tellen daarom niet altijd tot 169 op.

Praktijk

Van de 169 deelnemers met een persoonsvragenlijst werden er 56 doorverwezen door praktijk Puite 56 en 113 door Leonard Springer.

Leeftijd

De gemiddelde leeftijd van de deelnemers was 49.4 jaar (min 18; max 86).

Geslacht

Van de 174 deelnemers was drie vijfde vrouwen en twee vijfde man.

	<i>Aantal (n)</i>	<i>Percentage (%)</i>
Man	69	41.1
Vrouw	99	58.9
Totaal valide	168	

Roken

Gemiddeld rookten de deelnemers 19.4 sigaretten per dag (min 0; max 60). Een enkeling was al gestopt voor het bezoek aan de stopcoach.

Geboorteland

Bijna vier vijfde van de deelnemers had een Nederlandse achtergrond. Van de overigen hadden er 22 een niet-Westerse en 13 een Westers migratieachtergrond.

	<i>Aantal (n)</i>	<i>Percentage (%)</i>
Nederland	130	78.8
Buitenland Westers	13	7.9
Buitenland niet-Westers	22	13.3
Totaal valide	165	

Werksituatie

Een kleine helft van de deelnemers had betaald werk. Bijna een vierde was arbeidsongeschikt, ruim 8% kreeg bijstand, en bijna 5% was werkzoekend. Ruim 13% was met pensioen. Een enkele deelnemer was voltijds huisvrouw/man of bezig met een opleiding.

	<i>Aantal (n)</i>	<i>Percentage (%)</i>
Betaald werk#	78	47.0
Pensioen (pre-)	22	13.3
Werkzoekend	8	4.8
Arbeidsongeschikt	39	23.5
Bijstand	14	8.4
Huisvrouw/man	3	1.8
Volg opleiding	2	1.2
Totaal valide	166	

De mensen met betaald werk werkten gemiddeld 33.4 uur per week (min 16; max 55)

Hoogste opleiding

Voor ruim 15% van de deelnemers was lagere school de hoogst afgeronde opleiding. Voor 29% van de deelnemers was dit middelbare school, en voor 38% MBO. Een kleine 18% had een HBO- of universitaire opleiding.

	<i>Aantal (n)</i>	<i>Percentage (%)</i>
Lagere school	25	15.2
Middelbare school	47	28.7
MBO	63	38.4
HBO	26	15.9
Universitair	3	1.8
Totaal valide	164	

Moeite met rondkomen

Ruim 18% van de deelnemers had grote moeite om rond te komen van het inkomen. Nog eens 18% had daar enige moeite mee. Zo'n 23% had geen moeite rond te komen, maar moest wel opletten met geld uitgeven. De laatste 40% had geen enkele moeite om rond te komen.

	<i>Aantal (n)</i>	<i>Percentage (%)</i>
Grote moeite	31	18.7
Enige moeite	30	18.1
Geen moeite/wel opletten	38	22.9
Geen enkele moeite	67	40.4
Totaal valide	166	

Bijlage 2. Relatie van deelnemerskenmerken met stopsucces

Voor een indruk van de relatie van persoonskenmerken met stopsucces, is succes allereerst opgesplitst naar de verschillende categorieën deelnemers. Hierbij is gekozen voor de groep van 113 deelnemers die minimaal 6 maanden voor het einde van de pilot met de begeleiding door de stopcoach waren gestart. De groep die minimaal 9 maanden voor de einddatum was gestart is te klein om zo'n uitsplitsing goed te kunnen interpreteren.

Het succespercentage is uitgesplitst naar leeftijd, geslacht, aantal sigaretten per dag, geboorteland, opleiding, werksituatie en mate van moeite met rondkomen. Daarvoor zijn continue variabelen leeftijd en het aantal sigaretten opgedeeld in categorieën. Om een voldoende aantal deelnemers per categorie te waarborgen, zijn wat betreft de opleiding HBO en universiteit samengevoegd, en is de werksituatie ingedeeld in drie categorieën: betaald werk, werkzoekend, arbeidsongeschikt of bijstand, en pensioen, huisvrouw of in opleiding.

In grote lijnen laten onderstaande tabellen zien dat de begeleiding door de stopcoach succesvoller was voor deelnemers tussen de 41 en 60 jaar, voor mannelijke deelnemers, voor hen die tussen de 10 en 20 sigaretten per dag rookten, voor de laagst en de hoogst opgeleide deelnemers, en voor hen met betaald werk. Er was geen duidelijk verschil tussen deelnemers met een Nederlandse en niet-Westerse migratieachtergrond. Er was evenmin verschil in succes voor de mate waarin deelnemers moeite hadden met rondkomen.

Leeftijd	Roken		Rookvrij		Totaal
	n	%	n	%	n
t/m 40 jaar	20	60.6	13	39.4	33
41 t/m 60 jaar	28	54.9	23	45.1	51
61 jaar en ouder	16	69.6	7	30.4	23
missing	6	100.0	0	0.0	6
<i>Totaal</i>	70	61.9	43	38.1	113

Geslacht	Roken		Rookvrij		Totaal
	n	%	n	%	n
man	27	56.3	21	43.8	48
vrouw	38	64.4	21	35.8	59
missing	5	83.3	1	16.7	6
<i>Totaal</i>	70	61.9	43	38.1	113

Aantal sigaretten	Roken		Rookvrij		Totaal
	n	%	n	%	n
t/m 10 sigaretten	11	64.7	6	35.3	17
11 t/m 15 sigaretten	13	50.0	13	50.0	26
16 t/m 20 sigaretten	18	58.1	13	41.9	31
>20 sigaretten	21	67.7	10	32.3	31
missing	7	87.5	1	12.3	8
<i>Totaal</i>	70	61.9	43	38.1	113

Geboorteland	Roken		Rookvrij		Totaal
	n	%	n	%	n
Nederland	51	62.2	31	37.8	82
Niet-Westers	10	55.6	8	44.4	18
Westers#	2	40.0	3	60.0	5
missing	7	87.5	1	12.5	8
<i>Totaal</i>	70	61.9	43	38.1	113

Aantal deelnemers met Westerse migratieachtergrond te klein om succespercentage te kunnen interpreteren

Hoogste opleiding	Roken		Rookvrij		Totaal
	n	%	n	%	n
Lagere school	8	50.0	8	50.0	16
Middelbare school	23	69.7	10	30.3	33
MBO	24	60.0	16	40.0	40
HBO/Universitair	7	46.7	8	53.3	15
missing	8	88.9	1	11.1	9
<i>Totaal</i>	70	61.9	43	38.1	113

Werksituatie	Roken		Rookvrij		Totaal
	n	%	n	%	n
Betaald werk	23	48.9	24	51.1	47
Werkzoekend/ Arbeidsongeschikt/Bijstand	30	68.2	14	31.8	44
Pensioen/Huisvrouw-man In opleiding	10	66.7	5	33.3	15
missing	7	100.0	0	0.0	7
<i>Totaal</i>	70	61.9	43	38.1	113

Moeite met rondkomen	Roken		Rookvrij		Totaal
	n	%	n	%	n
Grote moeite	15	62.5	9	37.5	24
Enige moeite	12	54.5	10	45.5	22
Geen moeite, wel opletten	13	59.1	9	40.9	22
Geen enkele moeite	23	60.5	15	39.5	38
missing	7	100.0	0	0.0	7
<i>Totaal</i>	<i>70</i>	<i>61.9</i>	<i>43</i>	<i>38.1</i>	<i>113</i>

In bovenstaande tabellen gaat het telkens om de relatie van succes met één afzonderlijk kenmerk van de deelnemers. Omdat deze kenmerken doorgaans met elkaar samenhangen, is ook bekeken welk(e) van de kenmerk(en) het sterkst samenhangt/en met het stopsucces. Daaruit kwam betaald werk als doorslaggevende factor naar voren. Deelnemers met betaald werk hebben 3.5 keer meer kans op succes dan deelnemers die werkzoekend, arbeidsongeschikt, of bijstandsontvanger zijn. Samen met de invloed van andere kenmerken, vertaalde zich dat in de pilot voor de verschillende werksituaties in de onderstaande absolute aantallen gestopte rokers.

Stopsucces naar werksituatie

