



donderdag 10 augustus 2023

Resultaten van rookstopbegeleiding door de tabakoloog in Vlaanderen: een cross-sectionele studie – eindrapport

BELENGER Laurence, PAPPENS Meike,
BOUDREZ Hedwig, SCHOL Sandrina



Inhoudstafel

Samenvatting.....	3
Inleiding.....	5
Roken, een globaal gezondheidsprobleem.....	5
Rookstopintenties en rookstop pogingen.....	5
Rookstophulpmiddelen.....	6
Het rookstopaanbod in Vlaanderen.....	7
Doelstellingen van het onderzoek.....	8
Methode.....	9
Rekrutering en respondenten.....	9
Vragenlijst.....	12
Data-analyse.....	16
Resultaten.....	18
Deelnemers.....	18
Hoofdonderzoeksvragen: rookstoppercentage en abstinentieperiode.....	24
Secundaire onderzoeksvragen.....	30
Discussie.....	34
Profiel van de roker die probeert te stoppen met roken onder begeleiding van een tabakoloog in vergelijking met een roker die op een andere manier probeert te stoppen	34
Rookstopresultaten.....	36

Sterktes van het onderzoek	37
Beperkingen van het onderzoek	38
Beleidsaanbevelingen	39
Conclusie.....	41
Referenties.....	42
 Bijlagen	 46
Bijlage 1: Mailing uitnodiging onderzoek.....	46
Bijlage 2: Vergoeding tabakoloog voor deelname aan het onderzoek	48
Bijlage 3: Profiel van de deelnemende tabakoloog	49
Bijlage 4a: Vragenlijst indexgroep	54
Bijlage 4b: Vragenlijst controlegroep	62
Bijlage 5: Profiel van de deelnemende cliënten	71
Bijlage 6: Lijst figuren en tabellen	74

Resultaten van rookstopbegeleiding door de tabakoloog in Vlaanderen: een cross-sectionele studie – eindrapport

Samenvatting

Een groot deel van de rokers wenst te stoppen met roken. Internationaal onderzoek toont aan dat de kans op succesvol stoppen met roken verhoogt wanneer dit onder gespecialiseerde begeleiding plaatsvindt (Lancaster & Stead, 2017; Rigotti, Kruse, Livingstone-Banks, & Hartmann-Boyce, 2022; Stead, Koilpillai, Fanshawe, & Lancaster, 2016; World Health Organization, 2019).

In Vlaanderen wordt gespecialiseerde rookstopbegeleiding aangeboden door tabakologen. Een tabakoloog is een gezondheidswerker (arts, verpleegkundige, psycholoog, ...) die een bijkomende opleiding Tabakologie en Rookstopbegeleiding heeft gevolgd om rokers deskundig en evidence-based te begeleiden.

Hoewel internationaal onderzoek positieve resultaten aantoont voor gespecialiseerde rookstopbegeleiding, is er in Vlaanderen tot op heden amper onderzoek verricht naar de effectiviteit van de tabakologenpraktijk. Het doel van deze studie was zicht krijgen op de werkzaamheid van rookstopbegeleiding door een tabakoloog. De hoofdonderzoeksvragen waren: 'Wat zijn de rookstoppercentages na rookstopbegeleiding door een tabakoloog, in vergelijking met rokers die op een andere manier proberen te stoppen met roken?' en 'Wat is de abstinentieperiode van hervallen rokers na begeleiding door een tabakoloog in vergelijking met rokers die op een andere manier proberen te stoppen met roken?'. Met secundaire onderzoeksvragen werd nagegaan of er een verschil is was in de frequentie en drang om te roken, in motivatie om te stoppen met roken en in de mate van eigen-effectiviteit of het geloof in het eigen kunnen om te stoppen met roken. Hiervoor werden, in een cross-sectioneel observationele studie, slaagpercentages van een indexgroep (begeleid door een tabakoloog) vergeleken met de resultaten van een controlegroep (stoppoging zonder tabakoloog).

Rokers die in het jaar 2020 een rookstoppoging ondernamen werden uitgenodigd om deel te nemen aan het onderzoek. Voor de rekrutering werd beroep gedaan op tabakologen en hun cliënten alsook een rekruteringsbureau. 666 personen namen deel aan het onderzoek waarvan 214 een stoppoging deden met de hulp van een tabakoloog en 452 personen op een andere manier probeerden te stoppen met roken. Deelnemers vulden een vragenlijst in waarbij naast demografische factoren, ook medische achtergrond, het rookprofiel, voorgaande rookstoppogingen, drang om te roken, motivatie en eigen-effectiviteit in kaart werd gebracht. Aan de hand van zelf-gerapporteerde abstinentie, zowel de langdurige onthouding (continue abstinentie – rookvrij sinds de rookstoppoging) als puntprevalentie (niet gerookt in de voorbije 7 dagen), werden rookstopresultaten bepaald. Ook de abstinentieperiode werd geëvalueerd. Er werd gekeken of het rookstopresultaat voorspeld kon worden door genoten begeleiding, gecontroleerd voor een aantal mogelijk beïnvloedende factoren.

Personen die zich lieten begeleiden door een tabakoloog waren gemiddeld ouder en hadden een zwaarder rookprofiel dan personen die op een andere manier probeerden te stoppen met roken: ze startten doorgaans op vroegere leeftijd met roken, waren vaker dagelijkse rokers, met een hogere mate van nicotineafhankelijkheid en deden in het verleden minder aantal rookstoppogingen. Daarnaast hadden deze personen ook vaker medische en psychiatrische problemen en kregen ze vaker het advies van een gezondheidsprofessional om te stoppen met roken. Van de personen die zich lieten begeleiden door een tabakoloog waren er een groter aantal die gebruik maakte van farmacologische rookstophulpmiddelen.

Rookstoppercentages lagen hoger in de groep die zich liet begeleiden door een tabakoloog dan de groep die op een andere manier probeerde te stoppen met roken. Bovendien hadden hervallers na begeleiding door een tabakoloog een langere abstinentieperiode dan hervallers die op een andere manier probeerden te stoppen met roken. Deze resultaten bleven gelden na controle voor medische situatie, frequentie van gebruik, mate van

nicotineafhankelijkheid, voorgaande rookstop pogingen, en gebruik van bijkomende farmacologische ondersteuning. Rokers verhogen dus hun kans om succesvol te stoppen met roken wanneer ze zich door een tabakoloog laten begeleiden.

Mensen die zich lieten begeleiden door een tabakoloog hadden na het stoppen met roken evenveel drang om te roken, maar deze drang was minder intens dan bij mensen die op een andere manier probeerden te stoppen met roken. Zowel de motivatie als de mate van eigen-effectiviteit was hoger na begeleiding door een tabakoloog. Rokers die zich door een tabakoloog laten begeleiden zijn dus beter gewapend tegen triggers voor herval.

Ondanks de beperkingen van het gekozen onderzoeksdesign, biedt deze studie een belangrijke indicatie voor de meerwaarde van tabakologen in Vlaanderen. Rokers verhogen hun kansen om succesvol te stoppen met roken wanneer ze zich door een tabakoloog laten begeleiden en dit ongeacht hun medische situatie, frequentie van gebruik, mate van nicotineafhankelijkheid, voorgaande rookstop pogingen, en bijkomende farmacologische ondersteuning.

Inleiding

Roken, een globaal gezondheidsprobleem

Roken is wereldwijd nog steeds de voornaamste te voorkomen oorzaak van morbiditeit en mortaliteit. Wereldwijd veroorzaakt tabaksgebruik 7.7 miljoen overlijdens per jaar (Reitsma et al., 2021). Ook in België sterven er jaarlijks naar schatting tussen 14 000 en 20 000 mensen aan de gevolgen van roken (Stichting tegen kanker, n.d.; 'The Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME),' 2019).

Op lichamelijk vlak gaat roken gepaard met een verhoogde kans op cardiovasculaire en respiratoire aandoeningen, verschillende soorten kanker, onvruchtbaarheid, infecties, osteoporose, en tal van andere gezondheidsproblemen. Roken is verantwoordelijk voor 33% van de kankerincidentie (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2020; Reitsma et al., 2021). Verder is er een sterke associatie tussen tabaksgebruik en een slechte mentale gezondheid (psychische aandoeningen, angsten, depressies en stress). Rokers met mentale problemen zijn meer nicotine afhankelijk en roken over het algemeen meer dan rokers zonder mentale problemen. Individuen met mentale problemen roken meer omdat zij het gevoel hebben dat als ze roken, ze beter met hun angsten en negatieve gevoelens kunnen omgaan. Vanwege de overtuiging dat roken de mentale problemen verlicht, is het vaak moeilijk om ermee te stoppen (Boksa, 2017; Taylor et al., 2014). Op niveau van de maatschappij brengt roken naast het verlies aan kwaliteitsvolle levensjaren (Reitsma et al., 2021) ook hoge economische kosten (Nargis et al., 2022; Vander Leanen, Lievens, Pauwels, Hardyns, & Schils, 2016) en schade voor het milieu (World Health Organization, 2022) met zich mee.

Stoppen met roken brengt zowel op korte als lange termijn gezondheidswinst met zich mee, zowel een verbetering in algemeen welzijn, mentale gezondheid als fysiek welbevinden. Kortom, rookstop wordt naast een verminderd risico op gezondheidsproblemen ook geassocieerd met een verhoging van de levenskwaliteit (Goldenberg et al., 2014).

Een groot deel van de rokers wenst dan ook te stoppen met roken (Fiers & Braekman, 2022; Ipsos Belgium, 2019; World Health Organization, 2019). Velen hebben echter meerdere rookstop pogingen nodig om tot een succesvolle rookstop te komen. Door de aanwezigheid van nicotine in tabaksproducten, een verslavende stof omwille van zijn neurobiologische werking in de hersenen (Benowitz, 2010; Tiwari, Sharma, Pandey, & Shukla, 2020), is er sprake van fysieke verslaving, wat het stoppen moeilijker maakt. Daarnaast bouwen rokers doorheen de jaren tevens een psychologische en gedragsmatige afhankelijkheid op, waarbij bepaalde situaties en emoties geassocieerd worden aan roken en triggers worden voor roken en hervat (Benowitz, 2010).

Rookstopintenties en rookstop pogingen

Uit de rookenquête van Stichting tegen Kanker blijkt 24% van de volwassen bevolking in Vlaanderen roker te zijn, waarvan 19% dagelijkse rokers en 6% occasionele rokers (Ipsos, 2021). Volgens de preventiebarometer van Sciensano (Fiers & Braekman, 2022) zijn dat er in Vlaanderen 14.2%, waarvan 9% dagelijkse rokers en 5.1% occasionele rokers.

Een groot deel van de rokers wenst te stoppen met roken. Volgens de rookenquête (Ipsos, 2021) zou 64% van de rokers in België willen stoppen met roken, waarvan 42% de intentie heeft om dit binnen de 12 maanden te doen. Ook volgens de preventiebarometer (Fiers & Braekman, 2022) heeft 42.9% van de dagelijkse rokers in Vlaanderen de intentie om in de komende 12 maanden te stoppen met roken. In de enquête van Sciensano werd bovendien de eigen-effectiviteit, of het vertrouwen dat iemand heeft in zijn eigen kunnen om te stoppen met roken, bevraagd. Slechts 17.2% van de dagelijkse rokers in Vlaanderen met de intentie om te stoppen, is

zeker tot heel zeker dat dit zal lukken terwijl 82.8% helemaal niet tot een beetje zeker is (lage eigen-effectiviteit) (Fiers & Braekman, 2022).

Stoppen met roken is moeilijk en vereist vaak meerdere rookstop pogingen. Volgens de Wereldgezondheidsorganisatie slaagt slechts 4% van diegenen die zonder rookstopondersteuning een serieuze rookstop poging doen erin om succesvol te stoppen met roken (World Health Organization, 2016). Van diegenen die in België een rookstop poging ondernamen rookte de helft (54%) weer binnen de drie maanden. Slechts 18% is na één jaar een succesvolle ex-roker (Ipsos, 2021). Uit onderzoek blijkt dat een roker gemiddeld 6.1 rookstop pogingen nodig heeft vooraleer hij stopt met roken voor een periode langer dan één jaar (Chaiton et al., 2016).

Rookstophulpmiddelen

Een van de speerpunten in de strijd tegen de tabaksepidemie, die beschreven staat in het Raamakkoord (Framework Convention on Tobacco Control [FCTC]) van de Wereldgezondheidsorganisatie, is het aanbieden van rookstophulp. Rokers verhogen hun kansen om succesvol te stoppen met roken wanneer ze gebruik maken van effectief bewezen interventies. Er bestaan verschillende vormen van ondersteuning en hulpmiddelen die het stoppen met roken kunnen faciliteren.

Enerzijds is er de farmacologische ondersteuning die inspeelt op de fysieke afhankelijkheid. Het lichaam raakt bij het roken snel gewoon aan de verslavende stof nicotine. Bij rookstop treden er ontwenningssverschijnselen op. Deze kunnen worden onderdrukt of verlicht door rookstopmedicatie. Allereerst zijn er nicotinesubstitutieproducten of nicotinevervangers (Nicotine Replacement Therapy [NRT]). Deze zijn zonder voorschrift te halen bij de apotheek. Nicotinevervangers kunnen zowel oraal als via de huid worden toegediend (zuigtabletten, pleisters, kauwgommen, inhalers, mondsprays ...) en bestaan in verschillende doseringen. De effectiviteit van farmacotherapie is aangetoond. Alle vormen van NRT verhogen de kans op een succesvolle rookstop poging (Hartmann-Boyce, Chepkin, Ye, Bullen, & Lancaster, 2018; Rigotti et al., 2022). Het gebruik van NRT is geassocieerd met hogere rookstoppercentages (17%) dan placebo of geen hulp (10%, RR = 1.55)(Rigotti et al., 2022). Naast deze middelen, bestaat er ook medicatie op voorschrift (Bupropion, Varenicline) die ook reeds zijn effectiviteit bij het stoppen met roken heeft bewezen (Cahill, Stevens, Perera, & Lancaster, 2013; Kotz, Brown, & West, 2014; Rigotti et al., 2022). Bupropion en Varenicline brengen na 6 maanden follow-up hogere slaagpercentages met zich mee dan een controlegroep, respectievelijke 19% (vs 11%, RR = 1.64) en 26% (vs 11% RR = 2.24)(Rigotti et al., 2022).

Daarnaast kan volgens recent advies van de Belgische Hoge Gezondheidsraad (2022) ook de e-sigaret een mogelijk hulpmiddel zijn om te stoppen met roken. Uit onderzoek bleken stoppercentages hoger te zijn bij het stoppen met roken met behulp van een (nicotine bevattende) e-sigaret in vergelijking met NRT, wanneer beiden samengingen met gedragsmatige begeleiding (Hajek et al., 2019). Het gebruik van de e-sigaret is echter niet zonder risico en de impact van het gebruik ervan op lange termijn op vlak van gezondheid is nog onbekend (Hoge Gezondheidsraad, 2022; World Health Organization, 2019). Uit een onderzoek bleek dat een groot deel van de rokers die met e-sigaret stopte met roken een jaar na het onderzoek de e-sigaret bleven gebruiken (Robertson et al., 2019).

Anderzijds bestaat er gedragsmatige ondersteuning. Hieronder vallen de quitlines, korte rookstopadviezen, maar ook intensieve gedragsmatige begeleiding (individueel of in groep). Internationaal onderzoek toont aan dat de kans op succesvol stoppen met roken verhoogt wanneer dit onder begeleiding plaatsvindt in vergelijking met het ontvangen van een kort rookstopadvies of het gebruik maken van zelfhulp materialen. (Lancaster & Stead, 2017). Intensieve gespecialiseerde rookstopbegeleiding brengt een verdubbeling van de rookstoppercentages met zich mee in vergelijking met minder intensieve vormen van begeleiding (Kotz et al., 2014; Stead et al., 2016). Ongeacht het gebruik van farmacotherapie ligt de kans op rookstop hoger met gedragsmatige begeleiding dan geen interventie (8.5% vs 6.0%, OR = 1.44)(Rigotti et al., 2022).

De meest effectieve manier om succesvol te stoppen met roken is de combinatie van gedragsmatige- en farmacologische ondersteuning (Rigotti et al., 2022; Stead et al., 2016; West et al., 2015; World Health

Organization, 2019). Deze combinatie werkt zowel op de lichamelijke als psychologische afhankelijkheid en werkt dus complementair. Farmacologische ondersteuning is nodig om de lichamelijke ontwenningssverschijnselen op te vangen, gedragsondersteuning helpt om beter gewapend te zijn tegen triggers voor hervat en zo een rookstop langer vol te houden (Kotz et al., 2014). Met deze combinatie verhoogt het slaagpercentage tot 15.2% in vergelijking met 8.6% bij kort rookstopadvies (RR = 1.83) (Rigotti et al., 2022).

Ondanks deze bestaande hulpmiddelen en interventies, blijkt uit de literatuur dat slechts 31% van de rokers bij een stoppoging gebruik maakt van effectief-bewezen hulpmiddelen bij het stoppen met roken (Babb, Malarcher, Schauer, Asman, & Jamal, 2017). Zowel uit de enquête van Stichting tegen Kanker als uit de preventiebarometer van Sciensano blijkt dat in België en Vlaanderen een beperkte groep bij hun rookstoppoging gebruik maken van rookstophulpmiddelen. De grote meerderheid (tussen 68% en 74.9%) probeert alleen te stoppen met roken. Het aantal personen die beroep doen op gedragsmatige begeleiding door een tabakoloog is zeer klein, namelijk tussen 1.6% en 4% (Fiers & Braekman, 2022; Ipsos, 2021).

Het rookstopaanbod in Vlaanderen

In Vlaanderen wordt gespecialiseerde rookstopbegeleiding aangeboden door tabakologen. Een tabakoloog is een gezondheidswerker (met een basisdiploma als arts, psycholoog, verpleegkundige, ...) die een bijkomende deeltijdse jaaropleiding Tabakologie en Rookstopbegeleiding heeft gevolgd om rokers deskundig en evidence-based te begeleiden bij hun rookstop. In Vlaanderen kan men deze opleiding volgen bij de Vlaamse Vereniging voor Respiratoire Gezondheidszorg en Tuberculosebestrijding vzw. De opleiding is een interuniversitaire permanente vorming, waarbij competenties en vaardigheden worden getraind in het uitvoeren van anamnese, motiverende gespreksvoering, farmacologische begeleiding, en strategieën met betrekking tot gedragsverandering en terugvalpreventie. Enkel met deze vorming kan men geregistreerd worden in het Vlaams kadaster voor tabakologen en kunnen rokers van de Vlaamse vergoeding inzake rookstopbegeleiding gebruik maken. Rokers kunnen bij tabakologen zowel individueel als in groep begeleid worden of ze kunnen gratis telefonisch contact opnemen met een tabakoloog bij de telefonische hulplijn Tabakstop. Tijdens deze gedragsmatige begeleiding wordt er in functie van de individuele situatie en noden specifieke aandacht geschonken aan verschillende aspecten. Ten eerste wordt er stilgestaan bij de fysieke ontwenning. Er wordt uitleg gegeven over de bestaande farmacologische hulpmiddelen en advies gegeven over de nodige dosering in functie van het rookprofiel en de mate van nicotineverslaving van de cliënt. Verder gaat er specifieke aandacht naar de psychologische en gedragsmatige verslaving. Er wordt onder andere stilgestaan bij triggers die drang naar een sigaret kunnen opwekken en alternatieve gedragingen en nieuwe coping mechanismen worden aangemoedigd. Aan de hand van motiverende gespreksvoering wordt er tevens gewerkt rond het verhogen van de intrinsieke motivatie en eigen-effectiviteit.

Wanneer begeleiding gevolgd wordt bij een geregistreerde tabakoloog in Vlaanderen, wordt dit deels vergoed door de overheid. De roker heeft per jaar recht op 4 uur individuele begeleiding of 8 uur groepsbegeleiding. Bovendien is er voor rokers met recht op verhoogde tegemoetkoming een grotere financiële tussenkomst door de Vlaamse overheid (Departement Zorg, z.d) in het kader van proportioneel universalisme en de bestrijding van gezondheidsongelijkheid.

Hoewel internationaal onderzoek positieve resultaten aantoont voor gespecialiseerde rookstopbegeleiding, is er in Vlaanderen tot op heden amper onderzoek verricht naar de effectiviteit ervan. Het doel van deze studie is zicht krijgen op de werkzaamheid van rookstopbegeleiding door een tabakoloog: 'Leidt rookstopbegeleiding door een tabakoloog tot hogere slaagpercentages dan zonder begeleiding door een tabakoloog?'. Hiervoor worden slaagpercentages van een indexgroep begeleid door een tabakoloog vergeleken met de resultaten van een controlegroep (stoppoging zonder tabakoloog). In een cross-sectioneel observationele studie worden rokers die het afgelopen jaar een rookstoppoging ondernamen bevraagd.

Doelstellingen van het onderzoek

Met dit onderzoek werden de kortetermijn-resultaten na rookstopbegeleiding door een tabakoloog in kaart gebracht. Deze resultaten werden vergeleken met rookstopresultaten van een controlegroep, waarbij rokers op een andere manier probeerden te stoppen met roken.

De hoofdonderzoeksvragen waren:

- Wat zijn de rookstoppercentages, zowel volgens de continue abstinentie als puntprevalentie, na rookstopbegeleiding door een tabakoloog in vergelijking met rokers die op een andere manier proberen te stoppen met roken?
- Wat is de abstinentieperiode van de hervallen rokers na rookstopbegeleiding door een tabakoloog in vergelijking met rokers die op een andere manier proberen te stoppen met roken?

De secundaire onderzoeksvragen waren:

- Is er een verschil in frequentie en sterkte van de drang om te roken bij rokers die zich laten begeleiden door een tabakoloog in vergelijking met rokers die op een andere manier proberen te stoppen met roken?
- Is er een verschil in motivatie om te stoppen met roken bij rokers die zich laten begeleiden door een tabakoloog in vergelijking met rokers die op een andere manier proberen te stoppen met roken?
- Is er een verschil in de mate van eigen-effectiviteit van rokers die zich laten begeleiden door een tabakoloog in vergelijking met rokers die op een andere manier proberen te stoppen met roken?

Methode

Om een antwoord te kunnen formuleren op de primaire en secundaire onderzoeksvragen werd een kwantitatieve studie met een cross-sectioneel onderzoeksdesign uitgevoerd. Dit is een methode voor observationeel onderzoek waarbij een bepaald gedrag of een bepaalde prestatie bij individuen op een bepaald moment in de tijd geobserveerd wordt (Kesmodel, 2018; Mann, 2003; Spector, 2019). Dit type design kan gebruikt worden om het verband tussen blootstelling en resultaat analytisch na te gaan (Kesmodel, 2018; Spector, 2019). Binnen deze studie werden rookstopresultaten van twee groepen met elkaar vergeleken, een indexgroep, personen die met behulp van een tabakoloog probeerden te stoppen met roken en een controlegroep, personen die op een andere manier probeerden te stoppen met roken. De data-verzameling vond plaats aan de hand van een zelf-rapportage vragenlijst.

Rekrutering en respondenten

Personen die in het jaar 2020 een serieuze rookstoppoging ondernamen en al dan niet succesvol stopten met roken werden uitgenodigd om deel te nemen aan het onderzoek. Zowel personen die probeerden te stoppen met de hulp van een tabakoloog als mensen die op andere manieren probeerden te stoppen met roken werden gerekruteerd. Voor de indexgroep werd het op consultatie gaan bij een tabakoloog (vanaf de eerste consultatie) beschouwd als een serieuze rookstoppoging. Bij de controlegroep werd een serieuze rookstoppoging gedefinieerd als 'elke poging die leidde tot minstens 24 uur niet roken'. De rekrutering vond plaats via tabakologen enerzijds en via een marktonderzoeksbureau anderzijds.

Indexgroep – rookstoppoging met begeleiding van een tabakoloog

Voor de rekrutering van de indexgroep werd de medewerking van tabakologen gevraagd. Via verschillende kanalen werden tabakologen op de hoogte gebracht van het onderzoek en werden ze uitgenodigd om hieraan deel te nemen. De rekruteringsperiode van de indexgroep liep van 02/02/2021 tot en met 25/08/2021¹.

- Binnen elke provincie werd tijdens de regionale intervisiemomenten van tabakologen het onderzoek aan de hand van een PowerPointpresentatie toegelicht en was er ruimte om vragen te stellen. De intervisiemomenten vonden plaats op volgende dagen: West-Vlaanderen op 02/02/2021, Oost-Vlaanderen op 04/02/2021 (geannuleerd o.w.v. beperkt aantal deelnemers), Antwerpen-Mechelen op 09/02/2021, Vlaams-Brabant en Brussel op 11/02/2021 en Limburg op 18/02/2021.
- Een laatste voorstelling van het onderzoek werd uitgevoerd tijdens de Werkgroep Tabakologen (WET-groep) op 23/02/2021.
- Tabakologen die hun gegevens vrij beschikbaar maakten op de website www.tabakologen.be werden met een persoonlijke mail aangeschreven (zie bijlage 1). Er werden, volgens de Dillman-methode (Hoddinott & Bass, 1986), twee reminders voorzien: na 3 weken en na 7 weken. De rekruteringsmails werden uitgestuurd op volgende data:
 - 1^e wave: 10/03/2021 t.e.m. 15/03/2021
 - 1^e reminder: van 07/04/2021 t.e.m. 09/04/2021
 - 2^e reminder: van 02/05/2021 t.e.m. 07/05/2021

¹ De rekrutering van tabakologen voor deelname aan het onderzoek verliep moeizaam. De voorziene start van het onderzoek viel samen in tijd met aanpassingen aan de uitbetalingsportaal voor tabakologen. Dit bracht veel administratieve last en daarmee samenhangend ongenoegen bij tabakologen met zich mee. Vermoedelijk had dit een negatieve impact op de bereidheid van tabakologen tot deelname aan het onderzoek.

- Op 25 maart 2021 werd een artikel toegewijd aan het onderzoek toegevoegd aan de nieuwsbrief voor tabakologen. Meer informatie kon verkregen worden via een inschrijvingsformulier via de website van de VRGT.
- In juli 2021 werden een aantal random gekozen tabakologen, waarvan nog geen reactie werd ontvangen, telefonisch gecontacteerd.

Tabakologen die bereid waren tot deelname kregen de nodige instructies om hun Nederlandstalige in Vlaanderen gedomicilieerde meerderjarige (18+) cliënten van het voorbije jaar (2020) per mail of per post aan te schrijven, met de vraag om deel te nemen aan de enquête. De nodige voorbeeldmails en voorgefrankeerde postpakketten werden hen hiervoor bezorgd. Er werd een financiële vergoeding voorzien voor tabakologen in functie van het aantal cliënten die ze aanschreven (en dus i.f.v. de werktijd dat ermee gepaard ging)(zie bijlage 2). Er werden zowel papieren als online versie (a.d.h.v. SurveyMonkey) van de vragenlijst voorzien. Cliënten die de papieren versie ontvingen, kregen hierbij ook een informatiebrief met beknopte uitleg over het onderzoek en een hyperlink naar een uitgebreidere informatiebrochure. Er werd gevraagd om akkoord (informed consent) te geven alvorens de vragenlijst in te vullen. Indien nodig kon er contact worden opgenomen met de hoofdonderzoekers om vragen te stellen. Cliënten die de vragenlijst online invulden dienden na het lezen van de informatiebrief eveneens eerst hun akkoord aan te duiden alvorens ze de vragenlijst konden invullen. Er werd een hyperlink voorzien naar de uitgebreide informatiebrochure en indien ze dit wensten konden ze de hoofdonderzoekers contacteren met hun vragen.

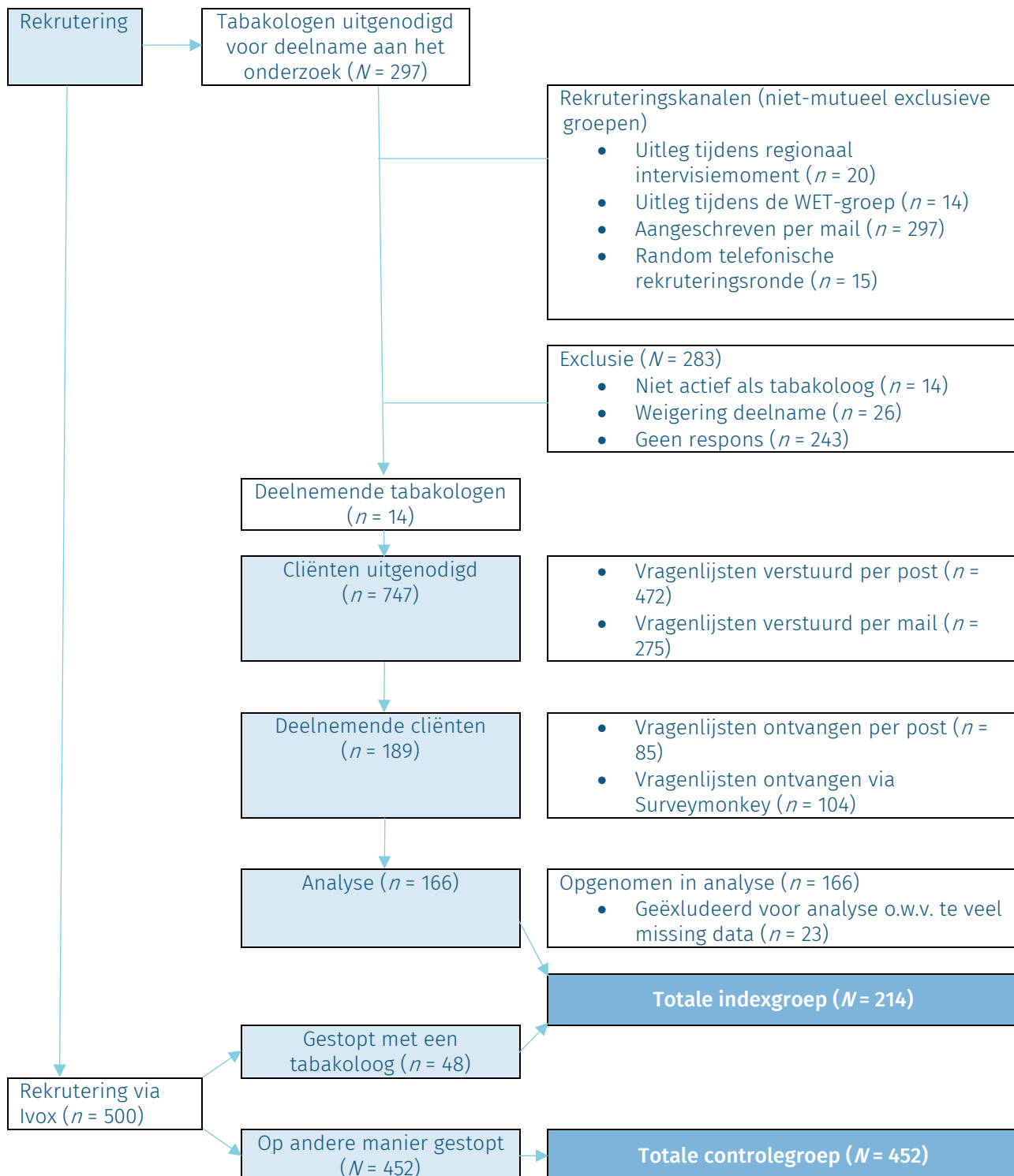
Alle ingevulde vragenlijsten (zowel op papier als online) kwamen rechtstreeks bij de hoofdonderzoekers (VRGT) terecht. Cliënten vulden alles anoniem in. Er konden dan ook geen resultaten van cliënten teruggekoppeld worden naar de tabakoloog. Na afloop van het onderzoek werden 10 cadeaubonnen ter waarde van 50 euro verloot onder de deelnemende cliënten.

In totaal schreven 14 tabakologen² samen 747 cliënten aan. De vragenlijst werd tussen 29 maart 2021 en 25 augustus 2021 door 189 cliënten teruggestuurd. In Figuur 1 wordt een overzicht gegeven van het rekruteringsproces. De antwoorden van 23 cliënten konden niet mee opgenomen worden in de analyses omwille van te veel ontbrekende gegevens³.

Naast de rekrutering via tabakologen werden ook deelnemers die via het marktonderzoeksbureau deelnamen geïncludeerd bij de indexgroep, indien zij gebruik maakten van de hulp van een tabakoloog of tabakstop tijdens hun rookstoppoging ($n = 48$) (zie verder).

² Om de representativiteit van deelnemende tabakologen na te gaan, werd het profiel van de deelnemende tabakoloog ($n = 14$) vergeleken met het profiel van de in 2020 actieve tabakoloog in Vlaanderen ($n = 217$). Hierbij werd zowel gekeken naar demografische als begeleidingsfactoren. Zie bijlage 3.

³ Deelnemers waarbij meer dan 70% van de vragenlijst niet werd ingevuld werden als ongeldige deelname beschouwd en niet mee opgenomen in het onderzoek.



Figuur 1. Rekruteringsproces index- en controlegroep

Controlegroep – rookstoppoging zonder begeleiding van een tabakoloog

Om de resultaten van de indexgroep te kunnen vergelijken met resultaten van rokers die op een andere manier probeerden te stoppen met roken, werd een externe controlegroep gerekruteerd. Om een zo representatief mogelijke steekproef te bekomen werd er voor de rekrutering samengewerkt met het marktonderzoeksbureau iVox. Zij schreven hun panelleden aan die voldeden aan de inclusiecriteria. Enkel Nederlandstalige in Vlaanderen gedomicilieerde meerderjarigen (18+) die in het jaar 2020 een serieuze rookstoppoging ondernamen werden gevraagd om de online vragenlijst in te vullen. Een serieuze rookstoppoging werd gedefinieerd als 'elke poging die leidde tot minstens 24 uur niet roken'.

Aangezien het marktonderzoeksbureau zijn leden aan de hand van punten, die ze kunnen opsparen en inwisselen tegen prijzen, vergoedt voor het invullen van enquêtes werden er voor deze groep geen cadeaubonnen verloot.

Tussen 23 februari en 7 maart 2021 vulden in totaal 500 deelnemers de vragenlijst in. Aangezien een aantal van deze personen tijdens hun rookstoppoging beroep deden op de hulp van een tabakoloog of tabakstop ($N = 48$), werden deze bij de indexgroep geïncludeerd. De controlegroep bestond uiteindelijk uit 452 deelnemers.

Vragenlijst

Zowel de index- als de controlegroep vulden dezelfde vragenlijst in (zij bijlage 4). De indexgroep kon de vragenlijst zowel op papier als online invullen. De controlegroep vulde de vragenlijst online in. Het online invullen van de vragenlijst nam na het geven van geïnformeerde toestemming, voor de index- en de controlegroep gemiddeld respectievelijk 11:7 minuten en 6:31 minuten in beslag. Aan de hand van zelf-rapportage werden naast algemeen demografische gegevens en medische achtergrond ook het rookprofiel, de rookstoppoging, motivatie en eigen-effectiviteit in kaart gebracht.

Roken werd in de vragenlijst, naar analogie met de jaarlijkse enquête van Stichting Tegen Kanker (Ipsos Belgium, 2019) gedefinieerd als 'het roken van sigaretten, roltabak, sigaren, sigarillo's of waterpijp en dus niet de elektronische sigaretten'.

Demografische gegevens

Algemeen demografische gegevens werden verzameld, zoals: geslacht (*man; vrouw; ander*), leeftijd (*geboortjaar*), opleidingsniveau of scholingsgraad (*geen diploma; lager onderwijs; secundair beroeps; secundair technisch; secundair algemeen onderwijs; hoger onderwijs; universitair onderwijs*), tewerkstellingssituatie (*voltijds; meer dan halftijds; halftijds; minder dan halftijds; student; huisvrouw/huisman; werkloos; arbeidsongeschikt; gepensioneerd/prepensioen/brugpensioen; andere*), netto-maandinkomen van het gezin (*≤ 1000 euro/maand; 1001-2000 euro/maand; 2001-3000 euro/maand; 3001-4000 euro/maand; 4001 – 5000 euro/maand; meer dan 5000 euro/maand; wens ik niet te beantwoorden*), provincie (*Antwerpen; Oost-Vlaanderen; West-Vlaanderen; Limburg; Vlaams-Brabant*), nationaliteit (*enkel Belgische; Belgische en een andere; enkel andere*), gezinssituatie (*gehuwd of samenwonend met partner; alleenstaand, gescheiden of weduwe/weduwenaar; andere*).

In de analyses werden voor de bepaling van de sociaal economische status van de deelnemers telkens de variabelen opleidingsniveau, werksituatie en inkomen in rekening gebracht. Volgende hercodering werd hiervoor toegepast:

Het opleidingsniveau of de scholingsgraad werd ingedeeld in 3 categorieën: ‘Laag geschoold’, ‘Midden geschoold’ en ‘Hoog geschoold’. Dit stemt respectievelijk overeen met de niveau’s 0-2, 3-4 en 5-8 van de International Standard Classification of Education van 2011 (United Nations Educational Scientific and Cultural Organization, 2012). Laaggeschoolden werden gedefinieerd als ‘personen die het secundair onderwijs niet hebben afgerond’ (‘Geen diploma’ of ‘Lager onderwijs’). Middengeschoolden waren personen die een diploma secundair onderwijs behaalden van de derde graad (‘Diploma secundair technisch onderwijs’ of ‘Diploma secundair algemeen onderwijs’). Hooggeschoolden waren personen met een diploma hoger onderwijs, inclusief voortgezet universitair onderwijs of een doctoraat.

Voor de werksituatie werden er 5 categorieën gemaakt. De werkenden werden onderverdeeld in voltijds of deeltijds werkenden (‘meer dan halftijds’, ‘halftijds’ en ‘minder dan halftijds’). Daarnaast zijn er de niet-werkenden waaronder werklozen en inactieve personen die binnen dit onderzoek werden benoemd als niet-beroepsactieven (‘studenten’, ‘huisvrouw/huisman’ en ‘werklozen’). Tot slot waren er de gepensioneerden.

Voor inkomen werden er 3 categorieën gemaakt op basis van de cijfers van Statistiek Vlaanderen (2021) die stellen dat het gemiddeld netto gezinsinkomen van laaggeschoolden gemiddeld 1809 euro was, 2327 euro voor middengeschoolden en 2916 euro voor hooggeschoolden. De drie categorieën binnen dit onderzoek waren ‘laag inkomen’ (≤1000 euro/maand, 1001-2000 euro/maand), ‘midden inkomen’ (2001-3000 euro/maand) en ‘hoog inkomen’ (3001-4000 euro/maand, 4001-5000 euro/maand, meer dan 5000 euro/maand). De optie ‘wens ik niet te beantwoorden’ werd als missing gecodeerd.

Medische achtergrond

Om een beeld te verkrijgen van mogelijke beïnvloedende factoren werden medische achtergrondgegevens van de deelnemers bevraagd. Aan de hand van een open vraag werd er nagevraagd of ze net voor de laatste rookstop poging leden aan een bepaalde ziekte (bv. *cardiovasculaire problemen, respiratoire aandoening, obesitas, diabetes, kanker, ...*), psychiatrische aandoening (bv. *depressie, bipolaire stoornis, schizofrenie, ...*), of er sprake was van een zwangerschap (bij de deelnemer of diens partner), of de huisarts of andere gezondheidsprofessional omwille van de gezondheid van de patiënt reeds geadviseerd had om te stoppen met roken (*ja/nee*).

Daarnaast werd ook de comorbide-verslaving in kaart gebracht, door gebruik van andere verslavende middelen te bevragen. De frequentie van het gebruik van cannabis, drugs (cocaïne, heroïne, ...), alcohol of andere verdovende middelen kon beoordeeld worden op een schaal gaande van nooit, maandelijks of minder, wekelijks tot dagelijks gebruik.

Rookprofiel

Om een beeld te krijgen van de rookstoppers en na te gaan of de index- en controlegroep vergelijkbare groepen zijn, werd het rookprofiel bepaald. Bij elk van deze vragen werd verwezen naar de situatie die van toepassing was net voor hun laatste rookstop poging en niet naar hun situatie op het moment van het invullen van de vragenlijst. Factoren die bevraagd werden om het rookprofiel in kaart te brengen waren:

- De leeftijd waarop men is beginnen roken. Op basis hiervan kon, samen met het aantal gerookte sigaretten per dag, het aantal pakjaren berekend worden. Hiervoor werd het aantal jaren dat iemand gerookt heeft vermenigvuldigd met het aantal gerookte sigaretten per dag, gedeeld door 20 sigaretten.
- De gebruiksfrequentie: dagelijks/niet dagelijkse roker.
- Gebruikte producten: filtersigaretten, pijp, roltabak, snuss, waterpijp, sigaar of cigarillo, elektronische sigaret (met of zonder nicotine), andere.

- Het aantal serieuze rookstop Pogingen die in het verleden reeds werden ondernomen (*1 keer, 2 keer, 3 keer, 4 keer of meer*). Een serieuze rookstop Poging werd gedefinieerd als ‘elke Poging die leidde tot minstens 24 uur niet roken’.
- Mate van verslaving of nicotineafhankelijkheid werd bevraagd aan de hand van de *Heaviness of Smoking Index* (HSI; Fidler, Shahab, & West, 2011; Heatherton, Kozlowski, Frecker, Rickert, & Robinson, 1989; Kozlowski, Porter, Orleans, Pope, & Heatherton, 1994). De *Heaviness of Smoking Index* is een verkorte versie van de Fagerström Test for Nicotine Dependence (FTND) en werd berekend als de som van de scores op twee items die telkens een score krijgen tussen 0 en 3; namelijk ‘*Hoe snel na het wakker worden rookte u uw eerste sigaret? (binnen de 5 minuten (3); 6-30 minuten (2); 31-60 minuten (1); na 60 minuten (0))*’ en ‘*Gemiddeld aantal gerookte sigaretten per dag (1 – 10 (0); 11-20 (1); 21-30 (2); meer dan 30 (3))*’. De totale score ligt tussen 0 en 6, waarbij een score tussen 0 en 2 een lage nicotineafhankelijkheid, een score tussen 3 en 4 een gemiddelde en tussen 5 en 6 een hoge nicotineafhankelijkheid weerspiegelt. De interne consistentie van beide items was aanvaardbaar tot goed ($\alpha = .671$).

Rookstop Poging

Personen die in 2020 een serieuze rookstop Poging ondernamen werden uitgenodigd om deel te nemen aan het onderzoek. Er werd bevraagd wanneer de laatste serieuze rookstop Poging plaatsvond. Voor de indexgroep werd het op consultatie gaan bij een tabakoloog (vanaf de eerste consultatie) beschouwd als een serieuze rookstop Poging. Bij de controlegroep werd een serieuze rookstop Poging gedefinieerd als ‘elke Poging die leidde tot minstens 24 uur niet roken’.

De gehanteerde **rookstopmethode** werd summier in kaart gebracht. Wanneer iemand zich liet begeleiden door een tabakoloog of tabakstop werd de modaliteit van deze begeleiding bevraagd. De periode van begeleiding werd bevraagd aan de hand van de datum van de eerste en laatste consultatie, het aantal genoten consultaties⁴, of het individuele of groepsbegeleiding betrof, de vorm waaronder de consultaties hebben plaatsgevonden (online via videobellen, fysieke face-to-face begeleiding of telefonische consultaties). Ook voor de telefonische begeleiding door Tabakstop werd de periode van begeleiding aan de hand van datum van de eerste en laatste consultatie en het aantal telefonische contacten bevraagd. Daarnaast werden gebruikte rookstop hulpmiddelen bij beide groepen in kaart gebracht: voorgeschreven medicatie (*Varenicline (Champix); Zyban (Bupropion); andere; weet ik niet meer*), nicotinevervangende middelen (*nicotinepleister, mondspray, zuigtablet, kauwgom, inhaler, andere; weet ik niet meer*), e-sigaret (*met of zonder nicotine*), zelfhulp a.d.h.v. internet, brochures, boeken, ..., of alternatieve hulp. Meerdere antwoordopties konden aangeduid worden. De optie ‘*ik heb geen specifieke methode of hulpmiddelen gebruikt*’ kon ook aangevinkt worden. Onder de optie ‘*andere*’ werd een open veld voorzien waar indien gewenst extra uitleg genoteerd kon worden.

Om **rookstopresultaten** te bepalen werd zowel naar de rookstatus als naar de abstinentieperiode gekeken. Voor de **rookstatus** werden twee maten van abstinentie gehanteerd: de puntprevalentie en de continue abstinentie (Hughes, Carpenter, & Naud, 2010; Hughes et al., 2003). Beide maten werden gebaseerd op zelfgerapporteerde onthouding. De puntprevalentie werd berekend als het percentage deelnemers dat in de laatste 7 dagen geen enkele sigaret heeft gerookt. Hiervoor werd de huidige rookstatus bevraagd (*‘Hebt u in de laatste 7 dagen gerookt? (ook één sigaret wordt beschouwd als roken)’*) En indien wel *‘Hoeveel sigaretten of andere zaken op basis van tabak (bv. pijp, sigaar) heeft u de laatste 7 dagen in totaal gerookt?’*). Daarnaast werd de continue abstinentie berekend als het percentage deelnemers dat tot het moment van het invullen van de vragenlijst volledig rookvrij gebleven is. De vraag *‘Bent u sinds de laatste rookstop Poging rookvrij gebleven?’* werd hiervoor gebruikt. De antwoordmogelijkheden waren: *‘Ja, ik ben rookvrij gebleven’*, *‘Nee, ik heb*

⁴ Het aantal genoten consultaties werd afgetoet op 8 consultaties. Aangezien de terugbetaling van rookstopbegeleiding in Vlaanderen maximum 48 punten voorziet, wat doorgaans overeenkomt met 8 sessies van 30 minuten, werd in de resultaten het aantal consultaties afgetoet op ‘8 sessies of meer’.

nog een paar sigaretten gerookt; *'Nee, ik ben hervallen'*. Een succesvolle rookstop poging werd gedefinieerd als 'een poging waarbij er geen enkele sigaret meer werd gerookt'.

Om de **abstinentieperiode** te bepalen werd aan personen die aangaven een paar sigaretten te hebben gerookt of hervallen te zijn bijkomend de vraag gesteld hoe lang ze er in geslaagd zijn om rookvrij te blijven (*minder dan een week, tussen een week en een maand, tussen een maand en 3 maanden, tussen 3 maanden en 6 maanden, tussen 6 maanden en een jaar*). Voor de verdere analyses werd deze variabele dummy gecodeerd: minder dan 3 maanden rookvrij of meer dan 3 maanden rookvrij.

Drang naar roken

De drang naar roken in de voorbije 24 uur werd bevraagd aan de hand van de *Strength of Urges To Smoke* index (SUTS; Fidler et al., 2011; Kotz, Brown, & West, 2014). Deze meting bestaat uit twee afzonderlijke items. Het eerste item *Time spent with urges to smoke in the past 24 hours (TSU)* peilt naar de frequentie van de drang naar roken in de afgelopen 24 uur en werd vertaald naar *'Hoe vaak heeft u in de afgelopen 24 uur de neiging gehad om te roken? (nooit (1), zelden (2), soms (3), vaak (4), bijna altijd (5), de hele tijd (6))'*. Het tweede item *Strength of urges to smoke (SUT)* gaat na hoe intens deze neigingen werden beleefd: *'Hoe sterk zijn deze neigingen geweest voor u op een schaal van 0 tot 10, waarbij 0 staat voor 'helemaal niet sterk' en 10 staat voor 'heel erg sterk'?*. Dit item werd '0' gescoord voor personen die aangaven nooit de neiging te hebben gehad om te roken in afgelopen 24 uur. Beide items zijn valide voorspellers voor herval bij gebruik van een cut-off waarde van ≥ 3 voor TSU en ≥ 4 voor SUT. Voor de berekening van de cut-off waarden werd de schaalvraag gehercodeerd. De antwoordoptie 0 werd gecodeerd als 'geen drang' (score 1), de opties 1 tot en met 3 werden 'licht' (score 2), de opties 4 tot en met 6 werden 'matig' (score 3), de optie 7 werd 'sterk' (score 4), de opties 8 tot en met 9 werden 'heel sterk' (score 5) en de optie 10 werd 'Heel erg sterk' (score 6).

Motivatie

De motivatie van de rookstoppers werd zowel kwantitatief als kwalitatief bevraagd. Ten eerste werd een schaalvraag gebruikt waarbij er met een score tussen nul en tien geantwoord kon worden op de vraag *'hoe gemotiveerd was u bij uw laatste rookstop poging om definitief te stoppen met roken?'* waarbij 0 stond voor helemaal niet gemotiveerd en 10 stond voor heel erg gemotiveerd. Om zicht te krijgen op inhoudelijke motieven werd daarnaast ook dé voornaamste reden om te stoppen met roken bevraagd. De opties waaruit gekozen moest worden waren: gezonde levensstijl willen aannemen, medische redenen (bijvoorbeeld hart- en vaatproblemen, respiratoire problemen, kanker, ...), op aanraden van de arts of andere gezondheids-professional, zwangerschap of geboorte kind, geboorte kleinkind, financiële reden, uiterlijk, sociale druk (bv. partner wil niet langer dat je rookt), of andere. (Gallus et al., 2013; McCaul et al., 2006).

Eigen-effectiviteit

De eigen-effectiviteit of verwachting of het zal lukken om in specifieke situaties niet te roken werd bevraagd aan de hand van de *Smoking Abstinence Self-Efficacy Questionnaire (SASEQ)* (Spek et al., 2013). Deze schaal bestaat uit zes items die samen zowel een situationele als emotionele dimensie bevragen. Voor zes situaties wordt aangegeven in welke mate men ervan overtuigd is dat het zal lukken om niet te roken. De emotionele dimensie bestond uit drie items: *'U bent (heel) boos'*, *'U bent (heel) verdrietig'* en *'U voelt zich geprikkeld/gespannen'*. De situationele dimensie bestond eveneens uit 3 items: *'U bent in een café, op een feestje of op bezoek'*, *'U ziet iemand genieten van een sigaret'* en *'Iemand biedt u een sigaret aan van het merk*

dat u gebruikt(e). Voor elk item wordt aangegeven in welke mate men ervan overtuigd is dat het zal lukken om niet te roken (0 = *heel zeker niet*, 1 = *waarschijnlijk niet*, 2 = *Neutraal/Ik weet het niet*, 3 = *waarschijnlijk wel*; 4 = *heel zeker wel*). De totale score is een score tussen 0 en 24. Hoe hoger de score, hoe hoger het niveau van eigen-effectiviteit. De subschalen emotionele dimensie en situationele dimensie hadden een zeer goede interne consistentie (respectievelijk $\alpha = .932$, $\alpha = .877$), evenals de totale schaal ($\alpha = .937$). Aanvullend werd voor diegenen die continu rookvrij zijn gebleven sinds hun stoppoging een schaalvraag toegevoegd over de overtuiging of het zou lukken om definitief rookvrij te blijven op een schaal van 0 ('*dat zal mij zeker niet lukken*') tot 10 ('*dat zal mij zeker lukken*').

Data-analyse

De data-analyse werd uitgevoerd met het statistisch software programma SPSS versie 29.0.

Na het samenvoegen van de verschillende databases (indexgroep, controlegroep, online en papieren versies) werd een kwaliteitscontrole uitgevoerd door de codering van de variabelen en ontbrekende gegevens te analyseren. Cases waarvoor meer dan 70% van de variabelen ontbraken werden beschouwd als ongeldig (onvolledig ingevuld) en bijgevolg niet geïnccludeerd in verdere data-analyses ($n = 23$). Uitkomstvariabelen die ontbraken (zowel puntprevalentie, continue abstinentie als abstinentieperiode), werden beschouwd als gefaalde rookstoppogingen en respectievelijk geïmputeerd/ingevuld met hervallen; hervallen; minder dan een week rookvrij⁵. Dit wordt ook wel 'penalized imputation' genoemd en is de meest conservatieve manier, maar binnen rookstop-onderzoek ook de meest gehanteerde techniek, om met ontbrekende gegevens om te gaan (Blankers et al., 2016). Verder werden ontbrekende onafhankelijke variabelen behandeld aan de hand van de standaard instelling bij de gekozen analysemethoden in SPSS, namelijk paarsgewijze verwijdering of 'pairwise deletion'⁶. De weergegeven percentages betreffen dus telkens de 'valid percent' exclusief de ontbrekende gegevens.

Na de data-cleaning werd in eerste instantie de demografische gegevens, het rookprofiel en de rookstoppoging van beide groepen beschreven aan de hand van beschrijvende statistieken. Verschillen tussen de groepen werden nagegaan aan de hand van chi-kwadraat toetsen of t-testen. Er werd telkens een p-waarde van .05 gehanteerd.

Voor de eerste hoofdonderzoeksvraag naar de slaagpercentages werden de resultaten zowel op basis van de puntprevalentie als de continue abstinentie, van de index- en controlegroep afzonderlijk beschreven. Vervolgens werden logistische regressie analyses uitgevoerd om het rookstopresultaat te voorspellen op basis van groep. Factoren waarvoor bij de beschrijvende resultaten verschillen werden gevonden tussen de index- en de controlegroep werden als 'confounder' of mogelijke verklarende factoren toegevoegd aan het logistisch regressiemodel om hiervoor te controleren. Om multicollineariteit te vermijden werden een aantal factoren niet mee opgenomen in het model. Categorische variabelen werden dummy gecodeerd. Een overzicht van de factoren die werden opgenomen in het model is terug te vinden in tabel 1.

⁵ Ontbrekende gegevens deden zich enkel voor bij de indexgroep. Voor de variabelen continue abstinentie, puntprevalentie en abstinentieperiode werden respectievelijk 16, 2 en 14 ontbrekende gegevens vervangen door 'gefaalde' rookstoppoging.

⁶ Paarsgewijze verwijdering verwijdert alleen gevallen wanneer een van de variabelen in het specifiek model dat geëvalueerd wordt ontbreken. Paarsgewijze verwijdering gaat uit van de assumptie dat de data MCAR (missing completely at random) zijn, wat betekent dat het ontbreken van gegevens niet gerelateerd is aan de geobserveerde variabelen maar volledig op toeval berust.

Verklarende factoren	Dummy codering
Gebruiksfrequentie	Occasioneel – dagelijks
Heaviness of Smoking Index (HSI) [0-6]	/
Verleden stoppogingen	Eerste stoppoging – meerdere pogingen
Medische problemen	Geen – wel medisch problemen
Farmacologische ondersteuning	Geen – wel farmacologische ondersteuning

Tabel 1. Verklarende factoren opgenomen in de logistische regressie modellen

De tweede hoofdonderzoeksvraag naar de abstinentieperiode werd op dezelfde manier onderzocht. De abstinentieperiode van de hervallen rokers werd voor beiden groepen beschreven aan de hand van beschrijvende statistieken. De verschillen tussen de groepen werden nagegaan aan de hand van een chi-kwadraat test en posthoc Bonferroni Chi-kwadraat residuele analyse om te bepalen waar het verschil zich situeerde (Beasley & Schumacker, 1995; Garcia-Perez & Nunez-Anton, 2003). Na de Bonferroni correctie werd voor deze analyse een p-waarde gehanteerd van 0.005. Omwille van de kleine aantallen in de verschillende categorieën, werd de categorische variabele dummy gecodeerd. Hierbij werden de vijf categorieën herleid tot twee (minder dan 3 maanden rookvrij of meer dan 3 maanden rookvrij). Deze dummy variabele werd opgenomen in een logistisch regressiemodel om de abstinentieperiode (meer dan 3 maanden rookvrij) te voorspellen op basis van de groep. Factoren waarvoor bij de beschrijvende resultaten verschillen werden gevonden tussen de index- en de controlegroep werden als ‘confounder’ of mogelijke verklarende factoren toegevoegd aan het logistisch regressiemodel om hiervoor te controleren. Om multicollineariteit te vermijden werden een aantal factoren niet mee opgenomen in het model. Categorische variabelen werden dummy gecodeerd. Een overzicht van de factoren die werden opgenomen in het model is terug te vinden in tabel 1.

Voor de secundaire onderzoeksvragen werden zowel de drang om te roken, de motivatie als de eigen-effectiviteit van de deelnemers met beschrijvende statistieken weergegeven. Aan de hand van chi-kwadraat en t-testen werden verschillen tussen de index- en controlegroep nagegaan.

Resultaten

Deelnemers

Demografische beschrijving

Tussen februari 2021 en augustus 2021 namen in totaal 666 personen deel aan het onderzoek, waarvan 214 in de indexgroep en 452 in de controlegroep. In tabel 2 worden de algemene demografische gegevens weergegeven voor beide groepen⁷. Er namen 317 vrouwen (47.7%) en 347 mannen (52.3%) deel aan het onderzoek. De gemiddelde leeftijd van de deelnemers was 48.27 jaar ($SD = 16.12$, range 18 – 82 jaar). De grootste groep deelnemers waren midden ($n = 374$, 56.3%) tot hooggeschoold ($n = 260$, 39.2%), slechts een klein aandeel was laaggeschoold ($n = 30$, 4.5%). De helft van de deelnemers waren voltijds tewerkgesteld ($n = 307$, 46.2%), 14.2% ($n = 93$) waren deeltijds tewerkgesteld, 18.2% ($n = 119$) waren niet beroepsactief (werkloos, arbeidsondergeschikt of student) en 20.6% ($n = 135$) waren gepensioneerd. Wat betreft het netto-gezinsinkomen had 33.6 % ($n = 190$) een laag inkomen, 28% ($n = 158$) een midden inkomen en 38.4% ($n = 217$) een hoog inkomen. De meerderheid van de deelnemers was gehuwd of samenwonend ($n = 420$, 63.3%), de overigen waren alleenstaand, gescheiden of weduwe(naar) ($n = 231$, 34.8%) of hadden een andere gezinssituatie ($n = 12$, 1.8%). Deelnemers waren afkomstig uit de verschillende provincies in Vlaanderen. De grootste groep deelnemers kwam uit de provincie Antwerpen ($n = 264$, 39.8%). De grote meerderheid van de deelnemers had de Belgische nationaliteit (96.2%).

Op twee demografische variabelen na, waren er geen verschillen tussen de index- en de controlegroep. De leeftijd van de deelnemers in de indexgroep was significant hoger ($M = 52.10$, $SD = 15.13$) dan in de controlegroep ($M = 46.48$, $SD = 16.27$, $t(438.391) = -4.346$, $p < .001$). Daarnaast bleek tevens de provincie waar ze leven significant te verschillen tussen beide groepen ($\chi^2(5) = 54.883$, $p < .001$). De indexgroep bestond uit een grotere proportie personen afkomstig uit Antwerpen ($n = 124$, 58.8%) dan in de controlegroep, waar er een bredere spreiding was over de provincies heen.

⁷ Om de representativiteit van de indexgroep na te gaan, werden de algemene gegevens van de deelnemers aan de indexgroep vergeleken met de gegevens van alle cliënten die in 2020 begeleid werden door tabakologen, zoals geregistreerd in het Vlaams terugbetalingsportaal voor tabakologen. Deze resultaten staan beschreven in bijlage 5 cliëntprofiel.

	Totale groep (<i>N</i> = 666)		Indexgroep (<i>n</i> = 214)		Controlegroep (<i>n</i> = 452)		<i>t</i> (df)	<i>p</i>
	Gemiddelde (<i>SD</i>)		Gemiddelde (<i>SD</i>)		Gemiddelde (<i>SD</i>)			
Leeftijd	48.27 (16.12)		52.10 (15.13)		46.48 (16.27)		-4.346 (438.391)	<.001
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	χ ² (df)	<i>p</i>
Geslacht							.216 (1)	.642
Man	347	52.3	108	50.9	239	52.9		
Vrouw	317	47.7	104	49.1	213	47.1		
Hoogst voltooide opleiding							10.904 (5)	0.053
Geen onderwijs	5	0.8	0	0	5	1.1		
Lager onderwijs	25	3.8	14	6.6	11	2.4		
Secundair technisch of beroeps	251	37.8	78	36.8	173	38.3		
Secundaire algemeen onderwijs	123	18.5	39	18.4	84	18.6		
Hoger onderwijs	188	28.3	63	29.7	125	27.7		
Universitair onderwijs	72	10.8	18	8.5	54	11.9		
Opleidingsniveau							3.142 (2)	.208
Laaggeschoolden	30	4.5	14	6.6	16	3.5		
Middengeschoolden	374	56.3	117	55.2	257	56.9		
Hooggeschoolden	260	39.2	81	38.2	179	39.6		
Werksituatie							18.328 (9)	0.32
Voltijdse tewerkstelling	307	46.2	83	39.2	224	49.6		
Meer dan halftijds	47	7.1	17	8.0	30	6.6		
Halftijds of minder	46	6.9	20	9.4	26	5.7		
Student	32	4.8	6	2.8	26	5.8		
Huisvrouw/huisman	17	2.6	7	3.3	10	2.2		
Werkloos	16	2.4	8	3.8	8	1.8		
Arbeidsongeschikt	54	8.1	20	9.4	34	7.5		
Gepensioneerd	135	20.3	45	21.2	90	19.9		
Ander	10	1.5	6	2.8	4	0.9		
Werksituatie in categorieën							6.485 (3)	.09
Voltijds tewerkgesteld	307	46.9	83	40.3	224	50.0		
Deeltijds tewerkgesteld	93	14.2	37	18.0	56	12.5		
Niet beroepsactieven	119	18.2	41	19.9	78	17.4		
Gepensioneerden	135	20.6	45	21.8	90	20.1		
Netto maandelijks gezinsinkomen (in €)							6.014 (5)	.305
≤ 1000	18	3.2	2	1.1	16	4.1		
1001 – 2000	172	30.4	59	33.0	113	29.3		
2001 – 3000	158	28.0	53	29.6	105	27.2		
3001 – 4000	145	25.7	47	26.3	98	25.4		
4001 – 5000	51	9.0	12	6.7	39	10.1		
> 5000	21	3.7	6	3.4	15	3.9		
Inkomensgroepen							.568 (2)	.753
Laag inkomen	190	33.6	61	34.1	129	33.4		
Midden inkomen	158	28.0	53	29.6	105	27.2		
Hoog inkomen	217	38.4	65	36.3	152	39.4		
Provincie							54.883 (5)	<.001
Antwerpen	264	39.8	124	58.8	140	31.0		
Limburg	87	13.1	26	12.3	61	13.5		
Oost-Vlaanderen	124	18.7	19	9.0	105	23.2		
Vlaams-Brabant	75	11.3	19	9.0	56	12.4		
West-Vlaanderen	112	16.9	22	10.4	90	19.9		
Ander	1	0.2	1	0.5	0	0		
Nationaliteit							3.281 (2)	.194
Enkel Belgische	638	96.2	200	94.8	438	96.9		
Belgische + andere ^a	10	1.5	3	1.4	7	1.5		
Ander ^a	15	2.3	8	3.8	7	1.5		
Gezinssituatie							1.863 (2)	.394
Alleenstaand /gescheiden/weduwe(naar)	231	34.8	73	34.6	158	35.0		
Gehuwd/samenwonend	420	63.3	132	62.6	288	63.7		
Ander ^b	12	1.8	6	2.8	6	1.3		

Tabel 2. Demografische variabelen indexgroep (*n* = 214) en controlegroep (*n* = 452)

^a Onder de andere nationaliteiten was er: Amerikaans (*n* = 1), Boliviaans – Spaans (*n* = 1), Brit (*n* = 1), Bulgaar (*n* = 1), Colombiaans (*n* = 1), Duits (*n* = 1), Italiaans (*n* = 1), Nederlands (14), Oekraïens (*n* = 1) en Turks (*n* = 2).

^b Onder andere gezinssituatie vielen bijvoorbeeld jongvolwassenen die nog thuis inwonen, personen die aangaven een lange afstandsrelatie te hebben of een niet-inwonende partner.

Rookprofiel

Een overzicht van het rookprofiel van de deelnemers aan het onderzoek is terug te vinden in tabel 3. Van de totale groep zijn de deelnemers gemiddeld gestart met roken op de leeftijd van 17.59 jaar ($SD = 4.38$). Gemiddeld hebben ze 24.52 ($SD = 22.70$) aantal pakjaren. Deelnemers uit de indexgroep zijn gemiddeld significant vroeger beginnen roken ($M_i = 16.67$, $SD_i = 3.90$) dan deelnemers uit de controlegroep ($M_c = 18.02$, $SD_c = 4.53$; $t(660) = 3.748$, $p < .001$) en hebben een significant hoger aantal pakjaren ($M_i = 34.60$, $SD_i = 25.56$) dan deelnemers uit de controlegroep ($M_c = 19.74$, $SD_c = 19.50$; $t(320.627) = -7.368$, $p < .001$).

In de totale groep waren 81.6% van de rokers dagelijkse rokers ($n = 542$). De indexgroep bestond bijna uitsluitend uit dagelijkse rokers (93.9%) terwijl er in de controlegroep procentueel gezien meer 'niet dagelijkse rokers' (24.6%) waren dan in de indexgroep (5.1%) ($\chi^2(1) = 36.099$, $p < .001$). De meeste rokers rookten filtersigaretten ($n = 508$, 76.3%) of roltabak ($n = 146$, 21.9%). Voor het gebruik van rookwaren werd geen verschil gevonden tussen de index- en de controlegroep.

Er bestond een variatie in het aantal rookstop pogingen die de rokers in het verleden reeds ondernamen. In de controlegroep waren er significant meer deelnemers die reeds 4 of meer rookstop pogingen hadden ondernomen (35.4%) dan in de indexgroep (18.9%) ($\chi^2(3) = 16.886$, $p < .001$).

De helft van de deelnemers aan het onderzoek hadden een lage mate van nicotineafhankelijkheid ($HSI \leq 2$; 55.4%), een klein aantal deelnemers had een hoge nicotineafhankelijkheid ($HSI \geq 5$; 9.2%). Er was echter een significant verschil voor mate van nicotineafhankelijkheid tussen beide groepen. De indexgroep bestond uit significant meer personen met een hoge nicotineafhankelijkheid (19.0%) dan de controlegroep (4.6%). De controlegroep bestond voor een groot deel uit mensen met een lage nicotineafhankelijkheid ($HSI \leq 2$; 64.4%).

	Totale groep (<i>N</i> = 666)		Indexgroep (<i>n</i> = 214)		Controlegroep (<i>n</i> = 452)		<i>t</i> (df)	<i>p</i>
	Gemiddelde (<i>SD</i>)		Gemiddelde (<i>SD</i>)		Gemiddelde (<i>SD</i>)			
Aanvangsleeftijd roken	17.59 (4.38)		16.67 (3.90)		18.02 (4.53)		3.748 (660)	< .001
Pakjaren	24.52 (22.70)		34.60 (25.56)		19.74 (19.50)		-7.368 (320.627)	< .001
Heaviness of Smoking Index (HSI) [0-6]	2.26 (1.66)		3.05 (1.61)		1.89 (1.55)		-8.867 (660)	< .001
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	χ ² (df)	<i>p</i>
Gebruiksfrequentie							36.099 (1)	< .001
Dagelijks	542	81.6	201	93.9	341	75.4		
Niet dagelijks	122	18.4	11	5.1	111	24.6		
Gebruikte producten ^a								
Filtersigaretten	508	76.3	157	73.4	351	77.7	1.477 (1)	.224
Roltabak	146	21.9	53	24.8	93	20.6	1.491 (1)	.222
Sigaar of cigarillo	64	9.6	21	9.8	43	9.5	.015 (1)	.902
Pijp	15	2.3	4	1.9	11	2.4	/	/
Waterpijp	31	4.7	10	4.7	21	4.6	.000 (1)	.988
Snuss	5	0.8	4	1.9	1	0.2	/	/
Elektronische sigaret met nicotine	47	7.1	15	7.0	32	7.1	.001 (1)	.974
Elektronische sigaret zonder nicotine	23	3.5	6	2.8	17	3.8	.399 (1)	.527
Andere	6	0.9	4	1.9	2	0.4	/	/
Aantal serieuze rookstop pogingen							16.886 (3)	< .001
1 keer	141	24.6	57	30	84	21.9		
2 keer	152	26.5	57	30	95	24.7		
3 keer	109	19.0	40	21.1	69	18.0		
4 keer of meer	172	30.0	36	18.9	136	35.4		
Nicotineafhankelijkheid								
Heaviness of Smoking index (HSI) [0-6]							60.539 (2)	< .001
0 – 2 laag	367	55.4	76	36.2	291	64.4		
3 – 4 gemiddeld	234	35.3	94	44.8	140	31.0		
5 – 6 hoog	61	9.2	40	19.0	21	4.6		

Tabel 3. Rookprofiel index- ($n = 214$) en controlegroep ($n = 452$)

^a Deze categorieën zijn niet mutueel exclusief.

Co-morbiditeit

De medische achtergrond van de deelnemers staat weergegeven in tabel 4. Een kwart van de deelnemers gaven aan medische problemen te hebben op het moment van de rookstopopgave. Medische problemen die werden aangehaald waren onder andere: astma, COPD, hart- en vaat ziekten, kanker, diabetes, overgewicht, ... Een deel van de deelnemers ($n = 44$, 6.7%) had een psychiatrische aandoening op het moment van de rookstopopgave. De vaakst aangehaalde psychiatrische problemen waren depressie en burn-out. Een aantal deelnemers (of hun partner) ($n = 27$, 4.1%) was zwanger op het moment van de rookstopopgave. De helft van de deelnemers ($n = 325$, 51.9%) kreeg het advies van de huisarts of een andere gezondheidsprofessional om te stoppen met roken omwille van gezondheidsoverwegingen.

Deze medische achtergrond verschilt voor de index- en de controlegroep. In de indexgroep zijn er significant meer personen met medische problemen (48.3%; $\chi^2(1) = 71.110$, $p < .001$) en psychiatrische aandoeningen (9.6%; $\chi^2(1) = 4.173$, $p < .05$) dan in de controlegroep (respectievelijk 17% en 5.3%). Er werd geen verschil gevonden wat betreft het aantal zwangere personen in beide groepen. Significant meer deelnemers uit de indexgroep (69.5%) kregen het advies van hun huisarts of een andere gezondheidsprofessional om te stoppen met roken omwille van hun gezondheid dan deelnemers uit de controlegroep (43.7%; $\chi^2(1) = 36.398$, $p < .001$).

	Totale groep ($N = 666$)		Indexgroep ($n = 214$)		Controlegroep ($n = 452$)		χ^2 (df)	p
	N	%	N	%	N	%		
Medische problemen							71.110 (1)	< .001
Wel medische problemen	178	26.9	101	48.3	77	17.0		
Geen medische problemen	483	73.1	108	51.7	375	83.0		
Psychiatrische aandoening							4.173 (1)	.041
Wel psychiatrische aandoening	44	6.7	20	9.6	24	5.3		
Geen psychiatrische aandoening	617	93.3	189	90.4	428	94.7		
Zwangerschap (persoon zelf of partner)							.038 (1)	.845
Wel zwanger op moment rookstopopgave	27	4.1	9	4.3	18	4.0		
Niet zwanger op moment rookstopopgave	634	95.9	200	95.7	434	96.0		
Medisch advies gekregen om te stoppen met roken o.w.v. gezondheid							36.398 (1)	< .001
Ja	325	51.9	139	69.5	186	43.7		
Neen	301	48.1	61	30.5	240	56.3		

Tabel 4. Medische achtergrond index- ($n = 214$) en controlegroep ($n = 452$)

Er werd tevens nagegaan of er naast roken ook andere verslavende middelen werden gebruikt. Een overzicht hiervan is terug te vinden in tabel 5. Alcohol werd dagelijks gebruikt door 16.5% van deelnemers, wekelijks door 41.1% van de deelnemers, maandelijks of minder door 27.1% van de deelnemers en nooit door 15.3% van de deelnemers. Voor cannabis bleek er dagelijks, wekelijks, maandelijks of minder en nooit gebruikt te worden door respectievelijk 3.9%, 4.5%, 7.4% en 84.3% van de deelnemers. 8.7% van de deelnemers gaven aan drugs te gebruiken en 6.4% van de deelnemers gaven aan andere verdovende middelen te gebruiken. Er werden geen significante verschillen gevonden voor gebruik van verdovende middelen tussen de index- en de controlegroep.

	Totale groep (<i>N</i> = 666)		Indexgroep (<i>n</i> = 214)		Controlegroep (<i>n</i> = 452)		χ^2 (df)	<i>p</i>
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%		
Alcohol							3.319 (3)	.345
Dagelijks	109	16.5	39	18.8	70	15.5		
Wekelijks	271	41.1	75	36.1	196	43.4		
Maandelijks of minder	179	27.1	60	28.8	119	26.3		
Nooit	101	15.3	34	16.3	67	14.8		
Cannabis							5.109 (3)	.164
Dagelijks	25	3.9	9	4.6	16	3.5		
Wekelijks	29	4.5	12	6.1	17	3.8		
Maandelijks of minder	48	7.4	9	4.6	39	8.6		
Nooit	546	84.3	166	84.7	380	84.1		
Drugs^a							1.638 (1)	.201
Ja	57	8.7	22	10.8	35	7.7		
Neen	599	91.3	182	89.2	417	92.3		
Andere verdovende middelen^a							.513 (1)	.474
Ja	42	6.4	15	7.5	27	6.0		
Neen	611	93.6	186	92.5	425	94.0		

Tabel 5. Gebruik verslavende middelen index- (*n* = 214) en controlegroep (*n* = 452)

^a De variabele 'drugs' en 'andere verdovende middelen' werden gehercodeerd naar dummy variabelen (0 – 1) omwille van te kleine aantallen in de oorspronkelijke categorieën 'dagelijks, wekelijks en maandelijks en minder'. De grootste groep drugsgebruikers gebruikt maandelijks of minder (50%)

Beschrijving rookstoppoging en gebruik van rookstophulpmiddelen

Van alle deelnemers aan de enquête, gaven 214 personen aan in 2020 een rookstoppoging ondernomen te hebben met behulp van een tabakoloog. Waarvan 26 personen al dan niet bijkomend telefonisch contact hadden met een tabakoloog van tabakstop⁸. Gemiddeld hadden de deelnemers 4.26 aantal consultaties (*SD* = 2.20; range 1 – 8) gespreid over een periode van gemiddeld 149 dagen begeleiding (of 4.96 maanden, *SD* = 170 dagen of 5.67 maanden). De meerderheid van de deelnemers (*n* = 159, 83.2%) genoot individuele consultaties, 30 personen (15.7%) namen deel aan groepsessies en 2 personen (1%) volgden zowel individuele als groepsessies. De meeste sessies (*n* = 172) vonden fysiek plaats (81.2%), al dan niet in combinatie met online sessies (*n* = 12, 5.7%) of telefonische begeleiding (*n* = 55, 26%).

Zowel binnen de index- als de controlegroep werd er gebruik gemaakt van rookstophulpmiddelen. De gehanteerde rookstophulpmiddelen zijn terug te vinden in tabel 6. Binnen de indexgroep maakten sommige deelnemers gebruik van rookstopmedicatie (*n* = 92, 43%), nicotinesubstitutiemiddelen (*n* = 80, 37.4%) of de e-sigaret (*n* = 34, 15.9%), al dan niet gecombineerd. 32 personen maakten gebruik van een combinatie van deze hulpmiddelen. Een klein aantal personen uit de indexgroep (*n* = 45, 21%) maakten geen gebruik van bijkomende rookstophulpmiddelen.

Van de 452 personen die in 2020 een serieuze rookstoppoging ondernamen zonder hulp van een tabakoloog, maakten een klein aantal gebruik van rookstopmedicatie (*n* = 49, 10.8%), nicotinesubstitutiemiddelen (*n* = 95, 21.0%) of de e-sigaret (*n* = 72, 15.9%), al dan niet gecombineerd. 21 personen maakten gebruik van een combinatie van deze hulpmiddelen. Een groot aantal personen van de controlegroep (*n* = 259, 57.3%) maakten geen gebruik van bijkomende rookstophulpmiddelen.

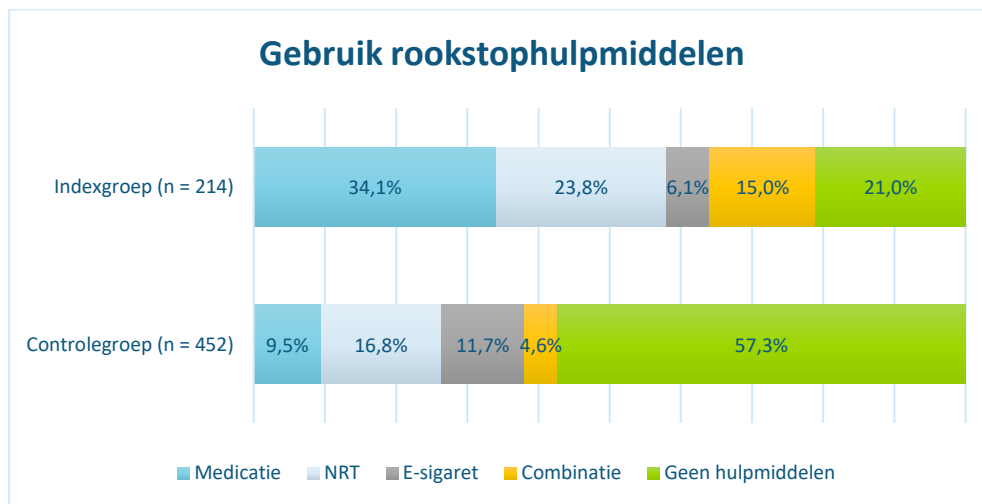
⁸ Van alle deelnemers die zich lieten begeleiden door een tabakoloog (*n* = 214), liet het merendeel zich uitsluitend begeleiden door een 'gewone' tabakoloog (*n* = 188), een klein deel (*n* = 21) uitsluitend door een tabakoloog van tabakstop en 5 personen maakten gebruik van een combinatie van beide diensten.

	Indexgroep (n = 214)		Controlegroep (n = 452)	
	N	%	N	%
Medicatie	92	43.0	49	10.8
Chamipix (Varenicline)	85	39.7	43	9.5
Zyban (Bupropion)	3	1.4	7	1.5
Ander	2	0.9	0	0
Nicotinesubstitutie middelen (NRT)	80	37.4	95	21.0
Pleister	60	28.0	53	11.7
Mondspray	7	3.3	12	2.7
Zuigtablet	27	12.6	17	3.8
Kauwgom	14	6.5	38	8.4
Inhaler	7	3.3	6	1.3
E-sigaret	34	15.9	72	15.9
Met nicotine	21	9.8	42	9.3
Zonder nicotine	15	7.0	33	7.3
Geen hulpmiddelen	45	21	259	57.3
Zelfhulp	/	/	43	9.5
Alternatieve methoden	/	/	4	0.9
Ander	/	/	13	2.9

Tabel 6. Gebruik van rookstophulpmiddelen voor de indexgroep (n = 214) en controlegroep (n = 452)

^a De categorieën in deze tabel zijn niet mutueel exclusief. Gecombineerd gebruik van rookstophulpmiddelen is mogelijk.

In Figuur 2 wordt een procentuele weergave gegeven van de gebruikte rookstophulpmiddelen in de index- en de controlegroep. Er was een significant verband tussen de groep en het gebruik van rookstophulpmiddelen ($\chi^2(4) = 120.142, p < .001$). Proportioneel gezien zijn er in de indexgroep meer deelnemers die gebruik maken van farmacologische hulpmiddelen (n = 169, 79%), terwijl er in de controlegroep meer mensen zijn die geen hulpmiddelen gebruiken (n = 259, 57.3%).



Figuur 2. Overzicht van het gebruik van rookstophulpmiddelen in de index- (n = 214) en controlegroep (n = 452)

Hoofdonderzoeksvragen: rookstoppercentage en abstinentieperiode

Rookstoppercentage indexgroep

Na begeleiding bij de tabakoloog, al dan niet in combinatie met rookstophulpmiddelen slaagden 147 (68.7%) deelnemers erin om minstens 24u te stoppen met roken. Op basis van de zelf-gerapporteerde continue abstinentie bleven 113 deelnemers rookvrij (52.8%). Daarentegen rapporteerden 37 personen (17.3%) dat ze sinds de stopdatum nog een aantal sigaretten hebben gerookt en 64 personen (29.9%) gaven aan te zijn hervallen.

De puntprevalentie voor abstinentie, waarbij bevraagd wordt of er in de voorbije 7 dagen al dan niet gerookt werd, is 63.1% ($n = 135$). Slechts 79 personen (36.9%) gaven aan in de laatste 7 dagen gerookt te hebben.

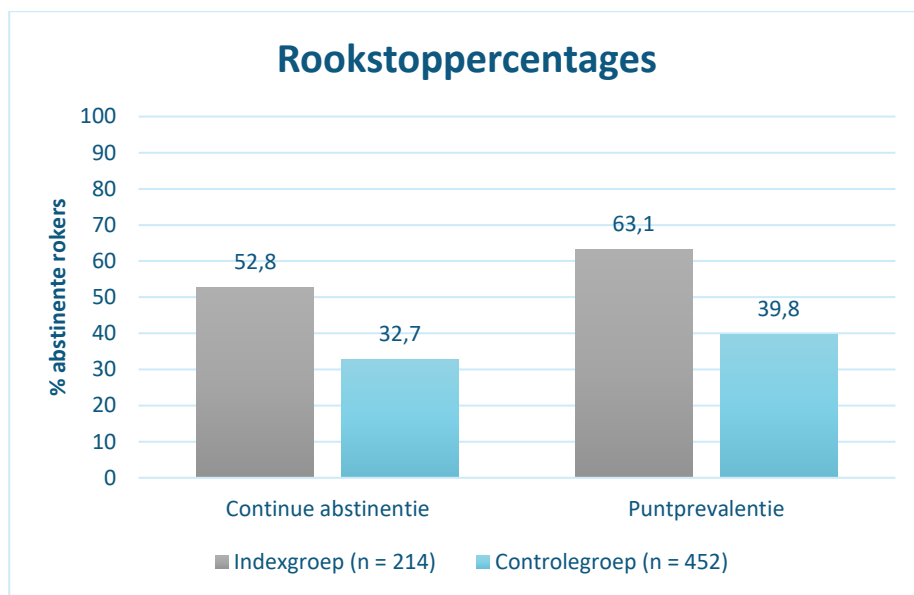
Rookstoppercentage controlegroep

Op basis van de zelf-gerapporteerde continue abstinentie bedroeg het aantal deelnemers die sinds hun rookstop poging in 2020 rookvrij bleven 148 (32.7%) personen. Daarentegen rapporteerden 114 personen (25.2%) dat ze sinds de stopdatum nog een aantal sigaretten hebben gerookt en 190 personen (42.0%) gaven aan te zijn hervallen.

De puntprevalentie voor abstinentie, waarbij bevraagd wordt of er in de voorbije 7 dagen al dan niet gerookt werd, was 39.8% ($n = 180$). 272 personen (60.2%) gaven aan in de laatste 7 dagen gerookt te hebben.

Rookstoppercentages van de indexgroep vergeleken met de controlegroep

In figuur 3 worden de resultaten van de index- en de controlegroep visueel weergegeven. Volgens beide maten van abstinentie, zowel de continue abstinentie als de puntprevalentie, lag het slaagpercentage in de indexgroep (respectievelijk 52.8% en 63.1%) hoger dan in de controlegroep (respectievelijk 32.7% en 39.8%).



Figuur 3. Rookstoppercentages van de index- ($n = 214$) en controlegroep ($n = 452$) volgens beide maten van abstinentie

Het logistisch regressie model waarbij de **continue abstinentie** voorspeld werd aan de hand van de groep is significant ($\chi^2 (1) = 33.565$) (zie tabel 7). In dit model was de groep een significante voorspeller van het rookstopresultaat. De indexgroep had in vergelijking met de controlegroep een significant hogere kans om rookvrij te zijn (OR = 2.731 [1.937 – 3.849], $Z(1) = 32.913$, $p < .001$).

Logistisch regressiemodel voor continue abstinentie

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Groep	1,005	,175	32,913	1	<,001	2,731	1,937	3,849
Constant	-,720	,100	51,575	1	<,001	,487		

Tabel 7. Resultaten logistische regressie, voorspelling continue abstinentie op basis van groep

Na controle voor mogelijke verklarende factoren, variabelen waarvoor de index- en de controlegroep van elkaar verschilden, bleef het regressiemodel significant ($\chi^2 (6) = 52.469$, $p < .001$) en bleef groep een significante voorspeller van de continue abstinentie (zie tabel 8). Deelnemers uit de indexgroep hadden - na controle voor gebruiksfrequentie, mate van nicotineafhankelijkheid, verleden stoppogingen, medische problemen en gebruik van farmacologische hulpmiddelen - een hogere kans om rookvrij te zijn dan mensen uit de controlegroep (OR = 2.929 [1.917 – 4.476], $Z(1) = 24.678$, $p < .001$).

Logistisch regressiemodel voor continue abstinentie, na controle voor confounders

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Groep	1,075	,216	24,678	1	<,001	2,929	1,917	4,476
Gebruiksfrequentie	-,621	,278	5,007	1	,025	,537	,312	,926
HSI	,138	,065	4,476	1	,034	1,149	1,010	1,306
Verleden rookstop pogingen	-,669	,205	10,660	1	,001	,512	,343	,765
Medische problemen	,098	,212	,216	1	,642	1,103	,729	1,671
Farmacologische ondersteuning	-,534	,202	7,029	1	,008	,586	,395	,870
Constant	,158	,280	,317	1	,573	1,171		

Tabel 8. Resultaten logistische regressie, voorspelling continue abstinentie op basis van groep, gecontroleerd voor mogelijke verklarende factoren

Het logistisch regressie model waarbij de **puntprevalentie** voorspeld werd aan de hand van de groep is significant ($\chi^2 (1) = 32.042$)(zie tabel 9). In dit model was de groep een significante voorspeller van rookstopresultaat. De indexgroep had in vergelijking met de controlegroep een significant hogere kans om rookvrij te zijn (OR = 2.649 [1.891 – 3.712], $Z (1) = 32.042$, $p < .001$).

Na controle voor mogelijke verklarende factoren, variabelen waarvoor de index- en de controlegroep van elkaar verschilden, bleef het regressiemodel significant ($\chi^2 (6) = 63.410$, $p < .001$) en bleef groep een significante voorspeller van het rookstopresultaat (zie tabel 10). Deelnemers uit de indexgroep hadden - na controle voor gebruiksfrequentie, mate van nicotineafhankelijkheid, verleden stop pogingen, medische problemen en gebruik van farmacologische hulpmiddelen - een hogere kans om rookvrij te zijn dan mensen uit de controlegroep (OR = 3.190 [2.097 – 4.854], $Z(1) = 29.351$, $p < .001$).

Logistisch regressiemodel voor puntprevalentie

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Groep	,974	,172	32,042	1	<,001	2,649	1,891	3,712
Constant	-,413	,096	18,462	1	<,001	,662		

Tabel 9. Resultaten logistische regressie, voorspelling puntprevalentie op basis van groep

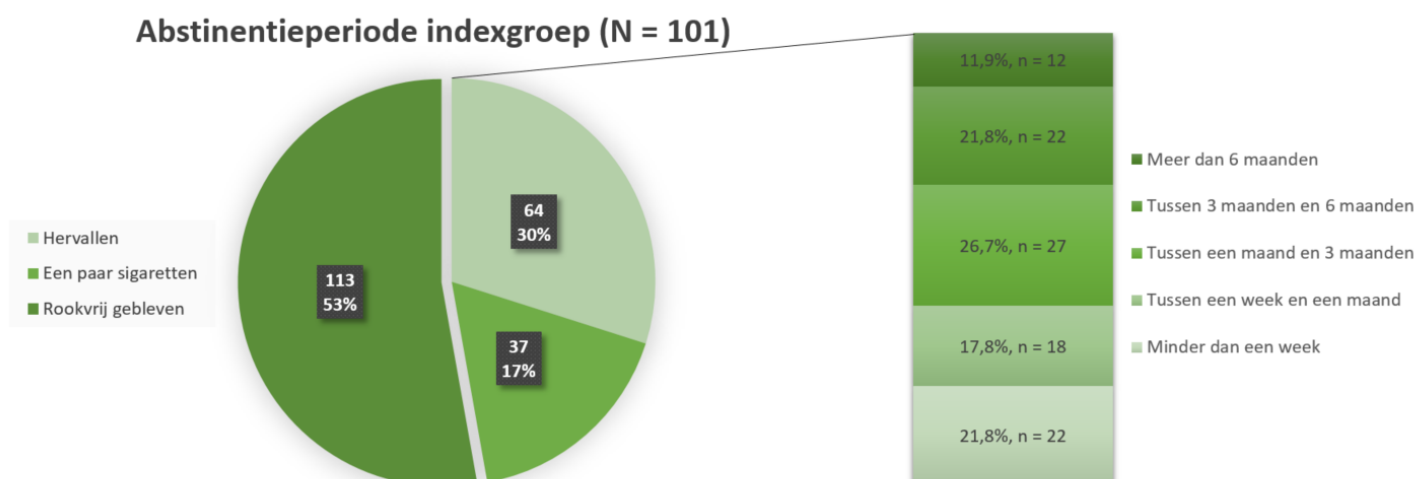
Logistisch regressiemodel voor puntprevalentie, na controle voor confounders

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Groep	1,160	,214	29,351	1	<,001	3,190	2,097	4,854
Gebruiksfrequentie	-1,313	,276	22,670	1	<,001	,269	,157	,462
HSI	,058	,065	,797	1	,372	1,059	,933	1,202
Verleden rookstop pogingen	-,517	,207	6,226	1	,013	,597	,398	,895
Medische problemen	,191	,210	,829	1	,363	1,211	,802	1,828
Farmacologische ondersteuning	-,065	,195	,112	1	,738	,937	,639	1,373
Constant	,798	,285	7,837	1	,005	2,222		

Tabel 10. Resultaten logistische regressie, voorspelling puntprevalentie op basis van groep, gecontroleerd voor mogelijke verklarende factoren

Abstinentieperiode indexgroep

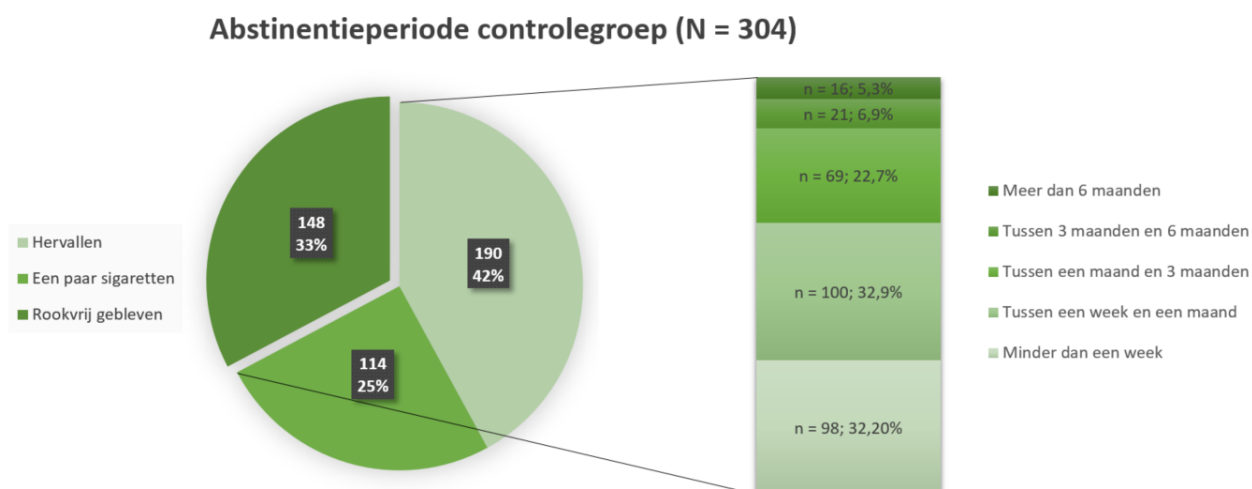
Van diegenen die niet rookvrij zijn gebleven in de indexgroep (een paar sigaretten gerookt of hervallen) werd de abstinentieperiode bevraagd. Zoals af te lezen is in Figuur 4 bedroeg de rookvrije periode minder dan een week voor 21.8% ($n = 22$) van de hervallen rokers, 17.8% ($n = 18$) bleef tussen een week en een maand rookvrij, 26.7% ($n = 27$) bleef tussen een maand en 3 maanden rookvrij, 21.8% ($n = 22$) bleef tussen 3 maanden en 6 maanden rookvrij, 11.9% ($n = 12$) bleef meer dan 6 maanden rookvrij.



Figuur 4. Abstinentieperiode indexgroep (N = 101)

Abstinentieperiode controlegroep

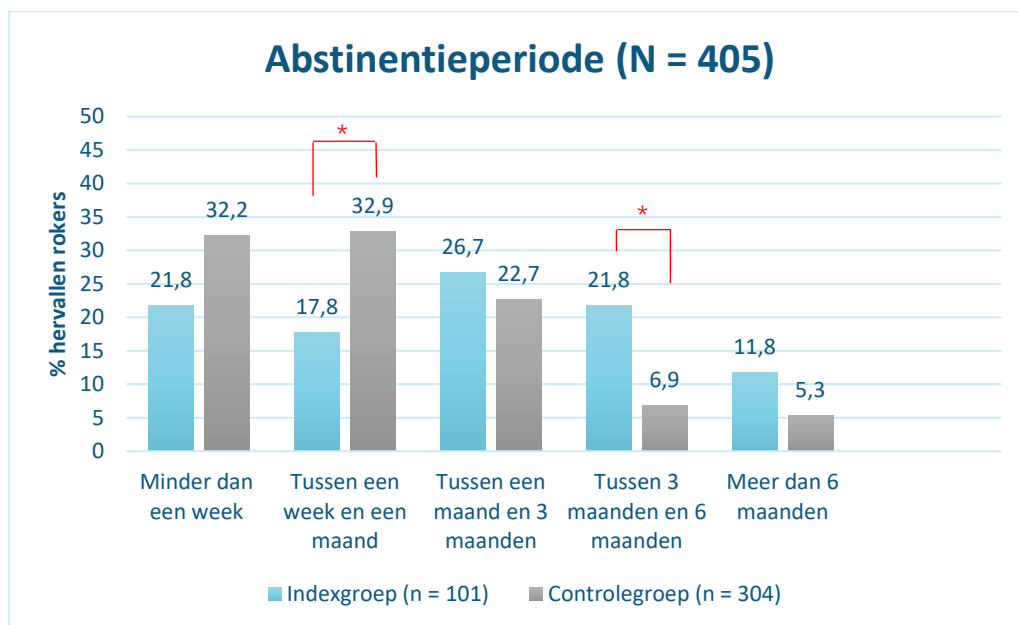
Van diegenen die niet rookvrij zijn gebleven in de controlegroep (een paar sigaretten gerookt of hervallen) werd de abstinentieperiode bevraagd. Zoals af te lezen is in Figuur 5 bedroeg de rookvrije periode minder dan een week voor 32.2% ($n = 98$) van de hervallen rokers, 32.9% ($n = 100$) bleef tussen een week en een maand rookvrij, 22.7% ($n = 69$) bleef tussen 1 maanden en 3 maanden rookvrij, 6.9% ($n = 21$) bleef tussen 3 maanden en 6 maanden rookvrij, en 16 personen (5.3%) bleven meer dan 6 maanden rookvrij.



Figuur 5. Abstinentie en abstinentieperiode controlegroep (N = 304)

Vergelijking abstinentieperiode index- en controlegroep

Het verband tussen groep en de abstinentieperiode van rokers die na hun rookstop poging hervallen zijn is significant ($\chi^2(4) = 29.830$, $p = .001$). Op basis van de residuele analyse bleek het verband zich te situeren in de categorie 'Tussen een week en een maand' ($\chi^2(1) = 8.34$, $p = .00388$) en 'Tussen 3 en 6 maanden' ($\chi^2(1) = 17.67$, $p = .00003$), waarbij de eerste categorie procentueel gezien meer hervallen rokers uit de controlegroep betrof ($n_c = 100$, 32.9%; $n_i = 18$, 17.8%), terwijl de tweede categorie procentueel gezien meer rokers uit de indexgroep betrof ($n_i = 22$, 21.8%; $n_c = 21$, 6.9%). Dit wordt visueel weergegeven in figuur 6. Significante verschillen, na Bonferroni correctie, worden weergegeven met een rode asterisk ($p < .005$).



Figuur 6. Abstinentieperiode van hervallen rokers in de indexgroep ($n = 101$) en controlegroep ($n = 304$)

* Significant verschil tussen de index- en controlegroep na bonferroni correctie ($p < .005$).

Het logistisch regressie model waarbij de abstinentieperiode voorspeld werd aan de hand van de groep is significant ($\chi^2 (1) = 20.480$, $p < .001$). In dit model was de groep een significante voorspeller van de abstinentieperiode (zie tabel 11). De indexgroep had in vergelijking met de controlegroep een significant hogere kans om 3 maanden of meer rookvrij te zijn ($OR = 4.090$ [$2.252 - 4.090$], $Z(1) = 21.411$, $p < .001$).

Na controle voor mogelijke verklarende factoren, variabelen waarvoor de index- en de controlegroep van elkaar verschilden, bleef het regressiemodel significant ($\chi^2 (6) = 24.689$, $p < .001$) en bleef groep de enige significante voorspeller van de abstinentieperiode (zie tabel 12). Deelnemers uit de indexgroep hadden - na controle voor gebruiksfrequentie, mate van nicotineafhankelijkheid, verleden stoppogingen, medische problemen en gebruik van farmacologische hulpmiddelen - een hogere kans om drie maanden of meer rookvrij te zijn dan mensen uit de controlegroep ($OR = 3.565$ [$1.837 - 6.920$], $Z(1) = 14.113$, $p < .001$).

Logistisch regressiemodel voor abstinentieperiode

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Groep	1,409	,304	21,411	1	<,001	4,090	2,252	7,428
Constant	-2,084	,197	111,980	1	<,001	,124		

Tabel 11. Resultaten logistische regressie, voorspelling abstinentieperiode op basis van groep

Logistisch regressiemodel voor abstinentieperiode, na controle voor confounders

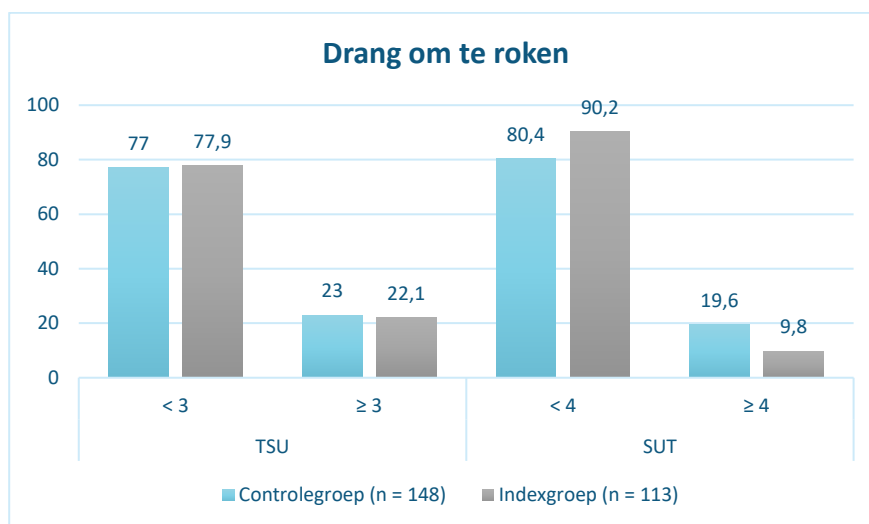
	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Groep	1,271	,338	14,113	1	<,001	3,565	1,837	6,920
Gebruiksfrequentie	-,513	,455	1,275	1	,259	,599	,246	1,459
HSI	,022	,113	,036	1	,849	1,022	,819	1,275
Verleden rookstop pogingen	,194	,398	,238	1	,626	1,215	,556	2,652
Medische problemen	,471	,343	1,890	1	,169	1,601	,818	3,134
Farmacologische ondersteuning	,175	,342	,261	1	,609	1,191	,609	2,328
Constant	-2,070	,533	15,107	1	<,001	,126		

Tabel 12. Resultaten logistische regressie, voorspelling abstinentieperiode op basis van groep, gecontroleerd voor mogelijke verklarende factoren

Secundaire onderzoeksvragen

Drang om te roken

Onder de continu abstinente rokers was er geen verschil in de frequentie van neigingen om te roken tussen de index- en de controlegroep (zie figuur 7) ($\chi^2(1) = 0.026$, $p = .871$). Een even groot aandeel uit de indexgroep ($n = 25$, 22.1%) als uit de controlegroep ($n = 34$, 23%) had volgens de TSU cut-off score een verhoogd risico op herval (score ≥ 3). Er was echter wel een verschil voor de intensiteit van de drang, waarbij er in de controlegroep proportioneel gezien meer mensen waren met een intensere drang om te roken (score ≥ 4 , $n = 29$, 19.6%), dan in de indexgroep ($n = 11$, 9.8%) ($\chi^2(1) = 4.678$, $p = .031$).

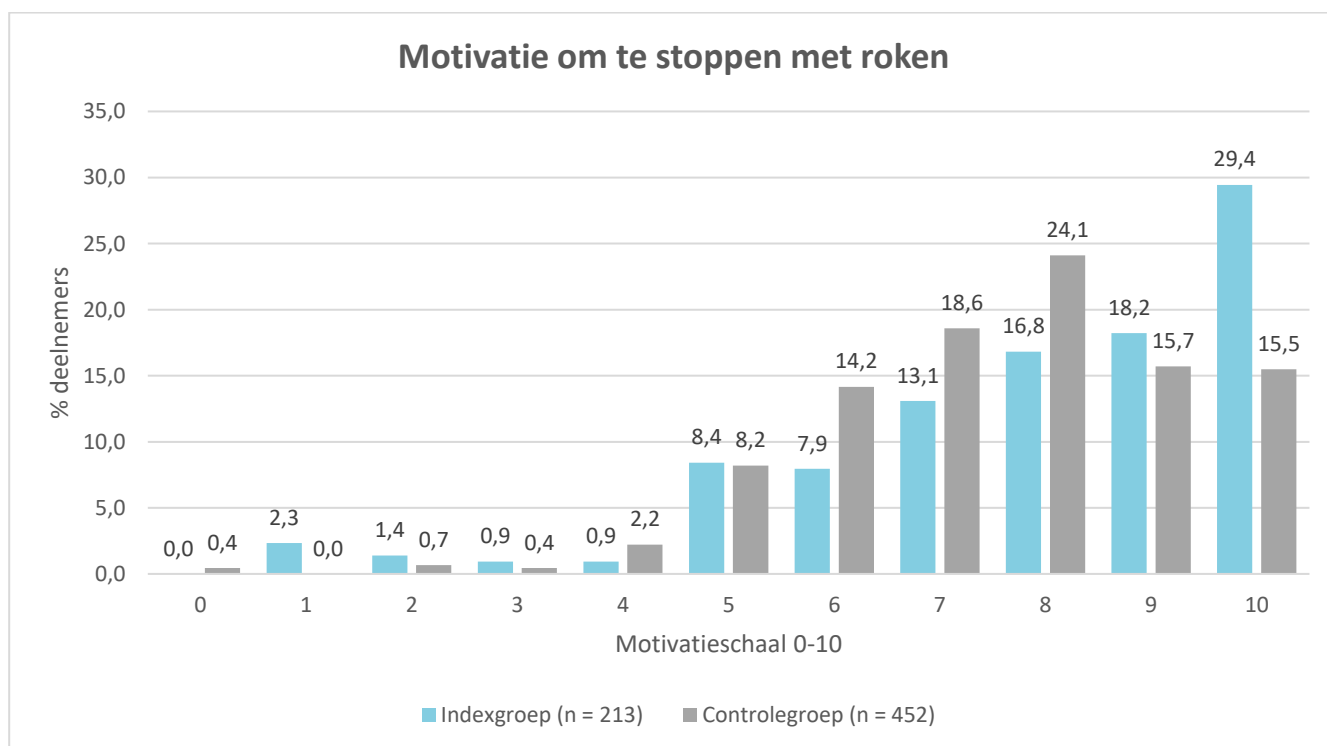


Figuur 7. Frequentie (TSU) en intensiteit (SUT) van drang om te roken onder de continu abstinente rokers van de index ($n = 113$) en de controlegroep ($n = 148$)

Motivatie

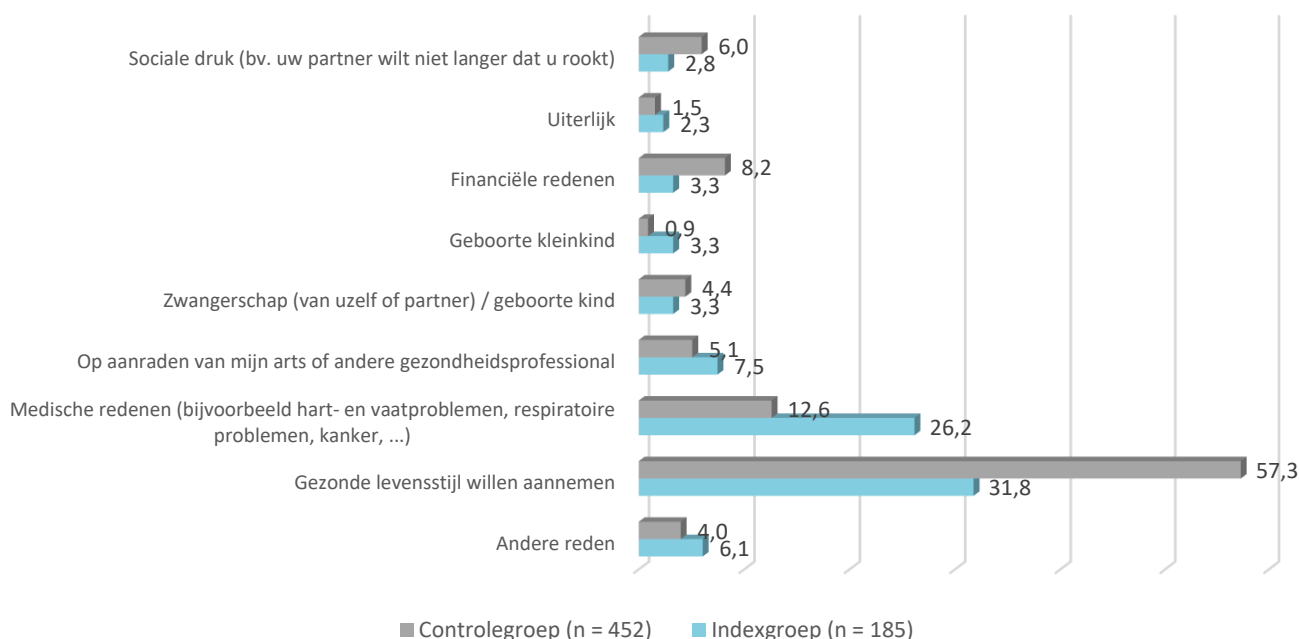
De motivatie van de index- en controlegroep om te stoppen met roken, op een schaal gaande van 0 (helemaal niet gemotiveerd) tot 10 (heel erg gemotiveerd) wordt weergegeven in Figuur 8. Gemiddeld genomen was er een randsignificant verschil in motivatie tussen de indexgroep en de controlegroep ($t(349.178) = -1.956$, $p = .051$), waarbij de indexgroep een gemiddelde hogere score had van 7.90 ($SD = 2.15$) dan de controlegroep met een gemiddelde score van 7.57 ($SD = 1.75$).

Figuur 9 geeft een overzicht van de voornaamste motivator om te stoppen met roken. Zowel voor de index- als de controlegroep waren een gezonde levensstijl willen aannemen ($n_i = 68$, 36.8%; $n_c = 259$, 57.3%) en medische redenen zoals bijvoorbeeld: cardiovasculaire problemen, respiratoire ziektes of kanker ($n_i = 56$, 30.3%; $n_c = 57$, 12.6%), de belangrijkste aangegeven motivatoren om te stoppen met roken. In de indexgroep werden gezondheidsproblemen bij een grotere hoeveelheid deelnemers gerapporteerd terwijl in de controlegroep een groter aantal deelnemers het belang van een gezonde levensstijl aangaf.



Figuur 8. Motivatie om te stoppen met roken bij de index- ($n = 213$) en controlegroep ($n = 452$) op een schaal gaande van 0 (helemaal niet gemotiveerd) tot 10 (heel erg gemotiveerd)

Voornaamste motivator om te stoppen met roken



Figuur 9. Voornaamste motivator om te stoppen met roken voor de index- ($n = 185$) en de controlegroep ($n = 452$)

Eigen-effectiviteit

De eigen-effectiviteit van de deelnemers, de mate waarin verwacht wordt dat het zal lukken om in een specifieke situatie niet te roken, staat weergegeven in tabel 13. Voor de emotionele dimensie (bijvoorbeeld bij kwaadheid of verdriet) scoorde de indexgroep gemiddeld significant hoger ($M = 7.85$, $SD = 3.78$) dan de controlegroep ($M = 5.84$, $SD = 3.80$, $t(658) = -6.313$, $p < .001$). Voor de situationele dimensie (bijvoorbeeld tijdens een feestje of een cafébezoek) scoorde de indexgroep eveneens gemiddeld significant hoger ($M = 8.28$, $SD = 3.56$) dan de controlegroep ($M = 6.32$, $SD = 3.47$, $t(658) = -6.690$, $p < .001$). Ook voor de totale score scoorde de indexgroep ($M = 16.13$, $SD = 7.06$) gemiddeld significant hoger dan de controlegroep ($M = 12.16$, $SD = 6.84$, $t(658) = -6.852$, $p < .001$).

	Indexgroep ($n = 208$)		Controlegroep ($n = 452$)		t	df	p
	M	SD	M	SD			
Emotionele dimensie [0 – 12]	7.85	3.78	5.84	3.80	-6.313	658	<.001
Situationele dimensie [0 – 12]	8.28	3.56	6.32	3.47	-6.690	658	<.001
Totale score [0 – 24]	16.13	7.06	12.16	6.84	-6.852	658	<.001

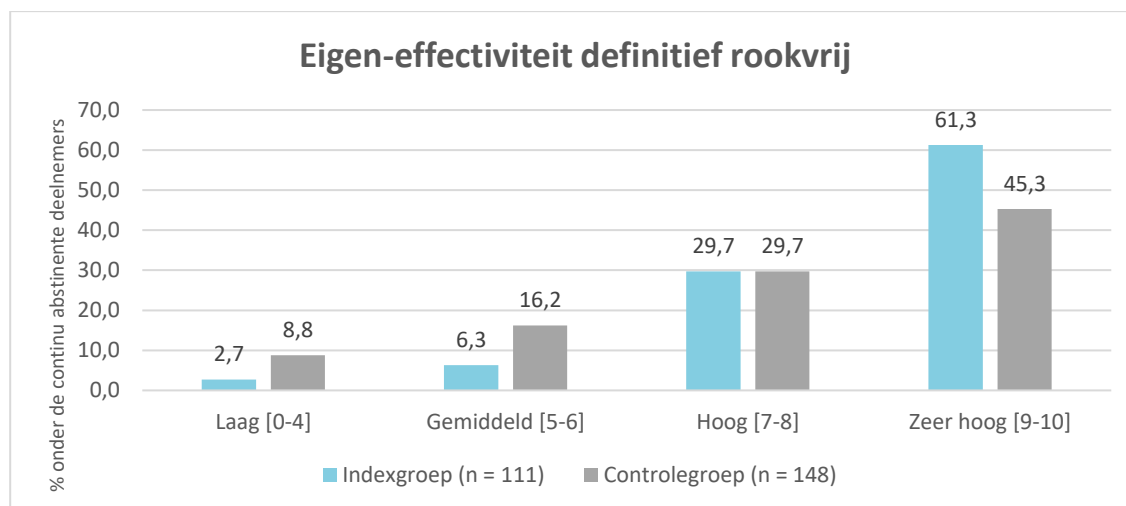
Tabel 13. Eigen-effectiviteit van de index- ($n = 208$) en controlegroep ($n = 452$)

Wanneer gekeken wordt naar de eigen-effectiviteit of overtuiging dat het zal lukken om definitief rookvrij te blijven (schaal van [0-10]) van diegenen die sinds hun stoppoging continu rookvrij zijn gebleven, heeft de indexgroep een gemiddelde significant hogere score ($M = 8.46$, $SD = 1.62$) dan de controlegroep ($M = 7.78$, $SD = 2.21$, $t(256.904) = -2.838$, $p = .005$), zie tabel 14. Zoals te zien is in figuur 10, waar categorieën werden samengenomen, zijn er proportioneel gezien meer deelnemers uit de controlegroep (8.8% en 16.2%) die een

lage [0-4] tot gemiddelde score [5-6] geven dan uit de indexgroep (2.7% en 6.3%). Er zijn evenveel deelnemers uit de indexgroep (29.7%) als uit de controlegroep (29.7%) die een hoge score geven [7-8]. Een zeer hoge score [9-10] wordt meer gegeven door mensen uit de indexgroep (61.3%) dan mensen uit de controlegroep (45.3%).

	Indexgroep (<i>n</i> = 111)		Controlegroep (<i>n</i> = 148)		<i>T</i>	df	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>			
Eigen-effectiviteit definitief rookvrij blijven [0-10]	8.46	1.62	7.78	2.21	-2.838	256.904	.005

Tabel 14. Eigen-effectiviteit van de continu abstinente deelnemers uit de index (*n* = 111) en controlegroep (*n* = 148)



Figuur 10. Overtuiging definitief rookvrij te kunnen blijven [schaalscore 0-10] onder de continu abstinente deelnemers van de indexgroep (*n* = 111) en de controlegroep (*n* = 148)

Discussie

Ondanks het bestaande aanbod aan rookstopbegeleiding, door speciaal daartoe opgeleide tabakologen, werd er in Vlaanderen nog geen gecontroleerd wetenschappelijk onderzoek verricht naar de resultaten van professionele rookstopbegeleiding.

Het effect van een interventie bestuderen is complex. Een effect-evaluatie aan de hand van een Randomized Controlled Trial (RCT) wordt hierbij doorgaans als gouden standaard beschouwd. Een RCT biedt het voordeel dat er een controlegroep wordt geïnccludeerd die een placebo of alternatieve behandeling krijgt. Zo kan worden aangetoond wat het resultaat voor de cliënt was geweest zonder de bestudeerde interventie. In de praktijk is het echter niet steeds mogelijk om te werken met een RCT. Binnen dit onderzoek werd, om op korte termijn eerste resultaten te kunnen bepalen, gekozen voor een cross-sectioneel observationeel onderzoeksdesign (Kesmodel, 2018; Mann, 2003; Spector, 2019). Hierbij werden de resultaten van twee groepen vergeleken: een indexgroep die rookstopbegeleiding genoot door een tabakoloog, en een externe controlegroep die op een andere manier probeerde te stoppen met roken. Aangezien er gewerkt werd met een externe controlegroep, werden een aantal verschillen tussen beide groepen in kaart gebracht.

Profiel van de roker die probeert te stoppen met roken onder begeleiding van een tabakoloog in vergelijking met een roker die op een andere manier probeert te stoppen

Hoewel tabakologen geconsulteerd kunnen worden door alle rokers, lijkt het een specifieke subgroep te zijn die bij de tabakoloog terechtkomt. Deelnemers uit de indexgroep, met name personen die zich lieten begeleiden door een tabakoloog verschilden op een aantal vlakken van de groep personen die op een andere manier probeerde te stoppen met roken. Er waren verschillen op vlak van demografische factoren; het rookprofiel van de deelnemers uit de indexgroep verschilde van dat van de controlegroep en ook wat betreft het gebruik van rookstophulpmiddelen werden verschillen geobserveerd tussen de twee groepen.

Wat betreft de demografische factoren waren personen die zich lieten begeleiden door een tabakoloog gemiddeld ouder dan personen die op een andere manier probeerden te stoppen met roken. Een eerste mogelijke verklaring voor het leeftijdsverschil zou een selectiebias kunnen zijn. Het valt niet uit te sluiten dat eerder jongere personen de online enquête invulden via het marktonderzoeksbureau en oudere personen dus ondervertegenwoordigd zijn in de controlegroep. Een alternatieve, meer plausibele verklaring voor het leeftijdsverschil kan zijn dat oudere personen meer geconfronteerd worden met lichamelijke klachten en ziekten ten gevolge van het roken, zoals respiratoire problemen als COPD of kanker (Jha, 2020; U.S. Department of Health and Human Services, 2014). Rokers zijn wellicht meer geneigd om professionele hulp in te schakelen bij hun rookstop poging wanneer zij geconfronteerd worden met ernstige langetermijn-gevolgen op vlak van gezondheid en stoppen met roken plots voelbaar noodzakelijk wordt. Oudere personen, die doorheen hun levensjaren niet geprobeerd hebben om te stoppen met roken of er niet in geslaagd zijn om zelfstandig te stoppen met roken, schakelen nu ze geconfronteerd worden met ernstige gezondheidsproblemen, professionele hulp in. Mogelijk werden deze personen, omwille van hun gezondheidsproblemen, via hun arts of andere gezondheidsprofessional doorverwezen naar een tabakoloog. De resultaten tonen inderdaad aan dat mensen die zich lieten begeleiden door een tabakoloog meer gezondheidsproblemen rapporteerden en vaker door hun huisarts of andere gezondheidsprofessional het advies kregen om te stoppen met roken. Men kan zich de vraag stellen of oudere personen minder intrinsiek gemotiveerd zijn om te stoppen met roken en een duwtje in de rug (doorverwijsgesprek) nodig hebben. Uit de rookenquête van Stichting Tegen Kanker (2021) bleek dat oudere personen minder vaak de intentie hebben om binnen het jaar te stoppen met roken in vergelijking met jongere personen. Een doorverwijsgesprek kan voor deze rokers dus het verschil maken.

Naast het leeftijdsverschil waren personen die zich lieten begeleiden door een tabakoloog voornamelijk wonende in de provincie Antwerpen. Dit zou bestempeld kunnen worden als een non respons bias op niveau van de tabakologen die mee instonden voor de rekrutering van deelnemers. Voornamelijk tabakologen uit de provincie Antwerpen namen deel aan het onderzoek, en bijgevolg werden voornamelijk cliënten van

tabakologen uit de buurt van Antwerpen aangeschreven. Er is echter geen reden om aan te nemen dat deze cliënten het beter of minder goed zouden doen dan cliënten uit andere regio's in Vlaanderen, want tabakologen in Vlaanderen genoten dezelfde opleiding.

Er waren geen verschillen voor de overige demografische gegevens (zoals geslacht, opleiding, werksituatie, inkomen, nationaliteit en gezinssituatie).

Naast de demografische verschillen werden er ook verschillen in rookprofiel geobserveerd. Personen die zich lieten begeleiden door een tabakoloog startten doorgaans op een vroegere leeftijd met roken, hadden een groter aantal pakjaren, waren vaker dagelijkse rokers, en hadden een hogere mate van nicotineafhankelijkheid. Deze factoren lijken er op te wijzen dat personen die zich laten begeleiden door een tabakoloog vaker de 'zwaardere' categorie van verslaafde rokers zijn. Uit de literatuur is gebleken dat het voor meer verslaafde rokers moeilijker is om te stoppen met roken (zie bijvoorbeeld Caponnetto & Polosa, 2008; Ip et al., 2012). Ze hebben minder succesvolle rookstop pogingen en een hogere kans op herval. Het is aannemelijk dat rokers die in het verleden zelfstandig probeerden te stoppen met roken, na ettelijke onsuccesvolle pogingen uiteindelijk beroep doen op professionele begeleiding. De resultaten tonen echter het tegenovergestelde: personen die zich laten begeleiden door een tabakoloog ondernamen in het verleden gemiddeld minder rookstop pogingen. Een mogelijke verklaring hiervoor kan zijn dat de drempel om een rookstop poging te ondernemen voor zwaarder verslaafde rokers hoger ligt: niet alleen omwille van de nicotineafhankelijkheid, maar mogelijk ook doordat ze minder intrinsieke motivatie ervaren om te stoppen met roken of van mening zijn dat het hen toch niet zal lukken (lagere eigen-effectiviteit). Wanneer ze de stap dan toch zetten, eventueel na doorverwijzing omwille van medische noodzakelijkheid, zijn zij eerder geneigd om zich professioneel te laten begeleiden.

Daarnaast bleken rokers die zich lieten begeleiden door een tabakoloog vaker medische of psychiatrische problemen te vertonen en kregen ze vaker het advies van een gezondheidsprofessional om te stoppen met roken. Opvallend binnen dit onderzoek is dat amper de helft van alle deelnemers aangaven ooit van hun huisarts of andere gezondheidsprofessional het advies te hebben gekregen om te stoppen met roken. Nochtans is het geven van rookstopadvies de taak van elke zorgverlener en valt dit onder het medisch handelen. Het aantal rookstop- en doorverwijsgesprekken ligt in Vlaanderen dus teleurstellend laag.

Tot slot was er een verschil in het gebruik van rookstop hulpmiddelen. Rokers die zich lieten begeleiden door een tabakoloog maakten meer gebruik van rookstop hulpmiddelen, zowel medicatie als nicotinesubstitutiemiddelen, dan rokers die op een andere manier proberen te stoppen met roken. In de groep die op een andere manier probeerde te stoppen met roken maakte een meerderheid (57.3%) helemaal geen gebruik van farmacologische hulpmiddelen. Dit komt overeen met cijfers uit recente enquêtes in Vlaanderen en België waaruit blijkt dat veel rokers geen hulpmiddelen gebruiken bij hun rookstop poging (Fiers & Braekman, 2022; Ipsos, 2021). Rokers staan vaak ambivalent ten aanzien van het gebruik van hulpmiddelen. De overtuiging leeft dat stoppen met roken 'op basis van wilskracht' moet gebeuren. Een andere verklaring kan zijn dat de financiële drempel voor het gebruik van hulpmiddelen hun gebruik in de weg staat. Nochtans blijkt uit onderzoek dat farmacologische ondersteuning de kans op een succesvolle rookstop kan verhogen (Cahill et al., 2013; Hartmann-Boyce et al., 2018; Kotz et al., 2014). Allicht krijgen cliënten die zich door een tabakoloog laten begeleiden voldoende uitleg over de meerwaarde van deze hulpmiddelen en maken ze er dan ook vaker gebruik van. In Vlaanderen wordt er tijdens de opleiding Tabakologie en Rookstopbegeleiding uitgebreid aandacht besteed aan rookstop hulpmiddelen aangezien onderzoek aantoont dat een roker de hoogste kans heeft op een succesvolle rookstop wanneer zowel zijn fysieke als psychologische afhankelijkheid aangepakt wordt. Hoewel farmacotherapie, gezien zijn complementaire werking aan de gedragsmatige begeleiding, als essentieel onderdeel van de begeleiding wordt beschouwd valt op te merken dat toch 21 % van de deelnemers die zich lieten begeleiden door een tabakoloog geen farmacologische ondersteuning heeft gebruikt. Men kan zich de vraag stellen of bij deze groep personen het financiële aspect een drempel vormde. Naast de verschillen tussen de groepen valt ook een gelijkenis op te merken, namelijk voor wat betreft het gebruik van de e-sigaret. Rokers die zich door een tabakoloog lieten begeleiden maakten evenveel gebruik van een e-sigaret als rookstop hulpmiddel als rokers die op een andere manier probeerden te stoppen met roken. Hoewel de e-sigaret binnen de tabakologenpraktijk niet als eerste-keuze rookstop hulpmiddel aanbevolen wordt, wijzen deze resultaten erop dat tabakologen rekening houden met de voorkeur van hun cliënten wat betreft hun keuze van rookstop hulpmiddelen.

Rookstopresultaten

Uit de resultaten van deze cross-sectionele studie blijkt dat personen die zich laten begeleiden door een tabakoloog meer kans hebben om succesvol te stoppen met roken dan personen die op een andere manier proberen te stoppen met roken. Deze resultaten gelden zowel voor dagelijkse als occasionele rokers, voor rokers met lichte of zware nicotineafhankelijkheid, voor rokers die hun eerste rookstop poging doen of al meerdere rookstop pogingen achter de rug hebben, voor zowel rokers met als zonder medische problemen en ongeacht of er farmacologische hulpmiddelen worden gebruikt.

In overeenstemming met de resultaten van de literatuurreview van J. Hartmann-Boyce et al. (2021) en Rigotti et al. (2022) wordt de werkzaamheid van gedragsmatige ondersteuning door een tabakoloog bevestigd los van de mogelijk bijkomende farmacologische ondersteuning.

De absolute rookstoppercentages gevonden in deze studie liggen zowel voor de index- als de controlegroep hoger dan slaagpercentages uit de literatuur (Rigotti et al., 2022; Stead et al., 2016). Hier kunnen twee redenen voor gegeven worden. Ten eerste vond in dit onderzoek geen longitudinale opvolging plaats, waardoor geen onderscheid gemaakt kon worden tussen korte- en langetermijn-resultaten. Langetermijn-resultaten geven lagere slaagpercentages dan kortetermijn-resultaten. Een tweede belangrijke verklaring die de resultaten sterk kan beïnvloeden is een selectie bias. Vermoedelijk kwam er zowel in de index- als de controlegroep voornamelijk respons van deelnemers die een geslaagde rookstop poging achter de rug hadden. Het relatieve verschil tussen de groepen is wel volledig in lijn met resultaten die in de literatuur terug te vinden zijn. De hogere slaagpercentages na begeleiding door een tabakoloog komen overeen met resultaten uit de literatuur waarbij gedragsmatige begeleiding in combinatie met rookstop hulpmiddelen als meest effectieve methode om te stoppen met roken naar voor komt (Rigotti et al., 2022; Stead et al., 2016).

Resultaten op basis van de puntprevalentie (niet gerookt gedurende 7 dagen voorafgaand aan het onderzoek) geven iets hogere slaagpercentages weer dan resultaten op basis van de continue abstinentie (niet meer gerookt sinds de stopdatum). Mogelijk kan dit verklaard worden door het feit dat er binnen dit onderzoek geen rekening werd gehouden met een 'grace period' of respijtperiode. In sommige onderzoeken wordt bij de meting van continue abstinentie een respijtperiode ingebouwd (Hughes et al., 2003). Dit is een periode onmiddellijk na de stopdatum waarin verder roken niet als een mislukking wordt geteld. Ook in de literatuur blijkt continue abstinentie een strengere maat te zijn dan de puntprevalentie (Hughes et al., 2010).

Naast de hogere slaagpercentages hebben personen die zich laten begeleiden door een tabakoloog eveneens een hogere kans op een langere abstinentieperiode dan personen die op een andere manier proberen te stoppen met roken.

Drang om te roken, motivatie en eigen-effectiviteit

Mensen die zich door een tabakoloog lieten begeleiden hadden na het stoppen met roken evenveel drang om te roken als mensen die op een andere manier probeerden te stoppen met roken. Alleen was de intensiteit van die drang lager. Mogelijk hebben deze personen tijdens de gedragsmatige begeleiding technieken geleerd om met deze drang om te gaan waardoor deze als minder intens ervaren wordt. Hierdoor wordt de kans op herval kleiner.

De motivatie van rokers die wensten te stoppen met roken lag iets hoger bij rokers die zich lieten begeleiden door een tabakoloog. De inhoud van de motivatie bleek voor een groot deel van de deelnemers gevoed door gezondheid. Bij rokers die zich lieten begeleiden door een tabakoloog, de oudere groep deelnemers, waren aanwezige gezondheidsproblemen de voornaamste motivator. Bij personen die op een andere manier probeerden te stoppen met roken, de iets jongere groep, was een gezonde levensstijl de hoofdmotivator.

Na begeleiding door een tabakoloog bleek de eigen-effectiviteit hoger te zijn. Deze personen hebben er meer vertrouwen in dat het hen zal lukken om definitief rookvrij te blijven. Ze hebben er vertrouwen in dat het hen zal lukken om niet te roken in verschillende situaties, zowel bij situationele als emotionele triggers. Dergelijke triggers vormen een risico voor herval. Uit een recente survey van Sciensano (Fiers & Braekman, 2022) is gebleken dat personen die de intentie hebben om te stoppen met roken vaak een lage mate van eigen-effectiviteit hebben. Men zou dus kunnen concluderen dat rokers die zich laten begeleiden door een tabakoloog beter gewapend zijn in het omgaan met triggers, het vertrouwen hebben dat ze met deze triggers kunnen omgaan en daardoor een kleinere kans hebben op herval.

Sterktes van het onderzoek

Het cross-sectioneel design bood de mogelijkheid om tegen beperkte kost, relatief snel resultaten te bekomen in vergelijking met longitudinaal onderzoek. Er werd gestreefd naar een representatieve externe controlegroep door samen te werken met een marktonderzoeksbureau. Dit neemt niet weg dat er in acht genomen moet worden dat resultaten van een dergelijk panel nooit met volledige zekerheid gegeneraliseerd kunnen worden naar de totale populatie.

Het is mogelijk dat de resultaten, omwille van een meer conservatieve aanpak in de indexgroep, bescheidenheid met zich meedragen. Twee beslissingen bij de rekrutering leidde namelijk mogelijks tot een onderschatting van de resultaten van de indexgroep. Ten eerste werd bij de controlegroep om praktische redenen, en aansluitend bij de literatuur, een serieuze rookstoppoging gedefinieerd als 'minstens 24u rookvrij zijn geweest'. Bij de indexgroep werd gekozen om vanuit de intention-to-treat benadering, cliënten die een eerste sessie bij de tabakoloog hebben genoten, uit te nodigen voor de studie, ongeacht of ze al dan niet gestopt zijn met roken. Hiermee wordt het effect geëvalueerd dat het dichts mogelijk aansluit bij de dagelijkse tabakologenpraktijk, waar drop-out ook plaatsvindt. Dit verschil in definiëring brengt met zich mee dat deelnemers uit de controlegroep een stap verder in hun rookstoppoging stonden (reeds 24u rookvrij) dan deelnemers uit de indexgroep (minimum één sessie bij de tabakoloog) en de resultaten van de controlegroep dus mogelijk licht overschat worden in vergelijking met die van de indexgroep. Deze conservatievere benadering van de indexgroep versterkt aldus de bevindingen van het onderzoek.

Ten tweede moest er bij de indexgroep, omwille van de moeizame rekrutering, een langere rekruteringsperiode gehanteerd worden. Dit betekent dat er bij de indexgroep gemiddeld genomen een langere tijdspanne zit tussen de rookstoppoging in 2020 en de bevraging in 2021 dan bij de controlegroep. Een langere tijdspanne brengt op zijn beurt meer risico op herval met zich mee en bijgevolg een potentiële onderschatting van de resultaten die geboekt kunnen worden na begeleiding door een tabakoloog.

Verder was er op vlak van de rekrutering een redelijke representatie van mensen met een lage sociaal-economische status. Vaak zijn deze personen in onderzoek moeilijk te bereiken. Sociaal economische status wordt vaak door drie parameters bepaald: scholingsgraad, beroepsgroep en inkomen. In onze steekproef zijn de laaggeschoolden ondervetegenwoordigd, maar zijn er wel voldoende deelnemers uit de groep niet-beroepsactieven en de lagere inkomensgroep.

Rookstop werd in dit onderzoek zo strikt mogelijk gedefinieerd, zijnde 'not a single puff' of 'geen enkele sigaret meer gerookt'. Bovendien werd er bij de meting voor continue abstinentie geen respijtperiode ingebouwd. Op deze manier werd er getracht om meer aan te sluiten bij de klinische realiteit waarbij naar een volledige volgehouden rookstop gestreefd wordt.

Hoewel er binnen dit onderzoek geen uitgebreide procesevaluatie plaatsvond, kan er wel een globaal beeld gevormd worden van de rookstopbegeleidingstrajecten van de deelnemers. Er werd, hoewel niet gedetailleerd, omschreven hoe de rookstopbegeleiding er uit zag. Hierbij is er zicht op het aantal sessies, de duur van de begeleiding gespreid over tijd, de modaliteit van de sessies (fysiek, telefonisch of online) en of de begeleiding individueel of in groep plaatsvond. Ook het gebruik van bijkomende farmacologische hulpmiddelen werd in kaart gebracht.

Tot slot werd er, om zo zuiver mogelijke resultaten te bekomen, getracht om het cross-sectioneel design te optimaliseren door verschillende mogelijke storende variabelen mee op te nemen in de analyses. Deze optimalisatie zorgt ervoor dat, ondanks de afwezigheid van een longitudinaal design en mogelijkheid tot causale uitspraken, het rookstopresultaat met grotere zekerheid toegeschreven kon worden aan de interventie (Spector, 2019).

Beperkingen van het onderzoek

Dit onderzoek kent een aantal beperkingen. Allereerst brengt het gekozen onderzoeksdesign een aantal beperkingen met zich mee. Een cross-sectionele studie is de beste manier om prevalentie in kaart te brengen, maar geeft op zichzelf geen bewijs van causaliteit. Diepgaander onderzoek aan de hand van cohort studie of gerandomiseerd onderzoek is nodig om causaliteit aan te tonen (Mann, 2003). Wel werd het design zo goed mogelijk geoptimaliseerd zodat het rookstopresultaat met meer zekerheid aan de interventie toegeschreven kan worden. Er werd namelijk voldaan aan de drie kenmerken die door Spector (2019) beschreven worden om bij cross-sectionele designs toch van causaliteit te kunnen uitgaan: een tijdsdimensie (de rookstop poging ging vooraf aan de meting); theoretische basis (op basis van de literatuur kunnen we veronderstellen dat gedragsmatige begeleiding een positieve impact heeft op het rookstopresultaat); uitsluiten van alternatieve verklaringen (er werden verschillende mogelijk verklarende variabelen mee opgenomen in het model). Uiteraard is het bij dergelijke observationele studies niet mogelijk om alle potentiële confounders uit te sluiten. Dit kan enkel in een gerandomiseerd onderzoek.

Verder werd er voor deze observationele studie gebruik gemaakt van een externe controlegroep. Gebruik maken van een externe controlegroep brengt vaak een aantal bedreigingen voor de validiteit van de resultaten met zich mee (Seeger et al., 2020). Gezien de gevonden verschillen tussen beide groepen zou het een optie zijn om in toekomstig onderzoek te werken met propensity scores. Dit is een statistische methode waarbij er twee groepen worden bekomen die minder van elkaar verschillen op vlak van mogelijke confounders (Austin, 2011). Door het cross-sectionele design kunnen er geen uitspraken gedaan worden over abstinentieperiode van de niet-hervallen rokers.

Naast de beperkingen van het gekozen onderzoeksdesign vallen een aantal kanttekeningen bij de rekrutering te plaatsen. De rekrutering van tabakologen en hun cliënten verliep moeizaam. Slechts een klein aantal actieve tabakologen engageerde zich om deel te nemen aan het onderzoek. Dit kan vragen met zich meebrengen wat betreft de representativiteit van deze groep en bijgevolg de betrouwbaarheid van de resultaten. In bijlage 3 werden consultatiegegevens van deelnemende tabakologen vergeleken met consultatiegegevens van de totale groep actieve tabakologen. Hieruit kan geconcludeerd worden dat tabakologen die deelnamen aan het onderzoek gemiddeld meer actief zijn dan andere tabakologen. Hoewel ze in absolute aantallen meer cliënten begeleidde en meer consultaties verzorgde, was de intensiteit van de begeleiding per cliënt vergelijkbaar met de niet-deelnemende tabakologen en dus representatief voor een rookstoptraject.

Niet enkel van de tabakologen maar ook van de aangeschreven cliënten uit de indexgroep nam een beperkte groep deel. In bijlage 5 werden gegevens van deelnemende cliënten vergeleken met de totale groep cliënten die zich in 2020 door een tabakoloog liet begeleiden. Hieruit blijkt dat het eerder cliënten zijn die het volledige rookstoptraject doorliepen die deelnamen aan het onderzoek, eerder dan cliënten die een beperkt aantal consultaties genoten. Een selectiebias of responsbias kan hier aldus niet uitgesloten worden. Gezien de hoge gevonden rookstoppercentages voor beide groepen is het aannemelijk dat het vooral cliënten zijn die succesvol gestopt zijn met roken die de vragenlijst hebben teruggestuurd en personen die hervallen zijn eerder niet gereageerd hebben. Dit betekent een overschatting van de resultaten die bij een tabakoloog geboekt worden. Deze potentiële selectiebias geldt evenzeer voor de controlegroep, waardoor de mogelijke fout zich vermoedelijk uitbalanceert. Een longitudinale studie, waarbij cliënten op lange termijn opgevolgd worden, zou hier uitsluitsel over kunnen geven.

Een laatste bedenking met betrekking tot de rekrutering, betreft het samenvallen van de onderzoeksperiode met de eerste golven van de COVID-19-pandemie. In de vragenlijst wordt er gekeken naar rookstop pogingen van het jaar 2020. Dit was het jaar waarin zich de COVID-19-pandemie voordeed. Deze pandemie had op verschillende manieren een impact op het onderzoek.

- Ten eerste werden er veel overheidsmaatregelen opgelegd. Zo dienden niet-essentiële consultaties geannuleerd te worden. Consultaties tabakologie werden gestopt of online aangeboden. Bovendien hebben een groot deel tabakologen, die in bijberoep werken, dat jaar omwille van hun hoofdberoep bv. als verpleegkundige andere prioriteiten moeten stellen. Dit had voornamelijk een impact op de rekrutering van deelnemende tabakologen aan het onderzoek.
- Uit de literatuur is het niet duidelijk of de COVID-19-pandemie, de lockdown periode, de stress, angstgevoelens maar ook verveling die hiermee gepaard konden gaan, een positieve dan wel negatieve impact hebben gehad op het aantal succesvolle rookstop pogingen en risico op herval. Deze impact is echter zowel geldig voor de index- als voor de controlegroep.
- Ook voor mensen die zich lieten begeleiden door een tabakoloog, kunnen stress, angst en verveling gezorgd hebben voor een herval. Het jaar 2020 is mogelijk geen volledig accurate weerspiegeling van de resultaten die geboekt kunnen worden bij een tabakoloog.

Tot slot zijn er nog een aantal andere beperkingen:

- Door de moeizame en langere rekruteringsperiode voor de indexgroep hadden personen uit de controlegroep minder kans op een langere abstinentieperiode dan personen uit de indexgroep. Hierdoor worden de resultaten voor de abstinentieperiode van de hervallers uit de controlegroep mogelijk onderschat in vergelijking met de indexgroep.
- Aangezien een aantal vragen uit de vragenlijst retrospectief zijn van aard brengt dit het risico op geheugenbias met zich mee.
- De cliënttevredenheid werd niet nagaan. Nochtans hanteren cliënten niet noodzakelijk dezelfde criteria als zorgverleners of overheden bij de beoordeling van de kwaliteit van de begeleiding. Het is dus belangrijk om bij toekomstig onderzoek ook het cliëntperspectief mee te nemen bij de beoordeling van de kwaliteit van een interventie.

Beleidsaanbevelingen

Deze studie is voor Vlaanderen een eerste belangrijke indicatie voor hogere rookstoppercentages wanneer dit plaatsvindt onder begeleiding van een tabakoloog. Nochtans weten we uit recente enquêtes van Stichting Tegen Kanker en van Sciensano dat mensen in Vlaanderen en bij uitbreiding België nog maar weinig gebruik maken van de hulp van een tabakoloog (Fiers & Braekman, 2022; Ipsos, 2021; Ipsos Belgium, 2019). Er moet vanuit de overheid verder ingezet worden op de **bekendmaking en drempelverlaging van rookstopbegeleiding door een tabakoloog**. Dit zou bijvoorbeeld kunnen door verdere bekendmaking aan de hand van grootschalige (nationale) campagnes, maar ook door andere zorgverleners en in de eerste plaats de huisartsen te stimuleren om, niet alleen bij patiënten waar er zich medische problemen manifesteren, **een rookstopgesprek aan te gaan en door te verwijzen naar een tabakoloog**. In de interfederale strategie 2022-2028 voor een rookvrije generatie (Algemene Cel Drugsbeleid, 2022) wordt dergelijk kort adviesgesprek beschreven als deel uitmakend van het medisch handelen. Aangezien uit dit onderzoek blijkt dat amper de helft van de deelnemers het advies kregen van hun huisarts of andere gezondheidsprofessional om te stoppen met roken zijn er duidelijk meer inspanningen nodig om artsen en andere zorgverleners te motiveren om een kort rookstopadvies te geven. Dergelijke rookstopgesprekken door gezondheidsprofessionals worden ook door de WHO aanbevolen als minimum-strategie binnen de implementatie van Artikel 14 van WHO FCTC (World Health Organization, 2019).

Countries should, at the minimum, provide brief advice on quitting to all tobacco users whenever they consult a primary health care provider for any reason. (World Health Organization, 2019)

Er is zicht nodig op de drempels die zorgverleners ervaren om een kort rookstopadviesgesprek te voeren. Een eerste belangrijke stap hierin kan zijn om zorgverleners te overtuigen dat rookstopbegeleiding door een tabakoloog een belangrijke meerwaarde creëert in de rookstop van hun patiënt. De resultaten van dit onderzoek kunnen hiervoor aangewend worden.

Gezien de positieve resultaten die geboekt kunnen worden na begeleiding door een tabakoloog en dit ongeacht het rookprofiel en de medische situatie van de patiënt, verdient het de aanbeveling om het bereik te vergroten. Om effectiviteit en het bereik van rookstopinitiatieven te verbeteren raadt de WHO (2019) verder aan om deze **beter toegankelijk te maken, in het bijzonder voor kwetsbare groepen**. Gezien de hogere proportie rokers onder lage SES en het feit dat veel mensen geen gebruik maken van rookstophulpmiddelen zijn er toegepast op de situatie voor Vlaanderen een aantal onbenutte mogelijkheden op vlak van:

- (1) **Inbedding van tabakologen in (psychiatrische) ziekenhuizen, met een opt-out systeem.**
Een ziekenhuisopname is een ideale gelegenheid voor een rookstop (zie bijvoorbeeld Rigotti, Clair, Munafò, & Stead, 2012). Elk ziekenhuis zou een rookstopaanbod moeten hebben waarbij elke rokende patiënt standaard een rookstopaanbod zou krijgen tenzij hij zelf weigert (opt-out) in plaats van het zelf te moeten aanvragen (opt-in). Voor een gestroomlijnd rookstop-behandeltraject in een ziekenhuis verwijzen we naar het dossier 'De Ziekenhuistabakoloog' (Belenger & Verheyen, 2021). Liefst kadert dit rookstopaanbod binnen een breder rookbeleid van het ziekenhuis. Het is de verantwoordelijkheid van de overheid om ziekenhuizen (financieel) aan te moedigen de keuze voor een doorgedreven rookstopbeleid een evidente keuze te maken. En te zorgen voor uniformiteit tussen de ziekenhuizen.
- (2) **Gratis aanbod aan NRT in combinatie met rookstopbegeleiding**
Uit dit onderzoek bleek slechts een klein aantal deelnemers in de controlegroep gebruik te maken van farmacologische hulpmiddelen. Ook in de groep die begeleid werd door een tabakoloog, koos een substantieel deel ervoor om geen gebruik te maken van deze hulpmiddelen. De financiële drempel is hierbij een plausibele hypothese. Elke (kwetsbare) roker die zich door een tabakoloog laat begeleiden zou een terugbetaling moeten genieten van gebruikte nicotine substitutie.
- (3) **Outreach naar kwetsbare groepen**
Een andere manier om de kwetsbare rokers tot bij de tabakoloog te krijgen is door naar hen uit te reiken met brief advice en toe te leiden naar rookstophulp. Hiervoor kan gekeken worden waar er samengewerkt kan worden met bestaande outreach initiatieven en waar die misschien versterkt kunnen worden door rookstopadvies erin op te nemen.

Tot slot, om verdere resultaten in kaart te kunnen brengen en de kwaliteit van de begeleiding verder te kunnen verbeteren zou het goed zijn om (1) een **systeem voor opvolging van cliënten** te installeren zodat resultaten op lange termijn in kaart gebracht kunnen worden. Zo zouden er budgetten voorzien kunnen worden voor opvolgssessies, waarbij tabakologen hun cliënten na een aantal maanden opnieuw contacteren en voor een centraal systeem waarin resultaten bijgehouden kunnen worden. Op die manier kan er aan monitoring gedaan worden van het bereik, de kwaliteit, en de impact. (2) **Verder onderzoek te doen naar de werkzame componenten van rookstopbegeleiding**, o.a. inzetten op motivatie en eigen-effectiviteit lijken een belangrijke rol te spelen.

Gezien het welvaartsverlies van 12 miljard per jaar te wijten aan roken verdienen extra inspanningen met de méést succesvolle interventies zich relatief snel terug. Rookstopbegeleiding door een tabakoloog is duidelijk een succesvolle interventie. De terugverdieneffecten bevinden zich op verschillende niveaus (minder gezondheidszorgkosten, hogere productiviteit, fittere bevolking, minder absenteïsme, etc ...). Intersectorale en interfederale inspanningen lijken dus aangewezen en passend. Een nationaal plan en een ver doorgedreven Health in All Policies aanpak is hiervoor essentieel. (Geneva Charter for Well-being).

Conclusie

Dit onderzoek biedt, voor Vlaanderen, een belangrijke indicatie van de meerwaarde van tabakologen. Hoewel een groot deel van de rokers in Vlaanderen en België zelfstandig probeert te stoppen met roken, zouden ze hun kansen kunnen verhogen door zich door een tabakoloog te laten begeleiden. Tabakologen bieden gepersonaliseerde rookstopbegeleiding, waarna rokers een hogere motivatie hebben om te stoppen met roken, meer vertrouwen hebben in hun eigen kunnen om te stoppen met roken en de drang naar een sigaret als minder intens percipiëren. Rokers zijn na begeleiding bij een tabakoloog dus beter gewapend tegen mogelijke triggers voor herval. Er worden dan ook hogere slaagpercentages en een langere abstinentieperiode waargenomen bij rokers die zich door een tabakoloog laten begeleiden.

Op heden lijken voornamelijk oudere, zwaarder verslaafde rokers bij een tabakoloog terecht te komen, vermoedelijk na doorverwijzing omwille van hun medische situatie. Hoewel bij deze rokers de kans op succesvol stoppen met roken als lager geschat zou worden, zijn ze wel degelijk gebaat met de hulp van een tabakoloog. De positieve resultaten van rookstopbegeleiding door een tabakoloog gelden ongeacht het frequentie van gebruik, mate van nicotineafhankelijkheid, voorgaande rookstop pogingen, gebruik van bijkomende farmacologische ondersteuning en medische situatie. Daarom is het belangrijk om verder in te zetten op bekendmaking, toegankelijkheid en doorverwijzing naar de tabakoloog om zo meer rokers, ongeacht hun rookprofiel en medische situatie, te kunnen helpen stoppen met roken. Artsen en andere gezondheidsprofessionals dragen een belangrijke verantwoordelijkheid om met hun rokende patiënten, ongeacht hun leeftijd en medische situatie, een rookstopgesprek aan te gaan en hen, indien de patiënt dit wenst, door te verwijzen naar een tabakoloog.

Referenties

- Agentschap Zorg en Gezondheid. (z.d.). *Preventie. Rookstopbegeleiding: Terugbetaling van prestaties tabakologie*. Geraadpleegd op 17 november 2020, van <https://www.zorgengezondheid.be/rookstopbegeleiding>
- Algemene Cel Drugsbeleid. (2022). *Interfederale Strategie 2022-2028 voor een Rookvrije Generatie*. Geraadpleegd van https://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/sites/default/files/documents/20220323_interfederale_strategie_tabak_basisnota_nl.pdf
- Austin, P. C. (2011). An introduction to propensity score methods for reducing the effects of confounding in observational studies. *Multivariate Behavioral Research*, 46(3), 399–424. <https://doi.org/10.1080/00273171.2011.568786>
- Babb, S., Malarcher, A. M., Schauer, G., Asman, K., & Jamal, A. (2017). Quitting Smoking Among Adults — United States, 2000–2015. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 65(52), 1457–1464. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6552a1>
- Beasley, T. M., & Schumacker, R. E. (1995). Multiple regression approach to analyzing contingency tables: Post hoc and planned comparison procedures. *The Journal of Experimental Education*, 64(1), 79–93.
- Belenger, L., & Verheyen, M. (2021). *De Ziekenhuistabakoloog*. Geraadpleegd van [https://rookstop.vrgt.be/sites/default/files/De Ziekenhuistabakoloog - 30 april 2021.pdf](https://rookstop.vrgt.be/sites/default/files/De%20Ziekenhuistabakoloog%20-%2030%20april%202021.pdf)
- Benowitz, N. L. (2010). Nicotine addiction. *New England Journal of Medicine*, 362(24), 2295–2303. <https://doi.org/doi:10.1056/NEJMr0809890>
- Blankers, M., Smit, E. S., van der Pol, P., de Vries, H., Hoving, C., & van Laar, M. (2016). The missing=smoking assumption: A fallacy in internet-based smoking cessation trials? *Nicotine and Tobacco Research*, 18(1), 25–33. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntv055>
- Boksa, P. (2017). Smoking, psychiatric illness and the brain. *Journal of Psychiatry & Neuroscience*, 42(3), 147–149. <https://doi.org/10.1503/jpn.170060>
- Cahill, K., Stevens, S., Perera, R., & Lancaster, T. (2013). Pharmacological interventions for smoking cessation: An overview and network meta-analysis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2013(5). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009329.pub2>
- Caponnetto, P., & Polosa, R. (2008). Common predictors of smoking cessation in clinical practice. *Respiratory Medicine*, 102(8), 1182–1192. <https://doi.org/10.1016/j.rmed.2008.02.017>
- Centers for disease control and prevention (CDC). *Health Effects of Cigarette Smoking*. Geraadpleegd van https://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/fact_sheets/health_effects/effects_cig_smoking/index.htm
- Chaiton, M., Diemert, L., Cohen, J. E., Bondy, S. J., Selby, P., Philipneri, A., & Schwartz, R. (2016). Estimating the number of quit attempts it takes to quit smoking successfully in a longitudinal cohort of smokers. *BMJ Open*, 6(1), 1–9. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-011045>
- Fidler, J. A., Shahab, L., & West, R. (2011). Strength of urges to smoke as a measure of severity of cigarette dependence: Comparison with the Fagerström Test for Nicotine Dependence and its components. *Addiction*, 106(3), 631–638. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2010.03226.x>
- Fiers, S., & Braekman, E. (2022). *Preventiebarometer: tabak* (Brussel:België. Sciensano. Rapportnummer:

D/2022.14.440/55). <https://doi.org/10.25608/cs3t-fy57>

- Gallus, S., Muttarak, R., Franchi, M., Pacifici, R., Colombo, P., Boffetta, P., ... La Vecchia, C. (2013). Why do smokers quit? *European Journal of Cancer Prevention*, 22(1), 96–101. <https://doi.org/10.1097/CEJ.0b013e3283552da8>
- Garcia-Perez, M. A., & Nunez-Anton, V. (2003). Cellwise residual analysis in two-way contingency tables. *Educational and Psychological Measurement*, 63(5), 825–839.
- Goldenberg, M., Danovitch, I., & IsHak, W. W. (2014). Quality of life and smoking. *The American Journal on Addictions*, 23(6), 540–562. <https://doi.org/10.1111/j.1521-0391.2014.12148.x>
- Hajek, P., Phillips-Waller, A., Przulj, D., Pesola, F., Myers Smith, K., Bisal, N., ... McRobbie, H. J. (2019). A Randomized Trial of E-Cigarettes versus Nicotine-Replacement Therapy. *New England Journal of Medicine*, 380(7), 629–637. <https://doi.org/10.1056/nejmoa1808779>
- Hartmann-Boyce, J., Chepkin, S. C., Ye, W., Bullen, C., & Lancaster, T. (2018). Nicotine replacement therapy versus control for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2018(5). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000146.pub5>
- Hartmann-Boyce, J., Livingstone-Banks, J., Ordóñez-Mena, J. M., Fanshawe, T. R., Lindson, N., Freeman, S. C., ... Aveyard, P. (2021). Behavioural interventions for smoking cessation: an overview and network meta-analysis (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (1). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013229.pub2>
- Heatherton, T. F., Kozlowski, L. T., Frecker, R. C., Rickert, W., & Robinson, J. (1989). Measuring the Heaviness of Smoking: using self-reported time to the first cigarette of the day and number of cigarettes smoked per day. *British Journal of Addiction*, 84(7), 791–800. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1989.tb03059.x>
- Hoddinott, S. N., & Bass, M. J. (1986). The dillman total design survey method: A sure-way to get high survey return rates. *Canadian Family Physician Medecin de Famille Canadien*, 32(November), 2366–2368. Geraadpleegd van <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21267217> <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC2328022>
- Hoge Gezondheidsraad. (2022). *Elektronische sigaret: evolutie. Brussel: HGR; 2022. Advies nr. 9579*. Geraadpleegd van <https://www.health.belgium.be/nl/advies-9549-elektronische-sigaret-evolutie>
- Hughes, J., Carpenter, M. J., & Naud, S. (2010). Do point prevalence and prolonged abstinence measures produce similar results in smoking cessation studies? A systematic review. *Nicotine and Tobacco Research*, 12(7), 756–762. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntq078>
- Hughes, J., Keely, J., Niaura, R., Ossip-Klein, D., Richmond, R., & Swan, G. (2003). Measures of abstinence in clinical trials: issues and recommendations. *Nicotine & Tobacco Research*, 5(1), 13–26. <https://doi.org/10.1080/1462220031000070552>
- Ip, D. T., Cohen, J. E., Bondy, S. J., Chaiton, M. O., Selby, P., Schwartz, R., ... Ferrence, R. (2012). Do components of current ‘hardcore smoker’ definitions predict quitting behaviour? *Addiction*, 107(2), 434–440. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2011.03674.x>
- Ipsos. (2021). *Rookenquête 2021. Een rapport voor Stichting tegen Kanker*. Geraadpleegd van https://www.kanker.be/sites/default/files/def_ipsos_rapport_rookenquete_2021_nl_-_pg_99.pdf
- Ipsos Belgium. (2019). *Rookenquête 2019. Een rapport voor Stichting tegen Kanker, uitgevoerd door Ipsos Belgium*. Geraadpleegd van https://www.kanker.be/sites/default/files/stichting_tegen_kanker_-_rookenquete_2019_-_def.pdf

- Kesmodel, U. S. (2018). Cross-sectional studies – what are they good for? *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 97(4), 388–393. <https://doi.org/10.1111/aogs.13331>
- Kotz, D., Brown, J., & West, R. (2014). "Real-world" effectiveness of smoking cessation treatments: A population study. *Addiction*, 109(3), 491–499. <https://doi.org/10.1111/add.12429>
- Kozlowski, L. T., Porter, C. Q., Orleans, C. T., Pope, M. A., & Heatherton, T. (1994). Predicting smoking cessation with self-reported measures of nicotine dependence: FTQ, FTND, and HSI. *Drug and Alcohol Dependence*, 34(3), 211–216. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/0376-8716\(94\)90158-9](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/0376-8716(94)90158-9)
- Lancaster, T., & Stead, L. F. (2017). Individual behavioural counselling for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2017(3). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001292.pub3>
- Mann, C. J. (2003). Observational research methods. Research design II : cohort. cross sectional, and case-control studies. *Emergency Medicine Journal*, 54–61.
- McCaul, K. D., Hockemeyer, J. R., Johnson, R. J., Zetocha, K., Quinlan, K., & Glasgow, R. E. (2006). Motivation to quit using cigarettes: A review. *Addictive Behaviors*, 31(1), 42–56. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2005.04.004>
- Nargis, N., Hussain, A. K. M. G., Asare, S., Xue, Z., Majmundar, A., Bandi, P., ... Jemal, A. (2022). Economic loss attributable to cigarette smoking in the USA: an economic modelling study. *The Lancet Public Health*, 7(10), e834–e843. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(22\)00202-X](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(22)00202-X)
- Reitsma, M. B., Kendrick, P. J., Ababneh, E., Abbafati, C., Abbasi-Kangevari, M., Abdoli, A., ... Gakidou, E. (2021). Spatial, temporal, and demographic patterns in prevalence of smoking tobacco use and attributable disease burden in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet*, 397(10292), 2337–2360. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)01169-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)01169-7)
- Rigotti, N. A., Clair, C., Munafò, M. R., & Stead, L. F. (2012). Interventions for smoking cessation in hospitalised patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2012(12), 1–73. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001837.pub3>
- Rigotti, N. A., Kruse, G. R., Livingstone-Banks, J., & Hartmann-Boyce, J. (2022). Treatment of Tobacco Smoking: A Review. *JAMA - Journal of the American Medical Association*, 327(6), 566–577. <https://doi.org/10.1001/jama.2022.0395>
- Robertson, L., Hoek, J., Blank, M. L., Richards, R., Ling, P., & Popova, L. (2019). Dual use of electronic nicotine delivery systems (ENDS) and smoked tobacco: A qualitative analysis. *Tobacco Control*, 28(1), 13–19. <https://doi.org/10.1136/tobaccocontrol-2017-054070>
- Seeger, J. D., Davis, K. J., Iannacone, M. R., Zhou, W., Dreyer, N., Winterstein, A. G., ... Berlin, J. A. (2020). Methods for external control groups for single arm trials or long-term uncontrolled extensions to randomized clinical trials. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*, 29(11), 1382–1392. <https://doi.org/10.1002/pds.5141>
- Spector, P. E. (2019). Do Not Cross Me: Optimizing the Use of Cross-Sectional Designs. *Journal of Business and Psychology*, 34(2), 125–137. <https://doi.org/10.1007/s10869-018-09613-8>
- Spek, V., Lemmens, F., Chatrou, M., Van Kempen, S., Pouwer, F., & Pop, V. (2013). Development of a smoking abstinence self-efficacy questionnaire. *International Journal of Behavioral Medicine*, 20(3), 444–449. <https://doi.org/10.1007/s12529-012-9229-2>
- Statistiek Vlaanderen. (2021). Huishoudinkomen. Geraadpleegd van <https://www.statistiekvlaanderen.be/nl/huishoudinkomen>
- Stead, L. F., Koilpillai, P., Fanshawe, T. R., & Lancaster, T. (2016). Combined pharmacotherapy and behavioural interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2016(3).

<https://doi.org/10.1002/14651858.CD008286.pub3>

Stichting tegen kanker. (n.d.). Volksgezondheid: de cijfers spreken voor zich. Geraadpleegd van <https://www.kanker.be/kankerpreventie/de-gevaren-van-tabak/volksgezondheid-de-cijfers-spreken-voor-zich>

Taylor, G., McNeill, A., Girling, A., Farley, A., Lindson-Hawley, N., & Aveyard, P. (2014). Change in mental health after smoking cessation: systematic review and meta-analysis. *BMJ*, 348. <https://doi.org/10.1136/bmj.g1151>

The Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). (2019). Geraadpleegd op 20 december 2022 van <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/>

Tiwari, R. K., Sharma, V., Pandey, R. K., & Shukla, S. S. (2020). Nicotine addiction: Neurobiology and mechanism. *Journal of Pharmacopuncture*, 23(1), 1–7. <https://doi.org/10.3831/KPI.2020.23.001>

United Nations Educational Scientific and Cultural Organization. (2012). *International Standard Classification of Education. ISCED 2011*. Geraadpleegd van <http://uis.unesco.org/en/isced-mappings>

Vander Leanen, F., Lievens, D., Pauwels, L., Hardyns, W., & Schils, N. (2016). *The social cost of legal and illegal drugs in Belgium : summary (SOCOST)*. Geraadpleegd van http://www.belspo.be/belspo/fedra/DR/DR65_Socost_sum_en.pdf

West, R., Raw, M., McNeill, A., Stead, L., Aveyard, P., Bitton, J., ... Borland, R. (2015). Health-care interventions to promote and assist tobacco cessation: A review of efficacy, effectiveness and affordability for use in national guideline development. *Addiction*, 110(9), 1388–1403. <https://doi.org/10.1111/add.12998>

WHO Framework Convention on Tobacco Control (WHO FCTC). *The WHO Framework Convention on Tobacco Control: an overview*. Geraadpleegd van <https://fctc.who.int/publications/m/item/the-who-framework-convention-on-tobacco-control-an-overview>.

World Health Organization. (2016). *Tobacco Fact sheet*. Geraadpleegd van <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/en/>

World Health Organization. (2019). *WHO report on the global tobacco epidemic, 2019: Offer help to quit tobacco use*. Geraadpleegd van <http://www.who.int/tobacco/mpower/offer/en/>

World Health Organization. (2021). The Geneva Charter for Well-being. *10th Global Conference on Health Promotion*. Geraadpleegd van [https://www.who.int/publications/m/item/the-geneva-charter-for-well-being-\(unedited\)](https://www.who.int/publications/m/item/the-geneva-charter-for-well-being-(unedited))

World Health Organization. (2022). *Tobacco: Poisoning our planet*. Geraadpleegd van <https://www.who.int/publications/i/item/9789240051287>

Bijlagen

Bijlage 1: Mailing uitnodiging onderzoek

----- Oorspronkelijk bericht -----

Onderwerp: Uitnodiging tot deelname aan onderzoek naar de resultaten van rookstopbegeleiding

Beste tabakoloog,

Graag nodigen wij u uit om mee te werken aan een onderzoek naar de resultaten van rookstopbegeleiding bij de tabakoloog in Vlaanderen.

Deze studie wordt uitgevoerd door de VRGT in samenwerking met twee thesisstudenten van de universiteit van Gent onder leiding van Prof. Boudrez, verbonden aan het Universitair Ziekenhuis Gent. Het doel van deze studie is zicht krijgen op de werkzaamheid van de rookstopbegeleiding bij de tabakoloog in Vlaanderen.

Het is de bedoeling dat minstens 600 cliënten van het voorbije jaar een korte anonieme enquête invullen. Daarom vragen we een éénmalige tijdsinvestering om uw cliënten van het afgelopen jaar (2020) aan te schrijven. Wij voorzien hiervoor de nodige instructies, technische ondersteuning, voorbeeldmails, online enquête of brieven en vooraf gefrankeerde enveloppen.

Er wordt een vergoeding voorzien voor uw medewerking aan het onderzoek.

Overtuigd om deel te nemen?

Lees de informatiebrochure en checklist in bijlage.

Meer weten?

Indien u vragen heeft kunt u gerust contact opnemen met Laurence Belenger, stafmedewerker onderzoek en ontwikkeling bij de VRGT op het nummer 02 510 60 96 of via mail (laurence.belenger@vrgt.be).

Alvast hartelijk bedankt voor uw medewerking.

Met vriendelijke groeten,

Sam Colle en Ireen Dehaene (masterproefstudenten Gezondheidsbevordering UGent)

Onder leiding van Laurence Belenger (VRGT) en Prof. Boudrez (UZ Gent)

----- Reminder mail -----

Onderwerp: Reminder uitnodiging tot deelname aan onderzoek naar de resultaten van Rookstopbegeleiding

Beste mevrouw/heer X,

U ontving halverwege maart en begin april van ons een uitnodiging tot deelname aan onderzoek naar de resultaten van rookstopbegeleiding in Vlaanderen. Graag willen wij nogmaals een **warmer oproep** doen **om mee te werken aan het onderzoek**. De VRGT wil tabakologen steviger verankeren in het hulpverlenerslandschap en daarvoor is meer wetenschappelijke evidentie noodzakelijk. Om deze wetenschappelijke evidentie te bekomen, hebben wij **jullie hulp nodig**.

De studie wordt uitgevoerd door de VRGT in samenwerking met twee thesisstudenten van de universiteit van Gent onder leiding van Prof. Boudrez, verbonden aan het Universitair Ziekenhuis Gent. Het doel van deze studie is zicht krijgen op de werkzaamheid van de rookstopbegeleiding bij de tabakoloog in Vlaanderen.

Het is de bedoeling dat minstens 600 cliënten van het voorbije jaar een **korte anonieme enquête** invullen. Elke extra deelnemer telt!

Wat moet u doen?

- Maak een overzicht van uw cliënten van 2020;
- Verstuur a.d.h.v. standaardmails (zie bijlage) persoonlijke uitnodigingen en vermeld hierbij uw unieke code;
- Bezorg ons de ingevulde flowchart;
- Ontvang het nodig aantal postpakketten;
- Verstuur de standaardbrieven en vermeld hierbij uw unieke code;
- Ontvang een vergoeding (afhankelijk van het aantal aangeschreven cliënten).

3 redenen om deel te nemen:

- Draag bij aan de verankering van de tabakologenpraktijk.
- Investeer éénmalig tijd om uw cliënten van het afgelopen jaar (2020) aan te schrijven. Wij voorzien hiervoor de nodige instructies, technische ondersteuning, voorbeeldmails, online enquête of brieven en vooraf gefrankeerde enveloppen.
- Ontvang een financiële vergoeding voor je geïnvesteerde tijd.

Overtuigd om deel te nemen?

Stuur jouw ingevulde flowchart (zie bijlage) door naar laurence.belenger@vrgt.be

Meer weten?

Lees de informatiebrochure en checklist in bijlage.

Indien u vragen heeft kunt u gerust contact opnemen met Laurence Belenger, stafmedewerker onderzoek en ontwikkeling bij de VRGT op het nummer 02 510 60 96 of via mail (laurence.belenger@vrgt.be).

Hopend dat we kunnen rekenen op uw medewerking.

Met vriendelijke groeten,

Sam Colle en Ireen Dehaene (masterproefstudenten Gezondheidsbevordering UGent)

Onder leiding van Laurence Belenger (VRGT) en Prof. Boudrez (UZ Gent)

Bijlage 2: Vergoeding tabakoloog voor deelname aan het onderzoek

Aantal cliënten aangeschreven	Compensatie voor Tabakoloog
1	16
2	17
3	18
4	19
5	20
6	21
7	22
8	23
9	24
10	25
20	35
30	45,5
60	91
90	151,5
120	226,5
150	301,5
180	376,5
210	451,5
230	500

Vaste vergoeding	We starten op 15 € vergoeding
+ factor	We geven voor de eerste 30 cliënten 1€ per aangeschreven cliënt voor de volgende extra 30 cliënten (tot 60), 1,50 € per cliënt Voor de volgende extra 30 (tot 90), 2 € per cliënt Voor de volgende extra 30 (tot 120), 2,50 € per cliënt Geplafoneerd op 500€ max te verdienen

De vergoeding wordt uitbetaald na afloop van het onderzoek en na ontvangst van uw factuur. Neem hiervoor contact op met Laurence.Belenger@vrgt.be

Bijlage 3: Profiel van de deelnemende tabakoloog

Ondanks de vele inspanningen die geleverd werden om tabakologen te rekruteren om deel te nemen aan de studie namen van de 297 gecontacteerde tabakologen slechts 14 tabakologen deel aan de studie (4,7 %). Deze lage responsrate kan voor externe lezers vragen met zich meebrengen wat betreft de representativiteit voor de tabakologenpraktijk. Ondanks dat alle tabakologen dezelfde opleiding 'Tabakologie en rookstopbegeleiding' hebben genoten, bestaan er verschillen in activiteitsgraad van tabakologen. Daarom werd, om mogelijke vragen m.b.t. de representativiteit op te vangen, het profiel van de deelnemende tabakoloog verder onderzocht. Er werd zowel gekeken naar demografische factoren als begeleidingsfactoren.

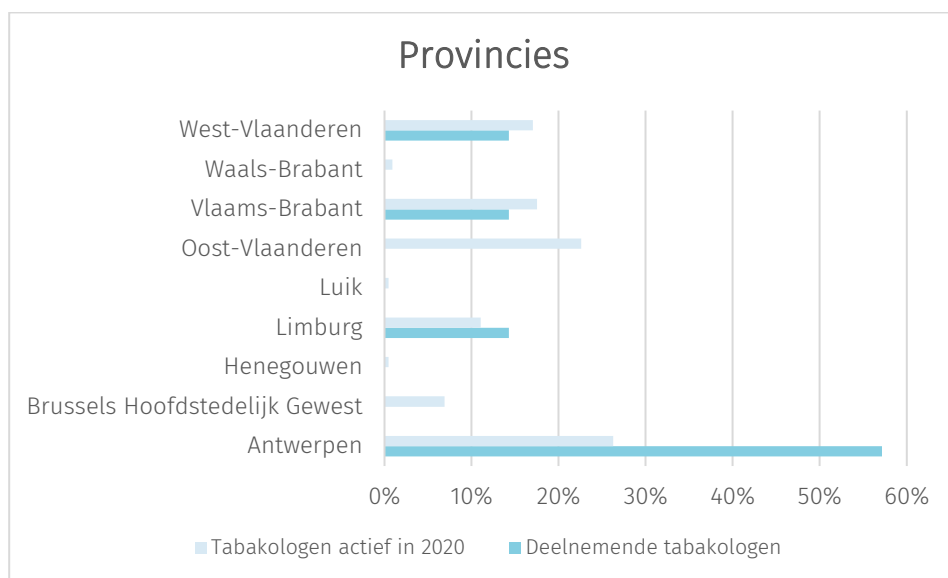
Demografische factoren

De meerderheid van de deelnemende tabakologen waren vrouwen (n = 11, 78.57%).

Ze werken verspreid in verschillende provincies in Vlaanderen, met een over-representatie van de provincie Antwerpen (zie tabel 1 en figuur 1) en een onderrepresentatie voor de Provincies Oost-Vlaanderen en het Brussels Hoofdstedelijk Gewest.

Provincie	Deelnemende tabakologen	Tabakologen actief in 2020
Antwerpen	8 (57%)	57 (26%)
Brussels Hoofdstedelijk Gewest	/	15 (7%)
Henegouwen	/	1 (0%)
Limburg	2 (14 %)	24 (11%)
Luik	/	1 (0%)
Oost-Vlaanderen	/	49 (23%)
Vlaams-Brabant	2 (14%)	38 (18%)
Waals-Brabant	/	2 (1%)
West-Vlaanderen	2 (14%)	37 (17%)
Eindtotaal	14 (100%)	217 (100%)

Tabel 15. Provincies waar tabakologen werkzaam zijn

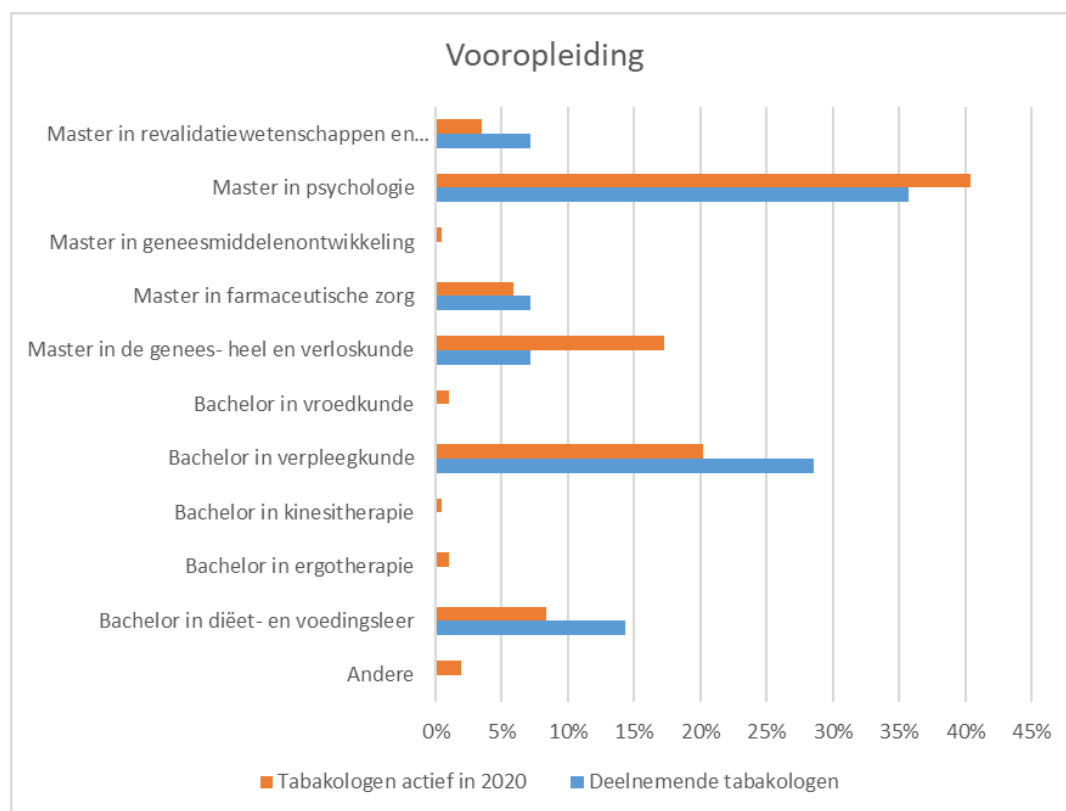


Figuur 11. Provincies waar tabakologen werkzaam zijn

Er namen tabakologen deel met verschillende vooropleidingen. De meerderheid van de vooropleidingen waren gerepresenteerd, met voornamelijk psychologen (36%) en verpleegkundigen (29%) (zie tabel 2). Dit komt in grote lijnen overeen met de vooropleidingen van tabakologen die in 2020 actief waren, met een kleine onderrepresentatie van tabakologen met een vooropleiding master in de genees- heel en verloskunde (zie figuur 2).

Vooropleiding	Deelnemende tabakologen
Master in de psychologie	5
Bachelor in de verpleegkunde	4
Bachelor in de dieet-en voedingsleer	2
Master in de genees- heel en verloskunde	1
Master in de farmaceutische zorg	1
Master in revalidatiewetenschappen en kinesitherapie	1
Eindtotaal	14

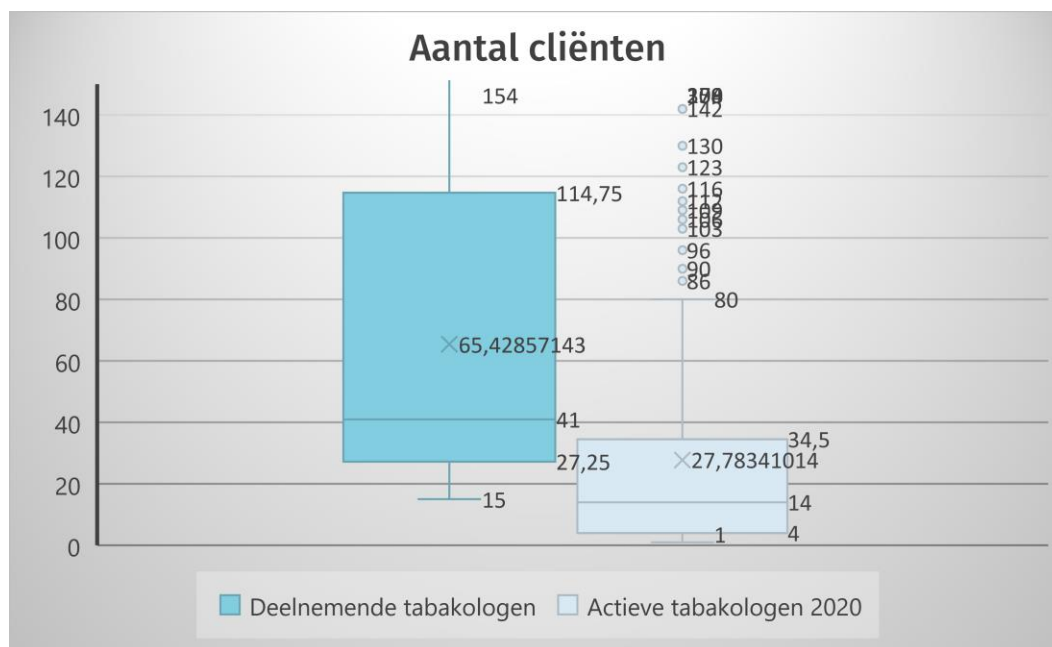
Tabel 16. Vooropleiding van tabakologen



Figuur 12. Vooropleiding van tabakologen

Begeleidingsfactoren

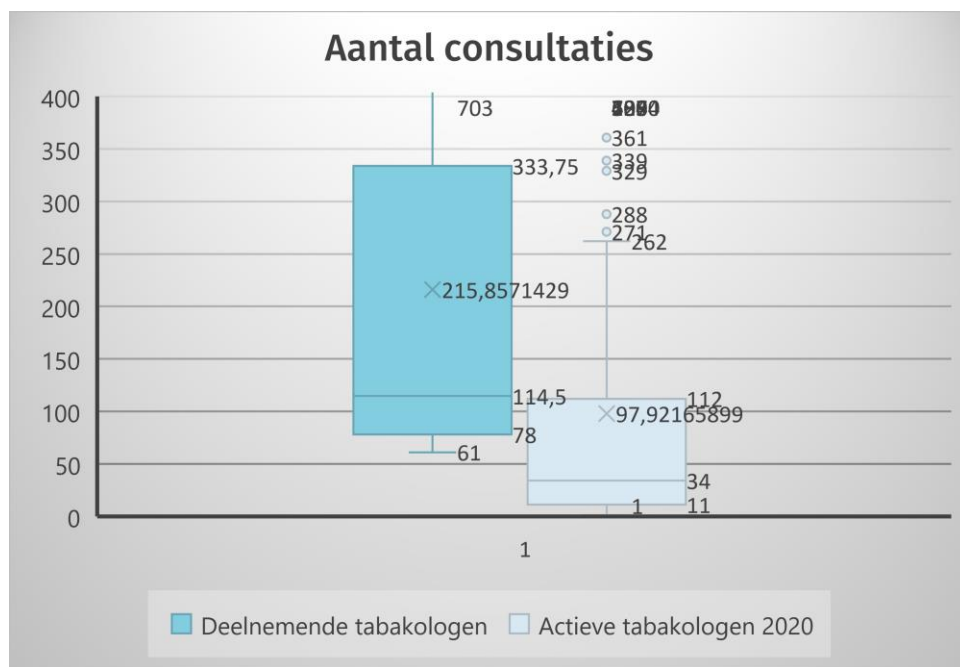
Deelnemende tabakologen schreven samen 747 cliënten aan om deel te nemen aan het onderzoek. Ze konden niet alle cliënten aanschrijven die ze in het jaar 2020 begeleidde (o.w.v. ontbrekende contactgegevens of niet voldoen aan inclusiecriteria). Volgens de geregistreerde gegevens in het kadaster voor tabakologen begeleidde de deelnemende tabakologen in het jaar 2020 samen 916 cliënten. Gemiddeld begeleidde ze elk 65 cliënten per jaar (met een brede spreiding tussen tabakologen onderling gaande van minimum 15 cliënten tot maximum 154 cliënten per jaar)(zie figuur 3). De totale groep tabakologen die in 2020 actief waren begeleidde gemiddeld 28 cliënten per jaar, met een spreiding gaande van 1 cliënt tot 309 cliënten per jaar (zie figuur 3).



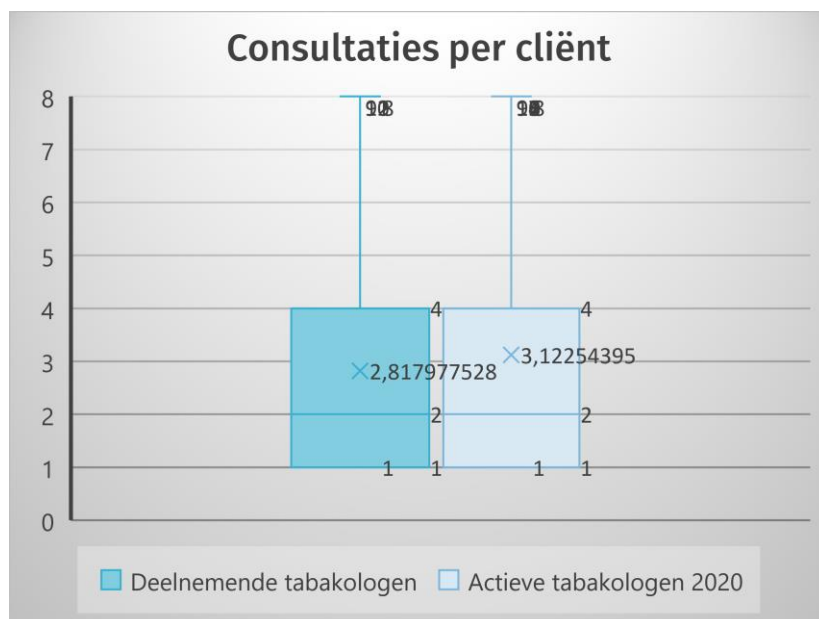
Figuur 13. Aantal begeleidde cliënten

Samen verzorgden de deelnemende tabakologen 3022 consultaties tabakologie. Gemiddeld verzorgde elke tabakoloog 216 consultaties per jaar (met een spreiding tussen de tabakologen gaande van 61 consultaties per jaar tot 703 consultaties per jaar)(zie figuur 4). Door de totale groep van tabakologen die actief waren in 2020 werden gemiddeld 98 consultaties per jaar uitgevoerd met een spreiding gaande van 1 consultatie per jaar tot 2000 consultaties per jaar.

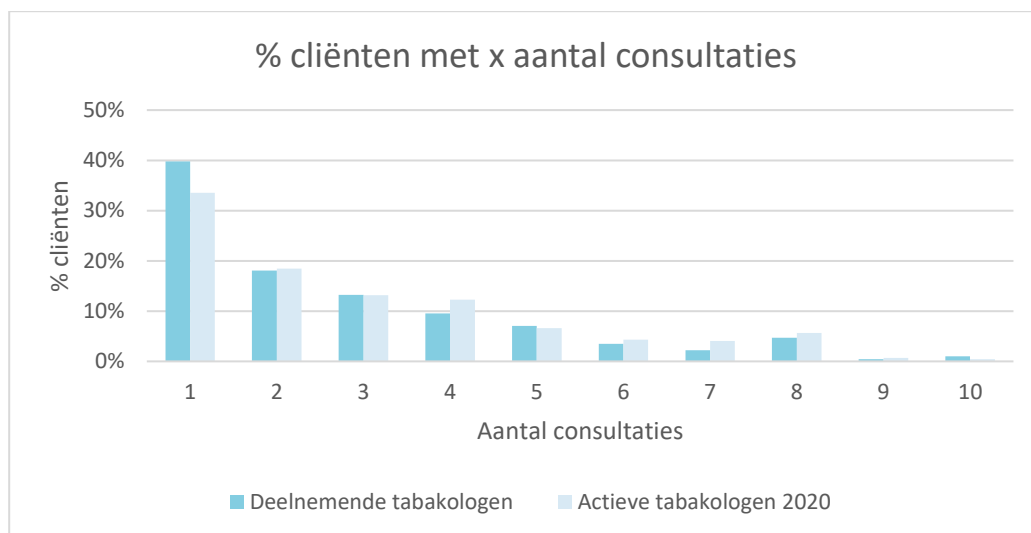
Wanneer er gekeken wordt naar het aantal consultaties dat cliënten gemiddeld genoten, was dit 2,8 consultaties voor cliënten van deelnemende tabakologen en 3,1 consultaties voor cliënten van de totale groep actieve tabakologen in 2020 (zie figuur 5). De grootste groep cliënten genoten slechts 1 consultatie. Er is een dalende trend naargelang het aantal consultaties (zie figuur 6).



Figuur 14. Aantal consultaties gegeven door tabakologen



Figuur 15. Aantal consultaties per cliënt



Figuur 16. Aantal consultaties per cliënt

Conclusie

De beperkte groep tabakologen die deelnam aan het onderzoek, is een meer actieve groep dan de totale groep tabakologen in Vlaanderen. Bij de deelnemende tabakologen is er een mooie verdeling van vooropleidingen. De spreiding qua provincies is niet helemaal representatief, maar er is geen reden om aan te nemen dat er verschillen zouden zijn in hun werking naargelang de provincie waar ze werken. Deelnemende tabakologen aan het onderzoek lijken een meer actieve groep van tabakologen, aangezien ze in vergelijking met de totale groep, meer cliënten hebben begeleid en meer consultaties hebben gegeven. Los van het gegeven dat ze in absolute aantallen meer begeleidingen doen, lijkt de intensiteit van de begeleiding (aantal consultaties per cliënt) dezelfde als binnen de totale groep.



Vragenlijst in kader van het onderzoek naar de resultaten van rookstopbegeleiding bij de tabakoloog in Vlaanderen

Datum van vandaag: ____ / ____ / 2021

Uniek nummer tabakoloog _____ (dit staat vermeld in de brief/mail die u van uw tabakoloog ontving)



Wanneer we het in deze vragenlijst hebben over *roken*, bedoelen we roken van sigaretten, roltabak, sigaren, sigarillo's of waterpijp; dus niet de elektronische sigaretten.

Rookstopbegeleiding met behulp van een tabakoloog

U bent het voorbije jaar bij een tabakoloog op consultatie gegaan om hulp te krijgen bij het stoppen met roken.

1. Wanneer vond de eerste consultatie plaats? Datum (dd/mm/jjjj) __ / __ / ____
Gelieve een schatting te maken indien u de datum niet zeker weet
2. Wanneer vond de laatste consultatie plaats? Datum (dd/mm/jjjj) __ / __ / ____
Gelieve een schatting te maken indien u de datum niet zeker weet
(Indien u maar één consultatie had, is dit dezelfde datum als de startdatum)
3. Hoeveel consultaties heeft u gehad?

☐ 1 consultatie	☐ 5 consultaties
☐ 2 consultaties	☐ 6 consultaties
☐ 3 consultaties	☐ 7 consultaties
☐ 4 consultaties	☐ 8 consultaties of meer
4. Waren dit individuele of groepsconsultaties? *(meerdere antwoordopties zijn mogelijk)*

☐ Individuele consultaties
☐ Groepsconsultaties
5. Op welke manier vonden deze consultaties plaats? *(meerdere antwoordopties zijn mogelijk)*

☐ Fysieke of face-to-face begeleiding (beiden aanwezig in één consultatieruimte)
☐ Online via videobellen
☐ Telefonische consultaties

6. Heeft u tijdens deze begeleiding bijkomende rookstophulpmiddelen gebruikt? Duid aan welke.
- ☐ Voorgeschreven medicatie
 - ☐ Champix (Varenicline)
 - ☐ Zyban (Bupropion)
 - ☐ Ander: _____
 - ☐ Nicotinevervangers (bv. pleister, ...)
 - ☐ Pleisters/patch
 - ☐ Mondspray
 - ☐ Zuigtablet
 - ☐ Kauwgom/gum
 - ☐ Inhaler
 - ☐ Ander: _____
 - ☐ Elektronische sigaret
 - ☐ Met nicotine
 - ☐ Zonder nicotine
 - ☐ Ik heb geen bijkomende hulpmiddelen gebruikt.
 - ☐ Andere, namelijk: _____
7. Bent u op het moment van uw rookstop poging met behulp van een tabakoloog, minstens 24u gestopt met roken?
- ☐ **Neen**, ik ben toen niet gestopt met roken (*ga door naar vraag 8*)
 - ☐ **Ja**, ik ben gestopt op datum: __/__/____ (dd/mm/jjjj)
 - ➔ Indien ja, bent u sindsdien rookvrij gebleven (rookvrij = geen enkele sigaret meer gerookt, de e-sigaret wordt hier niet mee in rekening gebracht)?
 - ☐ Ja, ik ben rookvrij gebleven (*ga door naar vraag 8*)
 - ☐ Neen, ik heb nog een paar sigaretten gerookt
 - ☐ Neen, ik ben hervallen
 - ➔ Indien neen (een paar sigaretten of hervallen), hoelang bent u erin geslaagd om rookvrij te blijven?
 - ☐ Minder dan een week
 - ☐ Tussen een week en een maand
 - ☐ Tussen een maand en 3 maanden
 - ☐ Tussen 3 maanden en 6 maanden
 - ☐ Tussen 6 maanden en een jaar
 - ☐ Meer dan een jaar

8. Hoe gemotiveerd was u bij aanvang van de stoppoging met behulp van de tabakoloog om definitief te stoppen met roken? Duid dit aan op een schaal van 0 tot 10 waarbij 0 staat voor 'helemaal niet gemotiveerd' en 10 voor 'heel erg gemotiveerd'?



9. Wat was uw voornaamste reden om te stoppen met roken?

- ☐ Gezonde levensstijl willen aannemen
- ☐ Medische redenen (bijvoorbeeld hart- en vaatproblemen, respiratoire problemen, kanker, ...)
- ☐ Op aanraden van mijn arts of andere gezondheidsprofessional
- ☐ Zwangerschap (van jezelf of partner) / geboorte kind
- ☐ Geboorte kleinkind
- ☐ Financiële redenen
- ☐ Uiterlijk
- ☐ Sociale druk (bv. je partner wil niet langer dat je rookt)
- ☐ Andere reden, namelijk: _____

10. Hoe vaak hebt u in het verleden (en dus niet enkel in 2020 met behulp van een tabakoloog), reeds een serieuze rookstoppoging ondernomen? Met een serieuze poging wordt elke poging bedoeld die leidde tot minstens 24 uur niet roken.

- ☐ 1 keer
- ☐ 2 keer
- ☐ 3 keer
- ☐ 4 keer of meer
- ☐ Weet ik niet

11. Heeft u in de laatste 7 dagen gerookt? (ook 1 sigaret wordt beschouwd als roken)

- ☐ Neen (*ga door naar vraag 12*)
- ☐ Ja

→ Indien ja, hoeveel sigaretten of andere zaken op basis van tabak (bv. pijp, sigaar) heeft u de laatste 7 dagen in totaal gerookt? _____

12. **Hoe vaak** heeft u in de afgelopen 24 uur de neiging gehad om te roken? Zet een kruisje in de kolom die voor u het meest van toepassing is.

Nooit	Zelden	Soms	Vaak	Bijna altijd	De hele tijd
☐	☐	☐	☐	☐	☐

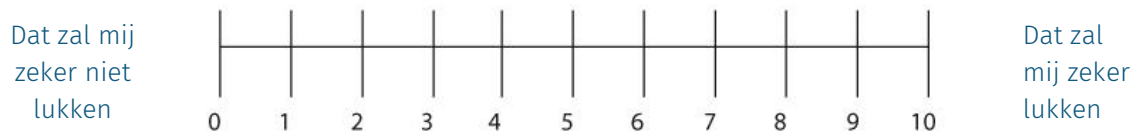
13. Hoe sterk zijn deze neigingen geweest voor u op een schaal van 0 tot 10, waarbij 0 staat voor 'helemaal niet sterk' en 10 voor 'heel erg sterk'?



14. Geef voor elk van de situaties aan in welke mate u overtuigd bent dat het u zal lukken om niet te roken. Zet een kruisje in de kolom die voor u het meest van toepassing is.

	Ik ben heel zeker dat ik niet zal roken	Ik zal waarschijnlijk niet roken	Neutraal/ ik weet het niet	Ik zal waarschijnlijk wel roken	Ik zal heel zeker wel roken
U voelt zich geprikkeld/gespannen.					
U bent (heel) boos.					
U bent in een café, op een feestje of op bezoek.					
U bent (heel) verdrietig.					
Iemand biedt u een sigaret aan van het merk dat u gebruikt(e).					
U ziet iemand genieten van een sigaret.					

15. Indien u gestopt bent, denkt u dat het u zal lukken om definitief rookvrij te blijven? Beoordeel dit op een schaal van 0 tot 10, waarbij 0 is 'dat zal mij zeker niet lukken' en 10 is 'dat zal mij zeker lukken'.



Rookprofiel

16. Op welke leeftijd bent u beginnen roken? _____
17. Welke situatie was net voor uw rookstoppoging met behulp van een tabakoloog het best toepasbaar op u?
- ☐ Ik rook(te) dagelijks
 - ☐ Ik rook(te) maar niet dagelijks
18. Welk product(en) gebruikt(e) u voornamelijk net voor uw rookstoppoging met behulp van een tabakoloog?
- ☐ Filtersigaretten
 - ☐ Roltabak (sigaretten die u zelf rolt of maakt)
 - ☐ Sigaar of cigarillo
 - ☐ Pijp
 - ☐ Waterpijp (nargile, shisha)
 - ☐ Snuss
 - ☐ Elektronische sigaret
 - ☐ Met nicotine
 - ☐ Zonder nicotine
 - ☐ Beide, zowel met als zonder nicotine
 - ☐ Andere, namelijk: _____
19. Hoe snel na het wakker worden rookt(e) u de eerste sigaret net voor uw rookstoppoging met behulp van een tabakoloog?
- ☐ Binnen de 5 minuten
 - ☐ 6 – 30 minuten
 - ☐ 31 – 60 minuten
 - ☐ Na 60 minuten
20. Hoeveel sigaretten rookt(e) u gemiddeld per dag net voor uw rookstoppoging met behulp van een tabakoloog? _____

21. Had u net voor uw rookstoppoging met behulp van een tabakoloog medische problemen of een ziekte? (bv. problemen met uw hart, astma, COPD (rokerslong), overgewicht, suikerziekte, kanker, ...).

- ☐ Neen
☐ Ja, namelijk: _____

22. Leed u net voor uw rookstoppoging met behulp van een tabakoloog aan een psychiatrische aandoening? (bv. depressie, bipolaire stoornis, schizofrenie, ...).

- ☐ Neen
☐ Ja, namelijk: _____

23. Was u of uw partner zwanger net voor uw rookstoppoging met behulp van een tabakoloog?

- ☐ Ja
☐ Neen
☐ Niet van toepassing

24. Heeft uw huisarts of andere gezondheidsprofessional u omwille van uw gezondheid ooit al eens aangeraden om te stoppen met roken?

- ☐ Ja
☐ Neen
☐ Weet ik niet meer

25. Duid voor onderstaande middelen aan hoe vaak u deze, net voor uw rookstoppoging met behulp van een tabakoloog, gebruikte:

	Dagelijks	Wekelijks	Maandelijks of minder	Nooit
Alcohol (zoals bier, wijn, cider, aperitief, cocktails, likeur, ...)	☐	☐	☐	☐
Cannabis	☐	☐	☐	☐
Drugs (cocaïne, heroïne, ...)	☐	☐	☐	☐
Andere verdovende middelen (specifieer welke): _____	☐	☐	☐	☐

Demografische gegevens

26. Wat is uw geslacht?

- ☐ Man
- ☐ Vrouw
- ☐ Ander

27. Wat is uw geboortjaar _____

28. Wat is uw hoogst voltooide opleiding?

- ☐ Geen onderwijs
- ☐ Lager onderwijs
- ☐ Secundair technisch of beroepsonderwijs
- ☐ Secundaire algemeen onderwijs
- ☐ Hoger onderwijs (kandidaat / graduaat / bachelordiploma)
- ☐ Universitair onderwijs (licenciaat / postgraduaat / masterdiploma of doctoraatsdiploma)

29. Wat omschreef net voor uw rookstoppoging met behulp van een tabakoloog het best uw situatie?

- ☐ Ik werk
 - ☐ Voltijds (≥ 38 uren/week)
 - ☐ Meer dan halftijds
 - ☐ Halftijds
 - ☐ Minder dan halftijds
- ☐ Ik ben student
- ☐ Ik ben huisvrouw/huisman
- ☐ Ik ben werkloos
- ☐ Ik ben arbeidsongeschikt
- ☐ Ik ben gepensioneerd (of met prepensioen/brugpensioen)
- ☐ Ander, specificeer: _____

30. Wat was het netto-maandinkomen van uw gezin net voor uw rookstoppoging met behulp van een tabakoloog?

- ☐ ≤ 1000 euro/maand
- ☐ 1001 - 2000 euro/maand
- ☐ 2001 - 3000 euro/maand
- ☐ 3001 - 4000 euro/maand
- ☐ 4001 - 5000 euro/maand
- ☐ Meer dan 5000 euro/maand
- ☐ Wens ik niet te beantwoorden

31. In welke provincie woont u?

- ☐ Antwerpen
- ☐ Limburg
- ☐ Oost-Vlaanderen
- ☐ Vlaams-Brabant
- ☐ West-Vlaanderen
- ☐ Brussel
- ☐ Wallonië
- ☐ Ander, specificeer: _____

32. Heeft u de Belgische nationaliteit?

- ☐ Ja, enkel de Belgische
- ☐ Ja, maar ook een andere nationaliteit, namelijk: _____
- ☐ Neen, ik heb een andere nationaliteit: _____

33. Wat was uw gezinssituatie net voor uw rookstoppoging met behulp van een tabakoloog?

- ☐ Gehuwd of samenwonend met partner
- ☐ Alleenstaand of gescheiden of weduwe(naar)
- ☐ Ander, namelijk: _____

34. Dit is het einde van de vragenlijst, heeft u zelf nog andere opmerkingen?

Bedankt voor het invullen van de vragenlijst!



Vragenlijst in kader van het onderzoek naar de resultaten van rookstopbegeleiding bij de tabakoloog in Vlaanderen

Deze vragenlijst werd online aangeboden aan het onderzoekspanel van Ivox die voldeden aan de inclusiecriteria.

- *Hebt u minstens 100 sigaretten (ongeveer 5 pakjes) of een gelijkwaardige hoeveelheid tabak gerookt tijdens uw leven?*
 - *Ja*
 - *Nee*

→ *Indien nee → exclusie voor het onderzoek*

- *Hoe vaak heeft u in 2020 een serieuze rookstop poging ondernomen? Met een serieuze poging wordt elke poging bedoeld die leidde tot minstens 24 uur niet roken.*
 - *1 keer*
 - *2 keer*
 - *3 keer*
 - *4 keer of meer*
 - *Weet ik niet*
 - *Mijn laatste rookstop poging was voor 2020*
 - *Ik heb nog nooit een serieuze rookstop poging ondernomen*

→ *Indien 'weet niet' 'laatste poging voor 2020' en 'nog nooit poging' → Exclusie*



Wanneer we het in deze vragenlijst hebben over *roken*, bedoelen we roken van sigaretten, roltabak, sigaren, sigarillo's of waterpijp; dus niet de elektronische sigaretten.

Datum van vandaag: ____ / ____ / 2021

Rookstop poging

35. Wanneer was uw laatste serieuze stop poging? *Gelieve een schatting te maken indien u de datum niet zeker weet.*

Datum (dd/mm/jjjj) _____

36. Bent u sindsdien rookvrij gebleven (= geen enkele sigaret meer gerookt, de e-sigaret wordt hier niet mee in rekening gebracht)?

- ☐ Ja, ik ben rookvrij gebleven (*ga door naar vraag 3*)
- ☐ Neen, ik heb nog een paar sigaretten gerookt
- ☐ Neen, ik ben hervallen

→ Indien neen (een paar sigaretten of hervallen), hoelang bent u erin geslaagd om rookvrij te blijven?

- ☐ Minder dan een week
- ☐ Tussen een week en een maand
- ☐ Tussen een maand en 3 maanden
- ☐ Tussen 3 maanden en 6 maanden
- ☐ Tussen 6 maanden en een jaar
- ☐ Meer dan een jaar

37. Welke methode gebruikte u bij uw laatste rookstop poging? *U mag meerdere antwoorden aanvinken indien van toepassing.*

- ☐ Individuele begeleiding of groepsbegeleiding door een tabakoloog
- ☐ Telefoon hulplijn 'Tabakstop'
- ☐ Voorgeschreven medicatie
 - ☐ Champix (Varenicline)
 - ☐ Zyban (Bupropion)
 - ☐ Ander: _____
- ☐ Nicotinevervangers (bv. pleister, ...)
 - ☐ Pleisters/patch
 - ☐ Mondspray
 - ☐ Zuigtablet
 - ☐ Kauwgom/gum
 - ☐ Inhaler
 - ☐ Ander: _____
- ☐ Elektronische sigaret
 - ☐ Met nicotine
 - ☐ Zonder nicotine
- ☐ Zelfhulp: hulp om te stoppen via Internet, brochures, boeken, ...
- ☐ Alternatieve methoden zoals accupunctuur, hypnose, ...
- ☐ Ik heb geen specifieke methode of hulpmiddelen gebruikt.
- ☐ Anders: _____

Indien bij vraag 3: tabakoloog werd aangevinkt (extra vragen 4 -8)

U bent het voorbije jaar bij een tabakoloog op consultatie gegaan om hulp te krijgen bij het stoppen met roken.

38. Wanneer vond de eerste consultatie plaats? Datum (dd/mm/jjjj) __ / __ / ____

39. Wanneer vond de laatste consultatie plaats? Datum (dd/mm/jjjj) __ / __ / ____
(Indien u maar één consultatie had, is dit dezelfde datum als de startdatum)

40. Hoeveel consultaties heeft u gehad?

- | | |
|---|---|
| ☐ 1 consultatie | ☐ 5 consultaties |
| ☐ 2 consultaties | ☐ 6 consultaties |
| ☐ 3 consultaties | ☐ 7 consultaties |
| ☐ 4 consultaties | ☐ 8 consultaties of meer |

41. Waren dit individuele of groepsconsultaties? (meerdere antwoordopties zijn mogelijk)

- ☐ Individuele consultaties
☐ Groepsconsultaties

42. Op welke manier vonden deze consultaties plaats? (meerdere antwoordopties zijn mogelijk)

- ☐ Fysieke of face-to-face begeleiding (beiden aanwezig in één consultatieruimte)
☐ Online via videobellen
☐ Telefonische consultaties

Indien bij vraag 3: tabakstop werd aangevinkt (extra vragen 9-11)

U hebt het voorbije jaar telefonisch contact gehad met de hulplijn tabakstop.

43. Hoeveel telefonische contacten heeft u tijdens uw laatste rookstoppoging gehad?

- | | |
|----------------------------|------------------------------------|
| ☐ 1 | ☐ 5 |
| ☐ 2 | ☐ 6 |
| ☐ 3 | ☐ 7 |
| ☐ 4 | ☐ 8 of meer |

44. Wanneer vond het eerste telefonisch contact plaats? Datum (dd/mm/jjjj) __ / __ / ____

45. Wanneer vond het laatste contact plaats? Datum (dd/mm/jjjj) __ / __ / ____
(Indien u maar één contact was, is dit dezelfde datum als de startdatum)

46. Hoe gemotiveerd was u bij uw laatste rookstoppoging om definitief te stoppen met roken? Duid dit aan op een schaal van 0 tot 10 waarbij 0 staat voor 'helemaal niet gemotiveerd' en 10 voor 'heel erg gemotiveerd'?



47. Wat was bij uw laatste rookstoppoging uw voornaamste reden om te stoppen met roken?

- ☐ Gezonde levensstijl willen aannemen
- ☐ Medische redenen (bijvoorbeeld hart- en vaatproblemen, respiratoire problemen, kanker, ...)
- ☐ Op aanraden van mijn arts of andere gezondheidsprofessional
- ☐ Zwangerschap (van jezelf of partner) / geboorte kind
- ☐ Geboorte kleinkind
- ☐ Financiële redenen
- ☐ Uiterlijk
- ☐ Sociale druk (bv. je partner wil niet langer dat je rookt)
- ☐ Andere reden, namelijk: _____

48. Hoe vaak hebt u in het verleden (en dus niet enkel in 2020), reeds een serieuze rookstoppoging ondernomen? Met een serieuze poging wordt elke poging bedoeld die leidde tot minstens 24 uur niet roken. Ook een poging die u op dit moment onderneemt wordt meegerekend.

- ☐ 1 keer
- ☐ 2 keer
- ☐ 3 keer
- ☐ 4 keer of meer
- ☐ Weet ik niet

49. Heeft u in de laatste 7 dagen gerookt? (ook 1 sigaret wordt beschouwd als roken)

- ☐ Neen (*ga door naar vraag 16*)
- ☐ Ja

→ Indien ja, hoeveel sigaretten of andere zaken op basis van tabak (bv. pijp, sigaar) heeft u de laatste 7 dagen in totaal gerookt? _____

50. **Hoe vaak** heeft u in de afgelopen 24 uur de neiging gehad om te roken? Zet een kruisje in de kolom die voor u het meest van toepassing is.

Nooit	Zelden	Soms	Vaak	Bijna altijd	De hele tijd
☐	☐	☐	☐	☐	☐

51. Hoe sterk zijn deze neigingen geweest voor u op een schaal van 0 tot 10, waarbij 0 staat voor 'helemaal niet sterk' en 10 voor 'heel erg sterk'?



52. Geef voor elk van de situaties aan in welke mate u overtuigd bent dat het u zal lukken om niet te roken. Zet een kruisje in de kolom die voor u het meest van toepassing is.

	Ik ben heel zeker dat ik niet zal roken	Ik zal waarschijnlijk niet roken	Neutraal/ ik weet het niet	Ik zal waarschijnlijk wel roken	Ik zal heel zeker wel roken
U voelt zich geprikkeld/gespannen.					
U bent (heel) boos.					
U bent in een café, op een feestje of op bezoek.					
U bent (heel) verdrietig.					
Iemand biedt u een sigaret aan van het merk dat u gebruikt(e).					
U ziet iemand genieten van een sigaret.					

53. Denkt u dat het u zal lukken om definitief rookvrij te blijven? Beoordeel dit op een schaal van 0 tot 10, waarbij 0 is 'dat zal mij zeker niet lukken' en 10 is 'dat zal mij zeker lukken'.



Rookprofiel

54. Op welke leeftijd bent u beginnen roken? _____

55. Welke situatie was net voor uw laatste rookstoppoging het best toepasbaar op u?

- ☐ Ik rook(te) dagelijks
- ☐ Ik rook(te) maar niet dagelijks

56. Welk product(en) gebruikt(e) u voornamelijk net voor uw laatste rookstoppoging?

- ☐ Filtersigaretten
- ☐ Roltabak (sigaretten die u zelf rolt of maakt)
- ☐ Sigaar of cigarillo
- ☐ Pijp
- ☐ Waterpijp (nargile, shisha)
- ☐ Snuss
- ☐ Elektronische sigaret
 - ☐ Met nicotine
 - ☐ Zonder nicotine
 - ☐ Beide, zowel met als zonder nicotine
- ☐ Andere, namelijk: _____

57. Hoe snel na het wakker worden rookt(e) u de eerste sigaret net voor uw laatste rookstoppoging?

- ☐ Binnen de 5 minuten
- ☐ 6 – 30 minuten
- ☐ 31 – 60 minuten
- ☐ Na 60 minuten

58. Hoeveel sigaretten rookt(e) u gemiddeld per dag net voor uw laatste rookstoppoging? _____



59. Had u net voor uw laatste rookstoppoging medische problemen of een ziekte? (bv. problemen met uw hart, astma, COPD (rokerslong), overgewicht, suikerziekte, kanker, ...).

- ☐ Neen
☐ Ja, namelijk: _____

60. Leed u net voor uw laatste rookstoppoging aan een psychiatrische aandoening? (bv. depressie, bipolaire stoornis, schizofrenie, ...).

- ☐ Neen
☐ Ja, namelijk: _____

61. Was u of uw partner net voor uw laatste rookstoppoging zwanger?

- ☐ Ja
☐ Neen
☐ Niet van toepassing

62. Heeft uw huisarts of andere gezondheidsprofessional u omwille van uw gezondheid ooit al eens aangeraden om te stoppen met roken?

- ☐ Ja
☐ Neen
☐ Weet ik niet meer

63. Duid voor onderstaande middelen aan hoe vaak u deze net voor uw laatste rookstoppoging gebruikte:

	Dagelijks	Wekelijks	Maandelijks of minder	Nooit
Alcohol (zoals bier, wijn, cider, aperitief, cocktails, likeur, ...)	☐	☐	☐	☐
Cannabis	☐	☐	☐	☐
Drugs (cocaïne, heroïne, ...)	☐	☐	☐	☐
Andere verdovende middelen (specifieer welke): _____ _____	☐	☐	☐	☐

Demografische gegevens

64. Wat is uw geslacht?

- ☐ Man
- ☐ Vrouw
- ☐ Ander

65. Wat is uw geboortejaar _____

66. Wat is uw hoogst voltooide opleiding?

- ☐ Geen onderwijs
- ☐ Lager onderwijs
- ☐ Secundair technisch of beroepsonderwijs
- ☐ Secundaire algemeen onderwijs
- ☐ Hoger onderwijs (kandidaat / graduaat / bachelordiploma)
- ☐ Universitair onderwijs (licenciaat / postgraduaat / masterdiploma of doctoraatsdiploma)

67. Wat omschreef net voor uw laatste rookstoppoging het best uw situatie?

- ☐ Ik werk
 - ☐ Voltijds (≥ 38 uren/week)
 - ☐ Meer dan halftijds
 - ☐ Halftijds
 - ☐ Minder dan halftijds
- ☐ Ik ben student
- ☐ Ik ben huisvrouw/huisman
- ☐ Ik ben werkloos
- ☐ Ik ben arbeidsongeschikt
- ☐ Ik ben gepensioneerd (of met prepensioen/brugpensioen)
- ☐ Ander, specificeer: _____

68. Wat was het netto-maandinkomen van uw gezin net voor uw laatste rookstoppoging?

- ☐ ≤ 1000 euro/maand
- ☐ 1001 - 2000 euro/maand
- ☐ 2001 - 3000 euro/maand
- ☐ 3001 - 4000 euro/maand
- ☐ 4001 - 5000 euro/maand
- ☐ Meer dan 5000 euro/maand
- ☐ Wens ik niet te beantwoorden

69. In welke provincie woont u?

- ☐ Antwerpen
- ☐ Limburg
- ☐ Oost-Vlaanderen
- ☐ Vlaams-Brabant
- ☐ West-Vlaanderen
- ☐ Brussel
- ☐ Wallonië
- ☐ Ander, specificeer: _____

70. Heeft u de Belgische nationaliteit?

- ☐ Ja
- ☐ Neen

Indien niet, wat is uw nationaliteit: _____

71. Wat was uw gezinssituatie net voor uw laatste rookstoppoging?

- ☐ Gehuwd of samenwonend met partner
- ☐ Alleenstaand of gescheiden of weduwe(naar)
- ☐ Ander, namelijk: _____

72. Dit is het einde van de vragenlijst, heeft u zelf nog andere opmerkingen?

Bedankt voor het invullen van de vragenlijst!

Bijlage 5: Profiel van de deelnemende cliënten

In totaal werden 214 deelnemers gerekruteerd voor de indexgroep. Deze personen lieten zich tijdens hun rookstopopgave begeleiden door een tabakoloog. Dit is ongeveer 4% van het totaal aantal personen dat zich in 2020 door een tabakoloog liet begeleiden (volgens de cijfers van het Vlaams kadaster voor tabakologen). Om de representativiteit van de deelnemers na te gaan, werd voor de variabelen waarvoor dit mogelijk was een vergelijking gemaakt met de cijfers van het Vlaams kadaster voor tabakologen.

Demografische factoren

Uit het kadaster konden gegevens opgehaald worden m.b.t. leeftijd, geslacht en recht op verhoogde tegemoetkoming. Het al dan niet recht hebben op verhoogde tegemoetkoming wordt hier als weerspiegeling van sociaal-economische status beschouwd. Zie tabel 1.

Er werden geen verschillen teruggevonden voor geslacht en leeftijd van personen die deelnamen aan de studie (indexgroep) vergeleken met de groep cliënten die zich in 2020 lieten begeleiden door een tabakoloog. Personen die zich in 2020 lieten begeleiden door een tabakoloog waren gemiddeld 51.80 jaar oud (met een spreiding gaande van 22 tot 91 jaar). Personen die deelnamen aan de studie waren gemiddeld 52.10 jaar oud (met een spreiding gaande van 18 tot 82 jaar).

De indexgroep bestond voor 50.9% uit mannen en 49.1% uit vrouwen. Volgens gegevens geregistreerd in het kadaster waren 52.5% van cliënten die zich in 2020 lieten begeleiden door een tabakoloog mannen en 47.5% vrouwen.

Wat betreft de sociaal-economische status werden in het onderzoek andere variabelen bevraagd dan wat er in het kadaster geregistreerd wordt door tabakologen. Op basis van het recht op verhoogde tegemoetkoming kan men terugvinden dat 23.3% van de mensen die zich in 2020 lieten begeleiden door een tabakoloog deel uitmaakten van een lagere inkomensgroep (grensbedrag 19 957 euro bruto gezinsinkomen per jaar). Aan de studie namen 34.1% personen deel uit een lagere inkomensgroep (grensbedrag 2000 euro netto gezinsinkomen per maand). Zie tabel 1.

	Indexgroep (n = 214)		Cijfers kadaster (n = 5487)	
	Gemiddelde (sd)		Gemiddelde (sd)	
Leeftijd	52.10 (15.13)		51.80 (13.32)	
	N	%	N	%
Geslacht				
Man	108	50.9	2810	52.5
Vrouw	104	49.1	2542	47.5
Inkomensgroepen				
Laag inkomen	61	34.1	/	
Midden inkomen	53	29.6		
Hoog inkomen	65	36.3		
Inkomensgroepen				
Wel recht op VT ^a	/		1278	23.3
Geen recht op VT ^a			4227	77.0

Tabel 17. Demografische variabelen cliënten indexgroep vergeleken met cijfergegevens uit het kadaster 2020

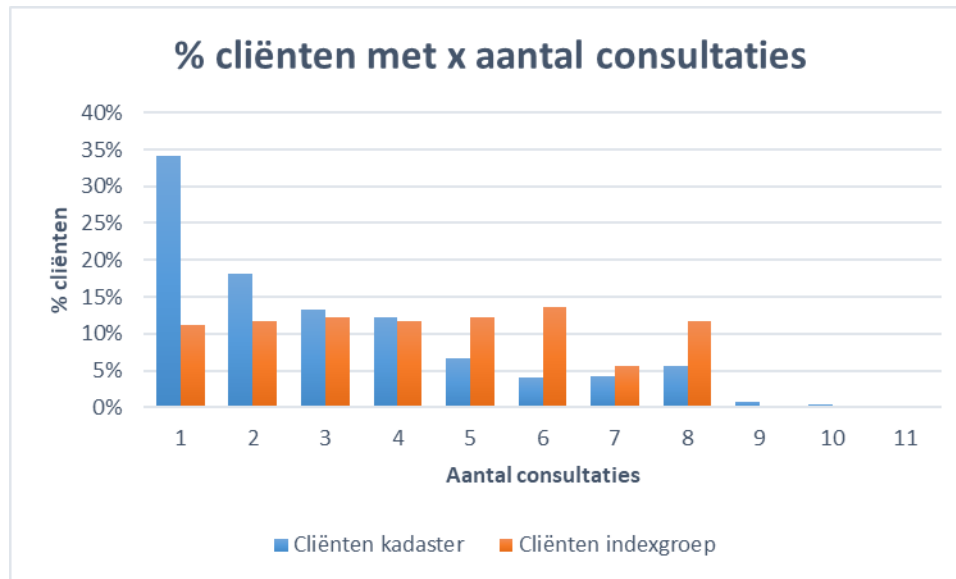
Voor sommige personen kon de leeftijd, het geslacht of de inkomensgroep niet bepaald worden o.w.v. foutief ingebrachte of ontbrekende gegevens. Er werd in deze tabel gebruik gemaakt van valid percent.

a VT: Personen met een laag inkomen hebben recht op de verhoogde tegemoetkoming. Voor 2020 gold als grensbedrag 19.957,16 euro bruto jaarinkomen van het gezin (vermeerderd met € 3.694,61 per bijkomend gezinslid).

Sommige personen (n = 9) zitten in beide categorieën o.w.v. verandering van status tijdens het jaar 2020.

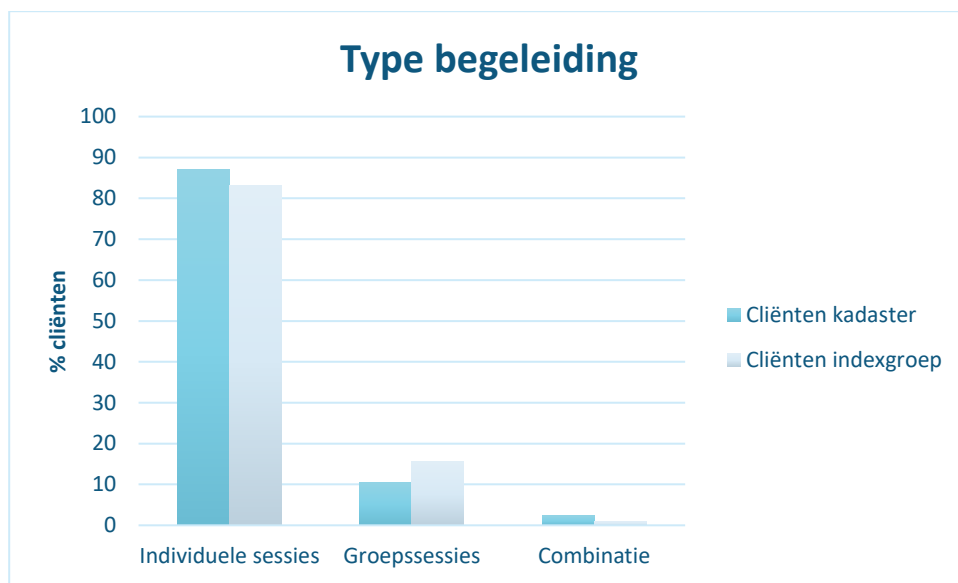
Begeleidingsfactoren

Gemiddeld hadden de deelnemers aan de studie 4.26 aantal consultaties (Sd = 2.20; range 1 – 8). Volgens het kadaster hadden cliënten van tabakologen in 2020 gemiddeld 3.11 consultaties (Sd = 2.36; range 1 – 18). Het gemiddeld aantal sessies ligt hoger in de deelnemersgroep dan bij de totale groep cliënten van 2020. Op figuur 1 is te zien dat cliënten die maar één sessie genoten proportioneel gezien minder vertegenwoordigd zijn in de studie.



Figuur 17. Aantal consultaties per cliënt

De meerderheid van de deelnemers aan de studie (n = 159, 83.2 %) genoten individuele consultaties, 30 personen (15.7%) namen deel aan groepssessies en 2 personen (1%) volgden zowel individuele als groepssessies. Volgens het kadaster genoten 87.02 % van de cliënten in 2020 individuele sessies, 10.52 % groepssessies en 2.45 % een combinatie van individuele en groepssessies.



Figuur 18. Aantal cliënten per type begeleiding

Conclusie

De deelnemers aan de studie verschillen niet van de totale groep cliënten die zich in 2020 lieten begeleiden door een tabakoloog op vlak van leeftijd en geslacht. Ook volgens de sociaal-economische status lijkt er een voldoende representatie te zijn van personen met een laag inkomen.

Cliënten die deelnamen aan het onderzoek zijn proportioneel gezien cliënten die meer aantal sessies genoten. De cliënten die slechts één sessie genoten namen minder deel aan het onderzoek. Het lijken dus voornamelijk cliënten die het volledige rookstoptraject hebben doorlopen die deelnamen aan het onderzoek. Er is geen verschil in deelname naargelang de type begeleiding die gevolgd werd.

Bijlage 6: Lijst figuren en tabellen

Lijst van figuren

Figuur 1. Rekruteringsproces index- en controlegroep.....	11
Figuur 2. Overzicht van het gebruik van rookstophulpmiddelen in de index- (n = 214) en controlegroep (n = 452).....	23
Figuur 3. Rookstoppercentages van de index- (n = 214) en controlegroep (n = 452) volgens beide maten van abstinentie.....	25
Figuur 4. Abstinentieperiode indexgroep (N = 101).....	27
Figuur 5. Abstinentie en abstinentieperiode controlegroep (N = 304).....	28
Figuur 6. Abstinentieperiode van hervallen rokers in de indexgroep (n = 101) en controlegroep (n = 304).....	29
Figuur 7. Frequentie (TSU) en intensiteit (SUT) van drang om te roken onder de continu abstinente rokers van de index (n = 113) en de controlegroep (n = 148).....	30
Figuur 8. Motivatie om te stoppen met roken bij de index- (n = 213) en controlegroep (n = 452) op een schaal gaande van 0 (helemaal niet gemotiveerd) tot 10 (heel erg gemotiveerd).....	31
Figuur 9. Voornaamste motivator om te stoppen met roken voor de index- (n = 185) en de controlegroep (n = 452).....	32
Figuur 10. Overtuiging definitief rookvrij te kunnen blijven [schaalscore 0-10] onder de continu abstinente deelnemers van de indexgroep (n = 111) en de controlegroep (n = 148).....	33

Figuren in bijlage

Figuur 11. Provincies waar tabakologen werkzaam zijn.....	49
Figuur 12. Vooropleiding van tabakologen.....	50
Figuur 13. Aantal begeleidde cliënten.....	51
Figuur 14. Aantal consultaties gegeven door tabakologen.....	52
Figuur 15. Aantal consultaties per cliënt.....	52
Figuur 16. Aantal consultaties per cliënt.....	53
Figuur 17. Aantal consultaties per cliënt.....	72
Figuur 18. Aantal cliënten per type begeleiding.....	73

Lijst van tabellen

Tabel 1. Verklarende factoren opgenomen in de logistische regressie modellen.....	17
Tabel 2. Demografische variabelen indexgroep (n = 214) en controlegroep (n = 452).....	19
Tabel 3. Rookprofiel index- (n = 214) en controlegroep (n = 452).....	20
Tabel 4. Medische achtergrond index- (n = 214) en controlegroep (n = 452).....	21
Tabel 5. Gebruik verslavende middelen index- (n = 214) en controlegroep (n = 452).....	22
Tabel 6. Gebruik van rookstophulpmiddelen voor de indexgroep (n = 214) en controlegroep (n = 452).....	23
Tabel 7. Resultaten logistische regressie, voorspelling continue abstinentie op basis van groep.....	25
Tabel 8. Resultaten logistische regressie, voorspelling continue abstinentie op basis van groep, gecontroleerd voor mogelijke verklarende factoren.....	26
Tabel 9. Resultaten logistische regressie, voorspelling puntprevalentie op basis van groep.....	26
Tabel 10. Resultaten logistische regressie, voorspelling puntprevalentie op basis van groep, gecontroleerd voor mogelijke verklarende factoren.....	27
Tabel 11. Resultaten logistische regressie, voorspelling abstinentieperiode op basis van groep.....	29

Tabel 12. Resultaten logistische regressie, voorspelling abstinentieperiode op basis van groep, gecontroleerd voor mogelijke verklarende factoren.....	30
Tabel 13. Eigen-effectiviteit van de index- (n = 208) en controlegroep (n = 452)	32
Tabel 14. Eigen-effectiviteit van de continu abstinente deelnemers uit de index (n = 111) en controlegroep (n = 148)	33

Tabellen in bijlage

Tabel 15. Provincies waar tabakologen werkzaam zijn	49
Tabel 16. Vooropleiding van tabakologen	50
Tabel 17. Demografische variabelen cliënten indexgroep vergeleken met cijfergegevens uit het kadaster 2020 ..	71



VLAAMSE VERENIGING VOOR
RESPIRATOIRE GEZONDHEIDSZORG
EN TUBERCULOSEBESTRIJDING VZW



ADRES

Mgr. Van Waeyenberghlaan 32
3000 Leuven

CONTACT

t 02 510 60 90
f 02 611 46 14

info@vrgt.be
www.vrgt.be