

Goed, Beter, BEST:
Beslissingen in Eerstelijns
Stoppen-met-roken ondersteuning

*Een systematische inventarisatie van werkzame elementen in
stoppen-met-roken interventies in de eerstelijns gezondheidszorg*



Dr. Ciska Hoving, Maastricht University/CAPHRI/Health Promotion
Dr. Dennis de Ruijter, Maastricht University/CAPHRI/Health Promotion
Dr. Enrique Mergelsberg, Maastricht University/CAPHRI/Health Promotion
Dr. Matty Crone, Leiden University Medical Center/Public Health en Eerstelijns geneeskunde
Dr. Eline S. Smit, Universiteit van Amsterdam/ASCoR/Communication Science

INHOUDSOPGAVE

Samenvatting	3
Aanleiding	4
Inleiding	5
Methoden	7
Resultaten	13
Discussie en Aanbevelingen	19
Referenties	23

TABELLEN

Tabel 1. Geïnccludeerde interventies in track A & B en bijbehorende codes	26
Tabel 2. Overzicht van de geïnccludeerde stoppen met roken interventies in track A	28
Tabel 3. Overzicht van de geïnccludeerde trainingen voor zorgverleners in track B	40
Tabel 4. Werkzame elementen stoppen met roken interventies (track A)	44
Tabel 5. Werkzame elementen trainingen voor zorgverleners (track B)	48
Tabel 6. Gerapporteerde en geteste werkingsmechanismen stoppen met roken interventies (track A)	50
Tabel 7. Gerapporteerde en geteste werkingsmechanismen trainingen voor zorgverleners (track B)	53
Tabel 8. Interventie beschrijving en uitvoeringspecifieke werkzame elementen stoppen met roken interventies (track A)	55
Tabel 9. Interventie beschrijving en uitvoeringspecifieke werkzame elementen trainingen voor zorgverleners (track B)	66

SAMENVATTING

In dit project brachten we in systematisch kaart welke werkzame elementen te identificeren zijn in A) interventies voor rokers en B) trainingen voor zorgverleners, gericht op stoppen met roken in de eerstelijnsgezondheidszorg, en hoe deze elementen relateren aan de effectiviteit van deze interventies.

We vonden in totaal 53 interventies en trainingen via 1) online Nederlandse interventie databases; 2) online wetenschappelijke databases, en 3) Nederlandse stoppen met roken-experts. Hiervan richtten 38 interventies zich op rokers, waren er 10 trainingen voor zorgverleners en waren 5 interventies bedoeld voor zowel rokers als zorgverleners. Voor elke geïdentificeerd interventie werden studiekarakteristieken en algemene, specifieke, inhoudelijke en uitvoering-gerelateerde werkzame elementen geabstraheerd. Voor het in kaart brengen van de specifieke werkzame elementen gebruikten we een combinatie van gedragsveranderingstechnieken (Behaviour Change Techniques) en potentiële werkingsmechanismen (Mechanisms of Action). Onze voorlopige analyse werd waar mogelijk door de betreffende interventie ontwikkelaars geverifieerd.

Vergelijkingen in werkzame elementen werden getrokken tussen 3 groepen interventies/trainingen; effectief, gemengde resultaten en niet-effectief. Werkzame elementen werden weinig structureel beschreven, vooral wanneer het ging om elementen gerelateerd aan de uitvoering van de interventies. De Behaviour Change Technique categorieën 'Sociale Ondersteuning' en 'Vormen van Kennis' werden het vaakst beschreven binnen interventies voor rokers, voor zorgverlener trainingen was dit 'Feedback & Monitoring'. De meest voorkomende Mechanism of Action was voor beide doelgroepen 'Bewustzijn/Kennis'. Veronderstelde relaties tussen Behaviour Change Techniques en Mechanisms of Action werden echter amper empirisch getoetst.

Er was geen duidelijke relatie te ontdekken tussen het gebruik van bepaalde werkzame elementen en interventie effecten. Vervolgonderzoek zou zich daarom moeten richten op de toetsing van relaties tussen BCTs, MoAs en effecten van interventies & trainingen.

AANLEIDING

In December 2018 opende ZonMw de subsidie oproep “Preventieprogramma: Werkzame Elementen - Fase 1”, gericht op kennisontwikkeling over de werkzame elementen van preventieve interventies op het gebied van 1) Overgewicht jeugd en volwassenen, 2) Problematisch alcoholgebruik en 3) de Rookvrije generatie. Doel van fase 1 was het opzetten van een breed Consortium van belanghebbenden en het uitvoeren van een voorstudie ter facilitering van identificatie van werkzame elementen op 1 van de 3 thema's.

Dit rapport beschrijft 1 van de gehonoreerde fase 1 projecten, gericht op het inventariseren van werkzame elementen in interventies ter ondersteuning van stoppen met roken, ingebed in de Nederlandse eerstelijns gezondheidszorg. Als zodanig ondersteunt dit project de kennisontwikkeling over werkzame elementen, welke nodig is om te komen tot een Rookvrije generatie. De resultaten geven een eerste inzicht in deze werkzame elementen en bieden aanknopingspunten voor gerichte activiteiten binnen fase 2 van deze oproep; verwacht in juni 2020.

Het project beschreven in dit rapport werd uitgevoerd door een projectgroep met vertegenwoordigers van Maastricht University, de Universiteit van Amsterdam en het Leiden Medisch Universitair Centrum in samenwerking met het Goed, Beter, BEST-consortium. Dit consortium bestaat uit vertegenwoordigers van de volgende wetenschappelijke, zorg-, kennis-, praktijk- en belangenorganisaties: Maastricht University, Universiteit van Amsterdam, Leiden Universitair Medisch Centrum, Longfonds, Trimbos Instituut, RIVM, Zorgwijzer Keizer, NSPOH, Stichting Vitaal op Weg, GGZ Nederland, Momentum Training & Coaching en onderzoeksinstituut IVO.

INLEIDING

Roken is nog altijd veruit de belangrijkste oorzaak van vermijdbare ziekte en sterfte, in Nederland (1) en wereldwijd (2). Om ervoor te zorgen dat onze kinderen in 2040 daadwerkelijk deel uit maken van de Rookvrije Generatie – een van de drie doelstellingen uit het Nationaal Preventieakkoord (3) – is het uitermate belangrijk om huidige rokers te helpen met stoppen. Want zien roken, doet roken.

Zorgverleners in de eerstelijnsgezondheidszorg krijgen wat dit betreft een belangrijke taak toegekend: zij zijn verantwoordelijk voor het grootste deel van de farmacologische en gedragsmatige ondersteuning bij stoppen met roken (4). En deze rol wordt door de beslissingen omschreven in het Nationaal Preventieakkoord alleen maar groter. Binnen het thema ‘Effectieve en toegankelijke stoppen-met-rokencare en ondersteuning rookvrije zorg’ zijn eerstelijns stoppen-met-roken interventies vanaf 2020 vrijgesteld van het eigen risico. Hiermee is gedragsmatige ondersteuning bij het stoppen met roken – eventueel in combinatie met farmacologische ondersteuning – voor iedere roker die wil stoppen toegankelijk zonder financiële drempels. Dientengevolge zullen eerstelijns zorgverleners meer stoppen-met-rokencare gaan verlenen, terwijl dezelfde zorgverleners op dit moment al krapte ervaren in hun tijd en middelen (5, 6). Het is daarom van groot belang dat zorgverleners op een makkelijke en toegankelijke manier de kennis en kunde die in de afgelopen decennia is verzameld omtrent het effectief ondersteunen van stoppogingen in de eerstelijnsgezondheidszorg kunnen inzien en toepassen.

Het huidige aanbod van interventies in Nederland – voor zowel het ondersteunen van rokende cliënten als het trainen van zorgverleners in het effectief aanbieden van deze ondersteuning – is heterogeen. Databanken zoals het Loketgezondleven.nl van het RIVM (<https://www.loketgezondleven.nl>) en het Kwaliteitsregister stoppen met roken (<http://www.kwaliteitsregisterstopmetroken.nl>) trachten dit aanbod systematisch in kaart te brengen.

Het Loketgezondleven.nl geeft per interventie aan wat het erkenningsniveau is (dat wil zeggen: goed beschreven, goed onderbouwd of eerste/goede/sterke aanwijzingen voor effectiviteit). Een recente witte vlekken analyse (7) laat echter zien dat er maar een klein aantal stoppen-met-roken interventies die opgenomen waren in de databank Loketgezondleven.nl voor volwassenen bewezen effectief was. Deze interventies variëren ook nog eens sterk in kenmerken als beoogde doelgroep, setting en intensiteit. Het Kwaliteitsregister Stoppen met Roken omvatte 43 interventies, gericht op het trainen van zorgverleners in het effectief aanbieden van stoppen-met-roken ondersteuning. Ook in deze database is er een grote variëteit aan kenmerken van de interventies en in hoeverre de interventies daadwerkelijk effectief zijn in het trainen van zorgverleners wordt niet duidelijk beschreven. Tevens is er maar beperkte overlap in gepresenteerde interventies tussen het Loketgezondleven.nl en het Kwaliteitsregister. Conform de doelen van beide databases wordt effect op interventie-niveau gepresenteerd en wordt niet direct duidelijk welke onderdelen van interventies voor dit effect zorgen.

Echter, om de zorg duurzaam te houden en op een kosten-efficiënte manier met de schaarse tijd van zorgverleners om te springen, is het uitermate belangrijk om informatie te genereren over de werkzame elementen in interventies gericht op stoppen met roken en in trainingen gericht op het ondersteunen van zorgverleners bij de gedragsmatige ondersteuning van hun rokende cliënten. Informatie over het daadwerkelijk effect van potentieel werkzame interventie elementen (d.w.z. **wat** maakt een interventie

effectief, **voor wie** en onder **welke omstandigheden**?) zou zorgverleners kunnen helpen om gericht interventies of interventie elementen in te zetten, passend bij de situatie waarin ze zich bevinden, welke bijvoorbeeld afhankelijk is van de setting, de zorgverlener of de rokende burger in kwestie. Deze informatie is tot op heden echter niet beschikbaar.

Het doel van dit project was daarom om op systematische wijze informatie over werkzame elementen in kaart te brengen voor 2 afzonderlijke, maar nauw aan elkaar gerelateerde, tracks: A) gedragsmatige stoppen met roken interventies ingebed in de Nederlandse eerstelijnsgezondheidszorg en B) trainingen voor Nederlandse eerstelijnszorgverleners om gedragsmatige ondersteuning bij stoppen met roken aan te bieden.

METHODEN

PROCEDURE

Een systematische narratieve review werd uitgevoerd in juli, augustus en september 2019. Stoppen-met-roken interventies werden geïdentificeerd door het raadplegen van drie bronnen: 1) online Nederlandse databases; 2) online internationale wetenschappelijke databases, en 3) experts uit het stoppen-met-roken domein in Nederland. De zoekprocedure werd voor track A en track B gecombineerd; geïdentificeerde interventie onderdelen werden na inclusie, afhankelijk van de interventie inhoud en focus, toegewezen aan de relevante track.

Online Nederlandse databases

Tien online Nederlandse databases werden geraadpleegd: Centrum Gezond Leven, Kwaliteitsregister Stoppen met Roken, Databank Effectieve Jeugdinterventies, Trimbos, ZonMw, NWO, KWF, Longfonds en Hartstichting. De toegepaste zoektermen hierbij waren: 'roken', 'tabak', 'roker', 'rook', 'verslaving', 'sigaret' en de Engelse equivalenten ('smoking', 'tobacco', 'smoke', 'addiction', en 'cigarette'). Deze bronnen werden tot en met 2 augustus 2019 doorzocht op nieuwe toevoegingen.

Online Internationale Wetenschappelijke Databases

Vijf online wetenschappelijke databases werden geraadpleegd: Pubmed, Web of Science, Cochrane, Medline en Eric. De zoektermen die gebruikt waren bedroegen woorden zowel gerelateerd aan het roken (bijvoorbeeld 'tobacco' of 'cigarette'), aan de eerstelijns zorgsetting (bijvoorbeeld 'care' of 'primary health'), aan eerstelijnszorgverleners (bijvoorbeeld 'physician' of 'dentist') en woorden die gerelateerd waren aan het design van de studie (bijvoorbeeld 'intervention' of 'training') en de Nederlandse setting (bijvoorbeeld: 'Dutch' of 'Netherlands'). Synoniemen voor alle zoektermen waren opgezocht met behulp van online synoniemen catalogi (<https://blocks.bmi-online.nl/catalog/58en> en <https://thesaurus.com>) en geïncorporeerd als extra zoektermen. De zoektermen waren verplicht voor te komen in de titel of abstract en hadden een datum restrictie tussen 2000-huidig of 2000-2019. De volledige zoekstrategie is te vinden op <https://osf.io/pdnm8/>. Deze bronnen werden tot en met 2 augustus 2019 doorzocht op nieuwe toevoegingen.

Experts uit het Stoppen-Met-Roken Domein in Nederland

Experts uit het stoppen-met-roken domein in Nederland (bijvoorbeeld vertegenwoordigers van het Trimbos, RIVM, V&VN) en het professionele netwerk van deze experts werden in augustus benaderd met het verzoek om ons te informeren over mogelijk geschikte interventies voor onze inventarisatie. Reacties van de experts werden vervolgens geïnventariseerd, waarna dubbele studies werden verwijderd en de overige studies werden gescreend op inclusie- en exclusiecriteria.

INCLUSIE- EN EXCLUSIE CRITERIA

Interventies die via 1 of meer van bovenstaande bronnen werden geïdentificeerd werden beoordeeld op gedaan op basis van de volgende inclusiecriteria:

1. Een van de doelen van de interventie moest het beïnvloeden van rookgedrag, intentie om te stoppen of motivatie om te stoppen betreffen;
2. Minstens één onderdeel van de interventie moest betrekking hebben op gedragsmatige ondersteuning (bijvoorbeeld kort stopadvies) door een zorgverlener, eventueel in combinatie met andere componenten of interventies (bijvoorbeeld farmacotherapie);
3. Er moest data over de periode 2000-2019 beschikbaar zijn over uitkomsten en/of effecten van de interventie binnen een Nederlandse eerstelijns zorgsetting (we definiëren eerstelijnszorg als zorg waar men zonder verwijzing naar toe kan gaan);
4. Indien effect data beschikbaar was, moest een vergelijking van twee of meer interventies worden beschreven OF één interventie mét voor-en nameting.
5. Informatie over de inhoud van de interventie (en daarmee dus mogelijke werkzame elementen) moest beschikbaar zijn.

Van elke interventie werd zoveel mogelijk informatie in het publieke domein verzameld om een zo nauwkeurig mogelijke afweging voor inclusie danwel exclusie te maken. Om deze reden werden niet alleen effect evaluatie manuscripten, maar ook meta-analyses & reviews, protocollen, proces evaluaties, richtlijn beschrijvingen, kosteneffectiviteit manuscripten en samenvattingen verzameld. Indien inclusie op basis van deze informatie niet vastgesteld kon worden, werd er contact gezocht met de interventie ontwikkelaar om deze informatie te verkrijgen. Data uit verschillende bronnen werd geclusterd op interventie niveau. Uitzonderingen waren documenten die zowel een interventie voor rokers als een interventie voor zorgverleners beschreef; deze bronnen werden voor zowel track A als track B afzonderlijk geabstraheerd.

DATA ABSTRACTIE

Van elke geïnccludeerde studie werden dezelfde karakteristieken geabstraheerd, gericht op interventie en effect evaluatie karakteristieken en werkzame elementen (waaronder gedragsveranderingsmechanismen).

INTERVENTIE KARAKTERISTIEKEN

- Naam en beschikbaarheid van de interventie
- Ontwikkelaar en/of eigenaar van de interventie
- Doel van de interventie
- Inhoud interventie
- Theorie toepassing bij ontwikkeling interventie

EFFECT EVALUATIE KARAKTERISTIEKEN

- Steekproef beschrijving
- Gebruikte uitkomstmaten
- Gerapporteerde (kosten-)effectiviteit

WERKZAME ELEMENTEN

Bij het abstraheren van mogelijke werkzame elementen maakten we gebruik van de indeling zoals beschreven door het Loket Gezondleven.nl; algemeen, specifiek, inhoudelijk en uitvoerings-specifieke werkzame elementen.

Algemeen

Deze werkzame elementen gelden als relevant voor alle interventies op het gebied van gezondheid en leefstijl.

In deze review abstraheerden we informatie over:

- Gebruik van een planmatige aanpak bij de interventie ontwikkeling
- Mate van interventie inhoud toespitsing op doelgroep of setting
- Mate van betrokkenheid van de doelgroep bij de interventie ontwikkeling
- Gebruik van vergoedingen bij gebruik van de interventie
- Mate van training van intermediairs ter ondersteuning van het inzetten van de interventie

Specifiek

Deze werkzame elementen gelden alleen voor een specifieke interventie, gericht op een specifiek doel, voor een specifieke doelgroep in de specifieke context waarin de interventie wordt uitgevoerd. Om dit type werkzame elementen op een gedetailleerde wijze te abstraheren die aansluit de huidige internationale kennis en werkwijze rondom het identificeren van werkzame elementen in gezondheidsbevorderende interventies, gebruikten we de Behaviour Change Taxonomy van Michie en collega's (8). Deze taxonomie omvat 93 gedragsveranderingstechnieken (Behaviour Change Techniques of BCTs), geclusterd binnen 16 clusters, wiens toepassing op basis van wetenschappelijk onderzoek naar verwachting de kans op gedragsverandering (zoals stoppen met roken) kan verbeteren. De taxonomie is eerder al succesvol toegepast om werkzame elementen in stoppen-met-roken interventies vanuit een internationaal perspectief toe te passen (9). De taxonomie is echter nog niet toegepast bij het inventariseren van werkzame elementen van trainingen voor zorgverleners om effectieve stoppen-met-roken ondersteuning toe te passen.

In deze review abstraheerden we informatie over:

- Toegepaste Behaviour Change Techniques in de interventie (naam & operationalisatie)
- Mate van zekerheid van geïdentificeerde Behaviour Change Technique
- (Gerapporteerd) Doelgedrag gelinkt aan de Behaviour Change Technique

Gedragsveranderingsmechanismen, of Mechanisms of Action (of MoA), vertegenwoordigen het proces door middel waarvan de Behaviour Change Techniques gedrag beïnvloeden. Door MoA's te bestuderen, kan een beter inzicht verkregen worden over de totstandkoming van een eventueel effect van een

interventie welke een of meerdere BCTs toepast. Men is daardoor in staat om te toetsen of toepassing van een BCT ook via het gehypothetiseerde veranderingsproces verloopt.

In deze review abstraheerden we informatie over:

- Gespecificeerde Mechanism of Actions gelinkt aan Behaviour Change Techniques toegepast in de interventie (naam, cluster, operationalisatie)
- Mate van specificiteit van de beschrijving van de Behaviour Change Techniques - Mechanism of Actions link
- Gerapporteerde resultaten van toetsing Behaviour Change Techniques - Mechanism of Actions link

Inhoudelijk

Deze werkzame elementen hebben betrekking op het doel, de doelgroep, de theorie en de gebruikte methoden van de interventie. In deze review abstraheerden we informatie over additionele inhoudelijke interventie onderdelen die niet binnen de specifieke werkzame elementen (dus de Behavioural Change Taxonomy) konden worden ondergebracht, maar wel als werkzaam element aangemerkt waren.

Uitvoerings-specifiek

Deze werkzame elementen zijn gericht op de omstandigheden of voorwaarden die van belang zijn voor de uitvoering van de interventie.

In deze review abstraheerden we informatie over:

- Mate van therapietrouw
- Naleving voorgeschreven dosis
- Kwaliteit van interventie uitvoering
- Acceptatie en evaluatie van de interventie door gebruikers en/of intermediairs

Alle gevonden bronnen uit de 3 bovengenoemde bronsoorten werden verzameld, duplicaten werden verwijderd. Alle overgebleven bronnen werden door 2 onderzoekers apart gescreend aan de hand van de eerder beschreven inclusie- en exclusiecriteria; eerst op basis van titel en abstract, daarna op basis van de volledige broninhoud. Elke geïncludeerde interventie werd vervolgens geïdentificeerd als behorende bij track A (stoppen met roken interventies voor rokende burgers), track B (stoppen-met-roken ondersteuning trainingen voor eerstelijnszorgverleners) of beiden.

Aan de start van het analyse proces abstraheerden de 2 onderzoekers onafhankelijk van elkaar alle informatie van 1 interventie. Dit proces werd ondersteund door een vooraf opgestelde instructie onder welke voorwaarden Behaviour Change Techniques en Mechanisms of Action zouden worden toegewezen aan interventie onderdelen. De beschrijving van werkzame elementen in het algemeen en toewijzing van interventie onderdelen aan Behaviour Change Techniques en Mechanisms of Action in het bijzonder werden besproken in een consensus meeting; er was een hoge overeenstemming (>80%) tussen de twee onderzoekers. Daarna werden alle interventies binnen Track B door 1 onderzoeker en de interventies binnen Track A door 2 onderzoekers gecodeerd (in verband met het grotere aantal studies in Track A). Nadat alle informatie van alle geïncludeerde interventies was geabstraheerd, bespraken de

onderzoekers de Behaviour Change Techniques en Mechanisms of Action waarvan ze minder zeker waren (n = 62; 28 BCTs werden aangepast na overleg) en controleerden ze 10% van elkaars abstractie werk.

Manuscript auteurs en/of interventie eigenaren werden via email benaderd om de geïdentificeerde werkzame elementen te verifiëren even eventuele toevoegingen aan de abstractie op basis van informatie uit het publieke domein te doen. Tijdens dit verificatie proces werd er van ruim 50% van de auteurs een reactie ontvangen, waarvan het merendeel aangaf het eens te zijn met de geïdentificeerde werkzame elementen.

ANALYSES

Vier stappen werden ondernomen om de geabstraheerde gegevens uit de stoppen met roken interventies gericht op de roker (Track A) en de interventies gericht op de professional (Track B) te ordenen.

De eerste stap was het opschonen van de geabstraheerde gegevens, hierbij werd informatie welke dubbel geabstraheerd was verwijderd.

In de tweede stap werd de effectiviteit van de interventies gekwantificeerd op basis van de gerapporteerde resultaten. Interventies werden ingedeeld in drie rudimentaire effectcategorieën: effectief, gemengde resultaten of niet effectief in het veranderen van het doelgedrag.

Een interventie werd gecategoriseerd als EFFECTIEF wanneer het doelgedrag, gerelateerd aan het stoppen met roken, statistisch gezien significant verbeterd was in vergelijking met een controlegroep of met baseline waarden (aangegeven met groen). Hierbij was het bij Track A van belang dat het rookgedrag gemeten werd door middel van een uitkomstmaat zoals beschreven in de Russel standard; dit betekent dat stoppen met roken uitkomsten minstens volgens de 7-dagenpuntprevalentie abstinentie gerapporteerd moesten worden om als effectief geclassificeerd te worden.

Een interventie werd gecategoriseerd als hebbende GEMENGDE RESULTATEN wanneer het doelgedrag, statistisch gezien, significant veranderd was op een stoppen met roken uitkomstmaat die niet beschreven staat in de Russel standard (Track A); of wanneer zorgverleners significante verbetering toonde op een of meerdere onderdelen van de uitkomstmaat, maar niet op de volledige uitkomst (Track B). Voor Track A was dit bijvoorbeeld het geval wanneer er een significant effect werd gevonden op het aantal stop pogingen maar niet op abstinentie (7-dagen puntprevalentie of uitkomstmaat die op langere abstinentie duidt); voor Track B was dit bijvoorbeeld het geval wanneer de uitkomstmaat uit vijf stappen bestond, en er slechts op 2 van de 5 stappen een significante verbetering werd gevonden. Interventies met gemengde resultaten werden met een gele kleur aangeduid.

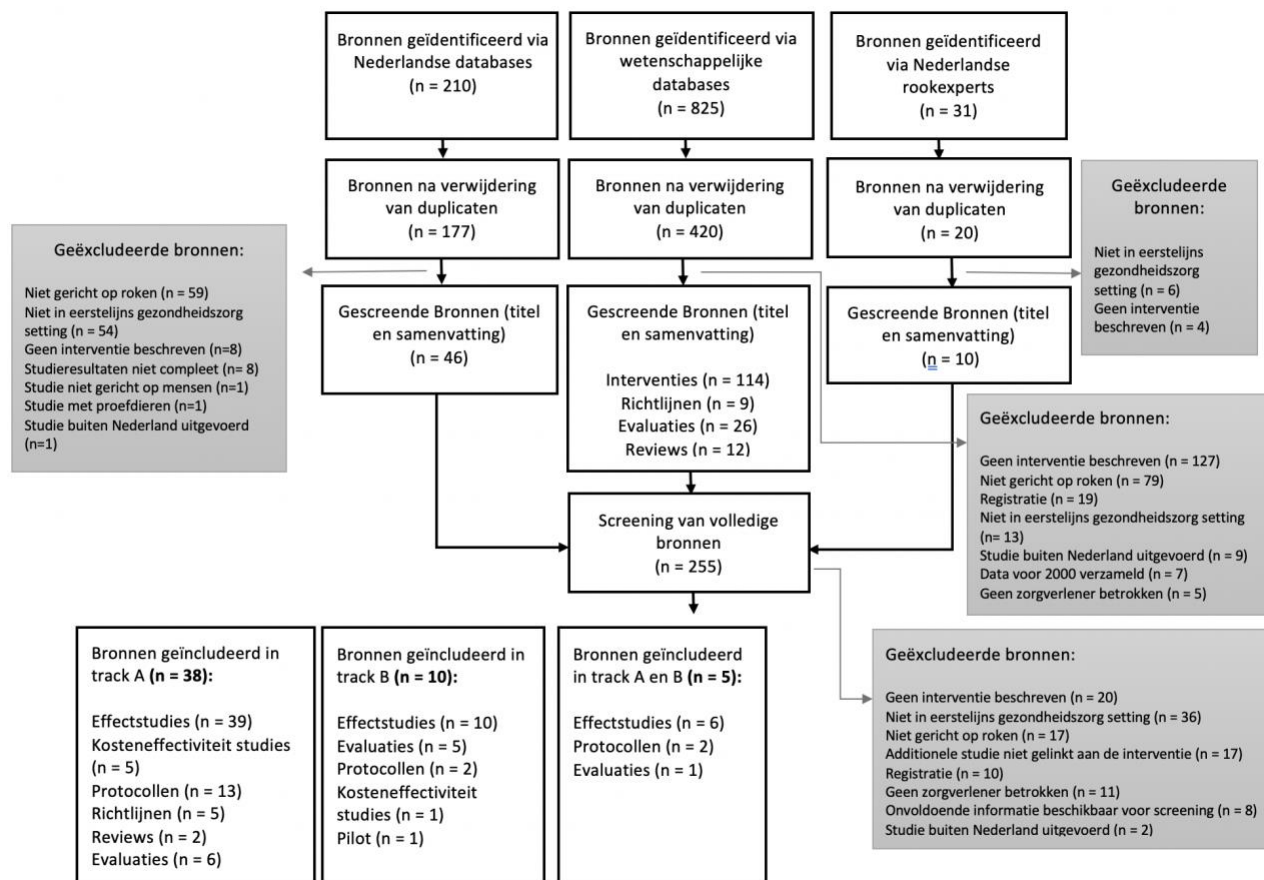
Een interventie werd gecategoriseerd als NIET EFFECTIEF wanneer het doelgedrag, statistisch gezien, niet significant veranderd was (aangegeven met rood).

De vierde stap richtte zich op het inventariseren van de kwaliteit van de implementatie informatie beschreven over de geïncludeerde interventies. Implementatie kwaliteit werd gescoord op basis van de uitvoerings-specifieke werkzame elementen. Elk werkzaam element werd gescoord als 0 (niet beschreven), 1 (beschreven, implementatie van lage kwaliteit), 2 beschreven, implementatie van acceptabele kwaliteit) of 3 (beschreven, implementatie van goede kwaliteit). Scores op individuele werkzame elementen werden opgeteld tot een totaalscore voor iedere interventie met een mogelijk bereik van 0 tot 12.

Door vergelijkingen tussen de drie groepen interventies werden op basis van de geabstraheerde werkzame elementen werd er gezocht naar patronen in alle werkzame elementen die wellicht het verschil in effectiviteit tussen de interventies zouden kunnen verklaren.

RESULTATEN

In dit hoofdstuk zullen de resultaten beschreven worden van de uitgevoerde systematische review. We doen dit zowel voor interventies gericht op de roker (Track A) als voor interventies gericht op de zorgverlener die het stoppen met roken begeleiding geeft (Track B). Een gezamenlijk overzicht van het zoek- en selectieproces, inclusief redenen voor exclusie van interventies, is visueel weergegeven in figuur 1. Een overzicht van de geïncloseerde interventies met hun naam en vervangende code is gegeven in tabel 1.



Figuur 1. Zoek en selectieproces interventies.

TRACK A: WERKZAME ELEMENTEN IN INTERVENTIES GERICHT OP DE ROKER

De zoekstrategie via de drie verschillende bronnen resulteerde uiteindelijk in de inclusie van 40 unieke interventies voor stoppen met roken voor patiënten in de Nederlandse eerstelijnsgezondheidszorg. Naast gepubliceerde resultaten over de effecten van elk van deze interventies (d.w.z. effectartikelen) werden er ook 32 aanvullende artikelen geïncloseerd en gebruikt voor het verzamelen van gegevens. Tabel 2 geeft een overzicht van de studie- en interventiekenmerken van alle 40 interventies.

Studie- en interventiekenmerken

De meeste interventies werden aangeboden in een face-to-face format (n = 31; 77,5%); de andere interventies werden online (n = 3; 7,5%) of via telefoon (n = 1; 2,5%) aangeboden, of combineerden face-to-face met een online format (d.w.z. gemengd, n = 5; 12,5%). Ongeveer twee derde van de interventiebeschrijvingen (n = 28; 65%) noemde het gebruik van theorie bij het ontwikkelen of evalueren van de interventie. De meeste interventies omvatten populaties met (een risico op) een of meer chronische ziekten zoals hart- en vaatziekten (n = 14; 30%) of COPD (n = 8; 20%), terwijl een kwart rapporteerde over gezonde populaties (n = 10; 25%). Het gebruik van incentives werd beschreven in zes interventies, waarvan vijf incentives voor patiënten (12,5%) en drie (ook) voor zorgverleners (7,5%). Elf interventies (27,5%) waren primair gericht op het veranderen van rookgedrag, terwijl de meeste interventies (ook) gericht waren op het veranderen van ander gedrag (zoals voeding).

Effecten

Tabel 2 rangschikt de interventies tevens op basis van hun effectiviteit. Vier interventies werden gecategoriseerd als effectief (# 37-40; 10%), acht hadden gemengde resultaten (# 30-36; 20%) en 28 werden gecategoriseerd als niet effectief in het veranderen van rookgedrag (# 1-29; 70%). Dit is visueel weergegeven door middel van een groene (effectief), gele (gemengde resultaten) of rode (niet effectief) kleur.

De vier effectieve interventies maten rookgedrag met zevendaagse puntprevalentie abstinentie of aanhoudende abstinentie en drie van hen gebruikten cotinine validatie. De interventies met gemengde resultaten toonden meestal significante verbeteringen in rookgedrag wanneer dit gemeten werd als rookstatus (ja/nee) of in stoppogingen die werden ondernomen, beiden uitkomstmaten die niet zijn beschreven in de Russel-standaard (10). Eén interventie (# 25) werd op twee verschillende tijdstippen geëvalueerd, wat betekent dat beide effectevaluaties in deze review zijn opgenomen. Aangezien slechts één van de twee evaluaties van de interventie aantoonde dat de interventie effectief was (zie tabel 2), werd deze interventie gecategoriseerd als hebbende gemengde resultaten. Ten slotte rapporteerden slechts vijf interventie-evaluaties over de potentiële kosteneffectiviteit van de interventie (# 4, 5, 31, 36, 40; niet weergegeven in tabel 2), waardoor verdere vergelijking of classificatie op basis van kosteneffectiviteit niet haalbaar bleek.

Werkzame Elementen: Behaviour Change Techniques

De Behaviour Change Techniques beschreven per interventie zijn samengevat in tabel 4. Het overzicht in de tabel laat zien welke categorieën van BCT's (d.w.z. de zwartgekleurde cellen) en welke individuele BCT's (d.w.z. de grijsgekleurde cellen) konden worden geïdentificeerd per interventiebeschrijving. Wat betreft de categorieën van BCT's werden 'sociale ondersteuning' (n= 30; 75%), 'kennis vormgeven' (n= 26; 65%), 'doelen en planning' en 'feedback en monitoring' (beide n= 23; 57,5%) het vaakst geïdentificeerd. Wat betreft de individuele BCT's, werden 'sociale steun (niet gespecificeerd)', 'informatie over antecedenten' en 'het stellen van doelen (gedrag)' het vaakst geïdentificeerd, respectievelijk in 25 (62,5%), 22 (55%) en 20 (50%) van de interventiebeschrijvingen. Gemiddeld konden er per interventie ongeveer tien BCT's gecodeerd worden; meer dan tien BCT's werden gecodeerd voor 17 van de interventiebeschrijvingen (42,5%), terwijl in 14 interventiebeschrijvingen slechts drie of minder BCT's werden gecodeerd (35%). Het maximumaantal BCT's dat in één interventiebeschrijving was gecodeerd was 17 (interventie # 34 & 38), terwijl in de beschrijvingen van interventie # 11, 19, 24

en 33 slechts 1 BCT werd gevonden. Bovendien laat tabel 4 zien dat er gemiddeld meer BCT's werden gevonden in interventiebeschrijvingen van effectieve ('groene') interventies (16 BCT's), vergeleken met interventies met gemende resultaten ('gele' interventies; 13 BCT's) en ineffectieve ('rode') interventies (9 BCT's).

Naast de gecodeerde BCT's, illustreert tabel 4 ook andere actieve ingrediënten in de interventiebeschrijvingen, die niet konden worden gecodeerd met de BCT-taxonomie: *algemene* en *inhoudelijke* actieve ingrediënten. Bij de ontwikkeling van bijna een derde van de interventies (n= 12; 30%) werd rekening gehouden met de compatibiliteit van de interventie met de doelgroep/ setting en voor acht interventies (20%) werd het gebruik van co-creatie beschreven. Dit betekent dat de doelgroep betrokken was bij het voorbereidings- en ontwikkelingsproces. De meeste interventies (n= 31; 77,5%) maakten gebruik van getrainde tussenpersonen om de interventie uit te voeren.

Werkingsmechanismen

Tabel 6 geeft een overzicht van de voorgestelde werkingsmechanismen (*Mechanisms of Action, MoA's*) en de relaties tussen BCT's en MoA's die werden verondersteld in de interventies en soms werden getest in de effectstudies. Interventies die geen MoA's rapporteerden, werden uit deze analyse weggelaten. Dit overzicht geeft inzicht in hoe de interventieontwikkelaars veronderstellen dat hun interventie een effect heeft op het veranderen van het rookgedrag van patiënten. Voor bijna de helft van de interventies (n= 18; 45%) werd ten minste één MoA beschreven en in een derde van de gevallen werd een enkele BCT gekoppeld aan een enkele MoA (16/48 BCT-MoA-relaties). De meest gemelde MoA's waren 'Motivatie' en 'Eigen-effectiviteit overtuigingen' (beide n= 9), en 'Kenniss' (n= 7). Bovendien was 90% van de veronderstelde BCT-MoA-relaties (n= 43) niet empirisch getest en beschreven tien interventiebeschrijvingen geen enkele BCT-MoA-relatie. Van de vijf geteste BCT-MoA-relaties (interventie # 4 en 38) bleken drie mechanismen eenmalig een significante invloed te hebben op het rookgedrag; cognitieve & dissonantie-reducerende denkbeelden en gepercipieerde vatbaarheid voor negatieve gevolgen van roken beïnvloedden de relatie tussen interventie blootstelling en gedragsverandering. De manier waarop de invloed van werkingsmechanismen werd getoetst liep echter sterk uiteen.

Implementatiekenmerken en kwaliteit van rapportage

Tabel 8 geeft een overzicht van de belangrijkste componenten van elke interventie voor rokende patiënten. Wanneer er in de verschillende documenten ook werd gerapporteerd over de implementatiekenmerken van een interventie (11), illustreert de tabel ook de mate waarin de interventiecomponenten werden nageleefd, welke dosis werd toegediend, wat de kwaliteit van de levering was en in hoeverre de deelnemers de interventie accepteerden. Over het algemeen werd naleving gerapporteerd voor 13 interventies (32,5%), werd dosis tien keer gerapporteerd (25%), kwaliteit van levering twee keer (5%) en de mate van acceptatie van deelnemers negen keer (22,5%).

TRACK B: WERKZAME ELEMENTEN IN INTERVENTIES GERICHT OP DE ZORGVERLENER

Studie- en interventiekenmerken

In totaal zijn veertien unieke trainingsinterventies in de review opgenomen die tot doel hadden het gedrag van Nederlandse eerstelijns zorgprofessionals te veranderen om het aantal van hun patiënten

dat stopt met roken te vergroten. Tabel 3 geeft een overzicht van de studie- en interventiekenmerken van de opgenomen interventies. Zes interventies waren voornamelijk gericht op het verbeteren van de zorg voor stoppen met roken; de duur van de interventies varieerde van één uur tot drie jaar (M = 47,6 weken, SD = 42,5 weken); en 42,9% van de interventies omvatte follow-up metingen op lange termijn, deze waren gemiddeld langer dan 1 jaar na de training (M = 75,6 weken, SD = 41,6 weken). Verder was slechts een klein deel van de interventies gebaseerd op theoretische inzichten (17,5%). De deelnemers aan de interventies waren huisartsen (12,5%), praktijkverpleegkundigen (7,5%), verloskundigen (2,5%), tandartsen (2,5%), beademingsverpleegkundigen (2,5%) of een combinatie van verschillende zorgverleners (7,5%).

Effecten

Tabel 3 geeft tevens weer wat de effecten waren van de opgenomen interventies. De tabel laat zien dat zes interventies werden gecategoriseerd als 'effectief', vijf interventies als hebbende 'gemengde resultaten' en drie interventies als 'niet effectief' in het veranderen van het doelgedrag. Wanneer we apart kijken naar de drie effectiviteitscategorieën, lijkt het erop dat alle 'ineffectieve' interventies online componenten hebben, terwijl de interventies die 'gemengde resultaten' hebben of zijn gecategoriseerd als 'effectief' allemaal face-to-face componenten hebben. In tegenstelling tot onze verwachting, waren de 'effectieve' interventies meestal niet gebaseerd op theorie (80%), terwijl ongeveer 60% van de interventies in de andere twee categorieën niet gebaseerd waren op een theorie. Bovendien laten de gegevens zien dat de 'ineffectieve' interventies allemaal gericht waren op praktijkverpleegkundigen, terwijl de interventies in de effectievere categorieën (d.w.z. in de categorie 'gemengde resultaten' of 'effectief') vooral gericht waren op huisartsen of een mix van zorgverleners. Gerelateerd aan de focus van het onderzoek, was het opmerkelijk dat de interventies met 'gemengde resultaten' vooral gericht waren op de naleving van richtlijnen. Wat betreft de andere twee categorieën konden we hier, vanwege de grote variëteit, geen patroon in ontdekken. Ten slotte hadden 'ineffectieve' interventies kortere follow-up tijden (M = 6,5 maanden, SD = 4,30), vergeleken met interventies met 'gemengde resultaten' (M = 11,4 maanden, SD = 14,3) of interventies die werden gecategoriseerd als 'effectief' (M = 24 maanden, SD = 7,59).

Werkzame Elementen: Behaviour Change Techniques

Tabel 5 geeft een overzicht van verschillende categorieën actieve ingrediënten in alle geïncorporeerde interventies. Geen van de opgenomen studies gebruikte de BCT-taxonomie (9) om specifieke actieve ingrediënten te labelen, daarom vereiste deze analyse een zekere mate van interpretatie. De BCT-categorie die het meest werd gecodeerd, was 'Kennisvorming' (categorie 4), 27 keer gecodeerd: zes keer in 'effectieve' interventies, zeven keer in interventies met 'gemengde resultaten' en veertien keer in de 'ineffectieve' interventies. De categorie 'Feedback en monitoring' is in totaal 22 keer gecodeerd: vijf keer in 'effectieve' interventies, negen keer in interventies met 'gemengde resultaten' en acht keer in de 'ineffectieve' interventies. De categorie 'Doelen en planning' is in totaal negentien keer gecodeerd: zeven keer in 'effectieve' interventies en zes keer in de interventies die zijn gecategoriseerd als 'gemengde resultaten' of 'niet effectief'. De twee meest gecodeerde BCT's in de opgenomen interventies waren 'Instructie over hoe het gedrag uit te voeren' en 'Feedback over gedrag', deze werden respectievelijk negentien keer gecodeerd in acht interventies en achttien keer in negen interventies. Gemiddeld werden ongeveer negen BCT's (M = 9,29, SD = 8,98) per interventie gecodeerd (bereik 0-27).

In vier interventies werd een hoog (d.w.z. 15-27) aantal BCT's gecodeerd, in zes interventies werd een gemiddeld (d.w.z. 4-7) aantal BCT's gecodeerd, terwijl in de vier resterende interventies een laag (d.w.z. 0-2) aantal BCT's werd gecodeerd. Gemiddeld werden minder BCT's gecodeerd in de 'effectieve' interventies (M = 5.83) vergeleken met het aantal BCT's dat gecodeerd was in interventies met 'gemengde resultaten' (M = 8.20) of 'ineffectieve' interventies (M = 18.0).

Naast de gecodeerde BCT's, laat tabel 5 wederom ook andere actieve ingrediënten in de interventiebeschrijvingen zien, die niet konden worden gecodeerd met de BCT-taxonomie (9). Vijf interventies beschreven *inhoudelijke* actieve ingrediënten, waarvan er drie gericht waren op het interventiedoel, één op de doelgroep en drie op de methodologie. De 'ineffectieve' interventies beschreven de meeste van deze inhoudelijke actieve ingrediënten (44%), terwijl interventies die werden gecategoriseerd als 'effectieve' of 'gemengde resultaten' slechts in 6,67% en 11,1% van de gevallen dit soort actieve ingrediënten beschreven (100% zou betekenen dat alle onderzoeken in de categorie alle drie de inhoudelijke actieve ingrediënten bevatten).

Algemene actieve ingrediënten werden niet vaak gerapporteerd. Een protocol voor interventieplanning werd voor geen van de interventies gebruikt tijdens het ontwikkelen van de interventie, evenmin werden voor geen van de interventies aanpassingen beschreven om het interventie compatibel te maken met de doelgroep of omgeving. Eén interventie beschreef het inzetten van getrainde tussenpersonen of intermediairs; in drie interventies werden een vergoeding gegeven aan deelnemende eerstelijnszorgverleners en in vier interventies werd tijdens de ontwikkelingsfase een zekere mate van co-creatie met de doelgroep toegepast. Wanneer we apart kijken naar de drie effectiviteit categorieën, lijken de 'ineffectieve' interventies een hoger percentage algemene actieve ingrediënten te hebben: 10%; 'Gemengde resultaten': 8%; 'Niet effectief': 17% (100% zou betekenen dat alle onderzoeken in de categorie alle vijf de algemene actieve ingrediënten bevatten).

Werkingsmechanismen

Tabel 7 toont de werkingsmechanismen (MoA's) en de bijbehorende BCT's. Deze tabel geeft een overzicht van hoe gedragsverandering verwacht zou worden bij de implementatie van de interventie. Meestal werden de MoA's niet gespecificeerd per specifiek actief ingrediënt van de interventie of per specifieke BCT, maar werd de manier waarop het totale interventie verwacht werd te werken beschreven. De meest gebruikte MoA was 'Kennis'. Opvallend was dat bij zes trainingsinterventies meldingen van MoA's in zijn geheel ontbraken en dat bij de helft van de trainingsinterventies waarin wel een MoA werd genoemd, de empirische toetsing van het verwachte werkingsmechanisme ontbrak. Ten slotte werden meer MoA's beschreven in 'ineffectieve' interventie (n = 17, M = 5.67, SD = 3.40), vergeleken met interventies met 'gemengde resultaten' (n = 7, M = 1.40, SD = 1.50) en 'effectieve' interventies (n = 3, M = 0,50, SD = 0,76). Van de 12 geteste BCT-MoA-relaties (interventie # 3, 6 en 11) bleken zeven mechanismen eenmalig een significante invloed te hebben op het rookgedrag; attitude, intentie, sociale invloeden, subjectieve normen, sociaal leren en gedragsmatige prompts (zoals het invullen van een vragenlijst) een significante associatie te hebben met gedrag of de relatie tussen interventie blootstelling en gedrag. Daarnaast bleken denkbeelden over eigen bekwaamheid tweemaal een dergelijke significante associatie te hebben. De manier waarop de invloed van werkingsmechanismen werd getoetst liep echter sterk uiteen.

Implementatiekenmerken en kwaliteit van rapportage

Tabel 9 beschrijft de naleving, dosis, kwaliteit van levering, acceptatie en de totale kwaliteitsbeoordeling van de implementatie van elk interventie. Alle implementatieconstructen waren onder gerapporteerd. Van de veertien interventies rapporteerden er tien niets over naleving van de interventie, negen rapporteerden niets over dosis, geen van de interventies rapporteerde iets over kwaliteit van levering en zes rapporteerden niets over de acceptatie van het interventie. Bovendien is de gerapporteerde kwaliteit van implementatie (Quality of implementation; QAI) laag; slechts één interventie rapporteerde een goede naleving van het interventie ($M = 0,43$, $SD = 0,82$), slechts twee interventies rapporteerden een hoge acceptatie ($M = 0,43$, $SD = 0,73$), terwijl geen van de interventies een dosis van hoge kwaliteit rapporteerde ($MQAI = 0,86$, $SD = 0,83$). De gemiddelde QAI voor 'ineffectieve' interventies en interventies met 'gemengde resultaten' was 3,0 en voor 'effectieve' interventies 2,3, waarbij de maximaal te behalen QAI score 12,0 was.

DISCUSSIE & AANBEVELINGEN

Het doel van deze systematische review was om in kaart te brengen welke werkzame elementen in A) interventies voor rokers en B) trainingen voor zorgverleners, gericht op stoppen met roken in de eerstelijnsgezondheidszorg, te identificeren waren en hoe deze potentieel werkzame elementen relateerden aan de effectiviteit van deze interventies.

CONCLUSIE EN DISCUSSIE

In track A onderzochten we 40 unieke interventies voor stoppen met roken voor patiënten in de Nederlandse eerstelijnsgezondheidszorg. In track B bestudeerden we veertien bestaande trainingen gericht op gedragsverandering bij Nederlandse eerstelijnszorgprofessionals gerelateerd aan hun stoppen met roken begeleiding. In beide tracks hebben we een vergelijking gemaakt in werkzame elementen tussen 3 groepen stoppen met roken interventies/trainingen voor zorgverleners: 1) effectieve interventies/trainingen, 2) interventies/trainingen met gemengde resultaten en 3) interventies/trainingen die niet effectief waren.

In track A konden vier van de 40 interventies gecategoriseerd worden als 'effectief', acht als hebbende 'gemengde resultaten' en 28 als 'niet effectief' in het veranderen van rookgedrag. In track B konden zes van de 14 trainingen gecategoriseerd worden als 'effectief', vijf als hebbende 'gemengde resultaten' en drie als 'niet effectief' bij het veranderen van het doelgedrag.

Werkzame elementen werden over het algemeen weinig structureel beschreven, vooral wanneer het ging om werkzame elementen gerelateerd aan de uitvoering van de interventies in de praktijk. Wat betreft Behaviour Change Techniques (BCT's), werden de categorieën 'Sociale Ondersteuning' en 'Vormen van Kennis' het vaakst beschreven binnen interventies voor rokers, voor zorgverlener trainingen was dit de BCT categorie 'Feedback & Monitoring'. In track A werden gemiddeld meer BCT's gevonden in interventiebeschrijvingen van effectieve interventies dan in interventies met gemengde resultaten en in ineffectieve interventies. Dit is in lijn met het idee van een dosis-respons relatie; hoe meer werkzame elementen iemand tot zich neemt, hoe groter het effect op zijn of haar gedrag. Opvallend is echter dat effectieve trainingen in track B gemiddeld juist minder BCT's leken bevatten dan trainingen met gemengde resultaten of ineffectieve trainingen. Dit kan betekenen dat trainingen die minder intensief zijn, effectiever kunnen zijn, doordat ze een kleinere tijdsinvestering vergen. Gezien de regelmatig gerapporteerde bezorgdheid van zorgverleners met betrekking tot hun tijdsdruk (5, 12-13) is dit een mogelijke verklaring. Als gevolg van hun gebrek aan tijd, zijn zorgverleners wellicht mogelijk meer gemotiveerd en bereid om deel te nemen aan kortere en eenvoudigere trainingsprogramma's, wat kan leiden tot verbeterde effecten. Een duidelijke relatie tussen het gebruik van bepaalde werkzame elementen (waaronder BCT's) en interventie effecten was echter helaas niet te ontdekken.

De meest voorkomende Mechanism of Action (MoA) in beide tracks was 'Bewustzijn/kennis'. Veronderstelde relaties tussen Behaviour Change Techniques en Mechanisms of Action werden echter amper empirisch getoetst. Vervolgonderzoek zou zich daarom moeten richten op de toetsing van relaties tussen BCTs, MoAs en effecten van interventies & trainingen.

Wat nog wel noemenswaardig is, is dat binnen de vier effectieve interventies in track A allen effecten in kaart brachten met uitkomstmaten beschreven in de Russel-standaard (10), d.w.z. aan de hand van zevendaagse puntprevalentie abstinentie of aanhoudende abstinentie, eventueel gecombineerd met een cotinine validatie. Dit terwijl de interventies met gemengde resultaten slechts significante verbeteringen in rookgedrag lieten zien wanneer dit gemeten werd als rookstatus of in stoppogingen die werden ondernomen, beiden uitkomstmaten die niet zijn beschreven in deze standaard. Om interventies beter met elkaar te kunnen vergelijken wat betreft hun effecten, adviseren wij op basis van deze resultaten om effect evaluaties van stoppen met roken interventies gestandaardiseerde uitkomstmaten te gebruiken en hier de Russel-standaard (10) – of zijn opvolger de Russel standaard 2.0 (14) – voor te gebruiken. Wat betreft track B is het relevant om te benoemen dat de ‘ineffectieve’ trainingen allemaal online componenten hadden of zelfs volledig online aangeboden werden, terwijl de helft van de face-to-face trainingen als ‘effectief’ kon worden gecategoriseerd (de andere helft had gemengde resultaten). Dit zou kunnen suggereren dat trainingsprogramma's die volledig online werken of online componenten bevatten, minder effectief zijn in het veranderen van het gedrag van eerstelijnszorgverleners dan programma's die een face-to-face methode gebruikten. Er is tot op heden echter maar beperkt bestaand onderzoek dat de effectiviteit van online versus face-to-face trainingsprogramma's voor zorgverleners vergelijkt (15). Omdat er op basis van de resultaten uit dit project geen definitieve conclusies kunnen worden getrokken over de relatieve effectiviteit van verschillende trainingmethoden, adviseren wij om toekomstig onderzoek te richten op het beantwoorden van deze vraag door het uitvoeren van hoogwaardig onderzoek, idealiter in de vorm van gerandomiseerd gecontroleerd experiment.

AANBEVELINGEN

Resultaten werden besproken met consortium deelnemers via de (deels afgeschermd) consortium website, telefonische interviews en tijdens het eindsymposium wat werd georganiseerd ter afronding van het project. Op basis van deze input en bovenstaande discussie zijn in totaal acht aanbevelingen geformuleerd.

1. Standardisatie van effect maten

Effectiviteit wordt niet op een standaard wijze geëvalueerd, ook al zijn er standaarden zoals de Russel Standard voor het meten van rookgedrag beschikbaar. Dit maakt vergelijken tussen de interventies moeilijk. Daarnaast worden trainingen voor zorgverleners vooral geëvalueerd wat betreft de adviesfrequentie van de gegeven adviezen, niet op (juiste) toepassing van adviserende vaardigheden of op stopsucces bij de geadviseerde roker. Wij bevelen aan om dit soort trainingen te evalueren op kwaliteit in plaats van kwantiteit.

2. Inventarisatie onbenutte werkzame elementen

Hoewel er 40 en 14 interventies voor respectievelijk rokers en zorgverleners werden geïdentificeerd, lieten maar 22% van de interventies significante verbeteringen op standaard uitkomstmaten zien. Bovendien: ook als interventies wel effectief zijn, zijn de effecten vaak slechts bescheiden. Een inventarisatie van in Nederland weinig gebruikte werkzame elementen zou aangrijpingspunten kunnen bieden voor het optimaliseren van interventies. Wij bevelen aan om zo'n inventarisatie te doen, en daarbij een vergelijking te maken tussen interventies die in Nederland beschikbaar zijn en interventies

die in het buitenland worden aangeboden – waarin wellicht andere werkzame elementen worden toegepast.

3. Aanbieden van gerichte stoppen met roken interventies

Programma's die zich specifiek richtten op stoppen met roken waren vaker effectief dan programma's die gericht waren op ziekte-management, met stoppen met roken als slechts een van de aandachtspunten. De inclusie van stoppen met roken programma's in veelomvattende leefstijlprogramma's lijkt de effectiviteit op rookgedrag dus in de weg te staan. Wij bevelen daarom aan om effectieve stoppen met roken interventies als stand-alone aan te bieden. Bij de programma's gericht op de vaardigheden van de zorgverlener was dit patroon veel minder duidelijk, wat maakt dat voor de zorgverlenertrainingen op dit moment geen specifieke aanbevelingen gedaan kunnen worden.

4. Effect evaluatie

Veel programma's konden niet in onze analyse meegenomen worden omdat ze niet op effectiviteit getoetst zijn. Wij bevelen daarom aan om meer in te zetten op het testen van de effectiviteit van bestaande programma's die nu beschikbaar zijn binnen de eerstelijnsgezondheidszorg, voor rokers en/of zorgverleners, maar waar tot nu toe enkel anekdotisch bewijs voor is.

5. Rapportage over werkingsmechanismen

Interventie ontwikkelaars rapporteren niet volledig over de werkingsmechanismen geïntegreerd in hun interventies om de gewenste gedragsverandering te bewerkstelligen, met name de MoAs (Mechanisms of Action) en uitvoerings-gerelateerde werkzame elementen ontvingen tot op heden nog te weinig aandacht. Op dit moment is de vraag "Hoe werkt het?" dan ook nog niet goed te beantwoorden; niet voor interventies gericht op stoppen met roken en niet voor trainingen gericht op het ondersteunen van de zorgverlener in zijn/haar stoppen met roken werkzaamheden. Wij bevelen aan een rapportage richtlijn te ontwikkelen om dit proces te faciliteren.

6. Evaluatie van werkingsmechanismen

Relaties tussen werkzame elementen (waaronder BCT's) en MoA moeten empirisch onderzoek worden, net als de relaties tussen werkzame elementen en programma effectiviteit, welke mogelijk gemedieerd worden door de verschillende MoAs. Onze aanbeveling is om te starten met elementen en relaties die nu al regelmatig worden beschreven als theoretische werkingsmechanismen van stoppen met roken programma's en zorgverlener trainingen, en om deze analyse vervolgens uit te breiden naar BCT's en MoAs die tot op heden onderbelicht bleven.

7. Aandacht voor subgroepen

Effectevaluaties werden grotendeels uitgevoerd voor gehele steekproeven; subgroep analyses waren zeer schaars. Hierdoor is ook de vraag "Wat werkt voor **wie**?" nog niet goed te beantwoorden. In effectevaluaties zou daarom meer aandacht besteed moeten worden aan a) het rapporteren van steekproef karakteristieken en b) het analyseren van effecten voor relevante subgroepen.

8. Aandacht voor methodieken

Er is geen duidelijk onderscheid in werkzame elementen tussen effectieve, gemengde en niet-effectieve interventies geobserveerd. Een inventarisatie op het niveau van gebruikte methodieken om werkzame

elementen in te zetten zou meer inzicht kunnen geven in welke werkzame elementen in welke toepassing werken. Hiermee kunnen we uiteindelijk de vraag “Wat werkt **onder welke omstandigheden?**” beantwoorden. Zorgverleners zouden vervolgens getraind kunnen worden in het op de juiste wijze toepassen van werkzame elementen in plaats van in de uitvoering van specifieke interventies of trainingen.

REFERENTIES

1. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV). 2014.
2. USDHHS. The Health Consequences of Smoking - 50 Years of Progress. A Report of the Surgeon General. Atlanta, USA: Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; 2014.
3. Ministerie van Volksgezondheid WeS. Nationaal Preventieakkoord. 2018.
4. Springvloet L, van Laar M. Roken onder Volwassenen: Kerncijfers 2016. Utrecht: Nationaal Expertisecentrum Tabaksontmoediging; 2017.
5. De Ruijter D, Smit ES, de Vries H, Goossens L, Hoving C. Understanding Dutch practice nurses' adherence to evidence-based smoking cessation guidelines and their needs for web-based adherence support: results from semistructured interviews. *BMJ Open*. 2017; 7(3): e014154.
6. Van Rossem C, Spigt MG, Kleijnsen JR, Hendricx M, van Schayck CP, Kotz D. Smoking cessation in primary care: Exploration of barriers and solutions in current daily practice from the perspective of smokers and healthcare professionals. *The European Journal of General Practice*. 2015; 21(2): 111-7.
7. Leenaars K, Viet L, van Dale D. Overzicht interventies in database loketgezondleven.nl. 2018.
8. Michie S, Richardson M, Johnston M, Abraham C, Francis J, Hardeman W, Eccles MP, Cane J, Wood CE. The behavior change technique taxonomy (v1) of 93 hierarchically clustered techniques: building an international consensus for the reporting of behavior change interventions. *Ann Behav Med*. 2013;46(1):81-95.
9. Michie S, Hyder N, Walia A, West R. Development of a taxonomy of behaviour change techniques used in individual behavioural support for smoking cessation. *Addict Behav*. 2011;36(4):315-9.
10. West R, Hajek P, Stead L, Stapleton J. Outcome criteria in smoking cessation trials: proposal for a common standard. *Addiction*. 2005; 100: 299-303.
11. Dusenbury L, Brannigan R, Falco M, Hansen WB. A Review of Research on Fidelity of Implementation: Implications for Drug Abuse Prevention in School Settings. *Review Health Educ Res*. 2003 Apr;18(2):237-56.
12. Oude Wesselink SF, Stoopendaal A, Erasmus V, Smits D, Mackenbach JP, Lingsma HF, Robben PBM. Government supervision on quality of smoking-cessation counselling in midwifery practices: a qualitative exploration. *BMC Health Serv Res*, 2017. **17**(1): p. 270.

13. Amemori M, Korhonen T, Kinnunen T, Michie S, Murtomaa H. Enhancing implementation of tobacco use prevention and cessation counselling guideline among dental providers: a cluster randomised controlled trial. *Implement Sci.* 2011; 6: 13.
14. Cheung, KL, de Ruijter D, Hiligsmann M, Elfeddali I, Hoving C, Evers SM, de Vries H. Exploring consensus on how to measure smoking cessation. A Delphi study. *BMC Public Health.* 2017; 17(1): 890.
15. Richmond H, Copsey B, Hall AM, Davies D, Lamb SE. A Systematic Review and Meta-Analysis of Online Versus Alternative Methods for Training Licensed Health Care Professionals to Deliver Clinical Interventions. *Review BMC Med Educ.* 2017; 17(1): 227.

TABELLEN

TABEL 1. GEÏNCLUDEERDE INTERVENTIES IN TRACK A EN B EN BIJBEHORENDE CODES

<i>Naam Interventie Track A</i>	<i>Code</i>	<i>Naam Interventies Track B</i>	<i>Code</i>
Hartslag Limburg	A01	TICD (Tailored Implementation for Chronic Diseases)	B01
DSS (Diabetes Support Service)	A02	Stoppen met Roken Interventie voor Tandartsen	B02
IMPALA	A03	1Hour training	B03
Hoorn Preventie	A04	The government supervision program	B04
PAS (Personal Advice in Stopping smoking)	A05	Video feedback	B05
E-health4Uth	A06	STER	B06
PORTA-diab (Patient Oriented Treatment Decision Aid for diabetes)	A07	L-MIS (Minimale Interventiestrategie Stoppen met roken voor Longartsen)	B07
RECODE*	A08	SMOCC* (smoking cessation counseling)	B08
Zeist DMP*	A09	The accreditation program	B09
Radboud DMP*	A10	Multifaceted intervention	B10
Onze Lieve Vrouwe Gasthuis (CV-DMP)	A11	The Survey	B11
Eerstelijns Samenwerkingsverband Achterveld (CV-DMP)	A12	RECODE*	B12
Regionale Organisatie Huisartsen Amsterdam (CV-DMP)	A13	Zeist DMP*	B13
De Stichting Gezondheidscentra Eindhoven (CV-DMP)	A14	Radboud DMP*	B14
Gezondheidscentrum Maarssenbroek (CV-DMP)	A15		
Rijnstate (CV-DMP)	A16		
Medisch Centrum Oud-West (CV-DMP)	A17		
Wijkgezondheidscentra Huizen (CV-DMP)	A18		
HAFANK (Hartfalen Noord Kennemerland) (Heart failure DMP)	A19		
Gezond Monnickendam (COPD DMP)	A20		
Zorggroep Almere (COPD DMP)	A21		
Zorggroep Haaglanden (Diabetes DMP)	A22		
De Roerdomp (Diabetes DMP)	A23		
Chronische Ketenzorg (Co- DMP)	A24		
V-MIS (Minimale Interventiestrategie Stoppen met roken voor de Verloskundigenpraktijk)	A25a		
MasterYourBreath	A26		
SCBT (SmokingCessation Behavioural Therapy)	A27		
SeMaS (Self-Management Screening questionnaire)	A28		
HMHB (Happy Mothers, Happy Babies)	A29		

<i>Naam Interventie Track A</i>	<i>Code</i>	<i>Naam Interventies Track B</i>	<i>Code</i>
VoorZorg	A30		
MCSC (Minimal Contact Smoking Cessation program)	A31		
SCC (Smoking Cessation Computer-tailoring program)	A32		
Huisartsencoöperatie Midden-Brabant (COPD DMP)	A33		
COPD-DMP	A34		
Archiatros (COPD DMP)	A35		
NHG Standaard (Nederlandse	A36		
SMOCC* (SMOKing Cessation in COPD in general practice)	A37		
COSMO (CONfronting SMOKers with spirometry for smoking cessation)	A38		
EUROACTION+	A39		
POH and GP Care	A40		
V-MIS	A25b		

*Notitie * = Interventie zowel gericht op de roker (Track A) als gericht op de zorgprofessional (Track B) met uitkomstmaten voor beide.*

TABEL 2. OVERZICHT VAN DE GEÏNCLUDEERDE STOPPEN MET ROKEN INTERVENTIES IN TRACK A

	Eerste auteur effect-paper en jaar publicatie	Type interventie	Op theorie gebaseerd?	Steekproef	Primaire of gedeelde focus op roken	Design, nameting(en) en methode	Resultaat op rook gedrag	Kosteneffectief
A01	Harting, J., 2006	Face-to- face	Ja, verschillende gedrags- veranderingstheorieën	1300 huisartspatiënten (33.8% vrouw, <i>M</i> leeftijd= 62.3, <i>SD</i> =9.05, 50.5% laag opgeleid, 30.5% rokers) met ≥20% kans op hart en vaat problemen binnen de komende 10 jaar.	Primair	Pre-post met CG, baseline en na 4 en 18mdn: 7d PP	Na 4mdn: IG: 27.3% vs CG: 28.1%, <i>ns</i> Na 18mdn: IG: 27.7% vs CG: 26.5%, <i>ns</i>	Niet gerapporteerd
A02	Meulenpass, 2008	Face-to- face	Nee	900 diabetes huisartspatiënten (18% vrouw, <i>M</i> leeftijd= 70, <i>SD</i> =11, 18% rokers)	Gedeeld (diabetes risicofactoren, lichaamsbeweging en opvolgen van medicatie regiment)	Pre-post met CG, baseline en na elke 3mdn over 3jr: rookstatus (niet gespecificeerd)	IG: van 82% naar 87% en CG: van 82% naar 88%, <i>ns</i>	Niet gerapporteerd
A03	Koelewijn- Van Loon, M.S., 2010	Face-to- face	Nee	615 huisartspatiënten (55.2% vrouw, <i>M</i> leeftijd= 57, <i>SD</i> =10, 50.5% lage SES, 34.6% rokers)	Gedeeld (alcohol consumptie, eetgedrag en lichaamsbeweging)	Pre-post met CG, baseline en a 12wk: rookstatus (niet gespecificeerd)	Interactie tussen groep en rook gedrag, <i>ns</i>	Niet gerapporteerd
A04	Lakerveld, J., 2013	Face-to- face	Ja, TPB en SRM	622 volwassenen uit West-Friesland (58% vrouw, <i>M</i> leeftijd= 44, <i>SD</i> =5.3, 32.8% laag opgeleid, 20.6% rokers) met ≥10% geschatte risico voor Type 2 Diabetes en/of hart- en vaatziekte	Gedeeld (lichaamsbeweging en eetgedrag)	Pre-post met CG: baseline en na 6 en 12mdn: rookstatus (elke dag/soms/nooit)	Na 6mdn: CG (17.2% rookt) vs IG (20% rookt), <i>ns</i> Na 12mdn: CG (17% rookt) vs IG (18.3% rookt), <i>ns</i>	MΔ in kosten tussen de groepen = €866. De kans dat de interventie kost- effectief was varieerde van 93% bij €8000/QALY tot 88% bij €80,000/QALY.

	<i>Eerste auteur effect-paper en jaar publicatie</i>	<i>Type interventie</i>	<i>Op theorie gebaseerd?</i>	<i>Steekproef</i>	<i>Primaire of gedeelde focus op roken</i>	<i>Design, nameting(en) en methode</i>	<i>Resultaat op rook gedrag</i>	<i>Kosteneffectief</i>
A05	Smit, E.S., 2013	Combinatie	Ja, ICM	414 rokers (65% vrouw, <i>M</i> leeftijd=48, <i>SD</i> =11.9, 32% laag opgeleid, 100% rokers) gemotiveerd om te stoppen binnen 6mdn	Primair	Pre-post met CG: baseline en na 6 en 12mdn: 24u PP; 7d PP; GO	Na 6mdn: 24u PP (73%), 7d PP (43%), GO (43%), <i>ns</i> Na 12mdn: 24u PP (64%), 7d PP (62%), GO (46%), <i>ns</i>	Kosten en effecten: IGs>CG (€5100 per participant die stopte met roken); Kosten-utility: <i>MΔ</i> in kosten tussen de IGs en CG was €40,300 en tussen de IGs was €18,367 per extra QALY.
A06	Banninck, R., 2014	Online	Nee	1256 vierde klas middelbare school studenten (45.3% vrouw, <i>M</i> leeftijd=16, <i>SD</i> =0.69, 17.5% rokers)	Gedeeld (alcohol, drugs gebruik, seksueel gedrag, pesten, mentale gezondheid status, suicidaliteit)	Pre-post met CG: baseline en na 4mdn: rookstatus (hoe vaak rook je)	CG (80.8% niet rokers) vs IG (82.8% niet rokers) vs IG+counseling (82.6% niet rokers), <i>ns</i> Aantal sigaretten gerookt, <i>ns</i>	Niet gerapporteerd
A07	Denig, P., 2014	Combinatie	Nee	344 huisartspatiënten met diabetes (43% vrouw, <i>M</i> leeftijd=61.7, <i>SD</i> =8.5, 39.2% laag opgeleid, 18.9% rokers)	Gedeeld (maken en behalen van doelen)	Pre-post met CG: baseline en na 3 à 4mdn: rookstatus (niet gespecificeerd)	IG (18% rokers) en CG (18% rokers), <i>ns</i>	Niet gerapporteerd
A08	Kruis, A., 2014	Face-to-face	Nee	1089 COPD huisartspatiënten (64.1% vrouw, <i>M</i> leeftijd=68.3, <i>SD</i> =11.2, 35.9% laag opgeleid, 34.5% rokers)	Gedeeld (zelf management en lichaamsbeweging)	Pre-post met CG: baseline en na 6, 9, 12, 18 en 24mdn: roken (huidig/eerder/nooit) en stoppoging	Na 12mdn: IG (48.6% rokers) vs CG (51.7% rokers), <i>ns</i> Na 24mdn: <i>ns</i> (niet gespecificeerd)	Niet gerapporteerd

<i>Eerste auteur effect-paper en jaar publicatie</i>	<i>Type interventie</i>	<i>Op theorie gebaseerd?</i>	<i>Steekproef</i>	<i>Primaire of gedeelde focus op roken</i>	<i>Design, nameting(en) en methode</i>	<i>Resultaat op rook gedrag</i>	<i>Kosteneffectief</i>	
A09	Tsiachristas, A., 2014	Face-to-face	Ja, Wagner's model	278 Diabetes patiënten (45% vrouw, <i>M</i> leeftijd=66, <i>SD</i> =9.7, 24% alleenstaand, 25% laag opgeleid, ~20% rokers)	Gedeeld (zelfzorg en zelf management)	Pre-post: baseline en na 1 en 2jr: roken (huidig/eerder/nooit)	Na 1jr (19% naar 13% rokers), <i>ns</i> Na 2jr (16% naar 14% rokers), <i>ns</i>	Niet gerapporteerd per DMP ¹
A10	Tsiachristas, A., 2014	Face-to-face	Ja, TTM	250 hart- en vaatziekte patiënten, vooral met een lage SES (47% vrouw, <i>M</i> leeftijd=67.6, <i>SD</i> =11, 28% alleenstaand, 42% laag opgeleid, ~20% rokers)	Gedeeld (zelfzorg en zelf management)	Pre-post: baseline en na 1 en 2jr: roken (huidig/eerder/nooit)	Na 1jr (32% naar 22% rokers), <i>ns</i> Na 2jr (24% naar 24% rokers), <i>ns</i>	Niet gerapporteerd per DMP ¹
A11	Tsiachristas, A., 2014	Face-to-face	Ja, Wagner's model	369 hart- en vaatziekte patiënten (44% vrouw, <i>M</i> leeftijd=67.2, <i>SD</i> =10.5, 46% alleenstaand, 40% laag opgeleid, ~20% rokers)	Gedeeld (zelf zorg en zelf management)	Pre-post: baseline en na 1, 2 en 3jr: roken (huidig/eerder/nooit)	Na 1 jr (30% naar 23% rokers), <i>ns</i> Na 2jr (20% naar 16% rokers), <i>ns</i> Na 3jr (18% rokers), <i>ns</i>	Niet gerapporteerd per DMP ¹
A12	Tsiachristas, A., 2014	Face-to-face	Ja, Wagner's model	200 hart- en vaatziekte patiënten (40% vrouw, <i>M</i> leeftijd=63.8, <i>SD</i> =8.6, 11% alleenstaand, 45% laag opgeleid, ~20% rokers)	Gedeeld (zelf zorg en zelf management)	Pre-post: baseline en na 1 en 2jr: roken (huidig/eerder/nooit)	Na 1jr (14% naar 12% rokers), <i>ns</i> Na 2jr (18% naar 18% rokers), <i>ns</i>	Niet gerapporteerd per DMP ¹

	<i>Eerste auteur effect-paper en jaar publicatie</i>	<i>Type interventie</i>	<i>Op theorie gebaseerd?</i>	<i>Steekproef</i>	<i>Primaire of gedeelde focus op roken</i>	<i>Design, nameting(en) en methode</i>	<i>Resultaat op rook gedrag</i>	<i>Kosteneffectief</i>
A13	Tsiachristas, A., 2014	Face-to-face	Ja, Wagner's model	320 hart- en vaatziekte patiënten (36% vrouw, <i>M</i> leeftijd=65.1, <i>SD</i> =8, 35% alleenstaand, 38% laag opgeleid, ~20% rokers)	Gedeeld (zelf zorg en zelf management)	Pre-post: baseline en na 1 en 2jr: roken (huidig/eerder/nooit)	Na 1jr (27% naar 20% rokers), <i>ns</i> Na 2jr (31% naar 22% rokers), <i>ns</i>	Niet gerapporteerd per DMP ¹
A14	Tsiachristas, A., 2014	Face-to-face	Ja, Wagner's model	300 hart- en vaatziekte patiënten, (56% vrouw, <i>M</i> leeftijd=63.3, <i>SD</i> =10.4, 26% alleenstaand, 401 laag opgeleid, ~20% rokers)	Gedeeld (zelf zorg en zelf management)	Pre-post: baseline en na 1 en 2jr: roken (huidig/eerder/nooit)	Na 1jr (11% naar 9% rokers), <i>ns</i> Na 2jr (15% naar 8% rokers), <i>ns</i>	Niet gerapporteerd per DMP ¹
A15	Tsiachristas, A., 2014	Face-to-face	Ja, Wagner's model	653 hart- en vaatziekte patiënten (56% vrouw, <i>M</i> leeftijd=59.7, <i>SD</i> =9,6, 23% alleenstaand, 29% laag opgeleid, ~20% rokers)	Gedeeld (zelf zorg en zelf management)	Pre-post: baseline en na 1, 2 en 3jr: roken (huidig/eerder/nooit)	Na 1jr (21% naar 15% rokers), <i>ns</i> Na 2jr (18% naar 11% rokers), <i>ns</i> Na 3jr (10% rokers), <i>ns</i>	Niet gerapporteerd per DMP ¹
A16	Tsiachristas, A., 2014	Face-to-face	Ja, Wagner's model	400 hart- en vaatziekte patiënten (54% vrouw, <i>M</i> leeftijd=63.2, <i>SD</i> =10.3, 21% alleenstaand, 45% laag opgeleid, ~20% rokers)	Gedeeld (zelf zorg en zelf management)	Pre-post: baseline en na 1 en 2jr: roken (huidig/eerder/nooit)	Na 1jr (17% naar 13% rokers), <i>ns</i> Na 2jr (13% naar 9% rokers), <i>ns</i>	Niet gerapporteerd per DMP ¹

	<i>Eerste auteur effect-paper en jaar publicatie</i>	<i>Type interventie</i>	<i>Op theorie gebaseerd?</i>	<i>Steekproef</i>	<i>Primaire of gedeelde focus op roken</i>	<i>Design, nameting(en) en methode</i>	<i>Resultaat op rook gedrag</i>	<i>Kosteneffectief</i>
A17	Tsiachristas, A., 2014	Face-to-face	Ja, Wagner's model	100 hart- en vaatziekte patiënten (55% vrouw, <i>M</i> leeftijd=60.7, <i>SD</i> =11, 286% alleenstaand, 42% laag opgeleid, ~20% rokers)	Gedeeld (zelf zorg en zelf management)	Pre-post: baseline en na 1 en 2jr: roken (huidig/eerder/nooit)	Na 1jr (17% naar 12% rokers), <i>ns</i> Na 2jr (17% naar 11% rokers), <i>ns</i>	Niet gerapporteerd per DMP ¹
A18	Tsiachristas, A., 2014	Face-to-face	Ja, Wagner's model	495 hart- en vaatziekte patiënten (32% vrouw, <i>M</i> leeftijd=65.8, <i>SD</i> =10.2, 26% alleenstaand, 30% laag opgeleid, ~20% rokers)	Gedeeld (zelf zorg en zelf management)	Pre-post: baseline en na 1 en 2jr: roken (huidig/eerder/nooit)	Na 1jr (16% naar 13% rokers), <i>ns</i> Na 2jr (14% naar 16% rokers), <i>ns</i>	Niet gerapporteerd per DMP ¹
A19	Tsiachristas, A., 2014	Face-to-face	Ja, Wagner's model	54 hartpatiënten (41% vrouw, <i>M</i> leeftijd=78.5, <i>SD</i> =8.8, 43% alleenstaand, 50% laag opgeleid, ~20% rokers)	Gedeeld (zelf zorg en zelf management)	Pre-post: baseline en na 1 en 2jr: roken (huidig/eerder/nooit)	Na 1jr (15% naar 15% rokers), <i>ns</i> Na 2jr (18% naar 36% rokers), <i>ns</i>	Niet gerapporteerd per DMP ¹
A20	Tsiachristas, A., 2014	Face-to-face	Ja, Wagner's model	133 COPD patiënten (53% vrouw, <i>M</i> leeftijd=67.5, <i>SD</i> =9, 33% alleenstaand, 35% laag opgeleid, ~38% rokers)	Gedeeld (zelf zorg en zelf management)	Pre-post: baseline en na 1, 2 en 3jr: roken (huidig/eerder/nooit)	Na 1jr (26% naar 20% rokers), <i>ns</i> Na 2jr (30% naar 18 p = .125) en 3 jaar (13% rokers), <i>ns</i>	Niet gerapporteerd per DMP ¹
A21	Tsiachristas, A., 2014	Face-to-face	Ja, Wagner's model	130 COPD patiënten (43% vrouw, <i>M</i> leeftijd=66.7, <i>SD</i> =10, 34%)	Gedeeld (zelf zorg en zelf management)	Pre-post: baseline en na 1 en 2jr: roken (huidig/eerder/nooit)	Na 1jr (39% naar 31% rokers), <i>ns</i> Na 2jr (36% naar 29% rokers), <i>ns</i>	Niet gerapporteerd per DMP ¹

<i>Eerste auteur effect-paper en jaar publicatie</i>	<i>Type interventie</i>	<i>Op theorie gebaseerd?</i>	<i>Steekproef</i>	<i>Primaire of gedeelde focus op roken</i>	<i>Design, nameting(en) en methode</i>	<i>Resultaat op rook gedrag</i>	<i>Kosteneffectief</i>	
			alleenstaand, 47% laag opgeleid, ~38% rokers)					
A22	Tsiachristas, A., 2014	Face-to-face	Ja, Wagner's model	165 Diabetes patiënten (45% vrouw, <i>M</i> leeftijd=62.1, <i>SD</i> =10.2, 39% alleenstaand, 25% laag opgeleid, ~20% rokers)	Gedeeld (zelf zorg en zelf management)	Pre-post: baseline en na 1 en 2jr: roken (huidig/eerder/nooit)	Na 1jr (19% naar 13% rokers), <i>ns</i> Na 2jr (26% naar 9% rokers), <i>ns</i>	Niet gerapporteerd per DMP ¹
A23	Tsiachristas, A., 2014	Face-to-face	Ja, Wagner's model	280 Diabetes patiënten (41% vrouw, <i>M</i> leeftijd=64.1, <i>SD</i> =11, 35% alleenstaand, 25% laag opgeleid, ~20% rokers)	Gedeeld (zelf zorg en zelf management)	Pre-post: baseline en na 1 en 2jr: roken (huidig/eerder/nooit)	Na 1jr (23% naar 16% rokers), <i>ns</i> Na 2jr (26% naar 19% rokers), <i>ns</i>	Niet gerapporteerd per DMP ¹
A24	Tsiachristas, A., 2014	Face-to-face	Ja, Wagner's model	341 patiënten (42% vrouw, <i>M</i> leeftijd=68.2, <i>SD</i> =9.9, 24% alleenstaand, 41% laag opgeleid, ~8% rokers)	Gedeeld (zelf zorg en zelf management)	Pre-post: baseline en na 1, 2 en 3jr: roken (huidig/eerder/nooit)	Na 1jr (8% naar 6% rokers), <i>ns</i> Na 2jr (8% naar 6% rokers), <i>ns</i> Na 3jr (5% rokers), <i>ns</i>	Niet gerapporteerd per DMP ¹
A25a	Oude Wesselink, S.F., 2015	Face-to-face	Ja, TTM	851 zwangere vrouwen (12-30 weken) en voor tenminste nog 8 weken onder behandeling (<i>M</i> leeftijd=27.4, <i>SD</i> =5.1, 45.8% lage SES, 100% rokers)	Primair	Pre-post: baseline en direct na de bevalling: aantal sigaretten gerookt dag van intake (1-9/10-20/ >20) en tijdens zwangerschap	<i>M</i> = 10% van de vrouwen stopte, <i>ns</i> Intake: IG (63%, 26%, 4%) vs CG (77%, 17%, 4%) rookte 1-9, 10-20, >20 sigaretten, <i>ns</i> Tijdens zwangerschap: IG (4.4%) vs CG (3.5%), <i>ns</i>	Niet gerapporteerd

	<i>Eerste auteur effect-paper en jaar publicatie</i>	<i>Type interventie</i>	<i>Op theorie gebaseerd?</i>	<i>Steekproef</i>	<i>Primaire of gedeelde focus op roken</i>	<i>Design, nameting(en) en methode</i>	<i>Resultaat op rook gedrag</i>	<i>Kosteneffectief</i>
A26	Voncken-Brewster, V., 2015	Online	Ja, ICM	1307 COPD huisartspatiënten (51.5% vrouw, <i>M</i> leeftijd=57.6, <i>SD</i> =7.2, 29.4% laag opgeleid, 35% rokers)	Gedeeld (lichaamsbeweging en opvolgen van medicatie regiment)	Pre-post met CG: baseline en na 6mdn: PP; 24u; 2wk en GO; stoppoging en aantal sigaretten p/d	Punt prevalentie, 24, 2wk en GO: ns Aantal stoppogingen en sigaretten: ns	Niet gerapporteerd
A27	Benson, F., 2016	Telefoon	Nee	38 rokende huisartspatiënten (42.1% vrouw, <i>M</i> leeftijd=45.5, <i>SD</i> =12.9, 40% laag opgeleid, 100% rokers)	Primair	Pre-post vergelijking met ziekenhuis interventies: meting 1: 4wk-3mdn, daarna na 6 en 12mdn: GO + cotinine validatie	Meting 1: GO 28.9%; cotinine: 21.1% Na 6mdn: GO 7.9%; cotinine: 5.3% Na 12mdn: GO 7.9%, cotinine: 5.3% laagste GO op 1e meting en grootste afname. IG (9.1%) vs CG (13.2% rokers), ns	Niet gerapporteerd
A28	Eikelenboom, N., 2016	Combinatie	Nee	763 huisartspatiënten (46.7% vrouw, <i>M</i> leeftijd=65.8, <i>SD</i> =10.5, 33.5% laag opgeleid, 13.2% rokers) met ≥ 1 chronische ziekte	Gedeeld (algemeen gezondheidsgedragingen)	Pre-post met CG, na 6mdn: rookstatus (niet gespecificeerd)	IG (9.1%) vs CG (13.2% rokers), ns	Niet gerapporteerd
A29	Hesselink, A., 2012	Face-to-face	Nee	239 zwangere Turkse vrouwen (1e of 2e generatie, 100% vrouw, <i>M</i> leeftijd=27.4, <i>SD</i> =4.7, 37.7% laag opgeleid, 20% rokers)	Primair	Pre-post met CG: baseline en na 5mdn met 8mdn zwanger: kennis rookrisico's; roken (nooit/huidig/gestopt)	Kennis in IG vs CG ($M\Delta=0.5$), $p<.010$. Aantal rokers pre-post-interventie: IG (16.8% naar 14.0%) vs CG (23.3% naar 20.2%), ns	Niet gerapporteerd

	<i>Eerste auteur effect-paper en jaar publicatie</i>	<i>Type interventie</i>	<i>Op theorie gebaseerd?</i>	<i>Steekproef</i>	<i>Primaire of gedeelde focus op roken</i>	<i>Design, nameting(en) en methode</i>	<i>Resultaat op rook gedrag</i>	<i>Kosteneffectief</i>
A30	Mejdoubi, J., 2014	Face-to-face	Ja, ICM	460 zwangere vrouwen van 1e kind (100% vrouw, <i>M</i> leeftijd=19.4, <i>SD</i> =2.4, 100% laag opgeleid, 28.3% rokers)	Primair	Pre-post met CG: tussen 16-28wk, na 32wk zwanger en op 2mdn na bevalling: roken nu en tijdens zwangerschap (ja/ja, tot bewustzijn zwangerschap/nee); aantal sigaretten p/d	Tijdens zwangerschap: 40% rokers in de IG vs 48% rokers in de CG, <i>p</i> =.030 Na 2mdn: 49% rokers in de IG vs 62% rokers in de CG, <i>p</i> =.020; roken in de buurt van de baby: IG (0%) vs CG (5%). <i>p</i> =.030	Niet gerapporteerd
A31	Pieterse, M.E., 2001	Face-to-face	Nee	530 rokende huisartspatiënten (59.9% vrouw, <i>M</i> leeftijd=35.7, 16.1% laag opgeleid, 100% rokers)	Primair	Pre-post met CG: baseline en na 1, 6 en 12mdn: rookstatus (ja/nee), nicotine verslaving (1-13), aantal sigaretten p/d ($\leq 10/11-24/\geq 25$)	Na 1, 6 en 12mdn: in de IG (18.6%, 11.9% en 13.4% stopte) vs CG (3.8%, 3.8% en 7.3% stopte), <i>p</i> <.050; rookvrij op alle meetmomenten: 8.2% vs. 3.1%, <i>p</i> <.001;	Kosten en effecten: IGs>CG (€450 per participant die stopte met roken); Kost-utility: 330,000 extra levensjaren of 410,000 extra QALYs met een 75jr implementatie periode (± 1.4 € miljard bespaard in roken gerelateerde gezondheidszorg > 520€ miljoen interventie kosten).
A32	Hoving, C., 2010	Online	Ja, ICM	1019 apotheek en huisarts patiënten (56.1% vrouw, <i>M</i> leeftijd=44.6,	Primair	Pre-post met CG: baseline en na 3, 6 en 12mdn: stoppoging (ja/nee); 7d PP; GO	Apotheek: na 3mdn: stoppoging: IG (37%) vs CG	Niet gerapporteerd

Eerste auteur effect-paper en jaar publicatie	Type interventie	Op theorie gebaseerd?	Steekproef	Primaire of gedeelde focus op roken	Design, nameting(en) en methode	Resultaat op rook gedrag	Kosteneffectief	
			26.4% laag opgeleid, 100% rokers) die hebben gerookt in de laatste week en gemotiveerd zijn om te stoppen met roken			(31%), <i>ns</i> ; PP: IG (8%) vs CG (5%), <i>ns</i> ; GO: IG (4%) vs CG (3%), <i>ns</i> ; Na 12 mdn: Stoppoging: IG (69%) vs CG (60%), $p < .050$; PP: IG (13%) vs CG (10%), <i>ns</i> ; GO: IG (2%) vs CG (2%), <i>ns</i> Huisarts: Stoppoging na 6 mdn: IG (50%) vs CG (41%), <i>ns</i> Na 1r aantal rokers (40%- 32%), <i>ns</i> Na 2jr (44% naar 3%), $p = .021$ Na 3jr (33%), $p = .001$		
A33	Tsiachristas, A., 2014	Face-to- face	Ja, Wagner's model	291 COPD patiënten, (45% vrouw, <i>M</i> leeftijd=64.7, <i>SD</i> =11.4, 34% alleenstaand, 56% laag opgeleid, ~38% rokers)	Gedeeld (zelf zorg en zelf management)	Pre-post: baseline en na 1, 2 en 3jr: roken (huidig/eerder/nooit)	Niet gerapporteerd per DMP ¹	
A34	Steuten, L., 2006	Face-to- face	Nee	685 Astma en COPD huisartspatiënten (56.1% vrouw, <i>M</i> leeftijd=45.9, <i>SD</i> =15.5, 42% rokers)	Gedeeld (zelfzorg, lichaamsbeweging, opvolgen van medicatie regiment)	Pre-post: baseline en na 12mdn: roken (ja/nee)	Het percentage rokers zakte van 40% naar 36%, $p = .020$.	Niet gerapporteerd
A35	Tsiachristas, A., 2014	Face-to- face	Ja, Wagner's model	600 COPD patiënten (46% vrouw, <i>M</i> leeftijd=65.9, <i>SD</i> =10.5, 34% alleenstaand, 52%	Gedeeld (zelf zorg en zelf management)	Pre-post: baseline en na 1, 2 en 3jr: roken (huidig/eerder/nooit)	Na 1jr (40% naar 32%), $p = .002$ Na 2jr (44% naar 35%), $p = .007$ Na 3jr (36%) p $= .029$	Niet gerapporteerd per DMP ¹

	Eerste auteur effect-paper en jaar publicatie	Type interventie	Op theorie gebaseerd?	Steekproef	Primaire of gedeelde focus op roken	Design, nameting(en) en methode	Resultaat op rook gedrag	Kosteneffectief
A36	Oostveen, R., 2015	Combinatie	Nee	laag opgeleid, ~38% rokers) 3517 individuele (sample details niet gespecificeerd) die bij Achmea verzekerd zijn 23% met hart- en vaatziekte en 18% COPD	Primair	Observationeel tussen 4 groepen (IG vs IG+NRT vs IG+SCA vs IG +NRT&SCA): gestopt met roken (ja/nee)	Niet rokers: IG (38%) vs IG+NRT (55%) vs IG+SCA (67%) vs IG+NRT&SCA (56%), $p < .050$	Kost en effecten: IG>CG (€3381 per participant die stopte met roken). 39% kans dat de IG+NRT kost-effectief was bij max €1000/huisarts, 90% voor IG+SCA bij max €5000/huisarts en tussen de 83%-100% bij max €5000/stopper voor de huisarts.
A37	Hilberink, S.R., 2005	Face-to- face	Ja, TTM	392 COPD huisartspatiënten (49.7% vrouw, <i>M</i> leeftijd=58.8, <i>SD</i> =11.8, 47.7% laag opgeleid, 100% rokers)	Primair	Pre-post met CG: baseline en na 6 en 12mdn: nicotine verslaving (1:laag- 13:hoog), aantal sigaretten p/d, GO + cotinine validatie	Na 6mdn: stoppoging: IG (44.9%) vs CG (36.5%), $p = .003$; GO: IG (16%) vs CG (8.8%), $p = .046$ Na 12mdn: IG (14.4% GO) vs IG+ (14.5% GO), <i>ns</i> ; IG vs CG (7.4% GO), $p = .027$; cotinine validatie: IG (7.4%) vs IG+ (7.6%) vs CG (3.4%), <i>ns</i> ; aantal sigaretten p/d, <i>ns</i>	Niet gerapporteerd
A38	Kotz, D., 2008	Face-to- face	Nee	116 rokers (>10 pakjes per jaar, 37.5% vrouw, <i>M</i>	Gedeeld (COPD risicofactoren, mentale gezondheid)	Pre-post met CG: baseline en na 5, 26 en 52wk: rookstatus na	Na 5wk: IG (50.9%) vs CG (17.6%), $p < .001$	Niet gerapporteerd

	Eerste auteur effect-paper en jaar publicatie	Type interventie	Op theorie gebaseerd?	Steekproef	Primaire of gedeelde focus op roken	Design, nameting(en) en methode	Resultaat op rook gedrag	Kosteneffectief
A39	Jennings, C., 2014	Face-to- face	Nee	leeftijd=54, SD=7.5, 100% rokers) zonder gediagnostiseerde COPD, maar met COPD klachten. 683 persistente rokers (40.3% vrouw, <i>M</i> leeftijd=60, SD=6.8, 25.9% laag opgeleid, 100% rokers) met (risico voor) hart- en vaatziekte	Gedeeld (eetgedrag en lichaamsbeweging)	stoppoging + cotinine validatie Pre-post met CG: baseline en na 16wk: 7d PP	Na 26wk: IG (30.2%) vs CG (11.8%), <i>p</i> =.006 Na 52wk: IG (11.2%) vs CG (5.9%), <i>ns</i> Na 16wk: stoppen met roken: (51.2%) vs CG (18.8%), <i>p</i> <.050	Niet gerapporteerd
A40	Van Rossem, C., 2017	Combinatie	Nee	295 huisartspatiënten (46% vrouw, <i>M</i> leeftijd=48, SD=13.2, 20.4% lage SES, 100% rokers)	Primair	Pre-post met vergelijking tussen POH en huisarts-groep, baseline en na 9, 26 en 52wks: GO + biochemisch gevalideerd	Stoppers: 9 tot 26wk: POH (GO=32.2%) vs Huisartsen (GO=39.0%), <i>p</i> <.050; 9 tot 52wk: POH (GO=25.5%) vs Huisartsen (GO=28.8%), <i>p</i> <.050. Er was geen verschil in effectiviteit tussen de twee groepen (Bayes Factor ≤1/3) of met de biochemische validatie.	Kost en effecten: POH<huisarts (- €416.10), de POH-groep produceerde minder extra levensjaren en was duurder dan de huisarts- groep.
A25b	De Vries, H., 2006	Face-to- face	Ja, ICM & McGuire's model	318 zwangere rokende vrouwen (1e keer zwanger	Primair	Pre-post met CG: baseline en na 6wk post-interventie en	Na 6wk post- interventie: 27% en 19% in IG vs	Niet gerapporteerd

<i>Eerste auteur effect-paper en jaar publicatie</i>	<i>Type interventie</i>	<i>Op theorie gebaseerd?</i>	<i>Steekproef</i>	<i>Primaire of gedeelde focus op roken</i>	<i>Design, nameting(en) en methode</i>	<i>Resultaat op rook gedrag</i>	<i>Kosteneffectief</i>
			en ≥ 1 sigaret per dag, 100% vrouw, M leeftijd=28.5, SD=4.36, 55.2% laag opgeleid, 100% rokers)		6wk post-bevalling: 7d PP; stopgedrag partner (aantal sigaretten p/d); stoppoging (>24u)	24% en 7% in CG deden een stoppoging ($p=.023$) en 7d PP ($p=.004$), respectievelijk. Na 6 weken post-bevalling: 38% en 21% in IG vs 23% en 12% in CG deden een stoppoging (<i>ns</i>) en 7d PP (<i>ns</i>), respectievelijk. GO: IG (12%) vs CG (3%), $p=.033$. Stopgedrag van partner (range: 70%-74%), <i>ns</i>	

Note: d = dagen; wk = weken; mdn = maanden; jr = Jaren; M = gemiddelde; Δ = verschil; SD = standaard deviatie

POH =praktijkondersteuner huisartsenpraktijk; COPD = chronic obstructive pulmonary disease; QALY = Quality Adjusted Life Years

ICM = I-Change Model; TTM = Transtheoretical Model/Stages of change; TPB = Theory of Planned Behaviour; SRM: Self-Regulation Model

PP = Punt prevalentie; GO = geheelonthouding; IG = Interventie Groep; CG = Controle Groep;

1 = Veel variatie tussen de DMP's was gevonden in kosteneffectiviteit: tussen de €16 en €1,709. Verandering in gebruik van gezondheidszorg was niet significant.

TABEL 3. OVERZICHT VAN DE GEÏNCLUDEERDE TRAININGEN VOOR ZORGVERLENERS IN TRACK B

Code	1e auteur effect-paper, jaar publicatie	Type interventie	Theorie gebaseerd	Sample	Primaire of gedeelde focus op SMR	Design, nameting(en) en methode	Resultaat op SMR gedrag professional	Kosteneffectief
B01	Van Lieshout, 2015	Combinatie	Nee	39 POHs: <i>M</i> leeftijd=42.5; <i>M</i> uren motiverende gespreksvoering technieken training = 14.8; 1877 patiënten met hart- en vaatziekten (11% rokers)	Gedeeld (advies geven over dieet en lichaamsbeweging)	Alleen post (na 6mdn) met CG: adequaatheid (ja/nee) van professionele performance (rapporteren van advies geven, aanwezigheid van depressie symptomen en doorverwijzingen)	Bij 11.4% patiënten in de IG vs 10.3% patiënten in de CG werd adequate professionele zorg verleend, <i>ns</i>	Niet gerapporteerd
B02	Maassen, 2008	Face-to-face	Ja, TTM	38 tandartsen, mondhygiënisten en preventieassistenten in de tandartspraktijk: leeftijd en ervaring niet gespecificeerd; 197 cliënten (100% rokers)	Primair	Pre-post, baseline en na 3mdn: toepassen onderdelen van de Nederlandse SMR richtlijn (altijd/meestal)	Significante stijging voor 5/12 richtlijn onderdelen	Niet gerapporteerd
B03	Verbiest, 2014	Face-to-face	Nee	49 huisartsen: <i>M</i> leeftijd=50, <i>SD</i> =8; 39% eerdere SMR training; 2068 patiënten (43% rokers)	Primair	Pre-post met CG, na elke 2 werkdagen over 3wk en training was in de eerste 2wk: toepassen SMR protocol (frequentie): zelfrapportage en patiënt rapportage	Huisartsen in de IG gaven significant vaker een stopadvies; overige SMR-elementen, <i>ns</i> . Patiënten: huisartsen in de IG vroegen vaker naar SMR; overige SMR-elementen, <i>ns</i>	Niet gerapporteerd
B04	Oude Wesselink, 2014	Combinatie	Ja, TTM	113 verloskundigen: leeftijd, ervaring en aantal patiënten niet gespecificeerd (IQR rokers per praktijk ~ 1-17%)	Primair	Pre-post, baseline en na 12, 14 en 20mdn: Toepassing (stappen) van de V-MIS (ja/nee), roken policy, registratie van rookgedrag, counselen van	Programma A: gebruik V-MIS gestegen van 28% naar 80%, <i>p</i> <.050; roken policy, <i>p</i> <.050; registratie rookgedrag, <i>p</i> <.050; counselen stoppoging, <i>ns</i> ; nazorg stoppoging, <i>p</i>	Niet gerapporteerd

Code	1e auteur effect-paper, jaar publicatie	Type interventie	Theorie gebaseerd	Sample	Primaire of gedeelde focus op SMR	Design, nameting(en) en methode	Resultaat op SMR gedrag professional	Kosteneffectief
						stoppoging, nazorg stoppoging, verhogen van motivatie en verlagen barrières om te stoppen.	<.050; motivatie en barrières, <i>ns</i> Programma B & C: gebruik VMIS 80% in IG vs 71% in CG, <i>ns</i> ; roken policy, <i>p</i> <.050; registratie rookgedrag, <i>p</i> <.050; counselen stoppoging, <i>ns</i> ; nazorg stoppoging, <i>p</i> <.050; motivatie en barrières, <i>ns</i>	
B05	Noordman, 2014	Combinatie	Ja, TTM	17 POHs: <i>M</i> leeftijd=43, <i>SD</i> =5.6; ervaring motiverende gespreksvoering technieken =100% in IG en 43% in CG; 163 patiënten (aantal rokers niet gespecificeerd)	Gedeeld (communicatie vaardigheden)	Pre-post, baseline en na 1 à 2mdn: communicatie en klinische vaardigheden, motiverende gespreksvoering	Significante verbetering voor 3/13 aspecten m.b.t. communicatie en 1/4 m.b.t. motiverende gespreksvoering	Niet gerapporteerd
B06	De Ruijter, 2018	Online	Ja, ICM en SDT	269 POHs: <i>M</i> leeftijd=47.3, <i>SD</i> =9.5; <i>M</i> counseling ervaring=5.6, <i>SD</i> =3.7; 279 patiënten (100% rokers)	Primair	Pre-post met CG, baseline en na 6 en 12mdn: toepassen van de stappen van de STIMEDIC SMR richtlijn (aantal stappen/consult)	Geen significant effect op gedrag. Significante interactie groep*ervaring POH (beta=.589)	POH niveau: zeer kosteneffectief om richtlijn toepassing te vergroten (€1,586/extra uitgevoegde stap). Patiënt niveau: matig kosteneffectief na 6 maanden (€7,126/per extra gestopte roker), niet kosteneffectief na 12 maanden; kostenutiliteit na 12 maanden was matig (€18,431/QALY).

Code	1e auteur effect-paper, jaar publicatie	Type interventie	Theorie gebaseerd	Sample	Primaire of gedeelde focus op SMR	Design, nameting(en) en methode	Resultaat op SMR gedrag professional	Kosteneffectief
B07	Kotz, 2008	Natuurlijk	Nee	254 Longverpleegkundigen: <i>M</i> leeftijd=44.3, <i>SD</i> =8.1; ervaring en aantal patiënten en rokers niet gespecificeerd	Primair	Opvolgen van L-MIS protocol (beschrijvend en vergeleken met 6jr oude data)	Beschrijvend: 37% meet motivatie, 60% de tabaks- en 15% nicotine verslaving, 37% symptomen mentale gezondheid (angst en depressie). 92% gebruikte de Fletcher-curve en 70% confronteerde de patiënt met de resultaten van de spirometrie. Vs oude data: counseling intensiviteit sessie 1: 36 vs 19min; sessie 2: 23 vs 17min en sessie 3: 18 vs 14min. Alle technieken gebruikt: 93% vs 72%. Grootste verschil in het regeling treffen: 83% vs 38% en het zetten van een stopdoel: 79% vs 32%	Niet gerapporteerd
B08	Hildebrink, 2005	Face-to-face	Ja, TTM en ASE	55 huisartsen: leeftijd en ervaring niet gespecificeerd; 392 patiënten (100% rokers)	Primair	Alleen post na 6mdn: navolgen van het SMOCC protocol	Zelf-gerapporteerde volgen van het protocol was goed: 70%-83% volgde 6/9 aspecten, <1/3 adviseerde patiënten om farmacologische middelen te gebruiken en 50% van de huisartsen herstartte het protocol na terugval.	Niet gerapporteerd
B09	Van Doorn, 2014	Face-to-face	Nee	69 huisartspraktijken: leeftijd en ervaring niet gespecificeerd; Rokers per COPD-praktijk: 2006-2008:	Gedeeld (kwaliteit van diabetes, COPD en hart- en vaatziekte zorg)	Alleen post, na 3 jaar: 24 indicatoren van kwaliteit van zorg	Verbeteringen gevonden in cholesterolmetingen, examineren van de voet, het voorschrijven van vet	Niet gerapporteerd

Code	1e auteur effect-paper, jaar publicatie	Type interventie	Theorie gebaseerd	Sample	Primaire of gedeelde focus op SMR	Design, nameting(en) en methode	Resultaat op SMR gedrag professional	Kosteneffectief
				<i>M</i> =36.6, <i>SD</i> = 22.9; 2009-2011, cohort 1: <i>M</i> =31.8, <i>SD</i> =16.1; cohort 2: <i>M</i> =32.2, <i>SD</i> =20.7; Rokers per hart- en vaatziekte-praktijk: 2009-2011, cohort 1: <i>M</i> =12.6, <i>SD</i> =8.5; cohort 2: <i>M</i> =10.5, <i>SD</i> =7.8			verlagende medicatie (diabetes), spirometrie testen en het geven stoppen met roken advies (COPD). Niet in de andere 21 indicatoren.	
B10	Frijling, 2002	Combinatie	Nee	617 huisartsen: leeftijd, ervaring en aantal patiënten en rokers niet gespecificeerd	Gedeeld (cardiovasculaire risico factoren)	Pre-post met CG, baseline en na 3jr: toepassen SMR protocol (ja/nee)	IG: 9.7% stijging, <i>p</i> <.050 CG: 5.1% stijging, <i>ns</i>	Kosten: €6000 per praktijk
B11	Atiqi, 2011	Vragenlijst (modus niet gespecificeerd)	Nee	281 huisartsen: leeftijd, ervaring en aantal patiënten en rokers niet gespecificeerd	Gedeeld (bloeddruk-gerelateerde adviezen, leefstijl advies)	Pre-post, baseline en na 12mdn: SMR advies (ja/nee)	82% vs 100%, <i>p</i> <.010	Niet gerapporteerd
B12	Kruis, 2014	Face-to-face	Nee	Huisartsen, POHs, fysiotherapeuten uit 40 praktijken: aantal professionals, leeftijd en ervaring niet gespecificeerd; 1086 patiënten (35% rokers)	Gedeeld (diverse patiënt- en provider gerelateerde uitkomsten)	Pre-post met CG, baseline en na 12 en 24mdn: mate van levering van geïntegreerde zorg gerapporteerd door patiënten (PACIC)	IG: significant hogere PACIC score na 12 en 24 maanden (verschil: 0.15)	Niet gerapporteerd
B13	Cramm, 2014	Face-to-face	Ja, Wagner's model	Multidisciplinaire binnen de Huisartsen Coöperatie in Zeist: aantal professionals, leeftijd, ervaring en aantal patiënten en rokers niet gespecificeerd	Gedeeld (kwaliteit van diabetes zorg, PACIC)	Pre-post, baseline en na 1 en 2jr: integratie chronische zorgkwaliteit gegeven door zorgverlener	Kwaliteitsscores wezen op significante verbetering in alle domeinen van het chronische zorgmodel in alle DMP's (<i>p</i> <.050)	Niet gerapporteerd per DMP
B14	Cramm, 2014	Face-to-face	Ja, Wagner's model	Multidisciplinaire binnen de hart- en vaatziekten praktijk in Nijmegen: aantal professionals, leeftijd, ervaring en aantal patiënten en rokers niet gespecificeerd	Gedeeld (kwaliteit van hart- en vaatziekte zorg, PACIC)	Zie B13*	Zie B13*	Niet gerapporteerd per DMP

TABEL 4. WERKZAME ELEMENTEN STOPPEN MET ROKEN INTERVENTIES(TRACK A)

	A01	A02	A03	A04	A05	A06	A07	A08	A09	A10	A11	A12	A13	A14	A15	A16	A17	A18	A19	A20	A21	A22	A23	A24	A26	A27	A28	A29	A25ab*	A30	A31	A32	A33	A34	A35	A36	A37	A38	A39	A40	
ALGEMENE WERKZAME ELEMENTEN																																									
Toepassing van een planmatige aanpak																																									
Betrekken van de doelgroep																																									
Interventie aanpassen aan doelgroep/setting																																									
Inzetten van getrainde intermediairs																																									
Vergoeding beschikbaar voor patiënt																																									
Vergoeding beschikbaar voor zorgverlener																																									
SPECIFIEKE WERKZAME ELEMENTEN																																									
1. Goals and planning																																									
Goal setting (behaviour)																																									
Problem solving																																									
Goal setting (outcome)																																									
Action planning																																									
Review behaviour goal(s)																																									
Discrepancy between current behaviour and goal																																									
Review outcome goal(s)																																									
Commitment																																									
2. Feedback and monitoring																																									
Monitoring of behaviour by others without feedback																																									
Feedback on behaviour																																									
Self-monitoring of behaviour																																									
Self-monitoring of behaviour																																									
Self-monitoring of outcome(s) of behaviour																																									
Biofeedback																																									
Feedback on outcome(s) of behaviour																																									

	A01	A02	A03	A04	A05	A06	A07	A08	A09	A10	A11	A12	A13	A14	A15	A16	A17	A18	A19	A20	A21	A22	A23	A24	A26	A27	A28	A29	A25ab*	A30	A31	A32	A33	A34	A35	A36	A37	A38	A39	A40								
3. Social support	█		█	█	█	█	█	█	█																																							
Social support (unspecified)	█		█	█	█	█	█	█	█																																							
Social support (practical)	█																																															
Social support (emotional)				█																																												
4. Shaping knowledge		█	█		█			█	█				█	█	█			█	█	█	█																											
Instruction on how to perform the behaviour		█						█	█																																							
Information about Antecedents		█			█			█	█				█	█																																		
Information about health consequences									█																																							
Saliency of consequences			█																																													
5. Natural consequences	█																																															
Information about social /environmental consequences	█																																															
Monitoring of emotional consequences																																																
Information about emotional consequences																																																
6. Comparison of behavior							█						█																																			
Demonstration of the behavior													█																																			
Social comparison								█																																								
7. Associations																																																
Prompts/cues																																																
Remove aversive stimulus																																																
8. Repetition and substitution				█	█																																											
Behavioral practice/rehearsal													█																																			
Behavior substitution																																																
Graded tasks																																																
9. Comparison of outcomes	█																																															
Credible source	█																																															
Pros and cons																																																
Comparative imagining of future outcomes																																																

	A01	A02	A03	A04	A05	A06	A07	A08	A09	A10	A11	A12	A13	A14	A15	A16	A17	A18	A19	A20	A21	A22	A23	A24	A26	A27	A28	A29	A25ab*	A30	A31	A32	A33	A34	A35	A36	A37	A38	A39	A40						
10. Reward and threat																																														
Non-specific reward																																														
Social reward																																														
Incentive (outcome)																																														
11. Regulation																																														
Pharmacological support																																														
Reduce negative emotions																																														
12. Antecedents																																														
Restructuring the physical environment																																														
Restructuring the social environment																																														
Avoidance/reducing exposure to cues for the behavior																																														
Adding objects to the environment																																														
13. Identity																																														
Identification of self as role model																																														
Framing/reframing																																														
14. Self-belief																																														
Verbal persuasion about capability																																														
INHOUDELIJKE WERKZAME ELEMENTEN																																														
Elementen gericht op het doel van de interventie																																														
Elementen gericht op de doelgroep																																														
Elementen gericht op de methodologie																																														
Totaal aantal werkzame elementen	15	7	16	11	15	5	22	11	13	5	3	5	7	6	5	4	5	6	4	4	4	5	4	7	3	17	13	16	11	17	15	12	5	3	19	4	20	13	21	9	20					

Notitie: *=A25a (2015) niet effectief en A25b (2006) wel effectief. Deze interventie is geplaatst in de gele categorie (gemengde effecten).

TABEL 5. WERKZAME ELEMENTEN TRAININGEN VOOR ZORGVERLENERS (TRACK B)

	B01	B02	B03	B04	B05	B06	B07	B08	B09	B10	B11	B12	B13	B14
ALGEMENE WERKZAME ELEMENTEN														
Toepassing van een planmatige aanpak														
Betrekken van doelgroep	■					■				■	■			
Interventie aanpassen aan doelgroep/setting														
Inzetten van getrainde intermediairs			■							■		■		
Vergoeding beschikbaar voor patiënt						■								
Vergoeding beschikbaar voor zorgverlener				■						■		■		
SPECIFIEKE WERKZAME ELEMENTEN														
1. Goals and planning		■	■			■			■			■	■	■
Goal setting (behaviour)												■		
Problem solving						■								■
Action planning		■	■						■			■		
Review behaviour goal(s)						■						■		
Discrepancy between current behaviour and goal									■					
Review outcome goal(s)									■					
Behavioural contract												■		
Commitment									■			■		
2. Feedback and monitoring	■	■	■	■	■	■		■	■		■	■		
Monitoring of behaviour by others without feedback											■			
Feedback on behaviour	■	■	■	■	■	■		■	■			■		
Self-monitoring of behaviour					■	■								
Self-monitoring of outcome(s) of behaviour	■													
3. Social support	■		■	■	■	■		■				■	■	
Social support (unspecified)	■					■		■				■	■	
Social support (practical)	■		■									■		
Social support (emotional)			■									■		

	B01	B02	B03	B04	B05	B06	B07	B08	B09	B10	B11	B12	B13	B14
4. Shaping knowledge														
Instruction on how to perform the behaviour														
Information about antecedents														
5. Natural consequences														
Information about health consequences														
Information about social/environmental consequences														
6. Comparison of behaviour														
Demonstration of the behavior														
Social comparison														
7. Associations														
Prompts/cues														
8. Repetition and substitution														
Behavioral practice/rehearsal														
Graded tasks														
9. Comparison of outcomes														
Pros and cons														
10. Reward and threat														
Material incentive (behavior)														
Material reward (behavior)														
Non-specific reward														
Non-specific incentive														
Reward (outcome)														
11. Regulation														
Pharmacological support														
12. Antecedents														
Restructuring the physical environment														
Restructuring the social environment														
Adding objects to the environment														

	B01	B02	B03	B04	B05	B06	B07	B08	B09	B10	B11	B12	B13	B14
13. Identity														
Framing/reframing														
INHOUDELIJKE WERKZAME ELEMENTEN														
Elementen gericht op het doel van de interventie														
Elementen gericht op de doelgroep														
Elementen gericht op de methodologie														
Totaal aantal werkzame elementen	17	7	8	11	2	2	4	7	1	2	18	9	5	8

TABEL 6. GERAPPORTEERDE EN GETESTE WERKINGSMECHANISMEN STOPPEN MET ROKEN INTERVENTIES (TRACK A)

Code	Gerapporteerde MoA's*	Gerapporteerde link met BCTs*	Gerapporteerde resultaten
A01	Knowledge	Social support (unspecified), Problem solving	
	Motivation	Social support (unspecified)	
	Memory, attention, decision processes	Problem solving	
	Attitude towards the behaviour	Problem solving	
	Social influences	Problem solving	
	Beliefs about capabilities	Problem solving	
	Skills	Problem solving	
A03	Values	Social support (emotional), Discrepancy between current behaviour and goal, Problem solving, Framing/reframing, Adding objects to the environment, Goal setting (behaviour), Action planning, Social support (emotional)	
	Motivation	Social support (emotional), Discrepancy between current behaviour and goal, Problem solving, Framing/reframing, Goal setting (behaviour), Action planning, Social support (emotional)	
	Beliefs about consequences	Social support (emotional), Discrepancy between current behaviour and goal, Problem solving, Framing/reframing, Goal setting (behaviour), Action planning, Social support (emotional)	
	Knowledge	Feedback on behaviour, Adding objects to the environment	
	Perceived susceptibility/vulnerability	Feedback on behaviour	
A04	Feedback processes	Adding objects to the environment	
	Intention	Social support (emotional), Problem solving, Discrepancy between current behaviour and goal, Graded task	Ns (gedrag)
A05	Attitudes towards the behaviour	Social support (emotional), Problem solving, Discrepancy between current behaviour and goal	Positieve associatie tussen cognitieve attitude en intentie (b=0.35)
	Beliefs about capabilities	Problem solving, Social support (unspecified)	Ns (intentie en gedrag)
	Behavioural regulation	Problem solving, Social support (unspecified)	
	Attitude towards the behaviour	Information about antecedents	
	Social influences	Information about antecedents	
	Beliefs about capabilities	Information about antecedents	
	Intention	Information about antecedents, Action planning	
	Motivation	Information about antecedents, Action planning, Feedback on behaviour	
	Reinforcement	Action planning, goal setting (behaviour)	
	Knowledge	Feedback on behaviour	
Behavioural regulation	Action planning		
Goals	Action planning		
Skills	Feedback on behaviour		
Social influence	Social support (unspecified)		

<i>Code</i>	<i>Gerapporteerde MoA's*</i>	<i>Gerapporteerde link met BCTs*</i>	<i>Gerapporteerde resultaten</i>
A07	Motivation	Goal setting (behaviour)	
A09	Knowledge	Information about health consequences, Instruction on how to perform the behaviour, Social support (unspecified), Information about antecedents, Goal setting (behaviour)	
A19	Skills	Information about antecedents	
A20	Knowledge	Information about antecedents	
	Skills	Information about antecedents	
A25b*	Knowledge	Information about consequences (health; social and environmental; emotional), Salience of consequences, Instruction on how to perform the behaviour, Monitoring of behaviour by others without feedback, Feedback on outcomes of behaviour, Problem solving, Social support (unspecified), Goal setting (behaviour), Action planning, Commitment	
	Attitude towards the behaviour	Information about consequences (health; social and environmental; emotional), Salience of consequences, Instruction on how to perform the behaviour, Monitoring of behaviour by others without feedback, Feedback on outcomes of behaviour, Problem solving, Social support (unspecified), Goal setting (behaviour), Action planning, Commitment, Demonstration of the behaviour, Behavioural practice/rehearsal,	
	Beliefs about capabilities	Information about consequences (health; social and environmental; emotional), Salience of consequences, Instruction on how to perform the behaviour, Monitoring of behaviour by others without feedback, Feedback on outcomes of behaviour, Problem solving, Social support (unspecified), Goal setting (behaviour), Action planning, Commitment, Demonstration of the behaviour, Behavioural practice/rehearsal,	
	Goals	Information about consequences (health; social and environmental; emotional), Salience of consequences, Instruction on how to perform the behaviour, Monitoring of behaviour by others without feedback, Feedback on outcomes of behaviour, Problem solving, Social support (unspecified), Goal setting (behaviour), Action planning, Commitment, Demonstration of the behaviour, Behavioural practice/rehearsal,	
	Environmental context and resources	Information about health consequences, Salience of consequences, Instruction on how to perform the behaviour, Demonstration of the behaviour, Behavioural practice/rehearsal,	
	Motivation	Feedback on outcomes of behaviour	
	Intention	Instruction on how to perform the behaviour, Demonstration of the behaviour, Behavioural practice/rehearsal,	
	Social Influences	Instruction on how to perform the behaviour, Demonstration of the behaviour, Behavioural practice/rehearsal	
	Subjective norms	Instruction on how to perform the behaviour, Demonstration of the behaviour, Behavioural practice/rehearsal	
	Social learning/Imitation	Instruction on how to perform the behaviour, Demonstration of the behaviour, Behavioural practice/rehearsal	
A26	Intention	Feedback on behaviour, Review Behaviour goals, Information about health consequences, Information about social and environmental influences, Problem solving, Social support (unspecified), Identification of self as a role model, Goal setting (behaviour), Action planning, Prompts/cues, Social comparison	

<i>Code</i>	<i>Gerapporteerde MoA's*</i>	<i>Gerapporteerde link met BCTs*</i>	<i>Gerapporteerde resultaten</i>
A28	Knowledge	Feedback on behaviour, Review Behaviour goals, Information about health consequences, Information about social and environmental influences, Problem solving, Social support (unspecified), Identification of self as a role model, Goal setting (behaviour), Action planning, Prompts/cues, Social comparison	
	Beliefs about consequences	Information about health consequences	
	Motivation	Prompts/cues	
	Feedback processes	Feedback on (outcomes of) behaviour, Social support (unspecified)	
A29	Beliefs about consequences	Self-monitoring of (outcomes of) behaviour	
	Beliefs about capabilities	Self-monitoring of (outcomes of) behaviour, Goal setting (behaviour/outcome) , Action planning	
A30	Social influences	Social support (emotional)	
A31	Attitude towards the behaviour	Instruction on how to perform the behaviour, Information about antecedents, Information about health consequences	
	Intention	Feedback on behaviour, Problem solving, Social support (unspecified)	
	Beliefs about capabilities	Identification of self as a role model, Goal setting, Review behaviour goal(s), Problem solving, Social support (unspecified)	
A34	Motivation	Feedback on outcome of behaviour	
	Beliefs about capabilities	Problem solving	
A37	Behavioural regulation	Adding objects to the environment	
	Motivation	Social support (practical)	
A38	Behavioural regulation	Goal setting (behaviour), Action planning	
	Beliefs about capabilities	Problem solving	
A40	Perceived susceptibility/vulnerability	Feedback on outcome(s) of behaviour, Information about health consequences, Monitoring of emotional consequences	Mediatie van interventie effect op abstinentie gedrag (OR = 1.76)
	General attitude/beliefs	Feedback on outcome(s) of behaviour, Information about health consequences, Monitoring of emotional consequences	Mediatie van interventie effect op abstinentie gedrag (OR = 0.42)
A40	Motivation	Information about antecedents, Feedback on behaviour, Problem solving	
	Beliefs about capabilities	Information about antecedents, Feedback on behaviour, Problem solving	
	Social/professional role and identity	Information about antecedents, Framing/reframing	
	Self-image	Framing/reframing	

*MoAs en BCTs zijn gerapporteerd zoals beschreven in de desbetreffende bron; Ns= niet significant

TABEL 7. GERAPPORTEERDE EN GETESTE WERKINGSMECHANISMEN TRAININGEN VOOR ZORGVERLENERS (TRACK B)

Code	Gerapporteerde MoA's*	Gerapporteerde link met BCTs*	Gerapporteerde resultaten
B01	Knowledge	Feedback on behaviour; Information about antecedents; Adding objects to the environment; Instruction on how to perform the behaviour; Social support(practical); Social support (unspecified)	
	Skills	Feedback on behaviour; Information about antecedents; Adding objects to the environment	
	Behavioural regulation feedback processes	Instruction on how to perform the behaviour	
	Attitude towards the behaviour	Adding objects to the environment	
	Social influences	Instruction on how to perform the behaviour	
B02	Skills	Restructuring the social environment Action planning; Prompts/cues; Feedback on behaviour; Demonstration of the behaviour; Behaviour practice/rehearsal; Social comparison	
	Knowledge	Action planning; Prompts/cues; Feedback on behaviour; Demonstration of the behaviour; Behaviour practice/rehearsal; Social comparison	
B03	Beliefs about capabilities	Information about social and environmental consequences (unspecified); Social support (emotional); Information about antecedents; Action planning; Adding objects to the environment; Feedback on behaviour	Significant verschil tussen IG en CG post-interventie
	Intention	Information about social and environmental consequences (unspecified); Social support (emotional); Information about antecedents; Action planning; Adding objects to the environment; Feedback on behaviour	Significant verschil tussen IG en CG post-interventie
	Attitude towards the behaviour	Information about social and environmental consequences (unspecified); Social support (emotional); Information about antecedents; Action planning; Adding objects to the environment; Feedback on behaviour	Ns
B04	Knowledge	Instruction on how to perform the behaviour; Feedback on behaviour; Behaviour cost	
	Motivation	Instruction on how to perform the behaviour; Feedback on behaviour	
	Emotion	Feedback on behaviour	
	Memory	Adding objects to the environment	
	Attention and Decision Processes	Adding objects to the environment	
B05	Social influences	Adding objects to the environment	
	Knowledge	Feedback on behaviour	
B06	Skills	Feedback on behaviour	Ns
	Intention	Feedback on behaviour; Information about antecedents; Action planning ; instruction on how to perform the behaviour; Framing-reframing; Problem solving	Ns
	Social influences	Feedback on behaviour; Information about antecedents; Action planning; instruction on how to perform the behaviour; Framing-reframing	Moderator van interventie effect op gedrag

Code	Gerapporteerde MoA's*	Gerapporteerde link met BCTs*	Gerapporteerde resultaten
	Subjective norms	Feedback on behaviour; Information about antecedents; Action planning; instruction on how to perform the behaviour; Framing-reframing	Moderator van interventie effect op gedrag
	Social learning/imitation	Feedback on behaviour; Information about antecedents; Action planning; instruction on how to perform the behaviour; Framing-reframing	Moderator van interventie effect op gedrag
	Beliefs about capabilities	Feedback on behaviour; Information about antecedents; Action planning; instruction on how to perform the behaviour; Framing-reframing	Moderator van interventie effect op gedrag
	Skills	Information about antecedents; Framing-reframing	
	Attitude towards the behaviour	Pros and cons ; Feedback on behaviour; Information about antecedents ; Action planning; instruction on how to perform the behaviour; Framing-reframing	Moderator van interventie effect op gedrag
	Knowledge	Feedback on behaviour ; Information about antecedents; Action planning; instruction on how to perform the behaviour; Framing-reframing	Ns
B11	Behavioural cueing	Monitoring of behaviour by others without feedback	Positieve associatie met gedrag

*MoAs en BCTs zijn gerapporteerd zoals beschreven in de desbetreffende bron; Ns= niet significant

TABEL 8. INTERVENTIE BESCHRIJVING EN UITVOERINGSPECIFIEKE WERKZAME ELEMENTEN STOPPEN MET ROKEN INTERVENTIES (TRACK A)

Code interventie	Interventie beschrijving	Adherence	Dose	Quality of Delivery	Acceptance
A01	<p>1) Een geautomatiseerde hart- en vaat risicoprofiel werd gemaakt als leidraad voor de medicatie behandeling en de leefstijl interventies;</p> <p>2) Huisartsen evalueerden en (indien nodig) optimaliseerden de behandeling in lijn met de NHG-handleiding;</p> <p>3) Patiënten werden uitgenodigd voor een bezoek aan de gezondheidsconselor voor een consult over gezonde leefstijl veranderingen en het naleven van het medicatie regiment;</p> <p>4) Telefonische booster sessie;</p> <p>5) Verwijzen naar andere gezondheid ondersteunende activiteiten.</p>	<p>1) Problemen met automatisering;</p> <p>2) Dit leidde tot vermindering van het gebruik van de risicoprofielen in de praktijk;</p> <p>3) De gezondheidsconselors rapporteerde dat 57% van de risicoprofielen besproken werden met de patiënt, door zowel hunzelf en de huisarts. In 15% van de gevallen was roken was tenminste 1 keer de focus van de sessie. In 6% van de patiënten waren geen van de topics besproken;</p> <p>4) De telefoon booster sessie duurde gemiddeld 10 minuten en werd gedaan bij 13% van de patiënten;</p> <p>5) 9% van de patiënten werden door verwezen naar andere gezondheid ondersteunende activiteiten.</p>	<p>Gemiddeld namen de patiënten deel aan 2.31 counseling sessies (range 1–9; $SD=1.38$), deze duurde in totaal gemiddeld 83 minuten (range 20–220; $SD=39.9$) over een gemiddelde periode van 53 dagen (range 1–322; $SD=59.1$).</p>	<p>Drie onafhankelijke experts evalueerde de applicatie van het counseling model in 64 video opnames van de counseling sessies en scoorde de kwaliteit van de sessies met een 2.85/4 gemiddeld (attitude: 3.15; skills: 2.85; exploratie van gedragsverandering: 2.79; interventie strategieën: 2.66; regulatie skills: 2.65)</p>	<p>Positief: patiënten gaven een gemiddelde score van 8.2/10 en zouden de interventie aan andere adviseren. Ze vonden dat het van toegepaste waarde was op de normale zorg. Patiënten scoorde de interview skills, geschiktheid van de aanbevelingen, counseling attitude en de eerbiedigheid van de counselor hoog, gevolgd door empathie en professionele attitude.</p> <p>Negatief: patiënten zouden niet nog eens de interventie willen volgen. De huisartsen hadden vaak geen tijd om de risicoprofielen te bespreken en sommige waren niet geïnteresseerd.</p>
A02	<p>3 jaar logistisch ondersteuningsinterventie welke meer aanbied dan alleen praktische hulp.</p> <p>1) Elke 3 maanden worden patiënten opgeroepen voor een bloedtest en jaarlijks voor een bloedtest plus bloeddruk, fundus foto en een voet onderzoek;</p> <p>2) Het laboratorium biedt het testen centraal aan, maar decentraliseert ook (huisartspraktijken, gezondheidscentra etc.);</p> <p>3) De test resultaten worden elektronisch verstuurd naar de</p>	<p>Niet gerapporteerd</p>	<p>Niet gerapporteerd</p>	<p>Niet gerapporteerd</p>	<p>Niet gerapporteerd</p>

Code interventie	Interventie beschrijving	Adherence	Dose	Quality of Delivery	Acceptance
A03	<p>huisartspraktijk. De huisarts is verantwoordelijk voor het evalueren van de resultaten en het aanpassen van de patiëntenzorg;</p> <p>4) De praktijk ondersteuner biedt additionele steun tijdens de checks. Zij gebruiken de resultaten om risico factoren met de patiënt te consulteren en motiveert ze om aanpassingen te maken in hun leefstijl.</p> <p>1) Strategieën werden aangeleerd tijdens twee 20-min face-to-face consultaties, waarin patiënten tijd kregen om te reflecteren; Een extra 10-min telefoon consultatie volgde (kon ook face-to-face).</p>	Niet gerapporteerd	Niet gerapporteerd	Niet gerapporteerd	Niet gerapporteerd
A04	<p>Deze leefstijl interventie (12 maanden) combineert motiverende gespreksvoering en een probleem oplossingsbehandeling gegeven door getrainde praktijkondersteuners en bestaat uit:</p> <p>1) 6 face-to-face 30-minuten counseling sessies, initieel elke week, maar na een aantal om de 2à3 weken;</p> <p>2) Telefonische booster sessies om de 3 maanden, welke dienen als herinnering en versterken wat geleerd is tijdens de sessies (inclusief feedback).</p>	86.2% compleet de 6 maanden follow-up en 80,7% complete de 12 maanden follow-up.	Een mediaan van 2 sessies werd bijgewoond	Niet gerapporteerd	Niet gerapporteerd
A05	<p>Een op maat gemaakt computerprogramma welke 4 keer gepersonaliseerde feedback berichten verstuurd in 1 jaar tijd. Een extra interventie groep krijgt 1 counseling sessie en 1 telefoon gesprek van de praktijkondersteuner</p>	Niet gerapporteerd	Niet gerapporteerd	Niet gerapporteerd	Niet gerapporteerd

Code interventie	Interventie beschrijving	Adherence	Dose	Quality of Delivery	Acceptance
A06	<p>in het midden van de interventie i.p.v. de laatste 2 gepersonaliseerde feedback berichten.</p> <p>Een op maat gemaakt computerprogramma welke berichten verstuurd over condoom, alcohol en drugs gebruik, veilig vrijen, roken en mentale gezondheid. Studenten met een verhoogd risico op mentale problemen kregen 1 extra counseling sessie van de schoolverpleger.</p>	Niet gerapporteerd	Niet gerapporteerd	Niet gerapporteerd	Het programma werd als positief ervaren door de jongeren en de verplegers.
A07	<p>Een beslissingshulpmiddel (aid) voor vervolgbehandeling werd verstuurd naar de diabetespatiënt voor een reguliere check-up, de huisarts had inzicht in de aid tijdens de check-up.</p>	<p>Patiënt rapport: 88% patiënten kreeg de aid voor de consultatie; 7/8 sessies de aid was gebruikt na de sessie;</p> <p>Huisarts rapport: 99.6% patiënten kregen de aid voor de consultatie; risico's waren besproken met bijna alle patiënten en >67% van de sessies</p> <p>Werd de patiënt betrokken bij het beslissen over de behandeling.</p>	<p>Patiënt rapport: 46% patiënten kreeg de totale dose; meer support van de praktijkondersteuners bij patiënten met de online vs de hardcopy.</p> <p>Huisarts rapport: extra sessies werd ingepland in 9% van de gevallen.</p>	Niet gerapporteerd	<p>Negatief patiënt rapport: 4.5% patiënten had moeite met begrijpen van de informatie gegeven in de aid.</p> <p>Neutraal patiënt rapport: ±30% had een voorkeur voor de hardcopy over de online aid, andere hadden geen voorkeur.</p> <p>Positief huisarts rapport: 32 van de 75 aantekeningen gemaakt waren over de positieve ervaringen van de patiënten met de aid (bruikbaar, duidelijk, geruststellend of motiverend). 10 aantekeningen over patiënten die door de aid hun levensstijl hadden verbeterd en 4 die gemotiveerd werden door de aid om te stoppen met een medicijn.</p> <p>Negatief huisarts rapport: Bezorgd/onwillig (13), geïrriteerd (7), onnodige</p>

Code interventie	Interventie beschrijving	Adherence	Dose	Quality of Delivery	Acceptance
A08*	2 dagen training waarbij essentiële elementen van effectieve COPD zorg en zelfmanagement werd overgedragen. Teams werden gestimuleerd om hun eigen reformatie en implementatie plannen te schrijven. Twee opfriscursussen na 6 en 12mdn en toegang tot een onlinesysteem (Zorgdraad) werd aangeboden.	Niet gerapporteerd	Niet gerapporteerd	Niet gerapporteerd	informatie (8), niet motiverend (8), praktische bedenkingen (5) en problemen met de pre-questionnaires (6). Niet gerapporteerd
A09-24	1) Huisartsen scholen chronisch zieke patiënten, bieden leefstijlprogramma's aan en stimuleren de zelfredzaamheid; 2) Huisartsen herontwerpen het zorgproces; 3) Huisartsen maken gebruik van middelen voor besliskundige ondersteuning, zoals zorgstandaarden en klinische richtlijnen;	Niet gerapporteerd	Niet gerapporteerd	Niet gerapporteerd	Niet gerapporteerd
A33 en A35	4) Huisartsen implementeren informatiesystemen om de communicatie en wederzijdse coördinatie tussen professionals te verbeteren en communicatie tussen patiënten en professionals te ondersteunen. Uiteindelijk leidt deze benadering tot betere besluitvorming, met feedback gebaseerd op beschikbare informatie, alsmede betere bewaking van de effectiviteit van de zorg voor individuele patiënten;				

Code interventie	Interventie beschrijving	Adherence	Dose	Quality of Delivery	Acceptance
A25ab	<p>5) Deze vier dimensies van chronische zorg zijn ingebed in de bredere context van het gezondheidszorgstelsel en de lokale gemeenschap</p> <p>De V-Mis bestaat uit 7 stappen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) De verloskundige categoriseert het rookgedrag van de vrouw en haar partner; 2) De verloskundige probeert de motivatie om te stoppen met roken te verhogen; 3) De verloskundige en de vrouw bespreken barrières en mobiliseert sociale support; 4) Wanneer de vrouw gemotiveerd is om te stoppen zetten ze een stopdatum; 5) De verloskundige bespreekt extra zelfhulp materialen en geeft deze aan de vrouw; 6) Nazorg wordt verleend indien nodig; 7) De verloskundige geeft extra steun na de bevalling om terugval te voorkomen. <p>V-MIS 2015: Checken van de bovengenoemde stappen</p> <p>V-MIS 2006: Verloskundigen praatte twee keer met de cliënt over roken (± 3 en ± 8mdn zwanger). Een korte handleiding werd gegeven en een interventiekaart met de zeven stappen aan de verloskundige. De</p>	<p>V-MIS 2015: Met 42% van de vrouwen startte de verloskundigen de stappen, bij 24% van vrouwen kwamen de verloskundige tot en met stap 4 en elke volgende stap werd met steeds minder vrouwen gedaan, meer dan 50% van de praktijken deden stap 7 niet met de vrouwen (stap 7 werd met een mediaan van 0% gedaan).</p> <p>V-Mis 2006: Video door 96% ontvangen (86% gekeken), zelfhulp gids door 91% (82% gedeelte gelezen) en partner handleiding door 76.2% gegeven aan partner (84.4% gelezen).</p>	Niet gerapporteerd	Niet gerapporteerd	<p>V-MIS 2006: Positief: In het algemeen werden de materialen gezien als geloofwaardig, begrijpelijk, interessant en aantrekkelijk.</p> <p>Negatief: De zelfhulp gids werd als te lang beschouwd.</p>

Code interventie	Interventie beschrijving	Adherence	Dose	Quality of Delivery	Acceptance
	vrouwen ontvingen een video, een zelfhulp handleiding en een folder voor de partner over niet roken en de rol van de verloskundige.				
A26	Een onlineapplicatie die gebruikt kon worden als gewenst voor 6mdn. Patiënten werden gevraagd om elke 3mdn een risico evaluatie in te vullen en konden aan de hand van de feedback een categorie kiezen om de komende 3mdn aan te werken in de vorm van volgen van modules. De categorieën waren stoppen met roken, lichaamsbeweging of volgen van een medicatie regiment. Herinneringen om in te loggen werden gestuurd via email.	36% gebruikte tenminste 1 module van de applicatie (module 1:78.8%; module 2: 12%, module 3: 5%, module 4: 4.1%). Het gemiddelde aantal componenten gebruikt was 2.1 (<i>SD</i> =2.4, range 1–21). Het rook gerelateerde module werd door 21.2% rokers en 1.7% niet rokers gedaan.	Mediaan-gebruik van de applicatie was 4x (1-7). Gebruik was het hoogst in de 1 ^e mnd (20x door 11 patiënten); Daarna verminderde het gebruik naar 0–4x/mnd. Stoppen met roken module was in totaal 2x gebruikt. Mediaan-tijd per sessie was 16min (3-95).	Niet gerapporteerd	Positief: Behulpzaam bij moeilijke tijden tijdens het stoppen met roken (2) en bij het herinneren van gedragsverandering (2). Tailoring was adequate (3/6), aanraden aan anderen en waardeerde de uitprint mogelijkheid (6/6). Questionnaires waren duidelijk (3/6) Negatief: Feedback niet toepasbaar (3), herinneringen niet nodig (2), questionnaires te lang (1), geen nieuwe informatie in modules (4/6), informatie niet relevant (1). Redenen voor stoppen met gebruiken: te weinig variatie, tijdsgebrek of praktische moeilijkheden. Niet gerapporteerd
A27	1) Negen standaard telefoonsessies aangeboden in Nederlandse en Turkse taal; 2) Timing van de stopdatum op de 4 ^e sessie (het is toegestaan om de interventie te blijven volgen, ook al is men niet gestopt op de 4 ^e sessie); 3) Stoppen met roken medicatie wordt besproken in de eerste sessies en aangeboden wanneer patiënten deze wensen te gebruiken.	Niet gerapporteerd	Gemiddeld 2.9 sessies: 1 ^e sessie duurde gemiddeld 30min, andere 15min.	Niet gerapporteerd	Niet gerapporteerd

Code interventie	Interventie beschrijving	Adherence	Dose	Quality of Delivery	Acceptance
A28	<p>1) De zelfmanagement screening vragenlijst bevat 27 items verdeeld over de relevante aspecten van zelfmanagement (ziektelast, controle, zelfdoeltreffendheid, sociale support, coping-stijl, angst, depressie en (computer, groep- en zelfzorg) vaardigheden.</p> <p>2) De zorgaanbieder krijgt een handleiding gebaseerd op de vragenlijst om mogelijke barrières te bespreken en zelfmanagement te stimuleren;</p> <p>3) De zorgaanbieder verwijst door naar andere programma's zoals Groep cursussen (bijv. 'Beyond good intentions', stoppen met roken en een sport project), of online programma's (bijv. Diabetes Interactive Education Program (DIEP), Internet beslissings-aid voor stoppen met roken; formatieve websites over astma en COPD van de Nederlandse Long Stichting, een sport website (30minutenbewegen.nl), en een zelfmonitoring patiënten portaal met digitaal coaching opties met een focus op sporten, dieet en stoppen met roken).</p>	46% van de patiënten rapporteerde dat SeMaS was besproken, 32% zeiden van niet.	IG (29.4%) vs CG (15.2%) uitvoerde de klinische zelf-monitoring, $p=.011$. Het aantal aangeboden individuele zorgplannen of zelfmanagement interventies waren gelijk.	Niet gerapporteerd	Niet gerapporteerd
A29	<p>1) Een geautomatiseerde hart- en vaat risicoprofiel werd gemaakt als leidraad voor de medicatie behandeling en de leefstijl interventies;</p> <p>2) Huisartsen evalueerden en (indien nodig) optimaliseerden de behandeling in lijn met de NHG-handleiding;</p>	<p>1) Problemen met automatisering;</p> <p>2) Dit leidde tot vermindering van het gebruik van de risicoprofielen in de praktijk;</p> <p>3) De gezondheids counselors rapporteerde dat 57% van de risicoprofielen besproken werden met de patiënt, door zowel hunzelf en de huisarts.</p>	Gemiddeld namen de patiënten deel aan 2.31 counseling sessies (range 1–9; $SD=1.38$), deze duurde in totaal gemiddeld 83 minuten (range 20–220; $SD=39.9$) over een gemiddelde periode van 53 dagen (range 1–322; $SD=59.1$).	Drie onafhankelijke experts evalueerde de applicatie van het counseling model in 64 video opnames van de counseling sessies en scoorde de kwaliteit van de sessies met een 2.85/4 gemiddeld (attitude: 3.15; skills: 2.85; exploratie van gedragsverandering: 2.79;	Positief: patiënten gaven een gemiddelde score van 8.2/10 en zouden de interventie aan andere adviseren. Ze vonden dat het van toegepaste waarde was op de normale zorg. Patiënten scoorde de interview skills, geschiktheid van de aanbevelingen,

Code interventie	Interventie beschrijving	Adherence	Dose	Quality of Delivery	Acceptance
	<p>3) Patiënten werden uitgenodigd voor een bezoek aan de gezondheidsconselor voor een consult over gezonde leefstijl veranderingen en het naleven van het medicatie regiment;</p> <p>4) Telefonische booster sessie; Verwijzen naar andere gezondheid ondersteunende activiteiten.</p>	<p>In 15% van de gevallen was roken was tenminste 1 keer de focus van de sessie. In 6% van de patiënten waren geen van de topics besproken;</p> <p>4) De telefoon booster sessie duurde gemiddeld 10 minuten en werd gedaan bij 13% van de patiënten;</p> <p>9% van de patiënten warden door verwezen naar andere gezondheid ondersteunende activiteiten.</p>		<p>interventie strategieën: 2.66; regulatie skills: 2.65)</p>	<p>counseling attitude en de eerbiedigheid van de counselor hoog, gevolgd door empathie en professionele attitude.</p> <p>Negatief: patiënten zouden niet nog eens de interventie willen volgen. De huisartsen hadden vaak geen tijd om de risicoprofielen te bespreken en sommige waren niet geïnteresseerd.</p>
A30	<p>3) Strategieën werden aangeleerd tijdens twee 20-min face-to-face consultaties, waarin patiënten tijd kregen om te reflecteren;</p> <p>Een extra 10-min telefoon consultatie volgde (kon ook face-to-face).</p>	Niet gerapporteerd	Niet gerapporteerd	Niet gerapporteerd	Niet gerapporteerd
A31	<p>Korte interventies werden aangeboden welke ±10min duurde per patiënt, inclusief opvolging. Taken waren verdeeld tussen de huisarts en de praktijkondersteuner, waarbij de ondersteuner de intake en administratie procedure verhandelde (inclusief het geschreven materiaal overhandigde aan de patiënt) en de huisarts de gedragscounseling gaf.</p>	<p>65.5% patiënten zette een stopdatum tijdens de interventie, 9.4% gebruikte, 13.8% gebruikte nazorg. Het is geschat dat 28% van de Nederlandse huisartsen het programma routinematig gebruiken.</p>	Niet gerapporteerd	Niet gerapporteerd	Niet gerapporteerd
A32	<p>Een geautomatiseerd stoppen met roken programma bestond uit een database gevuld met vele feedback berichten. Beslisregels zorgde ervoor dat alleen gepersonaliseerde berichten gekozen werden welke samen in een brief gezet werden. Deze beslisregels waren gebaseerd op een vragenlijst die patiënten (gerekruteerd door apothekers of huisartsen) vooraf ingevuld hadden.</p>	<p>6% en 25% (apotheek-groep) vs 8% en 19% (huisarts-groep) herinnerde niet het verkrijgen van een gepersonaliseerde brief en was niet gecontacteerd voor een telefoon gesprek, respectievelijk.</p>	Niet gerapporteerd	Niet gerapporteerd	Niet gerapporteerd

Code interventie	Interventie beschrijving	Adherence	Dose	Quality of Delivery	Acceptance
A34	<p>De feedback brief (5-7 pagina's) die patiënten terug kregen bestond daarom uit alleen relevante informatie.</p> <p>3 jaar logistisch ondersteuningsinterventie welke meer aanbied dan alleen praktische hulp.</p> <p>5) Elke 3 maanden worden patiënten opgeroepen voor een bloedtest en jaarlijks voor een bloedtest plus bloeddruk, fundus foto en een voet onderzoek;</p> <p>6) Het laboratorium biedt het testen centraal aan, maar decentraliseert ook (huisartspraktijken, gezondheidscentra etc.);</p> <p>7) De test resultaten worden elektronisch verstuurd naar de huisartspraktijk. De huisarts is verantwoordelijk voor het evalueren van de resultaten en het aanpassen van de patiëntenzorg;</p> <p>De praktijk ondersteuner biedt additionele steun tijdens de checks. Zij gebruiken de resultaten om risico factoren met de patiënt te consulteren en motiveert ze om aanpassingen te maken in hun leefstijl.</p>	Niet gerapporteerd	Niet gerapporteerd	Niet gerapporteerd	Niet gerapporteerd
A36	<p>Een op maat gemaakt computerprogramma welke 4 keer gepersonaliseerde feedback berichten verstuurd in 1 jaar tijd. Een extra interventie groep krijgt 1 counseling sessie en 1 telefoongesprek van de praktijkondersteuner in het midden van de interventie i.p.v. de laatste 2</p>	Niet gerapporteerd	Niet gerapporteerd	Niet gerapporteerd	Niet gerapporteerd

Code interventie	Interventie beschrijving	Adherence	Dose	Quality of Delivery	Acceptance
A37	<p>gepersonaliseerde feedback berichten.</p> <p>Een uitgebreide versie van de MIS (zie A25) en met name bedoeld om de educatie en support te verhogen bij patiënten bij de huisarts.</p> <p>1) Patiënten werden uitgenodigd voor een controle bezoek, het 1^e bezoek lag de focus op symptomen, rookgedrag en motivatie om te stoppen;</p> <p>2) Patiënten werden in 3 categorieën geplaatst: voorbereiders (willen stoppen in 1mdn), beschouwers (willen stoppen binnen 6mdn) of voorbeschouwers (niet gewild om te stoppen);</p> <p>3) Iedereen kreeg een COPD-informatie boekje en video. Voorbeschouwers kregen extra motivatie verhogende informatie, patiënten in de andere 2 categorieën kregen zelfdoeltreffende informatie, manieren voor om te gaan met barrières en waar nodig informatie over NRT (en werden weer uitgenodigd om te komen binnen 2wk);</p> <p>In de 2^e sessie werd een stop datum gezet samen met de beschouwers, dit werd opgevolgd door een proactieve telefoon sessie door de praktijkondersteuner, maximaal 2x opgevolgd.</p>	Niet gerapporteerd	Niet gerapporteerd	Niet gerapporteerd	Niet gerapporteerd
A38	In totaal werden 4 sessies aangeboden (dag 1+8+15+22: face-to-face counseling van 40min). In de eerste werd een confrontatie	Opkomst was 95% in IG vs 92% in CG, <i>ns</i>	68% volgde de oproep en bezocht de huisarts (mediaan: 2 consultaties, 1-5; mediaan-tijd: 10min, 5-	Niet gerapporteerd	Niet gerapporteerd

Code interventie	Interventie beschrijving	Adherence	Dose	Quality of Delivery	Acceptance
A39	<p>counseling sessie verricht waarbij een Spirometrie test aan het begin werd afgenomen om angst aan te jagen (slechte longfunctie) en daarna een oplossing aan te bieden (stoppen met roken). Op dag 14 werd een telefoon counseling sessie gehouden (5min). Stoppen met roken medicatie (nortriptyline) werd extra gegeven. Deze leefstijl interventie (12 maanden) combineert motiverende gespreksvoering en een probleem oplossingsbehandeling gegeven door getrainde praktijkondersteuners en bestaat uit:</p> <p>3) 6 face-to-face 30-minuten counseling sessies, initieel elke week, maar na een aantal om de 2à3 weken;</p> <p>Telefonische booster sessies om de 3 maanden, welke dienen als herinnering en versterken wat geleerd is tijdens de sessies (inclusief feedback).</p>	86.2% complete de 6 maanden follow-up en 80,7% complete de 12 maanden follow-up.	45), 6% deed dit niet (onbekend bij de rest). Een mediaan van 2 sessies werd bijgewoond. .	Niet gerapporteerd	Niet gerapporteerd
A40	<p>1) Een op maat gemaakt computerprogramma welke berichten verstuurd over condoom, alcohol en drugs gebruik, veilig vrijen, roken en mentale gezondheid. Studenten met een verhoogd risico op mentale problemen kregen 1 extra counseling sessie van de schoolverpleegkundige.</p>	Niet gerapporteerd	Niet gerapporteerd	Niet gerapporteerd	Het programma werd als positief ervaren door de jongeren en de verpleegkundigen.

TABEL 9. INTERVENTIE BESCHRIJVING EN UITVOERINGSPECIFIEKE WERKZAME ELEMENTEN TRAININGEN VOOR ZORGVERLENERS (TRACK B)

Code	Interventie beschrijving	Adherence	Dose	Quality of Delivery	Acceptance
B01	<p>1) Praktijk ondersteuners krijgen een training en feedback op hun motiverende gespreksvoering technieken;</p> <p>2) Ze krijgen toegang tot een online lesprogramma over risicomangement van hart- en vaatziekten;</p> <p>3) Ze worden geadviseerd om te screenen voor de aanwezigheid en ernst van depressieve symptomen in patiënten en om bepaalde E-Health opties, zoals geselecteerde websites en Twitter consultaties, te gebruiken in patiënten met depressie;</p> <p>4) Praktijk ondersteuners worden geadviseerd om patiënten met een milde depressie door te verwijzen naar een sportgroep en met een zware depressie naar een psycholoog voordat met begint met de hart- en vaatziekte management.</p>	Telefonisch contact tussen 3 huisartsen en email correspondentie met 3 andere praktijken.	Gemiddeld tijd geïnvesteerd in interventie was 2.5 uur.	Niet gerapporteerd	<p>Positief: Meeste huisartsen vonden alle elementen programma positief. 14/15 praktijken hadden een positief oordeel voor de schriftelijke materiaal en praktijksessies 13 huisartsen zullen deelname aan het projecten bij collega's aanraden. 5 huisartsen in de groep met 1 afspraak vond de steun voldoende.</p> <p>Negatief: 4 huisartsen in de groep met 1 afspraak vonden de steun onvoldoende. Training motiverende gespreksvoering voor POH's: 94.1% vond het nuttig; E-learning module over hart- en vaatrisico voor POH: 64.7 % vond het nuttig; mogelijkheid voor screening tool depressie: 17.6 % vond het nuttig; Steun POH's om E-health applicaties te gebruiken voor patiënten zonder depressie: 11.8% vond het nuttig; Verstrekking van kaarten: 41.2% vond het nuttig; Twitter consultaties voor patiënten: 0% vond het nuttig; Steun voor POH's om zwaar depressieve patiënten door te verwijzen: 11.8% vond dit nuttig.</p>
B02	<p>De gecombineerde implementatiestrategie bestond uit:</p> <p>1) Een centrale, 4u durende training op de roken-mondgezondheid relatie, verslavingsgedrag en gedragsverandering voor alle tandheelkundige zorgverleners;</p> <p>2) Een minimale en optimale versie van een protocol (met voorbeelden) voor de advisering en ondersteuning gebaseerd op het principe van korte ondersteunende interventies en op verschillende motivatie stages van gedragsverandering.</p> <p>a. Minimale versie: Ask-Advise-Assess en Refer;</p>	Niet gerapporteerd	<p>5 praktijken kozen optimale protocol (gemiddeld 7min langer dan de gebruikelijke consultatie) en</p> <p>7 praktijken kozen het minimale protocol (gemiddeld 6.6min langer dan de gebruikelijke consultatie).</p>	Niet gerapporteerd	<p>Positief rapport patiënten: De centrale training heeft een waarderingsnorm van 7.6 ($SD=0.6$). De rollenspelen werden positief ontvangen: 77% scoorde het oordeel goed en bij 22% redelijk. De patiënten folder werd met cijfer 8.2 gewaardeerd ($SD=0.8$). De keuzemogelijkheid tussen een optimaal en een minimaal protocol werd gewaardeerd: 84% vond dit (zeer) prettig. De meerderheid (57%) maakte gebruik van de voorbeeldzinnen.</p> <p>Positief rapport tandartsen: Het protocol zelf werd beoordeeld met een 7.5 ($SD=1.0$). 89% van tandheelkundige zorgverleners</p>

Code	Interventie beschrijving	Adherence	Dose	Quality of Delivery	Acceptance
	<p>b. Optimale versie: Ask-Advise-Assess-Refer en Assist;</p> <p>3) Voorlichtingsmateriaal voor patiënten;</p> <p>4) Stimulering van het geven van stopadvies d.m.v. monitoring en feedback van procesgegevens (rapport).</p>				<p>vinden het implementeerbaar. 84% vond de folder (heel) geloofwaardig en 90% vond de informatie (zeer) gemakkelijk te lezen. De folder scoorde een 7.1 ($SD=1.0$). 58% van rokende patiënten hebben dit als (zeer) positief ervaren. Een telefonisch consult door een tandheelkundig zorgverlener zou 23% van de patiënten als (zeer) prettig ervaren.</p> <p>Negatief rapport patiënten: de advisering van het optimale protocol nam te veel tijd in beslag. Over het algemeen vond ruim de helft van patiënten dat een consult langer mag duren.</p> <p>Neutraal rapport patiënten: Meerderheid van de patiënten staan positief tegenover een actieve rol van de tandarts bij een SMR-advies. 15% van de patiënten zou het (zeer) prettig vinden om een stopdatum vast te leggen met een tandheelkundig zorgverlener; 3% ervoer dit als (zeer) vervelend.</p>
B03	<p>Een eenmalige korte 1uur durende training voor de huisarts waarbij: de huidige kennis en skills gerelateerd SCC werden geïnventariseerd; informatie werd gegeven over de effectiviteit van SCC; de motivatie om SCC toe te passen werd geïdentificeerd en indien nodig verhoogd; instructies werden gegeven over kennis en skills gerelateerd aan SCC. De training eindigde met een gepersonaliseerde implementatie doel en actieplan. Huisartsen kregen een toolkit mee met daarin een SCC-flowchart, een samenvatting over farmacologische support en folders voor de patiënt.</p>	Niet gerapporteerd	Niet gerapporteerd	Niet gerapporteerd	Alle POH's waren tevreden met de feedback die ze gekregen hadden.

Code	Interventie beschrijving	Adherence	Dose	Quality of Delivery	Acceptance
B04	<p>1) Een deadline was aangekondigd waarbij alle praktijken aan de professionele counsel normen (V-MIS) moeten voldoen;</p> <p>2) Een aantal random geselecteerde praktijken waren getest met een vragenlijst en kregen een persoonlijk feedback rapport;</p> <p>3) Een andere aantal random geselecteerde praktijken waren getest door een bezoek en kregen een feedback rapport;</p> <p>4) Wanneer een praktijk onder de norm presteerde kon deze gesloten worden.</p>	Niet gerapporteerd	Niet gerapporteerd	Niet gerapporteerd	Niet gerapporteerd
B05	<p>POH-patiënt consultaties werden opgenomen op video op 2 momenten met een interval van 3-6 maanden. POH's kregen twee video's toegestuurd om te bekijken (1 goede en 1 minder goede consultatie) en zichzelf te beoordelen. Daarna kregen ze feedback op hun communicatietechnieken (bijv. motiverende gespreksvoering skills) en klinische competenties (bijv. navolgen van handleidingen) in een 1 uur face-to-face meeting.</p>	Niet gerapporteerd	Niet gerapporteerd	Niet gerapporteerd	Niet gerapporteerd
B06	<p>Een online interventie, waarbij een website de volgende informatie verstrekte:</p> <p>1) Een brief (uitgebreide en korte versie beschikbaar) met feedback op gedrag gerelateerd aan het opvolgen van rookrichtlijnen (gebaseerd op de ingevulde vragenlijst) en een advies: welke modules kan de participant het beste volgen.</p> <p>2) De uitgebreide versie adresseert 8 topics gerelateerd aan het gebruiken van een stoppen met roken handleiding (navolgen van, kennis over, vermeende nadelen en voordelen van het gebruik, vermeende sociale invloeden, vermeende zelfdoeltreffendheid, actie en coping</p>	<p>Gebruik van E-learning programma was relatief laag (38.8%)</p>	<p>E-learning Module Advies op Maat: 1.8 afgeronde onderdelen ($SD=2.7$), 78 POH-gebruikers (53.1%);</p> <p>E-learning Module Counseling Informatie: 1.4 afgeronde onderdelen ($SD=4.7$), 39 POH-gebruikers (26.5%);</p> <p>E-learning Module Online Forum: 4.7 aantal gelezen berichten ($SD=9.1$), 60 POH-gebruikers (40.8%); 0.1 aantal gedeelde berichten: ($SD=0.4$), 12 POH-gebruikers (8.2%); 0.3 aantal</p>	Niet gerapporteerd	Niet gerapporteerd

Code	Interventie beschrijving	Adherence	Dose	Quality of Delivery	Acceptance
	plannen) en kunnen gelezen worden wanneer wenselijk; 3) Aangepaste gepersonaliseerd advies wordt gegeven wanneer het gedrag veranderd is van de gebruiker; 4) Achtergrondinformatie over stoppen met roken en Nederlandse regels, wetten en verzekeringskwesties en wetenschappelijke basis voor het gebruik van de stoppen met roken handleiding; 5) Algemene informatie, online forum, FAQ-sectie en een counseling checklist		responsen ($SD=0.8$), 19 POH-gebruikers (12.9%)		
B07	Een combinatie van congressen, uitdelen van handleidingen en support van een trainer tijdens een bezoek aan de praktijk om te helpen bij het uitvoeren van een stapsgewijs protocol.	Niet gerapporteerd	Niet gerapporteerd	Niet gerapporteerd	Negatief: 35% van artsen rapporteerden tijdgebonden limitatie als barrière. Ongeveer 25% vonden onvoldoende financiële compensatie een barrière.
B08	Professionals van de huisartspraktijk kregen een 4u durende groepstraining over COPD en stoppen met roken. Iemand kwam daarna nog drie bezoeken brengen aan de praktijk voor extra support ter plaatse.	19 huisartsen van 18 praktijken vulde de evaluatie vragenlijst in over het SMOCC-protocol. De compliance met verschillende aspecten van het protocol was goed (70–80%).	Niet gerapporteerd	Niet gerapporteerd	Positief: Huisartsen waren positief over het gebruik van SMOCC bij patiënten en over de implementatiemethode. Sommige huisartsen vonden het ook prettig om mee te doen aan de SMOCC-studie, dit stimuleerde meer gebruik van het protocol. Negatief: negatieve invloed op de nakoming van de SMOCC-protocol door: (1) Tegenzin/werking t.o.v. het gebruikt van nieuwe protocollen; (2) Een disbalans tussen moeite en verwachte effectiviteit van het protocol; (3) Zorgen over tegenwerking van patiënten dat de arts-patiënt relatie negatief beïnvloed (enorme barrière). Een meerderheid van huisartsen waren ook ontevreden over de effectiviteit van het protocol.
B09	Een natuurlijke interventie waarbij een protocol voor de behandeling van een nicotine en tabak verslaving (L-MIS) nationaal werd geïmplementeerd in de praktijk en	Niet gerapporteerd	Niet gerapporteerd	Niet gerapporteerd	Niet gerapporteerd

Code	Interventie beschrijving	Adherence	Dose	Quality of Delivery	Acceptance
B10	<p>longartsen sterk werden geadviseerd om deze te gebruiken.</p> <p>Een nationale vragenlijst met vragen over non-farmacologische behandel aanbevelingen gegeven aan de patiënt, factoren die bloeddruk verhogend zijn wanneer bloeddruk medicijnen gegeven worden en vragen gerelateerd aan een gezonde levensstijl. De vragenlijst wordt 2x verstrekt met 1 jaar ertussenin.</p>	60% van de deelnemers hebben vragenlijst volledig ingevuld. Bij de tweede enquête 1 jaar later was dit 100%	Niet gerapporteerd	Niet gerapporteerd	Niet gerapporteerd
B11	Een 2-daagse training multidisciplinaire cursus met een opfriscursus na 6 en 12 maanden. Tijdens de cursus her ontwikkelen de teams het zorgproces en spreken af wat de verantwoordelijkheden van iedere professional is binnen hun team. Ze ontvangen training over hoe ze om kunnen gaan met feedback, proces en uitkomstdata gerelateerd, en hoe ze dit kunnen verwerken in een geïntegreerde zorg welke handleiding gestuurd is.	Niet gerapporteerd	8/19 interventies geïmplementeerd; de meest toegepaste interventie was met fysiotherapeuten (88%), exacerbatie management (76%) en herkenning & monitoring van hoog risico COPD-patiënten (71%). 18% van teams hebben motiverende gespreksvoering technieken actief toegepast. Geen team gebruikte het ICT-systeem in jaar 2.	Niet gerapporteerd	Positief: Zorgverleners vonden RECODE informatief, pakkend en inspirerend in het kader van COPD zorg
B12	<ol style="list-style-type: none"> 1) Gegevens over praktijkmanagement en patiëntenzorg worden ingezonden via een onlinesysteem; 2) De huisartsenpraktijk krijgt een feedbackrapport over hun eigen performance vergeleken met de performance van andere praktijken; 3) De huisarts schrijft dan een verbeteringsplan aan de hand van een 'plan-do-act' cyclus; 4) Na het confirmeren en goedkeuren van dit plan wordt een eerste audit uitgevoerd om adequate participatie te bevestigingen en de accreditatie te verlenen. 	Niet gerapporteerd	Niet gerapporteerd	Niet gerapporteerd	Niet gerapporteerd

Code	Interventie beschrijving	Adherence	Dose	Quality of Delivery	Acceptance
B13	<p>1) Binnen de zorggroep hebben de samenwerkende zorgverleners een zorgprogramma samengesteld. Er is met elkaar afgesproken wie welk aandeel levert in de totale behandeling, hoe ze naar elkaar kunnen verwijzen, op welke manier de zorg wordt getoetst en hoe deze steeds aangepast wordt aan de nieuwste wetenschappelijke kennis;</p> <p>2) Een patiënten portaal werd ontwikkeld;</p> <p>3) Een cursus werd aangeboden voor de zorgverlener om te leren om met zelfmanagement tools om te gaan, om motiverende gespreksvoering te gebruiken in consultaties en om bepaalde dilemma's te overkomen (bijv. diabetes en Ramadan).</p>	Niet gerapporteerd	Niet gerapporteerd	Niet gerapporteerd	<p>Positief: De zorgprofessionals en projectleiders waren enthousiast over de cursus. Patiënten waren enthousiast tijdens de eerste sessie.</p> <p>Negatief: onduidelijkheid reactie patiënten bij aanvang. Tweede sessie kon niet vanwege weeromstandigheden. De cursus was het best geschikt was voor geïnteresseerde patiënten. Niettemin werd tegen het einde van het project de cursus gestopt vanwege de slechte opkomst.</p>
B14	Organisatorische veranderingen van de zorgverlener bestonden uit het aanbieden van scholing en begeleiding, feedback vragen van zorgprofessionals en suggesties verwerken in het ziekte managementprogramma in 4 sessies. Tijdens deze sessies werden consultaties met patiënten geëvalueerd.	Niet gerapporteerd	Niet gerapporteerd	Niet gerapporteerd	<p>Positief: De web portal was gepersonaliseerd op de behoeften van patiënten.</p> <p>Negatief: Respondenten constateren dat reorganisatie tijd en energie kostte, en dat de steun en acceptatie nodig was van de zorgprofessionals die de wijzigingen op patiënt niveau zouden moeten implementeren. Organisatorische barrières vanwege de grootte van praktijken belemmerde de snelheid van de voortgang. Meer professionals van andere sectoren zou erbij betrokken moeten worden zoals apothekers.</p>

Notitie: SD = standaard deviatie; POH = Praktijkondersteuning huisartsen; V-MIS = Minimale Interventie Strategie voor Verloskundige (L-MIS voor longverpleegkundigen); SMR = stoppen met roken; SCC = smoking cessation counseling; COPD = Chronic Obstructive Pulmonary Disease; SMOCC = smoking cessation counseling.