

**RAND**

*Visies op Financiering van  
Ondersteuning bij Stoppen  
met roken (Perceptions on a  
Reimbursement Scheme for  
Quitting Smoking Support)*

*Rebecca Hamer, Miriam van het Loo*

*Prepared for the  
Dutch Health Care Insurance Board*

**RAND Europe**

---

The research described in this report was prepared for the Dutch Health Care Insurance Board.

The RAND Corporation is a nonprofit research organization providing objective analysis and effective solutions that address the challenges facing the public and private sectors around the world. RAND's publications do not necessarily reflect the opinions of its research clients and sponsors.

**RAND**® is a registered trademark.

© Copyright 2004 RAND Corporation

All rights reserved. No part of this book may be reproduced in any form by any electronic or mechanical means (including photocopying, recording, or information storage and retrieval) without permission in writing from RAND.

Published 2004 by the RAND Corporation  
1700 Main Street, P.O. Box 2138, Santa Monica, CA 90407-2138  
1200 South Hayes Street, Arlington, VA 22202-5050  
201 North Craig Street, Suite 202, Pittsburgh, PA 15213-1516  
RAND URL: <http://www.rand.org/>  
To order RAND documents or to obtain additional information, contact  
Distribution Services: Telephone: (310) 451-7002;  
Fax: (310) 451-6915; Email: [order@rand.org](mailto:order@rand.org)

## Voorwoord

Elk jaar proberen ongeveer één miljoen Nederlanders te stoppen met roken. Slechts een gering percentage slaagt daarin. Er zijn aanwijzingen dat rokers die ondersteund worden bij hun stoppoging daarin vaker slagen dan mensen die zonder hulpmiddelen proberen te stoppen. Het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) overweegt dan ook om een vergoedingensysteem voor stoppen-met-rokenmethoden in te voeren om rokers zo te stimuleren bij hun stoppoging ondersteuning te zoeken. VWS heeft het College voor zorgverzekeringen (CVZ) gevraagd advies uit te brengen over de mogelijkheden en financiële gevolgen van een dergelijk systeem.

CVZ heeft vervolgens aan RAND Europe gevraagd om, als input voor het advies dat zij aan VWS zullen uitbrengen, drie focusgroepen te organiseren om inzicht te krijgen in de percepties van rokers ten aanzien van de wijze waarop en voorwaarden waaronder een vergoedingensysteem voor financiering van ondersteuning bij stoppen met roken vorm zou moeten krijgen. Het CVZ laat, in aanvulling op het onderzoek van RAND Europe, nog een aantal onderzoeken uitvoeren die als input voor het advies zullen dienen.

In het onderhavige rapport worden de achtergrond, de onderzoeksmethodologie en de resultaten en conclusies van ons onderzoek naar financiering van ondersteuning bij stoppen met roken beschreven. De resultaten en conclusies zijn volledig gebaseerd op de focusgroepen die in het kader van het onderzoek zijn georganiseerd.

Voor meer informatie over het onderzoek kunt u contact opnemen met:

**Mw. Marlies Kroes**

College voor zorgverzekeringen  
Eekholt 4  
1112 XH Diemen  
Tel: +31-20-797.86.31  
Fax: +31-20-797.89.96  
E-mail: mkroes@cvz.nl

Voor meer informatie over RAND Europe kunt u contact opnemen met:

**Mw. Mirjam van het Loo**

RAND Europe  
Newtonweg 1  
2333 CP Leiden  
Tel: +31-71-524.51.51  
Fax: +31-71-524.51.91  
E-mail: mirjam@rand.org



## **Inhoudsopgave**

|  |           |
|--|-----------|
| <b>Voorwoord .....</b>   | <b>3</b>  |
| <b>Inhoudsopgave .....</b>                                     | <b>5</b>  |
| <b>Dankwoord.....</b>  | <b>7</b>  |
| <b>Executive summary .....</b>                                 | <b>9</b>  |
| <br>   |           |
| <b>1. Inleiding.....</b>                                       | <b>15</b> |
| 1.1 Achtergrond van het project.....                           | 15        |
| 1.2 Vraagstelling .....  | 18        |
| 1.3 Opzet van het rapport .....                                | 19        |
| <br>   |           |
| <b>2. Onderzoeksmethodologie .....</b>                         | <b>20</b> |
| 2.1 Wat is een focusgroep?.....                                | 20        |
| 2.2 Het protocol voor de focusgroepen .....                    | 20        |
| 2.3 Selectie van deelnemers .....                              | 21        |
| 2.4 Uitvoering focusgroepen .....                              | 23        |
| 2.5 Samenstelling focusgroepen .....                           | 23        |
| <br>   |           |
| <b>3. Resultaten .....</b>                                     | <b>25</b> |
| 3.1 Bekendheid met stoppen-met-rokenmethoden.....              | 25        |
| 3.2 Informatievoorziening over stoppen-met-rokenmethoden ..... | 26        |
| 3.3 Argumenten voor en tegen een vergoedingensysteem .....     | 27        |
| 3.4 Financiële invulling van een systeem .....                 | 29        |
| 3.5 Voorwaarden voor vergoeding .....                          | 30        |
| 3.6 Overige onderwerpen .....                                  | 31        |
| <br>   |           |
| <b>4. Conclusies en aanbevelingen.....</b>                     | <b>33</b> |
| <br>   |           |
| <b>BIJLAGE A: Protocol voor de focusgroepen .....</b>          | <b>39</b> |
| <b>BIJLAGE B: Verslagen focusgroepen.....</b>                  | <b>47</b> |



## **Dankwoord**

Graag willen wij iedereen bedanken die heeft bijgedragen aan de uitvoering van dit onderzoek naar financiering van ondersteuning bij stoppen met roken. Allereerst willen wij Marlies Kroes en Arjan Lock bedanken die, als opdrachtgevers vanuit het College voor zorgverzekeringen, hebben bijgedragen aan de vormgeving van het onderzoek.

Daarnaast willen wij alle deelnemers aan de focusgroepen hartelijk bedanken voor hun bereidwilligheid aan het onderzoek bij te dragen. Zonder hun enthousiasme en inzet was dit onderzoek onmogelijk geweest. Ook willen wij Probitas en Bureau Anket danken voor hun inzet om op korte termijn voldoende deelnemers voor de verschillende focusgroepen te recrutereren.

Tenslotte bedanken wij de interne reviewer van dit rapport, onze collega Abigail Lierens, voor haar opbouwende commentaar op een eerdere versie van dit rapport.





## Executive summary

In the Netherlands, one out of three people smokes. Amongst teenagers the percentage is even higher (44%). Smoking is a lifestyle factor with serious health consequences. A recent Dutch study established that between 1950 and 1999 about 13% of all deaths could be attributed to smoking. On average Dutch smokers live 5 years shorter than non-smokers. This makes smoking the largest avoidable cause of death in the Netherlands. The term avoidable should however be nuanced as smoking is a serious addiction and many smokers have trouble quitting even though they are motivated to do so. Almost 20% of all health costs for men and about 10% of health costs for women can be attributed to smoking related illnesses and treatments. Smoking thus results in substantial health and financial costs.<sup>1</sup> It is therefore important to decrease the number of smokers through either prevention or increasing the number of smokers who stop permanently.

Initiatives aimed at helping smokers to quit mostly focus on providing information on how to stop and where to get help. Most smokers stop without seeking help, even though scientific evidence shows that getting support – for example nicotine replacement medication or counselling – increases the success rate considerably. The Dutch Ministry of Health is considering implementing a reimbursement scheme to support smokers financially when they attempt to quit smoking and asked the Dutch Health Care Insurance Board, or CVZ for its equivalent in Dutch, to investigate the options and the costs regarding such a scheme. The results of an earlier CVZ-study on this issue were used in the design of the current study. This study gave an overview of the scientific evidence on different types of quitting smoking support available in the Netherlands, but did not involve the smoker and his/her view on the matter. The latter was the focus of our study. The main research question of the current study was:

*How would a reimbursement scheme aimed at supporting smokers need to be set up, considering the needs and wishes of the future users of this scheme, the smokers?*

This question was rephrased into a set of more concrete sub questions regarding:

- Adequacy of information provision on quitting smoking support;
- Types of quitting smoking support to be included in the reimbursement scheme;
- Financial implementation of the reimbursement scheme;
- Acceptability of certain restrictions on eligibility for reimbursement;

- Ways in which reimbursement could best be given; and
- Willingness to participate in an evaluation study as condition for the scheme.

The current study was aimed at gaining an insight in the perceptions, ideas and needs that smokers have regarding a reimbursement scheme for quitting smoking support. A tested method to collect such information is through focus groups. When using more or less homogeneous focus groups it is possible to establish the degree of consensus on a given subject within a group. By organising a number of focus groups it is possible to establish the similarities and differences between groups. In this study reaching consensus within or between groups was not the issue, but rather establishing the range of opinions, needs and ideas that smokers from different backgrounds have regarding this particular reimbursement scheme. The protocol designed for the focus groups was used as a checklist, discussion was encouraged and questions were introduced as the opportunity arose from the interaction within the groups.

In consultation with CVZ, the perceptions of three important target groups of quitting smoking policy were included in the study, namely:

1. people from lower socio-economic classes;
2. people from ethnic minority groups; and
3. people suffering from medical conditions aggravated by smoking.

The respondents were recruited by registered agencies specialised in recruiting participants for focus groups. All focus groups consisted of 11 or 12 respondents, with spread in gender, age, and employment status. Participants were selected on the basis of their smoking history and their interest in quitting smoking. For the focus groups, we selected people that considered to quit smoking, that tried to quit smoking but were not successful, and people that recently stopped smoking. Smokers that are not considering to quit were not selected. The group with people from ethnic minority groups consisted mostly of respondents from the Netherlands Antilles, Surinam, Turkey, and Morocco. All spoke Dutch well. The group with people from lower socio-economic classes mainly consisted of men and women with relatively low education levels. Most of them were working, but had a relatively low income. The group with people suffering from medical conditions that require them to quit smoking consisted of people with coronary and vascular conditions, diabetes or long conditions. The focus groups were organised in the early evenings in three different large or medium-sized cities (Amsterdam, Rotterdam and Amersfoort). At the time of the focus groups, most respondents (31 or 91%) were smoking.

---

<sup>1</sup> ZonMw (2003) PrePost, Jaargang 5, Nr .13, p.4.

Smoking and how to quit are subjects of great interest to the respondents. In all the groups the discussion was lively, with active participation of all respondents. Almost all participants indicated they had had an interesting evening and wished to be informed of the results of the study. The discussions resulted in the following conclusions and recommendations:

## **INFORMATION PROVISION**

### **In general, provision of information on how to quit smoking is well**

**organised:** The respondents indicate that they have little trouble finding information about methods and help, they were well aware of most of the options available in the Netherlands. The group with people from lower socio-economic classes was in favour of setting up a central information point, where they would be able to get information and personal advice.

**A number of avenues for dissemination of information can be improved:** Some respondents indicated that information points (e.g. Postbus 51) and health insurers are at times difficult to reach and that the information they get is not always what they expect. Also only very few were aware of the role that an addiction expert can play, meaning this specific issue needs improvement.

**Health insurers are the appropriate party to disseminate information about the reimbursement scheme**

## **QUITTING SMOKING SUPPORT**

**Information about how to quit smoking must be person specific:** Many respondents indicated that although information is readily available, it often is of a very general nature and thus not motivating. The participants believed that different people might benefit from different methods, and indicated that quitting smoking support should be more person specific in order to increase its effectiveness. The respondents suggested that more research might be needed to gain an insight in which methods are beneficial for which types of person.

**More study is needed regarding the role of the general practitioner in this issue:** A general practitioner can play an important role in supporting smokers who are attempting to stop. However, not many respondents had considered asking their general practitioner for advice. A few respondents indicated that they felt the quality

of care from their general practitioner with regard to quitting to smoke was lower than could be expected.

**It is important to take account of the social environment of the smoker:** In the focus groups it was often mentioned that it is extra difficult to abstain from smoking when family and friends continue smoking. This needs to be taken into account when designing new approaches for quitting smoking support.

**It is important to provide smokers trying to stop with information on a healthy diet and weight:** In several discussions respondents mentioned that they would appreciate information on and support with trying not to gain weight after stopping. Slimming and information from dieticians should possibly be added to quitting smoking support.

## **IMPLEMENTATION OF THE REIMBURSEMENT SCHEME**

**Introducing a reimbursement scheme for quitting smoking support was generally believed to be a good idea:** Most respondents were in favour of financial support, in particular because this would stimulate people to try to quit. This will eventually lead to a reduction in the number of smokers.

**Establishing the reimbursement scheme means recognition of smoking as an addiction:** The respondents emphasised several times that smoking is a 'real' addiction but is not being recognised as such. Recognition would lead to a more equal treatment of all addictions.

**The implementation of the scheme needs careful considerations to ensure low threshold for usage together with little opportunity for fraud:** How to design a system that is available for all smokers alike, but without resulting in misuse by less motivated smokers taking advantage of the system? Some respondents believed it would be a good idea to ask participants to the scheme to do a motivation test before considering reimbursement.

**Total reimbursement is not considered optimal:** The majority of the respondents believed that smokers wishing to quit should pay a part of the cost. The reasoning for this was that this will discourage 'free riding' participants not seriously motivated.

**A clear maximum to the reimbursement is necessary, but there is discussion on what or how high this maximum should be:** To keep control of costs, all

respondents agree that a maximum reimbursement is necessary. However, there is no consensus on how to implement this. The options discussed range from a maximum on the total amount or the total number of attempts. The latter is subject of heated discussion. On the one hand respondents think that reimbursing only one attempt will select only really motivated smokers. On the other hand it is known that most smokers need multiple attempts to succeed.

**A reimbursement scheme with increasing individual contributions seems to be preferred:** The previous discussions lead to the conclusion that a reimbursement scheme would need to combine the option of multiple attempts with decreasing reimbursement – and thus increasing individual contribution. Such a system has a low threshold, thus encouraging people to seek help, while the chance of misuse is decreased because people are asked to make a financial contribution. It also encourages continued abstinence, because the individual's contribution to each subsequent attempt will increase.

**The reimbursement scheme needs to be available for all smokers:** If sufficiently motivated, all smokers should be eligible to make use of the reimbursement scheme. If this is not possible for financial reasons, smokers with medical problems aggravated by smoking should get preference. A different suggestion made on various occasions is to make the reimbursement scheme income dependent.

## **CONDITIONS FOR REIMBURSEMENT**

**All methods to support attempts at stopping need to be included:** As different people benefit from different methods, reimbursing only specific methods is unacceptable to most participants. Two of the three groups did not object to counselling as a necessary condition for reimbursement. In the group with people from ethnic minority groups intrinsic motivation was seen as the dominant success factor in an effort to quit smoking, and therefore they felt that counselling would not seriously increase the rate of success and would not be an acceptable condition.

**It is acceptable to make reimbursement conditional to participation in an evaluation study:** All groups agreed that participation in an evaluation study to determine the effects of the reimbursement scheme would not be a reason to decline the opportunity of reimbursement. On the contrary, a number of respondents thought this would be desirable. The evaluation study was seen as a form of after care and a way to motivate participants to persevere.



# 1. Inleiding

## 1.1 Achtergrond van het project

In Nederland rookt momenteel ongeveer één op de drie mensen. Onder de mannelijke bevolking is het percentage rokers hoger dan onder de vrouwelijke bevolking. In de afgelopen tien jaar is het percentage mannelijke rokers echter afgenomen, waardoor de percentages mannelijke en vrouwelijke rokers steeds dichterbij elkaar komen te liggen. Het percentage jongeren dat rookt, is relatief hoog. Van de jongeren tussen de 15 en 19 jaar rookt momenteel ongeveer 44%. Onderzoek naar rookgedrag onder allochtonen maakt duidelijk dat deze groep gemiddeld iets minder rookt dan de groep autochtone Nederlanders. Onder allochtone en autochtone jongeren is het percentage rokers echter ongeveer gelijk. Tenslotte wijst onderzoek uit dat mensen met een lage sociaal-economische status vaker roken dan mensen met een hoge opleiding.<sup>2</sup>

Roken is een leefstijlfactor met verstrekkende gevolgen voor de gezondheid. Tussen 1950 en 1999 kon ongeveer 13% van alle sterfgevallen aan roken worden toegeschreven. De levensverwachting van de Nederlandse vrouwelijke bevolking wordt één jaar bekort als gevolg van roken; de mannelijke bevolking levert drie jaar aan levensverwachting in, enkel door roken. De rokers zelf leveren gemiddeld vijf jaar in.<sup>3</sup> Bijna 20% van de totale ziektelast bij mannen en 10% van de ziektelast bij vrouwen komt op het conto van roken. Roken brengt derhalve grote maatschappelijke en financiële lasten met zich mee en is de belangrijkste vermijdbare doodsoorzaak in Nederland.<sup>4</sup>

De hierboven gebruikte term vermijdbaar verdient enige nuancering, immers roken is een verslaving en het is voor meeste rokers – ondanks motivatie en voldoende informatie - niet eenvoudig om te stoppen. Verreweg de meeste rokers proberen zonder hulp te stoppen. Dit is jammer omdat dit naar schatting slechts 4 tot 7% van de rokers lukt. Vanwege de kosten in zowel financiële als gezondheidstermen is het wenselijk dat minder mensen roken. Dit kan bereikt worden door de instroom te verlagen – te voorkomen dat mensen gaan roken - en de uitstroom te bevorderen door meer mensen te helpen bij het stoppen met roken.

---

<sup>2</sup> ZonMw (2003) PrePost (jaargang 5, nr 13), p.3.

<sup>3</sup> Bonneux, L.G.A., C.W.N. Looman en J.W. Coebergh (2003), *Sterfte door roken in Nederland: 1,2 miljoen tabaksdoden tussen 1950 en 2015*, Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 10 mei 2003, Jaargang 147, Nr. 19, p. 917-921.

<sup>4</sup> ZonMw (2003) PrePost, Jaargang 5, Nr .13, p.4.

In het kader van rookpreventie zijn er inmiddels een groot aantal initiatieven ontplooid, bijvoorbeeld de campagne 'Roken? Niet waar de kleine bij is!'. Ook was er recent nog een op jongeren gerichte (enigszins controversiële) campagne op televisie met het motto '... maar ik rook niet', waarin 'stoer' gedrag gekoppeld werd aan niet-roken. Ook de 'Smoke Free Teams' van de Gemeentelijke Gezondheidsdienst Noord-Kennemerland gericht op jongere sporters zijn hiervan een goed maar nog niet landelijk ingevoerd voorbeeld.<sup>5</sup>

De huidige initiatieven ter ondersteuning van stoppen met roken zijn veelal gebaseerd op het geven van informatie. Voorbeelden zijn de website 'www.stopeffectief.nl' en de informatie- en advieslijn van Stivoro. Een ander voorbeeld opgezet vanuit een andere hoek is bijvoorbeeld de website [www.hulpbijstoppenmetroken.nl](http://www.hulpbijstoppenmetroken.nl) waarop een motivatietest staat. Deze website is ontwikkeld door de farmaceutische industrie (Glaxo Wellcome) en bevat tevens informatie over farmacologische hulpmiddelen die gebruikt kunnen worden bij een stoppoging.

Uit diverse onderzoeken blijkt dat het zoeken van hulp bij stoppen met roken, de slaagkans van een stoppoging verhoogt. Door professionele hulp te combineren met een hulpmiddel (bijvoorbeeld nicotinepleisters of bupropionhydrochloride) kan de slaagkans verder worden verhoogd.<sup>6</sup> In stoppen-met-rokenonderzoek wordt twaalf maanden continue abstinentie als klinisch relevant eindpunt beschouwd. Op basis van een door het CVZ uitgevoerde literatuurstudie kunnen de volgende succespercentages worden genoemd.<sup>7</sup>

- Bupropionhydrochloride: 16%
- Telefooncounseling: 7%
- Persoonlijke counseling: 16%
- Minimale Interventie Strategie: 6%
- Nicotinekauwgom: 17%
- Nicotinepleisters: 13%
- Nicotine-inhalers: 17%
- Nicotinetabletten: 20%
- Schriftelijk advies op maat: 7%

---

<sup>5</sup> ZonMw (2003) PrePost, Jaargang 5, Nr. 13, pp. 5-7.

<sup>6</sup> McGlynn, E.A, Kerr, E.A., Damberg, C.L. and Asch S. (2000), *Quality of Care for Women: A review of Selected Clinical Conditions and Quality Indicators*, Santa Monica: RAND.

<sup>7</sup> Voor meer informatie over dit onderzoek en de kanttekeningen die daarbij zijn te plaatsen, zie CVZ (2002), *Stoppen-met-roken ondersteuning: willens of wetens*, Publicatienummer 126, Amstelveen, pp. 13-16.



Professionele hulp, bijvoorbeeld door gesprekken met een verslavingsdeskundige of het volgen van een cursus, brengt echter kosten met zich mee die een drempel kunnen zijn bij het kiezen van een effectieve stopmethode. Bovendien zijn in Nederland, anders dan in sommige andere landen, farmacologische middelen ter ondersteuning van stoppen met roken niet opgenomen in een vergoedingensysteem. Omdat gebruik van (professionele) hulp of van een hulpmiddel de kans op slagen van een stoppoging verhoogt, is het vergoeden van het gebruik hiervan een aanvullende mogelijkheid om het roken terug te dringen.

Het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft het College voor zorgverzekeringen (CVZ), een zelfstandig bestuursorgaan, gevraagd advies uit te brengen over de mogelijkheden en financiële gevolgen van een systeem om mensen die willen stoppen met roken financieel te ondersteunen. In het kader van dit verzoek heeft het CVZ twee onderzoeken laten uitvoeren waarvan in oktober 2002 in het rapport "Stoppen-met-rokenondersteuning: willens of wetens"<sup>8</sup> verslag werd gedaan. Het eerste onderzoek betrof een literatuuronderzoek naar de effectiviteit van diverse typen stoppen-met-rokenondersteuning. Het tweede onderzoek was een veldonderzoek naar mogelijke methode-hulpverlener-organisatie combinaties.

Het CVZ is van mening dat op basis van de bestaande kennis twee scenario's voorliggen. Het eerste scenario is gebaseerd op strenge eisen ten aanzien van de bewijzen van effectiviteit en doelmatigheid. In dit scenario wordt voorlopig afgezien van het vergoeden van stoppen-met-rokenondersteuning. In het tweede scenario, waarin wordt erkend dat er in ieder geval iets moet gebeuren en dat de bestaande methoden daar een goed handvat voor vormen, wordt voorgesteld om onder nader te formuleren voorwaarden over te gaan tot het vergoeden van stoppen-met-rokenmethoden waarvoor sterke aanwijzingen bestaan dat deze effectief zijn.

Het CVZ heeft de minister van VWS aanbevolen te kiezen voor het tweede scenario. Gezien de ernst van de problematiek acht het CVZ een snelle invoering van een vergoedingensysteem belangrijker dan het stellen van de gebruikelijke eisen aan de bewijsvoering van effectiviteit. Het CVZ concludeert dat deze uitzondering, die gemaakt zou moeten worden, dwingt tot het stellen van strenge eisen aan monitoring en evaluatie.

---

<sup>8</sup> CVZ (2002). *Stoppen-met-roken ondersteuning: willens of wetens*, Publicatienummer 126, Amstelveen.

Om beter inzicht te krijgen in de wijze waarop een eventueel vergoedingensysteem zou kunnen worden opgezet, heeft de minister van VWS aan het CVZ gevraagd om te rapporteren over “de wijze waarop en de randvoorwaarden waaronder de financiering van stoppen-met-rokenondersteuning kan worden vormgegeven”. Het CVZ heeft vastgesteld dat daarbij in ieder geval rekening moet worden gehouden met de wensen en kenmerken van de mensen die willen stoppen met roken. CVZ heeft vervolgens RAND Europe gevraagd om een onderzoek op te zetten om inzicht te krijgen in de percepties van rokers ten aanzien van een vergoedingensysteem. In dit rapport wordt van dit onderzoek verslag gedaan.

## 1.2 Vraagstelling

Zoals reeds in de inleiding is beschreven, is het doel van het onderzoek het verschaffen van inzicht in de wijze waarop en de randvoorwaarden waaronder de financiering van stoppen-met-rokenondersteuning kan worden vormgegeven. De volgende vraag staat daarbij centraal:

*Op welke wijze zou een vergoedingensysteem voor ondersteuning bij stoppen met roken vorm moeten krijgen, rekening houdend met de eisen en wensen die rokers stellen aan zo'n systeem?*

Deze vraag valt uiteen in de volgende concrete deelvragen:

- Welke methoden en therapeutische middelen zouden volgens rokers voor vergoeding in aanmerking moeten komen?
- Zouden rokers het acceptabel vinden als de vergoeding alleen zou worden uitgekeerd wanneer de methode gepaard gaat met een vorm van begeleiding door bijvoorbeeld de huisarts of een consulent?
- Op welke wijze kan informatie over het ondersteuningsaanbod het best worden verspreid (televisie/radio, schriftelijke media, brochures via welk kanaal, etc.)?
- Hoe zou de toegang tot het ondersteuningsaanbod het best kunnen worden georganiseerd? Is het bijvoorbeeld handig als er één loket/instantie komt voor hulp bij stoppen met roken?
- Hoe kan het vergoedingensysteem het best worden vormgegeven?
  - Is het beter om de vergoeding direct uit te keren, of pas achteraf?
  - Denken rokers dat een volledige vergoeding het best zal werken of zou er juist een stimulans uitgaan van een eigen bijdrage?
  - Zou er volgens rokers een maximum moeten worden gesteld aan het te vergoeden bedrag of bijvoorbeeld aan het aantal stoppogingen? Zo ja, waar zou de grens volgens de rokers zelf moeten liggen?

- Mocht er een vergoedingensysteem komen, wat voor type vergoeding is dan volgens rokers het meest ideaal? Hierbij kan bijvoorbeeld worden gedacht aan een vergoeding verbonden aan specifieke interventies, een vouchersysteem, of een persoonsgebonden budget.
- Is het acceptabel als het te vergoeden bedrag afhankelijk is van het succes van de poging?
- Vinden rokers het acceptabel dat mensen die een vergoeding krijgen toegekend, ook worden verplicht deel te nemen aan een onderzoek dat nagaat in hoeverre de invoering van een vergoedingensysteem voor stoppen-met-rokenondersteuning succesvol is?

### *1.3 Opzet van het rapport*

In hoofdstuk 2 wordt de opzet en uitvoering van het onderzoek beschreven. In hoofdstuk 3 worden de resultaten van de focusgroepen samengevat, waarna in hoofdstuk 4 conclusies en aanbevelingen zijn weergegeven. Bijlage A bevat het protocol dat als leidraad diende voor de focusgroepen en in bijlage B zijn de verslagen van de focusgroepen opgenomen.

## 2. Onderzoeksmethodologie

In onderhavig onderzoek wordt ingegaan op de visie van de roker die wil stoppen, dat wil zeggen de ontvanger van een eventuele vergoeding. Het betreft een inventariserend onderzoek dat erop is gericht om een beeld te schetsen van de wensen van rokers ten aanzien van een vergoedingensysteem. Er is voor gekozen om focusgroepen te organiseren omdat een focusgroep een geschikte methode is om inzicht te krijgen in de manier waarop leden van een bepaalde groep over een bepaald onderwerp denken, in dit geval om een goed beeld te krijgen van de visie die verschillende doelgroepen van het stoppen-met-rokenbeleid hebben op een vergoedingensysteem. Focusgroepen zijn met name geschikt wanneer er nog weinig bekend is over het scala aan meningen en visies ten aanzien van een specifiek onderwerp.

### 2.1 *Wat is een focusgroep?*

Een focusgroep is een verzameling personen die vanuit een bepaald gemeenschappelijk perspectief een specifiek onderwerp met enige diepgang bespreekt.<sup>9</sup> De focusgroep begint met een aantal inleidende (niet bedreigende) vragen en spitst zich in de loop van het gesprek steeds verder toe op de specifieke vragen die men uiteindelijk wil beantwoorden. De lijn van de bijeenkomst ligt min of meer vast in het protocol en de voorzitter zorgt ervoor dat tijdens de discussie de in het protocol vastgelegde onderwerpen aan de orde komen. Het is hier belangrijk te onderstrepen dat de discussie zich richt op het inventariseren van de diverse standpunten en niet op het verkrijgen van consensus over deze standpunten.

Door het werken met homogeen samengestelde focusgroepen wordt duidelijk in hoeverre er binnen een bepaalde groep consensus bestaat over een onderwerp. Door middel van het organiseren van verschillende focusgroepen naast elkaar is het mogelijk na te gaan in hoeverre tussen verschillende groepen betrokkenen overeenkomsten en verschillen bestaan.

### 2.2 *Het protocol voor de focusgroepen*

Voor de focusgroepen is een protocol ontwikkeld waarin de onderzoeksvragen zijn geoperationaliseerd. Hierbij is de nadruk gelegd op het gebruik van heldere en 'gewone' taal om de vragen voor alle groepen begrijpelijk en beantwoordbaar te maken. Het protocol voorziet de voorzitter van een leidraad voor de bijeenkomst. Wanneer binnen

---

<sup>9</sup> Kahan, J.P. (2001). "Focus groups as a tool for policy analysis," *Analyses of Social Issues and Public Policy (ASAP)*, Vol. 1, pp. 129-146.

de focusgroep discussies ontstonden, is daaraan ruimte gegeven en zijn vragen in een natuurlijke volgorde in de discussie ingebracht. Tijdens de bijeenkomst hadden de deelnemers de beschikking over een overzicht van de verschillende stoppen-met-rokenmethoden die in Nederland beschikbaar zijn.<sup>10</sup> Het protocol en het overzicht zijn opgenomen in bijlage A.

In overleg met de opdrachtgever is aansluiting gezocht met het onderzoek uitgevoerd door de Werkgroep Onderzoek Kwaliteit (WOK) van de Universiteiten van Nijmegen en Maastricht. Dat onderzoek is erop gericht inzicht te verkrijgen in patiëntpreferenties inzake methoden voor stoppen met roken met als uiteindelijk doel het ontwikkelen van richtlijnen. Binnen het WOK-onderzoek worden drie focusgroepen georganiseerd die een aantal keer bijeen komen. Er heeft overleg plaatsgevonden tussen WOK en RAND Europe om de te gebruiken protocollen op elkaar af te stemmen.

### *2.3 Selectie van deelnemers*

**Doelgroepen:** Aangezien een eventueel in te voeren vergoedingensysteem voor een groot aantal verschillende soorten rokers toepasbaar moet zijn, is het belangrijk een goed beeld te krijgen van de visies van verschillende doelgroepen van het stoppen-met-rokenbeleid. In overleg met het CVZ is besloten focusgroepen te organiseren met de volgende drie doelgroepen van het stoppen-met-rokenbeleid:

- Mensen uit lagere sociaal-economische klassen<sup>11</sup>
- Mensen die om medische redenen moeten stoppen met roken<sup>12</sup>
- Allochtonen

Bij de werving van deelnemers voor de focusgroepen, zijn rokers benaderd die nadenken over stoppen met roken en/of rokers die wel eens eerder hebben geprobeerd te stoppen, maar daarin niet zijn geslaagd. Dit is immers de belangrijkste doelgroep van het te ontwikkelen vergoedingensysteem. Verondersteld is dat deze respondenten meer over de problematiek hebben nagedacht en beter inzicht kunnen geven in de obstakels, de verwachtingen en de wensen van 'stoppers'. Binnen elke focusgroep is gestreefd naar een goede spreiding naar leeftijd, geslacht en andere kenmerken. Ook is ernaar gestreefd om zowel werkende als niet-werkende deelnemers te recruter. Bij het samenstellen van de focusgroepen is geen representatieve afspiegeling van de

---

<sup>10</sup> Voor het overzicht van de mogelijke methoden om te stoppen is gebruik gemaakt van de brochure 'Hulp bij stoppen-met-roken en de vergoeding daarvan' ontwikkeld door Defacto in samenwerking met GGD Fryslân en De Friesland Zorgverzekeraar aangevuld met andere informatie.

<sup>11</sup> Dit is geoperationaliseerd als selectie van deelnemers met een lagere opleiding (lager of VMBO niveau), met een laag (gezins-)inkomen (uit arbeid of uitkering)

Nederlandse samenleving nagestreefd omdat dat binnen de gekozen opzet met drie focusgroepen niet mogelijk is. Samenvattend dienden alledrie de focusgroepen aan de volgende kenmerken te voldoen:

- 10 tot 12 deelnemers
- mannen en vrouwen uit verschillende leeftijdsgroepen
- zowel werkende als niet-werkende deelnemers
- deelnemers roken en denken erover na te stoppen, of hebben geprobeerd te stoppen maar zijn daar niet in geslaagd, of zijn zeer recent gestopt

Daarnaast waren enkele aanvullende eisen voor specifieke focusgroepen. Bij de groep met patiënten werd gestreefd naar ongeveer gelijke aantallen patiënten met longaandoeningen en met hart- en vaatziekten. Bij de samenstelling van de focusgroep met allochtonen werd rekening gehouden met de volgende voorwaarden:

- grotendeels respondenten van Turkse, Marokkaanse, Antilliaanse of Surinaamse afkomst, aangevuld met enkele andere niet-Nederlanders; en
- redelijk Nederlands sprekend.

Met het oog op mogelijke culturele verschillen tussen allochtonen en autochtonen, is het protocol door het selectiebureau dat de allochtone deelnemers heeft gerecruteerd (zie hieronder) doorgenomen op geschiktheid voor de doelgroep. Het protocol behoeft echter geen aanpassing.

Bij de keuze van doelgroepen voor de focusgroepen bestaat enige overlap met het eerdergenoemde WOK-onderzoek. Dat onderzoek bevat namelijk ook een groep met patiënten met longaandoeningen. Er is echter ook sprake van complementariteit, omdat in het WOK-onderzoek twee andere doelgroepen van het stoppen-met-rokenbeleid worden betrokken, namelijk zwangere vrouwen en jongeren.

**Lokaties:** Naast visies binnen de verschillende de doelgroepen, is het denkbaar dat in verschillende regio's verschillend over de wenselijkheid of invulling van een vergoedingensysteem wordt gedacht. Om geografische spreiding te realiseren, is ervoor gekozen om de focusgroepen in drie verschillende plaatsen te organiseren. Hierbij is voor twee grote steden in de Randstad gekozen en één gemeente net buiten de Randstad. Voor elke focusgroep zijn respondenten uit de plaats zelf en de directe omgeving uitgenodigd. De plaatsen zijn:

- Amsterdam (patiënten)
- Amersfoort (mensen uit lagere sociaal-economische klassen)
- Rotterdam (allochtonen)

---

<sup>12</sup> Hier geoperationaliseerd als patiënten met longaandoeningen of hart- en vaatpatiënten

**Werving respondentent:** Voor de werving van respondentent voor de focusgroepen is gebruik gemaakt van twee gespecialiseerde selectiebureaus. Beide bureaus zijn aangesloten bij de Nederlandse Vereniging van Selectiebureaus voor Marktonderzoek en hebben in onderaanneming de selectie van respondentent uitgevoerd.

De deelnemers aan de focusgroepen voor de lagere sociaal-economische klasse en de patiënten zijn geworven door Probitas in Amsterdam. Voor de focusgroep met allochtonen hebben wij gebruik gemaakt van een op allochtonen gericht selectiebureau, Bureau Anket uit Delft. De respondentent zijn geworven uit de bestanden van de selectiebureaus en via advertenties in lokale kranten en huis-aan-huisbladen. In deze advertentie werd gevraagd naar mensen die mee wilden werken aan een onderzoek over stoppen met roken en voldeden aan bepaalde – door RAND beschreven – voorwaarden. De respondentent is voor hun medewerking een vergoeding van €35 geboden.

#### *2.4 Uitvoering focusgroepen*

RAND Europe was verantwoordelijk voor het uitvoeren en voorzitten van de focusgroepen. Bij elke focusgroep was een voorzitter/discussieleider en een notulist aanwezig. De notulist nam wanneer nodig actief deel aan de discussie en ondersteunde zo de discussieleider bij de taak om het protocol te voltooien. De focusgroepen vonden plaats in goed bereikbare hotels en zijn georganiseerd in de avonden – van 19:30 tot 21:30 – om op deze wijze ook werkende deelnemers te kunnen laten participeren. Elke bijeenkomst werd onderbroken voor 1 of 2 korte rookpauzes; tijdens de discussie werd niet gerookt. Geen van de deelnemers had hier problemen mee, sommige deelnemers maakten geen gebruik van de rookpauze.

Na afloop van de bijeenkomst werd de vergoeding contant overhandigd. Bovendien konden deelnemers reis- en parkeerkosten declareren en aangeven of zij belangstelling hadden om een samenvatting van het rapport te krijgen.

#### *2.5 Samenstelling focusgroepen*

**Lagere sociaal-economische klasse:** Deze groep is georganiseerd in Amersfoort en werd bezocht door twaalf respondentent, acht vrouwen en vier mannen. De deelnemers kwamen uit Amersfoort en omgeving. Van de deelnemers bleek één respondentent een medische aandoening te hebben en waren er twee van allochtone afkomst. Er waren twee deelnemers jonger dan 25, de anderen waren tussen de 30 en 57 jaar oud. Tien deelnemers hadden een relatief laag opleidingsniveau (LBO, LTS, VMBO of MAVO) en

twee deelnemers hadden een MBO-opleiding. In de groep zaten vijf uitkeringsgerechtigden en één huisvrouw; de overige deelnemers werkten.

**Patiënten:** Deze groep heeft in Amsterdam plaatsgevonden en is door elf mensen bezocht. De deelnemers kwamen uit Amsterdam en omliggende gemeenten. Het betrof hier zes vrouwen en vijf mannen. Er waren vier deelnemers met hart- en vaatziekten, waarvan er twee tevens aan diabetes mellitus lijdten. De overige deelnemers (zeven) hadden een longaandoening, bijvoorbeeld longemfyseem of astmatische bronchitis. De jongste deelnemer in deze groep was 35 jaar oud, de oudste 57. Het opleidingsniveau in deze groep was hoger dan in de andere twee groepen. Een van de deelnemers had een HAVO-opleiding, vijf hadden een MBO-opleiding en de overige vijf deelnemers hadden een hogere opleiding (HBO, WO of MBA). Op één na hadden alle deelnemers betaald werk, één deelnemer was huisvrouw.

**Allochtonen:** Deze groep is in Rotterdam georganiseerd en werd bezocht door elf deelnemers, zeven mannen en vier vrouwen. De deelnemers kwamen uit Rotterdam, Delft en Den Haag. De leeftijd in deze groep lag wat lager dan bij de andere groepen, zes deelnemers waren tussen de 18 en 25, de andere vijf tussen 29 en 40 jaar oud. Vijf deelnemers hadden een laag opleidingsniveau (MAVO, LTS), één deelnemer had VWO, één deelnemer had een MBO-opleiding en vier deelnemers hadden een opleiding binnen het hoger onderwijs gevolgd (HBO of WO). De groep bevatte vijf respondenten van Surinaamse of Antilliaanse afkomst, drie van Turkse afkomst, één van Marokkaanse afkomst, één deelnemer uit Israël en één uit Eritrea. Allen spraken goed Nederlands.



### 3. Resultaten

Stoppen met roken is een onderwerp dat de deelnemers bezig houdt; bijna alle deelnemers namen dan ook zeer actief deel aan de discussie. Soms was het moeilijk de discussie volgens het protocol te laten verlopen. In de focusgroep met allochtonen zag een groot deel van de deelnemers bijvoorbeeld weinig in de invoering van een vergoedingensysteem (zie paragraaf 3.3. voor meer informatie). Derhalve kostte het enige moeite om de discussie te richten op de wijze waarop een dergelijk systeem het best kan worden vormgegeven.

Op het moment van de focusgroepen rookten 31 van de 34 deelnemers (91%). Enkele deelnemers gaven aan momenteel erg weinig te roken. De sfeer binnen alledrie de focusgroepen was goed. De deelnemers gaven na afloop van de bijeenkomst aan dat zij een plezierige avond hadden gehad. Ook gaven zij aan geïnteresseerd te zijn in de uitkomsten van het onderzoek.

In dit hoofdstuk worden de resultaten van de drie focusgroepen beschreven. In de volgende paragraaf wordt ingegaan op de kennis van de deelnemers over stoppen-met-rokenmethoden en de informatiebehoefte die zij hebben. Daarna wordt in drie paragrafen ingegaan op de hoofdvraag van het onderzoek, namelijk de vraag naar de vormgeving van het vergoedingensysteem. Tenslotte wordt kort ingegaan op een aantal onderwerpen die in de focusgroepen ter sprake kwamen, maar niet direct voortvloeiden uit het protocol. De verslagen van de focusgroepen zijn opgenomen in Appendix B.

#### *3.1 Bekendheid met stoppen-met-rokenmethoden*

**Bekende stoppen-met-rokenmethoden:** Binnen alle focusgroepen had de meerderheid van de deelnemers wel eens geprobeerd te stoppen met roken, meestal zonder daarbij hulpmiddelen te hebben gebruikt. Enkelingen gaven aan dat ze na deze stoppoging enige tijd inderdaad niet gerookt hadden, soms zelfs jaren niet. Een groot deel van de deelnemers, met name in de groep met patiënten en in de groep met mensen uit een lagere sociaal-economische klasse, had ook ervaring met specifieke vormen van ondersteuning bij stoppen met roken. Methoden die daarbij het meest waren gebruikt, zijn: pleisters, kauwgom, acupunctuur en de boeken van Allen Carr en Geurts. De resultaten waren wisselend. Zyban is bij de vier deelnemers die het wel eens gebruikt hebben niet populair ('je wordt er echt gek van'). Enkele deelnemers hebben ooit een advies-op-maat aangevraagd, maar de meeste van hen hebben dit nooit in praktijk proberen te brengen. Het gebruik van zoethout en gewone kauwgom werden als mogelijk succesvolle alternatieven genoemd.

**Minder bekende stoppen-met-rokenmethoden:** Bijna alle in Nederland beschikbare stoppen-met-rokenmethoden (zie appendix A) waren bij de deelnemers min of meer bekend. Van de meeste methoden hadden de deelnemers wel eens gehoord, maar zij hadden deze niet altijd een keer geprobeerd. Met name met de telefonische coach, begeleiding op maat, het Internetconsult en de nicotinevervangende inhaler bestond weinig tot geen ervaring. De deelnemers waren op de hoogte van het feit dat er cursussen ter ondersteuning van stoppen met roken worden georganiseerd; daarmee bestond echter – mede vanwege de kosten - weinig ervaring. Het minst bekend was de verslavingsdeskundige; daarbij denken de deelnemers aan drugs-, alcohol- en gokverslaving en niet aan ondersteuning bij stoppen met roken. Contact met de huisarts zoeken de deelnemers met name voor een recept en niet voor begeleiding. Een aantal deelnemers heeft advies van een verloskundige of een medisch specialist, bijvoorbeeld een cardioloog, gekregen bij het stoppen met roken.

### *3.2 Informatievoorziening*

**Informatie over stoppen-met-rokenmethoden:** Informatie over hoe te stoppen met roken komt op veel manieren bij de roker terecht. Kennis over hulpmiddelen als pleisters en kauwgom wordt vaak opgedaan via advertenties (in kranten of tijdschriften) en via folders. Informatie over zelfhulpmethoden zoals de boeken van Allen Carr en Geurts is veelal afkomstig van familie, vrienden of collega's. Informatie over andere hulpmiddelen wordt vaak verkregen via huisarts, apotheek of verloskundige.

In alle groepen komt naar voren dat de meeste campagnes gericht op rokers weinig effectief zijn. Er was echter één campagne die diverse deelnemers zich nog goed herinnerden, namelijk een campagne waarbij speciale pakjes 'sigaretten' werden uitgedeeld; degenen die deze 'sigaretten' opstaken hadden meteen voor enkele uren geen zin meer om te roken. De pakjes waren voorzien van informatie over roken. Campagnes zijn weinig effectief omdat de roker over het algemeen wel weet dat roken niet gezond is. Het huidige anti-rookbeleid waardoor rokers in hoekjes worden weggestopt is wellicht effectiever, aangezien de 'lol er in zo'n rookhok inderdaad snel vanaf is'.

Alle deelnemers vinden dat er (meer dan) voldoende informatie over stoppen met roken beschikbaar is en hebben geen moeite deze informatie te vinden. Huis-aan-huis bladen en folders zijn bekende manieren om informatie te verspreiden, maar ook sms-berichten worden genoemd. Om effectief te zijn moet informatie op de persoonlijke situatie zijn toegesneden. Tegelijkertijd moet er weinig gelegenheid tot het uitstellen

van de stoppoging worden gegeven. Het verkrijgen van informatie via Postbus 51 of de zorgverzekeraar wordt weinig aantrekkelijk gevonden, omdat het moeilijk is de gewenste informatie te krijgen vanwege lange wachttijden en te hoge telefoonkosten. Bovendien is de informatie die vervolgens wordt gegeven vaak te algemeen. Een advies-op-maat is beter, maar doordat men in feite zelf kan besluiten wanneer men begint, bestaat het gevaar dat de roker het voor zich uit blijft schuiven. Bovendien bevat zo'n advies soms ook erg algemene opmerkingen, die niet motiverend werken.

**Informatie over vergoedingensysteem:** Informatie over een eventueel vergoedingensysteem zou bij voorkeur via de zorgverzekeraar moeten lopen. Belangrijk daarbij is wel dat de zorgverzekeraar goed bereikbaar moet zijn. De deelnemers geven aan dat zij momenteel vaak moeite hebben hun zorgverzekeraar telefonisch te bereiken. Zoals eerder is aangegeven hebben de deelnemers over het algemeen geen moeite met het vinden van de informatie waar zij behoefte aan hebben. Een van de focusgroepen, de groep met mensen uit een lagere sociaal-economische klasse, staat echter wel positief ten opzichte van de creatie van een centraal informatiepunt. Hieronder verstaan zij een fysieke locatie waar zij informatie over stoppen met roken en het vergoedingensysteem zouden kunnen krijgen op het moment dat zij hebben besloten met roken te stoppen. De deelnemers geven aan dat zij best bereid zijn om enkele kilometers te reizen om op dit centrale punt persoonlijk een goed advies te krijgen en verder volledig voorgelicht te worden. In de andere twee focusgroepen zag men echter weinig in zo'n centraal punt. De belangrijkste reden daarvoor was dat al voldoende informatie over stoppen met roken beschikbaar is.

### *3.3 Argumenten voor en tegen een vergoedingensysteem*

**Argumenten voor:** Tijdens de verschillende focusgroepen werden de volgende argumenten voor de invoering van een vergoedingensysteem aangevoerd:

- De invoering van een vergoedingensysteem zal waarschijnlijk leiden tot een toename van het aantal mensen dat stopt met roken; dit zal op lange termijn leiden tot minder uitgaven aan gezondheidszorg. Het is derhalve ook in het belang van de overheid dat mensen stoppen met roken; de overheid mag daar dan ook best een bijdrage aan leveren.
- Een vergoedingensysteem is een stimulans om ondersteuning te zoeken bij het stoppen met roken. Een belangrijke reden hiervoor is dat de kosten van sommige typen ondersteuning hoog zijn en vaak bij het begin van de behandeling volledig moeten worden betaald. Dit betekent dat het voor sommige mensen, ondanks het feit dat ze uiteindelijk geld besparen omdat ze stoppen met roken, moeilijk is om ondersteuning financieel op te brengen.

- De zorg voor andere groepen verslaafden, zoals drugsverslaafden, wordt door de overheid gefinancierd. Invoering van een vergoedingensysteem zou volgens de deelnemers ook een erkenning inhouden van het roken als verslaving en zodoende leiden tot een gelijke behandeling van verschillende verslavingen.

**Argumenten tegen:** Ook werden argumenten tegen de invoering van een vergoedingensysteem aangevoerd:

- Mensen hebben er zelf voor gekozen te beginnen met roken en moeten zijn er dan ook zelf verantwoordelijk voor dat zij stoppen. De overheid hoeft volgens sommige deelnemers niet op te draaien voor verkeerde beslissingen van individuen. Door met roken te stoppen, investeer je ook in jezelf.
- Enkele van de deelnemers geloofden niet in de effectiviteit van ondersteuning. Diverse malen werd benadrukt dat de motivatie van degene die wil stoppen met roken doorslaggevend is. De deelnemers die niet geloofden in de effectiviteit van ondersteuning zagen ook weinig in een vergoedingensysteem, omdat dit kosten met zich meebrengt, maar weinig oplevert.
- Het niet vergoeden van ondersteuning, betekent dat mensen een bewustere keuze maken om te gaan stoppen met roken, omdat ze zelf moeten betalen. Enkele deelnemers verwachten dat het bewust maken van die keuze bijdraagt aan een hogere slaagkans. Een vergoedingensysteem zou ertoe kunnen leiden dat mensen zomaar wat proberen, zonder echt gemotiveerd te zijn.

In de drie focusgroepen werden soortgelijke argumenten voor en tegen een vergoedingensysteem gegeven. In de focusgroepen met mensen uit lagere sociaal-economische klassen en met patiënten waren bijna alle deelnemers voorstander van de invoering van een vergoedingensysteem. In de focusgroep met allochtonen waren de meningen meer verdeeld. Een groot deel van deze groep twijfelde aan de effectiviteit van ondersteuning bij stoppen met roken. Volgens de meeste deelnemers is motivatie de doorslaggevende factor bij een stoppoging en niet het wel of niet gebruiken van stoppen-met-rokenmethoden. De toegevoegde waarde van een vergoedingensysteem werd dan ook laag ingeschat. Er waren echter ook enkele deelnemers in deze groep, voornamelijk deelnemers die al verschillende stoppogingen hadden gewaagd, die wel het belang van stoppen-met-rokenondersteuning en een vergoedingensysteem inzagen. Over het geheel genomen, kan worden geconcludeerd dat de deelnemers aan de drie focusgroepen positief stonden ten opzichte van de invoering van een vergoedingensysteem. De deelnemers formuleerden echter wel een aantal eisen aan de vormgeving van een dergelijk systeem. Deze worden in de volgende paragrafen beschreven.

### 3.4 Financiële invulling van een systeem

**Eigen bijdrage:** De meeste deelnemers zijn van mening dat er binnen het eventueel in te voeren vergoedingensysteem sprake moet zijn van een zekere eigen bijdrage; deze kan eventueel inkomensafhankelijk zijn. Een groot aantal deelnemers vindt dat de vergoeding afhankelijk moet zijn van het succes van de poging, wat uiteraard pas achteraf kan worden vastgesteld. Als zo'n poging dan niet slaagt, zou men de geboden behandeling dus alsnog geheel of gedeeltelijk moeten betalen. Het is echter niet duidelijk hoe het best kan worden gecontroleerd of iemand ook daadwerkelijk met roken is gestopt. Enkele deelnemers geven aan dat zij bang zijn dat dit criterium fraudegevoelig is en wellicht alleen binnen een systeem van sociale controle kan worden doorgevoerd. Een voorbeeld hiervan is het aanbieden van cursussen door een werkgever, waarbij sociale controle door collega's plaatsvindt.

Een overweging om toch ook vooraf bepaalde methoden zonder kosten aan te bieden, is het voorkomen van een drempel – met name voor de duurdere methoden zoals cursussen en acupunctuur. Dit speelt met name in de groep met lagere inkomens, maar ook in deze groep is men overtuigd van het nut van een eigen bijdrage. Zonder deze eigen bijdrage zou een vergoedingensysteem te veel 'niet-gemotiveerden' kunnen aantrekken, waardoor de kosten te hoog zullen worden. Er wordt geopperd dat het een goed idee zou zijn om de eigen bijdrage eventueel gespreid te kunnen betalen. Voordeel hiervan is dat de drempel tot duurdere stoppen-met-roken-methoden niet te hoog is, terwijl de eigen bijdrage ervoor zorgt dat alleen gemotiveerde mensen ondersteuning zoeken bij het stoppen met roken.

**Te vergoeden methoden:** Omdat mensen verschillend reageren op de diverse methoden dienen in principe alle methoden binnen het vergoedingensysteem te vallen. Alleen wanneer het mogelijk zou zijn om per persoon precies aan te geven welke methode (het meest) effectief is, is het volgens de deelnemers acceptabel om te besluiten uitsluitend die methode te vergoeden.

**Maxima aan de vergoeding:** In de focusgroepen zijn de meningen over het wel of niet stellen van een maximum aan het aantal te vergoeden pogingen verdeeld. Enerzijds vindt men dat zodra meer pogingen voor vergoeding in aanmerking kunnen komen, dit een zekere vrijblijvendheid introduceert, waardoor mensen minder gemotiveerd kunnen zijn. Anderzijds hebben de meeste mensen meer pogingen nodig om de juiste methode te vinden dan wel naar het stoppen "toe te groeien". Enkele deelnemers geven aan een maximum van drie pogingen wel goed te vinden – onder het mom van "drie keer is scheepsrecht". Het is echter onduidelijk of dit dan per jaar of per

leven moet zijn. In de groep met allochtonen wordt een compromis voorgesteld waarbij de eerste poging volledig wordt vergoed en elke poging daarna steeds minder. Dit idee valt bij de meeste deelnemers in die groep goed.

**Type vergoeding:** Tijdens de focusgroepen is de deelnemers gevraagd of zij voorkeur hebben ten aanzien van de wijze van vergoeding. In alle focusgroepen bestond voorkeur voor handhaving van de bij zorgverzekeraars gebruikelijke systematiek van vergoeden, dat wil zeggen vergoeding na het overleggen van een rekening, of, met name bij grote bedragen, rechtstreekse vergoeding aan de hulpverlener. Andere typen vergoedingen die tijdens de discussie ter sprake kwamen, kregen weinig bijval. Bijna geen van de deelnemers vond tegoedbonnen of een persoonlijk budget een goed idee. Tegoedbonnen vonden de deelnemers "te vrijblijvend", omdat deze de mogelijkheid bieden het stoppen met roken uit te stellen. Het invoeren van een persoonlijk budget leek de deelnemers bureaucratisch en ingewikkeld.

### *3.5 Voorwaarden voor vergoeding*

**Doelgroep:** In principe moeten alle rokers voor hulp bij een stoppoging in aanmerking komen, waarbij mogelijk door intakegesprekken of een toets op motivatie wordt geselecteerd. Dit is nodig om een toestroom van ongemotiveerde probeerders, die slechts ondersteuning zoeken omdat het toch "niets kost" te voorkomen. Er bestaat verschil van mening over de vraag of er onderscheid moet zijn naar verzekeringsvorm (ziekenfonds of particulier). Wel is duidelijk dat de vergoeding buiten het eigen risico moet vallen. Als er prioriteiten zouden moeten worden gesteld, is het volgens de deelnemers acceptabel om de vergoeding alleen beschikbaar te stellen aan rokers met medische klachten. Dit is echter wel paradoxaal: mensen moeten blijkbaar eerst doorroken tot hen daadwerkelijk iets mankeert en pas dan zouden zij hulp kunnen krijgen bij het stoppen.

**Gesprekken als voorwaarde:** Het voorstel om uitsluitend een vergoeding aan te bieden als gesprekken met (verslavings)deskundigen onderdeel van de ondersteuning zijn, leidt tot een zeer verdeelde reactie. Een deel van de deelnemers ziet wel iets in dat voorstel – zeker gezien de verwachte effectiviteit - maar er is ook een grote groep die hier niets in ziet en die vindt dat alle methoden voor vergoeding in aanmerking moeten komen. Het is belangrijk vooraf goed te selecteren op motivatie, en niet zozeer op methode. Met name de (jongere) allochtone deelnemers vinden deze voorwaarde weinig zinvol. Bovendien wordt aangegeven dat het niet altijd gemakkelijk is bij de huisarts aandacht te krijgen voor stoppen met roken wat weer een drempel opwerpt.

De mate waarin de deelnemers akkoord konden gaan met gesprekken als voorwaarde om voor vergoeding in aanmerking te komen, hing samen met hun visie op de effectiviteit van gesprek. De deelnemers uit lagere sociaal-economische klassen, de patiënten en enkele (oudere) allochtonen waren van mening dat gesprekken een belangrijke rol kunnen spelen in een stoppoging en hadden dan ook geen probleem met de voorgestelde voorwaarde. De (jongere) allochtonen die weinig vertrouwen hadden in de effectiviteit van gesprekken, leek het ook geen goed idee dit als voorwaarde te stellen.

**Succesvol stoppen als voorwaarde:** Alle groepen zijn bijna unaniem van mening dat de vergoeding in ieder geval afhankelijk moet zijn van het succes van de poging. Succes wordt hier gedefinieerd als dat men kan aantonen na een periode niet opnieuw begonnen te zijn. In zo'n systeem kunnen de kosten in principe pas achteraf vergoed worden, waarbij de vergoeding dan eigenlijk een beloning voor het volhouden is geworden. In de woorden van deelnemers "stoppen is voor mij niet moeilijk, het is het volhouden". De uitvoering van deze controle is echter problematisch, tenslotte kan men ook de "boel voor de gek houden". Bovendien is onduidelijk hoe lang je rookvrij moet zijn om van een geslaagde poging te spreken.

**Deelname aan evaluatieonderzoek als voorwaarde:** Deelname aan een evaluatieonderzoek is voor geen van de deelnemers een reden om geen gebruik te maken van een vergoedingensysteem. In tegendeel, over het algemeen wordt dit als een soort 'nazorg' opgevat en als een positief punt ervaren.

### *3.6 Overige onderwerpen*

In de focusgroepen werden diverse onderwerpen besproken die niet direct uit het protocol voortvloeiden. Aangezien deze onderwerpen spontaan naar voren kwamen en 'leefden' bij de deelnemers worden deze onderwerpen in deze paragraaf kort besproken:

**Waarom stoppen met roken moeilijk is:** Alhoewel niet specifiek werd gevraagd waarom mensen er moeite mee hebben te stoppen met roken, werd dit onderwerp met grote regelmaat spontaan geïntroduceerd. De voornaamste redenen die werden genoemd, waren:

- Sociale omgeving: Veel van de deelnemers aan de focusgroepen verkeerden in een sociale omgeving waarin veel wordt gerookt. Het is moeilijker stoppen met roken vol te houden in het bijzijn van veel mensen die roken.

- Stress: Enkele van de deelnemers gaven aan wel te kunnen stoppen met roken, maar dit niet te kunnen volhouden wanneer zij in een stressvolle situatie terechtkomen.
- Eenzaamheid/verveling/bezigheidstherapie/gewoonte: Tenslotte werd benadrukt dat roken er als gewoonte inslijpt. Op momenten waarop mensen zich eenzaam voelen of zich vervelen, steken zij een sigaretje op zonder daarbij na te denken. Op het moment dat men wil stoppen met roken, is het moeilijk om dat op die momenten vol te houden.

**Effectiviteit van stoppen-met-rokenmethoden:** Een ander onderwerp dat regelmatig ter sprake kwam, maar waarnaar niet direct werd gevraagd, was de effectiviteit van verschillende vormen van ondersteuning bij stoppen met roken. Wanneer over de effectiviteit van ondersteuning werd gesproken, dan ging het vaak om eigen ervaringen en ervaringen van anderen. Van de resultaten van wetenschappelijk onderzoek ten aanzien van ondersteuning bij stoppen met roken was men niet of nauwelijks op de hoogte.

De ervaringen van de deelnemers waren zeer wisselend; terwijl de één bijvoorbeeld zeer goede ervaringen met acupunctuur had, stond de ander tien minuten na een bezoek aan de acupuncturist alweer te roken. De deelnemers gaven dan ook zelf aan dat volgens hen verschillende methoden voor verschillende mensen effectief zijn. Uitzondering hierop leek Zyban; alle deelnemers die ooit had geprobeerd met behulp van Zyban te stoppen met roken hadden daar bijwerkingen van ondervonden.

**De rol van zorgverleners bij stoppen met roken:** Enkele deelnemers gaven aan vanwege hun rookgedrag slechte ervaringen te hebben met hun huisarts. Sommige deelnemers moeten lang wachten voordat zij bij hun huisarts op het spreekuur kunnen komen, vooral als zij met hem/haar willen spreken over stoppen met roken. Een andere deelnemer merkte op dat haar huisarts haar niet wilde behandelen, omdat zij ondanks een longontsteking bleef doorroken. Zelf vond zij dat wel begrijpelijk; de overige deelnemers vonden dat echter absoluut onacceptabel.

**Benodigde aanvullende maatregelen:** Diverse deelnemers hebben tijdens de focusgroepen aangegeven dat één van de bijkomende moeilijkheden bij het stoppen met roken is dat zij bang zijn dat ze veel in gewicht aankomen. Enkele deelnemers merken op dat zij, in plaats van of in aanvulling op een vergoeding van ondersteuning bij stoppen met roken, graag begeleiding van een diëtiste of nazorg in de vorm van afslankcursussen vergoed zouden krijgen.



## 4. Conclusies en aanbevelingen

In dit hoofdstuk worden de conclusies en aanbevelingen van dit onderzoek beschreven. Deze zijn gebaseerd op de resultaten van de focusgroepen.

### INFORMATIEVOORZIENING

**De informatievoorziening over stoppen met roken is over het algemeen goed georganiseerd.** De deelnemers gaven aan geen moeite te hebben met het vinden van informatie over stoppen met roken. Ook over ondersteuning bij stoppen met roken is volgens hen voldoende informatie beschikbaar. Dit bleek onder meer uit het feit dat de deelnemers bekend waren met bijna alle stoppen-met-rokenmethoden die in Nederland worden gehanteerd. Een groot deel van de deelnemers aan de focusgroep met mensen uit lagere sociaal-economische klassen vond het een goed idee om een centraal informatieloket specifiek gericht op stoppen met roken in het leven te roepen; in de andere twee groepen zag men daar niets in.

**Op enkele gebieden kan de informatievoorziening aan rokers nog enigszins worden verbeterd.** Enkele van de deelnemers aan de focusgroepen hebben aangegeven dat het bij sommige organisaties, zoals zorgverzekeraars en Postbus 51, moeilijk is om informatie over stoppen met roken te krijgen. Deze organisaties zijn moeilijk bereikbaar, de telefoonkosten zijn vaak hoog, en de informatie die wordt verschaft is te algemeen. Tenslotte werd duidelijk dat weinig deelnemers op de hoogte zijn van de rol die een verslavingsdeskundige kan spelen bij stoppen met roken. De informatievoorziening daarover zou kunnen worden verbeterd.

**Zorgverzekeraars zijn de aangewezen partij om informatie over het vergoedingensysteem te verspreiden.** Mocht er een vergoedingensysteem worden ingevoerd dan zijn zorgverzekeraars, volgens de deelnemers aan de focusgroepen, de aangewezen partij om informatie daarover te verspreiden.

### STOPPEN-MET-ROKENMETHODEN

**Het is belangrijk dat informatie over stoppen-met-rokenmethoden op de persoonlijke situatie is toegesneden.** De deelnemers aan de focusgroepen gaven aan dat er veel informatie over stoppen met roken beschikbaar is en dat het ook gemakkelijk is deze informatie te vinden. Deze informatie is echter zeer algemeen en weinig op de persoonlijke situatie toegesneden. Ook waren de deelnemers van mening

dat verschillende mensen gebaat zijn bij verschillende stoppen-met-rokenmethoden. Wellicht zou het derhalve zinvol zijn om onderzoek te doen naar de vraag welke mensen het meest gebaat zijn bij specifieke methoden, zodat het mogelijk is de ondersteuning meer op de persoonlijke situatie toe te snijden.

**Er is onderzoek nodig ten aanzien van de rol van de huisarts bij stoppen met roken.** De huisarts zou een belangrijke rol kunnen spelen bij de ondersteuning van mensen die willen stoppen met roken. Uit de focusgroepen bleek echter dat er weinig deelnemers zijn die overwegen om hun huisarts om advies te vragen. Contact met de huisarts zoeken de deelnemers toch voornamelijk om een recept te krijgen, bijvoorbeeld voor Zyban, niet voor begeleiding. Enkele deelnemers waren van mening dat de kwaliteit van de zorg die zij van hun huisarts krijgen lager is dan de kwaliteit van zorg die anderen wordt geboden. Onderzoek naar de rol van de huisarts bij stoppen met roken verdient derhalve aanbeveling.

**Het is belangrijk om bij ondersteuning bij stoppen met roken aandacht te besteden aan de sociale omgeving van mensen.** Tijdens de focusgroepen kwam meermalen naar voren dat de sociale omgeving waarin mensen verkeren, het stoppen met roken bemoeilijkt. Het is extra moeilijk om te stoppen met roken wanneer familie, vrienden en kennissen van degene die wil stoppen met roken ook roken. Bij stoppen-met-rokenbegeleiding zou hier dan ook aandacht aan moeten worden besteed. Verder onderzoek is mogelijk nodig om te kunnen beoordelen hoe daar het best mee kan worden omgegaan.

**Het is wenselijk om mensen die willen stoppen met roken ook informatie te geven over gezond gewicht.** Diverse deelnemers hebben tijdens de focusgroepen aangegeven dat zij niet alleen behoefte hebben aan informatie over het stoppen met roken zelf, maar ook aan informatie over eventuele gewichtsproblematiek die gepaard kan gaan met stoppen met roken. Daarbij werden bijvoorbeeld begeleiding door een diëtiste of nazorg in de vorm van afslankcursussen genoemd. Het zou zinvol zijn na te gaan in hoeverre en op welke wijze daar bij de invulling van het vergoedingensysteem aandacht aan kan worden gegeven.

## **VORMGEVING VAN HET VERGOEDINGENSYSTEEM**

**Het is een goed idee om een vergoedingensysteem voor ondersteuning bij stoppen met roken in te voeren.** Het grootste deel van de deelnemers aan de focusgroepen was voorstander van de invoering van financiering voor ondersteuning bij stoppen met roken, met name omdat dit mensen zal stimuleren ondersteuning te

zoeken bij stoppen met roken en dat dit op lange termijn naar verwachting zal leiden tot een afname van het aantal rokers. Enkele deelnemers, met name uit de focusgroep met allochtonen, zien weinig in een vergoedingensysteem. De belangrijkste reden daarvoor is dat zij van mening zijn dat ondersteuning bij stoppen met roken weinig bijdraagt aan de slaagkans; de motivatie van rokers en niet de ondersteuning is volgens hen cruciaal.

**Invoering van een vergoedingensysteem leidt tot de erkenning van roken als verslaving.** In de focusgroepen werd diverse malen aangegeven dat roken een 'echte' verslaving is, maar niet door iedereen als zodanig wordt erkend. Volgens deze deelnemers zou invoering van een vergoedingensysteem voor ondersteuning bij stoppen met roken ook een erkenning inhouden van het roken als verslaving en zodoende leiden tot een gelijke behandeling van verschillende verslavingen.

**Bij de vormgeving van een vergoedingensysteem dient een balans te worden gevonden tussen laagdrempeligheid en fraudegevoeligheid.** Veruit de meeste deelnemers staan positief ten opzichte van de invoering van een vergoedingensysteem. Over de precieze vormgeving daarvan, bestaat echter veel discussie. De vormgeving is echter van groot belang om te realiseren dat de juiste stimulans van het systeem uitgaat. Daarbij moet een balans worden gezocht tussen laagdrempeligheid en fraudegevoeligheid. Enerzijds wordt het belangrijk gevonden dat alle rokers op voor financiële ondersteuning in aanmerking komen; anderzijds bestaat er angst dat het vergoedingensysteem "misbruikt" zou kunnen worden door rokers die wel eens een keertje willen proberen te stoppen met roken. Sommige deelnemers zijn dan ook van mening dat het zinvol zou zijn om rokers een motivatietest te laten doen alvorens zij voor vergoeding in aanmerking komen.

**Volledige vergoeding van ondersteuning van stoppen met roken is niet wenselijk.** Het merendeel van de deelnemers aan de focusgroepen vindt het wenselijk dat mensen die willen stoppen met roken een eigen bijdrage leveren aan de ondersteuning die zij daarbij krijgen. De belangrijkste reden daarvoor is dat alleen mensen die serieus willen stoppen met roken aanspraak zullen maken op het vergoedingensysteem als zij daar zelf een financiële bijdrage aan moeten leveren.

**In het vergoedingensysteem moet een duidelijk maximum worden gesteld, maar er bestaat discussie over de vraag wat dat maximum moet zijn.** Er bestaat consensus binnen de focusgroepen dat er uit kostenoogpunt een maximum aan de te vergoeden kosten moet worden gesteld. Er bestaat echter geen consensus over de wijze waarop dit het best vorm kan krijgen. Mogelijkheden die worden genoemd zijn

een maximum aan het totale bedrag dat wordt vergoed en een maximum aan het totaal aantal stoppogingen dat wordt vergoed. Met name over het stellen van een maximum aan het aantal stoppogingen bestaat veel discussie. Enerzijds is men van mening dat de grootste stimulans zal uitgaan van een systeem waarbij één poging worden vergoed, omdat mensen deze kans dan zo goed mogelijk zullen benutten. Anderzijds is bekend dat rokers veelal meerdere pogingen nodig hebben om naar stoppen "toe te leven" en om de voor hen geschikte methode te vinden.

### **Een vergoedingensysteem met een oplopende eigen bijdrage lijkt het meest wenselijk.**

Op basis van het bovenstaande lijkt het wenselijk om een systeem te ontwikkelen met een oplopende eigen bijdrage, omdat van een dergelijk systeem de juiste stimulans uitgaat. Een systeem met een oplopende eigen bijdrage is laagdrempelig waardoor mensen sneller geneigd zijn ondersteuning te zoeken bij het stoppen met roken en ook verschillende pogingen kunnen wagen. De kans dat mensen misbruik maken van het systeem is klein, omdat zij wel een financiële bijdrage moeten leveren. Tenslotte biedt het systeem ook een stimulans om zo snel mogelijk te stoppen met roken, omdat de eigen bijdrage steeds hoger wordt.

### **Alle rokers dienen voor financiering van ondersteuning bij stoppen met roken in aanmerking te komen.**

Alle rokers dienen voor het vergoedingensysteem in aanmerking te komen, mits zij voldoende gemotiveerd zijn. Enkele deelnemers gaven aan dat het wellicht een goed idee is om mensen die voor een vergoeding in aanmerking willen komen een motivatietest te laten doen. Mocht het om financiële redenen niet mogelijk zijn om alle rokers te ondersteunen, dan mag de prioriteit volgens de deelnemers aan de focusgroepen uitgaan naar mensen die om medische redenen moeten stoppen met roken. Een andere suggestie die enkele malen wordt gedaan, is om de vergoeding inkomensafhankelijk te maken.

## **VOORWAARDEN AAN EEN VERGOEDING**

### **Alle stoppen-met-rokenmethoden dienen voor vergoeding in aanmerking te komen.**

De deelnemers geven aan dat mensen baat hebben bij verschillende methoden om te stoppen met roken. Zij vinden het dan ook geen goed idee om slechts een beperkt aantal methoden te vergoeden. Het idee om stoppen met roken alleen te vergoeden wanneer de stoppoging wordt ondersteund door gesprekken met deskundigen (eventueel in combinatie met een andere methode) wordt in twee van de drie focusgroepen acceptabel gevonden. In de focusgroep met allochtonen is men echter van mening dat gesprekken weinig effectief zijn en dat het geen goed idee is om deze voorwaarde aan een vergoeding te stellen.

**Het is wenselijk om mensen die voor een vergoeding in aanmerking komen verplicht te laten deelnemen aan evaluatieonderzoek.** Er bestaat consensus onder de deelnemers aan de focusgroepen dat het acceptabel is om mensen die financieel worden ondersteund bij het stoppen met roken te verplichten om deel te nemen aan een onderzoek naar de effectiviteit van het vergoedingensysteem en de geprobeerde stoppen-met-rokenmethoden. Enkele deelnemers geven aan dat dit niet alleen acceptabel, maar zelfs wenselijk is. Evaluatieonderzoek wordt door hen gezien als een mogelijke vorm van nazorg en zou de mensen die stoppen met roken zelfs kunnen motiveren vol te houden.



## **BIJLAGE A: Protocol voor de focusgroepen**

**Welkom.** De deelnemers worden welkom geheten en bedankt voor hun komst.

**Achtergrond van het project.** Stoppen met roken is moeilijk. Dat weet iedereen. Toch denken veel mensen die willen stoppen dat ze het wel alleen kunnen. Dat is op zich jammer, want uit onderzoek blijkt dat de kans dat het lukt een stuk groter is wanneer daarbij de juiste hulpmiddelen worden gebruikt. Over het algemeen is slechts 4% van de mensen die zelf – zonder hulp – probeert te stoppen met roken succesvol. Als iemand hulp krijgt bij het stoppen met roken, bijv. via de huisarts of door gebruik van hulpmiddelen, is de kans groter dat de stoppoging succesvol is. Daarom wordt er binnen de gezondheidszorg over nagedacht om mensen die willen stoppen met roken – en die daarbij hulp zoeken – financieel te ondersteunen. Wij willen graag weten wat mensen die eventueel willen stoppen met roken denken over de vormgeving van zo'n vergoedingensysteem.

Deze bijeenkomst is een van de drie bijeenkomsten waarin we met verschillende mensen praten die willen stoppen met roken. Alle meningen die uit deze bijeenkomsten naar voren komen worden in een rapport beschreven. Dit rapport gaat naar de opdrachtgever van dit onderzoek, het College voor zorgverzekeringen, dat is een adviesorgaan van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. De informatie uit het rapport zal het CVZ gebruiken om de Minister te adviseren over de vraag of het een goed idee is om ondersteuning bij stoppen met roken te vergoeden en, zo ja, wat de beste manier is om een vergoedingensysteem op te zetten.

**Praktische punten.** Deze bijeenkomst zal ongeveer twee uur duren. U wordt vriendelijk verzocht tijdens de bijeenkomst niet te roken. In principe is er na ongeveer een uur een rook- en koffiepauze, maar als u daar de voorkeur aan geeft kunnen er ook twee (wat kortere) rookpauzes worden ingelast. Na afloop krijgt u de onkostenvergoeding contant overhandigd (graag voor ontvangst tekenen). Als u reiskosten heeft gemaakt krijgt u die ook vergoed en kunt u ook een declaratieformulier meenemen die u dan met de kaartjes etc. aan ons kunt opsturen. Voor het parkeren krijgt u van ons een uitrijkaart. Heeft u nog vragen over de bijeenkomst of de vergoedingen?

**Voorstelronde.** We willen graag beginnen met een korte voorstelronde om kennis te maken. De leden van het RAND Europe projectteam stellen zich voor en vertellen tevens kort iets over RAND Europe. De deelnemers wordt gevraagd zich voor te stellen en aan te geven of ze ooit hebben geprobeerd te stoppen met roken en, zo ja, hoeveel



pogingen ze hebben gewaagd, hoe lang geleden dat was en hoe lang ze het volgehouden hebben.

**Bekende en gebruikte manieren om te stoppen.** Er bestaan momenteel een heel aantal manieren om hulp te krijgen van een stoppoging. Ruwweg zijn er drie soorten methoden te onderscheiden, namelijk ten eerste een individuele behandeling door een deskundige, ten tweede behandeling een groepsbehandeling en tenslotte ondersteuning met hulpmiddelen. Voorbeelden van hulpmiddelen zijn geneesmiddelen, alternatieve geneeswijzen en ondersteuning met nicotinevervangende middelen. Om te weten te komen welke methoden u kent en wellicht heeft gebruikt, wil ik graag een rondje maken.

[De onderstaande vragen worden aan alle deelnemers gesteld en er wordt gecheckt welke methoden wel en niet genoemd worden. In de bijlage bij dit protocol wordt aangevinkt welke methoden worden genoemd en hoeveel deelnemers deze methode hebben geprobeerd].

1. Op welke manier heeft u wel eens geprobeerd te stoppen met roken? En als u nu zou besluiten te stoppen met roken hoe zou u het dan aanpakken, zou u daarbij hulpmiddelen gebruiken? Zo ja, welke? Zo nee, waarom niet?
2. Voor elk van de genoemde methoden: Welke informatie had u over die methode gekregen en hoe kwam u aan die informatie?

[Na afloop van het rondje wordt nagegaan welke methoden door niemand zijn genoemd en wordt per methode die niet ter sprake is gebracht het volgende gevraagd: ]

3. Dus niemand hier aanwezig heeft wel eens ..... geprobeerd? Heeft u er wel eens van gehoord? Hoe of waar heeft u ervan gehoord?

**Methoden en informatie over vergoeding.** Stoppen met roken kan geld kosten en via een vergoedingsstelsel zouden die kosten of een deel daarvan aan de roker terug kunnen worden gegeven. Het ligt voor de hand dat aan zo'n stelsel regels moeten worden verbonden.

4. Vindt u het een goed idee dat de kosten die een roker maakt bij een stoppoging door een ziektekostenverzekeraar worden vergoed? Zo ja, waarom vindt u dit een goed idee? Zo nee, waarom vindt u dat geen goed idee?

5. Zou iedereen die rookt volgens u voor een dergelijke vergoeding in aanmerking moeten komen, of alleen specifieke groepen rokers? Indien dit laatste het geval is, welke?

[In eerste instantie zullen we deze vraag open stellen. Mocht daar geen goede respons op komen, dan kunnen we de volgende voorbeelden geven:

- zware rokers vs. alle rokers
- ziekenfondsverzekerden en/of particulier verzekerden;
- ouderen en/of jongeren;
- mensen die een medische reden hebben om te stoppen met roken vs. alle rokers.]

6. Verwacht u dat het bestaan van een vergoedingsstelsel het mensen gemakkelijker zal maken om te stoppen met roken? Zou u bijvoorbeeld eerder hulpmiddelen gebruiken als deze zouden worden vergoed? Zo ja, waarom? Zo nee, waarom niet?

7. Hoe zou de informatie over methoden om te stoppen met roken en over het vergoedingensysteem het best kunnen worden verspreid (bijv. folders, radio of televisie, Internet)? Welke organisaties zouden hier volgens u een rol bij moeten spelen?

8. Zou het handig zijn als er een centraal informatiepunt komt waar alle informatie over stoppen met roken te verkrijgen is? Zo ja, heeft u een voorkeur ten aanzien van de instantie die deze rol zou kunnen vervullen (bijvoorbeeld GGD, zorgverzekeraar, huisarts, of thuiszorg)?

**Invulling van het systeem.** Als er een vergoedingensysteem wordt opgezet dan moeten er allerlei keuzes worden gemaakt over de vormgeving van het systeem. We willen graag van u weten hoe zo'n systeem er volgens u het best uit zou kunnen zien.

9. Vindt u dat de kosten verbonden aan een stoppoging helemaal vergoed zouden moeten worden, of zou u het beter vinden als mensen zelf een bepaald bedrag per poging moeten bijdragen?

10. Als in zo'n systeem een eigen bijdrage gevraagd wordt, vindt u dat deze kosten eventueel voor vergoeding in aanmerking kunnen komen als mensen na een periode (bijv. 6 maanden) kunnen aantonen dat ze nog steeds niet opnieuw zijn gaan roken?

11. Zou elke poging voor vergoeding in aanmerking moeten komen, of moet er een maximum aan het aantal pogingen worden gesteld? Bij geen maximum: Ook als hierdoor de premies van ziektekostenverzekeringen omhoog gaan? Bij maximum: Hoeveel pogingen zouden volgens u dan maximaal vergoed mogen worden, en wat is daarvoor de reden?
12. Zou bij de vergoeding onderscheid moeten worden gemaakt naar de methode of het type hulpmiddel dat gebruikt wordt? Dit zou bijvoorbeeld kunnen betekenen dat nicotinevervangers niet worden vergoed en de gesprekken met deskundigen wel. Welk onderscheid is voor u acceptabel, en waarom?
13. Uit onderzoek blijkt dat mensen succesvoller zijn bij het stoppen met roken als zij daarbij worden geholpen door hun huisarts of een andere deskundige. Wat vindt u van het idee dat het – om voor vergoeding van de kosten in aanmerking te komen – verplicht is om een of meer gesprekken met een deskundige te voeren? Dit zou bijvoorbeeld betekenen dat u geen vergoeding krijgt als u alleen nicotinepleisters zou gebruiken, maar dat nicotinepleisters wel worden vergoed als u daarnaast ook gesprekken met een deskundige voert.
14. Hoe zou u het liefst de vergoeding ontvangen? [Deze vraag zullen we eerst open stellen. Mochten niet alle alternatieven aan de orde komen, dan zullen we deze introduceren en nagaan wat de deelnemers daarvan vinden.]
- Contant (op uw rekening) na overleg van bewijzen van betaling?
  - Direct betaald door de verzekeraar aan de zorgverlener, zonder uw tussenkomst?
  - Via tegoedbonnen van de verzekeraar/ziekenfonds die van tevoren aan te vragen zijn en die u in de winkel en bij de huisarts etc. kunt inleveren?
  - Via een persoonsgebonden budget dat u bij uw verzekeraar aanvraagt?
  - Anders, namelijk ...

Om de effecten van een nieuw vergoedingensysteem te kunnen bepalen, wil het CVZ graag informatie verzamelen over de ervaringen van de stoppers die ervan gebruik maken. Zo'n onderzoek houdt meestal in dat mensen worden gevraagd om één of meer keer een vragenlijst in te vullen of aan een telefonische enquête mee te doen.

15. Zou u ermee akkoord gaan als u, om in aanmerking te komen voor een vergoeding, verplicht wordt om aan een dergelijk onderzoek mee te werken? Zo nee, waarom niet? En als deelname vrijwillig zou zijn, zou u dan wel of niet besluiten deel te nemen?

## Bijlage

| Methode   | Aantal |
|---|--------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gewoon gestopt (van de ene op de andere dag, zonder hulp)</li> </ul>   |        |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Langzaam geminderd (zonder hulp) en uiteindelijk gestopt</li> </ul>  |        |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Met hulp of advies van een huisarts.</li> </ul>  |        |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Met hulp of advies van een andere deskundige (bijv. verloskundige, cardioloog, longarts, etc.)</li> </ul>  |        |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Advies op maat: na het invullen van een vragenlijst krijgt u advies hoe het best kunt proberen te stoppen. Dit kan bijv. ook een cursus of een van begeleiding over wat langere tijd inhouden.</li> </ul>  |        |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Telefonische coach: een deskundige die u via de telefoon een aantal maanden spreekt en die u helpt om op de voor u geschikte manier te beginnen en de poging vol te houden (kosten ca. 30 Euro).</li> </ul>  |        |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Begeleiding op maat: een deskundige die deels in persoon, deels via de telefoon u in een aantal gesprekken helpt om te beginnen en de poging vol te houden (kosten ca. 100 Euro).</li> </ul>   |        |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Internet consult: e-mail correspondentie met een deskundige die u helpt op de voor u geschikte manier te beginnen en de poging vol te houden.</li> </ul>   |        |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gesprekken met een verslavingsdeskundige (5 tot 10 gesprekken; kosten ca. 50 Euro per gesprek).</li> </ul>   |        |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cursus: Samen met andere rokers wordt u gedurende een aantal weken bijeenkomsten intensief begeleid door een deskundige. De gezamenlijke ervaring versterkt de motivatie. (kosten ca. 200 Euro).</li> </ul>  |        |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Behandeling met acupunctuur, hypnose of softlaser.</li> </ul>  |        |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kuur met een geneesmiddel (bijv. Zyban, o.b.v. bupropion) dat via de huisarts op recept te krijgen is (kosten ca. 20 Euro per week).</li> </ul>  |        |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nicotinevervangende middelen worden gebruikt om de lichamelijke ontweningsverschijnselen te bestrijden en een kuur duurt meestal 12 weken. Deze middelen zijn verkrijgbaar bij apotheek en drogist. <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Kauwgom, pleisters, zuigtabletten, smelttabletten (microtabs) → kuur duurt meestal 12 weken (kosten gemiddeld 18 Euro per week).</li> <li>○ Inhaler (kosten ca. 40 Euro per week).</li> </ul> </li> </ul> |        |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Methode Allen Carr: Allen Carr heeft een methode ontwikkeld die inzicht geeft in hoe rookverslaving werkt. Dit inzicht en herkenning geven extra steun en houvast in het stopproces. De ervaring van rokers is dat dit hen sterkt in hun overtuiging te willen stoppen. Hulpmiddelen zijn: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Training bestaande uit één bijeenkomst van ca. 5 uur in een groep van maximaal 10 personen</li> </ul> </li> </ul>  |        |

|   |  |
|---|--|
| 8 personen; evt. met korte vervolgsessies en/of telefonische ondersteuning (kosten ca. 200 Euro).<br>○ Boek 'Stoppen met Roken' (12,50 Euro). |  |
| • Anders, namelijk .....  |  |



## **BIJLAGE B: Verslagen focusgroepen**

**Focusgroep stoppen met roken:  
Lagere sociaal-economische klasse  
Amersfoort, 15 april 2003**

**BEKENDE EN GEBRUIKTE MANIEREN OM TE STOPPEN**

**1. Eerdere stoppogingen en methoden die daarbij zijn gebruikt**

- Mw. L heeft afgelopen september voor het laatst een stoppoging gewaagd, daarbij ondersteund door een specifieke vorm van acupunctuur waarbij de naaldjes blijven zitten. Daardoor is zij drie maanden van het roken afgeweest. Als ze weer zou proberen te stoppen, dan zou ze deze methode weer proberen, omdat 'ie tot nu toe het meest succes heeft opgeleverd. De kosten zijn echter hoog (115 Euro).
- Voor Mw. K is het al lang geleden dat zij heeft geprobeerd te stoppen met roken. Bij die poging heeft ze nicotinepleisters gebruikt, maar daar kreeg ze hartkloppingen van; om die reden is ze gestopt met de pleisters.
- Dhr. J. heeft sinds kort een kind en wil daarom stoppen met roken. Hij heeft dit al eens eerder geprobeerd, daarbij ondersteund door acupunctuur. Na het bezoek aan de acupuncturist stond hij echter op de hoek van de straat alweer te roken.
- Mw. I heeft drie maanden geleden geprobeerd te stoppen met roken, van de ene op de andere dag. Dat heeft zij echter niet lang volgehouden.
- Mw. H heeft jaren geleden geprobeerd te stoppen met roken met behulp van pleisters, maar was niet succesvol. Ze rookte gewoon door.
- Dhr. G probeert sinds 7 maart te stoppen met roken. Hij moet stoppen in verband met het plaatsen van implantaten in zijn gebit. Af en toe heeft hij echter nog wel gerookt. De laatste twee dagen heeft hij helemaal niet meer gerookt, maar hij heeft wel last van ontweningsverschijnselen (trillen + aankomen in gewicht). Hij drinkt erg veel koffie om de rookzucht te compenseren. Hij realiseert zich nu opeens hoe erg roken stinkt.
- Mw. F komt uit Bosnië en is tijdens de oorlog in 1992 begonnen met roken. Ze is nog wel eens vijf maanden gestopt omdat ze vaak misselijk was als gevolg van het roken. Dat heeft ze echter niet vol kunnen houden. Sinds een jaar is ze gescheiden en nu rookt ze meer dan ooit.
- Mw. E heeft vorig jaar mei voor de laatste keer proberen te stoppen met roken, zonder daarbij ondersteund te worden. Dat is drie maanden gelukt, maar daarna is ze weer begonnen.
- Mw. D heeft tien jaar geleden een stoppoging gewaagd. Van de nicotinekauwgom kreeg zij echter de hele dag de hik, dus daar is ze mee gestopt.



- Mw. C geeft aan een echte stressroker te zijn. Nu rookt ze een half pakje per dag, maar voorheen ook wel eens meer. Ze heeft wel eens geprobeerd te stoppen met behulp van het boek van Allen Carr, maar is halverwege het boek afgehaakt. Ze probeert vooral te stoppen door langzaam af te bouwen, maar als ze dan weer stress heeft, begint ze weer meer te roken.
- Dhr. B is één keer zonder hulpmiddelen gestopt, maar heeft dat twee dagen volgehouden. Nu probeert hij af te bouwen door steeds minder sigaretten mee te nemen als hij ergens heen gaat.
- Dhr. A is zeven jaar geleden wel eens gestopt met roken, omdat hij meedeed aan een medicijnenonderzoek, waarbij je niet mocht roken. Dat deed hij zonder ondersteuning ('cold turkey'). Dat was wel even slikken. Onmiddellijk na het onderzoek is hij weer begonnen. De eerste sigaret beviel niet erg, maar bij het treinstation aangekomen rookte hij weer als vanouds. Hij twijfelt erover of hij wil proberen te stoppen.

## **2. Informatie over de methoden en de wijze waarop deze is verworven**

- Mw. C heeft de informatie over het boek van Carr via de onderbuurman gekregen. Eigenlijk houdt ze helemaal niet van lezen, maar aangezien haar onderbuurman door het boek was gestopt met roken, heeft ze het toch geprobeerd. Bij haar werkte het niet; haar schoonmoeder is echter wel door het boek gestopt met roken. Mw. E geeft aan dat ze door het boek ook een jaar gestopt is met roken. Zij had erover gelezen in een tijdschrift. De andere deelnemers vragen wat er in het boek staat en Mw. C en E geven aan dat ze eigenlijk alles wat in het boek staat al wisten, maar dat je nog eens met je neus op de feiten wordt gedrukt.
- Mw. L had in de krant gelezen over acupunctuur; in het artikel stond dat de slaagkans hoog was (80%) en toen heeft ze het geprobeerd. Haar huisarts had echter al aangegeven dat ze zich niets moest laten wijs maken door het artikel.
- Mw. K heeft pleisters geprobeerd via de apotheek, en Mw. L heeft ook pleisters geadviseerd gekregen door de huisarts, evenals Mw. H. Deze moeten ze echter wel zelf betalen.
- Dhr. B geeft aan dat hij ook een 'advies op maat' heeft gekregen na het invullen van een formulier. Hij heeft ook allerlei foldertjes verzameld. Hij heeft de informatie en het advies al twee keer doorgelezen, maar dat is inmiddels al een jaar geleden en hij heeft nog niet de moed gehad om ook echt te stoppen. Hij geeft aan dat hij navraag heeft gedaan bij zijn ziektekostenverzekeraar en dat die wel een cursus wil vergoeden, maar geen kauwgom. Dat vindt hij jammer, want dat lijkt hem op zich wel een goede methode.

- Mw. E heeft via de verloskundige informatie over stoppen met roken gekregen. Deze heeft haar aangeraden in ieder geval te minderen tot 8-10 sigaretten per dag. Bij Mw. K is dat mislukt; zij ging juist meer roken tegen het einde van haar zwangerschap, maar heeft een volledig gezond kind gekregen.
- Dhr. J heeft ook wel eens met een verslavingsdeskundige gepraat. Op advies van de verloskundige van zijn vrouw rookt hij nu voornamelijk op het balkon.
- Mw. G en K geven aan dat een kliniek, naar Amerikaans voorbeeld, hen wel wat lijkt. Mw. K zou daar zelfs wel zelf voor willen betalen, omdat ze daar hoge verwachtingen van heeft.
- Dhr. G heeft op televisie ook gezien dat hypnose goed kan werken. Mw. K lijkt dat echter eng.

### **3. Niet geprobeerde methoden**

- Bij navraag blijkt dat niemand gebruik heeft gemaakt van een telefonische coach, begeleiding op maat, een cursus, internetconsult, of geneesmiddelen. Van de meeste methoden hebben de deelnemers wel gehoord. Alleen Mw. C kent het internetconsult en geeft aan dat dit net zoiets is als het 'advies op maat', maar dan via het internet.
- Mw. K is wel eens door haar huisarts aangeraden geneesmiddelen te gebruiken. Dit heeft zij echter niet gedaan, omdat ze zelf moest betalen en omdat ze gevaarlijk zijn; 'in Amerika zijn er al mensen aan doodgegaan'. Een vriendin van haar heeft wel geneesmiddelen gebruikt, maar werd daarbij goed begeleid door haar huisarts, die ook regelmatig haar bloeddruk e.d. controleerde. De huisarts van Mw. K gaf echter totaal geen begeleiding en daarom durfde ze de middelen niet te nemen. Mw. C benadrukt nog eens dat geneesmiddelen ook wel een erg dure methode zijn.
- Dhr. B ziet ook wel iets in yoga of ademhalingsoefeningen.

## **METHODEN EN INFORMATIE OVER VERGOEDING**

### **4. Argumenten voor en tegen een vergoedingensysteem**

- Dhr. A denkt niet dat een vergoedingensysteem zin heeft, omdat dan meer mensen stoppen met roken. De inkomsten van de accijnzen zullen dan minder worden en dan moeten andere belastingen omhoog. Uiteindelijk heeft het economisch dus geen zin. Mw. L. brengt daartegenin dat de kosten van de gezondheidszorg ook omlaag zullen gaan, dus dat het toch wel goed is.

- Dhr. J geeft aan dat een vergoedingensysteem voor hem niet hoeft. Hij vindt het zijn eigen verantwoordelijkheid dat hij is begonnen met roken en vindt ook dat hij zelf voor de gevolgen moet opdraaien.
- Mw. L lijkt het wel een goed idee, omdat dit haar zou stimuleren eerder hulp te zoeken. De meeste deelnemers zijn het met haar eens. Bovendien kunnen sommige mensen de kosten van ondersteuning simpelweg niet opbrengen.
- Mw. C vindt dat er wel voorwaarden aan zo'n systeem moeten worden gesteld; je zou wel moeten kunnen bewijzen dat je echt bent gestopt. Mw. E is het daar niet helemaal mee eens, aangezien je het stoppen toch vooral voor jezelf doet.

## **5. Doelgroepen voor het vergoedingensysteem**

- Alle deelnemers die vinden dat er een vergoedingensysteem moet komen, vinden ook dat dit systeem er voor alle rokers moet zijn, of zij nu licht of zwaar roken, of zij nu via het ziekenfonds of particulier verzekerd zijn en of zij nu jong of oud zijn.
- Mw. K geeft aan dat als er gekozen moet worden, wat haar betreft hartpatiënten prioriteit moeten krijgen. Mw. D en L zijn het daar mee eens. Dhr. G lijkt het echter niet gemakkelijk om verschillende groepen te maken; waar ligt de grens?
- Er lijkt consensus te bestaan dat iedereen er voor in aanmerking moet komen en dat, als er echt gekozen moet worden, de prioriteit moet liggen bij mensen die om medische redenen moeten stoppen. De voorkeur ligt echter bij iedereen vergoeden, omdat je beter kunt voorkomen dat mensen ziek worden.

## **6. Stimulans die uitgaat van een vergoedingensysteem**

- Bijna alle deelnemers denken dat er wel een goede stimulans uitgaat van een vergoedingensysteem. Alleen Dhr. A denkt dat hij door een vergoeding geen extra stoppoging zal wagen. Dhr. G denkt dat er wel goede begeleiding bij nodig is.
- Mw. L geeft aan dat acupunctuur haar eerder goed geholpen heeft en dat zij het eerder opnieuw zou proberen als dit vergoed zou worden; de kosten zijn nu echter hoog. Zij rookt momenteel niet zoveel (een pakje shag per week) dat stoppen daarmee genoeg geld oplevert om de acupunctuur (115 Euro) te betalen. Het is voor haar echter wel extra belangrijk om te stoppen, omdat ze longemfyseem heeft, en toch kan ze het niet.

## **7. Informatie over stoppen met roken en het vergoedingensysteem**

- Mw. C en M zijn voorstander van het huis-aan-huis verspreiden van informatie over stoppen met roken.

- Dhr.G vertelt dat er tien jaar geleden een campagne was met hele vieze pakjes sigaretten die gratis werden uitgedeeld; als je die rookte, dan rookte je meteen 2-3 uur niet meer. Tegelijkertijd werd er informatie verschaft over stoppen met roken. Andere deelnemers herinneren zich deze campagne, die maar kort geduurd heeft, ook. Het idee bestaat dat dit wel een effectieve campagne was.
- Dhr. B ziet meer in het verspreiden van foto's met zwartgerookte longen. Anderen geven aan dat dit allang gebeurt en dat het weinig effect heeft.
- Dhr. J vindt wat er nu gebeurt al voldoende; rokers worden gediscrimineerd en worden overal in hoekjes van gebouwen weggestopt.
- Mw. D merkt op dat reclamecampagnes niet helpen. Mw. E sluit zich hierbij en vindt dat spotjes veel te duur zijn en toch niet helpen. Dit geldt kan beter in iets anders worden geïnvesteerd. Mensen die echt willen stoppen met roken, hebben daar ook wel iets voor over; het belangrijkste is dat zij goede informatie krijgen.
- Dhr. G heeft via zijn tandarts informatie over stoppen met roken gekregen. Hij is gestopt met roken, omdat hij implantaten nodig heeft, en de combinatie van roken en operaties leidt vaak tot ontstekingen.
- Dhr. B lijkt het ook wel een goed idee om motiverende sms-berichten rond te sturen. Mw. I en K merken op dat dat op aanvraag al kan. Mw. F ziet daar niets in.
- Verspreiding van informatie via Postbus 51 of een zorgverzekeraar werkt niet goed. Bellers staan lang in de wacht, worden vaak doorverbonden, hebben hoge gesprekskosten en krijgen niet altijd de informatie waar zij naar op zoek zijn.

#### **8. Nut van een centraal informatiepunt waar alle informatie over stoppen met roken te verkrijgen is, inclusief de verantwoordelijke instantie**

- Alle deelnemers reageren enthousiast op het idee van een centraal informatiepunt. Een van de deelnemers geeft aan dat de GGD al veel informatie heeft.
- Mw. L geeft aan dat er in het kader van brede zorg in de regio Barneveld – Lelystad een informatiewinkel voor zorggebruikers wordt gerealiseerd, waar burgers voor allerlei soorten informatie terecht kunnen. Het zou handig zijn als daar ook de informatie over stoppen met roken verkrijgbaar zou zijn. Deze informatiewinkel is een gezamenlijk initiatief van de gemeente en zorgaanbieders. Belangrijk is dat het een laagdrempelig voorziening is. De andere deelnemers lijkt dit wel een goed idee, al moet de regio wat minder groot zijn. Ze zijn echter wel bereid 10-15 km te reizen voor dergelijke informatie.
- Mw. E geeft aan dat het nuttig zou zijn als je bij dit informatiecentrum ook meteen een gesprek zou kunnen doen en een advies op maat zou kunnen krijgen. De informatie over vergoedingen hoeft daar volgens haar niet per se verkrijgbaar te zijn; dat kunnen mensen ook navragen bij hun zorgverzekeraar. Mensen die willen

stoppen met roken willen daar best moeite voor doen. Zij geeft aan dat zij informatie belangrijker vindt dan de vergoeding.

- De verantwoordelijkheid voor informatie ligt vooral bij de overheid en zorgaanbieders.

## **INVULLING VAN HET SYSTEEM**

### **9. Mate waarin alle gemaakte kosten dienen te worden vergoed**

- Dhr. B en Mw. L zijn er voorstander van alle gemaakte kosten te vergoeden, onder de voorwaarde dat men ook daadwerkelijk is gestopt met roken. Mw. K ziet niets in een totale vergoeding en zou een eigen bijdrage heel redelijk vinden; 'we doen het onszelf immers aan'. Mw. F vindt dat alle kosten dienen te worden vergoed, maar wel met een bepaald maximum.
- Dhr. G geeft aan dat er mogelijk ook een stimulans uitgaat van een vergoeding achteraf (na 2-3 maanden dat je niet meer rookt) en zou het acceptabel vinden als je de vergoeding pas krijgt vanaf het moment dat je gestopt bent; de vergoeding is dan vooral bedoel om het vol te kunnen houden.
- Ook Mw. I vindt dat je niet alles moet vergoeden, omdat je het stoppen toch vooral voor jezelf doet.

### **10. Mate waarin moet worden aangetoond dat men 'rookvrij' is**

- Mw. C lijkt het een goed idee om de kosten pas achteraf te vergoeden als je kunt aantonen dat je van het roken af bent; de meeste deelnemers staan daar wel achter. Mw. L vindt dat je dat een jaar moet kunnen aantonen. Mw. C vindt dat echter wel overdreven 'voor een paar rotcenten'. De meeste deelnemers lijken er echter geen bezwaar tegen te hebben te moeten aantonen dat ze gestopt zijn.

### **11. Maxima aan de vergoeding**

- Alle deelnemers zijn het er wel over eens dat er een bepaald maximum aan de vergoeding moet zitten, maar hoe dat precies vorm moet krijgen, is niet helemaal duidelijk.
- Mw. C denkt dat de slaagkans het grootst is als je één poging krijgt vergoed. Dhr. B en Mw. E, F en L vinden echter dat meerdere pogingen moeten worden vergoed. Een maximum van drie pogingen lijkt de meeste deelnemers redelijk in het kader van 'driemaal recht is scheepsrecht'. De gedachte hierachter is dat als iemand echt wil stoppen met roken, het in drie keer toch wel gelukt moet zijn; anders wordt

het een hopeloos geval en het blijven aanbieden van een vergoeding heeft dan weinig zin meer. Meerdere keren vergoeden is volgens Mw. E noodzakelijk omdat je naar stoppen met roken 'toe moet groeien'.

- Er is vervolgens discussie over de vraag of je in het totaal drie pogingen moet krijgen of een maximaal aantal pogingen per jaar. Mw. K vindt drie keer in je leven wel genoeg. Mw. E vraagt zich echter af wat er gebeurt als je je drie pogingen versnoept hebt en er opeens een nieuwe, kansrijke, maar dure methode op de markt komt. Mag je die dan niet meer proberen? Ze vindt het wel belangrijk dat er hoop moet blijven en ziet dan ook meer een maximum per jaar. Dit zou bijvoorbeeld een maximum bedrag per jaar kunnen zijn. Een maximum per type methode vindt niemand een goed idee. Dhr. J geeft aan dat het belangrijk is dat je alle methoden moet kunnen uitproberen om te kijken wat er voor jou werkt.
- Mw. L geeft aan dat zij best bereid is meer ziekenfondspremie te betalen als blijkt dat de vergoedingen echt helpen. Mw. C is het daar niet mee eens, omdat de niet-rokers dan onder de rokers gaan lijden. Dhr. J lijkt het een beter idee om de ziekenfondspremie omlaag te doen en de accijns op sigaretten drie keer zo hoog te maken; daar kan je dan het vergoedingensysteem mee betalen.

## **12. Methoden die vergoed dienen te worden**

- Dhr. B vindt dat vooral methoden die effectief zijn vergoed zouden moeten worden. Anderen vinden dat niet zo'n goed idee, omdat verschillende methoden voor verschillende personen effectief zijn. Dhr. B heeft wel behoefte aan meer informatie over welke methoden nu precies effectief zijn. Mw. K sluit zich hier bij aan en geeft aan dat je nu gewoon niet weet wat je het best kan proberen.
- [Dhr. G en Mw. H geven aan dat het uiteindelijk vooral om wilskracht gaat. Een andere factor die een rol speelt, is het feit dat je veel aankomt als je stopt met roken. Dhr. G is sinds 7 maart al 15 kg aangekomen. Dat willen de meeste mensen niet. Mw. E geeft aan dat je zeker 5 kg aankomt als je stopt met roken, mede omdat het eten je dan veel lekkerder smaakt.]
- De meeste deelnemers vinden dat alle methoden vergoed zouden moeten worden.

## **13. Gesprekken als voorwaarde voor vergoeding**

- De meeste deelnemers zouden er geen bezwaar tegen hebben als gesprekken een voorwaarde zouden zijn voor het verkrijgen van een vergoeding. Mw. E ziet echter niets in alleen gesprekken; er moeten ook wel medicijnen of pleisters bijzitten.
- Dhr. B vindt een gesprek wel een beetje zonde van zijn tijd en vindt dat hij eigenlijk zelf in staat moet zijn te stoppen, alhoewel gesprekken het misschien wel

gemakkelijker maken om te stoppen. Hij is er echter voorstander van dat je ook een vergoeding zou krijgen als je geen gesprekken erbij wilt.

- Mw. F lijkt het op zich een goed idee als je met je eigen huisarts kunt overleggen wat voor jou de beste methode is om te stoppen. Mw. C en K geven echter aan dat huisartsen tegenwoordig helemaal geen tijd meer hebben. Mw. F vindt dat ze dat moeten maken, omdat zij er medeverantwoordelijk voor zijn dat mensen roken. De andere deelnemers reageren hier fel op en geven aan dat zij zelf verantwoordelijk zijn. Het tekort aan huisartsen wordt door sommigen echter wel als problematisch ervaren. Mw. C geeft aan dat zij 2-3 weken moet wachten op een afspraak bij de huisarts als zij met hem haar rookgedrag wil bespreken. Anderen herkennen zich niet in dit probleem.

#### **14. Wijze waarop men de vergoeding wil ontvangen**

- Mw. K is voorstander van vergoeding via het Ziekenfonds, dus eerst zelf betalen, dan de papieren overleggen en dan pas de vergoeding. Vijf andere deelnemers zijn hier ook voorstander van. Volgens Mw. K werken tegoedbonnen niet omdat je die gemakkelijk in de kast legt en dan denkt dat je later wel eens begint.
- Mw. F vindt het bovenstaande geen goed idee heeft, omdat ze geen geld heeft om dingen voor te schieten. Geldgebrek is voor haar ook een reden om sowieso te willen stoppen met roken.
- Dhr. G en Mw. K vinden dat je achteraf als mensen echt gestopt zijn pas moet vergoeden omdat mensen anders zullen proberen er een slaatje uit te slaan. Mw. L denkt dat tegoedbonnen bijvoorbeeld het gevaar in zich dragen dat mensen geneesmiddelen of kauwgom gaan halen en in Duitsland gaan verkopen. Zij ziet er wel handel in. Mw. E en M lijkt dit geen reëel probleem: "wie rijdt er nu met één doosje pillen naar de grens?".
- Mw. E ziet wel iets in een directe vergoeding aan de zorgverlener en Mw. L ziet wel iets in een persoonsgebonden budget. Bij zo'n budget kan je namelijk zelf uitmaken welke zorg je kiest. Mw. E geeft aan dat dit in principe hetzelfde is als een maximumvergoeding per jaar.
- Mw. C oppert nog dat het wellicht een goed idee is om mensen die het lukt om te stoppen met roken tijdelijk een lagere ziekenfondspremie te laten betalen. Dhr. J en Mw. L zien hier echter totaal niets in, omdat dan mensen die niet roken worden gediscrimineerd.

#### **15. Bereidheid deel te nemen aan onderzoek**

- De deelnemers geven aan er geen bezwaar tegen te hebben verplicht deel te nemen aan vervolgonderzoek. Mw. L geeft aan dat daar mogelijk zelfs een stimulans van uit gaat; het is immers niet prettig om te moeten bekennen dat het je niet is gelukt om te stoppen. Misschien kan de mensen zelfs moed in worden gesproken om vol te houden.



## **Focusgroep stoppen met roken: Patiënten**

**Amsterdam, 22 april 2003**

### **BEKENDE EN GEBRUIKTE MANIEREN OM TE STOPPEN**

#### **1. Eerdere stoppogingen en methoden die daarbij zijn gebruikt**

- Mw. A is nu ruim zes weken gestopt met roken; gewoon van het ene op het andere moment, zonder hulpmiddelen te gebruiken. In het verleden was zij eerder gestopt tijdens haar twee zwangerschappen; toen is zij echter een half jaar na de bevalling weer begonnen met roken. Nu is zij bezig met een gezondheidsinhaalslag; ze is gestopt met roken en 20 kg afgevallen (alhoewel dat geen makkelijke combinatie is). De eerste dagen was zij wel chagrijnig, maar ze is vastbesloten vol te houden. Een belangrijke reden dat ze wil stoppen met roken is dat zij diabetes heeft.
- Mw. B rookt ongeveer 20 jaar en is tijdens haar zwangerschap wel gestopt met roken. Recentelijk is op een ECG een afwijking geconstateerd en deze week krijgt ze de uitslag van hartfoto's. Ze weet dat ze moet stoppen, maar doordat ze bang is voor de uitkomst van het onderzoek, gaat ze juist meer roken. Bij eerdere stoppogingen heeft ze wel de boeken van Allen Carr en Geurts ("De Opluchting") gelezen, alhoewel ze het boek van Carr niet heeft uitgelezen.
- Dhr. C heeft astmatische bronchitis. Vroeger rookte hij 3 pakjes sigaretten per dag; sinds 6 jaar rookt hij alleen nog maar sigaren. Soms krijgt hij een flinke kriebelhoest van het roken, dan stopt hij 3-4 dagen tot het weer over is. Dat lukt aardig, maar daarna begint 'ie weer met roken.
- De huisarts heeft Mw. D aangeraden te stoppen met roken, omdat de combinatie roken en de pil op oudere leeftijd niet goed is. Ze heeft ook astma, wat een extra reden is om te stoppen. Ze is sinds een week gestopt met roken, nadat ze regelmatig op bezoek was geweest bij iemand met longemfyseem. Ze is nu gemotiveerder dan ooit om te stoppen met roken. Als hulpmiddel gebruikt ze daarbij zoethout.
- Mw. E rookt al 40 jaar en sinds anderhalf jaar moet ze daar eigenlijk echt mee stoppen, vanwege astmatische bronchitis. Ze heeft Zyban, acupunctuur en het boek van Allen Carr geprobeerd. Ook heeft ze geprobeerd te stoppen door langzaam te minderen. Geen enkele poging is echter gelukt. Met Zyban heeft ze slechte ervaringen; daar word je 'echt gek van'. Ze weet niet hoe vaak ze in het totaal heeft geprobeerd te stoppen, maar het is in ieder geval heel vaak.

- Dhr. F. is op zijn 31<sup>e</sup> begonnen met roken, omdat toen bij hem diabetes werd geconstateerd. Hij rookt een pijp, omdat zijn suiker dan beter te regelen is, maar hij is geen groot liefhebber van roken. Enkele van de deelnemers merken op dat hij helemaal niet in de focusgroep thuis hoort.
- Dhr. G is vaak kortademig en is om die reden 9 jaar geleden gestopt met roken; daarbij heeft hij gebruik gemaakt van pleisters. Dat heeft hij zes jaar volgehouden en toen is hij als gevolg van stress weer begonnen. Nu heeft hij inmiddels weer vier keer proberen te stoppen, waarvan drie keer met pleisters, maar dat is mislukt. Van het gebruik van de pleisters is hij deze keer ziek geweest. Hij rookt altijd buiten vanwege de kinderen.
- Mw. D geeft aan dat de wil om te stoppen het belangrijkste is. Dat gaat niet vanzelf; zij kent diverse verhalen van mensen die lange tijd gestopt zijn geweest, maar toch weer zijn begonnen.
- Dhr. H rookt al vanaf zijn 10<sup>e</sup> (hij is nu 47). Vijftien jaar geleden is hij voor het eerst gestopt met roken, na een longontsteking. Dat heeft hij 9 maanden volgehouden en toen rookte hij voor de gezelligheid een sigaretje en is hij weer begonnen. Hij is leraar en elke zomervakantie stopt hij weer met roken, maar zodra de school weer begint, begint hij ook weer met roken. Sinds drie jaar heeft hij een hoge bloeddruk en die is nog steeds niet onder controle. Twee jaar geleden heeft hij geprobeerd om met behulp van Zyban te stoppen. Dat ging een half jaar goed, toen had hij een terugval. Bij een nieuwe poging om met Zyban te stoppen, werkte het echter niet meer. Bovendien werd hij er 'geflipt' (paranoia) van. Dat middel gebruikt hij dus nooit meer. Mw. J schrikt en geeft aan dat Zyban haar enige hoop nog was. Mw. A merkt op dat bekend is dat de effecten van Zyban hetzelfde zijn als die van Lariam.
- Dhr. H geeft aan dat hem via zijn werk een gratis Allen Carr cursus is aangeboden.
- Dhr. I is  $\frac{3}{4}$  jaar geleden gestopt met roken, naar aanleiding van een kaakoperatie, waarbij hij ziek uit de narcose wakker werd. Hij is daarbij geholpen door een bevriende acupuncturiste. Die heeft één behandeling gegeven en daarna heeft hij nooit meer gerookt.
- Mw. J rookt 30 jaar en wil stoppen omdat zij astmatische bronchitis heeft. Ze heeft heel vaak geprobeerd te stoppen en heeft daarbij bijna alle methoden wel eens geprobeerd (behalve Zyban). Ze heeft het echter nooit langer dan een paar weken volgehouden. Nu wil ze echter echt gaan stoppen, omdat ze teveel last van haar klachten krijgt. Ze geeft aan dat het wel een stimulans is dat er in openbare ruimten niet meer mag worden gerookt. Mw. A voegt toe dat de lol er in zo'n rookhok inderdaad snel vanaf is.

- Mw. K rookt al haar hele leven. Ze heeft veel stoppogingen gedaan, onder andere met behulp van pleisters en acupunctuur. Ze kan op zich gemakkelijk stoppen, maar na een paar maanden krijgt ze weer zin in een 'blow' en daarna in een sigaretje en dan gaat ze langzaam weer meer roken. Ze is nu sinds anderhalve maand weer gestopt, maar steekt heel af en toe wel een sigaretje op.
- Dhr. H noemt als andere methoden nog een NCRV-cursus op televisie en een project rondom het Millennium (incl. veel water drinken).
- Dhr. I heeft pas ergens gelezen dat er een vaccin om te stoppen met roken is uitgevonden. Mw. K heeft dat ook gelezen. Mw. K en Dhr. G merken op dat motivatie toch het belangrijkste blijft.

## **2. Informatie over de methoden en de wijze waarop deze is verworven**

- Mw. A heeft via een vriendin over het boek van Allen Carr gehoord. Dat boek was een tijdje een echte hype. Het was wel leuk geschreven, maar was eigenlijk een soort hersenspoeling. "Maar goed, dat is roken ook". Je verzint altijd wel een reden om te mogen roken. Ook van het boek van Geurts heeft ze via via gehoord.
- Dhr. C is zonder hulpmiddelen gestopt met sigaretten roken (hij rookt nog wel sigaren). Met sigaretten is hij gestopt vanwege hoesten, maagzuur en pijn tot onder z'n oksels. Hij heeft wel een gesprek met de huisarts gehad.
- Mw. B kent het boek van Geurts ook via een vriendin. Dit boek geeft inzicht en is geen hersenspoeling zoals het boek van Allen Carr. Het boek van Geurts geeft je het idee dat het mogelijk is te stoppen. Daarnaast heeft zij in het verleden, via de huisarts, ook pleisters geprobeerd. Zij is echter van mening dat het belangrijk is stoppen op eigen kracht te doen; daar gaat het eigenlijk om.
- Mw. J had veel advertenties over pleisters gezien, maar dat werkte niet echt best.
- Mw. D heeft de methode zoethout in combinatie met veel water drinken zelf verzonnen. Zij geeft aan dat ze nu het roken thuis na het eten het meest mist. Anderen bevestigen dat roken vast zit aan allerlei activiteiten, bijv. auto rijden, telefoongesprekken, eten, etc. Mw. A merkt op dat dat wel snel afneemt als je eenmaal met roken stopt. Vanochtend dacht ze pas om 10:00 voor het eerst aan een sigaret.
- Dhr. I heeft NCRV-cursus gevolgd; daarbij lieten ze zwarte longen zien, maar dat hielp eigenlijk niet. Verder heeft hij wel eens samen met zijn zus proberen te stoppen, maar hij ging al snel de boel belazeren.
- Mw. E denkt dat het het belangrijkste is dat je zelf echt wil stoppen en dat het daarnaast belangrijk is dat je daar menselijke ondersteuning bij krijgt. Zij heeft gesprekken met haar huisarts gehad. Dhr. I is met acupunctuur gestopt, maar geeft aan dat 'het willen' het belangrijkste is. Acupunctuur helpt echter wel bij het

voorkomen van ontwenningverschijnselen waardoor stoppen in eerste instantie gemakkelijker wordt.

- Mw. K geeft aan dat zij een cursus te duur vindt. Mw. J heeft wel een cursus gedaan.

### **3. Niet geprobeerde methoden**

- Enkele deelnemers hebben wel gehoord van een telefonische coach, Internetconsult en begeleiding op maat, maar hebben deze methode niet geprobeerd. Mw. A heeft gehoord dat zo'n Internetconsult best goed werkt. Een telefonische coach zou volgens haar ook goed kunnen werken. Een reactie per e-mail of telefoon is zinvol om mensen te helpen volhouden. De deelnemers zijn niet bekend met hypnose en een verslavingsdeskundige.
- Iedereen kent pleisters en kauwgom, maar niet iedereen kent de inhaler. Dhr. H geeft aan dat hij denkt dat nicotinevervangende middelen weinig zin hebben. Na 4 á 5 dagen wordt het stoppen met roken een psychisch probleem en is de lichamelijke afhankelijkheid verdwenen. Ook in een telefonische coach ziet hij weinig; hij houdt zelfs zijn eigen vrouw voor de gek als hij weer begint te roken na een zoveelste stoppoging.

Er volgt een discussie over de moeilijkheden bij stoppen met roken. Een van de problemen is sociaal milieu; als veel van je bekenden roken, is het moeilijker te stoppen. Dhr. I geeft aan dat het een kettingreactie teweeg zou brengen als mensen stoppen met roken; hoe minder mensen roken, hoe minder je zelf wilt roken. Daarnaast is een belangrijke angst van mensen die stoppen met roken dat ze dikker worden. Er is juist nazorg in de vorm van afslankcursussen e.d. nodig. Veel rokers gaan meer eten, moeten nieuwe kleding kopen, etc.; de kosten daarvan zijn erg hoog. Volgens Mw. K is het een fabeltje dat je dikker wordt van stoppen met roken; zij heeft daar nooit last van gehad.

## **METHODEN EN INFORMATIE OVER VERGOEDING**

### **4. Argumenten voor en tegen een vergoedingensysteem**

- Dhr. H geeft aan dat Zyban bijvoorbeeld erg duur is, dus dat een vergoeding om die reden welkom zou zijn. Aan de andere kant geeft hij aan dat hij door te stoppen met roken ook weer geld zou besparen en dat hij daar dan wel Zyban van zou kunnen kopen.

- Mw. A merkt op dat geld sowieso een reden is voor haar om te willen stoppen. Het berekenen van wat roken allemaal kost, werkt voor haar als een goede motivatie om het stoppen vol te houden.
- Mw. J benadrukt dat je goede hulp moet aanbieden en niet per se een vergoeding.
- Mw. A geeft aan dat je toch verzekerd bent, maar Mw. D en J benadrukken dat de verzekering geen van de genoemde methoden vergoedt.
- Mw. E vindt een vergoeding wel op z'n plaats, omdat je op lange termijn toch op de gezondheidszorg bespaart als mensen stoppen met roken. Dhr. H is het daar niet mee eens; hij is van mening dat rokers juist minder vaak ziek zijn.
- Dhr. H geeft aan dat Zyban 2,50 Euro per dag kost, dat is toch geen probleem. Een Allen Carr cursus is echter wel prijzig. Mw. A vraagt zich af of er bij die cursus geen 'niet goed, geld terug' regeling van toepassing is.
- Dhr. H vindt het wel een goed idee om de rekening voor een cursus of Zyban bij het Ministerie van VWS of een zorgverzekeraar in te dienen.
- Dhr. G benadrukt nogmaals dat motivatie het belangrijkste blijft. Hij vraagt zich af hoeveel mensen de vergoeding zullen aanvragen zonder dat ze echt gemotiveerd zijn. Het aanbieden van zorg is echter wel een goed idee.
- Mw. J merkt op dat heroïneverslaafden ook in een hulptraject zitten, waarom zou dat voor rokers niet kunnen?
- Mw. K merkt op dat het geld dat beschikbaar is voor stoppen met roken het best in verslavingszorg kan worden gestoken. Momenteel wordt roken niet als echte verslaving gezien; de Zyban-reclame zegt bijvoorbeeld niets over verslaving. Ook wordt er gesproken over drugsverslaafde, alcoholverslaafden en rokers.
- Wellicht is het mogelijk een bepaald bedrag uit de tabaksindustrie in het vergoedingensysteem te stoppen (i.p.v. de Amerikaanse miljoenenclaims).

## **5. Doelgroepen voor het vergoedingensysteem**

- Dhr. H geeft aan dat het systeem wellicht inkomensafhankelijk zou kunnen worden gemaakt. Ook Dhr. F lijkt dit wel reëel. Mw. K vindt het wel belangrijk dat het zo simpel mogelijk wordt gehouden om te voorkomen dat er een nieuw ingewikkeld systeem moet worden ontwikkeld. Zij stelt voor het te koppelen aan belastingschalen.
- Mw. J vindt echter dat je geen mensen van deelname mag uitsluiten. Enkele anderen zijn dat wel met haar eens.

## **6. Stimulans die uitgaat van een vergoedingensysteem**

- Mw. K vindt dat een vergoeding geen motivatie is om te stoppen; mensen zullen waarschijnlijk wel eerder hulpmiddelen proberen.
- Dhr. H denkt ook dat er wel een stimulans uitgaat van het vergoedingensysteem. Voor Zyban moet je nu namelijk eerst 300 NLG neertellen; dat is best een groot bedrag ineens. Een vergoeding zou dit wel gemakkelijker maken.

## **7. Verspreiding van informatie over een vergoedingensysteem**

- Mw. K geeft dat het al erg gemakkelijk is om informatie over stoppen met roken te krijgen. Er is zelfs teveel informatie. Bovendien is er al een stichting van de Universiteit van Maastricht waar je allerlei informatie kan krijgen via het invullen van een vragenformulier (ze heeft echter wel lang op antwoord moeten wachten).
- Dhr. I merkt op dat Postbus 51 ook een hoop informatie heeft. Zorgverzekeraars zouden daar ook een rol in kunnen spelen, maar die zijn nu al veel te moeilijk te bereiken.
- Voor het verspreiden van informatie over de vergoeding, moet volgens Dhr. F de organisatie die de vergoeding geeft ook het aanspreekpunt zijn.

## **8. Nut van een centraal informatiepunt waar alle informatie over stoppen met roken te verkrijgen is, inclusief de verantwoordelijke instantie**

- De meeste deelnemers zien weinig in een centraal informatiepunt.

## **INVULLING VAN HET SYSTEEM**

### **9. Mate waarin alle gemaakte kosten dienen te worden vergoed**

- Dhr. I vindt het geen gek idee om niet of gedeeltelijk te vergoeden. Stoppen met roken is ook in jezelf investeren! Ook Mw. K vraagt zich af of de overheid voor de rokers moet zorgen. Zij vindt dat je er zelf ook iets voor moet doen en dat je een eigen bijdrage moet leveren. Ook Mw. A en J vinden een eigen bijdrage een goed idee.

### **10. Mate waarin moet worden aangetoond dat men 'rookvrij' is**

- Mw. J is wel eens bij een cardioloog geweest die aangaf dat hij haar niet wilde helpen totdat ze was gestopt met roken.
- Mw. D vraagt zich af waar de grens moet liggen. Hoe lang moet je rookvrij zijn als je voor een vergoeding in aanmerking wilt komen? Is vier maanden genoeg?

## **11. Maxima aan de vergoeding**

- Mw. J merkt op dat iedere stopper meerdere pogingen nodig heeft en dat er dus verschillende pogingen vergoed zullen moeten worden. Daar moet echter ook wel een maximum aan worden gesteld.
- Dhr. H. denkt dat er een nazorg van 8 a 9 maanden noodzakelijk is. Dhr. G denkt dat het het belangrijkste is dat je hulp kunt krijgen op de momenten waarop je het het moeilijkst hebt.
- Mw. A is voorstander van een maximumbudget per leven. Mw. J denkt echter dat daar onvoldoende motivatie vanuit gaat.
- Dhr. H geeft aan dat medicijnen, acupunctuur en cursussen direct door de zorgverzekeraar kunnen worden vergoed. Hij ziet er geen probleem in als iemand 10 jaar lang elke twee jaar een Allen Carr cursus doet. Waarom zou er een maximum aan de vergoeding moeten worden gesteld?
- Mw. A merkt op dat het wel een erg weinig effectieve methode is als je elke keer moet blijven herhalen. Zij vraagt zich af waarom de overheid moet blijven sponsoren als blijkt dat mensen het zelf niet redden.
- Dhr. H merkt op dat je met het stellen van een limiet aan de vergoeding eigenlijk aangeeft dat je de echte verslaafden niet wilt helpen. Mw. A vindt juist dat je daar ook geen belastinggeld in moet steken. Als je zeker weet dat iemand toch weer gaat beginnen, dan is een vergoeding geldverspilling.
- Dhr. F merkt op dat sommige mensen na 1x klaar zijn, terwijl dat bij anderen langer duurt. Een maximum is dan niet handig; we moeten wel bedenken dat het om een vergoeding gaat en niet om een beloning.

## **12. Methoden die vergoed dienen te worden**

- Mw. E geeft aan dat voor iedereen andere methoden effectief zijn en is van mening dat alle methoden vergoed moeten worden. Mw. J lijkt dat een beetje overdreven. Zij denkt dat het wellicht een goed idee is om, in overleg met de huisarts, een traject uit te stippelen en dan dat traject te vergoeden. Ook Mw. A is voorstander van advies op maat, bijvoorbeeld door een verslavingsdeskundige. Mw. J vindt dit niet zinnig, omdat het probleem toch vooral psychisch is.
- Mw. A lijkt het wel een goed idee om cursussen via bedrijven te vergoeden, maar kauwgom en pleisters hoeven van haar niet zondig vergoed te worden. Ook Mw. E vindt het niet nodig om pleisters te vergoeden.

### **13. Gesprekken als voorwaarde voor vergoeding**

- Mw. J en K vinden het prima als de vergoeding plaatsvindt onder de voorwaarde dat (ook) van deskundige begeleiding gebruik wordt gemaakt. Zij vinden het belangrijk om juist de nazorg blijvend te vergoeden.
- Dhr. I denkt dat psychische begeleiding uitermate belangrijk is en zou dit dan ook een logische voorwaarde vinden. De meeste deelnemers zijn dit met hem eens. Dhr. H heeft wel het idee dat het dan duur afkicken wordt. Mw. J en K geven aan dat dat wel veel effectiever is; wel is het belangrijk mensen eerst te selecteren.
- Mw. E geeft aan dat sommige mensen niet meer bij hun huisarts aan hoeven te komen met hun problemen met stoppen met roken. Mw. J geeft aan dat dat haar wel eens is gebeurd. Haar huisarts wou niet bij haar komen, omdat ze ondanks een longontsteking toch bleef roken. De andere deelnemers vinden dat belachelijk, maar Mw. J geeft aan dat ze het eigenlijk wel begreep. Dhr. I geeft aan dat hij ook een cardioloog kent die dat zo doet. Mw. K vraagt zich af of dat echt onacceptabel is. Mw. B vindt van wel, omdat je je nog machtelozer gaat voelen. Mw. J benadrukt echter wel dat het ook je eigen verantwoording is.

### **14. Wijze waarop men de vergoeding wil ontvangen**

- Mw. K geeft aan dat je bij particuliere verzekeringen al een lagere premie betaalt als je niet rookt.
- Dhr. H denkt dat een contante vergoeding fraudegevoelig is.
- De deelnemers zien ook niet veel in een persoonsgebonden budget. Mw. J lijkt dit moeilijk controleerbaar en Mw. K vindt dat veel te bureaucratisch.
- Mw. J ziet het meest in het rechtstreeks vergoeden van de hulp, bijvoorbeeld door geld te geven aan buurthuizen om een soort AA-groepen voor rokers op te richten. Ook Dhr. I denkt dat de buurthuizen een belangrijke rol kunnen spelen. Dhr. G sluit zich daarbij en vindt het vooral belangrijk dat de hulp laagdrempelig is.

### **15. Bereidheid deel te nemen aan onderzoek**

- Mw. D vindt het prima om verplicht deel te nemen aan onderzoek. Het lijkt haar zelfs wel wenselijk. Bij terugkoppeling kan je dan meteen een compliment geven als het mensen gelukt is te stoppen of kan je nazorg bieden als mensen daar niet in zijn geslaagd. Dhr. H is het daar mee eens en benadrukt dat nazorg erg belangrijk is.



## **Focusgroep stoppen met roken: Allochtonen Rotterdam, 24 april 2003**

### **BEKENDE EN GEBRUIKTE MANIEREN OM TE STOPPEN**

#### **1. Eerdere stoppogingen en methoden die daarbij zijn gebruikt**

- Dhr. A komt uit Delft en is automonteur. Hij is in het verleden drie keer gestopt met roken en heeft dat 3, 7 en 9 maanden volgehouden. Een keer heeft hij nicotinekauwgom ter ondersteuning gebruikt. Motivatie is voor hem ook dat hij met hardlopen voorbij wordt gelopen door 50-jarigen.
- Dhr. B komt ook uit Delft en werkt bij een Internetbedrijf. Hij is in 1987 één keer gestopt naar aanleiding van een weddenschap. De eerste die weer begon met roken, moest de ander meenemen naar het duurste restaurant in de stad. Hij is toen 1 jaar gestopt met roken, maar is weer begonnen toen een vriendin hem sigaretten aanbood. De weddenschap heeft hij verloren. Dhr. B geeft aan dat hij gewoon geniet van het roken. Een half jaar geleden is hij echter bij een vereniging gaan zwemmen en het viel hem op dat er "rare geluiden uit m'n longen komen". Nu wil hij eigenlijk wel weer stoppen met roken. Hij is nu aan het minderen en neemt geen sigaretten meer mee naar z'n werk. Voorheen rookte hij wel eens anderhalf pakje per dag; nu probeert hij dat te beperken tot maximaal drie sigaretten per dag.
- Mw. C rookt nu tien jaar; tijdens haar twee zwangerschappen is ze gestopt met roken; ze is steeds in één keer zonder hulpmiddelen gestopt. Nu rookt ze vooral als de kinderen naar bed zijn en eigenlijk wil ze wel stoppen.
- Mw. D werkt bij de afdeling onderwijszaken van de TU-Delft. Ze heeft van haar 18<sup>e</sup> tot 21<sup>e</sup> gerookt; toen ze trouwde is ze zonder hulpmiddelen een aantal jaar gestopt. Na haar scheiding is ze weer begonnen en ze rookt nu ongeveer een half pakje per dag. Ze rookt uit eenzaamheid en verveling en vindt het prettig iets in haar handen te hebben.
- Mw. E is op haar 19<sup>e</sup> gaan roken en is in de tussentijd een aantal keren gestopt. De eerste keer is ze gestopt vanwege haar zwangerschap; ze werd toen opeens misselijk van de sigaretten. Daarna is ze weer begonnen. Tijdens haar tweede zwangerschap is ze weer gestopt, maar toen had ze het veel moeilijker; ze moest zichzelf echt dwingen niet te roken, terwijl ze het tijdens haar eerste zwangerschap echt niet lekker vond. Daarna heeft ze nog diverse pogingen gedaan. Een keer is ze langzaam geminderd; dat werkte wel. Een andere keer

heeft ze pleisters geprobeerd, maar daar gelooft ze niet in; die doen helemaal niets. Ook heeft ze Zyban geprobeerd, maar dat hielp ook niet. Ze bleef toch gewoon ontweningsverschijnselen houden. Verder heeft ze Allen Carr tot de helft gelezen, maar dat vond ze teveel herhaling. Roken komt bij Mw. E vooral voort uit onrust en stress.

- Dhr. F komt uit Rotterdam en is recentelijk weer serieus begonnen met voetballen en wil daarom wel stoppen met roken. Hij heeft het 1x zonder hulpmiddelen geprobeerd, maar dat was geen succes. Zijn hele familie rookt, dus als hij daar is steekt hij meestal ook maar een sigaretje op en gaat hij onbewust steeds meer roken. Momenteel probeert hij te minderen; hij rookt nu 3-4 sigaretten per dag.
- Dhr. G rookt nu negen jaar (vanaf z'n 10<sup>e</sup>). Hij wil op zich wel stoppen met roken, maar heeft het niet geprobeerd, omdat hij van zichzelf weet dat het toch niet gaat lukken.
- Mw. H komt uit Rotterdam en werkt in de financiële dienstverlening. Ze rookt nu acht jaar en wil misschien wel stoppen met roken. Ze is wel eens een jaar en wel eens negen maanden gestopt met roken. Eén keer omdat ze in een band zong en ze merkte dat het roken op haar stem sloeg en één keer vanwege haar zwangerschap. Ze is echter steeds weer begonnen. Thuis rookt ze niet, maar wel op haar werk en als ze bij vrienden is.
- Dhr. B merkt op dat de sociale omgeving inderdaad erg belangrijk is. Als hij bij vrienden is die niet roken, kan hij ook wel eens het hele weekend niet roken.
- Dhr. I geeft aan dat hij niet verslaafd is aan roken; hij kan best een tijdje stoppen met roken, maar denkt er niet serieus aan echt helemaal te stoppen.
- Dhr. J is mobiel surveillant, komt uit Den Haag en rookt 14 jaar. Hij rookt niet extreem veel, maar wil er nu wel echt vanaf, omdat het slecht is voor iedereen. Hij heeft drie keer eerder geprobeerd te stoppen, maar dat waren niet echt serieuze pogingen.
- Dhr. K rookt sinds 5 jaar. Hij is wel eens 9 maanden gestopt met roken, omdat hij een vriendin had die liever niet had dat hij rookte. Toen het uit was, is hij echter weer begonnen. Zijn motto is: "als je niet kunt stoppen, dan wil je niet". Hij geniet wel van het roken.

## **2. Informatie over de methoden en de wijze waarop deze is verworven**

- Mw. E is er door haar huisarts op gewezen dat ze moet stoppen met roken. Hij heeft haar uitgelegd wat roken met je doet (vgl. asfalt, uitlaatgassen, etc.).
- Dhr. B merkt op dat zijn huisarts ook heel eng doet. Hij is daar echter alleen maar cynischer van geworden. Als hij zou willen stoppen met roken, zou hij dat niet met zijn huisarts bespreken. De huisarts van Mw. H merkte alleen maar op dat het

'jammer' was dat zij naar haar zwangerschap weer begon te roken, maar zegt er verder niet veel over.

- Mw. E heeft alles gelezen over stoppen met roken en kent dus ook bijna alle genoemde methoden. Ze heeft ook wel eens een advies op maat gehad. De belangrijkste boodschap daarin was voor haar dat ze moest weten wat haar zwakke momenten zijn en dat ze dan op die momenten afleiding moet gaan zoeken. Maar zelf vindt ze het erg slap om dan iemand te gaan bellen of zo. Nadeel bij advies op maat is dat je de datum waarop je stopt voor je uit kan blijven schuiven.
- Dhr. F geeft aan dat voor verschillende mensen verschillende methoden werken. Bij hem werkt Sportlife waarschijnlijk beter dan nicotinekauwgom. Een vriend van hem is gestopt met hulp van zoethout kauwen.

### **3. Niet geprobeerde methoden**

- Er is niemand die ooit van een Internetconsult heeft gehoord. Ook het bestaan van verslavingsdeskundigen is bij niemand bekend. Mw. E geeft aan dat ze niet naar een instelling wil waar ook junks zitten, maar dat ze misschien wel naar een verslavingsdeskundige zou gaan als die zich specifiek zou bezighouden met roken. Dhr. B ziet daar ook wel wat in; in principe is roken net zo'n verslaving als gokken, Internetverslaving, etc. Mw. E lijkt een aparte instelling op het gebied van roken wel een goed idee; ze zou niet naar een RIAGG of zo gaan. Zij geeft aan dat ze na diverse stoppogingen steeds een terugval had; ze zou haar problemen nu eindelijk wel eens goed willen aanpakken; ze wil niet nog een keer alle ellende meemaken. Van haar kinderen, mag ze niet eens meer stoppen, omdat ze dan vreselijk chagrijnig wordt. Wellicht dat gesprekken haar wel zouden helpen.
- Ook acupunctuur is nooit door iemand geprobeerd. Mw. E heeft er wel eens over nagedacht, maar de acupuncturist had aangegeven dat ze eerst vier dagen moest stoppen en dan langs moest komen. Als ze de wilskracht zou hebben om het vier dagen vol te houden, dan zou ze geen acupunctuur meer nodig hebben.

Op dit moment ontstaat discussie over de vraag waarom het moeilijk is te stoppen met roken. Veel deelnemers geven aan dat dat door hun sociale omgeving komt. Ook wordt veel genoemd dat het een gewoonte/bezigheidstherapie is; het is gekoppeld aan bepaalde activiteiten (bijv. naar de kroeg gaan, langzame internetsite en op de tram wachten, etc.) en gevoelens (bijv. eenzaamheid, onrust, depressie en woede). Volgens Dhr. B is het een soort Pavlov-reactie. Dhr. A geeft aan dat hij iemand kent met longkanker; die persoon is tijdelijk even minder gaan roken, maar ook niet gestopt. De belangrijkste motivatie voor mensen om te stoppen of te minderen in deze groep is

zwanger zijn of niet willen roken in het bijzijn van kinderen. Mw. D heeft twee kinderen met astmatische bronchitis.

## **METHODEN EN INFORMATIE OVER VERGOEDING**

### **4. Argumenten voor en tegen een vergoedingensysteem**

- Bijna alle deelnemers hebben het idee dat motivatie veruit de belangrijkste factor is bij het stoppen met roken. Dhr. J merkt op dat je je moet realiseren wat het product met je doet; je hebt motivatie nodig om de vijand te verslaan. Dhr. A voegt daaraan toe dat niet het stoppen, maar het volhouden het belangrijkste is. Ook dan gaat het om motivatie; je kan toch niet jaren een hulpmiddel blijven gebruiken.
- Belangrijker dan een vergoedingensysteem is het hebben van een meetbaar resultaat. Het helpt hem bijvoorbeeld dat hij merkt dat hij sneller zwemt als hij minder rookt. Dhr. J merkt op dat je alles kan gebruiken als stok achter de deur; hij wil zelf ook meer aan zijn conditie gaan werken.
- Sommige methoden, zoals soft laser en acupunctuur, zijn wel erg duur. Mw. E geeft aan dat een vergoeding dan wel zou helpen.
- Dhr. B geeft aan dat geld voor hem niet echt zou helpen; met stoppen bespaar je op zich ook een hoop geld.
- Dhr. A merkt op dat hij met een vergoeding misschien wel eerder hulpmiddelen zou proberen. Geen gesprekken, maar ook hij ziet wel iets in soft laser.
- Mw. D geeft aan dat een vergoedingensysteem voor haar weinig zou oplossen; zij kent haar problemen en zit in een vicieuze cirkel; een vergoedingensysteem zou dat niet echt oplossen. Zij ziet meer iets in het verbeteren van het proces; ondersteuning op maat is belangrijker dan een vergoeding.
- Dhr. J geeft aan dat een vergoedingensysteem wel een goed idee is. Hij zou eerder iets proberen. Bovendien besparen gezonde mensen een hoop geld; de overheid mag daar dan ook best iets aan bijdragen.
- Mw. H vindt een vergoedingensysteem nergens voor nodig. Dhr. B en I zijn het met haar eens. Ze geven aan dat je ook zelf begonnen bent, dus dat je ook zelf verantwoordelijk bent om weer te stoppen.
- Dhr. B merkt bovendien op dat een vergoedingensysteem het stoppen met roken meer vrijblijvend maakt. Als het je niets kost, is dat minder motiverend. Als ik 200 Euro zou moeten betalen voor een cursus, is dat toch een hoop geld; dan maak ik in ieder geval een keuze; je voelt je extra verantwoordelijk als je het zelf moet betalen.

## **5. Doelgroepen voor het vergoedingensysteem**

- Mw. E vindt dat het vergoedingensysteem voor elke roker moet gelden; een roker is nu eenmaal een roker. Echte gelegenhedsmokers hebben geen behoefte aan hulpmiddelen en zullen dan ook niet van het vergoedingensysteem gebruik maken. Pas als je echt verslaafd bent, merk je dat je ook echt hulp nodig hebt. Voor rokers is een vergoeding zinvol als het om echt grote bedragen gaat; je moet echter wel van tevoren aantonen dat je ook gemotiveerd bent te stoppen. De doelgroep zou dus eigenlijk 'gemotiveerde rokers' moeten zijn. Dhr. A merkt echter op dat je met een vergoedingensysteem juist ook mensen die niet gemotiveerd zijn trekt.
- Dhr. J ziet er wel iets in om mensen met een medische indicatie voorrang te geven. Ook zou hij er wel iets in zien om rekening te houden met de manier waarop mensen zijn verzekerd. Normaalgesproken vergoedt het ziekenfonds meer. Bij stoppen met roken zou echter geen onderscheid tussen ziekenfonds en particulier moeten zijn. Dhr. K geeft aan dat hij het toch wel goed zou vinden als er rekening zou worden gehouden met behoeftigen. Dhr. J voegt echter toe dat dat geen consequentie voor de premie mag hebben.
- Mw. E ziet wel iets in selectie door middel van intakegesprekken, waarbij de motivatie een belangrijke rol moet spelen. Prioriteit voor mensen met een medische indicatie lijkt haar onzinnig; "moeten we eerst wachten tot mensen iets mankeert?"

## **6. Stimulans die uitgaat van een vergoedingensysteem**

- Mw. D geeft aan dat een van de redenen om niet te stoppen met roken voor haar is dat ze ook gewichtsproblemen heeft. Als ze rookt, dan eet ze minder. Dus ze rookt liever dan dat ze erg dik wordt. Dhr. B is het daarmee eens en geeft aan dat hij liever hulpmiddelen zou gebruiken om niet dik te worden, dan dat hij hulpmiddelen zou willen voor het stoppen met roken. Hij geeft aan dat stoppen met roken ook wel zonder hulp lukt, als je echt wilt. Roken zit toch vooral tussen de oren. Mw. D geeft voorbeelden van mensen die kwalen kregen doordat zij stopten met roken (bij haar vader, vielen bijvoorbeeld zijn tanden uit). Dhr. B en J geven aan dat dit onzin is. Dhr. K voegt daaraan toe dat de consequenties van roken pas op langere termijn komen, dus die kunnen best komen nadat je gestopt bent met roken.
- Dhr. J vraagt zich af waarom je geen hulpmiddelen zou gebruiken bij het stoppen met roken. Mw. E geeft aan dat een vergoedingensysteem haar wel zou helpen om

meerdere methoden te gaan proberen; vooral soft laser en motiverende gesprekken lijken haar wel aantrekkelijk.

- Mw. E geeft aan dat de meeste mensen waarschijnlijk sowieso wel eens geprobeerd hebben zonder hulpmiddelen te stoppen. Een vergoeding kan mensen over de drempel trekken om toch maar eens hulp te zoeken.

#### **7. Verspreiding van informatie over een vergoedingensysteem**

- De deelnemers vinden dat het gemakkelijk is om informatie over stoppen met roken te vinden. Zij denken niet dat informatieverspreiding een probleem is.

#### **8. Nut van een centraal informatiepunt waar alle informatie over stoppen met roken te verkrijgen is, inclusief de verantwoordelijke instantie**

- Dhr. J ziet niets in een aparte instelling op het gebied van roken. Er wordt nu toch al ruim voldoende informatie verspreid, o.a. door het Ministerie van VWS. Hij heeft niet het idee dat nog een nieuw loket zal helpen

### **INVULLING VAN HET SYSTEEM**

#### **9. Mate waarin alle gemaakte kosten dienen te worden vergoed**

- Mw. E vindt een eigen bijdrage prima. Bijna alle andere deelnemers zijn het daar mee eens. Mw. E ziet ook wel iets in een systeem waarbij de overheid, als het stoppen lukt, alle kosten betaalt; maar dat als het niet lukt, ze zelf 50% moet betalen. Dit zou bijvoorbeeld vorm kunnen krijgen door mensen via het werk cursussen aan te bieden; de sociale controle is dan groot en men kan gemakkelijk nagaan of iemand echt is gestopt.
- Dhr. J geeft aan dat de drempel om deel te nemen niet al te laag moet zijn. Mw. E vindt dat ook, maar steun moet ook wel betaalbaar zijn.
- Mw. D merkt op dat het lijkt dat jongeren er in de groep anders tegenaan kijken dan ouderen. De meeste jongeren vinden ondersteuning en een vergoeding weinig zinvol; ouderen die al meerdere stoppogingen hebben gewaagd en weten hoe moeilijk het is, zien veel meer in zo'n systeem.

#### **10. Mate waarin moet worden aangetoond dat men 'rookvrij' is**

- Mw. C lijkt het op de een of andere manier wel nodig te bewijzen dat je gestopt bent, maar dat is nog niet zo gemakkelijk.

## **11. Maxima aan de vergoeding**

- Dhr. A geeft aan dat een maximaal aantal pogingen hem wel logisch lijkt. Ook Dhr. J ziet daar wel wat in; er zou een systeem moeten komen dat vergelijkbaar is met fysiotherapie. Hij vindt het echter moeilijk om aan te geven hoe hoog het maximum moet zijn.
- Mw. D is echter van mening dat er maar één poging vergoed zou mogen worden. Als je een tweede vergoeding mogelijk maakt, geeft dat mensen een excuus om weer te beginnen. Dhr. B vindt dat ook; een 'one-life-chance' zal zeker motiverend werken; je stapt er heel anders in dan wanneer je meerdere pogingen mag wagen.
- Mw. E stelt een compromis voor. De eerste poging wordt volledig vergoed en daarna per poging een oplopende eigen bijdrage. De meeste mensen reageren hier behoorlijk enthousiast op.

## **12. Methoden die vergoed dienen te worden**

- Dhr. J vindt dat je mensen geen beperkingen moet opleggen als zij besluiten te stoppen; tenzij je echt maatwerk zou kunnen leveren, dat wil zeggen dat je per persoon precies zou kunnen aangeven wat voor die persoon de beste methode is om te stoppen. Mw. E is het daar wel mee eens; je moet kunnen uitproberen wat voor jou het best werkt. Zij heeft één keer pleisters gebruikt en dat doet ze nooit meer.
- Mw. H merkt op dat op de pakjes sigaretten een telefoonnummer staat dat je kunt bellen als je wilt stoppen met roken. Dit is echter belachelijk duur; zo'n nummer zou toch in ieder geval gratis moeten zijn. Iedereen is het daar mee eens.

## **13. Gesprekken als voorwaarde voor vergoeding**

- Mw. E kan zich wel vinden in een combinatie van gesprekken en andere middelen. De meeste andere deelnemers zien weinig in gesprekken en vinden dit als voorwaarde dan ook geen goed idee.

## **14. Wijze waarop men de vergoeding wil ontvangen**

- Dhr. J suggereert een premiekorting, maar ziet eigenlijk vrijwel direct in dat dat geen goed idee is.
- Mw. E geeft aan dat een vergoeding helemaal achteraf niet zinnig is. De vergoeding is juist zinvol om de hoge kosten van ondersteuning in het begin te

kunnen opbrengen. Er zou bijvoorbeeld een regeling kunnen worden getroffen om de eigen bijdrage te spreiden.

- Mw. D geeft aan dat dat niet werkt, omdat in de meeste verzekeringen een eigen risico zit. Als je verder niets hebt, kom je nooit boven de grens uit en moet je toch alles betalen. De vergoeding voor stoppen met roken ondersteuning moet dus los komen te staan van de eigen bijdrage.
- Voor de door ons geïntroduceerde ideeën van tegoedbonnen of een persoonsgebonden budget wordt weinig bijval gevonden. Vooral tegoedbonnen lijken geen goed idee, met name omdat dit te vrijblijvend lijkt. Mw. D merkt op dat het belangrijk is om geen excuus te hebben er onderuit te kunnen. Dhr. K is het daar mee eens; je hebt juist hulp gezocht omdat je zelf niet kan stoppen; iets vrijblijvends als tegoedbonnen gaat daar dus niet bij helpen.

## **15. Bereidheid deel te nemen aan onderzoek**

- Hierover is geen discussie. Iedereen vindt het prima om deelname aan onderzoek verplicht te stellen en dit zou voor niemand een belemmering zijn om een vergoeding aan te vragen.