

FACTSHEET

HET BESPREKEN VAN (STOPPEN MET) ROKEN DOOR DE HUISARTS EN ANDERE ZORGVERLENERS (TANDARTSEN, MEDISCH SPECIALISTEN EN VERLOSKUNDIGEN)

KERNPUNTEN

- Tweederde van alle rokers komt jaarlijks bij de huisarts, maar slechts met ongeveer een kwart tot een derde van deze rokers wordt (stoppen met) roken besproken.
- Van alle zorgverleners bespreekt de verloskundige (stoppen met) roken het vaakst, gevolgd door de medisch specialist en de huisarts. Tandartsen bespreken roken het minst vaak.
- De mate waarin (stoppen met roken) besproken wordt door huisartsen, tandartsen en medisch specialisten hangt samen met het opleidingsniveau van de roker.
- Huisartsen en medisch specialisten bespreken (stoppen met) roken het vaakst met rokers met een laag opleidingsniveau. Tandartsen bespreken roken het vaakst met rokers met een hoog opleidingsniveau. Bij verloskundigen is er geen verschil tussen opleidingsniveaus in de mate waarin zij spreken met rokende vrouwen over (stoppen met) roken.
- Als we kijken naar wie het gesprek over roken begint (de zorgverlener of de patiënt), dan initieert de huisarts het minst vaak zelf het gesprek over (stoppen met) roken, gevolgd door de tandarts. Medisch specialisten en verloskundigen initiëren het vaakst zelf het gesprek over (stoppen met) roken.
- Van alle zorgverleners geeft de verloskundige het vaakst een stopadvies. De huisarts en medisch specialist geven beide ongeveer een kwart van de rokers een stopadvies. De tandarts geeft het minst vaak een stopadvies.
- Over het algemeen wordt er door zorgverleners vaker over roken gesproken dan dat er concreet een stopadvies wordt gegeven.
- Ondanks dat huisartsen en medisch specialisten vaker met rokers met een laag opleidingsniveau spreken over (stoppen met) roken, bespreken ze met rokers met een hoog opleidingsniveau in deze gesprekken juist weer vaker over het gebruik van hulpmiddelen of methoden.
- Wanneer er gesproken wordt over hulpmiddelen, wordt het vaakst gesproken over nicotine vervangende middelen en persoonlijk advies of begeleiding.



INLEIDING

Het advies van huisartsen, tandartsen en medisch specialisten om te stoppen met roken heeft een positief effect op het stoppen met roken van de patiënt (Carr et al., 2012; Hilberink et al., 2001; 2005; Omana-Cepeda et al., 2015; Pieterse et al., 1992; 2001; Stead et al., 2013). Onderzoek laat zien dat wanneer de zorgverlener een korte, duidelijke, sterke en op de patiënt afgestemde boodschap heeft, dit de kans op succesvol stoppen al vergroot (Ashenden et al., 1997; Stead et al., 2013). Uitgebreider advies (eventueel met een vervolgesprek) verhoogt de kans om te stoppen met roken nog iets meer. Het lijkt daarom belangrijk dat huisartsen en andere zorgverleners naar rookgedrag vragen, een passend advies geven en een bewezen effectief behandelingsaanbod doen (Willemsen et al., 2003). Echter, veel huisartsen en andere zorgverleners zien het vaak niet als hun primaire taak de leefstijl van patiënten te beïnvloeden en vaak vinden zij het moeilijk om dit onderwerp ter sprake te brengen.

In deze factsheet wordt een aanzet gedaan voor het beter in kaart brengen van hoe huisartsen en andere zorgverleners (stoppen met) roken bespreken met hun patiënten. Daarnaast kijken we of er verschillen zijn tussen de verschillende opleidingsniveaus van rokers in de mate en manier waarop (stoppen met) roken besproken wordt door de huisarts en andere zorgverleners. Opleidingsniveau hangt doorgaans sterk samen met verschillen in rookgedrag. Onder hoog opgeleiden is roken het minst prevalent (18% versus 26% voor de middel en 27% voor de laag opgeleiden), dat geldt ook voor dagelijks roken (10% versus 20% en 22%) (Verdurmen et al., 2015).^a

Ook rook-gerelateerde gezondheidsproblemen zijn niet evenredig verdeeld over de Nederlandse populatie, maar komen vooral onder mensen met een laag opleidingsniveau voor (Beenackers et al., 2015). Zij starten vaker en stoppen minder vaak met roken dan mensen met een hoog opleidingsniveau. Vanwege deze verschillen in opleidingsniveau met betrekking tot rookgedrag en rook-gerelateerde gezondheidsverschillen wordt in deze factsheet aandacht besteed aan verschillen tussen rokers met een lage, midden en hoge opleiding.

DE STUDIE

De cijfers in deze factsheet zijn afkomstig uit het Continu Onderzoek Rookgewoonten 2014, uitgevoerd door TNS-NIPO in opdracht van het Trimbos-instituut.^a De studie vond plaats onder Nederlanders vanaf 15 jaar. Voor de steekproef werd de TNS-NIPO database gebruikt, een panel van 200.000 Nederlanders. Per week werden daarvan netto ongeveer 350 personen ondervraagd via een digitale vragenlijst. De steekproef is representatief voor geslacht, leeftijd, opleiding, huishoudgrootte, provincie, regio-indeling en sociale klasse. Aan het Continu Onderzoek Rookgewoonten 2014 namen 18.264 respondenten deel. Verschillen worden alleen beschreven als er ook sprake is van een statistisch significant verschil. Dat betekent dat de kans dat het verschil op toeval berust lager is dan 5%. In de factsheet worden alle mensen die aangeven te roken als rokers beschouwd. Een deel hiervan rookt dagelijks en een deel niet dagelijks. Onder de niet-rokers verstaan we de mensen die nog nooit hebben gerookt en de ex-rokers (ooit gerookt, maar nu gestopt). Door afrondingsverschillen kunnen totalen en subtotalen soms afwijken.

^a Vanwege de integratie van landelijke leefstijlmonitoren is het Continu Onderzoek Rookgewoonten in 2014 voor het laatst uitgevoerd. De jaarlijkse Gezondheidsenquête van het CBS in de bevolking vanaf 18 jaar is nu de primaire bron voor rookprevalentiegegevens onder volwassenen (T.K. 32793-161, 2014. Preventief gezondheidsbeleid; Brief regering; Nieuwe opzet Leefstijlmonitoring. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal).

Tabel 1. Beschrijvende statistiek voor de leefstijlfactoren.

	Alle rokers				Significantie
	Alle rokers	Laag opgeleiden	Middelbaar opgeleiden	Hoog opgeleiden	
Demografische kenmerken					
Aantal	3409	1096	1624	688	
Percentage		32,2 %	47,6 %	20,2 %	
Vrouw	51,6%	51,3 %	55,0 %	44,2 %	p < ,001
Leeftijd (SD)	43,8 (16,0)	46,4 (17,8)	42,2 (14,7)	43,2 (15,6)	p < ,001
Leefstijlvariabelen					
Sigaretten per dag (SD)	13,1 (8,9)	14,5 (9,2)	13,1 (8,6)	11,4 (8,7)	p < ,001
Rookt shag	49,5 %	62,1 %	47,0 %	35,2	p < ,001
Ooit een stopping	72,8 %	70,4 %	74,8 %	72,2 %	p = ,025
Stoppogingen laatste jaar (SD)	,36 (.89)	,34 (.89)	,35 (.84)	,44 (.99)	p = ,126
Wil < 6 maanden stoppen	24,5 %	19,6 %	24,4 %	32,7 %	p < ,001

Noot: Deze tabel laat naast de demografische kenmerken ook rookgerelateerde variabelen zien.

WAT WORDT ER GEROOKT EN HOEVEEL?

- Iets minder dan een kwart (23%) van de Nederlandse bevolking vanaf 15 jaar rookte in 2014. In totaal rookte 17% dagelijks.
- Van de rokers is 32% laag opgeleid, 48% middelbaar opgeleid en 20% een hoog opgeleid.
- Rokers roken gemiddeld 13 sigaretten per dag; laag opgeleide rokers roken iets meer sigaretten per dag (14,5) dan hoog opgeleide rokers (11,4).
- De helft van alle rokers rookt shag. Dit is met name het geval bij laag opgeleide rokers; bijna tweederde (62%) van de laag opgeleide rokers rookt shag, bij de middelbaar opgeleide rokers is dat 47% en bij de hoog opgeleide rokers rookt slechts een derde shag (35%)

HOEVEEL ROKERS HEBBEN EEN STOPPOGING GEDAAN?

- Bijna driekwart (73%) van de rokers heeft ooit een stoppoging gedaan.
- Hoog opgeleide rokers hebben het laatste jaar niet vaker een stoppoging gedaan dan laag en middelbaar opgeleide rokers.
- Een kwart van de rokers wil binnen 6 maanden stoppen met roken. Ook hier zien we opleidingsverschillen. Van de hoog opgeleide rokers wil een derde (33%) binnen 6 maanden stoppen met roken; bij de middelbaar opgeleide rokers geldt dit voor een kwart (24%) en onder de laag opgeleide rokers wil een vijfde van de rokers binnen 6 maanden stoppen (20%).

HET BESPREKEN VAN (STOPPEN MET) ROKEN DOOR DE HUISARTS EN ANDERE ZORGVERLENERS

Binnen de groep van rokers hebben we gekeken hoeveel rokers met hun huisarts, tandarts, medisch specialist of

verloskundige gesproken hebben over roken en of er een stopadvies is uitgebracht (zie Tabel 2).

Huisarts

- Van de rokers is 66% bij de huisarts geweest in het afgelopen jaar; er zijn hierbij geen verschillen tussen de sociaal economische groepen.
- Met minder dan een derde van de rokers wordt door de huisarts gesproken over (stoppen met) roken.
- Er wordt door de huisarts vaker gesproken over roken met laag opgeleide rokers (30,7%), dan met midden (25,4%) en hoog (23,0%) opgeleide rokers.
- Daarnaast krijgen laag opgeleide rokers ook vaker een stopadvies van de huisarts dan midden en hoog opgeleide rokers (31,2% versus 26,3% en 22,6%).
- Wanneer er gesproken is over roken, dan is dit in 62% van de gevallen op initiatief van de huisarts geweest. Dit percentage verschilde niet significant tussen de opleidingsniveaus.

Tandarts

- Van de rokers is 76% bij de tandarts geweest in het afgelopen jaar; hoog opgeleide rokers kwamen het vaakst bij de tandarts (84,4%), gevolgd door midden (80,5%) en laag opgeleide rokers (64,3%).
- Met minder dan een vijfde van de rokers die bij de tandarts komen wordt gesproken over (stoppen met) roken.
- In tegenstelling tot de huisarts, wordt er door de tandarts vaker gesproken over roken met hoog opgeleide rokers die bij de tandarts komen (23,4%), dan met midden (17,7%) en laag (16,6%) opgeleide rokers.
- Daarnaast krijgen hoog opgeleide rokers die bij de tandarts komen ook vaker een stopadvies van de tandarts dan midden en laag opgeleide rokers (16,6% versus 12,9% en 11,5%).
- Wanneer er gesproken is over roken, dan is dit in 69% van de gevallen op initiatief van de tandarts geweest. Dit percentage verschilde niet significant tussen opleidingsniveaus.

Tabel 2. Beschrijvende statistiek voor hulpvraag en -aanbod.

	Alle rokers				Significantie
	Alle rokers	Laag opgeleiden	Middelbaar opgeleiden	Hoog opgeleiden	
Hulpvraag en - aanbod					
Bij huisarts geweest	66,2 %	66,1 %	66,5 %	65,7 %	p = ,250
- Gesproken over roken	26,6 %	30,7 %	25,4 %	23,0 %	p = ,033
- Geadviseerd te stoppen	27,2 %	31,2 %	26,3 %	22,6 %	p = ,011
► Gesprek begonnen door arts	► 61,6 %	► 68,0 %	► 58,4 %	► 55,8 %	p = ,137
Bij tandarts geweest	76,0 %	64,3 %	80,5 %	84,4 %	p < ,001
- Gesproken over roken	18,7 %	16,6 %	17,7 %	23,4 %	p = ,010
- Geadviseerd te stoppen	13,4 %	11,5 %	12,9 %	16,6 %	p = ,084
► Gesprek begonnen door arts	► 69,2 %	► 72,6 %	► 68,8 %	► 66,9 %	p = ,340
Bij medisch specialist geweest	35,4 %	37,8 %	33,7 %	35,3 %	p = ,147
- Gesproken over roken	32,5 %	37,3 %	29,0 %	31,8 %	p = ,016
- Geadviseerd te stoppen	26,0 %	31,2 %	21,8 %	26,3 %	p = ,009
► Gesprek begonnen door arts	► 75,8 %	► 76,1 %	► 75,5 %	► 75,3 %	p = ,817
Bij verloskundige geweest *	5,0 %	3,3 %	5,7 %	5,3 %	p = ,073
- Gesproken over roken	73,8 %	72,7 %	73,2 %	76,9 %	p = ,961
- Geadviseerd te stoppen	66,2 %	63,6 %	63,4 %	76,9 %	p = ,859
► Gesprek begonnen door verloskundige	► 73,5 %	► 75,0 %	► 77,4 %	► 60,0 %	p = ,264

Noot: Deze tabel laat zien hoeveel procent er de afgelopen 12 maanden bij de verschillende dokters is geweest en hoeveel procent van die bezoekers tijdens het bezoek heeft gesproken over roken of is geadviseerd om te stoppen. Soms werd enkel geadviseerd om te stoppen, zonder dat daar een gesprek over roken bij werd gevoerd. * Alleen vrouwen.

Medisch specialist

- Van de rokers is 35% bij de medisch specialist geweest in het afgelopen jaar; er zijn hierbij geen verschillen tussen de sociaal economische klassen.
- Met een derde van de rokers die bij de medisch specialist komen wordt gesproken over (stoppen met) roken.
- Net als bij de huisarts, wordt er door de medisch specialist vaker gesproken over roken met laag opgeleide rokers die bij de medisch specialist komen (37,3%), dan met midden (29,0%) en hoog (31,8%) opgeleide rokers.
- Daarnaast krijgen laag opgeleide rokers die bij de medisch specialist komen ook vaker een stopadvies van de medisch specialist dan midden en hoog opgeleide rokers (31,2% versus 21,8% en 26,3%).
- Wanneer er gesproken is over roken, dan is dit in 76% van de gevallen op initiatief van de medisch specialist geweest. Dit percentage verschilde niet significant tussen opleidingsniveaus.

Verloskundige

- Van de rokende vrouwen is 5% bij de verloskundige geweest in het afgelopen jaar; er zijn hierbij geen verschillen tussen de sociaal economische klassen.^b

^b Het lage aantal rokende vrouwen dat bij de verloskundige is geweest kan ten koste zijn gegaan van de betrouwbaarheid en representativiteit van de cijfers over deze groep. Om de uitkomsten te kunnen bevestigen is vervolgonderzoek noodzakelijk.

- Met driekwart van de rokende vrouwen die bij de verloskundige is geweest werd gesproken over (stoppen met) roken.
- Door de verloskundige wordt niet vaker gesproken over roken met laag opgeleide rokers dan met midden en hoog opgeleide rokers.
- Daarnaast krijgen laag opgeleide rokers ook niet vaker een stopadvies van de verloskundige dan midden en hoog opgeleide rokers.
- Wanneer er gesproken is over roken, dan is dit in 74% van de gevallen op initiatief van de verloskundige geweest. Dit percentage verschilde niet significant tussen opleidingsniveaus.

WAT WAS DE AANLEIDING OM TE SPREKEN OVER STOPPEN MET ROKEN?

Voor 43,4% van de rokers die een gesprek hebben gehad met een huisarts of andere zorgverlener over (stoppen met) roken was de aanleiding voor dit gesprek de aanwezigheid van gezondheidsklachten. Voor ongeveer een kwart (25,6%) was de aanleiding voor een gesprek over (stoppen met) roken de aanwezigheid van klachten die veroorzaakt werden door roken. Bij ongeveer 5% van de rokers werd er gesproken over (stoppen met) roken vanwege een zwangerschapswens en tevens bij 5% vanwege de beschikbaarheid van vergoeding vanuit de basisverzekering voor hulp bij stoppen met roken.

Minder dan 3% van de rokers gaf aan een gesprek over (stoppen met) roken te hebben gehad vanwege de beschikbaarheid van een nieuw medicijn of een nieuwe therapie om te stoppen of vanwege een reclame of advertentie voor stoppen met roken.

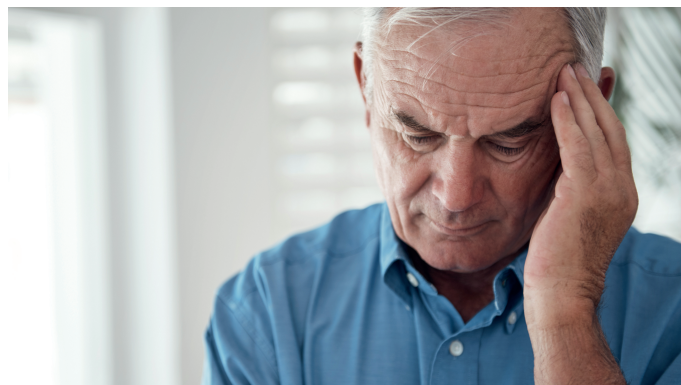
WELKE GEZONDHEIDSKLACHTEN WAREN AANLEIDING OM TE SPREKEN OVER STOPPEN?

Wanneer gezondheidsklachten de reden waren om met de huisarts of zorgverlener te spreken over stoppen met roken is gevraagd naar wat die gezondheidsklachten inhielden. Hierbij ging het het vaakst om hoge bloeddruk, migraine, gewrichtsslijtage of -ontsteking, COPD, astma en suikerziekte. Hoge bloeddruk, gewrichtsslijtage, COPD en suikerziekte zijn klachten die meer genoemd werden onder laag opgeleide rokers in vergelijking met midden en hoog opgeleide rokers. Migraine werd vaker genoemd door middelbaar opgeleide rokers in vergelijking met laag en hoog opgeleide rokers. In totaal had 46,4% van de laag opgeleide rokers 1 of 2 gezondheidsklachten, tegenover 43,4% van de middelbaar opgeleide rokers en 41,9% van de hoog opgeleide rokers. Gekeken naar meer dan 2 gezondheidsklachten dan zien we dat 8,4% van de laag opgeleide rokers meer dan 2 klachten rapporteert, tegenover 6,7% van de midden en 4,7% van de hoog opgeleide rokers.

IS ER TIJDENS DE GESPREKKEN OVER (STOPPEN MET) ROKEN GESPROKEN OVER HULPMIDDELEN / METHODEN?

Wanneer er gesproken wordt over roken of wanneer er een stopadvies wordt gegeven, dan kan de zorgverlener ook wijzen op beschikbare hulpmiddelen of methoden die de stopkans vergroten.

- Wanneer de huisarts of zorgverlener het gesprek over (stoppen met) roken is aangegaan met een roker werd er in 60% van de gesprekken gesproken over het gebruik van hulpmiddelen of methoden.
- Met laag opgeleide rokers werd binnen de gesprekken over (stoppen met) roken het minst vaak gesproken over hulpmiddelen of methoden (53,2%). Met middelbaar opgeleide rokers werd in 60,4% van de gesprekken over



hulpmiddelen of methoden gesproken en met hoog opgeleide rokers in 67,8% van de gevallen.

- Wanneer we per zorgverlener kijken dan zien we enkele verschillen (zie Tabel 3). Tandartsen lijken het vaakst te spreken over hulpmiddelen of methoden – althans, wanneer ze (stoppen met) roken bespreken met rokers. Huisartsen en medisch specialisten bespreken het gebruik van hulpmiddelen of methoden voor stoppen met roken vaker met hoog opgeleide rokers in vergelijking met midden en laag opgeleide rokers. Voor tandartsen en verloskundigen zijn de verschillen in het bespreken van hulpmiddelen of methoden tussen de opleidingsniveaus niet significant.

WELKE HULPMIDDELEN OF METHODEN WERDEN BESPROKEN?

Wanneer er gesproken werd over hulpmiddelen of methoden werd het vaakst gesproken over het gebruik van nicotine vervangende middelen, namelijk in ongeveer één derde van de gesprekken (zie Tabel 4). Daarna werd het vaakst gesproken over het verkrijgen van persoonlijk advies of begeleiding; in ongeveer één zesde van de gesprekken. In minder dan 5% van de gesprekken is verwezen naar zelfhulp boeken of brochures, groepscursussen, websites of applicaties, of alternatieve methoden. Er zijn geen significante verschillen tussen de opleidingsniveaus in de mate waarin gesproken werd over de verschillende soorten hulpmiddelen en methoden om te stoppen met roken.

Tabel 3. Beschrijvende statistiek voor bespreken hulpmiddelen en methoden.

	Alle rokers				Significantie
	Alle rokers	Laag opgeleiden	Middelbaar opgeleiden	Hoog opgeleiden	
Hulpmiddelen en Methoden besproken met					
huisarts	56,9 %	51,1 %	56,9 %	66,7 %	p = ,006
tandarts	63,7 %	59,8 %	62,9 %	69,5 %	p = ,095
medisch specialist	56,6 %	50,7 %	56,3 %	67,5 %	p = ,022
verloskundige *	56,6 %	44,4 %	61,8 %	50,0 %	p = ,580

Noot: Deze tabel laat zien in hoeveel procent van de gesprekken over (stoppen met) roken er gesproken is over het gebruik van hulpmiddelen of methoden * Alleen vrouwen.

Tabel 4. Beschrijvende statistiek voor het bespreken van hulpmiddelen en methoden om te stoppen met roken

	Percentage gesprekken waarin hulpmiddelen of methoden genoemd zijn			
	Totaal	Laag opgeleiden	Middelbaar opgeleiden	Hoog opgeleiden
Nicotine Vervangende Middelen/Geneesmiddelen	31,8	27,1	33,9	36,0
Schriftelijke hulpmiddelen	4,2	4,5	4,1	4,3
Persoonlijk Advies of Begeleiding	16,5	19,0	15,2	16,6
Cursussen en/of Trainingen	0,6	0,6	0,2	1,8
Online hulpmiddelen	2,6	1,4	2,3	3,1
Andere hulpmiddelen of methoden	3,8	4,9	2,5	5,2
Weet niet	9,2	11,2	10,2	3,9

Noot: Deze tabel laat zien in hoeveel procent van de gesprekken een specifiek hulpmiddel of methode om te stoppen met roken is genoemd. Er zijn geen significante verschillen tussen opleidingsniveaus voor de categorieën.



CONCLUSIE

De huisarts is in het algemeen de meest bezochte hulpverlener. De huisartsenpraktijk kan dan ook een belangrijk vangnet zijn voor stoppen met roken en meeroken, zowel voor de brede populatie als specifieke doelgroepen. Ruim driekwart van de rokers komt jaarlijks bij de huisarts terecht, maar met slechts een kwart tot een derde wordt over roken wordt gesproken. Hier valt dus nog winst te behalen. Hetzelfde geldt voor de tandarts en de medisch specialist. Zij spreken ook maar met respectievelijk één vijfde en één derde van hun rokende patiënten over roken. De verloskundige sprak met ruim driekwart van de rokers over het rookgedrag.

Diverse partijen in Nederland verrichten al enkele jaren onderzoek naar de rol van de huisarts en andere zorgverleners bij het stoppen met roken. Hieronder geven we een korte illustratie hiervan. Een vergelijking tussen Nederland en Engeland liet zien dat rokers in Nederland veel minder vaak van hun huisarts het advies krijgen om te stoppen met roken (Kotz et al., 2013). Bovendien worden rokers die naar de huisarts gaan in Engeland vaker geadviseerd om counseling te volgen. Er is echter tussen Nederland en Engeland geen verschil in het percentage rokers dat van de huisarts medicijnen voor stoppen met roken voorgeschreven krijgt. Zowel in Engeland als Nederland geldt dat lichte rokers van de huisarts minder vaak een stopadvies krijgen dan matige of zware rokers. Volgens de richtlijnen, moet de huisarts elke rokende patiënt adviseren te stoppen met roken (Chavannes et al., 2007). In Nederlandse huisartsenpraktijken worden stoppen met roken richtlijnen gebruikt zoals de STIMEDIC richtlijn, de Minimale Interventiestrategie Stoppen met roken (H-MIS) en de NHG standaard. Uit de gegevens in deze factsheet blijkt dat in de praktijk echter lang niet elke huisarts met rokers spreekt over stoppen met roken. En wanneer er gesproken wordt over (stoppen met) roken, dan is dat bij huisartsen in 60% van de gevallen op initiatief van de huisarts zelf. Eerder onderzoek van de universiteit Maastricht wees uit dat voor zorgprofessionals in de huisartsenpraktijk het begeleiden van rokers bij het stoppen met roken vaak complex is (Hoving et al. 2006; 2007). Uit 19 interviews met praktijkondersteuners (POH's) om te achterhalen welke knelpunten men in de praktijk zoal ervaart, bleek bijvoorbeeld dat het verhogen van de motivatie van patiënten en de opvolging van patiënten na de stopdatum als lastig worden ervaren in de praktijk. De universiteit Maastricht is mede daarom de STER studie gestart (De Ruijter et al., 2016). De STER studie heeft als doel om zorgprofessionals in de huisartsenpraktijk (praktijkondersteuners, praktijkverpleegkundigen en verpleegkundig specialisten) te ondersteunen bij het optimaal uitvoeren van de richtlijnen. Hiervoor is een online programma ontwikkeld, waar zorgprofessionals adviezen kunnen krijgen die aansluiten bij hun praktijksituatie (advies op maat). Het online programma is speciaal bedoeld voor zorgprofessionals die stoppen met roken richtlijnen meer in hun begeleiding willen integreren. Momenteel loopt het onderzoek naar de effectiviteit van het online programma. In het verlengde daarvan heeft recent onderzoek laten zien dat het trainen van gezondheidsprofessionals in stoppen met roken begeleiding een positief effect heeft op de

implementatie hiervan (Verbiest et al. 2013). Het volgen van trainingsprogramma's lijkt ook te leiden tot meer patiënten die uiteindelijk stoppen met roken (Carson et al., 2012).

In Nederland is het gebruik van professionele stopondersteuning laag. Het percentage stoppogingen ondersteund door effectief bewezen therapie is al jaren vrij stabiel; zo rond de 15% (Willemsen, 2011). Sinds de behandeling vergoed wordt, is het gebruik van bewezen effectieve hulpmiddelen wel toegenomen naar bijna een kwart van de stoppogingen (ter Weijde & Croes 2015). De eerstelijnszorg is uitgezonderd van het eigen risico, wat maakt dat er voor deze zorg geen financiële drempel hoeft te zijn als deze toereikend is. Echter, voor stoppen-met-roken ondersteuning en hulpmiddelen verschilt het per verzekeraar of de stoppen-met-roken behandeling voor het eigen risico komt. Veel rokers blijken hun stoppoging uit te stellen tot het einde van het jaar als het eigen risico betaald is, zodat de stoppen met roken behandeling niet voor eigen risico komt (van Boven & Vemer 2015).

Zwangere vrouwen zijn een specifieke groep met een extra motivatie om te stoppen of minderen met roken. Stoppen met roken vroeg in de zwangerschap brengt de kans op vroeggeboorte en een laag geboortegewicht terug naar het niveau van iemand die helemaal niet heeft gerookt tijdens de zwangerschap (McCowan et al., 2009). Verloskundigen zien het bespreken van roken tijdens de zwangerschap als onderdeel van hun verantwoordelijkheid, maar vinden het tegelijkertijd moeilijk hoe ze dit onderwerp aan de orde kunnen stellen en hoe ze vrouwen kunnen herkennen die positief en vrouwen die negatief staan tegenover advies (McLeod et al., 2003). De V-MIS is een stoppen-met-rokeninterventie waarbij de verloskundige of gynaecoloog tijdens consulten, via een zeven-stappen-plan, aansluit bij de motivatie van de cliënt en eventueel haar rokende partner. Hierdoor wordt in korte tijd zo effectief mogelijk voorlichting over roken gegeven. Sinds 2010 zijn eerstelijns verloskundigen verplicht de V-MIS toe te passen. De IGZ stelt als eis dat in iedere verloskundigenpraktijk minimaal één verloskundige de V-MIS training moet hebben gevolgd. De V-MIS is in 1996 onderzocht en bleek effectief bij zwangere vrouwen: 12% stopte blijvend (tegen 3% wanneer de V-MIS niet werd toegepast) (De Vries et al., 2006). Recent onderzoek laat echter minder effect van de V-MIS zien, mogelijk door een niet volledige en niet correcte implementatie van de interventie (Oude Wesseling et al., 2015). Momenteel loopt er daarom een traject om de implementatie van de V-MIS te verbeteren. Daarnaast lopen er momenteel verschillende initiatieven om roken tijdens de zwangerschap tegen te gaan. Zo is recent een project onder de naam PROMISE gestart. In dit project worden nieuwe manieren getest om vrouwen te helpen rookvrij zwanger te zijn én te blijven na de zwangerschap. Bijvoorbeeld door de omgeving van de zwangere te betrekken. Ook is recent een factsheet uitgekomen over de effectiviteit van stoppen-met-roken interventies voor zwangere vrouwen (Springvloet et al., 2016). Op 29 juni 2016 is de Taskforce "Rookvrije Start" opgericht, bestaande uit professionals die negen betrokken beroepsverenigingen vertegenwoordigen en inhoudsdeskundigen van het College Perinatale Zorg en het

Trimbos Instituut. VWS is partner en faciliteert de Taskforce met een ondersteunend communicatietraject. Gezamenlijk formuleren de deelnemers een missie en een plan voor twee jaar om een rookvrije start voor kinderen mogelijk te maken. Ook zal VWS dit najaar een campagne starten gericht op rookvrij opgroeien (inclusief een rookvrije zwangerschap). Al deze initiatieven sluiten tevens aan op het idee van een Rookvrije Generatie, een initiatief van Longfonds, KWF en Hartstichting.

Eind 2016 verschijnt van de update van de Richtlijn behandeling van tabaksverslaving. Gezien de winst die er nog te behalen valt met betrekking tot het bespreken van (stoppen met) roken door de huisarts en andere zorgverleners ligt hier een belangrijke kans om aandacht te genereren voor de optimale implementatie van de aangepaste richtlijn binnen de huisartsenpraktijk en bij andere zorgverleners.

REFERENTIES

Ashenden, R., Silagy, C., & Weller, D. (1997). A systematic review of the effectiveness of promoting lifestyle change in general practice. *Family practice*, 14, 160-176.

Beenackers, M. A., Nusselder, W. J., Groeniger, J. O., & van Lenthe, F. J. (2015). Het terugdringen van gezondheidsachterstanden: een systematisch overzicht van kansrijke en effectieve interventies. Rotterdam: Erasmus MC.

Carr, A.B. & Ebbert, J. (2012). Interventions for tobacco smoking cessation in the dental setting. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, issue 6. Art. No.: CD005084.

Carson, K. V., Verbiest, M. E., Crone, M. R., Brinn, M. P., Esterman, A. J., Assendelft, W. J., & Smith, B. J. (2012). Training health professionals in smoking cessation. *The Cochrane Library*.

Chavannes, H. N., Kaper, J., Frijling, D. B., Van der Laan, R. J., Jansen, M. W. P., Guerrouj, S., ... & Wind, A. L. (2009). NHG-Standaard Stoppen met roken. In *NHG-Standaarden 2009* (pp. 1434-1449). Bohn Stafleu van Loghum.

De Ruijter, D., Smit, E. S., de Vries, H., & Hoving, C. (2016). Web-based computer-tailoring for practice nurses aimed to improve smoking cessation guideline adherence: A study protocol for a randomized controlled effectiveness trial. *Contemporary clinical trials*, 48, 125-132.

De Vries, H., Bakker, M., Mullen, P.D. & van Breukelen, G. (2006). The effects of smoking cessation counselling by midwives on Dutch pregnant women and their partners. *Patient Education & Counseling*, 63, 1-2.

Hilberink, S. R., Jacobs, J. E., Bottema, B. J., de Vries, H., & Grol, R. P. (2005). Smoking cessation in patients with COPD in daily general practice (SMOCC): six months' results. *Preventive Medicine*, 41(5), 822-827.

Hilberink, S. R., Jacobs, J. E., Breteler, M. H., de Vries, H., & Grol, R. P. (2011). General practice counseling for patients with chronic obstructive pulmonary disease to quit smoking: Impact after 1 year of two complex interventions. *Patient education and counseling*, 83(1), 120-124.

Hoving, C., Mudde, A. N., & de Vries, H. (2006). Intention to adopt a smoking cessation expert system within a self-selected sample of Dutch general practitioners. *European Journal of Cancer Prevention*, 15, 82-86.

Hoving, C., Mudde, A. N., & de Vries, H. (2007). Intention to implement a smoking cessation intervention in Dutch general practice. *Health Education*, 107, 307-315.

Kotz, D., Willemsen, M.C., Brown, J. & West, R. (2013). Light smokers are less likely to receive advice to quit from their GP than moderate-to-heavy smokers: A comparison of national survey data from the Netherlands and England. *European Journal of General Practice*, 19, 99-105.

McCowan, L.M.E., Dekker, G.A., Chan, E., Stewart, A., Chappell, L.C., Hunter, M., Moss-Morris, R. & North, R.A. (2009). Spontaneous preterm birth and small for gestational age infants in women who stop smoking early in pregnancy: prospective cohort study. *BMJ* 338, b1081.

McLeod, D., Benn, Ch., Pullon, S., Viccars, A., White, S., Cookson, T. & Dowell, A. (2003). The midwife's role in facilitating smoking behaviour change during pregnancy. *Midwifery*, 19, 285-297.

Omana-Cepeda, C., Jané-Salas, E., Estrugo-Devesa, A., Chimenos-Küstner, E. & López-López, J. (2016). Effectiveness of dentist's intervention in smoking cessation: A review. *Journal of Clinical Experimental Dentistry*, 8, e78-83.

Oude Wesselink, S.F., Lingsma, H.F., Robben, P.B.M. & Mackenbach, J.P. (2015). Provision and effect of quit-smoking counselling by primary care midwives. *Midwifery*, 31, 986-992.

Pieterse, M. E., Seydel, E. R., & Wiegman, O. (1992). Smoking cessation via the general practitioner: Development of a minimal contact intervention programme. *Patient Education and Counseling*, 19, 107-108.

Pieterse, M. E., Seydel, E. R., DeVries, H., Mudde, A. N., & Kok, G. J. (2001). Effectiveness of a minimal contact smoking cessation program for Dutch general practitioners: a randomized controlled trial. *Preventive Medicine*, 32, 182-190.

Springvloet, L., Hopman, P., Kleinjan, M., De Josselin de Jong, S., Van Laar, M. (2016). Effectiviteit van stoppen-met-roken interventies voor zwangere vrouwen. Utrecht: Trimbo.

Stead L.F. , Buitrago, D., Preciado, N., Sanchez, G., Hartmann-Boyce, J. & Lancaster, T. (2013). Physician advice for smoking cessation (Review). *The Cochrane Library*, Issue 5.

ter Weijde, W. and E. Croes (2015). Roken: Een aantal feiten op een rij. Utrecht, Trimbos-instituut.

van Boven, J. F. M. and P. Vemer (2015). "Higher Adherence during Reimbursement of Pharmacological Smoking Cessation Treatments." *Nicotine & Tobacco Research* 18: 56-63.

Verbiest, M. E., Crone, M. R., Scharloo, M., Chavannes, N. H., van der Meer, V., Kaptein, A. A., & Assendelft, W. J. (2014). One-hour training for general practitioners in reducing the implementation gap of smoking cessation care: a cluster-randomized controlled trial. *Nicotine & Tobacco Research*, 16, 1-10.

Verdurmen, J., Monshouwer, K. & Laar, M. van (2015). Factsheet Continu Onderzoek Rookgewoonten 2014. Trimbos-instituut, Utrecht.

Willemsen, M. (2011). Roken in Nederland: De keerzijde van tolerantie [oratie]. Maastricht, Maastricht University.

Willemsen, M.C., Wagena, E.J. & Van Schayck, C.P. (2003). De effectiviteit van stoppen-met-rokenmethoden die in Nederland beschikbaar zijn: een systematische review op basis van Cochrane-gegevens. *Nederlands tijdschrift voor geneeskunde*, vol. 147, nr 19, 922-927.

Colofon

Auteurs

Marloes Kleinjan
Jeroen Bommelé
Jacqueline Verdurmen
Margriet van Laar

Ontwerp & productie
Canon Nederland N.V.

Beeld

www.istockphoto.com

Deze uitgave is te bestellen via www.trimbos.nl/webwinkel met artikelnummer AF1438.

© 2016, Trimbos-instituut, Utrecht

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze opgave mag worden veelevoudigd en/of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, zonder voorafgaande toestemming van het Trimbos-instituut.

**ROKEN
INFOLIJN
0900-1995**

€ 0,10/min
+ de kosten van uw
mobiele telefoon