

FACTSHEET

EFFECTEN VAN STOPPEN-MET-ROKEN ONDERSTEUNING ONDER ROKERS MET EEN LAGE SOCIAALECONOMISCHE STATUS

KERNPUNTEN

Algemene bevindingen

- Er zijn relatief weinig studies verricht naar de effecten van stoppen-met-roken ondersteuning specifiek onder rokers met een lage sociaaleconomische status. Dit geldt ook voor onderzoek naar verschillen in effecten tussen sociaaleconomische groepen. Conclusies zijn daarom veelal gebaseerd op een klein aantal studies.
- Voor zover onderzocht, wordt gevonden dat individuele vormen van stopondersteuning rokers met een lage sociaaleconomische status kunnen helpen bij het stoppen. Effecten zijn echter vaak groter voor rokers met een hoge sociaaleconomische status.
- Wanneer de stopondersteuning niet specifiek is gericht op rokers met een lage sociaaleconomische status, kunnen sociaaleconomische verschillen in roken worden vergroot.
- Stopondersteuning aanbieden in achterstandsbuurt en/of aanpassen aan wensen en behoeften van rokers met een lage sociaaleconomische status kan bijdragen aan het verkleinen van sociaaleconomische verschillen in roken.
- De meeste bestaande individuele interventies zijn, ook in Nederland, niet specifiek gericht op rokers met een lage sociaaleconomische status.

Gedragmatige en farmacologische ondersteuning

- Gedragmatige ondersteuning, gecombineerd met farmacologische ondersteuning of op zichzelf staand, kan rokers met een lage sociaaleconomische status helpen bij het stoppen, maar effecten zijn sterker voor rokers met een hoge sociaaleconomische status.
- De richtlijn "Behandeling van tabaksverslaving en stoppen met roken ondersteuning" beveelt aan om farmacologische hulpmiddelen altijd

onderdeel uit te laten maken van een integrale verslavingsgeneeskundige aanpak en deze nooit zonder gedragmatige behandeling voor te schrijven. Farmacologische hulpmiddelen worden ook alleen vergoed in combinatie met gedragmatige ondersteuning. Er is te weinig onderzoek beschikbaar naar de effecten van alleen farmacologische ondersteuning onder rokers met een lage sociaaleconomische status om een conclusie te trekken over de (afzonderlijke) effecten onder deze groep.

Specifieke vormen van stopondersteuning

- Telefonische ondersteuning kan rokers met een lage sociaaleconomische status helpen bij het stoppen met roken. De effecten van telefonische ondersteuning zijn waarschijnlijk kleiner voor rokers met een lage sociaaleconomische status dan voor rokers met een hoge sociaaleconomische status. Het bereik lijkt echter hoger onder rokers met een lage sociaaleconomische status, maar resultaten zijn voornamelijk afkomstig van studies uit de Verenigde Staten en het Verenigd Koninkrijk.
- Bij online interventies is de uitval van deelnemers met een lage sociaaleconomische status vaak hoog. Dit kan de effecten in deze groep beperken. Vanwege het beperkte aantal studies naar online interventies onder rokers met een lage sociaaleconomische status kunnen echter geen eensluidende conclusies worden getrokken.
- Financiële beloningen voor stoppen met roken zijn een relatief nieuwe strategie om stoppen met roken te stimuleren en lijken veelbelovend voor rokers met een lage sociaaleconomische status. Het aantal studies onder deze doelgroep is echter vooralsnog beperkt.

- Het vergoeden of gratis aanbieden van stopondersteuning leidt waarschijnlijk tot meer stopsucces onder rokers met een lage sociaaleconomische status. Het effect lijkt vergelijkbaar voor rokers met een lage en hoge sociaaleconomische status.
- Het programma 'NHS Stop Smoking Services' uit het Verenigd Koninkrijk is een veelbelovend programma voor rokers met een lage sociaaleconomische status. Doordat de services specifiek zijn gericht op achterstandsbuurten en gratis worden aangeboden, bereiken ze een grote groep rokers uit deze doelgroep.
- Veel rokers komen jaarlijks bij de huisarts of andere zorgverlener. Met slechts een kwart tot een derde van deze rokers wordt (stoppen met) roken besproken. Het gesprek over stoppen wordt wel relatief iets vaker aangegaan met laagopgeleide rokers dan met hoogopgeleide rokers. Of dit stopadvies wordt opgevolgd is niet bekend.
- Stopondersteuning door zorgverleners kan rokers stimuleren om te stoppen met roken. Omdat het effect groter lijkt bij rokers met een hoge sociaaleconomische status, draagt het waarschijnlijk niet bij aan het verkleinen van sociaaleconomische verschillen.
- Voor het verkleinen van sociaaleconomische verschillen in roken moet het bereik van stopondersteuning onder rokers met een lage sociaaleconomische status zo groot mogelijk zijn. Stopondersteuning afstemmen op en aanbieden aan rokers met een lage sociaaleconomische status, proactief identificeren van rokers met een lage sociaaleconomische status, het verhogen van hun motivatie voor deelname en werven vanuit de primaire zorg zijn enkele factoren die kunnen bijdragen aan het bereiken van rokers met een lage sociaaleconomische status.



ACHTERGROND

Roken is de grootste vermijdbare risicofactor voor vroegtijdige sterfte en chronische ziekten zoals hart- en longaandoeningen [1]. Zowel in Nederland als in andere westerse landen is het percentage rokers hoger onder mensen met een lage sociaaleconomische status (SES) dan onder mensen met een middelbare en hoge SES [1-4]. Hierdoor lopen mensen met een lage SES meer risico op vroegtijdige sterfte aan roken-gerelateerde aandoeningen [1-3,5-8]. Sociaaleconomische verschillen in roken zijn een belangrijke oorzaak van verschillen in gezondheid en levensverwachting [6,9]. Wanneer rokers met een lage SES vaker succesvol stoppen met roken, leidt dit tot het verkleinen van gezondheidsverschillen [10].

Individuele stopondersteuning wordt specifiek op de roker gericht om hem of haar te helpen stoppen met roken en kan worden onderverdeeld in gedragsmatige ondersteuning of farmacologische ondersteuning. Vaak wordt een combinatie van beide typen ondersteuning aangeboden.

- Gedragsmatige ondersteuning is gericht op het verhogen van de motivatie en eigen-effectiviteit van rokers om te stoppen met roken. Hierbij wordt gebruik gemaakt van psychologische en sociale componenten om rokers te motiveren tot en ondersteunen bij stoppen met roken. Hiertoe behoren strategieën als persoonlijke counseling, gezondheidsvoorlichting, sociale steun en financiële beloningen. Ook het formuleren van doelen en plannen valt hieronder. Gedragsmatige ondersteuning bestaat meestal uit een combinatie van strategieën.
- Gedragsmatige ondersteuning kan op verschillende manieren worden aangeboden. Bijvoorbeeld face-to-face, telefonisch of via internet (ofwel e-health genoemd).
- Farmacologische ondersteuning of farmacotherapie kan bestaan uit nicotine-vervangende middelen (NVM) of medicatie, zoals varenicline of bupropion. NVM zijn vrij verkrijgbaar. Medicatie kan alleen worden verkregen op recept.
- De richtlijn "Behandeling van tabaksverslaving en stoppen met roken ondersteuning" beveelt aan dat farmacologische hulpmiddelen altijd onderdeel dienen te zijn van een integrale verslavingsgeneeskundige aanpak en nooit zonder gedragsmatige behandeling (zouden) mogen worden voorgeschreven [11]. In Nederland wordt farmacologische ondersteuning daarnaast alleen vergoed wanneer deze gecombineerd worden gebruikt met een programma voor gedragsmatige ondersteuning [12].
- Gedragsmatige en farmacologische ondersteuning wordt dan ook vaak gecombineerd aangeboden. Hierbij ligt veelal de nadruk op gedragsmatige ondersteuning en krijgen rokers de mogelijkheid voor farmacotherapie aangeboden.

In deze factsheet wordt de stand van wetenschap samengevat over de effecten van individuele stopondersteuning^a onder rokers met een lage SES^b. Tevens wordt ingegaan op wat bekend is over SES-verschillen in effecten. Eerst wordt ingegaan op algemene bevindingen

- a Maatregelen gericht op het voorkómen van roken (preventie) vallen buiten de scope van deze factsheet, maar staan gedeeltelijk beschreven in het rapport 'Communicatie naar jongeren in het kader van tabaksontmoediging' [13].
- b Zwangere vrouwen met een lage SES vormen een specifieke doelgroep. De effecten van maatregelen voor deze doelgroep staan beschreven in het rapport 'Effectiviteit van stoppen-met-roken interventies bij zwangere vrouwen: een literatuuroverzicht' [14]. Deze doelgroep is daarom niet expliciet meegenomen in deze factsheet.

omtrent gedragsmatige en farmacologische ondersteuning. Daarna worden specifieke vormen beschreven, waaronder e-health en financiële beloningen, en wordt ingegaan op de rol van zorgverleners en vergoedingen. Tevens worden bevorderende factoren voor implementatie beschreven alsmede veelbelovende initiatieven in Nederland.

Naast individuele stopondersteuning worden diverse tabaksontmoedigende beleidsmaatregelen uitgevoerd. De resultaten met betrekking tot beleidsmaatregelen zijn onderzocht en samengevat in de factsheet 'Effecten van tabaksontmoedigende beleidsmaatregelen onder rokers met een lage sociaaleconomische status' van het Trimbos-instituut [15].

SOCIAALECONOMISCHE STATUS EN ROKEN

Sociaaleconomische status (afgekort tot SES) is een maat om de "positie van mensen op de maatschappelijke ladder met het daaraan verbonden aanzien en prestige" te bepalen, ofwel de positie in de sociale hiërarchie [16,17]. Naarmate mensen over meer of minder kennis, arbeid en bezit beschikken, nemen zij een hogere of lagere positie in de maatschappij in.

Sociaaleconomische status kan niet op een directe manier worden gemeten. Daarom gebruiken onderzoekers vaak een aantal indicatoren om SES te bepalen [16-19].

- Belangrijke indicatoren zijn opleidingsniveau, beroepsstatus en hoogte van het inkomen.
- Indicatoren die zelden worden gebruikt zijn rijkdom en contextuele indicatoren die betrekking hebben op de sociale en economische kenmerken van de omgeving waarin iemand verblijft.
- Elke indicator kan een ander aspect van SES omvatten en de indicatoren hangen niet per definitie samen. Zo kan iemand met een hoog opleidingsniveau een laag inkomen hebben. De indicatoren zijn onderling dan ook niet uitwisselbaar.
- Sociaaleconomische status is geen stabiele factor en kan fluctueren met de jaren. Bijvoorbeeld door een verandering in opleiding of inkomen.
- In onderzoek naar gezondheid(sgedrag) worden doorgaans de indicatoren opleiding, inkomen of beroep gebruikt. Opleiding wordt het meest gebruikt, waarbij veelal de hoogst afgeronde opleiding als maat voor sociaaleconomische status wordt genomen [18].
- In epidemiologisch onderzoek wordt opleidingsniveau veelal verdeeld in drie niveaus: hoog, middelbaar (midden) en laag. In onderzoek naar beleidsmaatregelen wordt echter, indien van toepassing, doorgaans vergeleken tussen hoge en lage opleidingsniveaus. De middelbare groep is daarbij onderverdeeld in hoge en lage SES. Er is daarom minder bekend over rokers met een middelbaar opleidingsniveau.

- In studies wordt niet altijd een duidelijke beschrijving gegeven van de indeling naar SES.

Roken komt vaker voor onder mensen met een lage SES dan onder mensen met een hoge SES.

- In Nederland rookte in 2016 29,0% van de volwassenen van 18 jaar en ouder met een laag opleidingsniveau 'wel eens' [15]. Onder volwassenen met een middelbaar opleidingsniveau was dit 26,4% en onder volwassenen met een hoog opleidingsniveau 17,6%.
- Verschillen zijn groter voor dagelijks roken: 25,1% van de laagopgeleide volwassenen rookte dagelijks, 21,5% van de volwassenen met een middelbaar opleidingsniveau en 9,7% van de hoogopgeleide volwassenen.
- Verschillen in roken naar opleidingsniveau zijn in Nederland ongeveer even groot als die in de meeste andere Europese landen [6,20-23].
- De oorsprong van SES-verschillen onder volwassenen wordt reeds gelegd in de jeugd. Sociaaleconomische verschillen in roken zijn al op jonge leeftijd aanwezig, bijvoorbeeld onder 12-16 jarige scholieren [24-26]. Dergelijke vroege ongelijkheden blijven in de rest van de levensloop aanwezig [6].
- Vergelijkbare verschillen worden gevonden voor inkomen en beroepsniveau [6,9,27-29]. Waar iemand woont, is in Nederland minder van invloed dan individuele SES [6,30].
- Sociaaleconomische verschillen in rookgedrag zijn in veel Europese landen, waaronder in Nederland, de afgelopen decennia toegenomen. Dit komt door een minder sterke daling in rookprevalentie onder laagopgeleide dan onder hoogopgeleide volwassenen [6,23,27,28,31].

Meer achtergrondinformatie over roken en SES staat in de factsheet 'Effecten van tabaksontmoedigende beleidsmaatregelen onder rokers met een lage sociaaleconomische status' van het Trimbos-instituut [15].

Onderzoek naar effecten van individuele stopondersteuning onder rokers met een lage sociaaleconomische status

Voor veel typen stopondersteuning is aangetoond dat deze bijdragen aan stoppen met roken onder de algemene bevolking. Er is echter minder bekend over de effecten ervan specifiek onder lage SES rokers of over SES-verschillen in effecten. Studies die dit wel hebben onderzocht kennen daarnaast beperkingen. De resultaten in deze factsheet worden in de context van deze beperkingen geïnterpreteerd.

- Het aantal studies naar effecten van individuele stopondersteuning specifiek onder lage SES rokers of over verschillen in effecten tussen hoge en lage SES rokers is beperkt [2,3,32-38]. Zo werden in een overzichtsstudie uit 2014 in totaal 29 studies gevonden, verdeeld over de verschillende vormen van gedragsmatige en farmacologische ondersteuning [38]. Conclusies zijn daarom veelal gebaseerd op een klein aantal studies.
- Veel studies naar stopondersteuning rapporteren geen gegevens over eventuele SES-verschillen. Het is niet bekend of deze verschillen niet werden gevonden of niet werden onderzocht.
- Studies die wel effecten van stopondersteuning onder lage SES rokers of SES-verschillen in effecten onderzoeken, kampen vaak met methodologische problemen [10,33,38-41]. Bijvoorbeeld een kleine steekproefgrootte en afwezigheid van geverifieerde rookstatus. Daarnaast is vaak sprake van een hoge uitval onder deelnemers en zijn rokers met een zeer lage SES veelal ondervertegenwoordigd. Dit komt omdat voor de meeste studies het onderzoeken van SES-verschillen niet het primaire doel was. Ook wordt de inhoud van interventies niet altijd goed beschreven, waardoor het effect van specifieke componenten onbekend blijft.
- Vaak worden verschillende SES-indicatoren gebruikt, zoals opleiding, inkomen, beroepsniveau of een combinatie van deze. Hierdoor is het lastig om vergelijkingen te maken tussen studies of om resultaten goed samen te voegen [38].
- Tevens verschillen de uitkomstmaten tussen studies. Zo wordt in sommige studies gekeken naar stoppogingen en in andere studies naar stoppercentages (de verhouding voormalig rokers tot ooit rokers), stopintentie of rookprevalentie. Het is daarnaast niet altijd bekend of bij stoppen wordt gekeken naar stoppogingen of succesvol stoppen. Dergelijke informatie is van belang, omdat lage SES rokers evenveel stoppogingen doen, maar deze stoppogingen minder vaak succesvol zijn [2,42].
- Het is daarom lastig om eensluidende, betrouwbare conclusies te trekken over de effecten van individuele stopondersteuning onder lage SES rokers [40]. In veel (overzichts)studies wordt dan ook geconcludeerd dat er nog te weinig bekend is over de effecten van stopondersteuning op stoppen met roken onder rokers met een lage SES [2,10,35,38,39,41].

DE EFFECTEN VAN INDIVIDUELE STOPONDERSTEUNING ONDER ROKERS MET EEN LAGE SOCIAALECONOMISCHE STATUS

Gedragsmatige en farmacologische ondersteuning gecombineerd

Gedragsmatige ondersteuning gecombineerd met farmacologische ondersteuning kan lage SES rokers helpen bij het stoppen, maar het effect is veelal klein. Het effect is daarnaast doorgaans minder sterk voor lage SES rokers dan voor hoge SES rokers.

- Gecombineerde gedragsmatige en farmacologische ondersteuning voor lage SES rokers stimuleert over het algemeen het stoppen met roken, maar de effecten zijn klein [3,38,41,43,44].
- Een veel onderzocht en veelbelovend programma waarin gedragsmatige en farmacologische ondersteuning wordt gecombineerd is het Engelse 'NHS Stop Smoking Services'. Studies naar de effecten van gecombineerde gedragsmatige en farmacologische ondersteuning zijn veelal gebaseerd op dit programma [9,38]. Resultaten van dit programma staan beschreven in onderstaand kader 'Een gerichte aanpak: een voorbeeld uit het Verenigd Koninkrijk'.
- In een Nederlandse studie werd een vergelijkbare aanpak als de 'NHS Stop Smoking Services' getest [45]. Hierbij werd een combinatie van gratis gedragsmatige ondersteuning en optionele farmacotherapie getest in achterstandsbuurten in Den Haag. Er waren vier verschillende typen interventies: groepsessies in wisselende (1) of vaste samenstelling (2) en individuele telefonische (3) of face-to-face counseling (4). De hoogste stoppercentages na 12 maanden werden gevonden voor de groepsessies met wisselende samenstelling (41%) en individuele face-to-face counseling (37%) – voor groepsessies in vaste samenstelling en individuele telefonische counseling waren de stoppercentages respectievelijk 15% en 8%. Steun vanuit de sociale omgeving was hierbij van belang. De resultaten laten zien dat een gerichte aanpak ook in Nederland kan werken [9].
- Het effect van de combinatie van gedragsmatige en farmacologische ondersteuning op stoppen met roken is over het algemeen minder sterk voor lage SES rokers dan voor hoge SES rokers [3,37,38,41].
- Indien specifiek gericht op lage SES rokers, kan de combinatie van gedragsmatige en farmacologische ondersteuning SES-verschillen in roken echter verkleinen [2,3,38,41,45]. Bijvoorbeeld wanneer dergelijke programma's worden gericht op achterstandsbuurten, zoals gebeurt in het Verenigd Koninkrijk [41]. Deze gerichte aanpak is vooralsnog echter nog niet geïmplementeerd in andere landen [9].



EEN GERICHTE AANPAK: EEN VOORBEELD UIT HET VERENIGD KONINKRIJK

In het Verenigd Koninkrijk bestaat sinds 2000 het programma 'NHS Stop Smoking Services' waarin gedragsmatige ondersteuning wordt gecombineerd met farmacologische ondersteuning [33]. Dit nationale programma biedt ondersteuning aan rokers die gemotiveerd zijn om te stoppen en is specifiek gericht op lage SES rokers.

- Het programma bestaat uit regelmatige groeps- of individuele bijeenkomsten, waarin gestructureerde gedragstherapie wordt gegeven in combinatie met medicatie en nicotine-vervangende middelen.
- De stopondersteuning wordt gegeven door verschillende professionals, bijvoorbeeld professionele stopcoaches, verpleegkundigen of apothekers.
- Bij de implementatie in 2000 werd aandacht besteed aan het bereik en de effectiviteit in achterstandswijken en onder lage SES rokers [6]. Zo werd gefocust op het verbeteren van het bereik van bestaande stopvoorzieningen door in te zetten op nabijheid (in de wijken zelf), financiële toegankelijkheid (geen of geringe eigen betaling) en een goede aansluiting op lokale behoeften.

Het programma is uitgebreid onderzocht, in zowel onderzoeksetting als in real-life [3,9,33,37,38,46].

- Het programma ondersteunt het stoppen met roken onder lage SES rokers.
- Groepsessies hebben een sterker effect op stoppen dan individuele sessies, maar deelnemers prefereren de individuele sessies. Een buddiesysteem waarbij

deelnemers elkaar ondersteunen had toegevoegde waarde bij de individuele sessies, maar niet bij de groepsessies. Deze resultaten geven het belang van sociale steun weer.

- Er werd daarnaast enig bewijs gevonden dat een intensiever programma met meer contactmomenten sterkere effecten heeft dan een lagere contactfrequentie. De auteurs benadrukken echter dat een intensiever programma niet altijd wenselijk en haalbaar is. Ondersteuning door lokale actoren, zoals apothekers, geeft kleinere effecten, maar deze laagdrempelige aanpak kan een brede groep mensen bereiken, vooral in de lage SES-groepen.
- Net als bij andere individuele interventies en programma's, zijn de effecten over het algemeen minder sterk voor lage SES rokers dan voor hoge SES rokers.
- Het bereik is daarentegen veelal hoger onder lage SES rokers dan onder hoge SES rokers, omdat de services zich met name in achterstandsbuurten bevinden. Dit betekent dat meer lage SES rokers dan hoge SES rokers worden blootgesteld aan het programma.
- Het hogere bereik onder lage SES rokers lijkt te compenseren voor de lagere stoppercentages in deze groep. Hierdoor heeft het programma bijgedragen aan het verkleinen van SES-verschillen in roken in het Verenigd Koninkrijk.
- De aanpak is uniek voor het Verenigd Koninkrijk, maar kan ook relevant zijn voor andere Europese landen om SES-verschillen in roken te verkleinen [3,6].



Gedragsmatige ondersteuning

Het aanbieden van enkel gedragsmatige ondersteuning kan rokers met een lage SES ook helpen bij stoppen met roken. Voor zover verschillen zijn onderzocht, zijn de effecten van gedragsmatige ondersteuning echter veelal sterker bij rokers met een hoge SES.

- Gedragsmatige ondersteuning kan stoppen met roken stimuleren onder lage SES rokers [10,38,40,41,43,45]. Veel studies naar gedragsmatige ondersteuning zijn echter uitgevoerd onder specifieke populaties rokers, zoals mensen met ziekte van Crohn of longkanker [38].
- In een meta-analyse (2014) van 17 studies gericht op rokers met een laag inkomen is het effect onderzocht van gedragsmatige ondersteuning [40]. Interventies omvatten onder andere op-maat-gemaakte zelfhulpmaterialen, individuele counseling of groepsprogramma's en betroffen veelal een combinatie van componenten. De ondersteuning werd meestal gegeven door een zorgverlener. Rokers die gedragsmatige ondersteuning ontvingen hadden ongeveer 1,5 keer meer kans om te stoppen met roken dan rokers in de controlegroep bestaande uit bijvoorbeeld standaard zorg of een minder intensieve interventie. Deze effecten worden echter alleen gevonden direct na de interventieperiode. Op de lange termijn (drie tot twaalf maanden na de interventie) vallen veel rokers weer terug (10 studies).
- Gedragsmatige ondersteuning lijkt meer effect te hebben bij hoge SES rokers dan bij lage SES rokers. Met name wanneer de ondersteuning niet specifiek is afgestemd op lage SES rokers. Hierdoor kan gedragsmatige ondersteuning bijdragen aan het vergroten van SES-verschillen in roken [3,36-38,41]. Het aantal studies naar SES-verschillen is echter beperkt.
- Sociale steun lijkt het stoppen met roken onder lage SES rokers te bevorderen [47]. Steun kan afkomstig zijn van mensen uit de eigen omgeving van de roker of (onbekende) rokers of ex-rokers en kan bijvoorbeeld bestaan uit nabellen hoe het gaat. Een gedegen training van de 'peers' is hierbij van belang. Het onderzoek naar sociale steun is echter schaars. Sociale steun wordt daarnaast veelal aangeboden als onderdeel van een groter programma. Er is geen onderzoek bekend waarin

sociale steun als los component is onderzocht. Er zijn in de geraadpleegde overzichtsstudies geen studies gevonden die SES-verschillen in effecten van sociale steun onderzochten.

- Het aanbieden van gedragsmatige ondersteuning op de werkplek kan mogelijk stoppen met roken bevorderen onder lage SES rokers [36,48]. In een overzichtsstudie (2009) werden vijf interventies gevonden die specifiek gericht waren op lage SES rokers, waarvan er vier effectief waren. Met betrekking tot SES-verschillen is minder bekend, maar de resultaten wijzen in de richting van gelijke effecten [38,48]. Werkplekken vormen een goed kanaal om lage SES rokers te bereiken [48]. Er zijn echter geen resultaten bekend van onderzoek uit Nederland [48].
- Het is niet bekend of effecten van alleen gedragsmatige ondersteuning verschillen van effecten van de combinatie van gedragsmatige en farmacologische ondersteuning.

Farmacologische ondersteuning

Het enkel aanbieden van farmacologische ondersteuning onder specifiek lage SES rokers is veel minder vaak onderzocht dan gedragsmatige ondersteuning of de combinatie van beide typen ondersteuning. Er kunnen daarom geen eensluidende conclusies worden getrokken over het effect op stoppen met roken onder lage SES rokers.

- De richtlijn "Behandeling van tabaksverslaving en stoppen met roken ondersteuning" beveelt aan dat farmacologische hulpmiddelen nooit zonder gedragsmatige behandeling (zouden) mogen worden voorgeschreven [11]. De meeste studies combineren nicotine-ervangende middelen (NVM) dan ook met gedragsondersteuning (zie voorgaand). Het aantal studies naar de effecten van enkel NVM op stoppen met roken onder lage SES rokers is zeer beperkt [38,41,49].
- Er zijn aanwijzingen dat NVM en medicatie, zoals varenicline, helpen bij het stoppen met roken bij lage SES rokers [38,41,50]. Lage SES rokers lijken echter minder vaak te stoppen met roken vergeleken met hoge SES rokers en lage SES rokers nemen deze middelen mogelijk minder vaak als ze het aangeboden krijgen. Ook vallen lage SES rokers vaker terug. Het aantal studies naar farmacologische ondersteuning is echter te beperkt om een eensluidende conclusie te trekken.
- Er zijn geen studies bekend waarin de effecten van alleen farmacotherapie worden vergeleken met de combinatie van gedragsmatige en farmacologische ondersteuning onder lage SES rokers.

SPECIFIEKE VORMEN VAN STOPONDERSTEUNING

Stopondersteuning kan bestaan uit verschillende elementen en op verschillende manieren worden aangeboden. Een aantal componenten wordt hieronder beschreven.

Financiële beloningen

Een relatief nieuwe aanpak binnen gedragsmatige ondersteuning is het verstrekken van financiële beloningen. De eerste resultaten laten gunstige effecten zien bij lage SES rokers, maar het aantal studies onder deze groep is voorsnog beperkt.

- In sommige studies ontvangen rokers een financiële beloning voor stoppen met roken [51]. Meestal betreft het beloningen in de vorm van tegoedbonnen, bijvoorbeeld voor supermarkten, en worden de beloningen alleen gegeven als een objectieve meting het stoppen bevestigt.
- De meeste studies naar financiële beloningen zijn uitgevoerd binnen bedrijven met werknemers met een relatief hoge SES [51-53].
- De eerste resultaten onder lage SES rokers zijn positief [43,54,55]. Zo vond een studie onder daklozen in Texas dat kleine financiële beloningen een sterker effect hadden dan enkel gedragsmatige ondersteuning en farmacotherapie [54]. In deze studie konden deelnemers gedurende vier weken wekelijks een cadeaubaar oplopend van 20 tot 40 dollar verdienen voor geverifieerd stoppen met roken. Onder degenen die financiële beloningen ontvingen was 50% gestopt op de stopdatum, tegenover 19% van degenen die alleen gedragsmatige en farmacologische ondersteuning ontvingen. Vier weken na de stopdatum was respectievelijk 30% en 1,7% nog steeds gestopt. Een andere studie in de VS vond eveneens positieve effecten onder lage SES rokers (zie onderstaand kader 'Financiële beloningen voor lage SES rokers: een voorbeeld uit de VS') [55].
- Het is onbekend of eventuele effecten ná het stopzetten van de beloning standhouden. In Zwitserland loopt momenteel een studie naar de lange termijn effecten (tot 12 maanden na het stopzetten van de beloningen) van financiële beloningen onder rokers met een laag inkomen [53].
- Verschillende auteurs geven aan dat meer onderzoek nodig is naar de effecten van financiële beloningen onder lage SES rokers [51,54,55].
- Er is eveneens nog te weinig onderzoek beschikbaar om een eensluidende conclusie te trekken over verschillen in effecten tussen SES-groepen [37,38,48,51,52]. Een klein aantal studies naar zogenaamde 'Quit en Win' wedstrijden, waarbij deelnemers geld verdienen door te stoppen met roken, laat een wisselend beeld zien. Mensen die zich registreren voor deelname zijn vaak hoger opgeleid dan degenen die zich niet opgeven en degenen die succesvol stoppen hebben veelal een hogere SES dan deelnemers die niet succesvol stoppen [38,48,56]. Een Nederlandse studie vond echter een grotere interesse in de wedstrijd onder lage SES rokers dan onder hoge SES rokers, maar geen verschillen in deelname en effecten [48]. Dergelijke wedstrijden zijn echter niet hetzelfde als het altijd verschaffen van financiële beloningen voor stoppen met roken en de effecten kunnen anders uitpakken.
- In Nederland worden op dit momenten eerste onderzoeken verricht naar financiële beloningen [57].

FINANCIËLE BELONINGEN VOOR LAGE SES ROKERS: EEN VOORBEELD UIT DE VS

Een recente studie (2015) uit de Verenigde Staten onderzocht de effecten van financiële beloningen onder "extreem lage SES rokers" die het ziekenhuis bezochten voor stoppen-met-roken begeleiding [55]. Sociaaleconomische status was in deze studie gebaseerd op opleiding, inkomen en beroepsstatus. Meer dan de helft van de deelnemers was onverzekerd, werkloos en had een laag inkomen. De financiële beloning was een aanvulling op een bestaand stoppen-met-roken programma voor gemotiveerde rokers, aangeboden door een ziekenhuis.

- Het bestaande programma bestond uit één sessie waarin voorlichting werd gegeven door een ademhalingstherapeut, gevolgd door wekelijkse groepsessies geleid door maatschappelijk werkers. De deelnemers werden daarnaast wekelijks gezien door een arts, voor het verstrekken van farmacotherapie en voor individuele follow-up.
- Deelnemers in de interventiegroep konden daarnaast financiële beloningen ontvangen. Hierbij kon wekelijks een cadeaubon worden verdiend voor stoppen met roken. De beloning startte op 20 dollar en het bedrag nam elke week met vijf dollar toe wanneer iemand nog steeds gestopt was met roken. De beloning kon oplopen tot in totaal 150 dollar. Een cadeaubon werd verstrekt wanneer iemand aangaf niet te hebben gerookt in de afgelopen zeven dagen en dit werd bevestigd door een CO-meting. Wanneer iemand weer was gaan roken,

kon bij een volgende meting weer een cadeaubon worden verdiend, maar werd deze teruggezet naar 20 dollar. De cadeaubonnen konden worden verdiend tot vier weken na de stopdatum. Gemiddeld verdienden de deelnemers 63,40 dollar.

De financiële beloningen droegen bij aan het stoppen met roken onder deze groep "extreem lage SES rokers".

- Het percentage deelnemers dat was gestopt met roken was ongeveer twee keer zo hoog onder degenen die een beloning kregen als in de controlegroep. Dit was het geval op zowel één, twee, drie als vier weken na de geplande stopdatum. Vier weken na de stopdatum was bijvoorbeeld 49% in de interventiegroep gestopt vergeleken met 25% in de controlegroep.
- Het effect bleef bestaan tot acht weken na het stopzetten van de beloningen. Op deze nameting was 33% in de interventiegroep gestopt met roken, tegenover 14% in de controlegroep.
- Aanvullende analyses lieten zien dat er geen verschil was in het effect van financiële beloningen tussen degenen die wel en geen gebruik maakten van farmacotherapie. De effecten bleken echter sterker voor vrouwen dan voor mannen.
- Effecten van losse componenten, zoals farmacotherapie, werden niet gerapporteerd.
- De auteurs concluderen dat kleine financiële beloningen een betaalbare, praktische en effectieve manier zijn om stoppen met roken te stimuleren bij zeer lage SES rokers, maar dat meer onderzoek nodig is naar de lange-termijn effecten ervan.



Telefonische ondersteuning

Telefonische ondersteuning kan lage SES rokers helpen bij het stoppen met roken. De effecten van telefonische ondersteuning zijn waarschijnlijk kleiner voor lage SES rokers dan voor hoge SES rokers, maar het bereik lijkt hoger onder lage SES rokers. De resultaten naar telefonische ondersteuning zijn echter niet consistent.

- Telefonische ondersteuning lijkt lage SES rokers te kunnen helpen bij het stoppen met roken, maar de sterkte van het effect wisselt [36,38,41,43,48,58].
- De resultaten met betrekking tot SES-verschillen zijn schaars. Over het algemeen lijkt telefonische ondersteuning meer effect te hebben voor hoge SES rokers, maar er zijn ook studies die gelijke effecten laten zien [2,3,38,41,48,58]. Sterkere effecten bij lage SES groepen werden zelden gevonden.
- Het bereik van telefonische stoplijnen lijkt echter hoger onder lage SES rokers dan onder hoge SES rokers. Zo lijken lage SES rokers vaker te bellen [2,3,41,48]. De resultaten zijn echter niet consistent. Er zijn bijvoorbeeld ook studies waarin meer hoge dan lage SES rokers gebruik maakten van de telefonische ondersteuning of waarin lage SES rokers gemiddeld kortere telefoongesprekken voerden [41,58].
- Het bereik van telefonische hulp- of stoplijnen onder lage SES groepen kan worden vergroot wanneer deze worden ondersteund door nationale campagnes, proactief worden aangeboden en gratis zijn [48,59].
- De resultaten zijn voornamelijk afkomstig van studies uit de Verenigde Staten en het Verenigd Koninkrijk.

Ondersteuning via internet of e-health

Er zijn maar weinig studies verricht naar de effecten van gedragsmatige ondersteuning via internet (e-health) onder lage SES rokers. Hierdoor kunnen geen duidelijke uitspraken over effectiviteit worden gedaan. Uitval onder lage SES rokers is echter vaak hoog. Dit kan de effecten van deze interventies beperken.

- In Nederland wordt het internet veel gebruikt, ook onder lager opgeleide volwassenen [60,61]. Het grote bereik maakt het internet een aantrekkelijk kanaal voor gedragsmatige stopondersteuning aan rokers.
- Stopondersteuning via internet kan lage SES rokers helpen bij het stoppen [38,41,62]. Echter, het onderzoek naar online gedragsmatige ondersteuning voor lage SES rokers is schaars [3,38,63].

- Een online interventie die als veelbelovend wordt gezien is 'StopAdvisor'. In verschillende sessies, zowel voor als na de stopdatum, worden rokers begeleid en ondersteund bij het stoppen. Bijvoorbeeld in het veranderen van routines en in het verkrijgen van medicatie. Het programma is onderzocht in de Verenigde Staten waarbij werd vergeleken met een website die algemene stoppen-met-roken informatie bevatte. Er werd gevonden dat het programma hielp bij stoppen met roken onder lage SES rokers. De effecten waren echter klein – zes maanden na de start was 8% van de 'StopAdvisor' gebruikers (geverifieerd) gestopt met roken, tegenover 6% in de controlegroep [63]. Momenteel wordt gekeken of de interventie ook in Nederland toepasbaar is.
- De effecten van online interventies zijn over het algemeen echter hoger onder hoge SES rokers dan onder lage SES rokers, al worden soms ook gelijke effecten of hogere effecten onder lage SES rokers gevonden [2,3,38,41,63]. Het aantal studies dat hier specifiek naar heeft gekeken is echter beperkt.
- Via het internet kan naast tekstuele informatie ook informatie via filmpjes worden gegeven. In een Nederlandse studie bevorderden dergelijke video-berichten, waarbij de feedback was aangepast aan de stopmotivatie van een roker, het stoppen met roken. Het effect was daarbij gelijk voor hoge en lage SES rokers [62].
- Er is met name bij lage SES rokers vaak sprake van een hoge uitval bij online programma's [41,64]. Dit kan het effect van dergelijke interventies beperken, omdat deze groep niet voldoende wordt blootgesteld aan de inhoud.

Het bespreken van (stoppen met) roken door de huisarts en andere zorgverleners

De meeste rokers met een laag opleidingsniveau bezoeken elk jaar de huisarts en/of tandarts en een kleiner deel een medisch specialist. Zorgverleners kunnen daarom een belangrijke rol spelen in het geven van een stopadvies. Ook kunnen zorgverleners rokers verwijzen naar stoppen-met-roken programma's.

Stoppen met roken wordt nog niet altijd besproken door zorgverleners. Dit geldt voor zowel hoge als lage SES rokers, al wordt het gesprek over stoppen met roken relatief iets vaker aangegaan met laagopgeleide rokers dan met hoogopgeleide rokers. Programma's uitgevoerd door zorgverleners lijken te helpen bij het stoppen, maar verkleinen SES-verschillen in roken waarschijnlijk niet.

- Van de lager opgeleide rokers in Nederland heeft in 2014 66% de huisarts bezocht, 64% de tandarts en 38% een medisch specialist [65]. Laagopgeleide rokers bezochten even vaak de huisarts en medisch specialist als hoge SES rokers, maar minder vaak de tandarts.
- Lang niet alle zorgverleners in Nederland blijken in de praktijk met rokers over (stoppen met) roken te spreken. De huisarts en medisch specialist spreken in de consulten iets vaker over roken met laagopgeleide rokers (respectievelijk 31% en 37%) dan met middelbaar (respectievelijk 25% en 29%) en hoog opgeleide rokers (respectievelijk 23% en 32%) [65]. Laagopgeleide rokers krijgen van hen ook vaker een stopadvies (31% voor beide zorgverleners). Het verschil bij tandartsen is echter andersom: meer hoogopgeleide

rokers (17%) dan laagopgeleide rokers (12%) krijgen een stopadvies. Spreken over roken is daarnaast niet altijd op initiatief van de zorgverlener [65]. Of het stopadvies wordt opgevolgd is niet bekend.

- Met laagopgeleide rokers gaat het (stoppen met) roken gesprek minder vaak over het gebruiken van hulpmiddelen of methoden (53%) dan met middelbaar (60%) en hoogopgeleide rokers (68%). Er is hierbij geen verschil naar type hulpmiddel [65].
- Wanneer professionals, waaronder huisartsen, een kort stopadvies geven of stopondersteuning bieden, kan dit lage SES rokers helpen bij het stoppen [36-38,41,44,66]. De effecten zijn echter beperkt en veelal sterker voor hoge SES rokers [37,38,41,66].
- Een financiële vergoeding voor huisartsen voor het vaststellen van de rookstatus en het bieden van stopondersteuning zou, in het Verenigd Koninkrijk, kunnen bijdragen aan het verkleinen van SES-verschillen [3,37].

Zorgverleners, zoals huisartsen en praktijkondersteuners huisarts (POH) kunnen een belangrijke rol spelen bij het verwijzen van laagopgeleide rokers naar stoppen-met-roken interventies.

- Zorgverleners kunnen een belangrijke rol spelen bij het werven van rokers met een lage SES voor stoppen-met-roken programma's [44,64,67-70]. In een Nederlandse studie werden bijvoorbeeld de meeste deelnemers met een laag opleidingsniveau of uit achterstandswijken op het onderzochte programma geweest via de huisarts of praktijkondersteuner. Daarnaast werden via de huisarts meer laagopgeleide dan hoogopgeleide rokers geworven [64].
- Werving via de huisarts brengt echter hogere kosten met zich mee dan werving via bijvoorbeeld massamedia. Zo vond een Nederlandse studie dat voor een online interventie de werving via de huisarts 64 euro kostte per respondent die een serieuze stoppoging had gedaan, tegenover bijvoorbeeld 19 euro voor werving via kranten [64].
- Het is belangrijk dat huisartsen weten welke vormen van stopondersteuning er in hun wijk aanwezig zijn en dat ze hun patiënten hier naar doorverwijzen [45].



EEN INTERVENTIE DOOR TANDARTSEN: EEN VOORBEELD UIT DE VERENIGDE STATEN

In 2010 is een onderzoek gepubliceerd naar een interventie uitgevoerd in 14 (gefinancierde) tandheelkundige centra in achterstandsbuurten in de Verenigde Staten [71]. Tandartspatiënten van 18 jaar en ouder, met een laag inkomen, ontvingen stoppen-met-roken ondersteuning van de tandarts, mondhygiënist en/of tandartsassistent.

- De interventie bestond uit advies en counseling door de tandarts, tandartsassistent of mondhygiënist. De begeleiding was gebaseerd op het '5 A's model' (Ask, Advise, Assess, Assist, Arrange) gecombineerd met gratis nicotinevervangers:

- 1) Ask – bij elk bezoek de patiënt vragen naar rookgedrag;
- 2) Advise – het rookgedrag koppelen aan de mondgezondheid van de patiënt en hem of haar adviseren om te stoppen met roken;
- 3) Assess – beoordelen van de bereidheid van de patiënt om te stoppen;
- 4) Assist – helpen bij het stoppen door onder andere een stopdatum vast te stellen, farmacotherapie te bespreken, zelfhulp materialen te verstrekken en gratis nicotinevervangers te verstrekken;
- 5) Arrange – regelen van een follow-up per e-mail of telefoon.

Tandartsen, mondhygiënist en tandartsassistenten ontvingen hiertoe een training.

- De controlegroep ontving de standaard stoppen-met-rokenzorg van de betreffende tandartsenpraktijken. In het artikel wordt niet beschreven wat deze standaardzorg inhoudt.

De stopondersteuning draagt bij aan stoppen met roken onder rokers met een laag inkomen.

- In totaal zijn gegevens bekend van 2.549 deelnemers. De uitkomsten zijn gebaseerd op zelfrapportage (vragenlijsten).
- Na 7,5 maanden had 11% van de rokers in de interventiegroep niet gerookt in de afgelopen zeven dagen en 5% niet in de afgelopen zes maanden. In de controlegroep was dit respectievelijk 7% en 2%.
- Het effect werd (deels) veroorzaakt door het gebruik van nicotine-vervangende middelen en door het bellen van een stoplijn. Er was echter ook een direct effect van het advies en de counseling door de professionals.
- Een dergelijke interventie is niet direct vertaalbaar naar Nederland, omdat Nederland geen soortgelijke centra heeft [36]. Wel toont het onderzoek aan dat een stoppen-met-roken interventie via de tandarts of tandheelkundig centrum kansrijk is voor lage SES groepen.

VERGOEDEN VAN STOPONDERSTEUNING

Wanneer individuele stopondersteuning wordt vergoed leidt dit waarschijnlijk tot een hoger gebruik, meer stoppogingen en meer stopsucces onder lage SES rokers. Het effect lijkt echter vergelijkbaar voor lage en hoge SES rokers.

- Individuele stopondersteuning kost vaak geld. Bijvoorbeeld het eigen risico of een eigen bijdrage, of de ondersteuning wordt in zijn geheel niet vergoed. Tegenwoordig worden in Nederland effectieve stoppen-met-roken programma's vergoed vanuit de basisverzekering [6,72,73]. In hoeverre financiële drempels, bijvoorbeeld in de vorm van het eigen risico, ook na het invoeren van vergoedingen nog steeds een rol spelen, is niet bekend.
- Een aantal studies toont aan dat wanneer individuele stopondersteuning, zowel gedragsmatige ondersteuning als farmacotherapie, wordt vergoed of gratis wordt verstrekt, dit kan leiden tot een toename in het gebruik van de ondersteuning, stoppogingen en stopsucces onder lage SES rokers [36,48,72-74]. Zo heeft het ministerie van VWS in 2008 een proefimplementatie laten uitvoeren waarin verzekerden van een zorgverzekering in de provincie Utrecht een half jaar gebruik konden maken van gratis effectieve stopondersteuning [74]. De uitkomsten duiden erop dat het vergoeden heeft geleid tot een toename in het gebruik van stopondersteuning onder lage SES rokers (gebaseerd op opleiding en beroep).
- De meeste auteurs concluderen dat effecten van vergoedingen waarschijnlijk gelijk zijn voor lage en hoge SES rokers [48,72,73,75]. Dit bleek ook in twee recente Nederlandse studies.
 - In 2011 werd farmacotherapie, in combinatie met gedragstherapie, vergoed als onderdeel van de basis zorgverzekering. Deze vergoeding werd in 2012 stopgezet en in 2013 weer ingevoerd. De vergoeding, in combinatie met media aandacht, leidde tot een toename in stoppogingen en stopsucces, maar lage SES rokers hadden niet meer kans om te stoppen met roken dan hoge SES rokers [73]. Het gebruik van stopondersteuning (farmacologisch of gedragsmatig) onder alle rokers bleef stabiel; ook hierin werden geen SES-verschillen gevonden.
 - Ook in een andere Nederlandse studie wordt geconcludeerd dat de vergoeding van farmacotherapie niet heeft geleid tot een groter gebruik hiervan onder lage SES rokers dan onder hoge SES rokers [72].

BEVORDERENDE FACTOREN VOOR DE IMPLEMENTATIE VAN STOPONDERSTEUNING BIJ LAGE SES GROEPEN

Voor het verkleinen van SES-verschillen in roken moet het bereik van stopondersteuning onder lage SES rokers zo groot mogelijk zijn [43]. Het bereiken van (een representatieve groep) lage SES rokers voor stoppen-met-roken programma's is echter lastig. Aandachtspunten die het bereik van stoppen-met-roken programma's onder lage SES rokers kunnen vergroten zijn [6,9,36,41,44,66,67,76,77]:

- Verhogen van de motivatie van lage SES groepen voor deelname aan stopondersteuning door het aanpakken van sociale en psychologische barrières, zoals de angst bekritiseerd te worden, faalangst en gebrek aan kennis.
- Services richten op achterstandsgebieden, programma's implementeren in apotheken en tandartspraktijken in achterstandswijken en het trainen van zorgverleners. Daarnaast moeten programma's laagdrempelig zijn om de toegang te verbeteren.
- Programma's moeten zo goed mogelijk worden afgestemd op de doelgroep. Dit kan worden bereikt door het actief betrekken van de doelgroep bij het ontwikkelen en implementeren van stoppen-met-roken programma's. Dit kan door de doelgroep te betrekken bij de ontwikkeling van nieuwe programma's of door bestaande programma's te evalueren onder lage SES groepen, feedback van deze groepen te vragen en programma's daar op aan te passen.
- (financiële) Stimuleringsregelingen om rokers te motiveren om te stoppen of om deel te nemen aan programma's en zo financiële drempels wegnemen.
- Lage SES rokers proactief identificeren en werven vanuit de primaire zorg en stimuleren dat (stoppen met roken) ter sprake komt bij de huisarts. Dit geldt ook wanneer iemand voor niet-roken gerelateerde afspraken bij een zorginstelling komt.
- Gebruiken van sociale marketing technieken om interventies meer 'klantgericht' naar lage SES groepen te brengen.





WAT IS HET AANBOD VAN STOPPEN-MET-ROKEN INTERVENTIES VOOR LAGE SES GROEPEN IN NEDERLAND?

In Nederland worden diverse programma's en interventies aangeboden voor stoppen met roken. Het geregistreerde aanbod specifiek voor lage SES rokers is echter zeer beperkt. Er worden momenteel diverse initiatieven onderzocht, maar de resultaten daarvan zijn nog niet bekend.

- In de database van het RIVM Centrum Gezond Leven stonden op 10 april 2017 15 interventies gericht op stoppen met roken geregistreerd [78].
- Voor slechts één van deze interventies werd lage SES als specifieke doelgroep benoemd: 'Rookvrij! Ook jij?' [79,80]. Rookvrij! Ook jij? is een groepstraining die bestaat uit zeven wekelijkse bijeenkomsten van anderhalf uur, waarbij rokers worden begeleid door trainers. De eerste twee bijeenkomsten zijn gericht op de voorbereiding voor stoppen, de derde bijeenkomst is de stopdag en de vierde tot en met de zevende bijeenkomst gaan over het volhouden van stoppen met roken. De deelnemers krijgen tijdens de training diverse materialen, waaronder een werkboekje, brochures en buddy- en motivatiekaartjes. Ook worden CO-metingen uitgevoerd, waarmee wordt aangetoond hoeveel koolmonoxide iemand uitblaast. Deelnemers kunnen zich individueel aanmelden, maar de groepstrainingen kunnen ook worden georganiseerd via werkgevers en zorgverleners. Rookvrij! Ook jij? draagt het predicaat 'goed beschreven'. Er is echter geen informatie bekend over de effectiviteit bij specifiek lage SES rokers.
- In een kennissynthese uit 2009 werd eenzelfde conclusie getrokken: er is in Nederland weinig (geregistreerd) stoppen-met-roken aanbod voor lage SES rokers beschikbaar [48].
- Interventies die in wetenschappelijk onderzoek worden geëvalueerd worden niet altijd daadwerkelijk geïmplementeerd of geregistreerd. Hierdoor is het geregistreerde aanbod beperkter dan het aantal onderzochte interventies. Er zijn echter wel diverse initiatieven die momenteel in Nederland worden onderzocht (zie onderstaand kader 'veelbelovende initiatieven voor lage SES rokers in Nederland').

VEELBELOVENDE INITIATIEVEN VOOR LAGE SES ROKERS IN NEDERLAND

Er zijn diverse initiatieven gericht op lage SES rokers. Daarnaast lopen er verschillende subsidieoproepen voor projecten gericht op lage SES rokers, zoals van FNO en ZonMw [81,82]. De uitkomsten van deze studies zijn nog niet altijd beschikbaar. Hieronder volgen enkele voorbeelden van lopende studies (het overzicht is niet volledig).

- In 2016 deden drie wijken in Den Haag mee aan de **Stoppen met Roken Challenge** [83]. Rokers die wilden stoppen konden gratis deelnemen aan het project. Via een app kregen de deelnemers 24 uur per dag begeleiding van onder meer (long)artsen, coaches en verpleegkundigen voor de duur van drie maanden. Via de app konden deelnemers vragen stellen, waar veel gebruik van werd gemaakt en er was een persoonlijke coach die contact hield. Daarnaast vonden er bijeenkomsten plaats in de wijk. Op deze manier werd laagdrempelige hulp geboden. Eerste resultaten lieten zien dat na afloop 50% was gestopt met roken. In 2017 volgt een nieuw, groter onderzoek, waarbij de bijeenkomsten frequenter plaatsvinden.
- In de **CATCH-studie** ("Continuous Abstinence Through Corporate Healthcare") van de Universiteit Maastricht kunnen rokende werknemers gratis en laagdrempelig een uitgebreide groepstraining volgen [57]. De training wordt betaald door de werkgever. Werknemers die stoppen met roken ontvangen een beloning die kan oplopen tot 350 euro. De interventie wordt momenteel geëvalueerd. Doordat ook bedrijven met lage SES medewerkers zijn geworven, kan worden onderzocht hoe een dergelijke aanpak werkt onder lage SES rokers.
- Diverse projecten vanuit het FNO programma 'Gezonde Toekomst Dichterbij' zijn gericht op lage SES rokers [82]. Bijvoorbeeld **Rookvrij Haarlem Oost**, waarbij wordt gewerkt aan rookvrije huishoudens en een rookvrije wijk via een lokale mediacampagne, het zo rookvrij mogelijk maken van de wijk en laagdrempelige stoppen-met-roken cursussen, ondersteund door gemeentelijke maatregelen zoals rookvrije zones. Of **Grip en Gezondheid**, een integrale aanpak in Rotterdam voor onder andere stoppen met roken waarbij wordt beoogd om stress te reduceren en een buddysysteem wordt ingevoerd. En bijvoorbeeld **Wijkchallenge**, waar wijken in Den Haag en Utrecht de uitdaging aangaan om stoppen met roken het langst vol te houden en wordt ingezet op gezondheidsvaardigheden, omgeving en motivatie.

SAMENVATTEND

Concluderend kan worden gesteld dat individuele stopondersteuning over het algemeen lage SES rokers helpt bij het stoppen met roken [38,41]. Meestal worden echter grotere effecten gevonden voor hoge SES rokers dan voor lage SES rokers [2,3,36,38,41]. Individuele stopondersteuning heeft daardoor mogelijk bijgedragen aan het vergroten van SES-verschillen in roken. Dit geldt vooral voor programma's en interventies die niet specifiek zijn gericht op lage SES rokers [38,41]. Programma's of interventies die wel specifiek zijn afgestemd of gericht op rokers met een lage SES, kunnen waarschijnlijk verschillen in roken verkleinen [2,23,38,41,84]. De meeste bestaande interventies en programma's zijn echter niet specifiek gericht op lage SES rokers. Dit geldt ook voor de (meeste) bestaande interventies en programma's in Nederland [45]. Er valt daarom mogelijk winst te behalen bij het beter bereiken van lage SES rokers, bijvoorbeeld door ondersteuning specifiek aan te bieden in achterstandsbuurtten en het verstrekken van (gratis) ondersteuning en farmacotherapie aangepast aan wensen en behoeften van lage SES rokers [6]. Er is echter meer onderzoek nodig naar wat specifiek werkt voor lage SES rokers [36,38].

METHODOLOGISCHE VERANTWOORDING

Om de stand van wetenschap samen te vatten is literatuur gezocht via PubMed en Google Scholar. Studies waarin stopondersteuning is onderzocht en die zijn gericht op lage SES rokers of waarin SES-verschillen zijn onderzocht werden geïnccludeerd. Artikelen gepubliceerd tot april 2017 zijn meegenomen. De resultaten zijn voornamelijk gebaseerd op (systematische) reviews en meta-analyses. In deze studies zijn uitkomsten van afzonderlijke studies samengevoegd waardoor betrouwbaardere conclusies kunnen worden getrokken dan op basis van losse studies. In totaal zijn 20 overzichtsstudies geraadpleegd, maar deze rapporteren niet allemaal (studies naar) effecten onder lage SES rokers of SES-verschillen in effecten. Daarnaast zijn losse studies geraadpleegd die niet zijn opgenomen in de overzichtsstudies of die aanvullende informatie geven. In deze factsheet zijn verschillende SES-indicatoren gebruikt, waaronder opleiding, inkomen en beroepsniveau. Waar bekend, is aangegeven welke indicator het betreft.



LITERATUUR

1. World Health Organization. Equity, social determinants and public health programmes. Geneve: WHO, 2010.
2. Hiscock R, Bauld L, Amos A, Fidler JA, Munafo M. Socioeconomic status and smoking: a review. *Annals of the New York Academie of Sciences* 2012; 1248:107-123.
3. European Commision. Identifying best practice in actions on tobacco smoking to reduce health inequalities. 2014.
4. Springvloet L, van der Pol P, van Dorsselaer S, Monshouwer K, van Laar M. Roken onder volwassenen en jongeren in Nederland. *Kerncijfers* 2015. Utrecht: Trimbos-instituut, 2016.
5. Gregoraci G, van Lenthe FJ, Artnik B, Bopp M, Deboosere P, Kovács K et al. Contribution of smoking to socioeconomic inequalities in mortality: a study of 14 European countries, 1990–2004. *Tobacco Control* 2016; 0:1-9.
6. Kunst AE. Stand van zaken roken. Sociaal-economische verschillen en roken. Sterke verbanden met implicaties voor tabaksbeleid. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 2017; 161:D1530.
7. Oude Groeniger J, van Lenthe FJ. Contribution of time-varying measures of health behaviours to socioeconomic inequalities in mortality: how to understand the underlying mechanisms? *Journal of Epidemiology and Community Health* 2016; 70:1045-1048.
8. Kulik MC, Menvielle G, Eikemo TA, Bopp M, Jasilionis D, Kulhánová I et al. Educational Inequalities in Three Smoking-Related Causes of Death in 18 European Populations. *Nicotine & Tobacco Research* 2014; 16(5):507-518.
9. Bosdriesz J. Tobacco Control Policies and Socio-economic Inequalities in Smoking Cessation. Evaluating natural experiments. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 2017.
10. Bryant J, Bonevski B, Paul C, McElduff P, Attia J. A systematic review and meta-analysis of the effectiveness of behavioural smoking cessation interventions in selected disadvantaged groups. *Addiction* 2011; 106:1568-1585.
11. Trimbos-instituut, Nederlands HuisartsenGenootschap. Richtlijn Behandeling van tabaksverslaving en stoppen met roken ondersteuning. Herziening 2016. Utrecht: Trimbos-instituut, 2016.
12. Trimbos-instituut. Vergoedingen in 2017. Beschikbaar via: <https://www.rokeninfo.nl/publiek/vergoedingen>. Geraadpleegd op 17-07-2017.
13. Bommelé J, van Laar M, Kleinjan M. Strategische Verkenning: Communicatie naar jongeren in het kader van tabaksontmoediging. Utrecht: Trimbos-instituut, 2016.
14. Springvloet L, Hopman P, Kleinjan M, de Josselin de Jong S, van Laar M. Effectiviteit van stoppen-met-roken interventies bij zwangere vrouwen: Een literatuuroverzicht. Utrecht: Trimbos-instituut, 2016.
15. Springvloet L, Kuipers MAG, van Laar M. Effecten van tabaksontmoedigende beleidsmaatregelen onder rokers met een lage sociaaleconomische status. Factsheet. Utrecht: Trimbos-instituut, 2017.
16. van Bakel AM. Wat zijn sociaaleconomische gezondheidsverschillen? Helmond: GGD Brabant-Zuidoost, Regionaal Kompas Volksgezondheid Brabant-Zuidoost, 2014.
17. Volksgezondheidszorg.info. Sociaaleconomische status. Beschikbaar via: <https://www.volksgezondheidszorg.info/onderwerp/sociaaleconomische-status/cijfers-context/opleiding#definities>. Geraadpleegd op 10-04-2017.
18. Schaap MM, Kunst AE. Monitoring of socio-economic inequalities in smoking: learning from the experiences of recent scientific studies. *Public Health* 2009; 123(2):103-109.
19. Hardeman R. Interventies die leiden tot een succesvolle preventie van de gevolgen van een lage socio-economische status in relatie tot zwangerschap en geboorte. *De Zwangere Centraal*, 2012.
20. Bosdriesz JR, Willemsen MC, Stronks K, Kunst AE. Tobacco control policy and socio-economic inequalities in smoking in 27 European countries. *Drug and Alcohol Dependence* 2016; 165:79-86.
21. Eurostat. Smoking of tobacco products by sex, age and educational attainment level. Beschikbaar via: http://ec.europa.eu/eurostat/web/products-datasets/-/hlth_ehis_sk1e. Geraadpleegd op 10-04-2017.
22. Eurobarometer. Survey on Tobacco Analytical report. Beschikbaar via: http://ec.europa.eu/public_opinion/flash/fl_253_en.pdf. Geraadpleegd op 10-04-2017.
23. Bosdriesz J, Willemsen M, Stronks K, Kunst A. Socioeconomic inequalities in smoking cessation in 11 European countries from 1987 to 2012. *Journal of Epidemiology and Community Health* 2015; 69:886-892.
24. Savelkoul M, Zeegers T, Blkostra A, Verweij A. Zijn er verschillen in rookgedrag naar sociaaleconomische status en etniciteit? Bilthoven: RIVM, 2014.
25. de Looze M, van Dorsselaer S, de Roos S, Verdurmen J, Stevens G, Gommans R, van Bonn-Martens M, ter Borgt T, Vollebergh W. Gezondheid, welzijn en opvoeding van jongeren in Nederland. Utrecht: Universiteit Utrecht, 2014.

26. van Dorsseleer S, Tuithof M, Verdurmen J, Spithof M, van Laar M, Monshouwer K. Jeugd en riskant gedrag 2015. Kerngegevens uit het Peilstationsonderzoek Scholieren. Utrecht: Trimbos-instituut, 2016.
27. Centraal Bureau voor de Statistiek. Leefstijl en (preventief) gezondheidsonderzoek; persoonskenmerken. Beschikbaar via: <http://statline.cbs.nl/Statweb/publication/?DM=SLNL&PA=83021ned&DI=0-6.10&D2=0.16.37-47&D3=0&D4=1&HDR=T&STB=G1.G2.G3&VW=T>. Geraadpleegd op 24-05-2017.
28. van Laar M, van Ooyen-Houben MMJ, Cruts AAN, Meijer RF, Croes EA, Ketelaars APMvdPPM. Jaarbericht NDM. Utrecht: Trimbos-instituut, 2016.
29. Beenackers MA, Oude Groeniger J, Kamphuis CBM, van Lenthe FJ. The role of financial strain and self-control in explaining income inequalities in health behaviors. European Public Health Conference: Parallel Sessions 2016.
30. Kuipers MAG, Wingen M, Stronks K, Kunst AE. Smoking initiation, continuation and prevalence in deprived urban areas compared to non-deprived urban areas in The Netherlands. *Social Science & Medicine* 2013; 87:132-137.
31. Volksgezondheidszorg.info. Trends in roken naar opleiding. Beschikbaar via: <https://www.volksgezondheidszorg.info/onderwerp/roken/cijfers-context/trends#node-trend-roken-naar-opleiding-1>. Geraadpleegd op 25-05-2017.
32. Thomas S, Fayter D, Misso K, Ogilvie D, Petticrew M, Sowden A et al. Population tobacco control interventions and their effects on social inequalities in smoking: systematic review. *Tobacco Control* 2008; 17:230-237.
33. Bauld L, Bell K, McCullough L, Richardson L, Greaves L. The effectiveness of NHS smoking cessation services: a systematic review. *Journal of Public Health* 2010; 32(1):71-82.
34. Linke SE, Larsen BA, Marquez B, Mendoza-Vasconez A, Marcus BH. Adapting Technological Interventions to Meet the Needs of Priority Populations. *Progress in Cardiovascular Diseases* 2016; 58:630-638.
35. Main C, Thomas S, Ogilvie D, Stirk L, Petticrew M, Whitehead M et al. Population tobacco control interventions and their effects on social inequalities in smoking: placing an equity lens on existing systematic reviews. *BMC Public Health* 2008; 8:178.
36. Beenackers MA, Nusselder WJ, Oude Groeniger J, van Lenthe FJ. Het terugdringen van gezondheidsachterstanden: een systematisch overzicht van kansrijke en effectieve interventies. Rotterdam: Erasmus MC, 2015.
37. Amos A, Brown T, Platt S. A systematic review of the effectiveness of policies and interventions to reduce socio-economic inequalities in smoking among adults. Edinburgh, Schotland: The University of Edinburgh, 2014.
38. Brown T, Platt S, Amos A. Equity impact of European individual-level smoking cessation interventions to reduce smoking in adults: a systematic review. *European Journal of Public Health* 2014; 24(4):551-556.
39. Courtney RJ, Naicker S, Shakeshaft A, Clare P, Martire KA, Mattick RP. Smoking Cessation among Low-Socioeconomic Status and Disadvantaged Population Groups: A Systematic Review of Research Output. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2015; 12:6403-6422.
40. Bull ER, Dombrowski SU, McCleary N, Johnston M. Are interventions for low-income groups effective in changing healthy eating, physical activity and smoking behaviours? A systematic review and meta-analysis. *BMJ Open* 2014; 4:e006046.
41. Hill S, Amos A, Clifford D, Platt S. Impact of tobacco control interventions on socioeconomic inequalities in smoking: review of the evidence. *Tobacco Control* 2014; 23:e89-e97.
42. Kotz D, West R. Explaining the social gradient in smoking cessation: it's not in the trying, but in the succeeding. *Tobacco Control* 2009; 18:43-46.
43. Wilson A, Guillaumier A, George J, Denham A, Bonevski B. A systematic narrative review of the effectiveness of behavioural smoking cessation interventions in selected disadvantaged groups (2010-2017). *Expert Review of Respiratory Medicine* 2017; 11(8):617-630.
44. Haas JS, Linder JA, Park ER, Gonzalez I, Rigotti NA, Klinger EV et al. Proactive Tobacco Cessation Outreach to Smokers of lowsocioeconomic Status. A Randomized Clinical Trial. *JAMA Internal Medicine* 2015; 175(2):218-226.
45. Benson FE. Evaluation of smoking cessation services in disadvantaged areas of the Netherlands. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 2016.
46. Bauld L, Judge K, Platt S. Assessing the impact of smoking cessation services on reducing health inequalities in England: observational study. *Tobacco Control* 2007; 16(6).
47. Ford P, Clifford A, Gussy K, Gartner C. A Systematic Review of Peer-Support Programs for Smoking Cessation in Disadvantaged Groups. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2013; 10:5507-5522.

48. Tariq L, van Gelder BM, van Zutphen M, Feenstra TL. Smoking cessation strategies targeting people with low socio-economic status. A first exploration of the effectiveness of available interventions. Bilthoven: RIVM, 2009.
49. Cahill K, Lindson-Hawley N, Thomas KH, Fanshawe TR, Lancaster T. Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016; 5.
50. Taylor GM, Taylor AE, Thomas KH, Jones T, Martin RM, Munafo MR et al. Effectiveness of varenicline versus nicotine replacement therapy on long-term smoking cessation in primary care: a prospective, cohort study of electronic medical records. *The Lancet* 2016; 388(2):S107.
51. Cahill K, Hartmann-Boyce J, Perera R. Incentives for smoking cessation (Review). *The Cochrane Library* 2015; 5.
52. Giles EL, Robalino S, McColl E, Sniehotta FF, Adams J. The effectiveness of financial incentives for health behaviour change: systematic review and meta-analysis. *PlosOne* 2014; 9(3):e90347.
53. Etter J-F. Financial incentives for smoking cessation in low-income smokers: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials* 2012; 13:88.
54. Businelle MS, Kendzor DE, Kesh A, Cuate EL, Poonawalla IB, Reitzel LR et al. Small financial incentives increase smoking cessation in homeless smokers: a pilot study. *Addictive Behaviors* 2014; 39:717-720.
55. Kendzor DE, Businelle MS, Poonawalla IB, Cuate EL, Kesh A, Rios DM et al. Financial incentives for abstinence among socioeconomically disadvantaged individuals in smoking cessation treatment. *American Journal of Public Health* 2015; 105(6):1198-1205.
56. Cahill K, Perera R. Quit and Win contests for smoking cessation (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008; 4.
57. van den Brand FA, Nagelhout GE, Winkens B, Evers MAA, Kotz D, Chavannes NH et al. The effect of financial incentives on top of behavioral support on quit rates in tobacco smoking employees: study protocol of a cluster-randomized trial. *BMC Public Health* 2016; 16:1056.
58. Willemsen MC, van der Meer RM, Schippers GM. Smoking cessation quitlines in Europe: matching services to callers' characteristics. *BMC Public Health* 2010; 10:770.
59. Durkin SJ, Biener L, Wakefield MA. Effects of different types of antismoking ads on reducing disparities in smoking cessation among socioeconomic subgroups. *American Journal of Public Health* 2009; 99(12):2217-2223.
60. van Deursen AJAM, van Dijk JAGM. Trendrapport internetgebruik 2012. Een Nederlands en Europees perspectief. Enschede: Universiteit van Twente, 2017.
61. Centraal Bureau voor de Statistiek. Internet; toegang, gebruik en faciliteiten. Beschikbaar via: <http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?VW=T&DM=SLNL&PA=83429NED&LA=NL> Geraadpleegd op 01-08-2017.
62. Stanczyk N, Bolman C, van Adrichem M, Candel M, Muris J, de Vries H. Comparison of text and video computer-tailored interventions for smoking cessation: randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research* 2014; 16(3):e69.
63. Brown J, Michie S, Geraghty AWA, Yardley Y, Gardner B, Shahab L et al. Internet-based intervention for smoking cessation (StopAdvisor) in people with low and high socioeconomic status: a randomised controlled trial. *Lancet respiratory medicine* 2014; 2:997-1006.
64. Stanczyk NE, Bolman C, Smit ES, Candel MJJM, Muris JWM, de Vries H. How to encourage smokers to participate in web-based computer-tailored smoking cessation programs: a comparison of different recruitment strategies. *Health Education Research* 2014; 29(1):23-40.
65. Kleinjan M, Bommelé J, Verdurmen J, van Laar M. Het bespreken van (stoppen met) roken door de huisarts en andere zorgverleners (tandartsen, medisch specialisten en verloskundigen). Utrecht: Trimbos-instituut, 2016.
66. Torchalla I, Okoli CTC, Bottorff JL, Qu A, Poole N, Greaves L. Smoking cessation programs targeted to women: a systematic review. *Women & Health* 2012; 52(1):32-54.
67. McDaniel AM. Smoking cessation strategies may increase quit rates among adults of low socioeconomic status. *Evidence-based nursing* 2016; 19(1).
68. Smit ES, Hoving C, Cox VCM, de Vries H. Praktijkondersteuners bereiken de gemotiveerde rokers. *Tijdschrift voor praktijkondersteuning* 2012; 7(5):118-124.
69. Hoving C, Mudde AN, de Vries H. Effect of recruitment method and setting on the composition of samples consisting of adult smokers. *Patient Education and Counseling* 2007; 65:79-86.
70. Benson FE, Nierkens V, Willemsen MC, Stronks K. Smoking cessation behavioural therapy in disadvantaged neighbourhoods: an explorative analysis of recruitment channels. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy* 2015; 10:28.
71. Gordon JS, Andrews JA, Albert DA, Crews KM, Payne TJ, Severson HH. Tobacco cessation via public dental clinics: results of a randomized trial. *American Journal of Public Health* 2010; 100(7):1307-1312.

72. Benson FE, Nagelhout GE, Nierkens V, Willemsen MC, Stronks K. Inequalities in the impact of national reimbursement of smoking cessation pharmacotherapy and the influence of injunctive norms: an explorative study. *Substance Abuse: Research and Treatment* 2016; 10:45-53.
73. Nagelhout GE, Hummel K, Willemsen MC, Siahpush M, Kunst AE, de Vries H et al. Are there income differences in the impact of a national reimbursement policy for smoking cessation treatment and accompanying media attention? Findings from the International Tobacco Control (ITC) Netherlands Survey. *Drug and Alcohol Dependence* 2014; 140:183-190.
74. van den Berg B, Soethout J. Proefimplementatie vergoeding van ondersteuning bij het stoppen met roken. Resultaten van het begeleidend onderzoek. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen* 2010; 88(8):442-448.
75. Kaper J, Wagena EJ, van Schayck CP. Het effect van het vergoeden van ondersteuning voor stoppen met roken. Resultaten van een gerandomiseerd experiment. Maastricht: Universiteit Maastricht, CAPHRI, 2003.
76. Murray RL, Bauld L, Hackshaw LE, McNeill A. Improving access to smoking cessation services for disadvantaged groups: a systematic review. *Journal of Public Health* 2009; 31(2):258-277.
77. Benson FE, Stronks K, Willemsen MC, Bogaerts NMM, Nierkens V. Wanting to attend isn't just wanting to quit: why some disadvantaged smokers regularly attend smoking cessation behavioural therapy while others do not: a qualitative study. *BMC Public Health* 2014; 14:695.
78. RIVM. Overzicht Aanbevolen en goed beschreven interventies voor roken. Beschikbaar via: <https://www.loketgezondleven.nl/interventieoverzicht2/Roken/aanbevolengood>. Geraadpleegd op 10-04-2017.
79. RIVM. Rookvrij! Ook jij? Beschikbaar via: <https://www.loketgezondleven.nl/interventies/i-database/1400743>. Geraadpleegd op 10-04-2017.
80. Sinefuma. Rookvrij! Ook jij? Beschikbaar via: <https://www.rookvrijookjij.nl/>. Geraadpleegd op 10-04-2017.
81. ZonMw. ZonMw richt zich op de aanpak van sociaaleconomische gezondheidsverschillen. Beschikbaar via: <https://www.zonmw.nl/nl/actueel/nieuws/detail/item/zonmw-richt-zich-op-de-aanpak-van-sociaaleconomische-gezondheidsverschillen/>. Geraadpleegd op 17-07-2017.
82. FNO. Gezonde Toekomst Dichterbij. Beschikbaar via: <https://www.fnozorgvoorkansen.nl/gezonde-toekomst-dichterbij/>. Geraadpleegd op 17-07-2017.
83. Den Haag Direct. Helft van Hagenaars gestopt met roken na Stoppen met Roken Challenge. Beschikbaar via: <http://www.denhaagdirect.nl/meer-dan-helpt-van-hagenaars-gestopt-met-roken-na-stoppen-met-roken-challenge/>. Geraadpleegd op 17-07-2017.
84. Kunst AE. Tackling socioeconomic inequalities in smoking: learning from natural experiments by time trend analyses and cross-national comparisons (SILNE). Beschikbaar via: <https://www.amc.nl/web/Research/Overview/Departments/Public-Health/Public-Health/Current-research/Social-epidemiology/Tackling-socioeconomic-inequalities-in-smoking-learning-from-natural-experiments-by-time-trend-analyses-and-crossnational-comparisons-SILNE.htm>. Geraadpleegd op 10-04-2017.

**ROKEN
INFOLIJN
0900-1995**

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

Colofon

Auteurs

Linda Springvloet, Trimbos-instituut
Mirte A.G. Kuipers, Afdeling Sociale Geneeskunde, Academisch Medisch Centrum,
Universiteit van Amsterdam
Margriet van Laar, Trimbos-instituut

Ontwerp & productie

Canon Nederland N.V.

Beeld

www.istockphoto.com

Deze uitgave is te bestellen via www.trimbos.nl/webwinkel met artikelnummer AF1559.

Deze factsheet is gemaakt in opdracht van het ministerie van VWS.

© 2017, Trimbos-instituut, Utrecht

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