

Steun op het werk bij stoppen met roken

Puck Francis Nagtzaam, Floor van den Brand, Gera Nagelhout, Bjorn Winkens, Niels Chavannes, Onno van Schayck

Veel stoppen-met-rokeninterventies focussen op de individuele roker, maar familie, vrienden en (vooral) collega's hebben grote invloed op stoppogingen. Het zou goed zijn in de spreekkamer ook het rookgedrag van belangrijke personen in de omgeving van de roker ter sprake te brengen en hen zo nodig te betrekken bij de stoppoging. De werkplek is een veelbelovende setting voor stoppen-met-rokeninterventies.

INLEIDING

Veel stoppen-met-rokeninterventies richten zich op de individuele roker en laten diens sociale omgeving buiten beschouwing,¹⁻⁵ terwijl toch bekend is dat familie, vrienden en collega's een grote invloed hebben op stoppogingen. Rokers met een rokende partner zijn minder geneigd om een stoppoging te doen en slagen ook minder vaak.^{5,6} Als iemand vrienden of huisgenoten heeft die roken, verlaagt dat de kans op een succesvolle stoppoging.^{2,7-9} Omgevingsfactoren die een rol spelen, zijn de positieve waardering van roken, gebrek aan sociale steun en directe blootstelling aan roken tijdens de stoppoging.^{1,10,12} Steun en groepsdruk vanuit de sociale omgeving kunnen ook een positieve invloed hebben op stoppogingen.¹³ Onduidelijk is echter wanneer precies die sociale invloed werkzaam is tijdens het stopproces.

De werkplek is bij uitstek een omgeving waar mensen elkaars overtuigingen en gedragingen beïnvloeden. Ze brengen hier immers een groot deel van hun dag samen door.^{14,15} Sociale steun van collega's zou dus in principe waardevol kunnen zijn bij een stoppoging,¹⁶ maar er is tot dusver weinig onderzoek gedaan naar stoppen-met-rokeninterventies op de werkplek.¹³ Wij onderzochten wat de invloed is van de sociale steun en het rookgedrag in de sociale omgeving op het stopsucces van personen die deelnemen aan een stoppen-met-rokeninterventie op de werkplek.



Sociale steun van collega's op de werkplek vergroot de kans dat stoppogingen slagen.

Foto: Shutterstock

METHODE

Onderzoeksopzet

Wij voerden een secundaire analyse uit op gegevens van een eerder clustergerandomiseerd onderzoek, uitgevoerd tussen maart 2016 en maart 2018 bij 604 rokende werknemers van 61 Nederlandse bedrijven.¹⁷ Deze werknemers volgden op hun werkplek een stoppen-met-rokenprogramma, bestaande uit zeven wekelijkse sessies van negentig minuten gedurende twee maanden. Na afloop van de interventie en drie, zes en twaalf maanden later vulden ze vragenlijsten in over het rookgedrag van personen in hun omgeving en over de sociale steun die ze ontvingen (ze kregen daarvoor een waardebon). Een onderzoeks-assistent mat direct na afloop van het programma en drie, zes en twaalf maanden later via een CO-blaasstest of de deelnemers nog steeds abstinente waren. In de interventiegroep ontvingen degenen die abstinente waren op elk moment extra waardebonnen. Dit kon oplopen tot een totaal van 350 euro als zij na twaalf maanden nog steeds abstinente waren.

Dit onderzoek werd eerder gepubliceerd als Van den Brand FA, Nagtzaam P, Nagelhout GE, Winkens B, Van Schayck CP. The association of peer smoking behavior and social support with quit success in employees who participated in a smoking cessation intervention at the workplace, *Int J Environ Res Public Health* 2019;16(16):pii: E2831. Publicatie gebeurt met toestemming van de uitgever.

Tabel 1

Aanvangskenmerken van deelnemers aan een stoppen-met-roken-interventie op de werkplek

Kenmerk	Gemiddeld (SD)	n (%)
Leeftijd in jaren (n = 599)	45,1 [10,2]	
Geslacht (n = 604)		
Vrouw		381 (37%)
Man		223 (63%)
Opleidingsniveau (n = 579)		
Laag		159 (27%)
gemiddeld		255 (44%)
hoog		165 (29%)
Inkomensniveau (n = 535)		
laag		179 (33%)
gemiddeld		175 (33%)
hoog		181 (34%)
Nicotineafhankelijkheid* (n = 573)	4,4 [2,0]	
minimaal (score < 4)		184 (32,1%)
gemiddeld (4-6)		305 (53,2%)
hoog (7-10)		84 (14,7%)
Rokers in de omgeving† (n = 579)	3,8 [1,5]	
0		42 (7%)
1		76 (12%)
2		130 (22%)
3		124 (21%)
4		125 (21%)
5		82 (14%)

* Gemeten met de fagerströmtest, scorebereik 0-10.

† Aantal rokers binnen een groep van vijf vrienden, bekenden of collega's.

Tabel 2

Rookstatus en sociale steun tijdens de stoppen-met-rokentherapie

Karakteristieken	n (%)
Abstinent direct na afronden stoppen-met-rokentherapie (n = 604)*	
Ja	482 (80%)
Nee	122 (20%)
Abstinent 12 maanden na afronden stoppen-met-rokentherapie (n = 603)†	
Ja	206 (34%)
Nee	397 (66%)
Rookstatus van partner (n = 508)	
geen partner	96 (19%)
nooit gerookt	237 (47%)
blijven roken	108 (21%)
gestopt met roken tussen T0 en T1	63 (12%)
overig	4 (1%)
Steun van collega's die deelnamen aan stoppen-met-rokentherapie (n = 503)	
weinig steun	112 (22%)
veel steun	391 (78%)
Steun van overige collega's (n = 500)	
weinig steun	304 (61%)
veel steun	196 (39%)
Steun van vrienden en familie (n = 509)	
weinig steun	247 (49%)
veel steun	262 (51%)
Steun van partner (n = 516)	
geen partner	206 (20%)
weinig steun	133 (26%)
veel steun	277 (54%)

* CO-gevalideerde onafgebroken abstinentie.

† Eén persoon werd niet meegenomen in de analyse vanwege het ontbreken van CO-verificatie van abstinentie door verhuizing naar het buitenland.

Deelnemers

De deelnemers rookten, waren minimaal 18 jaar oud en gaven *informed consent*. [Tabel 1] toont hun kenmerken bij de voormeting.

Uitkomstmaten

Continue abstinentie van roken werd gemeten door middel van een koolmonoxideblaastest zoals beschreven in de russelstandaard.¹⁸ Rookgedrag in de omgeving werd bepaald aan de hand van de vraag: 'Hoeveel van de vijf meest nabije vrienden, bekenden of collega's met wie u regelmatig tijd doorbrengt, zijn roker?' De rookstatus van de partner werd genoteerd op de voormeting (T0) en direct na afloop van de interventie (T1). De antwoorden werden gecombineerd tot 'nooit gerookt', 'blijven roken' en 'gestopt met roken tussen T0 en T1'. De mate van sociale steun werd bepaald aan de hand van de vraag: 'Hoeveel steun heeft u gekregen van uw ... (collega-deelnemers aan de interventie, andere collega's, vrienden, familie, partner) bij het proberen te stoppen met roken in de afgelopen ... maanden?'. Antwoordmogelijkheden waren 'veel steun', 'niet veel/niet weinig steun', 'weinig steun' en 'weet niet'.

Analyse

De analyse van abstinentie direct na de interventie werd gecorrigeerd voor de covariabelen interventiegroep, inkomen, opleidingsniveau en score op de fagerströmtest, een vragenlijst van zes vragen over nicotineafhankelijkheid met een scorebereik van 0 (niet afhankelijk) tot 10 (zeer afhankelijk).^{19,20} Omdat te weinig deelnemers niet-abstinent waren bij deze meting, konden we niet alle variabelen in één model opnemen en hebben we elke omgevingsvariabele apart geanalyseerd. In de analyse van abstinentie na twaalf maanden includeerden we de variabelen met *power* < 0,2 in een multivariabele *mixed-effects* logistische regressieanalyse met een *random intercept* op bedrijfsniveau. Multipelen imputaties werden gebruikt voor ontbrekende data.

RESULTATEN

[Tabel 2] en [tabel 3] tonen de onderzoeksresultaten. Direct na afloop van de interventie waren 482 van de 604 deelnemers (80%) met succes gestopt, na twaalf maanden nog 206 van de 603 (34%). De meeste deelnemers (78%) hadden veel steun ontvangen van collega-deelnemers binnen het bedrijf. Dit was positief gerelateerd aan abstinentie, zowel direct na de interventie (OR 3,63; 95%-BI 2,07 tot 6,37; *p* < 0,001) als twaalf maanden later (OR 1,85; 95%-BI 1,14 tot 3,00; *p* = 0,013). Van de 410 deelnemers die een partner hadden, vonden er 277 (68%) hun partner zeer steunend. Die steun was positief gerelateerd aan abstinentie direct na de interventie (OR 2,01; 95%-BI 1,23 tot 3,30; *p* = 0,006), maar niet aan abstinentie na twaalf maanden. Bij deelnemers zonder partner of met een partner die rookte of gerookt had, was de abstinentie direct na de interventie significant lager dan bij deelnemers van wie de partner nooit gerookt had (OR 0,46; 95%-BI 0,25-0,85; *p* = 0,014).

De aanwezigheid van meerdere rokers in iemands hechte kring van vijf personen was negatief gerelateerd aan abstinentie na twaalf maanden (OR 0,81; 95%-BI 0,71 tot 0,92; $p = 0,002$). Dat wil zeggen dat elke extra roker in de nabije omgeving de kansverhouding op stopsucces met ongeveer 19% deed afnemen.

BESCHOUWING

Ons onderzoek bevestigt het belang van sociale processen, onderlinge steun en groepsdruk bij stoppen met roken. Het laat ook zien dat de steun van collega's de kans op stopsucces vergroot. De werkomgeving kan dus een veelbelovende setting zijn voor stoppen-met-rokeninterventies, misschien vooral voor rokers bij wie roken thuis geaccepteerd is. Hoe meer rokers zich in iemands nabije sociale kring bevinden, des te lager de kans op stopsucces, met name op de lange termijn.^{1,2,21} Ook het rookgedrag van de partner is van invloed op het stopsucces. Opvallend is dat de interventie bij rokers zonder partner relatief minder succesvol was, wellicht omdat de sociale controle thuis ontbrak.

Onze resultaten impliceren dat het nuttig kan zijn om, als men een stoppen-met-rokeninterventie overweegt, in de spreekkamer ook het rookgedrag in de sociale omgeving te bespreken. Ons onderzoek onderstreept hoe belangrijk het is niet alleen te kijken naar de roker zelf, maar ook naar de personen die

WAT IS BEKEND?

- De meeste stoppen-met-rokeninterventies richten zich op het individu en betrekken diens omgeving niet bij de behandeling.
- Bekend is dat familie, vrienden en collega's een grote invloed hebben op stoppogingen.
- Mensen brengen een groot deel van hun dag samen door op de werkplek; collega's beïnvloeden elkaars rookgedrag.
- Rokers met een rokende partner zijn minder geneigd om een stoppoging te doen en slagen ook minder vaak.

WAT IS NIEUW?

- Sociale steun van collega's op de werkplek vergroot de kans dat stoppogingen slagen.
- Ook steun van de partner vergroot de kans dat een stoppoging slaagt, maar alleen op de korte termijn.
- Rokers zonder partner, of met een partner die gerookt heeft, hebben minder succes met stoppen.
- Elke extra roker binnen iemands hechte kring van vijf mensen verlaagt de kansverhouding op stopsucces met ongeveer 19%.

Tabel 3

Associaties van rookgedrag in en sociale steun door de omgeving met abstinentie

Variabele	Abstinentie direct na interventie*			Abstinentie 12 maanden na interventie†		
	oddsratio	95%-BI	p	oddsratio	95%-BI	p
Aantal rokers in de nabije omgeving (0-5)	0,93	0,80-1,08	0,346	0,81	0,71-0,92	0,002
Rookstatus partner						
nooit gerookt [referentie]	1			1		
blijvend rokend	0,62	0,33-1,17	0,14	0,40	0,24-0,66	< 0,001
gestopt	0,87	0,36-2,06	0,74	0,47	0,26-0,86	0,012
geen partner	0,46	0,24-0,85	0,014	0,48	0,26-0,88	0,019
overig	0,23	0,09-0,57	0,002	0,09	0,02-0,35	< 0,001
Steun deelnemende collega						
weinig steun [referentie]	1			1		
veel steun	3,63	2,07-6,37	< 0,001	1,85	1,14-3,00	0,013
Steun overige collega						
weinig steun [referentie]	1					
veel steun	0,95	0,57-1,58	0,85	n.s.‡	n.s.‡	n.s.‡
Steun vrienden en familie						
weinig steun [referentie]	1					
veel steun	1,23	0,76-1,99	0,40	n.s.‡	n.s.‡	n.s.‡
Steun partner						
weinig steun [referentie]	1			1		
veel steun	2,01	1,23-3,30	0,006	1,19	0,75-1,88	0,47

Significante uitkomsten ($p \leq 0,05$) zijn vetgedrukt. De afhankelijke uitkomstmaat was CO-gevalideerde onafgebroken abstinentie. Alle analyses werden gecorrigeerd voor interventiegroep, opleidingsniveau en fagerströmscore. Om te corrigeren voor de clustering van deelnemers binnen een bedrijf zijn multiële imputaties gebruikt voor ontbrekende waarden en het random intercept op bedrijfsniveau.

* Logistische regressieanalyse voor elke individuele variabele apart, alle referentievariabelen geïncludeerd.

† Multivariabele analyse met preselectie: elke variabele afzonderlijk vergeleken met de referentievariabele; alleen variabelen met $p < 0,2$ zijn vervolgens opgenomen in de twaalf maandenanalyse.

‡ Niet significant in de preselectieanalyse ($p \geq 0,2$) en daarom niet geïncludeerd.

invloed hebben op diens rookgedrag. Men zou deze personen eventueel zelfs kunnen betrekken in het stoppen-met-roken-proces.

Sterke punten en beperkingen

Dit was een relatief groot onderzoek naar de invloed van sociale steun en rookgedrag in de omgeving op rokers die willen stoppen. Omdat gekeken werd naar veel verschillende personen in die omgeving konden we ook de invloed van collega's analyseren. Dit was echter een post-hocanalyse, de onderzoeksvragen en hypothesen werden pas na de dataverzameling opgesteld. Eventuele veranderingen in de sociale omgeving en de thuissituatie werden niet geregistreerd en het rookgedrag in de sociale omgeving werd alleen door de deelnemers zelf gerapporteerd. Daarbij was het aantal geïmputeerde gegevens tamelijk groot (zie [tabel 1] en [tabel 2]). Daarom zullen onze bevindingen moeten worden bevestigd in verder onderzoek.

CONCLUSIE

Sociale steun en het rookgedrag en van personen in de omgeving kunnen een belangrijke rol spelen bij stoppen met roken. Huisartsen zouden er goed aan doen in de spreekkamer ook het rookgedrag van belangrijke personen in de sociale omgeving van de roker ter sprake te brengen, en hen zo nodig te betrekken bij de stoppoging. Vooral collega's zijn een belangrijke bron van sociale steun, de werkplek is dan ook een veelbelovende setting voor stoppen-met-rokeninterventies. ■

LITERATUUR

1. Christakis NA, Fowler JH. The collective dynamics of smoking in a large social network. *N Engl J Med* 2008;358:2249-58.
2. Hitchman SC, Fong GT, Zanna MP, Thrasher JF, Laux FL. The relation between number of smoking friends, and quit intentions, attempts, and success: Findings from the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. *Psychol Addict Behav* 2014;28:1144-52.
3. Holahan CK, Holahan CJ, Li X, Jung SJ. Social influences on smoking in American workers: The role of the presence of smokers in the workplace and in the home. *Am J Health Promot* 2013;28:105-7.
4. Lawhon D, Humfleet GL, Hall SM, Munoz RF, Reus VI. Longitudinal analysis of abstinence-specific social support and smoking cessation. *Health Psychol* 2009;28:465-72.
5. Margolis R, Wright L. Better off alone than with a smoker: the influence of partner's smoking behavior in later life. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2016;74:687-97.
6. Homish GG, Leonard KE. Spousal influence on smoking behaviors in a US community sample of newly married couples. *Soc Sci Med* 2005;61:2557-67.
7. Chandola T, Head J, Bartley MJ. Socio-demographic predictors of quitting smoking: How important are household factors? *Addiction* 2004;99:770-7.
8. Ferguson J, Bauld L, Chesterman J, Judge K. The English smoking treatment services: One-year outcomes. *Addiction* 2005;100:59-69.
9. Hyland A, Li Q, Bauer JE, Giovino GA, Steger C, Cummings KMJ. Predictors of cessation in a cohort of current and former smokers followed over 13 years. *Nicotine Tob Res* 2004;6 Suppl 3:S363-9.
10. Westmaas JL, Bontemps-Jones J, Bauer JE. Social support in smoking cessation: Reconciling theory and evidence. *Nicotine Tob Res* 2010;12:695-707.
11. Van Dellen MR, Boyd SM, Ranby KW, MacKillop J, Lipkus IMJ. Willingness to provide support for a quit attempt: A study of partners of smokers. *J Health Psychol* 2016;21:1840-9.
12. Shiffman S. Dynamic influences on smoking relapse process. *J Pers* 2005;73:1715-48.
13. Stead LF, Carroll AJ, Lancaster T. Group behaviour therapy programmes for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2017;3:CD001007.
14. Quist HG, Christensen U, Carneiro IG, Hansen JV, Bjorner JB. Do colleagues influence our lifestyle: The matter of smoking, body mass index and leisure-time physical activity? *Prev Med* 2014;67:166-70.
15. Yong LC, Luckhaupt SE, Li J, Calvert GM. Quit interest, quit attempt and recent cigarette smoking cessation in the US working population, 2010. *Occup Environ Med* 2014;71:405-14.
16. Van den Brand FA, Dohmen LME, Van Schayck CP, Nagelhout GE. 'Secretly, it's a competition': A qualitative study investigating what helped employees quit smoking during a workplace smoking cessation. *BMJ Open* 2018;8:e023917.
17. Van den Brand FA, Nagelhout GE, Winkens B, Chavannes NH, Van Schayck OCP. Effect of a workplace-based group training programme combined with financial incentives on smoking cessation: A cluster-randomised controlled trial. *Lancet Public Health* 2018;3:e536-44.
18. West R, Hajek P, Stead L, Stapleton J. Outcome criteria in smoking cessation trials: proposal for a common standard. *Addiction* 2005;100:299-303.
19. Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerstrom K-O. The Fagerström Test for Nicotine Dependence: A revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. *Br J Addict* 1991;86:1119-27.
20. Van den Brand FA, Nagtzaam P, Nagelhout GE, Winkens B, Van Schayck CP. The association of peer smoking behavior and social support with quit success in employees who participated in a smoking cessation intervention at the workplace, *Int J Environ Res Public Health* 2019;16(16):pii: E2831.
21. Mermelstein R, Cohen S, Lichtenstein E, Baer JS, Kamarck T. Social support and smoking cessation and maintenance. *J Consult Clin Psychol* 1986;54:447-53.

Nagtzaam PF, Van den Brand FA, Nagelhout GE, Winkens B, Chavannes NH, Van Schayck CP. Steun op het werk bij stoppen met roken. *Huisarts Wet* 2020;63:DOI:10.1007/s12445-020-0593-x. Universiteit Maastricht, CAPHRI, afdeling Huisartsgeneeskunde, Maastricht: P.F. Nagtzaam, student: p.nagtzaam@student.maas-trichtuniversity.nl; F.A. van den Brand, gezondheidswetenschapper; dr. G.E. Nagelhout, onderzoeker [tevens onderzoekskoördinator bij Instituut voor Onderzoek naar Leefwijzen & Verslaving]; prof. dr. C.P. van Schayck, hoogleraar preventieve geneeskunde. CAPHRI, afdeling Methodologie en Statistiek, Maastricht: dr. B. Winkens, statisticus. LUMC, afdeling Public Health en Eerstelijngeneeskunde, Leiden: prof. dr. N.H. Chavannes, hoogleraar ehealth-toepassingen in disease management. Mogelijke belangenverstreming: niets aangegeven. Het onderzoek werd financieel gesteund door KWF Kankerbestrijding [UM 2015-7943].