

D. H. ARENTZ

Een cursus 'stoppen met roken'

In de afgelopen drie jaar heeft de auteur in het gezondheidscentrum 'Schalkwijk' zes cursussen 'stoppen met roken' gegeven. In deze bijdrage worden de eerste drie cursussen geëvalueerd. Aan de hand van de hier gegeven informatie kan de lezer zelf een stopcursus opzetten. Het programma is gebaseerd op zelfcontroleprocedures uit de directieve therapie, en op de therapeutische 'dubbele band', die erop berust dat het roken niet wordt verboden, maar wel steeds moeilijker wordt gemaakt, zodat men er tenslotte 'vanzelf' mee ophoudt.

Inleiding

Dat roken een gezondheidsprobleem van de eerste orde is, wordt algemeen erkend. De cijfers die door de Stichting Volksgezondheid en Roken worden gegeven, zijn dan ook indrukwekkend: 90 procent van de longkankersterfte komt op rekening van het roken, 75 procent van de sterfte aan CARA en 25 procent van de sterfte aan ischemische hartziekten in 1981 in Nederland tezamen goed voor 16.000 doden.¹ In de huisartspraktijk wordt dan ook zeer vaak geadviseerd te stoppen met roken. Dit heeft zin en leidt tot 20 procent vermindering van het aantal rokers na informatie en advies, tegen 3 procent vermindering van het aantal rokers zonder informatie en advies, zoals bleek uit het Nijmeegs Interventieproject.² Of het leidt tot 25 ex-rokers per huisarts per jaar, zoals bleek uit een Engels onderzoek.^{3,4} Een recent literatuuronderzoek noemt stoppercentages variërend van 5 tot 48 procent, waarbij 5 procent het meest betrouwbaar lijkt, eventueel te verhogen tot 9 c.q. 16 procent wanneer men het enkelvoudige advies gepaard laat gaan met nicotinehoudende kauwgom en/of uitgebreide vervolconsulten.⁵

Toch zou men graag meer willen bereiken, vooral omdat de meeste patiënten antwoorden dat zij wel willen maar niet kunnen stoppen. In feite wil

eigenlijk 50 procent van de rokers stoppen.³

Vele benaderingen zijn reeds beproefd, zoals hypnotherapie, groepstherapie, gedragstherapie met positieve beloning en negatieve bestraffing, medicamenteuze therapie en zelfcontroleprocedures uit de directieve therapie.⁶⁻⁹ Over het algemeen scoren deze methoden niet hoger dan het enkelvoudig advies, al zou in sommige gevallen een beter resultaat worden bereikt.⁹ Eventuele verschillen zijn echter eerder te verklaren uit de selectie van de patiëntenpopulatie dan uit de gebruikte methode.¹⁰ Het is in ieder geval nog steeds niet goed voorspelbaar welke patiënt baat zal hebben bij een bepaalde methode en welke methode zal helpen bij een bepaalde patiënt.

Om die reden hebben wij geprobeerd de verschillende methoden samen te voegen in één cursusprogramma met voor elk wat wils. Op deze wijze hoopten wij rokers die er niet in waren geslaagd na een enkelvoudig advies te stoppen, een herkansing te geven. De cursus was dan ook bedoeld voor rokers die wel wilden stoppen, maar daar op eigen gelegenheid al dan niet met nicotinehoudende kauwgom of acupunctuur niet toe in staat waren. Tenslotte leek het ook efficiënter vier avonden aan een groep aan te bieden, dan vier vervolconsulten van 10 à 15 minuten aan alle individuele deelnemers.

De cursus

Wij hebben een cursusprogramma gemaakt van vier lesavonden met tussenpozen van een week. De basis werd gevormd door zelfcontroleprocedures, aangevuld met informatie, ontspanningsoefeningen, zelfhypnosebandjes en nicotinehoudende kauwgom. De cursus werd aangeboden aan drie groepen van elk tien tot veertien personen. Sommigen waren verwezen door collega's, anderen hadden zich ingeschreven na geïnformeerd te zijn via de patiëntenkrant of de plaatselijke pers. Een mengeling dus van weinig en zeer gemotiveerde mensen.

Aan het begin van de cursus werd een syllabus uitgereikt waarin de belangrijkste medische informatie stond. Hierin zat ook een zelfregistratieformulier voor drie weken, een zelfregistratieformulier voor een dag, en een formulier waarop men de voor- en nadelen van roken en niet-roken kon noteren. Het boekje 'Roken welbeschouwd' van de Stichting Volksgezondheid en Roken kon men lenen. Een cassettebandje met een ontspanningsoefening en twee zelfhypnose-oefeningen kreeg men op de tweede avond. Op de derde avond kon men een recept voor nicotinehoudende kauwgom krijgen.

Voor het materiaal behoeften de deelnemers niets te betalen: de materiaalkosten konden gedeclareerd worden bij de subsidiegever (stimuleringsregeling wijkgezondheidscentra) en de nicotinehoudende kauwgom kwam ten laste van het ziekenfonds of de particuliere verzekering. De kosten van de cursus zelf bedroegen datgene wat men tijdens de cursus op het roken bespaard had: *no cure - no pay*. Aan degenen die er profijt van had gehad, werd op die manier extra duidelijk gemaakt hoezeer men zichzelf met het uitgespaarde geld kon belonen als men zou volhouden; voor de anderen werd het roken een 'benevolent ordeal'.¹¹

Verloop

De deelnemers hadden zeer uiteenlopende achtergronden en motivaties. Sommigen hadden duidelijk al lichamelijke klachten van het roken of zelfs lichamelijke aandoeningen, zoals hoge bloeddruk, angina pectoris of claudicatie-klachten; anderen merkten hier (nog) niets van en wilden van het roken af vanwege een zwangerschap of huisgenoten, of vanwege het idee dat zij er in de toekomst last van zouden kunnen krijgen. De meesten hadden wel al mislukte stop-pogingen achter de rug.

De gegeven medische informatie bleek noodzakelijk, omdat iedereen wel vaag wist dat roken slecht is, maar niet hoe slecht. Het was duidelijk dat men tot dat moment geen actuele informatie tot zich had laten doordringen. Misschien is het wel cruciaal, dat men besluit zich open te stellen voor deze feiten. De informatie dat stoppen zin heeft dat wil zeggen dat de kans op een hartinfarct na drie jaar en de kans op longkanker na tien jaar weer even groot zou zijn

D.H. Arentz, huisarts, Gezondheidscentrum 'Schalkwijk', Postbus 4090, 2003 EB Haarlem.

als voor iemand die nooit gerookt heeft was voor de meesten een aanmoediging.

De opdracht tot zelfregistratie was voor velen een verrassing. Uitgelegd werd dat het niet de bedoeling was om te minderen, maar om zich bewust te worden van automatismen die men niet onder controle had. Het effect was natuurlijk op paradoxale wijze dat de meesten de helft tot een derde minder hadden gerookt op de tweede avond.

Zoals in Directieve Therapie II⁷ is beschreven, werd ook gevraagd om een ander merk te roken, niets van een ander aan te nemen en om in één keer de laatste hoeveelheid die men nog zou roken aan te schaffen dit alles ter bevordering van de stimuluscontrole.

Omdat stoppen met roken spanning-verhogend kan zijn en omdat sommigen hun sigaretten beschouwen als tranquilizer op momenten van stress, terwijl anderen met behulp van hun sigaretje relaxen in de pauze, introduceerden wij de ontspanningsoefening. Deze oefening werd geïntroduceerd als een concentratie- en ontspanningsoefening. De inhoud van de band lijkt het meest op de progressieve relaxatie zoals beschreven door Jacobson.¹²

De oefening werd eenmaal voorgedaan op de tweede avond, waarna alle deelnemers een bandje meekregen met de tekst van de oefening op de ene kant. Gevraagd werd om de ontspanningsoefening in de tweede week minstens eenmaal per dag te doen als voorbereiding op de zelfhypnose in de derde week. Op de andere kant van het bandje stonden twee zelfhypnoseteksten, op basis van de gedachte dat de rokers ingedeeld kunnen worden in twee categorieën: 'pauzerokers' en 'stressrokers', respectievelijk mensen die roken in rustige situaties waarbij het roken als stimulans wordt gehanteerd, en mensen die roken in stressvolle situaties waarbij roken werkt als sedativum.¹⁰ De verbatim teksten zijn op verzoek bij de auteur verkrijgbaar.

Bij beide teksten werd aan het eind gevraagd om zich situaties voor de geest te halen waarin men vroeger gerookt zou hebben, met de bedoeling om in gedachten te oefenen hoe men deze situaties zelfverzekerd en zonder sigaret zou kunnen doorstaan.

Hoewel van nicotinehoudende kauwgom niet is bewezen dat het een belangrijke bijdrage levert tot het abstineren van roken,¹³⁻¹⁵ leek het toch voor de

Programma

• Eerste avond

- kennismaking en uitwisseling van verwachtingen en motivaties;
- medische informatie en discussie;
- registratieopdracht, uitleg zelfcontroleprocedures.

• Tweede avond

- inventarisatie van huiswerkervaringen;
- stimuluscontrole uitbreiden, introductie ontspanningsoefeningen;
- huiswerkopdracht: roken 'als behoefte' (circa halveren); zelfregistratie, stimuluscontrole, ontspanningsoefening.

• Derde avond

- inventarisatie van huiswerkervaringen;
- uitleg van zelfhypnose, nicotinehoudende kauwgom, stimulus-respons interventie, belonen, bestraffen (onder andere aversief roken);
- huiswerk: roken naar nul, zelfhypnose, enz.

• Vierde avond

- inventarisatie van huiswerkervaringen;
- gevaar van terugval bespreken, mogelijkheden van belonen en bestraffen, evaluatie;
- afrekening.

extreem verslaafden een redelijk hulpmiddel om de onttrekkingsverschijnselen te bestrijden. Er werd wel gewaarschuwd voor de bijverschijnselen en voor het gevaar om ook hier weer aan verslaafd te raken.

Op de derde avond werden mogelijke stimulus-respons interventies besproken, zoals handwerken, blokje om lopen, de hond uitlaten en creatief bezig zijn. Ook belonings- en bestraffingsprincipes werden uitgelegd. Het meest sprekende was natuurlijk het uitgespaarde geld opzij leggen.

Een speciale vorm van zelfbestrafing werd geïntroduceerd in de vorm van aversief roken of snelroken. Hierbij moet men de stimuluscontrole condities handhaven (zelfde plaats, zelfde merk, enz.), maar men mag slechts één seconde pauzeren tussen het inhaleren van de rook en het uitblazen en vervolgens tussen het uitblazen en de volgende inhalatie. De bedoeling was dat men in de derde week zou stoppen met roken, maar als men een onbedwingbare neiging tot roken ondervond, dan mocht men 'aversief roken'. Dit weerzinwekkend roken heeft een aantal aspecten:

- een paradoxale opdracht: wel roken maar in een gewijzigde context; niet voor het lekker, maar met als doel te ervaren hoe slecht of vies het roken eigenlijk is, zodat men er als vanzelf mee stopt;
- vergroting van de cognitieve dissonantie, wat het stoppen bevordert;
- het zou de stressrokers mogelijk beter kunnen helpen te stoppen, omdat zij hun eigen weerzin het sterkst zouden ervaren.¹⁰

Bij de inventarisatie van huiswerkervaringen op de vierde avond bleek uiteraard dat niet iedereen erin was geslaagd om het roken tot nul te reduceren. De meesten rookten wel een stuk minder.

Uitgelegd werd dat niet iedereen even snel kon gaan, maar dat iedereen er te zijner tijd wel in zou slagen te stoppen. Dat men nu het gereedschap om te stoppen aangereikt had gekregen en dat iedereen de volgende stap zou kunnen nemen om het roken moeilijker te maken en het niet-roken te bevorderen, zodat men tenslotte het roken wel moest opgeven. Ook het gevaar van terugval werd besproken en de sociale situaties waarin men zijn niet-rokersstandpunt moest kunnen verdedigen.

Evaluatie

Eerder is in dit tijdschrift al eens beschreven, hoe moeilijk het is om te komen tot een juiste effect-evaluatie bij groepen met een sterk gemengde samenstelling (ook al ging het daarbij om een geheel andere populatie).¹⁶ Uiteindelijk hebben wij twee parameters gehanteerd: het aantal mensen dat gestopt was met roken, en een satisfactiescore.

Van de 35 patiënten die aan de cursus begonnen, bleven er 28 tot het eind. Van deze 28 patiënten rookte ongeveer 50 procent aan het eind van de cursus niet meer, maar dit percentage bleek na anderhalf jaar gereduceerd tot 33 procent. Dit komt overeen met percentages van anderen.¹⁰ Wij moeten dus concluderen dat onze doelstelling om het succespercentage te verhogen door een veelsoortig programma aan te bieden, niet is bereikt.

Terugval werd bijna steeds geweten aan emotionele stresstoestanden. Eén patiënt rapporteerde zelfs weer te zijn gaan roken om zijn zenuwen de baas te kunnen in de wachttijd voor zijn openhartoperatie. Degenen die waren blijven roken na de cursus, zeiden meestal toch onvoldoende gemotiveerd te zijn om te stoppen. Toch verwachtten velen dat zij er nog weleens toe zouden komen.

Aan het eind van de cursus werd door iedereen een evaluatieformulier ingevuld waarop men een cijfer kon geven van 1 tot 10 voor de verschillende onderdelen van het programma.

Zelfregistratie en het praten in de groep scoorden het hoogst met beide gemiddeld ruim een 8 (laagste cijfer een 7, hoogste cijfer een 10). De conclusie lijkt gewettigd dat zelfregistratie de basis moet blijven van het programma en dat het groepsproces van voordeel lijkt te zijn. Hierna volgde de medische informatie met een 7 (spreiding 4-10) en de nicotinehoudende kauwgom, voor zover gebruikt, met eveneens een 7 (spreiding 5-10).

De ontspanningsband, de tape voor 'pauzerokers', de tape voor 'stressrokers', de stimulus-respons interventie en de toegenomen lichamelijke conditie scoorden alle 6 (spreiding 1-10). De stimuluscontrole en het belonen en bestraffen scoorden laag met een 4 (spreiding 1-8).

Gezien de spreiding mag men concluderen dat het principe 'voor elk wat wils' voor de meeste cursisten heeft golden.

Beschouwing

Men moet zich realiseren dat onze populatie bestond uit mensen die niet genoeg hadden aan een enkelvoudig stopadvies.⁵ Het gaat dus om 33 procent van de resterende 85 procent. Die kan worden opgeteld bij de 15 procent die wél genoeg had aan een enkelvoudig stopadvies. Samen is dat 43 procent.

Het aanbieden van een cursus 'stoppen met roken' past in het beleid van voorlichting en preventie van de Nederlandse huisarts. Het hier beschreven gestructureerde programma kan iedere huisarts overnemen of verwerken tot een eigen programma. De dalende trend in de consumptie van sigaretten is er niet vanzelf gekomen en zal ook in de toekomst moeten worden gevoed. Dit kan worden bereikt door advies, maar ook door informatie en het geven van cursussen. Op die manier zal er een klimaat ontstaan waarin het steeds vanzelfsprekender wordt om niet te roken en waarin de twijfelaars als vanzelf het roken zullen laten. Tenslotte zal het roken nog slechts in verhalen over vreemde culturen van vroeger gememoreerd worden als pikant detail, zoals wij nu nog weleens spreken over de pruimtabak van weleer.

¹ Anoniem. Roken welbeschouwd. Stichting volksgezondheid en roken, 1984.

² Van Ree JW. Systematische opsporing en behandeling van risicofactoren in de huisartspraktijk uitvoerbaar. *Hart Bulletin* 1981; 12: 69-77.

³ Raw M. Persuading people to stop smo-

king. *Behav Res Ther* 1976; 14: 97-101.

⁴ Russell MAH, Wilson C, Taylor C, Baker CD. Effects of general practitioners advice against smoking. *Br Med J* 1979; ii: 231-5.

⁵ Roodenburg P. Roken en het stopadvies. *Huisarts Wet* 1987; 30: 280-3.

⁶ Treatment of cigarette dependence. *WHO chronicle* 1979; 33: 98-100.

⁷ Hoogduin K. Behandeling met behulp van zelfcontrole-procedures. In: Van der Velde K, red. *Directieve therapie 2*. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1980; 221-50.

⁸ Hoogduin K. Het gebruik van klassieke trance-inductie bij patiënten die door middel van hypnose willen stoppen met roken. In: Van der Velde K, red. *Directieve therapie 2*. Deventer: Van Logum Slaterus, 1984; 154-9.

⁹ Von Dedenroth TEA. The use of hypnosis in 1000 cases of 'Tobaccomaniacs'. *Am J Clin Hypn* 1968; 3: 194-7.

¹⁰ Barnes GE, Vulcano BA, Greaves L. Characteristics affecting successful outcome in the cessation of smoking. *Int J Addictions* 1985; 1429-34.

¹¹ Haley J. *Strategies of psychotherapy*. New York: Grune & Stratton, 1963; 56.

¹² Jacobson E. *Progressive relaxation*. Chicago: The university of Chicago Press, 1974.

¹³ Van Ree JW. Nicotinehoudende kauwgom om van het roken af te komen; ervaringen in een huisartsenpraktijk. *Ned Tijdschr Geneesk* 1983; 41: 1931-3.

¹⁴ Offerhaus L. Nicotinekauwgom. De dokter als drogist? *Ned Tijdschr Geneesk* 1983; 127: 1202-3.

¹⁵ Bakker A. Wat is de plaats van nicotinehoudende kauwgom (Nicorette) bij de bestrijding van de verslaving aan sigaretten? *Vademecum permanente nascholing huisartsen* 1984; 41.

¹⁶ Van Weel C. Werken met groepen in het gezondheidscentrum Ommoord. *Huisarts Wet* 1977; 20: 313-9.