

De prijs van stoppen met roken

Als gebruik van allerlei mogelijke hulpmiddelen om te stoppen met roken wordt vergoed, zijn er meer rokers die daar gebruik van maken. Uiteindelijk blijkt 2,7% meer rokers te stoppen dan zonder die vergoedingen, althans volgens onderzoek in Friesland.

De discussie of hulp bij stoppen met roken zou moeten worden vergoed, loopt al geruime tijd. Kosteneffectiviteit is daarbij een belangrijk argument. Hoeveel levert zo'n interventie nu op?

Nederlandse onderzoekers berekenden met behulp van gegevens van een in 2006 uitgevoerd interventieonderzoek de theo-

retische kosten en winst voor Nederland. Zij veronderstelden daarbij dat het percentage rokers en niet-rokers weer naar elkaar zou groeien in de loop van de tijd, omdat de vergoeding werd beperkt tot eenmaal een half jaar. Met vergoeding zouden over 20 jaar tussen 0,3% en 0,08% meer mensen niet roken dan zonder vergoeding. De maximale winst van deze half jaar durende interventie zou worden bereikt in 2029 met een besparing van 12 miljoen euro. Daarna nemen de kosten in de interventiegroep toe, want mensen die niet overlijden aan de gevolgen van het roken krijgen andere aandoeningen,

bijvoorbeeld dementie. Uiteindelijk blijkt dat de hulp om te stoppen met roken 4500 euro kost per gewonnen levensjaar, aangepast voor de kwaliteit daarvan (een zogenaamde QALY). Dat is niet duur in vergelijking met vele andere geneeskundige interventies. Toch maar doen dus?

Henk van Weert

Vemer P, et al. *If you try to stop smoking, should we pay for it? The cost-utility of reimbursing smoking cessation support in the Netherlands.* *Addiction* 2010;105:1088-97.

Nederlanders sterven het vaakst thuis

De meerderheid van de mensen met kanker zou het liefst thuis willen sterven, maar dat gebeurt lang niet altijd. Internationaal bestaan er grote verschillen, waarbij Nederland een positieve koploper is.

Belgische onderzoekers gingen in een aantal Europese landen na waar kankerpatiënten sterven: thuis, in het ziekenhuis, hospice of verzorgingshuis. Hiervoor gebruikten zij de sterfteregistraties over 2003 van België, Nederland, Italië, Noorwegen, Wales en Engeland. Het percentage kankerpatiënten dat thuis stierf, was 13% in Noorwegen, 22% in Engeland

en Wales, 28% in België, 36% in Italië, en 45% in Nederland. Wanneer hier sterven in een verzorgingshuis bij opgeteld werd, lagen deze percentages op 30% in Wales, tot 38% in België en 64% in Nederland. Voor niet-kwaadaardige doodsoorzaken was dezelfde trend zichtbaar, maar waren de verschillen wat minder uitgesproken. Getrouwde patiënten en patiënten met een solide tumor hadden in alle landen een grotere kans op een sterfbed thuis. Beschikbaarheid van ziekenhuisbedden in de regio bleek geen verschil te maken. De auteurs noemen een aantal factoren die het verschil tussen Nederland en

andere Europese landen verklaren: het Nederlandse politieke klimaat dat behandeling in de eerste lijn stimuleert, de goede organisatie van thuiszorg en verzorgingshuizen, het netwerk van palliatief consulenten en de open communicatie tussen patiënten en hun huisarts. Complimenten voor de inzet van de Nederlandse huisarts!

Linda Bröker

Cohen J, et al. *Which patients with cancer die at home? A study of six European countries using death certificate data.* *J Clin Oncol* 2010;28:2267-73.

Rectificatie

In de vorige Huisarts en Wetenschap (nr. 9) staat op pagina 515 in de rubriek PEARLS een foutieve dosering van acetylsalicylzuur vermeld. Bij 'conclusie auteurs' staat dat acetylsalicylzuur 100 mg een effectieve behandeling is van migraineaanvallen. De juiste dosering moet zijn: 1000 mg acetylsalicylzuur.

De berichten, commentaren en reacties in het Journal richten zich op de wetenschappelijke en inhoudelijke kanten van het vak. Bijdragen van lezers zijn van harte welkom (redactie@nhg.org).