

# Stoppen met roken: hoe pakken wij dat aan?

Monique Jacobs-van der Bruggen, Gé Donker, Harry Verkleij, Caroline Baan

## Inleiding

Roken is de belangrijkste veroorzaker van ziekte en vroegtijdige sterfte.<sup>1</sup> Het Astma Fonds, de Nederlandse Hartstichting, KWF Kankerbestrijding en VWS hebben de ambitie geuit om het percentage rokers, momenteel 28%,<sup>2</sup> te verlagen tot 20% in 2010.<sup>3</sup> Huisartsen krijgen regelmatig te maken met aan roken gerelateerde gezondheidsklachten. Zij kunnen bijdragen aan de preventie van deze klachten door adviezen te geven en hulp- of geneesmiddelen voor te schrijven aan rokende patiënten die gemotiveerd zijn om te stoppen.<sup>4,6</sup> Wellicht door gebrek aan tijd, expertise of

## Samenvatting

Jacobs-van der Bruggen MAM, Donker GA, Verkleij H, Baan CA. Stoppen met roken: hoe pakken wij dat aan? *Huisarts Wet* 2007;50(5):198-202.

**Inleiding** Huisartsen kunnen bijdragen aan het voorkómen en terugdringen van aan roken gerelateerde gezondheidsklachten door met hun patiënten te spreken over stoppen met roken. Een voor huisartsen beschikbare methode is de *Minimale interventiestrategie Stoppen met roken* (MIS). Doel van dit onderzoek was om een actueel beeld te krijgen van adviezen om te stoppen met roken in de Nederlandse huisartsenpraktijk.

**Methoden** In 2005 hebben de huisartsen van de CMR-peilstations Nederland (49 praktijken) vragenformulieren ingevuld voor dit onderzoek.

**Resultaten** In 2005 werden in de CMR-peilstations 474 eerste stoppen-met-rokenadviezen gegeven. Huisartsen namen vaker het initiatief om te spreken over stoppen met roken dan de rokers zelf (54% versus 42%). Huisartsen brachten het onderwerp vooral ter sprake bij rokers met klachten die aan roken zijn gerelateerd en bij rokers met een (chronische) aandoening. De meeste huisartsen gaven mondeling advies (64%) en/of een geneesmiddel op recept (24%). Vijfenvertig procent van de peilstationartsen gebruikte de MIS ten minste één keer tijdens een eerste stoppen-met-rokenadvies.

**Beschouwing** Huisartsen zouden nog vaker het initiatief kunnen nemen om stoppen met roken te bespreken. De MIS is bij veel huisartsen bekend maar zou nog vaker kunnen worden gebruikt.

RIVM, Centrum voor Preventie- en Zorgonderzoek, A. van Leeuwenhoeklaan 9, 3720 BA Bilthoven: M.A.M. Jacobs-van der Bruggen, onderzoeker; dr. C.A. Baan, projectleider diabetesonderzoek; RIVM, Centrum voor Volksgezondheid Toekomstverkenningen: dr. H. Verkleij, senioronderzoeker; NIVEL Utrecht: dr. G.A. Donker, projectleider CMR-peilstations. Correspondentie: monique.jacobs@rivm.nl  
Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

een bruikbare methode om rokers te helpen met stoppen, gebeurt dit toch niet altijd.<sup>4,7</sup> De *Minimale interventiestrategie Stoppen met roken* (MIS) is een methode voor huisartsen om rokers volgens een vaststaand stappenplan te begeleiden.<sup>7,8</sup> In een RCT waren er na 1 jaar significant meer stoppers in de groep waarbij de MIS werd toegepast dan in de groep waarbij de MIS niet werd gebruikt.<sup>8</sup> Een vergelijkbaar effect trad op in een onderzoek waarbij huisartsen een geïntensiveerde MIS bij COPD-patiënten toepasten.<sup>9</sup> Doel van ons onderzoek was om een actueel beeld te krijgen van de frequentie waarmee stoppen met roken in de huisartsenpraktijk ter sprake komt en wie het initiatief hiertoe neemt. Tevens inventariseerden wij wat de redenen zijn om stoppen met roken te bespreken, of de roker gemotiveerd is om te stoppen en welke adviesmethoden of hulpmiddelen de huisarts aanreikt om de roker met stoppen te helpen.

## Methoden

In 2005 waren er 49 huisartsenpraktijken aangesloten bij de Continue Morbiditeitsregistratie (CMR) Peilstations Nederland, met een totale patiëntenpopulatie van 132.471 personen. Deze patiënten vertegenwoordigen ongeveer 0,8% van de Nederlandse bevolking en vormen een redelijk goede afspiegeling van de Nederlandse bevolking.<sup>10</sup> De peilstations zijn dusdanig gekozen dat zij representatief zijn met betrekking tot de geografische spreiding en de spreiding over gebieden met een verschillende graad van stedelijkheid. In 2005 was er echter een ondervertegenwoordiging van praktijken in Zuid-Limburg. Een uitgebreidere beschrijving van de (representativiteit van de) peilstations is te vinden in de jaarrapportage van de CMR.<sup>10</sup>

De deelnemende huisartsen vullen wekelijks een formulier in waarop zij een aantal verrichtingen rapporteren (de weekstaat). Sinds 2003 registreert de huisarts ook of roken of een rookverslaving een substantieel onderdeel van het consult is geweest (rookconsult). In 2005 vroegen wij de huisartsen om bij registratie van een 'rookconsult' een extra formulier in te vullen ten behoeve van dit onderzoek (voor formulier zie bijlage op [www.nhg.org/henwextra](http://www.nhg.org/henwextra)). De vragenlijst is zeer kort gehouden om de belasting voor de deelnemende huisartsen te beperken. Indien in het consult geen sprake was van een gericht advies om te stoppen met roken of indien het een vervolgsconsult betrof, hoefden de huisartsen de vragenlijst niet verder in te vullen.

## Uitkomstvariabelen

Op het onderzoeksformulier kon de huisarts aangeven of er een gericht stoppen-met-roken (SMR)-advies werd gegeven, wie het initiatief nam om het stoppen met roken te bespreken (roker, huisarts of anders), wat de reden was van het SMR-advies (rookklach-

### Wat is bekend?

- ▶ Roken veroorzaakt klachten, ziekten en voortijdige sterfte.
- ▶ Huisartsen kunnen een bijdrage leveren aan het tabaksontmoedigingsbeleid.
- ▶ De minimale interventiestrategie Stoppen met roken is een relatief effectieve methode die huisartsen kunnen toepassen om rokers te helpen bij het stoppen met roken.

### Wat is nieuw?

- ▶ Huisartsen nemen vaker het initiatief om stoppen met roken te bespreken dan rokers zelf.
- ▶ Huisartsen brengen stoppen met roken vooral ter sprake bij aan roken gerelateerde klachten.
- ▶ De meeste huisartsen geven mondeling advies en/of een geneesmiddel op recept.
- ▶ In 2005 gebruikte de helft van de artsen van de CMR-peilstations de minimale interventiestrategie ten minste één keer bij een eerste stoppen-met-rokenadvies.

ten, risicogroep, preventief of anders), of de roker gemotiveerd was (ja, tamelijk, nee, of weet niet) en welke methoden / hulpmiddelen de huisarts gebruikte. Bij de reden voor het advies en de gebruikte methoden waren meerdere antwoorden mogelijk.

### Achtergrondvariabelen

Er werd gevraagd naar leeftijd en geslacht van de roker en het gemiddelde aantal gerookte sigaretten per dag. De peilstations zijn ingedeeld in 4 provinciegroepen (noord, oost, west en zuid).<sup>10</sup>

### Analyses

Op basis van enkele aannames maakten we een schatting van de frequentie waarmee huisartsen advies geven om met roken te stoppen. Op basis van het aantal geregistreerde rookconsulten per 10.000 Nederlanders in 2005, het percentage 'rookconsulten' waarin een gericht stopadvies wordt gegeven, het percentage 15-plussers in de Nederlandse bevolking (ongeveer 80%) en het percentage rokers (28%), berekenden we hoeveel stopadviezen er gegeven worden per 100 rokende 15-plussers.

Verschillen in uitkomsten tussen groepen toetsten we met chi-kwadraattoetsen en T-tests of enkelvoudige variantieanalyse (ANOVA met Bonferroni-correctie); SPSS, versie 12.0.1 voor Windows. Indien in de rapportage gesproken wordt over verschillen tussen groepen, dan betreft het statistisch significante verschillen ( $p < 0,05$ ).

### Resultaten

In 2005 was roken of een rookverslaving 904 keer een substantieel onderdeel van een consult bij de huisartsen van de CMR-peilstations. Dit leidde 779 keer (86% van de rookconsulten) tot het geven van een gericht advies om met roken te stoppen. Deze gerichte stopadviezen werden 305 keer gegeven in een vervolgsconsult. De analyses hebben betrekking op 474 in het eerste consult gegeven

SMR-adviezen afkomstig van 47 verschillende peilstations. Van 2 peilstations hebben we geen vragenlijsten ontvangen. De gegevens van de rokers en de herkomst van de adviezen zijn samengevat in *tabel 1*.

De gemiddelde leeftijd van de rokers was 46 jaar. Het gemiddelde aantal gerookte sigaretten per dag was 17. Van de 474 formulieren kwam bijna de helft uit de westelijke provincies.

**Tabel 1** Kenmerken van de rokers en geografische spreiding over praktijken van de 474 eerste stoppen-met-rokenadviezen, in procenten, tenzij anders vermeld

|                                      | n   |       |
|--------------------------------------|-----|-------|
| Kenmerken rokers:                    |     |       |
| - gemiddelde leeftijd roker in jaren | 46  | 15-84 |
| - gemiddeld aantal sigaretten/dag    | 17  | <1-50 |
| - man                                | 226 | 48    |
| Geografische spreiding:              |     |       |
| - noord (2 peilstations)             | 25  | 5     |
| - oost (11 peilstations)             | 118 | 25    |
| - west (25 peilstations)             | 221 | 47    |
| - zuid (9 peilstations)              | 110 | 23    |

### Frequentie van het stoppen-met-rokenadvies

Het geschatte aantal 'rookconsulten', gebaseerd op de CMR-weekstaten was 68 per 10.000 Nederlanders.<sup>10</sup> Relatief de meeste rookconsulten werden gehouden in het oosten (108/10.000). Ervan uitgaande dat 28% van de Nederlandse 15-plussers rookt,<sup>2</sup> werden er in 2005 naar schatting 2,6 stopadviezen per 100 rokende 15-plussers gegeven.

In het huidige onderzoek betrof 61% (474/779) van de stopadviezen een eerste consult. Indien deze gegevens representatief zijn, werden er in Nederland in 2005 1,6 eerste stopadviezen en 1 vervolgsadvies per 100 rokende 15-plussers gegeven.

### Initiatief om het stoppen met roken te bespreken

Het initiatief om het stoppen met roken te bespreken werd vaker genomen door de huisarts (54%) dan door de patiënt (42%). Anderen (4%) die de roker het advies gaven om het stoppen met roken met de huisarts te bespreken, waren praktijkverpleegkundigen en specialisten. Rokers die zelf initiatief namen, rookten meer dan rokers bij wie de arts het initiatief nam (19,1 versus 15,8 sigaretten per dag). In de oostelijke provincies lag het initiatief om het stoppen met roken te bespreken vaker bij de arts (62,9% versus 51,7%) of bij anderen (7,8% versus 1,9%) en minder vaak bij de roker (29,3 versus 46,4%) dan in de overige provincies.

### Redenen om het stoppen met roken te bespreken

De redenen die – meer dan eenmaal – werden genoemd om het stoppen met roken te bespreken, staan in *tabel 2*. Huisartsen noemden 'rookklachten' en 'risicogroep' het vaakst als reden om het roken ter sprake te brengen. Voor rokers zelf was de meest genoemde reden 'preventief', gevolgd door 'rookklachten'. Hoesten was zowel voor de arts als voor de roker de meest genoemde klacht die aanleiding gaf om het stoppen met roken te bespreken.

Mensen met reden 'risicogroep' waren gemiddeld ouder dan de overigen (50,9 versus 43,3 jaar). Degenen die 'preventief' als

Tabel 2 Redenen om met roken te stoppen\*

| Reden voor advies                  | Initiatief huisarts<br>n=258 (%) | Initiatief roker<br>n=198 (%) | Totaal†<br>n=474 (%) |
|------------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|----------------------|
| <b>Rookklachten</b>                | 127 (49)                         | 74 <sup>#</sup> (37)          | 207 (43)             |
| - hoesten                          | 32                               | 15                            | 49                   |
| - bronchitis                       | 9                                | 2                             | 12                   |
| - slechte conditie                 | 1                                | 9                             | 10                   |
| - kortademigheid/ benauwdheid      | 5                                | 4                             | 9                    |
| - keel/neus en bovenste luchtwegen | 7                                | 1                             | 8                    |
| - maagklachten                     | 4                                | 3                             | 7                    |
| - moe                              | 1                                | 3                             | 5                    |
| <b>Risicogroep</b>                 | 112 (44)                         | 46 <sup>#</sup> (23)          | 167 (35)             |
| - COPD                             | 23                               | 8                             | 38                   |
| - astma                            | 9                                | -                             | 11                   |
| - HVZ                              | 13                               | 11                            | 25                   |
| - HVZ in familie                   | 7                                | 4                             | 16                   |
| - CVA                              | 3                                | 2                             | 5                    |
| - diabetes                         | 3                                | 2                             | 6                    |
| - hypertensie                      | 17                               | 3                             | 21                   |
| - hypercholesterolemie             | 4                                | 1                             | 7                    |
| - overgewicht                      | 3                                | 1                             | 4                    |
| <b>Preventief</b>                  | 60 (23)                          | 89 (23)                       | 156 (33)             |
| <b>Anders:</b>                     | 23 (9)                           | 38 <sup>#</sup> (19)          | 62 (13)              |
| - zwangerschap                     | 2                                | 7                             | 10                   |
| - sociale druk                     | 1                                | 7                             | 8                    |
| - orale anticonceptie              | 5                                | 2                             | 8                    |
| - wil stoppen / leefstijl          | -                                | 6                             | 6                    |
| - angst voor ziekten               | 2                                | 2                             | 4                    |
| - stank                            | -                                | 4                             | 4                    |
| - financieel                       | -                                | 2                             | 2                    |

\* Meerdere antwoorden mogelijk.  
† Aantallen bij 'initiatief huisarts' en 'initiatief roker' tellen niet op tot totaal; 18 keer lag het initiatief bij anderen.  
‡ Individuele redenen tellen niet op tot het totaal (bijvoorbeeld rookklachten) omdat redenen die slechts eenmaal werden genoemd, niet in de tabel zijn opgenomen en omdat de reden niet altijd werd gespecificeerd.  
# Significant verschil tussen 'initiatief huisarts' en 'initiatief roker' (p < 0,05).

redenen hadden aangegeven waren gemiddeld jonger dan de anderen (43,4 versus 47,2 jaar). Mensen met als reden 'rookklachten' rookten meer (18,5 versus 16,7 sigaretten per dag) dan mensen die 'rookklachten' niet als reden noemden. De reden 'preventief' werd vaker genoemd in het oosten dan in de andere provincies (44,1% versus 32,2%).

#### Motivatie om te stoppen

De meeste mensen waren (tamelijk) gemotiveerd om met roken te stoppen (tabel 3). Indien de huisarts het initiatief nam om het stoppen met roken te bespreken, bleken 3 op de 4 mensen (ten minste tamelijk) gemotiveerd. Mensen die gemotiveerd waren, rookten gemiddeld meer dan mensen die niet gemotiveerd waren (18,4 versus 14,4 sigaretten per dag).

#### Stoppen-met-rokenmethode

De methoden die huisartsen het meest gebruikten om mensen te helpen bij het stoppen met roken waren mondeling advies en

Tabel 3 De mate van gemotiveerdheid om te stoppen met roken, in procenten

| Gemotiveerd | Initiatief huisarts<br>n=258 | Initiatief roker<br>n=198 | Totaal*<br>n=474 |
|-------------|------------------------------|---------------------------|------------------|
| Ja          | 23                           | 66 <sup>†</sup>           | 42               |
| Tamelijk    | 49                           | 32 <sup>†</sup>           | 41               |
| Nee         | 22                           | - <sup>†</sup>            | 12               |
| Onbekend    | 6                            | 2 <sup>†</sup>            | 5                |

\* Aantallen bij initiatief huisarts en initiatief roker tellen niet op tot totaal; 18 keer lag het initiatief bij anderen.  
† Significant verschil tussen initiatief huisarts en initiatief roker (p < 0,05).

het voorschrijven van een geneesmiddel op recept (bijvoorbeeld bupropion of nortriptyline) (tabel 4). Rokers die mondeling advies kregen (eventueel in combinatie met een andere interventie) waren gemiddeld jonger dan rokers die een andere interventie kregen (44,8 versus 47,9 jaar) en zij rookten minder (16,8 sigaretten per dag versus 18,7). Rokers met een geneesmiddel op recept waren gemiddeld ouder (48,3 versus 45,2 jaar) en zij rookten meer dan rokers zonder een geneesmiddel op recept (18,8 versus 17,0 sigaretten per dag). Mannen kregen vaker dan vrouwen een geneesmiddel voorgeschreven (29,3% versus 20,0%). Mensen bij wie de MIS werd gebruikt, rookten meer dan bij wie dat niet was gebeurd (19,5 versus 17,0 sigaretten per dag).

In de oostelijke provincies adviseerden huisartsen patiënten minder vaak om vrij verkrijgbare geneesmiddelen (nicotinevervangers) te gaan kopen (2,5% versus 9,2%). Ook schreven zij minder vaak geneesmiddelen op recept uit (12,7% versus 28,1%). De MIS pasten zij echter vaker toe (34,7% versus 12,8%) in tegenstelling tot hun collega's in Zuid-Nederland die de MIS minder vaak gebruikten (8,2% versus 21,2%) maar een 'andere methode' weer meer (40,9% versus 15,2%). In het noorden werden meer vrij verkrijgbare geneesmiddelen geadviseerd (20,0% versus 6,8%) en meer geneesmiddelen voorgeschreven (48,0% versus 23,0%). Desalniettemin was er in het noorden grote variatie tussen peilstations in het voorschrijven van geneesmiddelen op recept (van 0 tot 60% van de consulten).

#### MIS

De MIS is bij 87 van de 474 (18%) eerste SMR-adviezen gebruikt. De methode is in 22 van de 49 (45%) deelnemende huisartsen-peilstations bij ten minste 1 patiënt toegepast tijdens een eerste consult.

Tabel 4 Gebruikte stoppen-met-rokenmethoden, in procenten (meerdere antwoorden mogelijk)

| Gebruikte methoden             | Initiatief huisarts<br>n=258 | Initiatief roker<br>n=198 | Totaal*<br>n=474 |
|--------------------------------|------------------------------|---------------------------|------------------|
| Mondeling advies               | 73                           | 54 <sup>†</sup>           | 64               |
| Geneesmiddel op recept         | 10                           | 44 <sup>†</sup>           | 24               |
| Anders                         | 23                           | 19                        | 21               |
| MIS                            | 19                           | 15                        | 18               |
| Brochure                       | 10                           | 14                        | 13               |
| Vrij verkrijgbaar geneesmiddel | 3                            | 14 <sup>†</sup>           | 8                |
| Verwijzing                     | 2                            | 3                         | 3                |

\* Aantallen bij initiatief huisarts en initiatief roker tellen niet op tot totaal; 18 keer lag het initiatief bij anderen.  
† Significant verschil tussen initiatief huisarts en initiatief roker (p < 0,05)

## Beschouwing

In 2005 werden 2,6 gerichte stopadviezen per 100 rokende 15-plussers gegeven. Bij een eerste advies namen huisartsen vaker initiatief om stoppen met roken te bespreken dan de rokers zelf. Huisartsen brachten het vooral ter sprake bij rokers met aan roken gerelateerde klachten en bij rokers die behoren tot een risicogroep. Rokers zelf wilden stoppen om 'preventieve' redenen of omdat zij klachten hadden. De huisarts gaf voornamelijk mondeling advies of geneesmiddelen op recept (antidepressiva). Mannen kregen vaker geneesmiddelen op recept dan vrouwen, maar verder waren er geen verschillen in uitkomsten tussen mannen en vrouwen. Rokers die relatief veel rookten, waren gemiddeld ouder en hadden vaker rookklachten. Zij waren vaker gemotiveerd, namen vaker zelf initiatief en kregen vaker de MIS aangeboden. Met betrekking tot verschillen tussen provinciegroepen lijkt het oosten zich te onderscheiden van de rest van Nederland. In Oost-Nederland waren er relatief meer rookconsulten, nam de arts (assistent) vaker initiatief, was preventie vaker de reden, werden minder geneesmiddelen geadviseerd of voorgeschreven en maakte men meer gebruik van de MIS. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat de MIS in het oosten is ontwikkeld en getest.<sup>7</sup>

## Kanttekeningen

Een SMR-advies bleken huisartsen maar weinig te geven. Uit onderzoek in 1984 kwam naar voren dat huisartsen in 4% van de consulten (ongeveer 10% van de consulten met rokers) roken ter sprake brengen.<sup>5</sup> Er moet echter worden opgemerkt dat het huidige onderzoek betrekking had op consulten waarbij het onderwerp roken een substantieel onderdeel van het consult was, en waarbij daadwerkelijk een stopadvies werd gegeven. Mogelijk vormde het onderwerp roken veel vaker slechts een klein onderdeel van een consult.

Uit ons onderzoek bleek dat, volgens de huisarts, de meeste mensen (tamelijk) gemotiveerd waren om te stoppen. Hierbij moet worden opgemerkt dat de motivatie met één vraag is geïnventariseerd, en dat we niet weten of de huisarts de motivatie met de patiënt heeft besproken. Mogelijk brachten de peilstationarissen het stoppen met roken geheel niet ter sprake indien zij wisten of vermoedden dat de patiënt niet gemotiveerd was. In een nationaal onderzoek naar intentie tot stoppen met roken in 2005 gaf 40% van de rokende volwassenen aan te willen stoppen met roken (24% binnen een jaar).<sup>2</sup> In het huidige onderzoek leek de motivatie beter, maar het ging dan ook om mensen die reden zagen om het stoppen met roken met de huisarts te bespreken, of mensen bij wie de huisarts aanleiding zag om het roken aan de orde te stellen.

In 1999 paste naar schatting 28% van de huisartsen de MIS routinematig toe,<sup>11</sup> en in 2002 gaf 32% aan de MIS gedurende de afgelopen 4 weken te hebben gebruikt.<sup>12</sup> Uit het huidige onderzoek bleek dat 45% van de deelnemende huisartsen de MIS in 2005 bij ten minste één patiënt toepaste. Hierbij moet worden opgemerkt dat het ging om eerste consulten terwijl een huisarts de MIS misschien uitstelt tot een vervolconsult. Het totale aan-

## Abstract

Jacobs-van der Bruggen MAM, Donker GA, Verkleij H, Baan CA. Giving up smoking: how do GPs tackle the problem? *Huisarts Wet* 2007;50(5):198-202.

**Background** Smoking is the cause of a great deal of morbidity and mortality. General practitioners (GPs) can help prevent smoking-related diseases by following an active anti-smoking policy, i.e. by taking the initiative to discuss stopping smoking with their patients. The aim of our research is to gain insight into several aspects of advice on stopping smoking in Dutch general practice.

**Methods** In the Netherlands a representative number of GPs participate in the Dutch Sentinel Practice Network. In 2005, participants in this network (n=49) were asked to fill in a short questionnaire for each consultation in which advice on stopping smoking was given.

**Results** 474 initial recommendations that the patient stop smoking were given, representing approximately 2.6 recommendations per 100 adult (15+) smokers in the Netherlands. The initiative to discuss stopping smoking was more frequently taken by GPs (54%) as against patients (42%). GPs tend to discuss stopping smoking particularly in cases of smoking-related symptoms (e.g. cough) or when the smoker belongs to a high-risk group (smokers with COPD, hypertension or cardiovascular disease). Smokers themselves bring up the subject of smoking for preventive reasons or because of smoking-related symptoms (e.g. cough). Even when the GP takes the initiative to recommend stopping smoking, at least 72% of the patients appear (moderately) motivated to stop. The strategies most often used by GPs are verbal advice or prescribing a drug.

**Discussion** GPs are encouraged to initiate the "stop smoking" discussion with their patients more frequently. Furthermore, the Minimal Intervention strategy Stop smoking (MIS), a relatively effective method to help the patient to stop smoking, could be used more often.

tal huisartsen dat de MIS toepast, zou dus groter kunnen zijn dan 45%. De bekendheid van huisartsen met de methode lijkt dus te zijn toegenomen. In ons onderzoek hebben we niet gekeken in hoeverre de MIS helemaal correct werd uitgevoerd en in hoeverre er overlap bestond tussen MIS en andere vormen van advisering.

De resultaten met betrekking tot verschillen tussen regio's moeten vanwege de kleine aantallen met enige terughoudendheid worden bekeken. Ook bleken er grote verschillen tussen praktijken binnen één bepaalde regio te bestaan. Zo varieerde bijvoorbeeld het voorschrijven van medicijnen op recept binnen één regio (Noord-Nederland) van 0% in één praktijk tot 60% in een andere praktijk. In dit onderzoek hebben we echter niet gekeken naar clustering van uitkomsten binnen huisartsenpraktijken of naar de invloed van huisartskenmerken, zoals de motivatie van de huisarts om patiënten te helpen stoppen. Ook hebben we niet gevraagd waarom een huisarts voor een bepaalde methode kiest; evenmin heb-

ben we de effectiviteit van verschillende methoden onderzocht. Als laatste kan worden opgemerkt dat, hoewel de peilstationartsen gewend zijn om structureel te registreren, zij (de inhoud van) sommige rookconsulten mogelijk vergeten. Daarnaast hebben zij misschien geen goed inzicht in de motivatie van de patiënt of diens reden om het stoppen met roken te bespreken. Tevens is het herhaald invullen van de weekstaten en vragenlijsten mogelijk van invloed geweest op de frequentie en/of de inhoud van de SMR-adviezen van de peilstationartsen. De validiteit van dit onderzoek valt of staat met de representativiteit van de peilstations. Hoewel het netwerk ontworpen is om landelijk representatief te zijn, zouden de motivatie om in een dergelijk netwerk te participeren en de feedback aan deelnemende praktijken kunnen leiden tot bovenmodaal presteren en na verloop van tijd tot verlies van representativiteit. Enig bewijs voor deze hypothese ontbreekt echter, zoals ook in de literatuur is beschreven.<sup>10,13</sup>

### Conclusie

Op basis van de resultaten van dit onderzoek kunnen we concluderen dat huisartsen stoppen met roken vaker ter sprake zouden kunnen brengen. In hoeverre dit haalbaar en effectief is, is mede afhankelijk van de redenen die huisartsen hebben om het stoppen met roken niet te bespreken, zoals een niet-gemotiveerde patiënt, of gebrek aan tijd, vergoeding of expertise.<sup>4,7</sup> Deze redenen zijn in het huidige onderzoek echter niet geïnventariseerd. De bekendheid van huisartsen met de MIS lijkt toe te nemen. Meer inzicht is gewenst in de redenen waarom de huisarts de MIS wel of niet gebruikt en in de meerwaarde van de MIS ten opzichte van andere methoden. De resultaten van dit onderzoek kunnen richting geven aan (na)scholingsprogramma's en zijn van belang voor verdere implementatie van het tabaksontmoedigingsbeleid.

### Dankbetuiging

Wij bedanken H el ene Klerken-Cox (VWS), Fleur van Bladeren (STIVORO) en Ingrid Stevens (STIVORO) voor hun bijdrage aan dit artikel.

### Literatuur

- 1 Surgeon General. The health consequences of smoking 2004. <http://www.cdc.gov>.
- 2 STIVORO - voor een rookvrije toekomst. Roken, de harde feiten: Volwassenen 2005. Den Haag: STIVORO - voor een rookvrije toekomst, 2006.
- 3 Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport. Nationaal programma tabaksontmoediging 2006-2010. Den Haag: Ministerie van VWS, 2006.
- 4 Schroeder SA. What to do with a patient who smokes. *JAMA* 2005;294:482-7.
- 5 Frijling BD, Van der Laan J. Stoppen met roken: de rol van de huisarts. *Huisarts Wet* 2000;43:406-7.
- 6 Okuyemi KS, Nollen NL, Ahluwalia JS. Interventions to facilitate smoking cessation. *Am Fam Physician* 2006;74:262-71.
- 7 Pieterse ME. Stoppen met roken met hulp van de huisartspraktijk. Ontwikkeling, toetsing en implementatie van een minimale interventie strategie. Enschede: Twente University Press, 1999.
- 8 Pieterse ME, Seydel ER, DeVries H, Mudde AN, Kok GJ. Effectiveness of a minimal contact smoking cessation program for Dutch general practitioners: a randomized controlled trial. *Prev Med* 2001;32:182-90.
- 9 Hilberink SR, Jacobs JE, Bottema BJ, De Vries H, Grol RP. Smoking cessation in patients with COPD in daily general practice (SMOCC): six months' results. *Prev Med* 2005;41:822-7.
- 10 Donker GA. Continue Morbiditeitsregistratie Peilstations Nederland 2005. Utrecht: NIVEL, 2006.
- 11 Drossaert C, Pieterse M, Seydel E, Drenthen A. PROMISE programma: toepassing van de Minimale Interventie Strategie (MIS) stoppen-met-roken in een Experimentele setting. Evaluatie onder huisartsen en patiënten. Enschede: Universiteit Twente, 1999.
- 12 Kotz D, Wagena EJ. Roken en stoppen-met-roken in de eerste en tweede lijn van de gezondheidszorg. Attitudes, gedrag en eigen effectiviteit van huisartsen, longartsen en cardiologen. Deel 1: De Huisarts. Maastricht: CAPHRI, 2003.
- 13 Bartelds AI. Validation of sentinel data. *Gesundheitswesen* 1993;55:3-7.

# Medische zorg buiten kantooruren: de huisartsenpost of de spoedeisende eerste hulp?

Paul Giesen, Erik Franssen, Henk Mokkink, Wil van den Bosch, Arie van Vugt, Richard Grol

### Inleiding

In veel landen verandert de organisatie van de huisartsenzorg buiten kantooruren. Er komen meer grootschalige huisartsenposten (HAP) met een centrale triage. Soms is de eerstelijnszorg gelieerd aan spoedeisende eerste hulpverlening in ziekenhuizen (SEH).<sup>1-6</sup> Deze ontwikkelingen zijn gedeeltelijk te verklaren door de toegenomen werkdruk van huisartsen en hun veranderende houding jegens avond-, nacht- en weekeinddiensten.<sup>1,5</sup> Andere factoren zijn het gebrek aan efficiëntie en coördinatie tussen de

organisaties die spoedzorg buiten kantooruren aanbieden<sup>6-13</sup> en het aantal niet-urgente zelfverwijzers dat de SEH bezoekt.<sup>7-12</sup> Een deel van die zelfverwijzers zou door de huisarts behandeld kunnen worden. De literatuur meldt hierover zeer uiteenlopende cijfers, van 6-80%.<sup>6-9,13-16</sup>

Patiënten kiezen vooral voor de SEH omdat ze denken dat aanvullend onderzoek (zoals röntgenfoto's) noodzakelijk is. Andere redenen zijn gemakzucht, het niet terechtkunnen bij de huisarts en het idee dat de medische klacht erg dringend is.<sup>12-15</sup>