

# Roken en het stopadvies

'Mag het, moet het, kan het?'

PAUL ROODENBURG

Door middel van een literatuuronderzoek is nagegaan welke resultaten een advies van de huisarts om te stoppen met roken na één jaar oplevert. De gunstigste uitkomst bedroeg 48 procent stoppers, maar hierbij ging het om gerapporteerd (en dus niet gemeten) gedrag. Het betrouwbaarste onderzoek leverde 5,1 procent stoppers op. Minimaal zouden in Nederland 856 levens kunnen worden gered door alleen een simpel stopadvies, een folder en de aankondiging van een vervolgonderzoek. Met het aanbod van nicotinehoudende kauwgom en/of uitgebreide vervolfgesprekken zou dit aantal nog aanzienlijk kunnen stijgen.

## Inleiding

De laatste jaren houden steeds meer huisartsen zich bezig met de preventie van (de gevolgen van) hypertensie, cervixcarcinoom en mammacarcinoom; tegelijkertijd zetten steeds meer artsen vraagtekens bij de voor- en nadelen van dergelijke acties voor een hele populatie, zoals weer eens bleek tijdens het laatste NHG-congres over preventie in de huisartsgeneeskunde.

Tegen die achtergrond is het opmerkelijk dat huisartsen zo weinig afweten van het rookgedrag van hun patiënten – slechts 23 procent van de rokers is als zodanig bekend bij hun huisarts<sup>1, 2</sup> – terwijl roken zich waarschijnlijk beter dan welke andere risicofactor leent voor preventie.<sup>3</sup> Op pagina 282 zijn enkele nadere gegevens vermeld.

Door middel van een literatuuronderzoek is nagegaan welke resultaten een stopadvies van de huisarts na één jaar oplevert. Daartoe is primair onderscheid gemaakt in onderzoek op basis van door de proefpersonen gerapporteerd gedrag en onderzoek op basis van gemeten gedrag. Bovendien is onderscheid gemaakt tussen het wel en niet gebruiken van nicotinehoudende kauwgom. De resultaten van het onderzoek worden hieronder besproken.

## Gerapporteerde gedragsveranderingen

### Zonder nicotinehoudende kauwgom

Porter and McCullough zagen geen verschil in stopgedrag na een uitgebreid en na een eenvoudig stopadvies.<sup>14</sup>

Handel begon bij 100 rokers een gesprek over roken en gaf aansluitend een stopadvies. Zij gaf geen folders mee.<sup>15</sup>

Na één jaar vroeg zij welke patiënten waren gestopt. Van de mannen zou 37 procent zijn gestopt, van de vrouwen 11 procent.

Stewart and Rosser lieten 686 rokers, geselecteerd uit een groep van 2002 patiënten, een vragenlijst invullen:

- groep A (n = 187) kreeg alleen de vragenlijst;
- groep B (n = 345) kreeg ook een stopadvies;
- groep C (n = 154) kreeg bovendien een folder mee.<sup>16</sup>

Uiteindelijk waren er na 12 maanden drie à vijf stoppers in alle drie de groepen.

Patel liet in het kader van een programma ter preventie van coronaire hartziekten aan 500 rokers röntgenfoto's van de longen van overleden rokers zien; zij deed dit in samenwerking met plaatselijke GVO-werkers. Na twee jaar zou 48 procent nog steeds gestopt zijn.<sup>17</sup>

Ledwith and Howie gaven aan 535 mensen de landelijke 'Give-Up-Smoking'-folder. Na één jaar deden zij schriftelijk navraag, wat een respons van 53 procent opleverde: 10 procent van de rokers was gestopt.<sup>18</sup>

Lambe et al. verdeelden 180 rokers in een groep die werd behandeld met hypnose en een controlegroep die alleen een eenvoudig advies kreeg. Na drie maanden was 21 procent van de hypnosegroep en 3 procent van de adviesgroep. Na een half jaar en na één jaar was het aantal stoppers in beide groepen echter circa 20 procent.<sup>19</sup>

Jones leerde 44 personen in drie sessies van 20 minuten om dagelijks autohypnose toe te passen. Aanvankelijk waren er 33 stoppers, na een half jaar waren dat er nog zes.<sup>20</sup>

## Met nicotinehoudende kauwgom

Hackett et al. behandelden 72 patiënten in een rokerskliniek bij een huisartspraktijk. Zij zagen na een half jaar 39 procent stoppers en na één jaar 25. Zij vergeleken vier methoden: nicotinehoudende kauwgom, elektro-acupunctuur (twee weken, driemaal per week), hypnose (zes weken, tweemaal per week) en een stopafpraak. Elektro-acupunctuur leverde volgens hen de beste resultaten op.<sup>21</sup>

Van Ree onderzocht de bruikbaarheid van nicotinehoudende kauwgom in de huisartspraktijk bij 33 geselecteerde patiënten. Zij kregen een stopadvies en tevens nicotinehoudende kauwgom. Een derde was na één jaar gestopt. Vooral op het gebied van de tractus digestivus deden zich nogal wat bijwerkingen voor.<sup>22</sup>

## Gemeten gedragsveranderingen

### Zonder nicotinehoudende kauwgom

Russell et al. deden een onderzoek in 28 huisartspraktijken. In totaal 2138 rokers werden ingedeeld in vier groepen:

- groep A was de controlegroep, waarbij geen enkele interventie plaatsvond;
- groep B kreeg een vragenlijst in te vullen over hun rookgewoonten;
- groep C kreeg tevens een stopadvies van de huisarts;
- groep D kreeg bovendien een folder en de aankondiging dat er een vervolgonderzoek zou komen.<sup>23</sup>

Het percentage stoppers na één jaar bedroeg:

- groep A: 0,3 procent;
- groep B: 1,6 procent;
- groep C: 3,3 procent;
- groep D: 5,1 procent.

Indien deze 5,1 procent stoppers wordt geëxtrapoleerd naar de hele populatie rokers in Engeland, zouden per jaar 500.000 rokers kunnen stoppen.

Jamrozik et al. verdeelden 2110 rokers over vier groepen:

- groep A was de controlegroep zonder interventie;
- groep B kreeg een stopadvies en een folder;
- groep C kreeg bovendien een demonstratie met een CO-meter om het CO-gehalte van hun adem te kunnen meten;
- groep D kreeg een stopadvies, een folder en het aanbod om verder begeleid te worden door een *health-visitor*.<sup>24</sup>

Na een jaar volgde er een schriftelijke enquête bij 72 procent van de mensen. Het percentage stoppers was:

Paul Roodenburg, huisarts, Oude Turfmarkt 125, 1012 GC Amsterdam.

Schematisch overzicht van de gerefereerde literatuur

Onderzoeker, land, jaar van publikatie	Methode, groepen	Aantal	Gemeten gedragsverandering en methode	Resultaat/% stoppers na .. maanden
Porter and McCullough, Engeland, 1972 <sup>14</sup>	A. advies B. uitgebreide voorlichting	191	-	Geen verschil
Handel, Engeland, 1973 <sup>15</sup>	Advies	100	-	Na 12 mnd. 37% mannen en 11% vrouwen
Stewart and Rosser, Canada, 1982 <sup>15</sup>	A. vragenlijst B. A + advies C. B + folder	691	-	Na 12 mnd. 3-5%; geen verschil tussen A, B en C
Patel, Engeland, 1983 <sup>17</sup>	Advies in groot preventieprogramma: coronaire hart-ziekten	500	-	Na 24 mnd. 48%
Ledwith and Howie, Engeland, 1984 <sup>18</sup>	Folder	535	-	Na 12 mnd. 10%
Lambe et al., USA, 1986 <sup>19</sup>	A. hypnose B. advies	180	-	Na 3 mnd. A 21%, B 3% Na 6 mnd. A = B Na 12 mnd. A 22%, B 20%
Jones, Engeland, 1986 <sup>20</sup>	Auto-hypnose	44	-	Na 1 mnd. 77% Na 6 mnd. 13,6%
Hacket et al., Engeland, 1984 <sup>21</sup>	A. advies B. hypnose C. nicotinehoudende kauwgom D. elektro-acupunctuur	72	-	Na 3 mnd. 54% Na 12 mnd. 35%
Van Ree, Nederland, 1984 <sup>22</sup>	Advies + nicotinehoudende kauwgom	33	-	Na 3 mnd. 40% Na 12 mnd. 33% (geselecteerde groep)
Russel et al., Engeland, 1979 <sup>23</sup>	A. en B. vragenlijst C. stopadvies D. C + folder + vervolgonderzoek	2138	+ Nicotine in speeksel	Na 12 mnd. A 0,3%, B 1,6% C 3,3%, D 5,1%
Jamrozik et al., Engeland, 1984 <sup>24</sup>	A en B. advies + folder C. B + CO-demo D. C + health visitor	2110	+ In urine	Na 12 mnd. A 11%, B 15% C 17%, D 13% (zonder correctiemeting)
Richmond and Webster, Australië, 1985 <sup>25</sup>	A. advies in 6 consulten B. advies in 2 consulten	200	+ In bloed	Na 6 mnd. A 33%, B 3%
Russell et al., Engeland, 1983 <sup>26</sup>	A en B. advies + folder C. B + nicotinehoudende kauwgom	1938	+ CO in adem	Na 12 mnd. A 3,9%, B 4,1%, C 8,8%
Jamrozik et al., Engeland, 1984 <sup>27</sup>	A. nicotinehoudende kauwgom B. placebo	200	+ CO in adem	Na 6 mnd. A 10%, B 8%
Marshall and Raw, Engeland, 1985 <sup>28</sup>	A. 1 consult + nicotinehoudende kauwgom B. 4 consulten + nicotinehoudende kauwgom	200	+ In speeksel	Na 12 mnd. A 14%, B 17% (vooral al gemotiveerde stoppers)

- groep A: 11 procent;
- groep B: 15 procent;
- groep C: 17 procent;
- groep D: 13 procent.

Bij urinecontrole op metaboliëten van nicotine bleek 24-40 procent een onjuiste opgave omtrent hun rookgedrag te hebben gedaan. Bij de interpretatie van de uitkomsten van onderzoeken met alleen gevraagd gedrag dient men hiermee rekening te houden.

*Richmond and Webster* onderzochten twee groepen van 100 rokers. Groep A kreeg zes consulten, uitgebreide voorlichting, folders om mee te nemen, foto's van longen en een longfunctieproef. Groep B kreeg alleen twee consulten.<sup>25</sup>

De percentages stoppers waren na een half jaar:

- groep A: 33 procent;
- groep B: 3 procent.

Volgens de stoppers was dit succes vooral te danken aan het feit dat de eigen huisarts hen begeleidde en aan de uitgebreide voorlichting.

### Met nicotinehoudende kauwgom

*Russell et al.* verdeelden in een later onderzoek 1938 rokers over drie groepen:

- Groep A kreeg geen interventie;
- groep B kreeg een mondeling en schriftelijk stopadvies;
- groep C kreeg daarnaast nicotinehoudende kauwgom aangeboden.<sup>26</sup>

Het percentage stoppers na 12 maanden bleek te zijn:

- groep A: 3,9 procent;
- groep B: 4,1 procent;
- groep C: 8,8 procent.<sup>26</sup>

*Russell et al.* komen tot de conclusie dat iedere huisarts per jaar 35-40 rokers kan helpen stoppen en zo ongeveer tien mensen voor de dood kan behoeden. Nicotinehoudende kauwgom helpt voornamelijk als steuntje in de rug.

*Jamrozik et al.* benaderden de 429 mensen die in hun bovenvermelde onderzoek<sup>24</sup> zonder succes hadden getracht om te stoppen. Van hen maakten 200 personen gebruik van het aanbod om te worden behandeld met een speciale 'anti-rookkauwgom'. Zij werden verdeeld over twee groepen die dubbelblind werden behandeld:

- groep A kreeg nicotinehoudende kauwgom;
- groep B kreeg een placebo-kauwgom.<sup>27</sup>

Na een half jaar werd een onaangekondigd huisbezoek gedaan. Er werd een interview gehouden en een CO-ademtest uitgevoerd. Van de 25 personen die beweerden gestopt te zijn, ble-

ken zeven toch nog volgens de ademtest te roken. Van de overgebleven 18 personen hadden 10 nicotinehoudende kauwgom en 8 een placebo ontvangen.

*Jamrozik et al.* zetten nog 13 andere, dubbelblind opgezette studies over het effect van nicotinehoudende kauwgom op een rij: 11 suggereren dat het helpt, maar slechts 4 studies laten een significant verschil zien. Ook blijkt dat nicotinehoudende kauwgom in de huisartspraktijk minder effect heeft dan in speciaal opgezette klinieken voor rokers. Ten eerste stappen gemotiveerde stoppers naar zo'n kliniek en ten tweede vereist het gebruik van nicotinehoudende kauwgom een zorgvuldige uitleg, supervisie, steun en vervolg. In de doorsnee-huisartspraktijk zou dit niet goed mogelijk zijn.<sup>27</sup>

### Achtergrondgegevens

- 80 procent van de rokers beweert te zullen stoppen indien men daartoe door de huisarts wordt geadviseerd; 10 procent van deze rokers meldt echter ooit zo'n advies van de huisarts te hebben ontvangen.<sup>4</sup>

- 59 procent van de rokers vindt het eigen rookgedrag een probleem.<sup>5</sup>

- Ondanks uitgebreide voorlichting ontbreekt het velen nog steeds aan kennis over roken als risicofactor, of verdringt men deze kennis: 50 procent gelooft niet echt dat roken hart- en vaatziekten veroorzaakt en 34 procent gelooft niet dat roken een oorzaak van longkanker kan zijn.<sup>6</sup>

- 90 procent van de sterfte aan longkanker, 75 procent van de sterfte aan CARA en 25 procent van de sterfte aan coronaire hartziekten kan in belangrijke mate worden toegeschreven aan roken. Voor Nederland zou dit, voor wat betreft sterfte aan deze drie ziekten, voor zover veroorzaakt door roken, neerkomen op 16.788 doden (voor 1983).<sup>7</sup> Vaak gaat het om sterfte op relatief jonge leeftijd (<65 jaar).

- Stoppen met roken heeft zin: mannen van 34-55 jaar die stoppen met roken verminderen hun kans op coronaire sterfte met 50 procent binnen 5 jaar; de helft van dit effect is reeds na het eerste stopjaar bereikt. Stoppen met roken na een myocardinfarct geeft een daling van de mortaliteit van 50 procent in vergelijking met personen die hierna doorroken.<sup>8</sup>

- Huisartsen herkennen rokers niet voldoende als risicogroep.<sup>9</sup> Dat geldt vooral voor rokende huisartsen; bovendien adviseren die minder vaak om te stoppen en helpen zij minder met dit stoppen.<sup>1</sup>

- Huisartsen verkeren in een unieke positie. Zij worden (nog steeds) door velen als een autoriteit beschouwd. Binnen

*Marshall* onderzocht de resultaten van 200 rokers die door hun huisarts gevraagd waren of ze wilden stoppen:

- groep A bestond uit 100 rokers die een gesprek kregen, benevens stopadvies, folder en aanbod van nicotinehoudende kauwgom;

- groep B kreeg vier gesprekken, benevens stopadvies, folder en aanbod van nicotinehoudende kauwgom.<sup>28</sup>

Het stoppercentage bedroeg na één jaar:

- groep A: 14 procent;
- groep B: 17 procent.

*Marshall* concludeert dat de resultaten beter zijn dan die van *Russell et al.*<sup>26</sup> en *Jamrozik et al.*<sup>27</sup> Er heeft echter al een selectie plaatsgevonden, waardoor alleen gemotiveerde stoppers aan dit onderzoek deelnamen.

drie jaar zien zij 90 procent van de gehele bevolking (dus ook van de rokers). Zij kunnen (zelfs ongevraagd) een persoonlijk advies geven.<sup>10</sup>

- Van alle rokers zal 18 procent ooit spontaan stoppen. Dit spontaan stopgedrag begint vooral na het 30e jaar en neemt toe, met name na het 60e jaar.<sup>11</sup>

- Van alle succesvolle stoppers blijkt 66 procent het stoppen niet moeilijk gevonden te hebben, 20 procent vond het nogal lastig en 14 procent vond het erg moeilijk.<sup>11</sup>

- De belangrijkste redenen om te stoppen met roken zijn:<sup>11</sup>

- gezondheid; daarbij gaat het vooral om de kleine ongemakken, zoals zere keel en hoesten; de ernstige aandoeningen motiveren minder, en dit geldt vooral voor jongeren: dat zij ooit longkanker zullen krijgen is voor hen niet iets reëls;<sup>2</sup> van de mensen die vanwege het gezondheidsrisico stoppen, doet 54 procent dit op doktersadvies;

- kosten;

- sociale druk;

- voorbeeldfunctie (ouders, leraren en artsen<sup>12</sup>);

- als bewijs van eigen wilskracht;

- het gevoel dat roken vies en/of slecht is.

- De volgende uitgangssituaties bevorderen dat het stoppen lukt:

- het eigen idee dat het stoppen zal lukken;

- hogere leeftijd;

- minder gewenning;

- het verlangen om te stoppen;

- hogere opleidingsstatus;

- hogere sociaal-economische status;

- het man-zijn.

- bij de meer-verslaafden: het aanbieden van nicotinehoudende kauwgom.<sup>13</sup>

## Beschouwing

De gunstigste uitkomst bedroeg 48 procent stoppers, maar hierbij ging het om *gerapporteerd* (en dus niet gemeten) gedrag.<sup>17</sup> Het betrouwbaarste onderzoek leverde 5,1 stoppers op.<sup>23</sup> Minimaal zouden in Nederland dus jaarlijks 856 levens (5,1 procent van 16.788 - *kader*) kunnen worden gered door alleen een simpel stopadvies, een folder en de aankondiging van een vervolgonderzoek. Met het aanbod van nicotinehoudende kauwgom en/of uitgebreide vervolgonderzoek zou dit percentage nog kunnen stijgen naar respectievelijk 8,8 procent en ongeveer 15,5 procent.<sup>26 28</sup>

Bij deze berekeningen is de kwestie van de concurrerende sterfte-oorzaken buiten beschouwing gelaten; niettemin lijkt de orde van grootte van het rendement aantrekkelijk genoeg. Afgezien daarvan mag ook een zekere gezondheidswinst worden verwacht.

Wat betekent dit nu voor de huisarts die van mening is dat deze vorm van preventie nuttig kan zijn en die bereid is tijd te besteden aan surveillance?<sup>29</sup>

Men stuit daarbij direct op een essentieel probleem. Tijdens een 'gewoon' consult moet het onderwerp 'roken' worden geïntroduceerd, zonder dat de patiënt daarom vraagt. Dit kan door de patiënt worden ervaren als een inbreuk op zijn privacy, zolang deze vorm van surveillance nog niet is ingeburgerd. Met dit in het achterhoofd dient men dan ook allereerst te vragen of de patiënt het over roken wil hebben, en zo ja, of hij dat nu wil of tijdens een vervolgonderzoek. Tevens doet men er goed aan uit te leggen dat men dit onderwerp bij alle patiënten aan de orde stelt (of zal stellen). Zo wordt het voor de patiënt een niet al te persoonlijke aanval.

- Als de patiënt door wil praten over het roken, geeft men het advies om te stoppen met roken. Daarbij kan tevens een folder worden overhandigd.

- Overweeg om bij zwaardere rokers (> 20 sigaretten/dag) eenmaal een recept voor nicotinehoudende kauwgom aan te bieden. Wijs erop dat het niet lekker smaakt en ook klachten kan geven en alleen als 'afkick-middel' is bedoeld. Een doos Nicorette (105 stukjes) kost ongeveer f 35,25 (f 22,74 ziekenfonds-prijs).

- Bied een vervolgonderzoek aan.

- Noteer een en ander in overzichtelijke en duidelijke symbolen in de patiëntenkaart, bijvoorbeeld:

### Roken

- 6/87: +++, *st. (juni'87: rookt > 20 sigaretten/dag, stopadvies gegeven);*
- 9/87: +, *R/N (sept.'87: rookt < 5 sigaretten/dag, recept Nicorette mee).*

- Houd deze informatie bij: vraag eenmaal per jaar hoe het gaat en moedig ex-rokers en niet-rokers aan niet (weer) te beginnen. Doe dit als stimulans en zonder sancties.

- Rook zelf als arts niet. Patiënten blijven vaker doorgaan met roken als zij dat van hun huisarts ook merken.<sup>2</sup> Als dat niet lukt, rook dan tenminste niet in de spreekkamer.

- Hang het bord van de stichting 'Roken moet mogen' niet op in de wachtkamer. Leg folders in de wachtkamer over roken, bijvoorbeeld de folder 'Stoppen met roken' van de stichting Volksgezondheid en Roken.\*

Dit alles dient de huisarts te doen zonder de rol van politieagent te gaan spelen. Daarnaast zou hij zich ook moeten bezighouden met de vraag *waarom* rokers roken, en niet alleen met de vraag *hoeveel* rokers roken. Waarom stoppen vrouwen bijvoorbeeld minder makkelijk dan mannen?<sup>11 20</sup>

Tot slot: een (huis)arts die rookt, loopt dezelfde risico's als een roker die geen (huis)arts is.

### Dankbetuiging

Met dank aan Frans Meijman voor zijn advies en commentaar.

<sup>1</sup> Hallet R. Intervention against smoking and its relationship to general practitioners' smoking habits. *J R Coll Gen Pract* 1983; 33: 565-7.

<sup>2</sup> Anoniem. A general practice approach to influencing smoking habits [Editorial]. *J R Coll Gen Pract* 1983; 33: 539-44.

<sup>3</sup> WHO Expert Committee on Smoking Control. Controlling the smoking epidemic. Geneva: World Health Organization, 1979.

<sup>4</sup> Fowler G. Practising prevention. *Smoking*. *Br Med J* 1982; 284: 1306-8.

<sup>5</sup> Wallace PG, Haines AP. General practitioner and health promotion: what patients think. *Br Med J* 1984; 289: 534-6.

<sup>6</sup> Woods D. Stopping smoking: how the family doctor can help. *Can Med Assoc J* 1979; 121: 349.

<sup>7</sup> Anoniem. Roken welbeschouwd. 's-Gravenhage: Stichting Volksgezondheid en

Roken, 1985.

<sup>8</sup> Hart JT. Practising prevention: coronary disease. *Br Med J* 1982; 285: 347-50.

<sup>9</sup> Chu FZ, Day RG. Smoking recognition by family physicians. *J Fam Pract* 1981; 12: 657-60.

<sup>10</sup> McPherson A. Cancer. *Br Med J* 1982; 285: 25-6.

<sup>11</sup> Russell MA. Cigarette dependence: II Doctor's rule in management. *Br Med J* 1971; ii: 393-5.

<sup>12</sup> Adriaanse H, Van Reek J. Waarom zouden artsen roken? *Ned Tijdschr Geneesk* 1986; 130: 2207-8.

<sup>13</sup> Jackson PH, Stapleton JA, Russell MA, Merriman RJ. Predictors of outcome in a general practitioner intervention against smoking. *Prev Med* 1986; 15: 244-53.

<sup>14</sup> Porter AM, McCullough DM. Counselling against cigarette smoking. A controlled study from a general practice. *Practitioner* 1972; 209: 686-9.

<sup>15</sup> Handel S. Change in smoking habits in a general practice. *Postgrad Med J* 1983; 49: 679-81.

<sup>16</sup> Stewart PJ, Rosser WW. The impact of routine advice on smoking cessation from family physicians. *Can Med Assoc J* 1982; 126: 1051-4.

<sup>17</sup> Patel C. Primary prevention of coronary heart disease. *Br Med J* 1983; 287: 651-.

<sup>18</sup> Ledwith F, Howie JG. Antismoking intervention in general practice [Letter]. *Br Med J* 1984; 289: 49-5.

<sup>19</sup> Lambe R, Osier C, Franks P. A randomized controlled trial of hypnotherapy for smoking cessation. *J Fam Pract* 1986; 22: 61-5.

<sup>20</sup> Jones OL. A study of hypnotherapy in general practice. *Practitioner* 1986; 230: 275-80.

<sup>21</sup> Hackett GS, Burke P, Harris I. An anti-smoking clinic in general practice. *Practitioner* 1984; 228: 1079-82.

<sup>22</sup> Van Ree J. Nicotinehoudende kauwgom om van het roken af te komen; ervaringen in een huisartspraktijk. *Ned Tijdschr Geneesk* 1984; 128: 1931-3.

<sup>23</sup> Russell MA, Wilson C, Taylor C, Baker CD. Effect of general practitioner's advice against smoking. *Br Med J* 1979; ii: 231-5.

<sup>24</sup> Jamrozik K, Vessey M, Fowler G, et al. Controlled trial of three different antismoking interventions in general practice. *Br Med J* 1984; 288: 1499-503.

<sup>25</sup> Richmond RL, Webster JW. A smoking cessation programme for use in general practice. *Med J Aust* 1985; 142: 190-4.

<sup>26</sup> Russell MA, Merriman R, Stapleton J, Taylor W. Effect of nicotine chewing gum as an adjunct to general practitioner's advice against smoking. *Br Med J* 1983; 287: 1782-5.

<sup>27</sup> Jamrozik K, Fowler G, Vessey M, Wald N. Placebo controlled trial of nicotine chewing gum in general practice. *Br Med J* 1984; 289: 794-7.

<sup>28</sup> Marshall A, Raw M. Nicotine chewing gum in general practice: effect of follow-up appointments. *Br Med J* 1985; 290: 1397-8.

<sup>29</sup> Fowler G. The challenge of prevention. *Practitioner* 1984; 228: 1143-7.

\* Frederik Hendriklaan 34a, 2582 BC Den Haag; telefoon 070 - 522554.