



Stöd till rökavvänjning i grupper med låg socioekonomi

En systematisk sammanställning




Citera gärna Centrum för epidemiologi och samhällsmedicins rapporter, men glöm inte att uppge källan. Bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten. Det innebär att du måste ha upphovsmannens tillstånd för att använda dem.


Referera till rapporten enligt: Fält A, Wedenborn A, Nilsson R, Galanti R, Stjernschantz Forsberg J. Stöd till rökavvänjning i grupper med låg socioekonomi. En systematisk sammanställning. Stockholm: Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Region Stockholm; 2023. Rapport 2023:1

**Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin**


Box 45436, 104 31 Stockholm




ces.siso@regionstockholm.se



Rapport: 2023:1



ISBN 978-91-988020-2-3



Författare: Anna Fält, Amanda Wedenborn, Robin Nilsson, Rosaria Galanti, Joanna Stjernschantz Forsberg

Språkgranskning: Ulrika Berg Roos

Layout: Viktoria Jonze

Omslagsfoto: Mostphotos

Stockholm februari 2023

Rapporten kan laddas ner från Folkhälsoguiden,
www.folkhalsoguiden.se

Förord

Rökningen har minskat i befolkningen under de senaste decennierna, men det finns en tydlig socioekonomisk gradient, så att andelen dagligrökare är betydligt högre i grupper med låg socioekonomi än i grupper med hög socioekonomi.

För att minska ojämlikheten i hälsa är det viktigt att stöd till rökavvänjning är lättillgängligt och effektivt för alla. Denna rapport syftar till att sammanställa kunskapsläget då det gäller effekten av interaktivt rökavvänjningsstöd i grupper med låg socioekonomi. Vår förhoppning är att resultaten kan användas som underlag för nya tobakspreventiva insatser som tillgodoser behoven hos dagens rökare.

Författarna vill rikta ett särskilt tack till Thi-Thuy-Dung Nguyen och Dorien Tecla Beeres för värdefull hjälp med litteraturgenomgången.

Henna Hasson

Verksamhetschef

Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Region Stockholm

Innehåll

Stöd till rökavvänjning i grupper med låg socioekonomi	1
En systematisk sammanställning.....	1
Förord	3
Sammanfattning.....	6
Bakgrund	7
Socioekonomiska skillnader i rökning.....	7
Gravida och föräldrar.....	7
Stöd till rökavvänjning.....	8
Metoder för interaktivt rökavvänjningsstöd	8
Effekter av rökavvänjningsstöd i grupper med låg socioekonomi	9
Syfte.....	11
Metod	12
Litteratursökning	12
Urvalskrav för studier (PICO)	12
Definitioner	13
Låg socioekonomi	13
Huvudsaklig interventionskomponent	14
Antal interventionskomponenter.....	14
Intensitet	14
Effekt	14
Resultat	15
Identifierade studier	15
Effekt på rökstopp utifrån huvudsaklig interventionskomponent.....	19
Generell befolkning.....	19
Gravida och föräldrar	22
Effekt på rökstopp utifrån antal interventionskomponenter	23
Generell befolkning.....	23
2–3 interventionskomponenter	23
Gravida och föräldrar	24
Effekt på rökstopp utifrån interventionsintensitet	25
Generell befolkning.....	25
Gravida och föräldrar	26
Effekt på rökstopp utifrån interventioner med gruppavvänjning eller kamratstöd (peer support)	27
Generell befolkning.....	27
Gravida och föräldrar	28
Effekt på rökstopp utifrån tillägg av nikotinläkemedel	28

Generell befolkning.....	28
Gravida och föräldrar	29
Effekter på sekundära utfall	29
Generell befolkning.....	30
Gravida och föräldrar	30
Diskussion	31
Metoddiskussion	32
Slutsatser	34
Referenser.....	35
Bilagor.....	42
Bilaga 1. Sökstrategi	42
Bilaga 2. Kvalitetsgranskning av studier	46
Bilaga 3. Studier som ingår i sammanställningen.....	58

Sammanfattning

Under de senaste decennierna har andelen rökare minskat kraftigt i befolkningen. Rökning har blivit ett socialt segregerat beteende, med stora skillnader i andel dagligrökare mellan socioekonomiska grupper. Exempelvis är andelen rökare fyra gånger högre bland personer med enbart grundskoleutbildning än bland personer med eftergymnasial utbildning. Eftersom rökning ökar risken för ett stort antal sjukdomar och för förtida död påverkar detta jämlikheten i hälsa.

Bland rökare med låg socioekonomi kan det finnas flera faktorer som gör det svårare att sluta röka, så som mer tillåtande normer kring rökning, fler stressfaktorer i vardagen, en högre grad av nikotinberoende och mindre socialt stöd. Det är därför viktigt att undersöka om etablerade metoder för rökavvänjning som erbjuds till exempel inom hälso- och sjukvården är effektiva också för denna målgrupp. Eftersom gravida och föräldrar har delvis andra förutsättningar att lyckas sluta än den generella befolkningen är det även relevant att titta på effekten specifikt i denna grupp.

Syftet med rapporten är att undersöka om interaktiv rökavvänjning (d.v.s. stöd som innefattar någon form av kommunikation mellan individer) är mer effektiv än mindre intensiva interventioner (så som enkla råd, information, automatiserad rådgivning, läkemedelsbehandling) för att uppnå rökstopp (primärt utfall) eller reducerat bruk av cigaretter eller antal gjorda försök att sluta röka (sekundära utfall) bland personer med låg socioekonomi.

Totalt inkluderades 43 randomiserade kontrollerade studier i sammanställningen. Vi kan konstatera att det finns effektiva interventioner för att stödja rökare med låg socioekonomi att sluta röka. Flertalet studier med individuell rökavvänjning (face-to-face-rådgivning) och telefonrådgivning visar signifikant effekt på rökstopp, inte minst i den generella befolkningen och i kombination med nikotinläkemedel. Även interventioner som innefattar kamratstöd (peer support) eller gruppavvänjning visar lovande resultat i den generella befolkningen. Vi ser inte något tydligt samband mellan interventionernas intensitet eller antalet ingående komponenter och sannolikheten att lyckas sluta röka.

En lägre andel av studierna som specifikt riktade sig till gravida och/eller föräldrar visar effekt, vilket kan tyda på att interaktivt rökavvänjningsstöd på gruppnivå tillför mindre bland gravida/föräldrar än i den generella befolkningen. En bidragande orsak skulle kunna vara att många kvinnor som planerar att bli eller är gravida är mycket motiverade att sluta och oftare lyckas sluta med mindre stöd. De som fortsätter röka kan å andra sidan ha behov av ytterligare eller anpassat stöd för att kompensera för försvårade omständigheter. Det dock går inte att utesluta att metodologiska aspekter kan ha påverkat resultatet, till exempel lägre deltagarantal i studierna bland gravida/föräldrar.

Resultaten i sammanställningen pekar således på att de metoder för rökavvänjning som är effektiva bland rökare i allmänhet också har effekt i grupper med låg socioekonomi.

Bakgrund

Socioekonomiska skillnader i rökning

I och med att andelen rökare har minskat i västvärlden har rökning blivit ett tydligt socialt segregerat beteende, med stora skillnader i förekomst mellan socioekonomiska grupper. [1] Liknande skillnader har även vuxit fram i låginkomstländer i takt med att den ekonomiska utvecklingen och livsstilen har närmat sig västvärldens. [2] En följd av detta är att rökning bidrar till ojämlikhet i hälsa mellan socioekonomiska grupper. [3]

Att rökning är vanligare i grupper med låg socioekonomi beror sannolikt både på att fler personer börjar röka och att färre slutar röka. [1] Teoretiska modeller har använts för att beskriva sambandet mellan social utsatthet och sannolikheten att lyckas sluta röka. [4, 5] Bland faktorer med negativ påverkan på förutsättningarna att sluta ingår bland annat sociala normer kopplade till rökning, [5] stressfaktorer, avsaknad av stöd samt högre grad av nikotinberoende. [4] Faktorerna sociala normer och stressfaktorer har främst inverkan på *motivation och beredskap* att sluta, och faktorerna mindre stöd samt starkare nikotinberoende har i huvudsak inverkan på sannolikheten att *lyckas* sluta. Enligt en studie från Storbritannien, där tillgången till rökavvänjningsstöd är universell, är det inte färre som försöker sluta eller färre som använder sig av hjälpmedel för att sluta i grupper med låg socioekonomi, men det är färre som lyckas. [6] Sammantaget indikerar detta att rökavvänjningsstöd bör vara lättillgängligt för alla rökare och att det kan behöva anpassas till socioekonomiska förutsättningar.

Gravida och föräldrar

Rökning är en av de viktigaste förebyggbara riskfaktorerna för negativa hälsoutfall vid graviditet. Rökning ökar bland annat risken för missfall, för tidig födsel, låg födelsevikt, moderkaksavlossning, dödföddhet och neonatal dödlighet. När barnet är fött är passiv rökning associerat till plötslig spädbarnsdöd, försämrad lungfunktion, symtom från andningsvägarna och öroninflammationer. [7-9]

År 2020 uppgav cirka fyra procent av alla gravida kvinnor i Sverige att de rökte i början av graviditeten, men det finns stora socioekonomiska skillnader. Tolv procent av kvinnorna med förgymnasial utbildning uppgav att de rökte, jämfört med en procent av kvinnorna med eftergymnasial utbildning. [10]

Kvinnor som planerar att bli, eller är, gravida är ofta särskilt motiverade att sluta röka för att undvika komplikationer och minska riskerna för barnet. Perioden under en graviditet har därför kallats ett "window of opportunity" för rökavvänjningsinterventioner. Under denna tid kan det finnas ökade möjligheter att stödja kvinnor att sluta röka och att främja rökfria familjer. [7, 11] Tidigare forskning gjord i höginkomstländer har visat att cirka hälften av alla gravida kvinnor slutar röka före det första besöket hos mödravården. Andelen som slutar röka är dock lägre bland kvinnor med låg socioekonomi. [7] Återfallsrisken efter förlossningen är också hög. Studier har visat att mindre än en tredjedel av alla kvinnor som slutat röka under graviditeten är rökfria ett år efter förlossningen. [7, 12]

Det finns forskning som tyder på att en viktig faktor för att uppnå rökfrihet är att ha en stödjande partner. Om partnern själv röker har gravida svårare att sluta röka och är mer benägna att återfalla, speciellt under perioden efter förlossningen. [13, 14] Detta pekar på att socialt stöd är viktigt för att lyckas sluta.

Utmärkande drag för kvinnor som fortsätter röka under graviditeten är att de oftare har låg socioekonomi, mindre socialt stöd, högre nikotinberoende och ökad psykisk ohälsa och stress. [7, 8] Det är mot bakgrund av detta angeläget att kartlägga vilka interventioner som är effektiva för att uppnå rökfrihet bland gravida och föräldrar med låg socioekonomi.

Stöd till rökavvänjning

Det finns god evidens för att individuell rådgivning som ges av utbildad hälso- och sjukvårdspersonal är en effektiv metod för att stödja personer att sluta röka. [15] Dock är intensiteten av rådgivningen och förstärkningen av den viktig, särskilt för att bibehålla den nya identiteten som icke-rökare. [16] Faktum är att återfall är vanligt under de tre första månaderna efter ett rökstoppsförsök. [17] Återfallsrisken är högre i grupper med låg socioekonomi, vilket gör det särskilt viktigt att utvärdera effektiviteten av rådgivning som fortgår en period efter stoppdatumet. [15]

Rådgivning för rökavvänjning bygger på tekniker som främjar beteendeförändringar och som har sina rötter i beslutbalansteorier. [18] Detta innebär att en beteendeförändring förutsätter att fördelarna upplevs överväga nackdelarna och att förändringen därmed bedöms vara bättre än att fortsätta med det gamla beteendet. Rökning ger omedelbara fördelar i termer av belöning och lindring av abstinenssymtom [19]. Det behöver uppvägas av andra kortsiktiga fördelar (till exempel ekonomiska) eller långsiktiga fördelar (till exempel hälsomässiga). Professionellt stöd för rökavvänjning kan främja beteendeförändringen genom att ge en realistisk syn på fördelarna, öka motivationen, stärka den upplevda förmågan samt minska ambivalensen. [20]

För gravida finns god evidens för att samtalsstöd baserat på KBT och motiverande samtal ökar sannolikheten att uppnå rökfrihet. [7, 8] Rådgivningen rekommenderas vara minst 15 minuter lång, utförs av utbildad personal vid mödravården eller via en sluta röka-tjänst och pågå både under och efter graviditeten, på grund av den höga återfallsrisken. [8] Motiverande samtal har också visat sig vara en effektiv metod för föräldrar, för att minska passiv rökning i hemmet. [21] Dessa studier har dock inte fokuserat specifikt på grupper med låg socioekonomi.

Metoder för interaktivt rökavvänjningsstöd

I denna kunskapssammanställning inkluderas interaktivt rökavvänjningsstöd, alltså interventioner som förutsätter någon form av kommunikation mellan individer (i motsats till mindre resursintensiva interventioner så som att tillhandahålla informationsmaterial eller automatiska sms). Nedan beskrivs kortfattat de rökavvänjningsmetoder/komponenter som ingår.

Individuell rökavvänjning (face-to-face-rådgivning) är en form av samtalsstöd som ges vid ett personligt möte av en utbildad person inom området, exempelvis hälso- och sjukvårdspersonal. Den individuella rökavvänjningen syftar till att stödja en beteendeförändring och inkluderar ofta motiverande strategier som kan kompletteras med olika verktyg. Antalet sessioner varierar. [22] Tidigare resultat från två systematiska översiktsstudier som inte fokuserade specifikt på grupper med låg socioekonomi visade att individuell rökavvänjning utförd av hälso- eller sjukvårdspersonal är en av de mest effektiva rökavvänjningsmetoderna. [15]

Telefonrådgivning är en annan form av individuell rådgivning. Liksom individuell rökavvänjning syftar telefonrådgivning till att stödja en beteendeförändring med hjälp av motivationshöjande samtal. Sluta-röka-linjen är ett exempel på en nationell telefontjänst för tobaksavvänjning. [23] Tidigare resultat från en systematisk översikt, som inte fokuserade specifikt på grupper med låg socioekonomi, visade att det finns måttlig till stark evidens för att telefonrådgivning har god effekt för att uppnå rökfrihet. [24]

Gruppavvänjning är en rådgivningsmetod som utförs i grupp och som kan ledas av utbildad hälso- och sjukvårdspersonal men även av lekmän, exempelvis före detta rökare. Gruppavvänjning baseras ofta på kognitiv beteendeterapi och deltagarna själva får dela sina erfarenheter och problem med andra som också försöker att sluta röka. [25] Tidigare resultat från en systematisk översikt visade att gruppavvänjning var mer effektivt än självhjälpsmaterial och lågintensiva interventioner, men inte mer effektivt

än individuell rökavvänjning. [25] Dessa studier fokuserade inte specifikt på grupper med låg socioekonomi.

Kamratstöd (peer support)/socialt stöd syftar till att öka stödet i omgivningen. Den som röker kan till exempel bli tilldelad en stödperson som är en före detta rökare, partner eller nuvarande rökare. Genom att dela erfarenheter och ge ömsesidigt stöd till varandra kan sannolikheten till rökfrihet öka. [26] Sådant stöd har visat sig vara en viktig faktor för att upprätthålla olika hälsobeteenden. Tidigare studier, som inte fokuserat specifikt på grupper med låg socioekonomi, visar bristfällig evidens för att kamratstöd är en effektiv rökavvänjningsmetod. [26-29] Däremot tyder resultat från en systematisk översikt på att kamratstöd som specifikt vänder sig till mer utsatta grupper såsom personer med låg socioekonomi eller psykisk ohälsa kan vara effektivt för att uppnå rökfrihet. Dock baseras denna sammanställning på få studier. [27]

Webbaserat stöd är en rökavvänjningsmetod som utförs via webbplatser och som kan inkludera skraddarsydd rådgivning, feedback via chatt eller telefon och konkreta tips för att sluta röka. [22] Resultat från en tidigare systematisk översiktsstudie tyder på att webbaserade interventioner, som är interaktiva och anpassade till deltagarnas egenskaper, har måttlig effekt på rökstopp. Dock fokuserade denna sammanställning inte på grupper med låg socioekonomi. [30]

Effekter av rökavvänjningsstöd i grupper med låg socioekonomi

Studier tyder på att stöd till rökavvänjning inom hälso- och sjukvården kan leda till ojämlikhet, dels för att personer med låg socioekonomi utnyttjar det i mindre utsträckning, dels för att de inte har lika god effekt av stödet. En översikt av Hill et al. konstaterade att effektiviteten av stöd till beteendeförändring är svag bland individer med låg socioekonomi trots att användningen av stöd ökar. [31] På senare tid har man undersökt möjligheten att anpassa rökavvänjningsprogram för att bättre stödja olika kulturella och sociala grupper, till exempel genom att ta hänsyn till psykosociala stressfaktorer, i syfte att förbättra effektiviteten och därmed minska ojämlikheten i hälsa. [32]

En sökning efter tidigare publicerade systematiska översikter med fokus på effekt av rökavvänjningsstöd i utsatta populationer resulterade i sju träffar. [27, 31, 33-37] Dessa sammanställningar fokuserade dock inte specifikt på grupper med låg socioekonomi utan inkluderade flera olika utsatta grupper (hemlösa, fängelsedömda, ursprungsbefolkningar, ungdomar, personer med psykisk ohälsa m.m.). Interventionerna och utfallen som studerades var också blandade.

Några slutsatser i sammanställningarna är att

- det finns ett flertal metoder som kan användas i primärvården för att proaktivt upptäcka och inkludera socialt utsatta rökare i rökavvänjning [33]
- rökavvänjning inom Storbritanniens nationella hälso- och sjukvårdssystem (NHS) bidrar till att nå utsatta grupper, men sannolikheten att lyckas med ett rökstopp verkar vara lägre i dem än i mer välbärgade grupper och områden [34]
- resultaten för interventioner som riktar sig till kvinnor med låg socioekonomi är lovande [35]
- interventioner med flera olika komponenter och kombinationer av beteendebaserade interventioner och andra interventioner kan gynna grupper med låg inkomst på kort sikt [36]
- kamratstöd kan ha positiv effekt på rökstopp bland personer med låg socioekonomi på kort och medellång sikt, men effekt sågs inte på längre sikt [27]

Syfte

Syftet med rapporten är att undersöka om interaktiv rökavvänjning individuellt eller i grupp (med eller utan annat stöd) är mer effektiv än mindre intensiva interventioner (så som enkla råd, information, automatiserad rådgivning, läkemedelsbehandling) för att uppnå rökstopp (primärt utfall) eller reducerat bruk av cigaretter eller antal gjorda försök att sluta röka (sekundära utfall) bland personer med låg socioekonomi.

Metod

Litteratursökning

Litteratursökningen genomfördes i januari 2019 i följande databaser: Pubmed inkl. Medline, PsycInfo, ERIC (Education Resources Information Center), Web of Science och Cochrane Central. Söktermerna som användes baserades på beteendeförändring (rökstopp), population (socialt utsatta grupper) och intervention (interaktiv rökavvänjningsstöd). Se bilaga 1 för detaljerad sökstrategi.

Vi granskade samtliga titlar och sammanfattningar (abstract) som identifierades i litteratursökningen. De artiklar som bedömdes kunna vara relevanta för sammanställningen enligt kriterierna nedan läste vi sedan i fulltext. Därefter gjorde vi en ny gallring baserat på urvalskrav och avgränsningar.

Kvarstående artiklar kvalitetsgranskades av två personer som oberoende av varandra bedömde risk för snedvridning (risk of bias). För att bedöma risk för snedvridning användes en standardiserad checklista för randomiserade studier som innefattar fem olika riskområden. Dessa riskområden är fördelningsfel (selection bias), behandlingsfel (performance bias), bedömningsfel (detection bias), bortfallsfel (attrition bias), rapporteringsfel (reporting bias) och övriga fel. [38] För varje område bedömdes risken för snedvridning som låg, hög eller oklar. Bedömningarna jämfördes och diskuterades och därefter gjordes en gemensam slutbedömning av om en studie skulle inkluderas eller exkluderas för vidare analys.

Studierna delades in, baserat på studiepopulation, i kategorierna ”gravida och föräldrar” eller ”generell befolkning”. Samtliga studier fokuserade på grupper med låg socioekonomi.

Urvalskrav för studier (PICO)

För att underlätta urval och avgränsningar tillämpades PICO-modellen (på svenska: Population, Intervention, Jämförelsegrupp, Utfall). PICO bidrar till att strukturera en forskningsfråga uppdelat i flera beståndsdelar. [38]

Population:

- Vuxna ≥ 18 år. Studier som rekryterade deltagare under 18 år inkluderades om minst 80 procent av studiepopulationen var ≥ 18 år eller om resultatet presenterades separat för åldersgruppen ≥ 18 år.
- Nuvarande rökare (dagligrökare och personer som röker ibland).
- Minst 80 procent av studiepopulationen karakteriserades med låg socioekonomi. Studier med en lägre andel inkluderades om resultatet var stratifierat i socioekonomiska grupper.

Intervention:

- Interventioner som inkluderade någon form av interaktiv rökavvänjning, alltså interventioner som förutsätter kommunikation mellan individer, oberoende av mediet för denna kommunikation.
- Valfri rökavvänjning (exempelvis individuell rökavvänjning eller telefonrådgivning), valfri miljö (exempelvis på arbetsplatser eller inom

sjukvården) och valfri utförare av interventionen (exempelvis tobaksavvänjare, sjuksköterska eller läkare). Andra icke-interaktiva interventioner (exempelvis automatiserade textmeddelanden, broschyrer och tävlingar) inkluderades endast om studien även inkluderade interaktiv rökavvänjning.

Jämförelsegrupp:

- Valfri intervention som inte inkluderade rådgivning, eller som inkluderade en lågintensiv version av samma program, eller ingen intervention.

Primärt utfall:

- Rökstopp: minst sju dagars rökstopp vid uppföljning efter minst tre månader.

Sekundära utfall:

- Reducerat bruk av cigaretter: mått på minskning av antal cigaretter per dag/vecka eller lägre biomarkörer för rökning vid uppföljningen jämfört med baslinjemätningen.
- Antal gjorda försök att sluta röka: samtliga mått som mäter antal försök till att sluta röka mellan baslinjemätningen och uppföljningen.

Ytterligare urvalskrav

- Randomiserade kontrollerade studier (RCT), randomisering av individer eller kluster.
- Minst tre månaders uppföljningstid.
- Publikation på engelska.

Avgränsningar

- Studier vars syfte var att rekrytera individer med en specifik sjukdom (exempelvis cancer och HIV/AIDS), extrema sociala förhållanden (exempelvis hemlösa) eller ett specifikt riskbeteende (exempelvis narkotikabruk) ingår inte.
- Miljöbaserade interventioner (exempelvis informationskampanjer och policy) och självhjälpsmaterial ingår inte.

Definitioner

Låg socioekonomi

Vi inkluderade studier där deltagarna uppfyllde minst en av följande egenskaper, och därmed uppfyllde kriterierna för *låg socioekonomi*: utbildning mindre än 12 år, låg inkomst eller högt deprivationsindex (ett mått på fattigdom), arbetarklass och/eller att vara oförsäkrad eller ha statlig försäkring (såsom Medicaid i USA som är ett statligt sjukvårdsförsäkringsprogram för låginkomsttagare). Vi accepterade även ekologiska mått, exempelvis områden med hög fattigdomsnivå.

Studierna delades in i två kategorier:

- **Gravida och föräldrar**
Studier som enbart inkluderade gravida, partners till gravida eller föräldrar ingår i kategorin *gravida och föräldrar*.
- **Generell befolkning**
I kategorin *generell befolkning* ingår övriga studier, alltså studier som inte specifikt inkluderade *gravida och föräldrar*.

Huvudsaklig interventionskomponent

Vi kategoriserade studierna enligt den *huvudsakliga interventionskomponenten*. I bedömningen utgick vi från flest antal sessioner och/eller längst duration av sessionerna. I vissa fall bedömdes två komponenter tillsammans utgöra den huvudsakliga interventionen. Efter en genomgång av samtliga studier identifierade vi sju huvudsakliga interventionskomponenter: individuell rökavvänjning (face-to-face-rådgivning), telefonrådgivning, gruppavvänjning, webbaserat stöd, kamratstöd (peer support), socialt stöd¹ och proaktiv rekrytering². Observera att kategorin individuell rökavvänjning innefattar insatser av varierande intensitet där man träffats ”ansikte-mot-ansikte”, allt från ett kortare samtal till flera sessioner med omfattande samtalsstöd.

Antal interventionskomponenter

Vi kategoriserade studierna enligt antal ingående komponenter i interventionen: en komponent, två till tre komponenter och fyra eller fler komponenter.

Intensitet

Studierna som innefattade professionellt rökavvänjningsstöd (individuell rökavvänjning, telefonrådgivning eller gruppavvänjning) kategoriserade vi enligt interventionens intensitet: en session, två till tre sessioner och fyra eller fler sessioner.

Effekt

Eftersom vi exkluderat studier med hög risk för snedvridning syftar effekt enbart på om det primära eller sekundära utfallet av studien har statistisk signifikant effekt. Vi accepterade såväl ”intention-to-treat-analyser” (alla deltagare ingår enligt randomiseringen och de som saknar utfallsdata räknas som rökare) och ”per protocol-analyser” (alla deltagare som fick interventionen enligt protokollet och har utfallsdata ingår). Vidare gjorde vi ingen skillnad i bedömning mellan självrapporterad och biomarkörverifierad rökfrihet. Det primära utfallsmåttet sju dagars rökfrihet innebär att deltagaren vid en uppföljning efter minst tre månader varit rökfri de senaste sju dagarna. Om en studie har flera uppföljningstider efter minst tre månader med olika signifikans klassar vi studien som att den har effekt om minst en av dem är signifikant. I tabell 2 (bilaga 3) presenteras effektstorlek som oddskvoter (OR) med tillhörande 95 % konfidensintervall eller p-värde. Eftersom studierna var heterogena gjorde vi ingen metaanalys.

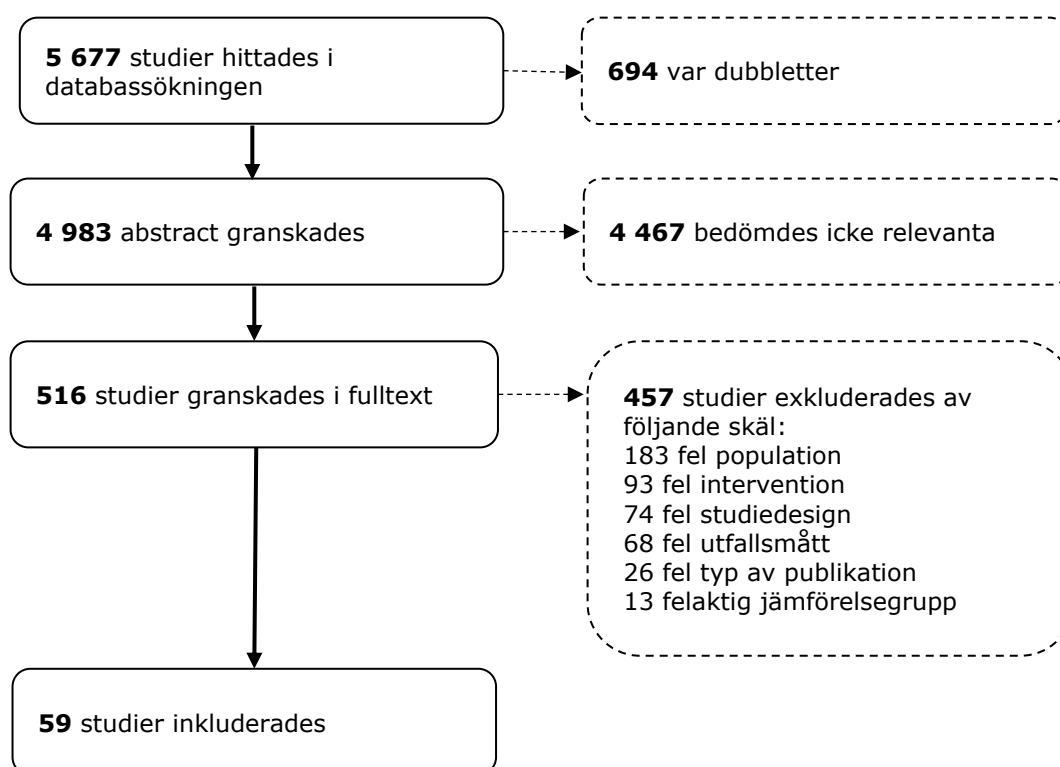
¹ Socialt stöd syftar på stöd som utgår från deltagarnas egna behov och inte nödvändigtvis inkluderar rådgivning om rökning.

² Proaktiv rekrytering ingick i en klusterrandomiserad studie där deltagarna i interventionsgruppen aktivt kontaktades med erbjudande om telefonrådgivning eller individuell rökavvänjning till skillnad mot kontrollgruppen som enbart fick reaktiv eller sedvanlig behandling.

Resultat

Identifierade studier

Totalt identifierade vi 4 983 unika studier, som efter en första screening av titel och abstract reducerades till 516 studier. Efter en genomgång av artiklarna i fulltext kvarstod 59 artiklar som uppfyllde inklusionskriterierna, se figur 1 för urval av studier.



Figur 1. PRISMA – flödesschema över urval av studier

De 59 artiklar som uppfyllde inklusionskriterierna (referenserna 39–97) beskrivs i tabell 1, bilaga 2. Tabellen innehåller uppgifter om författare, publiceringsår, land, inramning, studiedesign, antal studiedeltagare, om studien specifikt inkluderade gravida eller föräldrar och bedömning av risk för snedvridning med tillhörande kommentarer. Totalt exkluderades 16 studier på grund av hög risk för snedvridning. Kvarstående 43 studier ligger till grund för rapportens resultat och slutsatser.

Tabell 2, bilaga 3 beskriver ingående de 43 studier som bedömdes ha låg eller måttlig risk för snedvridning och som ingår i analyserna.

Tabell 3 och 4 nedan ger en översikt av studierna uppdelat på generell befolkning respektive gravida och föräldrar.

Tabell 3. Översikt av studierna som inkluderat generell befolkning avseende socioekonomisk indikator, intervention och effekt på primärt och/eller sekundärt utfall.

Författare (år)	Definition av låg socioekonomi	Intervention	Effekt
Andrews (2007)	Boende i subventionerade bostäder	Sjuksköterskeledd gruppavvänjning, NRT och stöd av lokala hälsoarbetare.	x
Andrews (2016)	Boende i subventionerade bostäder	Individuell rökavvänjning, gruppavvänjning baserat på syster till syster-handboken, NRT och skriftligt material.	x
Bernstein (2015)	Oförsäkrade eller med Medicaid	Individuell rökavvänjning, NRT, hänvisning till sluta röka-linje, skriftligt material och ett telefonsamtal efter akutbesöket	x
Borelli (2005)	Arbetslösa	Individuell rökavvänjning, uppföljningssamtal via telefon och skriftligt material.	x
Brooks (2018)	Boende i allmännyttiga bostäder	Individuell rökavvänjning (hembesök), NRT och hänvisning till sluta röka-linje.	x
Choi (2014)	Industriarbetare	Användning av Tobacco Tactics webbplats inkl. feedback och uppföljning, sjuksköterskerådgivning via telefon och tillgång till NRT.	x
Cruvinel (2018)	Kort utbildning (Sjukhuset tar huvudsakligen emot låginkomsttagare)	Telefonrådgivning, kortfattad intervention, NRT, textmeddelanden.	x
Danan (2018)	Kort utbildning	Proaktiv rekrytering (utskickat material följt av telefonkontakt), erbjudande om telefonrådgivning eller individuell rökavvänjning.	x
Gilbert (2017)	Fattigdomsindex	Proaktiv rekrytering genom brev med inbjudan att delta på ett provtillfälle av gruppavvänjning.	x
Glasgow (2000)	Mottagningar för reproduktiv hälsa (Planned parenthood-mottagningar)	Individuell rökavvänjning, uppföljningssamtal via telefon	
Gordon (2010)	200 % av den federala fattigdomsgränsen eller lägre	Individuell rökavvänjning, skriftligt material, NRT, information om sluta röka-linje.	x
Haas (2015)	Låg inkomst	Telefonrådgivning, NRT, introduktion till webbaserad hänvisningstjänst.	x
Han (2014)	Kort utbildning	Individuell rökavvänjning, lista över avvänjningstjänster.	

Lasser (2017)	Kort utbildning	Individuell rökavvänjning/telefonrådgivning, ekonomiska incitament, skriftligt material	x
McBride (2002)	Besökare vid kliniker som erbjuder vård till låginkomsttagare	Genetiskt test för anlag för lungcancer, telefonrådgivning, självhjälp-material, NRT	x
Okechukwu (2009)	Arbetarklass	Gruppavvänjning, NRT, självhjälp-material	
Okuyemi (2007)	Boende i allmännyttiga bostäder	Individuell rökavvänjning, telefonrådgivning, skriftligt material, NRT	
Rodriguez-Artalejo (2003)	Kort utbildning	Individuell rökavvänjning, NRT	x
Sarkar (2017)	Boende i områden med låg inkomst	Individuell rökavvänjning, andningsövningar	x
Sheffer (2017)	Försäkring med statligt stöd	Kulturellt anpassad gruppavvänjning, NRT, arbetsbok	
Solomon (2000)	Låg inkomst/ Medicaid	Kamratstöd, NRT	x
Solomon (2005)	Medicaid eller Vermont Health Assistance Plan – sjukvård för låginkomsttagare	Kamratstöd, NRT	x
Sorensen (2007)	Byggnadsarbetare	Telefonrådgivning, skraddarsydd feedback via post, skriftligt material	x
Wadland (2001)	Låg inkomst	Telefonrådgivning, enkla råd, skriftligt material, individuell rökavvänjning, NRT	x
Wetter (2007)	Kort utbildning	Kulturanpassad telefonrådgivning, skriftligt material	
Zheng (2007)	Kort utbildning	Gruppavvänjning	x

Tabell 4. Översikt av studierna som inkluderat gravida och föräldrar avseende socioekonomisk indikator, intervention och effekt på primärt och/eller sekundärt utfall.

Författare (år)	Definition av låg socioekonomi	Intervention	Effekt
Bullock (2009)	Besökare vid mottagningar för näringstillskott för kvinnor, spädbarn och barn (WIC).	Socialt stöd från sjuksköterska, möjlighet till kontakt med sjuksköterska dygnet runt för ytterligare socialt stöd och broschyrer om rökavvänjning	
Collins (2018)	Boende i låginkomstområden i städer	Telefonrådgivning och enkla råd	x
Curry (2003)	Mottagningar för personer med låg socioekonomisk status	Enkla råd från läkare, självhjälpsguide, MI-baserat samtal med sjuksköterska, proaktiv telefonrådgivning	x
El-Mohandes (2011)	Kort utbildning	Individuell rökavvänjning	
Gielen (1997)	Klinikerna tar främst emot afroamerikanska kvinnor med låga inkomster	Enkla råd från sjuksköterska, sluta röka-guide, individuell rök-avvänjning, förstärkning och stöd från mottagningen	
Hajek (2001)	Arbetarklass	Individuell rökavvänjning, skriftligt material, möjlighet att paras ihop med annan rökare för ömsesidigt stöd	
Hannöver (2009)	Kort utbildning	Individuell rökavvänjning i hemmet följt av telefonsamtal	x
Hartmann (1996)	Kort utbildning	Självhjälpmanual, individuell rökavvänjning, kontakt med rådgivare (volontär)	
Lillington (1995)	Låg inkomst	Individuell rökavvänjning, självhjälpmaterial, vykort, motiverande tävling	x
Mayer (1990)	Besökare vid en WIC-mottagning	Individuell rökavvänjning, skriftligt material	x
Messimer (1989)	Kort utbildning	Individuell rökavvänjning, skriftligt material	
Polanska (2004)	Socialt underprivilegierade kvinnor	Skriftligt material, individuell rökavvänjning (hembesök)	x
Pollak (2015)	Kort utbildning	Skriftligt material, NRT, individuell rökavvänjning, telefonrådgivning	
Ruger (2008)	Låg inkomst	Individuell rökavvänjning (hembesök)	
Secker-Walker (1998)	Besökare vid Maternal Infant Care	Enkla råd från läkare, hänvisning till individuell rökavvänjning med sjuksköterska.	x
Solomon (2000)	Låg inkomst/kort utbildning	Individuell rökavvänjning, skriftligt material, kamratstöd	
Yilmaz (2006)	Låg inkomst	Individuell rökavvänjning	x

I 26 studier bestod studiepopulationen av generell befolkning. Bland dessa studier var individuell rökavvänjning, telefonrådgivning och gruppavvänjning de vanligaste huvudsakliga interventionskomponenterna. Andra komponenter som förekom var kamratstöd, webbaserat stöd och proaktiv rekrytering. Jämförelsegruppen fick i de flesta studier enkla råd eller skriftligt material. Majoriteten av studierna gjordes i USA och resterande i Kina, Brasilien, England, Spanien, Indien och Malaysia. Interventionerna gavs bland annat inom hälso- och sjukvården, på arbetsplatser och i bostadsområden, se tabell 2, bilaga 3.

Sammantaget visade 18 av dessa studier (69 procent) effekt på det primära utfallet rökstopp medan 8 studier inte gjorde det.

I 13 studier bestod studiepopulationen av gravida kvinnor, i en studie av blivande pappor och i tre studier av föräldrar till barn under 16 år. Huvudparten av studierna (13 stycken) gjordes i USA och resterande i Europa. Samtliga studier genomfördes inom hälso- och sjukvården, så som på prenatal- och barnkliniker. Den vanligaste huvudsakliga interventionskomponenten var individuell rökavvänjning ensamt eller i kombination med telefonrådgivning eller kamratstöd. Kontrollgruppen fick i de flesta studierna enkla råd eller skriftlig information, se tabell 2, bilaga 3.

I studierna som specifikt inkluderade gravida och föräldrar visade 7 av 17 studier (41 procent) effekt på rökstopp.

Effekt på rökstopp utifrån huvudsaklig interventionskomponent

Studier som hade individuell rökavvänjning eller telefonrådgivning som huvudsaklig interventionskomponent hade lovande effekt på rökstopp bland personer med låg socioekonomi i den generella befolkningen. Studierna som hade gruppavvänjning som huvudsaklig komponent hade blandad effekt på rökstopp. Samtliga studier som hade kamratstöd som huvudsaklig komponent visade effekt men eftersom det är få studier går det inte att dra några säkra slutsatser.

För gravida och föräldrar hade individuell rökavvänjning effekt på rökstopp i 4 av 9 studier. Möjligen kan tillägg av telefonrådgivning öka effekten men detta baseras på få studier. En studie undersökte effekten av enbart telefonrådgivning. Den visade effekt men eftersom underlaget är litet går det inte att dra några generella slutsatser om effekten av telefonstöd.

Nedan redovisas resultaten för effekt på rökstopp enligt den huvudsakliga interventionskomponenten uppdelat på generell befolkning samt gravida och föräldrar.

Generell befolkning

Individuell rökavvänjning

I sex av studierna bedömdes individuell rökavvänjning vara den huvudsakliga interventionskomponenten. Fem av studierna (83 %) visade effekt medan en inte gjorde det.

Individuell rökavvänjning och telefonrådgivning

I fyra av studierna bedömdes huvudkomponenterna vara en kombination av individuell rökavvänjning och telefonrådgivning. En av studierna visade effekt (25 %) medan tre inte gjorde det. I studien som hade effekt fick deltagarna själva välja antingen individuell rökavvänjning eller telefonrådgivning. I de studier som inte hade effekt var telefonsamtalen i två av tre fall mer uppföljande än rådgivande.

Individuell rökavvänjning och gruppavvänjning

En studie bedömdes ha huvudkomponenterna individuell rökavvänjning och gruppavvänjning. Studien visade effekt.

Telefonrådgivning

I sex av studierna bedömdes telefonrådgivning vara den huvudsakliga interventionskomponenten. Fem av studierna visade effekt (83 %) medan en inte gjorde det. I ytterligare en studie bedömdes proaktiv rekrytering i kombination med telefonrådgivning eller individuell rökavvänjning utgöra huvudkomponenter. Även denna studie visade effekt, se nedan.

Proaktiv rekrytering och telefonrådgivning eller individuell rökavvänjning

I en studie bedömdes huvudkomponenten vara proaktiv rekrytering i kombination med telefonrådgivning eller individuell rökavvänjning, se ovan. Deltagarna i interventionsgruppen kontaktades med erbjudande om rådgivning via telefon eller individuell rökavvänjning medan kontrollgruppen enbart fick reaktiv eller sedvanlig behandling. Studien visade effekt.

Gruppavvänjning

I fyra av studierna bedömdes den huvudsakliga interventionskomponenten vara gruppavvänjning. Två av studierna visade effekt (50 %) medan två inte gjorde det. I ytterligare en studie bedömdes gruppavvänjning vara den huvudsakliga interventionskomponenten i kombination med kamratstöd, se nedan. Denna studie visade effekt.

Kamratstöd (peer support)

Kamratstöd bedömdes vara den huvudsakliga interventionskomponenten i två studier. Båda hade effekt. Ytterligare en studie med kamratstöd i kombination med gruppavvänjning visade effekt, se ovan.

Webbstöd

I en studie bedömdes den huvudsakliga interventionskomponenten vara webbaserat stöd. Studien visade ingen effekt.

Tabell 5. Effekt på rökstopp i studier med olika huvudsaklig interventionskomponent. Generell befolkning.

Författare (år)	Huvudsaklig interventionskomponent	Effekt på rökstopp
Andrews (2007)	Gruppavvänjning, kamratstöd	x
Andrews (2016)	Individuell rökavvänjning, gruppavvänjning	x
Bernstein (2015)	Individuell rökavvänjning	x
Borelli (2005)	Individuell rökavvänjning, uppföljningssamtal	
Brooks (2018)	Individuell rökavvänjning	x
Choi (2014)	Webbstöd	
Cruvinel (2018)	Telefonrådgivning	x
Danan (2018)	Proaktiv rekrytering till telefonrådgivning eller individuell rökavvänjning	x
Gilbert (2017)	Gruppavvänjning	x
Glasgow (2000)	Individuell rökavvänjning, uppföljningssamtal	
Gordon (2010)	Individuell rökavvänjning	x
Haas (2015)	Telefonrådgivning	x
Han (2014)	Individuell rökavvänjning	
Lasser (2017)	Individuell rökavvänjning eller telefonrådgivning	x
McBride (2002)	Telefonrådgivning	x
Okechukwu (2009)	Gruppavvänjning	
Okuyemi (2007)	Individuell rökavvänjning, telefonrådgivning	
Rodriguez-Artalejo (2003)	Individuell rökavvänjning	x
Sarkar (2017)	Individuell rökavvänjning	x
Sheffer (2017)	Gruppavvänjning	
Solomon (2000)	Kamratstöd	x
Solomon (2005)	Kamratstöd	x
Sorensen (2007)	Telefonrådgivning	x
Wadland (2001)	Telefonrådgivning	x
Wetter (2007)	Telefonrådgivning	
Zheng (2007)	Gruppavvänjning	x

Gravida och föräldrar

Individuell rökavvänjning

I nio av studierna bedömdes den huvudsakliga interventionskomponenten vara individuell rökavvänjning. Fyra av studierna visade effekt (44 %) medan fem inte gjorde det.

Individuell rökavvänjning och telefonrådgivning

I tre studier bedömdes individuell rökavvänjning och telefonrådgivning vara huvudkomponenter. Två av studierna visade effekt (67 %) medan en inte gjorde det.

Individuell rökavvänjning och kamratstöd (peer support)

I två av studierna bedömdes individuell rökavvänjning i kombination med kamratstöd vara de huvudsakliga interventionskomponenterna. Ingen av studierna visade effekt.

Telefonrådgivning

I en studie bedömdes den huvudsakliga interventionskomponenten vara telefonrådgivning. Studien visade effekt.

Kamratstöd (peer support)

I en studie bedömdes kamratstöd vara den huvudsakliga interventionskomponenten. Studien visade ingen effekt. Inte heller i kombination med individuell rökavvänjning sågs någon effekt av kamratstöd, se ovan.

Socialt stöd

I en studie bedömdes socialt stöd vara den huvudsakliga komponenten. Studien visade ingen effekt.

Tabell 6. Effekt på rökstopp i studier med olika huvudsaklig interventionskomponent. Gravida och föräldrar

Författare (år)	Huvudsaklig interventionskomponent	Effekt på rökstopp
Bullock (2009)	Socialt stöd	
Collins (2018)	Telefonrådgivning	x
Curry (2003)	Individuell rökavvänjning, uppföljande samtal	x
El-Mohandes (2011)	Individuell rökavvänjning	
Gielen (1997)	Individuell rökavvänjning	
Hajek (2001)	Individuell rökavvänjning, kamratstöd	
Hannöver (2009)	Individuell rökavvänjning, uppföljande samtal	x
Hartmann (1996)	Individuell rökavvänjning, kamratstöd	
Lillington (1995)	Individuell rökavvänjning	x
Mayer (1990)	Individuell rökavvänjning	x
Messimer (1989)	Individuell rökavvänjning	
Polanska (2004)	Individuell rökavvänjning	x
Pollak (2015)	Individuell rökavvänjning, telefonrådgivning	
Ruger (2008)	Individuell rökavvänjning	
Secker-Walker (1998)	Individuell rökavvänjning	
Solomon (2000)	Kamratstöd	
Yilmaz (2006)	Individuell rökavvänjning	x

Effekt på rökstopp utifrån antal interventionskomponenter

Nedan redovisas resultaten för effekt på rökstopp utgående från antal ingående interventionskomponenter uppdelat på generell befolkning samt gravida och föräldrar. Sammanfattningsvis ses inget tydligt samband mellan antal interventionskomponenter och effekt, varken för den generella befolkningen eller för gravida och föräldrar.

Generell befolkning

En interventionskomponent

En studie hade enbart en interventionskomponent. Den visade effekt på rökstopp.

2–3 interventionskomponenter

11 av 17 studier (65 %) som innehöll 2–3 interventionskomponenter visade effekt på rökstopp.

Minst fyra interventionskomponenter

6 av 8 studier (75 %) som innehöll fyra eller fler interventionskomponenter visade effekt på rökstopp.

Tabell 7. Antal komponenter och effekt på rökstopp i den generella befolkningen

Författare (år)	1	2–3	4 eller fler	Effekt på rökstopp
Andrews (2007)		x		x
Andrews (2016)			x	x
Bernstein (2015)			x	x
Borelli (2005)		x		
Brooks (2018)		x		x
Choi (2014)		x		
Cruvinel (2018)			x	x
Danan (2018)		x		x
Gilbert (2017)		x		x
Glasgow (2000)			x	
Gordon (2010)			x	x
Haas (2015)		x		x
Han (2014)		x		
Lasser (2017)		x		x
McBride (2002)			x	x
Okechukwu (2009)		x		
Okuyemi (2007)			x	
Rodriguez-Artalejo (2003)		x		x
Sarkar (2017)		x		x
Sheffer (2017)		x		
Solomon (2000)		x		x
Solomon (2005)		x		x
Sorensen (2007)		x		x
Wadland (2001)			x	x
Wetter (2007)		x		
Zheng (2007)	x			x

Gravida och föräldrar

En interventionskomponent

1 av 3 studier (33 %) som enbart hade en interventionskomponent visade effekt på rökstopp.

2–3 interventionskomponenter

4 av 7 studier (57 %) som innehöll 2–3 interventionskomponenter visade effekt på rökstopp.

Minst fyra interventionskomponenter

2 av 7 studier (29 %) som innehöll fyra eller fler interventionskomponenter visade effekt på rökstopp.

Tabell 8. Antal komponenter och effekt på rökstopp bland gravida och föräldrar

Författare (år)	1	2–3	4 eller fler	Effekt på rökstopp
Bullock (2009)		x		
Collins (2018)		x		x
Curry (2003)			x	x
El-Mohandes (2011)	x			
Gielen (1997)			x	
Hajek (2001)			x	
Hannöver (2009)		x		x
Hartmann (1996)			x	
Lillington (1995)			x	x
Mayer (1990)		x		x
Messimer (1989)			x	
Polanska (2004)		x		x
Pollak (2015)			x	
Ruger (2008)	x			
Secker-Walker (1998)		x		
Solomon (2000)		x		
Yilmaz (2006)	x			x

Effekt på rökstopp utifrån interventionsintensitet

Nedan redovisas resultaten för effekt på rökstopp utifrån interventionens intensitet uttryckt i antal sessioner för individuell rökavvänjning, gruppavvänjning och telefonrådgivning (professionellt rökavvänjningsstöd) uppdelat på generell befolkning samt gravida och föräldrar.

Sammanfattningsvis ses inget tydligt samband mellan intensitet och effekt, varken för den generella befolkningen eller för gravida och föräldrar.

Generell befolkning

En session

4 av 5 studier (80 %) som innehöll en session med individuell rökavvänjning, telefonrådgivning eller gruppavvänjning visade effekt på rökstopp.

2–3 sessioner

1 av 2 studier (50 %) som innehöll 2–3 sessioner med individuell rökavvänjning, telefonrådgivning eller gruppavvänjning visade effekt på rökstopp.

Minst fyra sessioner

10 av 16 studier (63 %) som innehöll fyra eller fler sessioner med individuell rökavvänjning, telefonrådgivning eller gruppavvänjning visade effekt på rökstopp.

Tabell 9. Antal sessioner och effekt på rökstopp i den generella befolkningen

Författare (år)	1	2–3	4 eller fler	Effekt på rökstopp
Andrews (2007)			x	x
Andrews (2016)			x	x
Bernstein (2015)		x		x
Borelli (2005)			x	
Brooks (2018)			x	x
Choi (2014)			x	
Cruvinel (2018)	x			x
Gilbert (2017)	x			x
Glasgow (2000)			x	
Gordon (2010)	x			x
Haas (2015)			x	x
Han (2014)	x			
Lasser (2017)			x	x
McBride (2002)			x	x
Okechukwu (2009)		x		
Okuyemi (2007)			x	
Rodriguez-Artalejo (2003)			x	x
Sarkar (2017)	x			x
Sheffer (2017)			x	
Sorensen (2007)			x	x
Wadland (2001)			x	x
Wetter (2007)			x	
Zheng (2007)			x	x

Gravida och föräldrar

En session

3 av 5 studier (60 %) som innehöll en session med individuell rökavvänjning, telefonrådgivning eller gruppavvänjning visade effekt på rökstopp.

2–3 sessioner

1 av 2 studier (50 %) som innehöll 2–3 sessioner med individuell rökavvänjning, telefonrådgivning eller gruppavvänjning visade effekt på rökstopp.

Minst fyra sessioner

3 av 8 studier (38 %) som innehöll fyra eller fler sessioner med individuell rökavvänjning, telefonrådgivning eller gruppavvänjning visade effekt på rökstopp.

Tabell 10. Antal sessioner och effekt på rökstopp bland gravida och föräldrar

Författare (år)	1	2–3	4 eller fler	Effekt på rökstopp
Collins (2018)			x	x
Curry (2003)			x	x
El-Mohandes (2011)			x	
Gielen (1997)	x			
Hajek (2001)	x			
Hannöver (2009)		x		x
Hartmann (1996)			x	
Lillington (1995)	x			x
Mayer (1990)	x			x
Messimer (1989)			x	
Polanska (2004)			x	x
Pollak (2015)			x	
Ruger (2008)		x		
Secker-Walker (1998)			x	
Yilmaz (2006)	x			x

Effekt på rökstopp utifrån interventioner med gruppavvänjning eller kamratstöd (peer support)

Nedan har alla studier som innehöll gruppavvänjning, kamratstöd eller socialt stöd inkluderats oavsett om de klassats som den huvudsakliga interventionskomponenten eller inte, för att undersöka om tillägg av kamratstöd/socialt stöd kan ha effekt i grupper med låg socioekonomi. I studierna som inkluderade generell befolkning sågs effekt. Ingen av studierna som specifikt rekryterade gravida/föräldrar visade effekt.

Generell befolkning

3 av 3 studier (100 %) som innehöll kamratstöd respektive 4 av 6 studier (67 %) som innehöll gruppavvänjning visade effekt på rökstopp. En av studierna som hade effekt innefattade både kamratstöd och gruppavvänjning.

Tabell 11. Studier innehållande kamratstöd och/eller gruppavvänjning och effekt på rökstopp i den generella befolkningen

Författare (år)	Kamratstöd	Gruppavvänjning	Effekt på rökstopp
Andrews (2007)	X	X	x
Andrews (2016)		X	x
Gilbert (2017)		X	x
Okechukwu (2009)		X	
Sheffer (2017)		X	
Solomon (2000)	X		x
Solomon (2005)	X		x
Zheng (2007)		X	x

Gravida och föräldrar

Ingen av studierna innehöll gruppavvänjning. Fyra studier innehöll kamratstöd eller socialt stöd. Ingen av dem hade effekt på rökstopp.

Tabell 12. Studier innehållande kamratstöd, socialt stöd eller gruppavvänjning och effekt på rökstopp bland gravida och föräldrar

Författare (år)	Kamratstöd eller socialt stöd	Gruppavvänjning	Effekt på rökstopp
Bullock (2009)	X		
Hajek (2001)	X		
Hartmann (1996)	X		
Solomon (2000)	X		

Effekt på rökstopp utifrån tillägg av nikotinläkemedel

Nedan redovisas resultaten i de studier som inkluderade användning av nikotinläkemedel (NRT) utöver individuell rökavvänjning, grupp- eller telefonrådgivning (professionellt rökavvänjningsstöd). I några av studierna fick även kontrollgruppen NRT, men då som tillägg till mindre intensiva interventioner.

Generell befolkning

10 av 14 studier (71 %) där deltagarna fick nikotinläkemedel (NRT) utöver professionellt rökavvänjningsstöd visade effekt på rökstopp. Motsvarande andel bland studierna där deltagarna fick professionellt rökavvänjningsstöd men inte NRT var 5 av 9 (56 %).

Tabell 13. Studier med professionellt rökavvänjningsstöd + tillägg av NRT och effekt på rökstopp i den generella befolkningen

Författare (år)	NRT	Effekt på rökstopp
Andrews (2007)	x	x
Andrews (2016)	x	x
Bernstein (2015)	x	x
Borelli (2005)		
Brooks (2018)	x	X
Choi (2014)	x	
Cruvinel (2018)	x	x
Gilbert (2017)		x
Glasgow (2000)		
Gordon (2010)	x	x
Haas (2015)	x	x
Han (2014)		
Lasser (2017)		x
McBride (2002)	x	x
Okechukwu (2009)	x	
Okuyemi (2007)	x	
Rodriguez-Artalejo (2003)	x	x
Sarkar (2017)		x
Sheffer (2017)	x	
Sorensen (2007)		x
Wadland (2001)	x	x
Wetter (2007)		
Zheng (2007)		x

Gravida och föräldrar

I en studie med blivande pappor fick deltagarna utöver professionellt rökavvänjningsstöd även nikotinläkemedel. Studien visade inte effekt på rökstopp. Inga av de övriga studierna som inkluderade gravida och föräldrar innefattande användning av NRT.

Effekter på sekundära utfall

Nedan redovisas resultat från de studier som undersökt effekten på minskat bruk av cigaretter eller antal försök att sluta röka, oavsett vilken eller vilka komponenter interventionen bestod av, uppdelat på generell befolkning samt gravida och föräldrar.

Generell befolkning

Minskat bruk av cigaretter

4 av 7 studier (57 %) som undersökte utfallet minskat bruk av cigaretter visade effekt. De huvudsakliga interventionskomponenterna i de studier som visade effekt var individuell rökavvänjning och gruppavvänjning [41], individuell rökavvänjning [43], individuell rökavvänjning och uppföljningssamtal [46] samt webbaserat stöd [49]. Motsvarande huvudsakliga komponenter i studierna som inte visade effekt var individuell rökavvänjning och telefonrådgivning [75] samt kamratstöd [88, 89].

Antal försök att sluta röka

3 av 4 studier som undersökte utfallet antal försök att sluta röka visade effekt. De huvudsakliga interventionskomponenterna i de studier som visade effekt var individuell rökavvänjning [43], individuell rökavvänjning och uppföljningssamtal [46] samt webbaserat stöd [49]. Den huvudsakliga komponenten i studien som inte visade effekt var individuell rökavvänjning och telefonrådgivning [75].

Gravida och föräldrar

Minskat bruk av cigaretter

En studie undersökte utfallet minskat bruk av cigaretter, och den visade effekt. Studiens huvudsakliga komponent var individuell rökavvänjning [85].

Antal försök att sluta röka

En studie (samma som ovan) undersökte utfallet antal försök att sluta röka. Den visade ingen effekt [85].

Diskussion

Vår sammanställning tyder på att de metoder för interaktiv rökavvänjning som är effektiva bland rökare i allmänhet också har effekt i grupper med låg socioekonomi. Sammanställningen har dock inte undersökt storleken på effekten. Det är möjligt att effekten är lägre i grupper med låg socioekonomi än i grupper med hög socioekonomi, på grund av faktorer kopplade till livssituationen som kan försvåra hållbara rökstopp.

Bland studierna som specifikt rekryterade gravida/föräldrar med låg socioekonomi visade en mindre andel effekt än bland studierna i den generella befolkningen med låg socioekonomi. En förklaring kan vara att många kvinnor som planerar att bli eller är gravida redan är mycket motiverade att sluta och lättare lyckas sluta också utan stöd. [7, 12] Kvinnor som fortsätter röka under graviditeten har ofta mindre socialt stöd, mer psykisk ohälsa och stress och ett högre nikotinberoende. [7, 8, 12] Detta innebär att dessa kvinnor kan ha behov av ytterligare anpassat stöd för att kompensera för särskilda svårigheter och belastning. Eftersom det är vanligt att kvinnor återupptar sina rökvanor efter förlossningen är det viktigt med återfallsprevention under perioden efter förlossningen. [7,8] Ingen av studierna som hade kamratstöd eller socialt stöd som huvudsaklig interventionskomponent visade effekt bland gravida och föräldrar. Detta är i linje med resultatet från översikten av Chamberlain et al. som konstaterade att effekten av kamratstöd bland gravida är oklar. Dock fokuserade sammanställningen inte specifikt på grupper med låg socioekonomi. [7] I översikten av Ford et al. visade endast en av fyra studier att kamratstöd hade effekt på rökstopp bland gravida med låg socioekonomi. [27] Studien hade kort uppföljningstid och ingår därför inte i denna sammanställning.

Vi ser inga skillnader i effekt kopplade till interventionernas intensitet. Detta överensstämmer med en annan översikt som konkluderar att det inte verkar finnas någon större skillnad mellan interventioner som innehåller en session respektive flera sessioner, men den sammanställningen fokuserade inte specifikt på grupper med låg socioekonomi. [98] I sammanställningen av Kock et al. (se ovan) sågs liknande resultat men författarna konstaterar att det är svårt att tolka ett eventuellt samband med intensitet eftersom interventionerna med hög intensitet i regel också innefattar professionell rådgivning. [37] Vi har dock enbart tagit hänsyn till studier med professionell rådgivning i vår analys. Ytterligare en tidigare sammanställning antydde att intensivare rådgivning (individuellt rökavvänjning, ibland med tillägg av telefonrådgivning) skulle vara något bättre än korta behandlingar, men vid subgruppsanalys var detta resultat enbart signifikant i gruppen som också fått läkemedel för rökstopp. [15] Inte heller för telefonrådgivning har samband mellan intensitet och effekt påvisats. [24]

Vår sammanställning visar inte heller på någon tydlig skillnad i effekt mellan interventioner med flera komponenter och interventioner med färre komponenter. Dock innehöll bara fyra av de inkluderade studierna endast en komponent (varav tre studier riktade sig specifikt mot gravida och föräldrar), varför resultatet ska tolkas med försiktighet. En tidigare sammanställning har indikerat att flerkomponentsinterventioner kan underlätta för socialt utsatta grupper att sluta röka. [36] I en annan översikt, som dock inte fokuserade specifikt på grupper med låg socioekonomi, drogs slutsatsen att ju fler komponenter interventionen innehöll, desto effektivare var den för bibehållet rökstopp. [99] Man kunde inte se skillnad i effekt beroende på vilka komponenter som ingick, utöver att tillägg av nikotinläkemedel var positivt. Det senare sambandet antyds även i vår sammanställning. Bland gravida har tidigare sammanställningar inte heller visat bättre effekt av flerkomponentsinterventioner. [7, 35]

Vår sammanställning ger inte mer kunskap om huruvida tillägg av kamratstöd eller gruppavvänjning kan påverka sannolikheten att lyckas sluta röka, eftersom samtliga studier som innefattade dessa hade dem som huvudsakliga interventionskomponenter. Däremot tyder resultaten på att tillägg av nikotinläkemedel till individuellt rökavvänjning, gruppavvänjning eller telefonrådgivning kan öka sannolikheten att

lyckas sluta röka bland personer med låg socioekonomi. Tidigare sammanställningar har indikerat detsamma. [37, 99] I gruppen gravida och föräldrar undersöktes tillägg av nikotinläkemedel enbart i en studie bland blivande pappor, och den visade ingen effekt. Gravida avråds generellt från användning av nikotinpreparat.

Metoddiskussion

Majoriteten av studierna som inkluderades i vår sammanställning visade effekt. Det stämmer överens med en annan, nyligen publicerad översikt av Kock et al som undersökte om grupper med låg socioekonomi hade mer effekt av rökavvänjningsinterventioner som anpassats till dem än av universella rökavvänjningsinterventioner. Där konstaterades, i överensstämmelse med våra resultat, att deltagarna i interventionsgruppen hade högre sannolikhet att sluta röka jämfört med kontrollgruppen oavsett typ av intervention. [37] En delförklaring kan vara publiceringsbias, alltså att studier som påvisar effekt mer sannolikt publiceras än studier som inte gör det. En annan möjlighet är att nya eller mer intensiva interventioner fyller ett generellt behov bland rökare med låg socioekonomi som vill sluta.

En styrka med vår sammanställning är att den enbart inkluderar randomiserade studier med låg risk för snedvridning av resultat (risk of bias).

En begränsning är att studierna som inkluderats generellt har bristande samstämmighet gällande bland annat population, interventions- och kontrollkomponenter, definition av utfall, uppföljningstid och analysmetod (heterogenitet). Detta gör det svårt att jämföra studiernas effekt och därför har vi inte kunnat väga samman resultatet till en gemensam skattning av effektstorleken (metaanalys).

Eftersom interventionskomponenterna skiljer sig mycket mellan studierna har vi valt att definiera en eller ibland två huvudsakliga interventionskomponenter. Detta för att lättare kategorisera studierna och beskriva interventionernas effekt. Det skulle kunna vara en potentiell källa för bias, dock har flera tidigare sammanställningar gjort på liknande sätt. [7, 37]

I några av studierna var skillnaden mellan insatserna i interventionsgruppen och kontrollgruppen avseende antal komponenter och/eller intensitet inte särskilt stora. Detta skulle kunna spåda ut eventuella effekter av dessa faktorer.

Både självrapporterade och biokemiska analysmetoder, såsom mätning av kolmonoxid eller kotinin, har accepterats för att mäta det primära utfallet rökstopp. Biokemiska analysmetoder är mer objektiva, men visar endast om personen i fråga har rökt nyligen. Självrapporterad rökkonsumtion har dock visat hög samstämmighet med mätningar av kotinin, både bland vuxna och unga cigarettanvändare. [100]

Det primära utfallet definierades som minst 7 dagars rökstopp (punktprevalens). Även om majoriteten av studierna använder sig av 7 dagars rökstopp förekommer det studier som krävde 30 dagars rökstopp. Dessutom finns studier som har mätt kontinuerlig rökfrihet, till exempel under 6 månaders tid. Detta innebär att den sammantagna effekten av interaktiv rökavvänjning kan vara underskattad. Dock har en systematisk översikt visat att utfallet kontinuerlig rökfrihet starkt korrelerar med 7 och 30 dagars rökstopp (punktprevalens) och ger en liknande effekt av rökavvänjning. [101]

Det finns också en variation i när utfallet har undersökts i förhållande till interventionen, med minimitiden efter tre månader. I de fall en studie visade signifikant effekt vid någon eller några av mätpunkterna men inte vid alla, kategoriserades den som en studie med effekt. Detta är relevant eftersom risken för återfall är hög i grupper med låg socioekonomi. Interventioner kan vara effektiva i sig, men de kan behöva kompletteras med ytterligare insatser för bestående rökfrihet.

Då det gäller analysmetod har vi accepterat både analyser med intention to treat (alla deltagare ingår enligt randomiseringen och de som saknar utfallsdata räknas som rökare) och per protocol (alla deltagare som fick interventionen enligt protokollet och har utfallsdata ingår). För många av de sekundära utfallen framgår dessutom inte vilken

av analysmetoderna som använts. Detta försvårar jämförelser mellan studier och komponenter ytterligare, och bidrar till osäkerhet i tolkningen av sammanställningens resultat.

Eftersom gravida kvinnor och (blivande) föräldrar har delvis andra förutsättningar än den generella befolkningen att sluta röka, delade vi in studierna i två grupper: de som specifikt inkluderade gravida, deras partners eller föräldrar till barn, respektive studier som inte hade denna målgrupp. Dock fokuserade majoriteten av studierna i den förstnämnda gruppen på gravida, varför slutsatserna i vår sammanställning inte nödvändigtvis stämmer för gruppen föräldrar i stort.

Jämförelser mellan effekter i generell befolkning och bland gravida/föräldrar bör göras med försiktighet, eftersom förutsättningarna att lyckas sluta kan vara olika i kontrollgrupperna. Om till exempel deltagarna i kontrollgrupperna bland gravida/föräldrar är mer motiverade att sluta röka än i den generella befolkningen är det svårare att påvisa effekt av en intervention. En annan metodologisk faktor som kan påverka är storleken på studierna eftersom det är lättare att visa statistiskt signifikant effekt i större studier. Även om många av studierna var ungefär lika stora i de två grupperna, gjordes de största studierna i generell befolkning.

Slutsatser

Resultaten i denna sammanställning tyder på att de metoder för interaktiv rökavvänjning som är effektiva bland rökare i allmänhet också har effekt i grupper med låg socioekonomi.

I den generella befolkningen visar flertalet studier med individuell rökavvänjning och telefonrådgivning god effekt på rökstopp, inte minst i kombination med nikotinläkemedel. Även interventioner som innefattar kamratstöd eller gruppavvänjning visar lovande resultat.

Bland studierna som riktar sig specifikt mot gravida/föräldrar är andelen studier som visar effekt lägre.

På grund av olikheterna mellan de ingående studierna kan vi inte identifiera effektiva komponenter på mer detaljerad nivå, men denna sammanställning kan förhoppningsvis ge uppslag till nya interventioner att testa.

Referenser

1. Hiscock R, Bauld L, Amos A, Fidler JA, Munafo M. Socioeconomic status and smoking: a review. *Ann N Y Acad Sci.* 2012;1248:107-23.
2. Palipudi KM, Gupta PC, Sinha DN, Andes LJ, Asma S, McAfee T, et al. Social determinants of health and tobacco use in thirteen low and middle income countries: evidence from Global Adult Tobacco Survey. *PLoS One.* 2012;7(3):e33466.
3. Gallo V, Mackenbach JP, Ezzati M, Menvielle G, Kunst AE, Rohrmann S, et al. Social inequalities and mortality in Europe--results from a large multi-national cohort. *PLoS One.* 2012;7(7):e39013.
4. Adler NE, Ostrove JM. Socioeconomic status and health: what we know and what we don't. *Ann N Y Acad Sci.* 1999;896:3-15.
5. Harwood GA, Salsberry P, Ferketich AK, Wewers ME. Cigarette smoking, socioeconomic status, and psychosocial factors: examining a conceptual framework. *Public Health Nurs.* 2007;24(4):361-71.
6. Kotz D, West R. Explaining the social gradient in smoking cessation: it's not in the trying, but in the succeeding. *Tob Control.* 2009;18(1):43-6.
7. Chamberlain C, O'Mara-Eves A, Porter J, Coleman T, Perlen SM, Thomas J, McKenzie JE. Psychosocial interventions for supporting women to stop smoking in pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017 Feb 14;2(2):CD001055.
8. Diamanti A, Papadakis S, Schoretsaniti S, Rovina N, Vivilaki V, Gratziou C, Katsaounou PA. Smoking cessation in pregnancy: An update for maternity care practitioners. *Tob Induc Dis.* 2019 Aug 2;17:57.
9. U.S. Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Smoking: 50 Years of Progress. A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2014
10. Socialstyrelsen. Statistik om graviditeter, förlossningar och nyfödda barn 2020. Socialstyrelsen 2021.
11. McBride C. M, Emmons K. M, Lipkus I. M. Understanding the potential of teachable moments: the case of smoking cessation, *Health Education Research*, Volume 18, Issue 2, April 2003, Pages 156–170.
12. DiClemente CC, Dolan-Mullen P, Windsor RA. The process of pregnancy smoking cessation: implications for interventions. *Tob Control.* 2000;9 Suppl 3:III16-III21.
13. Bauld L, Graham H, Sinclair L, Flemming K, Naughton F, Ford A, McKell J, McCaughan D, Hopewell S, Angus K, Eadie D, Tappin D. Barriers to and facilitators of smoking cessation in pregnancy and following childbirth: literature review and qualitative study. *Health Technol Assess.* 2017 Jun;21(36):1-158.
14. World Health Organization WHO recommendations for the prevention and management of tobacco use and second-hand smoke exposure in pregnancy. <https://www.who.int/tobacco/publications/pregnancy/guidelinestobaccosmokeexposure/en/>. Published 2013.
15. Lancaster T, Stead LF. Individual behavioural counselling for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017 Mar 31;3(3):CD001292.
16. Tombor I, Shahab L, Brown J, Notley C, West R. Does non-smoker identity following quitting predict long-term abstinence? Evidence from a population survey in England. *Addict Behav.* 2015;45:99-103.

17. Hughes JR, Keely J, Naud S. Shape of the relapse curve and long-term abstinence among untreated smokers. *Addiction*. 2004;99(1):29-38.
18. Velicer WF, DiClemente CC, Prochaska JO, Brandenburg N. Decisional balance measure for assessing and predicting smoking status. *J Pers Soc Psychol*. 1985 May;48(5):1279-89.
19. Benowitz, N.L., Nicotine addiction. *N Engl J Med*, 2010. **362**(24): p. 2295-303.
20. Roberts NJ, Kerr SM, Smith SM. Behavioral interventions associated with smoking cessation in the treatment of tobacco use. *Health Serv Insights*. 2013 Aug 11;6:79-85.
21. Nilsson Promoting health in adolescents: preventing the use of tobacco, 2009 Umeå.
22. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor - Rekommendationer med tillhörande kunskapsunderlag - bilaga. Socialstyrelsen;2018.
23. Helgason AR, Post A. Sluta-Röka-Linjen: Behandlingsuppdrag och rutiner. Rapport 2013:4, Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, SLSO.
24. Matkin W, Ordóñez-Mena JM, Hartmann-Boyce J. Telephone counselling for smoking cessation. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2019; 5:CD002850.
25. Stead LF, Carroll AJ, Lancaster T. Group behaviour therapy programmes for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;3:CD001007.
26. May S, West R. Do social support interventions ("buddy systems") aid smoking cessation? A review. *Tob Control*. 2000;9(4):415-422.
27. Ford P, Clifford A, Gussy K, Gartner C. A systematic review of peer-support programs for smoking cessation in disadvantaged groups. *Int J Environ Res Public Health*. 2013 Oct 28;10(11):5507-22.
28. Westmaas JL, Bontemps-Jones J, Bauer JE. Social support in smoking cessation: reconciling theory and evidence. *Nicotine Tob Res*. 2010 Jul;12(7):695-707.
29. Park EW, Tudiver F, Schultz JK, Campbell T. Does enhancing partner support and interaction improve smoking cessation? A meta-analysis. *Ann Fam Med*. 2004 Mar-Apr;2(2):170-4.
30. Taylor GMJ, Dalili MN, Semwal M, Civljak M, Sheikh A, Car J. Internet-based interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017 Sep 4;9(9):CD007078.
31. Hill S, Amos A, Clifford D, Platt S. Impact of tobacco control interventions on socioeconomic inequalities in smoking: review of the evidence. *Tobacco control*. 2014;23(e2):e89-e97.
32. Slopen N, Kontos EZ, Ryff CD, Ayanian JZ, Albert MA, Williams DR. Psychosocial stress and cigarette smoking persistence, cessation, and relapse over 9-10 years: a prospective study of middle-aged adults in the United States. *Cancer Causes Control*. 2013 Oct;24(10):1849-63.
33. Murray RL, Bauld L, Hackshaw LE, McNeill A. Improving access to smoking cessation services for disadvantaged groups: a systematic review. *J Public Health (Oxf)*. 2009 Jun;31(2):258-77.
34. Bauld L, Bell K, McCullough L, Richardson L, Greaves L. The effectiveness of NHS smoking cessation services: a systematic review. *Journal of public health (Oxford, England)*. 2010;32(1):71-82.
35. Bryant J, Bonevski B, Paul C, McElduff P, Attia J. A systematic review and meta-analysis of the effectiveness of behavioural smoking cessation interventions in selected disadvantaged groups. *Addiction*. 2011 Sep;106(9):1568-85.

36. Wilson, A, Guillaumier A, George J et al. A systematic narrative review of the effectiveness of behavioural smoking cessation interventions in selected disadvantaged groups (2010-2017). *Expert Rev Respir Med*, 2017. 11(8): p. 617-630.
37. Kock L, Brown J, Hiscock R, Tattan-Birch H, Smith C, Shahab L. Individual-level behavioural smoking cessation interventions tailored for disadvantaged socioeconomic position: a systematic review and meta-regression. *Lancet Public Health*. 2019 Dec;4(12):e628-e644.
38. SBU. Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården och insatser i socialtjänsten: en metodbok. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU); 2020.
39. Anders ME, Sheffer CE, Barone CP, Holmes TM, Simpson DD, Duncan AM. Emergency department-initiated tobacco dependence treatment. *Am J Health Behav*. 2011 Sep;35(5):546-56.
40. Andrews JO, Felton G, Ellen Wewers M, Waller J, Tingen M. The effect of a multi-component smoking cessation intervention in African American women residing in public housing. *Res Nurs Health*. 2007 Feb;30(1):45-60.
41. Andrews JO, Mueller M, Dooley M, Newman SD, Magwood GS, Tingen MS. Effect of a smoking cessation intervention for women in subsidized neighborhoods: A randomized controlled trial. *Prev Med*. 2016 Sep;90:170-6.
42. Asfar T, Weg MV, Maziak W, Hammal F, Eissenberg T, Ward KD. Outcomes and adherence in Syria's first smoking cessation trial. *Am J Health Behav*. 2008 Mar-Apr;32(2):146-56.
43. Bernstein SL, D'Onofrio G, Rosner J, O'Malley S, Makuch R, Busch S, Pantalon MV, Toll B. Successful Tobacco Dependence Treatment in Low-Income Emergency Department Patients: A Randomized Trial. *Ann Emerg Med*. 2015 Aug;66(2):140-7.
44. Bock BC, Papandonatos GD, de Dios MA, Abrams DB, Azam MM, Fagan M, Sweeney PJ, Stein MD, Niaura R. Tobacco cessation among low-income smokers: motivational enhancement and nicotine patch treatment. *Nicotine Tob Res*. 2014 Apr;16(4):413-22.
45. Bonevski B, Twyman L, Paul C, D'Este C, West R, Siahpush M, Oldmeadow C, Palazzi K. Smoking cessation intervention delivered by social service organisations for a diverse population of Australian disadvantaged smokers: A pragmatic randomised controlled trial. *Prev Med*. 2018 Jul;112:38-44.
46. Borrelli B, Novak S, Hecht J, Emmons K, Papandonatos G, Abrams D. Home health care nurses as a new channel for smoking cessation treatment: outcomes from project CARES (Community-nurse Assisted Research and Education on Smoking). *Prev Med*. 2005 Nov-Dec;41(5-6):815-21.
47. Brooks DR, Burtner JL, Borrelli B, Heeren TC, Evans T, Davine JA, Greenbaum J, Scarpaci M, Kane J, Rees VW, Geller AC. Twelve-Month Outcomes of a Group-Randomized Community Health Advocate-Led Smoking Cessation Intervention in Public Housing. *Nicotine Tob Res*. 2018 Nov 15;20(12):1434-1441.
48. Bullock L, Everett KD, Mullen PD, Geden E, Longo DR, Madsen R. Baby BEEP: A randomized controlled trial of nurses' individualized social support for poor rural pregnant smokers. *Matern Child Health J*. 2009 May;13(3):395-406.
49. Choi SH, Waltje AH, Ronis DL, Noonan D, Hong O, Richardson CR, Meeker JD, Duffy SA. Web-enhanced tobacco tactics with telephone support versus 1-800-QUIT-NOW telephone line intervention for operating engineers: randomized controlled trial. *J Med Internet Res*. 2014 Nov 20;16(11):e255.
50. Collins BN, Lepore SJ, Winickoff JP, Nair US, Moughan B, Bryant-Stephens T, Davey A, Taylor D, Fleece D, Godfrey M. An Office-Initiated Multilevel Intervention for Tobacco Smoke Exposure: A Randomized Trial. *Pediatrics*. 2018 Jan;141(Suppl 1):S75-S86.

51. Cruvinel E, Richter KP, Colugnati F, Ronzani TM. An Experimental Feasibility Study of a Hybrid Telephone Counseling/Text Messaging Intervention for Post-Discharge Cessation Support Among Hospitalized Smokers in Brazil. *Nicotine Tob Res.* 2019 Nov 19;21(12):1700-1705.
52. Curry SJ, Ludman EJ, Graham E, Stout J, Grothaus L, Lozano P. Pediatric-based smoking cessation intervention for low-income women: a randomized trial. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2003 Mar;157(3):295-302.
53. Danan ER, Fu SS, Clothier BA, Noorbaloochi S, Hammett PJ, Widome R, Burgess DJ. The Equity Impact of Proactive Outreach to Smokers: Analysis of a Randomized Trial. *Am J Prev Med.* 2018 Oct;55(4):506-516.
54. El-Mohandes AA, El-Khorazaty MN, Kiely M, Gantz MG. Smoking cessation and relapse among pregnant African-American smokers in Washington, DC. *Matern Child Health J.* 2011 Dec;15 Suppl 1(Suppl 1):S96-105.
55. Gielen AC, Windsor R, Faden RR, O'Campo P, Repke J, Davis M. Evaluation of a smoking cessation intervention for pregnant women in an urban prenatal clinic. *Health Educ Res.* 1997 Jun;12(2):247-54.
56. Gilbert H, Sutton S, Morris R, Petersen I, Wu Q, Parrott S, Galton S, Kale D, Magee MS, Gardner L, Nazareth I. Start2quit: a randomised clinical controlled trial to evaluate the effectiveness and cost-effectiveness of using personal tailored risk information and taster sessions to increase the uptake of the NHS Stop Smoking Services. *Health Technol Assess.* 2017 Jan;21(3):1-206.
57. Glasgow RE, Whitlock EP, Eakin EG, Lichtenstein E. A brief smoking cessation intervention for women in low-income planned parenthood clinics. *Am J Public Health.* 2000 May;90(5):786-9.
58. Gordon JS, Andrews JA, Albert DA, Crews KM, Payne TJ, Severson HH. Tobacco cessation via public dental clinics: results of a randomized trial. *Am J Public Health.* 2010 Jul;100(7):1307-12.
59. Groner JA, Ahijevych K, Grossman LK, Rich LN. The impact of a brief intervention on maternal smoking behavior. *Pediatrics.* 2000 Jan;105(1 Pt 3):267-71.
60. Haas JS, Linder JA, Park ER, Gonzalez I, Rigotti NA, Klinger EV, Kontos EZ, Zaslavsky AM, Brawarsky P, Marinacci LX, St Hubert S, Fleegler EW, Williams DR. Proactive tobacco cessation outreach to smokers of low socioeconomic status: a randomized clinical trial. *JAMA Intern Med.* 2015 Feb;175(2):218-26.
61. Hajek P, West R, Lee A, Foulds J, Owen L, Eiser JR, Main N. Randomized controlled trial of a midwife-delivered brief smoking cessation intervention in pregnancy. *Addiction.* 2001 Mar;96(3):485-94.
62. Han YW, Mohammad M, Liew SM. Effectiveness of a brief physician counselling session on improving smoking behaviour in the workplace. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2014;15(17):7287-90.
63. Hannover W, Thyrian JR, Röske K, Grempler J, Rumpf HJ, John U, Hapke U. Smoking cessation and relapse prevention for postpartum women: results from a randomized controlled trial at 6, 12, 18 and 24 months. *Addict Behav.* 2009 Jan;34(1):1-8.
64. Hartmann KE, Thorp JM Jr, Pahel-Short L, Koch MA. A randomized controlled trial of smoking cessation intervention in pregnancy in an academic clinic. *Obstet Gynecol.* 1996 Apr;87(4):621-6.
65. Kendrick JS, Zahniser SC, Miller N, Salas N, Stine J, Gargiullo PM, Floyd RL, Spierto FW, Sexton M, Metzger RW, et al. Integrating smoking cessation into routine public prenatal care: the Smoking Cessation in Pregnancy project. *Am J Public Health.* 1995 Feb;85(2):217-22.

66. Lasser KE, Quintiliani LM, Truong V, Xuan Z, Murillo J, Jean C, Pbert L. Effect of Patient Navigation and Financial Incentives on Smoking Cessation Among Primary Care Patients at an Urban Safety-Net Hospital: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Intern Med.* 2017 Dec 1;177(12):1798-1807.
67. Lee M, Miller SM, Wen KY, Hui SK, Roussi P, Hernandez E. Cognitive-behavioral intervention to promote smoking cessation for pregnant and postpartum inner city women. *J Behav Med.* 2015 Dec;38(6):932-43.
68. Lipkus IM, Lyna PR, Rimer BK. Using tailored interventions to enhance smoking cessation among African-Americans at a community health center. *Nicotine Tob Res.* 1999 Mar;1(1):77-85.
69. Lillington L, Royce J, Novak D, Ruvalcaba M, Chlebowski R. Evaluation of a smoking cessation program for pregnant minority women. *Cancer Pract.* 1995 May-Jun;3(3):157-63.
70. Manfredi C, Crittenden KS, Cho YI, Gao S. Long-term effects (up to 18 months) of a smoking cessation program among women smokers in public health clinics. *Prev Med.* 2004 Jan;38(1):10-9.
71. Mayer JP, Hawkins B, Todd R. A randomized evaluation of smoking cessation interventions for pregnant women at a WIC clinic. *Am J Public Health.* 1990 Jan;80(1):76-8.
72. McBride CM, Bepler G, Lipkus IM, Lyna P, Samsa G, Albright J, Datta S, Rimer BK. Incorporating genetic susceptibility feedback into a smoking cessation program for African-American smokers with low income. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2002 Jun;11(6):521-8.
73. Messimer SR, Hickner JM, Henry RC. A comparison of two antismoking interventions among pregnant women in eleven private primary care practices. *J Fam Pract.* 1989 Mar;28(3):283-8.
74. Okechukwu CA, Krieger N, Sorensen G, Li Y, Barbeau EM. MassBuilt: effectiveness of an apprenticeship site-based smoking cessation intervention for unionized building trades workers. *Cancer Causes Control.* 2009 Aug;20(6):887-94.
75. Okuyemi KS, James AS, Mayo MS, Nollen N, Catley D, Choi WS, Ahluwalia JS. Pathways to health: a cluster randomized trial of nicotine gum and motivational interviewing for smoking cessation in low-income housing. *Health Educ Behav.* 2007 Feb;34(1):43-54.
76. Patten CA, Windsor RA, Renner CC, Enoch C, Hochreiter A, Nevak C, Smith CA, Decker PA, Bonnema S, Hughes CA, Brockman T. Feasibility of a tobacco cessation intervention for pregnant Alaska Native women. *Nicotine Tob Res.* 2010 Feb;12(2):79-87.
77. Polańska K, Hanke W, Sobala W, Lowe JB. Efficacy and effectiveness of the smoking cessation program for pregnant women. *Int J Occup Med Environ Health.* 2004;17(3):369-77.
78. Pollak KI, Lyna P, Bilheimer AK, Gordon KC, Peterson BL, Gao X, Swamy GK, Denman S, Gonzalez A, Rocha P, Fish LJ. Efficacy of a couple-based randomized controlled trial to help Latino fathers quit smoking during pregnancy and postpartum: the Parejas trial. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2015 Feb;24(2):379-85.
79. Price JH, Krol RA, Desmond SM, Losh DP, Roberts SM, Snyder FF. Comparison of three antismoking interventions among pregnant women in an urban setting: a randomized trial. *Psychol Rep.* 1991 Apr;68(2):595-604.
80. Ralston S, Roohi M. A randomized, controlled trial of smoking cessation counseling provided during child hospitalization for respiratory illness. *Pediatr Pulmonol.* 2008 Jun;43(6):561-6.

81. Resnicow K, Vaughan R, Futterman R, Weston RE, Royce J, Parms C, Hearn MD, Smith M, Freeman HP, Orlandi MA. A self-help smoking cessation program for inner-city African Americans: results from the Harlem Health Connection Project. *Health Educ Behav.* 1997 Apr;24(2):201-17.
82. Rodríguez-Artalejo F, Lafuente Urdinguio P, Guallar-Castillón P, Garteizurrekoa Dublang P, Sáinz Martínez O, Díez Azcárate JI, Foj Alemán M, Banegas JR. One year effectiveness of an individualised smoking cessation intervention at the workplace: a randomised controlled trial. *Occup Environ Med.* 2003 May;60(5):358-63.
83. Ruger JP, Weinstein MC, Hammond SK, Kearney MH, Emmons KM. Cost-effectiveness of motivational interviewing for smoking cessation and relapse prevention among low-income pregnant women: a randomized controlled trial. *Value Health.* 2008 Mar-Apr;11(2):191-8.
84. Sarkar BK, West R, Arora M, Ahluwalia JS, Reddy KS, Shahab L. Effectiveness of a brief community outreach tobacco cessation intervention in India: a cluster-randomised controlled trial (the BABEX Trial). *Thorax.* 2017 Feb;72(2):167-173.
85. Secker-Walker RH, Solomon LJ, Flynn BS, Skelly JM, Mead PB. Reducing smoking during pregnancy and postpartum: physician's advice supported by individual counseling. *Prev Med.* 1998 May-Jun;27(3):422-30.
86. Sheffer CE, Bickel WK, Franck CT, Panissidi L, Pittman JC, Stayna H, Evans S. Improving tobacco dependence treatment outcomes for smokers of lower socioeconomic status: A randomized clinical trial. *Drug Alcohol Depend.* 2017 Dec 1;181:177-185.
87. Solomon LJ, Secker-Walker RH, Flynn BS, Skelly JM, Capeless EL. Proactive telephone peer support to help pregnant women stop smoking. *Tob Control.* 2000;9 Suppl 3(Suppl 3):III72-4.
88. Solomon LJ, Scharoun GM, Flynn BS, Secker-Walker RH, Sepinwall D. Free nicotine patches plus proactive telephone peer support to help low-income women stop smoking. *Prev Med.* 2000 Jul;31(1):68-74.
89. Solomon LJ, Marcy TW, Howe KD, Skelly JM, Reinier K, Flynn BS. Does extended proactive telephone support increase smoking cessation among low-income women using nicotine patches? *Prev Med.* 2005 Mar;40(3):306-13.
90. Sorensen G, Barbeau EM, Stoddard AM, Hunt MK, Goldman R, Smith A, Brennan AA, Wallace L. Tools for health: the efficacy of a tailored intervention targeted for construction laborers. *Cancer Causes Control.* 2007 Feb;18(1):51-9.
91. Taylor AH, Thompson TP, Greaves CJ, Taylor RS, Green C, Warren FC, Kandiyali R, Aveyard P, Ayres R, Byng R, Campbell JL, Ussher MH, Michie S, West R. A pilot randomised trial to assess the methods and procedures for evaluating the clinical effectiveness and cost-effectiveness of Exercise Assisted Reduction then Stop (EARS) among disadvantaged smokers. *Health Technol Assess.* 2014 Jan;18(4):1-324.
92. Wadland WC, Soffelmayr B, Ives K. Enhancing smoking cessation of low-income smokers in managed care. *J Fam Pract.* 2001 Feb;50(2):138-44.
93. Wetter DW, Mazas C, Daza P, Nguyen L, Fouladi RT, Li Y, Cofta-Woerpel L. Reaching and treating Spanish-speaking smokers through the National Cancer Institute's Cancer Information Service. A randomized controlled trial. *Cancer.* 2007 Jan 15;109(2 Suppl):406-13.
94. Windsor RA, Lowe JB, Artz L, Contreras L. Smoking cessation and pregnancy intervention trial: preliminary mid-trial results. *Prog Clin Biol Res.* 1990;339:107-17.
95. Yilmaz G, Karacan C, Yöney A, Yilmaz T. Brief intervention on maternal smoking: a randomized controlled trial. *Child Care Health Dev.* 2006 Jan;32(1):73-9.

96. Zanis DA, Hollm RE, Derr D, Ibrahim JK, Collins BN, Coviello D, Melochick JR. Comparing intervention strategies among rural, low SES, young adult tobacco users. *Am J Health Behav.* 2011 Mar-Apr;35(2):240-7.
97. Zheng P, Guo F, Chen Y, Fu Y, Ye T, Fu H. A randomized controlled trial of group intervention based on social cognitive theory for smoking cessation in China. *J Epidemiol.* 2007 Sep;17(5):147-55.
98. Rice VH, Heath L, Livingstone-Banks J, Hartmann-Boyce J. Nursing interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017 Dec 15;12(12):CD001188.
99. Martín Cantera C, Puigdomènech E, Ballvé JL, Arias OL, Clemente L, Casas R, Roig L, Pérez-Tortosa S, Díaz-Gete L, Granollers S. Effectiveness of multicomponent interventions in primary healthcare settings to promote continuous smoking cessation in adults: a systematic review. *BMJ Open.* 2015 Oct 1;5(10):e008807.
100. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (US) Office on Smoking and Health. *The Health Consequences of Smoking—50 Years of Progress: A Report of the Surgeon General.* Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention (US); 2014.
101. Hughes JR, Carpenter MJ, Naud S. Do point prevalence and prolonged abstinence measures produce similar results in smoking cessation studies? A systematic review. *Nicotine Tob Res.* 2010 Jul;12(7):756-62.

Bilagor

Bilaga 1. Sökstrategi

Pubmed inklusive Medline

<p>Interface: Ovid</p> <p>Date of Search: 17Jan 2019</p> <p>Number of hits: 3,387</p> <p>Comment: In Ovid, two or more words are automatically searched as phrases; i.e. no quotation marks are needed</p>	<p>Field labels</p> <ul style="list-style-type: none">• exp/ = exploded MeSH term• / = non exploded MeSH term• .ti,ab,kf. = title, abstract and author keywords• adjx = adjacent within x words, regardless of order• * = truncation of word for alternate endings
<ol style="list-style-type: none">1. Smoking Cessation/2. Smoking Reduction/3. "Tobacco Use Cessation"/4. "Tobacco Use Cessation Products"/5. ((smok* or tobacco) adj2 (cessation or reduc*)).ti,ab,kf.6. or/1-57. Behavior Therapy/8. exp Cognitive Behavioral Therapy/9. Communication/10. exp Counseling/11. Health Education/12. Health Communication/13. Health Promotion/14. Patient Education as Topic/15. exp Professional-Patient Relations/16. Psychotherapy, Brief/17. Psychotherapy, Group/18. Self Efficacy/19. Smoking Prevention/20. Social Support/21. ((behavio* adj2 therap*) or communication or counsel* or education or health promotion or motivation* or psychotherap* or smoking prevention or self efficacy or support).ti,ab,kf.22. or/7-2123. "Emigrants and Immigrants"/	

24. Minority Groups/
 25. exp Socioeconomic Factors/
 26. Social Marginalization/
 27. Vulnerable Populations/
 28. (depriv* or disadvantaged or emigrant* or immigrant* or indigent* or marginaliz* or minorit* or poverty or socioeconom* or socio-econom* or underserved or unemploy* or vulnerable).ti,ab,kf.
 29. (low adj2 (education* or income or SES or social class or social status)).ti,ab,kf.
 30. or/23-29
 31. 6 and 22 and 30
 32. limit 31 to (danish or english or norwegian or swedish)

ERIC (Proquest):

<p>Interface: Proquest Date of Search: 17 Jan 2019 Number of hits: 39 Comment: There is a controlled vocabulary in ERIC</p>	<p>Field labels</p> <ul style="list-style-type: none"> • MAINSUBJECT.EXACT = controlled term • / = non exploded controlled term • .ti,ab. = title & abstract • NEAR/ = adjacent within x words, regardless of order • * = truncation of word for alternate endings
<p>S1 ab(((smok* or tobacco) NEAR/2 (cessation or reduc*))) OR ti(((smok* or tobacco) NEAR/2 (cessation or reduc*)))</p> <p>S2 MAINSUBJECT.EXACT("Behavior Modification") OR MAINSUBJECT.EXACT("Communications") OR MAINSUBJECT.EXACT("Counseling") OR MAINSUBJECT.EXACT("Health Education") OR MAINSUBJECT.EXACT("Health Promotion") OR MAINSUBJECT.EXACT("Patient Education") OR MAINSUBJECT.EXACT("Counselor Client Relationship") OR MAINSUBJECT.EXACT("Psychotherapy") OR MAINSUBJECT.EXACT("Self Efficacy") OR (ab(((behavio* NEAR/2 therap*) OR communication OR counsel* OR education OR "health promotion" OR motivation* OR psychotherap* OR "smoking prevention" OR "self efficacy" OR support)) OR ti(((behavio* NEAR/2 therap*) OR communication OR counsel* OR education OR "health promotion" OR motivation* OR psychotherap* OR "smoking prevention" OR "self efficacy" OR support)))</p> <p>S3 MAINSUBJECT.EXACT("Immigrants") OR MAINSUBJECT.EXACT("Minority Groups") OR MAINSUBJECT.EXACT("Socioeconomic Status") OR (ab((depriv* OR disadvantaged OR emigrant* OR immigrant* OR indigent* OR marginaliz* OR minorit* OR poverty OR socioeconom* OR socio-econom* OR underserved OR unemploy* OR vulnerable) .) OR ti((depriv* OR disadvantaged OR emigrant* OR immigrant* OR indigent* OR marginaliz* OR minorit* OR poverty OR socioeconom* OR socio-econom* OR underserved OR unemploy* OR vulnerable) .)) OR (ab((low NEAR/2 (education* OR income OR SES OR "social class" OR "social status")))) OR ti((low NEAR/2 (education* OR income OR SES OR "social class" OR "social status"))))</p> <p>S1 AND S2 AND S3 Filter: English, Scholarly Journals</p>	

Cochrane Library

<p>Interface: Wiley</p> <p>Date of Search: 17 Jan 2019</p> <p>Number of hits: 586 8 Reviews 577 Trials</p>	<p>Field labels</p> <ul style="list-style-type: none"> • ti,ab,kw = title, abstract and author keywords • NEAR/x = adjacent within x words, regardless of order • * = truncation of word for alternate endings
<p>#1 ((smok* or tobacco) NEAR/2 (cessation or reduc*)):ab,ti,kw</p> <p>#2 ((behavio* NEAR/2 therap*) or communication or counsel* or education or "health promotion" or motivation* or psychotherap* or "smoking prevention" or "self efficacy" or support):ab,ti,kw</p> <p>#3 (depriv* or disadvantaged or emigrant* or immigrant* or indigent* or marginaliz* or minorit* or poverty or socioeconom* or socio-econom* or underserved or unemploy* or vulnerable or (low NEAR/2 (education* or income or SES or "social class" or "social status"))):ti,ab,kw</p> <p>#4 #1 AND #2 AND #3</p>	

Web of Science Core Collection

<p>Interface: Clarivate Analytics</p> <p>Date of Search: 17 Jan 2019</p> <p>Number of hits: 2,074</p>	<p>Field labels</p> <ul style="list-style-type: none"> • TS/Topic = title, abstract, author keywords and Keywords Plus • NEAR/x = adjacent within x words, regardless of order • * = truncation of word for alternate endings
<p>#1 TS=(((smok* or tobacco) NEAR/2 (cessation or reduc*)))</p> <p>#2 TS=(((behavio* NEAR/2 therap*) or communication or counsel* or education or "health promotion" or motivation* or psychotherap* or "smoking prevention" or "self efficacy" or support))</p> <p>#3 TS=((depriv* or disadvantaged or emigrant* or immigrant* or indigent* or marginaliz* or minorit* or poverty or socioeconom* or socio-econom* or underserved or unemploy* or vulnerable or low NEAR/2 (education* or income or SES or "social class" or "social status")))</p> <p>#4 #1 AND #2 AND #3 Refined by: LANGUAGES: (ENGLISH OR DANISH)</p>	

PsycINFO

<p>Interface: Ovid</p> <p>Date of Search: 17 Jan 2019</p> <p>Number of hits: 878</p> <p>Comment: In Ovid, two or more words are automatically searched as phrases; i.e. no quotation marks are needed</p>	<p>Field labels</p> <ul style="list-style-type: none">• exp/ = exploded controlled term• / = non exploded controlled term• .ti,ab,id. = title, abstract and author keywords• adjx = adjacent within x words, regardless of order• * = truncation of word for alternate endings
<ol style="list-style-type: none">1. smoking cessation/2. ((smok* or tobacco) adj2 (cessation or reduc*)).ti,ab,id.3. or/1-24. behavior therapy/5. cognitive behavior therapy/6. communication/7. counseling/8. counseling psychology/9. health education/10. health promotion/11. client education/12. psychotherapeutic processes/13. brief psychotherapy/14. group psychotherapy/15. self-efficacy/16. social support/17. ((behavio* adj2 therap*) or communication or counsel* or education or health promotion or motivation* or psychotherap* or smoking prevention or self efficacy or support).ti,ab,id.18. or/4-1719. immigration/20. exp human migration/21. minority groups/22. exp socioeconomic status/23. marginalization/24. (depriv* or disadvantaged or emigrant* or immigrant* or indigent* or marginaliz* or minorit* or poverty or socioeconomic* or socio-econom* or underserved or unemploy* or vulnerable).ti,ab,id.25. (low adj2 (education* or income or SES or social class or social status)).ti,ab,id.26. or/19-2527. 3 and 18 and 2628. limit 27 to (danish or english or norwegian or swedish)	

Bilaga 2. Kvalitetsgranskning av studier

Tabell 1. Kvalitetsgranskning av studier, n=59

Författare, år	Land Inramning Design Urval (N)	Gravida/ föräldrar	Risk för snedvridning (bias)	Kommentar
Anders, 2011 [39]	USA Akutmottagning på sjukhus RCT N: I = 111 C = 110		Generering av slumpmässiga sekvenser = Låg Dold allokering = Låg Blindning av deltagare och forskare = Hög Blindning av bedömning av utfall = Låg Ofullständiga utfallsdata = Hög Selektiv rapportering = Oklar Övrigt = Oklart	Exkluderad på grund av ofullständiga utfallsdata. Bortfall: Intervention = 64 % kontroll = 57 %
Andrews, 2007 [40]	USA Subventionerade bostäder Kluster- RCT N: I = 51 C = 52		Generering av slumpmässiga sekvenser = Låg Dold allokering = Oklar Blindning av deltagare och forskare = Hög Blindning av bedömning av utfall = Oklar Ofullständiga utfallsdata = Oklar Selektiv rapportering = Låg Övrigt = Lågt	Inkluderad
Andrews, 2016 [41]	USA Subventionerade bostäder Kluster- RCT N: I = 200 C = 209		Generering av slumpmässiga sekvenser = Låg Dold allokering = Låg Blindning av deltagare och forskare = Hög Blindning av bedömning av utfall = Låg Ofullständiga utfallsdata = Låg Selektiv rapportering = Hög Övrigt = Lågt	Inkluderad
Asfar, 2008 [42]	Syrien Samhällsbaserad RCT N: I = 25 C = 25		Generering av slumpmässiga sekvenser = Oklar Dold allokering = Oklar Blindning av deltagare och forskare = Hög Blindning av bedömning av utfall = Låg Ofullständiga utfallsdata = Hög Selektiv rapportering = Låg Övrigt = Lågt	Exkluderad på grund av ofullständiga utfallsdata och låg power. Bortfall: Intervention = 44 %, kontroll = 28 %

Författare, år	Land Inramning Design Urval (N)	Gravida/ föräldrar	Risk för snedvridning (bias)	Kommentar
Bernstein 2015 [43]	USA Akutmottagningar RCT N: I = 388 C = 390		Generering av slumpmässiga sekvenser = Låg Dold allokering = Låg Blindning av deltagare och forskare = Hög Blindning av bedömning av utfall = Oklar Ofullständiga utfallsdata = Låg Selektiv rapportering = Oklar Övrigt = Lågt	Inkluderad
Bock, 2014 [44]	USA Primärvårdsmottagnin gar RCT N: I = 406 C = 440		Generering av slumpmässiga sekvenser = Låg Dold allokering = Låg Blindning av deltagare och forskare = Hög Blindning av bedömning av utfall = Låg Ofullständiga utfallsdata = Hög Selektiv rapportering = Hög Övrigt = Lågt	Exkluderad på grund av ofullständiga utfallsdata och selektiv rapportering. Bortfall: Intervention = 50 %, kontroll = 50 %
Bonevski, 2018 [45]	Australien Vårdcentral i lokalsamhället RCT N: I = 187 C = 244		Generering av slumpmässiga sekvenser = Låg Dold allokering = Låg Blindning av deltagare och forskare = Låg Blindning av bedömning av utfall = Låg Ofullständiga utfallsdata = Oklar Selektiv rapportering = Oklar Övrigt = Oklart (Resultatet för slutförsök och cigarett/dag beräknades inte korrekt)	Exkluderad på grund av ofullständiga utfallsdata. Bortfall: Intervention = 47 %, kontroll = 39 %
Borelli, 2005 [46]	USA Sjuksköterskeförening ens mottagning RCT (randomiserade sjuksköterskor) N: I = 129 C = 144		Generering av slumpmässiga sekvenser = Oklar Dold allokering = Oklar Blindning av deltagare och forskare = Hög Blindning av bedömning av utfall = Låg Ofullständiga utfallsdata = Oklar Selektiv rapportering = Låg Övrigt = Lågt	Inkluderad
Brooks, 2018 [47]	USA Allmännyttiga bostäder Kluster- RCT N: I = 161 C = 170		Generering av slumpmässiga sekvenser = Låg Dold allokering = Oklar Blindning av deltagare och forskare = Hög Blindning av bedömning av utfall = Oklar Ofullständiga utfallsdata = Oklar Selektiv rapportering = Låg Övrigt = Lågt	Inkluderad

Författare, år	Land Inramning Design Urval (N)	Gravida/ föräldrar	Risk för snedvridning (bias)	Kommentar
Bullock, 2009 [48]	USA Mottagningar för näringsstillskott för kvinnor, spädbarn och barn (WIC). RCT N: I1 = 170 I2 = 175 I3 = 179 C = 171	X	Generering av slumpmässiga sekvenser = Låg Dold allokering = Låg Blindning av deltagare och forskare = Hög Blindning av bedömning av utfall = Oklar Ofullständiga utfallsdata = Oklart Selektiv rapportering = Låg Övrigt = Lågt	Inkluderad
Choi, 2014 [49]	USA Arbetsplats, driftstekniker Kluster- RCT N: I = 67 C = 78		Generering av slumpmässiga sekvenser = Oklar Dold allokering = Oklar Blindning av deltagare och forskare = Hög Blindning av bedömning av utfall = Oklar Ofullständiga utfallsdata = Hög Selektiv rapportering = Låg Övrigt = Lågt	Inkluderad
Collins, 2018 [50]	USA Pediatrika tjänster i 3 stora sjukhus-system RCT med blockrandomisering N: I = 163 C = 164	X	Generering av slumpmässiga sekvenser = Låg Dold allokering = Låg Blindning av deltagare och forskare = Hög Blindning av bedömning av utfall = Oklar Ofullständiga utfallsdata = Lågt Selektiv rapportering = Låg Övrigt = Lågt	Inkluderad
Cruvinel, 2018 [51]	Brasilien Offentligt sjukhus RCT N: I = 44 C = 22		Generering av slumpmässiga sekvenser = Låg Dold allokering = Låg Blindning av deltagare och forskare = Hög Blindning av bedömning av utfall = Oklar Ofullständiga utfallsdata = Lågt Selektiv rapportering = Låg Övrigt = Lågt	Inkluderad
Curry, 2003 [52]	USA Barnkliniker RCT N: I = 156 C = 147	X	Generering av slumpmässiga sekvenser = Låg Dold allokering = Oklar Blindning av deltagare och forskare = Hög Blindning av bedömning av utfall = Oklar Ofullständiga utfallsdata = Lågt Selektiv rapportering = Låg Övrigt = Oklart	Inkluderad

Författare, år	Land Inramning Design Urval (N)	Gravida/ föräldrar	Risk för snedvridning (bias)	Kommentar
Danan, 2018 [53]	USA Veteransjukhus RCT N: I = 113 C = 126		Generering av slumpmässiga sekvenser = Låg Dold allokering = Oklar Blindning av deltagare och forskare = Hög Blindning av bedömning av utfall = Oklar Ofullständiga utfallsdata = Lågt Selektiv rapportering = Låg Övrigt = Lågt	Inkluderad
El-Mohandes, 2011 [54]	USA Mottagningar för prenatal vård Kluster- RCT N: I = 105 C = 90	X	Generering av slumpmässiga sekvenser = Låg Dold allokering = Låg Blindning av deltagare och forskare = Hög Blindning av bedömning av utfall = Låg Ofullständiga utfallsdata = Oklar Selektiv rapportering = Oklart Övrigt = Lågt	Inkluderad
Gielen, 1997 [55]	USA Obstetriska mottagningar i stad RCT N: I = 193 C = 198	X	Generering av slumpmässiga sekvenser = Oklar Dold allokering = Oklar Blindning av deltagare och forskare = Hög Blindning av bedömning av utfall = Låg Ofullständiga utfallsdata = Hög Selektiv rapportering = Oklar Övrigt = Lågt	Inkluderad
Gilbert, 2017 [56]	Storbritannien Sluta röka tjänst RCT N: I = 1286 C = 851		Generering av slumpmässiga sekvenser = Låg Dold allokering = Låg Blindning av deltagare och forskare = Hög Blindning av bedömning av utfall = Oklar Ofullständiga utfallsdata = Hög Selektiv rapportering = Låg Övrigt = Lågt	Inkluderad
Glasgow, 2000 [57]	USA Planned Parenthood- mottagningar (mottagningar för reproduktiv hälsa) RCT N: I = 578 C = 576		Generering av slumpmässiga sekvenser = Låg Dold allokering = Oklar Blindning av deltagare och forskare = Hög Blindning av bedömning av utfall = Oklar Ofullständiga utfallsdata = Oklar Selektiv rapportering = Låg Övrigt = Lågt	Inkluderad

Författare, år	Land Inramning Design Urval (N)	Gravida/ föräldrar	Risk för snedvridning (bias)	Kommentar
Gordon, 2010 [58]	USA Federalt finansierade tandkliniker Kluster- RCT N: I = 1394 C = 1155		Generering av slumpmässiga sekvenser = Låg Dold allokering = Låg Blindning av deltagare och forskare = Låg Blindning av bedömning av utfall = Oklar Ofullständiga utfallsdata = Hög Selektiv rapportering = Låg Övrigt = Lågt	Inkluderad
Groner, 2000 [59]	USA Primärvårdscentral på ett stort barnsjukhus i en stad RCT N: I1 = 153 I2 = 164 C = 162	X	Generering av slumpmässiga sekvenser = Låg Dold allokering = Låg Blindning av deltagare och forskare = Låg (deltagarna fick veta att interventionen fokuserar på allmän hälsa). Blindning av bedömning av utfall = Låg Ofullständiga utfallsdata = Hög Selektiv rapportering = Oklart (inget protokoll) Övrigt = Högt (mycket litet urval)	Exkluderad på grund av ofullständiga utfallsdata och låg power. Bortfall: 52 %
Haas, 2015 [60]	USA Primärvård RCT N: I = 399 C = 308		Generering av slumpmässiga sekvenser = Låg Dold allokering = Låg Blindning av deltagare och forskare = Oklar Blindning av bedömning av utfall = Låg Ofullständiga utfallsdata = Lågt Selektiv rapportering = Låg Övrigt = Lågt	Inkluderad
Hajek, 2001 [61]	England Barnmorsketjänster på nio sjukhus och olika vårdtjänster utanför sjukhus Kluster- RCT N: I = 431 C = 440	X	Generering av slumpmässiga sekvenser = Låg Dold allokering = Oklar Blindning av deltagare och forskare = Hög Blindning av bedömning av utfall = Oklar Ofullständiga utfallsdata = Oklar Selektiv rapportering = Låg Övrigt = Högt (kontaminering av kontrollgruppen eftersom interventionsledarna också är deras barnmorskor).	Inkluderad
Han, 2014 [62]	Malaysia Arbetsplats, en bilfabrik RCT N: I = 83 C = 80		Generering av slumpmässiga sekvenser = Låg Dold allokering = Oklar Blindning av deltagare och forskare = Hög Blindning av bedömning av utfall = Oklar Ofullständiga utfallsdata = Oklar Selektiv rapportering = Oklar Övrigt = Lågt	Inkluderad

Författare, år	Land Inramning Design Urval (N)	Gravida/ föräldrar	Risk för snedvridning (bias)	Kommentar
Hannöver, 2009 [63]	Tyskland Sjukhus RCT N: I = 151 C = 187	X	Generering av slumpmässiga sekvenser = Oklar Dold allokering = Låg Blindning av deltagare och forskare = Oklar Blindning av bedömning av utfall = Låg Ofullständiga utfallsdata = Oklar Selektiv rapportering = Låg Övrigt = Lågt	Inkluderad
Hartmann, 1996 [64]	USA Prenatalmottagningar RCT N: 247 (totalt urval)	X	Generering av slumpmässiga sekvenser = Låg Dold allokering = Låg Blindning av deltagare och forskare = Låg Blindning av bedömning av utfall = Oklar Ofullständiga utfallsdata = Oklar Selektiv rapportering = Oklar Övrigt = Lågt	Inkluderad
JS Kendrick, 1995 [65]	USA Offentliga föräldramottagningar och WIC-mottagningar i Maryland, Colorado och Missouri. Kluster- RCT N = 5572 (totalt urval)	X	Generering av slumpmässiga sekvenser = Låg Dold allokering = Låg Blindning av deltagare och forskare = Oklar Blindning av bedömning av utfall = Oklar Ofullständiga utfallsdata = Hög Selektiv rapportering = Hög Övrigt = Högt	Exkluderad på grund av ofullständiga utfallsdata och selektiv rapportering. Bortfall: 41 %
Lasser, 2017 [66]	USA "Safety net hospital" i stad (sjukhus öppna för alla, även utan sjukförsäkring) RCT N: I = 116 C = 101		Generering av slumpmässiga sekvenser = Låg Dold allokering = Låg Blindning av deltagare och forskare = Hög Blindning av bedömning av utfall = Låg Ofullständiga utfallsdata = Lågt Selektiv rapportering = Låg Övrigt = Oklart	Inkluderad
Lee, 2015 [67]	USA Föräldramottagningar RCT N: I = 140 C = 137	X	Generering av slumpmässiga sekvenser = Låg Dold allokering = Oklar Blindning av deltagare och forskare = Hög Blindning av bedömning av utfall = Oklar Ofullständiga utfallsdata = Hög Selektiv rapportering = Låg Övrigt = Lågt	Exkluderad på grund av ofullständiga utfallsdata. Bortfall: Intervention = 52 %, kontroll = 39 %

Författare, år	Land Inramning Design Urval (N)	Gravida/ föräldrar	Risk för snedvridning (bias)	Kommentar
Lillington, 1995 [68]	USA Näringstillskott för kvinnor, spädbarn och barn (WIC- mottagningar) Kluster- RCT N: I = 79 C = 146	X	Generering av slumpmässiga sekvenser = Låg Dold allokering = Oklar Blindning av deltagare och forskare = Hög Blindning av bedömning av utfall = Oklar Ofullständiga utfallsdata = Lågt Selektiv rapportering = Låg Övrigt = Lågt	Inkluderad
Lipkus, 1999 [69]	USA Lokal vårdcentral RCT N: I1 = 55 I2 = 52 C = 53		Generering av slumpmässiga sekvenser = Låg Dold allokering = Oklar Blindning av deltagare och forskare = Hög Blindning av bedömning av utfall = Oklar Ofullständiga utfallsdata = Hög Selektiv rapportering = Hög Övrigt = Lågt	Exkluderad på grund av ofullständiga utfallsdata och selektiv rapportering. Bortfall: 60 %
Manfredi, 2004 [70]	USA Mottagningar för prenatal vård, familjeplanering och barnhälsa. Kluster- RCT N: I = 527 C = 541	X	Generering av slumpmässiga sekvenser = Oklar Dold allokering = Oklar Blindning av deltagare och forskare = Hög Blindning av bedömning av utfall = Oklar Ofullständiga utfallsdata = Högt Selektiv rapportering = Oklar Övrigt = Lågt	Exkluderad på grund av ofullständiga utfallsdata. Bortfall: > 50 %.
Mayer, 1990 [71]	USA Mottagning - Mottagningar för näringstillskott för kvinnor, spädbarn och barn (WIC) RCT N: I1 = 72 I2 = 70 C = 77	X	Generering av slumpmässiga sekvenser = Oklar Dold allokering = Oklar Blindning av deltagare och forskare = Hög Blindning av bedömning av utfall = Oklar Ofullständiga utfallsdata = Lågt Selektiv rapportering = Oklar Övrigt = Lågt	Inkluderad
McBride, 2002 [72]	USA Lokala vårdcentraler RCT N: I = 372 C = 185		Generering av slumpmässiga sekvenser = Oklar Dold allokering = Oklar Blindning av deltagare och forskare = Oklar Blindning av bedömning av utfall = Oklar Ofullständiga utfallsdata = Lågt Selektiv rapportering = Låg Övrigt = Lågt	Inkluderad

Författare, år	Land Inramning Design Urval (N)	Gravida/ föräldrar	Risk för snedvridning (bias)	Kommentar
Messimer, 1989 [73]	USA Privata primärvårdsmottagnin gar Kluster- RCT N: I = 53 C = 56	X	Generering av slumpmässiga sekvenser = Låg Dold allokering = Låg Blindning av deltagare och forskare = Låg Blindning av bedömning av utfall = Oklar Ofullständiga utfallsdata = Oklar Selektiv rapportering = Låg Övrigt = Lågt	Inkluderad
Okechukwu, 2009 [74]	USA Arbetsplats, lärlingar inom byggbranschen Kluster- RCT N: I = 251 C = 239		Generering av slumpmässiga sekvenser = Låg Dold allokering = Oklar Blindning av deltagare och forskare = Hög Blindning av bedömning av utfall = Oklar Ofullständiga utfallsdata = Hög Selektiv rapportering = Låg Övrigt = Lågt	Inkluderad
Okuyemi, 2007 [75]	USA Allmännyttiga bostäder Kluster- RCT N: I = 66 C = 107		Generering av slumpmässiga sekvenser = Låg Dold allokering = Låg Blindning av deltagare och forskare = Hög Blindning av bedömning av utfall = Oklar Ofullständiga utfallsdata = Oklar Selektiv rapportering = Låg Övrigt = Lågt	Inkluderad
Patten, 2010 [76]	USA Sjukhus RCT N: I = 17 C = 18	X	Generering av slumpmässiga sekvenser = Oklar Dold allokering = Låg Blindning av deltagare och forskare = Hög Blindning av bedömning av utfall = Hög Ofullständiga utfallsdata = Hög Selektiv rapportering = Låg Övrigt = Högt (pilotstudie, litet urval).	Exkluderad på grund av ofullständiga utfallsdata och låg power. Bortfall: Intervention = 30 %, kontroll = 0 %
Polanska, 2004 [77]	Polen Prenatalmottagningar Kluster- RCT N: I = 158 C = 156	X	Generering av slumpmässiga sekvenser = Oklar Dold allokering = Oklar Blindning av deltagare och forskare = Hög Blindning av bedömning av utfall = Hög Ofullständiga utfallsdata = Hög Selektiv rapportering = Oklar Övrigt = Lågt	Inkluderad

Författare, år	Land Inramning Design Urval (N)	Gravida/ föräldrar	Risk för snedvridning (bias)	Kommentar
Pollak, 2015 [78]	USA Hälsovårdsavdelningar i städer och på landsbygden RCT N: I = 173 C = 175	X	Generering av slumpmässiga sekvenser = Låg Dold allokering = Oklar Blindning av deltagare och forskare = Hög Blindning av bedömning av utfall = Oklar Ofullständiga utfallsdata = Lågt Selektiv rapportering = Låg Övrigt = Lågt	Inkluderad
Price, 1991 [79]	USA Obstetriklinik på sjukhus i stad RCT N: I = 46 C1 = 39 C2 = 24	X	Generering av slumpmässiga sekvenser = Låg Dold allokering = Oklar Blindning av deltagare och forskare = Hög Blindning av bedömning av utfall = Oklar Ofullständiga utfallsdata = Hög Selektiv rapportering = Oklar Övrigt = Lågt	Exkluderad på grund av ofullständiga utfallsdata. Bortfall: 44 %
Ralston, 2008 [80]	USA Sjukhus - University of New Mexico Health Sciences Center RCT N: I = 21 C = 21	X	Generering av slumpmässiga sekvenser = Låg Dold allokering = Oklar Blindning av deltagare och forskare = Oklar Blindning av bedömning av utfall = Oklar Ofullständiga utfallsdata = Oklart (Högt bortfall, men endast totalt antal per mätpunkt anges och inte per grupp). Selektiv rapportering = Låg Övrigt = Högt (213 föräldrar uppfyllde kriterierna för studien, men endast 43 deltog baserat på ett bekvämlighetsurval).	Exkluderad på grund av ofullständiga utfallsdata, låg power och bekvämlighetsurval. Bortfall: 33 %
Resnicow, 1997 [81]	USA Hälsa- och sjukvårdsinrättningar, allmännyttiga bostäder och kyrkor Kluster- RCT N: I1 = 449 I2 = 201 C = 504		Generering av slumpmässiga sekvenser = Låg Dold allokering = Oklar Blindning av deltagare och forskare = Låg Blindning av bedömning av utfall = Oklar Ofullständiga utfallsdata = Lågt Selektiv rapportering = Låg Övrigt = högt, deltagarna randomiserades i 2 armar men i slutet rapporterades resultat för 3 grupper.	Exkluderad på grund av att deltagarna randomiserades i två armar, men att resultat rapporterades för tre grupper i slutet.
Rodriguez-Artalejo, 2003 [82]	Spanien Arbetsplats, kollektivtrafikföretag och elbolag RCT N: I = 115 C = 103		Generering av slumpmässiga sekvenser = Låg Dold allokering = Låg Blindning av deltagare och forskare = Hög Blindning av bedömning av utfall = Oklar Ofullständiga utfallsdata = Lågt Selektiv rapportering = Låg Övrigt = Lågt	Inkluderad

Secker-Walker, 1998	USA Mottagning för mödra-och spädbarnsvård (MIC) eller ungdomsmottagning. RCT N: I = 185 C = 191	X	Strukturerade individuella råd från läkaren vid 5 av de perinatale besöken (totalt 15 minuter) inklusive uppmuntran att ändra sitt rök beteende och att sätta ett datum för att sluta röka) och hänvisning till rådgivning om rökavvänjning på plats med en utbildad sjuksköterska.	Enkla råd från läkaren vid det första perinatale besöket och en broschyr om rökavvänjning för gravida.	Individuell rökavvänjning	7 dagars rökstopp, BC-verifierat (per protokoll) Besök i 36:e veckan: I = 14,1 % C = 9,9 % 7 dagars rökstopp, BC-verifierat ITT: Besök i 36:e veckan: I = 10,3 % C = 7,3 % 7 dagars rökstopp, självrapporterat (per protokoll) Ett år efter förlossningen: I = 18,4 % C = 10,9 % 7 dagars rökstopp, självrapporterat (ITT) Ett år efter förlossningen: I = 11,4 % C = 6,3 % Minskning av antalet cigaretter/dag, medelvärde ± SD Besök i 36:e veckan: I = -3,3±7,5 C = -0,5±7,5, Ett år efter förlossningen: I = -0,4±9,9 C = 2,8±8,0 Försök att sluta under graviditeten, (minst ett) Besök i 36:e veckan: I = 51 % C = 45 %	7 dagars rökstopp, BC-verifierat: (per protokoll) Besök i 36:e veckan: OR: 1,49, 95 % CI; 0,71-3,10 7 dagars rökstopp, BC-verifierat ITT: Besök i 36:e veckan: OR: 1,45, 95 % CI; 0,70-2,98 7 dagars rökstopp, självrapporterat (per protokoll) Ett år efter förlossningen: OR: 1,80, 95 % CI; 0,86-3,96 7 dagars rökstopp, självrapporterat ITT: Ett år efter förlossningen: OR 1,90, 95 % CI; 0,91-4,00 Minskning av cigaretter I mot C baslinje - besök i 36:e veckan, p = 0,001 baslinje - 1 år efter förlossningen, p <0,01 Försök att sluta under graviditeten, (minst ett) I mot C Besök i 36:e veckan p = ns	X	Besöker Maternal Infant Care (en statligt stödd mottagning för kvinnor som inte har tillgång till vård på andra sätt).
---------------------	---	---	---	--	---------------------------	---	---	---	--

Författare, år	Land Inramning Design Urval (N)	Gravida/föräldrar	Interventionsgrupp	Kontrollgrupp	Huvudsaklig interventionskomponent	Primärt och sekundärt utfall	Samband mellan intervention och utfall	Signifikant effekt	Definition låg socioekonomi
Wadland, 2001	Lokalsamhälle i USA Vårdcentraler RCT N: I = 110 C = 123		Sex sessioner telefonrådgivning (15–20 minuter/session), enkla råd, skriftligt material, individuell rökavvänjning (45 minuter), NRT och rökdagbok.	Individuell rökavvänjning (45 minuter), enkla råd, skriftligt material och NRT	Telefonrådgivning	7 dagars rökstopp, BC-verifierat 3 m: I = 21 % C = 8,1 %, p = 0,009	7 dagars rökstopp, verifierat (ITT) 3 m: OR: 2,99, 95 % CI; 1,35 – 6,6	X	Låg inkomst
Wetter, 2007	USA Rökavvänjningstjänst per telefon RCT N: I = 149 C = 148		En session telefonrådgivning, plus tre ytterligare proaktiva samtal som anpassats till spansktalande kultur från tjänsten (15 minuter/session), och material som skickas ut per post.	Enstaka sessioner telefonrådgivning och självhjälpsmaterial per post	Telefonrådgivning	7 dagars rökstopp, självrapporterat 3 m: I = 27,4 % C = 20,5 %	7 dagars rökstopp, självrapporterat (ITT) 3 m: OR: 1,47, CI: 0,82 – 2,63 7 dagars rökstopp, självrapporterat (per protokoll) 3 m: OR: 1,5, 95 % CI; 0,82–2,74		Kort utbildning
Yilmaz, 2006	Turkiet Avdelning för barnhälsa på ett stort barnsjukhus i en stad. RCT N: I1 = 56 I2 = 62 C = 65	X	I1 (mål barnhälsa): 10 minuters samtal med en sjuksköterska om barnhälsa I2 (mål moderns hälsa): 10 minuters samtal med en sjuksköterska om mödrahälsa.	Allmän personlig hälsoinformation	Individuell rökavvänjning	Rökstopp, självrapporterat 6 m: I1 = 25,0 % I2 = 8,1 % C = 1,5 % p < 0,0001	Rökstopp, självrapporterat (per protokoll) p < 0,0001	X	Låg inkomst

Författare, år	Land Inramning Design Urval (N)	Gravida/föräldrar	Interventions-grupp	Kontrollgrupp	Huvudsaklig interventions-komponent	Primärt och sekundärt utfall	Samband mellan intervention och utfall	Signifikant effekt	Definition låg socioekonomi
Zheng, 2007	Kina Lokalsamhälle i stad RCT N: I = 118 C = 107		3-veckors kurs med 5 gruppträffar (2 timmar/träff, två gånger i veckan)	Enkla råd	Gruppavvänjning	Punktprevalens rökstopp, BC-verifierat 6 m: I = 39,8 % C = 4,7 % Kontinuerligt rökstopp, självrapporterat 6 m: I = 28,0 % C = 2,8 %	Punktprevalens rökstopp, BC-verifierat (ITT) 6 m: OR: 13,5, 95 % CI; 5,1-35,6 Kontinuerligt rökstopp, självrapporterat (ITT) 6 m: OR: 13,4, 95 % CI; 4,0-45,4	X	Kort utbildning

ISBN 978-91-988020-2-3