

# Rauchen und gefährdete Bevölkerungsgruppen: Unterstützung der Raucherentwöhnung und der Schadensbegrenzung durch Tabak im Rahmen der Sozialarbeit

## Einführung

Rauchen und der Konsum anderer risikoreicher Tabakerzeugnisse ist in marginalisierten oder gefährdeten Bevölkerungsgruppen oft unverhältnismäßig hoch. Im Rahmen ihrer Aufgaben bauen Sozialarbeiter Beziehungen zu Menschen auf, die oft aus diesen Gemeinschaften stammen. Sozialarbeiter wären daher mit der entsprechenden Ausbildung und Ausstattung in der Lage, eine wichtige Rolle bei der Unterstützung der Raucherentwöhnung und der Reduzierung der Tabakschäden bei vielen derjenigen Menschen zu übernehmen, die diese am dringendsten benötigen.

Die Schadensbegrenzung beim Tabakkonsum ist **eine potenziell lebensrettende Maßnahme für Millionen von Menschen auf der ganzen Welt**. Für jene, die aktuell mit hohen Risiken belastete Tabakerzeugnisse wie Zigaretten und einige orale Tabaksorten konsumieren, bietet sie die Möglichkeit zum Wechsel auf **eine Reihe von sichereren Nikotinprodukten** mit geringeren Risiken für ihre Gesundheit. Dazu gehören Nikotinverdampfer (E-Zigaretten), **Snus**, erhitzte Tabakerzeugnisse und **Nikotinbeutel**.

## Was sind die Aufgaben von Sozialarbeitern?

Die Aufgaben von Sozialarbeitern sind weltweit unterschiedlich, aber ihr Hauptaugenmerk liegt auf dem Dienst an Einzelpersonen, Gruppen und Gemeinschaften, indem sie Menschen bei der Bewältigung der Probleme helfen, mit denen sie in ihrem täglichen Leben konfrontiert sind. Sozialarbeiter haben mit vielen verschiedenen Klienten zu tun. Dazu gehören unter anderem: Einzelpersonen und Familien, die von Armut und Obdachlosigkeit betroffen sind, Menschen mit psychischen Problemen, junge Straftäter, Erwachsene mit Lernschwierigkeiten oder körperlichen Behinderungen, Menschen mit Alkohol-, Drogen- oder anderen Drogenproblemen, Familien, die zu zerbrechen drohen, und Kinder, die von Missbrauch oder Vernachlässigung bedroht sind. In einigen dieser Gruppen ist die Prävalenz des Rauchens viel höher als in der Allgemeinbevölkerung. Aus diesem Grunde haben Sozialarbeiter häufig Kontakt zu Gruppen, deren Raucherquote hoch ist.

Sozialarbeiter das nötige Wissen und die Instrumente an die Hand zu geben, um ihren Klienten zu helfen, das Rauchen zu reduzieren oder aufzugeben, bietet die Chance, die Gesundheit der Menschen zu verbessern und viele Leben zu retten. Zum Zeitpunkt der Erstellung dieses Berichts werden jedoch nur wenige Sozialarbeiter darin geschult oder unterstützt, sich mit dem Rauchen ihrer Klienten auseinanderzusetzen. Unter den vielen konkurrierenden Bedürfnissen wird der Tabakkonsum oft nicht als vorrangiges Problem erkannt. Raucherentwöhnung und/oder Unterstützung beim Wechsel auf sicherere Nikotinprodukte könnte sich für ihren Klientengruppen jedoch als sehr vorteilhaft erweisen.

## Gefährdete Bevölkerungsgruppen und Rauchen: Was sagt die Forschung?

Etlliche Studien belegen, dass Rauchen in einem unverhältnismäßigen Ausmaß besonders die gefährdeten und ausgegrenzten Bevölkerungsgruppen betrifft, mit denen Sozialarbeiter wahrscheinlich arbeiten. Eine dieser Gruppen umfasst Menschen, die in ihrer Kindheit mit Widrigkeiten oder Traumata wie Missbrauch

oder Vernachlässigung konfrontiert waren, die unter dem Begriff „Unerwünschte Kindheitserfahrungen“ (Adverse Childhood Experiences/ ACEs) zusammengefasst werden können. Als Erwachsene neigen sie mit hoher Wahrscheinlichkeit zu einer schlechten psychischen Verfassung, unterliegen einem hohen Risiko für Alkohol- oder Drogenkonsum, sind Opfer oder Täter von Gewalt oder leiden an langfristigen Gesundheitsstörungen wie Fettleibigkeit, Diabetes, Herz- oder Atemwegserkrankungen. Sie rauchen auch häufiger. Eine bevölkerungsweite Umfrage in Schottland aus dem Jahr 2020 ergab, dass Menschen mit vier oder mehr ACEs fast dreimal so häufig rauchten wie Menschen, die keine ACEs erlebt hatten (27 % gegenüber 10 %).<sup>i</sup>

Erwachsene mit psychischen Problemen sind eine weitere wichtige Gruppe, deren Raucherquote höher ist als die der Allgemeinbevölkerung. In den Jahren 2016/17 belief sich in England die Prävalenz des Rauchens bei allen Erwachsenen ab 18 Jahren auf 15,1 %, während die Prävalenz des Rauchens bei Erwachsenen mit Angstzuständen oder Depressionen bei 25,88 % lag.<sup>ii</sup> Bei Menschen mit einer langfristigen psychischen Erkrankung lag sie bei 34% und bei Menschen mit einer schweren psychischen Erkrankung bei 40,5%. Der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zufolge waren im Jahr 2021 zwei Drittel der Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen Raucher.<sup>iii</sup> Dies hat erhebliche Auswirkungen auf die körperliche Gesundheit der Menschen. Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen sterben im Durchschnitt 15-20 Jahre früher als zu erwarten gewesen wäre.<sup>iv</sup> Tabak gilt dabei als eine der Haupttodesursachen. Die Prävalenz des Rauchens ist bei Menschen mit Schizophrenie besonders hoch und erreicht bis zu 70-80%.<sup>v</sup>

Untersuchungen rauchen Menschen, die illegale Drogen konsumieren, im Vergleich zu Nichtkonsumenten dreimal häufiger Zigaretten.<sup>vi</sup> Drogenkonsumenten sterben oftmals nicht an drogenkausalen Krankheiten, sondern an Herz-Kreislauf- und Lungenkrankheiten, die durch das Rauchen verursacht werden. Einer kalifornischen Studie zufolge waren bei Menschen, die nach dem Konsum von Kokain-, Opioid- und Methamphetamin ins Krankenhaus eingeliefert wurden, rund 40 % aller Todesfälle ursächlich auf das Rauchen zurückzuführen.<sup>vii</sup> Doch während Sozialarbeiter regelmäßig psychische Erkrankungen und Drogenabhängigkeit untersuchen, beurteilen und behandeln, wurde das Rauchen bisher nicht als Teil des Ansatzes priorisiert.

Eine ganze Anzahl an Untersuchungen belegt zudem, dass die Raucherquote in sozioökonomisch benachteiligten Gruppen höher ist als in der Allgemeinbevölkerung.<sup>viiiix</sup> Ein niedrigerer sozioökonomischer Status korreliert mit einem höheren Konsum von Zigaretten und Tabakprodukten sowie mit einer geringeren Wahrscheinlichkeit, mit dem Rauchen aufzuhören. Relativ betrachtet zu höher angesiedelten Einkommensgruppen verzeichnet man außerdem für benachteiligte Bevölkerungsgruppen eine höhere Einstiegsrate in den Tabakkonsum, eine niedrigere Rate an Versuchen zur Entwöhnung und weniger Erfolg bei einem Versuch, das Rauchen aufzugeben.<sup>xi</sup>

Die negativen Auswirkungen des Rauchens betreffen nicht nur die Person, die raucht, sondern auch die Menschen in ihrer Umgebung, allen voran Kinder und Jugendliche. Laut einer Studie im kanadischen Quebec waren Jugendliche im untersten Einkommensquintil fast fünfmal häufiger dem Passivrauchen in der Wohnung ausgesetzt als Jugendliche im obersten Einkommensquintil.<sup>xii</sup> Untersuchungen haben auch ergeben, dass Jugendliche, deren Hauptbezugsperson raucht, mehr als doppelt so häufig Zigaretten probiert haben (26 % gegenüber 11 %) und viermal so häufig regelmäßige Raucher sind (4,9 % gegenüber 1,2%).<sup>xiii</sup>

Rauchen beeinflusst zudem in ganz erheblichem Ausmaß das Haushaltseinkommen. In Großbritannien hatten im Jahr 2012 etwa 1,1 Millionen Kinder, d.h. fast die Hälfte aller Kinder, die in relativer Armut leben, mindestens einen rauchenden Elternteil.<sup>xiv</sup> Mehr als 1,5 Millionen Menschen in England benötigen aufgrund von Krankheiten oder Behinderungen, die durch das Rauchen verursacht wurden,

Unterstützung durch die Sozialfürsorge. Dabei beanspruchen die Ausgaben für die durch das Rauchen verursachte Sozialfürsorge die ohnehin schon überlasteten Budgets massiv.<sup>xv</sup>

## Warum rauchen Menschen?

Menschen rauchen aus einer Vielzahl von Gründen. Obwohl den Menschen bewusst ist, dass Rauchen ihnen schadet, kann es ihnen schwer fallen, das kurzfristige Verlangen zu rauchen der langfristigen Gesundheit unterzuordnen. Nikotin kann zu einer Abhängigkeit führen, d.h. die Menschen haben das Gefühl, es weiter konsumieren zu müssen. Aber unabhängig vom Tabakrauch ist Nikotin selbst eine risikoarme Substanz.<sup>xvi</sup> Man sollte sich darüber im Klaren sein, dass der Nikotinkonsum für viele Menschen ein Vergnügen ist, genau wie der Konsum von Koffein oder Alkohol. Viele haben das Gefühl, dass ihr Nikotinkonsum positive Auswirkungen hat – beispielsweise zur Entspannung oder für mehr Konzentration, oder um mit Traurigkeit, Langeweile oder dem Stress des täglichen Lebens fertig zu werden.

Andere mögen der Überzeugung sein, der Nikotinkonsum ginge mit einer Verringerung bestimmter Symptome einher, z. B. im Zusammenhang mit einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) oder der Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS). Für einige Menschen mit Schizophrenie kann der Nikotinkonsum eine Form der Selbstmedikation sein, die es ihnen ermöglicht, kognitive Symptome zu behandeln oder die Nebenwirkungen von Psychopharmaka zu reduzieren.<sup>xvii</sup> Bis zum Aufkommen sicherer Nikotinprodukte waren nur wenige Menschen in der Lage, Nikotin zu konsumieren, ohne gleichzeitig Tabak zu rauchen, was zu erheblichen gesundheitlichen Schäden führte.

Angesichts der gefährdeten und ausgegrenzten Bevölkerungsgruppen, mit denen Sozialarbeiter wahrscheinlich zu tun haben, ist es auch sinnvoll, die Gründe für das Rauchen aus einem breiteren Blickwinkel zu betrachten und sich zu fragen, warum bestimmte Personengruppen eher rauchen, stärker rauchen oder es schwieriger finden, mit dem Rauchen aufzuhören als andere. Forschungsarbeiten unter der Leitung von Sir Michael Marmot, die in einer großen britischen Studie veröffentlicht wurden, stellen fest, dass „gesundheitliche Ungleichheiten aus sozialen Ungleichheiten resultieren [und dass] Maßnahmen gegen gesundheitliche Ungleichheiten Maßnahmen bei allen sozialen Determinanten der Gesundheit erfordern“.<sup>xviii</sup> Bei den sozialen Determinanten der Gesundheit handelt es sich um die wirtschaftlichen und sozialen Bedingungen, durch welche die Gesundheit von Einzelpersonen und Gruppen beeinflusst wird.

Beispielsweise ist die Wahrscheinlichkeit deutlich höher, dass ein Kind oder ein junger Erwachsener mit dem Rauchen anfängt, wenn es in einer Familie mit rauchenden Eltern aufwächst, in einer Gegend mit vielen Tabakwarengeschäften und mit rauchenden Freunden und Gleichaltrigen. All diese Faktoren normalisieren das Rauchen. Außerdem ist die Wahrscheinlichkeit höher, dass diese Umstände in sozial benachteiligten Gebieten auftreten. Und wenn Menschen in der Kindheit oder Jugend mit dem Rauchen beginnen, rauchen sie oft sehr stark und finden es daher schwieriger, damit aufzuhören. Viele setzen das Rauchen bis ins Erwachsenenalter und dann bis zur Elternschaft fort – so dass der Kreislauf erneut beginnen kann.

Das Rauchen vollständig aufzugeben ist das beste Ergebnis für die Gesundheit. Aber für diejenigen, die nicht aufhören können oder wollen, bietet die Schadensbegrenzung beim Rauchen eine Auswahl an sichereren Alternativen für den Nikotinkonsum, ohne sich den Tausenden von giftigen chemischen Verbindungen im Zigarettenrauch auszusetzen. Dies ist eine wichtige Maßnahme im Bereich der öffentlichen Gesundheit.

## Wie können Sozialarbeiter ihren Klienten helfen, die mit dem Rauchen verbundenen Schäden zu reduzieren?

Nur wenige Länder bilden derzeit Sozialarbeiter aus, die diejenigen unterstützen, die mit dem Rauchen aufhören wollen. Das ist eine echte verpasste Chance für das öffentliche Gesundheitssystem. Wie Ärzte, Krankenschwestern, Hebammen, Psychologen und Psychotherapeuten können auch Sozialarbeiter einen erheblichen Einfluss auf die Entscheidungen der Menschen und ihr allgemeines Wohlbefinden haben. Als erste – und in manchen Fällen einzige – Anlaufstelle für marginalisierte Bevölkerungsgruppen könnten Sozialarbeiter daher eine wichtige Rolle bei der Reduzierung der Prävalenz des Rauchens spielen.

Sozialarbeiter sollten in der Lage sein, ihre Klienten an lokale oder nationale Hilfsangebote zur Raucherentwöhnung zu verweisen, sofern diese verfügbar sind. Leider sind in vielen Teilen der Welt Dienste zur Raucherentwöhnung selten, nicht vorhanden oder nur zu hohen Kosten zugänglich. In einem Bericht der WHO aus dem Jahr 2021 wurde festgestellt, dass 70 % der Raucher weltweit keinen Zugang zu Services haben, die der Raucherentwöhnung dienen.<sup>xix</sup> Dort, wo sicherere Nikotinprodukte zugänglich und erschwinglich sind, sollten Sozialarbeiter auch dabei unterstützt werden, das Bewusstsein für die Schadensbegrenzung beim Tabakkonsum zu schärfen, um den Menschen zu helfen, die Auswirkungen ihres Rauchens oder ihres Konsums riskanter Tabakprodukte zu verringern.

Sozialarbeiter könnten in der Durchführung von Very Brief Advice (VBA) zur Raucherentwöhnung geschult werden. Dabei handelt es sich um eine evidenzbasierte, 30-sekündige Intervention, die opportunistisch bei Menschen im Gesundheits- oder Sozialwesen eingesetzt werden kann. Mit einem nicht wertenden Ansatz zielt VBA darauf ab, Menschen, die rauchen, zu identifizieren („Fragen“), sie über die beste Methode zur Raucherentwöhnung zu beraten („Beraten“) und nachfolgende Entwöhnungsversuche zu unterstützen („Handeln“).<sup>xx</sup>

Viele Sozialarbeiter sind bereits in der Anwendung verschiedener psychologischer Methoden zur Unterstützung ihrer Klienten geschult. Dazu zählen etwa die motivierende Gesprächsführung oder die kurze kognitive Verhaltenstherapie. Diese Methoden haben sich auch bei der Raucherentwöhnung als wirksam erwiesen. Mit der entsprechenden Unterstützung und ausreichenden Mitteln könnten Sozialarbeiter darin bestärkt werden, individuelle Programme für bestimmte Bevölkerungsgruppen zu entwickeln und zu fördern, um das Rauchen aufzugeben oder zu reduzieren. Eine 2013 veröffentlichte Studie hat gezeigt, dass kurze Beratungen von 20 Minuten oder weniger, die von Ärzten und anderen Mitarbeitern des Gesundheitswesens durchgeführt wurden, die Quote der Patienten, die mit dem Rauchen aufhörten, im Vergleich zu denen, die keine Beratung erhielten, erhöhten.<sup>xxi</sup>

Die Integration der Schadensbegrenzung beim Rauchen in den Ansatz der Sozialarbeit deckt sich mit den Zielen und Motivationen vieler der in diesem Beruf Tätigen. Durch Schadensbegrenzung können Raucher in die Lage versetzt werden, selbst etwas für ihre Gesundheit zu tun. Aus diesem Grunde sollten Sozialarbeiter in denjenigen Ländern, in denen sicherere Nikotinprodukte verfügbar und erschwinglich sind, in der Lage sein, vertrauenswürdige Informationen und Ratschläge in Bezug auf Optionen der Schadensminderung beim Rauchen als Teil einer umfassenden Unterstützung bei der Raucherentwöhnung zu geben.

---

Für weitere Informationen über die Arbeit des *Global State of Tobacco Harm Reduction* oder die in diesem GSTHR-Informationspapier angesprochenen Punkte wenden Sie sich bitte an [info@gsthr.org](mailto:info@gsthr.org)

Über uns: **Knowledge • Action • Change (K•A•C)** ordert die Schadensbegrenzung als eine wichtige Strategie der öffentlichen Gesundheit, die auf den Menschenrechten beruht. Das Team verfügt über mehr als vierzig Jahre

Erfahrung mit Harm Reduction-Arbeit in den Bereichen Drogenkonsum, HIV, Rauchen, sexuelle Gesundheit und Strafvollzug. K•A•C leitet die *Global State of Tobacco Harm Reduction* (GSTHR) welche die Entwicklung der Schadensminderung beim Tabakkonsum, die Verwendung, die Verfügbarkeit und die rechtlichen Maßnahmen für sicherere Nikotinprodukte sowie die Prävalenz des Rauchens und die damit verbundene Sterblichkeit in über 200 Ländern und Regionen der Welt erfasst. Alle Veröffentlichungen und aktuellen Daten finden Sie auf <https://gsth.org>

Unsere Finanzierung: Das GSTHR-Projekt wurde mit Hilfe eines Zuschusses von „Global Action to End Smoking“ (früher bekannt als „Foundation for a Smoke-Free World“), einer unabhängigen, gemeinnützigen US-amerikanischen 501(c)(3)-Zuschussorganisation, erstellt, die weltweit wissenschaftsbasierte Bemühungen zur Beendigung der Rauchepidemie beschleunigt. Global Action war in keiner Weise an der Gestaltung, Umsetzung, Datenanalyse oder Interpretation dieses Informationspapiers beteiligt. Die Verantwortung für den Inhalt, die Auswahl und die Darstellung der Fakten sowie für alle geäußerten Meinungen obliegt allein den Autoren und sollte nicht als Ausdruck der Positionen von *Global Action to End Smoking* angesehen werden.

- 
- <sup>i</sup> Adverse Childhood Experiences (ACEs) and Trauma. (2023, December 6). [Factsheet]. Scottish Government, Mental Health Directorate. <http://www.gov.scot/publications/adverse-childhood-experiences-aces/pages/aces-research/>.
- <sup>ii</sup> Smoking Profile—Data—OHID. (2024). [Fingertips, Public health data]. Office for Health Improvement and Disparities. [https://fingertips.phe.org.uk/profile/tobacco-control/data#page/4/gjd/1938132900/pat/159/par/K02000001/ati/15/are/E92000001/yr/1/cid/4/tbm/1/page-options/ine-yo-1:2022:-1:-1\\_ine-ct-36\\_ine-pt-0\\_tre-do-1](https://fingertips.phe.org.uk/profile/tobacco-control/data#page/4/gjd/1938132900/pat/159/par/K02000001/ati/15/are/E92000001/yr/1/cid/4/tbm/1/page-options/ine-yo-1:2022:-1:-1_ine-ct-36_ine-pt-0_tre-do-1).
- <sup>iii</sup> The vicious cycle of tobacco use and mental illness – a double burden on health. (2021, November 8). [News release]. World Health Organization. <https://www.who.int/europe/news/item/08-11-2021-the-vicious-cycle-of-tobacco-use-and-mental-illness-a-double-burden-on-health>.
- <sup>iv</sup> RightCare physical health and severe mental illness scenario. (2023, October 25). [Mental health, NHS RightCare]. NHS England. <https://www.england.nhs.uk/long-read/rightcare-physical-health-and-severe-mental-illness-scenario/>
- <sup>v</sup> Winterer, G. (2010). Why do patients with schizophrenia smoke? *Current Opinion in Psychiatry*, 23(2), 112–119. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e3283366643>.
- <sup>vi</sup> Morgan, B. W., Leifheit, K. M., Romero, K. M., Gilman, R. H., Bernabe-Ortiz, A., Miranda, J. J., Feldman, H. I., Lima, J. J., Checkley, W., & Study, C. C. (2017). Low cigarette smoking prevalence in peri-urban Peru: Results from a population-based study of tobacco use by self-report and urine cotinine. *Tobacco Induced Diseases*, 15. <https://doi.org/10.1186/s12971-017-0137-8>.
- <sup>vii</sup> Callaghan, R. C., Gatley, J. M., Sykes, J., & Taylor, L. (2018). The prominence of smoking-related mortality among individuals with alcohol- or drug-use disorders. *Drug and Alcohol Review*, 37(1), 97–105. <https://doi.org/10.1111/dar.12475>.
- <sup>viii</sup> Huang, M. Z., Liu, T. Y., Zhang, Z. M., Song, F., & Chen, T. (2023). Trends in the distribution of socioeconomic inequalities in smoking and cessation: Evidence among adults aged 18~59 from China Family Panel Studies data. *International Journal for Equity in Health*, 22(1), 86. <https://doi.org/10.1186/s12939-023-01898-3>.
- <sup>ix</sup> Kim, J. E. (2016). Cigarette Smoking Among Socioeconomically Disadvantaged Young Adults in Association With Food Insecurity and Other Factors. *Preventing Chronic Disease*, 13. <https://doi.org/10.5888/pcd13.150458>.
- <sup>x</sup> Hitchman, S. C., Fong, G. T., Zanna, M. P., Thrasher, J. F., Chung-Hall, J., & Siahpush, M. (2014). Socioeconomic status and smokers' number of smoking friends: Findings from the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. *Drug and Alcohol Dependence*, 143, 158–166. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2014.07.019>.
- <sup>xi</sup> Reid, J. L., Hammond, D., Boudreau, C., Fong, G. T., Siahpush, M., & ITC Collaboration. (2010). Socioeconomic disparities in quit intentions, quit attempts, and smoking abstinence among smokers in four western countries: Findings from the International Tobacco Control Four Country Survey. *Nicotine & Tobacco Research: Official Journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco*, 12 Suppl(Suppl 1), S20–33. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntq051>.
- <sup>xii</sup> Gagné, T., Lapalme, J., Ghenadenik, A. E., OLoughlin, J. L., & Frohlich, K. (2021). Socioeconomic inequalities in secondhand smoke exposure before, during and after implementation of Quebec's 2015 'An Act to Bolster Tobacco Control'. *Tobacco Control*, 30(e2), e128–e137. <https://doi.org/10.1136/tobaccocontrol-2020-056010>.
- <sup>xiii</sup> Children whose parents smoke are 4 times as likely to take up smoking themselves. (2021, December 28). [Press release]. GOV. UK, Department of Health and Social Care. <https://www.gov.uk/government/news/children-whose-parents-smoke-are-four-times-as-likely-to-take-up-smoking-themselves>.
- <sup>xiv</sup> Belvin, C., Britton, J., Holmes, J., & Langley, T. (2015). Parental smoking and child poverty in the UK: An analysis of national survey data. *BMC Public Health*, 15(1), 507. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-1797-z>.
- <sup>xv</sup> The cost of smoking to the social care system. (2021). Action on Smoking and Health (ASH). <https://ash.org.uk/uploads/SocialCare.pdf?v=1647953369>.
- <sup>xvi</sup> Royal Society of Public Health. (2015, August 13). Nicotine “no more harmful to health than caffeine”. <https://www.rspg.org.uk/about-us/news/nicotine--no-more-harmful-to-health-than-caffeine-.html?s=03>.
- <sup>xvii</sup> Winterer, 2010.

- <sup>xviii</sup> Marmot, M., Goldblatt, P., & Allen, J. (2010). *Fair Society Healthy Lives (The Marmot Review)* [Strategic review of health inequalities in England post-2010]. Institute of Health Equity.  
<https://www.instituteofhealthequity.org/resources-reports/fair-society-healthy-lives-the-marmot-review>.
- <sup>xix</sup> *Quit tobacco to be a winner*. (2021, May 19). [Commentaries]. World Health Organization.  
<https://www.who.int/news-room/commentaries/detail/quit-tobacco-to-be-a-winner>.
- <sup>xx</sup> *Very brief advice on smoking (VBA)+. 30 seconds to save a life*. (2021). National Centre for Smoking Cessation and Training.  
[https://www.ncsct.co.uk/publications/VBA\\_2021](https://www.ncsct.co.uk/publications/VBA_2021).
- <sup>xxi</sup> Stead, L. F., Buitrago, D., Preciado, N., Sanchez, G., Hartmann-Boyce, J., & Lancaster, T. (2013). Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 5. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000165.pub4>.