Richtlijn Behandeling van Tabaksverslaving herziening 2009

INITIATIEF:
Partnership Stop met Roken

ORGANISATIE:
Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO

MANDATERENDE VERENIGINGEN:
- Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP)
- Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV)
- Nederlandse Vereniging voor Arbeid- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB)
- Nederlands Instituut van Psychologen (NIP)
- Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (NMT)
- Nederlandse Vereniging van Artsen voor Longziekten en Tuberculose (NVALT)
- Nederlandse Vereniging voor Cardiologie (NVVC)
- Nederlandse Vereniging van Doktersassistenten (NVDA)
- Nederlandse Vereniging voor Keel-Neus-en Oorheelkunde en Heelkunde van het Hoofd-Hals-gebied (KNO)
- Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK)
- Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG)
- Vereniging voor Verslavingsgeneeskunde Nederland (VVGN)
- Nederlandse Vereniging van Mondhygienisten (NVM)
- Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF)
- Artsen Jeugdgezondheidszorg Nederland (AJN)

IN SAMENWERKING MET
- Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)
- CAPHRI School for Public Health and Primary Care, Maastricht Universitair Medisch Centrum.
- JellinekMentrum
- STIVORO voor een rookvrije toekomst
- IQ Healthcare, UMC St. Radboud
- Astma Fonds
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM)
- Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN)

FINANCIERING:
De herziening van de richtlijn ‘Behandeling van tabaksverslaving’ is tot stand gekomen met financiële steun van de Nederlandse Hartstichting en ZonMw.

Colofon
Richtlijn Behandeling van tabaksverslaving herziening 2009

© 2009, Partnership Stop met Roken
Postbus 16070
2500 BB DEN HAAG
info.partnership@stivoro.nl

Alle rechten voorbehouden. De tekst uit deze publicatie mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën of enige andere manier, echter uitsluitend na voorafgaande toestemming van de copyrighthouder. Toestemming voor gebruik van tekst(gedeelten) kunt u schriftelijk of per e-mail en uitsluitend bij de copyrighthouder aanvragen. Adres en e-mailadres: zie boven.

Het 'Partnership Stop met Roken' verenigt diverse publieke en private partijen uit het gezondheidszorgveld. De doelstelling is het verbeteren van de behandeling van tabaksverslaving in de zorg. Het uiteindelijke doel is het verminderen van het percentage rokers en de daardoor veroorzaakte schade.

Het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, gevestigd in Utrecht, heeft tot doel individuele beroepsbeoefenaren, hun beroepsverenigingen en zorginstellingen te ondersteunen bij het verbeteren van de patiëntenzorg. Het CBO biedt via programma's en projecten ondersteuning en begeleiding bij systematisch en gestructureerd meten, verbeteren en borgen van kwaliteit van de patiëntenzorg.

Inhoudsopgave

SAMENSTELLING VAN DE WERKGROEP **1**

VOORWOORD **3**

HOOFDSTUK 1 ALGEMENE INLEIDING **7**

HOOFDSTUK 2 SAMENVATTING AANBEVELINGEN **13**

2.2 Oude nog van kracht zijnde aanbevelingen 18

HOOFDSTUK 3 GEDRAGSMATIGE ONDERSTEUNING **22**

3.1. Eenmalige en korte ondersteunende interventies 22

3.1.1. Eenmalig stopadvies 23

3.1.2. Nagaan van de bereidheid van de roker om te stoppen 23

3.1.3. Korte ondersteunende interventies 25

3.2. Intensieve gedragsmatige ondersteuning 28

3.2.1. Telefonische counseling 31

3.2.2. Individuele counseling 33

3.2.3 Beweeginterventies bij stoppen met roken 33

3.2.4 Methode van intensieve interventies 35

3.2.5. Groepstraining 38

3.3. Zelfhulp 39

3.3.1 Effectieve onderdelen 40

3.3.2 Implementatie van zelfhulpmaterialen 40

3.3.3 Minderen als methode om te stoppen met roken 41

HOOFDSTUK 4 FARMACOLOGISCHE ONDERSTEUNING **44**

4.1 Nicotinevervangende middelen (NVM) 44

4.1.1 Effectiviteit 44

4.1.2 Veiligheid en bijwerkingen 47

4.2 Bupropion 50

4.2.1 Effectiviteit 50

4.2.2 Veiligheid 52

4.3 Nortriptyline 54

4.3.1 Effectiviteit 54

4.3.2 Veiligheid 55

4.4 Varenicline 56

4.5 Andere farmacotherapeutische middelen: clonidine 58

4.6 Alternatieve therapieën 59

4.7 Rol van apothekers 59

4.8 Voorkeuren van rokers 60

4.9 Conclusie: kiezen uit farmacologische middelen 60

HOOFDSTUK 5. PRAKTIJKSETTINGS EN DOELGROEPEN 62
5.1 Praktijksettings 62
5.1.1. Setting en discipline 62
5.2 Huisartspraktijk 63
5.2.1 Effectiviteit van korte ondersteunende interventies in de huisartspraktijk volgens de minimale-interventiestrategie (MIS) 64
5.2.2 Praktijkondersteuners of -assistenten 65
5.3 Stoppen met roken in de fysiotherapiepraktijk 66
5.4. Prognostische factoren 67
5.5 Interventies in de werkomgeving 69

HOOFDSTUK 6 IMPLEMENTATIE VAN DE RICHTLIJN IN DE PRAKTIJK 74
6.1 Inleiding 74
6.2 Implementatiestrategieën 75
6.3 De rol van de behandelaar 75
6.4 Organisatie van de zorgpraktijk 79

BIJLAGE 1 DOSERINGEN EN CONTRA-INDICATIES VAN DE FARMACOLOGISCHE BEHANDELING VAN TABAKSVERSLAVING 84
1.1. Nicotinevervangers 84
1.2. Bupropion 86
1.3. Nortriptyline (niet geregistreerd voor stoppen met roken) 88
1.4. Varenicline 90

BIJLAGE 2 SAMENVATTINGSKAART NHG STANDAARD 92

BIJLAGE 3 EVIDENCE TABELLEN 96

BIJLAGE 4 BELANGEN 102

BIJLAGE 5 LIJST VAN GEBRUIKTE AFKORTINGEN 104

BIJLAGE 6 LITERATUUR 106

SAMENSTELLING VAN DE WERKGROEP

Kerngroep

- Prof. dr. C. van Weel, (voorzitter), hoogleraar Huisartsgeneeskunde, UMC St.Radboud, Nijmegen
- Mw. dr. ir. D. Segaar, teamleider zorg, STIVORO, Den Haag
- Dr. A.J.M. Drenthen, teamleider preventie en patiëntenvoorlichting, Utrecht, voorzitter werkgroep 'Gedrag', NHG
- Dr. P.N. Post, arts, senior adviseur, Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, Utrecht
- Drs. P.I. van Spiegel, longarts, Slotervaart Ziekenhuis, Amsterdam, voorzitter werkgroep 'Farmacologische ondersteuning', NVALT
- Mw. drs. C.J.G.M. Rosenbrand, arts, senior adviseur, Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, Utrecht
- Dr. M.C. Willemsen, hoofd onderzoek, voorzitter werkgroep 'implementatie', STIVORO voor een rookvrije toekomst, Den Haag

Advisering

- Mw. drs. F.A. van Bladeren, projectcoördinator Partnership Stop met Roken
- Mw. dr. T.L. Feenstra, RIVM

Plenaire Werkgroep

- Dr. mr. R.H.B. Allard, kaakchirurg, Vrije Universiteit Medisch Centrum, Amsterdam
- Mw. L. Arntzenius-Smit, jeugdarts, Atsen Jeugdgezondheidszorg Nederland, Lisse
- Dr. R. Ashruf, verslavingsarts, Parnassia psycho-medisch Centrum, Zoetermeer
- Drs. B.J.F. van den Bemt, apotheker, Sint Maartenskliniek, Nijmegen
- Drs. J.R.M. Blekemolen, bedrijfsarts, VODEMOL, BV., Muiderberg
- Mw. J.W. Bottema, Astmafonds, Leusden
- Prof. dr. R. de Bree, KNO-arts, Vrije Universiteit Medisch Centrum, Amsterdam
- Mw. A.J. van Capelleveen, verloskundige, Kampen
- Drs. A. van Emst, STIVORO, Den Haag
- Mw. dr. T.L. Feenstra, gezondheidseconoom, RIVM, Bilthoven
- Mw. d. Gilissen-Keizer, praktijkverpleegkundige, Elst
- Mw. S.G. van Gunst MSc. Nederlandse Vereniging van Doktersassistenten, Utrecht
- Mw. M. Hofman, verpleegkundige, GGZ Drenthe, Assen
- Mw. dr. E.F. Hoving, uiversitair docent Gezondheidsvoorlichting, Universitair Medisch Centrum, Maastricht
- Mw. drs. J.E. Jacobs, onderzoeker-implementatiedeskundige, IQ Healthcare, Nijmegen
- Mw. dr. J. M. de Jonge-de Haan, psycholoog, Verslavingszorg Noord Nederland, Groningen

- Dr. Daniel Kotz, CAPHRI School for Public Health and Primary Care, Maastricht University Medical Centre.
- Dr. R.A. Kraaijenhagen, cardioloog, NIPED, Amsterdam
- Drs. M.C. Küthe, kinderarts, Amphia Ziekenhuis, Breda
- G.G.H.M. Peeters, verpleegkundig specialist, St. Elisabeth Ziekenhuis, Tilburg
- Dr. M.E. Pieterse, universitair docent, Universiteit Twente, Enschede
- Dr. S Scherjon, gynaecoloog, Leids Universitair Medisch Centrum, Leiden
- Mw. d.E. Slot, mondhygiënist, Ned. Ver. Voor Mondhygiënisten, Nieuwegijn
- Mw. drs. P.G. Tromp-Beelen, senior verslavingsarts, JellinekMentrum, Amsterdam
- Drs. Ph.J. van der Wees, fysiotherapeut, Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie, Amersfoort
- Mw. L.A. Wind, huisarts, consulent GGZ, Stichting Leidse Rijn Julius Gezondheidscentra, Utrecht.

VOORWOORD

Voorwoord: Aanleiding Actualisering

Het is een genoegen om hier de actualisering te presenteren van de Richtlijn Behandeling van tabaksverslaving die in 2004 tot stand is gekomen. Achtergrond van de Richtlijn vormt de grote schade die roken toebrengt aan de volksgezondheid – in de vorm van kanker, hart- en vaatziekten, chronische luchtwegaandoeningen, mondziekten, en andere ziekten. In de Richtlijn-2004 werd hiervan een uitvoerig overzicht gegeven dat niets aan actualiteit heeft ingeboet en ook in het Nationaal Kompas Volksgezondheid van het RIVM: www.nationaalkompas.nl > *gezondheidsdeterminanten* > *leefstijl* > *roken* is up to date informatie hierover te vinden.
De door roken aangerichte schade is verbonden met het gedrag ('lifestyle') van individuen en groepen. Het is ook een schade aan de volksgezondheid die te voorkomen en te beperken is: stoppen met roken is een van de meest effectieve mogelijkheden van preventie van het optreden van deze aandoeningen of het beperken van hun ernst. Het propageren en ondersteunen van het stoppen met roken is daarmee een verantwoordelijkheid van alle zorgverleners. De Richtlijn-2004 kwam voort uit de behoefte om die gemeenschappelijke verantwoordelijkheid inhoud te geven en synergie en samenhang te bevorderen in de wijze waarop diverse hulpverleners rokende patiënten benaderen. Wetenschap, praktijkervaring en het gezondheidszorgbeleid rond stoppen met roken ontwikkelen zich, en dat maakt het nodig om de Richtlijn-2004 periodiek te herzien. In deze publicatie wordt uitsluitend de actualisering ten opzichte van 2004 gepresenteerd. Voor het overige blijft de Richtlijn-2004 onverminderd gelden. Hieronder wordt nader toegelicht op welke punten de actualisering zich heeft gericht. Eerst is het echter zinvol om iets meer te zeggen over de context waarbinnen zorgverleners het aanbieden van ondersteuning, om patiënten te helpen met roken te stoppen, moeten plaatsen.

Roken: van Slechte Gewoonte tot Verslaving

De Richtlijn-2004 markeerde een belangrijke verandering in de wijze waarop zorgverleners het roken beschouwden. Tot 2004 domineerde daarin de opvatting van roken als een slechte en onverstandige gewoonte. Met de Richtlijn brak de visie door van roken als verslaving. De actualisatie zet dit verder aan: het ondersteunen van het stoppen met roken vanuit het perspectief van het breken met een verslaving, met de daaraan verbonden fenomenen als 'afhankelijkheid', 'gewenning' en 'onthoudingsverschijnselen'. Genetische, farmacologische, persoonlijke en omgevingsfactoren bepalen daarbij het beloop. Nicotine heeft een direct effect op receptoren in de hersenen. Bij het staken van het tabaksgebruik treden onthoudings-verschijnselen op variërend van slaapstoornissen tot rusteloosheid, gebrek aan concentratie en maagdarmstoornissen. Onthoudingsverschijnselen vormen een sterke prikkel om weer te gaan roken. Na ongeveer een week is de nicotine uit het lichaam verdwenen en vanaf enkele weken is de hunkering vooral toe te schrijven aan de conditionering die in de loop der jaren is ontstaan. De meeste rokers roken de gehele dag, waardoor talloze koppelingen van dagelijkse momenten aan roken zijn ontstaan. Dit versterkt het automatisme van het opsteken van een sigaret – een

impuls waartegen geen weerstand kan worden geboden. Motivatie en eigen-effectiviteit ('zelfcontrole') zijn belangrijk om te kunnen stoppen met roken. Dit omschakelingsproces kan langere tijd (tot een jaar) duren, voor men 'van de sigaret af is' en er dus sprake is van een nieuw automatisch proces van niet-roken.

Actualisatie Richtlijn

Reden om de richtlijn uit 2004 te actualiseren, komt voort uit een aantal relevante ontwikkelingen. Met de komst van varenicline op de markt, is er een belangrijke uitbreiding van het farmacologisch arsenaal voor de ondersteuning van stoppen met roken. De plaats van dit middel naast de al beschikbare wordt in deze herziening aangegeven. Een probleem met de richtlijn uit 2004 was, dat daarin wel werd aangegeven op welke wijze stopondersteuning kon worden geboden, maar dat deze ondersteuning niet in het zorgpakket werd vergoed. Inmiddels is duidelijk dat effectief bewezen gedragsmatige ondersteuning bij stoppen met roken verzekerde zorg is. Het CVZ heeft in 2009 tevens geadviseerd de combinatie van farmacologische ondersteuning en gedragsmatige ondersteuning, het zogenaamde 'integrale stoppen-met-rokenprogramma' op te nemen als een nieuwe aanspraak in de zorgverzekeringswet. De minister van Volksgezondheid heeft het voornemen geuit dit advies over te nemen. Zie www.stivoro.nl/professionals/vergoeding voor de meest actuele informatie hierover.

Deze ontwikkeling maakt het relevant over een actueel overzicht van bewezen effectieve stopondersteuning te beschikken. Daarnaast is er voortgaand inzicht in de effectiviteit van stopstrategieën. In 2004 lag de nadruk sterk op een stapsgewijze aanpak, waarin alle rokers in eerste instantie een advies kregen om vervolgens voor wie dit onvoldoende bleek te zijn, intensievere ondersteuning aan te bieden. Inmiddels wordt bepleit om de aangeboden ondersteuning in eerste instantie af te stemmen op ondersteuningsbehoefte en gericht nadere ondersteuning in te zetten – van 'stepped-care' naar 'matched care'. In 2004 lag de nadruk op een radicaal breken met het gebruik van tabak. Recent zijn er aanwijzingen dat onder omstandigheden ook het *minderen* van het tabaksgebruik een effectieve methode kan zijn om te stoppen met roken. De werkomstandigheden, die zowel in relatie staan met roken als met mogelijkheden voor effectieve interventies, waren in 2004 niet aan de orde geweest. In deze herziening is het domein van de arbeids- en bedrijfsgeneeskunde opgenomen.

Met nadruk zij gesteld, dat in deze herziening alleen *actualisering* van de effectiviteit van gedragsmatige en farmacologische interventies wordt gepresenteerd. Voor het overige blijven de aanbevelingen van de richtlijn uit 2004 onverminderd van kracht. Ook is het goed te benadrukken dat de richtlijn zich richt op de behandeling van tabaksverslaving: *preventie* van roken valt daarmee buiten het kader.

Vrijwel alle specialismen en gezondheidszorgsettings hebben te maken met patiënten die roken en de daarmee samenhangende gezondheidsschade. Het spreekt daarbij vanzelf, dat de uit setting en/of specialisme voortvloeiende omstandigheden om een specificatie van het gebruik van de richtlijn vragen. In deze herziening zijn de settingspecifieke hoofdstukken uit de richtlijn-2004 niet geactualiseerd. Deze hoofdstukken waren in 2004 vooral bedoeld om de settingspecificiteit te illustreren. De herziening is derhalve generiek ten aanzien van de effectiviteit van het ondersteunen van het stoppen met roken. In feite hebben alle zorgverleners

gezien de gezondheidsschade van roken een taak in de behandeling van tabaksverslaving. Om die reden onthoudt de herziening zich verder zo veel mogelijk van uitspraken over wie wat zou moeten doen.
Desondanks willen we benadrukken dat ook die professionals die door een groot deel van de "gezonde" bevolking wordt geconsulteerd, zoals tandartsen, mondhygiënisten, jeugdartsen en verloskundigen een belangrijke rol kunnen spelen. Deze professionals kunnen rokers bereiken die anders niet vaak aangesproken worden op hun rookgedrag.
Onverminderd blijft van kracht dat de effectiviteit van de behandeling wordt vergroot als de behandeling wordt uitgevoerd door daarvoor opgeleide professionals. De richtlijn herziening is een beschrijving van de evidence die doorgaans algemeen geldend is voor alle zorgverleners. Daar komt bij dat er in sommige zorgsettings meer onderzoek is uitgevoerd naar het effect van stopondersteuning, dan in andere. Dit betekent echter niet dat daarmee die settings ook beter geschikt zijn voor het uitvoeren van stopondersteuning. Alleen recent beschikbaar gekomen onderzoek waarin de setting een bepalende factor bleek te spelen wordt als zodanig in deze actualisering gepresenteerd.

Implementatie

Aan de herziening van de richtlijn is een hoofdstuk toegevoegd over het in de praktijk invoeren ('implementeren') van de (herzieningen van de) richtlijn. Dit is in wezen het enige doel van de richtlijn. Hierbij behoort – in aanvulling van het voorgaande – het aanbrengen van specificaties naar de eigen setting van de algemeen geldende evidence. De herziening is daarmee opnieuw een oproep aan het zorgveld, waaronder de beroepsverenigingen, om het invoeren van de richtlijn te ondersteunen, bijvoorbeeld door een praktische uitwerking te maken naar de specifieke werkomgeving. Daarmee wordt bevorderd dat in alle geledingen van de gezondheidszorg een evidence-based bijdrage kan worden geleverd aan het stoppen met roken. Zie verder hiervoor ook op de website www.ZorgEnTabak.nl.
Dit sluit goed aan bij de recente de rapporten die CVZ heeft uitgebracht over 'Rookstopbegeleiding' als vergoede zorg. Daarmee wordt niet alleen duidelijk welke effectieve stoppen met roken ondersteunende activiteiten vanuit de zorg kunnen worden geboden, maar ook hoe deze kunnen worden vergoed. Benadrukt moet worden dat niet iedere hulpverlener en discipline 'alles' hoeft te doen: het gaat om ondersteuning van het stoppen met roken in een ketenbenadering. Doorverwijzing voor meer intensieve de zorg naar verder gespecialiseerde zorgverleners is mogelijk. Het gaat er om deze keten gemeenschappelijk te vormen en in stand te houden. Daarbij is uiteindelijk de stoppende roker zelf een belangrijke partij in. Het zorgaanbod dient gematched te zijn aan de individuele behoefte. Het Partnership 'Stop met roken' (www.partnershipstopmetroken.nl) ontwikkelt thans een zorgmodule 'stoppen met roken', waarin de evidence wordt omgezet in een praktische beschrijving van de zorg die rokende patiënten zouden moeten ontvangen.

Tot Slot

Met de herziening van de richtlijn 'Behandeling van Tabaksverslaving' beschikt de Nederlandse gezondheidszorg over een geactualiseerd overzicht van evidence-based interventies van

tabaksgebruik. In samenhang met recent overheidsbeleid en gesteund door de vergoeding van in te zetten hulpmiddelen moet de zorgsector hiermee substantieel kunnen bijdragen aan het verder terugdringen van de uit tabaksgebruik voortvloeiende gezondheidsschade.

HOOFDSTUK 1 ALGEMENE INLEIDING

Aanleiding
Een aantal onderwerpen waarover in de praktijk vragen zijn, vormden in het bijzonder een aanleiding voor de actualisatie van de richtlijn:
- Harm reduction/minderen van roken;
- Varenicline als farmacologische ondersteuning;

Daarnaast is er ten aanzien van vele interventies aanvullend gezocht naar beschikbare updates van de wetenschappelijke literatuur, die een actualisatie rechtvaardigen.

Doelstelling
Het is de bedoeling met deze richtlijn zoveel mogelijk rokers te bereiken door de preventieve en curatieve zorgverleners op hun intermediaire functie aan te spreken. Deze gedachte is ingegeven door de volgende overwegingen:
- Stoppen met roken vergt verandering van gezondheidsgedrag op individueel niveau.
- Adviezen van professionals werkzaam in de gezondheidszorg zijn effectiever dan die van niet-professionals.
- Veel rokers hebben contact met de medische zorg.
- Per roker zijn dit vaak ook meerdere contacten.

Het laatste punt is de reden voor een stapsgewijze aanpak en ook de uitdaging om met diverse disciplines tot een zelfde aanpak te komen. Daarbij gaat de richtlijn uit van een eerste advisering, alsof het om een eerste contact tussen roker en hulpverlener gaat. Veel rokers hebben in het verleden echter al stopadviezen ontvangen.

Doelgroep
De conclusies en aanbevelingen in deze richtlijn hebben in principe betrekking op alle hulpverleners in de zorg. In *hoofdstuk 5* wordt aanvullend ingegaan op praktijk- en beroepsspecifieke zaken, voor zover deze beschikbaar waren en voor zover de beroepsgroep(en) in de richtlijnwerkgroep vertegenwoordigd waren.

Samenstelling werkgroep
In augustus 2008 is de multidisciplinaire werkgroep, bestaande uit 33 personen, van start gegaan. Er werden drie subwerkgroepen geformeerd: één over gedragsmatige ondersteuning, een over farmacologische ondersteuning en een over de implementatie van de richtlijn. Een kerngroep met de voorzitters van de subwerkgroepen werd samengesteld voor onderlinge afstemming. Opdrachtgever van de richtlijn was het Partnership Stop met Roken, een samenwerkingsverband van een groot aantal wetenschappelijke verenigingen en andere beroepsorganisaties die binnen de gezondheidszorg werkzaam zijn. Methodologische en secretariële begeleiding werd verzorgd door het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO. Bij het samenstellen van de werkgroep is zoveel mogelijk rekening gehouden met een evenredige vertegenwoordiging van de verschillende verenigingen, ‘scholen’ en academische achtergrond. De werkgroepleden hebben onafhankelijk gehandeld en waren gemandateerd door hun vereniging.

Werkwijze werkgroep

Voor de actualisatie zijn op initiatief van het Partnership Stop met Roken en na prioritering door de werkgroep een viertal uitgangsvragen opgesteld, waar voor uitgebreid literatuuronderzoek door het CBO plaatsvond. Het CBO beoordeelde de literatuur en vatte deze samen, waarna de werkgroep hierbij aanbevelingen formuleerde. De uitgangsvragen waren:

- *Is minderen met roken een effectieve methode om te stoppen met roken? (paragraaf 3.3.3)*
- *Is Varenicline een effectief en veilig middel om te stoppen met roken? (paragraaf 4.4)*
- *Zijn er bepaalde eigenschappen van rokers te onderscheiden die van prognostische betekenis* zijn voor het succes van therapie? *(paragraaf 5.4)*
- *Welke rookstopinterventies zijn in de arbeidsituatie effectief en uitvoerbaar? (hoofdstuk 5.5)*

Daarnaast werd de richtlijn op de belangrijkste onderdelen herzien. Dit geldt voor gedragsmatige ondersteuning, farmacologische ondersteuning, praktijksettings en doelgroepen en het hoofdstuk implementatie.

Voor ieder van deze hoofdstukken werd een kerngroeplid als voorzitter benoemd, die samen met leden van de plenaire werkgroep het hoofdstuk hebben herzien. Daarbij maakten ze gebruik van recente richtlijnen uit Nederland, Verenigd Koninkrijk en de VS en sleutelpublicaties van de Cochrane Collaboration. Voor het hoofdstuk implementatie werd aanvullend literatuur gezocht.

Gebruikte literatuur en zoekstrategie voor de richtlijn

De herziening van de richtlijn is voor zover mogelijk gebaseerd op gegevens uit gepubliceerd wetenschappelijk onderzoek. Uitgangspunt zijn richtlijnen voor stoppen met roken die in de Verenigde Staten en Engeland zijn ontwikkeld en de ‘systematic reviews’ die in Cochrane-verband zijn gepubliceerd (zie hieronder). Het gaat in de meeste gevallen dus om gegevens uit ‘systematic reviews’ en/of meta-analysen. Waar mogelijk werd dit aangevuld met recentere literatuur en onderzoeken specifiek verricht in Nederland, waarbij ook de NHG standaard ‘stoppen met roken’ werd gebruikt.

De volgende informatiebronnen werden gebruikt:

- De *Cochrane-database* of ‘systematic reviews’ van de *Cochrane Library* tot en met 2008, ‘issue 3’. Alle systematische reviews werden gebruikt met het onderwerp ‘smoking cessation’.
- De recente Amerikaanse richtlijn: Fiore MC, et al. Treating tobacco use and dependence. Clinical Practice Guideline. US: Rockville, MD. Department of Health and Human Services. Public Health Service; 2008 update.
- De recente NICE guideline en een ‘rapid review over interventies in de werkomgeving: NICE public health guidance 10. Smoking cessation services in primary care, pharmacies, local authorities and workplaces, particularly for manual working groups, pregnant women and hard to reach communities. NICE, 2008 en NICE rapid review. Workplace policies for Smoking Cessation. Updated November 2007. NICE, 2007.

Voor sommige onderwerpen zijn aanvullende zoekopdrachten uitgevoerd in *Medline* en soms ook in *Embase*. Dit betreft vooral de praktijk-/beroepsspecifieke onderdelen van de richtlijn, vooral wanneer geen informatie in de bovengenoemde bronnen beschikbaar was.
Voor het onderwerp implementatie is een aparte literatuurstudie uitgevoerd, die is beschreven in het hoofdstuk zelf.
Voor de vier nieuwe uitgangsvragen werd apart gezocht. Wanneer het onderwerp beschreven stond in de 2 recente buitenlandse richtlijnen werd deze beperkt tot zoeken waar deze waren gestopt (vanaf 2006 tot december 2008). Bij vragen die niet in deze richtlijnen waren besproken, werd gezocht in Medline en Embase (en soms ook Psychinfo) van 2000-2008. De vraag over arbeid is grotendeels gebaseerd op de Nice rapid review.

In de teksten over de uitgangsvragen staat de beoordeling van de verschillende artikelen aan het begin van de paragraaf. De wetenschappelijke onderbouwing is vervolgens samengevat in een conclusie. De literatuur waarop deze conclusie is gebaseerd, staat bij de conclusie vermeld, inclusief de ‘mate van bewijs’ volgens de in tabel 1 vermelde systematiek. Voor het komen tot een aanbeveling zijn er naast het wetenschappelijk bewijs vaak ook andere aspecten van belang, bijvoorbeeld: patiëntenvoorkeuren, kosten, beschikbaarheid (in verschillende echelons) en organisatorische aspecten. Deze aspecten worden vermeld onder het kopje ‘Overige overwegingen’. De aanbeveling is het resultaat van het beschikbare bewijs en de overige overwegingen.

Tabel 1. Indeling van methodologische kwaliteit van individuele studies

	Interventie	Diagnostisch accuratesse onderzoek	Schade of bijwerkingen, etiologie, prognose*
A1	Systematische review van tenminste twee onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van A2-niveau		
A2	Gerandomiseerd dubbelblind vergelijkend klinisch onderzoek van goede kwaliteit van voldoende omvang	*Onderzoek ten opzichte van een referentietest (een 'gouden standaard') met tevoren gedefinieerde afkapwaarden en onafhankelijke beoordeling van de resultaten van test en gouden standaard, betreffende een voldoende grote serie van opeenvolgende patiënten die allen de index- en referentietest hebben gehad*	Prospectief cohort onderzoek van voldoende omvang en follow-up, waarbij adequaat gecontroleerd is voor 'confounding' en selectieve follow-up voldoende is uitgesloten.
B	Vergelijkend onderzoek, maar niet met alle kenmerken als genoemd onder A2 (hieronder valt ook patiënt-controle onderzoek, cohort-onderzoek)	Onderzoek ten opzichte van een referentietest, maar niet met alle kenmerken die onder A2 zijn genoemd	Prospectief cohort onderzoek, maar niet met alle kenmerken als genoemd onder A2 of retrospectief cohort onderzoek of patiënt-controle onderzoek
C	Niet-vergelijkend onderzoek		
D	Mening van deskundigen		

* Deze classificatie is alleen van toepassing in situaties waarin om ethische of andere redenen gecontroleerde trials niet mogelijk zijn. Zijn die wel mogelijk dan geldt de classificatie voor interventies.

Niveau van conclusies

	Conclusie gebaseerd op
1	Onderzoek van niveau A1 of tenminste 2 onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van niveau A2, met consistent resultaat
2	1 onderzoek van niveau A2 of tenminste 2 onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van niveau B
3	1 onderzoek van niveau B of C
4	Mening van deskundigen

Juridische betekenis van richtlijnen

Richtlijnen zijn geen wettelijke voorschriften, maar op ‘evidence’ gebaseerde aanbevelingen waaraan zorgverleners zich committeren om kwalitatief goede zorg te verlenen. Aangezien de ondersteunende literatuur voor deze aanbevelingen hoofdzakelijk gebaseerd is op de ‘gemiddelde patiënt’, kunnen zorgverleners op basis van hun professionele autonomie afwijken van de richtlijn. Dit kan in bepaalde situaties zelfs noodzakelijk zijn. Wanneer van de richtlijn wordt afgeweken, wordt aangeraden dit beargumenteerd en gedocumenteerd te doen.

Financiële belangenverstrengeling/Onafhankelijkheid werkgroepleden

Een overzicht met verklaringen van werkgroepleden over mogelijke financiële belangen-verstrengeling is in een addendum bij deze richltijn opgenomen. Er zijn geen bijzondere vormen van belangenverstrengeling gemeld.

Herziening

Uiterlijk in 2014 bepaalt het Partnership Stop met Roken of deze richtlijn nog actueel is. Zo nodig wordt een nieuwe werkgroep geïnstalleerd om de richtlijn te herzien. De geldigheid van de richtlijn komt eerder te vervallen indien nieuwe ontwikkelingen aanleiding zijn een herzieningstraject te starten.

HOOFDSTUK 2 SAMENVATTING AANBEVELINGEN

2.1. nieuwe aanbevelingen

Hoofdstuk 3. Gedragsmatige ondersteuning

Gezien het grote gezondheidsrisico van roken in de Nederlandse bevolking en de bewezen effectiviteit van éénmalige en kortdurend advies, dienen hulpverleners het rookgedrag van een patiënt/cliënt zo mogelijk systematisch vast te leggen in het dossier.

Het is van groot belang dat alle hulpverleners (preventief of curatief werkzaam) op zijn minst een éénmalig advies geven aan elke nieuwe patiënt/cliënt die blijkt te roken. Bij rokers die niet gemotiveerd zijn om te stoppen dient dit regelmatig, bijvoorbeeld jaarlijks, herhaald te worden.

Aangezien intensievere interventies bij stoppen met roken effectiever zijn dan éénmalig advies, verdient een intensievere vorm van begeleiding de voorkeur, als dat aansluit bij de behoeften van de roker. Indien dit niet haalbaar is, gaat de voorkeur uit naar de meest intensieve interventie die op redelijke termijn in de bestaande situatie beschikbaar is.

Rokers die intensieve begeleiding wensen en rokers die meerdere mislukte stoppogingen met hulp hebben gedaan - maar wel bereid zijn te stoppen -, moeten de mogelijkheid van intensievere begeleiding krijgen.
Aan bijzondere doelgroepen kan een intensieve begeleiding eerder worden aanbevolen:
- patiënten die bij de dokter komen met een aan roken gerelateerde klacht
- ouders van kinderen met astma en recidiverende luchtweginfecties
- vrouwen die hormonale anticonceptie (gaan) gebruiken
- zwangeren
- patiënten bij wie recent een aan roken gerelateerde diagnose is gesteld.

Gezien het belang van het stoppen met roken voor moeder en kind, kunnen intensieve interventies aan zwangeren worden aanbevolen wanneer minder intensieve interventies niet werken. Het is uiteraard nog beter om dergelijke interventies nog vóór de zwangerschap aan te bieden, bijvoorbeeld tijdens een preconceptioneel consult.

Het verwijzen naar telefonische coaching is een goed alternatief als intensieve ondersteuning bij het stoppen met roken niet door de hulpverlener zelf gegeven kan worden of indien de roker hier de voorkeur aan geeft.
Hulpverleners wordt aanbevolen om rokers voor verder advies en ondersteuning bij het stoppen met roken te verwijzen naar telefonische coaching.

Hulpverleners dienen bij stoppen met roken, indien mogelijk, te streven naar een persoonlijke face-to-face behandeling in 4 of meer sessies.

Het verdient aanbeveling om fysieke trainingssessies in de gedragsmatige interventie in te bouwen om de acute verschijnselen bij het stoppen met roken te verminderen

Er is mogelijk plaats voor beweegprogramma's als onderdeel van de interventie om stoppen met roken te bevorderen. Nader onderzoek is noodzakelijk naar de lange termijneffecten van beweegprogramma's.

Het verdient aanbeveling om uitvoerders van intensieve interventies te trainen in een motiverende gespreksvoering en in methoden voor gedragsmatige ondersteuning. Intensieve interventies worden bij voorkeur gecombineerd met farmacologische hulp.
Bij alle patiënten die zich melden in de somatische gezondheidszorg en de verslavingszorg (en de GGZ) wordt het tabaksgebruik geagendeerd en wordt aan alle regelmatige rokers het advies gegeven te stoppen.

Het is aan te bevelen dat hulpverleners (een deel van) hun rokende patiënten verwijzen naar de groepstraining 'Pakje Kans' of persoonlijke coaching.

Het is zinvol dat hulpverleners rokers die willen stoppen maar die ze zelf niet kunnen/willen ondersteunen verwijzen naar zelfhulpmaterialen op maat.

Voor rokers die niet kunnen of willen stoppen is minderen een goed alternatief.
Minderen dient dan volgens de methode van geleidelijke gecontroleerde reductie toegepast te worden.

Hoofdstuk 4. Farmacologische ondersteuning

Bij iedere vorm van begeleiding aan rokers die gemiddeld tien of meer sigaretten per dag roken, behoort informatie te worden gegeven over farmacotherapie.
De keuze tussen de verschillende nicotinevervangende middelen kan worden gebaseerd op persoonlijke voorkeur van de gebruiker, het bijwerkingenprofiel* en de prijs.
Nicotinevervangende middelen kunnen worden gebruikt bij 'risicogroepen' zoals mensen met hart- en vaatziekten, maar ook bij verslaafde jongeren vanaf 12 jaar.

Bij zwangere of borstvoeding gevende vrouwen kunnen nicotinevervangende middelen worden overwogen wanneer op geen enkele andere wijze het roken kan worden gestopt en wanneer de risico's van nicotinevervangende middelen opwegen tegen de nadelen van blijven roken.
* zie *bijlage 1, Doseringen en contra-indicaties van de farmacologische behandeling van tabaksverslaving*

Gezien het bijwerkingenprofiel verdient het aanbeveling de behandeling met bupropion samen te laten gaan met minstens twee afspraken met een arts; de eerste afspraak om te controleren op contra-indicaties (bijvoorbeeld zwangerschap) en uitleg te geven over het middel, en de tweede om een vervolggesprek met de roker te voeren en eventueel een vervolgrecept te geven.
Ook de apotheker kan in deze fase voorlichting geven.
Hoewel bupropion veilig lijkt voor schizofrene rokers, verdient het aanbeveling het niet als eerste middel voor te schrijven vanwege het relatief veel voorkomen van bijwerkingen, zoals hoofdpijn, slapeloosheid en geheugenproblemen.

Met alle rokers die willen stoppen met roken, kan de mogelijkheid van het gebruik van nortriptyline worden besproken.
Voordat de voor- en nadelen van het gebruik van nortriptyline worden besproken, dient te worden gecontroleerd of er een of meer contra-indicaties zijn. Bij zwangeren dient aan andere middelen voorrang te worden gegeven.
Het geringe effectiviteitsverschil en het aanzienlijke prijsverschil tussen bupropion en nortriptyline maken de keuze voor nortriptyline aantrekkelijk.

Varenicline is een effectief middel om stoppen met roken te ondersteunen, en zou voor iedere stoppoging overwogen kunnen worden. Er zijn op dit moment geen goede argumenten om een rangorde aan te brengen tussen varenicline, nicotine-vervangende middelen, bupropion, of nortryptiline.

Conidine is gezien het bijwerkingen profiel geen eerste keus, maar kan overwegen worden als NVM of antidepressiva niet aanslaan.

Eerste keus met betrekking tot farmacotherapeutische ondersteuning: Aan alle rokers die meer dan tien sigaretten per dag roken en een stoppoging overwegen, dient het gebruik van een van de nicotinevervangende middelen hierbij in overweging te worden gegeven. Ook bij een tweede poging kunnen deze middelen worden geadviseerd.
Tweede keus met betrekking tot farmacotherapeutische ondersteuning: Aan alle rokers die meer dan tien sigaretten per dag roken en willen stoppen, en bij wie het gebruik van NVT niet (meer) in aanmerking komt, wordt het gebruik van bupropion, nortriptyline of varenicline in overweging gegeven.

Hoofdstuk 5. Praktijksettings en doelgroepen

Er dienen voldoende locaties in Nederland te zijn voor het toepassen van intensieve interventies voor stoppen met roken. Hiervoor komen in aanmerking: eerstelijnsgezondheidszorg (huisartsenpraktijk, verloskundige praktijk), openbare gezondheidszorg (thuiszorg, GGD's),

poliklinieken van algemene ziekenhuizen, verslavingszorg, telefonische coaching en e-programma's door daartoe getrainde professionals.

Zorgverleners die stoppen met roken-ondersteuning geven, moeten daarvoor zijn getraind. Hiervoor zijn in Nederland trainingen beschikbaar bij STIVORO en diverse beroepsorganisaties (NHG voor huisartsen en praktijkondersteuners; NVDA voor doktersassistentes).

De huisarts brengt de rookstatus in kaart bij patënten die zelf om ondersteuning vragen bij stoppen met roken en bij spreekuurbezoekers bij wie stoppen met roken extra van belang is.
De huisarts beoordeelt vervolgens of iemand gemotiveerd is te stoppen, overweegt te stoppen of ongemotiveerd is te stoppen.
De huisarts geeft alle spreekuurbezoekers die blijken te roken het advies te stoppen met roken
Bij rokers die niet gemotiveerd zijn om te stoppen volstaat een éénmalig advies''
Rokers die overwegen te stoppen, wordt een korte motivatie verhogeende interventie aangeboden.
Rokers die gemotiveerd zijn te stoppen wordt een intensieve ondersteunende stop-met-roken interventie aangeboden.
Huisartsen dienen een intensieve stop-met-rokeninterventie te geven aan rokers met aan roken gerelateerde klachten en patiënten uit risicogroepen (hart- en vaatziekten, COPD), ouders van kinderen met astma en recidiverende bovenste luchtweginfecties, vrouwen die hormonale anticonceptie (gaan) gebruiken; zwangere vrouwen en hun partners en patiënten bij wie recent een aan roken gerelateerde ingrijpende diagnose is gesteld.
Huisartsen (of de praktijkondersteuner of assistent) dienen het rookgedrag en motivatieniveau van rokers te peilen, en vervolgens bij gemotiveerde rokers een korte ondersteunende interventie toe te passen., indien nodig met farmacologische ondersteuning
De huisarts kan de interventie geheel of gedeeltelijk aan een getrainde praktijkondersteuner of praktijkassistent delegeren. Samenwerking van de hulpverleners is aan te bevelen. Langere tijdinvestering (tot 90 minuten) en zoveel mogelijk contacten per roker lijkt zinvol en kosteneffectief. Als het voor de huisarts niet mogelijk is een stoppen-met-rokeninterventie aan te bieden, wordt de patiënt verwezen naar andere stoppen-met-rokenprogramma's, zoals STIVORO, 'Advies op Maat', telefonische coaching en de training 'Pakje Kans', naar instellingen voor verslavingszorg of stoppen-met-roken poli's in ziekenhuizen.

Het verdient aanbeveling rekening te houden met een lagere kans op succesvol stoppen met roken bij:
- Rokers zonder sociale steun of netwerk;
- Rokers met een lagere opleiding;
- Rokers die een ernstige depressie hebben doorgemaakt;
- Rokers met een alcoholverslaving;
- Rokers die zwaar lichamelijk werk verrichten;
- Rokers die in een lawaaierige omgeving werken;
- Rokers met weinig controle over hun werk.

Aanbieden van interventies voor stoppen met roken op de werkvloer dienen aangemoedigd te worden, vanwege de mogelijkheid rokers te bereiken die anders niet bereikt zouden worden.
Intensieve interventies voor stoppen met roken in de werkomgeving zijn te prefereren boven minimale interventies.
Positieve financiële prikkels voor werknemers voor deelname en daadwerkelijk stoppen met roken bij deelname aan een rookstopinterventie kan overwogen worden, mits de bedragen voor deelname én stoppen niet te laag zijn (minimaal circa €500,- totaal).

Hoofdtsuk 6 Implemantatie van de richtlijn in de praktijk

Het is aan te bevelen om bij de organisatorische implementatie van behandeling van tabaksverslaving te kiezen voor een systeemaanpak, waarin niet alleen de zorgverlener, maar de totale praktijk en de context van het totale zorgmodel aandacht krijgt, met indien nodig doorverwijzing naar meer gespecialiseerde hulp.
Bij de implementatie van begeleiding van stoppen met roken in de huisartspraktijk verdient het aanbeveling om artsen, verpleegkundigen en doktersassistenten op locatie te trainen in de uitvoering. Als dit niet mogelijk is, verdient het aanbeveling om een externe deskundigheids-bevorderingstraining te volgen (groepstraining)
Het verdient aanbeveling om in de uitvoeringspraktijk gebruik te maken van ondersteunings-systemen zoals screeningsmiddelen.
Het verdient aanbeveling bij de implementatie van de multidisciplinaire richtlijn Tabaksverslaving gebruik te maken van een geïntegreerd zorgmodel met afspraken over taakverdeling tussen disciplines en heldere werkprocedures.
Het verdient aanbeveling te onderzoeken of vergoeding van minimale ondersteuning bij stoppen met roken in de eerste lijn de implementatie bevordert.

2.2 Oude nog van kracht zijnde aanbevelingen

Bepaalde categoriën rokers/patiënten

Adolescenten en jongeren

Het effect van intensieve ‘stoppen met roken’-interventies bij jongeren dient nog verder te worden onderzocht. Het is raadzaam hierbij zo veel mogelijk rekening te houden met de individuele kenmerken en voorkeuren van de roker in kwestie.

In het ziekenhuis opgenomen patiënten

Wanneer rokers in een ziekenhuis worden opgenomen, bestaat een unieke gelegenheid om hen intensief te ondersteunen bij het stoppen met roken.
Ziekenhuispersoneel moet bij opname van patiënten vaststellen of zij al of niet roken, rokers adviseren om te stoppen en degenen die daartoe bereid zijn indien gewenst intensieve hulp verschaffen. Patiënten moeten vóór opname worden ingelicht over het in het ziekenhuis geldende rookverbod.

Andere bijzondere doelgroepen

Intensieve behandelingen moeten zoveel mogelijk worden toegepast bij hardnekkige rokers. Als de kosten hiervoor niet op te brengen zijn, kan worden gekozen voor risicogroepen. Er moet aandacht worden besteed aan manieren om de beschikbaarheid van nicotinevervangende

middelen te verhogen voor de laagste inkomensgroepen onder rokers. Mogelijkheden zijn verstrekking tegen gereduceerde prijs of gratis verstrekking.

Effectiviteit van korte 'stoppen met roken'-interventies aan zwangeren

Vanwege de aanzienlijke risico's van roken tijdens de zwangerschap voor moeder en kind moet aan rokende zwangere vrouwen het dringende en duidelijke advies worden gegeven te stoppen met roken. De 'stoppen met roken'-interventies dienen bij voorkeur verder te gaan dan een kort ondersteunend advies.
Hoewel stoppen met roken in het begin van de zwangerschap de meeste voordelen biedt, is stoppen op elk moment in de zwangerschap gunstig. 'Stoppen met roken'-interventies dienen derhalve in elk geval eenmaal per zwangerschap te worden aangeboden, bij voorkeur tijdens het eerste consult.
Verloskundigen, gynaecologen en huisartsen dienen het rookgedrag en motivatieniveau van zwangeren te inventariseren en vervolgens bij gemotiveerde rokers een kort advies te geven.

Farmacologische ondersteuning zwangere vrouwen en vrouwen die borstvoeding geven.

Nicotinevervangende middelen moet worden overwogen wanneer een zwangere of borstvoeding gevende vrouw op geen enkele andere wijze met het roken kan stoppen en wanneer de nadelen van het gebruik van NVM opwegen tegen de gevolgen van blijven roken. Het verdient aanbeveling verder klinisch onderzoek te verrichten naar de effectiviteit en veiligheid van nicotinevervangende middelen voor zwangere rooksters. Het gebruik van bupropion is gecontraïndiceerd. Met nadruk moet worden gewezen op het risico van gelijktijdig gebruik van nicotinevervangende middelen en roken (risico op verlaagd geboortegewicht).

Terugvalpreventie bij zwangeren

Vrouwen die zijn gestopt met roken tijdens de zwangerschap, moet ook na de bevalling ondersteuning worden aangeboden. De zorg van verloskundigen eindigt één week na de bevalling, gevolgd door een eenmalige nacontrole bij zes weken. Wellicht kan het effect van een interventie gericht op terugvalpreventie worden vergroot door deze zorg gericht over te dragen van verloskundige of gynaecoloog aan het consultatiebureau, de huisarts of eventueel de kinderarts.

Effectiviteit

Kinderartsen, huisartsen, consultatiebureauartsen, jeugdartsen en andere hulpverleners dienen eenmalig advies en een korte ondersteunende interventie over stoppen met roken in hun beleid op te nemen bij elk nieuw patiënt/ouder-contact, bijvoorbeeld volgens de MIS-systematiek.
Kinderen met luchtwegklachten hebben extra last van meeroken. Juist bij deze groep dienen kinderartsen, huisartsen, consultatiebureauartsen, jeugdartsen en andere hulpverleners in de zorg extra alert te zijn in het aanbieden van systematisch gegeven eenmalig advies en een korte ondersteunende interventie, bijvoorbeeld volgens de MIS-systematiek. (STIMEDIC Basis)

Tieners

Gezien het grote gezondheidsrisico van roken bij tieners, dienen kinderartsen, huisartsen, consultatiebureauartsen, jeugdartsen en andere hulpverleners tieners te stimuleren om te stoppen met roken. Niet duidelijk is welke interventie of combinatie van interventies voor deze doelgroep specifiek effectief is. Er is geen reden om fundamenteel anders te handelen, maar het is wel van belang daarbij zo goed mogelijk op de denkwereld van jongeren aan te sluiten.

Aanbevelingen patiënten met een aan roken gerelateerde aandoeningen

Hart- en vaatziekten

Cardiologen en de betrokken verpleegkundigen dienen het rookgedrag en motivatieniveau van hun patiënten met een aan roken gerelateerde aandoening te inventariseren, vervolgens gemotiveerde rokers te ondersteunen in hun stoppoging, waarbij tevens aandacht en ondersteuning dient te zijn in de periode na ontslag uit het ziekenhuis. Patiënten die ongemotiveerd zijn om te stoppen met roken, dienen eerst te worden gemotiveerd. De C-MIS (STIMEDIC Basis) kan als methode worden toegepast. Voor langdurige en grotere effecten wordt een intensievere interventie aanbevolen met nazorg na ontslag uit het ziekenhuis, met aandacht voor terugvalpreventie.

Rookbeleid van tandartsen

Gezien de meerwaarde van hun stopadviezen dienen tandartsen te worden betrokken bij rookontmoedigingscampagnes.
Nagegaan moet worden of het bestaande voorlichtingsmateriaal voor tandartsen en patiënten voldoet. Er dienen cursussen te worden ontwikkeld en aangeboden om tandartsen te trainen.
Het verdient aanbeveling om niet alleen trainingen te organiseren voor tandartsen, maar ook de overige praktijkmedewerkers hierbij te betrekken.

Chronische longziekten

Longartsen en de betrokken verpleegkundigen dienen het rookgedrag en motivatieniveau van hun patiënten met een aan roken gerelateerde aandoening te inventariseren, vervolgens gemotiveerde rokers te ondersteunen in hun stoppoging, waarbij tevens aandacht en ondersteuning dient te zijn in de periode na ontslag uit het ziekenhuis. Patiënten die ongemotiveerd zijn om te stoppen met roken, dienen eerst te worden gemotiveerd. De L-MIS (STIMEDIC stoppen met roken Intensief) kan als methode worden toegepast. Voor langdurige en grotere effecten wordt een intensievere interventie aanbevolen met nazorg na ontslag uit het ziekenhuis, met aandacht voor terugvalpreventie.

Behandeling psychiatrische ziektebeelden

Patiënten met psychiatrische ziektebeelden kunnen net zo goed als anderen profiteren van de positieve effecten van stoppen met roken.

De behandelaar van een psychiatrische patiënt zou in de gaten moeten houden dat stoppen met roken gevolgen kan hebben zowel voor het klachtenpatroon als voor de werking en bijwerkingen van medicatie. Het is mogelijk dat wijziging van medicatie of van dosering na stoppen met roken noodzakelijk is.
Gezien het bijwerkingenprofiel en de mogelijke interacties met andere geneesmiddelen ligt het voorschrijven van bupropion bij patiënten met psychiatrische ziektebeelden minder voor de hand dan behandeling met nicotinevervangende middelen. Aangezien nicotine bij sommige psychiatrische ziektebeelden een positief effect kan hebben, lijken ook om deze reden NVM het geschiktst.
Voor ernstige, chronische psychiatrische patiënten kunnen er redenen zijn waarom behandeling van hun nicotineverslaving niet mogelijk is, bijvoorbeeld omdat hun vermogen tot probleembesef en tot zelfcontrole is aangetast. Indien zij langdurig afhankelijk zijn van verblijf in zorginstellingen, moet de kwaliteit van leven centraal staan, rekening houdend met aanwezige handicaps.

HOOFDSTUK 3 GEDRAGSMATIGE ONDERSTEUNING

Gedragsmatige ondersteuning is het best te onderscheiden naar de intensiteit van de ondersteuning. In dit hoofdstuk wordt, in aansluiting op de Amerikaanse en Engelse richtijnen uit 2008 onderscheid gemaakt in: (a) eenmalige en kortdurende ondersteuning
(b) intensieve ondersteuning en (c) zelfhulpmaterialen. Deze drie vormen worden hieronder apart beschreven.

3.1. Eenmalige en korte ondersteunende interventies

Onder kortdurende ondersteunende interventies voor stoppen met roken worden verstaan: een eenmalig stopadvies, gesprekken, motivatie en verwijzing naar meer intensieve ondersteuning, waar nodig. Ze kunnen worden uitgevoerd door een veelheid aan professionals, met name in het gebruikelijk zorgcontact voor hulpverleners in de gezondheidszorg binnen een tijdsbestek van één of een paar maal 10 minuten. Welke kortdurende interventies worden aangeboden, hangt af van een aantal factoren, zoals de bereidheid van de roker om te stoppen, de acceptatie van de interventie en eerdere stoppogingen en gebruikte methoden. Het kan bestaan uit de volgende elementen:

- Eenmalig stopadvies;
- nagaan van de bereidheid van de roker om te stoppen;
- farmacotherapie (zie hoofdstuk 4) en/of gedragsmatige ondersteuning;
- zelfhulp materialen (zie 3.3);
- eenmalige telefonische counseling (reactieve counseling);
- verwijzing naar meer intensieve vormen van stop-met-roken ondersteuning.

Kortdurende interventies kunnen in principe worden toegepast bij alle groepen rokers, inclusief jongeren, zwangere vrouwen, oudere rokers, rokers met co-morbiditeit, rokers met psychische problemen en bij allochtonen.
Een specifieke minimale interventie is de in Nederland ontwikkelde interventie “Roken, niet waar de kleine bij is.” Het bewijs voor effectiviteit is gebaseerd op de waarneming dat het percentage rokers in de periode dat deze interventie in Nederland is geïntroduceerd is gedaald van 41% in 1996 naar 18% in 1999 (Crone, 2003). Deze daling kan niet door andere factoren worden verklaard. Bovendien bleek een vergelijkbare interventie in Engeland in een RCT het nicotinegehalte in huishoudens te verlagen (Emmons, 2001).

Kortdurende interventies zijn effectief voor drie soorten rokers: personen die bereid zijn te stoppen, rokers die niet bereid zijn op dit moment een stoppoging te doen en personen die recent zijn gestopt. (Fiore, 2008)

3.1.1. Eenmalig stopadvies

Een review heeft uitgewezen dat een eenmalig advies om te stoppen met roken in de huisartsenpraktijk, gegeven door een huisarts en ondersteund door schriftelijk materiaal, een positief effect heeft. De interventiegroep had een OR van 1,27 (95%-BI 1,11-1,45) ten opzichte van de controlegroep, en het absolute verschil in het percentage stoppers was 2,1%. In dezelfde review bleek een korte ondersteunende interventie (meer dan één contact) een OR van 1,46 op te leveren (95%-BI 1,18-1,80), overeenkomend met een absoluut verschil van 4,4% (Ashenden 1997). Ook in een andere meta-analyse (Fiore 2000) bleek een eenmalig advies, gegeven door een arts, effectief te zijn met een OR van 1,3 (95%-BI 1,1-1,6), wat overeenkomt met een absoluut verschil van 2,3%. Lancaster concludeert in een Cochrane-review dat een kort stoppen-met-roken advies gegeven door een arts effectief is, met een verschil van 2,5% in stoppercentage tussen patiënten die wel en die geen advies hebben ontvangen, wat overeenkomt met een number needed to treat (NNT) van 40 (Lancaster 2005). Ervan uitgaande dat 70% van de Nederlanders de huisarts jaarlijks bezoekt en daarnaast een groot deel andere zorgverleners, zoals de tandarts, levert een eenmalig stoppen-met-rokenadvies een belangrijke bijdrage aan het landelijke aantal stoppers, mits zo veel mogelijk artsen dit ook consequent doen bij al hun rokende patiënten. Ook een preconceptioneel advies is een geschikt moment om roken aan de orde te stellen.

3.1.2. Nagaan van de bereidheid van de roker om te stoppen

De motivatie van de roker is een belangrijke factor voor het succes van de stoppen-met-roken behandeling. Naar mate iemand gemotiveerder is, is de kans groter dat hij ook daadwerkelijk stopt met roken. Bij de keuze voor ondersteuning is het daarom van belang onderscheid te maken tussen gemotiveerde rokers, overwegers en ongemotiveerde rokers. Gemotiveerde rokers zijn rokers die op dit moment of op korte termijn willen stoppen met roken. Overwegers zijn rokers die in de toekomst wel graag zouden willen stoppen maar dat om uiteenlopende redenen voor zich uitschuiven. Ongemotiveerde rokers zijn rokers die ondanks de steun en begeleiding die wordt aangeboden niet gemotiveerd zijn te stoppen met roken.

Motivatie

De stoppen-met-rokenbehandeling is gebaseerd op reeds bestaande en onderzochte modellen van gedragsverandering waarin het motivatieniveau van de roker een belangrijke rol speelt. Deze modellen zijn het transtheoretische *stages of change*-model van Prochaska en Diclemente en cognitieve gedragstherapeutische principes.

Uit onderzoek blijkt dat de motivatie van de roker medebepalend is voor het succes van de interventie. Het *stages of change*-model onderscheidt vijf motivatiestadia: vooroverwegen, overwegen, voorbereiden, uitvoeren en volhouden (Prochaska 1993). De stoppen-met-rokeninterventies die hierop zijn gebaseerd. gaan uit van het idee dat het effectiever is aan te sluiten bij het motivatiestadium van de roker dan een algemene interventie te doen. Uit een review van 23 RCT´s blijkt dat er beperkt bewijs is voor dit model als het gaat om interventies op het gebied van stoppen met roken (Riemsma 2003).

Een cross-sectionele survey onder 918 rokers en 996 niet-rokers laat zien dat rokers die ongepland het besluit nemen te stoppen, meer kans van slagen hebben. Dit past in de theorie die West heeft geformuleerd in een review (West 2006). In deze theorie groeit de intentie om te stoppen met roken vanuit 'overtuigingen, ervaringen en de situatie waarin de roker zich op dat moment bevindt, dusdanig dat op een gegeven moment zelfs een kleine *trigger* genoeg is om metterdaad te stoppen (*catastrophic change*). West adviseert interventies te richten op het verhogen van de intentie te stoppen, het stimuleren van triggers en het onmiddellijk aanbieden van een behandeling op het moment dat een roker tot actie wil overgaan of zojuist is gestopt (West 2006). Een ander onderzoek laat zien dat 52% van de stoppogingen gerapporteerd worden als ongepland. Deze bevindingen suggereren dat stoppen-met-rokeninterventies meer aandacht zouden kunnen besteden aan de natuurlijke dynamiek die hoort bij de motivatie om te stoppen (Larabie 2005).
Uit onderzoek blijkt dat een korte motivatieverhogende interventie, gebaseerd op het model van de vijf R´s effectief is ter verhoging van de motivatie (Fiore 2008; Colby 1998; Prochaska 1993). Dit model is geschikt voor patiënten die nog niet bereid zijn te stoppen met roken (Fiore 2008; Van Weel 2004). Het bestaat uit de volgende elementen.

De 5 Rs*

1. *Relevance* (relevantie): vertel de roker waarom het zinvol is om te stoppen, maak dit zo persoonlijk mogelijk.
2. *Risks* (risico´s): vraag de roker naar de risico´s van roken.
3. *Rewards* (beloning): vraag de roker naar de voordelen van stoppen met roken. Benadruk de voordelen als ze op de persoon specifiek van toepassing zijn.
4. *Roadblocks* (belemmeringen): vraag de roker naar de barrières om eventueel te stoppen. Wijs waar dat kan op behandelingsmogelijkheden om specifieke barrières te slechten (farmacotherapie, gedragsveranderende training enzovoort).
5. *Repetition* (herhaling): herhaal deze strategie zolang de roker niet gemotiveerd is, vertel rokers ook dat de meeste mensen pas na diverse stoppogingen weten te stoppen met roken

In de studie van Aveyard (2009) bleken rokers die een stage-based stop-roken interventie kregen niet significant vaker naar een hoger motivatiefase te gaan dan rokers die een standaard behandeling kregen. Ook was de stage-based interventie niet effectiever bij rokers die op baseline in een (pre)contemplatie fase zaten dan rokers die in een preparatie fase zaten. (Aveyard, 2009)

Conclusie

Niveau 2	Een korte motivatieverhogende interventie, gebaseerd op het model van de vijf R´s*, is effectief ter verhoging van de motivatie bij het stoppen met roken. *B Fiore 2008; Colby 1998; Prochaska 1993*

Motiverende gespreksvoering is effectief in het verhogen van het succes van toekomstige stoppogingen.
Het is onduidelijk of motiverende gespreksvoering succesvol is in het verhogen van abstinentie bij rokers die gemotiveerd zijn te stoppen (Fiore 2008).

3.1.3. Korte ondersteunende interventies

Gedragsmatige ondersteuning bestaat uit verschillende elementen, die zowel in eenmalige als meer intensieve counseling kunnen worden toegepast.

Minimale-interventiestrategie: *MIS*
De wijze waarop de korte ondersteunende interventie wordt uitgevoerd, is in Nederland bekend geworden onder de term *minimale-interventiestrategie*: *MIS*. Dit is een methode voor stoppen met roken begeleiding door zorgverleners van ten minste twee contacten, waarin aan de orde komen: rookgedrag en motivatie om te stoppen stopadvies, voor- en nadelen van roken, barrières, stopdatum, hulpmiddelen en nazorg na het stoppen.

Toepassing van de MIS in de Nederlandse huisartspraktijk had een positief effect ten opzichte van 'usual care': OR: 3,04 (95%-BI: 1,7-5,6) en een absoluut verschil van 5,1%. Het succes in de interventiegroep was 8,2%. In de interventiegroep kreeg 9,3% van de rokers een recept voor nicotinekauwgum (Pieterse, 2001).

Soort interventie
In het onderzoek van Stead was motiverende counseling niet significant effectiever dan kort advies: OR: 2,00 (95%-BI: 0,59-6,72) (onderzoeken vonden meestal plaats in eerstelijns-gezondheidszorg). Wel werd er een klein positief effect van follow-up bij een minimale interventie gerapporteerd (Stead, 2008). Het aanbieden van persoonlijke begeleiding door een hulpverlener (OR: 1,3 (95%-BI: 1,1-1,6)), het bespreken van het oplossen van knelpunten (OR: 1,5 (95%-BI: 1,3-1,8)) en het geven van een advies om steun van de omgeving te verwerven (OR: 1,5 (1,1-2,1)), zijn effectief. Er is beperkt bewijs dat interventies die gebaseerd zijn op het veranderingsstadium van de roker, effectiever zijn dan andere interventies of gewone zorgverlening (Riemsma, 2003). Dit laatste onderzoek omvat geen meta-analyse, waardoor de kleine onderzoeken relatief veel invloed hadden op de conclusies.

Inhoud
Bij directe vergelijking tussen eenmalig advies en een korte ondersteunende interventie bleek de OR niet significant: 1,07 (95%-BI: 0,88-1,29) (Ashenden, 1997). Uit een meta-analyse bleek daarentegen dat de effectiviteit van interventies toeneemt naarmate de interventie intensiever is, langer duurt of meer contacten omvat (Fiore, 2008). Bij directe vergelijking van intensief tegenover eenmalig advies of een korte ondersteunende interventie bleek de OR 1,44 (95%-BI: 1,23-1,68). Er was echter een significante heterogeniteit tussen de onderzoeken (p = 0,040). Toevoegen van follow-upconsulten was effectiever dan zonder follow-up: OR 2,66 (95%-BI: 2,06-3,45) tegenover 1,59 (95%-BI: 1,33-1,90). Bij directe vergelijking was de OR 1,60 (95%-BI:

1,10-2,33) (Stead, 2008). Toevoegen van telefonisch follow-up aan 'face to face'-interventie heeft geen additioneel effect: OR 1,08 (95%-BI: 0,87-1,34) (Stead, 2006).

Conclusies

Niveau 1	Eenmalig advies verhoogt de absolute kans op stoppen met roken na zes maanden met globaal 2%, terwijl kort ondersteunend advies (zoals de MIS) die kans verhoogt met globaal 4% ten opzichte van normale zorgverlening. *A1 Ashenden 1997; A1 Stead 2008; A1 Fiore 2008; A2 Pieterse 2001*

Conclusies

Niveau 1	Persoonlijke begeleiding door de hulpverlener, bespreken van knelpunten en verbetering van de steun van de omgeving bij stoppen met roken hebben een (zwak) positief effect. *A1 Stead 2008; A1 Fiore 2008; A1 Park 2002*

Conclusies

Niveau 2	Er is inconsistent bewijs dat aanpassen van de interventie aan het veranderingsstadium van de patiënt die wil stoppen met roken het effect verbetert. *A2 Riemsma 2003*

Conclusies

Niveau 1	Het aanbieden van follow-up consulten verhoogt het effect van advies bij stoppen met roken. Er is een dosis-responsrelatie tussen de totale duur van de contacten en het effect. *A1 Stead 2008 A1 Fiore 2008*

Overige overwegingen

Roken heeft een hoog gezondheidsrisico in de Nederlandse bevolking; daardoor is het aanbieden van interventies met geringe effectiviteit aan een groot aantal personen toch relevant en kosteneffectief.

De tijd die hulpverleners beschikbaar hebben voor consulten is beperkt. Ook rokers kunnen terughoudend zijn ten aanzien van deelname aan intensieve programma's. Het zou goed zijn als de tijd die hulpverleners investeren, wordt gecompenseerd. Van de huisartsen heeft 70% een praktijkondersteuner; deze kan een rol spelen als specialist voor (intensieve) 'stoppen met roken'-interventies.

Er zijn geen overtuigende aanwijzingen voor een directe relatie tussen de effectiviteit van eenmalige en kortdurende interventies en de mate waarin rokers aangeven bereid te zijn een

stoppoging te ondernemen. Het ligt echter voor de hand om bij rokers die niet gemotiveerd zijn geen intensieve interventie gericht op het voorbereiden en volhouden van stoppen met roken toe te passen.

Aanbevelingen

Gezien het grote gezondheidsrisico van roken in de Nederlandse bevolking en de bewezen effectiviteit van éénmalige en kortdurend advies, dienen hulpverleners het rookgedrag van een patiënt/cliënt zo mogelijk systematisch vast te leggen in het dossier.

Het is van groot belang dat alle hulpverleners (preventief of curatief werkzaam) op zijn minst een éénmalig advies geven aan elke nieuwe patiënt/cliënt die blijkt te roken. Bij rokers die niet gemotiveerd zijn om te stoppen dient dit regelmatig, bijvoorbeeld jaarlijks, herhaald te worden.

Bij toepassing van de richtlijn kan een onderscheid gemaakt worden in 3 typen rokers/patiënten:

(a) Rokers die bereid zijn een stoppoging te ondernemen

Bij elk contact met een hulpverlener waarbij roken een relevante rol speelt, is het van belang te vragen of de betreffende persoon rookt (“ask”), de bereidheid om te stoppen vast te stellen (“assess”), te adviseren om te stoppen (“advise”), vervolgens te assisteren bij het ondernemen van een stoppoging (“assist”) en tot slot voorwaarden te treffen voor terugvalpreventie (te onderscheiden in het voorkómen van uitglijders kort na het stoppen en het voorkómen van terugvallen in het oude gebruik na afloop van de behandeling).en follow-up (“arrange”). Dit proces van 5 A’s is zo ontworpen, dat dit in 3-10 minuten kan worden gedaan De meeste MIS-en bevatten veel overlap met het model van de 5 A’s en hebben altijd ook elementen die ingaan op het voorkomen van en omgaan met uitglijders (5 R’s) in zich.

(b) Rokers die op dit moment niet bereid zijn een stoppoging te ondernemen

Voor rokers die aangeven niet gemotiveerd te zijn om een stoppoging te ondernemen, kan een korte ondersteunende interventie worden gegeven met als doel de motivatie te verhogen. Het gebrek aan motivatie kan verschillende oorzaken hebben, zoals angst of onzekerheid over het stoppen of eerdere, mislukte pogingen. Dergelijke rokers zouden gebaat kunnen zijn bij een interventie die gericht is op verhoging van de motivatie (motiverende gespreksvoering), opgebouwd volgens de strategie van de 5 R’s. De MIS-en bevatten ook elementen van terugvalpreventie (5 R’s), waardoor deze methode voor zowel op groep a als b worden toegepast.

(c) Recent gestopte rokers

Het mislukken van een stoppoging treedt vaak op in de eerste periode (3 maanden) na het starten van de stoppoging. Toch kan ook terugval optreden nog jaren nadien. Daarom is 'relapse'-preventie door hulpverleners gedurende een lange periode belangrijk (Fiore, 2008 richtlijn VS). Terugvalpreventie kan onderverdeeld worden in 2 categorieën:

“**Minimale praktijkinterventie”:** bedoeld voor elke onlangs gestopte roker die bij een hulpverlener op consult komt, in de eerste 3 maanden van de stoppoging. Het bestaat uit:

- waardering uitspreken voor de poging en aanmoedigen vol te houden;
- een gesprek met open vragen over de voordelen van het stoppen met roken;
- het vieren van het succes van de gestopte roker en benoeming van de problemen die hij/zij ondervindt bij het stoppen.

“**Anticiperende terugvalpreventie”:** bedoeld voor de gestopte roker die aanduidt dat hij/zij problemen ondervindt om het stoppen vol te houden. Dit bestaat uit gerichte respons op het probleem dat de gestopte roker meldt, bijvoorbeeld op het gebied van sociale steun, depressieve gevoelens, ontwenningsverschijnselen, gewichtstoename, gedaalde motivatie. Een onderscheid kan worden gemaakt tussen de lichamelijke afhankelijkheid die meestal circa 3 weken duurt en de geestelijke afhankelijkheid die veel langer kan aanhouden.

3.2. Intensieve gedragsmatige ondersteuning

Intensieve gedragsmatige ondersteuning kan worden onderscheiden in persoonlijk advies door een zorgprofessional en groepstraining. Zowel minimaal intensieve als meer intensievere interventies zijn effectief om stoppen met roken te bevorderen. Wanneer een interventie intensief wordt genoemd, is enigszins arbitrair: volgens de Amerikaanse richtlijn zou een intensieve interventie moeten bestaan uit ten minste vier sessies van tien minuten (Fiore 2008). Volgens de Engelse richtlijn zou de intensieve interventie moeten bestaan uit ten minste vijf sessies van elk één uur.
Dit hoofdstuk gaat uit van hetzelfde principe. In de Nederlandse situatie kan dit tot gevolg hebben dat varianten van de minimale-interventiestrategie (MIS) volgens deze criteria onder de intensieve interventie worden geplaatst. Dit geldt dus voor al die interventies die gezamenlijk ten minste 40 minuten duren, in ten minste vier zittingen of contacten. Voor het gemak wordt in dit hoofdstuk de term ‘minder intensieve interventies’ gebruikt voor alle korter durende interventies.
Tenzij anders vermeld, spreken wij ons uitsluitend uit over niet-farmacologische interventies, dat wil zeggen alle vormen van psychologische of psychosociale gedragsbeïnvloeding.

Effectiviteit
Een directe vergelijking tussen intensieve en minimale interventies laat een klein, maar significant verschil zien in het voordeel van de intensieve interventies. (RR 1.37,95% BI 1.20 to 1.56). Het effect leek groter in populaties met een hoog risico op rookgerelateerde ziekten, maar dit verschil bleek niet significant. Verder lijkt er een iets groter effect bij tenminste één aanvullendmfollow-up bezoek 1,52 (CI 1.08-2.14) (Stead, 2008).

Conclusies

Niveau 1	Intensieve ondersteuning van personen die willen stoppen met roken, is effectiever dan geen interventie. *A1 Stead 2008*

Conclusies

Niveau 1	Intensieve ondersteuning van personen die willen stoppen met roken lijkt effectiever dan een minimale interventie. *A2 Stead 2008*

Conclusies

Niveau 1	Toevoeging van tenminste 1 follow-up bezoek aan een minimale intensieve interventie lijkt de effectiviteit te verhogen. *A2 Stead 2008*

Overige overwegingen

Er is weliswaar weinig bewijs voor specifieke intensieve behandelvormen van tabaksverslaving, maar de werkgroep is van mening dat de intensieve vormen nader onderzoek behoeven en dat voorzieningen dienen te worden uitgebreid. Ook kan gebruik worden gemaakt van reeds ontwikkelde 'stoppen met roken'-modules. Zo ontwikkelde STIVORO de groepstraining Pakje Kans, een training van negen sessies van anderhalf uur, gebaseerd op cognitief-gedragstherapeutische methodieken. De Jellinek ontwikkelde en toetste een intensieve behandelmodule gebaseerd op de-in het kader van het programma Resultaten scoren samen met Brijder Verslavingszorg ontwikkelde- leefstijltrainingen voor verslaafden (Tromp-Beelen, 2004). STIVORO heeft in samenwerking met de Jellinek een intensieve geprotocolleerde behandelmodule voor individuele counseling ontwikkeld en geëvalueerd; Persoonlijke Coaching stoppen met roken. De module bestaat uit een handleiding en een werkboek voor patiënten. Het betreft een totaal van zes gesprekken van drie kwartier en een telefonische follow-up. STIVORO leidt zorgverleners in de eerste -en tweedelijn tot Persoonlijke Coaches op. Uit de effectevaluatie komt onder meer naar voren dat de methode ook goed aansluit bij patiënten met een lage SES-achtergrond (van Emst et.al. 2007)

De volgende argumenten worden gebruikt om in bepaalde gevallen intensieve interventies toe te passen:

- Er is (beperkt) bewijs dat intensievere interventies effectiever zijn.
- De werkgroep ziet (hardnekkig) roken als een serieus te nemen verslaving, en met andersoortige verslavingen zijn positieve effecten van intensieve interventies bekend.
- Van alle rokers is 70% op een willekeurig moment gemotiveerd om te stoppen met roken.

De NHG-Standaard Stoppen met roken adviseert daarom om bij gemotiveerde rokers het ijzer te smeden als het heet is en hen dan de meest effectieve interventie aan te bieden. Bovendien dient rekening te worden gehouden met het feit dat niet alle rokers een intensieve interventie wensen.
Intensieve ondersteunende interventies verschillen in intensiteit en in vorm, bijvoorbeeld interventies van vier tot zes contacten (groep of individueel), die in totaal niet meer dan circa 90 minuten duren, tot een kortdurende klinische opname.
Door veel 'gezonde' rokers wordt gewaardeerd dat een hulpverlener bij een aan roken gerelateerde aandoening hulp aanbiedt om te stoppen met roken. Een intensieve cursus met deskundige begeleiding wordt door veel 'gezonde' rokers ideaal bevonden.
Voor een aantal groepen is stoppen met roken van extra belang. Bij deze groepen lijkt een meer intensieve interventie daarom aangewezen. Het gaat om:

- patiënten die bij de dokter komen met een aan roken gerelateerde klacht zoals hoest of benauwdheid, een aandoening zoals een HVZ, COPD of astma of een verhoogd risico op HVZ zoals bij diabetes mellitus;
- ouders van kinderen met astma en recidiverende bovensteluchtweginfecties;
- vrouwen die hormonale anticonceptie (gaan) gebruiken;
- zwangere vrouwen en hun partners;
- patiënten bij wie recent een aan roken gerelateerde ingrijpende diagnose is gesteld.

Aanbevelingen

Aangezien intensievere interventies bij stoppen met roken effectiever zijn dan éénmalig advies, verdient een intensievere vorm van begeleiding de voorkeur, als dat aansluit bij de behoeften van de roker. Indien dit niet haalbaar is, gaat de voorkeur uit naar de meest intensieve interventie die op redelijke termijn in de bestaande situatie beschikbaar is.

Rokers die intensieve begeleiding wensen en rokers die meerdere mislukte stoppogingen met hulp hebben gedaan - maar wel bereid zijn te stoppen -, moeten de mogelijkheid van intensievere begeleiding krijgen.
Aan bijzondere doelgroepen kan een intensieve begeleiding eerder worden aanbevolen:
- patiënten die bij de dokter komen met een aan roken gerelateerde klacht
- ouders van kinderen met astma en recidiverende luchtweginfecties
- vrouwen die hormonale anticonceptie (gaan) gebruiken
- zwangeren
- patiënten bij wie recent een aan roken gerelateerde diagnose is gesteld.

Gezien het belang van het stoppen met roken voor moeder en kind, kunnen intensieve interventies aan zwangeren worden aanbevolen wanneer minder intensieve interventies niet werken. Het is uiteraard nog beter om dergelijke interventies nog vóór de zwangerschap aan te bieden, bijvoorbeeld tijdens een preconceptioneel consult.

De verschillende vormen van intensieve gedragsmatige ondersteuning worden hieronder beschreven: telefonische ondersteuning, individuele counseling en groepstraining.

3.2.1. Telefonische counseling

Telefonische counseling kan reactief en proactief worden aangeboden. Bij reactieve counseling bellen rokers zelf een hulplijn voor vragen en advies over stoppen met roken en informatie over de mogelijke vervolgbehandeling. Reactieve hulplijnen zijn vooral een centraal punt van doorverwijzing naar een intensieve interventie, zoals cursus, farmacotherapie of pro-actieve counseling.

Bij proactieve counseling worden rokers gebeld voor stopadvies en ondersteuning op van tevoren vastgestelde tijdstippen volgens een vast protocol. Deze vorm van ondersteuning bestaat dus altijd uit meerdere gesprekken.

Telefonische counseling kan als enige interventie worden aangeboden, maar ook als toevoeging aan bijvoorbeeld een zelfhulpmethode. Telefonische counseling kan verschillen in aantal en duur van de gesprekken.

Telefonische counseling wordt in Nederland ook wel telefonische coaching genoemd en is verkrijgbaar bij STIVORO. Deze nationale hulplijn bestaat uit het invullen van de vragenlijst van `Advies op Maat´ gevolgd door een persoonlijk advies en aanvullende telefonische begeleiding van 7 telefoongesprekken van 15 minuten in een periode van 3 maanden.

Sinds 1 mei 2002 staat het telefoonnummer vermeld op sigarettenpakjes.

De inhoud van de gesprekken bij Telefonische Coaching beslaan de volgende onderwerpen. Vaststellen van een stopdatum, bespreking van ontwenningsverschijnselen en farmaco-therapeutische ondersteuning, alsook het omgaan met trek (craving), terugvalpreventie en specifiek cliëntgebonden problematiek als stress, gewichtstoename, somberheid of verveling. Een follow-up gesprek (7^{e} contact) 3 maanden na stopdatum) maakt onderdeel uit van het protocol.

Telefonische coaches dienen tenminste een HBO-vooropleiding te hebben en de basistraining voor Telefonische Coaching van 10 dagdelen te hebben gevolgd. In deze training wordt ongeveer 6 dagdelen besteed aan motiverende gespreksvoering en werken met het telefonisch protocol.

Proactieve telefonische counseling

Volgens de Amerikaanse richtlijn (Fiore 2008) is proactieve telefonische counseling effectiever dan geen interventie (OR: 1,2; 95%-BI: 1,1-1,4). Dit is verwerkt in een ‘update’ van een Cochrane-review die het effect van telefonische counseling (al dan niet geïnitieerd door een landelijke `stoplijn´) vergeleek met zelfhulpmateriaal of geen interventie. De gepoolde OR was 1,35 (95%-BI 1,22-1,48). De abstinentiepercentages na 12 maanden bedroegen 4-21% in de interventiegroep versus 1,5-17% in de controlegroep (Stead 2006).

In een andere meta-analyse (Lichtenstein, 1996) van proactieve telefonische counseling werd gevonden dat deze methode effectief lijkt als een aanvulling op ‘stoppen met roken’-programma’s op cardiologieafdelingen. Patiënten werden na ontslag uit het ziekenhuis vier tot

zeven keer telefonisch door een verpleegkundige ondersteund bij het volhouden van het niet-roken. De gepoolde OR uit drie onderzoeken was 2,01 (95%-BI: 1,47-2,74) bij 12 maanden follow-up.

Conclusies

Niveau 1	Proactieve telefonische counseling is effectief bij stoppen met roken. *A1 Fiore 2008*

Niveau 1	Proactieve telefonische counseling is effectiever bij stoppen met roken dan zelfhulpmateriaal of geen interventie. *A1 Stead 2006*

Niveau 1	Er is beperkt bewijs dat de toevoeging van proactieve telefonische counseling aan een persoonlijke interventie of farmacotherapie bij stoppen met roken effectief is. *A1 Stead 2006*

Niveau 1	Proactieve telefonische counseling is effectief om terugval van cardiologie-patiënten na het stoppen met roken te voorkomen. *A1 Lichtenstein 1996*

Niveau 2	Er is beperkt bewijs dat reactieve telefonische counseling een effectieve methode is voor het blijvend stoppen met roken. *A2 Stead 2006*

Niveau 1	Een succesvolle telefonische counseling voor stoppen met roken bestaat uit meerdere contacten. *A1 Stead 2006*

Niveau 1	Er is mogelijk een dosis-responsrelatie tussen de intensiteit van de telefonische counseling en succes: hoe intensiever de interventie, des te groter de succeskans. Interventies kunnen intensiever worden door het vergroten van de lengte van de individuele sessies en het aantal sessies. Bij acht of meer sessies worden de beste resultaten bereikt.

	A1 Stead 2006

Overige overwegingen

Daarnaast is het vanuit patiëntenperspectief een voordeel van telefonische counseling dat het gemakkelijk en laagdrempelig is. Ook de anonimiteit is een voordeel (als het minder goed gaat), maar ook een nadeel (omdat je geen band opbouwt). Er is geen voorkeur voor zelf bellen of gebeld worden (proactief of reactief).

Aanbevelingen

Het verwijzen naar telefonische coaching is een goed alternatief als intensieve ondersteuning bij het stoppen met roken niet door de hulpverlener zelf gegeven kan worden of indien de roker hier de voorkeur aan geeft.
Hulpverleners wordt aanbevolen om rokers voor verder advies en ondersteuning bij het stoppen met roken te verwijzen naar telefonische coaching.

3.2.2. Individuele counseling

Individuele gedragsmatige ondersteuning in de vorm van advies, coaching, gedragstherapie, psychotherapie is in te delen naar inhoud en vorm.

In een Cochrane review met 30 trials vergeleken 22 trials individuele counseling met minimale gedragsinterventies. Individuele counseling was effectiever dan kortdurende interventies. Het relatieve risico voor stoppen met roken was 1.39 (95% BI 1.24-1.57). Er kon niet worden aangetoond dat intensieve counseling een groter effect heeft dan korte counseling (5 trials, RR 0,96; 95% BI 0.74-1.25). Geen van de andere drie trials die verschillende counselingmodellen vergeleken van gelijke intensiteit toonde significante verschillen (Stead, 2008)

Niveau 1	Individuele stop-met-roken counselling kan rokers helpen te stoppen. *A1 Stead 2008*

Aanbeveling

Hulpverleners dienen bij stoppen met roken, indien mogelijk, te streven naar een persoonlijke face-to-face behandeling in 4 of meer sessies

3.2.3 Beweeginterventies bij stoppen met roken

Lichaamsbeweging wordt in verschillende publicaties aanbevolen als ondersteunende interventie bij het stoppen met roken, vooral om gewichtstoename te voorkomen. Lichaamsbeweging kan ook een belangrijke rol spelen bij het stoppen met roken zelf ter voorkoming van ontwenningsverschijnselen en hunkering naar sigaretten (Ashelman, 2000; Marcus, 2004; Taylor, 2007). Voor de samenvatting van de literatuur is specifiek gezocht naar de effecten van bewegen op korte en lange termijn ter ondersteuning van het stoppen met

roken. Voor het literatuuronderzoek is gebruik gemaakt van een systematische review die is uitgevoerd in het kader van een Europese studie, waarin een beweegprogramma voor stoppen met roken is ontwikkeld (Teeuw, 2009). Twee systematische reviews zijn met name van belang voor het beschrijven van de effecten van bewegen in relatie tot stoppen met roken (Taylor, 2007; Ussher, 2008).
Taylor et al onderzochten in een systematische review (14 studies) de acute (korte termijn) effecten van trainingsessies bij rokers die tijdelijk gestopt waren met roken, of probeerden te stoppen (Taylor, 2007). Uit de review blijkt dat matige tot intensieve training gedurende van 5-40 minuten een positief effect heeft op hunkering naar sigaretten, ontwenningsverschijnselen, en rookgedrag. Het effect van training op hunkering naar sigaretten lieten matige tot grote effecten zien op basis van berekende effectgrootte bij 7 studies. De gemiddelde effectgrootte was 1.1 (SD: 0.9), bij uitkomst op 10 minuten na afloop van de training. De effecten waren in een aantal studies significant tot 50 minuten na de training.
De auteurs concluderen dat het effect van een trainingssessie op de afname van hunkering veelbelovend is en vergelijkbaar of zelfs superieur is aan de acute effecten van glucose en nicotinevervangende middelen. Afleiding lijkt niet het onderliggend mechanisme van het effect van training te zijn, omdat bij een aantal studies training was vergeleken met afleiding en de effecten van training langer aanhouden dan bij afleiding.

Ussher et al hebben in een Cochrane review (13 studies) de effecten van beweeg/ trainingsprogramma's op het stoppen met roken onderzocht (Ussher, 2008). Ze onderzochten of trainingsprogramma's, in combinatie met een stoppen met roken programma, effectiever waren dan alleen een stoppen met roken programma. Drie studies lieten een significante afname van roken zien bij een trainingsgroep versus controlegroep aan het einde van de behandeling. Bij twee studies was het effect ook significant na 3 maanden follow-up. Na 12 maanden waren er geen significante verschillen te zien. De auteurs concluderen dat slechts een studie het lange termijn effect van een trainingsprogramma om te stoppen met roken ondersteunt. Veel studies waren erg klein van omvang (6 studies hadden een omvang van <25 personen per arm), hadden methodologische beperkingen of ontbeerden een voldoende intensief trainings-programma. De auteurs concluderen dat er onvoldoende bewijs is om een trainingsprogramma aan te bevelen als interventie om te stoppen met roken.
Voor beide reviews geldt dat er veel variatie was in onderzoeksopzet en interventie, waardoor de interpretatie complex is. Bij de waardering van bewijs en conclusies is daarom gekozen voor een voorzichtige formulering.
Zie bijlage 3 Evidence tabellen, tabel bewegen bij stoppen met roken pagina 158.

Conclusie

Niveau 2	Het is aannemelijk dat fysieke trainingssessies van 5-40 minuten een positief effect hebben op de acute afname van hunkering naar sigaretten, ontwenningsverschijnselen en rookgedrag. *A2 Taylor 2007*

Conclusie

Niveau 2	Er zijn aanwijzingen dat een beweegprogramma een positief effect heeft op stoppen met roken tot 3 maanden follow-up na de interventie. Voor een effect van 12 maanden of langer is geen bewijs aanwezig. *A2 Ussher 2008*

Overige overwegingen

Uit de literatuurstudie blijkt dat een matige tot intensieve fysieke trainingssessie van 5-40 minuten een positief effect heeft op hunkering naar sigaretten, ontwenningsverschijnselen, en rookgedrag. De afname van hunkering is veelbelovend en vergelijkbaar of zelfs superieur aan de acute effecten van glucose en nicotinevervangende middelen. Het verdient daarom aanbeveling om trainingssessies in de gedragsmatige interventie in te bouwen om de acute verschijnselen bij het stoppen met roken te verminderen. Doelstelling is om patiënten te leren hoe ze fysieke activiteit kunnen gebruiken als coping strategie voor stoppen met roken.

Het effect van beweeg/trainingsprogramma's op stoppen met roken is niet aangetoond voor de lange termijn (12 maanden). Wel is een effect zichtbaar direct na de interventie en laten verschillende studies effect zien na 3 maanden follow-up. Mogelijk kunnen programma's met lange termijn terugkomactiviteiten terugval voorkomen. Nader onderzoek hiernaar is noodzakelijk, vanwege de potentiële effecten van beweegprogramma's als onderdeel van de interventie voor stoppen met roken. Daarnaast is bekend dat bewegen een algemeen effect heeft op de gezondheidstoestand en ook kan bijdragen aan het voorkomen van gewichts-toename. In het kader van de eerder genoemde Europese studie is een beweegprogramma ontwikkeld ter ondersteuning bij het stoppen met roken, en zich daarbij ook specifiek richt op risicogroepen zoals COPD, Diabetes, en hart- en vaatziekten.

Aanbevelingen

Het verdient aanbeveling om fysieke trainingssessies in de gedragsmatige interventie in te bouwen om de acute verschijnselen bij het stoppen met roken te verminderen Er is mogelijk plaats voor beweegprogramma's als onderdeel van de interventie om stoppen met roken te bevorderen. Nader onderzoek is noodzakelijk naar de lange termijneffecten van beweegprogramma's.

3.2.4 Methode van intensieve interventies

Methode

Er is enig bewijs dat programma's gericht op verhogen van sociale vaardigheden (meestal belangrijke elementen van terugvalpreventie) effectiever zijn dan programma's zonder deze componenten (Stead, 2008). Behalve sociale steun en vaardighedentraining is er geen bewijs dat een specifieke component zou bijdragen tot de effectiviteit van interventies (Stead, 2008).

Uit een meta-analyse naar de effectiviteit van interventies bij verschillende typen counseling en gedragsgerichte ondersteuning blijkt dat interventies effectief zijn die bestaan uit: a) praktische

counseling (probleemoplossingsgerichte vaardigheden/vaardigheidstraining), b) sociale ondersteuning, en c) het helpen van stoppers om sociale steun te krijgen (Fiore, 2008). Gedragsgerichte interventies ondersteund door een partner, vriend of andere van invloed zijnde personen hebben geen effect op het percentage rokers dat stopt met roken (Park, 2002).

Trainingen in sociale en affectieve vaardigheden die zijn onderzocht, wisselen qua aard en inhoud. Elementen die hier en elders in de verslavingszorg veelal worden ingezet, zijn: motiveren om te stoppen, afspraken over stopmoment, inventarisatie van ervaringen met stoppoging en verhinderende en bevorderende factoren, training in sociale, affectieve en cognitieve vaardigheden, stimulering en begeleiding van farmacologische ondersteuning, stimuleren van sociale steun, terugvalpreventie.

Vorm

Groepsinterventies bieden rokers de mogelijkheid om gedragsgerelateerde technieken te leren bij het stoppen met roken. Groepsinterventies blijken effectiever te zijn dan zelfhulp-programma's, maar niet effectiever dan minder intensieve individuele interventies.
Gedragstherapeutische groepsprogramma's zijn wat betreft effectiviteit vergelijkbaar met individuele ondersteuning met dezelfde intensiteit: na 12 maanden blijkt 16-48% te zijn gestopt Stead, 2005). Aangezien vaak combinaties met nicotinevervangende middelen werden onderzocht, is het precieze effect van het programma moeilijk aan te geven. Het is nog niet bewezen welke elementen in de groepstraining beter werken dan andere (bijvoorbeeld vaardighedentraining of versterking van motivatie). In Nederland zijn in 2001 de langetermijn-effecten van de regionale cursussen 'Samen stoppen' gerapporteerd. De puntprevalentie van abstinentie na 12 maanden bedroeg 25% (van der Plas, 2001).

Omvang: aantal en duur sessies

In een onderzoek van Alterman leverde de intensiefste vorm van vier sessies advies en voorlichting, nicotinevervangers en 12 sessies cognitieve gedragstherapie het hoogste stoppercentage op (35% bij 12 maanden continue abstinentie) (Alterman, 2001).
De Amerikaanse richtlijn vond bij gedragsmatige ondersteuning een sterke dosis-responsrelatie tussen de totale contacttijd en de abstinentieratio. Een contacttijd van 31-90 minuten leidt tot een significant hogere abstinentieratio dan 1-30 minuten. Een totale contacttijd van 90 minuten of langer kan de abstinentieratio niet verder laten toenemen dan een contacttijd van 31-90 minuten (Fiore, 2008).

De Amerikaanse richtlijn stelt eveneens dat behandelingen van meer dan tien minuten effectiever zijn dan minder intensieve behandelingen. Ook de Engelse richtlijn vond een dosis-responsrelatie tussen de intensiteit van ondersteuning en het aantal stoppers (Nice, 2008).
In de Cochrane-review van Stead et al is deze dosis-responsrelatie minder sterk aanwezig. Intensieve interventies zijn hier slechts marginaal effectiever dan minder intensieve interventies. De minder intensieve interventie is hier gedefinieerd als minder dan 20 minuten en één vervolgbezoek; de intensieve interventie als een contacttijd langer dan 20 minuten en meer dan

één vervolgbezoek. Het toevoegen van een vervolgbezoek aan de minder intensieve interventiestrategie lijkt te resulteren in een kleine stijging van het aantal stoppers (RR 1.52, 95% CI 1.08 to 2.14) (Stead 2008a)
Na biochemische validatie was er geen significant verschil tussen twee of vier vervolgbezoeken. Het onderzoek van Miller beschrijft een interventie in het ziekenhuis gevolgd door respectievelijk één en vier vervolgtelefoontjes (Miller, 1997).

Volgens de Engelse richtlijn zou een 'stoppen met roken'-behandeling moeten bestaan uit ten minste vijf sessies van ongeveer één uur (Parott, 1998). De Amerikaanse richtlijn geeft alleen aan dat een intensieve behandeling ten minste vier maal tien minuten moet bedragen. Toch zijn er enkele overwegingen om intensievere, langer durende interventies aan te (blijven) bieden en nieuwe te ontwikkelen. Dit dient bij voorkeur te gebeuren in een wetenschappelijk kader, zodat de effecten kunnen worden getoetst. Ten eerste is de doelmatigheid van alle beschikbare methodieken erg laag. Dit rechtvaardigt het zoeken naar nieuwe en ook intensievere interventies. Daarnaast kan via langer durende interventies beter worden ingesprongen op terugval, dat wil zeggen dat terugvalpreventie adequater kan worden uitgevoerd. Intensievere interventies sluiten beter aan bij in de verslavingszorg ontwikkelde psychosociale interventies die zijn samengesteld op basis van de beschikbare evidentie over de behandeling van alcoholen drugsverslaving in de literatuur. Recentelijk werd onder de naam 'Leefstijltrainingen' een reeks protocollen (met handleidingen, werkboeken en begeleidingsmaterialen) gepubliceerd in diverse varianten (individueel en groep, kortdurend en langdurend), die bestaan uit de in de verslavingszorg effectief gebleken cognitief-gedragstherapeutische methodieken. Dat kan zinvol zijn daar vaak sprake is van psychische comorbiditeit, waarbij het geïsoleerd aanpakken van het verslavingsgedrag, los van de overige problematiek, onvoldoende beklijft. Deze leefstijltrainingen zijn overigens op ander verslavingsgedrag gericht dan roken (bijvoorbeeld alcohol, cannabis). Daarnaast is door STIVORO een geprotocolleerde groepstraining op basis van cognitief-gedragstherapeutische uitgangspunten ontwikkeld voor het stoppen met roken (Pakje Kans training en Persoonlijke Coaching).

Conclusies

Niveau 1	Groepsinterven zijn effectiever bij stoppen met roken dan zelhulp, maar niet effectiever dan minder intensieve individuele interventies. *A1 Stead 2005*

Conclusies

Niveau 2	Er zijn aanwijzingen dat de effectiviteit van de intensieve interventie in ieder geval toeneemt bij een totale contactduur oplopend tot 90 minuten. Daarboven is een mogelijk aanvullend effect vooralsnog niet aangetoond. *A2 Alterman 2001*

Overige overwegingen

Welke vorm van intensieve interventies op het gebied van stoppen met roken het meest aangewezen is, hangt mede af van de voorkeuren en kenmerken van de patiënt.

Een intensieve interventie zou opgebouwd moeten worden uit minimaal 4 sessies van 10-20 minuten, verspreid binnen 1 maand plus vervolgbezoeken. Om te voorzien in voldoende aanbod in het aanbieden van deze interventies is het wenselijk uitvoerders van intensieve interventies te trainen.

Aanbevelingen

Het verdient aanbeveling om uitvoerders van intensieve interventies te trainen in een motiverende gespreksvoering en in methoden voor gedragsmatige ondersteuning. Intensieve interventies worden bij voorkeur gecombineerd met farmacologische hulp.

Bij alle patiënten die zich melden in de somatische gezondheidszorg en de verslavingszorg (en de GGZ) wordt het tabaksgebruik geagendeerd en wordt aan alle regelmatige rokers het advies gegeven te stoppen.

3.2.5. Groepstraining

Groepstraining biedt rokers de gelegenheid om gedragstechnieken voor stoppen met roken te leren en elkaar te ondersteunen.

Een Cochrane review met in totaal 53 trials vergeleek verschillende vormen van groepsondersteuning. 13 trials vergeleken groepstraining met zelfhulpprogramma's. Het aantal stoppers was hoger bij de rokers die aan een groepsprogramma deelnamen (RR 1.98, 95% BI: 1,60-2,46). Door statistische heterogeniteit was het niet mogelijk de gepoolde effecten vast te stellen. Ook was het niet mogelijk te bewijzen dat groepstherapie effectiever is dan individuele ondersteuning van dezelfde intensiteit. Er was beperkt bewijs dat toevoegen van groepstherapie aan andere ondersteuningsvormen, zoals advies van een zorgverlener of nicotinevervangers, tot extra effect leidde. (Stead 2005).

Conclusie

Niveau 2	Groepstraining is effectiever bij stoppen met roken dan zelfhulp en andere minder intensieve interventies. Er is niet genoeg bewijs om te beoordelen of groepstraining effectiever of kosteneffectiever is dan intensieve individuele counseling. *A2 Stead 2005*

Overige overwegingen

De Nederlandse variant van groepstraining is het programma 'Pakje Kans': een cognitief gedragstherapeutische groepstraining van negen sessies van 1,5 uur in 3 maanden. Deze training wordt gegeven door GGD'en en thuiszorginstellingen.

Aanbeveling

Het is aan te bevelen dat hulpverleners (een deel van) hun rokende patiënten verwijzen naar de groepstraining ‘Pakje Kans’ of persoonlijke coaching.

3.3. Zelfhulp

De meeste rokers stoppen zelfstandig, zonder ondersteuning. Materialen die hen adviseren en informeren zonder contact met een hulpverlener, kunnen behulpzaam zijn bij het stoppen.
Zelfhulp kan uit verschillende 'materialen' bestaan. Een meer traditionele vorm betreft bijvoorbeeld een zelfhulpgids waarvan de informatie voor alle rokers hetzelfde is. Daarnaast bestaan er schriftelijke materialen 'op maat' (op maat toegsneden informatie). Nieuw zijn internetinterventies. Deze kunnen bestaan uit adviezen op maat, e-mailondersteuning of interactieve websites met stopondersteuningsprogramma's.
In een Cochrane-review met 60 trials werd in 33 trials zelfhulp vergeleken met geen interventie of materialen in aanvulling op een advies.
In 11 trials waarin zelfhulp werd vergeleken met geen interventie, bleek de gepoolde OR van zelfhulpinterventies 1,24 (95%-BI 1,07-1,45). Er kon geen bewijs worden gevonden voor effect van het toevoegen van zelfhulpmaterialen aan persoonlijk advies of nicotinevervangers. De 17 trials waarin materialen ‘op maat’ werden gebruikt, toonden een klein effect (OR 1,42; 95% BI 1,26-1,61). (Lancaster & Stead, 2005).

‘Advies op Maat’, gedefinieerd als een adviestekst samengesteld op basis van een schriftelijk individueel ingevulde vragenlijst via de computer, is effectiever bij stoppen met roken dan ‘standaard’ zelfhulpmateriaal of geen interventie. In de onderzoeken naar ‘Advies op Maat’ die een abstinentiepercentage na 12 maanden vermeldden, was het gepoolde percentage 6,6% (Lancaster, 2005).

Conclusies

Niveau 2	Standaard zelfhulpmaterialen kunnen het stoppercentage voor roken verhogen vergeleken met geen interventie, maar het effect lijkt klein. *A2 Lancaster & Stead 2005*

Niveau 2	Er is geen bewijs dat zelfhulp bij stoppen met roken een additioneel effect heeft op andere interventies, zoals persoonlijk advies van een zorgverlener of nicotinevervangers. *A2 Lancaster & Stead 2005*

Niveau 2	Er is bewijs dat materialen 'op maat' voor individuele rokers effectief zijn en effectiever dan niet op maat toegesneden materialen; het effect is klein. *A2 Lancaster & Stead 2005*

Overige overwegingen

In Nederland zijn verschillende vormen van effectieve zelfhulpmaterialen beschikbaar: de brochure van STIVORO 'Willen en kunnen'. Stopmail (10 emails in 3 maanden na de stopdatum), de Stopsite (ondersteuning via internet) en Advies op Maat (stoppen-met-roken advies op maat via internet).

Aanbeveling

Het is zinvol dat hulpverleners rokers die willen stoppen maar die ze zelf niet kunnen/willen, ondersteunen verwijzen naar zelfhulpmaterialen op maat.

3.3.1 Effectieve onderdelen

Door analyse van tien onderzoeken kon worden aangetoond dat het aanpassen van voorlichtingsmaterialen aan de doelgroep de effectiviteit van de 'stoppen met roken'-interventie verhoogt ten opzichte van een niet op de individuele patiënt afgestemde schriftelijke interventie (OR: 1,36; 95%-BI: 1,13-1,64).

De onderzoeken geven te weinig inzicht in de differentiële kwaliteit en zijn toegepast op een breed scala van rokers, variërend van ongemotiveerd tot gemotiveerd. Bij onderzoeken naar het effect van farmacotherapeutische hulpmiddelen worden meestal alleen voor stoppen gemotiveerde rokers ingesloten. Het gevolg is dan ook dat de stoppercentages in de laatstgenoemde onderzoeken hoger komen te liggen dan in onderzoeken waaraan ook niet-gemotiveerde rokers meedoen.

Conclusie

Niveau 1	Het individueel afstemmen van voorlichtingsmaterialen leidt tot meer stoppers (OR: 1,56; 95%-BI: 1,36-1,80) en is effectiever dan zelfhulp-materialen (OR: 1,36; 95%-BI: 1,13-1,64). *A1 Lancaster 2005*

3.3.2 Implementatie van zelfhulpmaterialen

Een kenmerk van de bewijslast van de Cochrane-reviews is dat de kwaliteit van de verschillende interventies wisselt, waardoor er een matig effect ontstaat bij pooling. Een ander punt is dat – in vergelijking met bijvoorbeeld 'clinical trials' – het vaak niet gaat om onderzoeken onder optimale condities ('efficacy trials'), maar meer om onderzoeken onder reële condities ('effectiveness trials'). Deze laatstgenoemde onderzoeken hebben lagere effectscores. De bovengenoemde onderzoeken laten zien dat een belangrijk punt van kritiek omtrent de traditionele zelfhulpmaterialen – het niet toegespitst zijn op de karakteristieken van de

ontvanger – vermoedelijk klopt. Op het individu afgestemde interventies zijn effectiever dan zelfhulpgidsen. Dit suggereert dat op het motivationele stadium aangepaste materialen ook potentieel effectiever zijn dan materialen die niet hierop zijn afgestemd. In één onderzoek wordt hiervoor bewijs gevonden, maar pas na 18 maanden. (Stead 2005).
Zelfhulpmaterialen zijn mogelijk effectiever door meerdere contactmomenten. In een recent onderzoek werd hiervoor echter geen ondersteuning gevonden. (Fiore 2008). De Cochrane-onderzoeken laten echter onvermeld dat de effectiviteit van op maat toegesneden materialen verschilt per motivationeel stadium van de roker (Stead, 2005). Zo blijkt het stoppercentage in twee Nederlandse onderzoeken 22 en 29,7 te zijn bij rokers die gemotiveerd zijn te stoppen met roken, maar 1,2 en 3,4 bij rokers die niet willen stoppen. De in de review opgenomen onderzoeken maken niet duidelijk wat de effectieve inhoudelijke componenten zijn voor zelfhulpmaterialen.

3.3.3 Minderen als methode om te stoppen met roken

Minderen met roken kan nuttig zijn om de schade als gevolg van roken te reduceren. Daarnaast kan minderen ook een methode zijn om te stoppen met roken. Geleidelijke reductie met inter-sigaret interval lijkt het meest effectief Een praktische invulling daarvan is de door uitgewerkt door Cinciripini et al omschreven methode van de geleidelijke gecontroleerde reductie (Cinciripini, 1994):

Methode geleidelijke gecontroleerde reductie
Geleidelijke reductie wordt omschreven als een interventie periode van 9 weken (week 1 baseline, week 2-5 reductie en stopperiode, week 5-9 relapse preventie) gevolgd door follow-up op 1, 6 en 12 maanden. Het reductieschema duurt 3 weken en kent een toenemende intersigaret-interval. Dit interval wordt bepaald door het aantal sigaretten per dag op baseline en het aantal wakkere uren per etmaal, volgens de volgende formule: week 1 ((Aantal sigaretten per dag op baseline * 2/3)/uren wakker); week 2 ((Aantal sigaretten per dag op baseline * 1/3)/uren wakker); in week 3 wordt het resterende deel in stappen van 2 dagen op dezelfde wijze verder afgebouwd.
De sigaret wordt gerookt in de 1^{e} 5 minuten van het interval, indien een interval wordt overgeslagen vindt er geen toevoeging van een interval of sigaret plaats.

Wetenschappelijke onderbouwing

Er zijn twee groepen die specifiek baat kunnen hebben bij een advies om te minderen (Kunze, 1997). De eerste groep betreft rokers die wel willen stoppen, maar herhaaldelijk falen, ook met de beschikbare vormen van stopondersteuning. Minderen kan dan worden geadviseerd totdat zij weer toe zijn aan een nieuwe poging. De tweede groep betreft rokers die acuut moeten stoppen vanwege hun gezondheid maar niet kunnen. De longarts bijvoorbeeld adviseert in ongeveer 20% van de gevallen aan een patiënt die niet wil of kan stoppen om te minderen (Kotz & Wagena, 2003). In dergelijke gevallen is niet alleen een methode nodig om het gebruik af te bouwen, maar ook een methode om op een laag aantal te blijven (gecontroleerd gebruik).

Van gecontroleerd gebruik (minderen als doel) is onduidelijk welke gezondheidswinst dit zal hebben. Door compenserend rookgedrag (geschat wordt dat de lagere blootstelling aan rook door reductie in het aantal cigaretten per dag voor 30-50% teniet wordt gedaan door extra diep en vaker inhaleren; Hughes & Carpenter, 2005) lijkt een lagere consumptie weliswaar bescheiden gzondheidseffecten te hebben (Pisinger & Godtfredsen, 2006; Pisinger et al., 2008)), maar dit lijkt niet evenredig bij te dragen aan gezondheidswinst (Willemsen, 2003). Voorkeur blijft dus dat de patiënt uiteindelijk volledig met roken stopt.

Een ongewenst gevolg van minderen kan zijn dat toekomstige stoppogingen worden ondermijnd. Hier zijn echter weinig aanwijzingen voor gevonden. In een longitudinale studie waarbij 1.410 Amerikaanse rokers twee jaar werden 'gevolgd', werd geconcludeerd dat minderen geen negatief effect had op stopgedrag (Hughes et al, 1999). Een recente review concludeerde dat uit geen van de 19 onderzochte studies is gebleken dat minderen het stoppen ondermijnt (Hughes & Carpenter, 2005).

In de hulpverlening kan minderen naast het in één keer stoppen wel geadviseerd worden als manier om uiteindelijk te stoppen. Er kan worden aangegeven dat aangetoond is dat eerst gaan minderen het later stoppen gemakkelijker kan maken. Dit sluit tevens goed aan bij de bestaande praktijk en voorkeur van veel rokers die uit zichzelf al voor deze strategie kiezen als ze proberen met roken te stoppen.

De effectiviteit van minderen met hulp van nicotinebevattende hulpmiddelen is goed onderzocht. Hughes & Carpenter (2005) hebben 19 gerandomiseerde studies bestudeerd. Hun conclusie was dat nicotinetherapie helpt om het reduceren vol te houden. Een recente Cochrane meta-analyse waarbij de resultaten uit 8 placebo-gecontroleerde onderzoeken werden samengevat kwam tot de conclusie dat gebruik van nicotinebevattende middelen de kans om succesvol te minderen (tenminste 50% reductie) ongeveer verdubbelt (Stead & Lancaster, 2007). Er zijn geen nadelen aan langdurig gebruik van nicotinebevattende medicatie (Murray et al., 1996; Willemsen, 2003A)

In het buitenland is nog weinig onderzoek gedaan naar methodieken om het minderen psychologisch te ondersteunen. Een recent literatuuroverzicht heeft geen gerandomiseerde studies gevonden (Hughes & Carpenter, 2005). Wel beschrijven zij vijf ongecontroleerde kleinschalige studies waarbij gedragstherapeutische strategieën zijn toegepast zoals vermijden van bepaalde rookmomenten op de dag en vergroten van het tijdsinterval tussen gerookte sigaretten. Alle studies rapporteren dat de proefpersonen er redelijk tot goed in slaagden om te minderen en dit enige tijd vol te houden. Vooral de methode van 'scheduled reduced smoking' (CRS) lijkt veelbelovend. Dit is een methode ter voorbereiding op stoppen met roken, waarbij eerst geleidelijk wordt geminderd volgens een vast schema. Hierbij wordt de roker geholpen om systematisch zijn of haar dagelijks rookpatroon te doorbreken. De deelnemer houdt eerst een dagboekje bij om inzicht te krijgen in het dagelijkse rookpatroon. Vervolgens wordt het aantal te roken sigaretten evenredig over de dag gespreid, waarna het aantal sigaretten langzaam wordt afgebouwd. Uit verschillende gerandomiseerde studies bleek dat deze methode tot betere resultaten leidt dan ongestructureerd minderen (Cinciripini et al., 1997).

Conclusie(s)

Niveau 2	Er zijn aanwijzingen dat minderen een effectieve methode is om te stoppen met roken. *B Cinciripini 1994,* *B Cinciripini 1995* *B Helstrom 2007*

Niveau 3	Er zijn aanwijzingen dat geleidelijke gecontroleerde reductie effectiever is om te stoppen met roken dan minderen op eigen gelegenheid. *B Cinciripini 1994* *B Cinciripini 1995*

Aanbeveling

Voor rokers die niet kunnen of willen stoppen is minderen een goed alternatief. Minderen dient dan volgens de methode van geleidelijke gecontroleerde reductie toegepast te worden.

HOOFDSTUK 4 FARMACOLOGISCHE ONDERSTEUNING

Voor de farmacologische ondersteuning zijn nicotinevervangende middelen (NVM) in verschillende vormen, twee antidepressiva; bupropion en nortriptyline, en de specifieke partiele nicotine-receptoragonist varenicline beschikbaar. Bij de toepassing van de richtlijn dienen de behandelaars zich te realiseren dat eventuele absolute stoppercentages gebaseerd zijn op onderzoek in geselecteerde populaties en niet hoeven te gelden voor de behandeling van individuele rokers. Immers, voor het onderzoek waarop de betreffende percentages zijn gebaseerd, zijn doorgaans rokers geselecteerd die aan bepaalde criteria voldeden, zoals het roken van minimaal 10 tot 15 sigaretten per dag of vrijwilligers die al enkele stoppogingen achter de rug hadden. Ook hadden de deelnemende rokers geen keuze in het hulpmiddel of het type ondersteuning. Het is goed mogelijk dat wanneer de behandelaar gebruik maakt van de kenmerken van de individuele roker, de kans op succes daarmee kan worden vergroot. Behalve op grond van de beschreven evidentie dient de therapiekeuze bepaald te worden door een geïnformeerd en gedeeld beslissingsproces van arts en patiënt, waarbij de voorkeur en behoefte van de patiënt, ervaring van de voorschrijver, kostenoverwegingen, en veiligheid een rol spelen. Overigens ontbreekt voor de grote groep lichte rokers (minder dan tien sigaretten per dag) evidentie voor farmacologische ondersteuning, maar gelden deze overwegingen evenzeer (Bader, 2009). Verder is het belangrijk om te onderkennen dat ten aanzien van onderzoek dat door de industrie is gesponsord, in de literatuur wordt aangegeven dat er sprake kan zijn van `publicatiebias (Easterbrook, 1991; Lexchin, 2003; Melander, 2003) en van `sponsorshipbias (Lexchin, 2003; Melander, 2003; Dieppe, 1999). Publicatiebias betreft het verschijnsel dat bepaalde onderzoeken een kleinere kans hebben om daadwerkelijk gepubliceerd te worden. Veelal betreft dit onderzoeken met negatieve uitkomsten en/of onderzoeken met een kleine onderzoekspopulatie. Het verschijnsel sponsorshipbias refereert aan de bevinding dat door de industrie gesponsord onderzoek gemiddeld positievere resultaten laat zien dan ander onderzoek, hetgeen overigens niet ten koste lijkt te gaan van de kwaliteit van het door de industrie gesponsorde onderzoek (Lexchin, 2003).

4.1 Nicotinevervangende middelen (NVM)

Dit hoofdstuk is gebaseerd op de recentste versie van de Cochrane-review van Stead et al (Stead 2008) In de review zijn 111 ‘randomized clinical trials’ opgenomen over de beoogde effecten van nicotinevervangende middelen (NVM). Stoppercentages zijn gemeten na 6 of 12 maanden. De onderzoeken zijn uitgevoerd in een groot aantal landen, bij rokers van beide geslachten ongeacht de mate van verslaving en de setting waarin de mensen zijn behandeld.

4.1.1 Effectiviteit

Bij de bespeking van de effectiviteit wordt het effect thans conform de werkwijze van de Cochrane Collaboration weergegeven als Risk Ratio(RR). In de richtlijn van 2004 werd het effect nog met odds ratio’s aangegeven. In gerandomiseerd klinisch onderzoek is de opgave

van de werkzaamheid van een interventie in het relatieve risico of risico ratio (RR) namelijk methodologisch zinniger en invoelbaar makkelijker te interpreteren dan de eerder gebruikelijke Odds Ratio.
Alle NVM blijken een effectief hulpmiddel bij het stoppen met roken (Stead, 2008). Wanneer de afzonderlijke data voor de verschillende NVM worden gepooled, blijkt 17% langdurig (langer dan een jaar) gestopt te zijn tegen 10% in de controlegroep. Dit komt overeen met een RR van 1,58 (95%-BI: 1,50-1,66). De NNT van NVM bij 12 maanden (soms dus 6) follow-up is ongeveer 6 (de NNT van placebo is ongeveer 10). Dat betekent dat voor alle stoppers er 6, respectievelijk 10, moeten worden behandeld. De NNT van NVM minus het placebo-effect (de toegevoegde waarde van NVM) is ongeveer 16.
In vrijwel alle onderzoeken in de Cochrane-review is een vorm van psychologische ondersteuning of gedragstherapie gegeven. Zonder deze aanvullende ondersteuning kunnen de stoppercentages dus lager zijn. In een prospectieve multinationale cohortstudie naar stoppen met roken en het gebruik van NVM in de open bevolking blijkt eveneens goede effectiviteit: OR voor abstinentie van 3,0 respectievelijk 2,1 voor gebruik van NVM versus geen NVM (West, 2007).

Verschillen
Er zijn nauwelijks vergelijkende onderzoeken gedaan om het verschil in effectiviteit tussen de verschillende NVM te objectiveren. De effectiviteit is alleen indirect vast te stellen. In tabel 2 staat het percentage rokers dat nog na een jaar is gestopt, uitgesplitst per type nicotine-vervanger. Tevens staan de RR's per type nicotinevervanger weergegeven (Stead, 2008).

Tabel 2 Overzicht stoppercentages en NNT van de diverse nicotinevervangende middelen

Nicotinevervangend middel	**% stoppers na één jaar**	**RR (95%-BI)**	**NNT****
Kauwgum	18 (17-19)	1,43 (1,33-1,53)	15
Transdermale pleister	16 (15-17)	1,66 (1,53-1,81)	17
Inhalator	17 (12-24)	1,90 (1,36-2,67)	12
Sublinguale tablet	16 (13-20)	2,00 (1,63-2,45)	12

** Niet verkrijgbaar in Nederland.*
*** Aantal te behandelen personen voor één stopper (nicotinevervangend middel versus placebo).*

Uit *tabel 2* kan niet worden geconcludeerd dat de ene vorm van NVM effectiever is dan een andere, ofschoon de inhalator getalsmatig effectiever lijkt (Stead, 2008). Bij mensen die sterk nicotineafhankelijk zijn, is een hogere dosis nicotinekauwgum (4 mg) effectiever dan een lage dosis (2 mg) (RR:1,85; 95%BI: 1,36-2,50). Gepoolde data geven aan dat een pleister met hoge dosis marginaal effectiever is dan een met lagere dosis (RR:1.15; 95%BI: 1.01-1.30). Er is geen verschil in effectiviteit tussen een 16-uurs- en een 24-uurspleister (Stead, 2008).

Combinaties
Er is onvoldoende bewijs dat combinaties van verschillende NVM de stoppercentages vergroten. De beschikbare onderzoeken zijn heterogeen. Waar sommige combinaties van NVM het effect mogelijk vergroten, doen andere dit niet (Stead, 2008). Echter, het lijkt veilig om verschillende vormen van NVM te combineren (McNeill, 2001).

Ondersteuning door zorgverleners
Onderzoeken die het effect van de ondersteuning door zorgverleners objectiveren en het daarmee van de farmacologische ondersteuning differentiëren, zijn nauwelijks voorhanden.

Combinatie met gedragstherapie
Vergeleken met weinig intensieve begeleiding zorgt intensieve begeleiding niet voor een significante toename van het effect van NVM, hoewel er wel een trend ten gunste van de intensieve begeleiding bestaat. Ook wordt het effect van NVM niet groter door combinatie met groepstherapie (Stead, 2008). Belangrijk hierbij is dat de onderzoeken waarin het effect van NVM werd onderzocht, de NVM door een hulpverlener werden verstrekt (niet over de toonbank). Deze verstrekking is in de praktijk moeilijk los te koppelen van een korte ondersteunende interventie. Dit maakt het aantonen van een effect van extra ondersteuning (groepstherapie) lastig. Afzien van gedragsmatige interventies is dus niet aan de orde, want gedragsmatige interventies, los van NVM, zijn effectief en er kan ook worden gekozen voor een gedragsmatige interventie zonder NVM.

Patiëntencategorieën
Er is onvoldoende bewijs voor het effect van NVM bij mensen die minder dan 10-15 sigaretten per dag roken. Voor alle categorieën van rokers die meer dan 15 sigaretten per dag roken, zijn NVM bewezen effectief. De effectiviteit is lager bij mensen die in het ziekenhuis zijn opgenomen, omdat hun motivatie vaak tekortschiet. Ook is er geen onderbouwing vanuit de wetenschappelijke literatuur voor het aanraden van specifieke NVM aan bepaalde rokers (Stead, 2008).

Reductie van aantal sigaretten
Uit één onderzoek bleek dat een nicotine-inhalator de consumptie van sigaretten verminderde. De OR van het aantal rokers dat na twee jaar het aantal sigaretten met 50% reduceerde, was 3,6 (95%-BI: 1,5-8,3) (Stead, 2008).

Conclusies

Niveau 1	Nicotinevervangende middelen verhogen het percentage succesvolle stoppers met roken ten opzichte van placebo met 7% (van 10 naar 17%). *A1 Stead 2008*

Niveau 1	Er is geen overtuigend verschil in effectiviteit tussen de verschillende toedieningsvormen van nicotinevervangende middelen; alle vormen blijken even effectief te zijn. *A1 Stead 2008*

Niveau 1	Bij sterke nicotineafhankelijkheid is een hoge dosis nicotine (in de vorm van kauwgum) effectiever dan een lage. *A1 Stead 2008*

Niveau 1	Het is onduidelijk of combinaties van verschillende toedieningsvormen van nicotinevervangende middelen de effectiviteit vergroten. *A1 Stead 2008*

Niveau 3	Ondersteuning of groepstherapie lijkt het effect van verstrekking door een hulpverlener van nicotinevervangende middelen niet wezenlijk te vergroten. *B Stead 2008*

Niveau 3	Er zijn aanwijzingen dat nicotinevervangende middelen de consumptie van sigaretten kunnen reduceren. *B Stead 2008*

4.1.2 Veiligheid en bijwerkingen

NVM worden door de werkgroep als veiliger gezien dan roken op zichzelf. In *tabel 3* staat een overzicht van de belangrijkste hinderlijke bijwerkingen van nicotinevervangende middelen (Stead, 2008).

Tabel 3 Belangrijkste hinderlijke bijwerkingen* van nicotinevervangende middelen

Type nicotinevervanger	**Bijwerkingen**
Kauwgum	Hikken, maag-darmklachten, kaakpijn, mond-tandklachten
Transdermale pleister	Irritatie en overgevoeligheid huid, slecht slapen
Nicotine-inhalator	Irritatie aan mond en keel, kuchen
Sublinguale zuigtablet	Hikken, irritatie aan mond en keel, kuchen en droge lippen
Zuigtablet	Irritatie aan mond en keel, hikken, maag-darmklachten

** Een uitgebreide lijst met bijwerkingen staat in het Farmacotherapeutisch Kompas (farmacotherapeutisch kompas,www.fk.cvz.nl) en op www.cbg-meb.nl voor de IB-tekst*

Cardiovasculaire aandoeningen
In één onderzoek bij personen boven de 45 jaar met minimaal één gediagnosticeerde hart-vaatziekte (HVZ), was er geen verschil waarneembaar in het optreden van bijwerkingen en HVZ-gerelateerde klachten door nicotinepleisters (Stead, 2008). NVM lijken veilig bij personen met HVZ (McNeill, 2001).

Zwangeren
Zonder interventies is de kans op een geslaagde stoppoging bij doorrokende zwangeren laag. De werkgroep is daarom van mening dat bij fors rokende vrouwen (meer dan tien sigaretten per dag) NVM moeten worden overwogen bij het falen van andere interventies. Dat geldt zeker voor vrouwen die eerder een gestoord zwangerschapsbeloop hebben doorgemaakt waarop roken van invloed is geweest. De veiligheid van NVM tijdens zwangerschap is onderzocht in een aantal klinische trials, waarbij gevonden werd dat in termen van maternale en foetale hemodynamiek en nicotine expositie het gebruik van NVM niet slechter was dan ad libitum roken (Oncken, 1996; Ogburn, 1999; Wright, 1997). Een recente trial waarin de adherentie aan NVM in zwangere rokers is onderzocht wijst op de kritische rol van adherentie in de eerste 48 uur van de stoppoging, die de belangrijkste voorspeller van succes bleek (Fish, 2009). Gezien de te verwachten snellere klaring van nicotine bij zwangeren zullen relatief hogere doses NVM nodig zijn dan op grond van het tabaksgebruik geschat kan worden. Dit zou een argument kunnen zijn voor hoger doseren of combineren van verschillende NVM. Empirische gegevens die dit ondersteunen ontbreken echter.

Niveau 3	De effecten van foetale blootstelling aan nicotine door maternaal gebruik van NVM lijken vergelijkbaar met die bij vrijelijk roken door de moeder. *B Oncken 1996 Ogburn 1999 Wright 1997*

Niveau 3	Adherentie aan NVM in de eerste 48 uur bij een stoppoging door zwangeren lijkt een belangrijke voorspeller van succes. *B Fish 2009*

Jongeren
Er is beperkt onderzoek naar de veiligheid van NVM bij jongeren. Er zijn geen aanwijzingen dat deze middelen bij hen onveilig zijn (McNeill, 2001).

Bij continueren van roken
Er zijn op dit moment geen aanwijzingen dat het gelijktijdig gebruik van sigaretten en NVM schadelijk is. Mogelijk maakt de combinatie van sigarettengebruik en NVM een stoppoging gemakkelijker (McNeill, 2001).

Verslavingsrisico

Er zijn geen gegevens voorhanden dat NVM verslavend zijn. Een klein deel van de gebruikers van NVM blijkt ze langdurig te gebruiken, maar het is onbekend of dit als een verslaving te kenmerken is (McNeill, 2001). Deze langdurig gebruikers zijn zware rokers.

Conclusies

Niveau 1	Nicotinevervangende middelen hebben relatief lichte bijwerkingen. *A1 Stead 2008; D Farmacotherapeutisch Kompas 2009*

Niveau 3	Bij rokers met aangetoonde hart- en vaatziekten geven nicotinevervangende middelen niet meer HVZ-gerelateerde klachten. *B Stead 2008*

Niveau 3	Nicotinevervangende middelen zijn bewezen effectief bij zwangeren en lijken minder schadelijk dan roken. Uiteraard moet met risico's rekening worden gehouden. *C McNeil 2001*

Niveau 3	Uit de beperkte literatuur over het gebruik van nicotinevervangende middelen bij jongeren van 12-18 jaar komen geen aanwijzingen naar voren voor onveiligheid van nicotinevervangende middelen. *C McNeil 2001*

Niveau 3	Combinatie van roken en nicotinevervangende middelen lijkt niet schadelijk. *C McNeil 2001*

Niveau 4	Er zijn onvoldoende gegevens voorhanden dat nicotinevervangende middelen verslavend zijn. *D Mening van de werkgroep*

Aanbevelingen

Bij iedere vorm van begeleiding aan rokers die gemiddeld tien of meer sigaretten per dag roken, behoort informatie te worden gegeven over farmacotherapie.
De keuze tussen de verschillende nicotinevervangende middelen kan worden gebaseerd op persoonlijke voorkeur van de gebruiker, het bijwerkingenprofiel* en de prijs.

Nicotinevervangende middelen kunnen worden gebruikt bij ‘risicogroepen’ zoals mensen met hart- en vaatziekten, maar ook bij verslaafde jongeren vanaf 12 jaar.

Bij zwangere of borstvoeding gevende vrouwen kunnen nicotinevervangende middelen worden overwogen wanneer op geen enkele andere wijze het roken kan worden gestopt en wanneer de risico’s van nicotinevervangende middelen opwegen tegen de nadelen van blijven roken.
* zie *bijlage 1, Doseringen en contra-indicaties van de farmacologische behandeling van tabaksverslaving*

4.2 Bupropion

Registratie van bupropion als antidepressivum vond plaats in de Verenigde Staten in 1985 onder de merknaam Wellbutrin. Sinds 1997 is het daar verkrijgbaar als hulpmiddel bij het stoppen met roken. Bupropion werd in december 1999 door het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen onder de merknaam Zyban in Nederland geregistreerd voor de indicatie ‘hulpmiddel bij het stoppen met roken’. Nederland was met deze registratie het eerste land binnen de Europese Unie. Bupropion is alleen op recept verkrijgbaar. Het is gecontraïndiceerd bij zwangeren en wordt niet vergoed door de ziektekostenverzekeraars. De bewijsvoering is gebaseerd op een recente Cochrane-review (Hughes, 2003). De meerderheid van de onderzoeken naar het effect van bupropion is gesponsord door de industrie, en de meeste onderzoeken zijn uitgevoerd bij Amerikaanse rokers, vooral geselecteerd via advertenties (uit de open populatie). Dit betrof met name rokers zonder (chronische) ziekte die minimaal tien sigaretten per dag rookten en gemotiveerd waren om te stoppen met roken.

4.2.1 Effectiviteit

Uit de Cochrane-review van Hughes et al. blijkt bupropion ‘sustained release’ (SR) een effectief middel te zijn om gemotiveerde rokers te helpen tijdens een stoppoging. Samenvatting van de afzonderlijke resultaten van 31 onderzoeken met het merendeel 12 maanden abstinentiedata resulteert in een RR t.o.v. placebo van 1,94 (95%-BI: 1,72-2,19). De NNT na 12 maanden follow-up is 11. In alle geïncludeerde onderzoeken werd de behandeling met bupropion gecombineerd met een intensieve gedragsmatige interventie.

COPD

Tot heden zijn er twee gecontroleerde onderzoeken uitgevoerd naar het effect van bupropion SR als hulpmiddel voor stoppen met roken bij patiënten met COPD (Tashkin, 2001; Wagena, 2005). In beide studies suggereren de resultaten na 26 weken dat bupropion SR een effectief hulpmiddel is voor stoppen met roken in deze groep. De resultaten na 12 maanden laten geen significant verschil meer zien tussen de experimentele en controlegroep.

Cardiovasculaire aandoeningen

Tot op heden is één gecontroleerd onderzoek uitgevoerd naar het effect van bupropion SR (300 mg gedurende zeven weken) als hulpmiddel voor stoppen met roken bij patiënten met een cardiovasculaire aandoening (Tonstad, 2003). Zowel na 6 als na 12 maanden bleek bupropion SR effectiever dan placebo (continue abstinentie bij 6 maanden: OR 3,1; 95%-BI: 2,0-5,0 versus 12 maanden: OR 2,8; 95%-BI: 1,7-4,6; NNT 52 weken 8; 95%-BI: 5,5-14,5).

Schizofrenie

Bij schizofrenie zijn twee gerandomiseerde, placebogecontroleerde onderzoeken uitgevoerd (George, 2002; Evins, 2001). Eén onderzoek werd uitgevoerd met een voor- en nameting zonder controlegroep (Weiner, 2001). In één onderzoek ontvingen de deelnemers in de experimentele groep bupropion SR 300 mg gedurende tien weken gecombineerd met groepstherapie (wekelijks gedurende tien weken, 60 minuten per sessie) (George, 2002). Het gebruik van antipsychotica naast het onderzoekmedicatie werd tijdens het onderzoek voortgezet in dezelfde dosering. De puntprevalentie-abstinentie na tien weken was 50% in de bupropiongroep (8/16) en 13% in de placebogroep (2/16); na zes maanden was dit 19% (3/16) en 6% (1/16). In één onderzoek ontvingen de deelnemers in de experimentele groep gedurende 12 weken bupropion SR 150 mg en wekelijkse cognitieve gedragstherapie in groepen gedurende 9 weken (60 minuten per sessie) (Evins, 2001). Ook in dit onderzoek werd de experimentele medicatie toegevoegd aan de onderhoudsmedicatie. Na zes maanden bleek één deelnemer uit de experimentele groep (11%) en geen deelnemer uit de controlegroep (0%) abstinent te zijn.

Effectiviteit van bupropion versus NVM

In de Cochrane review van Hughes zijn 3 studies opgenomen die bupropion vergelijken met NVT pleister. Bupropion blijkt niet significant beter te zijn: OR=1.34 (0.71, 2.56) (Hughes, 2003).

Combinatie met NVM

Er zijn twee onderzoeken uitgevoerd naar de effectiviteit van bupropion SR gecombineerd met NVM (Jorenby, 1999; Simon, 2002). In het eerste onderzoek werd bupropion SR 300 mg (negen weken) gecombineerd met nicotinepleisters (21 mg gedurende zes weken) (Jorenby, 1999). Deze combinatie bleek effectiever dan enkel het gebruik van nicotinepleisters (OR: 2,7; 95%-BI: 1,6-4,5). In het tweede onderzoek werd bupropion (300 mg, zeven weken) eveneens gecombineerd met nicotinepleisters (twee maanden, dosering onbekend) (Simon, 2002). In dit onderzoek vond men geen verschil in effectiviteit (OR: 0,8; 95%-BI: 0,3-1,4). Aangezien de onderzoeken heterogeen zijn (onder andere wat betreft de interventie), zijn er geen gepoolde resultaten berekend. Volgens de Cochrane review is de combinatie van bupropion + NVT niet beter dan alleen NVT: OR=1.37 (0.65, 2.91) (Hughes, 2003).

Conclusies

Niveau 1	In vergelijking met een placebobehandeling blijkt bupropion SR een effectief hulpmiddel om rokers te ondersteunen tijdens een stoppoging. *A1 Hughes 2003*

Niveau 3	Het gebruik van bupropion SR voor stoppen met roken door patiënten met COPD lijkt op de lange(re) termijn niet effectiever dan placebo. *A2 Tashkin 2001*

Niveau 1	Bupropion SR is een effectief hulpmiddel om rokers met een cardiovasculaire aandoening te ondersteunen tijdens een stoppoging. *A2 Tonstad 2003* *A2 Jorenby 1999*

Niveau 3	Er zijn aanwijzingen dat de combinatie van buproprion en nicotinepleisters niet effectiever is dan alleen nicotinepleisters. *B Hughes 2003*

4.2.2 Veiligheid

Er is een aantal overzichtsartikelen verschenen waarin de veiligheid van bupropion is beschreven in vergelijking met placebomedicatie. Hieruit komt naar voren dat bupropion SR in algemene zin een veilig hulpmiddel voor stoppen met roken is, mits gelet op mogelijk aanwezige contra-indicaties. Grote voorzichtigheid is geboden bij condities die predisponeren voor een verlaagde convulsiedrempel, zoals hoofdletsel in de anamnese, tumor van het centraal zenuwstelsel, alcoholmisbruik, plotselinge onthouding van alcohol of benzodiazepinen, behandelde diabetes mellitus, gebruik van stimulerende middelen. (Hughes, 2003). De veiligheid is eveneens aangetoond bij stoppen met roken voor COPD-patiënten. Er moet rekening worden gehouden met mogelijke interactie met de bestaande medicatie van deze groep rokers voor hun luchtwegklachten (Wagena, 2001). Een uitgebreide lijst met bijwerkingen staat in het Farmacotherapeutisch Kompas (www.fk.cvz.nl) en op www.cbg-meb.nl voor de IB-tekst.

Cardiovasculaire aandoeningen

Er is één gecontroleerd onderzoek uitgevoerd naar het effect van bupropion SR (300 mg gedurende zeven weken) als hulpmiddel voor stoppen met roken bij patiënten met een cardio-vasculaire aandoening (Tonstad, 2003). De frequentst gerapporteerde bijwerkingen waren: slapeloosheid (bupropion: 24%; placebo: 12%), droge mond (bupropion: 18%; placebo: 10%) en misselijkheid (bupropion: 13%; placebo: 6%). In totaal rapporteerden 24 personen uit de

bupropiongroep en 14 uit de placebogroep cardiovasculaire klachten: met name angina pectoris (bupropion: n = 7; placebo: n = 4), hypertensie (bupropion: n = 2; placebo: n = 3) en palpitaties (bupropion: n = 4; placebo: n = 1).

Conclusies

Niveau 1	Bupropion SR is een veilig hulpmiddel voor stoppen met roken, mits de instructies in de bijsluiter worden gevolgd en met name wordt gelet op mogelijk aanwezige contra-indicaties (bijvoorbeeld zwangerschap). *A1 Tonstad 2003*

Niveau 3	Bupropion SR lijkt een veilig hulpmiddel voor stoppen met roken voor COPD-patiënten. Er moet rekening worden gehouden met mogelijke interactie met de bestaande medicatie van deze groep rokers voor hun luchtwegklachten (in verband met mogelijke interactie). *A2 Wagena 2003*

Niveau 3	Bupropion SR lijkt een relatief veilig hulpmiddel voor stoppen met roken voor mensen met cardiovasculaire aandoeningen. *A2 Tonstad 2003*

Niveau 3	Het gebruik van bupropion SR 300 mg is in vergelijking tot bupropion SR 150mg effectiever in combinatie met een intensief gedragsmatige behandeling dan het gebruik van placebo bij patiënten met schizofrenie. *A2 George 2002*

Aanbevelingen

Gezien het bijwerkingenprofiel verdient het aanbeveling de behandeling met bupropion samen te laten gaan met minstens twee afspraken met een arts; de eerste afspraak om te controleren op contra-indicaties (bijvoorbeeld zwangerschap) en uitleg te geven over het middel, en de tweede om een vervolggesprek met de roker te voeren en eventueel een vervolgrecept te geven.
Ook de apotheker kan in deze fase voorlichting geven.
Hoewel bupropion veilig lijkt voor schizofrene rokers, verdient het aanbeveling het niet als eerste middel voor te schrijven vanwege het relatief veel voorkomen van bijwerkingen, zoals hoofdpijn, slapeloosheid en geheugenproblemen.

4.3 Nortriptyline

Nortriptyline is een tricyclisch antidepressivum. Het is sinds 1963 internationaal op de markt als een middel tegen depressies. Het is niet geregistreerd als hulpmiddel bij het stoppen met roken en het is alleen op doktersrecept verkrijgbaar.

4.3.1 Effectiviteit

Uit de Cochrane-review blijkt dat nortriptyline een effectief hulpmiddel is om rokers te helpen tijdens een stoppoging (Hughes, 2007). Samenvatting van de afzonderlijke resultaten van zes onderzoeken met minimaal zes maanden abstinentiedata, resulteert in een OR van 2,34 (95% betrouwbaarheidsinterval 1,6-3,4) en een NNT van 10; 95%-BI: 7-18).

Combinatie met NVM

Twee onderzoeken waarin nortriptyline werd gecombineerd met NVM tonen geen bewijs voor een betere uitkomst dan NVM alleen (OR 1,48 (0,8-2,5) (Hughes, 2007)

In één onderzoek is de effectiviteit van nortriptyline gecombineerd met nicotinepleisters onderzocht. Nortriptyline 75 mg/dag werd gedurende 12 weken gecombineerd met nicotine-pleisters gedurende acht weken (dosering niet bekend). Deze combinatie bleek effectiever dan het gebruik van placebo-nortriptyline en nicotinepleisters (zes maanden abstinentie: OR: 2,8; 95%-BI: 1,2-6,9/NNT 7,2; 95%-BI: 4-42) (Prochazka, 2001).

Ondersteuning door zorgverleners

Uit onderzoek is niet bekend of ondersteuning door zorgverleners nodig is om nortriptyline effectief te laten zijn. Gezien de status van het middel (slechts op recept van een arts verkrijg-baar en niet voor SMR geregistreerd) is het in ieder geval noodzakelijk dat een roker minstens één contact heeft met een zorgverlener. Dit contact is noodzakelijk om te bepalen of nortriptyline wel geïndiceerd is voor de desbetreffende roker en om de roker instructies te geven over het gebruik.

Combinatie met gedragstherapie

Er zijn twee onderzoeken waarin de effectiviteit van nortriptyline gecombineerd met intensieve gedragsmatige ondersteuning is vergeleken met de combinatie van nortriptyline en minder intensieve ondersteuning. In het eerste onderzoek bestond de intensiefste behandeling uit nortriptyline (dosering werd getitreerd; behandelduur 12 weken) gecombineerd met tien groepssessies van twee uur, met 5-11 deelnemers gedurende acht weken (Hall, 1998). De minder intensieve interventie bestond uit nortriptyline (12 weken) gecombineerd met vijf groepssessies van 90 minuten, eveneens met 5-11 deelnemers gedurende acht weken. De puntprevalentiecijfers stoppers in week 24 en 65 waren 47% (24/51) versus 38% (18/48), en na 64 weken 31% (16/51) versus 31% (15/48). In het tweede onderzoek werd in de ene groep nortriptyline gecombineerd met vijf individuele sessies van 10-20 minuten uitgevoerd door een specialist (in week 1, 2, 5, 6 en 11) (Hall 2002). De tweede groep ontving nortriptyline bij vijf individuele sessies en vijf groepssessies van 90 minuten uitgevoerd door een getrainde

counselor (in dezelfde periode). Na 24 weken leek de intensiefste interventie het effectiefst (26% (9/35) versus 18% (7/38)), maar na 52 weken is dit verschil verdwenen (17% (6/35) versus 18% (7/38)). De resultaten dienen echter met enige voorzichtigheid te worden geïnterpreteerd, aangezien het geen abstinentiecijfers betreft over een bepaalde periode (bijvoorbeeld continue abstinentie of 'prolonged abstinence'). In de drie vergelijkende studies werd geen significant verschil gezien (Hall 1998 en 2002)

Effectiviteit van nortriptyline versus bupropion
In drie vergelijkende studies met nortriptyline en bupropion gaf bupropion iets betere resultaten te zien, maar de verschillen zijn niet significant (Hall 2002, Wagena 2005, Haggstram 2006).

Conclusies

Niveau 1	Nortriptyline is een effectief hulpmiddel om rokers te ondersteunen tijdens een stoppoging. *A1 Hughes 2007*

Niveau 3	Nortriptyline in combinatie met nicotinevervangende middelen (pleisters) lijkt niet effectiever dan het gebruik van alleen nicotinepleisters (in combinatie met placebo-nortriptyline) ter ondersteuning van een stoppoging. *B Hall 1998* *B Hall 2002*

Niveau 1	Er zijn aanwijzingen dat er geen verschil in effectiviteit bestaat tussen een meer en minder intensieve gedragsmatige interventie voor stoppen met roken in combinatie met nortriptyline. *A2 Hall 1998; Hall 2002*

Niveau 3	Vooralsnog lijkt er geen significant verschil in effectiviteit te bestaan tussen nortriptyline en bupropion als hulpmiddel voor stoppen met roken. *A2 Hall 2002*

4.3.2 Veiligheid
In de onderzoeken naar de effectiviteit van nortriptyline bleken de gebruikelijke maar hinderlijke bijwerkingen vaker in het onderzoeksgroep voor te komen dan in de placebogroep (*tabel 4)*. Ernstige bijwerkingen zijn vooralsnog niet gerapporteerd. Een uitgebreide lijst met bijwerkingen staat in het Farmacotherapeutisch Kompas en op www.cbg-meb.nl.

Tabel 4 Hinderlijke bijwerkingen van nortriptylinegebruik en de frequentie ervan (in %). Tussen haakjes de frequentie in placebogroepen

	Hall 2002	**Hall 1998**	**Da Costa 2002**	**Prochazka 1998**
Droge mond	72 (33)	78 (33)	44 (24)	59 (22)
Constipatie	32 (14)	-	29 (16)	-
Dyspepsie	-	-	-	19 (8)
Hoofdpijn	-	-	9 (5)	10 (7)
Licht gevoel in het hoofd/duizelig	-	49 (22)	-	11 (7)
Wazig zien	-	16 (6)	-	-
Gastro-intestinale problemen	-	-	-	38 (23)
Slapeloosheid	-	-	7 (12)	16 (25)
Slaperigheid	-	-	-	22 (8)
Trillende handen	-	23 (11)	-	-

Conclusie

Niveau 4	Nortriptyline is een redelijk veilig hulpmiddel voor rokers die gemotiveerd zijn om te stoppen met roken. *D Mening van de werkgroep*

Aanbevelingen

Met alle rokers die willen stoppen met roken, kan de mogelijkheid van het gebruik van nortriptyline worden besproken.
Voordat de voor- en nadelen van het gebruik van nortriptyline worden besproken, dient te worden gecontroleerd of er een of meer contra-indicaties zijn. Bij zwangeren dient aan andere middelen voorrang te worden gegeven.
Het geringe effectiviteitsverschil en het aanzienlijke prijsverschil tussen bupropion en nortriptyline maken de keuze voor nortriptyline aantrekkelijk.

4.4 Varenicline

Varenicline is recent toegelaten als farmacologisch hulpmiddel voor stoppen met roken. Als partiele agonist op de α4β2 nicotinerge acetylcholine receptor in het mesolimbisch dopamine systeem heeft het een krachtig agonistisch effect, waarmee het hunkeren naar tabak en onttrekkingslast dempt, maar ook een antagonistische werking als receptorblokker, waarmee het de nicotine-gestuurde dopaminevrijmaking en daarmee het belonings- en versterkingseffect reduceert. Het is ontwikkeld als hoog-affinitieve afgeleide van het natuurlijk voorkomende cytisine, dat van zichzelf een nicotine-analogon is in de gouden-regenplant, en waarvan een Galenisch afkooksel als stoppen-met-roken middel gebruikt is.

Wetenschappelijke onderbouwing

Effectiviteit

Varenicline is een effectief middel om te stoppen met roken. De risk ratio voor abstinentie na ≥6 maanden was 2.33 (95% Confidence interval (CI) 1.95-2.80. Tevens bleek uit een drietal trials waarin varenicline met buproprion werd vergeleken dat varenicline beter is dan bupropion na 1 jaar (Risk ratio 1.52 (95% CI 1.22 to 1.88). (Cahill, 2008).

Conclusie

Niveau 1	Het is aangetoond dat varenicline een effectief middel is om te stoppen met roken. *A1 Cahill 2008,* *A1 Eisenberg 2008*

Niveau 1	Het is aangetoond dat het gebruik van varenicline leidt tot een 1,5 maal grotere kans op stoppen na 1 jaar dan een placebo. *A1 Cahill 2008,* *A1 Eisenberg 2008*

Niveau 1	Het is aannemelijk dat varenicline een effectiever middel is om te stoppen met roken dan buproprion *A1 Cahill 2008*

Bijwerkingen

De meest voorkomende bijwerking van varenicline is misselijkheid (RR 3.25, 95% CI 2.73-3.86, p<0.00001), over het algemeen mild tot matig van intensiteit, dosis afhankelijk en geassocieerd met een lage verhouding tot stoppen met behandeling (Cahill 2008, Niaura 2008). Slapeloosheid, abnormale dromen en hoofdpijn worden ook als regelmatig voorkomende bijwerkingen genoemd.

Naar aanleiding van post marketing gegevens heeft de FDA in mei 2008 gerapporteerd dat bij gebruik van varenicline een associatie met een verhoogd risico op gedragsverandering, agitatie, depressieve stemming, suïcidale gedachten en gedrag in toenemende mate aannemelijk lijkt. In varenicline trials zijn echter slechts 2 neuro-psychiatrische events geobserveerd (Eisenberg 2008).

In een trial met rokers ouder dan 65 jaar en een normale nierfunctie zijn bij gebruik van varenicline tov placebo geen verschillen in veiligheid of verdraagbaarheid vastgesteld (Burstein 2006).

Conclusie

Niveau 1	Het is aangetoond dat misselijkheid een veel voorkomende bijwerking van varenicline , over het algemeen mild tot matig van intensiteit, dosis afhankelijk en geassocieerd met een lage verhouding tot stoppen met behandeling. Daarnaast zijn slapeloosheid, abnormale dromen en hoofdpijn frequent gerapporteerd. Er zijn meldingen gewest van een verhoogd risico op gedragsverandering, agitatie, depressieve stemming, suïcidale gedachten en gedrag. *A1 Cahill 2008, A1 Eisenberg 2008, A2 Niaura 2008*

Conclusie

Niveau 1	Het is aannemelijk dat varenicline ook bij rokers ouder dan 65 jaar en een normale nierfunctie goed verdragen wordt. *B Burstein 2006*

Overige overwegingen

Op dit moment is er nog beperkte informatie over de relatieve effectiviteit van varenicline ten opzichte van reeds langer gebruikte medicamenten. Ook is er nog weinig bekend over de lange termijn effecten van varenicline. Omdat er veel ervaring is met NVM verdienen deze middelen de voorkeur, tenzij andere argumenten of nieuwe informatie een andere keuze rechtvaardigen.

Aanbeveling

Varenicline is een effectief middel om stoppen met roken te ondersteunen, en zou voor iedere stoppoging overwogen kunnen worden. Er zijn op dit moment geen goede argumenten om een rangorde aan te brengen tussen varenicline, nicotine-vervangende middelen, bupropion, of nortryptiline.

4.5 Andere farmacotherapeutische middelen: clonidine

Clonidine is niet geregistreerd voor de behandeling van tabaksverslaving. In een Cochrane-review van zes placebogecontroleerde onderzoeken was zowel orale (drie onderzoeken) als transdermale toediening (3 onderzoeken) van clonidine effectiever dan placebo (Gourlay, 2000). De gepoolde OR van de zes onderzoeken tezamen was 1,89 (95%-BI: 1,30-2,74). Geen van de onderzoeken hanteerde echter 6 of 12 maanden continue abstinentie als succescriterium. Clonidine geeft veel dosisafhankelijke bijwerkingen, in het bijzonder een droge mond, en het heeft een sederende werking. Het is geen eerste keus, maar kan overwogen worden als NVM of antidepressiva niet aanslaan.

Conclusie

Niveau 1	In vergelijking met een placebobehandeling is clonidine mogelijk effectiever dan placebo om te stoppen met roken. Het middle kent echter een hoge incidentie van bijwerkingen als droge mond en slaperigheid. A2 Gourlay 2000

Aanbeveling

Conidine is gezien het bijwerkingen profiel geen eerste keus, maar kan overwegen worden als NVM of antidepressiva niet aanslaan.

4.6 Alternatieve therapieën

De Cochrane Collaboration bekeek vier onderzoeken waarbij hypnose is vergeleken met een placebo-interventie (alleen aandacht). Aangezien de onderzoeken qua opzet te veel van elkaar verschilden, was het niet mogelijk de resultaten samen te voegen. Drie onderzoeken lieten geen significant voordeel zien van hypnose vergeleken met aandacht. Geen van de onderzoeken hanteerde 12 maanden continue abstinentie als succescriterium (Abbot, 2000). Voor de Cochrane-review over acupunctuur zijn 24 geschikte onderzoeken geïdentificeerd (White, 2006) In zes placebogecontroleerde onderzoeken werd het effect van acupunctuur op lange termijns (6-12 maanden) abstinentie onderzocht. Uit de gepoolde resultaten bleek dat de behandeling niet beter was dan placebo. Verder zijn er kruidenpreparaten en homeopathische middelen op de markt. Hiervan zijn geen placebogecontroleerde onderzoeken gevonden.

Conclusie

Niveau 2	Er zijn geen aanwijzingen dat alternatieve therapieën beter werken dan placebo *A2 Abbot 2000* *A2 White 2006*

4.7 Rol van apothekers

De apotheker kan een tweeledige functie vervullen bij het beïnvloeden van het rookgedrag van zijn cliënt. Enerzijds heeft de apotheek een voorlichtende rol, zeker bij patiënten die op grond van hun in de apotheek geregistreerde geneesmiddelengebruik nog meer dan andere rokers ‘at risk’ zijn. Immers, astma/COPD-middelen, diabetesmiddelen en cardiovasculaire middelen behoren tot de belangrijkste geneesmiddelgroepen die in apotheken worden afgeleverd. Bij al deze aandoeningen is het zinvol te stoppen met roken. Anderzijds kan de apotheker een rol spelen bij de voorlichting over de keuze, het gebruik en de contra-indicaties van NVM. De begeleiding van NVM door een apotheker is in het buitenland uitgeprobeerd in zowel

ongecontroleerd als gecontroleerd onderzoek (Dent, 2007). In de vijf beschikbare gecontroleerde studies naar het effect van counselling van een apotheker op lange termijn abstinentie (6-12 maanden) werd in drie studies significant meer stoppers gezien in de apothekersinterventiegroep in vergelijking tot de controle groep. In de twee andere studies werd alleen een trend waargenomen (Ryan, 2002). Gezien het bijwerkingenprofiel en de contra-indicaties dient het gebruik van bupropion en nortriptyline, net als varenicline, te worden begeleid door een arts en apotheker. Naast de medicatiebegeleiding kan de apotheker een duidelijke rol spelen in het bevorderen van de therapietrouw. Het belang hiervan blijkt uit een onderzoek onder Nederlandse bupropiongebruikers, waarin werd gevonden dat de helft van deze gebruikers de aanbevolen kuur niet afmaakte (Bouvy, 2003).

4.8 Voorkeuren van rokers

Uit een cliëntperspectief onderzoek onder 'gezonde' rokers is gebleken dat men meer voelt voor een groepscursus dan voor bupropion omdat 'gezonde' rokers liever geen antidepressivum slikken. De voorkeur gaat uit naar NVM waarmee de rokers iets kunnen 'doen', zoals een lolly. Voor rokers die zich zorgen maken over gewichtstoename, ligt het voor de hand om bupropion of NVM te kiezen, waarvan is aangetoond dat ze gewichtstoename na stoppen uitstellen. Beslissingsondersteuning om voorschrijver en roker een geïnformeerde en gedeelde therapiekeuze te maken verhoogt de intrinsieke motivatie en de adherentie 2-4. Met nadruk mag worden gesteld dat een integrale programmatische aanpak het meest effectief is en dat farmacologische ondersteuning alleen in combinatie met een gedragsmatige interventie mag worden voorgeschreven (*Fiore 2008, Platform vitale vaten, 2009).*

4.9 Conclusie: kiezen uit farmacologische middelen

Uit een Cochrane-meta-analyse naar de werkzaamheid van NVM bij personen die meer dan 15 sigaretten per dag roken, blijkt dat de kans op een geslaagde stoppoging met een factor 1,5 tot 2 wordt verhoogd indien aan deze groep rokers een van de NVM wordt gegeven bij een stop-poging. Een hogere dosering NVM is effectiever bij personen die veel roken dan een lagere. Er is beperkt bewijs dat ook bij personen die meer dan 10 sigaretten, maar minder dan 15 per dag roken NVM de kans op succes bij een stoppoging verhogen, ook zonder intensieve begeleiding. Naar de effectiviteit van bupropion zonder (intensieve) begeleiding is nog geen onderzoek uitgevoerd. De bijwerkingen van NVM zijn beperkt en NVM zijn toepasbaar bij personen met hart- en vaatziekten en COPD. Er zijn studies verricht naar de effectiviteit van bupropion bij personen die meer dan tien sigaretten per dag roken. Op basis daarvan kan worden geconcludeerd dat bupropion in combinatie met een intensieve begeleiding de kans op een geslaagde stoppoging verhoogt. Varenicline is een effectief gebleken middel met hogere stopkans tijdens behandeling dan bupropion in een vergelijkende studie. Naar de effectiviteit van nortriptyline zijn inmiddels zes 'randomized clinical trials' uitgevoerd, waarvan er vijf een

positief effect ten opzichte van placebo aantoonden. De conclusie is dat nortriptyline, in combinatie met intensieve begeleiding, effectiever is dan placebo om rokers te ondersteunen tijdens een stoppoging. De effectiviteit van nortriptyline en bupropion is vergeleken, waarbij geen verschil in effectiviteit tussen beide middelen werd gevonden. Naar de effectiviteit van nortriptyline zonder (intensieve) ondersteuning is geen onderzoek uitgevoerd. Aangezien nortriptyline al meer dan 30 jaar beschikbaar is als antidepressivum, is veel bekend over het bijwerkingenprofiel. Voorafgaand aan het voorschrijven van dit middel dient echter de aanwezigheid van contra-indicaties te worden nagegaan.

Overige overwegingen

NVM zijn uitgebreid en gedurende langere tijd onderzocht, ook in de eerste lijn en zonder intensieve begeleiding. NVM blijken werkzaam bij alle groepen van rokers. De effectiviteit blijkt beperkt, maar NVM hebben een beperkt risico op bijwerkingen en zijn vrij verkrijgbaar. Hoewel naar nortriptyline minder klinisch onderzoek is uitgevoerd voor de indicatie 'behandeling van tabaksverslaving', bestaat vooralsnog geen bewijs voor een verschil in effectiviteit in vergelijking met bupropion. Nortriptyline is niet geregistreerd voor de indicatie 'behandeling van tabaksverslaving'. Het is net zoals bupropion en varenicline alleen op recept verkrijgbaar. In verband met indicatie, afweging van effectiviteit en kosten en eventuele bijwerkingen is consultatie van een arts gewenst. Bupropion is uitgebreid onderzocht in geselecteerde populaties met intensieve ondersteuning, daarbuiten niet. Varenicline studies bij geselecteerde patiëntenpopulaties zijn onderweg. Voor het maken van een keuze uit de beschikbare farmacologische middelen kunnen naast de beschikbare evidentie de volgende overwegingen gebruikt worden: voorkeuren en ervaringen van patiënten, geschiedenis van de patiënt m.b.t. vergeefse stoppogingen, bijwerkingenprofiel van de verschillende middelen, beschikbaarheid van gegevens t.a.v. lange termijn bijwerkingen, bijkomende ziekten, kosten, etc.

Aanbevelingen

Eerste keus met betrekking tot farmacotherapeutische ondersteuning: Aan alle rokers die meer dan tien sigaretten per dag roken en een stoppoging overwegen, dient het gebruik van een van de nicotinevervangende middelen hierbij in overweging te worden gegeven. Ook bij een tweede poging kunnen deze middelen worden geadviseerd.

Tweede keus met betrekking tot farmacotherapeutische ondersteuning: Aan alle rokers die meer dan tien sigaretten per dag roken en willen stoppen, en bij wie het gebruik van NVT niet (meer) in aanmerking komt, wordt het gebruik van bupropion, nortriptyline of varenicline in overweging gegeven.

HOOFDSTUK 5. PRAKTIJKSETTINGS EN DOELGROEPEN

5.1 Praktijksettings

5.1.1. Setting en discipline

Setting

Op basis van de literatuur kan niet worden gesteld dat toepassing van dezelfde interventies in verschillende settings (verslavingszorg, ziekenhuis(poli)kliniek of anderszins) de werkzaamheid van de interventie beïnvloedt. Het succes hangt eerder samen met de intensiteit van behandeling (Rigotti, 2000; Hulscher, 2001). Interventies zijn effectief zowel binnen de eerste lijn als in ziekenhuizen. Wat betreft de tandartsensetting is in de afgelopen jaren gebleken dat ook de mondhygienist, die in de vorige richtlijn niet expliciet is genoemd, een vergelijkbare rol kan spelen als de tandarts.

Ook in de werksituatie werkt stoppen met roken even goed als in andere omgevingen (zie paragraaf 5.5 interventies in de werkomgeving). Desalniettemin ligt het voor de hand ernstig verslaafde, recidiverende rokers (ook) te behandelen in de verslavingszorg. Een recent afgesloten ‘pilot’-onderzoek laat zien dat dit goed uitvoerbaar is en tot redelijke resultaten leidt (Tromp-Beelen, 2004).

Discipline van de behandelaar

Interventies door professionals in de gezondheidszorg hebben significant meer effect dan zelfhulp of hulp door een niet-professional. Wat de aard van de professionele discipline betreft, blijken dokters niet significant meer effect te hebben dan niet-dokters (OR: 2,2 versus 1,7) (Fiore, 2008).

Deze bevinding heeft betrekking op interventies in het algemeen – waarbij geen onderscheid is gemaakt in intensiteit – en is dus vooral gebaseerd op onderzoek naar niet-intensieve interventies. Onduidelijk is in hoeverre dit met name (of juist niet) geldt voor intensieve interventies. Advies door artsen (niet gedifferentieerd naar setting) is effectief bij het stoppen met roken (Fiore, 2008). Interventies door verpleegkundigen in ziekenhuizen zijn eveneens effectief, waarbij intensievere interventies niet effectiever lijken te zijn dan minder intensieve interventies (Rice, 2008).

Interventies waar professionals van verschillende disciplines bij de uitvoering betrokken zijn, hebben niet statistisch significant meer effect dan interventies die worden uitgevoerd door professionals van één discipline (OR: 2,5 versus 1,8) (Fiore, 2008). Deze uitkomst is vooral gebaseerd op onderzoek naar niet-intensieve interventies. Onduidelijk is in hoeverre dit met name (of juist niet) geldt voor intensieve interventies.

Interessant is dat in de Amerikaanse richtlijn het niet-significante verschil gevonden bij de aard van de discipline, in de richtlijn niet tot een aanbeveling leidde vooral artsen in te zetten. Het eveneens niet-significante verschil tussen betrokkenheid van meerdere verschillende disciplines leidde daarentegen wel tot de aanbeveling om meerdere disciplines in te zetten. Gezien hun kernexpertises zijn artsen aangewezen om de eerste stappen van een kortdurende

ondersteuning (‘ask’, ‘assess’, ‘advise’), alsmede het voorschrijven van ondersteunende medicatie voor hun rekening nemen, terwijl de gedragsbegeleiding en -training (‘assist’, ‘arrange’) beter kan worden uitgevoerd door de gedragskundige of als zodanig getrainde verpleegkundige (of doktersassistent).

Conclusies

Niveau 1	Minder intensieve ondersteuning bij stoppen met roken kan overal worden geboden. *A1 Hulscher 2001; A1 Rigotti 2002; A1 Moher 2003*

Niveau 1	Er zijn geen aanwijzingen dat het inzetten van bepaalde professionele disciplines effectiever is bij interventies voor stoppen met roken. *A1 Fiore 2008; A1 Rice 2008*

Niveau 1	Intensieve interventies voor stoppen met roken dienen te worden verzorgd door personen die daar speciaal voor getraind zijn. *A1 Rice 2008; A1 Thomson O’Brien 2001; A1 Lancaster 2005*

Aanbevelingen

Er dienen voldoende locaties in Nederland te zijn voor het toepassen van intensieve interventies voor stoppen met roken. Hiervoor komen in aanmerking: eerstelijnsgezondheidszorg (huisartsenpraktijk, verloskundige praktijk), openbare gezondheidszorg (thuiszorg, GGD’s), poliklinieken van algemene ziekenhuizen, verslavingszorg, telefonische coaching en e-programma’s door daartoe getrainde professionals.

Zorgverleners die stoppen met roken-ondersteuning geven, moeten daarvoor zijn getraind. Hiervoor zijn in Nederland trainingen beschikbaar bij STIVORO en diverse beroepsorganisaties (NHG voor huisartsen en praktijkondersteuners; NVDA voor doktersassistentes).

5.2 Huisartspraktijk

Aangezien jaarlijks 70% van de Nederlanders hun huisarts bezoekt, is de huisartspraktijk een uitgelezen plaats om veel rokers te bereiken voor een ‘stoppen met roken’-interventie.
In 2007 verscheen de NHG-Standaaard Stoppen met roken (Chavannes, 2007); deze geeft richtlijnen voor diagnostiek en beleid om rokers op een effectieve manier te adviseren en te begeleiden bij het stoppen met roken. De standaard sluit aan bij de multidisciplinaire richtlijn tabaksverslaving van het CBO uit 2004 en bouwt voort op de reeds bestaande Minimale Interventiestrategie Stoppen met roken voor de Huisartsenpraktijk (H-MIS).

De NHG-Standaard adviseert huisartsen de rookstatus in kaart te brengen van patiënten die zelf om ondersteuning vragen bij stoppen met roken en van spreekuurbezoekers bij wie stoppen met roken extra van belang is, en rokers te adviseren te stoppen met roken. Voor een aantal patiëntengroepen is dat belang tevens onderstreept in andere NHG-Standaarden, in ieder geval bij:

- patiënten die bij de dokter komen met een aan roken gerelateerde klacht zoals hoest of benauwdheid, aandoeningen zoals een HVZ, COPD of astma of een verhoogd risico op HVZ zoals bij diabetes mellitus;
- ouders van kinderen met astma en recidiverende bovensteluchtweginfecties;
- vrouwen die hormonale anticonceptie (gaan) gebruiken;
- zwangere vrouwen en hun partners;
- patiënten bij wie recent een aan roken gerelateerde ingrijpende diagnose is gesteld.

De huisarts kan het in kaart brengen van de rookstatus uitbreiden naar geschikte situaties en naar groepen van patiënten bij wie veel gezondheidswinst te behalen valt.

Kernboodschappen van de NHG-Standaard

- In de huisartsenpraktijk is belangrijke gezondheidswinst te behalen door rokers aan te sporen te stoppen met roken.
- Onderscheid rokers in degenen die gemotiveerd zijn om te stoppen, degenen die stoppen overwegen en degenen die niet gemotiveerd zijn om te stoppen.
- Het is belangrijk ‘het ijzer te smeden als het heet is’, dat wil zeggen rokers die gemotiveerd zijn om te stoppen intensief te ondersteunen bij hun stoppoging.
- Medicamenteuze ondersteuning vindt plaats in overleg met de patiënt.

Zie bijlage 2 samenvattingskaart NHG-Standaard

Deze rol kan de huisarts deels zelf spelen, deels kan hij deze delegeren aan de praktijkondersteuner, die in ruim 70% van de huisartspraktijken aanwezig is. Deels kan de roker worden verwezen naar intensievere vormen van ondersteuning buiten de huisartspraktijk, zoals een groepstraining of telefonische coaching. Praktijkondersteuners kunnen zich ontwikkelen tot specialisten voor intensieve ‘stoppen met roken’-interventies.

5.2.1 Effectiviteit van korte ondersteunende interventies in de huisartspraktijk volgens de minimale-interventiestrategie (MIS)

De Minimale Interventiestrategie Stoppen met roken voor de Huisartsenpraktijk (H-MIS) is een in 1994 speciaal voor de Nederlandse huisartsenpraktijk ontwikkelde kortdurende interventie ter ondersteuning van stoppen met roken. De H-MIS kan worden toegepast door zowel huisarts als praktijkondersteuner. In zes stappen, verdeeld over twee tot drie consulten, worden het motivatieniveau en de nicotineafhankelijkheid vastgesteld en barrières besproken, wordt een stopdatum afgesproken, farmacotherapie geadviseerd en een zelfhulpgids en follow-upconsult aangeboden. Uit een RCT onder 530 patiënten uit 22 huisartsenpraktijken bleek de OR voor

zelfgerapporteerde continue abstinentie na 6 en 12 maanden 3,04 (95%-BI 1,7-5,6), met een absoluut verschil van 5,1% tussen de interventie- en de controlegroep en een positief effect in de interventiegroep van 8,2%. In de interventiegroep kreeg 9,3% van de rokers NVM naast de consulten (Pieterse 2001).

Conclusie

Niveau 2	De MIS lijkt een effectieve en in de dagelijkse huisartspraktijk toepasbare methode voor het begeleiden van rokers om te stoppen. *A2 Pieterse 2001*

Overige overwegingen

Om een niet-medicamenteus stoppen-met-rokenbeleid in de huisartsenpraktijk te kunnen realiseren, adviseert de NHG-Standaard om praktijkmedewerkers, zoals praktijkondersteuners, praktijkverpleegkundigen of praktijkassistentes, hier speciaal in te scholen en te laten meewerken aan de uitvoering ervan. Het NHG heeft hiervoor speciaal de cursus 'Starten met stoppen', het programma voor individuele nascholing (PIN) 'Stoppen met roken' en een verdiepingsmodule over stoppen met roken ontwikkeld. Naarmate de huisartsenpraktijk beschikt over voldoende speciaal geïnstrueerd personeel kan zij de implementatie op praktijkniveau uitbreiden.

Als het voor de huisarts niet mogelijk is een stoppen-met-rokeninterventie aan te bieden, adviseert de NHG-Standaard de patiënt te verwijzen naar andere stoppen-met-roken programma's, zoals STIVORO, 'Advies op Maat', telefonische coaching en de training 'Pakje Kans', naar instellingen voor verslavingszorg of stoppen-met-roken poli's in ziekenhuizen.

5.2.2 Praktijkondersteuners of -assistenten

Overwegingen

Er is een grote variatie in praktijkorganisatie. Zo zijn er huisartspraktijken waarin praktijk-ondersteuners of gespecialiseerde verpleegkundigen werken, maar ook praktijken waarin assistenten werkzaamheden verrichten die in andere praktijken door ondersteuners worden gedaan (bijvoorbeeld controle van patiënten met diabetes, astma/COPD of hypertensie). Ook zijn er praktijken waar nog nauwelijks (medische) werkzaamheden worden gedelegeerd aan assistenten.

De meeste praktijkondersteuners en -assistenten verrichten (medische) werkzaamheden grotendeels in opdracht van de huisarts, en bijna altijd betreft dit patiëntgerichte taken. Juist deze taken lijken praktijkondersteuners en -assistenten bij uitstek geschikt te maken om persoonlijke begeleiding te bieden. Ze kunnen worden ingeschakeld bij een 'stoppen met roken'-beleid, gedragen en uitgevoerd door alle praktijkondersteuners en -assistenten. Zo kunnen bij het uitvoeren van de NHG-Standaard en/of de MIS ook de praktijkondersteuners en -assistenten worden betrokken. Er kunnen ook praktijkondersteuners en -assistenten worden ingezet bij telefonische counseling, uiteraard na daartoe te zijn getraind.

In aanvulling op het algemene hoofdstuk worden de volgende aanbevelingen voor de huisartspraktijk gedaan:

Aanbevelingen (gebaseerd op de NHG-Standaard Stoppen met roken)

De huisarts brengt de rookstatus in kaart bij patënten die zelf om ondersteuning vragen bij stoppen met roken en bij spreekuurbezoekers bij wie stoppen met roken extra van belang is.
De huisarts beoordeelt vervolgens of iemand gemotiveerd is te stoppen, overweegt te stoppen of ongemotiveerd is te stoppen.
De huisarts geeft alle spreekuurbezoekers die blijken te roken het advies te stoppen met roken
Bij rokers die niet gemotiveerd zijn om te stoppen volstaat een éénmalig advies''
Rokers die overwegen te stoppen, wordt een korte motivatie verhogeende interventie aangeboden.
Rokers die gemotiveerd zijn te stoppen wordt een intensieve ondersteunende stop-met-roken interventie aangeboden.
Huisartsen dienen een intensieve stop-met-rokeninterventie te geven aan rokers met aan roken gerelateerde klachten en patiënten uit risicogroepen (hart- en vaatziekten, COPD), ouders van kinderen met astma en recidiverende bovenste luchtweginfecties, vrouwen die hormonale anticonceptie (gaan) gebruiken; zwangere vrouwen en hun partners en patiënten bij wie recent een aan roken gerelateerde ingrijpende diagnose is gesteld.
Huisartsen (of de praktijkondersteuner of assistent) dienen het rookgedrag en motivatieniveau van rokers te peilen, en vervolgens bij gemotiveerde rokers een korte ondersteunende interventie toe te passen., indien nodig met farmacologische ondersteuning
De huisarts kan de interventie geheel of gedeeltelijk aan een getrainde praktijkondersteuner of praktijkassistent delegeren. Samenwerking van de hulpverleners is aan te bevelen. Langere tijdinvestering (tot 90 minuten) en zoveel mogelijk contacten per roker lijkt zinvol en kosteneffectief. Als het voor de huisarts niet mogelijk is een stoppen-met-rokeninterventie aan te bieden, wordt de patiënt verwezen naar andere stoppen-met-rokenprogramma's, zoals STIVORO, 'Advies op Maat', telefonische coaching en de training 'Pakje Kans', naar instellingen voor verslavingszorg of stoppen-met-roken poli's in ziekenhuizen.

5.3 Stoppen met roken in de fysiotherapiepraktijk

De fysiotherapeut krijgt in zijn dagelijkse praktijksetting te maken met patiënten die een (dreigend) probleem hebben met bewegen en functioneren in het dagelijks leven. De fysiotherapeut werkt daarbij vanuit de eerstelijns praktijk of vanuit een intramurale instelling.
Het geven van adviezen over leefstijl en begeleiding bij gedragsverandering komt daarbij steeds meer op de voorgrond te staan. Stoppen met roken vormt onderdeel van de interventie, vooral bij patiënten met chronische aandoeningen voor wie roken een hoog risico vormt zoals COPD en hart- en vaatziekten. In een Europees project is daarvoor een beweegprogramma ontwikkeld om patiënten te ondersteunen bij het stoppen met roken (Teeuw, 2009). Ook worden er op lokaal niveau initiatieven ontwikkeld, zoals het stoppen met roken onder begeleiding van de fysiotherapeut in Limburg (Snippe, 2008). De zorg rond chronische aandoeningen en

hoogrisicogroepen vindt veelal multidisciplinair plaats, waarbij de fysiotherapeut samenwerkt met andere disciplines in verschillende settings.

5.4. Prognostische factoren

Zijn er bepaalde eigenschappen van rokers te onderscheiden die van prognostische betekenis zijn voor het succes van therapie?

Inleiding
Hoewel er zowel gedragsmatige als farmacologische interventies beschikbaar zijn om stoppen met roken te bewerkstelligen, hebben deze interventies niet bij iedere roker succes. Met het oog op eventuele aanvullende maatregelen is het belangrijk te weten welke kenmerken van rokers voorspellend zijn voor de kans op succes van de stoppoging.

Wetenschappelijke onderbouwing
Er werden 8 reviews gevonden, waarvan de karakteristieken zijn weergegeven in de evidence tabel. De reviews waren van redelijk goede kwaliteit, hoewel bij de meesten onduidelijk was of en hoe de kwaliteit van de studies was beoordeeld. In de review van Hughes was wel systematisch literatuur gezocht, maar was onduidelijk hoe literatuur was geselecteerd.

Over sociale steun lijkt de literatuur verdeeld. De aanwezigheid van sociale steun (familie en sociale netwerken) is geassocieerd met een hogere stopkans (Hitsman, 2003). Het mobiliseren van (niet aanwezige) sociale steun door bijvoorbeeld buddy's verbetert echter niet de kans op stoppen (May, 1999).
De sociale status is ook voorspellend voor de stopkans. Zo stoppen mensen onder de armoedegrens minder snel. Een dergelijk effect is ook waarneembaar in hogere sociale klassen. Rokers met een opleiding onder universitair nivo hebben 60% minder kans om te stoppen dan universitair geschoolden. Mensen onder de armoedegrens stoppen ook minder snel met roken. Daarnaast is de aanwezigheid van sociale steun (familie en sociale netwerken) is geassocieerd met stoppen. Voor vrouwen is gehuwd/samenwonend zijn een voorspeller van stoppen met roken (Galea, 2004).

Conclusie

Niveau 3	Er is geen of inconsistent bewijs dat mobiliseren van sociale steun en buddy's de kans op stoppen met roken verbeteren. *B May 1999*

Niveau 3	Mensen onder de armoedegrens stoppen minder snel met roken. De aanwezigheid van sociale steun (familie en sociale netwerken) is geassocieerd met stoppen.

	Voor vrouwen is gehuwd/samenwonend zijn voorspeller van stoppen met roken. *B Galea 2004*

Het wordt algemeen aangenomen dat rokers die in het verleden een depressie hebben doorgemaakt, minder succesvol zijn in het stoppen met roken. Een meta-analyse liet echter zien dat depressie geen prognostische factor is (Hitsman, 2003). Deze studie is echter bekritiseerd, omdat niet gestratificeerd werd naar de ontvangen behandeling in de geïncludeerde RCTs (Corvey, 2004). In een recente reciew concludeerde Hughes dat de kans op een 'major depression disorder' (MDD) na het stoppen met roken groter was bij rokers die eerder een MDD hadden, hetgeen zeer waarschijnlijk de stopkans negatief beïnvloedt (Hughes, 2007).

Conclusie

Niveau 3	Er is tegenstrijdig bewijs voor de voorspellende waarde van depressie op de kans om te stoppen met roken. *B Hitsman 2003* *B Hughes 2007*

Rokers met huidige alcoholverslaving en alcoholafhankelijkheid in verleden hebben meer moeite om te stoppen met roken. Rokers die alleen alcoholafhankelijkheid in verleden hadden hebben echter geen verminderde kans om te stoppen. Dit zou mogelijk verklaard kunnen worden door aangeleerde vaardigheden bij het stoppen met alcohol (Hughes, 2006).

Conclusie

Niveau 3	Rokers met huidige alcoholverslaving en alcoholafhankelijkheid in het verleden hebben meer moeite met stoppen. Rokers met alleen alcoholafhankelijkheid in verleden kunnen even goed stoppen met roken. *B Hughes 2006*

Specifiek voor nicotinevervangers is in een review onderzocht of de effectiviteit anders is bij mannen dan vrouwen. NVTs bleken effectiever voor mannen (Cepeda Bonito 2004).

Conclusie

Niveau 2	NVM is effectief voor mannen en vrouwen, maar op lange termijn meer effectief voor mannen. *A2 Cepeda Bonito 2004*

Aanbeveling

Het verdient aanbeveling rekening te houden met een lagere kans op succesvol stoppen met roken bij: - Rokers zonder sociale steun of netwerk; - Rokers met een lagere opleiding; - Rokers die een ernstige depressie hebben doorgemaakt; - Rokers met een alcoholverslaving; - Rokers die zwaar lichamelijk werk verrichten; - Rokers die in een lawaaierige omgeving werken; - Rokers met weinig controle over hun werk.

5.5 Interventies in de werkomgeving

Welke rookstopinterventies in de arbeidsituatie zijn effectief en uitvoerbaar?

Effectiviteit rookbeleid

Interventies in de werkomgeving (rookrestricties, voorlichtingscampagnes, etc) blijken in het algemeen effectief in het faciliteren van stoppen met roken. Hoewel er slechts beperkt bewijs is dat interventies in de werkomgeving tot vergelijkbare resultaten leiden als breder opgezette programma's, lijkt het aannemelijk dat interventies op meerdere nivo's tezamen effectiever zijn dan een enkel programma. Zo bleek dat omgevingssteun het succes van werkomgevings-interventies kan verhogen (Dawley, 1993)

Conclusie

Niveau 2	Het is aannemelijk dat 'omgevingsinterventies' in de arbeidsituatie (rookrestricties en educatiecampagnes) effectief zijn in het faciliteren van stoppen met roken. De kans op succes is vergelijkbaar met die van bredere stoppen met roken programma's. *B Dawley 1993* *B Waranch 1993*

Effectieve interventies

Er lijken geen interventies te zijn die specifiek en uitsluitend in de werkomgeving werken. Uit de beschikbare literatuur blijkt dat meer breed werkzame interventies ook in de werkomgeving effectief zijn. Er is sterk bewijs dat groepstherapie, individuele counseling en farmacologische behandelingen in de werkomgeving effectief zijn.
Ook minimale interventies zijn effectief. Dat geldt niet voor zelfhulp.

Conclusie

Niveau 1	De meest effectieve interventies voor stoppen met roken in de werkomgeving zijn die interventies die ook bewezen effectief zijn in breder perspectief. Dit is aangetoond voor groepstherapie, individuele counseling en pharmacologische behandelingen, die voor vergelijkbare effecten zorgen. Zelfhulp is minder effectief. *A1 Cahill 2008* *A1 Fisher 1990*

Financiële prikkels

Financiële prikkels voor de werknemer lijken de deelname aan stoppen-met-roken-interventies te verhogen, maar uit de meeste studies blijkt dat de verhoogde deelname niet leidt tot hogere stoppercentages (Cahill, 2008). In een recente grote RCT bleek dat $200 voor deelname en $100 voor afronding van een stopprogramma en $400 voor ≥ 6 maanden aanhoudend stoppen met roken leidde tot een significant hoger percentage gestopten (14.7 vs 4% na 9-12 maanden en 9.4 vs 3.6% na 15-18 maanden) (Volpp, 2009).

Conclusie financiële prikkels

Niveau 1	Geringe financiële prikkels lijken niet te leiden tot betere stopresultaten van roken, maar er zijn aanwijzingen dat ze wel de werving van deelnemers aan stopprogramma's bevorderen en terugval vertragen. Het is aannemelijk dat een voldoende grote financiële beloning (>$700) een groter percentage rokers doet stoppen *A1 Cahill 2008* *A1 Cahill & Perera 2008* *A2 Volpp 2009*

Sociale steun en 'buddy support'

Aanwezigheid van sociale steun in de vorm van familie en sociale netwerken is geassocieerd met stoppen bij interventies in algemene zin (Hitsman 2003). Er is echter geen of inconsistent bewijs dat het mobiliseren van sociale steun de stopkans verhoogt (May, 1999). Toevoeging van sociale steun of 'buddy' support aan stoppen met roken interventies in de werkomgeving blijkt de stopkans evenmin verder te verhogen (Cahill, 2008)

Conclusie

Niveau 1	Toevoeging van sociale steun of 'buddy support' aan rookinterventies in de werkomgeving lijkt de kans op stoppen niet substantieel te verhogen boven groep counseling en steun alleen. *A1 Cahill 2008*

Prognostische waarde werkomstandigheden

Uit een review over prognostische factoren op de werkvloer bleek dat lawaai en zware lichamelijke inspanning de kans op stoppen verlagen, maar controle over het werk bleek de stopkans juist te verhogen (Albertsen, 2006).

Conclusie

Niveau 3	Hoge werkstress verhoogt de stopkans bij rokers, maar is ook voorspellend voor terugval. Lawaai en zware lichamelijke inspanning verlagen de stopkans. Controle over het werk en 'resources' verhogen de stopkans. Er is onvoldoende bewijs over de waarde van sociale steun bij het stoppen met roken. *B Albertsen 2006*

Intensiteit van interventies

Hoewel ook minimale interventies effectiever zijn dan geen interventie, blijken intensieve interventies effectiever dan minimale interventies bij de bevordering van stoppen met roken Cahill, 2008).

Conclusie

Niveau 1	Intensieve interventies blijken effectiever dan minimale interventies in het bevorderen van stoppen met roken in een werkomgeving. *A1 Cahill 2008*

Bereik van interventies in de werkomgeving

Interventies in de werkomgeving lijken evenveel rokers te bereiken als interventies in een andere context. In 1 RCT werd gerapporteerd dat in de werkomgeving rokers bereikt worden die anders niet bereikt zouden worden (Dawley, 1993).

Conclusie

Niveau 3	Er zijn aanwijzingen dat interventies voor stoppen met roken op de werkvloer een hogere deelname bereiken dan in andere settings en dat ook rokers bereikt worden die anders niet bereikt zouden worden. *B Dawley 1993*

Invloed van type werksituatie

Conclusie

Niveau 3	Er zijn aanwijzingen dat managers succesvoller zijn in stoppen met roken op de langere termijn. Dit kan echter samenhangen met verschillen in rookgewoonten vooraf. *B Waranch. 1993*

Aanbevelingen

Aanbieden van interventies voor stoppen met roken op de werkvloer dienen aangemoedigd te worden, vanwege de mogelijkheid rokers te bereiken die anders niet bereikt zouden worden. Intensieve interventies voor stoppen met roken in de werkomgeving zijn te prefereren boven minimale interventies. Positieve financiële prikkels voor werknemers voor deelname en daadwerkelijk stoppen met roken bij deelname aan een rookstopinterventie kan overwogen worden, mits de bedragen voor deelname én stoppen niet te laag zijn (minimaal circa €500,- totaal).

HOOFDSTUK 6 IMPLEMENTATIE VAN DE RICHTLIJN IN DE PRAKTIJK

6.1 Inleiding

Hoewel veel zorgverleners (bijvoorbeeld huisartsen, tandartsen, mondhygiënisten, verloskundigen, fysiotherapeuten enz.) onderschrijven dat advisering over stoppen-met-roken onderdeel van hun takenpakket is, is de behandeling van tabaksverslaving nog matig geïntegreerd in de dagelijkse praktijk. De discrepantie tussen benodigde en beschikbare tijd wordt door zorgverleners als belangrijkste belemmering genoemd (Ulbricht, 2006; Johnson, 2006; Vogt, 2005; Gallefoss, 2002). Hierbij spelen opvattingen over gebrek aan effectiviteit van behandeling en interventies (Vogt, 2005) en een verondersteld gebrek aan motivatie bij de patiënt om te stoppen met roken (Ulbricht, 2006), een rol. Daarnaast speelt ook het feit mee dat er veelal geen toereikende vergoeding voor de inspanningen bestaat (Johnson, 2006). Een andere belemmering wordt gevormd door de ervaring dat spreken over rookgedrag als onplezierig wordt ervaren en als een mogelijke aantasting van de vertrouwensrelatie met de patiënt (Vogt, 2005). Dit speelt des te meer als de patiënt zich niet met aan tabaksgebruik gerelateerde klachten heeft gemeld, maar er vanuit preventieve overwegingen naar de rookstatus gevraagd wordt (McEwan, 2001). Uit onderzoek van TNS-Nipo uitgevoerd in opdracht van het Nederlands Huisartsgenoodschap, blijkt evenwel dat 84% van de Nederlanders vindt dat de huisarts het onderwerp stoppen met roken zelf mag aansnijden.
Bij aan tabaksgebruik gerelateerde klachten (Coleman,2000; Gallefoss, 2002) en bij voor stoppen gemotiveerde rokers (McEwan, 2001) is er een grotere acceptatie van de zorgverlener om ondersteuning te verlenen.
Gebrek aan vaardigheden, gebrek aan kennis en gebrek aan voorlichtingsmateriaal kunnen voor de zorgverlener eveneens belemmerend zijn in het bespreken van de tabaksverslaving van hun patiënten (Johnson, 2006; Vogt, 2005; Twardella, 2005). Tot slot kan de opvatting van de zorgverlener dat het niet tot de professionele verantwoordelijkheid behoort om met een patiënt over roken te spreken, omdat dit een aantasting is van de privacy van de patiënt, een belemmering vormen (Vogt, 2005). Uit recent onderzoek blijkt echter dat het merendeel van de zorgverleners (96% van de longartsen en cardiologen en 82% van de huisartsen) het wel als zijn verantwoordelijkheid ziet om rokende patiënten te adviseren over stoppen met roken (TNS Nipo, 2008)
In de voorafgaande hoofdstukken staan richtlijnen en aanbevelingen voor de behandeling van tabaksverslaving geformuleerd. Deze zijn gebaseerd op de gevonden bewijzen voor de effectiviteit van gedragsmatige en farmacologische interventies in diverse zorgsettings. Ze leiden tot meer succesvolle stoppers en daarom zouden de richtlijnen en aanbevelingen in de zorgsettings moeten worden geïmplementeerd. De vraag is hoe deze implementatie het beste kan geschieden. Zoals bij de stoppen-met-roken-interventies kunnen ook de aanbevelingen voor de implementatie-interventies worden gebaseerd op wetenschappelijk bewijs. Dit hoofdstuk gaat over welke implementatie-strategieën over het algemeen effectief zijn gebleken, welke knelpunten en stimuli er zijn gevonden bij het toepassen van richtlijnen voor de

behandeling van tabaksverslaving en of er evidentie is voor bepaalde strategieën om specifiek richtlijnen in de zorg te implementeren.
Diverse maatregelen kunnen de implementatie van de richtlijn in de praktijk bevorderen. In dit hoofdstuk wordt onderscheid gemaakt in maatregelen die ingrijpen op mogelijke barrières op individueel niveau van de hulpverlener (6.3) en op organisatieniveau (6.4). Zorgverleners en beleidsmakers kunnen aanvullende ondersteuning vinden bij het toepassen van de Richtlijn bij het Kenniscentrum Implementatie Richtlijn (www.zorgentabak.nl). Voor zorgverleners is hier informatie verzameld die kan helpen om de richtlijn in de praktijk te brengen. Beleidmakers vinden hier informatie en hulpmiddelen om de richtlijn Behandeling van tabaksverslaving te kunnen implementeren en gebruik te stimuleren.

6.2 Implementatiestrategieën

Implementatie is een procesmatige en planmatige invoering van vernieuwingen en/of veranderingen van bewezen waarde met als doel dat deze een structurele plaats krijgen in het (beroepsmatig) handelen, in het functioneren van organisatie(s) of in de structuur van de gezondheidszorg. Het verdient aanbeveling om te onderzoeken of een tarief voor ondersteuning bij stoppen met roken in de tandheelkundige sector de implementatie stimuleert. Alles tegelijk aanpakken om een verandering in de zorgverlening te realiseren is veelal niet mogelijk. Zorgverleners en hun beroepsorganisaties zouden in een diagnostische fase moeten nagaan waar in hun setting de knelpunten en stimuli voor implementatie liggen. Bijvoorbeeld: zijn hun zorgverleners wel voldoende op de hoogte van stop-roken interventies (kennis), weten ze het wel maar kunnen ze deze niet toepassen (vaardigheden) of lukt het niet ze in te passen in de routine van alledag (organisatie)? De accenten in enkelvoudige of gecombineerde strategieën dienen op de diagnose te worden afgestemd. Het verdient ook aanbeveling om te onderzoeken of een tarief voor ondersteuning bij stoppen met roken in de tandheelkundige sector de implementatie stimuleert. In de navolgende paragrafen worden op basis van de gevonden evidentie uit een systematische literatuurstudie aanbevelingen gedaan voor de implementatie van de huidige richtlijn.

6.3 De rol van de behandelaar

Attitude van zorgverleners

Wanneer een minimale stopinterventie systematisch wordt aangeboden maakt de attitude van huisartsen ten opzichte van roken (rokende of niet-rokende huisartsen) niet uit.
Aan patiënten uitgedeelde vragenlijsten voor en na het consult vergroot het aantal rapportages van huisartsen van gesprekken over roken (Coleman, 2007).
De introductie van praktijkgerichte systemen, zoals screeningsmiddelen en gecomputeriseerde ondersteuning, leiden tot een toename in screening en stopadvies (Bero 2002).

Training tijdens de opleiding
Trainingsprogramma's voor zorgverleners in opleiding bleken effectiever dan programma's voor gevestigde zorgverleners. Ze bleken effectief in een toename van het geven van stopadvies en stopcijfers (Bero, 2002).

Educatieve praktijkbezoeken
Educatieve praktijkbezoeken kunnen het gedrag van artsen ten aanzien van rokers beïnvloeden. Het effect op de langere termijn en de kosteneffectiviteit van praktijkbezoeken zijn echter onduidelijk (O'Brien, 1997).

Training en educatie
Educatieprogramma's aangevuld met extra materialen die artsen en andere zorgverleners helpen bij het toepassen van de richtlijn (bijvoorbeeld voorlichtingsmaterialen voor patiënten) kunnen het gedrag van artsen positief beïnvloeden (Davis, 1999; O'Brien, 2001).
Een eenmalige training op locatie zorgde ervoor dat huisartsen vaker de 5 A's toepassen (Unrod, 2007). Een trainingsprogramma op lokatie voor huisartsen over stoppen met roken, gebaseerd op gedragstherapie verbeterde de kwaliteit van counseling en had invloed op de motivatie van rokers en op de abstinentiematen na 1 jaar (Cornuz, 2002).
Programma's waarin onderwijs en praktijkmethoden worden gecombineerd, bleken effectiever als het gaat om toename in screening dan programma's die slechts één van deze componenten bevatten.
Groepseducatie aan huisartsen en *practice nurses* over COPD en (stoppen met) roken, gecombineerd met individuele support in counseling en feedback, en bovendien ondersteunend materiaal (software om COPD-patiënten op te sporen, informatie over COPD en roken, rookstatus, counselingsprotocol en educatieve tools), verdubbelde het aantal stoppers in huisartsenpraktijken (Hilberink, 2005).
Een drie uur durende training over de MIS, gecombineerd met materialen voor de patiënt (video, zelfhulpgids, boekje met adviezen om niet weer te gaan roken na de bevalling) had als effect dat verloskundigen meer stopadviezen geven, meer stopdata vaststellen met patiënten, en meer nazorg bespreken (De Vries 2006).
Nederlands onderzoek rond de landelijke implementatie van de MIS voor huisartsen in 1996 (Pieterse, 1999) heeft laten zien dat ook schriftelijk nascholingsmateriaal voor individueel gebruik, succesvol kan zijn bij het verspreiden en doen gebruiken van een nieuwe stoppen-met-roken behandelmethode. Het besluit tot implementatie ('adoptie') werd mede voorspeld door de invloed van collega-huisartsen en praktijkassistenten uit de huisartsengroep. Vergelijkbare resultaten werden waargenomen voor de verloskundepraktijk en de cardiologie-afdeling in een onderzoek rondom de implementatie van de MIS in deze settings (Segaar, 2006; 2007).
Sinds de invoering van de NHG Standaard stoppen met Roken in 2007 hoort begeleiding van patiënten bij stoppen met roken tot het algemene takenpakket van de huisarts. Hierdoor bieden steeds meer huisartsen stoppen met roken begeleiding aan in samenwerking met de praktijkondersteuner. De huisartsen zijn middels de standaard op de hoogte van de effectiviteit van de verschillende strategieën en zijn positief over het begeleiden bij stoppen met roken.

Tot slot: trainingen voor het uitvoeren van effectief bewezen gedragsmatige ondersteuning met diverse intensiteit zoals de MIS, groepstraining en intensieve gedragsmatige ondersteuning worden in Nederland aangeboden door STIVORO. Huisartsen en praktijkondersteuners kunnen voor trainingen ook terecht bij het NHG.
Nederlandse longverpleegkundigen zijn goed in staat de onderdelen van het L-MIS protocol voor stoppen-met-roken toe te passen. Dit is mogelijkerwijs het effect van het implementatie-traject van de L-MIS (Kotz, 2008).

Financiën

Financiële vergoeding kan het gedrag van zorgverleners ten aanzien van stoppen-met-roken beïnvloeden. Een financiële beloning voor steun bij stoppen met roken vergroot het aantal stopadviezen en wordt in verband gebracht met een vermindering van rokers (Millet, 2007). Het vergoeden van ondersteuning bij het stoppen met roken via de zorgverzekering zou het gebruik van ondersteuning kunnen stimuleren, zowel bij professionals als bij rokers. In een Cochrane review werd geconcludeerd dat er enig bewijs is dat vergoeden tot hogere stopkansen leidt dan gedeeltelijke of geen vergoeding (Kaper, 2005a). Uit een Nederlandse trial bleek dat vergoeden via de zorgverzekeraar het aantal stoppogingen vergroot, de kans op stopsucces verhoogt en ertoe bijdraagt dat de stoppogingen in een groter aantal gevallen worden ondersteund door effectieve stopmethoden (Kaper et al., 2005b; 2006). In 2009 is een pilot studie uitgevoerd naar de haalbaarheid van het op grote schaal vergoeden van diverse vormen van ondersteuning bij het stoppen met roken. Hieruit werd geconcludeerd dat het vergoeden leidt tot een toename in ondersteuning en gebruik, met name van de ondersteuning door POHers en gebruik van nicotinepleisters, bupropion en varenicline (van den Berg & Soethout, 2009).
Tot 2008 werd ondersteuning bij het stoppen met roken in principe niet vergoed via het basispakket van de zorgverzekeraar. Het College van Zorgverzekeringen (CVZ) heeft echter in 2008 geconcludeerd dat alle rokers die aangeven te willen stoppen met roken, geïndiceerd zijn voor begeleiding (Kroes, 2008). Begeleiding bij het stoppen met roken is volgens het CVZ medisch-noodzakelijke zorg. Onder de te verzekeren prestaties van de Zorgverzekeringswet vallen geneeskundige zorg (door huisartsen, verloskundige, medisch-specialisten, klinisch psychologen) aan rokers. De volgende interventies vallen hier onder: eenmalige korte stopadviezen en intensieve vormen van op gedragverandering gerichte behandelingen behorende tot de zorg zoals genoemde zorgverleners plegen te bieden. De arts kan het gebruik van nortriptyline overwegen, omdat dit ook vanuit het basispakket vergoed wordt, echter alleen in combinatie met stopadviezen en gesprekken. In april 2009 adviseerde het CVZ om de gecombineerde interventie bestaande uit gedragsmatige en farmacologische ondersteuning op te nemen in de basisverzekering middels een zogenaamde programmatische aanpak.

Conclusies

Niveau 3	Effectiviteit van huisartsen bij stoppen met roken is onafhankelijk van hun eigen gedrag ten opzichte van roken en eigen rookgedrag. Effectiviteit is meer afhankelijk van het systematisch aanbieden van de stop-met-roken-interventie. *B Slama 1999*

Niveau 2	Training van zorgverleners tijdens de opleiding leidt tot een toename van het gebruik van protocollen, het geven van een stopadvies voor roken en biochemisch gevalideerde stopcijfers. *A2 Bero 1988*

Niveau 3	Aan patiënten uitgedeelde vragenlijsten voor en na het consult vergroot het aantal rapportages van huisartsen van gesprekken over roken. *B Coleman 2007*

Niveau 3	Een eenmalige training op locatie over stoppen met roken zorgt ervoor dat huisartsen vaker de 5 A's toepassen. *B Unrod 2007*

Niveau 3	Een trainingsprogramma op lokatie voor huisartsen over stoppen met roken, gebaseerd op gedragstherapie verbetert de kwaliteit van counseling en heeft invloed op de motivatie van rokers; en op de abstinentiematen na 1 jaar. *B Cornuz 2002*

Niveau 2	De introductie van praktijkgerichte systemen voor stoppen met roken, zoals screeningsmiddelen en gecomputeriseerde ondersteuning, leiden tot een toename in screening en stopadvies. *A2 Bero 1988*

Niveau 3	Groepseducatie voor stoppen met roken gecombineerd met individuele begeleiding en ondersteunend educatief materiaal kan het aantal stoppers in huisartsenpraktijken verdubbelen. *C Hilberink 2005*

Niveau 3	Een drie uur durende training gecombineerd met materialen voor de patiënt, kan het aantal stopadviezen gegeven door verloskundigen verhogen, alsmede het aantal met de patient vastgestelde stopdata. Tevens kan het bespreken van nazorg worden bevorderd. *C De Vries 2006*

Niveau 3	Schriftelijk nascholingsmateriaal voor individuele toepassing kan effectief zijn bij het verspreiden en implementeren van stop-met-roken interventies in de eerstelijnsgezondheidszorg *C Pieterse 1999*

Niveau 3	De motivatie van hulpverleners om stoppen-met-roken interventies te implementeren wordt onder meer beïnvloed door de opstelling van koepel-organisaties. *C Pieterse 1999*

Niveau 3	Een financiële beloning voor steun bij stoppen met roken verhoogt het aantal stopadviezen en wordt in verband gebracht met een vermindering van het aantal rokers. *B Millet 2007*

Niveau 3	Er zijn aanwijzingen dat vergoeden van diverse vormen van ondersteuning voor stoppen met roken effectief is. *B Kaper 2005a; Kaper 2006.*

6.4 Organisatie van de zorgpraktijk

In deze paragraaf wordt ingegaan op organisatorische factoren die een rol spelen bij de implementatie van de aanbevelingen uit deze richtlijn. Deze factoren worden in een breed perspectief van de zorgverlener besproken en niet toegespitst op de verschillende specifieke praktijksettings.

Zorgstandaard

De inhoud en organisatie van de zorg bij behandeling van tabaksverslaving moet worden geregeld in een zorgstandaard ‘stoppen met roken’. Deze zorgstandaard zal door het Partnership Stop met Roken in samenwerking met een deel van de aan de Richtlijn

Behandeling van tabaksverslaving participerende wetenschappelijke verenigingen en organisaties worden ontwikkeld. De zorgstandaard dient niet alleen als praktische vertaling van de richtlijn, maar kan tevens functioneren als een raamwerk voor de vergoeding van effectieve stoponderstеuning.

Eerstelijnspraktijk

Sinds de invoer van de NHG Standaard Stoppen met Roken in 2007 hoort begeleiding van patiënten bij stoppen met roken tot het algemene takenpakket van de huisarts. Hierdoor bieden steeds meer huisartsen stoppen met roken begeleiding aan in samenwerking met de praktijkondersteuner. De huisartsen zijn door de standaard op de hoogte van de effectiviteit van de verschillende strategieën en zijn positief over het begeleiden bij stoppen met roken.

Bij de implementatie van de behandeling van tabaksverslaving in de eigen praktijk worden de beste resultaten behaald met een systeemaanpak. Hierbij komt het niet alleen op de zorgverlener aan, maar draait het om de totale praktijk van de zorgverlener. Optimaal richt de organisatie van de praktijk van de zorgverlener zich op een strategie van counseling, gebruik van het 5 A's model en toepassing van gedragsmatige counselingmethoden en motivationele gesprekstechnieken, in combinatie met farmacotherapie.

Zorgverleners kunnen na het geven van een stopadvies ervoor kiezen om de patiënt zelf verder te begeleiden bij het stoppen met roken of om de patiënt door te verwijzen. Dit kan soms binnen de eigen setting, bijvoorbeeld naar een praktijkondersteuner of een verpleegkundige op een rookstoppoli die een intensievere vorm van gedragsmatige ondersteuning toepast. Ook verwijzingen tussen disciplines in de eerstelijn zijn denkbaar. Zo kan bijvoorbeeld, afhankelijk van de specifieke taakverdeling in een werkregio, de verloskundige doorverwijzen naar de huisarts of vice versa. Ook kunnen patiënten worden doorverwezen naar vormen van stoponderstеuning die regionaal of landelijk worden aangeboden. Regionaal biedt bijvoorbeeld de GGD of Thuiszorg vaak de groepstraining Pakje Kans van STIVORO aan. Landelijk biedt STIVORO diverse manieren van stoponderstеuning, zoals de laagdrempelige StopSite.nl en Telefonische Coaching.

De effectiviteit van de praktijkorganisatie neemt toe als er duidelijke praktijkprocedures zijn geformuleerd, er voldoende consultatietijd is en als er financieringsmogelijkheden voor gezondheidsbevordering zijn (McLeod 2005).

Bij de implementatie van een multidisciplinaire richtlijn, waarin samengewerkt wordt door verschillende disciplines, kan een geïntegreerd zorgmodel worden toegepast. Uit gecontroleerd onderzoek onder oudere COPD patiënten, blijkt dat een heldere omschrijving van de werkprocedures met duidelijke taakverdeling tussen de verschillende disciplines (in dit onderzoek huisarts, nurse practitioner, medisch specialist) in een geïntegreerd zorgmodel, leiden tot een beter zorgproces en uitkomstmaten bij de patiënt (Meulepas 2007).

In ketenzorg staat de patiënt die zorg nodig heeft centraal in plaats van de afzonderlijke zorgaanbieders en hun organisatie van de zorg. De verschillende schakels van zorgverlening dienen naadloos op elkaar aan te sluiten. Als er binnen de ketenzorg systematisch aandacht is voor tabaksverslaving, wordt de behandeling van tabaksverslaving mogelijk verbeterd. Ketenzorgprogramma’s kunnen de kwaliteit van zorg voor chronisch zieken verbeteren.

Ondanks de heterogeniteit van de programma's werd er geconstateerd dat er trends waren tot een betere kwaliteit van zorg en compliantie met voorgeschreven medicatie en bijgevolg een betere gezondheidsstatus, minder ziekenhuisopnames en meer patiënttevredenheid. De kosteneffectiviteit is nog onduidelijk (Ouwens 2005).
Indien meerdere hulpverleners naast of achter elkaar interveniëren op de tabaksverslaving blijkt bovendien, dat de bereidheid van de tabaksverslaafde patiënt om te stoppen en het stoppen met roken zelf, toe te nemen (An, 2008).

Conclusies

Niveau 3	Behandeling van tabaksverslaving in de eerstelijn is effectief en kan succesvol worden geïmplementeerd indien gebruik wordt gemaakt van een autonome rol van een hiervoor getrainde praktijkondersteuner, duidelijke praktijkprocedures, voldoende consultatietijd en financiering van gezondheidsbevordering. *C McLeod 2005*

Niveau 3	Gecombineerd zorgaanbod voor stoppen met roken door verscheidene disciplines verbetert zorgprocessen en uitkomsten op het niveau van de patiënt in eerstelijns gezondheidszorg voor COPD- en/of astmapatiënten *B Meulepas, 2007*

Niveau 3	Het zorgproces en de uitkomstmaten van COPD patiënten, die behandeld worden aan tabaksverslaving is gediend bij de toepassing van een geïntegreerd zorgmodel. In het geïntegreerde zorgmodel zijn de werkprocedures en duidelijke taakverdeling tussen de verschillende, betrokken disciplines vastgelegd. *B Meulepas 2007*

Zorginstellingen

Voor de implementatie van een richtlijn over stoppen met roken binnen zorginstellingen worden in de literatuur de volgende factoren genoemd. Patiënten die behandeld worden voor psychiatrische stoornissen en middelenmisbruik belemmeren de naleving van het rookbeleid van de instelling. Zorgverleners die hier werken ervaren weerstand van de patiënten omdat ze bang zijn de vrijheid van patiënten om te roken aan te tasten (Willemsen, 2004).
In diverse onderzoeken (Vaughn, 2002; Joseph, 1995) wordt de steun van het (hoger) management en direct leidinggevenden in zorginstellingen naast een stoppen-met-roken voorziening voor patiënten als belangrijke implementatievoorwaarden gezien. In een onderzoek (Hamilton, 2007)) naar de toepassing van een multidisciplinaire richtlijn voor de behandeling van beroertes is aangetoond, dat de belofte vanuit het management om gericht te blijven op educatie, een sterk teamklimaat met steun voor innovaties en een volgens de medewerkers

positief werkklimaat de toepassing van het gebruik van de richtlijn door ziekenhuismedewerkers stimuleren.
In onderzoek naar de implementatie van de MIS op cardiologie-afdelingen bleek het besluit tot gebruik van de MIS en de eerste activiteiten om dit te realiseren te worden bevorderd door een minder geformaliseerde organisatiewijze. Ook was het betrekken van de uitvoerende zorgverleners bij de besluitvorming van positieve invloed op de kwaliteit van toepassing van de interventie (Segaar 2006,2007).

Conclusie

Niveau 3	De toepassing van een stoppen met roken richtlijn binnen zorginstellingen wordt bevorderd door steun van het hoger management en direct leidinggevenden, een stoppen-met-rokenvoorziening voor patiënten en een sterk teamklimaat met een als positief ervaren werkomgeving gericht op educatie en met steun voor innovaties. *C Longo 1998* *C Vaughn 2002* *C Joseph 1995* *C Hamilton 2007*

Aanbevelingen

Het is aan te bevelen om bij de organisatorische implementatie van behandeling van tabaksverslaving te kiezen voor een systeemaanpak, waarin niet alleen de zorgverlener, maar de totale praktijk en de context van het totale zorgmodel aandacht krijgt, met indien nodig doorverwijzing naar meer gespecialiseerde hulp.
Bij de implementatie van begeleiding van stoppen met roken in de huisartspraktijk verdient het aanbeveling om artsen, verpleegkundigen en doktersassistenten op locatie te trainen in de uitvoering. Als dit niet mogelijk is, verdient het aanbeveling om een externe deskundigheids-bevorderingstraining te volgen (groepstraining)
Het verdient aanbeveling om in de uitvoeringspraktijk gebruik te maken van ondersteunings-systemen zoals screeningsmiddelen.
Het verdient aanbeveling bij de implementatie van de multidisciplinaire richtlijn Tabaksverslaving gebruik te maken van een geïntegreerd zorgmodel met afspraken over taakverdeling tussen disciplines en heldere werkprocedures.
Het verdient aanbeveling te onderzoeken of vergoeding van minimale ondersteuning bij stoppen met roken in de eerste lijn de implementatie bevordert.

BIJLAGE 1 DOSERINGEN EN CONTRA-INDICATIES VAN DE FARMACOLOGISCHE BEHANDELING VAN TABAKSVERSLAVING

(Bron:Farmacotherapeutisch Kompas, www.fk.cvz.nl)

1.1. Nicotinevervangers

Dosering: Vóór aanvang van de therapie dient het roken geheel te worden gestaakt. De start-dosering individueel bepalen op basis van de nicotineafhankelijkheid.

Inhalatie: Naar behoefte minimaal 6 eenheden en maximaal 12 eenheden per dag. Na de eerste periode van 3 maanden (volgens doseringsaanbevelingen) afbouwen gedurende 3 maanden met een reductie van 25% per maand. Totale behandelingsduur is maximaal 6 maanden.

Kauwgum: De kauwgum gebruiken indien men de behoefte voelt een sigaret te roken. *Volwassenen*: aanvankelijk 4 mg per keer, maximaal 28 mg per dag, gedurende 4-6 weken. Vervolgens afhankelijk van de respons overgaan op 2 mg per keer gedurende maximaal 1 jaar.

Pleister: Nicorette: 1 pleister ’s morgens bij het ontwaken aanbrengen en ’s avonds voor het slapen gaan verwijderen; aanvankelijk 1 pleister met 15 mg nicotine (30 cm^2) per 16 uur, na 4-6 weken niet roken en bij voldoende effect overgaan op pleister 10 mg/16 uur (20 cm^2); na 2-4 weken overgaan op pleister 5 mg/16 uur (10 cm^2) gedurende 2-4 weken. Nicotinell: 1 pleister met gereguleerde afgifte per 24 uur; begindosering per dag 1 pleister met 35 mg nicotine (20 cm^2) indien men hoogstens 20 sigaretten per dag rookte óf met 52,5 mg (30 cm^2) bij meer dan 20 sigaretten per dag. Bij voldoende effect de dosering geleidelijk verminderen, met gebruik-making van behandelperioden van 3-4 weken. Maximale dosering 1 pleister van 30 cm^2 per dag. Maximale behandelingsduur met de pleister is 3 maanden. De pleister aanbrengen op een onbeschadigd huidgedeelte op de romp of de bovenarm of de heup. Een nieuwe pleister op een ander deel van de huid aanbrengen en pas na 3-5 dagen de oude plek weer gebruiken.

Sublinguaal tablet: Het tablet gebruiken indien men de behoefte voelt een sigaret te roken. Richtlijn: elke 1-2 uur 1 tablet, zware rokers 2 tabletten, onder de tong plaatsen; normale dosering 8-12 tabletten per dag, zware rokers 16-24 tabletten per dag; maximaal 30 tabletten per dag. Na 2-3 maanden de dosering geleidelijk verminderen.

Zuigtablet: Het tablet gebruiken indien men de behoefte voelt een sigaret te roken. Richtlijn: in het begin elke 1-2 uur een tablet opzuigen; normale dosering 8-12 tabletten per dag; maximaal 25 per dag. Na circa 3 maanden de dosering geleidelijk verminderen.

Contra-indicaties: Recent myocardinfarct. Instabiele of verslechterende angina pectoris, Prinzmetalangina. Ernstige cardiale aritmieën. Recent cerebrovasculair accident. Een orale of

faryngeale ontsteking of actieve oesofagitis (kauwgum, sublinguale en zuigtablet). Huidaandoeningen die transdermale therapie compliceren. Overgevoeligheid voor menthol (inhalatievloeistof).

Zwangerschap/lactatie: Nicotine beïnvloedt de circulatie en ademhaling van de foetus. Het gevaar van blijven roken door een sterk nicotineafhankelijke zwangere vrouw kan echter een groter risico vormen voor de vrucht dan het gebruik van nicotinevervangende producten in een 'stoppen met roken'-programma onder begeleiding. Het gebruik van een nicotinevervanger dient bij een zwangere vrouw alleen te worden gestart op doktersadvies. Nicotine gaat over in de moedermelk. Geen borstvoeding geven indien wordt gerookt of een nicotinevervanger wordt gebruikt.

Bijwerkingen: De bijwerkingen zijn dosisafhankelijk en treden meestal gedurende de eerste weken van behandeling op. Een deel van de bijwerkingen kan worden verklaard als zijnde ontwenningsverschijnselen (duizeligheid, hoofdpijn, slapeloosheid) en een deel door de wijze van toedienen (lokale bijwerkingen). Systemische effecten van nicotine kunnen zijn: stijging van polsfrequentie en bloeddruk. Vaak (1-10%): maag-darmstoornissen, misselijkheid, pijnlijke mond of keel, droge mond, brandend gevoel in de mond, verstopte neus, hoesten, jeuk, hartkloppingen. Soms (0,1-1%): nervositeit, prikkelbaarheid, tremor, dysforie, agressiviteit, angst, vermoeidheid, levendige dromen, verhoogde zweetproductie en speekselafscheiding, afteuze ulcera, erytheem. Zelden (0,01-0,1%): reversibel atriumfibrilleren, dyspneu, spierkrampen in de benen bij gebruik van de pleister, urticaria, angio-oedeem, infiltratie en huidreacties op andere plaatsen dan de plakplaats. Contactallergieën zijn beschreven. Bij gebruik van de kauwgum, sublinguale en zuigtablet kan in het begin hik optreden evenals een lichte vorm van dyspepsie of zuurbranden.

Interacties: Afhankelijk van de mate van roken geven nicotine en/of andere stoffen in de tabak een verandering van de biologische beschikbaarheid, verdeling of eliminatie van een aantal geneesmiddelen. Roken verhoogt de metabolische activiteit van CYP1A2. Ophouden met roken, al dan niet gevolgd door nicotinesubstitutietherapie, kan daardoor de individuele respons op gelijktijdig toegediende geneesmiddelen zoals theofylline, tacrine, clozapine en ropinirol veranderen en kan aanpassing van de dosering noodzakelijk maken. Oplettend dient men vooral te zijn bij een veranderde insulinerespons. Aanpassing van de dosering van theofylline en pentazocine kan, door een afname van de metabolisatiesnelheid in de lever, zelfs maanden na het stoppen met roken nodig zijn. Zowel roken als nicotinesubstitutie kan circulerende serumcortisol- en catecholaminenconcentraties doen toenemen, waardoor dosisaanpassing van adrenerge agonisten of blokkeerders noodzakelijk kan zijn.

Waarschuwingen en voorzorgen: Voorzichtigheid is geboden bij ernstige hypertensie, feochromocytoom, stabiele angina pectoris, cerebrovasculaire insufficiëntie, occlusieve perifere arteriële aandoeningen, hartinsufficiëntie, hyperthyroïdie, diabetes mellitus, lever- of nierinsufficiëntie, peptische ulcera, chronische keelaandoeningen en astma. Bij ernstige of aanhoudende

huidreactie de behandeling staken. Indien contactallergieën zijn opgetreden bij gebruik van transdermaal nicotine, kan een ernstige reactie ontstaan bij blootstelling aan nicotinebevattende producten of roken. Niet toepassen bij een leeftijd beneden 18 jaar, omdat bij deze leeftijdsgroep geen ervaring bestaat. De ervaring met pleisters boven een leeftijd van 65 jaar is beperkt. Voor een optimale behandeling is psychosociale begeleiding noodzakelijk. Deze begeleiding dient bij voorkeur nog enige tijd te worden voortgezet na beëindiging van de therapie. De therapie staken indien na een maand niet is gestopt met roken. Als de gebruiker van de pleister toch doorgaat met roken, kunnen de bijwerkingen frequenter optreden en uitgesprokener zijn. Ook bestaat er kans op een myocardinfarct.

Overdosering: Doseringen die door volwassen rokers getolereerd worden, kunnen bij kleine kinderen ernstige vergiftigingsverschijnselen veroorzaken en fataal zijn. *Symptomen bij kinderen*: opwinding, maag-darmklachten, bleekheid, zwakte, ontbrekende reflexen, spiertrekkingen in de extremiteiten. *Symptomen bij niet-rokende volwassenen*: bleekheid, zweten, speekselvloed, maag-darmklachten, hoofdpijn, duizeligheid, tremor, verwardheid, spierzwakte, convulsies, uitputting, ontbrekende reflexen en ademhalingsinsufficiëntie. Letale doses veroorzaken convulsies, en de dood treedt in ten gevolge van hartinsufficiëntie of (vaker) als gevolg van perifere of centrale respiratoire paralyse. De acute letale orale dosis bij niet-rokende volwassenen is 40-60 mg. Chronische rokers kunnen door gewenning zeer hoge doses verdragen.

1.2. Bupropion

Dosering: De behandeling met bupropion starten terwijl de patiënt nog rookt en een streefdatum vaststellen om te stoppen met roken, bij voorkeur in de tweede behandelweek. De behandeling kan worden gecombineerd met nicotinepleisters. Begindosering 150 mg eenmaal per dag gedurende 6 dagen; oplopend tot 150 mg tweemaal per dag. Tussen 2 opvolgende doseringen ten minste een interval van 8 uur in acht nemen. De maximale dosis is 150 mg per keer en 300 mg per dag. Bij verminderde lever- of nierfunctie en *bij ouderen* is de aanbevolen dosering 150 mg eenmaal per dag. De behandelduur is 7-9 weken, in individuele gevallen langer. Indien na 7 weken nog geen effect is waargenomen, de behandeling beëindigen. Bij staken van de behandeling de dosering afbouwen. De tablet in zijn geheel (zonder kauwen) innemen met een glas water.

Contra-indicaties: Ernstige levercirrose. Manifeste epilepsie of een medische (voor)geschiedenis van convulsies of bipolaire stoornis. Tumor van het centraal zenuwstelsel. Anorexia nervosa of boulimia in de anamnese. Abrupte onthouding van alcohol of benzodiazepinen.

Zwangerschap/lactatie: Over het gebruik van deze stof in de zwangerschap bij de mens bestaan onvoldoende gegevens om de mogelijke schadelijkheid te beoordelen. Er zijn tot

dusver geen aanwijzingen voor schadelijkheid bij dierproeven. Bupropion niet gebruiken tijdens zwangerschap. Bupropion en de actieve metabolieten gaan over in de moedermelk. Borstvoeding wordt ontraden.

Bijwerkingen: Zeer vaak (> 10%): slapeloosheid. Vaak (1-10%): droge mond, hoofdpijn, duizeligheid, tremor, opwinding, angststoornissen, depressie, concentratiestoornissen, maag-darm-stoornissen (zoals misselijkheid, braken, buikpijn en obstipatie), smaakstoornissen, koorts, transpiratie, acuut exantheem, jeuk, urticaria. Soms (0,1-1%): tachycardie, toegenomen bloeddruk (soms ernstig), blozen, pijn op de borst, asthenie, anorexie, verwardheid, tinnitus, visusstoornissen. Zelden (0,01-0,1%): vasodilatatie, orthostatische hypotensie, syncope. Ernstige overgevoeligheidsreacties zoals angio-oedeem, dyspneu/bronchospasmen en anafylactische shock, artralgie, myalgie en koorts bij acuut exantheem; (deze symptomen kunnen lijken op serumziekte), erythema multiforme en Stevens-Johnson-syndroom, verergering psoriasis. Bloedglucosestoornissen, verhoogde leverenzymen, geelzucht, hepatitis, convulsies (dosisafhankelijk), geïrriteerdheid, vijandigheid, hallucinaties, depersonalisatie, dystonie, ataxie, parkinsonisme, spiertrekkingen. De bijwerking slapeloosheid treedt minder vaak op indien er geen dosis bupropion voor het slapen wordt toegediend.

Interacties: Stoppen met roken gaat gepaard met een afname van de CYP1A2-activiteit. Dit kan een verminderde eliminatie met klinisch relevante gevolgen veroorzaken van met name theofylline, tacrine en clozapine. Bupropion niet combineren met MAO-remmers in verband met belangrijke verhoging van de toxiciteit van bupropion. Er dient ten minste een periode van 14 dagen te zitten tussen het stoppen met irreversibele MAO-remmers en de start van de behandeling met bupropion. Voor reversibele MAO-remmers is een periode van 24 uur voldoende. Voorts is grote voorzichtigheid geboden bij combinatie met geneesmiddelen die de drempel voor convulsies verlagen, zoals antidepressiva, antipsychotica, sederende antihistaminica, antimalariamiddelen, tramadol, chinolonen, theofylline en systemische corticosteroïden. Bij patiënten die zulke middelen krijgen voorgeschreven, moet een maximale dosis van 150 mg/dag gedurende de behandeling worden overwogen. Bupropion remt het CYP2D6-enzymsysteem. Gelijktijdig gebruik van bupropion met geneesmiddelen die in een klinisch relevante mate worden gemetaboliseerd door deze enzymen, kan theoretisch resulteren in een verminderde eliminatie van middelen zoals sommige antidepressiva (desipramine, imipramine, paroxetine), sommige antipsychotica (risperidon, thioridazine), -blokkers (metoprolol) en klasse 1C-antiarrhythmica (flecaïnide, propafenon). Voorzichtigheid is geboden bij combinatie met geneesmiddelen die een belangrijke invloed uitoefenen op het CYP2B6, het enzymsysteem dat bupropion deels omzet tot hydroxybupropion (zoals orfenadrine, cyclofosfamide en ifosfamide). Ook is voorzichtigheid geboden bij combinatie met carbamazepine, fenytoïne, fenobarbital, valproaat en cimetidine vanwege de beïnvloeding van de kinetiek van bupropion. Het uiteindelijk effect van deze interacties is vooralsnog vooraf niet aan te geven. Bupropion kan de werking van levodopa en amantadine versterken met als gevolg een hogere incidentie van bijwerkingen.

Waarschuwingen en voorzorgen: Grote voorzichtigheid is geboden bij condities die predisponeren voor een verlaagde convulsiedrempel, zoals hoofdletsel in de anamnese, tumor van het centraal zenuwstelsel, alcoholmisbruik, plotselinge onthouding van alcohol of benzodiazepinen, behandelde diabetes mellitus, gebruik van stimulerende middelen. Neuropsychiatrische bijwerkingen en een afgenomen alcoholtolerantie zijn zelden gemeld bij gelijktijdig gebruik met alcohol. Toediening bij bipolaire depressie kan een manische fase induceren gedurende de depressieve fase van de ziekte. Bij gevoelige patiënten kunnen psychotische episoden worden opgewekt. Depressieve stemming (ook met suïcidale gedachten) kan een symptoom zijn van nicotine-onttrekking. Ook gedurende een behandeling met bupropion kan dit optreden. Proefdieronderzoeken suggereren een potentieel voor misbruik. Onderzoeken over gevoeligheid bij mensen en een uitgebreide klinische ervaring laten zien dat bupropion een laag potentieel voor misbruik heeft. Indien tijdens gebruik van bupropion overgevoeligheidsreacties optreden, de toediening staken. Een uitgangsbloeddruk dient verkregen te worden en tijdens de behandeling dient de bloeddruk te worden gevolgd. Hypertensie (ook ernstige) kan optreden bij gebruik van alleen bupropion maar vaker in combinatie met transdermale nicotinesystemen. Bij een klinisch significante toename van de bloeddruk stoppen met bupropiontherapie overwegen. Het gebruik kan leiden tot verminderd reactie- en concentratievermogen. Vele dagelijkse bezigheden (bijvoorbeeld autorijden) kunnen daarvan hinder ondervinden. Er is geen ervaring van gebruik bij patiënten < 18 jaar en bij nierfunctiestoornissen.

1.3. Nortriptyline (niet geregistreerd voor stoppen met roken)

Dosering: De dosering dient individueel te worden ingesteld. Het verdient aanbeveling te beginnen met een zo laag mogelijke dosering teneinde de ernst van de bijwerkingen te minimaliseren. Iedere 2-3 dagen kan de dosering geleidelijk worden verhoogd. *Bij ouderen* geldt als richtlijn voor de begindosering: 1/3-1/2 van de dosering voor volwassenen. Begindosering 10-25 mg twee- à driemaal per dag of 50 mg eenmaal per dag; vervolgens geleidelijk verhogen tot 75-150 mg per dag. *Ouderen en adolescenten*: begindosering 10 mg per dag en geleidelijk verhogen tot 100 mg per dag; daarna geleidelijk verlagen tot onderhoudsdosering 20-50 mg per dag. Wegens mogelijke slaapstoornissen de laatste dosis niet later dan ’s middags innemen. Voor de indicatie tabaksverslaving stelt de werkgroep een iets afwijkend doseringsschema voor: 1 dd 25 mg gedurende de eerste 3 dagen; 2 dd 25 mg voor de 4 daarop volgende dagen en dan vanaf dag 7, 3 dd 25 mg. Duur van de behandeling 7-12 weken.

Contra-indicaties: Herstelfase van een myocardinfarct. Terughoudendheid is geboden bij epilepsie, organische hersenbeschadiging, urineretentie, prostaathyperplasie, pylorusstenose, hart- en vaataandoeningen, hyperthyroïdie, lever- en nierfunctiestoornissen.

Zwangerschap/lactatie: Over het gebruik van deze stof tijdens zwangerschap bij de mens bestaan onvoldoende gegevens om de mogelijke schadelijkheid te beoordelen. Er zijn tot

dusver geen aanwijzingen voor schadelijkheid bij dierproeven. Nortriptyline gaat over in de moedermelk.

Bijwerkingen: Anticholinerge effecten zoals droge mond, verminderde maag-darmmotiliteit, mydriasis, accommodatiestoornissen, urineretentie en tachycardie; orthostatische hypotensie; gewichtstoename; verhoging van leverenzymen. Soms: tremoren, convulsies; libido en potentiestoornissen; sufheid; cardiovasculaire afwijkingen zoals sinustachycardie en andere aritmieën; transpiratie, allergische huidreacties; verwarring, delirium, slapeloosheid; duizeligheid en hypertensie. Zelden: trombocytopenie, agranulocytose, cholestatische icterus en dysartrie.

Interacties: De werking van alcohol en andere centraal dempende stoffen kan worden versterkt evenals die van kinidine en andere membraanstabiliserende antiarrhythmica, parasympathicolytica en sympathicomimetica zoals epinefrine en norepinefrine. Het bloeddrukverlagend effect van centraal werkende antihypertensiva zoals clonidine kan afnemen. Enzyminducerende stoffen zoals barbituraten en carbamazepine kunnen de plasmaspiegels van tricyclische antidepressiva verlagen. Cimetidine, antipsychotica en fluoxetine kunnen de plasmaconcentratie van tricyclische antidepressiva doen stijgen. De resorptie van verschillende geneesmiddelen wordt verminderd door vertraagde maaglediging en versterkte afbraak. In combinatie met MAO-remmers zijn ernstige intoxicaties (hyperpyretische en hypertensieve crises, ernstige convulsies en sterfgevallen) voorgekomen. Deze reactie kan tot 14 dagen na de laatste gift van een MAO-remmer optreden. Schildklierhormonen versterken de werking.

Waarschuwingen en voorzorgen: Het gebruik kan leiden tot verminderd reactie- en concentratievermogen. Vele dagelijkse bezigheden (bijvoorbeeld autorijden) kunnen daarvan hinder ondervinden. Toepassing wordt ontraden bij kinderen jonger dan 12 jaar. Voorzichtigheid is geboden bij ouderen vanwege verhoogde gevoeligheid voor de anticholinerge en cardiovasculaire bijwerkingen. Vanwege een grotere kans op cariës is gebitscontrole aangewezen. Een onderliggende psychose of manie kan manifest worden of verergeren. Het verdient aanbeveling gedurende de behandeling het bloedbeeld te controleren, vooral bij optreden van keelpijn en koorts. Regelmatige controle van de bloeddruk is nodig. Ter voorkoming van suïcidepogingen is nauwkeurige observatie noodzakelijk, met name in de eerste week van de therapie, en dient de patiënt niet over grote hoeveelheden antidepressiva te kunnen beschikken. Een kuur mag niet plotseling worden gestaakt; de dosering moet geleidelijk worden verminderd. Dit middel kan door pupilverwijding de oogdruk verhogen en een aanval van acuut glaucoom veroorzaken.

Overdosering: Symptomen: Anticholinerge verschijnselen, koorts, ademhalingsdepressie, ernstige aritmieën, cardiale shock en coma.

1.4. Varenicline

Dosering

De behandeling starten terwijl de patiënt nog rookt en een streefdatum vaststellen om te stoppen met roken na 1–2 weken behandelen.

Volwassenen: Begindosering 0,5 mg 1×/dag gedurende 3 dagen; daarna 0,5 mg 2×/dag gedurende 4 dagen. Onderhoudsdosering 1 mg 2×/dag. De behandelduur is 12 weken, in individuele gevallen 24 weken. Bij een groot risico van terugval naar het roken kan bij patiënten die na 12 weken met succes zijn gestopt met roken, de behandeling zonodig nog 12 weken worden voortzet. De dosering afbouwen bij een groot risico van terugval naar het roken. Bij ernstige nierfunctiestoornis (creatinineklaring < 30 ml/min) de dosering verlagen tot maximaal 0,5–1 mg 1×/dag.

Zwangerschap/Lactatie

Teratogenese: Bij de mens, onvoldoende gegevens. Bij dieren aanwijzingen voor schadelijkheid. *Advies*: Gebruik ontraden.

Overgang in de moedermelk: Ja, bij dieren. *Advies*: Gebruik wordt ontraden

Waarschuwingen en voorzorgen

Voorzichtigheid is geboden bij ernstige psychiatrische aandoeningen zoals schizofrenie, bipolaire stoornis en ernstige depressieve stoornis (omdat de veiligheid niet is vastgesteld). Stoppen met roken is in verband gebracht met verergering van onderliggende psychische aandoeningen (bv. depressie). Depressie en suïcidale gedachten en -gedragingen kunnen ook optreden zonder vooraf bestaande psychiatrische aandoeningen of zonder gestopt te zijn met roken. Bij stemmingsveranderingen of suïcidaal gedrag de behandeling onmiddellijk staken. Het gebruik kan leiden tot verminderd reactie- en concentratievermogen. Vele dagelijkse bezigheden (bv. autorijden) kunnen daarvan hinder ondervinden. Patiënten dienen geïnformeerd te worden dat het staken van varenicline aan het einde van de behandeling kan leiden tot een toename in geïrriteerdheid, neiging om te roken, depressie en/of slapeloosheid (bij max. 3%). De veiligheid en werkzaamheid van varenicline in combinatie met andere behandelingen voor het stopen met roken zijn niet onderzocht. In combinatie met transdermale nicotinevervangende therapie treden misselijkheid, hoofdpijn, braken, duizeligheid, dyspepsie en vermoeidheid vaker op dan bij nicotinevervangende therapie alleen.

Bijwerkingen

Meest frequent: misselijkheid (29%). Zeer vaak (> 10%): abnormale dromen, slapeloosheid en hoofdpijn. Vaak (1-10%): toegenomen eetlust, maag-darmstoornissen (braken, obstipatie, diarree, maagklachten, dyspepsie, flatulentie, droge mond), slaperigheid, moeheid, duizeligheid, dysgeusie. Soms (0,1-1%): bovenste luchtweginfecties, keelirritatie, heesheid, mycose, verminderde eetlust, anorexie, polydipsie, paniekaanval, bradyfrenie, abnormaal denken, stemmingswisselingen, tremor, coördinatiestoornissen, dysartrie, hypertonie, rusteloosheid, hypo-esthesie, hypogeusie, lethargie, asthenie, veranderd libido, menorragie, vaginale

afscheiding, seksuele disfunctie, hartritmestoornissen, palpitaties, visusstoornissen, scleraverkleuring, oogpijn, verhoogde traanproductie, fotofobie, aandoeningen van het mondslijmvlies, veranderde darmpassage, buikpijn, gastritis, gastro-oesophageale reflux, oprispingen, huiduitslag, jeuk, acne, toegenomen transpiratie, stijve gewrichten, spierspasmen, costochondritis, snurken, slaapritmestoornissen, malaise, pijn, koorts, verhoogde bloeddruk, tachycardie, gewichtstoename, ecg-afwijkingen, abnormaal sperma, glucosurie, nycturie, polyurie, afwijkende leverfunctietesten, verlaagd trombocytenaantal, verlaagde serumcalcium-concentratie, verhoogd CRP. Post marketing gemeld: myocardinfarct, overgevoeligheids-reacties zoals angio-oedeem en zwelling in het gezicht, depressie en suïcidegedachten.
Naar aanleiding van post marketing gegevens heeft de FDA in mei 2008 gerapporteerd dat bij gebruik van varenicline een associatie met een verhoogd risico op gedragsverandering, agitatie, depressieve stemming, suïcidale gedachten en gedrag in toenemende mate aannemelijk lijkt. In varenicline trials zijn echter slechts 2 neuro-psychiatrische events geobserveerd (Eisenberg 2008).

Interacties

Roken verhoogt de metabolische activiteit van CYP1A2. Het stoppen van roken kan daardoor het individuele effect van gelijktijdig toegediende geneesmiddelen zoals coffeïne, theofylline, imipramine, clomipramine, pentazocine, clozapine en ropinirol veranderen en kan aanpassing van de dosering noodzakelijk maken. Oplettend dient men vooral te zijn bij een veranderde insulinerespons. Aanpassing van de dosering van theofylline en pentazocine kan, door een afname van het metabolisme in de lever, zelfs maanden na het stoppen met roken nodig zijn. Gelijktijdige toediening met cimetidine verhoogt de systemische blootstelling van varenicline met ca. 29%. Bij ernstige nierfunctiestoornissen het gelijktijdig gebruik van cimetidine en varenicline vermijden.

BIJLAGE 2 SAMENVATTINGSKAART NHG STANDAARD

Stoppen met roken M85 (juli 2007)

RICHTLIJNEN DIAGNOSTIEK

Anamnese

- Inventariseer de rookstatus van patiënten die ondersteuning vragen bij stoppen met roken en van spreekuurbezoekers bij wie stoppen met roken extra van belang is, zoals:
    - patiënten met aan roken gerelateerde klachten of aandoeningen, diabetes mellitus;
- ouders van kinderen met astma en recidiverende bovensteluchtweginfecties;
- vrouwen die hormonale anticonceptie (gaan) gebruiken;
- zwangere vrouwen en hun partners.
- Vraag de rokers naar het aantal jaren en het gemiddelde aantal sigaretten per dag (eventueel als 'pakjaren': een pakjaar is gelijk aan twintig sigaretten per dag gedurende een jaar) en naar de motivatie te stoppen.

Evaluatie

- Leg de rookstatus en de motivatie om te stoppen vast in het dossier:
    - roker (gemotiveerd – overweger – ongemotiveerd);
    - gestopt;
    - nooit gerookt.

RICHTLIJNEN BELEID

- Geef een duidelijk en op de persoon afgestemd stopadvies. Benadruk het belang voor de toekomstige gezondheid en leg waar mogelijk een relatie met ziekten, risicofactoren of klachten van de patiënt.
- Bespreek de mogelijke ondersteuning vanuit de praktijk en bied zo nodig een vervolgcontact aan.
- Bij gemotiveerde rokers: maak een afspraak voor intensieve ondersteunende interventie.
- Bij overwegers: bied een korte motivatieverhogende interventie aan.
- Bij ongemotiveerde rokers: vraag toestemming om in een volgend consult terug te komen op de rookstatus en de motivatie.

Voorlichting

- Bied voorlichtingsmateriaal aan naar behoefte (zie www.nhg.org > Patiëntenvoorlichting of www.stivoro.nl/huisarts).
- Bespreek eerdere stoppogingen:
    - moeilijke momenten;
    - ontwenningsverschijnselen;
    - angst om te falen of dalende motivatie. Benadruk dat dit een gewone reactie is en raad de patiënt aan zichzelf te belonen. Raad tijdelijk tabaksgebruik af;
    - gewichtstoename: benadruk goede eetgewoonten, ontmoedig strikte diëten en stimuleer lichamelijke activiteit.

- Maak samen met de roker een stopplan:
    - spreek een stopdatum af. Adviseer helemaal te stoppen;
    - laat de roker steun van anderen regelen, vertel het iedereen, probeer de partner gelijktijdig te laten stoppen;
    - verwijder tabaksproducten van plaatsen waar de roker komt;
    - spreek af hoe te anticiperen op moeilijke momenten;
    - vervang het genot van tabak door andere beloningen.
- Plan na een week, een maand, enkele maanden en een half jaar telefonische follow-upcontacten in overleg met de patiënt. Terugval kan als een leermoment worden gezien.

Bij overwegers: korte motivatieverhogende interventie

- Vraag naar de voordelen van het roken.
- Vertel waarom het juist voor deze persoon relevant is om te stoppen.
- Bespreek de risico's, zoals impotentie, astma, schade bij zwangerschap, HVZ, COPD en kanker.
- Benadruk de voordelen van stoppen, toegespitst op de persoon.
- Informeer naar barrières voor stoppen met roken en wijs op de mogelijkheden van behandeling en ondersteuning (zie intensieve ondersteunende interventie).

Medicamenteuze behandeling

- Gebruik medicamenteuze ondersteuning bij meer dan tien sigaretten per dag of als de patiënt dat wenst.
- Nicotinevervangende middelen (NVM) zijn eerste keus.
- Contra-indicaties voor NVM: recent myocardinfarct of CVA, instabiele angina pectoris, ernstige aritmieën.
- Nortriptyline of bupropion: desgewenst op verzoek van de patiënt of na eerdere mislukte stoppogingen met NVM; combinatie met NVM is mogelijk.
- Bespreek dat nortriptyline niet geregistreerd is als middel voor stoppen met roken. Contra-indicatie voor nortriptyline: recent myocardinfarct. Contra-indicaties voor bupropion: epilepsie, ernstige levercirrose.

Tabel 1 Medicamenteuze ondersteuning van stoppen met roken

Medicatie	***Toediening***	***Gebruik***
NVM	algemeen	• staak roken voor aanvang met NVM • geef bij grote afhankelijkheid een hogere startdosis
	kauwgom 2 mg, 4 mg	• gebruik zo nodig 2-4 mg, max. 50-60 mg per dag gedurende 3 maanden • bouw daarna af volgens bijsluiter, max. 0,5-1 jaar
	pleister 5, 10, 15 mg 7, 14, 21 mg	• gebruik één pleister van 15 mg per 16 uur ('s nachts verwijderen) of één pleister van 14-21 mg per etmaal • plak elke dag op een nieuwe plek gedurende 4-6 weken • bouw af volgens bijsluiter, max. 3 maanden
	sublinguale tablet 2 mg	• gebruik zo nodig elke 1-2 uur 2 mg, max. 30 tabletten per dag, gedurende 2-3 maanden • bouw af volgens bijsluiter

	zuigtablet 1, 2 , 4 mg	• gebruik zo nodig elke 1-2 uur 1 mg, max. 25 tabletten per dag, gedurende max. 3 maanden • bouw af volgens bijsluiter
Bupropion	tablet 150, 300 mg	• start als de patiënt nog rookt, stopdatum in 2e week • begindosering 150 mg 1 dd, 6 dagen, 's morgens; daarna 150 mg 2 dd (interval 8 uur), 7-9 weken • bij verminderde lever- of nierfunctie en bij ouderen max. 150 mg per dag • bouw daarna de dosering af
Nortriptyline	tablet 10, 25, 50 mg	• start als de patiënt nog rookt, stopdatum op dag 7 of 8 • begindosering 25 mg 1 dd, na 3 dagen 50 mg 1 dd, na weer 3 dagen 75 mg 1 dd • bij ouderen en adolescenten: start met 10 mg 1 dd, na 3 dagen 20 mg 1 dd, na weer 3 dagen 30-40 mg 1 dd • behandel gedurende 6-12 weken 75 mg 1 dd (ouderen/adolescenten 30-40 mg 1 dd) • stop in één keer; afbouw niet nodig

Consultatie en verwijzing

- Verwijs als het niet mogelijk is een stoppen-met-rokeninterventie in de praktijk aan te bieden, naar STIVORO, de GG&GD of een stoppen-met-rokenpolikliniek

BIJLAGE 3 EVIDENCE TABELLEN

Evidence tabel Prognostische factoren

Studie	Nivo bewijs	Inclusie criteria	Kwaliteit review	Opbrengst	Resultaten	Opmerkingen
May 1999	A2	RCT, invloed sociale steun op rook-abstinentie	Zoeken, selectie + Kwaliteitsbeoordeling, data-extractie ±	10 RCTs	2 studies rapporteerden een positief effect van sociale steun (19% vs 6.4% abstinentie na 6 mnd) & buddy's (27% vs 12% aan eind van de behandeling). De meeste studies waren clinic-based met een groep format.	Kleine RCTs. Veel studies met tekortkomingen: rookreductie i.p.v. abstinentie, incomplete rappportage, etc.
El-Guebaly, 2002	B	Studies naar impact van stoppen met roken interventies bij psychisch zieken	Zoeken +, selectie ± Kwaliteitsbeoordeling -	24 studies	Schizofrenie: posttreatrment quit rates 35-56% (kleine klinische studies) Depressie: Quit rates 31-72%; na 1 jaar 12-46% Toevoegeing van cognitieve gedragstherapie leidt tot hogere quit rates bij major depression. Verslavingsziekten: quit rates 7-60%; na 1 jr 13-27%	Grote interstudie heterogeniteit Quit rates lager bij psychiatrische patiënten Kwaliteit niet gerapporteerd . Matige kwaliteit review
Hitsman 2003	B	Valid assessment of history of depression Measure of smoking cessation outcome, not reduction	Zoeken , selectie + Data-extraction + Kwaliteitsbeoordeling -	14 studies	Geen effect van depressie op korte of lange termijn abstinentie (p=0.18). Apart voor mannen: geen effect. Vrouwen: geen effect op lange termijn. Kortdurend discutabel	Kwaliteit niet gerapporteerd

Studie	Nivo bewijs	Inclusie criteria	Kwaliteit review	Opbrengst	Resultaten	Opmerkingen
Galea 2004	B	Studies over de relatie tussen exogene sociale factoren en roken	Zoeken ± Selectie + Data-extractie – Kwalteitsbeoordeling -	6 studies (obser-vationeel)	-Mensen onder armoedegrens stoppen minder snel; -< universitaire opleiding 60% minder kans op stoppen. -Sociale steun (en familie of sociale netwerken) geassocieerd met stoppen.Voor vrouwen is samenwonen/ gehuwd zijn voorspeller van succesvol stoppen	Kwaliteit niet beoordeeld
Galea 2004	B	Studies over de relatie tussen exogene sociale factoren en roken	Zoeken ± Selectie + Data-extractie – Kwalteitsbeoordeling -	6 studies (obser-vationeel)	-Mensen onder armoedegrens stoppen minder snel; -< universitaire opleiding 60% minder kans op stoppen. -Sociale steun (en familie of sociale netwerken) geassocieerd met stoppen. Voor vrouwen is samenwonen/gehuwd zijn voorspeller van succesvol stoppen	Kwaliteit niet beoordeeld
Hughes 2006	B	Studies waarin stoppen met roken onder alcoholverslaafden wordt vergeleken met anderen	Zoeken + Selectie –	12 studies	Rokers met huidig en alcoholafhankelijkheid in het verleden hadden meer moeite met stoppen. Rokers met alcohol in het verleden stopten even goed als meensen zonder alcoholafhankelijkheid	Kwaliteit niet beoordeeld
Hughes 2007	B	prospectieve studies met meting van postcessation major depression disorder (MDD)	zoeken + selectie + quality? subjective?	7 studies	verhoogde kans (14% vs 4%) op MDD bij rokers met MDD in verleden	onduidelijke methodologie; door auteur zelf 'subjective' genoemd

Studie	Nivo bewijs	Inclusie criteria	Kwaliteit review	Opbrengst	Resultaten	Opmerkingen
Bader 2007	A2	Studies naar werkzamen en werkloze jong volwassenen	Zoeken + selectie + Data-extractiopn + Kwaliteitsbeoordeling +	51 studies	Sociale factoren (weinig vrienden, hebben van een niet-rokende partner) belangrijke voorspeller van succesvol stoppen. Jongvolwassenen hebben een neghatieve attitude t.a.v. traditionele stop-interventies. Effectieve en aantrekkelijke interventies zijn nodig.	
Albert-sen 2006	A2	Roken en werkomgeving,. Prospectieve studie, >= 2 rookstatus metingen , >= 1 werkomgeving factor	Zoeken + selectie + Data-extractie ? Kwaliteitsbeoordeling +	22 studies	Hoge werkstress (high demands) verhogen stopkans. Echter lawaai en zware lichamelijke inspanning verlagen juist stopkans. Bovendien zijn high demands voorspellend voor terugval. Controle over het werk en 'resources'verhogen ook stopkans Er is onvoldoende evidence over de waarde van sociale steun in de werkomgeving.	
Cepeda-Bonito 2004	A2	Nicotine replacement T Rapportage uitkomst en Validatie van rookstatus Dubbelblind RCT mannen & vrouwen;	Zoeken + selectie + Data-extractie ± Kwaliteitsbeoordeling -	21 RCTs	NVT meer effectief voor mannen dan vrouwen op de lange termijn. Echter NVT zowel voor mannen als vrouwen effectief	

Evidence tabel Minderen

Auteur, jaartal	Mate van bewijs	Type onderzoek	Populatie kenmerken	Behandelgroep (aantal patiënten)	Controle groep (aantal patiënten)	Studie duur	Uitkomstmaten	Resultaten
Cinciripini 1994	B	RCT	rokers	17	17	8 wkn, 1 jr FU	Gemiddeld aantal sigaretten (week 1-4) Stoppen week 5-9 Stop percentage FU 1 jr	6 en 12 mnd: Interventiegroep 53% (9/17) en 41% (70/17) lukte 24-h te stoppen Controlegroep: 6% (1/17) en 6% (1/17) lukte 24-h te stoppen. p<.01
Cinciripini 1995	B	RCT	3 jr roker; 15 sigaretten per dag of meer; geen ander stoppen met roken programma, psychiatrisch ziektebeeld, of niet gecontroleerde systemische aandoening.	scheduled reduced (Group A) n=32 scheduled nonreduced (Group C) n=31	nonscheduled reduced (Group B) n=33 nonscheduled nonreduced (Group D) n= 32	9 wkn, 1 jr FU	Stoppen met roken	Geleidelijke reductie met en zonder variatie in de inter-sigaret interval na 1 jr effectiever dan ongecontroleerde reductie of geen reductie. p=0.01
Helstrom 2007	B	RCT	hoog-risico adolescente rokers (e.g., delinquenten)	45	36	1 sessie 6 mnd FU	Reductie roken	initiële reductie van roken van baseline tot 1 mnd follow-up (pb.001), reducties gehandhaafd maar niet verbeterd op 6 mnd (p=.28; aantal “stoppers”dagen, verbetering van baseline tot 1 mnd (pb.05), en verdere verbetering van 1 mnd tot 6 mnd (p=.05 t

Evidentietabel Bewegen bij stoppen met roken

Auteur	Mate van bewijs	Type onderzoek	Populatie	Follow-up	Interventie	Controle	Resultaat	Opm.
Taylor 2007	A2	Systematische review	N=1353 (totaal 14 studies)	30 min tot >17 uur	Training variërend van 5-40 min; 24-85% van heart rate reserve; isometrische spieroefeningen	Divers: inactief, passief (bijv. wachten, zitten, lezen), afleiding (bijv. video, cognitieve taken, groepscontact)	- Positief effect op hunkering bij 9 van 10 studies - Positief effect op ontwenning bij 8 van 9 studies - Positief effect op uitstellen van roken bij 4 studies	Bij slechts een studie was sprake van blindering van de onderzoekers
Ussher 2008	A2*	Systematische review (Cochrane)	N=2057 (totaal 13 studies)	6 tot 12 mnd	Training 5-18 wk; matig intensieve cardio-vasculaire training (15-45 min) onder supervisie + thuisprogramma Gedragsinterventie + in 3 studies nicotinevervangers	Gedragsinterventie + in 3 studies nicotinevervangers	- Positief effect op stoppen met roken bij 3 studies aan einde interventie - Positief effect op stoppen met roken bij 2 studies na 3 maanden follow-up - Geen verschil in effect op stoppen met roken na 12 maanden follow-up (1 studie met borderline significantie van p=0.05)	Bij slechts vijf studies was de randomisatie procedure beschreven

*Gezien de heterogeniteit en slechte blindering van de individuele studies is gekozen voor gradering op level A2

Evidence tabel varenicline

Auteur, jaartal	Mate van bewijs	Type onderzoek	kenmerken	Resultaten
Cahill 2008	A1	Cochrane review	RCTs FU minimaal 6 mnd	Effect 6 studies op stopkans : varenicline vs placebo > 24 wkn RR 2.33 (95% CI 1.95-2.80, p< 0.00001) Effect 3 studies: varenicline vs bupropion 52 wkn RR 1.52 (95% CI 1.22-1.88, p< 0.00016) Effect 1 studie (open label) varenicline vs NVT 52 wkn RR 1.31 (95% CI 1.01-1.71, p< 0.046) AEs 7 studies : varenicline vs placebo; misselijkheid RR 3.25 (95% CI 2.73-3.86, p< 0.00001) Slapeloosheid RR 1.45 (95% CI 1.21-1.75, p< 0.000082) Abn.dromen: RR 2.79 (95% CI 2.09-3.72, p< 0.00001) Hoofdpijn: RR 1.20 (95% CI 0.98-1.46, p< 0.074)
Eisenberg 2008	A1	Systematic review		Vergelijkbare resultaten als Cahill, 2008
Wu 2006	A1	Systematic review	RCTs , FU 1 jr, chemische bevestiging stoppen met roken	Vergelijkbare resultaten als Cahill, 2008
Burnstein 2006	B	RCT	Vr/M >65 jr, ≥ 10 sigaretten pd minstens 1 jr, niet zwaarder dan 91 kg, binnen 15% gewicht gecorrigeerd voor leeftijd, geslacht, lengte en bouw (MLAHW tables), normale nier functie (creat clear min 70 ml/min) N=24	Geen verschillen in tolarability en safety tussen varenicline en placebo. Meest gerapporteerde bijwerking: misseliikheid (13%-25%). Alle bijwerkingen mild tot moderate.
Niaura 2008	A2	RCT	Gezonde volwassen (18-65 jr) rokers (10 CPD), gemotiveerd om te stoppen met roken. In het afgelopen jaar niet langer dan 3 mnd gestopt.	Vergelijkbare resultaten als Cahill, 2008

BIJLAGE 4 BELANGEN

Activiteiten die de leden van de werkgroep 'Tabaksverslaving' in de afgelopen drie jaar hebben ontplooid op uitnodiging of met subsidie van de farmaceutische industrie

Werkgroeplid	**Firma**	**Activiteit**
Allard, R.H.B.	Pfizer	Consultatie/advisering
Jacobs, J.E.	Pfizer	Wetenschappelijk onderzoek
Kotz, drs. D	Pfizer	Wetenschappelijk onderzoek
Kraaijenhagen, R.A.	Sanofi-Adventis	Consultatie/advisering
Peeters, GGHM	Pfizer	Consultatie/advisering
	Pfizer	Cursus
Spiegel, P.I. van	Pfizer	Consultatie/advisering
	Pfizer	Wetenschappelijk onderzoek
	Pfizer	Cursus
	Pharm. Up john	Consultatie/advisering
Tromp, P.G.	GSK	Cursus
	Pfizer	Cursus
	AstraZeneca	Cursus
	Eli Lilly	Cursus

Geen activiteiten

Arntzenius-Smit, L.	
Ashruf, R.H.F.	Hoving, C,
Bemt, B.van	Jans, S.
Blekemolen, drs. J.R.M.	Jonge, J.M. de
Bottema, J.W.	Kuethe, M.C.
Bree, prof.dr. R. de	Pieterse, dr. M.E.
Capelleveen, A.J.	Scherjon, S.
Drenthen, T.	Segaar, D.
Emst, A.J. van	Slot, D.E.
Feenstra, T.L.	Wees, Ph. Van der
Gilissen, L.	Weel, prof.dr. C. van
Hofman, M.	Willemsen, M.
	Wind, L.

Geen van de werkgroepleden was in dienst van de genoemde firma's

BIJLAGE 5 LIJST VAN GEBRUIKTE AFKORTINGEN

BI	=	Betrouwbaarheidsinterval (zonder specificering het 95% BI)
COPD	=	Chronic obstructive pulmonary disease
CVZ	=	College voor Zorgverzekeringen
HVZ	=	hartvaatziekte
HR	=	Hazard ratio
MDD	=	Major depressive disorder
MIS	=	Minimale interventie strategie
NHG	=	Nederlands huisartsen Genootschap
NNT	=	Number needed to treat
NVM	=	Nicotinevervangende middelen
OR	=	Odds ratio
RR	=	Relatief risico

BIJLAGE 6 LITERATUUR

- Abbot NC, Stead LF, White AR, Barnes J, Ernst E. Hypnotherapy for smoking cessation (Cochrane review). The Cochrane Library. Issue 2. Oxford: Update Software, 2000.
- Albertsen K, Borg V, Oldenburg B, Albertsen K, Borg V, Oldenburg B. A systematic review of the impact of work environment on smoking cessation, relapse and amount smoked. (Review) (50 refs). Prev Med. 2006;43:291 305.
- Alterman AI, Gariti P, Mulvaney F. Short and long term smoking cessation for three levels of intensity of behavioral treatment.Psychol Addict Behav 2001;15:261 4.
- An, LC & An, LC. T. (2008). The impact of smoking cessation intervention by multiple health professionals. American Journal of Preventive Medicine, 34: 54 60.
- Ashelman M. Stop smoking naturally. New Canaan, CT: Keats Publishers; 2000.
- Ashenden R, Silagy C, Weller D. A systematic review of the effectiveness of promoting lifestyle change in general practice. Fam Pract 1997;14:160 75.
- Aveyard P, Cheng KK, Almond J, Sherratt E, Lancashire R, Lawrence T, et al. Cluster randomised controlled trial of expert system based on the transtheoretical ('stages of change') model for smoking prevention and cessation in schools. BMJ 1999;319:948 53.
- Aveyard P, Massey L, Parsons A, et al. The effect of Transtheoretical Model based interventions on smoking cessation. Soc Sci Med 2009; 68:397 403
- Bader P, McDonald P, Selby P. An algorithm for tailoring pharmacotherapy for smoking cessation: results from a Delphi panel of international experts. Tob Control 2009;18:34-42.
- Barth J, Critchley J, Bengel J. Psychosocial interventions for smoking cessation in patients with coronary heart disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 1. Art. No.: CD006886. DOI: 10.1002/14651858.CD006886.
- Berg, van der, B., & Soethout, J. (2009). Proefimplementatie 'Stoppen met roken': Resultaten begeleidend onderzoek. Eindrapport. Amsterdam: Regioplan.
- Bero, L.A., Grill, R., Grimshaw, J.M., Harvey, E., Oxman, A.D., & Thomson, M.A. (1988). Closing the gap between research and practice: An overview of systematic reviews of interventions to promote theimplementation of research findings. British Medical Journal, 317, 465-468.
- Bize, R., et al., *Biomedical risk assessment as an aid for smoking cessation.* Cochrane Database Syst Rev, 2005(4).
- Bize, R., et al., *Effectiveness of biomedical risk assessment as an aid for smoking cessation: a systematic review.* Tob Control, 2007. **16**(3): p. 151 6.
- Bolman C, Vries H de, Breukelen G van. A minimal contact intervention for cardiac inpatients; longterm effects on smoking cessation. Prev Med. 2002 Aug; 35(2):181 92.
- Bouvy ML, Buurma H, Egberts ACG. Determinants for successful smoking cessation with Bupropion in daily practice. Pharm World Sci (Netherlands) 2003;25:207 11.
- Bouwens J. Beginnen en stoppen met roken bij jongeren: een review over relevante factoren van beginnen en stoppen met roken bij jongeren vanaf 16 jaar. Woerden: NIGZ/Centrum voor Review & Implementatie, 2003.
- Burnstein AH, Fullerton T, Clark DJ, Faessel HM. Pharmacokinetics, safety, and tolerability after single and multiple oral doses of varenicline in elderly smokers. J. Clin. Pharmacol. 2006; 46; 1234
- Cahill K, Moher M, Lancaster T. Workplace interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev. of Systematic Reviews* 2008, Issue 4.
- Cahill K, Perera R. Competitions and incentives for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2008;CD004307.

- Cahill K, Stead LF, Lancaster T. Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2008, Issue 3
- Cepeda Benito A, Reynoso JT, Erath S, Cepeda Benito A, Reynoso JT, Erath S. Meta analysis of the efficacy of nicotine replacement therapy for smoking cessation: differences between men and women.(see comment). J Consult Clin Psychol. 2004;72:712 722
- Chavannes NH, Kaper J, Frijling BD, Laan JR van der, Jansen PWM, Guerrouj S, et al. NHG standaard Stoppen met roken. Huisarts Wet. 2007;50:306 14.
- Cinciripini PM, Lapitsky LP, Wallfisch A, Mace R, Nezami E. Addict Behav. 1994;19 (I):13 22
- Cinciripini,P.M.; Lapitsky,L.; Seay,S.; Wallfisch,A.; Kitchens,K.; Van,Vunakis H. J Consult Clin Psychol 1995;63(3):388 399.
- Cinciripini, P.M., Wetter, D.W., & McClure, J.B. Scheduled reduced smoking: effects on smoking abstinence and potential mechanisms of action. *Addictive Behaviors 1997;22:* 759-767.
- Coleman T, Murphy E, Cheater F, Coleman T, Murphy E, Cheater F. Factors influencing discussion of smoking between general practitioners and patients who smoke: a qualitative study.(see comment). British Journal of General Practice 2000, Mar;50(452):207 10
- Coleman, T, Andrew Wilson, Steve Barrett, Alison Wynne and Sarah Lewis (2007). Distributing questionnaires about smoking to patients: impact on general practitioners' recording of smoking advice. BMC Health Serv Res. 2007 Sep 24;7:153
- Cornuz, J. Humair, J.P.; Seematter, L., Stoianov, R., Van Melle, G., Stalder, H., Pe'coud, A. (2002). Efficacy of Resident Training in Smoking Cessation: A Randomized Controlled Trial of a Program Based on Application of Behavioral Theory and Practice with Standardized Patients *Ann Intern Med.* 2002;136:429 437.
- Cromwell J, Bartosch WJ, Fiore MC, Hasselblad V, Baker T. Cost effectiveness of the clinical practice recommendations in the AHCPR Guideline for Smoking Cessation. Agency for Health Care Policy and Research. JAMA 1997;278:1759 66.
- Da Costa CL, Younes RN, Lourenco MT. Stopping smoking: a prospective, randomized, double blind study comparing nortriptyline to placebo. Chest 2002;122(2):403 8.
- Crone, M.R. (2003). The prevention of involuntary smoking by children. Academisch proefschrift. Amsterdam: VU.
- Davis D, Thomas O'Brien, Freemantle N, Wolf PM, Mazmanian P, Taylor Vaisay, A. (1999). Impact of formal continuing medical education: do conferences, workshops, rounds, and other traditional continuing education activities change physician behavior of health care outcomes? JAMA 1999;282(9): 86774.
- Dawley LT, Dawley HH, Jr., Glasgow RE, Rice J, Correa P. Worksite smoking control, discouragement, and cessation. *Int J Addict.* 1993;28:719 733.
- De Vries, H., Bakker,M, Dolan Mullen, P. , Van Breukelen, G. (2006). The effects of smoking cessation counseling by midwives on Dutch pregnant women and their partners Patient Education and Counseling 63 (2006) 177–187
- Dent LA, Harris KJ, Noonan CW. Tobacco interventions delivered by pharmacists: a summary and systematic review. Pharmacotherapy 2007 Jul;27(7):1040-51.
- Dieppe P, Chard J, Tallon D, Egger M. Funding clinical research. Lancet 1999;353:1626.
- Easterbrook PJ, Berlin J, Gopolan R, Matthews DR. Publication bias in clinical research. Lancet 1991;337:867 72.
- Eisenberg MJ, Filion KB, Yavin D, Belisle P, Mottillo S, Joseph L, et al. Pharmacotherapies for smoking cessation: a meta-analysis of randomized controlled trials. CMAJ 2008;179(2):135-44.

- Emmons, K.M., Hammond, S.K., Velicer, J.L., Evans, W.F. & Monroe, A.D. (2001). A randomised trial to reduce passive smoking exposure in low-income households with young children. Pediatrics, 108: 18-24.
- Emst,A., Snel,O., Willemsen, M. (2007) Persoonlijke Coaching bij stoppen met roken. Resultaten van een proces-en effectstudie. Den Haag, STIVORO.
- Evins AE, Mays VK, Rigotti NA, Tisdale T, Cather C, Goff DC. A pilot trial of bupropion added to cognitive behavioral therapy for smoking cessation in schizophrenia. Nicotine Tobacco Research 2001;3:397 403.
- Farmacotherapeutisch Kompas. Amstelveen: CVZ. Te raadplegen via www.fk.cvz.nl
- Fiore MC, et al. Treating tobacco use and dependence. Clinical Practice Guideline: 2008 update. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services. Public Health Service, 2008.
- Fish LJ, et al. Adherence to nicotine replacement therapy among pregnant smokers.
- Nicotine and Tobacco Research 2009;11: 514-8.
- Fisher KJ, Glasgow RE, Terborg JR. Work site smoking cessation: a meta analysis of long term quit rates from controlled studies. *J Occup Med.* 1990;32:429 439.
- Galea S, Nandi A, Vlahov D. The social epidemiology of substance use. Epidemiol Rev 2004;26:36-52.
- Gallefoss FD. Smoking enquiry rate and barriers for tobacco prevention among general practitioners in Vest Agder county. Tidsskrift for den Norske Laegeforening 2002 Nov 10;122(27):10.
- George TP, Vessicchio JC, Termine A, Bregartner TA, Feingold A, Rounsaville BJ, et al. A placebo controlled trial of Bupropion for smoking cessation in schizophrenia. Biol Psychiatry 2002;52:53 61.
- Gilbert JR, Wilson DM, Singer J, Lindsay EA, Willms DG, Best JA, et al. A family physician smoking cessation program: an evaluation of the role of follow up visits. Am J Prev Med 1992;8:91 5.
- Gourlay SG, Stead LF, Benowitz NL. Clonidine for smoking cessation (Cochrane review). The Cochrane Library. Issue 2. Oxford: Update Software, 2000.
- Haggstram FM, et al. A controlled trial of nortriptyline, sustained-release bupropion and placebo for smoking cessation: preliminary results. Pulm Pharmacol Ther. 2006;19(3):205-9.
- Hall SM, Humfleet GL, Reus VI, Munoz RF, Hartz DT, Maude Griffin R. Psychological intervention and antidepressant treatment in smoking cessation. Arch Gen Psychiatry 2002;59:930 6.
- Hall SM, Reus VI, Munoz RF, Sees KL, Humfleet G, Hartz DT, et al. Nortriptyline and cognitive behavioral therapy in the treatment of cigarette smoking. Arch Gen Psychiatry 1998;55:683 90.
- Hamilton S, McLaren S, Mulhall A (2007) Assesing organizational readiness for change: use of diagnostic analysis prior to the implementation of a multidisciplinary assessment of acute stroke care. www.implementationscience.com/content/2/1/21
- Hilberink, S.R. , Jacobs, J.E., Bottema, Ben J.A.M. De Vries, H., Grol, Richard J.P.T.M. (2005) Smoking cessation in patients with COPD in daily general practice (SMOCC): Six months' results. Preventive Medicine 41 (2005) 822 – 827
- Hitsman B, Borrelli B, McChargue DE et al. History of depression and smoking cessation outcome: a meta-analysis. J Consult Clin Psychol 2003 Aug;71(4):657-63.
- Hughes, J.R., Cummings, K.M., & Hyland, A. Ability of smokers to reduce their smoking and its association with future smoking cessation. *Addiction 1999; 94:*10-114.
- Hughes JR, Hughes JR. Depression during tobacco abstinence. (Review) (26 refs). Nicotine Tob Res. 2007;9:443 446.
- Hughes JR, Stead LF, Lancaster T. Antidepressants for smoking cessation: Cochrane Database Syst Rev, 2003:CD000031

- Hughes, J.R., & Carpenter, M.J. The feasibility of smoking reduction: an update. *Addiction 2005;100:* 1074-1089.
- Hughes JR, Kalman D, Hughes JR, Kalman D. Do smokers with alcohol problems have more difficulty quitting?. (Review) (93 refs). Drug Alcohol Depend. 2006;82:91 102.
- .Hughes JR, Stead LF, Lancaster T. Antidepressants for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 1. Art. No.: CD000031. DOI: 10.1002/14651858.CD000031.pub3
- Hulscher ME, Wensing M, Weijden T van der, Grol R. Interventions to implement prevention in primary care (Cochrane review). The Cochrane Library. Issue 1. Oxford: Update Software, 2001.
- Johnson NW, Lowe JC, Warnakulasuriya KA, Johnson NW, Lowe JC, Warnakulasuriya KAAS. Tobacco cessation activities of UK dentists in primary care: signs of improvement. Br Dent J 2006;200:85-9.
- Jorenby DE, Leischow SJ, Nides MA, Rennard SI, Johnston JA, Hughes AR, et al. A controlled trial of sustained release bupropion, a nicotine patch, or both for smoking cessation. N Engl J Med 1999;340:685 91.
- Joseph AM, Knapp JM, Nichol KL et al (1995) Determinants of complaince with a national smoke free hospital standard. Journal of the American Medical Association, 274(6), 491 494.
- Kaper J, Wagena EJ, Severens JL, Schayck CPV. Healthcare financing systems for increasing the use of tobacco dependence treatment (Review). Cochrane Database Syst Rev 2005a; (1):CD004305.
- Kaper J, Wagena EJ, Willemsen MC, van Schayck CP. A randomized controlled trial to assess the effects of reimbursing the costs of smoking cessation therapy on sustained abstinence . Addiction 2006; 101(11):1656-61.
- Kaper J, Wagena EJ, Willemsen MC, van Schayck CP. Reimbursement for smoking cessation treatment may double the abstinence rate: results of a randomized trial. Addiction 2005b; 100(7):1012-20.
- Kotz D, Wagena EJ. Roken en stoppen met roken in de eerste en tweede lijn van de gezondheidszorg: Attitudes, gedrag en eigen effectiviteit van longartsen Maastricht: MTB, Maastricht, 2003.
- Kotz, D. and R. West, Explaining the social gradient in smoking cessation: It's not in the trying, but in the succeeding. Tob Control, 2008. 2008 Oct 20 (Epub ahead of print).
- Kozlowski LT, Wilkinson DA, Skinner W, Kent C, Franklin T, Pope M. Comparing tobacco cigarette dependence with other drug dependencies. JAMA 1989;261:898 901.
- Kroes, M.E. (2008). Begeleiding bij stoppen met roken: verzekerde zorg? Diemen: College voor zorgverzekeringen.
- Kunze, M. Harm reduction; the possible role of nicotine replacement. *Progress in Respiratory Research 1997;28:* 190-198.
- Lancaster T, Stead LF. Individual behaviour counseling for smoking cessation (Cochrane review). The Cochrane Library. Issue 3. Oxford: Update Software, 2002.
- Lancaster T, Stead LF. Individual behavioural counselling for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 2. Art. No.: CD001292. DOI: 10.1002/14651858.CD001292.pub2.
- Lancaster T, Stead LF. Self help interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 3. Art. No.: CD001118. DOI: 10.1002/14651858.CD001118.pub2.
- Lexchin J, Bero LA, Djulbegovic B, Clark O. Pharmaceutical industry sponsorship and research outcome and quality: systematic review. BMJ 2003;326:1167 70.

- Lichtenstein E, Glasgow RE, Lando HA, Ossip Klein DJ, Boles SM. Telephone counseling for smoking cessation: rationales and meta analystic review of evidence. Health Ed Res 1996;11:243 57.
- Longo DR, Feldman MM, Kruse RL et al (1998) Implementing smoking bans in American hospitals: results of a national survey, Tobacco Control 7, 47-55.
- Lumley J, Oliver S, Waters E. Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy (Cochrane review). The Cochrane Library, Issue 4. Oxford: Update Software, 2003.
- Marcus B, Hampl E, Fisher E. How to quit smoking without gaining weight. New York: Pocket Books; 2004.
- May S, West R, May S, West R. Do social support interventions ("buddy systems") aid smoking cessation? A review. (Review) (48 refs). Tob Control. 2000;9:415 422.
- McEwan A, Akotia N, West R, McEwen A, Akotia N, West R. General Practitioners' views on the English national smoking cessation guidelines. Addiction 2001 Jul;96(7):997-1000
- McLeod D, Cornford E, Pullon S, de SK, & Simpson C. Can Quit Practice: a comprehensive smoking cessation programme for the general practice team. New Zealand Medical Journal 2005;15:118.
- McNeill A, Foulds J, Bates C. Regulation of nicotine replacement therapies (NRT): a critique of current practice. Addiction 2001;96:1757 68.
- Melander H, Ahlqvist Rastad J, Meijer G, Beermann B. Evidence b(i)ased medicine selective reporting from studies sponsored by pharmaceutical industry: review of studies in new drug applications. BMJ 2003;326:1171 3.
- Meulepas MA, Jacobs JE, Smeenk FW, Smeele I, Lucas AE, Bottema BJ, & Grol, R.P. (2007). Effect of an integrated primary care model on the management of middle-aged and old patients with obstructive lung diseases. Scandinavian Journal of Primary Health Care,25:186-192
- Miller NH, Smith PM, DeBusk RF, Sobel DS, Taylor CB. Smoking cessation in hospitalized patients. Results of a randomized trial. Arch Intern Med 1997;157:409 15.
- Millett, C, Gray, J., Saxena, S., Netuveli, G., Majeed, A. (2007). Impact of a pay-for-performance incentive on support for smoking cessation and on smoking prevalence among people with diabetes CMAJ 2007;176(12):1705-10, 2007 Canadian
- Moolchan ET, Berlin I, Robinson ML, Cadet JL. African American teen smokers: issues to consider for cessation treatment. J Natl Med Assoc 2000;92:558 62.
- Niaura R, Hays JT, Jorenby DE, Leone FT, Pappas JE, Reeves KR et al. The efficacy and safety of varenicline for smoking cessation. Curr Med Res Opin 2008;24(07)
- O'Brien, Th, Freemantle N, Oxman OD, Wolf F, Davis DA, Herrin J. (2001) Continuing education meetings and workshops: effects on professional practice and health care outcomes. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2001, Issue 1.
- O'Brien, Th, Oxman, AD, Davis, DA, Haynes RB, Freemantle N, Harvey, EL. (1997) Educational outreach visits: effects on professional practice and health care outcomes. The Cochrane Database of Systematic Reviews 1997, issue 4.
- Ogburn PL, et al Nicotine patch use in pregnant smokers: nicotine and cotinine levels and fetal effects. *Am J Obstetrics and Gynecology, 1999;181: 736-743..*
- Oncken CA, et al. Effects of transdermal nicotine or smoking on nicotine concentrations and maternal-fetal hemodynamics. Obstetrics and Gynecology, 1996;90: 569-74
- Ouwens, M., Wollersheim, H., Hermens, R., Hulscher, M. & Grol, R. (2005). Integrated care programmes for chronically ill patients: a review of systematic reviews. International Journal for Quality in Health Care, 17(2), 141146.

- Park E W, Schultz JK, Tudiver F, Campbell T, Becker L. Enhancing partner support to improve smoking cessation (Cochrane review). The Cochrane Library. Issue 3. Oxford: Update Software, 2002.
- Pieterse ME, Seydel ER, DeVries H, Mudde AN, Kok GJ. Effectiveness of a minimal contact smoking cessation program for dutch general practitioners: a randomized controlled trial. Preventive Medicine 2001;32:182 90.
- Pieterse, ME (1999). Stoppen met roken met hulp van de huisartsenpraktijk: ontwikkeling, toetsing en implementatie van een minimale interventie strategie. Enschede: Twente University press.
- Pisinger C, Godtfredsen NS. Is there a health benefit of reduced tobacco consumption? A systematic review. Nicotine & Tobacco Research 2006; 9: 631-646
- Pisinger C, Godtfredsen NS and Jørgensen T. Smoking reduction and cessation reduce chronic cough in a general population: the Inter99 study. The Clinical Respiratory Journal 2008; 2: 41–46
- Plas AGM van der, Hilberink SR, Hermans MH, Breteler MHM. Evaluatie van de Millennium Campagne 'Dat kan ik ook!' en regionale cursussen stoppen met roken. Nijmegen: NISPA, 2001.
- Platform Vitale Vaten. Zorgstandaard Vasculair Risicomanagement, 2009.
- Prochaska JO, DiClemente CC, Velicer WF, Rossi JS. Standardized, individualized, interactive, and personalized self help programs for smoking cessation. Health Psychology 1993;12:399 405.
- Rice VH, Stead LF. Nursing interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 1. Art. No.: CD001188. DOI: 10.1002/14651858.CD001188.pub3
- Riemsma RP, Pattenden J, Bridle C, Sowden AJ, Mather L, Watt IS, et al. Systematic review of the effectiveness of stage based interventions to promote smoking cessation. BMJ 2003;326:1175 7.
- Rigotti NA, Munafo MR, Murphy MF, Stead LF. Interventions for smoking cessation in hospitalised patients (Cochrane review). The Cochrane Library. Issue 3. Oxford: Update Software, 2002.
- Ryan AJ, Adams A, Yeager B, Farris K. Effectiveness of a pharmacist based smoking cessation program and its impact on quality of life. Pharmacotherapy 2002;22:759 65.
- Segaar D, Bolman C, Willemsen M, De Vries H. (2007). Identifying determinants of protocol adoption by midwives: a comprehensive approach Health Educ Res. 22:14-26.
- Segaar D, Bolman C, Willemsen MC, Vries H. (2006). Determinants of adoption of cognitive behavioral interventions in a hospital setting: example of a minimal-contact smoking cessation intervention for cardiology wards. Patient Educ Couns. 61:262-71.
- Simon JA, Duncan C, Carmody TP, Hudes ES. Bupropion for smoking cessation: a randomized trial. National Conference on Tobacco or Health, November 19 22. San Francisco, CA, 2002.
- Slama, K., Karsenty, S., Hirsch, A. (1999). French general practitioners' attitudes and reported practices in relation to their participation and effectiveness in a minimal smoking cessation programme for patients. *Addiction* (1999) 94(1), 125-132.
- Snippe R, Stens C. Fysiotherapie en claudicatio intermittens patienten: ervaringen met een wandelprogramma als nazorg en ontwikkelen van een stoppen met roken interventie. Heerlen: Hogeschool Zuyd; 2008.
- Stead LF, Bergson G, Lancaster T. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008(a), Issue 2. Art. No.: CD000165. DOI: 10.1002/14651858.CD000165.pub3.4.
- Stead LF, Lancaster T. Group behaviour therapy programmes for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 2. Art. No.: CD001007. DOI: 10.1002/14651858.CD001007.pub2
- Stead, L.F., & Lancaster, T. *Interventions to reduce harm from continued tobacco use*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, issue 3.

- Stead LF, Perera R, Bullen C, Mant D, Lancaster T. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008(b), Issue 1. Art. No.: CD000146. DOI: 10.1002/14651858.CD000146.pub3.
- Stead LF, Perera R, Lancaster T. Telephone counselling for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 3. Art. No.: CD002850. DOI: 10.1002/14651858.CD002850.pub2
- Stead LF. Self help interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 3. Art. No.: CD001118. DOI: 10.1002/14651858.CD001118.pub2.
- Tashkin D, Kanner R, Bailey W, Buist S, Anderson P, Nides M, et al. Smoking cessation in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a double blind, placebo controlled, randomised trial. Lancet 2001;357:1571 5.
- Taylor AH, Ussher MH, Faulkner G. The acute effects of exercise on cigarette cravings, withdrawal symptoms, affect and smoking behaviour: a systematic review. Addiction 2007 Apr;102(4):534 43.
- Teeuw J, Bastiaenen C, Van der Wees P. Guide exercise program for stopping smoking. Brussels: European Commission, In Press; 2009.
- Teeuw J, Bastiaenen C, Van der Wees P. Physical activity/exercise contribution to smoking cessation. Brussel: European Commission, In Press; 2009.
- Thomson O'Brien MA, Freemantle N, Oxman AD, Wolf F, Davis DA, Herrin J. Continuing education meetings and workshops: effects on professional practice and health care outcomes (Cochrane review). The Cochrane Library. Issue 2. Oxford: Update Software, 2001.
- TNS Nipo (2008) Stoppen met roken begeleiding in de zorg. Den Haag: STIVORO voor een rookvrije toekomst.
- Tonstad S, Farsang C, Klaene G, Lewis K, Manolis A, Perruchoud AP, et al. Bupropion SR for smoking cessation in smokers with cardiovascular disease: a multicentre, randomised study. Eur Heart J 2003;24:946 55.
- Twardella D, Brenner H, Twardella D, Brenner H. Lack of training as a central barrier to the promotion of smoking cessation: a survey among general practitioners in Germany. Eur J Public Health. 2005 Apr;15(2):140-5.
- Ulbricht S, Meyer C, Schumann A, Rumpf HJ, Hapke U, John U, et al. Provision of smoking cessation counseling by general practitioners assisted by training and screening procedure. Patient Education & Counseling 2006 Oct;63(1-2):232-8.
- Unrod, M, Smith, M, Spring, B, DePue, J, Redd, W, and Gary Winkel (2007). Randomized Controlled Trial of a Computer-Based, Tailored Intervention to Increase Smoking Cessation Counseling by Primary Care Physicians. Society of General Internal Medicine 2007;22:478–484
- Ussher MH, Taylor A, Faulkner G. Exercise interventions for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev 2008;(4):CD002295.
- Vaughn TE, Ward MM, Doebbeling BN et al (2002) Organizational and provider characteristics fostering smoking cessation practice guideline adherence: an empirical look. Journal of Ambulatory Care Management 25(2) 17-31.
- Vogt F, Hall S, Marteau TM, Vogt F, Hall S, Marteau TM. General practitioners' and family physicians' negative beliefs and attitudes towards discussing smoking cessation with patients: a systematic review. Addiction. 2005;100:1423-31.
- Volpp KG, Troxel AB, Pauly MV, et al. A randomized controlled trial of financial incentives for smoking cessation , N Engl J Med 360:7: 699-709.
- De Vries, H., Bakker, M, Dolan Mullen, P. , Van Breukelen, G. The effects of smoking cessation counseling by midwives on Dutch pregnant women and their partners Patient Education and Counseling 2006;63:177–187.

- Wagena EJ, Graaf L de, Chavannes NH, Grootheest AC van, Schayck CP van. Onrust over de veiligheid van bupropion als middel om te stoppen met roken onterecht. Ned Tijdschr Geneeskd 2001;145:1489 92.
- Wagena EJ, Knipschild PG, Huibers MJH, et al. Efficacy of Bupropion and Nortriptyline for Smoking Cessation Among People at Risk for or With Chronic Obstructive Pulmonary Disease. Arch Intern Med 2005; 165:2286-2292
- Wagena EJ, Zeegers MPA, Schayck CP van, Wouters EFM. Benefits and risks of pharmacological smoking cessation therapies in chronic obstructive pulmonary disease. Drug Safety 2003;26:381-
- Waranch HR, Wohlgemuth WK, Hantula DA et al. The effects of a hospital smoking ban on employee smoking behaviour and participation in different types of smoking cessation programmes. Tobacco Control 1993;2:120-126.
- Weerd S de, Thomas CMG, Kuster JETG, Cikot RJLM, Steegers EAP. Variation of serum and urine cotinine in passive and active smokers and applicability in preconceptional smoking cessation intervention. Environ Res 2002;90:119 124.
- Weiner E, Ball MP, Summerfelt A, Gold J, Buchanan RW. Effects of sustained release bupropion and supportive group therapy on cigarette consumption in patients with schizophrenia. Am J Psychiatry 2001;158:635 7.
- West R, Sohal T. Catastrophic pathways to smoking cessation; findings from a national survey. BMJ 2006;332:458/60
- White AR, Rampes H, Campbell J. Acupuncture and related interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 1. Art. No.: CD000009. DOI: 10.1002/14651858.CD000009.pub2
- Willemsen MC, Görts CA, Soelen P et al. Exposure to environmental tobacco smoke (ETS) and determinants of support for complete smoking bans in psychiatric settings. Tobacco Control 2004;13:180-185.
- Willemsen MC, Wagena EJ, Schayck CP van. De effectiviteit van stoppen met rokenmethoden die in Nederland beschikbaar zijn: een systematische review op basis van Cochrane gegevens. Ned Tijdschr Geneeskd 2003;147:917 21.
- Willemsen, M.C. Wat is bekend over de gevolgen van het langer dan 1 jaar gebruiken van Nicotinell en Nicorette? Wat over verslaving aan deze middelen? *Longartsen Vademecum 2003A:6* (8): 24 juni 2003.
- Wind LA, Chavannes NH, Kaper J, Frijling BD, Laan JR van der, Wiersma Tj, et al. Samenvatting van de standaard 'Stoppen met roken' van het Nederlands Huisartsen Genootschap. Ned Tijdschr Geneeskd. 2008;152:1459 64.
- Wright LN, et al. Transdermal nicotine replacement in pregnancy: maternal pharmacokinetics and fetal effects. Am J Obstetrics and Gynecology 1997;176: 1090-4
- Wu P, Wilson K, Dimoulas P, Mills EJ. BMC Public Health 2006, 6:300