

Richtlijn

Behandeling van tabaksverslaving

Colofon

Richtlijn Behandeling van tabaksverslaving

ISBN 90-8523-002-0



© 2004, Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO

Uitgever



Van Zuiden Communications B.V.

Postbus 2122, 2400 CC Alphen aan den Rijn

Tel. (0172) 47 61 91

E-mailadres: zuiden@zuidencomm.nl

www.zuidencomm.nl



De richtlijn 'Behandeling van tabaksverslaving' is mede totstandgekomen door het programma Evidence-Based Richtlijn Ontwikkeling (EBRO) van de Orde van Medisch Specialisten.

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 uitgever.

Toestemming voor gebruik van tekst(gedeelten) kunt u schriftelijk of per e-mail en uitsluitend bij de uitgever aanvragen. Adres en e-mailadres: zie boven. Deze uitgave en andere richtlijnen zijn te bestellen via: www.richtlijnonline.nl.

Het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, gevestigd in Utrecht, heeft tot doel individuele beroepsbeoefenaars, 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.

Richtlijn

Behandeling van tabaksverslaving

Participerende wetenschappelijke verenigingen en organisaties

Amsterdam Institute for Addiction Research (AIAR)
 Capaciteitsgroep GVO, Universiteit van Maastricht (GVO)
 Jellinek Kliniek
 Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP)
 Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV)
 Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)
 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-Halsgebied (KNO)
 Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK)
 Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG)
 Nederlandse Vereniging voor Radiotherapie en Oncologie (NVRO)
 Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVVP)
 Onderzoeksinstituut CAPHRI, Universiteit Maastricht (CAPHRI)
 STIVORO voor een rookvrije toekomst
 Vereniging voor Epidemiologie (VvE)
 Vereniging voor Verslavingsgeneeskunde Nederland (VVG/N)
 Werkgroep Onderzoek Kwaliteit, UMC St. Radboud (WOK)

Kerngroep

- Prof. dr. C. van Weel, huisarts (voorzitter), hoofd afdeling Huisartsgeneeskunde, UMC St Radboud, Nijmegen
- Drs. F.A. van Bladeren, projectcoördinator Partnership Stop met Roken
- Dr. J.W.W. Coebergh, epidemioloog, Integraal Kankercentrum Zuid en afdeling Maatschappelijke Gezondheidszorg Erasmus MC Rotterdam, voorzitter werkgroep 'Farmacotherapie', VvE
- Dr. A.J.M. Drenthen, coördinator preventie, Utrecht, voorzitter werkgroep 'Eenmalige en korte ondersteunende interventies', NHG
- Dr. C.J.E. Kaandorp, arts, adviseur, Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, Utrecht (vanaf juli 2003)
- Prof. dr. G.M. Schippers, klinisch psycholoog, Amsterdam Institute for Addiction Research, voorzitter werkgroep 'Intensieve interventies', bijzonder hoogleraar Verslavingsgedrag en Zorgevaluatie, AMC/UVA
- Drs. P.I. van Spiegel, longarts, Slotervaart Ziekenhuis, Amsterdam, voorzitter werkgroep 'Eenmalige en korte ondersteunende interventies', NVALT
- Drs. H. van Veenendaal, adviseur, Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, Utrecht

- Drs. J. Wittenberg, adviseur, Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, Utrecht (tot juli 2003)
- Ir. T.A. van Barneveld, programmaleider, Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, Utrecht

Advies en methodologische ondersteuning

Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO

Dr. P.D. Anderson, Public Health Consultant

Drs. F.A. van Bladeren, projectcoördinator Partnership Stop met Roken

Financiering

Partnership Stop met Roken

Orde van Medisch Specialisten

Inhoudsopgave

Samenstelling van de werkgroep	9
Voorwoord	11
1 Algemene inleiding	13
2 Schadelijke effecten van tabaksverslaving	19
3 Verzamelde aanbevelingen	31
4 Gedragmatige ondersteuning	43
4.1 Eenmalige en korte ondersteunende interventies	43
4.2 Telefonische counseling	49
4.3 Intensieve interventies	52
5 Farmacologische ondersteuning	65
5.1 Nicotinevervangende middelen	65
5.2 Bupropion	71
5.3 Nortriptyline	75
5.4 Andere farmacotheapeutische middelen: clonidine	78
5.5 Alternatieve therapieën	78
5.6 De rol van apothekers	78
5.7 Voorkeuren van rokers	79
5.8 Conclusie: kiezen uit farmacologische middelen	79
6 Zelfhulpmaterialen	81
6.1 Papier, audio- en visueel	81
6.2 Internetcursussen	82
6.3 Effectieve onderdelen	82
6.4 Implementatie van zelfhulpmaterialen	83
7 Praktijksettings en doelgroepen	85
7.1 Huisartspraktijk	85
7.2 Tandartspraktijk	91
7.3 Verloskundige praktijken (alle disciplines)	96
7.4 Ouders van pasgeborenen en jonge kinderen	102
7.5 Tieners	104
7.6 Patiënten met aan roken gerelateerde aandoeningen	105
7.7 Patiënten die een chirurgische ingreep ondergaan	109
7.8 Psychiatrische, rokende patiënten en meervoudig verslaafde rokers	110

8	Uitgangspunten voor Implementatie	115
9	Kosteneffectiviteit	119
	Bijlagen	123
Bijlage 1	De 5 A's: bedoeld voor elke roker die wil stoppen	125
Bijlage 2	De 5 R's: bedoeld voor rokers die op dit moment niet bereid zijn een stoppoging te ondernemen	127
Bijlage 3	Terugvalpreventie	129
Bijlage 4	Overzicht tabellen met onderbouwende onderzoeksresultaten	131
Bijlage 5	Tabellen met onderbouwende onderzoeksresultaten	133
Bijlage 6	NHG-Standaarden waarin aandacht wordt besteed aan stoppen met roken	143
Bijlage 7	Doseringen en contra-indicaties van de farmacologische behandeling van tabaksverslaving	145
Bijlage 8	Diverse MIS-en (H-MIS, L-MIS, V-MIS, C-MIS)	151
Bijlage 9	Literatuur	155

Samenstelling van de werkgroep

Werkgroep ‘Eenmalige en korte ondersteunende interventies’

- Dr. A.J.M. Drenthen, coördinator preventie, NHG, Utrecht, voorzitter
- Drs. P.I. van Spiegel, longarts, Slotervaart Ziekenhuis, Amsterdam, voorzitter
- Dr. mr. R.H.B. Allard, kaakchirurg, Vrije Universiteit Medisch Centrum, Amsterdam
- Drs. M.S. Dettingmeijer, beleidsmedewerker, Koninklijke Nederlandse Organisatie voor Verloskundigen, Bilthoven
- Dr. B.D. Frijling, huisarts, Utrecht
- S. van Gunst, Nederlandse Vereniging van Doktersassistenten, Utrecht
- Drs. J.E. Jacobs, onderzoeker-implementatiedeskundige, Werkgroep Onderzoek Kwaliteit, Vakgroep Huisartsgeneeskunde, Nijmegen
- Dr. J.W. Jukema, cardioloog, Leids Universitair Medisch Centrum, Leiden
- Drs. M.C. Kùthe, kinderarts, Amphia Ziekenhuis, Breda
- Prof. dr. C.P. van Schayck, wetenschappelijk directeur, Onderzoeksinstituut CAPHRI, Universiteit Maastricht, Maastricht
- Dr. E.A.P. Steegers, gynaecoloog, Erasmus Universitair Medisch Centrum, Rotterdam
- Prof. dr. H. de Vries, capaciteitsgroep GVO, Universiteit Maastricht, Maastricht
- Dr. M.C. Willemsen, onderzoeker, STIVORO voor een rookvrije toekomst, Den Haag
- Drs. H. van Veenendaal, adviseur, Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, Utrecht

Werkgroep ‘Farmacotherapie’

- Dr. J.W.W. Coebergh, epidemioloog, Integraal Kankercentrum Zuid en afdeling Maatschappelijke Gezondheidszorg, Erasmus Medisch Centrum Rotterdam, voorzitter
- Dr. R. Ashruf, verslavingsarts, Parnassia psycho-medisch centrum, Den Haag
- Drs. B.J.F. van den Bemt, apotheker, Sint Maartenskliniek, Nijmegen
- Dr. M.F. de Boer, KNO-arts, Erasmus Medisch Centrum, Rotterdam
- Drs. J.R. van der Laan, huisarts, Utrecht
- Dr. E.A. Noorlander, psychiater, DeltaBouman, Poortugaal
- Dr. E.L.J.A. Stalpers, radiotherapeut, Academisch Medisch Centrum, Amsterdam
- Drs. E.J. Wagena, onderzoeker, onderzoeksinstituut CAPHRI, Universiteit Maastricht, Maastricht
- Drs. J. Wittenberg, adviseur, Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, Utrecht

Werkgroep ‘Intensieve interventies’

- Prof. dr. G.M. Schippers, klinisch psycholoog, Amsterdam Institute for Addiction Research, bijzonder hoogleraar Verslavingsgedrag en Zorgevaluatie, AMC/UVA, Amsterdam, voorzitter
- Dr. M. Chatrou, klinisch psycholoog-psychotherapeut, Maxima Medisch Centrum, Eindhoven
- Drs. A. van Emst, projectleider, STIVORO voor een rookvrije toekomst, Den Haag
- Prof. dr. R. Grol, hoofd werkgroep onderzoek en kwaliteit, vakgroep huisartsgeneeskunde, Universiteit Nijmegen, Nijmegen
- Dr. I.M. Hellemans, cardioloog, Alant Cardio, Amsterdam
- drs. J. Kaper, onderzoeker, CAPHRI, Universiteit Maastricht, Maastricht
- Dr. P.G. Tromp-Beelen, huisarts-verslavingsarts, Jellinek, Amsterdam
- Dr. J. de Koning, adviseur, Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, Utrecht (tot juli 2003)
- Dr. C.J.E. Kaandorp, arts, adviseur, Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, Utrecht (vanaf juli 2003)

Voorwoord

Deze richtlijn richt zich op de behandeling van rokende patiënten in de medische praktijk en de daarbij betrokken hulpverleners. De richtlijn maakt deel uit van een bredere actie die erop is gericht het roken in de Nederlandse populatie terug te dringen. Met 31% van de Nederlandse bevolking en met jaarlijks ruim 20.000 doden door tabaksgebruik is roken een volksgezondheidsprobleem van de eerste orde (STIVORO voor een rookvrije toekomst, jaarverslag 2002). In het kader van het tabaksontmoedigingsbeleid zijn algemene maatregelen geboden om het aantal rokers terug te dringen. In het huidige beleid richten deze maatregelen zich op de bescherming van niet-rokers en op preventie van tabaksgebruik door jongeren. Met name voor jongeren is primaire preventie van belang, aangezien de verwachte gezondheidswinst dan zeer groot is. Echter, deze richtlijn richt zich op de behandeling van tabaksverslaving. Een derde speerpunt in dit beleid is het ondersteunen van het stoppen met roken door rokers. Hierop heeft deze richtlijn betrekking. Het ondersteunen van stoppogingen richt zich op het beïnvloeden van individueel gedrag en komt daarmee op het terrein van de individuele zorg. Rokers hebben vaak im- of expliciet de wens om met roken te stoppen en velen hechten daarbij grote waarde aan een advies van een medicus. In de gezondheidszorg doen zich op grote schaal contacten met rokers voor – al dan niet als gevolg van met roken samenhangende klachten en afwijkingen. Deze contacten worden in deze richtlijn beschouwd als mogelijke gelegenheden om individuele stoppogingen te entameren. Het voorgestelde korte eenmalig advies is een nauwelijks tijd kostende en op populatieniveau zeer (kosten)effectieve interventie.

De richtlijn beschrijft een werkwijze die zich in iedere sector van de gezondheidszorg laat toepassen, ongeacht het specialisme van de hulpverlener en ongeacht de gezondheidsproblemen waarvoor de rokende patiënt wordt behandeld. De richtlijn presenteert een coherente en consistente benadering van rokers in de gezondheidszorg en is het product van een groot aantal disciplines uit de eerste en tweede lijn (zie lijst van betrokken disciplines). Minstens zo belangrijk is het signaal dat daarmee naar de samenleving wordt afgegeven: de medische, paramedische en tandheelkundige professies bekommeren zich om het tabaksgebruik en achten het op hun weg liggen diegenen die willen stoppen, daarbij te helpen. In dit opzicht zou men kunnen stellen dat de richtlijn een hoog idealistisch karakter heeft. De richtlijn kiest bewust een ander perspectief: niet die van de roker die zelf verantwoordelijk is, maar die van een verslaving waarbij hulp geboden is. In de richtlijn is uitgewerkt op welke wijze dit in de praktijk kan worden gebracht, ook voor de diverse patiëntencategorieën. In de tandheelkundige praktijk en huisartspraktijk, waar rokers ongeacht hun gezondheidsproblemen worden gezien, liggen de accenten anders dan in de cardiologische of longartsenpraktijk met veel patiënten met door roken veroorzaakte ziekten. Voor de preoperatieve patiënt en de zwangere geldt een kortetermijneffect naast het effect van duurzaam stoppen. Essentieel is dat vanuit iedere geleding eenzelfde benadering wordt gevolgd.

Conform het grote belang voor de volksgezondheid, is het van belang zo veel mogelijk rokers te bereiken en tot stoppen te motiveren. Op grond daarvan is een stapsgewijze aanpak ontwikkeld waarin diagnostiek (van rookstatus en motivatie om te stoppen) en interventie (advisering, ondersteuning, begeleiding) zijn vervlochten. Hiermee wordt bereikt dat iedere roker vanuit de gezondheidszorg ten minste op de nadelige effecten van deze gewoonte wordt gewezen, gemotiveerd wordt om te stoppen, en bij het stoppen steun aangeboden krijgt. Ondersteuning met nicotinevervangers of andere medicatie is van belang, maar uitsluitend in de situatie waarin de roker gemotiveerd is geraakt om daadwerkelijk te stoppen en in enige mate nicotine-afhankelijk is (meer dan tien sigaretten per dag). Motiverende interventies zijn dan ook de kern van de richtlijn. Hulpverleners die zich in hun contacten met rokers alleen hierop richten, leveren reeds een belangrijke bijdrage aan het terugdringen van het tabaksgebruik. Daarmee is het mogelijk een brug te slaan tussen de huidige praktijk en de in de richtlijn nagestreefde optimalisering van de zorg voor rokers binnen de routinematige gezondheidszorg.

De realiteit gebiedt echter vast te stellen dat het probleem van het roken sterk wordt gekleurd door *verstokte rokers* voor wie een eenmalig advies en een eenmalige aansporing om te stoppen dikwijls niet voldoende zijn. De verstoktheid van het roken wordt daarbij pragmatisch gedefinieerd op basis van eerdere stoppogingen. Een intensievere behandeling is dan vaak nodig. Voor de implementatie van de richtlijn wordt een stapsgewijze aanpak voorgestaan, om degenen die daaraan behoefte hebben, voor intensievere zorg te selecteren. De richtlijn onderscheidt daarbij interventies naar intensiteit en houdt een pleidooi voor de ontwikkeling en toets van intensievere interventies. Daarbij ligt het voor de hand gespecialiseerde zorgvoorzieningen in te schakelen.

De richtlijn sluit aan op het principe van eenmalige en korte ondersteunende interventies en op het model van 'stages of change'. De minimale-interventiestrategie (MIS) kent in ons land als toegepaste methode een zekere traditie waar het gaat om het bieden van 'stoppen met roken'-adviezen: diverse beschikbare programma's zijn hierop gebaseerd. In de richtlijn wordt de MIS echter als een methode gezien en wordt een andere indeling gehanteerd dan in de traditie van de MIS: wat in 'MIS-termen' minimale interventie is, wordt in deze richtlijn tot meer dan minimaal gerekend en wordt in de categorie korte ondersteunende interventie of in sommige gevallen zelfs intensieve behandeling geplaatst.

Een belangrijk uitgangspunt in richtlijnen voor de medische praktijk is dat optimaal gebruik wordt gemaakt van *beschikbare* voorzieningen. In deze richtlijn is dat ook het geval waar het gaat om een consistente motiverende interventie bij rokers. Een bijzonder punt in deze richtlijn is echter het positioneren van gespecialiseerde voorzieningen. Deze, in het Verenigd Koninkrijk en de Verenigde Staten bekende, voorzieningen zijn in ons land op beperkte schaal voorhanden. Met het lanceren van deze richtlijn wordt bepleit dat zulke faciliteiten op grotere schaal beschikbaar komen. Ondanks het beperkte wetenschappelijk bewijs wordt hiervoor een argumentatie gegeven. Daarmee zal het realiseren van de inspanning om via individuele interventies het tabaksgebruik terug te dringen, aan slagkracht winnen.

Hoofdstuk 1

Algemene inleiding

Aanleiding

Roken leidt tot veel gezondheidsschade. Hulpverleners zien in hun dagelijkse praktijk regelmatig rokers en kunnen hen helpen van het roken af te komen. Momenteel ziet een beperkt aantal hulpverleners voor zichzelf een rol weggelegd om rokers te stimuleren van het roken af te komen. Vaak weten hulpverleners niet welke interventies op welke momenten voor welke patiëntengroep zinvol en effectief zijn. Deze richtlijn doet hierover aanbevelingen.

Doelstelling

Het is de bedoeling met deze richtlijn zoveel mogelijk rokers te bereiken door de 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 curatieve 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 eenzelfde 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. Bij hen heeft het geen zin vanaf het nulpunt te beginnen.

Doelgroep

De conclusies en aanbevelingen in deze richtlijn hebben in principe betrekking op alle hulpverleners in de zorg. In *hoofdstuk 7* wordt aanvullend ingegaan op praktijk- en beroepsspecifieke zaken, voor zover deze beschikbaar waren en voor zover de beroepsgroep(en) in de richtlijn-werkgroep vertegenwoordigd waren.

Samenstelling werkgroep

In juni 2002 is de multidisciplinaire werkgroep, bestaande uit 33 personen, van start gegaan. Er werden drie subwerkgroepen geformeerd: één over eenmalige en korte ondersteunende interventies (inclusief telefonische counseling en zelfhulpmaterialen), één over farmacologische ondersteuning en één over intensieve interventies. Een kerngroep met de voorzitters van de subwerkgroepen werd samengesteld voor onderlinge afstemming. Opdrachtgever van de richtlijn was het Partnership Stop met Roken in samenwerking met een groot aantal wetenschappelijke verenigingen en andere beroepsorganisaties die binnen de gezondheidszorg werkzaam zijn. Medefinanciering vond plaats door de Orde van Medisch Specialisten. 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

Hoewel de afzonderlijke tekstgedeelten door individuele werkgroepleden of subwerkgroepen zijn voorbereid, is dit document nadrukkelijk geschreven uit naam van de gehele werkgroep. De werkgroepleden zochten systematisch literatuur en beoordeelden de kwaliteit en inhoud ervan. Vervolgens schreven zij teksten voor de conceptrichtlijn, waarin zij de beoordeelde literatuur verwerkten. Tijdens vergaderingen lichtten zij hun teksten toe en dachten mee over andere hoofdstukken. De teksten vormden samen de conceptrichtlijn, die op 1 september 2003 via de website van het CBO aan alle relevante (beroeps)groepen werd aangeboden. De commentaren werden in de richtlijn verwerkt, waarna de definitieve richtlijn werd uitgebracht. De volgende organisaties en mensen gaven op uitnodiging van de werkgroep commentaar: het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (NMT), STIVORO voor een rookvrije toekomst, Artsen (vereniging) Jeugdgezondheidszorg Nederland (AJN), Wetenschappelijk Instituut Nederlandse Apothekers (WINAp), Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV), Nederlandse Vereniging van Dokters-assistenten. Op eigen initiatief werd commentaar ingestuurd door diverse individuele hulpverleners uit diverse disciplines en door GlaxoSmithKline.

Gebruikte literatuur en zoekstrategie voor de richtlijn

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.

De volgende informatiebronnen werden gebruikt:

- De *Cochrane-database* of 'systematic reviews' van de *Cochrane Library* tot en met 2003, 'issue 3'. Alle systematische reviews werden gebruikt met het onderwerp 'smoking cessation'.
- Raw M, McNeill A, West R. Smoking cessation guidelines for health professionals. *Thorax* 1998;53(Suppl 5, Part 1):S1-18.
- Raw M, McNeill A, West R. Smoking cessation guidelines for health professionals. *Thorax* 1998;53(Suppl 5, Part 2):S2-3.
- West R, McNeill A, Raw M. Smoking cessation guidelines for health professionals: an update. *Thorax* 2000;55:987-99.
- Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, Dorfman SF, Goldstein MG, Gritz ER, et al. Treating tobacco use and dependence. Clinical Practice Guideline. US: Rockville, MD. Department of Health and Human Services. Public Health Service; 2000.
- Health Education Board for Scotland. Smoking cessation guidelines for Scotland. Edinburgh, 2000.
- Handmatige screening van de tijdschriften *Addiction* en *Tobacco Control* vanaf 1998 tot en met mei 2003. Alle artikelen betreffende 'smoking cessation' werden geselecteerd.
- 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.

De beoordeling van de verschillende artikelen staat 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'. 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 de literatuur naar mate van bewijskracht in de conclusies

Voor artikelen betreffende interventie (preventie of therapie)

- | | |
|----|---|
| A1 | systematische reviews die ten minste enkele onderzoeken van A2-niveau betreffen, waarbij de resultaten van afzonderlijke onderzoeken consistent zijn; |
| A2 | gerandomiseerd vergelijkend klinisch onderzoek van goede kwaliteit (gerandomiseerde, dubbelblind gecontroleerde onderzoeken) van voldoende omvang en consistentie; |
| B | gerandomiseerde klinische onderzoeken van matige kwaliteit of onvoldoende omvang of ander vergelijkend onderzoek (niet-gerandomiseerd, vergelijkend cohortonderzoek, patiëntcontroleonderzoek); |
| C | niet-vergelijkend onderzoek; |
| D | mening van deskundigen, bijvoorbeeld de werkgroepleden. |

Voor artikelen betreffende diagnostiek

- A1 onderzoek naar de effecten van diagnostiek op klinische uitkomsten bij een prospectief gevolgd goed gedefinieerde patiëntengroep met een van tevoren gedefinieerd beleid op grond van de te onderzoeken testuitslagen, of besliskundig onderzoek naar de effecten van diagnostiek op klinische uitkomsten, waarbij resultaten van onderzoek van A2-niveau als basis worden gebruikt en voldoende rekening wordt gehouden met onderlinge afhankelijkheid van diagnostische tests;
- A2 onderzoek ten opzichte van een referentietest, waarbij van tevoren criteria zijn gedefinieerd voor de te onderzoeken test en voor een referentietest, met een goede beschrijving van de test en de onderzochte klinische populatie; het moet een voldoende grote serie van opeenvolgende patiënten betreffen, er moet gebruikgemaakt zijn van tevoren gedefinieerde afkapwaarden en de resultaten van de test en de 'gouden standaard' moeten onafhankelijk zijn beoordeeld. Bij situaties waarbij multiple, diagnostische tests een rol spelen, is er in principe een onderlinge afhankelijkheid en dient de analyse hierop te zijn aangepast, bijvoorbeeld met logistische regressie;
- B vergelijking met een referentietest, beschrijving van de onderzochte test en populatie, maar niet de kenmerken die verder onder niveau A staan genoemd;
- C niet-vergelijkend onderzoek;
- D mening van deskundigen, bijvoorbeeld de werkgroepleden.

Niveau van bewijs van de conclusies

- 1 één systematische review (A1) of ten minste twee onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van niveau A1 of A2;
- 2 ten minste twee onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van niveau B;
- 3 één onderzoek van niveau A2 of B of een of meerdere onderzoeken van niveau C;
- 4 mening van deskundigen, bijvoorbeeld de werkgroepleden.

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 belangenverstremming/Onafhankelijkheid werkgroepleden

Een map met verklaringen van werkgroepleden over mogelijke financiële belangenverstremming ligt ter inzage bij het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO. Er zijn geen bijzondere vormen van belangenverstremming gemeld.

Herziening

Uiterlijk in 2008 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.

Gebruikte definities

Onder roken worden alle vormen van tabaksgebruik verstaan, maar de meeste literatuur richt zich op rokers van sigaretten, omdat deze groep veruit in de meerderheid is. Wanneer men meer dan tien sigaretten per dag rookt, wordt in deze richtlijn gesproken van een 'veelroker'. Definities van andere begrippen in de richtlijn zijn:

- C-MIS: minimale-interventiestrategie voor cardiologische ziekenhuispatiënten.
- Gedragsmatige interventies:
 - (a) Eenmalig advies: kortdurende interventie die plaatsvindt tijdens een en hetzelfde, gewone zorgcontact. Het bestaat uit 'ask' (vragen of iemand rookt) en 'assess' (motivatie om te stoppen vaststellen).
 - (b) Korte ondersteunende interventie, al dan niet met farmacologische ondersteuning, dat zich uitspreidt over ten minste twee contacten. Het bestaat uit 'ask' (vragen of iemand rookt), 'assess' (motivatie om te stoppen vaststellen), 'advise' (aangeven dat er hulp kan worden geboden), 'assist' (gedragsmatige en/of farmacologische ondersteuning) en 'arrange' (afspraken maken over gedragsverandering en vervolcontact).
 - (c) Intensieve interventie, al dan niet met farmacologische ondersteuning. Intensieve interventies variëren van drie à vier contacten van ten minste tien minuten in een periode van enkele weken tot tien of meer contacten in een periode van enkele maanden.
- H-MIS: minimale-interventiestrategie voor de huisartspraktijk.
- L-MIS: minimale-interventiestrategie voor de longpolikliniek, uitgevoerd samen met een (verpleegkundig) consultant, van ten minste twee 'face to face'-contacten en telefonische follow-up tot en met 12 maanden. Bij terugval wordt zo spoedig mogelijk een nieuw behandeltraject gestart.
- L-MIS-plus: als L-MIS, waarbij farmacologische hulp wordt toegevoegd.
- Minimale-interventiestrategie (MIS): MIS-en zijn in het verleden ontwikkelde protocollen ter ondersteuning van stoppen met roken in verscheidene medische praktijken. De meeste behoren tot de categorie van de korte ondersteunende interventies, sommige zijn intensieve interventies.
- NNT: 'number needed to treat': het aantal mensen dat moet worden behandeld om er één met roken te laten stoppen.
- NVM: nicotinevervangende middelen.
- P-MIS: minimale interventie voor cardiologische patiënten tijdens poliklinische follow-up na opname.

- Terugvalpreventie: het actief anticiperen op mogelijke terugvallen naar het oude rookgedrag. Terugvalpreventie in het kader van deze richtlijn wordt beschouwd als een vast onderdeel van de interventie/behandeling (zie ook *bijlage 3, Terugvalpreventie*). Een onderscheid kan worden gemaakt tussen de lichamelijke afhankelijkheid, die meestal circa drie weken duurt, en de geestelijke afhankelijkheid, die veel langer kan aanhouden.
- USDHHS: United States Department of Health and Human Services.
- V-MIS: minimale-interventiestrategie voor verloskundigen.

Schadelijke effecten van tabaksverslaving

2.1 Inleiding

Een van de eerste serieuze en brede beschrijvingen van de schadelijke effecten van tabaksverslaving in Nederland is van Van Proosdij.¹ Het gegeven dat roken schadelijke effecten op de gezondheid heeft en dat door de nicotineverslaving, gewenning en ontwenningverschijnselen ontstaan, is dus geenszins nieuw. Uit die tijd zijn ook de allereerste pogingen van de Nederlandse overheid afkomstig om het roken terug te dringen. Deze bestonden in eerste instantie uit adviezen om minder te roken, niet te inhaleren of pijp of sigaar te roken in plaats van sigaretten.¹

De schade die door roken wordt aangericht, is gerelateerd aan zowel het aantal sigaretten dat wordt gerookt als het aantal jaren dat men rookt, maar van deze twee factoren heeft de duur van het roken de meeste invloed. Voor sommige ziekten, zoals longkanker, blijft het risico gedurende de eerste 20 jaar roken relatief laag, maar dit neemt vervolgens exponentieel toe naarmate men langer rookt.² Het gevolg hiervan is dat aan roken toe te schrijven sterfgevallen ten gevolge van longkanker vaak 20-30 jaar na veranderingen in de rookgewoonten van de bevolking plaatsvinden. Stugge rokers lopen een risico van 1 op 2 om aan het roken van sigaretten te sterven, waarbij ze gemiddeld acht jaar korter leven.² De helft van deze sterfgevallen vindt plaats voor de leeftijd van 69 jaar, een verkorting van de levensduur met gemiddeld 20-25 jaar.

Ongeveer 20% van alle sterfgevallen ten gevolge van kanker wordt veroorzaakt door roken.³ Roken veroorzaakt 80-90% van de gevallen van longkanker met een relatief risico bij mannen van meer dan 20 en bij vrouwen van meer dan 10.⁴ Roken is verantwoordelijk voor de meeste kankersoorten aan de bovenste luchtwegen en spijsverteringskanalen (lippen, tong, mond, keel en strottenhoofd) en voor een kleiner deel van de kankersoorten aan de blaas, alvleesklier, slokdarm en nieren. Meer dan 80% van chronische obstructieve longziekten kan worden toegeschreven aan roken, met een relatief risico bij zowel mannelijke als vrouwelijke rokers van ongeveer 10. Het relatieve risico voor hart- en vaatziekten ligt ongeveer op 10 bij rokers in de leeftijdsgroep van 30-50 jaar. Dit risico neemt af naarmate de leeftijd toeneemt, omdat dan het aantal sterfgevallen ten gevolge van hartaandoeningen bij niet-rokers stijgt.⁵ Door alle leeftijden heen kan ongeveer 20% van de sterfgevallen aan hart- en vaatziekten aan roken worden toegeschreven. Omdat deze vaak voorkomen, overtreft het aantal aan roken toe te schrijven sterfgevallen ten gevolge van hart- en vaatziekten het aantal sterfgevallen door alle andere oorzaken, inclusief longkanker.

Roken veroorzaakt aandoeningen aan het perifere vaatstelsel, grauwe staar, de ziekte van Crohn, maculadegeneratie, maagzweren en zweren aan de twaalfvingerige darm, heupfracturen bij oudere mensen en ontstoken tandvlees, en is de belangrijkste oorzaak van het verlies van tanden bij volwassenen.⁶ Roken is een belangrijke oorzaak van negatieve resultaten bij zwangerschap, inclusief verlaagde vruchtbaarheid, perinatale sterfte, een verhoogde kans op spontane abortus, loslating van de placenta en een verdubbelde kans op een buitenbaarmoederlijke zwangerschap.⁷ Baby's van rokende moeders wegen gemiddeld 150-250 gram minder bij de geboorte dan baby's van niet-rokende moeders. Roken is causaal geassocieerd met wiegendood, hoewel het niet zeker is wat hierbij een grotere rol speelt, blootstelling voor of na de geboorte.^{8,9} De relatieve risico's, de absolute risico's per 100.000 mensen per jaar, en de proportie van alle sterfgevallen van roken gerelateerde ziekten, of de incidentie van enkele ziekten gerelateerd aan roken, zijn opgesomd in *tabel 1, 2 en 3*.

Tabel 1 Dodelijke ziekten gerelateerd aan roken, onder mannelijke Britse artsen²

Ziekte		Relatief risico*	Absoluut risico per 100.000 mannen per jaar**	Aan roken toe te schrijven deel (in %)****
Kanker	Long	15,0	195	81
	Bovenste luchtwegen	24,0	23	87
	Blaas	2,3	17	28
Cardiovasculaire aandoeningen	Ischemische hartziekte	1,6	320	15
	Cerebrovasculaire aandoeningen	1,3	51	8
	Verwijding van de aorta	4,1	47	48
Ademhalings-ziekten	COPD	12,7	117	78

* De gestandaardiseerde sterfte per 100.000 mannen per jaar onder huidige rokers, gedeeld door de gestandaardiseerde sterfte van nooit-rokers.

** De gestandaardiseerde sterfte per 100.000 mannen per jaar onder huidige rokers min de gestandaardiseerde sterfte van nooit-rokers.

*** De proportie van alle sterfgevallen van aan roken gerelateerde ziekten, verondersteld dat 30% van de mannelijke volwassen populatie rookt en alle extra risico's door roken worden veroorzaakt.

Tabel 2 Dodelijke ziekten gerelateerd aan roken, onder mannen (M) en vrouwen (V) van 35 jaar en ouder^o

Ziekte		Relatief risico*	Absoluut risico per 100.000 mensen per jaar**	Aan roken toe te schrijven deel (in %)****	
Kanker	Long	M	22,4	513	87
		V	11,9	195	77
	Bovenste luchtwegen	M	24,5	26	89
		V	5,6	8	58
	Blaas	M	2,9	35	36
		V	2,6	13	32
Cardiovasculaire aandoeningen	Ischemische hartziekten	M	1,9	470	22
		V	1,8	302	19
	Cerebrovasculaire aandoeningen	M	2,2	181	27
		V	1,8	198	20
	Verwijding van de aorta	M	4,1	74	48
		V	4,6	41	52
Ademhalings-ziekten	COPD	M	9,7	339	72
		V	10,5	195	74

* De gestandaardiseerde sterfte per 100.000 mensen per jaar onder huidige rokers, gedeeld door de gestandaardiseerde sterfte van nooit-rokers.

** De gestandaardiseerde sterfte per 100.000 mensen per jaar onder huidige rokers min de gestandaardiseerde sterfte van nooit-rokers.

*** De proportie van alle sterfgevallen van aan roken gerelateerd ziekten, verondersteld dat 30% van de volwassen populatie rookt en alle extra risico's door roken worden veroorzaakt.

Tabel 3 Enkele geselecteerde niet-fatale ziekten gerelateerd aan roken

Ziekte	Relatief risico*	Absoluut risico per 100.000 mensen per jaar**	Aan roken toe te schrijven deel (in %)****
Perifere vasculaire aandoeningen (45-74 jaar) (Surgeon General Report 1983) ¹¹	2,0	150	23
Maagzweer (20-61 jaar) (Johnsen 1994) ¹²	3,8	165	45
Crohn's ziekte (Logan 1990) ¹³	2,1	10	25
Ontstoken tandvles (19-40 jaar) (Haber 1994) ¹⁴	3,0	44.500	38
Heupfractuur (> 64 jaar) (Law 1991) ¹⁵	1,3	134	8
Grauwe staar (mannen 40-84 jaar) (Christen 1992) ¹⁶	2,2	296	26

* De gestandaardiseerde incidentie per 100.000 mensen per jaar onder huidige rokers, gedeeld door de gestandaardiseerde incidentie van nooit-rokers.

** De gestandaardiseerde incidentie per 100.000 mensen per jaar onder huidige rokers min de gestandaardiseerde incidentie van nooit-rokers.

*** De proportie van alle gevallen van aan roken gerelateerd ziekten, verondersteld dat 30% van de volwassen populatie rookt en alle extra risico's door roken worden veroorzaakt.

Voor het jaar 2000 zou in Nederland 27% van de sterfte bij alle mannen en 10% van de sterfte bij vrouwen toe te schrijven zijn aan roken.¹⁷ Het gemiddelde hiervan is hoger dan dat van de 15 landen in de Europese Unie (EU), namelijk respectievelijk 22% en 7%.

Terwijl de mate van afname van aan roken gerelateerde sterfte onder mannen groter is dan in de EU in zijn geheel, is de mate van toename van aan roken gerelateerde sterfte onder vrouwen een van de hoogste in de EU.

Stoppen met roken is op elke leeftijd goed voor de gezondheid, maar hoe jonger de stoppende roker is, des te beter. In het onder Britse artsen uitgevoerde onderzoek hadden mensen die waren gestopt met roken voordat ze midden 30 jaar oud waren, dezelfde levensverwachting als mensen die nooit hadden gerookt.² Zelfs mensen van achter in de 60 die stopten met roken, leefden aanzienlijk langer dan zij die bleven roken.

In 2000 bedroeg de prevalentie van roken bij volwassenen in hogere sociaal-economische klassen 27%, en 39% bij volwassenen in lager sociaal-economische klassen (tabel 4). Aangezien mensen in lagere sociaal-economische klassen meer roken dan mensen in de hogere groepen, ligt het aantal aan roken gerelateerde sterfgevallen ook hoger bij hen. Roken veroorzaakt minstens de helft van de sociaal-economische verschillen in de algemene sterftecijfers.^{18,19}

Tabel 4 Aspecten van leefstijl naar opleidingsniveau, gecorrigeerd voor verschillen in leeftijd en gestandaardiseerd naar de Nederlandse bevolking in 2000

	Percentage naar opleidingsniveau					Relative Index of Inequality (RII)*		
	LO	LBO, MAVO	HAVO, VWO, MBO	HBO, universiteit	Totaal	Man	Vrouw	Totaal
Roken (nu)**	46,2	37,8	32,6	25,2	34,1	2,8	3,0	2,6 (2,3-2,8)
Alcohol, overmatig gebruik (> 3 per dag)**	16,8	14,9	14,5	12,7	14,7	2,4	0,8	1,7 (1,4-2,0)
Alcohol, zwaar gebruik (> 1 per week > 6 glazen)**	14,2	13,6	12,7	10,7	12,6	1,9	1,3	1,3 (1,1-1,5)
Lichamelijke activiteit (< 3,5 uur per week)***	58,7	46,2	45,8	42,0	46,9	1,2	2,1	1,6 (1,5-1,8)
Lichamelijke activiteit (< 3,5 uur per week waarvan < 2 uur zwaar)***	93,5	86,3	82,6	80,6	85,1	2,3	2,9	2,7 (2,3-3,2)
Niet-regelmatig wandelen**	44,8	41,8	38,6	33,7	39,8	2,0	2,0	2,0 (1,8-2,2)
Niet-regelmatig fietsen**	55,7	50,0	48,1	46,7	49,2	1,6	1,6	1,7 (1,5-1,8)

* RII is te interpreteren als de factor die het verschil in niveau aangeeft tussen de laagste en hoogste SES-klasse, waarbij rekening wordt gehouden met de tussenvolgende klassen.

** Schattingen op basis van cijfers uit POLS 1995-1999, 20 jaar en ouder.

*** Schattingen op basis van cijfers uit MORGEN 1993-1997, 20-59 jaar.

Bron: Lucht F van der, Picavet HSJ. Sociaal-economische verschillen in leefstijl. In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM. (www.nationaalkompas.nl). Demografische en sociaal-economische kenmerken | Sociaal-demografische gezondheidsverschillen | Sociaal-economische gezondheidsverschillen, 14 februari 2003.)

2.2 Roken is een verslaving

Tabak is een verslavend genotmiddel door de aanwezigheid van nicotine.^{1,20-23} Nicotine heeft dezelfde effecten op het dopaminesysteem in de hersenen als andere verdovende middelen, zoals heroïne en cocaïne.²⁴ Met het juiste beloningssysteem werkt het als een stevige beloning.²⁵ Verslaving aan nicotine ontstaat al in de eerste jaren dat tieners roken.²⁶ Een groot deel van het rookgedrag van volwassenen wordt gemotiveerd door een behoefte aan het in stand houden van een gewenst niveau van nicotine-inname, hetgeen leidt tot het verschijnen van nicotine-titratie of compenserend roken als reactie op verlaagde nicotinerendementen.²⁷ Mensen die worden behandeld voor verslaving aan heroïne, cocaïne of alcohol, vinden het net zo moeilijk om sigaretten op te geven als het andere verdovende middel waaraan ze verslaafd zijn.²⁸ De hinderlijke neveneffecten van nicotineontwenning vormen een belangrijke oorzaak van het mislukken van vele pogingen om te stoppen.²⁹

2.3 Neuropsychiatrische aandoeningen

Rokers denken dat roken helpt om negatieve gemoedstoestanden te verzachten. Echter, de beschikbare bewijzen duiden erop dat de enige negatieve gemoedstoestand die zo wordt verzacht, die gemoedstoestand is die direct het gevolg is van de ontwenningverschijnselen door de verslaving aan nicotine zelf.²² De nicotine heeft geen enkele eigenschap die de stemming verbetert bij niet-verslaafde personen. Wel blijkt dat nicotine bepaalde aspecten van cognitieve prestaties licht kan verhogen.²⁹

Hoewel voorgaande onderzoeken een omgekeerd evenredige relatie tussen roken en de ziekte van Alzheimer hebben uitgewezen, hebben recentere onderzoeken aangetoond dat er geen relatie is,³⁰ of een positieve relatie.³¹ Depressie is consequent met roken geassocieerd. Een geschiedenis van zware depressie hangt samen met meer roken en minder succes bij het stoppen met roken.³² Er is bewijs voor een omgekeerd evenredige dosis-responsrelatie tussen roken en de kans op de ziekte van Parkinson.³³ Mensen die lijden aan schizofrenie, roken veel meer dan mensen met andere psychische problemen, een samenhang die is geponeerd als 'zelfmedicatie'.³⁴

2.4 Kanker

Tabaksrook bevat meer dan 100 kankerverwekkende en mutagene stoffen, waarvan er veel als kankerverwekkend worden geclassificeerd.³⁵ Als een regelmatige roker stopt, neemt de kans op kanker af, maar niet tot het niveau van mensen die nooit hebben gerookt. Er bestaat een dosis-responsrelatie tussen het roken van sigaretten en longkanker voor zowel mannen als vrouwen,³⁶ voor het dagelijkse aantal sigaretten alsook de duur van het roken. Hoe jonger begonnen, des te groter het risico. Hoe dieper er wordt geïnhaled, des te groter het risico. Op de leeftijd van 75 jaar bestaat onder mannen die altijd hebben gerookt, een cumulatief risico voor longkanker van 15,9%. Het cumulatieve risico was 9,9%, 6,0%, 3,0% en 1,7% voor diegenen die respectievelijk op de leeftijden van 60, 50, 40 en 30 jaar stopten.³⁷ Voor vrouwen was het cumulatieve risico voor longkanker op de leeftijd van 75 jaar onder permanente rokers 9,5%, vergeleken met 5,3% en 2,2% bij vrouwen die op de leeftijd van respectievelijk

60 en 50 jaar waren gestopt. Na ongeveer 20 jaar gestopt te zijn neemt het risico niet meer af en blijft het licht steken boven dat van mensen die nooit hebben gerookt (zie ook *tabel 5*).

Er is een dosis-responsrelatie tussen roken en de kans op orofaryngale kankersoorten (kankersoorten van de mondholte, tong, keel en strottenhoofd).³⁶ Stoppen met roken verlaagt de kans op orofaryngale kankersoorten, waarbij het risico na vijf jaar stoppen niet veel verder meer daalt.³⁸

Er is een dosis-responsrelatie tussen roken en de kans op blaaskanker, voor zowel de duur van het roken als het aantal sigaretten dat per dag wordt gerookt.³⁶ Een directe verlaging van de kans op blaaskanker wordt waargenomen bij diegenen die stoppen met roken, maar de kans daalt nooit meer tot het niveau van mensen die nooit hebben gerookt.³⁹

2.5 Hart- en vaatziekten

Roken verhoogt aanzienlijk de kans op een myocardinfarct, plotselinge hartstilstand, beroerte, ziekte aan het perifere vaatstelsel en abdominale verwijdingen van de aorta. De kans op coronaire hartziekten is aanzienlijk en relatief snel omkeerbaar door te stoppen met roken. Eén jaar na het stoppen is de kans met 50% afgenomen, en binnen tien jaar benadert de relatieve kans om aan een coronaire hartziekte te overlijden die van iemand die nooit heeft gerookt.

De kans op aandoeningen aan de coronaire vaten neemt toe met het aantal sigaretten dat per dag wordt gerookt, de mate van inhaleren en het aantal jaren dat er wordt gerookt.³⁶ De kans op een aandoening aan de coronaire vaten is twee keer zo groot bij sigarettenrokers. Rokende mannen van middelbare leeftijd hebben zelfs tien keer zoveel kans op een plotselinge hartstilstand en 3,6 keer zoveel kans op een hartinfarct als niet-rokers.⁴⁰

Roken verhoogt de kans op een hartinfarct doordat het de zuurstofbehoefte van de hartspier beïnvloedt door een verhoogde bloeddruk, hartslag en samentrekking van de hartspier.³⁶

Roken veroorzaakt vaatvernauwing en een verminderde circulatie in de coronaire vaten. Er wordt minder zuurstof naar de hartspier gevoerd. Een verhoogde activiteit van fibrinogeen en bloedplaatjes verhoogt de kans op trombose. Acht weken na het stoppen met roken zijn de verhoogde bloedviscositeit en plasmafibrinogeeniveaus genormaliseerd.³⁸

Stoppen met roken op alle leeftijden vermindert de kans op ischemische hartziekten bij personen zonder bekende coronaire hartziekten, met name in de eerste twee tot drie jaar.⁴¹

Daarna gaat de afname minder snel, zodat het tien jaar kan duren voordat ex-rokers hetzelfde risiconiveau hebben als nooit-rokers. De kans op het eerste hartinfarct neemt snel af en ligt in het derde of vierde jaar op hetzelfde niveau als bij mensen die nooit hebben gerookt.^{42,43}

Voor rokers met een coronaire hartziekte is stoppen ook zeer effectief voor het verlagen van de kans op verdere coronaire incidenten.

Roken verhoogt de kans op een herseninfarct voor zowel subarachnoidale hemorrhagie als herseninfarct dat plaatsvindt in combinatie met een verhoogde atherosclerose van de halslagader.⁴⁴ De verhoogde relatieve kans op een herseninfarct wordt door te stoppen met roken na ongeveer vijf jaar verlaagd tot die van een niet-roker.^{45,46} Er is een dosis-responsrelatie tussen roken en het risico op aandoeningen aan het perifere vaatstelsel.⁴⁷ Roken versnelt atherosclerose in de abdominale aorta en occlusieve aandoeningen in de vertakkingen.⁴⁸ Verwijding

Tabel 5 Incidentie en sterfte aan longkanker in Nederland, 1989-1998⁸⁹

Jaar diagnose/ sterfte	Incidentie				Sterfte (CBS)							
	Aantal nieuwe gevallen		ESR**		Aantal sterfgevallen		ESR**					
	Totaal	V	M	Totaal	V	M	Totaal	M				
1989	8.550	7.251	1.299	63,0	109,0	16,9	8.535	7.310	1.225	62,3	109,7	14,8
1990	8.733	7.378	1.355	63,0	108,8	17,1	8.232	7.005	1.227	59,1	103,5	14,6
1991	9.009	7.525	1.484	64,2	109,5	18,8	8.412	7.141	1.271	59,6	103,9	15,2
1992	9.051	7.489	1.562	63,2	107,2	19,2	8.503	7.092	1.411	59,0	101,3	16,6
1993	8.941	7.203	1.738	61,5	101,7	21,1	8.610	7.069	1.541	58,9	100,0	17,8
1989-93	44.284	36.846	7.438	62,9	107,2	18,6	42.292	35.617	6.675	59,7	103,7	15,8
1994	8.971	7.187	1.784	60,8	100,1	21,5	8.560	6.930	1.630	57,7	96,4	18,9
1995	9.030	7.125	1.905	59,9	97,3	22,5	8.645	6.915	1.730	56,9	94,2	19,5
1996	9.030	7.049	1.981	59,0	94,7	23,2	8.566	6.766	1.800	55,4	91,0	19,7
1997	8.922	6.805	2.117	57,2	89,9	24,5	8.608	6.724	1.884	54,9	88,9	20,9
1998	8.751	6.572	2.179	55,2	89,3	25,0	8.636	6.658	1.978	53,8	86,4	21,2
1994-98	44.704	34.738	9.966	58,4	93,5	23,3	43.015	33.993	9.022	55,7	91,4	20,0
EAPC** 89-98 (p-waarde)				-2,7%	-4,7%	0,00				-2,5%	4,7%	(0,0)

* ESR = European Standardized Rate.

*** EAPC = Estimated Annual Percentage Change.

van de aorta en vaatvernauwingen in de nieren komen meer voor bij rokers. Het roken van sigaretten is voorts een onafhankelijke risicofactor in de ontwikkeling van atherosclerose in de inwendige geslachtsorganen en vaten in de penis van jonge mannen.⁴⁹ Stoppen met roken verlaagt de kans op vernauwing van de perifere vaten.⁵⁰ Bij patiënten met aandoeningen aan het perifere vaatstelsel verlaagt stoppen met roken de kans op amputatie na operaties aan het perifere vaatstelsel en verhoogt het de overlevingskans.

2.6 Aandoeningen aan de luchtwegen

Veel aandoeningen aan de luchtwegen zijn sterk gerelateerd aan het roken van sigaretten.⁵¹ Naar schatting veroorzaakt het roken van sigaretten meer dan 80% van de gevallen van chronische obstructieve longziekten (COPD), afhankelijk van het aantal en de duur van het roken. Astma en infecties aan de luchtwegen worden niet veroorzaakt door sigarettenrook, maar verergeren wel bij blootstelling aan sigarettenrook.

Het roken van sigaretten hangt samen met een lager expiratoir ademvolume (FEV₁), een verminderde longfunctie en een versnelde afname van FEV₁ in de loop van de tijd.^{52,53} Zowel de duur van het roken als de hoeveelheid gerookte sigaretten zijn significante voorspellers van verminderde longfunctie. In de Lung Health Study werden een minder snelle afname van de longfunctie en minder ziekteverschijnselen aan de luchtwegen gezien bij de mensen die langer dan vijf jaar gestopt waren.^{54,55} Het voordeel was sterker bij mensen met een lichtere vorm van COPD en ook waarneembaar bij zware rokers, oudere rokers en rokers met een slechte basislongfunctie.

2.7 Gastro-intestinale aandoeningen

Rokers hebben een verhoogde kans op een maagzweer (relatieve kans ten opzichte van niet-rokers tussen 3,0 en 3,4), een hogere kans op herhaling daarvan en een verhoogde kans op complicaties.⁵⁶ Bij stoppen heelt de zweer sneller en wordt de kans op herhaling kleiner.⁵⁷

Roken leidt tot een drie tot vijf keer zo grote kans op de ziekte van Crohn.⁵⁸ Rokers met de ziekte van Crohn hebben vaker een ernstige vorm van de ziekte. De kans is groter dat ze moeten worden geopereerd en dat er na de operatie complicaties optreden.⁵⁹ Door te stoppen met roken wordt de kans op het ontwikkelen van de ziekte van Crohn kleiner, wordt de noodzaak voor een operatie minder en treedt er vaker genezing op na een operatie.³⁶

Daarentegen heeft roken een beschermend effect op zwerende dikkedarmontsteking en heeft de ontsteking bij roken een beter beloop.⁶⁰

2.8 Diabetes

Er is bewijs voor een dosis-responsrelatie tussen het roken van sigaretten en de kans op niet-insulineafhankelijke diabetes mellitus.^{36,60,61} Tevens bestaat de aanwijzing dat roken een onafhankelijke risicofactor is voor verhoogde resistentie tegen insuline. Roken verhoogt de kans op cardiovasculaire aandoeningen bij patiënten met diabetes⁶² en daarnaast is het risico

op retino- en nefropathie verhoogd. Bij elke patiënt met diabetes mellitus type 2 is daarom vaststelling van het risicoprofiel en adequate interventie(s) gewenst.

2.9 Nierziekten

Roken geeft een twee tot drie keer zo grote kans op microalbuminurie en proteïnurie en een snellere ontwikkeling tot diabetische nefropathie bij mensen met diabetes.^{63,64} Bij mensen zonder diabetes bestaat een dosis-responsrelatie tussen roken en verschillende gradaties van abnormale nierfunctie, inclusief bovennormale albuminurie, microalbuminurie en abnormale glomerulaire filtratie.⁶⁵ Stoppen met roken verbetert de nierfunctie.

2.10 Effecten op voortplanting en ontwikkeling

Roken door vrouwen in de vruchtbare leeftijd is een kritische risicofactor voor problemen op het gebied van de voortplanting. Roken verhoogt de kans op verminderde vruchtbaarheid bij vrouwen en vasculaire erectiestoornis bij mannen.³⁶ Voorts verhoogt het de kans op spontane abortus, laag geboortegewicht, te vroege geboorte, perinatale sterfte, complicaties met betrekking tot de placenta en wiegendood.^{36,66} Bij zwangere rokers is de kans op baby's met een laag geboortegewicht twee keer zo groot als bij niet-rokers.⁶⁷ Dat geldt vooral bij blootstelling na de eerste drie maanden. Kinderen van vrouwen die tijdens de zwangerschap stoppen met roken, hebben een hoger geboortegewicht dan kinderen van vrouwen die blijven roken.³⁶ Daarnaast is er enige relatie aangetoond tussen rokende moeders en kinderen geboren met een klompvoet of hazelip.^{68,69} De kans op wiegendood neemt met een factor twee tot drie toe bij kinderen van moeders die tijdens de zwangerschap roken en neemt verder toe als het roken na de geboorte wordt voortgezet.⁷⁰

2.11 Complicaties na operaties

Rokers hebben meer kans op complicaties tijdens en na operaties, vooral aan de longen, de bloedsomloop, via infecties en slechtere wondheling.³⁸ Een gecontroleerd onderzoek in Denemarken heeft uitgewezen dat zes tot acht weken voor een operatie stoppen met roken leidde tot minder complicaties met betrekking tot de wond, neigde tot vermindering van cardiovasculaire complicaties, een verlaagde kans op een tweede operatie gaf en leidde tot een korter verblijf in het ziekenhuis.⁷¹ Het langetermijnrisico voor myocardinfarcten, operatie of overlijden na een coronaire bypassoperatie wordt door roken verhoogd.⁷²

2.12 Mondziekten

Roken is een belangrijke risicofactor voor periodontale ziekten.⁷³ Stoppen met roken bevordert gezond tandvlees. Het is bewezen dat bij ex-rokers de ontsteking van het tandvlees minder ernstig wordt en minder vaak voorkomt, maar er treedt geen volledig herstel op.

2.13 Gewrichts- en botziekten

Roken lijkt de kans op ontwikkeling van reumatoïde artritis te verhogen.⁷⁴ De Iowa Women's Health Study wees uit dat huidige rokers en mensen die korter dan tien jaar gestopt zijn, meer kans hebben op reumatoïde artritis, terwijl mensen die langer dan tien jaar gestopt waren, geen verhoogde kans hadden.⁷⁵

Het roken van sigaretten is gekoppeld aan negatieve orthopedische gevolgen, zoals osteoporose, heupfractuur en vertraagd herstel van botten.³⁶ Na tien tot twintig jaar na het stoppen is er geen verhoogde kans op heupfracturen meer.⁷⁶

2.14 Oogziekten

Roken hangt samen met veel oogziekten, zoals ischemische ziekten, amaurosis fugax, maculadegeneratie, netvliesinfarct en anterieure ischemische optische neuropathie.^{77,78} Er bestaat een dosis-responsrelatie tussen roken en de ernst van grauwe staar.⁷⁹ De kans op het ontstaan van grauwe staar blijkt samen te hangen met het cumulatieve aantal sigaretten gedurende het leven, waarbij na het stoppen de kans bij zware rokers minder afnam dan bij gemiddelde en lichte rokers.⁸⁰

2.15 Huidziekten

Er bestaat een dosis-responsrelatie tussen roken en het ontstaan van rimpels onafhankelijk van leeftijd, geslacht, blootstelling aan de zon en psoriasis.⁸¹

2.16 Tabaksrook in de omgeving

Sigarettenrook brengt niet alleen de roker schade toe, maar ook de mensen om de roker heen. Een niet-roker inhaleert rook van de brandende sigaret alsook van de door de roker uitgeblazen rook. Naast een onaangename geur en irritatie van de ogen, verhoogt tabaksrook in de omgeving de kans op longkanker en hart- en vaatziekten en aandoeningen aan de luchtwegen.

Het risico op longkanker is voor niet-rokers ongeveer 24% hoger ten opzichte van een laag basisrisico als ze samenleven met een roker.⁸² Geschat wordt dat elk jaar tussen 110 en 270 mensen sterven aan longkanker als gevolg van meeroken.⁸³

Het risico op coronaire hartziekten voor niet-rokers die samenleven met een roker, ligt ongeveer 23-25% hoger in vergelijking tot niet-rokers die samenleven met een niet-roker.^{84,85}

Doorgerekend vanuit gegevens uit Californië, veroorzaakt omgevingsrook ongeveer 3000 gevallen van ischemische hartziekten per jaar in Nederland.⁸⁶ Het blijkt dat geringe blootstelling aan omgevingsrook een groot effect heeft op hartziekten. Na twee jaar geen blootstelling aan omgevingsrook is het verhoogde risico vrijwel verdwenen.

Tot slot is het bewezen dat tabaksrook in de omgeving de kans op verminderde longfunctie, astma en infecties in de lage luchtwegen bij kinderen verhoogt.³⁶

Conclusie

Meer dan 20.000 sterfgevallen per jaar (54 per dag) worden veroorzaakt door aandoeningen die aan roken gerelateerd zijn (tabel 6). Van de 51.674 sterfgevallen bij volwassen mannen en vrouwen is voor acht aan roken gerelateerde ziekten berekend dat bijna 40% hiervan (20.104) werd veroorzaakt door roken.⁸⁷

Tabel 6 Sterftecijfers veroorzaakt door acht aan roken gerelateerde ziekten in 2002 (volwassenen, 20 jaar en ouder)^{85,86}

	Totale sterfte in 2002		Sterfte door roken in 2002	
	Mannen	Vrouwen	Mannen	Vrouwen
Longkanker	6.402	2.345	5.856	1.741
COPD	3.932	2.416	3.322	1.660
Coronaire hartziekten (CHZ)	9.404	7.195	2.705	962
Beroerte (CVA)	4.656	7.334	997	766
Hartfalen	2.312	3.780	420	220
Slokdarmkanker	830	328	659	204
Strottenhoofdkanker	200	40	160	32
Mondholtekanker	336	164	310	91
Totaal per geslacht	28.072	23.602	14.428	5.676
Totaal	51.674		20.104 (38,9%)	

Bron: http://www.rivm.nl/vtv/data/kompas/determinanten/exogeen/roken/roken_gevolg.htm.⁸⁷

Hoofdstuk 3

Samenvatting aanbevelingen

Aanbevelingen Gedragmatige ondersteuning

Aanbevelingen 4.1 Eenmalige en korte ondersteunende interventies

Gezien het grote gezondheidsrisico van roken in de Nederlandse bevolking en de bewezen effectiviteit van eenmalig en kortdurend advies, dienen hulpverleners het rookgedrag van een patiënt/cliënt zo mogelijk systematisch vast te leggen in het dossier. Hierdoor zou het aantal interventies door zorgverleners kunnen toenemen.

Hoewel intensievere adviezen of ‘stoppen met roken’-programma’s effectiever zijn dan eenmalig advies, is het van groot belang dat alle hulpverleners op zijn minst een eenmalig 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 effectiever zijn dan eenmalig advies, verdient de intensiefste vorm van begeleiding de voorkeur. Indien dit niet haalbaar is, gaat de voorkeur uit naar de intensiefste interventie die op redelijke termijn in de bestaande situatie beschikbaar is; ook een ‘stepped care’-benadering kan worden gekozen (*zie bij ‘Stepped care’ in paragraaf 4.3.4*).

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 toe te passen. Bij toepassing van de richtlijn kan daarom onderscheid gemaakt worden in drie 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 en follow-up (‘arrange’). Dit proces van vijf A’s is zo ontworpen dat dit in drie tot tien minuten kan worden gedaan (*bijlage 1, De vijf A’s*). De MIS bevat veel overlap met het model van de vijf A’s en heeft ook elementen van terugvalpreventie (vijf 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 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, opgebouwd volgens de strategie van de vijf R's: 'relevance', 'risks', 'rewards', 'roadblocks', 'repetition' (*bijlage 2, De vijf R's*). De MIS bevat ook elementen van terugvalpreventie (vijf R's) in zich, waardoor deze methode voor zowel groep a als groep b wordt toegepast.

(c) Recentelijk gestopte rokers

Het mislukken van een stoppoging treedt doorgaans op in de eerste periode (drie 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 2000).² Terugvalpreventie kan worden onderverdeeld in twee categorieën:

- **Minimale terugvalpreventie:** bedoeld voor elke onlangs gestopte roker die bij een hulpverlener op consult komt in de eerste drie 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, ontwenningssverschijnselen, gewichtstoename, gedaalde motivatie (*bijlage 3, Terugvalpreventie*). Een onderscheid kan worden gemaakt tussen de lichamelijke afhankelijkheid, die meestal circa drie weken duurt, en de geestelijke afhankelijkheid, die veel langer kan aanhouden.

Aanbevelingen 4.2 Telefonische counseling

- Reactieve telefonische counseling wordt aanbevolen als methode om rokers te adviseren en te ondersteunen bij het stoppen met roken.
- Het aanbieden van intensieve uit meerdere gesprekken bestaande telefonische counseling is effectief. De gesprekken omvatten in ieder geval de volgende typen counseling: probleemoplossende vaardigheden en sociale steun.

Aanbeveling 4.2.2 Proactieve telefonische counseling

- Proactieve telefonische counseling wordt aanbevolen als methode om rokers te adviseren en te ondersteunen bij het stoppen met roken.

Aanbevelingen 4.3 Intensieve interventies

- Aangezien er bewijs is voor een dosis-responsrelatie en de werkgroep (hardnekkig) roken beschouwt als een serieus te nemen verslaving, waar bij andersoortige verslavingen positieve effecten van intensieve interventies bereikt zijn, worden – ondanks het gebrek aan wetenschappelijk bewijs voor specifieke intensieve behandelvormen van tabaksverslaving – intensieve vormen binnen een onderzoekssetting aanbevolen. Het wetenschappelijk onderzoek zal moeten aantonen of grootschalige toepassing zinvol is.
- Rokers die intensieve begeleiding wensen en rokers die meerdere mislukte stop-pogingen met hulp hebben gedaan – maar wel bereid zijn te stoppen – moeten de mogelijkheid van intensievere begeleiding krijgen. Aan bijzondere doelgroepen, zoals zwangeren en patiënten met aan roken gerelateerde aandoeningen, kan een intensieve begeleiding eerder worden aanbevolen.

Aanbevelingen 4.3.2 Bepaalde categorieën 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.

Zwangeren

- 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.

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.

Aanbevelingen 4.3.3 Setting, discipline en training

- Er dienen voldoende locaties in Nederland te zijn voor het toepassen van intensieve interventies. Daarbij komen in aanmerking: eerstelijnsgezondheidszorg (huisarts), openbare gezondheidszorg (thuiszorg, GGD's), poliklinieken van algemene ziekenhuizen, verslavingszorg, telefonische coaching en e-programma's via internet.
- Intensieve interventies worden bij voorkeur uitgevoerd door een arts ('ask', 'assess', 'advise' en het voorschrijven van ondersteunende medicatie) en/of een verpleegkundige en met een gedragskundige ('assist', 'arrange'; gedragsbegeleiding en -training).
- Er dienen goede ondersteunende cursussen te worden ontwikkeld voor en gegeven aan professionals. Deze cursussen zouden door de beroepsgroepen moeten worden geaccrediteerd.

Aanbevelingen 4.3.4 Invloed van methode, vorm en omvang op effectiviteit van intensieve interventies

Methode

- Het verdient aanbeveling uitvoerders van intensieve interventies te trainen in een motiverende bejegening en in methoden voor gedragsmatige, affectieve en sociale ondersteuning. Intensieve interventies worden bij voorkeur gecombineerd met nicotinevervangende middelen.

Vorm

- Intensieve interventies op het gebied van stoppen met roken kunnen even goed in groepsverband als individueel worden georganiseerd.

Omvang: aantal en duur sessies

- Een intensieve interventie zou moeten worden opgebouwd uit minimaal vier sessies van 10-20 minuten, verspreid over een maand, plus vervolfbezoeken.
- 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.
- Op basis van in den lande reeds ontwikkelde 'stoppen met roken'-modules en op grond van de ervaring in de verslavingszorg, beveelt de werkgroep aan intensieve 'stoppen met roken'-interventies in meerdere subcategorieën van intensiteit te onderscheiden, zoals ook gebeurt voor andere verslavingsinterventies:
 - **Kortdurend ambulante training:** Interventies met een omvang van vier tot zes contacten van 20 minuten à 1 uur per contact (analoog aan de verslavingszorg-leefstijltraining kort individueel en groepsprotocol).
 - **Langdurend ambulante training:** Interventies met een omvang van 10-15 contacten van 20 minuten à 1 uur per contact (analoog aan de verslavingszorg-leefstijltraining lang individueel en groepsprotocol (bijvoorbeeld Pakje Kans van STIVORO), eventueel gevolgd door enkele nazorgcontacten).

- **Kortdurend klinische + langdurend ambulante training:** Een interventie waarin het stoppen met roken plaatsvindt in een klinische omgeving, als onderdeel van een interventie zoals beschreven bij langdurend ambulante training.

'Stepped care'

- Bij alle patiënten die zich melden in de somatische gezondheidszorg en de verslavingszorg (en de GGZ), wordt het tabaksgebruik aan de orde gesteld. Alle regelmatige rokers krijgen het advies te stoppen.
- Bij rokers die niet ongevoelig zijn voor dit advies, en bij degenen bij wie de gezondheidsklachten duidelijk samenhangen met roken, wordt aangeboden het stoppen nader te ondersteunen in één of enkele vervolggesprekken (minder intensieve interventie). Dit kan farmacotherapeutisch ondersteund worden.
- Recidivisten krijgen een intensievere interventie aangeboden, zo mogelijk farmacotherapeutisch ondersteund.
- Hardnekkige recidivisten en rokers in de verslavingszorg krijgen een intensievere interventie aangeboden in een specialistische setting, zo mogelijk farmacotherapeutisch ondersteund.

Aanbevelingen Farmacologische ondersteuning

Aanbevelingen 5.1.2 Veiligheid en bijwerkingen

- Bij iedere vorm van begeleiding aan rokers die gemiddeld tien of meer sigaretten per dag roken, behoort informatie te worden gegeven over farmacotherapie. Nicotinevervangende middelen zijn veilige en effectieve hulpmiddelen om mensen te helpen bij het stoppen met roken, met name indien zij uit zichzelf hiervoor hulp vragen. Alle beschikbare nicotinevervangende middelen vergroten de kans op een geslaagde stoppoging op lange termijn met een factor 1,5-2 (NNT van nicotinevervangende middelen afgezet tegen placebo is ongeveer 14).
- De keuze tussen de verschillende nicotinevervangende middelen kan worden gebaseerd op persoonlijke voorkeur van de gebruiker, het bijwerkingenprofiel (zie *bijlage 7, Doseringen en contra-indicaties van de farmacologische behandeling van tabaksverslaving*) en de prijs. Er is weinig verschil in effectiviteit.
- 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 (zie ook *paragraaf 7.3.3*) opwegen tegen de nadelen van blijven roken.
- Er is geen bewijs dat de aanpak van rokers uit verschillende sociaal-economische lagen van de bevolking, of van verschillende typen rokers (ernstig versus minder ernstig verslaafd), wezenlijk zou moeten verschillen.

Aanbevelingen 5.2.2 Veiligheid

- 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 vervolgesprek 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.

Aanbevelingen 5.3.2 Veiligheid

- 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. Nortriptyline is echter niet voor SMR geregistreerd.

Aanbevelingen 5.8 Conclusie: kiezen uit farmacologische middelen

- 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.
- Aan alle rokers die meer dan tien sigaretten per dag roken en willen stoppen, en bij wie het gebruik van NVM niet (meer) in aanmerking komt, wordt het gebruik van bupropion of nortriptyline in overweging gegeven.

Aanbevelingen Praktijksettings en doelgroepen

Aanbevelingen 7.1.4 Praktijkondersteuners of -assistenten

- Wanneer de huisartspraktijk prioriteiten moet stellen in verband met de tijdsinvestering, kunnen de praktijkmedewerkers zich het best richten op rokers met een hoge motivatie. Dergelijke rokers verdienen met name aandacht als zij (een hoog risico op) aan roken gerelateerde aandoeningen hebben.
- Huisartsen dienen een actief ‘stoppen met roken’-advies te geven aan rokers met aan roken gerelateerde klachten en uit risicogroepen (hart- en vaatziekten, COPD en zwangeren).
- Om de toepassing en adequate uitvoering van eenmalige en korte ‘stoppen met roken’-adviezen (in de huisartspraktijk vaak volgens de H-MIS, zie *bijlage 8*) in de huisartspraktijk te bevorderen, dienen huisartsen, praktijkassistenten en praktijkondersteuners voldoende praktische ondersteuning en training te ontvangen.
- Huisartsen (of de praktijkondersteuner of assistent) dienen het rookgedrag en motivatieniveau van rokers te peilen, en vervolgens bij gemotiveerde rokers een korte ondersteunende interventie, bijvoorbeeld volgens de methode van de H-MIS, toe te passen.
- Een roker wordt bij bezoek aan de huisartspraktijk bij voorkeur jaarlijks een ‘stoppen met roken’-advies gegeven, ongeacht of hij/zij om een interventie vraagt.
- Bij rokers die niet gemotiveerd zijn om te stoppen, volstaat een eenmalig advies; bij rokers die wel gemotiveerd zijn om te stoppen, worden tevens de motivatie en de belemmerende en bevorderende factoren besproken, worden een stopdatum en een follow-upconsult afgesproken en wordt een folder meegegeven (bij voorkeur NHG-Patiëntenbrief). Indien nodig gebeurt dit met farmacologische ondersteuning (zie ook H-MIS, *bijlage 8*).
- De huisarts kan de interventie geheel of gedeeltelijk aan een getrainde praktijkondersteuner of praktijkassistent delegeren. Samenwerking van de hulpverleners is aan te bevelen. Het toepassen van een langere tijdinvestering (tot 90 minuten) en zoveel mogelijk contacten per roker lijkt zinvol en kosteneffectief.
- Ideaal is een praktijkondersteuner of -assistente die na een speciale training intensieve individuele counseling geeft tijdens speciale spreekuren buiten de normale zorgverlening om.

Aanbevelingen 7.2.3 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.
- Er dient een tarief te komen voor een ‘stoppen met roken’-consult om de implementatie van ‘stoppen met roken’-adviezen door tandartsen te stimuleren.
- Het verdient aanbeveling om niet alleen trainingen te organiseren voor tandartsen, maar ook de overige praktijkmedewerkers hierbij te betrekken.

Aanbevelingen 7.3.1 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. De (V-)MIS is hierbij een effectieve methode, in ieder geval voor de korte termijn. Het ‘stoppen met roken’-advies aan zwangere vrouwelijke rokers zou er als volgt uit kunnen zien.¹⁵

ASK-1 minuut:

Vraag de patiënt aan te geven welke van de volgende beweringen het beste bij haar past:

- A. Ik heb NOOIT gerookt of ik heb minder dan 100 sigaretten in mijn hele leven gerookt.
- B. Ik ben gestopt met roken VOORDAT ik erachter kwam dat ik zwanger was en ik rook nu niet.
- C. Ik ben gestopt met roken NADAT ik erachter kwam dat ik zwanger was en ik rook nu niet.
- D. Ik rook nu af en toe, maar ik heb het aantal sigaretten teruggebracht toen ik wist dat ik zwanger was.
- E. Ik rook regelmatig, ongeveer hetzelfde als VOORDAT ik wist dat ik zwanger was.

In geval van B of C, feliciteer haar met het besluit om te stoppen en moedig haar aan om de stoppoging vol te houden en dit na de zwangerschap vol te houden. In geval van D of E, leg haar rookstatus vast in het dossier en pas een eenmalige of korte ondersteunende interventie toe volgens het model van de vijf A's ('advise', 'assess', 'assist', 'arrange', zie *bijlage 1*.) De vijf A's zijn bedoeld voor elke roker die wil stoppen.

- Bij gemotiveerde rokers is het zinvol om in de loop van de zwangerschap meerdere malen aandacht (dus tijdens meerdere consulten) en ondersteuning te geven aan het stoppen met roken.
- Aangezien er goede ervaringen zijn opgedaan met het voorlichtingsprogramma 'Roken? Niet waar de kleine bij is', kan dit als goed voorbeeld gelden om meerroken door kinderen te verminderen.

Aanbeveling 7.3.3 Farmacologische ondersteuning

- 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).

Aanbevelingen 7.3.4 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.

Aanbevelingen 7.4.2 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 meerroken. 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.

Aanbeveling 7.5 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.

Aanbeveling 7.6.1 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 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.

Aanbeveling 7.6.2 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 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.

Aanbevelingen 7.8.3 Behandeling

- 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.

Aanbevelingen Uitgangspunten voor implementatie

Aanbevelingen 8.5 Kenniscentra

- De werkgroep adviseert aantoonbaar effectieve ‘stoppen met roken’-interventies te vergoeden zoals ook door het College van Zorgvoorzieningen is geadviseerd (Kroes 2003).⁷
- Voor het toepassen van de H-MIS wordt geadviseerd dat huisartspraktijken in voldoende mate kunnen beschikken over praktijkondersteuning (Kroes 2003).⁷
- Geaccrediteerde training zou (verder) moeten worden ontwikkeld en dienen te worden aangeboden aan zorgverleners in opleiding.
- Praktijkgerichte screening, interventieprotocollen en hulpmiddelen moeten (verder) ontwikkeld en verspreid worden onder alle eerste- en tweedelijnszorgverleners, inclusief apothekers en tandartsen, met een instructie voor het gebruik.
- Alle kosteneffectieve ‘evidence-based’ gedragsmatige en farmacologische vormen van ondersteuning zouden vergoed moeten worden aan alle rokers die er gebruik van maken en alle zorgverleners die ze aanbieden.
- ‘Stoppen met roken’-behandelcentra zouden ontwikkeld en geïmplementeerd moeten worden, waarbij voor elk centrum ongeveer 500.000 inwoners nodig zijn.
- Kenniscentra met een link naar behandelcentra zouden de opdracht moeten krijgen om de behandelcentra te voorzien van wetenschappelijke onderbouwing.

Gedragmatige ondersteuning

Gezien het belang van de intensiteit van (gedragmatige) interventies is in dit hoofdstuk onderscheid gemaakt in: (a) een eenmalig advies (twee A's), al dan niet met farmacologische ondersteuning op aanvraag (in het bijzonder voor rokers van meer dan tien sigaretten per dag), (b) een korte ondersteunende interventie (twee tot vijf A's), al dan niet met farmacologische ondersteuning (in het bijzonder voor veelrokers en patiënten uit risicogroepen), en (c) een intensieve interventie, al dan niet met farmacologische ondersteuning.

De wijze waarop de korte ondersteunende interventie wordt uitgevoerd, is in Nederland bekend geworden onder de term *minimale-interventiestrategie: MIS*. Daarmee wordt een interventie bedoeld die zich over ten minste twee contacten uitspreidt en die ten minste de vijf A's als onderdelen heeft die omschreven zijn in *bijlage 1*. Zoals bij de definities in de algemene inleiding is aangegeven, is er ten behoeve van de Nederlandse gezondheidszorg een reeks van MIS-protocollen ontwikkeld, die op sommige punten van elkaar verschillen, onder andere in intensiteit, als gevolg van verschillen tussen de praktijksituaties (*bijlage 8*).

Ook is een paragraaf opgenomen over telefonische counseling. Aangezien telefonische counseling zowel een eenmalig advies (reactieve counseling) als een intensief advies (proactieve counseling) kan zijn, wordt deze methode apart besproken (zie *paragraaf 4.2*).

4.1 Eenmalige en korte ondersteunende interventies

Eenmalige, korte adviezen in een gebruikelijk zorgcontact zijn waarschijnlijk het relevantst voor hulpverleners in de eerste lijn, maar er is geen reden om aan te nemen dat ze niet grotendeels ook van toepassing zouden zijn op hulpverleners in de tweede lijn.

In een review¹ over advies in de huisartspraktijk, waarbij het advies meestal werd gegeven door een huisarts en ondersteund door schriftelijk materiaal, bleek dat:

- eenmalig advies een positief effect heeft: OR: 1,27 (95%-BI: 1,11-1,45), overeenkomend met een absoluut verschil tussen interventie- en controlegroepen van 2,1%;
- een korte ondersteunende interventie (meer dan één contact) een positief effect heeft: OR: 1,46 (95%-BI: 1,18-1,80), overeenkomend met een absoluut verschil van 4,4%.

Uit een andere meta-analyse bleek dat advies door een arts effectief is: de OR is 1,3 (95%-BI: 1,1-1,6), overeenkomend met een absoluut verschil van 2,3% (95%-BI: 0,6%-4,1%).² Tot slot bleek uit een overzicht van onderzoeken die meestal plaatsvonden in eerstelijnsgezondheidszorg dat:³

- eenmalig advies of een korte ondersteunende interventie een OR heeft van 1,69 (95%-BI: 1,45-1,98) overeenkomend met een absoluut verschil van 2,5%. Intensieve interventie: de OR is 2,11 (95%-BI: 1,74-2,54), maar dit resultaat is niet betrouwbaar door de heterogeniteit tussen de onderzoeken ($p = 0,005$) (geen absoluut verschilpercentage vermeld).

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.⁴ De MIS in deze studie bestaat uit het vaststellen van het motivatieniveau en de nicotineafhankelijkheid (1), verhogen van de motivatie (2), bespreken van barrières (3), afspreken van een stopdatum (4), aanbieden van een zelfhulp-gids (5), adviseren van farmacotherapie (6) en aanbieden van een follow-upconsult (7).

Voor een overzicht van de gebruikte onderzoeken zie *tabel 1 en 2 (bijlage 5)*.

Soort interventie

Motiverende counseling was niet significant effectiever dan kort advies: OR: 2,00 (95%-BI: 0,59-6,72) (onderzoeken vonden meestal plaats in eerstelijnsgezondheidszorg). Wel werd er een klein positief effect van follow-up bij een minimale interventie gerapporteerd.³

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.²

Het toevoegen van een interventie om de ondersteuning van een partner te verhogen, heeft geen extra effect ten opzichte van interventies zonder deze toevoeging. De partnerondersteuning lijkt door de interventie niet of nauwelijks toe te nemen.⁵

Er is beperkt bewijs dat interventies die gebaseerd zijn op het veranderingsstadium van de roker, effectiever zijn dan andere interventies of gewone zorgverlening.⁶ Dit laatste onderzoek omvat geen meta-analyse, waardoor de kleine onderzoeken relatief veel invloed hadden op de conclusies.

Voor een overzicht van de gebruikte onderzoeken zie *tabel 3 en 4 (bijlage 5)*.

Duur en intensiteit

Bij directe vergelijking tussen eenmalig advies en een korte ondersteunende interventie bleek de OR niet significant: 1,07 (95%-BI: 0,88-1,29).¹ Uit een meta-analyse bleek daarentegen dat de effectiviteit van interventies toeneemt naarmate de interventie intensiever is, langer duurt of meer contacten omvat.² 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).³

Toevoegen van telefonisch follow-up aan ‘face to face’-interventie heeft geen additioneel effect: OR 1,08 (95%-BI: 0,87-1,34).⁷

Voor een overzicht van de gebruikte onderzoeken zie *tabel 5 tot en met 8 (bijlage 5)*.

Zelfhulpmaterialen

Toevoegen van hulpmiddelen zoals video, zelfhulpgids of een telefoonkaart als beloning aan een advies was niet duidelijk effectiever dan advies zonder hulpmiddel: OR 1,95 (95%-BI: 1,54-2,45) tegenover 1,88 (95%-BI: 1,63-2,18).

Toevoegen van zelfhulpmaterialen aan 'face to face'-advies heeft geen additioneel effect: OR 0,97 (95%-BI: 0,78-1,21).⁸ In een andere meta-analyse bleek toevoegen van zelfhulpmaterialen aan 'face to face'-advies een minimaal effect te hebben.²

Voor een overzicht van de gebruikte onderzoeken zie *tabel 9 en 10 (bijlage 5)*.

Kenmerken van de roker

Uit directe vergelijking tussen intensief tegenover eenmalig advies of een korte ondersteunende interventie bleek de OR 1,23 (95%-BI: 1,02-1,49) voor ongeselecteerde rokers en 1,82 (95%-BI: 1,44-2,29) voor rokers met (een hoog risico op) aan roken gerelateerde aandoeningen.³

Uit een meta-analyse voor verschillende vormen en intensiteit van behandeling bleek dat het effect van behandeling niet afhangt van de vraag of de roker zelf om behandeling vraagt of dat de behandeling ongevraagd wordt aangeboden. Geslacht, ras en etniciteit blijken ook niet van invloed. Behandeling blijkt ook effectief te zijn bij ouderen.²

Tabel 7 Variabelen geassocieerd met abstinentieratio's²

Variabelen die zijn geassocieerd met hogere abstinentieratio's	
Variabele	Voorbeeld
Hoge motivatie	Roker geeft motivatie aan te willen stoppen
Klaar voor verandering	Roker is klaar om te stoppen binnen een maand
Gemiddeld tot hoge zelfeffectiviteit	Roker heeft vertrouwen in zijn/haar stoppoging
Ondersteunend sociaal netwerk	Een rookvrije werkomgeving en thuis; vrienden die niet in de aanwezigheid van de gestopte roker roken
Variabelen die zijn geassocieerd met lagere abstinentieratio's	
Sterke nicotineafhankelijkheid	Roker heeft ernstige ontwenningsverschijnselen bij vorige stoppoging ervaren, rookt veel (> 20 sigaretten/dag), en/of rookt zijn/haar eerste sigaret van de dag binnen 30 minuten na het wakker worden
Psychiatrisch verleden	Roker heeft een geschiedenis van depressie, schizofrenie, alcoholisme, of andere chemische afhankelijkheid
Hoog stressniveau	Stressvolle levensomstandigheden en/of recente grote veranderingen in het dagelijks leven (bijvoorbeeld scheiding, nieuwe baan, verhuizing)

Bij logistische regressie bleek lage nicotineafhankelijkheid samen te hangen met meer stoppers na 12 maanden.⁴

Er is geen bewijs dat (korte) interventies zonder farmacotherapie effectief zijn bij patiënten met COPD.⁹

Interventies voor stoppen met roken bij zwangeren zijn effectief: OR: 0,53 (95%-BI: 0,47-0,60), overeenkomend met een absoluut verschil van 6,4%.¹⁰ Bij interventies met zeer hoge intensiteit was de OR 0,54 (95%-BI: 0,46-0,63), overeenkomend met een absoluut verschil van 7,9%. De interventies waren zonder farmacotherapie. Ook uit een andere meta-analyse bleek extra aandacht voor stoppen bij roken bij zwangeren effectiever te zijn dan 'usual care': OR: 2,8 (95%-BI: 2,2-3,7).²

Voor een overzicht van de gebruikte onderzoeken zie *tabel 11 en 12 (bijlage 5)*.

Conclusies

Niveau I	<p>Enmalig 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.</p> <p><i>A1 Ashenden 1997¹; A1 Silagy 2002³; A1 Fiore 2000²; A2 Pieterse 2001⁴</i></p>
----------	---

Soort interventie

Niveau I	<p>Persoonlijke begeleiding door de hulpverlener, bespreken van knelpunten en verhoging van de steun van de omgeving hebben een (zwak) positief effect.</p> <p><i>A1 Silagy 2002³; A1 Fiore 2000²; A1 Park 2002⁵</i></p>
Niveau I	<p>Aanpassen van de interventie aan het veranderingsstadium van de patiënt verhoogt mogelijk het effect, maar het bewijs is beperkt.</p> <p><i>A1 Riemsma 2003⁶</i></p>

Duur en intensiteit

Niveau I	<p>Het aanbieden van follow-upconsulten verhoogt het effect van advies.</p> <p><i>A1 Silagy 2002³; A1 Fiore 2000²</i></p>
Niveau I	<p>Er is een dosis-responsrelatie tussen de totale duur van de contacten en het effect.</p> <p><i>A1 Silagy 2002³; A1 Fiore 2000²</i></p>

Zelfhulpmaterialen

Niveau I	Zelfhulpmaterialen verhogen het effect van korte ondersteunende interventies niet of nauwelijks.
	A1 Silagy 2002 ³ ; A1 Lancaster 2002 ⁸ ; A1 Fiore 2000 ²

Kenmerken van de roker

Niveau I	Interventies zijn waarschijnlijk effectiever bij goede motivatie van de roker, lage nicotineafhankelijkheid, ontbreken van stress en psychiatrische aandoeningen en bij (een hoog risico op) aan roken gerelateerde aandoeningen. Ook ongevraagd advies is effectief.
	A1 Silagy 2002 ³ ; A1 Fiore 2000 ² ; Pieterse 2001 ⁴

Niveau I	Interventies bij zwangeren zijn effectief.
	A1 Fiore 2000 ² ; A2 Lumley 2003 ¹⁰

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 30% de hulp van een praktijkondersteuner; deze kan zich ontwikkelen tot een specialist voor (intensieve) 'stoppen met roken'-interventies.
- Uit angst voor falen zoeken stoppers soms geen (sociale) steun. Angst voor falen bestaat mogelijk doordat men de zelfeffectiviteit (het vertrouwen dat een stoppoging volgehouden kan worden) laag inschat, doordat men zich geen houding weet te geven zonder sigaret, doordat men bang is de drang om te roken bij koffie en/of alcohol niet te kunnen weerstaan, of doordat men bang is voor gewichtstoename.

Aanbevelingen

Gezien het grote gezondheidsrisico van roken in de Nederlandse bevolking en de bewezen effectiviteit van eenmalig en kortdurend advies, dienen hulpverleners het rookgedrag van een patiënt/cliënt zo mogelijk systematisch vast te leggen in het dossier. Hierdoor zou het aantal interventies door zorgverleners kunnen toenemen.

Hoewel intensievere adviezen of ‘stoppen met roken’-programma’s effectiever zijn dan eenmalig advies, is het van groot belang dat alle hulpverleners op zijn minst een eenmalig 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 effectiever zijn dan eenmalig advies, verdient de intensiefste vorm van begeleiding de voorkeur. Indien dit niet haalbaar is, gaat de voorkeur uit naar de intensiefste interventie die op redelijke termijn in de bestaande situatie beschikbaar is; ook een ‘stepped care’-benadering kan worden gekozen (*zie bij ‘Stepped care’ in paragraaf 4.3.4*).

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 toe te passen. Bij toepassing van de richtlijn kan daarom onderscheid gemaakt worden in drie 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 en follow-up (‘arrange’). Dit proces van vijf A’s is zo ontworpen dat dit in drie tot tien minuten kan worden gedaan (*bijlage 1, De vijf A’s*). De MIS bevat veel overlap met het model van de vijf A’s en heeft ook elementen van terugvalpreventie (vijf 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 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, opgebouwd volgens de strategie van de vijf R’s: ‘relevance’, ‘risks’, ‘rewards’, ‘roadblocks’, ‘repetition’ (*bijlage 2, De vijf R’s*). De MIS bevat ook elementen van terugvalpreventie (vijf R’s) in zich, waardoor deze methode voor zowel groep a als groep b wordt toegepast.

(c) Recentelijk gestopte rokers

Het mislukken van een stoppoging treedt doorgaans op in de eerste periode (drie 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 2000).² Terugvalpreventie kan worden onderverdeeld in twee categorieën:

- **Minimale terugvalpreventie:** bedoeld voor elke onlangs gestopte roker die bij een hulpverlener op consult komt in de eerste drie 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, ontwenningverschijnselen, gewichtstoename, gedaalde motivatie (*bijlage 3, Terugvalpreventie*). Een onderscheid kan worden gemaakt tussen de lichamelijke afhankelijkheid, die meestal circa drie weken duurt, en de geestelijke afhankelijkheid, die veel langer kan aanhouden.

4.2 Telefonische counseling

Telefonische counseling kan reactief en proactief worden aangeboden. Bij reactieve counseling bellen rokers zelf een hulplijn voor stopadvies en ondersteuning. 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 omvat zowel reactieve als proactieve ondersteuning bestaande uit een 30 minuten durend intakegesprek en zes vervolgesprekken van elk gemiddeld 15 minuten. Sinds 1 mei 2002 staat het telefoonnummer vermeld op sigarettenpakjes.

4.2.1 Reactieve telefonische counseling

Het is niet mogelijk reactieve telefonische counseling, waarbij rokers een acute hulpvraag hebben, te vergelijken met geen interventie in een gerandomiseerde onderzoeksopzet, vanwege het ethische bezwaar om rokers hulp te onthouden. Hierdoor is het bewijs van effectiviteit

bepikt. In de Cochrane-database wordt één onderzoek besproken waarin de combinatie van zelfhulpmaterialen met het aanbieden van hulp via een telefonische hulplijn wordt vergeleken met alleen zelfhulpmaterialen. Dit aanbod bleek een effectievere interventie (OR: 1,72; 95%-BI: 1,13-2,63). Twee andere onderzoeken die een vergelijkbare opzet hadden, vonden echter geen significant effect van het aanbieden van de mogelijkheid om een hulplijn te bellen.

Er zijn drie niet-gerandomiseerde onderzoeken uitgevoerd naar de effectiviteit van reactieve 'quitlines' die hoge succespercentages laten zien. De puntprevalentie van het stoppen na 12 bedroeg 24%,¹ 29% en 16% (tabel 13, bijlage 5).² Door het ontbreken van een controlegroep is niet bekend hoeveel er gestopt zouden zijn als geen telefonische hulp was geboden.

Effectieve onderdelen

In de Cochrane-database worden twee onderzoeken besproken waarin meerdere telefonische gesprekken worden vergeleken met één enkel telefoongesprek. Eén onderzoek toonde een significant effect aan (OR: 1,36; 95%-BI: 1,01-1,83). Het andere onderzoek liet een bijna significant effect zien (OR: 1,40; 95%-BI: 1,00-1,96). Deze resultaten sluiten aan bij de Amerikaanse richtlijn waarin een positief verband gevonden is tussen intensiteit en effect.³ De beste resultaten worden bereikt met gesprekken die langer dan tien minuten duren, bestaande uit acht sessies of meer en in counseling waarin de volgende technieken worden toegepast: vaardigheidstraining, bieden van sociale steun, en rokers ondersteunen bij het verkrijgen van sociale steun buiten de interventie.

Kenmerken van rokers

Uit een Nederlands onderzoek bleek dat de rokers die gebruikmaken van de telefonische counseling (in vergelijking met de algemene populatie rokers) ouder zijn, vaker vrouw zijn, een lager inkomen hebben, een lagere inschatting maken van de eigen capaciteiten om met roken te kunnen stoppen (lage inschatting zelfeffectiviteit) en meer nicotineverslaafd waren.⁴

Conclusies

Niveau 1	Er zijn aanwijzingen dat reactieve telefonische counseling een effectieve methode is voor het blijvend stoppen met roken. <i>A1 Stead 2003⁵</i>
Niveau 1	Een succesvolle telefonische counseling bestaat uit meerdere contacten. <i>A1 Stead 2003⁵</i>
Niveau 1	Er is een sterke 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 verhogen van de lengte van de individuele sessies en het aantal sessies. Bij acht of meer sessies worden de beste resultaten bereikt. <i>A1 Fiore 2000³</i>

Niveau 1

Drie typen counseling resulteren in hoge abstinencijfers: trainen van vaardigheden, bieden van sociale steun en ondersteunen bij het verkrijgen van sociale steun.

A1 Fiore 2000³

Aanbevelingen

- Reactieve telefonische counseling wordt aanbevolen als methode om rokers te adviseren en te ondersteunen bij het stoppen met roken.
- Het aanbieden van intensieve uit meerdere gesprekken bestaande telefonische counseling is effectief. De gesprekken omvatten in ieder geval de volgende typen counseling: probleemoplossende vaardigheden en sociale steun.

4.2.2 Proactieve telefonische counseling

Volgens de Amerikaanse richtlijn (Fiore 2000)³ is proactieve telefonische counseling effectiever dan geen interventie (OR: 1,2; 95%-BI: 1,1-1,4; tabel 14, bijlage 5). Sinds de Amerikaanse richtlijn uitkwam, is er veel onderzoek gedaan naar de effectiviteit van telefonische counseling. Dit is verwerkt in een 'update' van de Cochrane-database (tabel 14, bijlage 5).³ In de Amerikaanse analyses zijn alle onderzoeken met telefonische counseling geïncludeerd, ook als ze werden gecombineerd met andere componenten in de interventie. In de analyses van Cochrane zijn alleen de onderzoeken geïncludeerd die direct het effect van telefonische counseling meten. Hierdoor geven ze een zuiverder beeld van de effectiviteit van telefonische counseling.

In Cochrane werden 13 onderzoeken bestudeerd waarin proactieve telefonische counseling vergeleken is met een minimale-controle-interventie (zelfhulpmateriaal in tien onderzoeken, geen interventie in twee onderzoeken en zelfhulpmateriaal gecombineerd met een 'hotline reminder' in één onderzoek). Aangezien de onderzoeken statistisch heterogeen waren, kon geen 'gepoolde odds ratio' worden berekend. Vijf van de 13 onderzoeken vonden een positief effect en acht vonden een niet-significant verschil. Bij de meta-analyse met dezelfde onderzoeken waarbij als controlegroep de minst intensieve interventiearm werd gebruikt (alleen zelfhulpgids of geen interventie), verdween de heterogeniteit. Toen bleek dat proactieve telefonische counseling significant meer stoppers oplevert dan een minimale interventie (OR: 1,56; 95%-BI: 1,38-1,77). Het verschil was 2,51% en het gepoolde succes in de interventiegroep was 9,36%. Vier onderzoeken vergeleken de toevoeging van telefonische counseling aan een persoonlijke interventie en toonden geen significant effect aan op de lange termijn (OR: 1,08; 95%-BI: 0,87-1,33). Ook de toevoeging van telefonische counseling aan nicotinevervangers leverde geen significant effect op (OR: 1,08; 95%-BI: 0,82-1,43).

In een andere meta-analyse van proactieve telefonische counseling werd gevonden dat deze methode effectief lijkt als een aanvulling op 'stoppen met roken'-programma's op cardiologie-afdelingen.⁶ 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 I	Proactieve telefonische counseling is effectief. <i>A1 Fiore 2000³</i>
Niveau I	Proactieve telefonische counseling is effectiever dan zelfhulpmateriaal of geen interventie. <i>A1 Stead 2003⁵</i>
Niveau I	Voor de effectiviteit van proactieve telefonische counseling als toevoeging aan een persoonlijke interventie of farmacotherapie is geen bewijs gevonden. <i>A1 Stead 2003⁵</i>
Niveau I	Proactieve telefonische counseling is effectief om terugval van cardiologiepatiënten na het stoppen met roken te voorkomen. <i>A1 Lichtenstein 1996⁶</i>

Overige overwegingen

- Uit onderzoek naar het cliëntperspectief bij ‘gezonde’ rokers bleek dat ze niet bekend waren met STIVORO en hun telefonische hulplijn.
- Daarnaast bleek dat het voordeel van telefonische counseling is 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).

Aanbeveling

- Proactieve telefonische counseling wordt aanbevolen als methode om rokers te adviseren en te ondersteunen bij het stoppen met roken.

4.3 Intensieve interventies

De Amerikaanse richtlijn spreekt van intensief wanneer het gaat om ten minste vier sessies die elk ten minste tien minuten duren. Dit hoofdstuk gaat uit van hetzelfde principe. In de Nederlandse situatie kan dit tot gevolg hebben dat varianten van de minimale-interventie-strategie (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.

Een tweede vooropmerking betreft de aard van de interventies. Tenzij anders vermeld, spreken wij ons uitsluitend uit over niet-farmacologische interventies, dat wil zeggen alle vormen van psychologische of psychosociale gedragsbeïnvloeding.

4.3.1 Effectiviteit

Intensievere interventies voor stoppen met roken zijn effectiever dan minder intensieve interventies. Het effect van intensievere interventies is 1,4 maal zo goed als minder intensieve interventies, en 1,6 maal zo goed als bij ten minste één follow-up.¹

Conclusies

Niveau 1

Intensieve ondersteuning van personen die willen stoppen met roken, is effectiever dan minder intensieve of geen interventie.

A1 Fiore 2000²; A2 Silagy 2002¹

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 daar ontwikkelde leefstijltrainingen voor verslaafden.³ De volgende argumenten worden gebruikt om in bepaalde gevallen intensieve interventies toe te passen:
 - Er is goed bewijs voor een dosis-responsrelatie, waardoor de verwachting is dat er een positief effect zal optreden. Er is geen bewijs dat intensievere interventies geen meerwaarde hebben.
 - De werkgroep ziet (hardnekkig) roken als een serieus te nemen verslaving, en met andersoortige verslavingen zijn positieve effecten van intensieve interventies bekend.
- Op dit moment worden door verzekeraars de kosten van intensieve interventies doorgaans niet vergoed, waardoor ook de mogelijkheden voor intensieve interventies beperkt zijn. 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.
- Een groepsaanpak heeft de voorkeur boven een individuele aanpak vanwege de stimulans door de groep.

Aanbevelingen

- Aangezien er bewijs is voor een dosis-responsrelatie en de werkgroep (hardnekkig) roken beschouwt als een serieus te nemen verslaving, waar bij andersoortige verslavingen positieve effecten van intensieve interventies bereikt zijn, worden – ondanks het gebrek aan wetenschappelijk bewijs voor specifieke intensieve behandelvormen van tabaksverslaving – intensieve vormen binnen een onderzoekssetting aanbevolen. Het wetenschappelijk onderzoek zal moeten aantonen of grootschalige toepassing zinvol 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, zoals zwangeren en patiënten met aan roken gerelateerde aandoeningen, kan een intensieve begeleiding eerder worden aanbevolen.

4.3.2 Bepaalde categorieën rokers/patiënten

Motivatie

Gedragsgeoriënteerde interventies zijn vaak gebaseerd op het transtheoretisch model, ook wel het ‘stages of change’-model genoemd.⁴ In dit model worden vijf motivationele stadia in het stopproces onderscheiden: vooroverwegen, overwegen, voorbereiden, actie en voortzetten/volhouden (‘precontemplation’, ‘contemplation’, ‘preparation’, ‘action’ en ‘maintenance’). Interventies zijn gebaseerd op de idee dat het effectiever is aan te sluiten bij het motivationele stadium waarin de stopper verkeert dan een ‘algemene’ interventie te doen. Uit een review van 23 ‘randomized clinical trials’ bleek beperkt bewijs voor de meerwaarde van de motivationele (stadiumgerichte) interventies op de effectiviteit van stoppen met roken.⁵ Dit is echter een review waarin uiteenlopende onderzoeken met elkaar worden vergeleken. De auteurs maken bij de conclusie hierin geen onderscheid.

Er zijn vooralsnog vraagtekens te zetten bij het gebruik van de stadiumgerelateerde interventies alsook bij het indelen van rokers in verschillende classificaties. Methodologisch goed onderzoek over dit veelvuldig gebruikte model lijkt zeer gewenst.

Mate van verslaving

De Amerikaanse richtlijn vermeldt dat er geen bewijs is voor differentiële effectiviteit van intensieve behandelingen voor subpopulaties, zoals de sterk afhankelijke rokers.⁶

Patiëntgroepen

Adolescenten en jongeren

Adolescenten en jongeren zijn een belangrijke doelgroep; hoe jonger men tot stoppen met roken kan worden gebracht, des te meer winst te behalen is. Verder vormen jongeren ook een bijzondere groep omdat het des te meer van belang is aan te sluiten op hun specifieke denkwereld.

Het is onbekend of intensieve ondersteuning van adolescente rokers die willen stoppen met roken, effectief is.⁷ Mogelijk hebben interventies meer effect bij adolescenten en jongeren wanneer ze worden gemodificeerd naar taal en cultuur.²

De voordelen van stoppen met roken voor jongeren moeten geloofwaardig (voor hen zelf waarneembaar) en aanspreekbaar zijn (zoals conditie en uithoudingsvermogen), en op de korte termijn zichtbaar zijn.⁸

Zwangeren

Intensieve interventies tijdens de zwangerschap hebben effect op de foetus, de moeder en de familie: reductie van roken tijdens de zwangerschap reduceert het aantal kinderen met een laag geboortegewicht en premature geboorte.⁹

Door tijdens hun zwangerschap te stoppen met roken, weten vrouwen wat het is om te stoppen. Van deze ervaring moet gebruik worden gemaakt om ervoor te zorgen dat deze vrouwen niet na de zwangerschap terugvallen in hun oude patroon. De ouders van pasgeboren zullen door andere disciplines (consultatiebureauartsen, jeugdartsen, huisartsen, kinderartsen) begeleid dienen te worden bij het stoppen met roken.

In het ziekenhuis opgenomen patiënten

Intensieve interventies bij opgenomen patiënten (rokers en recentelijk gestopte rokers met aan roken gerelateerde aandoeningen) gedurende het verblijf in het ziekenhuis en follow-up van minimaal één maand na ontslag, vergroten de kans op stoppen. Of dit effect bepaald wordt door de interventie in het ziekenhuis alleen, is onduidelijk.¹⁰

In vergelijking tot standaardzorg is de C-MIS voor opgenomen patiënten met cardiovasculaire klachten effectief.¹¹

Andere bijzondere doelgroepen

Intensieve 'stoppen met roken'-interventies zijn ook effectief voor rokers die behoren tot bijzondere doelgroepen, zoals psychiatrische patiënten, ouderen, etnische minderheden en minder draagkrachtige rokers. Het is niet aangetoond dat ze effectiever zijn dan voor rokers die niet tot deze doelgroepen behoren.²

Psychiatrische patiënten lopen een verhoogd risico op terugval.²

Rokers boven de 65 jaar kunnen succesvol stoppen en hebben ook baat bij het stoppen: het risico op cardiovasculaire aandoeningen en longkanker daalt. Daarbij treedt een verbetering op van herstel van aan roken gerelateerde ziekten en de cerebrale circulatie.²

Ook etnische minderheden hebben baat bij gebruikelijke effectieve interventies. Soms dient van vertalingen gebruik te worden gemaakt. Zowel mannen en vrouwen profiteren van de interventies.²

Conclusies

Niveau I

Er is beperkt bewijs dat interventies gekoppeld aan de motivationele stadia van de roker effectiever zijn dan interventies die niet gerelateerd zijn aan rookstadia.

A1 Riemsma 2003⁵

Niveau 3

Intensieve behandelingen zijn voor alle rokers, ongeacht de mate van verslaving, even effectief.

B Cromwell 1997⁶

Adolescenten en jongeren

Niveau 3

De effectiviteit van intensieve interventies bij adolescenten die willen stoppen met roken, is nog onvoldoende onderzocht.

C Moolchan 2000⁷

Zwangeren

Niveau 1

Intensieve interventies gecombineerd met ondersteunende educatieve materialen aangeboden door 'stoppen met roken'-specialisten bij zwangere vrouwen die willen stoppen met roken, zijn effectief. Niet bewezen is echter dat dit resulteert in blijvende abstinentie na de zwangerschap.

A1 Lumley 2003⁹

In het ziekenhuis opgenomen patiënten

Niveau 1

Het is aangetoond dat intensieve interventies effectief zijn bij patiënten die zijn opgenomen in een ziekenhuis.

A1 Rigotti 2002¹⁰

Andere bijzondere doelgroepen

Niveau 1

Intensieve 'stoppen met roken'-interventies zijn ook effectief voor rokers die behoren tot bijzondere doelgroepen.

A1 Fiore 2000²

Overige overwegingen

Wat betreft de minder draagkrachtige rokers kunnen kosten die gepaard gaan met de intensieve interventie en/of farmacologische ondersteuning, een barrière opwerpen. Een intensieve

behandeling kan bij iedereen worden toegepast, maar uit pragmatische overweging kan worden gekozen voor risicogroepen (mensen met aan roken gerelateerde aandoeningen, zwangeren, enzovoort).

Aanbevelingen

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.

Zwangeren

- 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.

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.

4.3.3 Setting, discipline en training

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.^{10,12} Interventies zijn effectief zowel binnen de eerste lijn als in ziekenhuizen. Ook in de werksituatie werkt stoppen met roken even goed als in andere omgevingen.¹²⁰ 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.³

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).² 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.² Interventies door verpleegkundigen in ziekenhuizen zijn eveneens effectief, waarbij intensieve interventies niet effectiever lijken te zijn dan minder intensieve interventies.¹³

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).² 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 richtlijn² 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 kernexpertise 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.

Training van de behandelaar

Uit verschillende onderzoeken is gebleken dat intensieve ondersteuning bij interventies door verpleegkundigen in specialistische klinieken alleen effectief is wanneer zij voor deze taak speciaal zijn opgeleid. Indien dit niet het geval is, is het niet aangetoond.¹⁴

Uit een Cochrane-review blijkt dat interactieve workshops voor professionals in de gezondheidszorg kunnen resulteren in gematigd grote veranderingen in de professionele praktijk.¹⁵

Uit een andere Cochrane-review blijkt eveneens dat training van professionals in de gezondheidszorg een meetbaar effect heeft op de professionele praktijk.¹⁶ Geen sterk bewijs werd gevonden voor het feit dat dit het rookgedrag beïnvloedde.

Ook bij de hier aangehaalde onderzoeken geldt dat de bevindingen vooral gebaseerd zijn op onderzoek naar niet-intensieve interventies. Onduidelijk is in hoeverre ze ook gelden voor intensieve interventies.

Conclusies

Niveau 1	Minder intensieve ondersteuning kan overal worden geboden. A1 Hulscher 2001 ¹² ; A1 Rigotti 2002 ¹⁰ ; A1 Moher 2003 ¹⁷
----------	--

Niveau I	Er zijn geen aanwijzingen dat het inzetten van bepaalde professionele disciplines effectiever is. <i>A1 Fiore 2000²; A1 Rice 2002³</i>
Niveau I	Intensieve interventies dienen te worden verzorgd door mensen die daar speciaal voor getraind zijn. <i>A1 Rice 2000¹⁴; A1 Thomson O'Brien 2001¹⁵; A1 Lancaster 2002¹⁶</i>

Aanbevelingen

- Er dienen voldoende locaties in Nederland te zijn voor het toepassen van intensieve interventies. Daarbij komen in aanmerking: eerstelijnsgezondheidszorg (huisarts), openbare gezondheidszorg (thuiszorg, GGD's), poliklinieken van algemene ziekenhuizen, verslavingszorg, telefonische coaching en e-programma's via internet.
- Intensieve interventies worden bij voorkeur uitgevoerd door een arts ('ask', 'assess', 'advise' en het voorschrijven van ondersteunende medicatie) en/of een verpleegkundige en met een gedragskundige ('assist', 'arrange'; gedragsbegeleiding en -training).
- Er dienen goede ondersteunende cursussen te worden ontwikkeld voor en gegeven aan professionals. Deze cursussen zouden door de beroepsgroepen moeten worden geaccrediteerd.

4.3.4 Invloed van methode, vorm en omvang op effectiviteit 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.¹⁸

Behalve sociale steun en vaardighedentraining is er geen bewijs dat een specifieke component zou bijdragen tot de effectiviteit van interventies.¹⁸

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.²

Onderzoeken naar het effect van gecombineerde interventies bestaande uit interventies en oefenprogramma's ('lifestyle physical activities' en 'formal structured activities') laten zien dat er nog onvoldoende evidentie is dat dit leidt tot gedragsbeïnvloeding bij stoppen met roken.¹⁹ Gedragsgerichte interventies ondersteund door een partner, vriend of andere van

invloed zijnde personen hebben geen effect op het percentage rokers dat stopt met roken.²⁰ Ook de effectiviteit van hypnotherapie, snelroken en andere aversieve methoden, acupunctuur, acupressuur, lasertherapie of elektrostimulatie bij stoppen met roken is nog onbekend.²¹⁻²³ Uit focusgroepinterviews met twee groepen rokers kwam niettemin een grote interesse voor alternatieve methoden naar voren.³⁰

Alle commercieel beschikbare vormen van nicotinevervangende middelen (kauwgum, pleisters, neusspray, inhalator, sublinguale en zuigtableten) zijn effectief als onderdeel van interventies. Hiermee kan een verhoging van de stopkans met 1,5-2 maal worden bereikt, ongeacht de setting waarin de interventie plaatsvindt.¹ Het gebruik van nicotinevervangende middelen in combinatie met gedragsgerichte interventies vergroot de kans op het stoppen met roken.^{2,13} Farmaceutische hulpmiddelen dienen uitdrukkelijk aanbevolen te worden, met inachtneming van risicogroepen.

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 zelfhulpprogramma's of 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.²⁴ 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 vaardigheidstraining of versterking van motivatie). In Nederland zijn in 2001 de langetermijneffecten van de regionale cursussen 'Samen stoppen' gerapporteerd. De puntprevalentie van abstinentie na 12 maanden bedroeg 25%.²⁵

Omvang: aantal en duur sessies

Bij gedragsmatige ondersteuning bestaat een sterke dosis-responsrelatie tussen zowel de duur van een sessie als het aantal sessies en het succespercentage.² 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).²⁶

De Amerikaanse richtlijn vond bij gedragsmatige ondersteuning een sterke dosis-responsrelatie tussen de totale contacttijd en de abstinenteratio. Een contacttijd van 31-90 minuten leidt tot een significant hogere abstinenteratio dan 1-30 minuten. Een totale contacttijd van 90 minuten of langer kan de abstinenteratio niet verder laten toenemen dan een contacttijd van 31-90 minuten.²

De Amerikaanse richtlijn stelt eveneens dat behandelingen van meer dan tien minuten effectiever zijn dan minder intensieve behandelingen.² Ook de Engelse richtlijn vond een dosis-responsrelatie tussen de intensiteit van ondersteuning en het aantal stoppers.²⁷

In de Cochrane-review van Silagy is deze dosis-responsrelatie minder sterk aanwezig. Intensieve interventies zijn hier slechts marginaal effectiever dan minder intensieve interventies.¹ 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. Vervolgbezoeken en geen vervolgbezoeken vergeleken met geheel geen advies leiden tot OR's van respectievelijk 2,66 (95%-BI: 2,06-3,45) en 1,59 (95%-BI: 1,33-1,90). Het toevoegen van een vervolgbezoek aan de minder intensieve interventiestrategie zorgde in het onderzoek van Gilbert voor een kleine stijging van het aantal stoppers (OR: 1,60; 95%-BI: 1,20-2,33).²⁸

Na biochemische validatie was er geen significant verschil tussen twee of vier vervolgbezoeken.¹ Het onderzoek van Miller²⁹ beschrijft een interventie in het ziekenhuis gevolgd door respectievelijk één en vier vervolgtelefoontjes. De intensievere interventies verhoogden de continue abstinentie van 14 tot 19% in vergelijking met de minder intensieve interventie. Dit verschil was statistisch significant.¹⁸

Volgens de Engelse richtlijn zou een 'stoppen met roken'-behandeling moeten bestaan uit ten minste vijf sessies van ongeveer één uur.²⁷ 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 alcohol- en 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 blijkt. Deze leefstijltrainingen zijn overigens op ander verslavingsgedrag gericht dan roken (bijvoorbeeld alcohol, cannabis). Daarnaast is door STIVORO een groepstraining op basis van cognitief-gedrags-therapeutische uitgangspunten ontwikkeld voor het stoppen met roken (Pakje Kans).

'Stepped care'-aanbod van interventies

Volgens de Amerikaanse richtlijn en een recente review van Riemsma et al. leiden 'stepped care'-benaderingen niet tot significant hogere abstinenciecijfers onder rokers dan een 'niet-stepped care'-benadering.^{2,5}

Er is echter een aantal overwegingen te maken bij het gebrek aan empirische evidentie dat een ‘stepped care’-benadering toch interessant maakt:

- Een ‘stepped care’-benadering bevordert de acceptatie en praktische toepasbaarheid van de richtlijn en vergroot daarmee de implementatie van de interventies.
- Een ‘stepped care’-benadering verhindert niet de inzet van intensievere interventies op grond van klinisch inzicht.
- Een ‘stepped care’-benadering is waarschijnlijk kosteneffectief.
- Uit onderzoek vanuit cliëntperspectief bleek dat ‘gezonde’ rokers de mogelijkheid wilden krijgen intensief en uitgebreid te worden ondersteund. Wel wilden ze zelf de te gebruiken methode bepalen.³⁰

Conclusies

Methode

Niveau I	Programma's gericht op het vergroten van sociale vaardigheden zijn effectiever dan programma's zonder deze componenten. <i>A1 Stead 2002¹⁸; A1 Fiore 2000²</i>
Niveau I	Het effect van oefenprogramma's en alternatieve therapieën is nog onvoldoende bewezen effectief. <i>A1 Ussher 2002¹⁹; Park 2002²⁰; A1 Abbot 2000²¹; A1 Hajek 2002²²; A2 Willemsen 2003²³</i>
Niveau I	Intensieve gedragscounseling in combinatie met nicotinevervangende middelen verhoogt de kans op stoppen met roken (zie ook <i>hoofdstuk 5</i>). <i>A1 Fiore 2000²; A1 Rice & Stead 2002¹³; A1 Silagy 2002¹</i>

Vorm

Niveau I	Het is aangetoond dat groepsinterventies effectiever zijn dan minder intensieve individuele interventies. Het is echter nog onduidelijk of groepsinterventies effectiever zijn dan intensieve individuele interventies. <i>A1 Stead 2002¹⁸; A2 Stead 2002²⁴</i>
----------	--

Omvang: aantal en duur sessies

Niveau I	Zowel het verhogen van het aantal sessies als de duur van de sessies leidt tot betere succespercentages. De lengte van een interventie zou ten minste viermaal tien minuten moeten bedragen gespreid over een maand met vervolgbezoeken.
	A1 <i>Fiore 2000</i> ² ; A1 <i>Parrot 1998</i> ²⁷ ; A1 <i>Silagy 2002</i> ¹ ; A2 <i>Alterman 2001</i> ²⁶

‘Stepped care’

Niveau I	Er is nog onvoldoende evidentie dat een ‘stepped care’-benadering leidt tot meer abstinente rokers.
	A1 <i>Fiore 2000</i> ² ; A1 <i>Riemsma 2003</i> ⁵

Aanbevelingen

Methode

- Het verdient aanbeveling uitvoerders van intensieve interventies te trainen in een motiverende bejegening en in methoden voor gedragsmatige, affectieve en sociale ondersteuning. Intensieve interventies worden bij voorkeur gecombineerd met nicotinevervangende middelen.

Vorm

- Intensieve interventies op het gebied van stoppen met roken kunnen even goed in groepsverband als individueel worden georganiseerd.

Omvang: aantal en duur sessies

- Een intensieve interventie zou moeten worden opgebouwd uit minimaal vier sessies van 10-20 minuten, verspreid over een maand, plus vervolgbezoeken.
- 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.
- Op basis van in den lande reeds ontwikkelde ‘stoppen met roken’-modules en op grond van de ervaring in de verslavingszorg, beveelt de werkgroep aan intensieve ‘stoppen met roken’-interventies in meerdere subcategorieën van intensiteit te onderscheiden, zoals ook gebeurt voor andere verslavingsinterventies:
 - **Kortdurend ambulante training:** Interventies met een omvang van vier tot zes contacten van 20 minuten à 1 uur per contact (analoog aan de verslavingszorg-leefstijltraining kort individueel en groepsprotocol).

- **Langdurend ambulante training:** Interventies met een omvang van 10-15 contacten van 20 minuten à 1 uur per contact (analoog aan de verslavingszorg-leefstijltraining lang individueel en groepsprotocol (bijvoorbeeld Pakje Kans van STIVORO), eventueel gevolgd door enkele nazorgcontacten.
- **Kortdurend klinische + langdurend ambulante training:** Een interventie waarin het stoppen met roken plaatsvindt in een klinische omgeving, als onderdeel van een interventie zoals beschreven bij langdurend ambulante training.

'Stepped care'

- Bij alle patiënten die zich melden in de somatische gezondheidszorg en de verslavingszorg (en de GGZ), wordt het tabaksgebruik aan de orde gesteld. Alle regelmatige rokers krijgen het advies te stoppen.
- Bij rokers die niet ongevoelig zijn voor dit advies, en bij degenen bij wie de gezondheidsklachten duidelijk samenhangen met roken, wordt aangeboden het stoppen nader te ondersteunen in één of enkele vervolggesprekken (minder intensieve interventie). Dit kan farmacotherapeutisch ondersteund worden.
- Recidivisten krijgen een intensievere interventie aangeboden, zo mogelijk farmacotherapeutisch ondersteund.
- Hardnekkige recidivisten en rokers in de verslavingszorg krijgen een intensievere interventie aangeboden in een specialistische setting, zo mogelijk farmacotherapeutisch ondersteund.

Hoofdstuk 5

Farmacologische ondersteuning

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 stop pogingen 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 gebruikmaakt van de kenmerken van de individuele roker, de kans op succes daarmee kan worden vergroot.

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'^{1,3} en van 'sponsorshipbias'.^{2,4} 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.²

5.1 Nicotinevervangende middelen (NVM)

Dit hoofdstuk is gebaseerd op de recentste versie van de Cochrane-review van Silagy et al.¹ In de review zijn 110 '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.

5.1.1 Effectiviteit

Alle NVM blijken een effectief hulpmiddel bij het stoppen met roken.¹ 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 OR van 1,7 (95%-BI: 1,6-1,9). 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 14.

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.

Uit onderzoek met nicotinekauwgum en transdermale pleisters blijkt de 'odds ratio' nauwelijks te worden beïnvloed door het karakter van de controlegroep: placebo of geen therapie.¹

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 8* staat het percentage rokers dat nog na een jaar is gestopt, uitgesplitst per type nicotinevervanger. Tevens staan de OR's per type nicotinevervanger weergegeven.¹

Tabel 8 Overzicht stoppercentages en NNT van de diverse nicotinevervangende middelen

Nicotinevervangend middel	% stoppers na één jaar (95%-BI)	OR (95%-BI)	NNT**
Kauwgum	18 (17-19)	1,7 (1,5-1,8)	6
Transdermale pleister	14 (13-15)	1,8 (1,6-1,9)	7
Neusspray*	24 (20-28)	2,3 (1,6-3,2)	4
Inhalator	17 (14-21)	2,1 (1,4-3,0)	6
Sublinguale tablet	20% (15-25)	1,7 (1,0-2,8)	5

* Niet verkrijgbaar in Nederland.

** Aantal te behandelen personen voor één stopper.

Uit *tabel 8* kan niet worden geconcludeerd dat de ene vorm van NVM effectiever is dan een andere, ofschoon de neusspray en de inhalator getalsmatig effectiever lijken.¹

Bij mensen die sterk nicotineafhankelijk zijn, is een hogere dosis nicotinekauwgum (4 mg) effectiever dan een lage dosis (2 mg) (OR: 2,7; 95%-BI: 1,7-4,2). Wanneer er niet naar nicotineafhankelijkheid wordt gestratificeerd, is dit verschil in effectiviteit tussen de beide doses niet waarneembaar.¹

Gepoolde data geven aan dat een pleister met hoge dosis iets effectiever is dan een met lagere dosis (OR: 1,2; 95%-BI: 1,03-1,4).¹ Er is geen verschil in effectiviteit tussen een 16-uurs- en een 24-uurspleister.¹

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.¹ Echter, het lijkt veilig om verschillende vormen van NVM te combineren.²

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.¹ Ook wordt het effect van NVM niet groter door combinatie met groepstherapie.¹ 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.¹

Nicotinekauwgum en nicotinepleister zijn effectiever bij vrijwilligers die reageren op een wervingsadvertentie dan bij de rokers die worden gerekruteerd door hulpverleners.¹⁴⁵

Voor zover het is onderzocht, is er geen verschil in effect waarneembaar bij rokers uit verschillende sociaal-economische groepen.¹

Ook is er geen onderbouwing vanuit de wetenschappelijke literatuur voor het aanraden van specifieke NVM aan bepaalde rokers.¹

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).¹

Conclusies

Effectiviteit

Niveau 1	Nicotinevervangende middelen verhogen het percentage succesvolle stoppers met roken ten opzichte van placebo met 7% (van 10 naar 17%).
A1	<i>Silagy 2002</i> ¹

Verschillen

Niveau 1	Er is geen overtuigend verschil in effectiviteit tussen de verschillende toedieningsvormen van nicotinevervangende middelen.
	A1 <i>Silagy 2002¹</i>
Niveau 1	Bij sterke nicotineafhankelijkheid is een hoge dosis nicotine (in de vorm van kauwgum) effectiever dan een lage.
	A1 <i>Silagy 2002¹</i>

Combinaties

Niveau 1	Het is onduidelijk of combinaties van verschillende toedieningsvormen van nicotinevervangende middelen de effectiviteit vergroten.
	A1 <i>Silagy 2002¹</i>

Combinatie met gedragstherapie

Niveau 3	Ondersteuning of groepstherapie lijkt het effect van verstrekking door een hulpverlener van nicotinevervangende middelen niet wezenlijk te vergroten, mogelijk omdat hierbij tegelijkertijd een korte ondersteunende interventie door de hulpverlener wordt toegepast.
	B <i>Silagy 2002¹</i>

Patiëntencategorieën

Niveau 3	Er zijn geen onderzoeken gevonden die de effectiviteit van nicotinevervangende middelen relateren aan de intensiteit van het roken. Tevens kan men niet uit de Cochrane-review afleiden dat de effectiviteit van nicotinevervangende middelen is aangetoond bij mensen die minder dan 10-15 sigaretten per dag roken.
	B <i>Silagy 2002¹</i>
Niveau 4	Er is onvoldoende onderzoek om onderscheid in effect van hulpmiddelen bij 'stoppen met roken'-interventies te maken tussen specifieke groepen, zoals op basis van sociaal-demografische groepen.

Reductie van aantal sigaretten

Niveau 3	Er zijn aanwijzingen dat nicotinevervangende middelen de consumptie van sigaretten kunnen reduceren.
	B <i>Silagy 2002</i> ¹

5.1.2 Veiligheid en bijwerkingen

NVM worden door de werkgroep als veiliger gezien dan roken op zichzelf. In *tabel 9* staat een overzicht van de belangrijkste hinderlijke bijwerkingen van nicotinevervangende middelen.¹

Tabel 9 Belangrijkste hinderlijke bijwerkingen* van nicotinevervangende middelen

Type nicotinevervanger	Bijwerkingen
Kauwgum	Hikken, maag-darmklachten, kaakpijn, mond-tandklachten
Transdermale pleister	Irritatie en overgevoeligheid huid, slecht slapen
Neusspray	Irritatie aan de neus en loopneus
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 2003*, www.fk.cvz.nl)¹ en op www.cbq-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.¹ NVM lijken veilig bij personen met HVZ.²

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. Roken lijkt schadelijker dan het gebruik van NVM (zie ook *paragraaf 7.3.3*).²

Jongeren

Er is beperkt onderzoek naar de veiligheid van NVM bij jongeren. Er zijn geen aanwijzingen dat deze middelen bij hen onveilig zijn.²

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.²

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.² Deze langdurig gebruikers zijn zware rokers.

Conclusies

Niveau 1	Nicotinevervangende middelen hebben relatief lichte bijwerkingen. <i>A1 Silagy 2002¹; D Farmacotherapeutisch Kompas 2003³</i>
Niveau 3	Bij rokers met aangetoonde hart- en vaatziekten geven nicotinevervangende middelen niet meer HVZ-gerelateerde klachten. <i>B Silagy 2002¹</i>
Niveau 3	Nicotinevervangende middelen zijn bewezen effectief bij zwangeren en lijken minder schadelijk dan roken. Uiteraard moet met risico's rekening worden gehouden. <i>C McNeill 2001²</i>
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. <i>C McNeill 2001²</i>
Niveau 3	Combinatie van roken en nicotinevervangende middelen lijkt niet schadelijk. <i>C McNeill 2001²</i>
Niveau 4	Er zijn geen gegevens voorhanden dat nicotinevervangende middelen verslavend zijn.

Aanbevelingen

- Bij iedere vorm van begeleiding aan rokers die gemiddeld tien of meer sigaretten per dag roken, behoort informatie te worden gegeven over farmacotherapie. Nicotinevervangende middelen zijn veilige en effectieve hulpmiddelen om mensen te helpen bij het stoppen met roken, met name indien zij uit zichzelf hiervoor hulp vragen. Alle beschikbare nicotinevervangende middelen vergroten de kans op een geslaagde stoppoging op lange termijn met een factor 1,5-2 (NNT van nicotinevervangende middelen afgezet tegen placebo is ongeveer 14).

- De keuze tussen de verschillende nicotinevervangende middelen kan worden gebaseerd op persoonlijke voorkeur van de gebruiker, het bijwerkingenprofiel (zie *bijlage 7, Doseringen en contra-indicaties van de farmacologische behandeling van tabaksverslaving*) en de prijs. Er is weinig verschil in effectiviteit.
- 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 (zie ook *paragraaf 7.3.3*) opwegen tegen de nadelen van blijven roken.
- Er is geen bewijs dat de aanpak van rokers uit verschillende sociaal-economische lagen van de bevolking, of van verschillende typen rokers (ernstig versus minder ernstig verslaafd), wezenlijk zou moeten verschillen.

5.2 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.¹ De bewijsvoering is gebaseerd op een recente Cochrane-review.² 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.

5.2.1 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.² Samenvatting van de afzonderlijke resultaten van tien onderzoeken met 12 maanden abstinentiedata en zes onderzoeken met 6 maanden abstinentiedata, resulteert in een OR van 2,0 (95%-BI: 1,7-2,3). De NNT na 12 maanden follow-up is 11 (95%-BI: 9-14). In alle geïncludeerde onderzoeken werd de behandeling met bupropion gecombineerd met een intensieve gedragsmatige interventie.

COPD

Tot 2003 is één gecontroleerd onderzoek uitgevoerd naar het effect van bupropion SR als hulpmiddel voor stoppen met roken bij patiënten met COPD.³ De resultaten na 26 weken suggereren 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 (OR: 1,2; 95%-BI: 0,6-2,4; NNT 15; 95%-BI: 7,7-321).^{2,4}

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.⁵ 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.^{6,7} Eén onderzoek werd uitgevoerd met een voor- en nameting zonder controlegroep.⁸ 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).⁶ 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).⁷ 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%) abstinente te zijn.

Effectiviteit van bupropion versus NVM

Er is één onderzoek uitgevoerd van de effectiviteit van bupropion (300 mg gedurende negen weken vanaf één week voor de geplande stopdag) in vergelijking tot een NVM (in dit geval de nicotinepleisters; 21 mg gedurende zes weken, waarna dit in twee weken werd afgebouwd). Alle deelnemers ondergingen bovendien een intensief gedragsmatig ondersteuningsprogramma. Bupropion SR bleek effectiever dan nicotinepleisters (OR: 2,1; 95%BI 1,2-3,5; NNT 12 maanden 7; 95%-BI: 4,7-15,3) (Jorenby 1999).⁹

Combinatie met NVM

Er zijn twee onderzoeken uitgevoerd naar de effectiviteit van bupropion SR gecombineerd met NVM.^{9,10} In het eerste onderzoek werd bupropion SR 300 mg (negen weken) gecombineerd met nicotinepleisters (21 mg gedurende zes weken).⁹ 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).¹⁰ 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.

Combinatie met gedragstherapie

In één onderzoek is de effectiviteit van bupropion in combinatie met een intensieve en minder intensieve gedragsmatige behandeling onderzocht.¹¹ De intensiefste behandeling bestond uit bupropion SR gedurende 12 weken gecombineerd met vier individuele sessies variërend van 5 tot 20 minuten, vijf groepsessies van 90 minuten en een zelfhulpgids. De minder intensieve interventie bestond uit bupropion SR gedurende 12 weken gecombineerd met alleen de individuele sessies (vier van 5 tot 20 minuten). De volgende puntprevalentiecijfers werden gevonden in week 24 en 52. De eerste interventie leidde tot 27% (10/37) en 24% (9/37) gestopte deelnemers en de tweede tot 22% (8/36) en 25% (9/36).

Conclusies

Niveau 1	In vergelijking met een placebobehandeling blijkt bupropion SR een effectief hulpmiddel om rokers te ondersteunen tijdens een stoppoging. <i>A1 Hughes 2003²</i>
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. <i>A2 Tashkin 2001³</i>
Niveau 1	Bupropion SR is een effectief hulpmiddel om rokers met een cardiovasculaire aandoening te ondersteunen tijdens een stoppoging. <i>A2 Tonstad 2003⁵; A2 Jorenby 1999⁹</i>
Niveau 2	Het is onduidelijk of de combinatie van bupropion en nicotinepleisters leidt tot een groter percentage stoppers dan het gebruik van alleen nicotinepleisters. <i>A2 Jorenby 1999⁹; Simon 2002¹⁰</i>
Niveau 3	De effectiviteit van bupropion SR in combinatie met gedragstherapie staat vast. Het is echter onduidelijk of de effectiviteit wordt beïnvloed door de mate van intensiteit van de tegelijkertijd aangeboden gedragsmatige interventie voor stoppen met roken. <i>A2 Hall 2002¹¹</i>

5.2.2 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 de instructies in de bijsluiter worden gevolgd en met name wordt gelet op mogelijk aanwezige contra-indicaties (bijvoorbeeld zwangerschap).⁵ 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.¹

Een uitgebreide lijst met bijwerkingen staat in het Farmacotherapeutisch Kompas¹² 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 cardiovasculaire aandoening.⁵ 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 palpities (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). <i>A1 Tonstad 2003⁵</i>
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. <i>A2 Wagena 2003⁴</i>
Niveau 3	Bupropion SR lijkt een relatief veilig hulpmiddel voor stoppen met roken voor mensen met cardiovasculaire aandoeningen. <i>A2 Tonstad 2003⁵</i>
Niveau 3	Het gebruik van bupropion SR 300 mg bij patiënten met schizofrenie is in vergelijking tot bupropion SR 150 mg effectiever in combinatie met een intensief gedragsmatige behandeling dan het gebruik van placebo. <i>A2 George 2002⁶</i>

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.

5.3 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.

5.3.1 Effectiviteit

Uit de Cochrane-review blijkt dat nortriptyline een effectief hulpmiddel is om rokers te helpen tijdens een stoppoging.¹ Samenvatting van de afzonderlijke resultaten van vier onderzoeken met minimaal zes maanden abstinentiedata, resulteert in een OR van 2,8 (95% betrouwbaarheidsinterval 1,7-4,6) en een NNT van 10; 95%-BI: 7-18).

Combinatie met NVM

In één onderzoek is de effectiviteit van nortriptyline gecombineerd met nicotinepleisters onderzocht. Nortriptyline 75 mg/dag werd gedurende 12 weken gecombineerd met nicotinepleisters 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).²

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 verkrijgbaar 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 groepsessies van twee uur, met 5-11 deelnemers gedurende acht weken.³ De minder intensieve interventie bestond uit nortriptyline (12 weken) gecombineerd met vijf groepsessies 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).⁴ De tweede groep ontving nortriptyline bij vijf individuele sessies en vijf groepsessies 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 abstinenciecijfers betreft over een bepaalde periode (bijvoorbeeld continue abstinentie of 'prolonged abstinence').

Effectiviteit van nortriptyline versus bupropion

In één onderzoek is nortriptyline als hulpmiddel voor stoppen met roken vergeleken met bupropion.⁴ Uit dit onderzoek blijkt dat er na 24 weken en 52 weken geen significant verschil bestond tussen beide (puntprevalentie na 24 weken 22% abtinent in de nortriptylinegroep (16/73) en 25% (18/73) in de bupropiongroep; puntprevalentie na 52 weken 18% abtinent in de nortriptylinegroep (13/73) en 25% abtinent in de bupropiongroep (18/73)). Het kleine aantal deelnemers betekent echter dat dit resultaat minder betrouwbaar is.

Conclusies

Niveau 1	<p>Nortriptyline is een effectief hulpmiddel om rokers te ondersteunen tijdens een stoppoging.</p> <p>A1 <i>Hughes 2003</i>¹</p>
Niveau 3	<p>Nortriptyline in combinatie met nicotinevervangende middelen (pleisters) lijkt effectiever dan het gebruik van alleen nicotinepleisters (in combinatie met placebo-nortriptyline) ter ondersteuning van een stoppoging.</p> <p>A2 <i>Prochazka 2001</i>²</p>
Niveau 1	<p>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.</p> <p>A2 <i>Hall 1998</i>³; A2 <i>Hall 2002</i>⁴</p>

Niveau 3

Vooralsnog lijkt er geen significant verschil in effectiviteit te bestaan tussen nortriptyline en bupropion als hulpmiddel voor stoppen met roken.

A2 Hall 2002⁴

5.3.2 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 10). Ernstige bijwerkingen zijn vooralsnog niet gerapporteerd.

Een uitgebreide lijst met bijwerkingen staat in het Farmacotherapeutisch Kompas⁵ en op www.cbg-meb.nl voor de IB-tekst).

Tabel 10 Hinderlijke bijwerkingen van nortriptylinegebruik en de frequentie ervan (in %). Tussen haakjes de frequentie in placebogroepen

	Hall 2002 ⁴	Hall 1998 ³	Da Costa 2002 ⁵	Prochazka 1998 ²
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.

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. Nortriptyline is echter niet voor SMR geregistreerd.

5.4 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.¹ 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 succes criterium. Clonidine geeft veel dosisafhankelijke bijwerkingen, in het bijzonder een droge mond, en het heeft een sederende werking.¹

5.5 Alternatieve therapieën

De Cochrane Collaboration bekeek vier onderzoeken waarbij hypnose is vergeleken met een placebo-interventie (alleen aandacht).¹ 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 succes criterium.

Voor de Cochrane-review over acupunctuur zijn 18 onderzoeken geïdentificeerd.² In drie placebogecontroleerde onderzoeken werden de gegevens gepresenteerd van 12 maanden continue abstinentie. Uit de gepoolde resultaten bleek dat de behandeling niet beter was dan placebo. De continue abstinentie na 12 maanden bedroeg 8,6%.

Verder zijn er kruidenpreparaten en homeopathische middelen op de markt. Hiervan zijn geen placebogecontroleerde onderzoeken gevonden.

Conclusie

Niveau 3

Er zijn geen aanwijzingen dat alternatieve therapieën beter werken dan placebo.

A2 Abbot 2000¹

5.6 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 ongecontroleerd onderzoek.¹ Gezien het bijwerkingenprofiel en de contra-indicaties dient het gebruik van bupropion en nortriptyline te worden begeleid door een arts en apotheker. Naast de medicatiebegeleiding kan de apotheker een duidelijke rol spelen in het bevorderen van de therapietrouw van bupropion. Het belang hiervan blijkt uit een onder-

zoek onder Nederlandse bupropiongebruikers, waarin werd gevonden dat de helft van deze gebruikers de aanbevolen kuur niet afmaakte.²

5.7 Voorkeuren van rokers

Uit een cliëntperspectief onderzoek onder gezonde rokers is gebleken dat men meer voelt voor een groepscursus dan voor bupropion vanwege negatieve verhalen en het feit dat ‘gezonde’ rokers liever geen antidepressivum slikken. De voorkeur gaat uit naar NVM waarmee de rokers iets kunnen ‘doen’, zoals een lolly. Daarnaast moet een middel een deel van de ondersteuning zijn en niet zonder begeleiding worden voorgeschreven.¹

5.8 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 stoppoging. 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 inmiddels meer dan 12 onderzoeken 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.

Naar de effectiviteit van nortriptyline zijn inmiddels vijf ‘randomized clinical trials’ uitgevoerd, waarvan er vier een positief effect ten opzichte van placebo aantoonde. De conclusie is dat nortriptyline, in combinatie met intensieve begeleiding, effectiever is dan placebo om rokers te ondersteunen tijdens een stoppoging. Tot op heden is de effectiviteit van nortriptyline en bupropion in één onderzoek 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. De meerderheid van het onderzoek naar de effectiviteit van NVM en bupropion is gesponsord door de industrie. De precieze omvang van het effect van bijvoorbeeld NVM en bupropion is daarom – naar de mening van de werkgroep – niet geheel duidelijk.

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 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.

Aanbevelingen

- 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.
- Aan alle rokers die meer dan tien sigaretten per dag roken en willen stoppen, en bij wie het gebruik van NVM niet (meer) in aanmerking komt, wordt het gebruik van bupropion of nortriptyline in overweging gegeven.

Zelfhulpmaterialen

6.1 Papier, audio- en visueel

De Cochrane-database bespreekt 11 onderzoeken waarin de behandeling bestond uit het per post toezenden van een zelfhulpgids aan rokers (al dan niet gemotiveerd om te stoppen), soms vergezeld van een brief van de arts. Bij deze onderzoeken kreeg de controlegroep geen behandeling. Het bleek dat de behandeling onder deze condities 24% meer succeskans opleverde dan geen behandeling na 12 maanden (OR: 1,24; 95%-BI: 1,07-1,45), waarbij 5,7% in de experimentele groep stopte versus 4,8% in de controlegroep. Na 12 maanden is de continue extra abstinentie 3,1%, echter gemeten in slechts zes onderzoeken.

In de praktijk zal een zelfhulpgids vaak worden verstrekt als onderdeel van een consult. In de Cochrane-review is onderzocht wat het effect is van het verstrekken van een zelfhulpgids door een arts of verpleegkundige (of andere hulpverlener), al dan niet in combinatie met een formeel stopadvies. Het effect van een éénmalig advies om met roken te stoppen werd niet wezenlijk versterkt door de toepassing van zelfhulpmateriaal. Verder bleek dat de toevoeging van zelfhulpmaterialen niet de effectiviteit van NVM vergrootte; dit is echter in slechts twee onderzoeken onderzocht.

Conclusies

Niveau 1	<p>Het extra aandeel van succesvolle stoppers na ten minste 12 maanden door het gebruik van schriftelijke zelfhulpmaterialen is ongeveer 1%. Het is onduidelijk in hoeverre dit percentage stijgt wanneer dit wordt gecombineerd met bijvoorbeeld een korte ondersteunende interventie.</p> <p>A1 <i>Lancaster 2003</i>¹</p>
Niveau 1	<p>Door het per post toesturen van een zelfhulpgids aan rokers blijkt het slagingspercentage voor stoppen met roken met 24% te worden verhoogd ten opzichte van geen interventie.</p> <p>Het verstrekken van een zelfhulpgids in combinatie met een kort stopadvies door een hulpverlener is niet extra effectief.</p> <p>A1 <i>Lancaster 2002</i>¹</p>

6.2 Internetcursussen

In het Cochrane-onderzoek werden 14 gerandomiseerde onderzoeken naar de effectiviteit van een gecomputeriseerd advies op maat geïdentificeerd. In alle gevallen ging het om door de computer op basis van een vragenlijst samengestelde adviesteksten. In drie onderzoeken was een controlegroep opgenomen die geen behandeling kreeg. In de experimentele groep stopte 6,5% en in de controlegroep 4,0% (OR: 1,80; 95%-BI: 1,46-2,23). In de overige tien onderzoeken kreeg de controlegroep een folder of een zelfhulp-gids. In de experimentele groep stopte 5,6% en in de controlegroep 4,4% (OR: 1,36; 95%-BI: 1,13-1,64).

In één onderzoek werd het effect van gecomputeriseerd advies bestudeerd in combinatie met het advies van de arts. De gepoolde resultaten van de 14 onderzoeken laten zien dat rokers met een advies op maat meer kans hebben om te stoppen met roken. Het stoppercentage in de experimentele groep was 6,1 en 4,3 in de controlegroep (OR: 1,56; 95%-BI: 1,36-1,80). Drie onderzoeken vermeldden gegevens over 12 maanden continue abstinentie. Het gepoolde stoppercentage was 6,6.

Conclusie

Niveau 1

Gecomputeriseerd advies op maat is een effectief middel om rokers te helpen bij het stoppen met roken. Na 12 maanden blijkt 6,6% van de rokers in staat te stoppen met roken.

A1 *Lancaster 2000*¹

6.3 Effectieve onderdelen

Door analyse van tien onderzoeken kon worden aangetoond dat 'tailoring' van voorlichtingsmaterialen 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 zelfhulpmaterialen (OR: 1,36; 95%-BI: 1,13-1,64).

A1 *Lancaster 2002*¹

6.4 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 zelfhulpguides. 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.¹ Zelfhulpmaterialen zijn mogelijk effectiever door meerdere contactmomenten. In een recent onderzoek werd hiervoor echter geen ondersteuning gevonden.² De Cochrane-onderzoeken laten echter onvermeld dat de effectiviteit van ‘getailorde’ materialen verschilt per motivationeel stadium van de roker. 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. Op basis van onderzoeksresultaten wordt gesuggereerd dat de inhoud moet variëren per motivationeel stadium.³

Hoofdstuk 7

Praktijksettings en doelgroepen

In *hoofdstuk 2* is aangegeven welke gezondheidsschade roken teweeg kan brengen. In dit hoofdstuk wordt hier voor een aantal specifieke groepen een aanvulling op gegeven.

Onder de gezondheidsschade die door tabaksverslaving kan ontstaan, valt een aantal aan roken gerelateerde aandoeningen. Bekende voorbeelden zijn hart- en vaatziekten, chronische longziekten, kanker, en keel-, neus- en ooraandoeningen.

Hieronder is eerst voor enkele praktijksettings nadere informatie gegeven. Dit betekent nadrukkelijk *niet* dat de aanbevelingen die in deze richtlijn worden gedaan, niet van toepassing zijn op andere hulpverleners. Eenmalig advies en korte ondersteunende interventies door alle gezondheidswerkers zijn namelijk effectief gebleken. Het succespercentage kan worden verhoogd wanneer een hulpverlener een directe relatie legt met een aan roken gerelateerde aandoening op het moment dat een patiënt zich hiermee presenteert.

7.1 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.

Hoewel veel huisartsen een hoge werkdruk hebben, wordt aan huisartsen gevraagd een actieve rol te spelen in het 'stoppen met roken'-beleid. Het voorgestelde korte eenmalig advies is een nauwelijks tijd kostende en op populatieniveau zeer (kosten)effectieve interventie. Dit geldt eveneens voor het uitgebreidere advies op basis van de minimale-interventiestrategie (MIS), die in veel NHG-Standaarden is opgenomen.

Deze rol kan de huisarts deels zelf spelen, deels kan hij deze delegeren aan de praktijkondersteuner, die in ruim 30% van de huisartspraktijken aanwezig is. Deels kan de roker worden verwezen naar intensievere vormen van ondersteuning. Praktijkondersteuners kunnen zich ontwikkelen tot specialisten voor intensieve 'stoppen met roken'-interventies.

7.1.1 Attitude van huisartsen

Huisartsen ervaren een gebrek aan tijd om alle rokende patiënten van een korte ondersteunende interventie te voorzien over stoppen met roken.^{1,2} Huisartsen zijn eerder geneigd rokers die aan roken gerelateerde klachten hebben, van een stopadvies te voorzien. Huisartsen zijn vaak in de veronderstelling dat het geven van een ongevraagd advies de relatie met de patiënt kan schaden. Deze veronderstelling wordt niet door onderzoek ondersteund.^{3,4} In tegenstelling tot de perceptie van huisartsen, blijken rokers nauwelijks moeite te hebben met een 'stoppen

met roken'-advies door een huisarts, ook als dat ongevraagd wordt gegeven.⁴ Er zijn wel aanwijzingen dat mensen het prettiger vinden wanneer een stopadvies wordt gekoppeld aan de reden van het bezoek.⁵

Over verschillen in effectiviteit van het advies zijn geen gegevens bekend. Uit niet-gepubliceerd onderzoek onder een aselechte steekproef van Nederlandse huisartsen in 2002 (n = 758) en ander onderzoek (Stoppen met roken in de eerste en tweede lijns gezondheidszorg, deel 1: huisartsen) komt een aantal gedragingen van huisartsen naar voren. Opgemerkt dient te worden dat een mogelijke vertekening in de respondenten zit, in die zin dat zij zich mogelijk positiever gedragen dan de niet-respondenten. Het volgende werd gerapporteerd:

- Huisartsen blijken vaker bupropion voor te schrijven dan NVM, mede doordat NVM vrij verkrijgbaar zijn.
- Nortriptyline wordt op zeer kleine schaal voorgeschreven.
- Huisartsen die deelnamen aan het onderzoek, geven vaak zelfhulpmaterialen mee.
- Maximaal 30% van de huisartsen gebruikt de H-MIS.
- Huisartsen bespreken stoppen met roken voor het merendeel met patiënten met aan roken gerelateerde klachten of met risicogroepen.
- Een gemotiveerde patiënt is voor bijna de helft van de huisartsen een reden tot advisering over te gaan.
- Gebrek aan tijd is de belangrijkste reden om rookgedrag niet te bespreken.
- Een minderheid van huisartsen registreert het rookgedrag van patiënten.
- Huisartsen zijn van mening dat de patiënt zelf verantwoordelijk is om te stoppen.

Conclusies

Niveau 3

Een minderheid van de huisartsen is van mening dat zij bij elke mogelijkheid een korte ondersteunende interventie aan alle rokers dienen te geven om hen te laten stoppen met roken.

B McEwen 2001¹

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

De MIS is een speciaal voor de Nederlandse huisartspraktijk ontwikkelde, effectieve methode om kortdurende interventies te doen ter ondersteuning van stoppen met roken. De MIS is in principe uitvoerbaar binnen de normale consultduur. Het percentage rokers dat na toepassing van de MIS blijvend is gestopt met roken (na zes maanden) bedraagt 8,2, versus 3,1 in de controlegroep.⁶

De MIS gaat uit van de fase van gedragsverandering waarin een roker verkeert. Met twee vragen ('ask' en 'assess') kunnen rokers die gemotiveerd zijn te stoppen, worden onderscheiden van rokers die niet gemotiveerd zijn te stoppen. Daardoor kan de interventie worden toegespitst op de rokers die het meest kansrijk zijn te stoppen.

De MIS is toepasbaar op alle rokers; er zijn geen screeningsmethoden voor het identificeren van specifieke hoogrisicogroepen. Wel wordt in 20 van de 78 richtlijnen voor huisartsen (zie *bijlage 6*) stoppen met roken volgens de MIS geadviseerd als onderdeel van de niet-medicamenteuze behandeling.

In het CARPE-project, een gerandomiseerd onderzoek naar het effect van een ondersteuningsprogramma gericht op de zorg aan patiënten met cardiovasculaire risicofactoren, nam het aantal huisartspraktijken dat de MIS gebruikt, in de interventiegroep ($n = 62$) toe van 16 naar 53%, terwijl in de controlegroep ($n = 62$) een daling optrad van 24 naar 16%.⁷

In huisartspraktijken die ondersteuning ontvingen door een preventieconsulent (met één praktijkbezoek over de MIS), verbeterde de registratie van de risicofactor roken bij 60-jarige hoogrisicopatiënten (van 7 naar 44%, tegenover een stijging van 3 naar 6% in de controlegroep). Het aantal huisartsen dat de MIS toepaste, nam in de interventiegroep ($n = 300$) toe van 28 naar 37%, en in de controlegroep ($n = 300$) van 23 naar 28%.^{8,9}

Conclusie

Niveau 3

De MIS lijkt een effectieve en in de dagelijkse huisartspraktijk toepasbare methode voor het begeleiden van rokers om te stoppen.

A2 Pieterse 2001⁶

Overige overwegingen

Huisartsen die ondersteuning ontvingen bij het toepassen van de MIS, gaven suggesties voor verbetering van de MIS: het opnemen van geautomatiseerde selectieprocedures in het huisarts-informatiesysteem, ondersteuning door preventieconsulente, inbouwen van follow-up, inpassen in hoogrisicobenadering.² De introductie van praktijkondersteuners is een kansrijke mogelijkheid voor het bevorderen van ‘stoppen met roken’-interventies in de huisartspraktijk.

De MIS kan worden toegepast door zowel huisarts als praktijkondersteuner. De MIS is beschikbaar sinds 1994. Het aantal huisartsen dat de MIS toepast in de dagelijkse praktijk, is circa 30%.^{8,10} Belemmerende factoren voor het gebruik van de MIS zijn de werkbelasting van huisartsen, onvoldoende tijd van de assistent, moeite om de werkwijze te veranderen, het ontbreken van een financiële vergoeding, onvoldoende kennis en vaardigheden van de assistent en het moeilijk kunnen motiveren van patiënten.¹⁷⁰

De MIS houdt zo veel mogelijk rekening met deze knelpunten. Een groot deel van de MIS kan worden gedelegeerd aan een praktijkassistent of praktijkondersteuner.

7.1.3 Kenmerken van rokers aan wie huisartsen eerder geneigd zijn een eenmalig advies of korte ondersteunende interventie te geven

Uit onderzoek onder 293 huisartsen blijkt dat zij beter bekend zijn met het rookgedrag van patiënten met aan roken gerelateerde klachten en uit risicogroepen (hart- en vaatziekten, COPD), dan met dat van patiënten die niet tot deze risicogroepen behoren. Tevens blijkt dat huisartsen

meer bereid zijn een ‘stoppen met roken’-advies te geven aan deze rokers.^{2,11} Zo bleek dat zij vaker een ‘stoppen met roken’-advies geven aan patiënten met een verhoogd cardiovasculair risico.⁷ Er zijn geen aanwijzingen dat een advies aan personen uit risicogroepen effectiever is dan aan rokers uit niet-risicogroepen. Huisartsen hebben echter wel de perceptie dat de risicoreductie bij mensen uit risicogroepen groter is wanneer zij met het roken stoppen. Bovendien is voor rokers – ook zonder klachten – een ‘stoppen met roken’-interventie uiterst kosteneffectief. Er zijn wel aanwijzingen dat advies bij mensen met psychische aandoeningen minder effectief is.

Conclusie

Niveau 3

De bereidheid onder huisartsen om ‘stoppen met roken’-adviezen (volgens de MIS) te geven, is het grootst bij rokers met aan roken gerelateerde klachten en bij patiënten uit hoogrisicogroepen.

C Drossaert 1999²; McEwen 2000¹¹

Overige overwegingen

De kans op implementatie van de MIS in de huisartspraktijk is het grootst als wordt aangesloten op de werkwijze van huisartsen. Het selecteren van in aanmerking komende rokers uit het huisartsinformatiesysteem is het best mogelijk bij specifieke risicogroepen. Dit is in overeenstemming met de NHG-Standaarden voor bijvoorbeeld cholesterol, hypertensie, diabetes en COPD. Daarom valt te overwegen om huisartsen die niet of nauwelijks de MIS toepassen, te adviseren dit stapsgewijs aan te pakken: beginnen bij patiënten met aan roken gerelateerde klachten en bij risicogroepen. Als men de methode eenmaal heeft toegepast, kan dit later worden uitgebreid naar alle rokers.

Een bevinding uit de dagelijkse praktijk is dat steeds meer rokers zichzelf bij de huisarts melden voor hulp en ondersteuning.

7.1.4 Praktijkondersteuners of -assistenten

Bij indirecte vergelijking is ondersteuning door een arts niet of nauwelijks effectiever dan door een zorgverlener die geen arts is. Ondersteuning door samenwerking van twee of meer zorgverleners is mogelijk iets effectiever dan door één zorgverlener.¹² Advies door verpleegkundigen is effectiever dan geen interventie of gebruikelijke zorg: OR: 1,50 (95%-BI: 1,29-1,73).¹³ Het effect is ook positief voor de onderzoeken gericht op niet in een ziekenhuis opgenomen patiënten: OR: 1,81 (95%-BI: 1,39-2,36). Er was geen direct vergelijkend onderzoek naar intensieve interventie en een eenmalig advies of een korte ondersteunende interventie door een verpleegkundige. Additioneel telefonisch advies en psychologische feedback (spirometrie, meten CO-waarde) hadden geen duidelijke toegevoegde waarde. Er is geen bewijs dat advies van een verpleegkundige tijdens een gezondheidscontrole effectief is.

Individuele counseling door een specialist die niet betrokken is bij de normale zorgverlening, is effectiever dan deze normale zorg of een advies korter dan tien minuten (OR: 1,62; 95%-BI: 1,35-1,94).¹⁴

Gedragsondersteuning door een specialist (meerdere contacten gedurende minstens vier weken) aan middelmatige tot zware rokers die hulp zoeken om te stoppen, leidt tot een toename van het stoppercentage met 7% (95%-BI: 3%-10%).¹⁴

Voor definities en overzicht van de gebruikte onderzoeken zie *tabel 15-18, bijlage 5*.

Conclusies

Niveau I	Interventie door een praktijkondersteuner of -assistent is beperkt effectief, waarbij de intensiteit (dat wil zeggen oplopend tot maximaal tien minuten) van de interventie weinig invloed heeft. <i>A1 Rice 2002¹³</i>
Niveau I	De effectiviteit van een interventie is nauwelijks afhankelijk van het type hulpverlener (huisarts, praktijkondersteuner en praktijkassistent zijn globaal even effectief). De effectiviteit neemt mogelijk toe naarmate meer typen hulpverleners bij de interventie zijn betrokken. <i>A1 Fiore 2000¹²</i>
Niveau I	Gedragsondersteuning (counseling) door een praktijkondersteuner na een speciale training is effectief, waarbij de intensiteit van de interventie mogelijk geen invloed heeft (oplopend tot maximaal tien minuten). Counseling door een praktijkondersteuner is waarschijnlijk effectiever dan een korte ondersteunende interventie door een praktijkondersteuner of -assistent. <i>A1 Rice 2002¹³; A1 Lancaster 2002¹⁴; A1 Fiore 2000¹²</i>

Overwegingen

In december 2001 en januari 2002 voerde de Nederlandse Vereniging van Doktersassistenten (NVDA) een nationaal RookStop Project. Met dit project werd ingehaakt op de 'stoppen met roken'-campagne van de overheid en STIVORO. De NVDA ging er daarbij van uit dat een beleid gedragen door de hele huisartspraktijk (huisarts, praktijkondersteuner en doktersassistent) het effect van een campagne zou verhogen.

Er is een grote variatie in praktijkorganisatie. Zo zijn er huisartspraktijken waarin praktijkondersteuners 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 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

- Wanneer de huisartspraktijk prioriteiten moet stellen in verband met de tijdsinvestering, kunnen de praktijkmedewerkers zich het best richten op rokers met een hoge motivatie. Dergelijke rokers verdienen met name aandacht als zij (een hoog risico op) aan roken gerelateerde aandoeningen hebben.
- Huisartsen dienen een actief ‘stoppen met roken’-advies te geven aan rokers met aan roken gerelateerde klachten en uit risicogroepen (hart- en vaatziekten, COPD en zwangeren).
- Om de toepassing en adequate uitvoering van eenmalige en korte ‘stoppen met roken’-adviezen (in de huisartspraktijk vaak volgens de H-MIS, zie *bijlage 8*) in de huisartspraktijk te bevorderen, dienen huisartsen, praktijkassistenten en praktijkondersteuners voldoende praktische ondersteuning en training te ontvangen.
- Huisartsen (of de praktijkondersteuner of assistent) dienen het rookgedrag en motivatieniveau van rokers te peilen, en vervolgens bij gemotiveerde rokers een korte ondersteunende interventie, bijvoorbeeld volgens de methode van de H-MIS, toe te passen.
- Een roker wordt bij bezoek aan de huisartspraktijk bij voorkeur jaarlijks een ‘stoppen met roken’-advies gegeven, ongeacht of hij/zij om een interventie vraagt.
- Bij rokers die niet gemotiveerd zijn om te stoppen, volstaat een eenmalig advies; bij rokers die wel gemotiveerd zijn om te stoppen, worden tevens de motivatie en de belemmerende en bevorderende factoren besproken, worden een stopdatum en een follow-upconsult afgesproken en wordt een folder meegegeven (bij voorkeur NHG-Patiëntenbrief). Indien nodig gebeurt dit met farmacologische ondersteuning (zie ook H-MIS, *bijlage 8*).
- De huisarts kan de interventie geheel of gedeeltelijk aan een getrainde praktijkondersteuner of praktijkassistent delegeren. Samenwerking van de hulpverleners is aan te bevelen. Het toepassen van een langere tijdinvestering (tot 90 minuten) en zoveel mogelijk contacten per roker lijkt zinvol en kosteneffectief.
- Ideaal is een praktijkondersteuner of -assistente die na een speciale training intensieve individuele counseling geeft tijdens speciale spreekuren buiten de normale zorgverlening om.

Tabel 11 MIS-stappenplan uit NHG-Deskundigheidsbevorderingscahier Stoppen met roken, juni 2000

1.	Rookprofiel afnemen	Nicotineafhankelijkheid als: eerste sigaret binnen 30 minuten na opstaan en/of 20 sigaretten of meer per dag Motivatiniveau: wel eens gedacht over stoppen? En op korte termijn willen stoppen?
2.	Motivatie	Nadelen roken, voordelen stoppen, weerleggen excuses
3.	Barrières	Barrières inventariseren: waarom nog niet gelukt, welke moeilijkheden worden verwacht? Ook barrières bespreken (mislukte vorige pogingen, stress, gewichtstoename, verslaving, sociale druk, concentratie)
4.	Stopafspraak	Vastleggen stopdatum
5.	Hulpmiddelen	Gids Stoppen met roken, nicotinesubstitutie
6.	Nazorg	Vervolgconsult vastleggen/telefonisch contact na stopdag en navraag naar rookgedrag bij vervolgconsulten

De A's binnen de MIS door praktijkassistenten

Wanneer de vijf A's in de MIS worden ingevuld, wordt duidelijk waar specifieke, patiëntgerichte werkzaamheden van praktijkondersteuners of -assistenten goed van pas komen:

- 'Ask' Bij de intake van nieuwe patiënten kan de assistent in het huisartsinformatiesysteem (HIS) vastleggen of hij/zij rookt. Dit kan ook gebeuren bij patiënten die al ingeschreven staan met bijvoorbeeld aan roken gerelateerde klachten.
- 'Assess' In opdracht van de huisarts kan de assistent vaststellen in hoeverre de bereidheid om te stoppen met roken aanwezig is.
- 'Advise' Het eerste advies kan naar verwachting het best door de huisarts worden gegeven, omdat die gericht kan inspelen op het risicoprofiel.
- 'Assist' Een assistent kan samen met de patiënt een stopplan opstellen en praktische ondersteuning bieden. Farmacotherapeutische hulpmiddelen worden door de huisarts voorgeschreven.
- 'Arrange' De assistent kan in het kader van de terugvalpreventie voor follow-upcontacten zorgen. Telefonische counseling lijkt een prima werkwijze.

7.2 Tandartspraktijk

De tandarts is wellicht de enige gezondheidszorgwerker die drempelloos het onderwerp 'stoppen met roken' ter sprake kan brengen: 'Ik zie dat u rookt. Heeft u er wel eens over gedacht om te stoppen?' (Overall waar tandarts wordt geschreven, wordt ook kaakchirurg, orthodontist, mondhygiënist en tandheelkundig student bedoeld.) Daar komt bij dat tandartsen vaak worden bezocht door jeugdigen en jonge adolescenten, waardoor hun praktijk de aangewezen locatie lijkt om preventieve boodschappen uit te dragen. De internationale tandartsorganisatie FDI dringt er bij alle leden van het tandheelkundig team op aan om patiënten te ondersteunen bij het stoppen met roken.¹ Ook de tandheelkundige opleidingen dienen erbij te worden betrokken.² Hieronder wordt allereerst ingegaan op de relatie tussen tabaksgebruik en mondgezondheid, omdat hierbij duidelijk wordt op welke aspecten de tandarts in het bijzonder dient te letten en waar aangrijpingspunten zijn om over 'stoppen met roken' te beginnen. Vervolgens wordt

ingegaan op het rookgedrag van tandartsen, hun aandacht voor het aspect ‘stoppen met roken’ en hoe tandartsen hun patiënten kunnen ondersteunen bij het stoppen met roken.

7.2.1 Tabaksgebruik en mondgezondheid

Tandbederf

In vier onderzoeken werd een relatie gelegd tussen tabaksgebruik en tandbederf. In één werd geconcludeerd dat roken een significante indicator is voor tandverlies en tandbederf.³ In een recent onderzoek werd een direct verband gelegd tussen meerooken en tandbederf in de melk- en wisseldentitie.⁴ Een onderzoek onder tieners stelde een directe relatie tussen rookgedrag en cariesprevalentie vast.⁵ Een onderzoek onder bejaarden liet zien dat roken een significante risicofactor is voor tandverlies, hals- en worteltandbederf.⁶

Een direct etiologisch verband met roken is – met uitzondering van de snellere groei van de *Streptococcus mutans* – nooit aangetoond. Mogelijk speelt een andere leefstijl van rokers een rol.

Slijmvliesafwijkingen

De relatie tussen tabaksgebruik en het ontstaan van (pre)maligne afwijkingen in de mondholte is evident.⁷ Rokers hebben een twee- tot viermaal grotere kans op het ontwikkelen van mondkanker dan niet-rokers. Sigarettenrokers lopen een hoger risico dan sigaren- of pijpokers. Roken heeft een direct carcinogeen effect op de epitheelcellen van het mondslijmvlies. Stoppen met roken reduceert het verhoogde risico op mondkanker binnen vijf tot tien jaar. Indien rokers ook regelmatig veel alcohol gebruiken, is de kans op kwaadaardige aandoeningen in de mondholte zelfs 6-15 keer zo groot.^{8,9}

Leukoplakie komt bij rokers zesmaal meer voor dan bij niet-rokers. Bij het stoppen met roken kan de afwijking in regressie gaan of verdwijnen.¹⁰

Van de andere tabaksgerelateerde aandoeningen in de mondholte wordt ‘rokersmelanose’ bij ongeveer eenderde van de zware rokers aangetroffen. Deze zichtbare melaninepigmentatie komt voornamelijk voor op de aangehechte gingiva en soms op de lippen en wangen. De afwijking verdwijnt na het stoppen met roken na ongeveer twee jaar. Stomatitis nicotina uit zich meestal als rode puntjes op de witte mucosa van het verhemelte. Ook deze goedaardige afwijking is reversibel.

Tandvleesziekten

Er is een duidelijk verband tussen roken en de prevalentie en ernst van parodontale aandoeningen.¹¹⁻¹⁵ Rokers blijken meer marginaal botverlies, diepere pockets, meer verlies van aanhechting en meer furcatieproblemen te hebben.^{16,17}

Parodontale behandelingen slaan bij rokers veel minder goed aan dan bij niet-rokers.^{18,19} Dat geldt zowel voor chirurgische als voor niet-chirurgische behandelingen. Ook zijn de succespercentages bij parodontale regeneratieve chirurgie aanmerkelijk lager.

Implantaten

Er is uitgebreid onderzoek gedaan naar het effect van roken op het succespercentage van implantaten. Uit een 15 jaar durend prospectief onderzoek is vast komen te staan dat roken een negatiever effect op het succespercentage van implantaten heeft dan een slechte mondhygiëne.²⁰ Mislukkingpercentages van ruim 4% bij niet-rokers tegenover ruim 11% bij rokers zijn beschreven. Werd alleen naar implantaten in de bovenkaak gekeken, dan liep dit bij rokers op tot bijna 18%. Naarmate kortere implantaten werden gebruikt, bleek de negatieve invloed van roken groter te zijn.²¹ Een significant grotere bloedingindex, een grotere pocketdiepte, meer lokale ontsteking en meer botverlies zijn in de rokersgroep aangetoond.²² Verder blijkt dat wanneer één week vóór en zeven weken ná het plaatsen van implantaten wordt gestopt met roken, een significante reductie optrad van het percentage mislukkingen ten opzichte van de groep patiënten die zijn blijven roken.²³

Verstoorde wondgenezing

Tabaksgebruik beïnvloedt de wondgenezing negatief, hetgeen wordt toegeschreven aan de verhoogde plasmaconcentraties van adrenaline en noradrenaline ten gevolge van het roken, die aanleiding geven tot een perifere vasoconstrictie. Zo bleek tabaksgebruik de wondgenezing na parodontale chirurgie en extracties negatief te beïnvloeden en zijn onder meer significant vaker ‘dry sockets’ en pijnlijkere extractiewonden gemeld.²⁴

Verkleuring van gebit

Roken veroorzaakt een verkleuring van de gebitselementen, waardoor de esthetiek afneemt. Deze invloed van roken is belangrijker dan het gebruik van koffie en thee.²⁵ Verder worden bij rokers vaker en meer verkleuringen van tandheelkundige restauraties en prothesen gezien.

7.2.2 Rookgedrag van tandartsen

Van de in Nederland ondervraagde tandartsen rookt 12% dagelijks en 15% af en toe, is 30% met roken gestopt en heeft 43% nooit gerookt. Internationaal bezien lijken de Nederlandse tandartsen qua rookgedrag een middenpositie in te nemen.²⁶ Van de Amerikaanse tandartsen rookt 6% en van de Italiaanse tandartsen rookt 33%.^{27,28} Nederlands onderzoek uit 1995 laat zien dat toen 25% van de medisch-specialisten rookte; dat van hen 36% is gestopt met roken en dat 40% nooit gerookt heeft. Van de verpleegkundigen rookte in dat jaar 44%, is 26% daarmee gestopt en heeft 30% nooit gerookt.²⁹ Van de totale Nederlandse bevolking van 15 jaar en ouder rookt 35%.³⁰

Van de Nederlandse tandheelkundige praktijken is 86% geheel en 11% gedeeltelijk rookvrij.²⁶

7.2.3 Rookbeleid van tandartsen

Hoewel tandartsen eenvoudig kunnen vaststellen of hun patiënten roken, geven ze minder vaak een stopadvies dan andere gezondheidszorgwerkers.³¹⁻³³ Niettemin vindt de meerderheid het belangrijk dat ze betrokken worden bij rookontmoedigingscampagnes.³⁴⁻³⁸ Deze discrepantie tussen houding en feitelijk gedrag van tandartsen is opmerkelijk.³⁹

Een klein deel (18%) van de Nederlandse tandartsen informeert al hun rokende patiënten regelmatig over de schadelijke gevolgen van tabaksgebruik. Bij aan roken gerelateerde mondklachten loopt dat aandeel op tot 59%.²⁶

Eenmalig advies of een korte ondersteunende interventie

Uit onderzoek blijkt dat van de mensen die een paar minuten duren stopadvies en een informatiebrochure hadden gekregen, 2,5% na een jaar niet meer rookt.⁴⁰ Wanneer het stopadvies werd gegeven tijdens een meerdere sessies durende parodontale behandeling, stopte 13% van de patiënten met roken.⁴¹

In een onderzoek in 75 tandartspraktijken (35.000 patiënten) werden 4.761 tabaksgebruikers in drie groepen verdeeld: geen interventie, minimale interventie (vraag, geef folder) en uitgebreide interventie (stopdatum, video, telefoon).⁴⁰ Na 12 maanden werd er geen verschil tussen de interventies gezien (OR: 0,9), maar wel tussen 'geen interventie' en 'minimale of uitgebreide interventie' (OR: 1,11; stoppercentage na drie maanden 4,7 versus 5,3; na 12 maanden 2,4 versus 2,6). In de 'uitgebreide interventie'-groep werden significant meer stoppogingen gedaan dan in de groep met 'minimale interventie'.⁴²

In een onderzoek onder 154 tandheelkundige patiënten in Londen die een korte ondersteunende interventie en nicotinepleisters kregen, was het stoppercentage na negen maanden 11 (met cotininecontrole).⁴³

Bij zwaar-rokende patiënten werd een stoppercentage na een jaar van 16,9 gemeld.⁴⁴ Deze patiënten kregen een herhaalde korte ondersteunende interventie en nicotinekauwgum. In de controlegroep die alleen een kort ondersteunende interventie kreeg, stopte 7,7%.

Training van het tandheelkundig team verhoogt zowel de kwaliteit als de kwantiteit, zowel in aantal als in bestede tijd, van de stopadviezen. Hoe vaker tandartsen werden herinnerd aan hun hulptaak, des te vaker gaven ze stopadviezen (29% versus 18%).⁴⁵ Ook de inrichting van de praktijk kan daarbij helpen: rookvrij, posters, foto's.^{46,47}

Implementatie van 'stoppen met roken'-interventies

Van alle ondervraagde Nederlandse tandartsen vindt 38% dat het informeren/adviseren van patiënten over stoppen met roken tot het takenpakket van de tandarts behoort.⁴⁸ Ruim de helft (57%) acht het niet de verantwoordelijkheid van tandartsen om mensen ervan te overtuigen met roken te stoppen. Niettemin denkt 38% dat de patiënt de informatie van de tandarts hierover op prijs zal stellen. Ongeveer tweederde van de Nederlandse tandartsen (64%) denkt dat de meeste mensen niet zullen stoppen met roken als de tandarts dat adviseert.

Voorwaarden

Tijdgebrek is een belemmering voor het adviseren van patiënten over stoppen met roken: 27% van de tandartsen, 33% van de medisch-specialisten en 24% van de verpleegkundigen geeft dit aan.⁴⁹ De Zweedse tandartsen zien tijdgebrek veel vaker dan hun Nederlandse collegae als belemmering: 61%, terwijl dit slechts voor 20% van de Deense tandartsen geldt.^{50,26,3} Gebrek aan informatie over rookontwenning is bij Nederlandse tandartsen de meest genoemde barrière (47%). Gebrek aan informatie over de schadelijke gevolgen van roken (37%) en gebrek aan

vaardigheden om over stoppen met roken een gesprek te kunnen voeren (29%), worden vaak genoemd. Voor het adviseren van patiënten acht 52% van de tandartsen schriftelijk informatie-materiaal voor patiënten onontbeerlijk. Inmiddels zijn in Nederland informatiebrochures voor het tandheelkundig team en voor patiënten verschenen.^{51,52}

Interventies door praktijkassistenten

Uit Canadees onderzoek blijkt dat indien alle leden van het tandheelkundig team meedoen aan het rookontmoedigingsbeleid, de resultaten positiever zijn. Dit wordt mede verklaard door het enthousiasme dat ontstaat bij het gezamenlijk delen van succes.^{53,54}

Conclusies

Niveau 3	<p>Er zijn sterke aanwijzingen dat advies ten aanzien van stoppen met roken door tandartsen effectief is. Afhankelijk van de duur en de frequentie van het advies stopt 2-13% van alle rokers voor ten minste 12 maanden met roken.</p> <p>C <i>McGregor 1996⁴¹; Severson 1998⁴⁰</i></p>
Niveau 3	<p>Tandartsen in Nederland zijn in het algemeen goed op de hoogte van de schadelijke effecten van tabaksgebruik en zijn bereid (68%) om in hun zorgverlening aan patiënten aandacht te geven aan de nadelige effecten voor de gezondheid in het algemeen en die voor de mond en het gebit in het bijzonder. Daarbij wil 41% zich richten op alle rokende patiënten en 27% alleen op patiënten met aan roken gerelateerde mondklachten.</p> <p>C <i>Allard 2000⁴⁸; Allard 2000⁵⁵</i></p>
Niveau 3	<p>Tandartsen willen goed geïnformeerd worden over roken en mondgezondheid en de wijze waarop zij patiënten dienen te benaderen. Patiëntenvoorlichtingsmateriaal is hierbij onontbeerlijk. Tandartsen vinden dat er tegenover hun inspanningen een tarief moet staan.</p> <p>C <i>Allard 2000⁴⁸; Allard 2003⁵⁰; Allard 2000⁵⁵; Albert 2002⁵⁶; Campbell 1999⁵³; Jennet 1998⁵⁴; Fried 1992⁵⁷; Gerbert 1989⁵⁸</i></p>
Niveau 4	<p>Indien het hele tandheelkundige team meedoet, zijn de resultaten gunstiger.</p> <p>D <i>Campbell 1999⁵³; Jennet 1998⁵⁴</i></p>

Aanbevelingen

- 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.
- Er dient een tarief te komen voor een ‘stoppen met roken’-consult om de implementatie van ‘stoppen met roken’-adviezen door tandartsen te stimuleren.
- Het verdient aanbeveling om niet alleen trainingen te organiseren voor tandartsen, maar ook de overige praktijkmedewerkers hierbij te betrekken.

7.3 Verloskundige praktijken (alle disciplines)

Zwangere vrouwen vormen een bijzondere groep omdat roken risico's met zich meebrengt voor het ongeboren kind en de uitkomst van de zwangerschap, maar tevens voor het kind na de geboorte. Bovendien betreft het een relatief korte periode waarin ‘stoppen met roken’-interventies moeten plaatsvinden. Anderzijds is zwangerschap een aanleiding voor de vrouw waarin verandering van rookgedrag voor langere duur tot stand kan worden gebracht. Met name informatie aan de ouders dat het (ongeboren) kind ook nadelige effecten ondergaat van het roken door de moeder (en de vader), kan leiden tot een hogere effectiviteit van ‘stoppen met roken’-interventies. Hier ligt een belangrijke verantwoordelijkheid voor alle zorgverleners die betrokken zijn met de zorg rond zwangerschap en geboorte. Het heeft de voorkeur ‘stoppen met roken’-interventies reeds preconceptieel te initiëren.¹ Hierdoor kan er meer tijd aan worden besteed met mogelijk meer kans op succes.

Van de vrouwen in Nederland rookt 35-50% tijdens de zwangerschap.^{2,3} Roken tijdens de zwangerschap hangt samen met maternale, foetale en kinderlijke morbiditeit en sterfte. Er bestaat een toegenomen kans op spontane abortus, extra-uteriene graviditeit, intra-uteriene groeiretardatie, kleinere schedelomtrek, placenta praevia, abruptio placentae, vroegtijdig breken van de vliezen, prematuriteit en perinatale sterfte.⁴⁻⁸ Roken tijdens de zwangerschap is mogelijk verantwoordelijk voor 15% van alle vroeggeboorten.⁹ De ‘population attributable risks’ (PARs) van matернаal roken aan perinatale sterfte is 6,3%, een geboortegewicht < 2.500 g 11,1% en < 1.500 g 5,7%.¹⁰ Wanneer roken door zwangere vrouwen niet meer zou voorkomen, dalen de incidenties van perinatale sterfte en laag geboortegewicht met 10%.

Rookt de vrouw wel, dan treden na de geboorte meer kinderlijke gezondheidsstoornissen op zoals wiegendood (verdubbeling van het risico) en ziekenhuisopnamen, onder andere door meer lageluchtweginfecties en astma. Waarschijnlijk bestaat er ook meer kans op ontwikkelings- en gedragsstoornissen.

7.3.1 Effectiviteit van korte ‘stoppen met roken’-interventies aan zwangeren

In de recentste review werden 34 ‘randomized clinical trials’ geëvalueerd aangaande ‘stoppen met roken’-interventies in de eerste- en tweedelijnsgezondheidszorg (dus door zowel huisartsen, verloskundigen als gynaecologen).¹¹ In de review werd beschreven dat de OR voor ‘stoppen met roken’-interventies tijdens het derde trimester van de zwangerschap versus geen interventies 0,53 is met een 95%-BI: 0,47-0,60; een absoluut verschil in aantal vrouwen van 6,4% dat stopt met roken. ‘Stoppen met roken’-interventies verminderden ook de risico's

op een laag geboortegewicht (< 2.500 g; OR: 0,80; 95%-BI: 0,67-0,95) en prematuriteit (OR: 0,83; 95%-BI: 0,69-0,99) en resulteerden in een stijging van het geboortegewicht (gemiddeld 28 g; 95%-BI: 9-49 g). Geen duidelijke effecten werden aangetoond op perinatale sterfte of de incidentie van laag geboortegewicht (< 1.500 g).

In een meta-analyse van de Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR) resulteerde een interventie (een contact van tien of meer minuten met aanvullende zelfhulpmaterialen en/of een verwijzing voor intensieve begeleiding) in een verdubbeling van het aantal stoppers van 8 naar 15% in de zwangerschap.¹²

Een andere meta-analyse van tien gerandomiseerde onderzoeken toonde een stijging van 50% in het stoppen met roken tussen de zesde en negende maand van de zwangerschap door een georganiseerde prenatale 'stoppen met roken'-interventie.¹³

De MIS, een 5-15 minuten durende interventie bestaande uit de stappen 'ask', 'assess', 'advise', 'assist' en 'arrange', is effectief bij zwangere vrouwen die minder dan 20 sigaretten per dag roken.^{14,6} Hoewel stoppen in de vroege zwangerschappen de meest voordelen geeft, is stoppen op elk moment in de zwangerschap aan te bevelen.

Conclusies

Niveau I	<p>Roken tijdens de zwangerschap brengt aanzienlijke risico's met zich mee voor het kind. Interventies van 5-15 minuten bestaande uit de stappen 'ask', 'assess', 'advise', 'assist' en 'arrange' zijn effectief bij zwangere vrouwen die minder dan 20 sigaretten per dag roken.</p> <p>A1 <i>Melvin 2000¹⁴; ACOG 1997⁶</i></p>
Niveau I	<p>'Stoppen met roken'-interventies verminderen het risico op een laag geboortegewicht (< 2.500 g; OR: 0,80; 95%-BI: 0,67-0,95) en prematuriteit (OR: 0,83; 95%-BI: 0,69-0,99) en resulteren in een stijging van het geboortegewicht (gemiddeld 28 g; 95%-BI: 9-49 g). Hoewel stoppen met roken in het begin van de zwangerschap het meeste voordelen biedt, is stoppen op elk moment in de zwangerschap gunstig.</p> <p>A1 <i>Lumley 2003¹¹</i></p>

Overige overwegingen

Uit focusgroepinterviews met rokende zwangeren en rokende vrouwen met een kinderwens komt een aantal zaken naar voren die van belang kunnen zijn bij het aanbieden van 'stoppen met roken'-interventies aan deze doelgroepen:

1. Terugval doet zich vooral voor in de perioden na de bevalling en nadat de vrouwen zijn gestopt met de borstvoeding. Hoewel wetenschappelijke onderbouwing ontbreekt, is de werkgroep van mening dat het belangrijk is aandacht te besteden aan terugvalpreventie. Onderzoek naar terugvalpreventie na de bevalling zou zinvol zijn.

2. Als belangrijke *barrière* voor het stoppen met roken wordt de te verwachten stress genoemd. Zij benadrukken dat het lastiger is af te komen van de psychische verslaving dan van de lichamelijke. Voorts geven rokende zwangeren en rokende vrouwen met een kinderwens aan bang te zijn voor gewichtstoename en willen ze meer informatie ontvangen over de schadelijke effecten van roken op het ongeboren kind. De apotheek kan een rol spelen bij informeren over gebruik van NVM. Centraal dient de 'eigen wil' te staan, omdat dit als de belangrijkste succesfactor voor een geslaagde poging wordt gezien.
3. Van de verloskundige wordt een proactieve rol verwacht. Vrouwen vinden advies door hen bemoedigend. Het wordt bovendien verwacht, gewaardeerd en geaccepteerd. Geheel stoppen dient het uitgangspunt te zijn, maar hulpverleners onderkennen vaak dat het beter is te minderen dan voortdurend rond te lopen met een gevoel van stress.
4. Een rokende hulpverlener is minder geloofwaardig.
5. Rokende zwangeren en rokende vrouwen met een kinderwens hebben het gevoel dat farmacologische ondersteuning niet werkt. Tegelijkertijd geeft een aantal ondervraagden aan dat NVM en bupropion meer gepromoot moeten worden. Er is een voorkeur voor bupropion boven NVM, omdat bupropion een beter effect zou hebben op de gemoedstoestand aangezien het een antidepressivum is. Vanuit de werkgroep wordt het gebruik van bupropion afgeraden in de zwangerschap (contra-indicatie).
6. De interesse voor alternatieve methoden is groot, en de meningen over telefonische counseling lopen uiteen van nuttig en stimulerend tot te persoonlijk (en dus niet een onderwerp dat je met een onbekende bespreekt).

TNO Preventie en Gezondheid, STIVORO voor een rookvrije toekomst en de Vrije Universiteit (afdeling Sociale Geneeskunde, EMGO-instituut) hebben een voorlichtingsprogramma ontwikkeld om meeroken door kinderen te verminderen.

Uit het evaluatieonderzoek kwam naar voren dat (in 1996) 42% van de kinderen van 0-12 maanden werd blootgesteld aan sigarettenrook in de woonkamer en dat de meeste consultatiebureaus weinig deden aan de preventie van meeroken. De belangrijkste belemmeringen hiervoor waren gebrek aan tijd en aan materiaal. Een gebrek aan ouderlijke preventie was vooral geassocieerd met een negatieve attitude, een negatieve sociale invloed van de partner, een lage eigen effectiviteit en een hogere leeftijd van het kind. Op basis hiervan is een voorlichtingsprogramma ontwikkeld, bestaande uit een brochure voor ouders en een handleiding voor hulpverleners met een vijfstappenplan om meeroken te bespreken. In 1999, twee jaar na de disseminatie van het programma binnen de ouder- en kindzorg, is het meeroken door kinderen van 0 tot 10 maanden gedaald van 41% naar 18%.

De genoemde instanties concluderen dat het voorlichtingsprogramma 'Roken? Niet waar de kleine bij is' effectief is in het verminderen van meeroken door kinderen. Het effect neemt waarschijnlijk af als de voorlichting niet wordt herhaald als het kind ouder wordt. Ontwikkeling van voorlichting voor oudere kinderen is dus gewenst.

Aanbevelingen

- 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. De (V-)MIS is hierbij een effectieve methode, in ieder geval voor de korte termijn. Het 'stoppen met roken'-advies aan zwangere vrouwelijke rokers zou er als volgt uit kunnen zien.¹⁵

ASK-1 minuut:

Vraag de patiënt aan te geven welke van de volgende beweringen het beste bij haar past:

- A. Ik heb NOOIT gerookt of ik heb minder dan 100 sigaretten in mijn hele leven gerookt.
- B. Ik ben gestopt met roken VOORDAT ik erachter kwam dat ik zwanger was en ik rook nu niet.
- C. Ik ben gestopt met roken NADAT ik erachter kwam dat ik zwanger was en ik rook nu niet.
- D. Ik rook nu af en toe, maar ik heb het aantal sigaretten teruggebracht toen ik wist dat ik zwanger was.
- E. Ik rook regelmatig, ongeveer hetzelfde als VOORDAT ik wist dat ik zwanger was.

In geval van B of C, feliciteer haar met het besluit om te stoppen en moedig haar aan om de stoppoging vol te houden en dit na de zwangerschap vol te houden. In geval van D of E, leg haar rookstatus vast in het dossier en pas een eenmalige of korte ondersteunende interventie toe volgens het model van de vijf A's ('advise', 'assess', 'assist', 'arrange', zie *bijlage 1*.) De vijf A's zijn bedoeld voor elke roker die wil stoppen.

- Bij gemotiveerde rokers is het zinvol om in de loop van de zwangerschap meerdere malen aandacht (dus tijdens meerdere consulten) en ondersteuning te geven aan het stoppen met roken.
- Aangezien er goede ervaringen zijn opgedaan met het voorlichtingsprogramma 'Roken? Niet waar de kleine bij is', kan dit als goed voorbeeld gelden om meer roken door kinderen te verminderen.

7.3.2 Factoren die het stoppen bevorderen

De volgende factoren hangen samen met stoppen met roken in de zwangerschap: op latere leeftijd gaan roken, geen voorgaande kinderen, weinig roken, hogere opleiding, ondersteuning door partner en niet-rokende ouders.¹⁶

Vrouwen die doorgaan met roken tijdens de zwangerschap, zijn gemiddeld jonger en vaker ongetrouwd, arm, emotioneel gestresst, laag opgeleid, multipara en zware rokers.¹⁷ Speciale ondersteuning door 'peers', in aanvulling op de MIS ('ask', 'assess', 'advise', 'assist', 'arrange'), resulteert in een daling van het aantal gerookte sigaretten per dag en stijging van het geboortegewicht (niet in het aantal vrouwen dat stopte).¹⁸

Overige overwegingen

Het is van belang extra aandacht te schenken aan forse rooksters met zwangerschapswens of die zwanger zijn en dan met name die met een gestoorde obstetrische voorgeschiedenis.

7.3.3 Farmacologische ondersteuning

NVM moeten worden overwogen bij het falen van andere interventies, zeker bij fors rokende vrouwen (meer dan tien sigaretten per dag) die eerder een gestoord zwangerschapsbeloop hebben doorgemaakt waarop roken van invloed is geweest. Men zal de mogelijke risico's van NVM moeten afwegen tegen de voordelen van het stoppen of minderen van het roken. Een 'randomized clinical trial' liet echter geen effect zien van nicotinepleisters op het stoppen met roken, wel op het geboortegewicht (gemiddeld verschil nicotinepleisters versus placebo 186 g; 95%-BI: 35-336 g).¹⁹ NVM zijn veiliger dan sigaretten.²⁰ De Royal College of Physicians beveelt het gebruik van NVM door zwangere vrouwen aan nadat andere interventies hebben gefaald.²¹ Voor de teratogene risico's en contra-indicaties van NVM, bupropion en nortriptyline wordt verwezen naar het Farmaceutisch Kompas²² en naar voor de IB-tekst.

Aanbeveling

- 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 NVM voor zwangere rooksters. Het gebruik van bupropion is gecontraïndiceerd. Met nadruk moet worden gewezen op het risico van gelijktijdig gebruik van NVM en roken (risico op verlaagd geboortegewicht).

7.3.4 Terugvalpreventie bij zwangeren

Tweederde van de vrouwen die stoppen met roken tijdens de zwangerschap, gaat binnen drie maanden na de geboorte weer roken.²³ Continuering van ondersteuning na de geboorte is dus essentieel (eventueel met NVM). Vijf RCT's toonden echter geen effect van interventie tijdens de zwangerschap op de mate van terugval na de geboorte.¹¹ Eén RCT beschrijft geen significant effect zes maanden post partum. Dit zou kunnen worden verklaard door het feit dat verloskundige hulpverleners weinig aandacht hebben voor terugvalpreventie en dat zwangeren vooral voor hun ongeboren kind stoppen. Slechts weinig zwangeren hebben het terugvalboekje ontvangen. Een systematische review van interventieonderzoeken gericht op stoppen met roken door zwangeren toonde dat 5 van de 44 geïncludeerde onderzoeken een component bevatten gericht op terugvalpreventie, voor vrouwen die gestopt zijn met roken bij het eerste antenatale bezoek aan de zorgverlener. Deze RCT's toonden geen effect aan. De gepoolde OR voor roken tijdens de late zwangerschap is 0,75 (95%-BI: 0,53-1,04), met een absoluut verschil van 4,9%.

Aanbevelingen

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.

7.3.5 Attitudes en ervaringen van gynaecologen en verloskundigen

Er zijn aanwijzingen dat de verloskundige hulpverlener terughoudender is in het advies tot het stoppen met roken dan in het advies het roken te minderen. Het minderen van roken is echter van zeer beperkte waarde en het stoppen moet daarom doel van de advisering zijn.²⁴ Verloskundigen zijn mogelijk bang om schuldgevoelens te versterken bij een ongunstige zwangerschapsuitkomst.

Verloskundigen met een positieve taakopvatting ten aanzien van de 'stoppen met roken'-begeleiding zijn in het algemeen meer overtuigd van de voordelen van het geven van 'stoppen met roken'-voorlichting voor de gezondheid van moeder en kind en verwachten meer steun van hun collega's ten aanzien van deze taak. Zij hebben de overtuiging dat zij hun taak als verloskundige beter uitvoeren wanneer zij adviseren en begeleiden bij het stoppen met roken van hun cliënten. De perceptie van de eigen effectiviteit met betrekking tot het geven van 'stoppen met roken'-voorlichting was laag, zowel onder verloskundigen met een positieve als verloskundigen met een minder positieve taakopvatting.²⁵

Het onderzoek van Bakker beschrijft een aantal kenmerken en meningen van verloskundigen onderzocht door middel van een schriftelijke enquête onder 237 verloskundigen. Verloskundigen geven aan gemiddeld 3,5 minuten te besteden aan het gesprek over roken tijdens het eerste

consult. Verloskundigen zijn bereid gemiddeld 17,5 minuten, verspreid over de afspraken, te besteden aan ‘stoppen met roken’-begeleiding.

7.3.6 Eenmalig advies en korte ondersteunende interventie door verloskundigen

Eén onderzoek beschrijft het effect van minimale interventie door verloskundigen in de eerste lijn en speciaal op zwangeren gericht zelfhulpmateriaal; zes weken post partum is 38,2% in de experimentele groep gestopt, tegen 23,4% in de controlegroep.

Vrouwen in de experimentele groep zijn meer geneigd te proberen te stoppen (OR: 3,2; $p < 0,01$; 95%-BI: 1,47-6,18). Voor de lange termijn is het effect van korte ondersteunende interventies (zoals de V-MIS) niet aangetoond.

Overige overwegingen

Met nadruk stellen we dat verloskundigen ondersteuning bieden bij het stoppen met roken. Of cliënten daadwerkelijk (trachten te) stoppen met roken, is de eigen verantwoordelijkheid van de cliënt en haar partner.

7.3.7 Implementatie van korte ‘stoppen met roken’-interventies door verloskundigen en gynaecologen

Voor het advies en de begeleiding van stoppen met roken aan zwangeren is de V-MIS ontwikkeld. Het is een stappenplan dat bestaat uit het vaststellen van het motivatieniveau en de nicotine-afhankelijkheid (1), verhogen van het motivatieniveau (2), bespreken van barrières (3), afspreken van een stopdatum (4), aanbieden van de zelfhulpgids en/of video (5). Daarnaast is een post-partum-interventie gericht op terugvalpreventie (6). De V-MIS gaat uit van de fase van gedragsverandering waarin de rokende vrouw verkeert.²⁵

De interventie is doeltreffend en kost relatief weinig tijd.

Conclusie

Niveau 4

De V-MIS is een effectieve methode voor het begeleiden van rokende vrouwen bij het stoppen met roken.

D Bakker 2001²⁵

7.4 Ouders van pasgeborenen en jonge kinderen

Kinderartsen, huisartsen, consultatiebureau-artsen, jeugdartsen en andere hulpverleners in de zorg voor kinderen kunnen op vier niveaus te maken hebben gezondheidsproblemen in relatie tot roken:

- de gevolgen van roken door zwangeren voor de foetus (dit is in de vorige paragraaf besproken);
- de gevolgen van meerroken door kinderen in het algemeen (zuigelingen, peuters, kleuters en schoolkinderen);

- de gevolgen van meeroken door kinderen met ziekten aan de luchtwegen;
- tieners die beginnen met roken.

7.4.1 Gevolgen

Meeroken blijkt een van de risicofactoren voor luchtwegklachten bij kinderen.¹ Een serie meta-analysen maakt de relatie tussen meeroken en acute lageluchtweginfectie, meeroken en ‘astma en wheezing’, meeroken en prevalentie van respiratoire symptomen en astma duidelijk.²⁻⁴ Bovendien beschreven Anderson en Cook in een meta-analyse de relatie tussen meeroken en wiegendood.⁵

Het is moeilijk de relatie van meeroken tot de ernst van luchtwegklachten te bepalen bij kinderen met ziekten aan de luchtwegen. Op basis van klinische waarneming, theoretische overweging en veel literatuur over de relatie van roken en de ernst van astma bij volwassenen kan men stellen dat luchtwegaandoeningen, met name astma, vaker optreden na blootstelling aan tabaks-rook.

Indien kinderen luchtwegafwijkingen hebben, is de motivatie van ouders groter om mee-roken te vermijden. Kinderartsen, huisartsen, consultatiebureauartsen, jeugdartsen en andere hulpverleners in de zorg voor kinderen zijn daarom in een geschikte positie stoppen met roken van ouders/verzorgers te bevorderen.^{6,7} Tevens blijkt er een aanmerkelijk ‘carry-over effect’ van meerdere jaren na een interventie.⁸

Het is niet per se nodig dat de ouders stoppen met roken. Buiten of alleen op het werk (in daartoe bestemde ruimten) roken door ouders schaadt immers de gezondheid van een kind niet. Zorgverleners moeten trachten ouders en andere verzorgenden ertoe te brengen niet in huis te roken, hetgeen een minder moeilijke opdracht is. Bij roken voor het open raam en onder de afzuigkap komen nog erg veel rookpartikels binnenshuis voor.

7.4.2 Effectiviteit

Er zijn meerdere onderzoeken die interventies beschrijven om meeroken door jonge kinderen te verminderen. In uitkomstmaten zijn deze onderzoeken wisselend. Het is nog maar de vraag of een eenmalig (twee A’s) advies effectief is.⁹ De onderzoeken maten de afname van gerapporteerd aantal gerookte sigaretten of afname van rookpartikels in de woonomgeving van jonge kinderen. Afname van urinecotinineconcentratie is slechts in één onderzoek gering aanwezig.⁷ Verder dooft het effect van interventies veelal uit over de tijd, dus is het zaak aandacht te besteden aan follow-up/ terugvalpreventie.

In Nederland heeft STIVORO een interventieprogramma ontwikkeld voor consultatiebureau-artsen en verpleegkundigen, onder de titel ‘Roken? Niet waar de kleine bij is’ (zie *paragraaf 7.3.1*). Het NIPO doet continu onderzoek naar rookgewoonten. Hierbij worden bemoedigende resultaten wat betreft meeroken gezien. Tussen 1997 en 2000 daalde het percentage meeroken van kinderen tot en met vier jaar van 48 naar 35%.¹⁰ Het programma kan ook door de GGD’s worden toegepast bij ouders van de leeftijdsgroep vijf tot acht jaar.

Conclusies

<p>Niveau I</p>	<p>Meerroken is een gezondheidsrisico voor (jonge) kinderen. Meerroken door kinderen met luchtwegaandoeningen verergert de klachten en vormt daarmee een extra gezondheidsrisico.</p> <p>A1 <i>Strachan 1997²; A1 Strachan 1998³; A1 Cook 1997⁴; A1 Anderson 1997⁵; B Hofhuis 2002¹⁰; B Martinez 1995¹</i></p>
<p>Niveau I</p>	<p>Korte ondersteunende en intensieve interventies zijn effectief gebleken en de duur van het effect houdt langer aan bij meervoudige en/of langdurige interventies.</p> <p>A2 <i>Emmons 2001¹¹; A2 Hovell 1994⁶; A2 Wahlgren 1997⁸; A2 Hovell2002⁷</i></p>

Overige overwegingen

De kennis ten aanzien van de schadelijke effecten van meerroken is veel lager in de Nederlandse bevolking dan de kennis over de schadelijke effecten van zelf roken.

Aanbevelingen

- 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 meerroken. 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.

7.5 Tieners

Uiteraard is roken zeer schadelijk voor de gezondheid van tieners, zeker wanneer ook nog eens sprake is van een luchtwegaandoening.

Tieners die begonnen zijn met roken, vormen een bijzondere groep. Enerzijds zijn ze meestal (nog) niet aan nicotine verslaafd, hetgeen een voordeel is. Anderzijds levert een geslaagde stop-poging van een jongere extra veel winst op, wordt de mate van verslaving bij jongeren vaak onderschat en hebben jongeren een andere denkwereld dan volwassenen, waartegen ze zich vaak af willen zetten. Dit is een nadeel bij de benadering van deze groep. Het is dus van belang zo goed mogelijk op de denkwereld van jongeren aan te sluiten; er is echter geen reden om bij jeugdigen fundamenteel anders te handelen dan bij volwassenen. Hulpverleners zouden

zich vertrouwd kunnen maken met technieken van gedragsmatige interventies, zoals de MIS en met de beginselen van ‘motivational interviewing’. Dit laatste is een ondersteunende communicatiemethode waarbij de patiënt (in dit geval een rokende tiener met een luchtwegaandoening) ertoe gebracht wordt zijn of haar eigen beslissingen te nemen.

Er is veel literatuur over de beïnvloeding van rookgewoonten onder tieners in de algemene populatie. Deze onderzoeken zijn grotendeels afkomstig uit de VS. De resultaten zijn wisselend en vaak teleurstellend. Over beïnvloeding van rookgedrag bij tieners met een luchtwegaandoening is echter geen literatuur gevonden.

Conclusie

Niveau 2

Over de effectiviteit van de interventies onder tieners kunnen geen consistente effecten gerapporteerd worden. Er zijn wel aanwijzingen dat intensieve interventies effectief kunnen zijn.

A2 Nutbeam 1993¹; A2 Aveyard 1999²; A2 Adelman 2001³

Aanbeveling

- 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.

7.6 Patiënten met aan roken gerelateerde aandoeningen

7.6.1 Hart- en vaatziekten

De MIS, die effectief is gebleken in de Nederlandse huisartspraktijk (zie *paragraaf 7.1.2*) en verloskundige praktijk (zie *paragraaf 7.3.1*), is eveneens op haar effectiviteit onderzocht in de poliklinische (zogenoemde P-MIS) en klinische setting (zogenoemde C-MIS) voor patiënten met een cardiovasculaire aandoening. Het C-MIS-protocol was effectief op de korte termijn (na 3 maanden), terwijl effecten op de lange termijn (na 12 maanden) niet werden gevonden.¹ Enerzijds lag dit aan de methodologische beperkingen van het onderzoek, waaronder een hoge uitval en een incomplete implementatie. Anderzijds werd gesteld dat de interventie, met name het onderdeel nazorg na ontslag uit het ziekenhuis (terugvalpreventie), moest worden uitgebreid. De P-MIS, waarbij de effecten na een jaar werden onderzocht, bleek niet effectief.² Om effecten te sorteren bij patiënten met coronair lijden die de polikliniek bezoeken, werd door Van Berkel een intensievere interventie dan de minimale-interventiestrategie aanbevolen.

Reviews waarop Amerikaanse en Britse richtlijnen voor de behandeling van tabaksverslaving zijn gebaseerd, hebben bij de beoordeling van effectiviteit van interventies niet specifiek gekeken naar hartpatiënten, maar naar de in het ziekenhuis opgenomen algemene populatie.^{3,5} De eerder genoemde vijf A's ('ask', 'assess', 'advise', 'assist', 'arrange') zijn noodzakelijk in een effectieve interventie. Opgemerkt dient te worden dat de C-MIS eveneens uit deze onderdelen is opgebouwd. Rice & Stead geven in hun Cochrane-review over verpleegkundige interventies op het gebied van stoppen met roken aan dat intensieve telefonische ondersteuning na ontslag uit het ziekenhuis een essentieel onderdeel is van een effectieve interventie voor hartpatiënten.^{4,6} Telefonische ondersteuning maakte eveneens deel uit van de C-MIS. Verder wordt in de review ook melding gemaakt van het onderzoek van Ockene, die in tegenstelling tot Bolman enkel effecten van een 'stoppen met roken'-interventie vindt bij patiënten met een ernstig hartinfarct.^{1,7}

Een kort advies gegeven door verpleegkundigen aan patiënten met een coronaire bypass is effectief. Patiënten met een hartinfarct hebben een twee keer zo grote kans op succesvol stoppen dan na een bypassoperatie.⁸

Ook een intensiever programma uitgevoerd door verpleegkundigen voor patiënten die in verband met coronair hartfalen in een Noors ziekenhuis werden opgenomen, bleek zeer effectief. Patiënten die gedurende het verblijf in het ziekenhuis tweemaal per week een groepsessie hadden en bovendien tot zes maanden meermaals (telefonische) follow-up ontvingen, hadden na 12 maanden een biochemisch bevestigde stopkans van 57% versus 37% in de groep patiënten die alleen een advies kreeg om te stoppen (NNT = 5 (95%-BI: 3-6)).⁹

Medicamenteuze ondersteuning bij patiënten verhoogt de kans op succesvol stoppen en is veilig.^{10,11} Intensievere gedragscounseling verhoogt de kans op succesvol stoppen met een factor twee tot drie.^{3,4,11}

Conclusies

Niveau 1	De vijf A's ('ask', 'assess', 'advise', 'assist', 'arrange') zijn noodzakelijke onderdelen van een effectieve methode om mensen met een coronaire hartziekte te begeleiden bij het stoppen met roken. <i>A2 Bolman 2002¹; A1 Fiore 2000³; A1 Rice 1999⁴; A1 Raw 1998⁵</i>
Niveau 3	De C-MIS is in ieder geval op de korte termijn (drie maanden nadat de methode is toegepast bij in het ziekenhuis opgenomen hartpatiënten) een effectieve methode voor het begeleiden bij het stoppen met roken. <i>A2 Bolman 2002¹</i>
Niveau 3	Medicamenteuze ondersteuning in combinatie met NVM verhoogt de kans op succesvol stoppen bij cardiovasculaire patiënten. <i>A2 Tonstad 2003¹⁰</i>

Niveau 3

Intensievere begeleidingsprogramma's zijn effectief.

A2 Miller 1997⁶

Overige overwegingen

Bij patiënten die ongemotiveerd zijn om te stoppen met roken, dient uiteraard een interventie plaats te vinden die erop gericht is de motivatie voor het stoppen met roken te verhogen. Een van de technieken die hiervoor kunnen worden gebruikt, is 'motivational interviewing' (zie ook *paragraaf 7.5* en *bijlage 2* voor de vijf R's bedoeld voor rokers die op dit moment niet bereid zijn een stoppoging te ondernemen).

Aanbeveling

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 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.

7.6.2 Chronische longziekten

Gezien de nauwe relatie tussen roken en COPD is het verbazingwekkend hoe weinig 'stoppen met roken'-interventies specifiek voor deze doelgroep zijn ontwikkeld en onderzocht. Een Cochrane-review uit 2003 identificeerde vijf gecontroleerde 'stoppen met roken'-onderzoeken voor COPD.¹² Er werden geen onderzoeken gevonden die gedragsinterventies vergeleken met geen interventie. Voor de meest actuele beschrijving van de literatuur en bijbehorende aanbevelingen op het gebied van COPD wordt verwezen naar de CBO-richtlijn 'Ketenzorg COPD'.

Enkele reviews verzamelden de 'evidence' voor de effectiviteit van farmacotherapeutische 'stoppen met roken'-interventies bij patiënten met COPD. De resultaten laten zien dat NVM (kauwgum en spray) en bupropion de stopcijfers verhogen. Ook nortriptyline verhoogde de stopcijfers.^{13,14} Na 12 maanden bleek echter het in de Cochrane-review opgenomen en hierboven beschreven onderzoek van Tashkin et al. geen verschil meer te laten zien tussen de interventie en controlegroep: 21 rokers (10%) van de interventiegroep waren continu abstinente vergeleken met 16 (8%) in de controlegroep (OR 1,32, 95%-BI 0,67-2,61).¹⁵

De farmacologische interventies werden niet aangeboden zonder psychosociale interventies, zodat het singuliere effect van de farmacologische interventies niet goed kan worden bepaald.

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. Vooral nog lijkt er geen significant verschil in effectiviteit te bestaan tussen nortriptyline en bupropion als hulpmiddel voor stoppen met roken.¹⁶

In een Nederlands project, uitgevoerd door de Universiteit van Twente, werd bij een ‘stoppen met roken’-interventie in drie poliklinieken de toepassing van de L-MIS vergeleken met een intensieve ‘SmokeStopTherapy’ (SST). De SST is een combinatie van psychosociale counseling in kleine groepen en individueel plus farmacotherapie (nicotinevervanging of bupropion). De resultaten van dit onderzoek zijn op dit moment nog niet bekend.

Ook de resultaten van een gecontroleerd onderzoek naar de effecten van antidepressiva op het stoppen met roken bij patiënten met COPD, uitgevoerd door de Universiteit van Maastricht, zijn op dit moment nog niet bekend.

Wat betreft de attitude van de longarts en de daarbij betrokken verpleegkundige(n) zijn de volgende gegevens bekend:¹⁷

1. De longarts vraagt bij het eerste bezoek altijd om de rookstatus.
2. Bij een vervolconsult vraagt circa de helft van de longartsen opnieuw naar de rookstatus.
3. Longartsen registreren vrijwel altijd de rookstatus van een patiënt.
4. Bijna driekwart van de longartsen adviseert een rokende patiënten bij het eerste consult te stoppen.
5. Als een patiënt niet wil/kan stoppen, adviseert de longarts in één op de vijf gevallen te minderen.
6. Ruim tweederde van de longartsen verwijst een patiënt naar de longverpleegkundige, sommige huisartsen verwijzen naar de longarts.
7. Van de longartsen past 27% de MIS toe (is nog in implementatiefase).
8. Bijna de helft van de longartsen geeft de patiënt zelfhulpmateriaal mee.
9. Longartsen vinden dat de rookstatus bij elk consult ter sprake moet worden gebracht.
10. Longartsen vinden dat alle rokers het advies moeten krijgen om te stoppen.
11. Longverpleegkundigen krijgen een belangrijke rol toegedicht door longartsen.

Conclusie

Niveau 1

De hoeveelheid goed uitgevoerde onderzoeken naar de effecten van ‘stoppen met roken’-interventies bij COPD-patiënten is beperkt. Minder intensieve interventies zijn effectief voor COPD-patiënten. Dit geldt in het bijzonder voor een combinatie van psychologische en farmacologische interventies.

A1 Van der Meer 2003¹²

Aanbeveling

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 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.

7.7 Patiënten die een chirurgische ingreep ondergaan

Ongeveer eenderde van alle patiënten die worden geopereerd, rookt, doch dit varieert natuurlijk naar gelang de rol van roken bij het ontstaan van de aanleiding tot de ingreep. Uit diverse publicaties is gebleken dat roken een wezenlijke risicofactor is voor het ontwikkelen van intraoperatieve en postoperatieve complicaties.¹ Rokers ontwikkelen in deze fase van behandeling frequenter long- en circulatieproblemen dan niet-rokers. Daarnaast treden frequenter infecties en vertraagde wondgenezing op en is er voor deze patiënten vaker een indicatie voor 'intensive care'. Mechanismen die mogelijk ten grondslag liggen aan complicaties die optreden bij rokers, zijn pulmonale veranderingen, waardoor een slechtere oxygenatie en een verminderde functie van het cardiovasculaire systeem en immuunapparaat optreden. Ook wordt een verminderde collageenproductie met veranderde structuur genoemd. Fysiologische onderzoeken hebben aangetoond dat de door roken geïnduceerde veranderingen tot op zekere hoogte reversibel zijn en dat de periode nodig voor substantiële verbetering varieert van zes tot acht weken. Een Cochrane-review vond onvoldoende bewijs voor het positieve effect van preoperatieve 'stoppen met roken'-interventies op het reduceren van pre- en postoperatieve complicaties.¹ Wel suggereren klinische waarnemingen een gunstig effect van het stoppen van roken vóór de operatie. Na coronaire bypass-chirurgie lopen rokers een belangrijk risico op heroperatie, myocardinfarct en overlijden.²⁻⁴ In een recenter gerandomiseerd, gecontroleerd onderzoek werden gunstige effecten gevonden van een effectief 'stoppen met roken'-programma, dat zes tot acht weken voor de operatie wordt gestart.⁵ Ook retrospectief onderzoek gedaan bij osseo-geïntegreerde dentale implantaten, artrodeseoperaties, hernia inguinalis-chirurgie, coronaire bypasschirurgie en patiënten met een carcinoom in het hoofd-halsgebied, liet zien dat er een verband bestaat tussen perioperatieve complicaties en roken.⁶⁻¹³

Conclusie

Niveau 3

Het stoppen met roken voor een operatieve ingreep lijkt de kans op complicaties te verminderen. Het preoperatief verminderen of stoppen met roken zou het effectiefst zijn zes tot acht weken voorafgaand aan de operatie.

A2 Møller 2002⁵

7.8 Psychiatrische, rokende patiënten en meervoudig verslaafde rokers

Patiënten met psychiatrische ziektebeelden roken meer dan de gemiddelde populatie.¹⁻³ Dit geldt waarschijnlijk voor patiënten met psychotische stoornissen, stemmingsstoornissen, alcohol- en drugsverslaving en ook voor adolescenten met ADHD of gedragsstoornissen. Als verklaring hiervoor bestaan meerdere theorieën, waarbij – zoals voor alle verslavingen – geldt dat de factoren die het gebruik in gang zetten, andere kunnen zijn dan die het gebruik onderhouden. Een van de verklaringen voor de relatie met de andere verslavingen is een mogelijke genetische aanleg voor verslaving en door de overeenkomende werking op de neuroreceptoren, waardoor ze elkaar versterken en onderhouden. De centrale receptor waar het bij alle verslavingen om draait, is de dopaminereceptor.

Bij de aanvang van het roken zouden sociale factoren een rol kunnen spelen, zoals aansluiting bij een ‘peer’-groep waarin ook veel stoornissen voorkomen, bijvoorbeeld een groep jongeren met gedragsstoornissen, maar ook mogelijk neurobiologische factoren. Nicotine heeft een werking op meerdere neurotransmittersystemen in de hersenen, en het is mogelijk dat symptomen van sommige ziektebeelden afnemen als nicotine wordt gebruikt. In het bijzonder is dit geopperd voor de negatieve symptomen van schizofrenie, zoals verlies van initiatief en vervlakking van de emoties.¹ De samenhang tussen psychiatrische klachten en roken is echter verre van eenduidig. In prospectief onderzoek bij groepen jongeren bleek de aanwezigheid van klachten niet altijd meer rookgedrag te voorspellen.³

Bij een langer lopend nicotinegebruik, en met het optreden van verslaving, gaan andere factoren een rol spelen bij rokende psychiatrische patiënten. Nicotine vermindert waarschijnlijk de werking van sommige medicijnen.¹ Roken zou dus een manier kunnen zijn om minder last van bijwerkingen te ervaren. Verder gaan algemene factoren een rol spelen: het zou kunnen zijn dat een patiënt met een ernstig psychiatrisch ziektebeeld wel iets anders aan zijn hoofd heeft dan de schadelijke effecten van roken, en dus minder snel aan stoppen denkt. Het is ook mogelijk dat de mogelijkheden op een gewone manier aan plezierige ervaringen te komen drastisch afnemen, waardoor zowel de patiënt als behandelaars de patiënt zijn sigaretje maar blijven ‘gunnen’.

Ook kan de werking van langduriger nicotinegebruik zelf weer klachten veroorzaken.³ In prospectief onderzoek bij jongeren zijn aanwijzingen gevonden dat vooral stressverschijnselen en depressieve klachten verergerden naarmate meer werd gerookt.

Dat roken een negatief effect heeft op de slaap, is eveneens bekend.

7.8.1 Verslaving

Stoppen met roken veroorzaakt bij normale mensen klachten van onrust, prikkelbaarheid en angst, maar dit geldt alleen voor de eerste weken tot maanden. Daarna neemt het welbevinden weer toe en wordt het vaak beter dan voor het stoppen. Er is geen reden te veronderstellen dat dit voor psychiatrische patiënten anders zou zijn. Wel blijkt dat de symptomen van detoxificatie bij psychiatrische patiënten heftig kunnen zijn en dat psychiatrische symptomen, met name depressieve klachten, sterk kunnen toenemen kort na het stoppen met roken.⁴

Dit kan ertoe leiden dat niet alleen de patiënt ervoor terugschrikt om de abstinentiepoeging voort te zetten, maar ook behandelaars en de omgeving van de patiënt (min of meer onder het motto ‘liever rokend dan suïcidaal’).

Alcoholisten

Alcoholisten roken meer dan gemiddeld. Zeker 80% van deze groep rookt. Omgekeerd is er bij 33% van de zware rokers sprake van een alcoholprobleem, nu of in het verleden.⁵ Onder alcoholisten kan worden verstaan ‘alcohol-dependent people’, mensen met ‘alcohol addiction’ en ‘alcoholics’. Het gaat om mensen die in de ICD-10 worden geplaatst onder ‘afhankelijkheid van alcohol (F12)’: ‘een cluster verschijnselen van lichamelijke, gedragsmatige en cognitieve aard, dat zich ontwikkelt na herhaaldelijk gebruik van middelen en waaronder typerend voorkomen een sterk verlangen om het middel te gebruiken, moeilijk in de hand te houden gebruik ervan, aanhoudend gebruik ervan in weerwil van de schadelijke gevolgen, een aan andere activiteiten en verplichtingen voorbijgaande prioriteit gegeven aan het gebruik van het middel, toegenomen tolerantie en soms een lichamelijke onthoudingstoestand’.

Bij alcoholproblemen in het heden of verleden is stoppen met roken moeilijker.⁶⁻⁸ Het gebruik van beide middelen is sterk geconditioneerd. Het drinken van alcohol geeft trek in een sigaret en andersom. Nicotine en alcohol werken allebei behalve op de dopaminereceptor ook nog samen op diverse andere neuroreceptoren, zoals de noradrenaline-, serotonine-, GABA-, glutamaat- en β -endorfinereceptoren.

Heroïne en methadon

Heroïne en methadon doen de behoefte aan nicotine toenemen en andersom. Van de drugsverslaafden en methadongebruikers rookt 98%. De helft van deze populatie is vóór het 15^e levensjaar gestart met roken.⁹

Cocaïne

Cocaïne is net als nicotine een sterk verslavend middel. Nicotine kan leiden tot een verhoogd gebruik van cocaïne. Aangezien het ontwikkelen van een afhankelijkheid ook wordt bepaald door factoren zoals prijs, verkrijgbaarheid en sociale omstandigheden, komt cocaïneverslaving veel minder vaak voor.¹⁰

7.8.2 Motivatie

Bij het stimuleren met roken te stoppen kan de ernst van het psychiatrisch ziektebeeld van belang zijn. Zo kan het zijn dat chronisch psychotische mensen een dusdanige kijk hebben op hun lichaam en wat daarin gebeurt dat praten over stoppen met roken geen zin heeft, terwijl een patiënt met een depressie of een alcoholprobleem daar wel bij gebaat is. Ook is voor alle bestaande interventies vereist dat er probleembesef aanwezig is en dat de roker over een zekere mate van zelfcontrole mogelijkheden beschikt. In het geval van ziektebeelden die juist die functies aantasten, zoals bijvoorbeeld hersenorganische beschadigingen of chronische psychotische beelden, valt niet te verwachten dat bestaande interventies zullen aanslaan.

Dit laat onverlet dat er weinig pogingen worden ondernomen patiënten binnen de psychiatrie te motiveren met roken te stoppen, en dat de psychiatrisch patiënt daarmee alle risico's loopt die andere rokers ook lopen. Het onderwerp zou in psychiatrische behandelsettings vaker aan de orde kunnen komen.

De kennis over de samenhang tussen nicotineverslaving en psychiatrische klachten en ziektebeelden is verre van volledig, en bestaat voornamelijk uit hypothesen. Veel meer onderzoek, vooral prospectief onderzoek, is nodig om de samenhang te achterhalen. Daarbij gaat het om een populatie die zowel praktisch als ethisch gezien niet gemakkelijk voor onderzoek beschikbaar is.

7.8.3 Behandeling

Bij de behandeling van deze categorie nicotineverslaafden worden positieve resultaten gemeld van zowel gedragsmatige als farmacologische interventies.⁴ Er zijn geen aanwijzingen dat therapie met NVM voor psychiatrische patiënten nadelig zou zijn. Het toepassen van bupropion ligt bij deze categorie patiënten minder voor de hand, gezien het mogelijke bijwerkingenprofiel (agitatie, angst, depressie en concentratieverlies bij 1-10% van de gebruikers).¹¹ Verder kan bupropion gevaarlijke reacties (met name insulsten) geven in combinatie met andere medicijnen die juist door psychiatrische patiënten veel worden gebruikt: antidepressiva, antipsychotica, anti-epileptica en antihistaminica.

Voor de groep psychiatrische patiënten geldt dat de behandelend psychiater op de hoogte moet zijn van de stoppoging en de patiënt gedurende enige tijd (enkele maanden) vaker zal moeten zien. Niet alleen kunnen onthoudingsverschijnselen optreden of verschuivingen in het bekende klachtenpatroon, maar ook zou de werking van medicijnen kunnen toenemen met toxische verschijnselen als gevolg.

Een apart probleem doet zich voor bij patiënten die voor langere tijd of zelfs levenslang aangewezen zijn op algemene voorzieningen, zoals woonafdelingen binnen de psychiatrie of beschermde woonvormen.¹² De Tabakswet vereist dat in vele door deze patiënten gebruikte voorzieningen niet meer mag worden gerookt. Aangezien deze patiënten geen alternatieven hebben om hun tijd door te brengen, kan dit leiden tot een aanzienlijke verslechtering van de kwaliteit van leven. Tevens is er dan kans op toenemende overlast van her en der rondhangende rokende patiënten die hun vertrouwde plek kwijt zijn, en gevaarlijk rookgedrag tonen op plekken waar niet mag worden gerookt.

Aanbevelingen

- 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 NVM. 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.

Uitgangspunten voor implementatie

8.1 Inleiding

Hoewel veel zorgverleners onderschrijven dat ‘stoppen met roken’-advisering onderdeel van hun takenpakket is, is de behandeling van tabaksverslaving zeer matig geïntegreerd in de alledaagse praktijk.¹⁻⁵ De redenen die hiervoor worden gegeven, zijn gebrek aan tijd, gebrek aan training en kennis, frustratie over de lage succespercentages, lage motivatie van de patiënt, kosten en gebrek aan specialistische ondersteuning.

Niet-gepubliceerd onderzoek onder huisartsen geeft aanwijzingen dat ongeveer eenderde de H-MIS gebruikt, hoewel niet bekend is hoe deze wordt gebruikt. Driekwart van de huisartsen zegt stopadvies te geven aan patiënten met aan roken gerelateerde ziekten, en tweederde adviseert gemotiveerde patiënten te stoppen. Vrijwel geen huisarts geeft stopadvies aan alle rokende patiënten.

Onderzoek onder longartsen toont aan dat tweevijfde van de longartsen een behandeling van tabaksverslaving aanbiedt of de L-MIS gebruikt.⁶ Vrijwel alle longartsen geven aan dat ze naar de rookstatus vragen en deze registreren, en driekwart geeft aan alle rokende patiënten stopadvies te geven.

8.2 Methode

Een systematische review is uitgevoerd naar de effectiviteit van verschillende manieren van onderwijskundige of praktijkgeoriënteerde programma's om de betrokkenheid van zorgverleners bij de behandeling van tabaksverslaving te onderzoeken. Deze review is gebaseerd op de methodologie van de Effective Practice and Organization of Care Group (EPOC) van de Cochrane Collaboration.⁷ Onderzoeken werden via Medline (1966-2001), Embase (1980-2001), Cinahl (1982-2001) en de Cochrane Library geïdentificeerd, aangevuld met handmatig zoeken in de tijdschriften Tobacco Control en Addiction.

De zoektermen die werden gebruikt, zijn gedefinieerd door de Cochrane Collaboration. Dit betreft woorden gerelateerd aan: (1) interventions⁷ zoals ‘intervention onderzoeken’, ‘evaluation trials’, ‘continuing education’, ‘reminder systems’, ‘guidelines’ ‘screening programmes’; (2) primary health care (Cochrane Collaboration 2002) zoals ‘physicians family’; ‘primary health care’, ‘family practice’, ‘nurse clinicians’; en (3) tobacco⁸ zoals ‘smoking cessation’, tobacco use disorder’, ‘nicotine’, ‘smoking’.

8.3 Resultaat

Vierentwintig programma's werden geïdentificeerd binnen de criteria van EPOC,⁶ waaronder gerandomiseerde klinische onderzoeken (RCT's), gecontroleerde klinische onderzoeken (CCT's), vergelijkende voor- en naonderzoeken (CBA's), en zogenoemde 'interrupted time series designs' (ITS's) met ten minste drie meetpunten voor en na de interventie. Deze betreffen ook objectieve metingen van het optreden, verandering in gedrag van de behandelaar of gezondheid, of patiëntuitkomsten.

De programma's leiden tot 15% toename in de aantallen van screening door de praktijkvoerder boven de gemiddelde screeningsaantallen van 48%, tot 13% toename in het geven van stopadvies boven het gemiddelde stopadvies van 51%, en tot 4,7% toename in biochemisch gevalideerde stopcijfers boven een gemiddelde van 16,9%.

Programma's met meer dan één component bleken effectiever dan programma's met slechts één component in het verbeteren van het uitvoeren van screening of het geven van stopadvies. Programma's waarin onderwijs en praktijkmethoden werden gecombineerd, bleken effectiever als het gaat om een toename in screening dan programma's die slechts één van deze componenten bevatten.

Om een toename te bewerkstelligen in het gebruik van biochemisch gevalideerde stopcijfers, bleken programma's buiten de praktijk effectiever dan programma's in de praktijk. Programma's met één component bleken effectiever dan programma's met meerdere componenten.

Programma's voor zorgverleners in opleiding bleken effectiever dan programma's voor gevestigde zorgverleners. Programma's voor zorgverleners in opleiding bleken effectief in een toename van het geven van stopadvies en stopcijfers, maar niet in screeningscijfers. Onderwijskundige interventies die binnen de praktijk plaatsvonden, en voor het merendeel enkelvoudig waren samengesteld en op tabak gericht waren, bleken effectief. Voor gevestigde zorgverleners bleken programma's effectief in verandering van screening en stopadvies, maar niet in het aantal stoppers. Programma's die buiten de praktijk plaatsvonden, meervoudig waren samengesteld en onderwijs met praktijk combineerden, bleken het effectiefst.

Conclusies

Niveau I	<p>Training tijdens de opleiding leidt tot een toename in het gebruik van protocollen, het geven van stopadvies en biochemisch gevalideerde stopcijfers.</p> <p>A1 <i>Bero 2002</i>⁷</p>
Niveau I	<p>De introductie van praktijkgerichte systemen, zoals screeningsmiddelen en gecomputeriseerde ondersteuning, leiden tot een toename in screening en stopadvies.</p> <p>A1 <i>Bero 2002</i>⁷</p>

8.4 ‘Stoppen met roken’-behandelcentra en specialistische hulp

Gespecialiseerde hulp via ‘stoppen met roken’-behandelcentra is nodig vanwege: het verzorgen van ondersteuning voor niet-specialisten die werkzaam zijn in de eerste of tweede lijn, ondersteuning voor moeilijk te behandelen rokers en als basis voor kennis en expertise.

Een belangrijke barrière voor generalisten in de eerste of tweede lijn is dat ze te weinig ondersteuning van beschikbare verwijsmogelijkheden ervaren. Door een specialistische vorm van behandeling te creëren voor ondersteuning en verwijzing, zal in de eerste en tweede lijn het geven van kort stopadvies waarschijnlijk toenemen, omdat er een mogelijkheid is de patiënt door te sturen naar ‘stoppen met roken’-behandelcentra. Rokers hebben een brede variatie in aanbod nodig, maar moeten ook zelf naar een behandelcentrum kunnen gaan. Deze behandelcentra kunnen onderzoek doen en kennis verspreiden voor het verbeteren van effectiviteit in ondersteuningsmethoden.

Een onderdeel van het Engelse tabaksontmoedigingsbeleid, ‘Smoking Kills’, was het creëren van ‘stoppen met roken’-klinieken. Met een beschikbaar bedrag van € 34 miljoen, voor een populatie van 50 miljoen inwoners (inclusief de kosten van behandeling), waren 125.000 rokers vier weken gestopt met roken. De klinieken zouden meer rokers van achtergestelde groepen aantrekken dan van minder achtergestelde groepen. Deze klinieken bleken niet alleen effectief, maar ook kosteffectief te zijn, met kosten per extra gewonnen levensjaar variërend van € 5.475 tot € 9.603, exclusief de besparingen op de gezondheidszorg. Hoe meer patiënten werden behandeld, des te lager de kosten per extra gewonnen levensjaar. Het systeem leidde tot een geschatte besparing op zorgkosten van ongeveer € 23 per patiënt.

‘Stoppen met roken’-behandelcentra kunnen worden ontwikkeld op provinciaal of regionaal niveau, met ten minste één kliniek per 500.000 inwoners. De centra moeten een goede doorstroom van rokers waarborgen om adequate specialistische expertise en bekwaamheid te kunnen verlenen. Ze kunnen bijvoorbeeld worden ondergebracht in instellingen voor verslavingszorg, of bestaande eerste- of tweedelijnscentra. De provincies of regio’s kunnen zelf beslissen wat de beste structuur voor hun populatie is.

De behandelcentra zouden op basis van zowel de expertise van de behandelaars als op de aangeboden diensten kunnen worden geselecteerd. De behandelaars dienen te worden getraind en geaccrediteerd, met een regelmatige update. De behandelingen die de centra aanbieden, zouden intensiever moeten zijn dan de interventies die normaliter in de eerste of tweede lijn worden aangeboden.

Effectieve verwijsmogelijkheden en follow-up zouden moeten worden geïntroduceerd, zodat de eerste lijn wordt geïnformeerd over hun patiënt.

8.5 Kenniscentra

De behandelcentra zouden moeten worden gerelateerd aan kenniscentra die ondergebracht kunnen worden in een aantal bestaande onderzoeksorganisaties/behandelcentra. De taken van de kenniscentra zijn het vertalen van bestaand en ontwikkeld bewijs in beleid en implicaties voor beleidsmakers en zorgverleners. De kenniscentra kunnen leren van de kennis van het bestaande aanbod in de eerste en tweede lijn, en van ‘stoppen met roken’-behandelcentra. Ze

zijn verantwoordelijk voor het uitzetten van nieuw onderzoek om de werkzaamheid van behandelingen en effectiviteit vast te stellen en zijn er verantwoordelijk voor dat het aanbod van diensten wordt verbeterd.

Aanbevelingen

- De werkgroep adviseert aantoonbaar effectieve ‘stoppen met roken’-interventies te vergoeden zoals ook door het College van Zorgvoorzieningen is geadviseerd.⁸
- Voor het toepassen van de H-MIS wordt geadviseerd dat huisartspraktijken in voldoende mate kunnen beschikken over praktijkondersteuning.⁸
- Geaccrediteerde training zou (verder) moeten worden ontwikkeld en dienen te worden aangeboden aan zorgverleners in opleiding.
- Praktijkgerichte screening, interventieprotocollen en hulpmiddelen moeten (verder) ontwikkeld en verspreid worden onder alle eerste- en tweedelijnszorgverleners, inclusief apothekers en tandartsen, met een instructie voor het gebruik.
- Alle kosteneffectieve ‘evidence-based’ gedragsmatige en farmacologische vormen van ondersteuning zouden vergoed moeten worden aan alle rokers die er gebruik van maken en alle zorgverleners die ze aanbieden.
- ‘Stoppen met roken’-behandelcentra zouden ontwikkeld en geïmplementeerd moeten worden, waarbij voor elk centrum ongeveer 500.000 inwoners nodig zijn.
- Kenniscentra met een link naar behandelcentra zouden de opdracht moeten krijgen om de behandelcentra te voorzien van wetenschappelijke onderbouwing.

Hoofdstuk 9

Kosteneffectiviteit

Dit hoofdstuk is een samenvatting die gebaseerd is op het rapport van Feenstra et al., getiteld: *Cost-effectiveness analysis of smoking interventions by professionals: a dynamic modeling study*.¹

De kosten van ‘stoppen met roken’-interventies zijn laag in vergelijking tot de opbrengsten in termen van voorkómen, sterfte, morbiditeit en behandelkosten voor aan roken gerelateerde ziekten. Internationale reviews suggereren dat de kosten per gewonnen levensjaar variëren tussen € 215 en € 6.200 (omgerekend naar Nederlandse euro's, waarde van 2000). De meerderheid van de onderzoeken geeft overigens kosteneffectiviteitsratio's lager dan € 2.500 per gewonnen levensjaar. Vaak is dat een overschatting, aangezien deze onderzoeken de besparingen door het niet manifesteren van aan roken gerelateerde ziekten meestal niet meerekenen, waardoor de baten hoger zullen uitvallen. Deze gegevens dienen voorzichtig geïnterpreteerd te worden, aangezien het lastig is gegevens uit buitenlandse onderzoeken naar Nederland te vertalen. Er is geen algemeen geaccepteerde grenswaarde voor kosteneffectiviteit in Nederland. Voor preventieve interventies zoals stoppen met roken wordt vaak gesteld dat een kosteneffectiviteitsratio beneden € 20.000 per gewonnen levensjaar kosteneffectief is. Dit bedrag is voor het eerst gehanteerd in de cholesterolconsensus van 1998. Vergeleken met dit bedrag zijn interventies gericht op stoppen met roken zeer kosteneffectief.

In Nederland is de kosteffectiviteit van vijf ‘stoppen met roken’-interventies ten opzichte van de huidige praktijk berekend, ervan uitgaande dat die vijf interventies gedurende een jaar geïmplementeerd zouden worden en dat 25% van de rokers zou worden bereikt. Deze berekeningen zijn gemaakt met een simulatiemodel waarbij een tijdshorizon van 75 jaar werd gehanteerd, met als uitgangsjaar 2000, en een discontering van zowel kosten als effecten van 4% jaarlijks. Het betreft de volgende interventies:

1. H-MIS door de huisarts of assistent gegeven in één of twee consulten met een totale lengte van 12 minuten.
2. H-MIS, zoals hierboven beschreven, inclusief NVM over een periode van acht weken.
3. Intensieve counseling (IC) door een getrainde counselor (bijvoorbeeld een longverpleegkundige) gegeven over een periode van 12 weken, gedurende in totaal 90 minuten inclusief een kort stopadvies van de longarts (al dan niet poliklinisch gegeven) inclusief NVM.
4. IC, zoals hierboven beschreven, inclusief bupropion voor een periode van negen weken.
5. Telefonische counseling (TC) op maat door STIVORO, bestaande uit één intakegesprek van 30 minuten en zes vervolfgafspraken van 15 minuten, elk gebaseerd op de inhoud van een (elektronische) vragenlijst ingevuld door de stopper.

Voor de verschillende methoden zijn de cijfers na 12 maanden continue abstinentie met een 95%-betrouwbaarheidsinterval gehanteerd zoals in *tabel 12*.

Tabel 12 Abstinentie na 12 maanden bij diverse methoden

Interventie	Abstinentie (in %: 95%-BI)
Gangbare praktijk	3,4
H-MIS	7,9 (4,7-11,1)
H-MIS + nicotinevanger	12,7 (11,9-13,5)
IC + nicotinevanger	15,1 (14,1-16,1)
IC + bupropion	17,2 (14,0-20,4)
TC	7,6 (6,9-8,3)

Berekeningen zijn gemaakt op basis van de aanname dat in het jaar 2000 25% van de rokers gebruik zou hebben gemaakt van een van de interventies. Dit percentage is niet veel hoger dan het huidige percentage van 21% rokers dat aangeeft binnen het jaar te willen stoppen met roken. De schattingen omvatten besparingen in kosten voor het niet-behandelen van de volgende 11 aan roken gerelateerde ziekten: acuut myocardinfarct, coronaire hartziekten, beroerte, COPD, longkanker, larynxkanker, mondholtekanker, oesophaguskanker, pancreaskanker, blaaskanker en nierkanker. In 1999 werden de kosten voor deze ziekten geschat op 9% van de totale zorgkosten in Nederland.² De interventiekosten per roker worden geschat op € 21 voor minimale counseling door de huisarts (H-MIS), € 163 voor minimale counseling door de huisarts met NVM, € 349 voor intensieve counseling met NVM, € 334 voor intensieve counseling met bupropion en € 70 voor telefonisch advies op maat. De extra kosten per additionele stopper variëren van € 440 voor minimale counseling door de huisarts tot € 2.800 voor intensieve counseling met NVM.

Minimale counseling in de huisartspraktijk, over een periode van één jaar, waarbij 25% van de rokers wordt bereikt, bleek te leiden tot netto-kostenbesparingen. Dat wil zeggen dat de geschatte kostenbesparingen voor het niet hoeven behandelen van de 11 aan roken gerelateerde ziekten (€ 57 miljoen) groter zijn dan de interventiekosten (€ 23 miljoen). Voor elke € 10 die wordt uitgegeven aan minimale counseling in de huisartspraktijk, wordt € 25 aan zorgkosten bespaard (*tabel 13*).

Tabel 13 Basisschattingen van het aantal gewonnen levensjaren (LY's), voor kwaliteit gecorrigeerde levensjaren (QALY's), totale extra interventiekosten, totale zorgbesparingen en kosteneffectiviteit: kosten per extra gewonnen levensjaar en kosten per gewonnen QALY, 4% discontering voor zowel kosten als effecten (gebaseerd op de Nederlandse euro in 2000)

Interventie	Gewonnen LY's* x10.000	Gewonnen QALY's** x10.000	Interventie kosten* x1.000.000	Kostenbesparingen voor behandeling van ziekten**** x1.000.000	Kosten per gewonnen LY	Kosten per gewonnen QALY
HMIS	1,4	1,7	23	57	†	†
HMIS + nicotine- vervanger	2,8	3,6	180	120	2.300	1.700
IC + nicotine- vervanger	3,5	4,5	390	150	6.800	5.200
IC + bupropion	4,1	5,3	370	170	4.700	3.600
TC	1,2	1,6	77	53	2.000	1.500

† Minimale counseling door de huisarts was niet alleen effectiever dan de huidige praktijk, maar ook goedkoper.

De kosten per QALY voor de overige interventies zijn € 1.700 voor HMIS + NVM, € 5.200 voor IC + NVM, € 3.600 voor IC + bupropion en € 1.500 voor TC. De kosten per QALY werden lager naarmate de leeftijd van de deelnemers aan de interventies hoger werd.

In werkelijkheid zijn de interventies mogelijk nog kosteneffectiever, aangezien de effecten van stoppen met roken op het verloop van ziekten van meeroken en van roken tijdens de zwangerschap op baby's niet zijn meegenomen. Bovendien zijn alleen de medische kosten meegenomen, en geen productiviteitskosten. Daar staat tegenover dat de effectiviteit van de interventies is gebaseerd op 'trial'-data en mogelijk aan de hoge kant zijn.

Concluderend blijken alle vijf interventies zeer kosteneffectief met ratio's ver onder € 20.000 per gewonnen levensjaar. De H-MIS is een netto-kostenbesparende interventie. Ook de duurdere interventies zijn kosteneffectief.

Het mogelijke bereik van 'stoppen met roken'-interventies is niet in overweging genomen. Afgezien van mogelijke capaciteitsproblemen zou elke roker eenvoudig gebruik moeten kunnen maken van de beschikbare telefonische ondersteuning. Het bereik van minimale counseling is waarschijnlijk iets lager, omdat rokers eerst hun huisarts moeten bezoeken. Het bereik van intensieve counseling is een stuk lager, aangezien voorondersteld is dat deze door longartsen wordt gegeven.

Bijlagen

Bijlage 1

De vijf A's: bedoeld voor elke roker die wil stoppen

Aandacht (Ask): vraag systematisch (bij voorkeur jaarlijks) of hij/zij een roker is

<i>Actie</i>	<i>Implementatiestrategie</i>
Ontwerp een afdelings-/organisatiebrede manier waarop van elke patiënt systematisch (bij voorkeur jaarlijks) vastgesteld wordt of hij/zij rookt en leg dit vast. Uitzondering: volwassenen die geruime tijd niet hebben gerookt, en bij wie dit duidelijk in de status is vastgelegd.	Voer geheugensteuntjes in voor hulpverleners om systematisch naar rookgedrag te vragen, bijvoorbeeld door stickers op de status of door een 'reminder' in het elektronisch dossier van de patiënt, bijvoorbeeld: Rookstatus: roker – gestopt – nooit gerookt

Advies (Advise): adviseer hem of haar nadrukkelijk te stoppen met roken

<i>actie</i>	<i>Implementatiestrategie</i>
Adviseer op een duidelijke, sterke, en op de persoon afgestemde manier de roker te stoppen met roken.	Duidelijk: Ik denk dat het belangrijk is dat u stopt en dat ik kan u helpen Sterk: u moet weten dat stoppen met roken het beste is om uw gezondheid in de toekomst te behouden Op de persoon afgestemd: kijk naar persoonlijke motivatoren voor de roker: relatie met ziekte, kostenbesparing, belang voor kinderen, enzovoort

(Assess): stel de bereidheid om te stoppen met roken vast

<i>actie</i>	<i>Implementatiestrategie</i>
Stel vast of de roker bereid is een stoppoging te ondernemen op dit moment (binnen nu en 30 dagen).	<ul style="list-style-type: none">• Nu bereid te stoppen → ga over naar assisteren• Behoeft aan intensieve ondersteuning → bied deze aan of verwijs• Nu niet bereid te stoppen → intervier op niveau van motivatie• Speciale omstandigheden (zwanger, enzovoort) → overweeg intensieve interventie en geef aanvullende informatie

Assisteer (Assist): help hem/haar bij het ondernemen van de stoppoging

<i>actie</i>	<i>Implementatiestrategie</i>
Maak een 'stopplan' samen met de roker.	<ul style="list-style-type: none">• Spreek een stopdatum af• Regel sociale steun van anderen (vertel het iedereen)• Anticipeer op moeilijke momenten (ontwenningverschijnselen)• Verwijder tabaksproducten op plaatsen (woon-, werkomgeving) waar roker komt
Geef praktische ondersteuning.	<ul style="list-style-type: none">• Stop helemaal, ook niet een half sigaretje• Evalueer eerder mislukte pogingen• Stel vast hoe men een moeilijk moment kan herkennen• Stel voor moeilijke situaties te vermijden (bijvoorbeeld bij alcohol drinken)• Probeer partners en dergelijke personen op hetzelfde moment te laten stoppen
Bied ondersteuning aan.	<ul style="list-style-type: none">• Waar kan de roker altijd terecht bij vragen en problemen?
Probeer ondersteuning van anderen te regelen.	<ul style="list-style-type: none">• Vraag partners, ouders, collega's om de roker te ondersteunen in de stoppoging
Adviseer farmacotherapie, behalve in bijzondere situaties.	<ul style="list-style-type: none">• Overweeg farmacotherapie te adviseren als een roker meer dan tien sigaretten per dag rookt• Leg uit waarom dit de kans op stoppen verhoogt• Zie <i>hoofdstuk 4</i> voor effectiviteit en bijzondere groepen
Verschaft aanvullende informatie.	<ul style="list-style-type: none">• Ze adressen achter in deze richtlijn

Arrangeer (Arrange): zorg voor follow-up als vorm van terugvalpreventie

<i>Actie</i>	<i>Implementatiestrategie</i>
Bepaal data voor follow-upcontact, fysiek of telefonisch.	<ul style="list-style-type: none"> • Timing: follow-upcontact moet snel na de stopdatum worden gepland, liefst binnen een week, en een tweede binnen een maand • Acties in follow-up: vier het succes; als men toch heeft gerookt, evalueer waarom en probeer 'commitment' voor geheel stoppen te herkrijgen; herinner roker eraan dat terugvallen als een leermoment kan worden gezien; spreek moeilijke momenten door en anticipeer op toekomstige; evalueer farmacotherapie en overweeg intensievere behandeling

Bijlage 2

De vijf R's: bedoeld voor rokers die op dit moment niet bereid zijn een stoppoging te ondernemen

'Relevance' (relevantie):

Vertel de roker waarom het zinvol is om te stoppen, maak dit zo persoonlijk mogelijk, bijvoorbeeld door een relatie te leggen met de ziekte, met risico's voor ziektes, kinderen, enzovoort. Kijk hierbij ook naar mogelijke persoonlijke belemmeringen bij de persoon.

'Risks' (risico's):

Vraag de roker naar de risico's van roken. Benadruk de risico's als ze op de persoon specifiek van toepassing zijn. Benadruk dat het roken van 'light'-sigaretten de risico's niet wegneemt. De risico's kunnen worden onderscheiden in de volgende categorieën:

- acute risico's: impotentie, astma, schade tijdens zwangerschap
 - langetermijnrisico's: hart- en vaatziekten, COPD, kanker, enzovoort
 - risico's voor de omgeving: schade aan anderen
-

'Rewards' (beloning):

Vraag de roker naar de voordelen van stoppen met roken. Benadruk de voordelen als ze op de persoon specifiek van toepassing zijn. Voorbeelden zijn:

- betere gezondheid
 - geld
 - eten smaakt beter
 - lekkerder ruiken
 - fysiek beter voelen
 - goed voorbeeld voor kinderen
 - huid wordt beter
-

'Roadblocks' (belemmeringen):

Vraag de roker naar obstakels/barrières die bij het eventueel stoppen kunnen bestaan. Wijs zo mogelijk op behandelingsmogelijkheden om specifieke barrières te slechten (farmacotherapie, gedragsveranderende training, enzovoort):

- ontweningsverschijnselen
 - angst om te falen, dalende motivatie
 - gewichtstoename
 - gebrek aan (sociale) steun
 - genot van tabak
-

'Repetition' (herhaling):

Herhaling van deze strategie zolang de roker niet gemotiveerd is, vertel rokers ook dat de meeste mensen pas na enkele herhaalde stoppogingen weten te stoppen met roken

Bijlage 3

Terugvalpreventie

Probleem: gebrek aan steun

Oplossing:

- maak afspraken voor follow-up (eventueel telefonisch)
 - probeer in de omgeving van de gestopte roker bronnen van steun te vinden
 - verwijst naar een relevante organisatie die steun kan bieden
-

Probleem: negatieve stemming/depressie

Oplossing:

- bied ondersteuning, kijk of medicatie kan helpen en verwijst naar een relevante hulpverlener
-

Probleem: sterke ontwenningverschijnselen

Oplossing:

- kijk of (aanpassing van de) medicatie plaats dient te vinden
-

Probleem: gewichtstoename

Oplossing:

- benadruk belang van goed dieet, ontmoedig strikte diëten en probeer extra lichaamsactiviteit te stimuleren
 - vertel dat enige gewichtstoename gebruikelijk is, maar dat het gewicht na een tijdje niet meer toeneemt
 - overweeg medicatie te handhaven die gewichtstoename uitstelt, bijvoorbeeld bupropion
 - verwijst naar een relevante organisatie die steun kan bieden
-

Probleem: afname motivatie en lamlendigheid

Oplossing:

- benadruk dat dit een gewone reactie is
 - beveel belonende activiteiten aan
 - raad tijdelijk tabaksgebruik af en benadruk dat beginnen met roken (ook één sigaret) het alleen lastiger maakt om te stoppen.
-

Bijlage 4

Overzicht tabellen met onderbouwende onderzoeksresultaten

In een systematisch literatuuroverzicht zijn gegevens verzameld over in Nederland gangbare 'stoppen met roken'-ondersteuningsvormen. Er bleken verschillende bewezen effectieve stopmethoden beschikbaar te zijn. De langetermijnsuccespercentages variëren van 7 tot 24 (zie tabel).

Werkzaamheid en stoppercentages van in Nederland beschikbare methoden om te stoppen met roken, op basis van gegevens in Cochrane-reviews¹⁹⁻²⁶

interventie	relatieve werkzaamheid		abstinent na minimaal 6 maanden follow-up (puntprevalentie)		continu abstinent gedurende 12 maanden	
	aantal studies	gepoolde oddsratio (95%-BI)	aantal studies	aantal patiënten (%)	aantal studies	aantal patiënten (%)
zelfhulpgids, zonder contact	9	1,23 (1,02-1,49)*	12	447/8165 (5,5)	6	114/3651 (3,1)
zelfhulpgids met persoonlijk	8	0,91 (0,70-1,17) [†]	8	123/1734 (9,7)	2	41/631 (6,5)
advies op maat	8	1,41 (1,14-1,75) [‡]	8	223/3987 (5,6)	3	75/1128 (6,6)
individuele counseling	10	1,55 (1,27-1,90) [§]	10	263/1831 (14,4)	4	137/851 (16,1)
telefonische counseling	13	1,56 (1,38-1,77)	13	734/7845 (9,4)	9	434/5757 (7,5)
groeps cursus	5	1,91 (1,20-3,04) [¶]	5	68/424 (16,0)	0	–
nicotinekauwgom	51	1,66 (1,52-1,81)**	51	1508/7674 (19,6)	26	812/4860 (16,7)
met intensieve begeleiding			29	922/3541 (26,0)	15	434/2302 (18,9)
met minimale begeleiding			21	526/3747 (14,0)	11	292/2664 (11,0)
nicotinepleisters	33	1,76 (1,59-1,95)**	34	1419/9895 (14,3)	17	801/6142 (13,0)
met intensieve begeleiding			22	764/4909 (15,6)	11	313/2640 (11,7)
met minimale begeleiding			12	655/4986 (13,1)	6	488/3502 (13,9)
nicotine-inhaler	4	2,08 (1,43-3,04)**	4	84/490 (17,1)	4	84/490 (17,1)
nicotinetablet	2	1,73 (1,07-2,80)**	2	49/243 (20,2)	2	49/243 (20,2)
bupropion	7	2,54 (1,90-3,41)**	7	152/958 (15,9)	4	89/518 (17,2)
nortriptyline	2	2,77 (1,73-4,44)**	3	58/286 (20,3)	1	24/99 (24,2)
hypnotherapie	4	pooling onmogelijk	0	–	0	–
acupunctuur	3	1,02 (0,72-1,43)**	10	160/1015 (15,8)	3	55/636 (8,6)

*Controle: geen behandeling.

[†]Controle: alleen stopadvies.

[‡]Controle: zelfhulp(gids).

[§]Controle: gebruikelijke zorg of minimale interventie.

^{||}Controle: geen behandeling of zelfhulp(gids).

[¶]Controle: wachtlijst of een folder.

**Controle: placebo.

Bron: 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;147:922-7.

Bijlage 5

Tabellen met onderbouwende onderzoeksresultaten

Effectiviteit van eenmalige, korte ondersteunende interventies (MIS)

Tabel 1 Effectiviteit van eenmalige, korte ondersteunende interventies¹ (≥ 5 maanden follow-up; bij voorkeur 1-weekpuntprevalentie)

Advies	Aantal armen in onderzoek (7 onderzoeken)	Schatting OR (95%-BI)	Schatting abstinentieratio (95%-BI)
Geen stopadvies (referentiegroep)	9	1,0	7,9
Advies van arts om te stoppen	10	1,3 (1,1-1,6)	10,2 (8,5-12,0)

Tabel 2 Effectiviteit van eenmalige, korte ondersteunende interventies

Auteur	Mate van bewijs	Jaartal	Therapie	Aantal patiënten	Duur therapie en follow-up	OR (95%-BI)	Effectmaat
Ashenden 1997 ²	A1	1972-1995	Advies*	14.047 in 16 RCT's	Eenmalig contact, ≥ 6 maanden	1,27 (1,11-1,45)	Strengste criterium***
Ashenden 1997 ²	A1	1984-1994	Advies*	17.233 in 6 RCT's	Meer dan 1 contact, ≥ 9 maanden	1,46 (1,18-1,80)	Strengste criterium***
Silagy 2002 ³	A1	1972-1997	Advies*	13.575 in 16 RCT's	Maximaal 2 contacten met eerste contact < 20 min en geen voorlichtingsmethoden anders dan een folder, ≥ 6 maanden	1,69 (1,45-1,98)	Strengste criterium***
Silagy 2002 ³	A2 (hetero-geen)	1984-1995	Advies*	5.325 in 5 RCT's	Eerste contact > 20 min, > 2 contacten, of voorlichtingsmethoden anders dan folder, ≥ 12 maanden	2,11 (1,74-2,54)	Strengste criterium***
Pieterse 2001 ⁴	A2	2001	MIS**	530 en 22 huis-artsen	1-2 contacten, 12 maanden	3,04 (1,7-5,6)	Continue abstinentie, zelf gerapporteerd

* Versus geen interventie of gebruikelijke zorg.

** Versus gebruikelijke zorg.

*** Voor elke RCT werd de strengste uitkomstmaat gebruikt die in het betreffende onderzoek was gebruikt; minimaal was dit de puntprevalentie van zelfgerapporteerde abstinentie na 6 maanden.

Tabel 3 Effect van het soort interventie¹ (≥ 5 maanden follow-up; bij voorkeur 1-weekpuntprevalentie)

Type counseling en gedragstherapie	Aantal armen (62 onderzoeken)	Schatting OR (95%-BI)	Schatting abstinenteratio (95%-BI)
Geen counseling/gedragstherapie	35	1,0	11,2
Ontspanning/ademhaling	31	1,0 (0,7-1,3)	10,8 (7,9-13,8)
'Contingency contracting'	22	1,0 (0,7-1,4)	11,2 (7,8-14,6)
Gewicht/dieet	19	1,0 (0,8-1,3)	11,2 (8,5-14,0)
'Cigarette fading'	25	1,1 (0,8-1,5)	11,8 (8,4-15,3)
Negatief affect	8	1,2 (0,8-1,9)	13,6 (8,7-18,5)
Sociale steun binnen de behandeling*	50	1,3 (1,1-1,6)	14,4 (12,3-16,5)
Sociale steun buiten de behandeling**	19	1,5 (1,1-2,1)	16,2 (11,8-20,6)
Probleemoplossing algemeen	104	1,5 (1,3-1,8)	16,2 (14,0-18,5)
Overig aversief roken	19	1,7 (1,04-2,8)	17,7 (11,2-24,9)
Snelroken	19	2,0 (1,1-3,5)	19,9 (11,2-29,0)

* Interventiecomponent die gericht is op het geven van aanmoediging, een gevoel van bezorgdheid en geïnteresseerd empathisch luisteren door leden van het behandelteam.

** Interventiecomponent die gericht is op het geven van 'tools' aan patiënten of hulp bij het verkrijgen van sociale steun buiten de behandeling.

Tabel 4 Effect van het soort interventie

Auteur	Mate van bewijs	Jaartal	Therapie	Aantal patiënten	Duur therapie en follow-up	OR (95%-BI)	Effectmaat
Silagy 2002 ³	B (1 onderzoek)	1999	Op motivatie gericht consult versus kort advies	536	Een of meer contacten, ≥ 6 maanden	2,00 (0,59 -6,72)	Punt-prevalentie abstinēt, zelf-gerapporteerd
Park 2002 ⁵	A1	1981-1992	Interventie plus partnersteun versus interventie	1.757 in 9 RCT's	Wisselend, ≥ 6 maanden	1,08 (0,81-1,44)	Punt-prevalentie abstinēt, zelf-gerapporteerd
Riemsma 2003 ⁶	A1 (review)	1991-2002	Stadium-gebaseerd versus niet-stadium-gebaseerd of geen	23 RCT's	-	-	-

Tabel 5 Intensiteit van de interventie¹ (≥ 5 maanden follow-up; bij voorkeur 1-weekpuntprevalentie)

Niveau van (intensiteit van) contact	Aantal armen in onderzoek (43 onderzoeken)	Schatting OR (95%-BI)	Schatting abstinenteratio (95%-BI)
Geen contact	30	1,0	10,9
Minimale counseling (< 3 minuten)	19	1,3 (1,01-1,6)	13,4 (10,9-16,1)
Lage intensiteit van counseling (3-10 minuten)	16	1,6 (1,2-2,0)	16,0 (12,8-19,2)
Hogere intensiteit van counseling (> 10 minuten)	55	2,3 (2,0-2,7)	22,1 (19,4-24,7)

Tabel 6 Duur van de interventie¹

Niveau van (intensiteit van) contact	Aantal armen in onderzoek (35 onderzoeken)	Schatting OR (95%-BI)	Schatting abstinenteratio (95%-BI)
Minder dan een minuut	16	1,0	11,0
1-3 minuten	12	1,4 (1,1-1,8)	14,4 (11,3-17,5)
4-30 minuten	20	1,9 (1,5-2,3)	18,8 (15,6-22,0)
31-90 minuten	16	3,0 (2,3-3,8)	26,5 (21,5-31,4)
91-300 minuten	16	3,2 (2,3-4,6)	28,4 (21,3-35,5)

Tabel 7 Aantal sessies van de interventie¹

Aantal sessies	Aantal armen in onderzoek (45 onderzoeken)	Schatting OR (95%-BI)	Schatting abstinenteratio (95%-BI)
0-1 sessies	43	1,0	12,4
2-3 sessies	17	1,4 (1,1-1,7)	16,3 (13,7-19,0)
4-8 sessies	23	1,9 (1,6-2,2)	20,9 (18,1-23,6)
> 8 sessies	51	2,3 (2,1-3,0)	24,7 (21,0-28,4)

Tabel 8 Duur en intensiteit van de interventie

Auteur	Mate van bewijs	Jaartal	Therapie	Aantal patiënten	Duur therapie en follow-up	OR (95%-BI)	Effectmaat
Ashenden 1997 ²	A1	1982-1993	Kort versus eenmalig advies	6.275 in 7 RCT's	Meer dan 1 contact versus eenmalig contact, ≥ 9 maanden	1,07 (0,88-1,29)	Strengste criterium*
Silagy 2002 ³	A2 (hetero-geen)	1982-2000	Intensief versus kort advies	9.775 in 14 RCT's	Bij kort advies max. 2 contacten met eerste contact < 20 min en geen voorlichtingsmethoden anders dan een folder, ≥ 6 maanden	1,44 (1,23-1,68)	Strengste criterium*
Silagy 2002 ³	A1	1982-1991	Advies en follow-up-bezoek versus eenmalig advies	1.254 in 5 RCT's	Meerdere contacten versus 1 contact, ≥ 6 maanden	1,60 (1,10-2,33)	Strengste criterium*
Stead 2002 ⁷	A1	1991-1999	Advies en telefonische follow-up versus advies	2.078 in 4 RCT's	Variabel per RCT, ≥ 6 maanden	1,08 (0,87-1,34)	Strengste criterium*

* Voor elke RCT werd de strengste uitkomstmaat gebruikt die in het betreffende onderzoek was gebruikt; minimaal was dit de puntprevalentie van zelfgerapporteerde abstinentie na 6 maanden.

Tabel 9 Effectiviteit van het toevoegen van zelfhulpmaterialen¹ (≥ 5 maanden follow-up; bij voorkeur 1-weekpunt-prevalentie)

Vorm	Aantal armen in onderzoek (58 onderzoeken)	Schatting OR (95%-BI)	Schatting abstinenteratio (95%-BI)
Geen vorm	20	1,0	10,8
Zelfhulp	93	1,2 (1,02-1,3)*	12,3 (10,9-13,6)

* Gelijksortige uitkomst voor onderzoeken waarbij zelfhulpmethoden (grote variatie van methoden) het enige verschil vormden tussen de armen. Toevoegen van een zelfhulp-gids aan individuele counseling was niet effectief (Fiore 2000, p. 51).¹

Tabel 10 Effectiviteit van het toevoegen van zelfhulpmaterialen

Auteur	Mate van bewijs	Jaartal	Therapie	Aantal patiënten	Duur therapie en follow-up	OR (95%-BI)	Effectmaat
Silagy 2002 ³	A2 (hetero-geen)	1978-1997	Advies zonder hulpmiddel*	14.053 in 16 RCT's	1 tot meer contacten, ≥ 6 maanden	1,95 (1,54-2,45)	Strengste criterium**
Silagy 2002 ³	A2 (hetero-geen)	1986-1995	Advies met hulpmiddel*	4.290 in 5 RCT's	1 tot meer contacten, ≥ 6 maanden	1,88 (1,63-2,18)	Strengste criterium**
Silagy 2002 ³	B (1 onderzoek)	1999	Advies en spirometrie en CO-niveau versus advies	536	1 of meer contacten, ≥ 6 maanden	0,61 (0,26-1,14)	Punt-prevalentie, zelf-gerapporteerd
Lancaster 2002 ⁸	A1	1983-1998	Advies en zelfhulpmateriaal versus advies	5.309 in 11 RCT's	Meestal eenmalig contact, ≥ 6 maanden	0,97 (0,78-1,21)	Strengste criterium**

* Versus geen interventie of gebruikelijke zorg.

** Voor elke RCT werd de strengste uitkomstmaat gebruikt die in het betreffende onderzoek was gebruikt; minimaal was dit de puntprevalentie van zelfgerapporteerde abstinentie na 6 maanden.

Tabel 11 Kenmerken van de roker die verband houden met de effectiviteit van de interventie¹

Zwangere rooksters	Aantal armen in onderzoek	Schatting OR (95%-BI)	Schatting abstinenteratio (95%-BI)
Gebruikelijke zorg (aanbeveling om te stoppen, vaak met meegeven zelfhulpmaterialen of verwijzing)	7	1,0	6,6
Interventie met meer dan de gebruikelijke componenten	8	2,8 (2,2-3,7)	16,8 (13,1-20,5)

Tabel 12 Intensiteit van de interventie

Auteur	Mate van bewijs	Jaartal	Therapie	Aantal patiënten	Duur therapie en follow-up	OR (95%-BI)	Effectmaat
Silagy 2002 ³	A1	1982-1992	Intensief versus eenmalig of kort advies	6.002 ongeselcteerde rokers in 10 RCT's	1 of meer contacten, ≥ 6 maanden	1,23 (1,02-1,49)	Strengste criterium*
Silagy 2002 ³	A1	1974-1990	Intensief versus eenmalig of kort advies	3.773 hoog-risicorokers in 5 RCT's	1 of meer contacten, ≥ 6 maanden	1,82 (1,44-2,29)	Strengste criterium*
Senore 1998 ⁹	C (regressie-analyse)	1998	Verschillende typen interventies	861 in interventie-groep	Meerdere contacten, 12 maanden	0,19 (0,07-0,52) voor eerder advies versus geen eerder advies	Continue abstinentie, biochemisch gevalideerd
Pieterse 2001 ⁴	C (regressie-analyse)	2001	MIS	530 en 22 huisartsen	1-2 contacten, 12 maanden	1,39 (1,2-1,7) voor hoge versus lage nicotine-afhankelijkheid	Continue abstinentie, zelf-gerapporteerd
Lumley 2003 ¹⁰	A2 (hetero-geen)	1976-1998	Verschillende typen interventies versus gebruikelijke zorg	9.945 in 34 RCT's	1 of meer contacten, tot in derde trimester	0,53 (0,47-0,60)	Blijven roken; zelf-gerapporteerd en soms biochemisch gevalideerd
Lumley 2003 ¹⁰	A2 (hetero-geen)	1984-1998	Zeer intensieve interventies versus gebruikelijke zorg	4.028 in 13 RCT's	Meerdere contacten, tot in derde trimester	0,54 (0,46-0,63)	Blijven roken; zelf-gerapporteerd en soms biochemisch gevalideerd

* Voor elke RCT werd de strengste uitkomstmaat gebruikt die in het betreffende onderzoek was gebruikt; minimaal was dit de puntprevalentie van zelfgerapporteerde abstinentie na 6 maanden.

Reactieve telefonische counseling

Tabel 13 Effectiviteit van reactieve telefonische stoplijnen

Auteur	Mate van bewijs	Interventie	Type respondenten	Aantal deelnemers	Effectmaat
Platt 1997 ¹¹	C	Reactieve 'quitline'	Bellers naar de 'smokeline service'	848	Puntprevalentie na 12 maanden
Wakefield 1999 (niet gepubliceerd)	C	Reactieve 'quitline'	Bellers naar de 'Quit Line Victoria'		Puntprevalentie na 12 maanden
Owen 2000 ¹²	C	Reactieve 'quitline'	Bellers naar de nationale hulplijn	905	Puntprevalentie na 12 maanden

Proactieve telefonische counseling

Tabel 14 Effectiviteit van proactieve telefonische counseling

Auteur	Mate van bewijs	Jaartal	Interventie	Aantal deelnemers/ onderzoeken of vergelijkingen	Duur interventie	Duur follow-up	Effectmaat
Fiore 2000 ¹	A1	1975-1999	Proactieve telefonische counseling in vergelijking met geen interventie	≥ deelnemers/ 26 vergelijkingen	Verschillend	> 5 maanden	Punt-prevalentie het dichtst bij 6 maanden
Stead 2003 ¹³	A1	t/m sept 2002	Proactieve telefonische counseling in vergelijking met interventies zonder persoonlijk contact	16.462 deelnemers/ 13 onderzoeken	Verschillend	> 6 maanden	Strengste criterium
Stead 2003 ¹³	A1	t/m sept 2002	Proactieve telefonische counseling toegevoegd aan een persoonlijke interventie	2.078 deelnemers/ 4 onderzoeken	Verschillend	> 6 maanden	Strengste criterium
Stead 2003 ¹³	A1	t/m sept 2002	Proactieve telefonische counseling toegevoegd aan NVM	1.499 deelnemers/ 4 onderzoeken	Verschillend	> 6 maanden	Strengste criterium

Praktijkondersteuners of -assistenten

Tabel 15 Invloed van type hulpverleners op effectiviteit van de interventie¹ (≥ 5 maanden follow-up; bij voorkeur 1-weekpuntprevalentie)

Type hulpverlener	Aantal armen in onderzoek (29 onderzoeken)	Schatting OR (95%-BI)	Schatting abstinenteratio (95%-BI)
Geen clinicus	16	1,0	10,2
Clinicus, geen arts	39	1,7 (1,3-2,1)	15,8 (12,8-18,8)
Clinicus, arts	11	2,2 (1,5-3,2)	19,9 (13,7-26,2)

Tabel 16 Invloed van aantal hulpverleners op effectiviteit van de interventie¹

Type hulpverlener	Aantal armen in onderzoek (37 onderzoeken)	Schatting OR (95%-BI)	Schatting abstinenteratio (95%-BI)
Geen clinicus	30	1,0	10,8
1 type clinicus	50	1,8 (1,5-2,2)	18,3 (15,4-21,1)
2 typen clinici	16	2,5 (1,9-3,4)	23,6 (18,4-28,7)
3 of meer typen clinici	7	2,4 (2,1-2,9)	23,0 (20,0-25,9)

Tabel 17 Effectiviteit van zeer intensieve interventies (Fiore 2000)¹

Vorm	Aantal armen in onderzoek (58 onderzoeken)	Schatting OR (95%-BI)	Schatting abstinenteratio (95%-BI)
Geen contact	30	1,0	10,9
Hogere intensiteit van counseling (> 10 minuten)	55	2,3 (2,0-2,7)	22,1 (19,4-24,7)

Tabel 18 Effectiviteit van interventies door verpleegkundigen en 'stoppen met roken-counselors'¹

Auteur	Mate van bewijs	Jaartal	Therapie	Aantal patiënten	Duur therapie en follow-up	OR (95%-BI)	Effectmaat
Rice 2002 ¹⁴	A2 (hetero-geen)	1987-2000	Advies door verpleegkundige*	8.192 in 16 RCT's	1 of meer contacten, ≥ 6 maanden	1,50 (1,29-1,73)	Strengste criterium***
Rice 2002 ¹⁴	A1	1987-2000	Advies door verpleegkundige *	5.275 niet opgenomen patiënten zonder HVZ in 8 RCT's	1 of meer contacten, ≥ 6 maanden	1,81 (1,39-2,36)	Strengste criterium***
Rice 2002 ¹⁴	A1	1987-1996	Advies door verpleegkundige*	1.791 in 5 RCT's	Eerste contact < 10 minuten, geen zelfhulpmaterialen of -methoden anders dan een folder, en maximaal 1 follow-upbezoek, ≥ 6 maanden	1,47 (1,26-1,72)	Strengste criterium***
Rice 2002 ¹⁴	A2 (hetero-geen)	1990-2000	Advies door verpleegkundige*	6.401 in 11 RCT's	Eerste contact > 10 minuten, zelfhulpmaterialen of -methoden anders dan een folder, of meer dan 1 follow-upbezoek, ≥ 6 maanden	1,67 (1,14-2,45)	Strengste criterium***
Lancaster 2002 ⁸	A1	1988-2001	Individuele counseling**	5.182 in 14 RCT's	> 10 minuten, ≥ 6 maanden	1,62 (1,35-1,94)	Strengste criterium***
Lancaster 2002 ⁸	A1	1991-2001	Intensieve versus korte counseling	602 in 3 RCT's	> 10 minuten, ≥ 6 maanden	0,98 (0,61-1,56)	Strengste criterium***

* Versus gebruikelijke zorg.

** Versus gebruikelijke zorg of een advies korter dan 10 minuten.

*** Voor elke RCT werd de strengste uitkomstmaat gebruikt die in het betreffende onderzoek was gebruikt; minimaal was dit de puntprevalentie van zelfgerapporteerde abstinentie na 6 maanden.

Literatuur

1. Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, et al. Treating tobacco use and dependence. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services. Public Health Service, 2000.
2. 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.
3. Silagy C, Stead LF. Physician advice for smoking cessation [Cochrane review]. The Cochrane Library. Issue 3. Oxford: Update Software, 2002.
4. Pieterse ME, Seydel ER, Vries H de, Mudde AN, Kok GL. Effectiveness of a minimal contact smoking cessation program for Dutch general practitioners: a randomised controlled trial. *Prev Med* 2001;32:182-90.
5. 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.
6. 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.
7. Stead LF, Lancaster T. Telephone counseling for smoking cessation [Cochrane review]. The Cochrane Library. Issue 3. Oxford: Update Software, 2002.
8. Lancaster T, Stead LF. Self-help interventions for smoking cessation [Cochrane review]. The Cochrane Library. Issue 3. Oxford: Update Software, 2002.
9. Senore C, Battista RN, Shapiro SH, Segnan N, Ponti A, Rosso S, Aimar D. Predictors of smoking cessation following physicians' counseling. *Prev Med* 1998 May;27(3):412-21.
10. Lumley J, Oliver S, Waters E. Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy. The Cochrane Library. Issue 2. Oxford: Update Software, 2003.
11. Platt S, Tannahill A, Watson J, Fraser E. Effectiveness of antismoking telephone helpline: follow up survey. *BMJ* 1997;314:371-5.
12. Owen L. Impact of a telephone helpline for smokers who called during a mass media campaign. *Tobacco Control* 2000;9:148-54.
13. Stead LF, Lancaster T, Perera R. Telephone counseling for smoking cessation [Cochrane review]. The Cochrane Library. Issue 1. Oxford: Update Software, 2003.
14. Rice VH, Stead LF. Nursing interventions for smoking cessation [Cochrane review]. The Cochrane Library. Issue 3. Oxford: Update Software, 2002.

Bijlage 6

NHG-Standaarden waarin aandacht wordt besteed aan stoppen met roken

M01	Diabetes mellitus type 2
M02	Hormonale anticonceptie
M10	Problematisch alcoholgebruik
M11	Acute keelpijn
M13	Perifeer arterieel vaatlijden
M16	Ulcus cruris venosum
M17	Hypertensie
M20	Cholesterol
M24	Astma bij kinderen
M26	COPD en astma bij volwassenen: diagnostiek
M27a	COPD: behandeling
M27b	Astma bij volwassenen: behandeling
M32	Zwangerschap en kraambed
M36	Maagklachten
M43	Angina pectoris
M45	TIA
M48	Allergische en hyperreactieve rhinitis
M51	Hartfalen
M69	Osteoporose
M78	Acuut hoesten

Bijlage 7

Doseringen en contra-indicaties van de farmacologische behandeling van tabaksverslaving (Bron:Farmacotherapeutisch Kompas, www.fk.cvz.nl)

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 cm²) per 16 uur, na 4-6 weken niet roken en bij voldoende effect overgaan op pleister 10 mg/16 uur (20 cm²); na 2-4 weken overgaan op pleister 5 mg/16 uur (10 cm²) gedurende 2-4 weken. Nicotinell: 1 pleister met gereguleerde afgifte per 24 uur; begindosering per dag 1 pleister met 35 mg nicotine (20 cm²) indien men hoogstens 20 sigaretten per dag rookte óf met 52,5 mg (30 cm²) bij meer dan 20 sigaretten per dag. Bij voldoende effect de dosering geleidelijk verminderen, met gebruikmaking van behandelperioden van 3-4 weken. Maximale dosering 1 pleister van 30 cm² 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, Prinzmetal-angina. 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 ontwenningverschijnselen (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 nicotinesubstitutie therapie, 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 dosis aanpassing 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.

2. Bupropion/Zyban

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 metaboliëten 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-darmstoornissen (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 overgevoelighedsreacties 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 corticosteroiden. Bij patiënten die zulke middelen krijgen voorgeschreven, moet een maximale dosis van 150 mg/dag gedurende de behandeling worden overwogen. Bupropion remt het CYP2D6-enzymstelsel. 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), β -blokkers (metoprolol) en klasse 1C-antiarrhythmica (flecainide, propafenon). Voorzichtigheid is geboden bij combinatie met geneesmiddelen die een belangrijke invloed uitoefenen op het CYP2B6, het enzymstelsel 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 voornamelijk 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.

3. Nortriptyline/Nortilen (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 begin dosering: 1/3-1/2 van de dosering voor volwassenen. Begin dosering 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:* begin dosering 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, hyperthyroidie, 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; orthostatistische hypotensie; gewichtstoename; verhoging van leverenzymen. Soms: tremoren, convulsies; libido en potentie-

stoornissen; sufheid; cardiovasculaire afwijkingen zoals sinustachycardie en andere aritmieën; transpiratie, allergische huidreacties; verwarring, delirium, slapeloosheid; duizeligheid en hypertensie. Zelden: trombocytopenie, agranulocytose, cholestatische icterus en dysartrie.

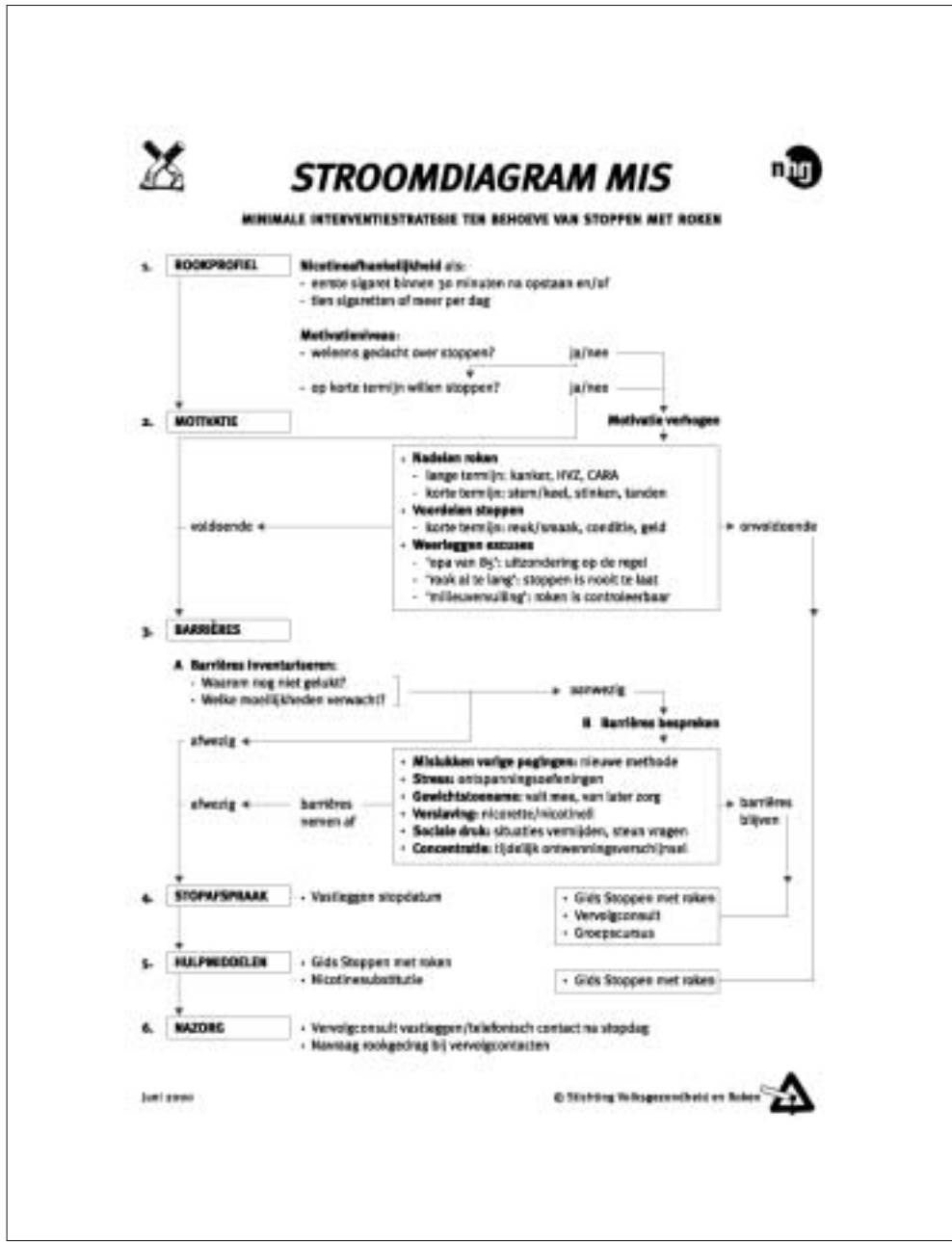
Interacties: De werking van alcohol en andere centraal dempende stoffen kan worden versterkt evenals die van kinidine en andere membraanstabilerende antiarrhythmica, parasymphicolitica en sympathicomimetica zoals epinefrine en norepinefrine. Het bloeddrukverlagend effect van centraal werkende antihypertensiva 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.

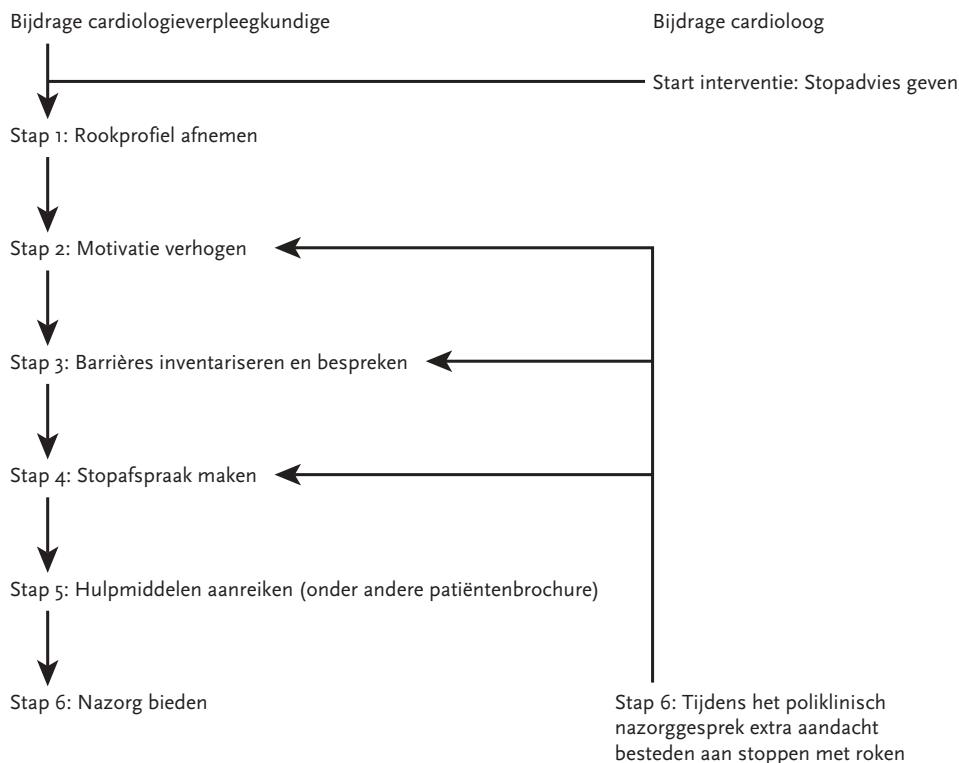
Overdosering: Symptomen: Anticholinerge verschijnselen, koorts, ademhalingsdepressie, ernstige aritmieën, cardiale shock en coma.

Bijlage 8

Diverse MIS-en (H-MIS, L-MIS, V-MIS, C-MIS)



C-MIS



L-MIS

Consult	Stap	Bijdrage verpleegkundige	Bijdrage arts
Consult arts	Stap 1		Stopadvies geven
Eerste consult verpleegkundige	Stap 2	Rookprofiel afnemen	
Eerste en tweede consult verpleegkundige	Stap 3	Motivatie verhogen	
Eerste en tweede consult verpleegkundige	Stap 4	Barrières inventariseren en bespreken	
Tweede consult verpleegkundige	Stap 5	Stopafspraak maken	
Tweede consult verpleegkundige	Stap 6	Hulpmiddelen bespreken	Eventueel recept voor bupropion verstrekken
Derde consult verpleegkundige + twee nazorgconsulten + twee telefonische nazorgafspraken	Stap 7	Nazorg bieden	Tijdens de poliklinische nazorggesprekken extra aandacht besteden aan stoppen met roken

V-MIS

De aanpak bestaat uit zeven eenvoudige stappen:

1. ROOKPROFIEL

Vaststellen motivatie om te stoppen en mate van verslaving.

2. MOTIVATIE

Indien nodig verhogen van motivatie om te stoppen.

3. BARRIÈRES EN STEUN

Bespreken en wegnemen van obstakels voor het stoppen met roken en het mobiliseren van steun in de directe omgeving.

4. STOPAFSPRAAK

Met de zwangere (en haar partner) een datum kiezen voor de stopdag.

5. MATERIALEN UITREIKEN

Uitdelen van magazine en videoband aan zwangere en partner met instructies. (Dit vindt altijd plaats, ook als stappen 2, 3 en 4 niet tot het gewenste resultaat hebben geleid.)

6. HULP NA DE STOPDATUM

Regelen en verzorgen van follow-up.

7. TERUGVAL

Voorkomen van terugval na de bevalling.

Bijlage 9

Literatuur

Literatuur bij hoofdstuk 2

1. Proosdij C van. Roken, een individueel- en sociaal-geneeskundige studie. Amsterdam: Noord-Hollandsche Uitgeversmaatschappij, 1957.
2. Doll R, Peto R, Wheatley K, Gray R, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 40 years' observations on male British doctors. *BMJ* 1994;309:901-11.
3. World Health Organization. The World Health Report 2002. Reducing risks, promoting healthy life. Geneva: World Health Organization, 2002.
4. Thun MJ, Day-Lally CA, Calle EE, Flanders WD, Heath CW. Excess mortality among cigarette smokers: changes in a 20 year interval. *Am J Public Health* 1995;85:1223-30.
5. Parish S, Collins R, Peto R, Youngman L, Barton J, Jayne K, et al. Cigarette smoking, tar yields, and non-fatal myocardial infarction: 14000 cases and 32000 controls in the United Kingdom. *BMJ* 1995;311:471-7.
6. Wald NJ, Hackshaw AK. Cigarette smoking: an epidemiological overview. *Br Med Bull* 1996;52:3-11.
7. Poswillo D, Alberman E (eds). Effects of smoking on the foetus, neonate and child. Oxford: Oxford University Press, 1992.
8. Anderson HR, Cook DG. Passive smoking and sudden infant death syndrome: review of the epidemiological evidence. *Thorax* 1997;52:1003-9.
9. Velde WJ van der, Treffers PE. Smoking in pregnancy: the influence on percentile birth weight, mean birth weight, placental weight, menstrual age, perinatal mortality and maternal diastolic blood pressure. *Gynecol Obstet Invest* 1985;19:57-63.
10. Surgeon General Report. Reducing the health consequences of smoking: 25 years of progress. Publication No CDC 89-8411. US Department of Health and Human Services, 1989.
11. Surgeon General Report. Consequences of smoking: cardiovascular disease. Publication No PHS 84-50204. US Department of Health and Human Services, 1983.
12. Johnsen R, Forde OH, Straume B, Burhol PG. Aetiology of peptic ulcer: a prospective population study in Norway. *J Epidemiol Community Health* 1994;48:156-60.
13. Logan RFA. Smoking and inflammatory bowel disease. In: Wald NJ, Baron J (eds). Smoking and hormone related disorders. Oxford: Oxford University Press, 1990:122-34.
14. Haber J. Smoking is a major risk factor for periodontitis. *Curr Opin Periodontol* 1994:12-8.
15. Law MR, Wald NJ, Meade TW. Strategies for the prevention of osteoporosis and hip fracture. *BMJ* 1991;303:453-9.
16. Christen WG, Manson JE, Seddon JM, Glynn RJ, Buring JE, Rosner B, et al. A prospective study of cigarette smoking and risk of cataract in men. *JAMA* 1992;268:989-93.
17. Peto R, Lopes AD, Borehma J, Thun M. Mortality from smoking in developed countries 1950-2000. 2003. www.ctsu.oc.ac.uk/~tobacco/.
18. Bobak M, Jha P, Nguyen S, Jarvis M. Poverty and smoking. In: Jha P, Chaloupka F (eds). Tobacco control in developing countries. Oxford: Oxford Medical Publications, 2000:41-61.
19. Defacto-rookvrij. Roken, de harde feiten: Volwassenen 2001. Den Haag: Defacto-rookvrij (nu: STIVORO voor een rookvrije toekomst), 2002.

20. Coebergh JWW. De problematiek van gehechtheid aan tabaksgebruik. *Ned Tijdschr Geneesk* 1970;114:1662-7.
21. Coebergh JWW. Tabaksgebruik: genot, hinder, ziekte en beleid. *T Soc Gezondheidszorg* 1990;68:137-46.
22. Royal College of Physicians. *Nicotine Addiction in Britain*. London: Royal College of Physicians, 2000.
23. Mulder I. *The public health impact of smoking and smoking cessation* [proefschrift]. Wageningen, 2003.
24. Pich EM, Pagliusi SR, Tessari M, Talbot-Ayer D, Hoof van Huijsduijnen R, Chiamulera C. Common neural substrates for the addictive properties of nicotine and cocaine. *Science* 1997;275:83-6.
25. Balfour DJK. The psychopharmacology of tobacco dependence. *J Clin Psychiatry Monograph* 2003;18:12-21.
26. Peck R, Chaloupka FJ, Jha P, Lightwood J. A welfare analysis of tobacco use. In: Jha P, Chaloupka F (eds). *Tobacco control in developing countries*. Oxford: Oxford Medical Publications, 2000:132-51.
27. Russell MAH. Nicotine intake and its control over smoking. In: Wonnacott S, Russell MAH, Stolerman IP (eds). *Nicotine psychopharmacology: molecular, cellular and behavioural aspects*. Oxford: Oxford University Press, 1990:374-418.
28. 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.
29. Heishman SJ. What aspects of human performance are truly enhanced by nicotine? *Addiction* 1998;93:317-20.
30. Doll R, Peto R, Borehma J, Sutherland I. Smoking and dementia in male British doctors: prospective study. *BMJ* 2000;320:1091-102.
31. Ott A, Slooter AJ, Hofman A, Harskamp F van, Witterman JC, Broeckhoven C van, Duijn CM van, et al. Smoking and risk of dementia and Alzheimer's disease in a population based cohort study: The Rotterdam study. *Lancet* 1998;351:1840-3.
32. Kinnunen T, Doherty K, Militello FS, Garvey AJ. Depression and smoking cessation: characteristics of depressed smokers and effects of nicotine replacement. *J Consult Clin Psychol* 1996;64:791-8.
33. Grandinetti A, Morens DM, Reed D, MacEachern D. Prospective study of cigarette smoking and the risk of developing idiopathic Parkinson's disease. *Am J Epidemiol* 1994;139:1129-38.
34. Simpson GM, Shih JC, Chen K, Flowers C, Kumazawa T, Spring B. Schizophrenia, monoamine oxidase activity, and cigarette smoking. *Neuropsychopharmacology* 1999;20:392-4.
35. International Agency on the Research on Cancer. *IARC Monographs on the evaluation of carcinogenic risk of chemicals to humans: tobacco smoking*. Lyon: IARC, 1986.
36. Institute of Medicine. *Clearing the Smoke*. Washington DC: National Academy Press, 2001.
37. Peto R, Darby S, Deo H, Silcocks P, Whitley E, Doll R. Smoking, smoking cessation, and lung cancer in the UK since 1950: combination of national statistics with two case-control studies. *BMJ* 2000;321:323-9.
38. Tonstad, S. Analyzing the benefits and the risks of tobacco cessation treatments. *J Clin Psychiatry Monograph* 2003;18:41-9.
39. Zeegers MP, Tan FE, Dorant E. The impact of characteristics of cigarette smoking on urinary tract cancer risk: a meta-analysis of epidemiologic studies. *Cancer* 2000;89:630-9.
40. Kannel WB, McGee DL, Castelli WP. Latest perspectives on cigarette smoking and cardiovascular disease. The Framingham Study. *J Cardiac Rehabil* 1984;4:267.
41. Hays JT, Dale LC, Hurt RD. Trends in smoking related diseases. *Postgrad Med* 1998;104:56-66.
42. Rosenberg L, Kaufman DW, Helrich SP. The risk of myocardial infarction after quitting smoking in men under 55 years of age. *N Engl J Med* 1985;313:1511-4.
43. Rosenberg L, Palmer JR, Shapiro S. Declining risk of myocardial infarction among women who stopped smoking. *N Engl J Med* 1990 322:213-7.
44. Shinton R, Beevers G. Meta-analysis of relation between cigarette smoking and stroke. *BMJ* 1989;298:789-94.

45. Colditz GA, Bunita R, Stampfer MJ. Cigarette smoking and risk of stroke in middle-aged women. *N Engl J Med* 1988;18:937-41.
46. Wolf PA, D'Agostino RB, Kannel WB. Cigarette smoking as a risk factor for stroke: the Framingham Study. *JAMA* 1988;259:1025-9.
47. Price JF, Mowbray PI, Lee AJ, Rumley A, Lowe GD, Fowkes FG. Relationship between smoking and cardiovascular risk factors in the development of peripheral arterial disease and coronary artery disease: Edinburgh Artery Study. *Eur Heart J* 1999;20:344-53.
48. Reed DM, Maclean CJ, Hayashi T. Predictors of atherosclerosis in the Honolulu Heart program: I. Biological, dietary and lifestyle characteristics. *Am J Epidemiol* 1987;126:214.
49. Pathobiological Determinants of Atherosclerosis in Youth Research Group. The pathobiological determinants of atherosclerosis in Youth Research group: relationship of atherosclerosis in young men to serum lipoprotein cholesterol concentrations and smoking. *JAMA* 1990;265:3018.
50. Centers for Disease Control. The Health benefits of smoking cessation: a report of the Surgeon General. DHHS publication (CDC) 90-8416. Rockville, MD: US Dept of Health and Human Services, 1990.
51. Murin S, Billelo KS, Matthay R. Other smoking-affected pulmonary diseases. *Clin Chest Med* 2000;21:121-37.
52. Sherman CB. Health effects of cigarette smoking. *Clin Chest Med* 1991;12:643-58.
53. Sherman CB, Xu X, Speizer FE, Ferris Jr BG, Weiss ST, Dockery DW. Longitudinal lung function decline in subjects with respiratory symptoms. *Am Rev Resp Dis* 1992;146:855-9.
54. Anthonisen NR, Connett JE, Kiley JP. Effects of smoking intervention and the use of an inhaled anticholinergic bronchodilator on the rate of decline of FEV1. The Lung Health Study. *JAMA* 1994;272:1497-505.
55. Anthonisen NR, Connett JE, Murray RP. Smoking and lung function of Lung Health Study participants after 11 years. *Am J Respir Crit Care Med* 2002;166:675-9.
56. Kato I, Nomura AM, Stemmermann GN, Chyou PH. A prospective study of gastric and duodenal ulcer and its relation to smoking, alcohol and diet. *Am J Epidemiol* 1992;135:521-30.
57. Tatsuka M, Iishi H, Okuda S. Effects of cigarette smoking on the location, healing and recurrence of gastric ulcers. *Hepatogastroenterology* 1987;34:223-8.
58. Rhodes J, Thomas GA. Smoking: good or bad for inflammatory bowel disease? *Gastroenterology* 1994;106:807-10.
59. Thomas GA, Rhodes J, Green JT, Richardson C. Role of smoking in inflammatory bowel disease: implications for therapy. *Postgrad Med J* 2000;76:273-9.
60. Muhlhauser I. Cigarette smoking and diabetes: an update. *Diabet Med* 1994;11:336-43.
61. Hu FB, Manson JE, Stampfer MJ, Colditz G, Liu S, Solomon CG, et al. Diet, lifestyle, and the risk of type 2 diabetes mellitus in women. *N Engl J Med* 2001;345:790-7.
62. Haffner SM, Lehto S, Ronnema T, Pyorala K, Laakso M. Mortality from coronary heart disease in subjects with type 2 diabetes and in nondiabetic subjects with and without prior myocardial infarction. *N Engl J Med* 1998;339:229-34.
63. Orth SR. Smoking – a renal risk factor. *Nephron* 2000;86:12-26.
64. Ritz E, Ogata H, Orth SR. Smoking: a factor promoting onset and progression of diabetic nephropathy. *Diabetes Metab* 2000;26(Suppl 4):54-63.
65. Pinto-Sietsma SJ, Mulder J, Janssen WM, Hillege HL, Zeeuw D de, Jong PE de. Smoking is related to albuminuria and abnormal renal function in nondiabetic persons. *Ann Intern Med* 2000;133:585-91.
66. Bakker MJ. Pregnancy, a window of opportunity to quit smoking [proefschrift]. Maastricht; Universiteit Maastricht, 2001.
67. Centers for Disease Control and Prevention. Tobacco use during pregnancy. National Vital Statistics report 2000;48:10-1.

68. Honein MA, Paulozzi LJ, Moore CA. Family history, maternal smoking, and clubfoot: an indication of a gene-environment interaction. *Am J Epidemiol* 2000;152:658-65.
69. Alderman BW, Takahashi ER, LeMier MK. Risk indicators for talipes equinovarus in Washington State, 1987-1989. *Epidemiology* 1991;2:289-92.
70. Leach CE, Blair PS, Fleming PJ, Smith IJ, Platt MW, Berry PJ, et al. Epidemiology of SIDS and explained sudden infant deaths. CESDI SUDI Research Group. *Pediatrics* 1999;104:43.
71. Moller AM, Villebro N, Pedersen T, Tonnesen H. Effect of preoperative smoking cessation on postoperative complications: a randomized clinical trial. *Lancet* 2002;359:114-7.
72. Voors AA, Brussel BL van, Plokker HW, Ernst SM, Ernst NM, Koomen EM, et al. Smoking and cardiac events after venous coronary bypass surgery. A 15-year follow-up study. *Circulation* 1996;93:42-7.
73. Bergstrom J, Eliasson S, Dock J. Exposure to tobacco smoking and periodontal health. *J Clin Periodontol* 2000;27:61-8.
74. Uhlig T, Hagen KB, Kvien TK. Current tobacco smoking, formal education and the risk of rheumatoid arthritis. *J Rheumatol* 1999;26:47-54.
75. Criswell LA, Merlino LA, Cerhan JR, Mikuls TR, Mudano AS, Burma M, et al. Cigarette smoking and the risk of rheumatoid arthritis among postmenopausal women: results from the Iowa Women's Health Study. *Am J Med* 2002;112:465-71.
76. Cornuz J, Feskanich D, Willet WC, Colditz GA. Smoking, smoking cessation, and risk of hip fracture in women. *Am J Med* 1999;106:311-4.
77. Vingerling JR, Hofman A, Grobbee DE, Jong PT de. Age-related macular degeneration and smoking. The Rotterdam Study. *Arch Ophthalmol* 1996;114:1193-6.
78. Solberg Y, Rosner M, Belkin M. The association between cigarette smoking and ocular diseases. *Surv Ophthalmol* 1998;42:535-47.
79. Delcourt C, Cristol J, Tessier F, Leger CL, Michel F, Papoz L. Risk factors for cortical, nuclear, and posterior subcapsular cataracts. *Am J Epidemiol* 2000;151:497-504.
80. Christen WG, Glynn RJ, Ajani UA, Schaumburg DA, Buring JE, Hennekens CH, et al. Smoking cessation and risk of age-related cataract in men. *JAMA* 2000;284:713-6.
81. Smith JB, Fenske NA. Cutaneous manifestations and consequences of smoking. *J Am Acad Dermatol* 1996;34:717-32.
82. Hackshaw AK, Law MR, Wald NJ. The accumulated evidence on lung cancer and environmental tobacco smoke. *BMJ* 1997;315:980-8.
83. Jansen DF, Barneveld TA van, Leeuwen FE van. Een causaal verband tussen longkanker en meerooken: een rapport van de Amerikaanse Environmental Protection Agency. *Ned Tijdschr Geneeskd* 1994;138:500-3.
84. Law MR, Morris NJ, Wald NJ. Environmental tobacco smoke exposure and ischaemic heart disease: an evaluation of the evidence. *BMJ* 1997;315:973-80.
85. He J, Vupputuri S, Allen K, Prerost MR, Hughes J, Whelton PK. Passive smoking and the risk of coronary heart disease – a meta-analysis of epidemiological studies. *N Engl J Med* 1999;340:920-6.
86. National Cancer Institute. Health effects of exposure to environmental tobacco smoke. The report of the Californian Environmental Protection Agency. Smoking and Tobacco Control Monograph 10. National Cancer Institute, 1999.
87. http://www.rivm.nl/vtv/data/kompas/determinanten/exogeen/roken/roken_gevolg.htm85.
88. Willemsen MC (STIVORO). Met welke ziekten en aandoeningen hangt roken samen? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, www.nationaalkompas.nl/Determinanten/Leefstijl/Roken, 13 november 2002.
89. Nederlandse kankerregistratie 1989-1998; www.ikc.nl.

Literatuur bij hoofdstuk 4.1

1. 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.
2. Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, Dorfman SF, Goldstein MG, Gritz ER, et al. Treating tobacco use and dependence. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services. Public Health Service, 2000.
3. Silagy C, Stead LF. Physician advice for smoking cessation [Cochrane review]. The Cochrane Library. Issue 3. Oxford: Update Software, 2002.
4. Pieterse ME, Seydel ER, Vries H de, Mudde AN, Kok GL. Effectiveness of a minimal contact smoking cessation program for Dutch general practitioners: a randomised controlled trial. *Prev Med* 2001;32:182-90.
5. 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.
6. Riemsma RP, Pattenden J, Bridle C, Sowden AJ, Mather L, Watt IS, Walker A. Systematic review of the effectiveness of stage based interventions to promote smoking cessation. *BMJ* 2003;326:1175-7.
7. Stead LF, Lancaster T. Telephone counseling for smoking cessation [Cochrane review]. The Cochrane Library. Issue 3. Oxford: Update Software, 2002.
8. Lancaster T, Stead LF. Self-help interventions for smoking cessation [Cochrane review]. The Cochrane Library. Issue 3. Oxford: Update Software, 2002.
9. Meer RM van der, Wagena EJ, Ostelo RW, Schayck CP. Smoking cessation for chronic obstructive pulmonary disease. The Cochrane Library. Issue 2. Oxford: Update Software, 2003.
10. Lumley J, Oliver S, Waters E. Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy. The Cochrane Library. Issue 2. Oxford: Update Software, 2003.

Literatuur bij hoofdstuk 4.2

1. Platt S, Tannahill A, Watson J, Fraser E. Effectiveness of antismoking telephone helpline: follow up survey. *BMJ* 1997;314:371-5.
2. Owen L. Impact of a telephone helpline for smokers who called during a mass media campaign. *Tobacco Control* 2000;9:148-54.
3. Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, Dorfman SF, Goldstein MG, Gritz ER, et al. Treating tobacco use and dependence. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services. Public Health Service, 2000.
4. Hilberink SR, Willemsen MC, Breteler MM, Plas AGM van der, Westerk, MA, Rijt GA van der, et al. Characteristics of smokers who self-select telephone counseling for smoking cessation: Implications for marketing (in publicatie).
5. Stead LF, Lancaster T, Perera R. Telephone counseling for smoking cessation [Cochrane review]. The Cochrane Library. Issue 1. Oxford: Update Software, 2003.
6. Lichtenstein E, Glasgow RE, Lando HA, Ossip-Klein DJ, Boles SM. Telephone counseling for smoking cessation: rationales and meta-analytic review of evidence. *Health Ed Res* 1996;11:243-57.

Literatuur bij hoofdstuk 4.3

1. Silagy C, Stead LF. Physician advice for smoking cessation [Cochrane review]. The Cochrane Library. Issue 2. Oxford: Update Software, 2001.
2. Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, Dorfman SF, Goldstein MG, Gritz ER, et al. Treating tobacco use and dependence. Clinical Practice Guideline (AHRQ publication No. 00-0032). Rockville: US Department of Health and Human Services, 2000.

3. Tromp-Beelen PG, Schippers JA, Wildt W de, Schippers GM. Intensieve interventies in de verslavingszorg voor ernstig tabaksafhankelijken. Verslag van een pilot-onderzoek. Amsterdam: Jellinek publicatiereeks, 2004.
4. 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.
5. 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.
6. 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.
7. 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.
8. 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.
9. Lumley J, Oliver S, Waters E. Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy [Cochrane review]. The Cochrane Library. Issue 2. Oxford: Update Software, 2003.
10. 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.
11. Bolman C, Vries H de, Mesters I. Factors determining cardiac nurses' intentions to continue using a smoking deccastion protocol. *Heart Lung* 2002;31:15-24.
12. 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.
13. Rice VH, Stead LF. Nursing interventions for smoking cessation [Cochrane review]. The Cochrane Library. Issue 3. Oxford: Update Software, 2002.
14. Rice VH, Stead LF. Nursing interventions for smoking cessation [Cochrane review]. The Cochrane Library. Issue 3. Oxford: Update Software, 2002.
15. 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.
16. Lancaster T, Stead LF. Self-help interventions for smoking cessation [Cochrane review]. The Cochrane Library. Issue 3. Oxford: Update Software, 2002.
17. Moher M, Hey K, Lancaster T. Workplace interventions for smoking cessation [Cochrane review]. The Cochrane Library. Issue 2. Oxford: Update Software, 2003.
18. Stead LF, Lancaster T. Telephone counseling for smoking cessation [Cochrane review]. The Cochrane Library. Issue 3. Oxford: Update Software, 2002.
19. Ussher MH, West R, Taylor AH, McEwen A. Exercise interventions for smoking cessation [Cochrane review]. The Cochrane Library. Issue 3. Oxford: Update Software, 2000.
20. Park E, Schultz JK, Tudiver F, Campbell T, Becker L. Enhancing partner support to improve smoking cessation [Cochrane review]. The Cochrane Library. Issue 1. Oxford: Update Software, 2002.
21. 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.
22. Hajek P, Taylor TZ, Mills P. Brief intervention during hospital admission to help patients to give up smoking after myocardial infarction and bypass surgery: randomised controlled trial. *BMJ* 2002;324:64.
23. 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 Geneesk* 2003;147:917-21.

24. Stead LF, Lancaster T. Group behaviour therapy programmes for smoking cessation [Cochrane review]. The Cochrane Library. Issue 3. Oxford: Update Software, 2002.
25. 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.
26. 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.
27. Parrott S, Godfrey C, Raw M, West R, McNeill A. Guidance for commissioners on the cost effectiveness of smoking cessation interventions. *Health Educational Authority. Thorax* 1998;53(Suppl 5, Part 2):S1-38.
28. 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.
29. 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.
30. Henselmans I, Witt B de, Hilberink S, Jacobs A. Professionele behandeling van tabaksverslaving: het cliëntenperspectief. Centre for Quality of Care Research (WOK): Eindrapport in opdracht van het Partnership Stop met Roken, Nijmegen, oktober 2003.

Literatuur bij hoofdstuk 5 Inleiding

1. Easterbrook PJ, Berlin J, Gopalan R, Matthews DR. Publication bias in clinical research. *Lancet* 1991;337:867-72.
2. Lexchin J, Bero LA, Djulbegovic B, Clark O. Pharmaceutical industry sponsorship and research outcome and quality: systematic review. *BMJ* 2003;326:1167-70.
3. 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.
4. Dieppe P, Chard J, Tallon D, Egger M. Funding clinical research. *Lancet* 1999;353:1626.

Literatuur bij hoofdstuk 5.1

1. Silagy C, Lancaster T, Stead L, Mant D, Fowler G. Nicotine replacement therapy for smoking cessation [Cochrane review]. The Cochrane Library. Issue 4. Oxford: Update Software, 2002.
2. McNeill A, Foulds J, Bates C. Regulation of nicotine replacement therapies (NRT): a critique of current practice. *Addiction* 2001;96:1757-68.
3. Farmacotherapeutisch Kompas. Amstelveen: CVZ, 2003. www.fk.cvz.nl

Literatuur bij hoofdstuk 5.2

1. 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 Geneesk* 2001;145:1489-92.
2. Hughes JR, Stead L, Lancaster T. Antidepressants for smoking cessation [Cochrane review]. The Cochrane Library. Issue 2. Oxford: Software Update, 2003.
3. 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.
4. 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;26:381-403.

5. 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. *European Heart J* 2003;24:946-55.
6. 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.
7. 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.
8. 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.
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.
10. 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.
11. 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.
12. Farmacotherapeutisch Kompas. Amstelveen: CVZ, 2003. www.fk.cvz.nl

Literatuur bij hoofdstuk 5.3

1. Hughes JR, Stead L, Lancaster T. Antidepressants for smoking cessation [Cochrane review]. The Cochrane Library. Issue 2. Oxford, Software Update, 2003.
2. Prochazka AV, Reyes R, Steinbrunn C, Miyoshi T. Randomized trial of nortriptyline combined with transdermal nicotine for smoking cessation [PO3 26]. Society for Research on Nicotine and Tobacco 7th Annual Meeting March 23-23, Seattle, Washington, 2001:73.
3. 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.
4. 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.
5. Farmacotherapeutisch Kompas. Amstelveen: CVZ, 2003. www.fk.cvz.nl
6. 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.

Literatuur bij hoofdstuk 5.4

1. Gourlay SG, Stead LF, Benowitz NL. Clonidine for smoking cessation [Cochrane review]. The Cochrane Library. Issue 2. Oxford: Update Software, 2000.

Literatuur bij hoofdstuk 5.5

1. 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.
2. White AR, Rampes H, Ernst E. Acupuncture for smoking cessation [Cochrane review]. The Cochrane Library. Issue 2. Oxford: Update Software, 2002.

Literatuur bij hoofdstuk 5.6

1. 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.
2. Bouvy ML, Buurma H, Egberts ACG. Determinants for successful smoking cessation with Bupropion in daily practice. *Pharm World Sci (Netherlands)* 2003;25:207-11.

Literatuur bij hoofdstuk 5.7

1. Henselmans I, Witt B de, Hilberink S, Jacobs A. Professionele behandeling van tabaksverslaving: het cliënten-perspectief. Centre for Quality of Care Research (WOK): Eindrapport in opdracht van het Partnership Stop met Roken, Nijmegen, oktober 2003.

Literatuur bij hoofdstuk 6.1, 6.2 en 6.3

1. Lancaster T, Stead LF. Self-help interventions for smoking cessation [Cochrane review]. The Cochrane Library. Issue 1. Oxford: Update Software; 2003.

Literatuur bij hoofdstuk 6.4

1. 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.
2. Velicer WF, Prochaska JO, Fava JL, Laforge RG, Rossi JS. Interactive versus noninteractive interventions and dose-response relationships for stage-matched smoking cessation programs in a managed care setting. *Health Psychol* 1999;18:21-8.
3. Vries H de, Mudde A, Dijkstra A, Willemsen M. Differential beliefs, perceived social influences and self-efficacy expectations among smokers in various motivational phases. *Preventive Medicine* 1998;27:681-9.

Literatuur bij hoofdstuk 7.1

1. McEwen A, Akotia N, West R. General practitioners' views on the English national smoking cessation guidelines. *Addiction* 2001;96: 997-1000.
2. Drossaert CHC, et al. Programmatische toepassing van de Minimale Interventie Strategie (MIS) stoppen met roken in een experimentele setting: evaluatie onder huisartsen en onder patiënten. Universiteit Twente, afdeling Communicatiewetenschappen, 1999.
3. Coleman T, Wilson A. Factors associated with the provision of anti-smoking advice by general practitioners. *Br J Gen Pract* 1999;49:557-8.
4. Hulshof NA, Essen GA van, Andela M, Friele RD. Patiënten over preventie door hun huisarts. *Huisarts Wet* 1998;41:117-20.
5. Butler CC, Pill R, Stott NC. Qualitative study of patients' perceptions of doctors' advice to quit smoking: implications for opportunistic health promotion. *BMJ* 1998;316:1878-81.
6. 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.
7. Frijling BD. Management of patients at high cardiovascular risk. Quality improvement in general practice [proefschrift]. Nijmegen, 2002.

8. Frijling BD, et al. Eindrapport van het LHV/NHG-project Preventie: maatwerk hart- en vaatziekten 1998-2000. Utrecht: LHV/NHG-Preventieteam, 2001.
9. Leest L van, et al. De effecten van invoering van preventie van hart- en vaatziekten; evaluatie van het LHV/NHG-project 'Preventie: maatwerk, hart- en vaatziekten 1998-2000'. Nijmegen: WOK, 2001.
10. Wagena EJ, Zeegers MP, Schayck CP van, Wouters EF. Benefits and risks of pharmacological smoking cessation therapies in chronic obstructive pulmonary disease: *Drug Saf* 2003;26:381-403.
11. McEwen A, Akotia N, West R. General practitioners' views on the English national smoking cessation guidelines. *Addiction* 2001;96: 997-1000.
12. Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, Dorfman SF, Goldstein MG, Gritz ER, et al. Treating tobacco use and dependence. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services. Public Health Service, 2000.
13. Rice VH, Stead LF. Nursing interventions for smoking cessation [Cochrane review]. The Cochrane Library. Issue 3. Oxford: Update Software, 2002.
14. Lancaster T, Stead LF. Individual behaviour counseling for smoking cessation [Cochrane review]. The Cochrane Library. Issue 3. Oxford: Update Software, 2002.

Literatuur bij hoofdstuk 7.2

1. FDI World. FDI Position Statement on Tobacco. 1996.
2. McCartan, Shanley DB. Policies and practices of European dental schools in relation to smoking. *Br Dent J* 1995;179:306-8.
3. Axelsson P, Paulander J, Lindhe J. Relationship between smoking and dental status in 35-, 50-, 65- and 75-year-old individuals. *J Clin Periodontol* 1998;25:297-305.
4. Aligne CA, Moss ME, Auinger P, Weitzman M. Association of Pediatric dental caries with passive smoking. *J Am Med Ass* 2003;289:1258-64.
5. Hirsch JM, Livian G, Edward S, Noren JG. Tobacco habits among teenagers in the city of Goteborg, Sweden and possible association with dental caries. *Swed Dent J* 1991;15:117-23.
6. Jette AM, Feldman HA, Tennstedt SL. Tobacco use: a modifiable risk for dental disease in the elderly. *Am J Public Health* 1993;83:1271-6.
7. Christen AG. The impact of tobacco use and cessation on oral and dental diseases and conditions. *Am J Med* 1992;93:25-31.
8. Blot WJ, McLaughlin JK, Winn DM, Austin DF, Greenberg RS, Preston-Martin S, et al. Smoking and drinking in relation to oral and pharyngeal cancer. *Cancer Res* 1988;48:3282-7.
9. Kato I, Nomura AMY. Alcohol in the aetiology of upper aerodigestive tract cancer. *Oral Oncol Eur J Cancer* 1994;30B:75-81.
10. Gupta PC, Murti PR, Bhonsle RB, Mehta FS, Pindborg JJ. Effect of cessation of tobacco use on the incidence of oral mucosal lesions in a 10 yr follow-up study of 12, 212 users. *Oral Diseases* 1995;1:54-8.
11. Bergstrom J, Preber H. Tobacco use as a risk factor. *J Periodontol* 1994;65:545-50.
12. Salvi GE, Lawrence HP, Offenbacher S, Beck JD. Influence of risk factors on the pathogenesis of periodontitis. *Periodontol* 1997;14:173-201.
13. The research science and therapy committee of the American Academy of Periodontology. Tobacco use and the periodontal patient. *J Periodontol* 1996;67:51-6.
14. Grossi SG, Genco RJ, Machtei EE. Assessment of risk for periodontal disease. II. Risk indicators for alveolar bone loss. *J Periodontol* 1995;66:23-9.

15. Grossi SG, Zambon JJ, Genco RJ. Assessment for risk of periodontal disease. I. Risk indicators for attachment loss. *J Periodontol* 1994;65:260-7.
16. Danielsen B, Fejerskov O, Baelum V, Manji F, Nagelkerke F. Effect of cigarette smoking on the transition dynamics in experimental gingivitis. *J Clin Periodontol* 1990;17:159-64.
17. Bolin A, Eklund G, Frithiof L, Laversustedt S. The effect of changed smoking habits on marginal alveolar bone loss. *Swed Dent J* 1993;17:211-6.
18. Kaldahl WB, Johnson GK, Kalkwarf K. Levels of cigarette consumption and response to periodontal therapy. *J Periodontol* 1996;67:675-82.
19. Trombelli L, Scabbia A. Healing response of gingival recession defects following guided tissue regeneration in smokers and non-smokers. *J Clin Periodontol* 1997;24:529-533S.
20. Lindquist LW, Carlsson GE, Jernt T. A prospective 15-year follow-up study of mandibular fixed prostheses supported by osseointegrated implants. *Clin Oral Implant Res* 1996;7:329-36.
21. Bain CA, Moy PK. The association between the failure of dental implants and cigarette smoking. *Int J Oral Maxillofac Implants* 1993;8:609-15.
22. Haas R, Haimbock W, Mailath G, Watzek G. The relationship of smoking on peri-implant tissue: a retrospective study. *J Prosth Dent* 1996;76:592-5.
23. Bain CA. Smoking and implant failure. Benefits of a smoking cessation protocol. *Int J Oral Maxillofac Implants* 1996;11:756-9.
24. Miller PD. Regenerative and reconstructive periodontal surgery. *Dent Clin North Am* 1988;32:287-312.
25. Ness L, Rosekrans DL, Welford JF. An epidemiologic study of factors affecting extrinsic staining of teeth in an English population. *Community Dent Oral Epidemiol* 1977;5:55-60.
26. Allard RHB, Rossum GMJM van. Roken en mondgezondheid: feiten en meningen. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 1998;53:1055-8.
27. Lodi G, Bez C, Rimondini L, Zuppiroli A, Sardella A, Carrassi A. Attitude towards smoking and oral cancer prevention among Northern Italian dentists. *Oral Oncol* 1997;33:100-4.
28. Mecklenburg RE, Christen AG, Gerbert R, et al. How to help your patients to stop using tobacco: a National Cancer Institute manual for the oral health team. NIH-publication 91:3191. US Department of Health and Human services, 1990.
29. Wiebing MA, Baan B. NIPO-enquête naar roken onder medisch-specialisten en verpleegkundigen. *Med Contact* 1997;52:801-2.
30. Stichting Volksgezondheid en Roken. NIPO-enquête naar roken onder volwassenen. NIPO, 1997.
31. Block DE, Johnson KM, Block LE, Hutton SJ. Tobacco counseling practices of dentists compared to other health care providers in a midwestern region. *J Dent Educ* 1999;63:821-7.
32. Secker-Walker RH, Chir B, Solomon LJ, Dana GS. Comparisons of the smoking counseling activities of six types of health professionals. *Prev Med* 1994;23:800-8.
33. Tomar SL, Husten CG, Manley MW. Do dentists and physicians advise tobacco users to quit? *J Am Dent Ass* 1996;127:259-65.
34. Dolan TA, McGorray SP, Grinstead-Skigen CL, Mecklenburg R. Tobacco control activities in US dental practices. *JADA* 1997;128:1669-79.
35. Geboy NJ. Dental school-based continuing education in tobacco use cessation for oral health-care providers. *J Dent Educ* 1990;54:736-8.
36. John JH, Yudkin P, Murphy M, Ziebland S, Fowler GH. Smoking cessation interventions for dental patients. *Br Dent J* 1997;183:359-64.

37. Sachs DPL. Smoking cessation strategies: what works; what doesn't. *J Am Dent Ass* 1990;120(Suppl):13-9.
38. Secker-Walker RH, Solomon LJ, Hill HC. A statewide survey of dentists' smoking cessation advice. *J Am Dent Ass* 1989;118:37-40.
39. Logan H, Levy S, Ferguson K, Pomrehn P, Muldoon J. Tobacco-related attitudes and counseling practices of Iowa dentists. *Clin Prev Dent* 1992;14:19-22.
40. Severson HH, Andrews JA, Lichtenstein E, Gordon JS, Barckley MF. Using the hygiene visit to deliver a tobacco cessation program: results of a randomized clinical trial. *J Am Dent Ass* 1998;129:993-9.
41. McGregor IDN. Efficacy of dental health advice as an aid to reduce cigarette smoking. *Brith Dent J* 1996;180:292-6.
42. Gordon JS, Severson HH. Tobacco cessation through dental office settings. *J Dent Educ* 2001;65:354-63.
43. Smith SE, Warnakulasuriya KAAS, Feyerabend C, Belcher M, Cooper DJ, Johnson NW. A smoking cessation programme conducted through dental practices in the UK. *Br Dent J* 1998;185:299-303.
44. Cooper TM, Clayton RR. Stop-smoking program using nicotine reduction therapy and behaviour modification for heavy smokers. *J Am Dent Ass* 1989;118:47-51.
45. Cohen SJ, Stookey GK, Katz BP, Drook CA, Christen AG. Helping smokers quit: a randomized controlled trial with private practice dentists. *JADA* 1989;118:41-5.
46. Christen AG, Klein JA, CJ, McDonald JL, Guba CJ. How-to-do-it: quit-smoking strategies for the dental office team: an eight step program. *J Am Dent Ass* 1990;120(Suppl):20-7.
47. Sandhu HS. A practical guide to tobacco cessation in dental offices. *J Can Dent Assoc* 2001;67:153-7.
48. Allard RHB. Zijn tandartsen bereid hun patiënten te adviseren te stoppen met roken. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 1999;106:428-31.
49. Wood GJ, Cecchini JJ, Nathason N, Hiroshige K. Office-based training in tobacco cessation for dental professionals. *J Am Dent Ass* 1998;128:216-24.
50. Allard RHB. Roken en mondgezondheid: informatie voor patiënten. NIGZ, 2003.
51. Allard RHB. Smoking and oral health: attitudes and opinions of EU-dentists. *Int Dent J* 2000;50:99-103.
52. Allard RHB. Roken en mondgezondheid: meningen van Nederlandse tandartsen vergeleken met die van Europese collega's. *Ned Tandartsenblad* 2003;55:358-61.
53. Campbell HS, Sletten M, Petty TL. Patient perceptions of tobacco cessation services in dental offices. *J Am Dent Ass* 1999;130:219-26.
54. Jennett PA, Campbell HS, Simpson L, Husack JP, Hery S. Assessing the readiness of dentists' offices to adopt tobacco cessation activities. *J Cont Educ Health Profession* 1998;130:219-26.
55. Allard RHB, Rossum GMJM van. Les dentistes sont-ils préparés pour conseiller à leur patients d'arrêter de fumer? *Le Journal du Dentiste* 2000;9:4-6.
56. Albert D, Ward A, Ahluwalia K, Sadowsky D. Addressing tobacco in managed care: a survey of dentists' knowledge, attitudes and behaviors. *Am J Public Health* 2002;92:997-1001.
57. Fried JL, Cohen LA. Maryland dentists' attitudes regarding tobacco issues. *Clin Prev Dent* 1992;14:10-6.
58. Gerbert B, Coates T, Zahbd E, Richards RJ, Cummings SR. Dentists as smoking cessation counselors. *J Am Dent Ass* 1989;118:29-32.

Literatuur bij hoofdstuk 7.3

1. 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.
2. Centraal Bureau voor de Statistiek 1990

3. Adriaanse HP, Knottnerus JA, Delgado LR, Cox HH, Essed GG. Smoking in Dutch pregnant women and birth weight. *Patient Educ Couns* 1996;28:25-30.
4. Di Franza JR, Lew RA. Effect of maternal cigarette smoking on pregnancy complications and sudden infant death syndrome. *J Fam Pract* 1995;40:385-94.
5. Hofvendahl EA. Smoking in pregnancy as a risk factor for long-term mortality in the offspring. *Paediatr Perinat Epidemiol* 1995;9:381-90.
6. ACOG educational bulletin. Smoking and women's health. *Int J Gynaecol Obstet* 1997;60:71-82.
7. Tuthill DP, Stewart JH, Coles EC, Andrews J, Cartledge PH. Maternal cigarette smoking and pregnancy outcome. *Paediatr Perinat Epidemiol* 1999;13:245-53.
8. Hofhuis W, Merkus PJ, de Jongste JC. Negative effects of passive smoking on the (unborn) child. *Ned Tijdschr Geneeskd* 2002;146:356-9.
9. Andreas RL, Day MC. Perinatal complications associated with maternal tobacco use. *Semin Neonatol* 2000;5:231-41.
10. Pollack HP, Lantz PM, Frohna JG. Maternal smoking and adverse birth outcomes among singletons and twins. *Am J Public Health* 2000;90:395-400.
11. Lumley J, Oliver S, Waters E. Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy [Cochrane review]. *The Cochrane Library*, Issue 4. Oxford: Update Software, 2003.
12. Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, Dorfman SF, Goldstein MG, Gritz ER, et al. Smoking cessation. *Clinical practise Guideline No 18*. Publication No. 96-0692. Rockville: Agency for Health Care Policy and Research, US Department of Health and Human Services, 1996.
13. Dolan Mullen P. Maternal smoking during pregnancy and evidence-based intervention to promote cessation. *Primary Care* 1999;26:577-89.
14. Melvin CL, Adams EK, Miller V. Costs of smoking during pregnancy: development of the maternal and child health smoking attributable mortality, morbidity and economic costs software. *Tob Control* 2000;9(Suppl 3):1112-5.
15. Melvin CL, Dolan-Mullen P, Windsor RA, Whiteside Jr HP, Goldenberg RL. Recommended cessation counseling for pregnant women who smoke: a review of the evidence. *Tob Control* 2000;9:80-4.
16. Lindqvist R, Aberg H. Who stops smoking during pregnancy? *Acta Obstet Gynecol Scand* 2001;80:137-41.
17. Brosky G. Why do pregnant women smoke and can we help them quit? *CMAJ* 1995;152:163-6.
18. Malchodi CS, Oncken C, Dornelas EA, Caramanica L, Gregonis E, Curry SL. The effects of peer counseling on smoking cessation and reduction. *Obstet Gynecol* 2003;101:504-10.
19. Wisborg K, Henriksen TB, Jespersen LB, Secher NJ. Nicotine patches for pregnant smokers: a randomized controlled study. *Obstet Gynecol* 2000;96:967-71.
20. McNeill A, Foulds J, Bates C. Regulation of nicotine replacement therapies (NRT): a critique of current practice. *Addiction* 2001;96:1757-68.
21. Royal College of Physicians (RCP). Nicotine addiction in Britain. A report of the tobacco advisory group of the Royal College of Physicians. London: RCP, 2000.
22. Farmacotherapeutisch Kompas. Amstelveen: CVZ, 2003. www.fk.cvz.nl
23. Fingerhut LA, Kleinman JC, Kendrick JS. Smoking before, during, and after pregnancy. *Am J Public Health* 1990;80:541-4.
24. Trevett N, et al. Smoking and pregnancy, a growing problem. London: Health Education Authority, 1997.
25. Bakker M. Pregnancy, a window of opportunity to quit smoking [proefschrift]. Maastricht: Universiteit Maastricht, 2001.

Literatuur bij hoofdstuk 7.4

1. Martinez FD, Wright AL, Taussig LM, Holberg CJ, Halonen M, Morgan WJ. Asthma and wheezing in the first six years of life. The Group Health Medical Associates. *N Engl J Med* 1995;332:133-8.
2. Strachan DP, Cook DG. Health effects of passive smoking. 1. Parental smoking and lower respiratory illness in infancy and early childhood. *Thorax* 1997;52:905-14.
3. Strachan DP, Cook DG. Health effects of passive smoking. 6. Parental smoking and childhood asthma: longitudinal and case-control studies. *Thorax* 1998;53:204-12.
4. Cook DG, Strachan DP. Health effects of passive smoking. 3. Parental smoking and prevalence of respiratory symptoms and asthma in school age children. *Thorax* 1997;52:1081-94.
5. Anderson HR, Cook DG. Passive smoking and sudden infant death syndrome: review of the epidemiological evidence. *Thorax* 1997;52:1003-9.
6. Hovell MF, Meltzer SB, Zakarian JM, Wahlgren DR, Emerson JA, Hofstetter CR, et al. Reduction of environmental tobacco smoke exposure among asthmatic children: a controlled trial. *Chest* 1994;106:440-6.
7. Hovell MF, Meltzer SB, Wahlgren DR, Matt GE, Hofstetter CR, Jones JA, et al. Asthma management and environmental tobacco smoke exposure reduction in Latino children: a controlled trial. *Pediatrics* 2002;110:946-56.
8. Wahlgren DR, Hovell MF, Meltzer SB, Hofstetter CR, Zakarian JM. Reduction of environmental tobacco smoke exposure in asthmatic children. A 2-year follow-up. *Chest* 1997;111:81-8.
9. Irvine L, Crombie IK, Clark RA, Slane PW, Feyerabend C, Goodman KE, et al. Advising parents of asthmatic children on passive smoking: randomised controlled trial. *BMJ* 1999;318:1456-9.
10. Hofhuis W, Merkus PJ, Jongste JC de. Negative effects of passive smoking on the (unborn) child. *Ned Tijdschr Geneesk* 2002;146:356-9.
11. Emmons KM, Hammond SK, Fava JL, Velicer WF, Evans JL, Monroe AD. A randomized trial to reduce passive smoke exposure in low-income households with young children. *Pediatrics* 2001;108:18-24.

Literatuur bij hoofdstuk 7.5

1. Nutbeam D, Macaskill P, Smith C, Simpson JM, Catford J. Evaluation of two school smoking education programmes under normal classroom conditions. *BMJ* 1993;306:102-7.
2. 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.
3. Adelman WP, Duggan AK, Hauptman P, Joffe A. Effectiveness of a high school smoking cessation program. *Pediatrics* 2001;107:E50.

Literatuur bij hoofdstuk 7.6

1. 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.
2. Berkel TFM van. Smoking cessation as secondary prevention for patients with coronary artery disease [proefschrift]. Rotterdam: Universitaire pers, 2000.
3. Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, Dorfman SF, Goldstein MG, Gritz ER, et al. Treating tobacco use and dependence. Clinical Practice Guideline. Rockville: US Department of Health and Human Services, 2000.

4. Rice VH, Stead LF. Nursing interventions for smoking cessation [Cochrane review]. The Cochrane Library. Issue 4. Oxford: Update Software, 1999.
5. Raw M, McNeill A, West R. Smoking cessation guidelines for health professionals. A guide to effective smoking cessation interventions for the health care system. Health Education Authority. Thorax 1998;53(Suppl 5):S1-19.
6. Miller NH, Smith PM, DeBusk RF, Sobel DS, Taylor CB. Smoking cessation in hospitalized patients. Results of a randomized trial. Archives of Internal Medicine 1997;157:409-15.
7. Ockene J, Kristeller JL, Goldberg R, Ockene I, Merriam P, Barrett S. Smoking cessation and severity of disease: The Coronary Artery Smoking Intervention Study. Health Psychology 1992;11:119-26.
8. Hajek P, Taylor TZ, Milss P. Brief intervention during hospital admission to help patients to give up smoking after myocardial infarction and bypass surgery: randomised controlled trial. BMJ 2002;324:1-5.
9. Quist-Paulsen P, Gallefoss F. Randomised controlled trial of smoking cessation intervention after admission for coronary heart disease. BMJ 2003;327:1254-7.
10. 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.
11. Silagy C, Stead LF. Physician advice for smoking cessation [Cochrane review]. The Cochrane Library. Issue 3. Oxford: Update Software, 2002.
12. Meer R van der, Wagena EJ, Ostelo RWJG, Jacobs JE, Schayck CP van. Smoking cessation for chronic obstructive pulmonary disease [Cochrane review]. The Cochrane Library. Issue 2. Oxford: Updated software, 2003.
13. Hughes JR, Stead LF, Lancaster T. Antidepressants for smoking cessation: Cochrane Database Syst Rev, 2003;CD000031.
14. Wagena EJ, Zeegers MP, Schayck CP van, Wouters EF. Benefits and risks of pharmacological smoking cessation therapies in chronic obstructive pulmonary disease. Drug Saf 2003;26:381-403.
15. 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.
16. 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.
17. 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.

Literatuur bij hoofdstuk 7.7

1. Møller A, Villbro N, Pedersen T. Interventions for preoperative smoking cessation [Cochrane review]. The Cochrane Library. Issue 1. Oxford: Update Software, 2003.
2. Voors AA, Brussel BL van, Plokker HWT, Ernst SMPG, Ernst NM, Koomen EM, et al. Smoking and cardiac events after venous coronary bypass surgery; a 15-year follow-up study. Circulation 1996;93:42-7.
3. Brussel BL van, Voors AA, Ernst JM, Knaepen PJ, Plokker HWT. Venous coronary artery bypass surgery: a more than 20-year follow-up study. Eur Heart J 2003;24:927-36.
4. Veldkamp RF, Valk SD, Domburg RT van, Herwerden LA van, Meeter K. Mortality and repeat interventions up until 20 years after aorto-coronary bypass surgery with saphenous vein grafts. A follow-up study of 1041 patients. Eur Heart J 2003;24:927-36.
5. Møller AM, Villebro N, Pedersen T, Tønnesen H. Effect of preoperative smoking intervention on postoperative complications: a randomised clinical trial. Lancet 2002;359:114-7.
6. Scabbia A, Cho KS, Sigurdsson TJ, Kim CK, Trombelli L. Cigarette smoking negatively affects healing response following flap debridement surgery. J Periodontol 2001;72:43-9.

7. Schwartz-Arad D, Samet N, Samet N, Mamlider A. Smoking and complications of endosseous dental implants. *J Periodontol* 2002;73:153-7.
8. Lambert PM, Morris HF, Ochi S. The influence of smoking on 3-year clinical success of osseointegrated dental implants. *Ann Periodontol* 2000;5:79-89.
9. Hilibrand AS, Fye MA, Emery SE, Palumbo MA, Bohlman HH. Impact of smoking on the outcome of anterior cervical arthodesis with interbody or strut-grafting. *J Bone Joint Surg Am* 2001;83:668-73.
10. Anderson T, Christensen FB, Laursen M, Hoy K, Hansen ES, Bunger C. Smoking as a predictor of negative outcome in lumbar spinal fusion. *Spine* 2001;26:2623-8.
11. Ishikawa SN, Murphy GA, Richardson EG. The effect of cigarette smoking on hindfoot fusions. *Foot Ankle Int* 2002;23:996-8.
12. Sorensen LT, Friis E, Jorgensen T, Vennits B, Andersen BR, Rasmussen GI, et al. Smoking is a risk factor for recurrence of groin hernia. *World J Surg* 2002;26:397-400.
13. Veldkamp F, Valk SD, Domburg RT van, Herwerden LA van, Meeter K. Mortality and repeat interventions up until 20 years after aorto-coronary bypass surgery with saphenous vein grafts. A follow-up study of 1041 patients. *Eur Heart J* 2000;21:747-53.

Literatuur bij hoofdstuk 7.8

1. Hausteijn KO, Haffner S, Woodcock BG. A review of the pharmacological, psychopharmacological, aspects of smoking and smoking cessation in psychiatric patients. *Int J Clin Pharmacol Ther* 2002;40:404-18.
2. Upadhyaya HP, Deas D, Brady KT, Kruesi M. Cigarette smoking and psychiatric comorbidity in children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2002;41:1294-1305.
3. Parrott AC. Cigarette-derived nicotine is not a medicine. *The World Journal of Biological Psychiatry* 2003;4:49-55.
4. D'Mello DA, Bandlamudi GR, Colenda CC. Nicotine replacements methods on a psychiatric unit. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2001;27:525-9.
5. Tromp-Beelen PG, Boonstra MH. Verslaving aan alcohol en nicotine. *Bijblijven* 2001;17:44-54.
6. Daepfen JB, Smith TL, Danko GP, Gordon L, Landi NA, Nurnberger JI Jr, et al. Clinical correlates of cigarette smoking and nicotine dependence in alcohol dependent men and women. *Alcohol Alcohol* 2000;35:171-5.
7. Marks JL, Hill EM, Pomerleau CS, Mudd SA, Blow FC. Nicotine dependence and withdrawal in alcoholic and non-alcoholic ever-smokers. *J Subst Abuse Treat* 1997;14:521.
8. Miller NS, Gold MS. Comorbid cigarette and alcohol addiction: epidemiology and treatment. *J Addict Dis* 1998;17:55-66.
9. Rook L, Buster M. Luchtwegaandoeningen en druggebruik. Amsterdam: GG&GD, 2000:1-40.
10. Henningfield JE, Cohen C, Slade JD. Is nicotine more addictive than cocaine. *Brit J Addict* 1991;86:565-9.
11. Farmacotherapeutisch Kompas 2002. Amstelveen: CVZ; 2003. www.fk.cvz.nl
12. Bakker JB, Hovens JE, Loonen AJM. Soms is roken beter. *Med Contact* 2001; Jaargang 56 nr. 44.

Literatuur bij hoofdstuk 8

1. Ockene JK, Lindsay EA, Hymowitz N, Giffen C, Purcell T, Pomrehn P, et al. Tobacco control activities of primary-care physicians in the Community Intervention Trial for Smoking Cessation. COMMIT Research Group. *Tobacco Control* 1997;6(Suppl 2):S49-56.
2. Thorndike AN, Rigotti NA, Stafford RS, Singer DE. National patterns in the treatment of smokers by physicians. *JAMA* 1998;279:604-8.
3. Young JM, Ward JE. Implementing guidelines for smoking cessation advice in Australian general practice: opinions, current practices, readiness to change and perceived barriers. *Fam Pract* 2001;18:14-20.
4. McEwen A, Akotia N, West R. General practitioners' views on the English national smoking cessation guidelines. *Addiction* 2001;96:997-1000.
5. McEwen A, West R. Smoking cessation activities by general practitioners and practice nurses. *Tobacco Control* 2001;10:27-32.
6. 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.
7. Bero LA, Grilli R, Grimshaw JM, Mowatt G, Oxman AD, Zwarenstein M. Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Group. *The Cochrane Library, Issue 3*. Oxford: Update Software, 2002.
8. Kroes ME, Lock AJJ. Stoppen-met-roken ondersteuning: zeker weten! College voor zorgverzekeringen (CVZ). Publicatienummer 167. Amstelveen: CVZ, 2003.

Literatuur bij hoofdstuk 9

1. Feenstra TL, Hamberg-van Reenen HH, Hoogenveen RT, Rutten-van Mölken MPMH. Cost-effectiveness analysis of smoking interventions by professionals: a dynamic modelling study. Reportnummer 03.67. Rotterdam: Institute for Medical Technology Assessment, 2003.
2. Polder JJ, Takken J, Meerding WJ, Kommer GJ, Stokx LJ. Kosten van ziekten in Nederland. De zorgeuro ontrafeld. Bilthoven: Rijksinstituut Voor Volksgezondheid en Milieu, 2002.

