



Robert C. van de Graaf en Onno C.P. van Schayck

**In dit overzichtsartikel bespreken wij de effectiviteit en veiligheid van verschillende interventies om te stoppen met roken.**

**De basis van de hulp aan mensen die willen stoppen met roken is gedragsmatige begeleiding.**

**Deze begeleiding kan eventueel aangevuld worden met schriftelijke zelfhulpmaterialen, telefonische counseling en e-health, die zijn aangepast aan de individuele patiënt.**

**De effectiviteit van de behandeling kan verder worden vergroot met farmacotherapie. De eerste keus is een combinatie van een nicotinepleister en een nicotinezuigtablet of -kauwgom, mede vanwege het gunstige bijwerkingenprofiel.**

**Ook varenicline, bupropion en nortriptyline zijn effectief bij het stoppen met roken; varenicline lijkt het effectiefst te zijn. Deze middelen hebben echter meer contra-indicaties en potentiële bijwerkingen, waardoor een goede indicatiestelling en intensievere monitoring van belang zijn.**

**De e-sigaret moet niet worden geadviseerd omdat deze niet effectiever is dan nicotinevervangende medicatie en de potentiële bijeffecten, zoals het normaliseren van roken, onvoldoende zijn onderzocht.**

Een 47-jarige man komt bij de huisarts omdat hij hulp wil bij het stoppen met roken. Zijn conditie is slecht en hij maakt zich zorgen dat zijn tienerzoon ook gaat roken. De man komt uit een rokersfamilie. Hij wil al langere tijd stoppen en heeft meerdere pogingen hiertoe gedaan met onder andere nicotinepleisters, acupunctuur en de e-sigaret. Toen kreeg hij echter slaapproblemen en werd hij somber. Hij rookt al 34 jaar, op dit moment ruim een pakje per dag. Zijn 45-jarige vrouw was na advies van de huisarts eerder gestopt wegens een zwangerschapswens, maar rookt nu weer circa 10 sigaretten per dag. De ouders roken niet binnenshuis, maar wel in het bijzijn van hun twee kinderen. De huisarts vraagt zich af wat hij kan doen om te zorgen dat de man stopt met roken en de kinderen niet gaan roken. En had hij eerder kunnen en moeten interveniëren?

*Verslavingszorg Noord Nederland, Groningen.*

*Drs. R.C. van de Graaf, verslavingsarts.*

*Maastricht University, CAPHRI School for Public Health and Primary Care, afd. Huisartsgeneeskunde, Maastricht.*

*Prof.dr. O.C.P. van Schayck, epidemioloog.*

*Contactpersoon: prof.dr. O.C.P. van Schayck*

*(onno.vanschayck@hag.unimaas.nl).*

**H**et roken van tabak is de belangrijkste oorzaak van ziekte en al dan niet vroegtijdig overlijden in Nederland die te voorkomen is.<sup>1,2</sup> Het percentage rokers in Nederland daalt trager dan in een aantal andere westerse landen, wat voor een belangrijk deel te wijten is aan de

bepaalde preventieve overheidsmaatregelen van de afgelopen jaren.<sup>1</sup>

Vanuit de samenleving – en vanuit artsen – lijkt nu een beweging op gang te komen die ernaar streeft kinderen in elke fase van het leven te beschermen tegen tabaksrook en de verleiding om zelf te gaan roken, de Rookvrije Generatie.<sup>1</sup> Belangrijke kindbeschermingsmaatregelen zijn het rookvrij maken van de leefomgeving van kinderen en het terugdringen van de beschikbaarheid en de zichtbaarheid van tabaksproducten, bijvoorbeeld door het verhogen van de tabaksprijzen en het verminderen van het aantal tabaksverkooppunten.

Zien roken doet hoogstwaarschijnlijk roken,<sup>3</sup> en om kinderen te beschermen is het ook van belang te zorgen dat meer rokers gaan stoppen met roken of de mogelijkheid hiertoe krijgen. Dit geldt vooral voor rokers in de directe leefomgeving van kinderen, zoals binnen een gezin. Kinderen van rokende ouders hebben namelijk 2-3 keer zo veel kans om zelf te gaan roken. Bijna 92% van de rokende ouders rookt in het bijzijn van hun kind,<sup>4</sup> en van de rokende kinderen onder de 18 jaar krijgt 10% de tabak van de ouders.<sup>5</sup> Tabaksverslaving is binnen gezinnen vaak onderdeel van een bredere ‘familieleefstijl’: de overdracht van generatie op generatie is sterk.

Om de risico's voor de volgende generatie te verminderen is het van belang dat tabaksverslaving als stoornis eerder gesignaleerd wordt, evenals de risico's voor de opgroeiende kinderen.<sup>6</sup> Eén succesvolle rookstop poging kan binnen een gezin van doorslaggevende betekenis zijn in het beschermen van de kinderen tegen het roken.

Het merendeel van de rokers wil stoppen met roken. Zo doen circa 1 miljoen Nederlandse rokers per jaar een serieuze stop poging. Maar binnen een jaar is 90-96% weer teruggevallen in het roken. Een belangrijke reden hiervoor is dat slechts 23% gebruikmaakt van bewezen effectieve hulp.<sup>7</sup> Bovendien lijkt de ernst van de aanwezige tabaksverslaving vaak te worden onderschat.

In dit artikel geven wij een overzicht van de effectiviteit en veiligheid van de stoppen-met-rokenmethoden die in Nederland beschikbaar zijn.

## ZOEKSTRATEGIE

We beoordeelden stoppen-met-rokeninterventies op effectiviteit en veiligheid. Zo mogelijk maakten we daarvoor gebruik van de recentste Cochrane-reviews sinds 2003, de datum van het laatste overzichtsartikel over stoppen-met-rokenmethoden in het *NTvG*.<sup>8</sup> Voor eventuele aanvullingen zochten we in PubMed naar systematische reviews en meta-analyses. Van elke stopmethode namen we het relatieve risico (RR) en het 95%-betrouwbaarheidsinterval, zoals momenteel gebruikelijk is; we vermelden de behandeling waarmee de betreffende interventie werd vergeleken. De follow-

upduur van de geselecteerde studies was minimaal 6 maanden.

## STOPPEN-MET-ROKENMETHODEN

### GEDRAGSMATIGE BEGELEIDING

Er zijn meerdere gedragsmatige interventies om mensen te helpen bij het stoppen met roken.

**Stopadvies van zorgverlener** Een vast onderdeel van de stoppen-met-rokenzorg is het stopadvies van een zorgverlener. In dit advies op maat wordt geadviseerd om te stoppen, wordt de reden waarom genoemd en wordt uitgelegd welke hulpmethoden beschikbaar zijn. Het stopadvies heeft bij 36% van de rokers die gestopt zijn of die dit van plan zijn invloed gehad op het besluit om te stoppen met roken.<sup>9</sup> Een stopadvies van een arts is effectiever dan geen advies (RR: 1,76; 95%-BI: 1,58-1,96).<sup>10</sup> Intensief advies is effectiever dan minimaal advies (RR: 1,37; 95%-BI: 1,20-1,56).<sup>10</sup> Ook een stopadvies van een verpleegkundige heeft een positief effect vergeleken met geen advies (RR: 1,29; 95%-BI: 1,20-1,39), waarbij er geen verschil is tussen een lage of hoge intensiteit van deze verpleegkundige interventie.<sup>11</sup>

Een deel van hulpverleners denkt dat het geven van een ongevraagd stopadvies de behandelrelatie kan schaden. Het merendeel van de Nederlanders vindt een ongevraagd stopadvies van een huisarts echter acceptabel.<sup>12</sup> Van alle rokers heeft slechts 15% het afgelopen half jaar een stopadvies gekregen.

**Motiverende gespreksvoering** Binnen de Nederlandse stoppen-met-rokenzorg wordt motiverende gespreksvoering inmiddels standaard toegepast. Het doel hiervan is de motivatie tot gedragsverandering te bevorderen. Motiverende gespreksvoering is een vast onderdeel van de behandeling van patiënten met verslavingsproblematiek binnen de reguliere verslavingszorg. Deze interventie is effectiever dan een kort advies of standaardzorg (RR: 1,26; 95%-BI: 1,16-1,36).<sup>13</sup>

Vaak wordt tijdens de stoppen-met-rokenzorg aangesloten bij het motivatiestadium waarin een patiënt zich op dat moment zou bevinden. Volgens de stadiumgebaseerde ('stage-based') theorie doorlopen rokers namelijk een aantal stadia voordat ze succesvol kunnen stoppen, onder meer bewustwording, besluitvorming en uitvoering. Omdat stadiumgebaseerde interventies echter niet effectiever zijn dan vergelijkbare interventies die niet stadiumgebaseerd zijn,<sup>14</sup> hoeft het motivatiestadium niet langer betrokken te worden in de stoppen-met-rokenzorg.<sup>15</sup>

**Individuele counseling** Meestal bevat individuele counseling onderdelen van cognitieve gedragstherapie, zoals het identificeren van risicosituaties en het leren van vaardigheden om anders met deze risicosituaties om te gaan. Individuele counseling is effectiever dan simpele stopad-

viezen (RR: 1,39; 95%-BI:1,24-1,57). Er is geen verschil tussen meer of minder intensieve individuele counseling.<sup>16</sup>

**Telefonische counseling** Meerdere gesprekken met een telefonische hulplijn op initiatief van de patiënt zijn effectiever dan een eenmalig, kort, adviserend telefoongesprek of het ontvangen van zelfhulpmateriaal (RR: 1,38; 95%-BI: 1,28-1,49). Als telefonische counseling op initiatief van hulpverleners wordt toegevoegd aan individuele persoonlijke counseling of farmacotherapeutische behandeling, is dit effectiever dan een toegevoegde zelfhulpinterventie of een kort gesprek (RR: 1,27; 95%-BI: 1,20-1,36).<sup>17</sup>

**Groepstherapie** We weten dat groepstherapie effectiever is dan zelfhulpprogramma's of andere minder intensieve hulp (RR: 1,98; 95%-BI: 1,60-2,46). Er is echter geen bewijs dat groepsbehandelingen effectiever zijn dan individuele behandeling van dezelfde intensiteit.<sup>18</sup>

**Schriftelijke zelfhulp** Het geven van schriftelijke zelfhulp is niet effectiever dan geen interventie of dan ander geschreven materiaal, zoals een folder (RR: 1,06; 95%-BI: 0,95-1,18). Zelfhulpmateriaal met advies op maat lijkt wel effectiever dan geen hulpmiddelen of dan niet-aangepaste materialen (RR: 1,28; 95%-BI: 1,18-1,37).<sup>19</sup>

## E-HEALTH

Er zijn steeds meer behandelinterventies beschikbaar via e-health, zeker sinds de behandel mogelijkheden van internet en mobiele telefonie kunnen worden gecombineerd met smartphones. De wetenschappelijke evidentie voor de effectiviteit van deze interventies als zelfstandige behandel mogelijkheden bij het stoppen met roken is beperkt.<sup>20,21</sup> Er kan wel een positief effect op het stoppen met roken worden verwacht van met name interventies via de mobiele telefoon of internet die op maat gemaakt kunnen worden, interactief zijn en sms-berichten verzenden. In de laatste jaren blijkt daarnaast een speciale vorm van e-health, namelijk advies op maat, te leiden tot significante meer mensen die stoppen met roken; ook blijken deze interventies kosteneffectief te zijn (Cheung KL, et al, schriftelijke mededeling, 2017).

## FARMACOTHERAPIE

Op farmacotherapeutisch gebied zijn er verschillende opties.

**Nicotinevervangende middelen** Er zijn verschillende vormen van nicotinevervangende middelen (NVM) beschikbaar: pleister, zuigtablet, sublinguale tablet en kauwgom. Een pleister geeft een geleidelijkere afgifte dan de andere vormen. NVM zijn 'over the counter' (OTC) verkrijgbaar, maar worden dan niet vergoed door de zorgverzekeraar. Bij OTC-middelen is het belangrijk dat de dosering van de NVM niet te laag gekozen wordt, bij-

voorbeeld vanwege de prijs, omdat de medicatie dan minder effectief is. NVM worden wel vergoed als ze in combinatie met een bewezen effectieve gedragsmatige begeleiding zijn voorgeschreven door een arts. Juist de combinatie van gedragsmatige ondersteuning en NVM vergroot namelijk de succeskans.

Alle vormen van NVM zijn effectiever dan placebo (RR: 1,60; 95%-BI: 1,53-1,68), en er is geen verschil qua effectiviteit tussen de diverse NVM-vormen.<sup>22</sup> Verder is een combinatie van meerdere NVM-vormen effectiever dan één NVM-vorm (RR: 1,34; 95%-BI: 1,18-1,51).<sup>22</sup> Het wordt aanbevolen te kiezen voor een combinatie van een langwerkende (nicotinepleister) en een snelwerkende vorm (nicotinezuigtablet of -kauwgom). NVM worden in de CBO-richtlijn (2009) en NHG-standaard (2009) gezien als eerste stap, voornamelijk vanwege het relatief gunstige bijwerkingenprofiel en de ruime ervaring met deze middelen. NVM kunnen ook worden gebruikt door adolescenten, zwangere vrouwen en mensen met comorbide lichamelijke of psychiatrische aandoeningen.

**Partiële nicotinereceptoragonisten** In Nederland is de partiële nicotinereceptoragonist varenicline geregistreerd voor het stoppen met roken. Ook cytisine, dat een vergelijkbaar werkingsmechanisme heeft als varenicline, is via internet verkrijgbaar – maar niet op recept. Varenicline is effectiever dan placebo (RR: 2,24; 95%-BI: 2,06-2,43), ook bij gebruik van een lagere dosering dan gebruikelijk (1 mg per dag) (RR: 2,08; 95%-BI: 1,56-2,78).<sup>23</sup> De meest genoemde bijwerking is misselijkheid. Het gebruik van varenicline leidt niet tot meer – ernstige of niet-ernstige – bijwerkingen dan placebo.<sup>23</sup> Het risico op bijwerkingen is kleiner bij gebruik van een lagere dosering. Ook cytisine is effectiever dan placebo (RR: 3,98; 95%-BI: 2,01-7,87). De bijwerkingen van cytisine zijn onvoldoende bekend.<sup>23</sup>

**Antidepressiva** De effectiviteit en veiligheid van bupropion en nortriptyline bij het stoppen met roken zijn inmiddels vrij goed onderzocht. Bupropion is in Nederland geregistreerd voor de indicatie stoppen met roken, in tegenstelling tot nortriptyline, dat hiervoor offlabel wel wordt voorgeschreven.

Het werkingsmechanisme van bupropion voor zowel het antidepressieve effect als de invloed op stoppen met roken is niet precies bekend.<sup>24</sup> Het geneesmiddel is effectiever dan placebo (RR: 1,62; 95%-BI: 1,49-1,76). Bij het voorschrijven van bupropion moet gelet worden op contra-indicaties (onder andere lever- en nierfunctiestoornissen, insultgevoeligheid en anorexia nervosa) en interacties met andere medicatie (onder andere diverse antidepressiva, antipsychotica, antihistaminica en bètablokkers).<sup>24</sup> Een mogelijk voordeel van bupropiongebruik is dat een bijkomende depressie tegelijkertijd behandeld kan worden.<sup>24</sup> De meest genoemde bijwerkingen zijn

**TABEL** Relatieve effectiviteit van verschillende stoppen-met-rokeninterventies

interventie	RR (95%-BI)*
stopadvies van zorgverlener	
minimaal stopadvies van arts is effectiever dan geen advies	1,76 (1,58-1,96)
intensief advies is effectiever dan minimaal advies	1,37 (1,20-1,56)
stopadvies van verpleegkundige is effectiever dan geen advies	1,29 (1,20-1,39)
motiverende gespreksvoering	
motiverende gespreksvoering is effectiever dan minimaal advies	1,26 (1,16-1,36)
individuele counseling	
individuele counseling is effectiever dan minimaal advies	1,39 (1,24-1,57)
telefonische counseling	
telefonische hulplijn is effectiever dan eenmalig, kort, adviserend telefoongesprek of zelfhulpmateriaal	1,38 (1,28-1,49)
groepstherapie	
groepstherapie is effectiever dan zelfhulpprogramma's	1,98 (1,60-2,46)
schriftelijke zelfhulp	
advies op maat is effectiever dan geen hulpmiddelen of niet-aangepaste materialen	1,28 (1,18-1,37)
NVM	
alle vormen van NVM zijn effectiever dan placebo	1,60 (1,53-1,68)
combinatie van meerdere NVM-vormen is effectiever dan één NVM-vorm	1,34 (1,18-1,51)
partiële nicotinereceptoragonist	
varenicline is effectiever dan placebo	2,24 (2,06-2,43)
cytisine is effectiever dan placebo	3,98 (2,01-7,87)
antidepressiva	
bupropion is effectiever dan placebo	1,62 (1,49-1,76)
nortriptyline is effectiever dan placebo	2,03 (1,48-2,78)

NVM = nicotinevervangende middelen.

\* Het relatieve risico (RR) geeft de kans weer op stoppen met roken gedurende minimaal 6 maanden in de interventiegroep vergeleken met de controlegroep. Alleen bewezen effectievere interventies zijn weergegeven.

insomnie (30-40%), droge mond (10%) en misselijkheid;<sup>25</sup> er is een klein risico op convulsies (0,1%). Er is geen significant verschil in effectiviteit tussen dagdoseringen van 150 en 300 mg; een lagere dosering leidt mogelijk tot minder bijwerkingen.

Ook van nortriptyline is het precieze werkingsmechanisme bij stoppen met roken onbekend. Nortriptyline is effectiever dan placebo (RR: 2,03; 95%-BI: 1,48-2,78).<sup>25</sup> Een voordeel van nortriptyline ten opzichte van NVM en nicotinereceptoragonisten is dat een bijkomende depressie eveneens behandeld kan worden. Net als bij bupropion moet goed gelet worden op eventuele contra-indicaties (onder andere hart- en vaatziekten, en ernstige

lever- of nierfunctiestoornissen) en interacties met andere medicatie (onder andere bupropion). De meest genoemde bijwerkingen van nortriptyline zijn sedatie, droge mond, lichtheid in het hoofd en obstipatie. Er zijn geen ernstige bijwerkingen gerapporteerd.<sup>25</sup>

Er is geen significant verschil wat betreft effectiviteit tussen bupropion en nortriptyline.<sup>25</sup> Nortriptyline is goedkoper dan bupropion, wat van belang kan zijn bij de keuze voor dit middel. Mits gecombineerd met gedragsmatige behandeling worden beide middelen wel vergoed door de zorgverzekeraar.

### E-SIGARET

Het gebruik van de e-sigaret is de afgelopen jaren sterk toegenomen, ook als middel om het roken van tabak te reduceren of om te stoppen met roken. Zo'n 15% van de rokers gebruikt de e-sigaret bij de rookstopgolving.<sup>26</sup> De e-sigaret met nicotine is niet effectiever dan nicotinepleisters (RR: 1,26; 95%-BI: 0,68-2,34).<sup>27</sup>

Mogelijk zijn nicotinebevattende e-sigaretten wel effectiever dan nicotinepleisters bij het reduceren van het aantal gerookte sigaretten (RR: 1,41; 95%-BI: 1,20-1,67). De feitelijke effectiviteit van de vermindering van het aantal sigaretten dat gerookt wordt, ook wel 'harm'-reductie genoemd, staat echter ter discussie. Belangrijk is dat de langetermijneffecten van e-sigaretten onbekend zijn.

### ALTERNATIEVE METHODEN

In Nederland is een divers aanbod van alternatieve therapieën voor stoppen met roken, zoals hypnotherapie, lasertherapie, elektrostimulatie en acupunctuur. De effectiviteit van deze methoden ten opzichte van placebo is niet aangetoond.<sup>28</sup>

### ADVIEZEN VOOR DE PRAKTIJK

In de tabel is de relatieve effectiviteit van de bewezen effectieve interventies samengevat.

De adviezen in dit overzichtsartikel zijn niet wezenlijk anders dan die uit eerdere richtlijnen van het CBO en het NHG uit 2009 of dan die uit de recente herziening van deze CBO-richtlijn uit 2016.<sup>29</sup> Het enige feitelijke verschil is dat in de laatste genoemde richtlijn wordt aanbevolen de gedragsmatige ondersteuning af te stemmen op het motivatiestadium van de roker, hoewel er geen verschil wordt gevonden in effectiviteit tussen onderzoeken die wel of niet gebruikmaken van stage-based ondersteuning; wij adviseren om dit juist niet te doen. Dat doen wij niet alleen omdat de effectiviteit niet bewezen is, maar ook omdat we al meer dan 10 jaar vanuit de verslavingsleer weten dat de behandeling van patiënten met een verslaving geen logische opeenvolgende stadia kent maar

veeleer afgestemd moet worden op de stemmingen en al dan niet ingrijpende gebeurtenissen die in het leven van de roker plaatsvinden.<sup>15</sup>

Een medisch consult is bij uitstek een goed moment om het roken van de patiënt te bespreken. Een stopadvies op maat moet een standaardonderdeel zijn van het consult, waarbij niet alleen de reden waarom en de beschikbare hulpmethoden moet worden besproken, maar ook de effecten op de eventueel aanwezige kinderen in het gezin en de directe omgeving.

De basis van de stoppen-met-rokenbegeleiding is gedragsmatige begeleiding. Deze kan zowel individueel als in groepsverband plaatsvinden, al is groepstherapie niet voor iedereen geschikt. Gedragsmatige begeleiding kan eventueel aangevuld worden met schriftelijke zelfhulpmaterialen, telefonische counseling en e-health, die zijn aangepast aan de individuele patiënt.

De effectiviteit van de behandeling kan verder vergroot worden door het toevoegen van farmacotherapie. De eerste keus is een combinatie van een nicotinepleister en een nicotinezuigtablet of -kauwgom, mede vanwege het gunstige bijwerkingenprofiel van NVM. Deze middelen kunnen ook gebruikt worden door adolescenten, zwangere vrouwen en mensen met ernstige psychiatrische comorbiditeit; bij deze groepen zijn de effectiviteit en de bijwerkingen echter minder goed onderzocht.

Ook varenicline, bupropion en nortriptyline zijn effectief bij het stoppen met roken; hiervan lijkt varenicline het effectiefst te zijn.<sup>30</sup> Deze middelen hebben meer contra-indicaties en potentiële bijwerkingen, waardoor een goede indicatiestelling en intensievere monitoring van belang zijn. Hoewel cytisine effectief is, is dit nog niet in Nederland op recept verkrijgbaar.

De e-sigaret moet niet worden geadviseerd omdat deze niet effectiever is dan NVM en de potentiële bijeffecten, zoals het normaliseren van roken, onvoldoende zijn onderzocht, terwijl de bijwerkingen van NVM wel afdoende bekend zijn. Ook in het kader van harmreductie zijn nog geen definitieve uitspraken te doen.

Rokers die ondanks goede stoppen-met-rokenbegeleiding bij de huisarts of op de rookstoppoli van het ziekenhuis niet kunnen stoppen met roken, zouden verwezen moeten kunnen worden naar de verslavingszorg.

## VERVOLG CASUS

### BEHANDELING ROKENDE VADER

Omdat de man uit de casus aan het begin van dit artikel gemotiveerd is om te stoppen met roken en zelf om hulp vraagt, is het belangrijk zijn hulpvraag serieus te nemen en behandeling aan te bieden. Eerst moet nadere diagnostiek gedaan worden, omdat er aanwijzingen zijn dat het om vrij complexe verslavingsproblematiek gaat. De

man geeft aan een slechte conditie te hebben en gezien het aantal pakjaren (schatting: 33-35) is het verstandig zijn lichamelijke toestand te onderzoeken.

Het rookgedrag van de vrouw kan van grote invloed zijn op het wel of niet slagen van de rookstop poging van de man. De huisarts moet daarom zicht krijgen op het rookgedrag van de man en de rol die het roken speelt in het gezamenlijke leven van beide partners. Ook lijkt het van belang meer inzicht te krijgen in het rookgedrag van de familie, in elk geval van de zijde van de man. Met deze inzichten kan bepaald worden welke behandeling optimaal is. Bij een matig tot ernstige tabaksverslaving en een rokende partner zou idealiter ook de vrouw meebehandeld moeten worden (gezinsbehandeling).

De behandeling van de man bestaat uit gedragsmatige behandeling en farmacotherapie, waarbij in zijn geval goed gelet moet worden op het ontstaan van slaapproblemen en somberheid. De detoxificatieperiode duurt over het algemeen enkele weken en deze man heeft naar alle waarschijnlijkheid matig intensieve begeleiding en monitoring. De huisarts moet beoordelen of deze begeleiding gedaan kan worden in de huisartsenpraktijk of dat gespecialiseerde verslavingszorg geconsulteerd moet worden.

### ROKEN VOORKOMEN BIJ KINDEREN

Beginnen met roken wordt voor een belangrijk deel bepaald door erfelijke belasting en door het rookgedrag en de attitude ten aanzien van roken in het gezin. Zien roken doet naar alle waarschijnlijkheid zelf roken, en dit geldt ook voor meer roken. Kinderen van rokende ouders hebben zo'n 2-3 keer meer kans om zelf te gaan roken. Nadat een kind is begonnen met roken bepalen vooral diens erfelijke aanleg en unieke omgeving in toenemende mate of het roken wordt doorgezet en of er een tabaksverslaving ontstaat.

Het beste wat de huisarts kan doen om te voorkomen dat de kinderen zelf gaan roken is zowel hun vader als moeder te ondersteunen bij stoppen met roken. Daarnaast is het van belang dat de ouders weten wat hun rookgedrag doet met hun kinderen en is het verstandig dat de ouders leren om de juiste opvoedstrategieën te hanteren. Hiervoor kunnen de ouders hulp vragen bij de jeugdgezondheidszorg of verslavingszorg.

### TIJDIGE INTERVENTIE

Achteraf is het makkelijk praten, maar toen de huisarts de vrouw ruim 13 jaar geleden adviseerde te stoppen met roken vanwege gebruik van de orale anticonceptiepillen was er gelegenheid om uitbreider stil te staan bij het roken en de man te betrekken bij het rookstopadvies. Tijdens dit gesprek had een eventuele kinderwens en de relatie met roken al besproken kunnen worden. Op de momen-

## LEERPUNTEN

- **Om rokers te helpen te stoppen met roken is het van belang dat artsen het roken bespreekbaar maken tijdens het medisch consult. Tijdens dit consult moet er aandacht zijn voor eventuele gezinsleden, zoals kinderen.**
- **De basis van de hulp bij stoppen met roken is gedragsmatige begeleiding.**
- **De eerste keus bij stoppen met roken is een combinatie van een nicotinepleister en een nicotinezuigtablet of -kauwgom, mede vanwege het gunstige bijwerkingenprofiel.**
- **De e-sigaret moet niet worden geadviseerd omdat deze niet effectiever is dan nicotinevervangende medicatie en de potentiële bijeffecten, zoals het normaliseren van roken, onvoldoende zijn onderzocht.**

ten dat de vrouw de pil stopte en toen de kinderen werden geboren waren er wederom aanleidingen om over het belang van het stoppen met roken te beginnen. Het stel geeft aan niet in huis te roken, maar tabaks-

rookdeeltjes komen via de haren en kleding toch het huis binnen ('derdehands rook') en dit is ook schadelijk voor de kinderen. Bovendien rookt 92% van de rokende ouders in het bijzijn van hun kinderen, binnens- of buitenshuis. Zien roken doet roken, en meer roken ('tweedehands rook') schaadt kinderen. Hoe langer kinderen worden blootgesteld aan tabaksrook en rookgedrag binnen het gezin, hoe groter de kans dat zij zelf gaan roken.

**In deze serie publiceren wij artikelen over roken. De onderwerpen lopen uiteen van de gezondheidseffecten van roken tot de kosten voor de samenleving en de preventie van roken onder jongeren.**

Belangenconflict en financiële ondersteuning voor dit artikel: O.C.P. van Schayck ontving een onderzoeksubsidie van Pfizer.

Aanvaard op 21 december 2016

Citeer als: Ned Tijdschr Geneeskd. 2017;161:D1131

 **KIJK OOK OP [WWW.NTVG.NL/D1131](http://WWW.NTVG.NL/D1131)**

## LITERATUUR

- Mackenbach JP. Nederland rookvrij: dokters spreken zich uit. Nu de politiek nog. Ned Tijdschr Geneeskd. 2015;160:D310.
- KNMG-Standpunt Tabaksonthouding. Naar een rookvrije samenleving. Utrecht: KNMG; 2016.
- Bommelé J, van Laar M, Kleinjan M. Notitie Zien roken, doet roken? Utrecht: Trimbos-instituut; 2016.
- De Looze M, Van Dorsselaer S, De Roos S, et al. HBSC 2013: Gezondheid, welzijn en opvoeding van jongeren in Nederland. Utrecht: Universiteit Utrecht; 2014. p. 160.
- Van Dorsselaer S, Tuithof M, Verdurmen J, Spit M, van Laar M, Monshouwer K. Jeugd en riskant gedrag 2015. Kerngegevens uit het Peilstationsonderzoek Scholieren. Utrecht: Trimbos-instituut; 2016.
- Van de Graaf RC. Verslaafde ouder is risico voor kind. Med Contact (Bussum). 2016;40:47.
- Ter Weijde W, Croes E. Roken: een aantal feiten op een rij. Utrecht: Trimbos-instituut; 2015.
- Willemsen MC, Wagena EJ, van Schayck CP. 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.
- ITC Netherlands National Report. Findings from the wave 1 to 8 surveys (2008-2014). Waterloo: University of Waterloo; 2015.
- Stead LF, Buitrago D, Preciado N, Sanchez G, Hartmann-Boyce J, Lancaster T. Physician advice for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2013;(5):CD000165.
- Rice VH, Hartmann-Boyce J, Stead LF. Nursing interventions for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2013;(8):CD001188.
- Lems S. De huisarts-patiëntrelatie anno 2006. Amsterdam: TNS; 2006.
- Lindson-Hawley N, Thompson TP, Begh R. Motivational interviewing for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2015;(3):CD006936.
- Cahill K, Lancaster T, Green N. Stage-based interventions for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2010;(11):CD004492.
- West R. Time for a change: putting the Transtheoretical (Stages of Change) Model to rest. Addiction. 2005;100:1036-9.
- Lancaster T, Stead LF. Individual behavioural counselling for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2005;(2):CD001292.
- Stead LF, Hartmann-Boyce J, Perera R, Lancaster T. Telephone counselling for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2013;(8):CD002850.
- Stead LF, Lancaster T. Group behaviour therapy programmes for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2005;(2):CD001007.
- Hartmann-Boyce J, Lancaster T, Stead LF. Print-based self-help interventions for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2014;(6):CD001118.
- Civiljak M, Stead LF, Hartmann-Boyce J, Sheikh A, Car J. Internet-based interventions for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2013;(7):CD007078.
- Graham AL, Carpenter KM, Cha S, et al. Systematic review and meta-analysis of Internet interventions for smoking cessation among adults. Subst Abuse Rehabil. 2016;7:55-69.
- Stead LF, Perera R, Bullen C, et al. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2012;(11):CD000146.
- Cahill K, Lindson-Hawley N, Thomas KH, Fanshawe TR, Lancaster T. Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2016;(5):CD006103.

- 24 Hurt RD, Ebbert JO, Taylor Hays J, McFadden DD. Pharmacologic interventions for tobacco dependence. In: Ries RK, Fiellin DA, Miller SC, Saitz R. *The ASAM principles of addiction medicine*. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2014. p. 811-22.
- 25 Hughes JR, Stead LF, Hartmann-Boyce J, Cahill K, Lancaster T. Antidepressants for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;(1):CD000031.
- 26 Verdurmen J, Monshouwer K, Van Laar M. Factsheet continu onderzoek rookgewoonten 2014. Utrecht: Trimbos-instituut; 2015.
- 27 Hartmann-Boyce J, McRobbie H, Bullen C, Begh R, Stead LF, Hajek P. Electronic cigarettes for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;(9):CD010216.
- 28 White AR, Rampes H, Liu JP, Stead LF, Campbell J. Acupuncture and related interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;(1):CD000009.
- 29 CBO Richtlijn Behandeling van tabaksverslaving en stoppen met roken ondersteuning. Herziening 2016. Utrecht: Trimbos-instituut; 2016.
- 30 Anthenelli RM, Benowitz NL, West R, et al. Neuropsychiatric safety and efficacy of varenicline, bupropion, and nicotine patch in smokers with and without psychiatric disorders (EAGLES): a double-blind, randomised, placebo-controlled clinical trial. *Lancet*. 2016;387:2507-20.