

# Herziene richtlijn 'Behandeling van tabaksverslaving en stoppen met roken ondersteuning'



Niels H. Chavannes, Eline Meijer, Lidewij Wind, Robert C. van de Graaf, Charlotte Rietbergen en Esther A. Croes

**De herziene richtlijn 'Behandeling van tabaksverslaving en stoppen met roken ondersteuning' biedt zorgverleners handvatten om evidencebased zorg te verlenen aan rokende patiënten, wat ertoe zal leiden dat de rookprevalentie en de rookgerelateerde morbiditeit en mortaliteit zullen afnemen.**

**De richtlijn is herzien op 4 onderwerpen: gedragsmatige interventies, farmacotherapie, e-healthinterventies en de e-sigaret. Voor de overige onderwerpen gelden de aanbevelingen uit de versie van 2009.**

**Het is belangrijk dat zorgverleners een stoppen-met-rokenadvies op maat geven aan rokers en zorgen voor een passende stoppen-met-rokeninterventie.**

**Nicotinevervangende middelen blijven de farmacotherapie van eerste keuze en zijn het effectiefst in combinatie met een gedragsmatige interventie.**

**E-healthinterventies zijn met name effectief wanneer zij persoonlijk en interactief zijn en tekstberichten toevoegen.**

**De e-sigaret wordt op dit moment niet aanbevolen als hulpmiddel bij het stoppen met roken.**

Het is geen nieuws dat roken het risico vergroot op kanker, hart- en vaatziekten, mondziekten en chronische luchtwegaandoeningen. Ondanks talrijke maatregelen is de rookprevalentie in Nederland echter nog steeds hoog: in 2015 rookte 26% van de volwassen Nederlanders, van wie 20% dagelijks.<sup>1</sup> Naar schatting overlijden jaarlijks rond de 20.000 Nederlanders aan de gevolgen van roken, gemiddeld 10 jaar eerder dan niet-rokers.<sup>2</sup> Stoppen met roken vermindert het risico op rookgerelateerde ziekten aanzienlijk en kan de ernst van deze ziekten beperken. Het is daarom belangrijk dat alle zorgverleners stoppen met roken aanmoedigen en waar nodig ondersteunen. Daarbij hoeven zorgverleners geen zorg te dragen voor het volledige stopproces, maar kunnen zij verwijzen naar gespecialiseerde zorg.

In 2004 werd de multidisciplinaire richtlijn 'Behandeling van tabaksverslaving' ingevoerd om zorgverleners handvatten te bieden voor een evidencebased benadering en behandeling van rokende patiënten; begin 2005 werden de belangrijkste punten uit deze richtlijn besproken in het *NTvG*.<sup>3</sup> Na een eerste herziening in 2009 werd de richtlijn in 2016 opnieuw herzien, op initiatief van Stichting Partnership Stop Met Roken en het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en ondersteund door

*LUMC, afd. Public Health en Eerstelijngeneeskunde, Leiden.*

*Prof.dr. N.H. Chavannes, huisarts; E. Meijer, MSc, gezondheidspsycholoog.*

*Huisartsen Utrecht Stad, Utrecht.*

*Drs. L. Wind, huisarts, kaderarts-ggz en gedragswetenschapper.*

*Verslavingszorg Noord Nederland, Groningen en Novae, Groningen.*

*Drs. R.C. van de Graaf, verslavingsarts, beleidsmedewerker en onderzoeker.*

*Trimbos-instituut, Utrecht.*

*Dr. C. Rietbergen, systematische reviewer (tevens: methodoloog, Universiteit Utrecht); dr. E.A. Croes, arts-epidemioloog.*

*Contactpersoon: prof.dr. N.H. Chavannes (n.h.chavannes@lumc.nl).*

het Trimbos-instituut en het Nederlands Huisartsen Genootschap.<sup>4</sup> De NHG-standaard ‘Stoppen met roken’ uit 2007 zal tevens worden herzien op basis van dezelfde evidentie.<sup>5</sup>

De richtlijn, nu getiteld ‘Behandeling van tabaksverslaving en stoppen met roken ondersteuning’, is herzien volgens de principes van evidencebased richtlijnontwikkeling en geactualiseerd op 4 onderwerpen: gedragsmatige interventies, farmacotherapie, e-health en de e-sigaret. Aan de titel van de originele richtlijn is ‘en stoppen met roken ondersteuning’ toegevoegd, om aan te sluiten bij de terminologie die wordt gebruikt in cursussen voor stoppen met roken. Wij bespreken hierna de belangrijkste aanbevelingen van de herziene richtlijn.

## AANBEVELINGEN

### ACTIEF STOPADVIES GEVEN

Een stoppen-met-rokenadvies op maat, zowel gevraagd als ongevraagd, is effectief. Het vergt een relatief kleine tijdsinvestering en leidt tot beduidende verbeteringen in de volksgezondheid op populatieniveau. Een kortdurend stopadvies, van hooguit enkele minuten, door een arts leidt tot een significant groter aantal gestopte rokers na 6 maanden (‘number needed to treat’ (NNT): 27).

De richtlijn beveelt daarom aan om rokende patiënten actief te adviseren te stoppen met roken, waarbij wordt aangesloten op de klacht en de context van de patiënt. Dit geldt in het bijzonder voor patiënten met rookgerelateerde klachten of aandoeningen, nieuwe patiënten die roken, patiënten die geopereerd gaan worden, en zwangere vrouwen en hun partners. De richtlijn adviseert om patiënten die niet gemotiveerd zijn om te stoppen jaarlijks een stopadvies te geven of wanneer zij met rookgerelateerde klachten bij de zorgverlener komen.

### INTERVENTIE MOET AANSLUITEN BIJ PATIËNT

Er zijn veel verschillende vormen van gedragsmatige interventies voor stoppen met roken beschikbaar. Zo kan de interventie meer of minder intensief zijn en op verschillende manieren worden aangeboden, bijvoorbeeld individueel of in groepsverband, en persoonlijk, telefonisch of via e-health. Gedragsmatige interventies zijn bewezen effectief. De richtlijn doet een voorzichtige aanbeveling voor langerdurende of intensievere interventies.

Onderzoek laat zien dat groepsinterventies even effectief zijn als individuele interventies van dezelfde intensiteit. De sociale steun in groepsinterventies kan rokers motiveren om te stoppen, maar niet alle rokers zullen baat hebben bij een groepsinterventie – denk aan comorbiditeit en persoonlijke voorkeuren. Ook in de ggz zijn verschillende groepsinterventies beschikbaar voor rokers

met complexe problematiek, bijvoorbeeld op het gebied van verslaving.

Ook is duidelijk aangetoond dat motiverende gespreksvoering, waarin de intrinsieke motivatie om te stoppen wordt versterkt, ervoor zorgt dat meer rokers stoppen met roken. Aansluiting bij het motivatieniveau van de roker is mogelijk gunstig, hoewel onderzoek wisselende resultaten laat zien.

Op een vergelijkbare manier is gedrukt zelfhulpmateriaal alleen effectief wanneer dit is aangepast aan het motivatieniveau.

Proactieve telefonische ondersteuning is effectief, zowel voor mensen die zelf contact zochten met een hulplijn als voor mensen die actief werden benaderd.

Ten slotte is er enig bewijs voor het effect van fysieke training als onderdeel van gedragsmatige interventies – hierdoor verminderen bijvoorbeeld onthoudingsverschijnselen – maar de langetermijneffecten moeten verder worden onderzocht.

Samenvattend kunnen we stellen dat er een ruime keuze is aan effectieve gedragsmatige interventies. Het is belangrijk dat het type interventie aansluit bij de patiënt. Om passende zorg te kunnen bieden is het daarom van belang dat zorgverleners op de hoogte zijn van de wensen van patiënten en van de beschikbare zorg in de regio (zie bijvoorbeeld [www.ikstopnu.nl/hulp-in-de-buurt](http://www.ikstopnu.nl/hulp-in-de-buurt) of [www.kwaliteitsregisterstopmetroken.nl](http://www.kwaliteitsregisterstopmetroken.nl)).

### NICOTINEVERVANGENDE MIDDELEN: FARMACOTHERAPIE VAN EERSTE KEUZE

Er is sterk bewijs voor de effectiviteit van farmacotherapie als ondersteuning bij het stoppen met roken. De richtlijn beveelt nicotinevervangende middelen (NVM) aan als eerste keuze vanwege hun gunstige bijwerkingenprofiel (NNT: 16), in lijn met de richtlijn ‘Behandeling van tabaksverslaving’ uit 2009. Wat betreft de effectiviteit is er op dit moment onvoldoende bewijs om een rangorde aan te kunnen brengen in NVM, de specifieke partiële nicotinereceptoragonist varenicline, en de antidepressiva bupropion en nortriptyline. Jongeren, zwangere vrouwen en mensen met comorbide verslavingen of psychiatrische problemen kunnen ook NVM gebruiken als zij anders niet kunnen stoppen met roken. Het is bij deze groepen wel belangrijk te letten op eventuele bijwerkingen van het middel zelf of van het stoppen met roken. Recent onderzoek suggereert dat gelijktijdig gebruik van 2 NVM-vormen de kans op succesvol stoppen vergroot vergeleken met één NVM-vorm. Er is echter geen bewijs voor het toevoegen van bupropion, nortriptyline of varenicline aan NVM. Over varenicline bestonden zorgen over neuropsychiatrische bijwerkingen, zoals agressie, depressieve stemming, psychose, en suïcidale gedachten of pogingen. Recent prospectief onderzoek laat echter

zien dat er geen significante toename is van deze bijwerkingen bij gebruik van varenicline – of bupropion – vergeleken met een nicotinepleister of placebo. Binnen de antidepressiva heeft nortriptyline de voorkeur boven bupropion, omdat nortriptyline aanzienlijk goedkoper en ongeveer even effectief is.

Farmacotherapie is het effectiefst in combinatie met een gedragsmatige interventie. Hoewel NVM niet moeten worden voorgeschreven zonder bijbehorende ondersteuning, zijn ze vrij verkrijgbaar. Hierdoor worden veel stoppende rokers die NVM op eigen initiatief gebruiken waarschijnlijk onderbehandeld. De richtlijn beveelt ook sterk aan de behandeling met bupropion of nortriptyline vergezeld te laten gaan van ten minste twee afspraken met de voorschrijvende arts, zodat contra-indicaties kunnen worden nagegaan en het gebruik kan worden getitreerd en gemonitord. Ook varenicline vergt een weloverwogen en gemonitord therapiebeleid.

Bij onderzoek naar farmacotherapie is het goed te beseffen dat studies met negatieve resultaten minder vaak worden gepubliceerd (publicatiebias), met name wanneer de studie is gefinancierd door de farmaceutische industrie. Daarnaast wordt farmacotherapeutisch onderzoek over het algemeen uitgevoerd in specifieke populaties – veelal rokers die minstens 10 sigaretten per dag roken – waarbij participanten niet kunnen kiezen voor de farmacotherapie van hun voorkeur. Farmacotherapie die wordt voorgeschreven aan individuele rokers waarbij rekening wordt gehouden met hun persoonlijke voorkeur, is daarom mogelijk nog effectiever. In de keuze voor een bepaalde vorm van farmacotherapie zijn, naast de evidentie voor effectiviteit, de wensen van de patiënt en de ervaring van de voorschrijver, ook de kosten en veiligheid van belang.

#### **E-HEALTH: HOE PERSOONLIJKER, HOE BETER**

Er zijn veel verschillende apps en online-interventies ontwikkeld om stoppen met roken te ondersteunen. De snelle ontwikkeling van e-healthinterventies voor stoppen met roken is goed te verklaren: e-health is altijd toegankelijk, betaalbaar, gemakkelijk aan te passen aan de gebruiker en naar wens anoniem. E-healthinterventies voor stoppen met roken zijn echter slechts gedeeltelijk wetenschappelijk onderzocht.

Op basis van het beschikbare onderzoek stelt de richtlijn dat er een 'groot en gunstig' effect op stoppen met roken is te verwachten van intensieve internetinterventies die op maat gemaakt kunnen worden, die interactief zijn én die gebruikmaken van tekstberichten. Interventies via de mobiele telefoon resulteren eveneens in een groter aantal succesvol gestopte rokers.

Hierbij dient wel opgemerkt te worden dat onderzoek naar e-healthinterventies vaak plaatsvindt buiten de con-

text van een zorgrelatie. E-healthinterventies zullen in de Nederlandse praktijk naar verwachting effectiever zijn, omdat ze steeds vaker in een gemengde vorm worden aangeboden, waarbij er ook contact is met een zorgverlener. Minder persoonlijke interventies worden niet actief aanbevolen, maar kunnen wel worden gebruikt als aanvulling op andere interventies als patiënten dit graag willen.

#### **E-SIGARET IS GEEN HULPMIDDEL BIJ STOPPEN MET ROKEN**

De e-sigaret is nog onvoldoende onderzocht en de meningen over de e-sigaret als hulpmiddel bij het stoppen met roken zijn sterk verdeeld. De e-sigaret is geen geneesmiddel, maar valt onder de Tabaks- en rookwetenwet. Hoewel e-sigaretten minder schadelijk zijn voor de roker en zijn of haar omgeving dan reguliere sigaretten, bevatten ze wel nicotine – nicotinevrije e-sigaretten uitgezonderd – en andere schadelijke stoffen. Ook kan de e-sigaret de handeling van het roken en de nicotineverslaving in stand houden bij gestopte rokers en daarmee het risico op terugval vergroten.

De e-sigaret wordt niet actief aanbevolen als hulpmiddel bij het stoppen met roken. Ook wordt het gelijktijdig gebruik van een e-sigaret met nicotine en reguliere sigaretten ontraden. De richtlijn stelt dat rokers die niet kunnen stoppen met roken – ook niet met bewezen effectieve interventies – de e-sigaret eventueel wel kunnen gebruiken als hulpmiddel als zij dit willen. Dit gebeurt bij voorkeur onder begeleiding van een stoppen-met-rokenprofessional, waarbij gebruik wordt gemaakt van een gestandaardiseerde e-sigaret waarmee de hoeveelheid nicotine kan worden aangepast en gemonitord. Op dit moment bestaat een dergelijke e-sigaret in Nederland echter niet en het is onduidelijk hoe het gebruik van de e-sigaret kan worden afgebouwd en welke gedragsmatige interventie hierbij kan worden aangeboden.

Omdat er momenteel meerdere RCT's lopen naar de effectiviteit van de e-sigaret als ondersteuning bij het stoppen met roken beveelt de richtlijn aan het huidige advies over 2 jaar te heroverwegen.

#### **IMPLEMENTATIE**

De richtlijn is multidisciplinair en dient als basis voor het ontwikkelen van implementatiemateriaal voor de verschillende disciplines. Vertegenwoordigers van de verschillende disciplines waren betrokken bij de ontwikkeling van de richtlijn, waarmee draagkracht voor implementatie is gecreëerd. In de nabije toekomst wordt een addendum gepubliceerd over de stoppen-met-rokenbehandeling bij zwangeren.

Bewezen effectieve stoppen-met-rokenzorg wordt over het algemeen vergoed door de zorgverzekeraar. De ver-

goeding van groepstherapie verschilt per verzekeraar en is afhankelijk van contracten met zorgaanbieders. Farmacotherapie wordt vergoed wanneer dit onderdeel is van een gedragsmatige stoppen-met-rokenbehandeling. Uitgangspunt van de richtlijn is dat stoppen-met-rokenzorg wordt verleend in een ketenbenadering. Hiertoe dienen zorgverleners op de hoogte te zijn van regionale aanbieders van effectieve stoppen-met-rokenzorg en is een goede samenwerking tussen zorgverleners noodzakelijk. Het aanbieden van passende zorg vraagt daarnaast om een goede afstemming tussen de patiënt en de zorgverlener of het behandelteam.

E-health en de e-sigaret zijn nieuw in deze herziene versie van de richtlijn en onderzoek hiernaar is volop gaande.

In de toekomst zal verder duidelijk worden wat de voor- en nadelen zijn van e-health en van de e-sigaret.

**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: geen gemeld.

Aanvaard op 11 januari 2017

Citeer als: Ned Tijdschr Geneeskd. 2017;161:D1394

 **KIJK OOK OP [WWW.NTVG.NL/D1394](http://WWW.NTVG.NL/D1394)**

## LITERATUUR

- 1 Nationaal Expertisecentrum Tabaksontmoediging. Factsheet Roken onder volwassenen en jongeren in Nederland. Kerncijfers 2015. Utrecht: Trimbos-instituut; 2016.
- 2 Ter Weijde W, Croes E. Roken: een aantal feiten op een rij. Utrecht: Trimbos-instituut; 2015.
- 3 Van Weel C, Coebergh JWW, Drenthen T, Schippers GM, van Spiegel PI, Anderson PD, et al. Richtlijn 'Behandeling van tabaksverslaving'. Ned Tijdschr Geneeskd. 2005;149:17-21.
- 4 Richtlijn Behandeling van tabaksverslaving en stoppen met roken ondersteuning. Herziening 2016. Productnr. AF1506. Utrecht: Trimbos-instituut; 2016.
- 5 Chavannes NH, Kaper J, Frijling BD, Van der Laan JR, Jansen PWM, Guerrouj S, et al. NHG-Standaard Stoppen met roken. Huisarts Wet. 2007;50:306-14.