

S T O P P E N M E T R O K E N

Gevalideerd door CEBAM in maart 2005

AUTEUR: J. GAILLY

Deze aanbeveling is een vertaling van 'Recommandations de bonne pratique: Arrêter de fumer'. Bruxelles: SSMG, 2005, en geldt als herziening van de aanbeveling Stoppen met roken uit 2001.

Inbreng van de patiënt en afweging door de huisarts

Aanbevelingen voor goede medische praktijk zijn richtinggevend als ondersteuning en houvast bij het nemen van diagnostische of therapeutische beslissingen in de huisartsengeneeskunde. Zij vatten voor de huisarts samen wat voor de gemiddelde patiënt wetenschappelijk gezien het beste beleid is. Daarnaast is er de agenda van de patiënt, die een gelijkwaardige partner is bij het nemen van beslissingen. Daarom verheldert de huisarts de vraag van de patiënt door een gepaste communicatie en geeft informatie over alle aspecten van de mogelijke beleidsopties. Het kan dus voorkomen dat huisarts en patiënt samen verantwoord en beredeneerd een andere beste keuze maken. Om praktische redenen komt dit uitgangspunt niet telkens opnieuw in de aanbevelingen aan de orde, maar wordt het hier expliciet vermeld.

De kleine kaderteksten in deze aanbeveling zijn een samenvatting van de belangrijkste punten en laten snel lezen toe. De bijlagen waarnaar in deze aanbeveling wordt verwezen, zijn te raadplegen op www.domusmedica.be.

Nochtans bepaalt minder dan de helft van de huisartsen het rookgedrag van patiënten³. Als belangrijkste hinderpalen vermelden huisartsen tijdgebrek en gebrek aan motivatie vanwege hun patiënten⁴.

Inleiding

Probleemstelling

Roken geeft aanleiding tot een belangrijke fysieke en psychologische afhankelijkheid, die een specifieke begeleiding en behandeling vereist¹. De roker heeft hulp nodig om te stoppen met roken. De huisarts wordt beschouwd als een spilfiguur, niet alleen omwille van zijn bereikbaarheid (bereikt een brede populatie), maar ook omwille van de resultaten van zijn interventies.

De bestaande rookstopmaatregelen zijn doeltreffend. Hun implementatie kan leiden tot een vermindering van het morbiditeit- en mortaliteitsrisico gerelateerd aan roken².

Doelstellingen en beperkingen

Met deze aanbeveling willen we het beste beleid uitstippelen om een volwassen patiënt-roker te begeleiden. Op basis van de beschikbare literatuur stellen we de meest adequate attitudes en methoden voor om rookstop te bevorderen. Ook andere gezondheidswerkers kunnen de voorgestelde strategie (in zijn geheel of gedeeltelijk) gebruiken. Zij dienen er evenwel rekening mee te houden dat deze aanbeveling speciaal is ontwikkeld voor huisartsen. Primaire preventie (aanpak van de patiënt die nog niet rookt), preventie of rookvermindering in het kader van de volksgezondheid (media, preventie op school, rookstopprogramma's op het werk, door de wet opgelegd enzovoort)

- 1 • Lancaster T, Stead L, Silagy C, et al. Effectiveness of interventions to help people stop smoking: findings from the Cochrane library. *BMJ* 2000;321:355-8.
- Borgne A. Tabac: à traiter comme une toxicomanie. *Rev Prat* 2003;17:1684-7.
- Vandercammen M. Documentatiemap Roken. Brussel: OIVO, 2004. www.oivo.be
- 2 • Fiore MC, Bailey WC. The Tobacco Use and Dependence Clinical Practice Guideline Panel, Staff, and Consortium Representatives. A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence. A US Public Health Service Report. *JAMA* 2000;283:3244-54.
- Fiore MC, Bailey WC. Clinical practice guideline. Treating tobacco use and dependence. US Department of Health and Human services, 2000.
- 3 • Prignot J. A tentative illustration of the smoking initiation and cessation cycles. *Tob Control* 2000;9:113.
- Prignot J, Bartsch P, Vermeire P, et al. Physician's involvement in the smoking cessation process of their patients. Results of a 1998 survey among 4643 belgian physicians. *Acta Clin Belg* 2000;55-5:266-75.
- Prignot J, Vermeire P, Bartsch P, et al. Time-trends (1983-1998) in smoking habits among Belgian Physicians. *Arch Public Health* 2000;58:111-29.
- 4 • Coleman T, Wilson A. Anti-smoking advice in general practice consultations: general practitioner's attitudes, reported practice and perceived problems. *Br J Gen Pract* 1996;46:87-91.
- Cornuz J, Ghali W, Di Carantonio D, et al. Physicians' attitudes toward prevention: importance of intervention specific barriers and physicians' health habits. *Fam Pract* 2000;17:535-40.
- Coleman T, Wynn A, Stevenson K, et al. Qualitative study of pilot payment aimed at increasing general practitioners' antismoking advice to smokers. *BMJ* 2001;323:1-5.
- Tremblay M, Gervais A, Lacroix C, et al. Physicians taking action against smoking, an intervention program to optimise cessation counselling by Montreal general practitioners. *CMAJ* 2001;165:601-7.

en aanpak van rookstop in het ziekenhuis vallen buiten het bestek van deze aanbeveling.

In deze aanbeveling spreken we van een roker als die minstens één sigaret per dag rookt.

Klinische vragen

Deze aanbeveling wil een antwoord formuleren op de volgende vragen:

- Hoe kan men rokers identificeren? Bij welke rokers is een interventie nodig?
- Welke attitudes zijn er nodig om een roker te begeleiden en te motiveren om te stoppen met roken? Welke impact hebben ze?
- Welke methoden kunnen worden aangewend om rookstop te doen slagen en herval te voorkomen? Hoe doeltreffend en hoe veilig zijn ze?

Belgen en roken

Volgens Peto et al. is roken verantwoordelijk voor ongeveer 20 000 vroegtijdige sterfgevallen per jaar in België⁵. In de periode 1982 tot 1993 daalde het percentage dagelijkse rokers in België van 40 % naar 25 %⁶. Sinds 1991 varieert dit percentage tussen 25 à 30 %. Roken komt meer voor bij jongeren en in de lagere sociale klassen. Uit de enquête van 2004 van het Onderzoeks- en Informatiecentrum van de VerbruikersOrganisaties (OIVO) blijkt dat 27 % Belgen (30 % mannen en 25 % vrouwen) dagelijks rookt en 6 % occasioneel. Van de jongeren tussen elf en twaalf jaar rookt 9 %, van de jongeren tussen vijftien en zestien jaar rookt 28 % en van de jongeren tussen zeventien en achttien jaar 32 %⁶. Men observeert een belangrijke daling van roken bij Belgische artsen. Zij roken opvallend minder dan de algemene bevolking⁷.

De roker kennen

Rookstop is een proces van begeleiding en medewerking, én een verbintenis tussen de roker en de huisarts. De huisarts spoort de roker aan om te praten over de gevoelens die hij heeft omtrent zijn rookgedrag (genot, angsten, waarden, persoonlijke overtuigingen en rookstopwens). Een belangrijke stap in de aanpak van rookstop is de evaluatie van de fase waarin de roker zich in de rookstopcyclus bevindt (zie figuur 1). Met andere woorden: de huisarts gaat na in welke fase van gedragsverandering de roker zit en evalueert diens graad van nicotineafhankelijkheid (fysiek, psychologisch en gedragsmatig) en psychische toestand.

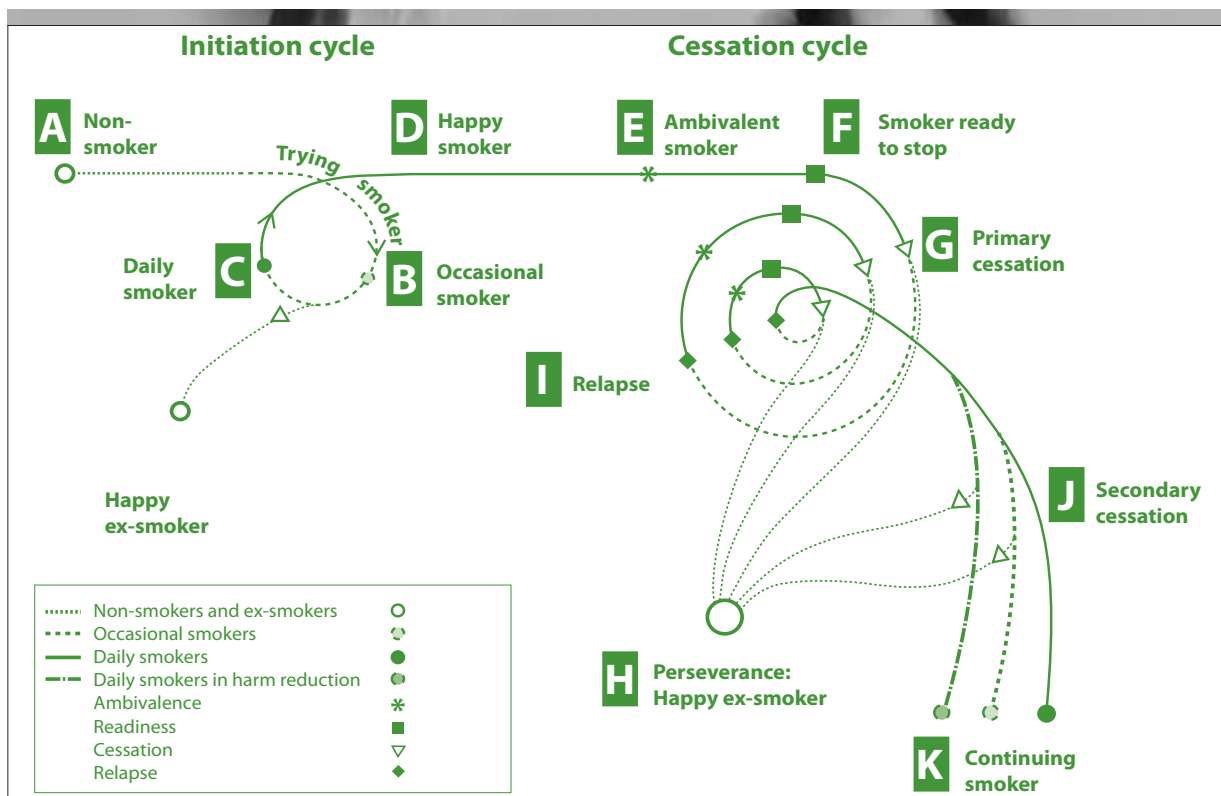
De rookstopcyclus

Alle rokers kunnen in dit model van Prignot worden geplaatst. Elke roker doorloopt al deze fasen aan zijn tempo. De nieuwe roker doet eerst enkele pogingen (B) vooraleer hij een regelmatige roker wordt (C). Hij is eerst tevreden (D); daarna begint hij te twijfelen (E). Als hij uiteindelijk gemotiveerd is om te stoppen met roken (F), dan onderneemt hij een eerste poging (G), die vaak wordt gevolgd door hervalmomenten (I). Na een tweede rookstop poging (J) zal hij definitief stoppen (H) of blijven roken (K).

Herval moet worden beschouwd als normaal en inherent aan de chronische aard van de afhankelijkheid/verslaving. Het betekent geenszins een falen van de huisarts of patiënt. Slechts een minderheid rokers stopt definitief met roken na één poging. De meesten blijven roken gedurende vele jaren en doorlopen de typische cycli van rookvermindering en herval. Als de huisarts zich hier niet van bewust is, dan geraakt hij vaak ontmoedigd en gedemotiveerd om zijn rokende patiënt verder te begeleiden⁸. De chronische aard

-
- 5 • Peto R, Lopez A, Boreham J, et al. Mortality from tobacco in developed countries. *Lancet* 1992;339:1268-78.
 • Peto R, Lopez A, Boreham J, et al. Mortality from smoking worldwide. *Br Med Bull* 1996;52:12-21.
 • Joossens L. Roken in België in 2002. Persbericht OIVO, 12 februari 2003. <http://www.oivo-crioc.org/teksten/638.shtml>
- 6 • Joossens L. Roken in België in 2002. Persbericht OIVO, 12 februari 2003. <http://www.oivo-crioc.org/teksten/638.shtml>.
 • Vandercammen M. Documentatiemap Roken. Brussel: OIVO, 2004. <http://www.oivo-crioc.org/teksten/pdf/371.pdf>
- 7 • Prignot J. A tentative illustration of the smoking initiation and cessation cycles. *Tob Control* 2000;9:113.
 • Prignot J, Bartsch P, Vermeire P, et al. Physician's involvement in the smoking cessation process of their patients. Results of a 1998 survey among 4643 belgian physicians. *Acta Clin Belg* 2000;55-5:266-75.
 • Prignot J, Vermeire P, Bartsch P, et al. Time-trends (1983-1998) in smoking habits among Belgian Physicians. *Arch Public Health* 2000;58:111-29.
- 8 • Prignot J. A tentative illustration of the smoking initiation and cessation cycles. *Tob Control* 2000;9:113.
 • Prignot J, Bartsch P, Vermeire P, et al. Physician's involvement in the smoking cessation process of their patients. Results of a 1998 survey among 4643 belgian physicians. *Acta Clin Belg* 2000;55-5:266-75.
 • Prignot J, Vermeire P, Bartsch P, et al. Time-trends (1983-1998) in smoking habits among Belgian Physicians. *Arch Public Health* 2000;58:111-29.
 • Fiore MC, Bailey WC. The Tobacco Use and Dependence Clinical Practice Guideline Panel, Staff, and Consortium Representatives. A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence. A US Public Health Service Report. *JAMA* 2000;283:3244-54.
 • Fiore MC, Bailey WC. Clinical practice guideline. Treating tobacco use and dependence. US Department of Health and Human services, 2000.
-

Figuur 1: De rookstopcyclus volgens Prignot.



van de verslaving is voor rokers stresserend en ontmoedigend. Maar ze beseffen tegelijkertijd dat ze hiermee moeten leren omgaan.

De rookstopfasen verlopen volgens het model voor gedragsverandering beschreven door Prochaska en Di Clemente (zie bijlage 1)⁹.

Is de roker 'tevreden' (*precontemplatiefase*), dan voelt hij zich niet betrokken. Hij stelt zich geen vragen over zijn

rookgedrag en denkt niet aan stoppen. Hij aanvaardt geen informatie over de negatieve gevolgen van roken of verdraait de informatie. Zit hij in de *contemplatiefase*, dan is hij een 'ambivalente of twijfelende roker', die soms denkt aan stoppen. Hij is echter nog niet klaar om een stoppoging te ondernemen. Hij aanvaardt de informatie die men hem geeft en weegt de voor- en nadelen af van roken. Zo evolueert hij tegen het einde van deze fase naar een 'ontevreden

9 Het transtheoretisch model van Prochaska en Di Clemente (stages of change) is één van de belangrijkste modellen die gedragsverandering probeert te verklaren en dikwijls bij de analyse van rookgedrag wordt gebruikt (zie bijlage 1) (Prochaska, 1983). Dit model is één van de elementen in de rookstopcyclus van Prignot. Volgens dit model doorlopen rokers tussen de rookstopoging en de daadwerkelijke rookstop meerdere fasen van gedragsverandering. De duur van deze fasen varieert en kan zelfs enkele jaren in beslag nemen. Het rookstopproces is er één van rijping. Het is geen eenrichtingsverkeer, want de roker kan op gelijk welk moment naar een vorige fase teruggaan. Evolutie naar een volgende fase wordt in dit model van gedragsverandering beschouwd als een succes en is een goede barometer voor de daaropvolgende slaagkansen van de roker in zijn pogingen om te stoppen met roken. Dit concept van gedragsveranderingsfasen kan ook in andere deelgebieden van de gezondheidszorg worden toegepast (voeding, beweging, alcoholabusus), maar lijkt minder geschikt voor andere vormen van verslaving (Rosen, 2000).

De verdeling van de rokers in al deze fasen varieert. In de bevolking van Genève bijvoorbeeld zit 74 % van de rokers in de precontemplatiefase, 22 % in de contemplatiefase en 4 % in de preparatiefase. In de Verenigde Staten zijn deze cijfers respectievelijk 40 %, 40 % en 20 %. Etter et al. hebben een verband aangetoond tussen de prevalentie van roken en de verdeling van de rokers in de verschillende fasen: hoe kleiner de prevalentie (Verenigde Staten), hoe meer rokers klaar zijn om een rookstopoging te ondernemen (Etter, 1997). Men schrijft dit toe aan een toename van de sociale druk ten gevolge van een normwijziging inzake tabaksgebruik. Velicer et al. observeerden dat het percentage personen in de precontemplatiefase daalde naarmate de educatiegraad steeg (Velicer, 1995). In België bevindt 10 à 20 % van de rokers zich in de preparatiefase. Uit het dwarsdoorsnedeonderzoek van Jarvis et al. blijkt dat de attitude en de meningen van rokers die geen enkele rookstopvraag hebben gesteld of rookstopoging hebben ondernomen, vergelijkbaar zijn met die van de andere rokers, behalve op één punt: zij ontkennen allen de impact van roken op hun gezondheid (Jarvis, 2003).

- Prochaska JO, Di Clemente CC. Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *J Consult Clin Psychol* 1983; 51:390-5.
- Rosen C. Is the sequencing of change processes by stages consistent across health problems? A meta-analysis. *Health Psychol* 2000;19:593-604.
- Velicer W, Fava J, Prochaska O, et al. Distribution of smokers by stage in three representative samples. *Prev Med* 1995;24:401-11.
- Etter JF, Perneger T, Ronchi A. Distributions of smokers by stages: international comparison and association with smoking prevalence. *Prev Med* 1997;26:580-5.
- Jarvis M, Wardle J, Waller J, et al. Prevalence of hardcore smoking in England, and associated attitudes and beliefs: cross sectional study. *BMJ* 2003;326:1061-3.

roker', hetgeen hem doet beslissen om te stoppen en de rookstop effectief voor te bereiden (*preparatiefase*).

Rokers zitten meestal in de eerste twee fasen, terwijl artsen vaak een interventie voorstellen die gericht is op de preparatiefase. De aangeboden interventie is bijgevolg slechts adequaat voor minder dan 10 % van de rokers. Vandaar het belang om de interventie aan te passen aan de motivatiefase waarin de roker zich bevindt. Op die manier is de interventie toepasbaar in de verschillende leeftijdsgroepen ⁹.

Vóór de roker in zijn rookstop poging wordt begeleid, bepaalt de huisarts eerst in welke fase van gedragsverandering hij zit. Elke roker zit in een bepaalde fase van de rookstopcyclus. De meeste rokers zitten in de eerste twee fasen en zijn (nog) niet klaar om een rookstop poging te ondernemen. Een aangepaste begeleiding kan hen helpen om hun gedrag te veranderen. Herval maakt integraal deel uit van het rookstopproces en weerspiegelt geenszins het falen van de arts of van zijn patiënt, maar wel de chronische aard van de verslaving.

Nicotineafhankelijkheid

FYSIEKE EN PSYCHOLOGISCHE AFHANKELIJKHEID

Nicotine is de belangrijkste alkaloiden in tabak en is verantwoordelijk voor de fysieke afhankelijkheid en verslaving (psychologische gewenning en behoefte om te roken). De nicotine bereikt de hersenen in 10 à 20 seconden. De halveringstijd is redelijk kort (twee à drie uur). Door diens manier van roken moduleert de roker de intensiteit van de bloedpieken of bolus. Hij zorgt er zo voor dat hij een relatief constante hoeveelheid nicotine in het bloed heeft.

Het roken geeft de roker een goed gevoel. Hij herhaalt zijn gedrag om hetzelfde effect te bekomen (*positieve bekrachtiging*). Het effect – meestal genot, voldoening, ontspanning, welzijn en intellectuele stimulering – is afhankelijk van persoon tot persoon. Roken heeft daarnaast nog andere eigenschappen: het remt de eetlust, vergemakkelijkt het omgaan met stress, is een stimulant bij laag moreel of een middel van zelfbevestiging in geval van sociale angst. Gedurende meerdere jaren roken wordt een gewoonte, die wezenlijk deel gaat uitmaken van de leefstijl van de roker (gewoontevorming).

Bepaalde personen roken om het onaangename gevoel bij ontwenning tegen te gaan. Dit noemt men *negatieve bekrachtiging*. De afhankelijkheid is dus niet alleen fysiek en psychologisch, maar ook gedragsmatig. Het dissociëren van deze verschillende vormen van afhankelijkheid is niet evident ¹⁰.

De afhankelijkheid van roken is fysiek, psychologisch en gedragsmatig. Nicotine is verantwoordelijk voor de fysieke afhankelijkheid. De aangename sensaties sporen de roker aan om verder te roken (positieve bekrachtiging). Om de onaangename sensaties van ontwenning tegen te gaan, wordt het roken bestendig (negatieve bekrachtiging). Gewoontevorming versterkt het rookgedrag.

AUTOTITRATIE EN COMPENSATOIR ROOKGEDRAG

Het rookgedrag is complex. De roker kan de dosis, trekje na trekje, zeer precies controleren. Door zijn manier van roken te moduleren, garandeert hij een zogenaamde 'autotitratie' met behoud van een optimale dosis nicotine in het

10 Nicotine lijkt qua vorm en structuur op acetylcholine, een neurotransmitter. Het stimuleert de nicotinerceptoren die verspreid liggen op de dopaminerge kanalen (nucleus accumbens). Een sterke blootstelling aan nicotine geeft aanleiding tot een verhoging van dopamine in de hersenen, met als biologisch effect dat een compensatiesysteem wordt geactiveerd. Een chronische blootstelling aan nicotine daarentegen geeft aanleiding tot een desensibilisatie van de hersenreceptoren (het vrijgeven van dopamine door een nicotinebolus is sterk verminderd), hetgeen het aantal receptoren doet toenemen. Zolang de nicotineplasmaconcentratie boven een bepaalde grens is, blijven de nicotinerceptoren gedesensibiliseerd. Bij onthouding daalt de nicotineconcentratie onder deze grens en worden de receptoren opnieuw gesensibiliseerd. De 'lege' gesensibiliseerde receptoren waarvan het aantal gestegen is, zouden aan de basis liggen van het onthoudingsverschijnsel. Omwille van de snelle absorptie is inhalatie een belangrijke factor in de ontwikkeling van afhankelijkheid. Typisch ook voor nicotine is de tolerantie. Om het effect steeds opnieuw te kunnen reproduceren, zijn almaar grotere hoeveelheden nodig. De criteria van rookverslaving zijn dus gelijkaardig aan die van alcoholisme en drugverslaving: effect van hedonische psychoactiviteit (=meer dan gemiddeld streven naar lustbevrediging), tolerantie, dwingende behoefte om te roken, psychologische en psychische behoefte bij onthouding en een grote neiging tot herval na een rookstop poging.

De effecten van nicotine op de receptoren van het centrale zenuwstelsel kunnen de gevoelens, gedragingen of cognities veranderen; deze effecten liggen vermoedelijk aan de basis van de afhankelijkheid. De perceptie van deze zelfbekrachtigende psychoactieve effecten is subjectief en variabel. Het effect kan worden ervaren als een verhoging van de stimulatie in een weinig stimulerende situatie (bijvoorbeeld verveling), maar ook als een vermindering van de stimulatie in situaties waar er te veel stimulatie is (bijvoorbeeld stress). Slechts in 10 % van de rookmomenten geeft nicotine aanleiding tot euforische effecten. De bekrachtiging zou het gevolg zijn van de normalisatie van de emoties of van de verlichting van de effecten van onthouding, eerder dan van een sterke sensatie.

Door herhaling ontstaan associaties tussen de rookhandeling en de omgeving: bijvoorbeeld een sigaret nemen alvorens te telefoneren, een sigaret roken na het eten, na seks... De door de omgeving ingegeven behoefte om te roken is een uiting van conditionering. Zulke associaties zijn moeilijk tegen te gaan en kunnen aanleiding geven tot een zeer intense behoefte om te roken, die gedurende enkele maanden en zelfs jaren na de rookstop kan aanhouden. Sommige auteurs spreken in dit geval van *gedragsmatige afhankelijkheid*.

- Martinet Y, Bohadana A. Le tabagisme, de la prévention au sevrage. Issy les Moulineaux: Masson, 2001.
- Le Houezec J. Pourquoi devient-on dépendant du tabac? *Rev Prat* 2003;635:1675-8.
- Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS). Les stratégies médicamenteuses et non médicamenteuses de l'aide à l'arrêt du tabac. Argumentaire et Recommandation. Saint-Denis: AFSSAPS, 2003. www.afssaps.sante.fr

bloed. Deze hoeveelheid is afhankelijk van roker tot roker, maar blijft bij alle rokers nogal stabiel. De luchtwegen laten een snelle bijsturing toe, zodat overdosering vermeden wordt.

De lichte sigaretten met minder teer en nicotine hebben filters met microporiën die de geïnhalerde rook verdunnen. Doorgaans compenseren rokers deze verminderde dosis door dieper te inhaleren of door de filter plat te drukken zodat er geen lucht meer door kan. Deze sigaretten hebben dus amper invloed op de geïnhalerde hoeveelheden. Hetzelfde gebeurt bij de roker die geleidelijk aan het aantal sigaretten per dag vermindert: hij zal dieper inhaleren om uit de sigaretten het maximale rendement te halen. Hij zal nooit onder een bepaald aantal sigaretten gaan ¹¹.

De roker zorgt voor een autotitratie met behoud van een optimale dosis nicotine in het bloed. Deze hoeveelheid is afhankelijk van roker tot roker, maar is bij alle rokers nogal stabiel. Dezelfde dosis in het bloed kan worden bereikt door minder, maar intenser te roken.

Onthoudingsverschijnselen

Bij een nicotineafhankelijke roker komen bij plotse rookstop (na een langdurig en dagelijks gebruik) onthoudingsverschijnselen voor: dwingende behoefte aan nicotine, irritatie, frustratie, agressie, woede, dysforie of depressief humeur, angst, concentratiemoeilijkheden, agitatie, ongeduld, slapeloosheid, constipatie, lager hartritme, meer eetlust en gewichtstoename. De meeste van deze verschijnselen worden ervaren tijdens de eerste stopweek (vooral de eerste 48 uur), om daarna af te nemen vanaf de derde/vierde week. Sommige kunnen zelfs tot zes maanden aanhouden: vooral irritatie en dwingende behoefte om te roken ¹².

De arts tracht de psychologische en gedragsmatige afhankelijkheid op te sporen, alsook de eventuele comorbiditeit verbonden aan angst en depressie.

Van de fysieke afhankelijkheid ondervindt de roker vooral tijdens de eerste rookstopweek ernstige onthoudingsverschijnselen. Andere symptomen kunnen soms meerdere maanden aanhouden. De roker heeft bij rookstop eveneens te kampen met problemen die het gevolg zijn van de psychologische en gedragsmatige afhankelijkheid, en met eventuele comorbiditeit door angst en depressie die voorheen door het roken waren gemaskeerd.

De fysieke afhankelijkheid beoordelen

Het klassieke instrument om de fysieke afhankelijkheid te beoordelen is de test van Fagerström met zes vragen (zie bijlage 2) ¹³. Het is een gevalideerd en internationaal erkend instrument. Heatherton publiceerde nadien een vereenvoudigde versie van de test, met slechts twee vragen, namelijk de tijd tussen het ontwaken en de eerste sigaret en het aantal sigaretten per dag. Deze 'lightversie' correleerde goed met het resultaat van de globale test. Fagerström heeft vervolgens aangetoond dat de tijd tussen het ontwaken en de eerste sigaret het beste geïsoleerde criterium is om de fysieke afhankelijkheid te meten, en dat de evaluatie van die afhankelijkheid enkel hiermee kan gebeuren. De test heet 'Time To the First Cigarette' (TTFC). Drieënvijftig procent van de rokers rookt zijn eerste sigaret minder dan 30 minuten na het ontwaken, hetgeen wijst op een sterke afhankelijkheid. Bij een minderheid van de rokers die 's nachts opstaan om te roken, zal deze test echter niet correct worden geëvalueerd, omdat de behoefte om 's morgens te roken verminderd is door het roken 's nachts ¹⁴.

-
- 11 • Frost C, Fullerton F, Stephen A, et al. The tar reduction study: randomised trial of the effect of cigarette tar yield reduction on compensatory smoking. *Thorax* 1995;50:1038-43.
- Le Houezec J. Pourquoi devient-on dépendant du tabac? *Rev Prat* 2003;635:1675-8.
- Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS). Les stratégies médicamenteuses et non médicamenteuses de l'aide à l'arrêt du tabac. Argumentaire et Recommandation. Saint-Denis: AFSSAPS, 2003. www.afssaps.sante.fr
- 12 • Martinet Y, Bohadana A. Le tabagisme, de la prévention au sevrage. Issy les Moulineaux: Masson, 2001.
- Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS). Les stratégies médicamenteuses et non médicamenteuses de l'aide à l'arrêt du tabac. Argumentaire et Recommandation. Saint-Denis: AFSSAPS, 2003. www.afssaps.sante.fr
- 13 • Fagerström K. Measuring degree of physical dependence to tobacco smoking with reference to individualization of treatment. *Addict Behav* 1978;3: 235-41.
- 14 • Heatherton T, Kozlowski L, Frecker R, et al. Measuring the heaviness of smoking using self-reported time to the first cigarette of the day and number of cigarettes smoked per day. *Br J Addict* 1989;84:791-800.
- Heatherton T, Kozlowski L, Frecker R, et al. The Fagerström test for nicotine dependence: A revision of the Fagerström tolerance questionnaire. *Br J Addict* 1991;86:1119-27.
- Etter JF, Vu Duc T, Perneger T. Validity of the Fagerström test for nicotine dependence and of the heaviness of smoking index among relatively light smokers. *Addiction* 1999;94(2):269-81.
- Fagerström K. Time to the first cigarette ; the best indicator of tobacco dependence? *Monaldi Arch Chest Dis* 2003;59:91-4.
-

De fysieke afhankelijkheid van roken kan worden beoordeeld aan de hand van slechts één vraag van de Fagerströmtest: "Hoe lang na het ontwaken rookt u uw eerste sigaret?". Deze test wordt soms de TTFC genoemd of 'Time To the First Cigarette'.

Biologische markers

De juiste dosis nicotinesubstitutie kan worden gemeten aan de hand van thiocynaat in het speeksel of cotinine in de urine. In sommige gevallen is dat zeer moeilijk. Deze tests worden in de algemene geneeskunde niet aanbevolen omdat ze duur en weinig toegankelijk zijn, en omdat de interpretatie ervan moeilijk is ¹⁵.

Doelgroep

Huisartsen zouden steeds op de hoogte moeten zijn van het rookgedrag van hun patiënten. Daarnaast zou iedere patiënt rookstopadvies en -begeleiding moeten krijgen. Nochtans kan een ongenueanceerde interventie de arts-pa-

tiëntrelatie in het gedrang brengen ¹⁶. De slaagkans is groter als het advies met empathie en op maat van de patiënt wordt gegeven en geregeld op verschillende manieren wordt herhaald.

De barrières en weerstanden van huisartsen voor systematische interventies zijn gekend; zij interveniëren eerder als er ten gevolge van het roken een direct gevaar is voor complicaties ¹⁷. Toch benadrukken internationale richtlijnen dat de interventie proactief en systematisch moet zijn. Met andere woorden: de arts moet bij *alle* rokers interveniëren, zelfs als ze geen vragende partij zijn of alarmerende tekenen hebben (=proactief). Dit is overigens de houding die we in deze aanbeveling vooropstellen. Rookstopadvies gegeven door de huisarts verhoogt het aantal rookstoppers (*niveau van bewijskracht 1*). Behandeling van alle rokers heeft een belangrijke impact op de volksgezondheid ¹⁸.

Bepaalde groepen verdienen, volgens de ernst van de situatie, specifieke aandacht: patiënten met een hoger risico op ziekten als gevolg van het roken (COPD, cardiovasculaire risicopatiënten) en zwangere vrouwen ¹⁹. Bij deze

-
- 15 Bepaling van *carboxyhemoglobine* (HBCO) biedt geen voordelen ten opzichte van meting van het uitgedemde CO-gehalte. Bovendien moet dit gebeuren aan de hand van een bloedafname. Men kan ook thiocynaat doseren in het speeksel. Met een lange halveringstijd is *thiocynaat* dus minder afhankelijk van het rookgedrag in de loop van de laatste uren. De bepaling van *cotinine* in de urine is de beste marker. Cotinine is een metaboliet van nicotine met een langere halveringstijd en met een hoge concentratie in de urine. Het is een specifieke marker van tabak en de enige die kan worden gebruikt om de blootstelling aan passief roken te meten (Woodward, 1991). Cotinine zou in de klinische praktijk interessant zijn om met meer precisie de dosis noodzakelijke nicotinesubstitutie te kunnen meten bij hoogrisicopatiënten: hartpatiënten, zwangere vrouwen, rokers die ondanks goede opvolging herhaaldelijk hervallen. Het is daarentegen duur, volledig ten laste van de patiënt en technisch complex: het wordt slechts in enkele labo's uitgevoerd.
- Woodward M, Tunstall-Pedoe H, Smith W, et al. Smoking characteristics and inhalation biochemistry in the Scottish population. *J Clin Epidemiol* 1991; 44:1405-10.
- 16 • Butler C, Pill R, Stott N. Qualitative study of patients' perceptions of doctors' advice to quit smoking: implications for opportunistic health promotion. *BMJ* 1998;316:1878-81.
- 17 Van de reeds beproefde maatregelen (hogere kostprijs, verbod verkoop aan jongeren, interventies in scholen en werkplaatsen) blijken de oproep aan huisartsen om aan hun patiënten rookstopadvies te geven en de sensibiliseringscampagnes in de media het meest doeltreffend (Reid, 1992). De 'Groupe d'étude canadien' integreert sinds 1994 in haar periodiek medisch onderzoek maatregelen (met *niveau van bewijskracht 1*) om rookstop te bevorderen: aan jongeren, volwassenen en zwangere vrouwen rookstopbegeleiding aanbieden en aan volwassen rokers nicotinesubstitutie voorstellen.
- Reid DJ, Killoran AJ, McNeill AD, et al. Choosing the most effective health promotion options for reducing a nation's smoking prevalence. *Tob Control* 1992;1:185-97.
- Ondanks deze aanbevelingen denken (Britse) artsen dat rookstopadvies doeltreffender is als er een verband is met de klachten die de patiënt aanbrengt. Dit beïnvloedt de manier waarop artsen het onderwerp rookstop aanbrengen bij hun patiënten. Ze zien geen heil in een strategie van globale aanpak van alle rokers (Coleman, 1996). Hun stelling is echter niet onderbouwd.
- Coleman T, Wilson A. Anti-smoking advice in general practice consultations: general practitioner's attitudes, reported practice and perceived problems. *Br J Gen Pract* 1996;46:87-91.
- Er is een verband tussen de leefstijl van de arts (meer dan drie glazen alcohol per dag, sedentair leven, niet kennen van zijn bloeddrukwaarden) en diens preventieve activiteiten in de praktijk (Cornuz, 2000).
- Cornuz J, Ghali W, Di Carantonio D, et al. Physicians' attitudes toward prevention: importance of intervention specific barriers and physicians' health habits. *Fam Pract* 2000;17:535-40.
- 18 Mc Coll et al. hebben de impact onderzocht van de opvolging van alle rokers (rookstopadvies of nicotinesubstitutie) op vlak van de volksgezondheid. Zij schatten dat dankzij opvolging, op een populatie van 100 000 inwoners, per jaar 79 sterfgevallen kunnen worden voorkomen. Deze berekening gebeurde op een populatie met 34 % rokers. Deze maatregel heeft een gunstige kosten-batenverhouding en is aanbevolen als kwaliteitsindicator in de eerstelijnszorg (Mc Coll, 1998).
- Mc Coll A, Roderick P, Gabbay J, et al. Performance indicators for primary care groups: an evidence based approach. *BMJ* 1998;317:1354-60.
- 19 Rookstopadvies aan hoogrisicopatiënten gegeven door de huisarts verhoogt significant het rookstoppercentage (*niveau van bewijskracht 1*).
- Thorogood M, Hillsdon M, Summerbell C. Which interventions reduce cigarette smoking? Clinical Evidence. BMJ Publishing Group, 2001. www.clinicalevidence.org.
 - England L, Kendrick J, Wilson H, et al. Effects of smoking reduction during pregnancy on the birth weight of term infants. *Am J Epidemiol* 2001;154:694-701.
-

risicogroepen verhoogt rookstopadvies het rookstoppercentage significant (*niveau van bewijskracht 1*)²⁰.

Alle rokers zouden van hun huisarts rookstopadvies en begeleiding moeten krijgen, zelfs al zijn ze geen vragende partij en vertonen ze geen klachten die in verband kunnen worden gebracht met hun rookgedrag. De interventie van

de huisarts is proactief en systematisch. Bij hoogrisicogroepen (zwangere vrouwen, COPD-patiënten en patiënten met een hoog cardiovasculair risico) is een dringende en intensieve rookstopbegeleiding nodig.

De ondervraagden hechten heel veel belang aan hun vrijheid om te roken en aan het vertrouwen in hun arts. Tegelijk oordelen ze

(Vervolg voetnoot 19)

- Van Der Meer R, Wagena E, Ostelo R, et al. Smoking cessation for chronic obstructive pulmonary disease (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 1, 2004. Oxford: Update Software.
- Critchley J, Capewell S. Smoking cessation for secondary prevention of coronary heart disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2004;(1):CD003041.
- Lumley J, Oliver S, Waters E. Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 1, 2004. Oxford: Update Software.

COPD-patiënt (*niveau van bewijskracht 1*)

Bij COPD-patiënten is rookstop de belangrijkste behandeling en de enige die helpt om de mortaliteit te verminderen. Er zijn bewijzen dat bij deze patiënten een interventie met begeleiding en medicamenteuze therapie [nicotinesubstitutie en bronchodilatoren (OR 4,0, BI 95 % 3,25 tot 4,93) of nicotinesubstitutie en placebo (OR 4,19, BI 95 % 3,41 tot 5,1) versus geen medicamenteuze behandeling met vijf jaar follow-up] doeltreffender is dan rookstopbegeleiding alleen. Bij gebrek aan studies met een goede methodologie zijn er geen bewijzen dat begeleiding zonder medicamenteuze behandeling bij rokers met COPD doeltreffend is.

- Van Der Meer R, Wagena E, Ostelo R, et al. Smoking cessation for chronic obstructive pulmonary disease (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 1, 2004. Oxford: Update Software.

Patiënt met coronaire aandoening (*niveau van bewijskracht 1*)

In vergelijking met blijvende rokers bedraagt de vermindering van het mortaliteitsrisico verbonden aan rookstop 36 % bij patiënten met een coronaire ziekte (Critchley, 2004). Nicotinesubstitutie in aanbevolen dosis heeft een geringer effect op de bestudeerde markers (systolische en diastolische bloeddruk, plasmaepinefrine, bèta-thromboglobuline en fibrinogeen) dan roken (Benowitz, 2002). Dankzij de behandeling bedraagt de reductie van het recidiefisico 32 % (Critchley, 2004).

- Critchley J, Capewell S. Smoking cessation for secondary prevention of coronary heart disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2004;(1):CD003041.
- Benowitz N, Hansson A, Jacob P. Cardiovascular effects of nasal and transdermal nicotine and cigarette smoking. *Hypertension* 2002;39:1107-12.

Zwangere vrouwen (*niveau van bewijskracht 1*)

Hoewel helemaal niet roken vanaf het begin van de zwangerschap beter is voor de foetus en de moeder, heeft rookstop op gelijk welk moment van de zwangerschap nog steeds voordelen (Van den Bruel, 2004). Rookstopprogramma's bij zwangeren kunnen het aantal rooksters, het aantal vroeggeboorten en het aantal baby's met laag geboortegewicht verminderen. Het effect op zeer laag geboortegewicht en perinatale mortaliteit werd echter niet onderzocht (Lumley 2004). Minder roken geeft geen aanleiding tot een stijging van het geboortegewicht van de boreling (England, 2001).

- Van den Bruel A, Cleemput I, Van Linden A, et al. Effectiviteit en kosten-effectiviteit van behandelingen voor rookstop. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE);2004 juni. KCE Reports Vol. IA. Ref. PF04-26.02A.
- Lumley J, Oliver S, Waters E. Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 1, 2004. Oxford: Update Software.
- England L, Kendrick J, Wilson H, et al. Effects of smoking reduction during pregnancy on the birth weight of term infants. *Am J Epidemiol* 2001;154:694-701.

- 20 • Butler C, Pill R, Stott N. Qualitative study of patients' perceptions of doctor advice to quit smoking: implications for opportunistic health promotion. *BMJ* 1998;316:1878-81.
- Reid DJ, Killoran AJ, Mc Neill AD, et al. Choosing the most effective health promotion options for reducing a nation's smoking prevalence. *Tob Control* 1992;1:185-97.
- Coleman T, Wilson A. Anti-smoking advice in general practice consultations: general practitioner's attitudes, reported practice and perceived problems. *Br J Gen Pract* 1996;46:87-91.
- Wynn A, Coleman T, Barrett S, Wilson A. Factors associated with the provision of anti-smoking advice in general practice consultations. *Br J Gen Pract* 2002;52:997-9.
- Mc Coll A, Roderick P, Gabbay J, et al. Performance indicators for primary care groups: an evidence based approach. *BMJ* 1998;317:1354-60.
- Fiore MC, Bailey WC. The Tobacco Use and Dependence Clinical Practice Guideline Panel, Staff, and Consortium Representatives. A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence. A US Public Health Service Report. *JAMA* 2000;283:3244-54.
- Fiore MC, Bailey WC. Clinical practice guideline. Treating tobacco use and dependence. US Department of Health and Human services, 2000.
- Cornuz J, Ghali W, Di Carlantonio D, et al. Physicians' attitudes toward prevention: importance of intervention specific barriers and physicians' health habits. *Fam Pract* 2000;17:535-40.
- Tremblay M, Gervais A, Lacroix C, et al. Physicians taking action against smoking, an intervention program to optimise cessation counselling by Montreal general practitioners. *CMAJ* 2001;165:601-7.
- Coleman T, Wynn A, Stevenson K, et al. Qualitative study of pilot payment aimed at increasing general practitioners' antismoking advice to smokers. *BMJ* 2001;323:1-5.
- Thorogood M, Hillsdon M, Summerbell C. Which interventions reduce cigarette smoking? Clinical Evidence. BMJ Publishing Group, 2001. www.clinicalevidence.org.
- England L, Kendrick J, Wilson H, et al. Effects of smoking reduction during pregnancy on the birth weight of term infants. *Am J Epidemiol* 2001;154:694-701.
- Van Der Meer R, Wagena E, Ostelo R, et al. Smoking cessation for chronic obstructive pulmonary disease (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 1, 2004. Oxford: Update Software.
- Critchley J, Capewell S. Smoking cessation for secondary prevention of coronary heart disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2004;(1):CD003041.
- Lumley J, Oliver S, Waters E. Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 1, 2004. Oxford: Update Software.

dat een interventie noodzakelijk is om van hun afhankelijkheid af te geraken. Volgens hen is een empathische houding vanwege de arts cruciaal om het rookgedrag aan te kaarten, want een gevoel van inmenging kan het rookgedrag bekrachtigen.

Rookstopstrategie

Tabaksverslaving is een gevolg van meerdere factoren waarmee rekening moet worden gehouden als men individuele rookstopstrategieën wil toepassen, met name:

- het individu zelf en zijn psychologische kwetsbaarheid,
- de nicotine, een substantie met psychoactief effect, aanwezig in het blad van de tabakspant,
- de socio-culturele, economische en omgevingsgebonden factoren.

De begeleiding van rookstop stoelt op dezelfde principes als die van de behandeling van andere verslavingen: motivatie, substitutie, begeleiding, behandeling van dysthymie, analyse van de risicosituaties en hervalpreventie. Elke verslaving is een chronische ziekte (zoals hypertensie of

diabetes) die een langdurige begeleiding en bewaking vereist, maar met de bijkomende moeilijkheid eigen aan alle vormen van verslaving. Hulp bij rookstop bestaat uit opeenvolgende fasen die soms over meerdere decennia lopen (zie *Onthoudingsverschijnselen*, blz. 399)²¹.

Strategie van de 5 A's

Deze interventie wordt aanbevolen in alle recente richtlijnen (*niveau van bewijskracht 2*)²². Ze is samengevat in de *tabel* en omvat alle stappen van de begeleiding van een roker.

Identificatie van de roker (To Ask)

Met de vraag "rookt u?" wordt het rookgedrag van iedere patiënt bevestigd en daarna genoteerd in het dossier (*niveau van bewijskracht 2*). Dit gedrag zal bij een gekende roker bij ieder contact steeds opnieuw worden geëvalueerd. De arts moet er wel over waken dat het repetitieve karakter van deze stap de kwaliteit van de arts-patiëntrelatie niet ondermijnt. Bij niet-rokers en ex-rokers sinds meer dan één jaar, wordt het rookgedrag ieder jaar opnieuw geëvalueerd²³.

Tabel: Strategie van de 5 A's.

Ask	Rookgedrag identificeren en documenteren voor alle patiënten en bij elk contact.
Advise to quit	De patiënt aanmoedigen om te stoppen met roken met behulp van een duidelijke, korte en gepersonaliseerde boodschap.
Assess willingness to make a quit attempt	De wil van de patiënt om te stoppen met roken evalueren en versterken.
Assist in quit attempt	Aan rokers de nodige farmacologische ondersteuning bieden om te stoppen met roken.
Arrange follow-up	Een opvolgconsult voorzien, liefst in de week na de start van de rookstop.

Opmerking: In 2000 stelde Fiore de strategie van de 5 A's in deze volgorde voor. Sindsdien zetten sommige experts de 'Advise' na 'Assess', ervan uitgaande dat het beter is het rookstopadvies te geven nadat de motivatie van de patiënt is geëvalueerd.

- 21 • Fiore MC, Bailey WC. The Tobacco Use and Dependence Clinical Practice Guideline Panel, Staff, and Consortium Representatives. A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence. A US Public Health Service Report. *JAMA* 2000;283:3244-54.
- Fiore MC, Bailey WC. Clinical practice guideline. Treating tobacco use and dependence. US Department of Health and Human services, 2000.
- Borgne A. Tabac: à traiter comme une toxicomanie. *Rev Prat* 2003;17:1684-7.
- Lagrue G, Dupont P. Sevrage tabagique: comment prévenir les rechutes? *Rev Prat* 2003;17:1701-4.
- 22 • Fiore MC, Bailey WC. The Tobacco Use and Dependence Clinical Practice Guideline Panel, Staff, and Consortium Representatives. A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence. A US Public Health Service Report. *JAMA* 2000;283:3244-54.
- Fiore MC, Bailey WC. Clinical practice guideline. Treating tobacco use and dependence. US Department of Health and Human services, 2000.
- Guidelines for smoking cessation. New Zealand Guidelines Group. http://www.nzgg.org.nz/library/gl_complete/smoking
- Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI) Health care guideline. Tobacco use prevention and cessation for adults and mature adolescents, 2003. <http://www.icsi.org>
- 23 Het rookgedrag van de patiënt noteren in het dossier (alsook de barrières en de motivatie om te stoppen) legt een basis om het onderwerp opnieuw aan te kaarten in een volgend contact: "Tijdens de laatste consultatie hebt u me verteld dat u 20 sigaretten per dag rookte...". Het is overigens een eenvoudige kwaliteitsindicator die toelaat om het handelen van de arts inzake rookstopbegeleiding te toetsen. Bijvoorbeeld: "Bij hoeveel van mijn patiënten staat het rookgedrag genoteerd in het dossier?" De systematische identificatie van het rookgedrag van patiënten verhoogt in belangrijke mate het aantal interventies van artsen om patiënten te helpen stoppen met roken (Fiore, 2000).

Volgende gegevens worden verzameld:

- Roker, ex-roker of niet-roker ²⁴;
- Aantal sigaretten per dag en manier van inhaleren;
- Leeftijd bij regelmatig roken (vanaf één sigaret per dag);
- Indien ex-roker: dag van de rookstop;
- Vorige stoppogingen, positieve punten, motieven voor herval;
- Afhankelijkheid: 'Time To the First Cigarette' of Fagerström (zie *Fysieke afhankelijkheid beoordelen*, blz. 399).

De punten worden aangevuld in de loop van de verschillende contacten.

De vraag "Heb je al eens een sigaret gerookt?" wordt gesteld aan kinderen ouder dan tien jaar. Sommige auteurs stellen zelfs voor dat tegenwoordig te doen vanaf negen jaar. Niet-rokers halen voordeel uit een positieve bekrachtiging, en meer bepaald jongeren en ex-rokers die al meer dan één jaar zijn gestopt ²⁵.

Het rookgedrag van iedere patiënt wordt geïdentificeerd. Deze identificatie zou moeten worden herhaald bij alle rokers en bij elk contact in de eerste lijn. Men mag de roker wel niet irriteren. Bij niet-rokers en ex-rokers sinds meer dan één jaar kan het rookgedrag ieder jaar opnieuw worden geëvalueerd.

Het rookstopadvies (To Advise)

Het rookstopadvies gegeven door de huisarts is duidelijk, kortdaat en op maat (*niveau van bewijskracht 1*): "ik raad u aan om te stoppen met roken en ik kan u daarbij helpen."

De houding van de arts is empathisch en niet confronterend. In de literatuur wordt aanbevolen het advies bij elk later contact te herhalen. De arts zorgt er ook hier voor dat hij zijn relatie met de patiënt niet schaadt ²⁶.

Het rookstopadvies is een interventie (<2 minuten) met één van de beste kosten-batenverhoudingen in de genees-

(Vervolg voetnoot 23)

- Fiore MC, Bailey WC. The Tobacco Use and Dependence Clinical Practice Guideline Panel, Staff, and Consortium Representatives. A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence. A US Public Health Service Report. *JAMA* 2000;283:3244-54.
- Fiore MC, Bailey WC. Clinical practice guideline. Treating tobacco use and dependence. US Department of Health and Human services, 2000.

De registratie van het rookgedrag in (softwarematige) modellen voor systematische anamnese, het gebruik van geschreven of geïnformateerde memotechnische instrumenten, zijn essentieel om het rookgedrag op te sporen, te evalueren en bij te sturen. Deze instrumenten verhogen de kans dat rookgedrag juist wordt gedocumenteerd.

- Fiore M, Jorenby D, Schensky A, et al. Smoking status as the new vital sign: effect on assessment and intervention in patients who smoke. *Mayo Clin Proc* 1995;70:209-13.
- Fiore MC, Bailey WC. The Tobacco Use and Dependence Clinical Practice Guideline Panel, Staff, and Consortium Representatives. A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence. A US Public Health Service Report. *JAMA* 2000;283:3244-54.
- Fiore MC, Bailey WC. Clinical practice guideline. Treating tobacco use and dependence. US Department of Health and Human services, 2000.
- Robinson M, Laurent S, Little J. Including smoking status as a new vital sign: it works! *J Fam Pract* 1995;40:556-61.
- Ahluwalia J, Gibson C, Kenney R, et al. Smoking status as vital sign. *J Gen Intern Med* 1999;14:402-8.

Een praktijkassistent (bijvoorbeeld verpleegkundige) kan het rookgedrag van de patiënt noteren vóór deze de huisarts ziet. Dit helpt de arts om het onderwerp aan te kaarten en verdrievoudigt de kans dat de arts een interventie doet (Rigotti, 2002).

- Rigotti NA. Treatment of tobacco use and dependence. *N Engl J Med* 2002;346:506-12.

24 Volgens het antwoord op de twee volgende vragen:

1. Hebt u tijdens uw leven al minstens 100 sigaretten gerookt (of 30 sigaren of 30 maal pijp)?
 2. Hebt u gerookt tijdens de laatste maand?
- 1 ja + 2 ja = roker; 1 ja + 2 neen = ex-roker; 1 neen + 2 neen = niet-roker
- Guidelines for controlling and monitoring the tobacco epidemic. Geneva: WHO, 1998.

25 • Fiore M, Jorenby D, Schensky A, et al. Smoking status as the new vital sign: effect on assessment and intervention in patients who smoke. *Mayo Clin Proc* 1995;70:209-13.

- Fiore MC, Bailey WC. The Tobacco Use and Dependence Clinical Practice Guideline Panel, Staff, and Consortium Representatives. A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence. A US Public Health Service Report. *JAMA* 2000;283:3244-54.
- Fiore MC, Bailey WC. Clinical practice guideline. Treating tobacco use and dependence. US Department of Health and Human services, 2000.
- Robinson M, Laurent S, Little J. Including smoking status as a new vital sign: it works! *J Fam Pract* 1995;40:556-61.
- Ahluwalia J, Gibson C, Kenney R, et al. Smoking status as vital sign. *J Gen Intern Med* 1999;14:402-8.

26 Rookstopadvies omvat verbale instructies die de patiënt aanmoedigen om te stoppen met roken, en gaan al dan niet gepaard met informatie over de gevaren van roken, en is:

- ▼ **duidelijk:** "Ik denk dat het voor u belangrijk is om nu te stoppen met roken en ik kan u daarbij helpen", "Verminderen met roken als u ziek bent, volstaat niet."
- ▼ **kortdaat:** "Als uw behandelende arts, zeg ik u dat stoppen met roken het belangrijkste is wat u kunt doen om uw gezondheid te beschermen, nu en in de toekomst."
- ▼ **op maat:** een verband leggen met de huidige gezondheidstoestand van de roker, met de economische en sociale kosten, met de al dan niet aanwezige motivatie voor rookstop, met de impact op kinderen en andere personen uit de omgeving*. Voorbeeld: "U bent bezorgd omdat u ademhalingsmoeilijkheden hebt. Als u stopt met roken, zult u er niet zoveel meer hebben."

*Een korte interventie om de roker aan te zetten om te stoppen met roken, waarbij de gezondheid van andere personen (bijvoorbeeld kind met astma) wordt ingeroepen, lijkt niet doeltreffend (1 RCT) (Irvine, 99). Het is dus beter zich te blijven focussen op de roker zelf.

- Irvine L, Crombie I, Clark R, et al. Advising parents of asthmatic children of passive smoking: randomised controlled trial. *BMJ* 1999;318:1456-9.

kunde. Hiermee wordt een rookstoppercentage van 2 % bereikt ten opzichte van controlegroepen. Het Number Needed to Treat (NNT) is 50: op vijftig rookstopadviezen is er één extra rookstop zonder hervat binnen één jaar ^{27,28}.

Alle rokers zouden bij elk contact een duidelijk en kortdurend advies op maat moeten krijgen. De houding van de arts is empathisch en niet confronterend. Rookstopadvies gegeven door de huisarts verhoogt het aantal rookstoppers. De kosten-batenverhouding van rookstopadvies is zeer gunstig.

De ondervraagde rokers benadrukken dat de patiënt moet worden geresponsabiliseerd, dat hij zelf moet kunnen beslissen en dat die beslissing niet mag worden ingegeven door motieven met betrekking tot andere personen.

sen en dat die beslissing niet mag worden ingegeven door motieven met betrekking tot andere personen.

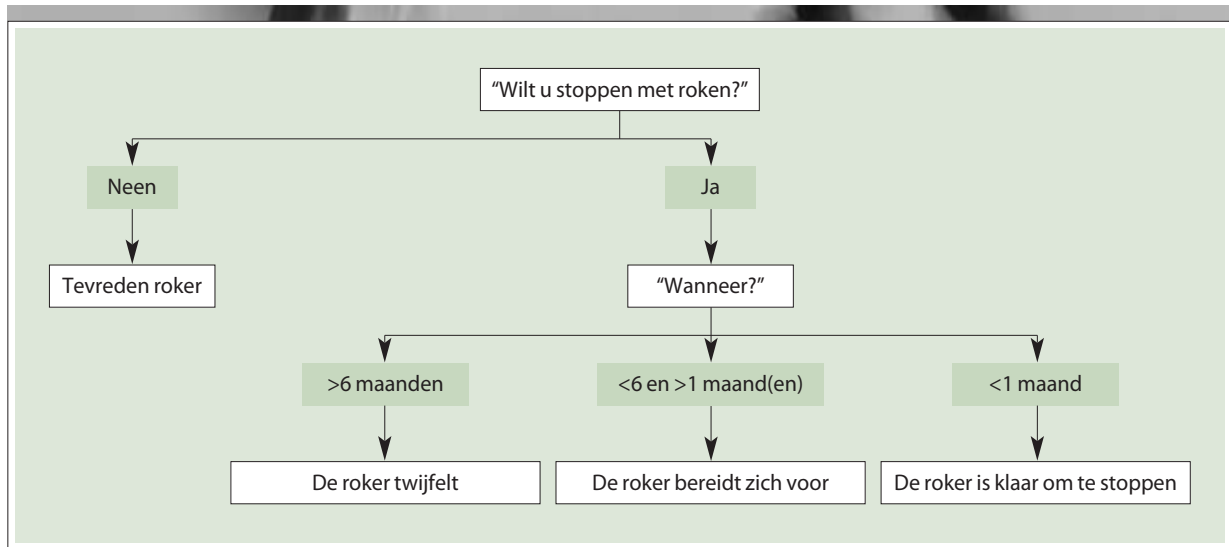
Is de roker klaar voor een rookstopopgave? (To Assess)

Tijdens de evaluatie van de motivatie zal de arts onderzoeken of de roker bereid is om een rookstopopgave te ondernemen en of zijn motivatie groot is (niveau van bewijskracht 3) ²⁹. Met de vragen: "Wilt u stoppen met roken? En wanneer?" kan de arts snel bepalen in welke fase de roker zich bevindt (zie figuur 2) ³⁰.

Lagrué en Dupont hebben de Q-MAT-schaal ontwikkeld om de rookstopmotivatie te bepalen (zie bijlage 3) ³¹. Deze schaal werd in 2002 gevalideerd ³². Het is de bedoeling

- 27 Tal van rokers willen stoppen met roken en proberen dat op eigen houtje. Volgens studies bedraagt het percentage spontane stoppers 3 à 4 % per jaar (Willemsen, 2003). In 31 studies werd het effect van een eenvoudig advies tijdens een routineconsultatie onderzocht (26 000 rokers). Silagy heeft aangetoond dat het korte rookstopadvies (één à twee minuten) het stoppercentage significant verhoogt (OR 1,69 BI 95 % 1,45-1,98). Rookstopadvies is waarschijnlijk het meest effectief bij rokers die zich in de preparatie- of actiefase bevinden. Een intensiever advies (meer dan twee minuten) verhoogt de doeltreffendheid lichtjes (OR 1,44 BI 95 % 1,23-1,68) ten opzichte van het korte advies. Volgens Silagy rechtvaardigt deze kleine extra winst geen doorgevoerde routineadvies bij niet-geselecteerde rokers. Er is echter veel heterogeniteit in de studies over dit onderwerp (Law, 1995; Lancaster, 2000; Thorogood, 2001; Silagy, 2004; Coleman, 2004).
- Willemse 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 Geneesk* 2003;147:922-7.
 - Law M, Tang J. An analysis of the effectiveness of interventions intended to help people stop smoking. *Arch Intern Med* 1995;155:1933-41.
 - Lancaster T, Stead L, Silagy C, et al. Effectiveness of interventions to help people stop smoking: findings from the Cochrane library. *BMJ* 2000;321:355-8.
 - Thorogood M, Hillsdon M, Summerbell C. Which interventions reduce cigarette smoking? Clinical Evidence. BMJ Publishing Group, 2001. www.clinicalevidence.org.
 - Silagy C, Stead L. Physician advice for smoking cessation. In: *The Cochrane Library*, Issue 1, 2004. Oxford: Update Software.
 - Silagy C, Lancaster T, Stead L, et al. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. In: *The Cochrane Library*, Issue 1, 2004. Oxford: Update Software. <http://www.update-software.com/ccweb/cochrane/revabstr/ab000146.htm>
 - Coleman T. ABC Of smoking cessation. Use of simple advice and behavioural support. *BMJ* 2004;328:397-9.
- 28 • Sinclair H, Bond C, Stead L. Community pharmacy personnel interventions of smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2004;(1):CD003698.
- Rice V, Stead L. Nursing interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2004;(1):CD001188.
- Quist-Paulsen P, Gallefos F. Randomised controlled trial of smoking cessation intervention after admission for coronary heart disease. *BMJ* 2003;327:1254-7.
- Fiore MC, Bailey WC. The Tobacco Use and Dependence Clinical Practice Guideline Panel, Staff, and Consortium Representatives. A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence. A US Public Health Service Report. *JAMA* 2000;283:3244-54.
- Fiore MC, Bailey WC. Clinical practice guideline. Treating tobacco use and dependence. US Department of Health and Human services, 2000.
- Irvine L, Crombie I, Clark R, et al. Advising parents of asthmatic children of passive smoking: randomised controlled trial. *BMJ* 1999;318:1456-9.
- Dupont P. Préparation à l'arrêt du tabac: les 5 étapes. *Rev Prat* 2003;17:1681-2.
- Van den Bruel A, Cleemput I, Van Linden A, et al. Effectiviteit en kosten-effectiviteit van behandelingen voor rookstop. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE);2004 juni. KCE Reports Vol. IA. Ref. PF04-26.02A.
- 29 Een systematische review heeft in zeer geringe mate kunnen aantonen dat de interventies (begeleiding) gebaseerd op de fasen van gedragsverandering van Prochaska et Di Clemente even effectief zijn als deze gebaseerd op andere methoden. De auteurs benadrukken wel het methodologische onevenwicht tussen de verschillende studies en het feit dat weinig studies duidelijk definiëren hoe de rokers in de verschillende fasen moeten worden ingedeeld. Voor enkele studies was het zelfs onmogelijk om te achterhalen of de interventie gebaseerd was op deze fasen van gedragsverandering. De auteurs besluiten dat toekomstige goed opgezette studies zullen moeten bewijzen dat methoden gebaseerd op de fasen van gedragsverandering doeltreffend zijn (Riemsma, 2003).
- Riemsma R, Pattenden J, Bridle C, et al. Systematic review of the effectiveness of stage based interventions to promote smoking cessation. *BMJ* 2003;326:1175-81.
- 30 • Abdennbi K, Borgne A. Arrêter le tabac après un accident coronaire diminue le risque de 50 %. *Rev Prat* 2003;17:238-42.
- Guidelines for smoking cessation. New Zealand Guidelines Group. http://www.nzgg.org.nz/library/gl_complete/smoking
 - Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI) Health care guideline. Tobacco use prevention and cessation for adults and mature adolescents, 2003. <http://www.icsi.org>
 - Riemsma R, Pattenden J, Bridle C, et al. Systematic review of the effectiveness of stage based interventions to promote smoking cessation. *BMJ* 2003;326:1175-81.
- 31 • Lagrué P, Legeron P, Azoulay G, et al. Elaboration d'un test permettant d'évaluer la motivation à l'arrêt du tabac. *Alcoologie et Addictologie* 2002;24:33-7.
- Dupont P. Préparation à l'arrêt du tabac: les 5 étapes. *Rev Prat* 2003;17:1681-2.
- 32 Deze test werd in 2002 gevalideerd aan de hand van twee validatiestudies. De auteurs bevelen aan deze test te laten invullen door de patiënt vóór de consultatie, als bijkomende informatie bij de Fagerströmtest (zie bijlage 2). De Fagerströmtest kan worden beperkt tot de enige vraag 'Time To First Cigarette'. De HAD-test (zie bijlage 9) kan worden afgenomen om comorbiditeit van angst en depressie op te sporen (Lagrué, 2002). De Q-MAT-schaal kan worden gebruikt op het moment dat de patiënt stopt met roken en tijdens de follow-up om de motivatie hoog te houden.
- Lagrué P, Legeron P, Azoulay G, et al. Elaboration d'un test permettant d'évaluer la motivation à l'arrêt du tabac. *Alcoologie et Addictologie* 2002;24:33-7.

Figuur 2: Stroomdiagram om te bepalen in welke fase de roker zich bevindt.



dat de roker deze schaal invult vóór het contact met de arts.

Hierna stellen we een andere begeleiding voor naargelang de roker al dan niet klaar is om een rookstopopgiving te ondernemen in de daaropvolgende dertig dagen.

Men kan snel bepalen in welke cyclus van gedragsverandering de roker zich bevindt aan de hand van de vragen "Wilt u stoppen met roken? Wanneer?" De opvolging zal afhangen van het feit of de roker wel of niet klaar is voor een rookstopopgiving op dat moment.

De roker is niet klaar voor een rookstopopgiving

De interventies van de arts zijn erop gericht de motivatie van de roker te verhogen, met het oog op diens noodzakelijke persoonlijke beslissing om te stoppen. Is de roker niet klaar om te stoppen, dan is het niet zinvol om een medicamenteuze rookstopbehandeling voor te stellen. Dit is in deze fase niet doeltreffend en zelfs schuldinducerend. Bovendien, als dezelfde behandeling in een latere fase opnieuw wordt voorgesteld, heeft de patiënt er intussen het vertrouwen in verloren, omdat ze de vorige keer heeft geleid tot herval.

MOTIVATIE VERHOGEN VOLGENS DE FASE VAN GEDRAGSVERANDERING

- *Is de roker tevreden* (precontemplatiefase), dan zal de huisarts hem informatie op maat bezorgen en hulp aanbieden als het juiste moment er is. Doelstelling in deze fase

is de roker te laten twijfelen aan zijn rookgedrag en hem te laten evolueren van de mening "roken is gevaarlijk, iedereen weet dat..." naar "ik weet dat roken gevaarlijk is voor mij persoonlijk".

- Als de roker twijfelt (contemplatiefase) kunnen meer actieve strategieën worden aangewend. In deze fase is het korte motivatiegesprek de beste techniek³³. Hiermee wil de arts de roker doen inzien dat stoppen met roken goed is voor zijn gezondheid en hem hierover doen nadenken.
- De roker die zich voorbereidt (preparatiefase) krijgt ook een kort motivatiegesprek. Bij hem worden eveneens gedragsveranderende en cognitieve technieken toegepast (zie Rookstopbegeleiding, blz. 408). In deze fase werkt de roker aan de juiste voorwaarden om een rookstopopgiving te ondernemen.

Is de roker niet klaar om een rookstopopgiving te ondernemen, dan begeleidt de arts hem om naar een volgende fase van gedragsverandering te evolueren. Dit wordt beschouwd als een succes op zich. De roker moet inderdaad al deze stadia doorlopen vooraleer hij kan stoppen met roken. Sommigen doen hier enkele jaren over. Als dit proces kan worden versneld, dan is dat een succes.

MOTIVATIEGESPREK

Het motivatiegesprek is een gesprek waarbij de arts door empathie, actief luisteren en aanmoedigen het vertrouwen

33 • Lagrue P, Legeron P, Azoulai G, et al. Elaboration d'un test permettant d'évaluer la motivation à l'arrêt du tabac. *Alcoologie et Addictologie* 2002;24:33-7.

van de patiënt in zijn mogelijkheden om te veranderen wil verhogen. De arts mag de patiënt niet te hard aanpakken of proberen diens weerstanden te breken, maar suggereert eerder verschillende alternatieven, waarbij hij de roker de vrije keuze laat. De belangrijkste technieken die tijdens zo'n motivatiegesprek worden gebruikt, zijn: open vragen stellen, actief luisteren, redenen om te veranderen kracht bijzetten, korte samenvattingen maken. Het bevragen van de '5 R's' door de arts is een strategie, waarbij de roker de voor hem pertinente oplossingen zelf identificeert (zie bijlage 4)^{34,35}.

DE MINIMALE INTERVENTIESTRATEGIE

De minimale interventiestrategie (niveau van bewijskracht 1) is een individueel motivatiegesprek van in totaal ongeveer tien minuten, dat plaatsvindt in twee afzonderlijke contacten en dat geen deel uitmaakt van een consultatie voor andere gezondheidsredenen. De roker zal eerder instemmen met een motivatiegesprek als hij zich in de ambivalente (hij twijfelt) fase of de preparatiefase (hij bereidt zich voor op stoppen met roken) bevindt.

Gegevens uit de literatuur bevestigen dat de minimale interventie resulteert in een extra rookstoppercentage van 4 % ten opzichte van controlegroepen. Dit betekent dat een minimale interventie bij 25 rokers resulteert in één extra stopper zonder herval na één jaar. Deze interventie heeft een zeer interessante kosten-batenverhouding. De doeltreffendheid van de interventie stijgt met de duur van de individuele begeleiding, maar de kosten-batenverhouding wordt kleiner³⁶.

De minimale interventiestrategie is een kort individueel motivatiegesprek van tien minuten met de patiënt, te voeren in twee contacten. Deze interventie verhoogt het rookstoppercentage. Ze wordt voorgesteld bij twijfelende rokers en rokers die zich op rookstop voorbereiden. Ze heeft een gunstige kosten-batenverhouding.

ANDERE VORMEN VAN COUNSELING³⁷

Counseling in groep heeft dezelfde doeltreffendheid als individuele counseling. Telefonische counseling is doeltreffender dan de interventies zonder persoonlijk contact

- 34 • Fiore MC, Bailey WC. The Tobacco Use and Dependence Clinical Practice Guideline Panel, Staff, and Consortium Representatives. A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence. A US Public Health Service Report. *JAMA* 2000;283:3244-54.
- Fiore MC, Bailey WC. Clinical practice guideline. Treating tobacco use and dependence. US Department of Health and Human services, 2000.
- 35 • Fiore MC, Bailey WC. The Tobacco Use and Dependence Clinical Practice Guideline Panel, Staff, and Consortium Representatives. A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence. A US Public Health Service Report. *JAMA* 2000;283:3244-54.
- Fiore MC, Bailey WC. Clinical practice guideline. Treating tobacco use and dependence. US Department of Health and Human services, 2000.
- Lagrue G, Dupont P. Sevrage tabagique: comment prévenir les rechutes? *Rev Prat* 2003;17:1701-4.
- Dupont P. Préparation à l'arrêt du tabac: les 5 étapes. *Rev Prat* 2003;17:1681-2.
- 36 **De minimale interventie (niveau van bewijskracht 1)**
De minimale interventie is een kort motivatiegesprek dat wordt gedefinieerd als "één à twee consultaties met een totaalduur van 12 minuten, die geen deel uitmaken van een consultatie voor andere gezondheidsredenen" (Feenstra, 2003). We merken op dat de literatuurgegevens afkomstig zijn van landen met een ander gezondheidszorgsysteem.
- Feenstra T, Hamberg-van Reenen H, Hoogeenveen R, et al. Cost-effectiveness analysis of faceto-face smoking cessation interventions by professionals. A modelling study. Rotterdam: IMTA, 2003:44.
- Lancaster besluit dat een individueel gesprek van minstens tien minuten, uitgevoerd door een ervaren hulpverlener of psycholoog opgeleid in rookstopbegeleiding, en buiten de gebruikelijke gezondheidszorg, rokers kan helpen om te stoppen (Lancaster, 2004).
- Lancaster T, Stead L. Individual behavioural counselling for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2005;(2):CD001292.
- Lancaster T, Stead L. Self-help interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2005;(3):CD001118.
- Intensiteit van de individuele begeleiding**
In het literatuuronderzoek van Lancaster blijkt er geen significant verschil te zijn in het voordeel van een meer intensieve interventie (gedefinieerd als een initiële interventie van meer dan 30 minuten of een kortere initiële interventie, gevolgd door twee contacten daarna). Willemsen daarentegen stelt vast dat de doeltreffendheid toeneemt met de intensiteit van de individuele begeleiding tot een totaalduur van 300 minuten. Daarna is er geen winst meer. In deze studies varieert de opvolging van de roker tussen één en zestien contacten van 15 à 60 minuten. Sommige studies werden in de ziekenhuissetting uitgevoerd. Het gemiddelde stoppercentage na één jaar met deze methode was 16,1 % (West, 2000; Willemsen, 2003; Lancaster, 2004; Rice, 2004; Le Foll, 2002).
- West R, Mc Neill A, Raw M. Smoking cessation guidelines for health professionals: an update. Health Education Authority. *Thorax* 2000;55:987-99.
- 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 Geneesk* 2003;147:922-7.
- Lancaster T, Stead L. Individual behavioural counselling for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2005;(2):CD001292.
- Lancaster T, Stead L. Self-help interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2005;(3):CD001118.
- Rice V, Stead L. Nursing interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2004;(1):CD001188.
- Le Foll B, Aubin J, lagrue G. Les thérapies cognitives et comportementales dans l'aide à l'arrêt du tabac: revue de la littérature. *Ann Med Interne* 2002;153:S32-S40.
- 37 Counseling is een term uit de Engelstalige literatuur en betekent de opvolging en begeleiding van een patiënt in een gedragsveranderingsfase. Wij behouden de term 'counseling' in deze aanbeveling. In de studies is de definitie van de term vooral gebaseerd op de tijd van een face-to-facegesprek tussen een ervaren hulpverlener en een roker. Het is een globaal proces: motivatie verhogen, rookstop begeleiden, herval vermijden. Effectiviteitsstudies maken geen onderscheid tussen de verschillende interventies.

(zelfhulp), maar minder doeltreffend dan de begeleiding via individueel persoonlijk contact^{38,39}.

chures in de wachtzaal, cassettes, video's of elektronische programma's) het rookstoppercentage doet toenemen⁴⁰.

ZELFHULP

Er zijn geen bewijzen dat het gebruik van zelfhulpmateriaal zonder persoonlijk contact (gewone documenten of bro-

TECHNISCHE INTERVENTIES

Het meten van het uitgedemde CO door de roker kan de doeltreffendheid van een eenvoudig rookstopadvies ver-

38 Andere vormen van counseling

Counseling in groep (met zes maanden follow-up na de rookstop)

Deelname aan groepscounseling is doeltreffender dan zelfhulpmateriaal verspreiden (OR 1,97 BI 95 % 1,57-2,48) en geen interventie (OR 2,19 BI 95 % 1,42-3,37). Er is geen bewijs dat de resultaten van groepscounseling beter zijn dan die van individuele counseling. Programma's gebaseerd op cognitieve gedragstherapieën, de bevordering van competenties en hervulpreventie blijken het meest doeltreffend. De systematische review van Stead werd uitgevoerd op basis van studies gericht op rookstop na zes maanden (Stead, 2004). Er is geen studie voorhanden die toont dat het stoppercentage behouden blijft na één jaar (het doeltreffendheids criterium bij rookstop) (Willemsen, 2003).

- Stead L, Lancaster T. Group behaviour therapy programmes for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2005;(2):CD001007.
- Stead L, Lancaster T, Perera R. Telephone counselling for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2003;(1):CD002850.
- Willemsem 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 Geneesk* 2003;147:922-7.

Vijfdagenplan

Een kleine Zwitserse studie toont een rookstoppercentage van 25 % na één jaar (Frikart, 2003). Andere kleinschalige studies hierover werden gepubliceerd op het einde van de jaren zeventig van vorige eeuw. Het vijfdagenplan werd niet als dusdanig hernomen in de internationale richtlijnen. Het kan geïntegreerd worden in de intensieve counseling in groep.

- Frikart M, Etienne S, Cornuz J, et al. Five-day plan for smoking cessation using group behaviour therapy. *Swiss Med Wkly* 2003;133:39-43.

Telefonische counseling

Proactieve counseling via telefoon is doeltreffender dan een interventie zonder persoonlijk contact. Met deze methode is er 7,5 % rookstop na één jaar (Willemsen, 2003). Dit vereist meerdere telefonische contacten tijdens de stopperiode. Bijkomende winst van telefonische counseling ten opzichte van spontaan stoppen bedraagt 1 à 4 %. Op 40 rokers die deze telefonische interventie krijgen, is er één rookstopper (Van den Bruel, 2004). Telefonische counseling verhoogt de doeltreffendheid van via de post gestuurd zelfhulpmateriaal, maar de impact blijft beperkt. Met de beschikbare gegevens kunnen we niet bevestigen of telefonische counseling een bijkomende winst oplevert als deze gebeurt in het kader van individuele counseling of nicotinesubstitutie (West, 2000; Thorogood, 2001; Willemsen, 2003; Stead, 2004).

- Willemsem 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 Geneesk* 2003;147:922-7.
- Van den Bruel A, Cleemput I, Van Linden A, et al. Effectiviteit en kosten-effectiviteit van behandelingen voor rookstop. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE); 2004 juni. KCE Reports Vol. IA. Ref. PF04-26.02A.
- West R, Mc Neill A, Raw M. Smoking cessation guidelines for health professionals: an update. Health Education Authority. *Thorax* 2000;55:987-99.
- Thorogood M, Hillsdon M, Summerbell C. Which interventions reduce cigarette smoking? Clinical Evidence. BMJ Publishing Group, 2001. www.clinicalevidence.org.
- Stead L, Lancaster T. Group behaviour therapy programmes for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2005;(2):CD001007.
- Stead L, Lancaster T, Perera R. Telephone counselling for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2003;(1):CD002850.

- 39
- Silagy C, Stead L, Lancaster T. Use of systematic reviews in clinical practice guidelines: case study of smoking cessation. *BMJ* 2001;323:833-6.
 - Lennox A, Osman L, Reiter E, et al. Cost effectiveness of computer tailored and non-tailored smoking cessation letters in general practice: randomised control trial. *BMJ* 2001;322:1-7.
 - Moore L, Campbell R, Whelan A, et al. Self help smoking cessation in pregnancy: cluster randomised controlled trial. *BMJ* 2002;325:1383-8.
 - Lancaster T, Stead L. Individual behavioural counselling for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2005;(2):CD001292.
 - Lancaster T, Stead L. Self-help interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2005;(3):CD001118.
 - Rice V, Stead L. Nursing interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2004;(1):CD001188.

- 40
- Er zijn verschillende zelfhulpsystemen om rookstop te vergemakkelijken: gewone documenten of brochures, cassettes, video's of elektronische programma's. Het toezenden of verspreiden van zelfhulpmateriaal aan rokers (soms door de arts, maar zonder counseling van de roker) geeft een gemiddeld rookstoppercentage van 3,1 % na twaalf maanden. De extra winst met dit materiaal ten opzichte van spontaan stoppen, bedraagt 0 tot 2 %, en is dus niet significant. Door de computer gegenereerd advies op maat op basis van een lijst van vooraf opgestelde vragen aan de roker, heeft betere resultaten dan een standaarddocument, maar vereist een meer intensieve en gepersonaliseerde aanpak. Materiaal op maat van de specifieke eigenschappen van een groep (en niet meer in functie van een bepaald individu) heeft niet meer impact dan standaardmateriaal. Er is geen bewijs dat met zelfhulpmateriaal meer winst wordt geboekt als het gebruikt wordt naast het advies van een gezondheidswerker of een nicotinesubstitutie therapie.

- Skinner C, Campbell M, Rimer B, et al. How effective is tailored print communication? *Ann Behav Med* 1999;24:290-8.
- Silagy C, Stead L, Lancaster T. Use of systematic reviews in clinical practice guidelines: case study of smoking cessation. *BMJ* 2001;323:833-6.
- West R, Mc Neill A, Raw M. Smoking cessation guidelines for health professionals: an update. Health Education Authority. *Thorax* 2000;55:987-99.
- Thorogood M, Hillsdon M, Summerbell C. Which interventions reduce cigarette smoking? Clinical Evidence. BMJ Publishing Group, 2001. www.clinicalevidence.org.
- Lennox A, Osman L, Reiter E, et al. Cost effectiveness of computer tailored and non-tailored smoking cessation letters in general practice: randomised control trial. *BMJ* 2001;322:1-7.
- Moore L, Campbell R, Whelan A, et al. Self help smoking cessation in pregnancy: cluster randomised controlled trial. *BMJ* 2002;325:1383-8.
- Willemsem 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 Geneesk* 2003;147:922-7.
- Lancaster T, Stead L. Individual behavioural counselling for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2005;(2):CD001292.
- Lancaster T, Stead L. Self-help interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2005;(3):CD001118.

hogen. Een studie beschrijft het verband van spirometrisch onderzoek én rookstopadvies op rookstoppercentages⁴¹. De niveaus van bewijskracht zijn echter ontoereikend om het systematische gebruik van deze technieken aan te bevelen om tot rookstop te motiveren.

Counseling in groep of via telefoon heeft een impact op het stoppercentage. Het ter beschikking stellen van zelfhulpmateriaal zonder enig persoonlijk contact of technische interventies om het rookstoppercentage te verhogen, worden momenteel niet aanbevolen.

De roker is klaar voor een rookstopoging (To Assist)

De rookstopinterventie is gericht op gemotiveerde rokers die beslist hebben om *binnen de 30 dagen* te stoppen met roken (niveau van bewijskracht 1). Ze bevat een luik begeleiding en een luik medicamenteuze behandeling. Naast de rookstopconsultatie dient de arts een begeleidingsprogramma uit te stippelen. Dit loopt over meerdere maanden en houdt verschillende consultaties in: “*stoppen met roken is geen sprint, maar een wedloop op de lange baan*”⁴². Indien patiënt en/of arts dit wensen, kan de roker uiteraard worden verwezen voor een specialistische raadpleging. De roker die alleen tracht te stoppen heeft *een slaagkans van slechts 3 tot 4 %*. Dit slaagpercentage kan dankzij de hier voorgestelde interventie stijgen tot ongeveer *15 à 20 %* na één jaar, zonder hervat⁴³. De test van Demaria en Grimaldi wordt doorgaans gebruikt om de slaagkansen van de rook-

stop te beoordelen (zie bijlage 5)⁴⁴. Nochtans vermeldt de literatuur nergens dat deze test werd gevalideerd.

De roker ‘klaar om te stoppen’ is gemotiveerd en vastberaden om te stoppen binnen de komende dertig dagen. Er moet een begeleidingsprogramma worden opgesteld, dat over meerdere maanden loopt, en een medicamenteuze behandeling worden voorgesteld.

De ondervraagde rokers hebben vragen over de prijs van een rookstopbegeleiding en van de medicamenteuze behandeling. Tijdens de begeleiding van de patiënt zal dit besproken moeten worden.

ROOKSTOPBEGELEIDING BIJ DE ‘STOPKLARE’ ROKER (NIVEAU VAN BEWIJSKRACHT 1)

Rookstopplan

De arts helpt de roker mee om een rookstopplan op te stellen: keuze rookstopdatum (idealiter binnen de twee weken na deze consultatie), plan om de omgeving in te lichten, zoeken naar eventuele mogelijke valkuilen en oplossingen ervoor, implementatie van een rookvrije omgeving, ondersteuning van de motivatie en gedragstherapieën⁴⁵.

Gedragstherapieën (niveau van bewijskracht 1)

Het meest doeltreffend zijn (cognitieve) gedragstherapieën, hulp bij het oplossen van problemen en ontwikkeling van copingmechanismen om het hoofd te bieden aan moeilij-

41 Technische interventies en hun impact op rookstop

Het meten van de uitgedemde CO is de meest eenvoudige test, omdat het niet invasief is en het goedkoopst. CO heeft een korte halveringstijd en is niet tabakspecifiek. CO kan tijdens de consultatie worden gemeten met een draagbare doseerder. Het CO zal bij voorkeur 's avonds worden gemeten, wanneer de nicotinepromillage maximaal is. De bereikte resultaten zijn gecorreleerd met de intensiteit van het roken. Ze geven een appreciatie van de rookinhaltiegraad en van het nicotinepromillage, en dus onrechtstreeks van de hoeveelheid noodzakelijke nicotinesubstitutie. De schatting is echter niet erg precies. Het meten van het uitgedemde CO door de roker kan de doeltreffendheid van een eenvoudig rookstopadvies verhogen: de roker ziet 'letterlijk' de impact van roken op zijn gezondheid. Jamrozik heeft een verhoging van rookstop na één jaar aangetoond.

- Thorogood M, Hillsdon M, Summerbell C. Which interventions reduce cigarette smoking? Clinical Evidence. BMJ Publishing Group, 2001. www.clinicalevidence.org.
- Jamrozik K, Vessey M, Fowler G, et al. Controlled trial of three different antismoking interventions in general practice. *Br Med J* 1984;288:1499-503.
- Sippel J, Osborne M, Bjornson W, et al. Smoking cessation in primary care clinics. *J Gen Intern Med* 1999;14:670-6.

Spirometrieonderzoek, gecombineerd met rookstopadvies, geeft een stoppercentage na één jaar van 10 % bij veranderde longfunctie en van 8,4 % bij normale longfunctie.

- Law M, Tang J. An analysis of the effectiveness of interventions intended to help people stop smoking. *Arch Intern Med* 1995;155:1933-41.
- Gorecka D, Bednarek M, Nowinski A, et al. Diagnosis of airflow limitation combined with smoking cessation advice increases stop smoking rate. *Chest* 2003;123:1916-23.

- 42 • Lagrue G, Dupont P. Sevrage tabagique: comment prévenir les rechutes? *Rev Prat* 2003;17:1701-4.

- 43 • Fiore MC, Bailey WC. The Tobacco Use and Dependence Clinical Practice Guideline Panel, Staff, and Consortium Representatives. A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence. A US Public Health Service Report. *JAMA* 2000;283:3244-54.
- Fiore MC, Bailey WC. Clinical practice guideline. Treating tobacco use and dependence. US Department of Health and Human Services, 2000.

- 44 • Demaria C, Grimaldi G, Lagrue G. Valeur prédictive des tests psychologiques dans le sevrage tabagique. *Sem Hôp Paris* 1989;40:2455-7.

- 45 Zie volgende blz.

heden en situaties die de zin in roken bevorderen ⁴⁶. De in de studies gebruikte gedragstherapieën zijn niet concreet gedefinieerd. Maar om deze benadering voor te stellen leek het ons interessant om een voorbeeld van een model te geven (zie bijlage 6) ⁴⁷.

De arts helpt de stopklare roker met het opstellen van een rookstopplan. De (cognitieve) gedragstherapeutische aanpak (probleemoplossend werken, copingmechanismen ontwikkelen om het hoofd te bieden aan mogelijke moeilijkheden en situaties die de zin in roken in de hand werken) is de meest doeltreffende begeleidingsmethode. Naast de psychologische ondersteuning wordt een medicamenteuze behandeling aanbevolen bij alle gemotiveerde rokers die klaar zijn om een rookstop poging te ondernemen.

MEDICAMENTEUZE HULP

Nicotinesubstitutiepreparaten

Nicotinesubstitutiepreparaten liggen voor de hand en zijn een eerste keuze bij rookstop (*niveau van bewijskracht 1*). Het gemiddelde stoppercentage met de combinatie van een gedragsmatige aanpak en een nicotinesubstitutiebehandeling bedraagt 17 % na één jaar, zonder herval. Het NNT ten opzichte van placebo is 14.

Wie?

Nicotinesubstitutiepreparaten zijn aanbevolen bij alle nicotineafhankelijke rokers (Fagerström) die gemotiveerd zijn om te stoppen, tenzij contra-indicatie. Er zijn eveneens bewijzen dat nicotinesubstitutiepreparaten het stoppercentage lichtjes doen toenemen bij rokers die minder dan 10 à 15 sigaretten per dag roken.

45 Strategie om rookstop voor te bereiden

Actie	Strategie
De patiënt helpen om zijn rookstopplan te bepalen	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Patiënt kiest een rookstopdatum</i>: idealiter binnen de twee weken na deze consultatie. • <i>Patiënt informeert zijn familie, vrienden en collega's</i> van zijn beslissing en vraagt hun begrip en steun. • <i>Patiënt voorziet een oplossing voor mogelijke moeilijkheden bij het stoppen</i>, ook voor de effecten van nicotineonthoudingsverschijnselen. • <i>Patiënt zorgt ervoor dat zijn omgeving rookvrij is</i>. Vóór de rookstop vermijdt hij te roken op plaatsen waar hij veel komt: thuis, auto, werk.
Praktisch advies geven Problemen oplossen Copingmechanismen ontwikkelen	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Onthouding</i>: volledige rookstop is essentieel. Geen enkele trek na de rookstopdatum! • <i>Anticiperen op triggers en moeilijkheden</i>: met de patiënt methoden bespreken om het hoofd te bieden aan deze moeilijkheden. • <i>Alcohol</i>: omdat alcoholgebruik verantwoordelijk is voor herval, zal de patiënt overwegen om alcoholgebruik te stoppen of te beperken tijdens de rookstopperiode. • <i>Andere rokers in huis</i>: stoppen met roken gaat moeizamer als er thuis andere rokers zijn.
Ondersteuning bieden in het kader van de behandeling	<ul style="list-style-type: none"> • De arts biedt een medisch kader aan om de roker te ondersteunen in zijn rookstop poging: <i>“mijn collega's en ik zijn bereid u te helpen”</i>, opvolgconsulten, beschikbaarheid...
Sociale ondersteuning bieden buiten de behandeling	<ul style="list-style-type: none"> • De arts helpt de patiënt om sociale ondersteuning te ontwikkelen tijdens zijn rookstop poging. <i>“Vraag aan uw partner of echtgenoot, uw vrienden, uw collega's om u te steunen tijdens uw rookstop poging.”</i>

- Fiore MC, Bailey WC. The Tobacco Use and Dependence Clinical Practice Guideline Panel, Staff, and Consortium Representatives. A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence. A US Public Health Service Report. *JAMA* 2000;283:3244-54.
- Fiore MC, Bailey WC. Clinical practice guideline. Treating tobacco use and dependence. US Department of Health and Human services, 2000.

Een systematische review kon niet aantonen dat de interventies de sociale ondersteuning vanwege de partner kunnen verhogen. Ook kon de impact van de partnersteun op rookstop niet worden aangetoond (Park, 2004).

- Park E, Schultz J, Tudiver F, et al. Enhancing partner support to improve smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2004;(3):CD002928.

- 46
- Law M, Tang J. An analysis of the effectiveness of interventions intended to help people stop smoking. *Arch Intern Med* 1995;155:1933-41.
 - Fiore MC, Bailey WC. The Tobacco Use and Dependence Clinical Practice Guideline Panel, Staff, and Consortium Representatives. A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence. A US Public Health Service Report. *JAMA* 2000;283:3244-54.
 - Fiore MC, Bailey WC. Clinical practice guideline. Treating tobacco use and dependence. US Department of Health and Human services, 2000
 - Le Foll B, Aubin J, Lagrue G. Les thérapies cognitives et comportementales dans l'aide à l'arrêt du tabac: revue de la littérature. *Ann Med Interne* 2002;153:S32-S40.

- 47 Gedragsmatige aanpak versterkt de motivatie, ondersteunt de begeleiding van rookstop en voorkomt herval. Men kan vier fasen onderscheiden in de gedragsmatige aanpak van rookstop (zie bijlage 6).

- Andre C, Legeron P, Alcaraz G. Les thérapies comportementales et cognitives (TCC) dans l'aide au sevrage tabagique. L'arrêt de la consommation du tabac. Conférence de consensus ANAES 1998. Ed. médicales et scientifiques:191-9.

Keuze vorm

Alle vormen van nicotinesubstitutie (kauwgom, pleister, neusspray, inhalator, sublinguale tabletten, nicotine losse zuigtabletten) verhogen het rookstoppercentage⁴⁸. Er zijn geen significante verschillen in doeltreffendheid tussen de verschillende vormen. De keuze zal afhangen van de wensen van de patiënt. De verschillende vormen van nicotinesubstitutie zijn in detail beschreven in *bijlage 7*. Het praktische gebruik moet aan de patiënt worden uitgelegd.

Duur behandeling

Voor de pleisters bedraagt de behandelingsduur acht weken (*niveau van bewijskracht 1*). Langere behandelingen

hebben geen meerwaarde⁴⁹. Voor de andere vormen van nicotinesubstitutie is de duur gemiddeld acht tot twaalf weken (*niveau van bewijskracht 3*). Sommige auteurs (of bijsluiters) stellen een behandeling met stabiele dosis voor van acht tot twaalf weken, met daarna een geleidelijke afbouw van de dosis. Het is nochtans niet aanbevolen om een behandeling met nicotinesubstitutie langer dan drie maanden te nemen⁵⁰. Dit kan alleen in enkele bijzondere gevallen (herval of zeer uitgesproken afhankelijkheid).

Dosis

De voorgeschreven nicotinedosis zal afhangen van het dagelijkse tabaksgebruik en de graad van afhankelijkheid. Een pleister van 21 mg bijvoorbeeld komt overeen met één

48 Doeltreffendheid van nicotinesubstitutiepreparaten (*niveau van bewijskracht 1*)

Thorogood heeft in zijn review niet kunnen aantonen dat de ene nicotinesubstitutiemethode beter is dan de andere. De extra winst van opeenvolgende nicotinesubstitutiekuren neemt af in de tijd (Thorogood, 2001).

- Thorogood M, Hillsdon M, Summerbell C. Which interventions reduce cigarette smoking? Clinical Evidence. BMJ Publishing Group, 2001. www.clinicalevidence.org.

Willemsen heeft de doeltreffendheid vergeleken van de verschillende vormen van nicotinesubstitutie (steeds in combinatie met psychologische ondersteuning, van het eenvoudige rookstopadvies tot de meer intensieve begeleiding). Alle vormen zijn superieur aan placebo. Het gemiddelde rookstoppercentage in de behandelde groepen bedroeg 16,7 % met kauwgom, 13 % met pleisters, 17,1 % met inhalatoren en 20,2 % met tabletten. Voor de tabletten waren de resultaten slechts gebaseerd op twee studies. In tegenstelling tot de andere vormen van nicotinesubstitutie, heeft de psychologische ondersteuning, in de studies met pleisters, de resultaten niet beïnvloed. Het verschil in doeltreffendheid met de pleisters afgeleverd in de apotheek zonder voorschrijf (OTC) is miniem. (Willemsen, 2003).

- Willemsem 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 Geneesk* 2003;147:922-7.

Silagy besluit in 2004 dat alle gecommmercialiseerde vormen van nicotinesubstitutie (kauwgom, pleister, neusspray, inhalator of sublinguale tabletten) het rookstoppercentage 1,5 à 2 keer verhogen ten opzichte van placebo (OR 1,74; BI 95 % 1,64-1,86), OR 1,66 voor kauwgom, OR 1,74 voor pleisters, OR 2,27 voor neusspray, OR 2,08 voor nicotine-inhalator en OR 2,08 voor de sublinguale vormen) (Silagy, 2004).

- Silagy C, Stead L. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2004;(4):CD000165.
- Silagy C, Lancaster T, Stead L, et al. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2004;(3):CD000146. <http://www.update-software.com/ccweb/cochrane/revabstr/ab000146.htm>

Bijzondere populaties

Er zijn lichte bewijzen voor de doeltreffendheid van nicotinesubstitutie bij rokers van minder van 10 à 15 sigaretten per dag (Silagy, 2004).

- Silagy C, Stead L. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2004;(4):CD000165.
- Silagy C, Lancaster T, Stead L, et al. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2004;(3):CD000146. <http://www.update-software.com/ccweb/cochrane/revabstr/ab000146.htm>

Nicotinesubstitutiepreparaten kunnen rokers helpen om het sigarettenverbruik te verminderen. Er is echter geen enkel bewijs dat het minderen van roken de gezondheidsrisico's beperkt.

- Van den Bruel A, Cleemput I, Van Linden A, et al. Effectiviteit en kosten-effectiviteit van behandelingen voor rookstop. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg(KCE); 2004 juni. KCE Reports Vol. IA. Ref. PF04-26.02A.
- Willemsem 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 Geneesk* 2003;147:922-7.
- Silagy C, Stead L. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2004;(4):CD000165.
- Silagy C, Lancaster T, Stead L, et al. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2004;(3):CD000146. <http://www.update-software.com/ccweb/cochrane/revabstr/ab000146.htm>
- Bolliger C, Zellweger JP, Danielsson T, et al. Smoking reduction with oral nicotine inhalers: double blind, randomised clinical trial of efficacy and safety. *BMJ* 2000;321:329-33.
- Shiffman S, Dressler C, Hajek P, et al. Efficacy of a nicotine lozenge for smoking cessation. *Arch Intern Med* 2002;162:1267-76.
- Bohadana A, Nillson F, Ramussen T, et al. Nicotine inhaler and nicotine patch as a combination therapy for smoking cessation. *Arch Intern Med* 2000;160:3128-34.
- Thorogood M, Hillsdon M, Summerbell C. Which interventions reduce cigarette smoking? Clinical Evidence. BMJ Publishing Group, 2001. www.clinicalevidence.org.

49 • Silagy C, Stead L. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2004;(4):CD000165.

• Silagy C, Lancaster T, Stead L, et al. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2004;(3):CD000146. <http://www.update-software.com/ccweb/cochrane/revabstr/ab000146.htm>

50 • Van den Bruel A, Cleemput I, Van Linden A, et al. Effectiviteit en kosten-effectiviteit van behandelingen voor rookstop. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg(KCE); 2004 juni. KCE Reports Vol. IA. Ref. PF04-26.02A.

sigaret per uur⁵¹. Er is met de pleisters geen verschil in doeltreffendheid tussen een continue behandeling of een behandeling met afbouwende dosissen, noch tussen een behandeling met pleisters voor een duur van 16 uur of die voor een duur van 24 uur (*niveau van bewijskracht 1*)⁵².

Werking

Nicotinesubstitutie vervangt gedeeltelijk de nicotine die via het roken het lichaam binnenkomt. De hoeveelheid nicotine in het bloed is bij substitutie kleiner dan bij roken, en er is geen nicotinebolus (intensiteit van de bloedpieken) in de hersenen; de resorptie is ook duidelijk trager⁵³. Nicotinesubstitutie voorkomt grotendeels de onthoudingsverschijnselen die gepaard gaan met rookstop.

Contra-indicaties

- overgevoeligheid aan nicotine,
- myocardinfarct of recente CVA,
- ernstige hartritmestoornissen,
- ernstige angina pectoris of die ernstiger wordt/angor van Prinzmetal,
- zeer hoge bloeddruk,
- voor de kauwgom: syndroom van Costen,
- voor de pleister: bepaalde huidaandoeningen of allergieën,
- voor de inhalator: astma.

Winst-risicobalans

Bepaalde aandoeningen vereisen een nauwgezette afweging van de risico's en de voordelen:

- cardiovasculaire aandoeningen,
- hyperthyreoïdie,
- diabetes,
- feochromocytoom,
- ernstige nierinsufficiëntie,
- ernstige leverinsufficiëntie,
- maagulcus,
- zwangere of voedende vrouwen,
- rokers onder de achttien jaar.

Voor de meeste van deze aandoeningen is blijven roken nochtans gevaarlijker dan het gebruik van nicotinesubstitutie⁵⁴. Silagy heeft aangetoond dat het gebruik van nicotinesubstitutiepreparaten bij hartpatiënten het risico van cardiovasculaire verwickelingen niet verhoogt⁵⁵.

Zwangere of voedende vrouwen

Bij gezonde zwangere vrouwen hebben de interventies zonder nicotinesubstitutie hetzelfde resultaat als met nicotine-substitutie⁵⁶. De risico's van roken voor moeder en foetus zijn gedocumenteerd en vermoedelijk belangrijker dan de risico's verbonden aan nicotinesubstitutie. Het is bijgevolg aan te bevelen nicotinesubstitutie te overwegen wanneer

51 In omstandigheden waarin een overdosis gevaarlijk kan zijn (zwangere vrouwen, cardiovasculaire aandoeningen, ...) zou het meten van het cotininegehalte in de urine interessant kunnen zijn om met meer precisie de voor te schrijven dosis te bepalen.

52 • Silagy C, Stead L. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2004;(4):CD000165.
 • Silagy C, Lancaster T, Stead L, et al. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2004;(3):CD000146. <http://www.update-software.com/ccweb/cochrane/revabstr/ab000146.htm>

53 Nicotineconcentratie in bloed in functie van de tijd, naargelang de verschillende vormen

Nicotineabsorptie bij roken

Bij het roken van een sigaret bereikt de nicotine de hersenen in 10 à 20 seconden; de concentratie in arterieel bloed ligt tienmaal hoger dan in veneus bloed. De veneuze concentratie stijgt snel; de plasmapijk wordt bereikt aan het einde van de eerste sigaret. De absorptie is moduleerbaar volgens de rooktechniek: voor hetzelfde product varieert de absorptie naargelang het trekken aan de sigaret (volume), de diepte van het inhaleren, de verdunning van de rook met de lucht in de rookruimte, het aantal trekken en de frequentie ervan. De roker beheert in feite een autotitratie van zijn nicotinemie, en dit gebeurt onafhankelijk van het nicotine- of teergehalte vermeld op de sigarettenpakjes.

Absorptie bij nicotinesubstitutiepreparaten

De absorptie gebeurt via de huid (pleister), de mondmucoza (kauwgom, inhalator, tabletten) of neusmucoza (spray). De nicotine-extractie uit kauwgom is onvolledig en bedraagt niet meer dan 50 % voor de kauwgom van 2 mg en 70 % voor de kauwgom van 4 mg. Ze varieert van individu tot individu en hangt af van de manier van kauwen. De plasmaconcentratie die met pleisters of kauwgom wordt bereikt, ligt onder de 50 % van deze geproduceerd door de sigaret. Nicotine in pruimtabak of nicotinekauwgom wordt trager geabsorbeerd dan die in sigaretten. De piek wordt bereikt na ongeveer 30 minuten en wordt behouden gedurende minstens twee uur voordat ze geleidelijk aan afneemt. Door hun kinetiek zijn kauwgom en tabletten beter om 'craving' te controleren. De pleisters laten toe de stabiele nicotinemie te behouden, maar de duur om de piek te bereiken bedraagt gemiddeld drie uur.

- Martinet Y, Bohadana A. Le tabagisme, de la prévention au sevrage. Issy les Moulineaux: Masson, 2001.
- Molyneux A. ABC of smoking cessation. Nicotine replacement therapy. *BMJ* 2004;328:454-7.

54 • Van den Bruel A, Cleemput I, Van Linden A, et al. Effectiviteit en kosten-effectiviteit van behandelingen voor rookstop. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE);2004 juni. KCE Reports Vol. IA. Ref. PF04-26.02A.

55 • Silagy C, Stead L. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2004;(4):CD000165.
 • Silagy C, Lancaster T, Stead L, et al. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2004;(3):CD000146. <http://www.update-software.com/ccweb/cochrane/revabstr/ab000146.htm>

56 • Thorogood M, Hillsdon M, Summerbell C. Which interventions reduce cigarette smoking? Clinical Evidence. BMJ Publishing Group, 2001. www.clinicalevidence.org.

een zwangere of voedende vrouw niet in staat is om te stoppen met roken en wanneer mogelijke onthouding, met haar potentiële voordelen en de risico's van de behandeling, de risico's van het blijven roken compenseren ⁵⁷.

Neveneffecten

Nicotinesubstitutiepreparaten worden meestal goed verdragen. De neveneffecten zijn lokaal, goedaardig en reversibel (zie bijlage 7). Nochtans kan de roker blootgesteld worden aan hogere nicotinedosissen dan wanneer hij rookt. Duizelingen, nausea, hoofdpijn en hartkloppingen kunnen optreden bij personen die nicotinegevoelig zijn. De symptomen van een overdosis zijn die van een acute nicotine-intoxicatie: nausea, overmatige speekselproductie, abdominale pijn, diarree, zweten, hoofdpijn, duizelingen, gehoorproblemen en duidelijke tekenen van zwakte. De minimale dodelijke dosis bedraagt tussen 40 en 60 mg nicotine ^{58,59}.

Nicotinesubstitutiepreparaten zijn doeltreffend en worden goed verdragen. Ze zijn een eerste keuze bij rookstop. Ze worden aanbevolen bij alle nicotineafhankelijke rokers (tenzij contra-indicatie). Alle vormen van nicotinesubstitutie verhogen het rookstoppercentage. De keuze van vorm hangt af van de wens van de patiënt. De roker krijgt het praktische gebruik ervan duidelijk uitgelegd.

De ondervraagde rokers bleken bezorgd over de mogelijke afhankelijkheid van nicotinesubstitutiepreparaten. Bij het

voorschrijven van nicotinesubstitutie zal deze kwestie moeten worden besproken.

Gecombineerde nicotinesubstitutiepreparaten

Het combineren van verschillende nicotinesubstitutiepreparaten wordt niet door iedereen aanbevolen, uit vrees voor overdosering of omdat het weinig onderbouwd is in de literatuur. Silagy (Cochrane review) ⁶⁰ besluit dat er beperkt bewijs is dat een combinatie van nicotinesubstitutiepreparaten doeltreffender is en dat hogere dosissen dan in pleisters slechts een geringe stijging van het rookstoppercentage tot gevolg hebben. Door de heterogeniteit van de studies kan dit besluit echter in vraag worden gesteld. Een combinatie van de pleister met vormen van nicotineautotitratie kan worden overwogen bij rokers die hetzij hervielen met één nicotinesubstitutiepreparaat, hetzij een grote hoeveelheid sigaretten roken, hetzij zeer nicotineafhankelijk zijn.

Het nut van gecombineerde nicotinesubstitutiepreparaten is voorwerp van discussie. Zulke combinatie zal enkel worden overwogen bij rokers die hervielen met één nicotinesubstitutiepreparaat.

Bupropion

De doeltreffendheid en de kostprijs van bupropion zijn vergelijkbaar met die van nicotinesubstitutiepreparaten (niveau van bewijskracht 1). Het NNT tegenover placebo bedraagt

-
- 57 • Van den Bruel A, Cleemput I, Van Linden A, et al. Effectiviteit en kosten-effectiviteit van behandelingen voor rookstop. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE);2004 juni. KCE Reports Vol. IA. Ref. PF04-26.02A.
- 58 • Gecommentarieerd Geneesmiddelenreperitorium. Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie. <http://www.bcfi.be>
- 59 • Willemsem 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 Geneesk* 2003;147:922-7.
- Silagy C, Stead L. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2004;(4):CD000165.
- Silagy C, Lancaster T, Stead L, et al. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2004;(3):CD000146. <http://www.update-software.com/ccweb/cochrane/revabstr/ab000146.htm>
- Bolliger C, Zellweger JP, Danielsson T, et al. Smoking reduction with oral nicotine inhalers: double blind, randomised clinical trial of efficacy and safety. *BMJ* 2000;321:329-33.
- Shiffman S, Dressler C, Hajek P, et al. Efficacy of a nicotine lozenge for smoking cessation. *Arch Intern Med* 2002;162:1267-76.
- Bohadana A, Nillson F, Ramussen T, et al. Nicotine inhaler and nicotine patch as a combination therapy for smoking cessation. *Arch Intern Med* 2000;160:3128-34.
- Thorogood M, Hillsdon M, Summerbell C. Which interventions reduce cigarette smoking? Clinical Evidence. BMJ Publishing Group, 2001. www.clinicalevidence.org.
- Van den Bruel A, Cleemput I, Van Linden A, et al. Effectiviteit en kosten-effectiviteit van behandelingen voor rookstop. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE);2004 juni. KCE Reports Vol. IA. Ref. PF04-26.02A.
- 60 • Fagerström K. Combined use of nicotine replacement products. *Health Value* 1994;18:15-20.
- Blondal T, Gudmundsson L, Olfsdottir I, et al. Nicotine nasal spray with nicotine patch for smoking cessation: randomised trial with six year follow up. *BMJ* 1999;318:285-9.
- Bohadana A, Nillson F, Ramussen T, et al. Nicotine inhaler and nicotine patch as a combination therapy for smoking cessation. *Arch Intern Med* 2000;160:3128-34.
- Silagy C, Stead L. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2004;(4):CD000165.
- Silagy C, Lancaster T, Stead L, et al. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2004;(3):CD000146. <http://www.update-software.com/ccweb/cochrane/revabstr/ab000146.htm>
-

10 à 16 (12,5 gemiddeld) ⁶¹. Het gemiddelde rookstoppercentage voor rokers die bupropion combineren met een gedragsmatige aanpak bedraagt 17 % na één jaar, zonder herval. De molecule wordt in detail beschreven in voetnoot ⁶².

Werking

Bupropion is historisch gezien de eerste molecule (verschillend van nicotinesubstitutie) die zijn doeltreffendheid bij rookstop heeft bewezen. Het werkingsmechanisme houdt vermoedelijk verband met zijn capaciteit om de heropname van dopamine en/of norepinefrine te blokkeren ter hoogte van de zenuwcel. Het effect is onafhankelijk van het antidepressieve effect. Patiënten met een lichte depressie of een voorgeschiedenis van depressie onder-

vinden niet meer voordeel van antidepressieve moleculen (bupropion of nortriptyline) dan nicotinesubstitutie in hun rookstopoging ⁶³.

Dosis

Om te beginnen één tablet van 150 mg 's morgens één à twee weken vóór de rookstop. Er is geen significant verschil in werking tussen 150 mg per dag en 300 mg per dag ⁶⁴.

Behandelingsduur

In studies wordt een behandelingsduur vooropgesteld van zeven tot twaalf weken na rookstop. Er is geen bewijs dat dit de optimale behandelingsduur is. Het rapport van het Federaal Kenniscentrum beveelt een duur aan van zes à

- 61 • Hughes JR, Stead LF, Lancaster T. Antidepressants for smoking cessation (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 1, 2004. Oxford: Update Software.
 • Hughes JR, Stead LF, Lancaster T. Anxiolytics for smoking cessation (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 1, 2004. Oxford: Update Software.
 • Van den Bruel A, Cleemput I, Van Linden A, et al. Effectiviteit en kosten-effectiviteit van behandelingen voor rookstop. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE); 2004 juni. KCE Reports Vol. IA. Ref. PF04-26.02A.

62 Bupropion (niveau van bewijskracht 1)

Doeltreffendheid

Bupropion (aan 300 mg/dag, gecombineerd met acht à tien begeleidingsessies van 15 minuten per week maximum, en met vijf à acht extra telefonische contacten) heeft een gemiddeld slaagpercentage van 17,2 %. De doeltreffendheid van bupropion is vergelijkbaar met nicotinesubstitutiepreparaten.

- Hughes JR, Stead LF, Lancaster T. Antidepressants for smoking cessation (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 1, 2004. Oxford: Update Software.
- Hughes JR, Stead LF, Lancaster T. Anxiolytics for smoking cessation (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 1, 2004. Oxford: Update Software.
- Willemsem 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 Geneesk* 2003;147:922-7.

Dagelijkse dosis

Er is geen significant verschil in doeltreffendheid (zes maanden of meer) tussen 150 en 300 mg/dag (Hughes, 2004). De verhouding prijs/doeltreffendheid (aantal gewonnen levensjaren en levenskwaliteit) van een behandeling met 150 mg bupropion is hoger dan met een behandeling met 300 mg, met dezelfde begeleiding (Javitz, 2004).

- Hughes JR, Stead LF, Lancaster T. Antidepressants for smoking cessation (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 1, 2004. Oxford: Update Software.
- Hughes JR, Stead LF, Lancaster T. Anxiolytics for smoking cessation (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 1, 2004. Oxford: Update Software.
- Javitz H, Swan G, Zbikowski, et al. Cost-effectiveness of different combinations of bupropion SR dose and behavioural treatment for smoking cessation: a societal perspective. *Am J Manag Care* 2004;10:187-90.

Voorschrijven op lange termijn in de preventie van herval

Er is geen winst aangetoond bij het voortzetten van de behandeling met bupropion (45 weken) om herval te voorkomen (Hughes, 2004). Er is evenmin winst met bupropion om herval te voorkomen bij personen die gestopt zijn met nicotinepleisters. Het voorschrijven van bupropion onmiddellijk na een herval met nicotinepleisters verhoogt het aantal rookstoppers niet (Hurt, 2004). Het stoppercentage na één jaar bij rokers onder bupropion is beter met begeleiding dan met slechts één minimale interventie (Swan, 2003).

- Hughes JR, Stead LF, Lancaster T. Antidepressants for smoking cessation (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 1, 2004. Oxford: Update Software.
- Hughes JR, Stead LF, Lancaster T. Anxiolytics for smoking cessation (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 1, 2004. Oxford: Update Software.
- Hurt R, Krook J, Croghan I, et al. Nicotine patch therapy based on smoking rate followed by bupropion for prevention of relapse to smoking. *J Clin Oncol* 2003;21:914-20.
- Swan G, Mc Afee T, Curry S, et al. Effectiveness of bupropion sustained release for smoking cessation in health care setting: a randomised trial. *Arch Intern Med* 2003;163:2337-44.

Patiënten met cardiovasculaire aandoeningen

Tonstad bestudeerde bupropion (300 mg/dag gedurende zeven weken) versus placebo bij 629 personen met een cardiovasculaire aandoening. Het stoppercentage na één jaar bedroeg 22 % versus 9 % ($p < 0,001$). Er was 6 % studie-uitval wegens nevenwerkingen (17 met bupropion, 19 met placebo).

- Tonstad S, Farsang C, Klaene G, et al. Bupropion SR for smoking cessation in smokers with cardiovascular disease: a multi centre, randomised study. *Eur Heart J* 2003;24:946-55.

Nevenwerkingen

De meest beschreven nevenwerkingen zijn slapeloosheid (30 à 40 %) en droge mond (10 %). Franse farmacovigilantiecentra hebben 1 047 observaties verzameld waarvan 262 ernstige gevallen op 330 000 patiënten behandeld met bupropion. De beschreven gevallen zijn angioedeem (29), serumziekten (21), urticaria, Stevens-Johnsonsyndroom of polymorferythema, stuipstrekkingen (45 waarvan 24 zonder voorafgaande risicofactor), depressie, zelfmoordgedachten en zelfmoord, cardiovasculaire verwickelingen.

- Vingt-quatrièmes journées françaises de pharmacovigilance: les faits marquants. *Rev Prescrire* 2003;23:832.

- 63 • Hughes JR, Stead LF, Lancaster T. Antidepressants for smoking cessation (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 1, 2004. Oxford: Update Software.
 • Hughes JR, Stead LF, Lancaster T. Anxiolytics for smoking cessation (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 1, 2004. Oxford: Update Software.
- 64 • Hughes JR, Stead LF, Lancaster T. Antidepressants for smoking cessation (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 1, 2004. Oxford: Update Software.
 • Hughes JR, Stead LF, Lancaster T. Anxiolytics for smoking cessation (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 1, 2004. Oxford: Update Software.

acht weken na rookstop⁶⁵. Er zijn geen wetenschappelijke argumenten om de duur van de behandeling met bupropion te verlengen om herval te voorkomen⁶⁶.

Contra-indicaties

- epilepsie, convulsies;
- tumor van het centrale zenuwstelsel, voorgeschiedenis van hersentrauma;
- ernstige levercirrose;
- voorgeschiedenis van boulimie of anorexia;
- voorgeschiedenis van bipolaire stoornis;
- plotse stopzetting van alcohol of kalmeermiddelen;
- gebruik van MAO-remmers binnen de veertien dagen;
- gebruik van stimulerende middelen of eetlustremmers;
- diabetes of hypoglykemiërende medicatie;
- alcoholmisbruik;
- alle medicatie die de convulsiedrempel verlaagt;
- zwangerschap en borstvoeding;
- rokers jonger dan achttien jaar.

Winst-risicobalans

In de studies met geselecteerde rokers komen nevenwerkingen weinig voor. De farmacovigilantie registreert slechts nevenwerkingen van zodra het geneesmiddel op grote

schaal wordt gebruikt in een algemene populatie. Bepaalde nevenwerkingen zijn mogelijk ernstig (convulsies en allergieën). Het verdient aanbeveling deze molecule met de nodige voorzichtigheid te gebruiken. Maar de roker die er nood aan heeft, moet de gelegenheid krijgen bupropion te nemen. Wij bevelen aan om de voor- en nadelen voor elk individu af te wegen. De arts zal deze behandeling overwegen als een goed ingestelde behandeling met voldoende gedoseerde nicotinesubstitutie faalt⁶⁷.

Bupropion is doeltreffend. Deze molecule moet echter met voorzichtigheid worden gebruikt omwille van de ernst van bepaalde nevenwerkingen. Nochtans moet de roker die er nood aan heeft, de kans krijgen het product te nemen. De arts zal deze behandeling overwegen als een goed ingestelde behandeling met voldoende gedoseerde nicotinesubstitutie faalt.

Associatie nicotinesubstitutie en bupropion

Een studie stelde een betere doeltreffendheid vast van de associatie van bupropion met nicotinesubstitutiepreparaten⁶⁸. Een andere studie⁶⁹ kon daarentegen geen extra winst aantonen door de associatie⁷⁰. Momenteel is er dus onvoldoende onderbouwing voor enig voordeel van de as-

-
- 65 • Van den Bruel A, Cleemput I, Van Linden A, et al. Effectiviteit en kosten-effectiviteit van behandelingen voor rookstop. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE);2004 juni. KCE Reports Vol. IA. Ref. PF04-26.02A.
- 66 • Hughes JR, Stead LF, Lancaster T. Antidepressants for smoking cessation (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 1, 2004. Oxford: Update Software.
- Hughes JR, Stead LF, Lancaster T. Anxiolytics for smoking cessation (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 1, 2004. Oxford: Update Software.
- 67 • Hays J, Hurt R, Rigotti N, et al. Sustained release bupropion for pharmacologic relapse prevention after smoking cessation. A randomised controlled trial. *Ann Intern Med* 2001;135:423-33.
- Hurt R, Sachs D, Glover E, et al. A comparison of sustained release bupropion and placebo for smoking cessation. *N Engl J Med* 1997;337:1195-202.
- Jorenby D, Leischow S, Nides M, 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.
- Hughes JR, Stead LF, Lancaster T. Antidepressants for smoking cessation (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 1, 2004. Oxford: Update Software.
- Hughes JR, Stead LF, Lancaster T. Anxiolytics for smoking cessation (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 1, 2004. Oxford: Update Software.
- 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 Geneesk* 2003;147:922-7.
- Vingt-quatrième journées françaises de pharmacovigilance: les faits marquants. *Rev Prescrire* 2003;23(245):832.
- Silagy C, Stead L. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2004;(4):CD000165.
- Silagy C, Lancaster T, Stead L, et al. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2004;(3):CD000146. <http://www.update-software.com/ccweb/cochrane/revabstr/ab000146.htm>
- Van den Bruel A, Cleemput I, Van Linden A, et al. Effectiviteit en kosten-effectiviteit van behandelingen voor rookstop. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE);2004 juni. KCE Reports Vol. IA. Ref. PF04-26.02A.
- 68 • Jorenby D, Leischow S, Nides M, 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.
- 69 • Simon J. Bupropion for smoking cessation. *Arch Intern Med* 2004;164:1797-803.
- 70 • Hughes JR, Stead LF, Lancaster T. Antidepressants for smoking cessation (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 1, 2004. Oxford: Update Software.
- Hughes JR, Stead LF, Lancaster T. Anxiolytics for smoking cessation (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 1, 2004. Oxford: Update Software.
-

sociatie ten opzichte van bupropion alleen. Wij bevelen de associatie dan ook niet aan in de eerste lijn ⁷¹.

De associatie van bupropion met nicotinesubstitutiepreparaten heeft tot op heden geen betere doeltreffendheid kunnen aantonen dan bupropion alleen.

Nortriptyline

Nortriptyline is een tricyclisch antidepressivum dat is onderzocht in de behandeling van rookstop. Het nevenwerkingsprofiel van nortriptyline is beduidend gunstiger dan bupropion. De doeltreffendheid van nortriptyline is vergelijkbaar met die van nicotinesubstitutiepreparaten of bu-

propion. Helaas zijn de studies over nortriptyline in het kader van rookstop niet zo talrijk. Verder onderzoek is dus nodig, maar vermits het gaat om een goedkope behandeling, is men niet erg geneigd hierover studies uit te voeren. Nortriptyline is mogelijk een interessante molecule bij rookstopbehandeling in de eerste lijn ⁷².

Nortriptyline zou een interessante molecule kunnen zijn in de behandeling van rookstop.

Andere geneesmiddelen

Andere geneesmiddelen hebben weinig nut in de eerste lijn. Ze worden beschreven in voetnoot ⁷³.

- 71 • Jorenby D, Leischow S, Nides M, 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.
- Hughes JR, Stead LF, Lancaster T. Antidepressants for smoking cessation (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 1, 2004. Oxford: Update Software.
- Hughes JR, Stead LF, Lancaster T. Anxiolytics for smoking cessation (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 1, 2004. Oxford: Update Software.
- Van den Bruel A, Cleemput I, Van Linden A, et al. Effectiviteit en kosten-effectiviteit van behandelingen voor rookstop. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE);2004 juni. KCE Reports Vol. IA. Ref. PF04-26.02A.

72 Nortriptyline

Doeltreffendheid

De doeltreffendheid van bupropion, nicotinesubstitutie en nortriptyline is vergelijkbaar (Hughes, 2004). Willemsen vermeldt een slaagpercentage van 24,2 % in een studie met nortriptyline, maar oordeelt dat dit resultaat bevestigd moet worden in andere studies (Willemsen, 2003). Hughes besluit dat de studies over nortriptyline (met 75 tot 150 mg) een verhoogd stoppercentage aantonen (vijf studies OR 2,80 BI 95 % 1,81-4,32).

- Hughes JR, Stead LF, Lancaster T. Antidepressants for smoking cessation (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 1, 2004. Oxford: Update Software.
- Hughes JR, Stead LF, Lancaster T. Anxiolytics for smoking cessation (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 1, 2004. Oxford: Update Software.
- 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 Geneesk* 2003;147:922-7.

Neveneffecten

Mogelijke nevenwerkingen zijn droge mond, sedatie, constipatie, urineretentie, hartproblemen en risico van overlijden bij overdosering. In geen enkele rookstoptest werden ernstige nevenwerkingen gerapporteerd. Het meest beschreven neveneffect is droge mond. Uitval door nevenwerkingen bedroeg 4 à 9 %.

Dosis

De dosis bij rookstop is 75 à 150 mg/dag. De optimale duur van de behandeling wordt niet bepaald (ongeveer acht weken als we de behandelingsduur van de andere rookstopbehandelingen extrapoleren). Nortriptyline werd niet getest bij adolescenten, zwangere vrouwen, bejaarden (>65 jaar) of patiënten met cardiovasculaire aandoeningen (Van den Bruel, 2004).

- Van den Bruel A, Cleemput I, Van Linden A, et al. Effectiviteit en kosten-effectiviteit van behandelingen voor rookstop. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE);2004 juni. KCE Reports Vol. IA. Ref. PF04-26.02A.

Kostprijs

Vermeldenswaard is de uitzonderlijk lage prijs voor de patiënt en de gemeenschap. De molecule is beschikbaar op magistraal voorschrift. Daartegenover staat dat weinig promotoren geneigd zijn om studies uit te voeren om de plaats van deze molecule te bevestigen.

73 Andere antidepressiva

SSRI's hebben geen plaats bij rookstop (Hughes, 2004).

- Hughes JR, Stead LF, Lancaster T. Antidepressants for smoking cessation (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 1, 2004. Oxford: Update Software.
- Hughes JR, Stead LF, Lancaster T. Anxiolytics for smoking cessation (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 1, 2004. Oxford: Update Software.

Clonidine

Clonidine is doeltreffend bij rookstop, maar de bewijzen hiervoor zijn gebaseerd op een klein aantal studies met veel vertekening. Bovendien vormen de belangrijke nevenwerkingen verbonden aan de noodzakelijke dosis een nadeel en maken het middel aldus minder interessant bij rookstop (Gourlay, 2004). Clonidine kan worden gebruikt bij ernstige onthoudingsverschijnselen of in geval van ernstige en multipole verslaving (Van den Bruel, 2004).

- Gourlay SG, Stead LF, Benowitz NL. Clonidine for smoking cessation. In: *The Cochrane Library*, Issue 1, 2004. Oxford: Update Software. <http://www.update-software.com/ccweb/cochrane/revabstr/ab000058.htm>
- Van den Bruel A, Cleemput I, Van Linden A, et al. Effectiviteit en kosten-effectiviteit van behandelingen voor rookstop. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE);2004 juni. KCE Reports Vol. IA. Ref. PF04-26.02A.

Anxiolytica

Er zijn geen bewijzen dat anxiolytica rookstop verbeteren, maar de beschikbare bewijzen kunnen een mogelijk effect evenmin uitsluiten (Hughes, 2004).

- Hughes JR, Stead LF, Lancaster T. Antidepressants for smoking cessation (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 1, 2004. Oxford: Update Software.
- Hughes JR, Stead LF, Lancaster T. Anxiolytics for smoking cessation (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 1, 2004. Oxford: Update Software.

Rimonabant

Deze molecule is aangekondigd. Er is in de beschikbare literatuur momenteel geen bewijs voor zijn doeltreffendheid.

ALTERNATIEVE BEHANDELINGEN

Er is momenteel geen bewijs voor de doeltreffendheid van alternatieve behandelingen ⁷⁴.

Na de rookstop (To Arrange follow-up)

Rookstopbegeleiding stopt niet bij de rookstopdatum (*niveau van bewijskracht 3*). Zonder degelijke begeleiding is slechts 20 % van de stoppers één jaar na de rookstop nog steeds rookvrij; meer dan 80 % rookt opnieuw ⁷⁵. Na één jaar rookstop, is herval minder frequent ⁷⁶. Na vijf jaar rookstop, zijn de meeste ex-rokers gestabiliseerd ⁷⁷. Het doel van de follow-up is de ex-roker adequaat te begeleiden tijdens het eerste jaar na de rookstop. Het helpt hem om beter om te gaan met de moeilijkheden eigen aan rookstop, met motivatieverlies en om herval te vermijden.

Rookstopbegeleiding stopt niet bij de rookstopdatum. In het eerste jaar na de rookstop bedraagt het risico op herval 80 %.

De ondervraagde rokers zien het hervalpercentage als de weerspiegeling van de chronische aard van de verslaving. Zij benadrukken de noodzaak van een globale begeleiding zowel op lichamelijk als op mentaal vlak na de rookstop (en vooral bij depressie en alcoholgebruik).

OPVOLGPLAN

Na de stopdatum spreekt de arts zo snel mogelijk een opvolgcontact af, bij voorkeur nog tijdens de eerste week. Een tweede contact is aanbevolen in de loop van de eerste maand. Herval komt vooral voor in het begin na de rookstopdatum en gedurende het eerste stopjaar. Blondal vindt bijvoorbeeld een rookstoppercentage van 70 % na twee weken tegenover 27,1 % rookstop zonder herval na één jaar ⁷⁸. De arts zal dus tijdens het eerste stopjaar meerdere contacten inplannen.

OPVOLGMETHODEN

Tijdens de opvolgcontacten beoordeelt de arts de onthoudings- of hervalstatus, ondersteunt hij de motivatie van de patiënt, detecteert hij fysieke, psychologische en gedragsmatige problemen en evalueert hij de medicamenteuze behandeling.

In de eerste week na de rookstop wordt één consultatie ingepland. Ten minste een tweede contact zal plaatsvinden in de maand volgend op de stopdatum. De arts zal tijdens het eerste stopjaar meerdere contacten voorzien.

Onthoudings- of hervalstatus beoordelen

Het is belangrijk de roker op voorhand te verwittigen dat misstappen mogelijk zijn. Hij dient te weten dat deze niet

74 Alternatieve behandelingen**Hypnotherapie**

Een onafhankelijke Cochrane review vindt dat er onvoldoende bewijs is om hypnose aan te bevelen als rookstopbehandeling.

- Abbot NC, Stead LF, White AR, et al. Hypnototherapy for smoking cessation. In: *The Cochrane Library*, Issue 1, 2004. Oxford: Update Software. <http://www.update-software.com/ccweb/cochrane/revabstr/ab001008.htm>

Acupunctuur

Er is geen bewijs dat acupunctuur, laser of elektrostimulatie doeltreffend zijn bij rookstop.

- White AR, Rampas H, Ernst E. Acupuncture for smoking cessation. In: *The Cochrane Library*, Issue 1, 2004. Oxford: Update Software. <http://www.update-software.com/ccweb/cochrane/revabstr/ab000009.htm>

Relaxatie, ademhalingstechnieken

Relaxatietherapie of ademhalingstechnieken hebben geen bewijs kunnen leveren van doeltreffendheid bij rookstop.

- Fiore MC, Bailey WC. The Tobacco Use and Dependence Clinical Practice Guideline Panel, Staff, and Consortium Representatives. A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence. A US Public Health Service Report. *JAMA* 2000;283:3244-54.
- Fiore MC, Bailey WC. Clinical practice guideline. Treating tobacco use and dependence. US Department of Health and Human Services, 2000.

Aversiestrategieën

Er zijn momenteel geen bewijzen die het gebruik van aversiestrategieën bij rookstop onderbouwen, zoals bijvoorbeeld 'rapid smoking'.

- Hajek P, Stead LF. Aversive smoking for smoking cessation. In: *The Cochrane Library*, Issue 1, 2004. Oxford: Update Software. <http://www.update-software.com/ccweb/cochrane/revabstr/ab000546.htm>

- 75 • Lagrue P, Legeron P, Azoulay G, et al. Elaboration d'un test permettant d'évaluer la motivation à l'arrêt du tabac. *Alcoologie et Addictologie* 2002;24(1):33-7.

- 76 • Blondal T, Gudmundsson L, Olfsdottir I, et al. Nicotine nasal spray with nicotine patch for smoking cessation: randomised trial with six year follow up. *BMJ* 1999;318:285-9.
- Yudkin P, Hey K, Roberts S, et al. Abstinence for smoking eight years after participation in randomised controlled trial of nicotine patch. *BMJ* 2003; 327:28-9.

- 77 • Anthonisen N, Connett J, Muttay R, for the Lung Health Study Group. Smoking and lung function of lung health study participants after 11 years. *Am J Respir Crit Care Med* 2002;166:675-9.

- 78 • Blondal T, Gudmundsson L, Olfsdottir I, et al. Nicotine nasal spray with nicotine patch for smoking cessation: randomised trial with six year follow up. *BMJ* 1999;318:285-9.

noodzakelijk een definitieve en totale mislukking betekenen en dat ze gepaard kunnen gaan met schuldgevoelens en demotiverende gedachten zoals “*ik ben niet in staat om te stoppen; dat bewijst dat rookstop bij mij nooit zal lukken*”. Deze gedachten geven aanleiding tot herval, terwijl het slechts om een kleine misstap gaat⁷⁹. Een misstap is bijvoorbeeld het occasionele trekje of het roken van één of enkele sigaretten, snel gevolgd door een terugkeer naar totale onthouding.

Als de roker af en toe nog rookt, probeert de arts de redenen hiervan te achterhalen en zet hij de patiënt aan tot totale onthouding. De arts-patiëntrelatie blijft empathisch en is niet confronterend. Is de roker gestopt, dan feliciteert de arts hem met het geboekte succes⁸⁰.

Stelt de arts daarentegen herval vast, dan moedigt hij de roker aan door hem te zeggen dat zelfs een korte stopperiode al een positieve leerervaring kan betekenen. De slaagkans verhoogt met het aantal stoppogingen. De volgende poging kan dus de goede zijn⁸¹.

Motivatie ondersteunen

Open vragen zoals “*welke voordelen biedt het stoppen met roken u?*” worden gebruikt om de motivatie te versterken.

De arts zal aandacht hebben voor:

- de onmiddellijke voordelen die de patiënt ervaart bij rookstop, met inbegrip van de potentiële voordelen op vlak van gezondheid.
- de successen: duur van de onthouding, beperking van de onthoudingsverschijnselen enzovoort.
- de ervaren angst: depressie, gewichtstoename, alcohol, omgeving...

Om te peilen naar de motivatie van de ex-roker kan het Q-Mat-raster worden gebruikt (zie bijlage 3). Is de motivatie verminderd, dan zal een motivatieversterkend gesprek plaatsvinden. Hierbij is de methode van de 5 R's bruikbaar (zie bijlage 4).

Peilen naar fysieke, psychologische en gedragsmatige moeilijkheden

De begeleiding door de arts zal gericht zijn op het identificeren van problemen die zich al eerder voordeden en op het anticiperen op te voorzien problemen in de nabije toekomst⁸². Hier genieten de gedragsmatige strategieën opnieuw de voorkeur.

Gewichtstoename is een moeilijke problematiek. Het lichaamsgewicht van rokers is lager dan dat van niet-rokers (gemiddeld 3 à 5 kg). Het gebruik van medicatie bij rook-

79 • Andre C, Legeron P, Alcaraz G. Les thérapies comportementales et cognitives (TCC) dans l'aide au sevrage tabagique. L'arrêt de la consommation du tabac. Conférence de consensus ANAES 1998. Ed médicales et scientifiques:p. 191-9.

80 • Fiore MC, Bailey WC. The Tobacco Use and Dependence Clinical Practice Guideline Panel, Staff, and Consortium Representatives. A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence. A US Public Health Service Report. JAMA 2000;283:3244-54.
• Fiore MC, Bailey WC. Clinical practice guideline. Treating tobacco use and dependence. US Department of Health and Human services, 2000.

81 • Van den Bruel A, Cleemput I, Van Linden A, et al. Effectiviteit en kosten-effectiviteit van behandelingen voor rookstop. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE);2004 juni. KCE Reports Vol. 1A. Ref. PF04-26.02A.

82 Hervalpreventie en oplossingen voor de meest frequente problemen

Problemen	Oplossingen
Gebrek aan ondersteuning	Spreek opvolgconsulten of telefonische contacten af met de patiënt. Help de patiënt herkennen waar hij in zijn directe omgeving ondersteuning kan vinden. Verwijs de patiënt door naar een organisatie die begeleiding en ondersteuning biedt aan rokers.
Somber humeur of depressie	Bied ondersteuning, schrijf een aangepast antidepressivum voor of verwijs door naar een specialist.
Belangrijke en langdurige onthoudingsverschijnselen	Als de patiënt 'craving' rapporteert of andere onthoudingsverschijnselen, overweeg dan de dosis te verhogen, de medicamenteuze behandeling voort te zetten of verschillende medicatie te combineren.
Gewichtstoename	Adviseer de patiënt om de fysieke activiteit te verhogen, maar ontraad hem een te streng dieet. Stel de patiënt opnieuw gerust, een gewichtstoename is normaal bij rookstop, maar beperkt. Benadruk het belang van een gezonde voeding. Verwijs de patiënt indien nodig door naar een diëtist.
Motivatieverlies/ gevoel van gemis	Stel de patiënt gerust, deze gevoelens zijn normaal. Moedig activiteiten aan waarbij de patiënt zichzelf beloont. Vergewis u ervan dat de patiënt niet af en toe rookt. Benadruk dat opnieuw beginnen roken (zelfs maar een enkele trek) de behoefte aan tabak verhoogt en het stoppen bemoeilijkt.

• Fiore MC, Bailey WC. The Tobacco Use and Dependence Clinical Practice Guideline Panel, Staff, and Consortium Representatives. A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence. A US Public Health Service Report. JAMA 2000;283:3244-54.
• Fiore MC, Bailey WC. Clinical practice guideline. Treating tobacco use and dependence. US Department of Health and Human services, 2000.

stop wijzigt de gewichtstoename niet op lange termijn⁸³. Bij sommige rokers kunnen in de eerste dagen na de rookstop hoest en expectoratie tijdelijk verergeren. De arts zal eventuele geassocieerde comorbiditeit opsporen: alcoholmisbruik, depressie, psychische aandoeningen. Rookstop kan een depressieve episode uitlokken of een reeds bestaande depressie versterken. De HAD-test (Hospital Anxiety Depression Scale) kan bijvoorbeeld dienen om angst- en depressieve stoornissen (doorgaans hiervoor gebruikt) op te sporen (zie bijlage 9)⁸⁴. We vonden echter geen validering voor het gebruik van deze test in de ambulante praktijk.

Medicamenteuze behandeling evalueren

De dosis nicotinesubstitutiepreparaten wordt aangepast in functie van de klinische tekenen die duiden op een onderdosering (onthoudingssymptomen) of een overdosering (afkeer van tabak, hoofdpijn, slapeloosheid, duizelingen, tachycardie, tabaksmaak in de mond). De arts zal ook de praktische bruikbaarheid van de gekozen nicotinesubstitutie controleren (zie bijlage 7).

In geval van ernstige onthoudingsverschijnselen, zal de arts overwegen om een meer intensieve behandeling in te schakelen of om de patiënt door te verwijzen naar een gespecialiseerd centrum⁸⁵.

De follow-up omvat een opvolgplan, de evaluatie van de onthoudings- of hervaltstatus, de evaluatie en ondersteuning van de motivatie, de opsporing van fysieke, psychologische en gedragsmatige problemen en bijsturing van de medicamenteuze behandeling.

De roker verwijzen

De verwijzing naar een gespecialiseerde hulpverlener kan in elke fase van het rookstopproces gebeuren, hetzij omdat de arts of de patiënt dit zelf wenst, hetzij omdat de rookstopproblematiek zo hardnekkig is dat een specialistisch advies noodzakelijk is. Men kan verwijzen naar tabacologen (hulpverleners, al dan niet artsen, die een specifieke vorming hebben gevolgd om rookstop te begeleiden). Inlichtingen zijn verkrijgbaar bij de Vlaamse Vereniging voor Respiratoire Gezondheidszorg en Tuberculosebestrijding (VRGT), Eendrachtstraat 56, 1050 Brussel (tel.: 02 510 60 90).

De huisarts kan zijn patiënt-roker verwijzen naar een gespecialiseerd centrum, hetzij omdat de patiënt dit zelf wenst, hetzij omdat een specialistisch advies noodzakelijk is. Men kan zich wenden tot de VRGT, Eendrachtstraat 56, 1050 Brussel (tel.: 02 510 60 90).

De ondervraagde rokers kaarten aan dat de kostprijs van de begeleiding door een referent met de patiënt moet worden besproken voordat hij verder wordt behandeld.

Waarom een patiënt motiveren om te stoppen met roken?

Risico voor de roker

De schade die tabak veroorzaakt, wordt tegenwoordig niet meer in vraag gesteld. Grote epidemiologische studies zoals die van Doll en Peto en van Kawachi hebben sinds de jaren vijftig van vorige eeuw het mortaliteit- en morbiditeitsrisico van roken duidelijk aangetoond. In 2004 stelde het 'US

83 Het lichaamsgewicht van rokers is lager dan dat van niet-rokers (gemiddeld 3 à 5 kg). Eigenlijk wordt door rookstop het normale gewicht opnieuw bereikt. Nicotine zou het gewicht regelen door (Martinet, 2001):

- een hoger energieverbruik: iedere sigaret doet het metabolisme versnellen gedurende twee uur; het energieverbruik ligt hierdoor 12 % hoger dan dat van een niet-roker;
- de lipogenese en insulinesecretie te onderdrukken, zodat het vetweefsel wordt aangesproken en de vetreserves worden gemobiliseerd;
- de voedselinname te verminderen (anorexigene of eetlustremmend).

Het gebruik van een medicamenteuze behandeling bij rookstop verandert deze gewichtstoename op lange termijn niet. Een studie toont een beperkte gewichtstoename tijdens de behandeling (zes weken) met bupropion (Hurt, 1997). Een andere studie heeft een voortzetting aangetoond van een beperkte gewichtstoename (toename van 4 kg in plaats van 5) één jaar na het stoppen. In deze studie werd bupropion gedurende bijna één jaar toegediend (Hays, 2001). Een derde studie toont geen significant verschil op twaalf weken tussen de combinatie van nicotinekauwgom met een dieet en nicotinekauwgom alleen (Danielsson, 1999).

- Martinet Y, Bohadana A. Le tabagisme, de la prévention au sevrage. Issy les Moulineaux: Masson, 2001.
- Hurt R, Sachs D, Glover E, et al. A comparison of sustained release bupropion and placebo for smoking cessation. *N Engl J Med* 1997;337:1195-202.
- Hays J, Hurt R, Rigotti N, et al. Sustained release bupropion for pharmacologic relapse prevention after smoking cessation. A randomised controlled trial. *Ann Intern Med* 2001;135:423-33.
- Danielsson T, Rössner S, Westin A. open randomised trial of intermittent very low energy diet together with nicotine gum for stopping smoking in women who gained weight in previous attempts to quit. *BMJ* 1999;319:490-4.

84 • Lagrue G. Tabagisme et dépression, intérêt d'un test de dépistage, le HAD. *Le tabagisme au quotidien* 1992:190-2.

85 • Fiore MC, Bailey WC. The Tobacco Use and Dependence Clinical Practice Guideline Panel, Staff, and Consortium Representatives. A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence. A US Public Health Service Report. *JAMA* 2000;283:3244-54.

- Fiore MC, Bailey WC. Clinical practice guideline. Treating tobacco use and dependence. US Department of Health and Human services, 2000.
- Lagrue G, Dupont P. Sevrage tabagique: comment prévenir les rechutes? *Rev Prat* 2003;17:1701-4.
- Dupont P. Préparation à l'arrêt du tabac: les 5 étapes. *Rev Prat* 2003;17:1681-2.

Surgeon General Report⁸⁶ dat er voldoende bewijs is voor het bestaan van een oorzakelijk verband tussen roken en:

- kanker (blaaskanker, baarmoederhalskanker, slokdarmkanker, nierkanker en kanker van de urinewegen, larynxkanker, acute myeloïde leukemie, longkanker, farynxkanker en mondkanker, pancreaskanker, maagkanker);
- cardiovasculaire aandoeningen (aneurysma van de abdominale aorta, atherosclerose, CVA, coronaire ziekte),
- longaandoeningen (COPD, acute luchtweginfecties en longontsteking);
- effecten op het voortplantingsstelsel (verminderde vruchtbaarheid bij de vrouw, vroegtijdig scheuren van de vliezen, placenta previa, placentascheuring, vroegtijdige bevalling en mannelijke impotentie);
- cataract;
- halsfractuur;
- zwakke botdensiteit.

Zeer belangrijke epidemiologische studies* hebben een significante stijging aangetoond van de morbiditeit en

mortaliteit verbonden aan roken. Eén roker op twee sterft aan een pathologie die te maken heeft met roken, en dit gemiddeld veertien jaar vóór niet-rokers. Iedere gerookte sigaret kost de roker gemiddeld tien minuten van zijn leven. Cardiovasculaire aandoeningen, COPD en longkanker zijn de voornaamste oorzaken van overmortaliteit verbonden aan roken.

*** Interventiestudies zijn hier ethisch niet verantwoord**

Risico voor de passieve roker

Wanneer een moeder tijdens de zwangerschap rookt, vertraagt het groeiproces van de foetus, neemt de kans op verwikkelingen toe bij de geboorte, is er meer perinatale sterfte en hebben de baby's een beperkt geboortegewicht. Wiegendood, aantal episodes van bronchitis, longontsteking, astmaexacerbaties, middenoorontsteking met effusie komen meer voor bij kinderen die blootgesteld zijn aan passief roken⁸⁷. Longaandoeningen, cardiovasculaire aandoeningen en totale mortaliteit zijn toegenomen bij de volwassenen die blootgesteld is aan passief roken⁸⁸. Deze punten worden verder besproken in voetnoot⁸⁹.

86 • The health consequences of smoking: a report of the surgeon general. US Department of Health and Human Services, 2004. http://www.cdc.gov/tobacco/sgr/sgr_2004/index.htm

87 • The health consequences of smoking: a report of the surgeon general. US Department of Health and Human Services, 2004. http://www.cdc.gov/tobacco/sgr/sgr_2004/index.htm
• WHO 2004. <http://www.who.int/tobacco/resources/links/en/>

88 • Hackshaw A, Law R, Wald N. The accumulated evidence on lung cancer and environmental tobacco smoke. *BMJ* 1997;315:980-8.
• Panagiotakos D, Chrysohoou C, Pitsavos C, et al. The association between secondhand smoke and the risk of developing acute coronary syndromes, among non-smokers, under the presence of several cardiovascular risk factors: the CARDIO 2000 case control study. *BMC Public Health* 2002;2:9-14.
• Leuenberger P, Schwartz J, Ackerman-Lieblich U, et al. Passive smoking exposure in adults and chronic respiratory symptoms (SAPALDIA Study). Swiss study on air pollution in lung disease in adults, SAPALDIA Team. *Am J Respir Crit Care Med* 1994;150:1222-8.
• He J, Vupputuri S, Allen K, et al. Passive smoking and the risk of coronary heart disease. A meta-analysis of epidemiologic studies. *N Engl J Med* 1999;340:920-6.
• Law M, Tang J. An analysis of the effectiveness of interventions intended to help people stop smoking. *Arch Intern Med* 1995;155:1933-41.
• Anderson C, Feigin V, Bennett D. Active and passive smoking and the risk of sub arachnoid hemorrhage. An international population based case-control study. *Stroke* 2004;35:633.
• Bonita R, Duncan J, Trelsen T, et al. Passive smoking as well as active smoking increases the risk of acute stroke. *Tob Control* 1999;8:156-60.
• Pitsavos C, Panagiotakos D, Chrysohoou C, et al. Association between exposure to environmental tobacco smoke and the development of acute coronary syndromes: the CARDIO 2000 case control study. *Tob Control* 2002;11:220-5.
• Copas J, Shi J. Reanalysis of epidemiological evidence on lung cancer and passive smoking. *BMJ* 2000;320:417-8.
• Hill S, Blekely T, Kawachi I, et al. Mortality among "never smokers" living with smokers: two cohort studies, 1981-4 and 1996-9. *BMJ* 2004;328:988-9.
• Dezateux C, Stocks J, Dundas I, Fletcher M. Impaired airway function and wheezing in infancy. The influence of maternal smoking and a genetic predisposition to asthma. *Am J Respir Crit Care Med* 1999;159:403-10.
• Upton M, Smith G, Mc Connachie A, et al. Maternal and personal cigarette smoking synergize to increase airflow limitation in adults. *Am J Respir Crit Care Med* 2004;164:479-87.
• Sawnani H, Jackson T, Murphy T, et al. The effect of maternal smoking on respiratory and arousal patterns in preterm infants during sleep. *Am J Respir Crit Care Med* 2004;169:733-8.

89 Over de effecten van passief roken waren wetenschappers lange tijd zeer verdeeld. Gepubliceerde studies kwamen tot verschillende besluiten. Blootstelling aan passief roken is moeilijk te evalueren tijdens de lange periode waarin zich pathologieën ontwikkelen, zowel voor blootgestelde groepen als voor niet-blootgestelde groepen (die in het verleden misschien wel werden blootgesteld). Dit maakt onderzoek naar het oorzakelijke verband moeilijk. Een literatuuronderzoek heeft aangetoond dat de besluiten van de verschillende studies over passief roken zeer sterk afhankelijk waren van de banden van de auteurs met de tabaksindustrie.

• Barnes DE, Bero LA. Why review articles on the health effects of passive smoking reach different conclusions. *JAMA* 1998;279:1566-70.

In 2003 heeft een nieuwe publicatie de schadelijkheid van passief roken opnieuw in vraag gesteld. De studie bevestigt niet dat er een oorzakelijk verband bestaat tussen de rookomgeving (gedefinieerd als de aanwezigheid van één rokende partner thuis) en de mortaliteit, maar sluit evenmin uit dat er een effect bestaat op de morbiditeit (longkanker en COPD).

• Enstrom J, Kabat G. Environmental tobacco smoke and tobacco related mortality in prospective study of Californians, 1960-98. *BMJ* 2003;326:1057-67.

(Vervolg voetnoot op volgende blz.)

Ondanks het zwakke relatieve risico in vergelijking met actief roken, is de impact van passief roken op de totale mortaliteit groot. Volgens de WGO is het verminderen van roken in gebouwen een prioritaire doelstelling voor de volksgezondheid ⁹⁰.

Epidemiologische studies hebben aangetoond dat bij een niet-roker blootgesteld aan passief roken het morbiditeit- en mortaliteitsrisico toeneemt. Kinderen zijn hier zeker zeer gevoelig aan zowel tijdens als na de zwangerschap.

Voordelen van rookstop

Stoppen met roken is de enige doeltreffende interventie voor de gezondheid van rokers. Het heeft veel voordelen op korte termijn, omdat het de cardiovasculaire risico's onmiddellijk vermindert ⁹¹. In geval van COPD is rookstop de enige behandeling die de evolutie van de ziekte beïnvloedt, en dit vanaf het eerste jaar ⁹². Op lange termijn beperkt rookstop het risico op alle ziekten verbonden aan roken (zie ook bijlage 8) ^{93,94}.

Stoppen met roken vóór de leeftijd van 35 jaar werkt bij

(Vervolg voetnoot 89)

In 2004 publiceert Hill een studie die aantoont dat er een toename is van de mortaliteit bij niet-rokers die blootgesteld zijn aan tabaksrook.

- Hill S, Blekely T, Kawachi I, et al. Mortality among "never smokers" living with smokers: two cohort studies, 1981-4 and 1996-9. *BMJ* 2004;328:988-9.

De toename van het risico is afhankelijk van de duur en de ernst van de blootstelling. De bepaling van het cotininegehalte (in urine of plasma) bij een niet-roker die aan passief roken is blootgesteld, is de enige marker om blootstelling aan passief roken te meten (zie ook volgende voetnoot).

- Woodward M, Tunstall-Pedoe H, Smith W, et al. Smoking characteristics and inhalation biochemistry in the Scottish population. *J Clin Epidemiol* 1991;44:1405-10.
- Jarvis M, Feyerabend C, Bryant A, et al. Passive smoking in the home: plasma cotinine concentrations in non-smokers with smoking partners. *Tob Control* 2001;10:368-74.

Kinderen worden erg blootgesteld, vooral als beide ouders roken.

	Nicotine in huis (mg/m ³)	Plasmacotinine bij het blootgestelde kind (ng/ml)
Twee ouders roken niet	0,15	0,29
Vader rookt	2,50	1,17
Moeder rookt	5,50	2,20
Twee ouders roken	12,10	4,10

- Smoke free workplaces: improving the health and wellbeing of people at work. European status report. European Network for Smoking Prevention (ENSP), 2001.

De hoeveelheid plasmacotinine bij het kind stijgt met de hoeveelheid nicotine in de lucht thuis. Als alleen de moeder rookt, is de blootstelling groter dan wanneer alleen de vader rookt. De blootstelling is nog groter als beide ouders roken (meer dan de som van beiden apart). De enige maatregel die helpt om het cotininegehalte te doen dalen (in plasma of urine) bij het kind van rokende ouders, is het totale rookverbod in huis. Andere maatregelen (roken verminderen, in een andere kamer roken, verluchten...) beïnvloeden dit gehalte niet.

- Blackburn C, Spencer N, Bonas S, et al. Effect of strategies to reduce exposure in infants to environmental tobacco smoke in the home: cross sectional survey. *BMJ* 2003;327:257-61.

90 • WHO 2004. <http://www.who.int/tobacco/resources/links/en/>

91 • Lightwood J, Glantz S. Short-term economic and health benefits of smoking cessation. Myocardial infarction and stroke. *Circulation* 1997;96:1089-96.

92 • Scanlon P, Connett J, Waller L, et al. Smoking cessation and lung function in mild to moderate chronic obstructive pulmonary disease. The Lung Health Study. *Am J Respir Crit Care Med* 2000;161:381-90.

• Anthonisen N, Connett J, Muttay R, for the Lung Health Study Group. Smoking and lung function of lung health study participants after 11 years. *Am J Respir Crit Care Med* 2002;166:675-9.

93 • Van den Bruel A, Cleemput I, Van Linden A, et al. Effectiviteit en kosten-effectiviteit van behandelingen voor rookstop. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE);2004 juni. KCE Reports Vol. IA. Ref. PF04-26.02A.

94 • Fletcher C, Peto R. The natural history of chronic airflow obstruction. *Br Med J* 1977;1:1645-8.

• Poole P, Doerr H, Wellingham J. COPD Booklet Guidelines to best practice for management of stable COPD. The COPD Board, Northern Region, Guidelines development group, 1999.

De 'Lung Health Study' heeft uitgewezen dat de longfunctie verbetert (winst van 47 ml FEV1) bij COPD gedurende het jaar na de rookstop. Deze winst is er ook bij ernstig roken, op gevorderde leeftijd, bij slechte longfunctie of hyperreactiviteit van de bronchiën. In het eerste jaar is de winst op vlak van longfunctie verdubbeld (winst van het stoppen + verminderd risico want ex-roker) bij rokers die stoppen ten opzichte van rokers die verder blijven roken. De longfunctie van ex-rokers gaat even snel achteruit dan die van niet-rokers (31 ml per jaar) terwijl die van rokers met gemiddeld 62 ml per jaar achteruit gaat. Dit verschil neemt toe in de loop der jaren. Rokers die hervallen zijn na rookstop, behouden de winst die ze hebben verworven tijdens de rookstopperiode.

• Scanlon P, Connett J, Waller L, et al. Smoking cessation and lung function in mild to moderate chronic obstructive pulmonary disease. The Lung Health Study. *Am J Respir Crit Care Med* 2000;161:381-90.

• Anthonisen N, Connett J, Muttay R, for the Lung Health Study Group. Smoking and lung function of lung health study participants after 11 years. *Am J Respir Crit Care Med* 2002;166:675-9.

Een studie heeft aangetoond dat preoperatieve rookstop (zes à acht weken voor een heupprothese of knieprothese) het risico op postoperatieve verwikkelingen verminderde bij ex-rokers ten opzichte van blijvende rokers. Deze systematische literatuurstudie laat ons echter niet toe een winst te duiden voor alle chirurgische ingrepen.

• Moller A, Villebro N, Pedersen T. Effect of preoperative smoking intervention on postoperative complications: a randomised clinical trial. *Lancet* 2002;359:114-7.

• Moller A, Villebro N, Pedersen T. Interventions of preoperative smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2005;(3):CD002294.

na alle gevolgen van roken op de gezondheid weg. Rookstop op 60, 50, 40 of 30 jaar verlengt de levensverwachting met respectievelijk drie, zes, negen of tien jaar. Een studie van Britse artsen heeft aangetoond dat bij rookstop na 65 jaar de levensverwachting nog zou verhogen ⁹⁵.

Observationele studies hebben uitgewezen dat stoppen met roken de mortaliteit en de risico's op ziekten als gevolg van het roken, zelfs bij zware rokers en na 65 jaar, beperkt. Hoe jonger men stopt, hoe groter de winst.

Beperkte voordelen van rookvermindering

AANTAL SIGARETTEN PER DAG VERMINDEREN

Het mortaliteitsrisico van lichte rokers is kleiner dan die van zware rokers (>15 sigaretten per dag). Nochtans heeft een roker die zijn dagelijkse sigarettengebruik beperkt, geen verminderd risico op myocardinfarct, longpathologieën en mortaliteit ⁹⁶.

TEER- EN NICOTINEARME SIGARETTEN ROKEN

Een cohortstudie (364 239 mannen en 576 535 vrouwen) heeft uitgewezen dat het percentage longkankers verbonden aan het roken van teer- en nicotinearme sigaretten (lichte of zeer lichte sigaretten) vergelijkbaar is met dat van roken van sigaretten met conventionele filters. Het percentage longkankers is hoger met sigaretten zonder filter ⁹⁷. Dit is een belangrijk argument voor totale rookstop. Het roken van teer- en nicotinearme sigaretten kan in dit opzicht beschouwd worden als een overgangsfase ⁹⁸.

OVERSCHAKELLEN VAN SIGARETTEN OP PIJP OF SIGAAR

Rokers die twintig jaar eerder hun sigaretten hebben ingeruild voor pijp of sigaren, hebben een geringer mortali-

teitsrisico voor longkanker, ischemisch hartlijden of COPD dan rokers die sigaretten zijn blijven roken. Dit risico blijft echter veel groter dan voor personen die twintig jaar eerder zijn gestopt met roken ⁹⁹.

Het aantal sigaretten per dag beperken of lichte sigaretten roken, vermindert nauwelijks het risico verbonden aan de blootstelling van rook.

Waarom de huisarts?

De huisarts is steeds bereikbaar, ongeacht de leeftijd, sociale klasse of ethniciteit van zijn patiënten. De grote gezondheidsenquête wees uit dat 94 % van de bevolking een behandelende arts heeft en dat minstens 81 % hem in het jaar daarvoor heeft geraadpleegd ¹⁰⁰. De huisarts bereikt dus een meerderheid van alle rokers in ons land.

De patiënt doen stoppen met roken is het beste wat de arts kan doen om diens gezondheid op korte en lange termijn te verbeteren ¹⁰¹. De huisarts kan de roker benaderen zelfs vóór hij lijdt aan een pathologie die het gevolg is van zijn rookgedrag. Idealiter stopt de roker voor zijn 35ste levensjaar, maar zelfs bij rookstop na 65 jaar zijn de voordelen reëel.

Tussen de huisarts en zijn patiënten ontstaat er in de loop der jaren een vertrouwensband. Dit laat de huisarts toe een op empathie steunende motivationele interventie en rookstopadvies op maat te geven, hetgeen een belangrijke invloed heeft op het rookstoppercentage. De tijd die de huisarts hieraan besteedt, varieert van minder dan twee minuten (rookstatus nagaan en rookstopadvies op maat) tot ongeveer tien minuten in twee contacten (minimale interventie). De roker heeft vertrouwen in zijn huisarts en verwacht dat hij hem de beste oplossing voorstelt voor zijn gezondheid.

-
- 95 • Doll R, Peto R, Boreham J, et al. Mortality in relation to smoking: 50 Years' observations on male British doctors. *BMJ* 2004;328:1519-27.
- 96 • Godtfredsen N, Holst C, Prescott E, et al. Smoking reduction, smoking cessation, and mortality: A 16 year Follow-up of 19.732 men and women from the Copenhagen centre for prospective population studies. *Am J Epidemiol* 2002;156:994-1001.
- Godtfredsen N, Osler M, Vestbo J, et al. Smoking reduction, smoking cessation, and incidence of fatal and non-fatal myocardial infarction in Denmark 1976-1998: a pooled cohort study. *J Epidemiol Community Health* 2003;57:412-6.
- 97 • Harris J, Thun M, Mondul A, et al. Cigarette tar yields in relation to mortality from lung cancer in the cancer prevention study II prospective cohort, 1982-8. *BMJ* 2004;328:72-9.
- 98 • Wennicke T, Danielsson T, Landfeldt B, et al. Smoking reduction promotes cessation: a placebo controlled trial. *Addiction* 2003;98:1395-402.
- Falba T, et al Reduction of quantity smoked predicts future cessation among older smokers. *Addiction* 2004;99:93-102.
- 99 • Wald N, Watt H. Prospective study of effect of switching from cigarettes to pipes or cigars on mortality from three smoking related diseases. *BMJ* 1997; 314:1860.
- Baker F, Ainsworth S, Dye J. Health risks associated with cigar smoking. *JAMA* 2000;284:735-40.
- 100 • Gezondheidsenquête in België door Interview. Brussel: Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, 2001. www.iph.fgov.be
- 101 • Van den Bruel A, Cleemput I, Van Linden A, et al. Effectiviteit en kosten-effectiviteit van behandelingen voor rookstop. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE);2004 juni. KCE Reports Vol. IA. Ref. PF04-26.02A.
-

De resultaten van rookstop zijn sterk verbeterd sinds de introductie van de gedragsmatige aanpak en de medicamenteuze behandeling, gaande van 3 à 4 % stoppers zonder begeleiding tot 17 % stoppers met een begeleiding zoals voorgesteld in deze aanbeveling.

Rookstopbegeleiding vereist consulten die enkel gefocust zijn op deze problematiek. Het is dan ook raadzaam dat de huisarts hiervoor specifieke afspraken of consultaties voorstelt.

Hervalmomenten betekenen nog geen mislukking, noch voor de roker, noch voor de arts. Ze maken integraal deel uit van het lange proces van rookstop. Analyse van deze hervalmomenten laat toe de slaagkansen van een volgende rookstop poging te verhogen.

De huisarts die dat wil kan zijn patiënt-roker verwijzen naar referenten, die hij kan kiezen in functie van de locatie, bekwaamheden en/of wederzijds collegiaal respect.

Als we de gezondheidswinst van de patiënt (morbiditeit en mortaliteit), de kostprijs (patiënt en maatschappij) en de tijd die de arts hieraan besteedt in overweging nemen, is de rookstopinterventie één van de meest doeltreffende acties in de klinische praktijk ¹⁰².

Door zijn laagdrempeligheid, langdurige contact met zijn patiënt, zijn bekwaamheid en kennis van verwijsmogelijkheden is de huisarts de vertrouwenspersoon bij uitstek om de roker te motiveren om te stoppen met roken. De gezondheid van zijn patiënt zal er zowel op korte als op lange termijn opmerkelijk op vooruitgaan.

Totstandkoming

Algemeen

Overall ter wereld worden aanbevelingen of richtlijnen (guidelines) ontwikkeld. Deze zijn erop gericht de kwaliteit van zorgen te bevorderen, onnodige, ondoeltreffende of schadelijke interventies te beperken, behandelingen te ver-

beteren met de beste winst en het minste risico op schade, en dit alles voor een aanvaardbare kost.

Recente studies hebben aangetoond dat de implementatie van richtlijnen de gezondheid van patiënten kan verbeteren. Ze zijn nochtans slechts één van de elementen die bijdragen tot een goede medische beslissing. Dergelijke beslissing moet tegelijk rekening houden met de voorkeuren en waarden van de patiënt, de voorkeuren en waarden van medici en met de beschikbare financiële middelen.

Een aanbeveling of guideline stelt een beleidslijn voor die ofwel gebaseerd is op langdurige gerandomiseerde studies waaraan een wetenschappelijk niveau van bewijskracht is toegekend (evidence-based medicine), ofwel op een sterke consensus binnen de beroepsgroep. Iedere aanbeveling stoelt op de beste wetenschappelijke evidentie voorhanden op het moment van haar ontwikkeling.

Literatuuronderzoek

Deze aanbeveling voor goede medische praktijkvoering is gebaseerd op de aanbeveling 'Stoppen met roken' van Jean-Pierre Hoengenaert, gepubliceerd door de voormalige Wetenschappelijke Vereniging van Vlaamse Huisartsen, nu Domus Medica, in 2001. De vertaling van de Vlaamse aanbeveling 'Stoppen met roken' gebeurde door dr. Michel Deslagmulder, huisarts te Sart-Dame-Avelines.

Jeannine Gailly, huisarts te Montignies-sur-Sambre, is de auteur van deze aanbeveling en verrichtte via de databanken van PubMed, Clinical Evidence en Cochrane Library een systematisch literatuuronderzoek naar meta-analyses, systematische reviews, RCT's (Randomised Controlled Trial) en guidelines, met de trefwoorden (alleen of gecombineerd met andere): smoking, cessation, passive, nicotine replacement therapy, antidepressive, counsel(l)ing, advice, behavioral, family practice. Alle internationale consensussen en guidelines die de laatste jaren zijn verschenen, werden geraadpleegd ¹⁰³. De literatuurzoektocht werd afgerond op 30 april 2004. De documenten werden gese-

102 • Van den Bruel A, Cleemput I, Van Linden A, et al. Effectiviteit en kosten-effectiviteit van behandelingen voor rookstop. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE); 2004 juni. KCE Reports Vol. IA. Ref. PF04-26.02A.

• Lightwood J, Glantz S. Short-term economic and health benefits of smoking cessation. Myocardial infarction and stroke. *Circulation* 1997;96:1089-96.
• Parrot S, Godfrey C. ABC of smoking cessation. Economics of smoking cessation. *BMJ* 2004;328:947-9.

103 • Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES). Conférence de consensus. Arrêt de la consommation du tabac; Recommandations. 1999.

• La prévention et l'abandon du tabagisme. Lignes directrices. Collège des Médecins du Québec, 1999.
• Fiore MC, Bailey WC. Clinical practice guideline. Treating tobacco use and dependence. US Department of Health and Human Services, 2000.
• West R, McNeill A, Raw M. Smoking cessation guidelines for health professionals: an update. Health Education Authority. *Thorax* 2000;55:987-99.
• Guidance on the use of nicotine replacement therapy (NRT) and bupropion for smoking cessation. Technology appraisal guidance N° 39. National Institute for Clinical Excellence, 2002. www.nice.org.uk
• Guidelines for smoking cessation. New Zealand Guidelines Group. Update 2002. http://www.nzgg.org.nz/library/gl_complete/smoking
• Health care guideline. Tobacco use prevention and cessation for adults and mature adolescents. Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI), 2003. <http://www.icsi.org>

Kernboodschappen

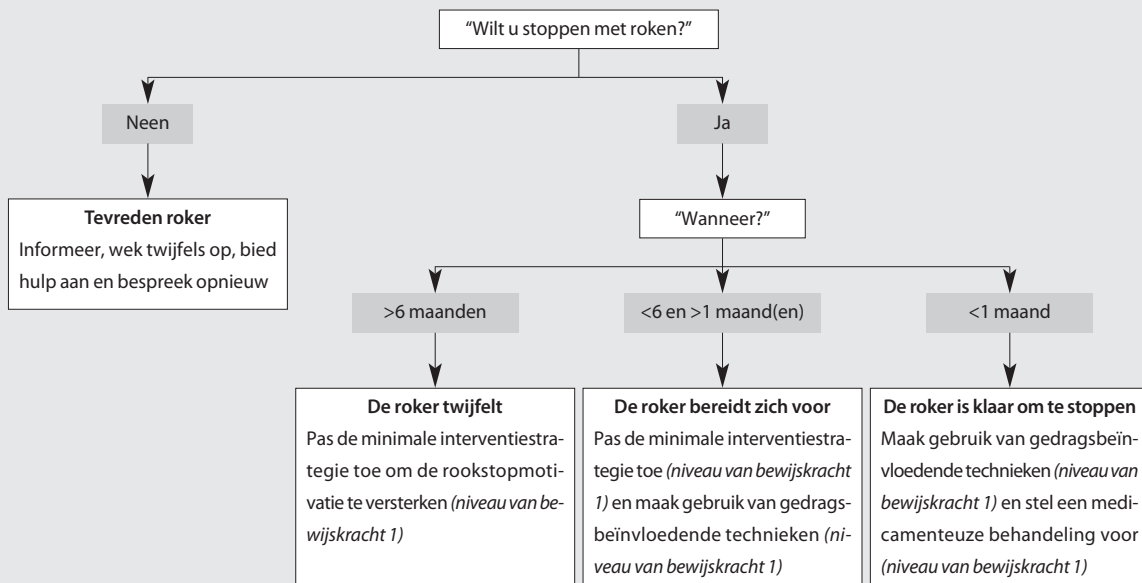
Doelgroep: alle patiënten

Identificeer het rookgedrag van de patiënt en noteer deze in het dossier (To Ask, *niveau van bewijskracht 2*): "Rookt u?"

Doelgroep: alle rokers

1 Geef duidelijk *rookstopadvies* op maat van de patiënt. De relatie met de roker is bij voorkeur empathisch en niet-confronterend (To Advise, *niveau van bewijskracht 1*): "Ik raad u aan te stoppen met roken. Ik kan u daarbij helpen."

2 Peil naar de rookstopmotivatie van de patiënt (To Assess, *niveau van bewijskracht 3*) en versterk deze eventueel via een minimale interventie (*niveau van bewijskracht 1*): "Wilt u stoppen met roken?"



Doelgroep: alle rokers die willen stoppen met roken

Begeleid de roker en bied hem farmacologische hulp aan om te stoppen met roken (To Assist, *niveau van bewijskracht 1*).

1 Begeleid de persoon die wil stoppen met roken (*niveau van bewijskracht 1*)

- Help de patiënt om zijn rookstopplan op te stellen: keuze rookstopdatum door roker (idealiter binnen de twee weken na het rookstopconsult), plan om de omgeving in te lichten, identificatie van mogelijke valkuilen en oplossingen hiervoor en implementatie van een rookvrije omgeving.
- Maak gebruik van gedragsbeïnvloedende en cognitieve methoden (hulp bij probleemoplossing, copingmechanismen bevorderen om het hoofd te bieden aan verwachte moeilijkheden en 'triggers' die roken in de hand werken). Dit zijn de meest doeltreffende begeleidingsmethoden (*niveau van bewijskracht 1*).

2 Bied een medicamenteuze ondersteuning aan (*niveau van bewijskracht 1*)

- Alle vormen van nicotinesubstitutie bevorderen het rookstoppercentage en zijn een eerste keuze in de behandeling van rookstop (*niveau van bewijskracht 1*). Ze worden aanbevolen bij alle nicotineafhankelijke rokers die gemotiveerd en klaar zijn om te stoppen met roken.
- Bupropion is bewezen doeltreffend bij rookstop (*niveau van bewijskracht 1*). Voor de arts bupropion voorschrijft, maakt hij best een individuele winst-en-risicobalans op. Deze behandeling wordt overwogen bij falen van een goed ingestelde en goed gedoseerde nicotinesubstitutiebehandeling.
- Nortriptyline kan een interessante molecule zijn bij rookstop.

- De combinatie van meerdere nicotinesubstitutiepreparaten is voorwerp van discussie. Een combinatietherapie wordt overwogen bij rokers die geen baat hebben bij één enkel nicotinesubstitutiepreparaat.
- De combinatie van bupropion met andere nicotinesubstitutiepreparaten heeft tot dusver geen meerwaarde kunnen aantonen ten opzichte van het gebruik van bupropion alleen.

Doelgroep: gestopte rokers

- De begeleiding moet verder reiken dan het rookstopmoment. Het risico op herval is zeer groot in de loop van het eerste jaar (To Assure follow-up).
- Samen met de ex-roker wordt een follow-upplan opgesteld. Een vervolggconsult in de week na de start van de rookstop en een volgende consult binnen de maand, zijn aanbevolen. Ook nadien is follow-up nodig.
- De mogelijke methoden zijn: beoordeling van de onthoudingstatus of van herval; evaluatie en ondersteuning van de motivatie; opsporing van fysieke, psychologische en gedragsmatige problemen en bijsturing van de medicamenteuze behandeling (*niveau van bewijskracht 3*).
- Herval maakt deel uit van het lange rookstopproces. Een hervalanalyse laat toe de slaagkans van een volgende poging te bevorderen.

De huisarts kan zijn patiënt-roker doorverwijzen naar een specialistisch centrum. Hij kan zich hiervoor wenden tot de VRGT, Eendrachtstraat 56, 1050 Brussel (tel. 02 510 60 90)

Niveaus van bewijskracht

De beslissing om een aanbeveling te formuleren gebeurt op basis van het niveau van bewijskracht, en houdt eveneens rekening met de aanvaardbaarheid in de algemene geneeskunde, de verwachte voordelen en mogelijke neveneffecten. Een aanbeveling kan de huisarts aanzetten om bepaalde praktijkhandelingen waarvan de doeltreffendheid niet wetenschappelijk is aangetoond, in vraag te stellen. Een nieuwe reflectie is steeds een bron van verrijking. In deze aanbeveling worden drie niveaus van bewijskracht gehanteerd *, in aflopende volgorde van belangrijkheid:

Niveau 1

Voor niveau 1 is de voorwaarde dat er minstens twee onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van goede kwaliteit zijn met gelijklopende resultaten: RCT, onafhankelijke blinde vergelijking van diagnostische test met referentietest of prospectief cohortonderzoek. Ook systematische reviews of meta-analyses van dit soort onderzoek met een hoge consistentiegraad zijn voldoende om dit niveau van bewijskracht te halen.

Niveau 2

Voor niveau 2 is de voorwaarde dat er minstens twee onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van matige kwaliteit zijn met gelijklopende resultaten: RCT, onafhankelijke blinde vergelijking van diagnostische test met referentietest, retrospectief cohortonderzoek of patiëntcontroleonderzoek. Ook systematische reviews of meta-analyses van dit soort onderzoek met een hoge consistentiegraad zijn voldoende om dit niveau van bewijskracht te halen.

Niveau 3

Men kent niveau 3 toe als vergelijkend onderzoek (RCT's) van goede kwaliteit ontbreekt of als de uitkomsten van RCT's en meta-analyses tegenstrijdig zijn. Tot dit niveau behoren ook de expertopinions en consensus binnen de auteursgroep.

* Om de uniformiteit met de reeds gepubliceerde aanbevelingen van Domus Medica (voorheen WVVH) te garanderen, werden de lettercodes A, B en C van SSMG vervangen door de cijfercodes 1, 2 en 3. De definitie van de niveaus zijn dezelfde (zie ook Van Royen P. Niveaus van bewijskracht. Levels of evidence. *Huisarts Nu* 2002;31:54-7).

lecteerd in functie van hun klinische relevantie en na vergelijking met artikels geselecteerd in richtlijnen of op EBM-sites. Sommige artikels van minder goede methodologische kwaliteit werden toch behouden omdat ze een licht werpen op enkele specifieke punten, maar dienden niet om de niveaus van bewijskracht te bepalen. Deze selectie van artikels werd ten slotte vergeleken met de literatuurzoektocht over hetzelfde onderwerp die het Federaal Kenniscentrum verrichtte in 2004¹⁰⁴.

Toetsingen en validatie

Na lezing van alle grote gerandomiseerde en gecontroleerde studies, meta-analyses en verschillende consensussen over het onderwerp, werd een eerste aanbevelingstekst samengesteld, die aan experts (zowel huisartsen als specialisten) werd voorgelegd. De experts waren: professor Pierre Bartsch van de Universiteit van Luik en professor Jacques Prignot, prof. em. van de Université Catholique de Louvain. Zij lazen de tussentijdse versie van de tekst, stelden bijkomende artikels uit de literatuur voor, formuleerden commentaren en vroegen aanpassingen.

De herwerkte aanbeveling werd nadien in LOK-groepen getoetst op haar aanvaardbaarheid en haalbaarheid. Volgende huisartsen toetsten de aanbeveling in de regio's Mettet en Charleroi: dr. François Baivier, dr. Nathalie Bollu, dr. Rita Dave, dr. Jean-Jacques Debois, dr. Vincent Degrez, dr. Jean Denis, dr. Pierre Derenne, dr. Pierre-Yves Demuyne, dr. Claire Dumortier, dr. Chantal Evrard, dr. Isabelle Henry, dr. Charles Hubeaux, dr. Eric Hufkens, dr. Claire Hupin, dr. Jean Hupin, dr. Patrick Jadoulle, dr. Philippe Lutte, dr. Sofie Merckx, dr. Agnès Montel, dr. Guy Nysten, dr. Bruno Ruysen, dr. Thierry Vander Schueren en dr. Anne Yernaux. Zij leverden commentaar op de werkbaarheid van de rookstopstrategie in de praktijk. Sommige huisartsen maakten

eveneens schriftelijke opmerkingen op de aanbevelingstekst. De aanbevelingstekst werd aangepast en uiteindelijk ingediend bij het 'Centre for the Evidence-Based Medicine' (CEBAM). Een diepgaande discussie werd gevoerd met Luc Bonneux en An Van den Bruel van CEBAM. Enkele correcties werden nog aangebracht.

Ook niet-gezondheidswerkers hebben kennis genomen van de inhoud van de aanbeveling, onder wie Xavier Lera y Gonzalez en Stefaan Van De Sande. Hun opmerkingen werden eveneens geïntegreerd.

Een herziening van deze aanbeveling is voorzien binnen vier jaar.

Deze aanbeveling is gerealiseerd dankzij de steun van de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de voedselketen en Leefmilieu. De auteurs van deze aanbeveling hebben geen melding gemaakt van belangenconflict.

De leden van de werkgroep aanbevelingen van de Société Scientifique de Médecine Générale (SSMG) die deze aanbeveling heeft gevalideerd zijn: dr. Geneviève Bruwier, dr. Pierre Chevalier, dr. Daniel Duray, dr. Bob Gerard, dr. Yves Gueuning, dr. Dominique Paulus, dr. Bruno Timmermans, dr. Michel Vanhalewyn en dr. Anne Vanwelde, met de medewerking van dr. Jean-Pierre Hoengenaert, auteur van de Vlaamse aanbeveling 'Stoppen met roken'.

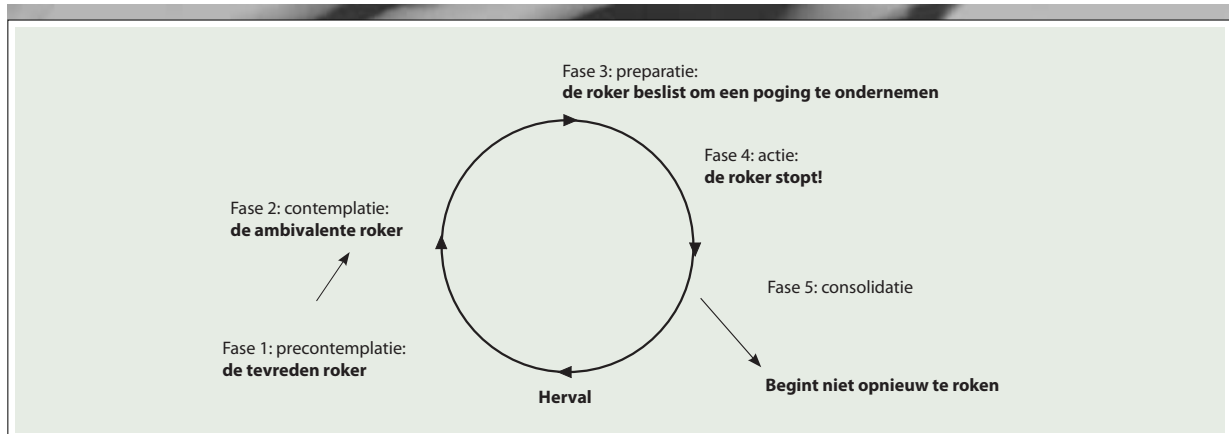
Vlaamse versie

In het kader van de herziening van de Vlaamse aanbeveling 'Stoppen met roken' werd geopteerd om de 'Recommandation de Bonne Pratique: Arrêter de fumer' van de Société Scientifique de Médecine Générale (SSMG) te vertalen in het Nederlands. De vertaling werd gevalideerd door Nathalie Van de Vyver, Frans Govaerts, Gabie Thijs, huisartsen verbonden aan de afdeling Preventie van Domus Medica vzw.

104 • Van den Bruel A, Cleemput I, Van Linden A, et al. Effectiviteit en kosten-effectiviteit van behandelingen voor rookstop. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE);2004 juni. KCE Reports Vol. IA. Ref. PF04-26.02A.

Bijlage 1

Het transtheoretisch model van Prochaska en Di Clemente



Literatuur

- Prochaska JO, Di Clemente CC. Stages and processes of self-change of smoking : toward an integrative model of change. *J Consult Clin Psychol* 1983;51:390-5.

Bijlage 2

De test van Fagerström

1. Hoelang na het ontwaken rookt u uw eerste sigaret?	
< 5 min	3 punten
6 à 30 min	2 punten
31 à 60 min	1 punt
> 60 min	0 punten
2. Kunt u zich gemakkelijk onthouden van roken op plaatsen waar dit verboden is?	
ja	0 punten
neen	1 punt
3. Welke sigaret zou u het moeilijkste kunnen missen?	
de eerste	1 punt
eender welke andere	0 punten
4. Hoeveel sigaretten rookt u per dag?	
> 31	3 punten
21 tot 30	2 punten
11 tot 20	1 punt
≤ 10	0 punten
5. Rookt u meer het eerste uur na het ontwaken dan de rest van de dag?	
ja	1 punt
neen	0 punten
6. Rookt u als u zo ziek bent dat u overdag het bed moet houden?	
ja	1 punt
neen	0 punten

Score > 8: sterke afhankelijkheid

Score 4 tot 7: lichte afhankelijkheid

Score < 4: geen afhankelijkheid

Literatuur

- Fagerström K. Measuring degree of physical dependence to tobacco smoking with reference to individualization of treatment. *Addictive Behaviors* 1978;3:235-41.

Bijlage 3

Q-Mat-schaal om de rookstopmotivatie te evalueren (niveau van bewijskracht 2)

Denkt u binnen zes maanden	nog te zullen roken?	0 punten
	uw sigarettenverbruik al te hebben verminderd?	2 punten
	uw sigarettenverbruik al sterk te hebben verminderd?	4 punten
	te zijn gestopt met roken?	8 punten
Hebt u momenteel zin om te roken?	Helemaal niet	0 punten
	Een beetje	1 punt
	Veel	2 punten
	Ongelofelijk veel	3 punten
Denkt u binnen vier weken	nog te zullen roken?	0 punten
	uw sigarettenverbruik al te hebben verminderd?	2 punten
	uw sigarettenverbruik al sterk te hebben verminderd?	4 punten
	te zijn gestopt met roken?	6 punten
Komt het soms voor dat u niet tevreden bent dat u rookt?	Nooit	0 punten
	Soms	1 punt
	Dikwijls	2 punten
	Zeer dikwijls	3 punten

Interpretatie van de resultaten:

≤ 6 punten: onvoldoende motivatie

7 tot 12 punten: gemiddelde motivatie

12 punten: goede tot zeer goede motivatie

Literatuur

- Lagrue P, Legeron P, Azoulay G, et al. Elaboration d'un test permettant d'évaluer la motivation à l'arrêt du tabac. *Alcoologie et Addictologie* 2002;24:33-7.
- Dupont P. Préparation à l'arrêt du tabac : les 5 étapes. *La revue du praticien* 2003;17:1681-2.

Bijlage 4

Strategie van de 5 R's

De strategie van de '5 R's' beoogt een verhoging van de rookstopmotivatie:

- **'Relevance'**: moedig de patiënt aan door hem te zeggen waarom stoppen met roken voor hem persoonlijk belangrijk is en blijf daarbij zo duidelijk mogelijk. Deze informatie heeft het meeste effect als ze geënt is op de specifieke situatie van de patiënt: ziekte of risicofactoren, familiale situatie (kinderen thuis), leeftijd, geslacht en andere eigenschappen van zijn persoon (vorige rookstop pogingen, persoonlijke weerstand tegenover stoppen).
- **'Risks'**: vraag de patiënt om de schadelijke effecten van roken te identificeren. Suggereer en benadruk wat u het meest relevant lijkt voor deze patiënt. Leg hem uit dat het roken van andere vormen van tabak (lichte sigaretten, pijp, sigaren) de risico's niet wegneemt.
 - *Risico's op korte termijn*: kortademigheid, astmaexacerbaties, roken tijdens de zwangerschap, impotentie, onvruchtbaarheid, stijging van de serumkoolstofmonoxide.

- *Risico's op lange termijn*: hartaandoeningen of CVA, longkanker of andere vormen van kanker (larynx, mondholte, farynx, slokdarm, pancreas, blaas, baarmoederhals), COPD, chronische bronchitis, emfyseem, chronische ziekten en chronische zorgsituaties.
- *Risico's voor de omgeving*:
 - 1) bij partner: verhoging van het risico op longkanker of hartpathologie;
 - 2) bij kinderen van rokers: hoger rookpercentage, stijging van het risico op laag geboortegewicht, astma, middenoorontsteking met effusie en luchtweginfectie.
- **'Rewards'**: vraag de patiënt om de potentiële voordelen van rookstop te identificeren. Suggereer en benadruk wat u het meest relevant lijkt voor deze patiënt. Bijvoorbeeld:
 - verbetering van de algemene gezondheid, langere levensverwachting;
 - betere smaakzin;
 - betere reukzin;
 - besparing;
 - verbeterd zelfbeeld;

Bijlage 4

- beter riekende adem, aangename geur in auto, huis en kleding;
 - niet meer lastig gevallen worden met vragen om te stoppen met roken;
 - een goed voorbeeld zijn voor de kinderen;
 - baby's en kinderen zijn in betere gezondheid;
 - niet meer verveeld zitten met het feit anderen aan rook bloot te stellen;
 - zich lichamelijk beter voelen;
 - betere performantie bij fysieke inspanningen;
 - rimpels en huidveroudering vermijden.
- 'Roadblocks': vraag de patiënt om de barrières en moeilijkheden van rookstop te identificeren, en noteer de elementen van de behandeling (probleemoplossing, farmacotherapie) die oplossingen zouden kunnen bieden. Opsporen van weerstanden omvat het peilen naar onthoudingsverschijnselen, faalangst, gewichtstoename, gebrek aan steun vanwege de omgeving, depressie en genot van roken.
- 'Repetition': deze interventie is erop gericht de rookstopmotivatie te verhogen. Deze wordt herhaald bij niet-gemotiveerde patiënten. Rokers die vroeger al rookstopopgaven ondernamen en hierin faalden, moeten weten dat de meeste rokers eerst enkele pogingen doen alvorens definitief te stoppen met roken.

Literatuur

- Fiore MC, Bailey WC. The Tobacco Use and Dependence Clinical Practice Guideline Panel, Staff, and Consortium Representatives. A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence. A US Public Health Service Report. JAMA 2000;283:3244-54.
- Fiore MC, Bailey WC. Clinical practice guideline. Treating tobacco use and dependence. US Department of Health and Human services, 2000.

Bijlage 5

Test van Demaria en Grimaldi om de slaagkansen van rookstop te beoordelen

Ik heb zelf beslist om spontaan op consultatie te komen	2 punten
Ik kom naar de consultatie op medisch advies	1 punt
Ik kom naar de consultatie op vraag van mijn familie	1 punt
Ik ben in het verleden reeds gestopt gedurende meer dan één week	1 punt
Momenteel heb ik geen beroepsgebonden problemen	1 punt
Momenteel heb ik geen familiale problemen	1 punt
Ik wil van deze verslaving afgeraken	2 punten
Ik doe aan sport of heb de intentie aan sport te doen	1 punt
Ik wil in betere conditie zijn	1 punt
Ik wil mijn uiterlijk verzorgen	1 punt
Ik heb jonge kinderen	2 punten
Momenteel heb ik een goed moreel	2 punten
Meestal slaag ik in wat ik onderneem	1 punt
Ik heb eerder een kalm temperament	1 punt
Mijn gewicht is nu stabiel	1 punt
Ik wil een betere levenskwaliteit bereiken	2 punten

Interpretatie van de resultaten:

6 of minder: is het wel het juiste moment om te stoppen?

7 tot 11: reële slaagkansen, maar moeilijk in te schatten

12 tot 15: grote slaagkansen

16 en meer: zeer grote slaagkansen

Literatuur

- Demaria C, Grimaldi G, Lagrue G. Valeur prédictive des tests psychologiques dans le sevrage tabagique. *Sem Hôp Paris* 1989;40:2455-7.

Gedragsmatige aanpak van rookstop

Dit model werd voorgesteld op de consensusvergadering over rookstop van het Franse ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé) in 1998.

Alliantiefase en fase van de voorbereiding op rookstop

EVALUATIE VAN DE MOTIVATIE

De therapeut evalueert de *egosyntonische* (=persoon ervaart zijn moeilijkheden, maar schommelt tussen ontkenning en aanvaarding) of de *egodystonische* dimensie (=persoon beschouwt zijn moeilijkheden als ongewenst en ervaart dat ze niet overeenstemmen met zijn waarden of het beeld dat hij van zichzelf heeft) van het roken. De roker die zich in de egosyntonische fase bevindt zal zeer moeilijk kunnen stoppen, ongeacht de uitwendige druk die op hem wordt uitgeoefend om te stoppen met roken.

EVALUATIE VAN PERSOONLIJKE OVERTUIGINGEN VAN DE ROKER TEN AANZIEN VAN ROKEN

De therapeut probeert het waardensysteem van de roker te bespreken (verbanden met druk, genot, frustratie...). Dit kan alleen efficiënt gebeuren in een therapeutische relatie van goede kwaliteit, waarbij de therapeut niet per se zijn ideologisch standpunt inzake roken tracht op te dringen.

EVALUATIE VAN HET VERMOGEN TOT ZELFCONTROLE

Zelfcontrole kan worden gedefinieerd als het vermogen van een bepaald individu om zich te engageren in een bepaalde attitude met het oog op positieve gevolgen ervan op lange termijn, maar zonder positieve gevolgen op korte termijn en met zelfs onmiddellijke negatieve gevolgen. Stoppen met ro-

ken is een perfect voorbeeld van de problemen verbonden aan zelfcontrole: hoe kan men een bepaalde attitude behouden (onthouding) wanneer de onmiddellijke gevolgen negatief zijn (frustratie of onthoudingsverschijnsel), zelfs als men zich bewust is van de positieve gevolgen op lange termijn?

EEN ALLIANTIE OPBOUWEN

De gedragstherapeut heeft steeds een empathische houding (aanvaarding van de standpunten van de patiënt zonder ze daarom goed te keuren) en beschouwt het stoppen met roken als een samenwerkingsverband. Hij vermijdt moraliserende, verontrustende bewoordingen of tegenargumentatie van wat de patiënt zegt.

Zelfobservatiefase

De doelstelling van deze fase is de patiënt voor te bereiden op de objectivering van zijn gewoonten (automatische, niet-geïdentificeerde en niet-geëvalueerde gedragingen):

- Kwantificering van het rookgedrag (wanneer? hoeveel? hoe?).
- Identificatie van de situationele (in welke context, op welk moment, in welke omstandigheden), fysiologische en emotionele (om welke ervaringen of emotionele toestanden te vermijden of te bewerkstelligen?) en cognitieve (antwoord op welk soort gedachten?) triggers.
- Identificatie van versterkende factoren: welke positieve elementen zijn verbonden aan roken en welke negatieve elementen aan stoppen met roken?

De roker wordt gevraagd om een bepaald aantal registratieformulieren voor zelfobservatie in te vullen. Hieronder een voorbeeld van zo'n registratieformulier (roker 43 jaar, commercieel kaderlid).

Moment	Situatie	Emotie	Gedachten
8 uur 2 sigaretten	's morgens in de wagen	Geïrriteerd en gespannen in de file	Het is niet waar! Weer te laat
8.45 uur 1 sigaret	Op kantoor aan het koffiezetapparaat, daar waar de collega's roken	Gestrest, zin om mijn gedachten te verzetten	Leeg hoofd, ik luister naar de anderen
10 uur 3 sigaretten	In mijn auto, op weg naar een afspraak bij een klant	Ongerust	Het is een groot contract, ik mag het niet mislopen
11 uur 2 sigaretten	Op café voor een kop koffie	Opgelucht	Het is goed gegaan, de zaak is binnen, ik gun mezelf een klein pleziertje
11.15 uur 1 sigaret	In de auto	Vermoeid, dipje	Achterstallige administratieve taken
12.30 uur 5 sigaretten	Op restaurant, lunch met collega's	Ontspannen, maar vermoeid door het lawaai	Het doet deugd om een kleine pauze te nemen

B i j l a g e 6

Gedagsveranderingsfase

De roker wordt aangemoedigd om een reeks strategieën toe te passen om zijn rookgedrag te bestrijden (stimulus- of responscontrole).

STIMULUSCONTROLE**Controle van externe stimuli**

De roker wordt aangemoedigd om bepaalde stimuli die het roken bevorderen, te vermijden (sigaretten, aanstekers, asbakken wegstoppen) of zeer waakzaam te zijn wanneer hij ermee geconfronteerd wordt (koffiepauze met de collega's, uit eten gaan met vrienden die roken).

Controle van interne stimuli

De roker wordt gevraagd zeer aandachtig te zijn voor onaangename emoties of lichamelijke gewaarwordingen (nervus, ongerust, droevig, gefrustreerd), die vaak aan de basis liggen van herval.

Responscontrole

De roker moet copingstrategieën ontwikkelen om het rookgedrag te belemmeren of tegen te werken.

Gedragingen ontkoppelen

Het rookgedrag wordt 'verstoord': het nemen van een sigaret wordt bijvoorbeeld met vijf minuten verlaat vanaf het moment dat men de zin voor een sigaret voelt opkomen, links roken voor rechtshandigen, nooit roken als men iets anders doet.

Alternatieve of tegenwerkende gedragingen

Hierbij wordt gereageerd op stimuli die andere gedragingen dan roken opwekken. De voornaamste technieken die hiervoor worden gebruikt zijn vergelijkbaar met die voor stress-

controle: lichaamsbeweging, relaxatie, uiten van negatieve emoties, zelfbevestiging, controle van de gedachten die stress genereren.

Algemeen

De gedragstherapeut benadrukt het *complementaire aspect van deze technieken*. Geen enkele techniek apart is doeltreffend om tot een zeker resultaat te komen; het is steeds een combinatie van technieken die toelaat de uiteindelijke doelstelling te bereiken.

Opvolgfase en fase van hervalpreventie**PROBLEEMSITUATIE IDENTIFICEREN EN HIEROP ANTICIPEREN**

Eens de patiënt is gestopt met roken, zal de gedragstherapeut samen met hem een lijst van momenten opstellen waarop het risico van herval groot is (persoonlijke problemen, plaatsen waar wordt gerookt...) en overleggen welke strategieën er dan kunnen worden toegepast. Stoppen met roken wordt zodoende voorgesteld als een eerste stap in een langdurig proces van zelfcontrole en niet als een doel op zich.

MISSTAPPEN BEHEREN

Het is belangrijk de roker op voorhand te verwittigen dat misstappen mogelijk zijn, en dat ze niet meteen een totale en definitieve mislukking betekenen. De roker moet ook weten dat hij op zo'n moment schuldgevoelens en demotiverende gedachten zal hebben zoals «*ik ben niet in staat te stoppen, dit bewijst dat stoppen met roken bij nooit zal lukken*»... Dit kan aanleiding geven tot herval, terwijl het slechts een kleine misstap is.

Literatuur

- Andre C, Legeron P, Alcaraz G. Les thérapies comportementales et cognitives (TCC) dans l'aide au sevrage tabagique. L'arrêt de la consommation du tabac. Conférence de consensus ANAES 1998. Ed. médicales et scientifiques:191-9.

B i j l a g e 7

Het praktische gebruik van nicotinesubstitutiepreparaten

De neusspray is in België van de markt gehaald. Het gebruik ervan wordt hier dus niet expliciet beschreven. De patiënt die met roken is gestopt en die nicotinesubstitutiepreparaten gebruikt, heeft op zich al meer dan 4 000 andere substanties uit zijn verbruik verbannen, waarvan de schadelijke, die in sigarettenrook zitten. De substitutiegraad zou 80

à 100 % van de nicotinetoevoer vóór de rookstop moeten dekken (Martinet, 2001).

Nicotinekauwgom (niveau van bewijskracht 1)

(Silagy, 2004; Fiore, 2000)

DOSERING

Kauwgom met 2 mg nicotine is eerder aanbevolen bij rokers die minder dan 20 sigaretten per dag roken; kauwgom met

Bijlage 7

4 mg nicotine is doorgaans voorbehouden aan rokers van 20 of meer sigaretten per dag. Bij zeer afhankelijke rokers geeft het gebruik van kauwgom met 4 mg nicotine een significante winst (versus 2 mg; OR 2,67; BI 95 % 1,69-4,22).

Het is beter systematisch elk uur een nicotinekauwgom te nemen. Het gebruik 'ad libitum' kan onderdosering veroorzaken, hetgeen de behandeling kan doen falen. Men mag niet meer dan 20 kauwgommen van 4 mg of 30 van 2 mg per dag gebruiken.

DUUR

Gedurende acht à twaalf weken. Er is geen bewijs dat een langere behandelingsduur de doeltreffendheid van de behandeling doet stijgen.

GEBRUIK

Men kauwt langzaam op de kauwgom tot een bepaalde smaak (verschillend volgens merk) vrijkomt. Op dat moment plaatst men de kauwgom tussen het tandvlees en het kaakbeen om de nicotineresorptie via het mondslijmvlies te vergemakkelijken. De kauwgom wordt regelmatig, met tussenpozen, genomen. Steeds langzaam kauwen en plaatsen tegen het kaakbeen, maar afwisselend op een andere plaats, gedurende ongeveer 30 minuten of tot de smaak verdwenen is.

ABSORPTIE

Plasmaspiegels verschijnen na vijf à zeven minuten en de piek wordt bereikt na 30 minuten kauwen. Zuurhoudende dranken (bijvoorbeeld koffie, fruitsap, limonade) en eten interfereren met de nicotineabsorptie in de mond. Eten en drinken (behalve water dat de absorptie niet beïnvloedt) worden vermeden tijdens de 15 minuten vóór men de kauwgom in de mond neemt en wanneer men de kauwgom in de mond heeft.

NEVENEFFECTEN

Overgevoeligheid van de mond, de hik, dyspepsie en pijnlijke kaakbenen. Te hevig kauwen is de voornaamste oorzaak van de neveneffecten.

Nicotine-inhalator (niveau van bewijskracht 1)

(Bolliger, 2000; Silagy, 2004)

DOSERING

De refillers worden in het mondstuk geplaatst, dat bij elke inhalatie nicotine vrijgeeft. Tachtig puffs zijn nodig om een dosis van 1 mg nicotine te bereiken. De plasmaspiegels waargenomen met de inhalator komen overeen met het kauwen van één kauwgom van 2 mg per uur. De roker moet een vol-

doende aantal refillers gebruiken: minstens vier per dag met een maximum van twaalf.

DUUR

De in de bijsluiter aanbevolen behandelingsduur bedraagt vier à zes maanden, waarvan de eerste drie maanden met stabiele dosis. Er is daarentegen geen enkel bewijs van het nut van een totale behandelingsduur van meer dan acht à twaalf weken. Nog volgens de bijsluiters moet aan de patiënt worden aangeleerd hoe hij geleidelijk aan de dosissen kan verminderen in de laatste maanden van de behandeling. Als het verbruik is teruggevallen tot 1 of 2 refillers per dag, kan de behandeling worden gestopt. Er is geen bewijs dat een progressieve reductie van de dosissen zinvol is.

ABSORPTIE

De maximale dosis is bereikt na 20 minuten intensief gebruik. Zuurhoudende dranken (bijvoorbeeld koffie, fruitsap, limonade) en eten interfereren met de nicotineabsorptie in de mond. Eten en drinken (behalve water dat de absorptie niet beïnvloedt) worden vermeden tijdens de 15 minuten vóór het gebruik van de inhalator. De doeltreffendheid van de inhalator wordt beïnvloed door de buitentemperatuur. Vraag de roker om de inhalator en de refillers te bewaren in een binnenzak als het buiten erg koud is.

NEVENEFFECTEN

Een lokale irritatie (mond en farynx) wordt waargenomen in 40 % van de gevallen. Hoest (32 %) en rhinitis (23 %) komen ook frequent voor. De ernst ervan is beperkt en de frequentie van de symptomen vermindert met de tijd.

Nicotinepleisters (niveau van bewijskracht 1) (Silagy, 2004)**DOSERING**

Om de dosis te bepalen, moet de arts de voorafgaande ervaringen met pleisters, de hoeveelheid gerookte sigaretten en de afhankelijkheid nagaan. Een pleister van 21 mg komt ongeveer overeen met het roken van één sigaret per uur. Een urinecotininedosering kan nuttig zijn om de dosis aan te passen bij intensieve rokers, in geval van falen van de behandeling of bij vrees voor een overdosering bij risicopatiënten (hartpatiënten, zwangere vrouwen).

DUUR

De duur van de behandeling bedraagt acht weken (niveau van bewijskracht 1). Voor de pleisters is duidelijk aangetoond dat een behandeling van acht weken even doeltreffend is als een langer durende behandeling (Fiore, 2000; NZ Guideline, 2002; Silagy, 2004).

De pleisters van 16 en 24 uur hebben een vergelijkbare doeltreffendheid (Fiore, 2000) (*niveau van bewijskracht 1*).

Een degressief doseringsschema (bijvoorbeeld vier weken van 21 mg/24 uur, gevolgd door twee weken van 14 mg/24 uur, met daarna twee weken van 7 mg/24 uur) is even doeltreffend als een constant doseringsschema met een plotse stopzetting van de behandeling (bijvoorbeeld acht weken van 15 mg/16 uur) (Silagy, 2003) (*niveau van bewijskracht 1*).

ABSORPTIE

De plasmapijk wordt bereikt na vijf à tien uur. De halfwaardetijd van nicotine bedraagt ongeveer vier uur.

GEBRUIK

Iedere ochtend, zo snel mogelijk na het opstaan, een nieuwe pleister op het lichaam plaatsen, op een onbehaarde plaats, gewoonlijk tussen de hals en de taille. De pleister mag niet gedurende meerdere dagen op dezelfde plaats worden gekleefd.

NEVEFFECTEN

Vijftig procent van de gebruikers heeft een lokale huidreactie, maar slechts 5 % moet zijn behandeling om die reden staken. Een ander neveneffect van de pleisters is slapeloosheid, abnormale dromen en nachtmerries. Patiënten met slaapproblemen door de pleisters zullen de pleister vóór het slapengaan verwijderen of gebruiken de pleisters van 16 uur.

Sublinguale nicotinetabletten (*niveau van bewijskracht 1*)

(Silagy, 2004)

DOSERING

Bij de start van de behandeling neemt de patiënt één tablet van 2 mg in om de één à twee uur. Het is beter een systematisch gebruik (elk uur) aan te bevelen, want het gebruik 'ad libitum' kan onderdosering veroorzaken en de behandeling doen mislukken. De normale posologie is acht à twaalf tabletten per dag. Zeer afhankelijke rokers moeten hun dosis optrekken tot twee tabletten per uur voor een dagelijkse dosis van 16 à 24 tabletten.

DUUR

De duur van de behandeling bedraagt acht à twaalf weken. Volgens de bijsluiters moet het aantal tabletten daarna progressief worden verminderd. De behandeling wordt gestopt als de dosis beperkt is tot twee tabletten per dag. Er is echter geen bewijs dat deze periode van progressieve dosisreductie zinvol is, noch of de behandelingsduur moet worden verlengd na acht à twaalf weken.

GEBRUIK

De tablet moet onder de tong worden geplaatst waar hij langzaam oplost (een halfuur). De biologische beschikbaarheid is lager als de nicotine wordt ingeslikt.

NEVEFFECTEN

In de eerste dagen kan irritatie van mond of keel voorkomen. Na enkele dagen zijn de patiënten dit gevoel gewoon.

Nicotine losenge zuigtabletten (*niveau van bewijskracht 1*)

(Silagy, 2004; Shiffman, 2002)

DOSERING

Stel een vaste dosis van 1 losenge van 2 mg voor om de één à twee uur. De dagelijkse dosis is gewoonlijk acht à tien losenges. De dosis van 25 losenges van 2 mg per dag mag niet worden overschreden.

DUUR

De behandelingsduur bedraagt acht à twaalf weken. Er is geen bewijs dat een periode van progressieve dosisreductie zinvol is, noch of de duur van de behandeling moet worden verlengd na acht à twaalf weken.

GEBRUIK

Niet kauwen of inslikken. De losenge wordt op de tong geplaatst en langzaam opgezogen tot een specifieke smaak vrijkomt. Daarna wordt de losenge tussen het tandvlees en het kaakbeen geplaatst om de nicotineresorptie te vergemakkelijken via het mondslijmvlies. Men wacht tot de smaak verdwijnt. De losenge wordt met tussenpozen genomen: men zuigt ze langzaam op en plaatst ze opnieuw tegen het kaakbeen maar steeds op een andere plaats, gedurende ongeveer 30 minuten of tot de smaak verdwenen is.

ABSORPTIE

Zuurhoudende dranken (bijvoorbeeld koffie, fruitsap, limonade) en eten interfereren met de nicotineabsorptie in de mond. Eten en drinken (behalve water dat de absorptie niet beïnvloedt) worden vermeden tijdens de 15 minuten vóór de losenge wordt genomen.

NEVEFFECTEN

De hik, tijdelijke irritatie van de mondholte, ulceraties van de mondholte.

Literatuur

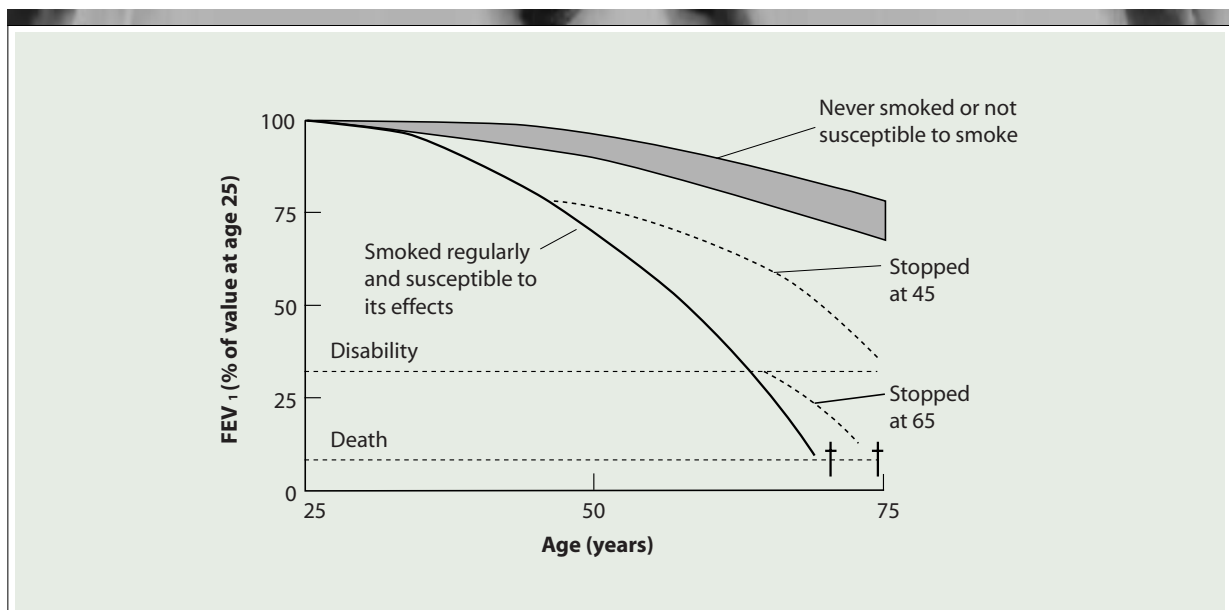
- Martinet Y, Bohadana A. Le tabagisme, de la prévention au sevrage. Issy les Moulineaux: Masson, 2001.

Bijlage 7

- Silagy C, Stead L. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2004;(4):CD000165.
- Silagy C, Lancaster T, Stead L, et al. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2004;(3):CD000146. <http://www.update-software.com/ccweb/cochrane/revabstr/ab000146.htm>
- Fiore MC, Bailey WC. The Tobacco Use and Dependence Clinical Practice Guideline Panel, Staff, and Consortium Representatives. A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence. A US Public Health Service Report. *JAMA* 2000;283:3244-54.
- Fiore MC, Bailey WC. Clinical practice guideline. Treating tobacco use and dependence. US Department of Health and Human services, 2000
- Bolliger C, Zellweger JP, Danielsson T, et al. Smoking reduction with oral nicotine inhalers : double blind, randomised clinical trial of efficacy and safety. *BMJ* 2000;321:329-33.
- Guidelines for smoking cessation. New Zealand Guidelines Group. Update 2002. http://www.nzgg.org.nz/library/gl_complete/smoking
- Shiffman S, Dressler C, Hajek P, et al. Efficacy of a nicotine lozenge for smoking cessation. *Arch Intern Med* 2002;162:1267-76.

Bijlage 8

Roken en vermindering van FEV1



Deze figuur toont de evolutie van FEV1 in functie van de leeftijd. Het FEV1 wordt beschouwd als 100 % op 25 jaar en de vermindering ervan wordt aangeduid met een percentage van de waarden op 25 jaar. De bovenste lijn is die van niet-rokers of rokers die niet gevoelig zijn aan de respiratoire effecten van roken. De onderste lijn is die van gevoelige rokers die naar COPD evolueren. De middelste lijnen tonen de invloed van rookstop op 45 jaar of op 65 jaar, bij rokers die naar COPD evolueren.

Literatuur

- Fletcher C, Peto R. The natural history of chronic airflow obstruction. *Br med J* 1977;1:1645-8.
- Poole P, Doerr H, Wellingham J. COPD Booklet Guidelines to best practice for management of stable COPD. The COPD Board, Northern Region, Guidelines development group, 1999.

Bijlage 9

HAD-Test (Hospital Anxiety Depression Scale) (niveau van bewijskracht 3)

1. Ik voel me gespannen	Meestal Dikwijls Af en toe Nooit	3 2 1 0
2. Ik schep er nog steeds plezier in de dingen te doen die ik graag doe	Ja, altijd Meestal Steeds minder Alles is moeilijker	0 1 2 3
3. Ik voel me als het ware 'vertraagd'	Bijna altijd Zeer dikwijls Soms Helemaal niet	3 2 1 0
4. Ik heb een soort benauwd gevoel in mijn maag, een krop in de keel	Zeer dikwijls Nogal dikwijls Soms Nooit	2 1 0 3
5. Ik heb de interesse verloren in mijn uiterlijk	Helemaal Ik hecht er geen aandacht meer aan Ik hecht er niet voldoende aandacht aan Ik hecht er minder aandacht aan dan gewoonlijk	2 1 0 3
6. Ik voel me de laatste tijd rusteloos, ik kan niet stilzitten	Ja, helemaal Een beetje Niet zo erg Helemaal niet	2 1 0 0
7. Ik zie de toekomst optimistisch tegemoet	Zoals gewoonlijk Eerder minder dan vroeger Veel minder dan vroeger Helemaal niet	0 1 2 3
8. Ik heb het angstige gevoel alsof er elk moment iets vreselijks zal gebeuren	Ja, duidelijk Ja, maar dat is niet zo erg Een beetje, maar ik hecht er niet zoveel belang aan Helemaal niet	3 2 1 0
9. Ik kan lachen en het positieve van de dingen inzien	Nog steeds evenveel Eerder minder Duidelijk minder Helemaal niet meer	0 1 2 3
10. Ik maak me vaak ongerust	Heel dikwijls Nogal dikwijls Zelden Zeer zelden	3 2 1 0
11. Ik voel me gelukkig	Nooit Niet dikwijls Enkele keren Meestal	3 2 1 0
12. Ik kan de laatste tijd rustig zitten en me ontspannen	Nooit Zelden Ja, over het algemeen wel Ja, wat er ook gebeurt	3 2 1 0
13. Het interesseert me om een goed boek te lezen of een goed programma op radio of tv te volgen	Dikwijls Nogal dikwijls Zelden Bijna nooit	0 1 2 3
14. Ik heb plots gevoelens van angst en paniek	Zeer dikwijls Nogal dikwijls Zelden Nooit	3 2 1 0

Interpretatie van de resultaten: **Angst** (som van de scores 1, 4, 6, 8, 10, 12 en 14) **Depressie** (som van de scores 2, 3, 5, 7, 9, 11 en 13)
 <8: normaal <8: normaal
 >10: abnormale angst >10: grote waarschijnlijkheid van depressie

Literatuur

- Lagrue G. Tabagisme et dépression, intérêt d'un test de dépistage, le HAD. *Le tabagisme au quotidien* 1992:190-2.