



wetenschappelijk bureau voor
onderzoek, expertise en advies
op het gebied van leefwijzen,
verslaving en daaraan gerelateerde
maatschappelijke ontwikkelingen

Begeleiding bij stoppen met roken van mensen met COPD

Aanbevelingen en onderbouwing in richtlijnen

Dr. Gert-Jan Meerkerk
Ir. Elske Wits
Dr. Gera Nagelhout

Colofon

Begeleiding bij stoppen met roken van mensen met COPD Aanbevelingen en onderbouwing in richtlijnen

Auteurs:

dr. Gert-Jan Meerkerk (senior onderzoeker, IVO)

ir. Elske Wits (projectleider, IVO)

dr. Gera Nagelhout (Chief Science Officer, IVO)

Betrokken experts:

- drs. Paul I. van Spiegel (gepensioneerd longarts, voorzitter kwaliteitscommissie van het Kwaliteitsregister Stoppen met Roken)
- drs. Robert van de Graaf (verslavingsarts, Verslavingszorg Noord Nederland)
- Anne de Man (praktijkcoördinator/praktijkverpleegkundige en beleidsmedewerker kwaliteitsbevordering, Zonboog)
- drs. Enje Boiten (huisarts, Zonboog)
- prof. dr. Marc Willemsen (bijzonder hoogleraar Tabaksontmoediging, Universiteit Maastricht; wetenschappelijk directeur Tabaksontmoediging, Trimbos-instituut)
- Rineke van Woerden (hoofd afdeling beleid en kwaliteit, ELZHA)
- Ursula Dewkalie (accountmanager preventie, Indigo B.V. onderdeel van Parnassia Groep)

Dit onderzoek is uitgevoerd in opdracht van Zorginstituut Nederland.

Den Haag, juni 2018



Het onderzoeksinstituut IVO werkt op een enthousiaste manier samen met opdrachtgevers aan het beantwoorden van vragen rondom leefstijl, verslaving en zorg. Het verbeteren van de situatie van kwetsbaren in de maatschappij speelt daarbij een belangrijke rol.

IVO Instituut voor Onderzoek naar Leefwijzen en Verslaving
Koningin Julianaplein 10
2595 AA Den Haag
T +31 70 3028 456
E secretariaat@ivo.nl
W www.ivo.nl

Inhoud

Samenvatting	1	
1	Introductie	2
	1.1 Leeswijzer	2
2	Methode	3
3	Resultaten	5
	3.1 Selectie richtlijnen	5
	3.2 Resultaten AGREE-beoordeling	7
	3.3 Aanbevelingen internationale richtlijnen	9
	3.3.1 Duitsland, 2015	9
	3.3.2 Nieuw-Zeeland, 2014	13
	3.3.3 Verenigd Koninkrijk, 2018	15
	3.3.4 Duitsland, 2014	19
	3.3.5 Europa (ENSP), 2012	21
	3.3.6 Europa (TOB.g), 2017	22
	3.3.7 Internationaal (GOLD), 2017	24
	3.4 Aanbevelingen nationale richtlijnen	26
	3.4.1 Richtlijn Behandeling van tabaksverslaving en stoppen met roken ondersteuning, 2017	26
	3.4.2 NHG-Behandelrichtlijn Stoppen met roken 2017	33
	3.4.3 Zorgmodule Stoppen met Roken, 2009	37
	3.4.4 Richtlijn Detoxificatie van psychoactieve middelen, 2017	39
	3.4.5 Richtlijn diagnostiek en behandeling COPD, 2010	44
4	Discussie en conclusie	46
	4.1 Samenvattend overzicht behandeling tabaksverslaving	46
	4.1.1 Identificatie en registratie	46
	4.1.2 Advisering en motivering	46
	4.1.3 Ondersteuning en terugvalpreventie	47
	4.2 De Internationale richtlijnen	49
	4.3 De Nederlandse richtlijnen	50
	4.4 Reflectie	50
	Dankwoord	51
	Bijlage 1 Fagerströmtest	52

Samenvatting

Onderzoeksdoel

In Nederland en andere landen zijn voor zorgprofessionals die in contact staan met rokende (COPD-)patiënten verschillende richtlijnen ontwikkeld. Deze richtlijnen doen aanbevelingen over hoe de zorgprofessional effectief kan bijdragen aan een succesvolle poging om te stoppen met roken. Hoofddoel van dit onderzoek is het verkrijgen van inzicht in wat zinnige zorg is bij patiënten met COPD en tabaksverslaving.

Methode

Voor het onderzoek selecteerden wij de zeven meest vooraanstaande en gezaghebbende internationale algemene en specifiek voor COPD-patiënten ontwikkelde richtlijnen en beoordeelden deze m.b.v. het AGREE-instrument. In de zeven internationale en de vijf nationale meest gezaghebbende algemene en specifiek voor COPD-patiënten ontwikkelde richtlijnen onderzochten we vervolgens de overeenkomsten en verschillen in de aanbevelingen en de wetenschappelijke onderbouwing van de aanbevelingen. Bij de beoordeling van de onderbouwing hebben we ons gebaseerd op wat in de richtlijn zelf werd gerapporteerd over de wetenschappelijke onderbouwing; wij hebben deze niet zelf beoordeeld.

Aanbevelingen

Ten eerste moeten zorgverleners alle patiënten vragen of ze roken. Zorgverleners dienen dit te registreren. Blijkt de patiënt te roken, dan moeten zorgverleners deze adviseren en motiveren om te stoppen met roken. Vervolgens dienen ze ondersteuning aan te bieden bij het stoppen met roken, bij voorkeur door een combinatie van gedragsmatige en medicamenteuze ondersteuning (nicotinevervangers of medicatie). De richtlijnen voor de behandeling van tabaksverslaving bij COPD-patiënten:

1. leggen extra nadruk op het belang van stoppen bij deze groep voor een beter verloop van de ziekte,
2. onderstrepen het belang van de combinatie van gedragsmatige met medicamenteuze ondersteuning en
3. geven de noodzaak aan van een langere en intensievere gedragsmatige en medicamenteuze ondersteuning.

Onderbouwing

Volgens de richtlijnen is er sterke onderbouwing voor de effectiviteit van het identificeren, adviseren en motiveren om te stoppen met roken van patiënten met een tabaksverslaving. Ook is er volgens de richtlijnen sterke onderbouwing voor de effectiviteit van gedragsmatige en medicamenteuze ondersteuning. Vooral de combinatie hiervan vergroot de kans op succes van een stoppoging. Er is volgens de richtlijnen onvoldoende bewijs voor een uitspraak over de benodigde duur van de gedragsmatige ondersteuning en over de effectiviteit van e-sigaretten bij stoppen met roken. Er is volgens de richtlijnen sterk bewijs dat ondersteuning bij stoppen met roken de beste behandeloptie is bij COPD en dat ondersteuning bij stoppen met roken voor COPD-patiënten langer en intensiever moet zijn dan voor andere patiënten.

Verschillen en overeenkomsten

De voorgeschreven procedures voor de behandeling van tabaksverslaving komen grotendeels overeen tussen de verschillende richtlijnen. Er zijn wel enige verschillen in de gedetailleerdheid en grondigheid van de bewijsvoering of de beschrijving van de gevolgde procedures om de onafhankelijkheid van de betrokken opstellers te waarborgen. Tussen de richtlijnen zitten ook enkele kleine inhoudelijke verschillen, bijvoorbeeld over de aanbevolen duur van de behandeling.

1 Introductie

Dit onderzoek is in opdracht van Zorginstituut Nederland uitgevoerd in het kader van de Verdiepingsfase COPD van het programma Zinnige Zorg. Zorginstituut Nederland heeft als doel de toegang tot 'goede en zinnige zorg, niet meer dan nodig, en niet minder dan noodzakelijk' te bevorderen. Daarmee zijn zowel de kwaliteit als de betaalbaarheid van de zorg gediend. In het kader van het programma 'Zinnige Zorg' wordt gezocht naar interventies, zoals tests en behandelingen, waar via meer gepast gebruik van zorg de kwaliteit van zorg kan worden verbeterd en tegelijk onnodige zorgkosten kunnen worden vermeden. In dat kader is begeleiding bij stoppen met roken in samenspraak met de belanghebbende partijen als thema voor de verdiepingsfase COPD geïdentificeerd.

Stoppen met roken geldt als de belangrijkste interventie die het beloop van COPD positief kan beïnvloeden. Zorgprofessionals die in contact staan met rokende (COPD-)patiënten kunnen een rol spelen bij het stoppen met roken van de patiënt. Als leidraad voor deze professionals zijn in Nederland en in andere landen richtlijnen opgesteld die aangeven op welke wijze een zorgprofessional in zijn of haar contact met een (COPD-)patiënt kan bijdragen aan een succesvolle poging om te stoppen met roken. Sommige van deze richtlijnen richten zich (deels) specifiek op COPD-patiënten, andere richten zich op rokende patiënten in het algemeen.

Dit onderzoek richt zich op een vergelijking van bestaande nationale en internationale richtlijnen, voor rokers met of zonder COPD. Hoofddoel van het onderzoek is het verkrijgen van inzicht in wat zinnige zorg is wat betreft de behandeling van tabaksverslaving bij patiënten met en zonder COPD. Hiertoe vergelijken we de aanbevelingen en de mate van evidentie voor deze aanbevelingen, van verschillende internationale en nationale richtlijnen, zowel algemene richtlijnen als richtlijnen voor patiënten met COPD.

Het onderzoek verschaft meer inzicht in wat onder bewezen effectieve gedragsmatige ondersteuning kan worden verstaan en welke rol medicamenteuze ondersteuning kan spelen. De focus ligt daarbij bij de algemene richtlijnen op de beschrijving van de aanbevelingen voor (intensieve) gedragsmatige ondersteuning. Bij de richtlijnen voor patiënten met COPD gaat de aandacht uit naar de aanbevelingen voor alle facetten van de hulp bij het stoppen met roken. Het project kan daardoor bijdragen aan het verbeteren van de zorg voor COPD-patiënten door het verbeteren van de ondersteuning bij het stoppen met roken.

1.1 Leeswijzer

De methodensectie beschrijft de procedure waarmee de nationale en internationale richtlijnen, voor rokers met of zonder COPD, zijn geselecteerd. Ook komt het AGREE-instrument aan de orde waarmee we de kwaliteit van de internationale richtlijnen beoordeelden. In de resultatensectie komt achtereenvolgens aan de orde:

1. Selectie van de internationale en nationale richtlijnen voor de behandeling van tabaksverslaving.
2. Resultaten AGREE-beoordeling: de kwaliteit van de meest gezaghebbende internationale richtlijnen voor de behandeling van tabaksverslaving naar de maatstaven van de AGREE-criteria.
3. Een overzicht van de aanbevelingen en de mate van evidentie voor de aanbeveling, zoals beschreven in de meest gezaghebbende internationale richtlijnen voor de behandeling van tabaksverslaving.
4. Een overzicht van de aanbevelingen en de mate van evidentie voor de aanbeveling, zoals beschreven in de meest gezaghebbende nationale richtlijnen voor de behandeling van tabaksverslaving.

Het rapport besluit met de paragraaf Discussie en conclusies waarin we de belangrijkste bevindingen bespreken en enkele kanttekeningen plaatsen.

2 Methode

Voor het onderzoek bestudeerden en analyseerden we systematisch de aanbevelingen en de evidentie voor die aanbevelingen van de meest gezaghebbende nationale en internationale richtlijnen voor de behandeling van tabaksverslaving bij COPD-patiënten en andere patiënten. Hiertoe selecteerden wij eerst de meest gezaghebbende internationale richtlijnen voor de behandeling van tabaksverslaving en bepaalden we vervolgens de kwaliteit van deze internationale richtlijnen met behulp van het AGREE-instrument (*Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation*). Het AGREE-instrument verschaft internationaal geaccepteerde criteria op basis waarvan op objectieve wijze een kwaliteitsoordeel over een richtlijn kan worden geveld. Het AGREE-instrument kent 23 items verdeeld over zes domeinen. Voor het huidige onderzoek is besloten gebruik te maken van zestien items verdeeld over vier domeinen die het meest relevant zijn voor dit onderzoek:

- ‘D2: Betrokkenheid van belanghebbenden’, drie items:
 - 4. Werkgroepleden uit alle relevante beroepsgroepen
 - 5. Perspectief/voorkeuren van doelpopulatie nagegaan
 - 6. Duidelijk benoemde beoogde gebruikers
- ‘D3: Methodologie’, acht items:
 - 7. Systematische zoekmethoden voor wetenschappelijk bewijs
 - 8. Duidelijk beschreven criteria voor selectie wetenschappelijk bewijs
 - 9. Duidelijk beschreven sterke punten en beperkingen wetenschappelijk bewijs
 - 10. Duidelijk beschreven methoden voor opstellen aanbevelingen
 - 11. Gezondheidswinst, bijwerkingen en risico's overwogen bij aanbevelingen
 - 12. Expliciet verband tussen aanbevelingen en wetenschappelijk bewijs
 - 13. Beoordeling door externe experts
 - 14. Vermelding van procedure voor herziening
- ‘D4: Helderheid en presentatie’, drie items:
 - 15. Specifieke en ondubbelzinnige aanbevelingen
 - 16. Duidelijk vermelde verschillende beleidsopties
 - 17. Gemakkelijk te herkennen kernaanbevelingen
- ‘D6: Onafhankelijkheid van de opstellers’, twee items:
 - 22. Geen invloed van opvattingen financierende instantie(s) op inhoud
 - 23. Bespreking en vastlegging van conflicterende belangen werkgroepleden

Elke richtlijn is door twee senior onderzoekers onafhankelijk van elkaar met behulp van het AGREE-instrument beoordeeld. De scoring van beide beoordelaars is vervolgens vergeleken waarna in geval van afwijkende scores (afwijking > 33%) de beoordelaars in overleg gingen om tot meer consensus te komen. De gemiddelde domeinscores en de gemiddelde itemscores van de geselecteerde richtlijnen zijn daarna vergeleken, zodat een rangorde van richtlijnen kon worden opgesteld.

Vervolgens selecteerden we de meest gezaghebbende nationale richtlijnen voor de behandeling van tabaksverslaving. Hierbij zochten we wederom naar zowel algemene richtlijnen als richtlijnen specifiek voor COPD-patiënten. Ook van de nationale richtlijnen bestudeerden en analyseerden we systematisch de aanbevelingen en de evidentie voor de aanbevelingen. Bij de beoordeling van de evidentie gingen we uit van de uitspraken van de auteurs van de richtlijn; wij beoordeelden niet zelf de mate van evidentie. Vervolgens gingen we na in hoeverre de aanbevelingen van de nationale richtlijnen overeenkomen met die van de internationale richtlijnen om inzicht te krijgen in de mate van evidentie voor de aanbevelingen van de nationale

richtlijnen. De nadruk bij deze analyses lag wederom bij de algemene richtlijnen op de gedragsmatige ondersteuning bij de behandeling van tabaksverslaving en op de gehele aanpak van de behandeling van tabaksverslaving, inclusief medicamenteuze ondersteuning, bij de richtlijnen voor patiënten met COPD.

3 Resultaten

3.1 Selectie richtlijnen

De meest gezaghebbende en meest actuele (uitgegeven in 2008 of later) internationale algemene richtlijnen voor de behandeling van tabaksverslaving zijn geselecteerd na een inventarisatie van relevante richtlijnen in de volgende databanken:

- www.guideline.gov/ (National Guideline Clearinghouse, Verenigde Staten)
- www.g-i-n.net (Guidelines International Network)
- www.evidence.nhs.uk (databank National Health Service, Verenigd Koninkrijk)
- www.awmf.org/leitlinien/ (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften, Duitsland)

De selectie van de internationale richtlijnen is gebaseerd op de zoekstrategie die is gehanteerd bij de laatste herziening (2016) van de Nederlandse richtlijn, het oordeel van nationale experts¹ en wetenschappelijke literatuur². De experts hebben zich bij de keuze van de richtlijnen voornamelijk gebaseerd op de volgende aspecten:

- Actualiteit; “Aan een goede verouderde richtlijn heb je echt niks”. Dit argument is van belang omdat er volgens de experts de laatste jaren veel nieuw onderzoek is gedaan waaruit nieuwe inzichten zijn ontstaan (zoals het combineren van middelen, de e-sigaret en e-health interventies);
- Uitgebreidheid van de informatie, compleetheid en volledigheid;
- Duidelijkheid van de aanbevelingen;
- Gemak waarmee de diverse onderdelen te vinden zijn (inclusief een beknopte samenvatting).

Om praktische redenen is bovendien de selectie beperkt tot Engels- en Duitstalige richtlijnen uit de Westerse wereld. Ook is de selectie beperkt tot maximaal één richtlijn per land en kregen richtlijnen die zijn uitgegeven door overheidsinstanties, beroepsverenigingen of daaraan gelieerde organisaties de voorkeur. Bovenstaande overwegingen hebben geleid tot een eerste selectie van zes algemene internationale richtlijnen.

Om van deze zes richtlijnen te komen tot de drie meest gezaghebbende internationale richtlijnen, brachten we de belangrijkste voor- en nadelen in termen van kwaliteit en actualiteit in kaart, waarbij het kwaliteitselement zwaarder woog, tenzij experts anders oordeelden. De drie uiteindelijk voor het onderzoek geselecteerde algemene internationale richtlijnen voor de behandeling van tabaksverslaving staan beschreven in tabel 1.

Op dezelfde wijze, en gebruik makend van dezelfde databases, zijn in eerste instantie zes internationale richtlijnen geselecteerd die zich richten op de behandeling van tabaksverslaving bij COPD-patiënten. Deze richtlijnen richten zich ofwel volledig op de behandeling van tabaksverslaving bij COPD-patiënten, of er is sprake van een apart hoofdstuk of paragraaf binnen een algemene richtlijn voor de behandeling van tabaksverslaving die zich speciaal richt op de behandeling van tabaksverslaving bij COPD-patiënten. Ook richtlijnen die zich richten op de behandeling van COPD met daarin specifieke aandacht voor behandeling van tabaksverslaving zijn bij de selectie betrokken. Ook hier brachten we eerst de belangrijkste voor- en nadelen in termen van kwaliteit en actualiteit in kaart. De vier uiteindelijk voor het onderzoek geselecteerde

¹ Paul van Spiegel, Robert van de Graaf, Anne de Man-Blok, Enje Boiten, Marc Willemsen, Rineke van Woerden en Ursula Dewkalie.

² Raw, M., Regan, S., Rigotti, N. & McNeill, A. (2009). A survey of tobacco dependence treatment guidelines in 31 countries. *Addiction*, 104(7), 1243-1250.; Verbiest, M., Brakema, E., Van der Kleij, R. et al. (2017). National guidelines for smoking cessation in primary care: a literature review and evidence analysis. *NPJ Primary Care Respiratory Medicine*, 27, 2.

internationale richtlijnen voor de behandeling van tabaksverslaving bij COPD-patiënten staan beschreven in tabel 2.

Tabel 1 Geselecteerde internationale richtlijnen voor de behandeling van tabaksverslaving

1.1	<i>Screening, Diagnostik und Behandlung des schädlichen und abhängigen Tabakkonsums</i> , Duitsland, AWMF (2015)
1.2	<i>The New Zealand Guidelines for Helping People to Stop Smoking</i> , Nieuw-Zeeland, Ministry of Health (2014)
1.3	<i>Stop smoking services</i> , Verenigd Koninkrijk, NICE (2018)

Tabel 2 Geselecteerde internationale richtlijnen voor de behandeling van tabaksverslaving bij COPD-patiënten

2.1	<i>Tabakentwöhnung bei COPD</i> , Duitsland, AWMF (2014)
2.2	<i>European Smoking Cessation Guidelines: The authoritative guide to a comprehensive understanding of the implications and implementation of treatments and strategies to treat tobacco dependence</i> , Europa, ENSP (2012)
2.3	<i>Tobacco Cessation Guidelines for High-Risk Populations, Unit 4: Smoking Cessation in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD)</i> , Europa, TOB.g (2017)
2.4	<i>Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD</i> , Internationaal, GOLD (2017)

Tot slot zijn de meest gezaghebbende en actuele nationale richtlijnen voor de behandeling van tabaksverslaving geselecteerd. Hiervoor namen we het overzicht van kwaliteitsstandaarden in het screeningsrapport 'Systematische Analyse Ziekten van het ademhalingsstelsel' als uitgangspunt. Verder is gezocht in nationale richtlijndatabases en relevante overzichten van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), van de Federatie Medisch Specialisten en van Artsenapotheker.nl. Op basis van een inschatting van de relevantie en actualiteit en het oordeel van de experts zijn uiteindelijk vijf richtlijnen geselecteerd. Deze staan beschreven in tabel 3.

Tabel 3 Geselecteerde nationale richtlijnen voor de behandeling van tabaksverslaving

3.1	<i>Richtlijn Behandeling van tabaksverslaving en stoppen met roken ondersteuning</i> , CBO/Partnership Stop met Roken/Trimbos-instituut/NHG (2017)
3.2	<i>Behandelrichtlijn Stoppen met Roken</i> , NHG (2017)
3.3	<i>Zorgmodule Stoppen met roken</i> , Partnership Stop met Roken (2009)
3.4	<i>Richtlijn Detoxificatie van psychoactieve middelen</i> , Resultaten Scoren (2017)
3.5	<i>Richtlijn diagnostiek en behandeling COPD</i> , LAN, NVALT, NHG (2010)

De vijf geselecteerde Nederlandse richtlijnen zijn in feite geen volledig onafhankelijke en verschillende richtlijnen. De richtlijnen 2 en 3 zijn afgeleiden van (een eerdere versie van) richtlijn 1. Richtlijn 5 heeft betrekking op de behandeling van COPD waarbinnen een (klein) deel betrekking heeft op de behandeling van tabaksverslaving. Dit deel is ook ontleend aan een eerdere versie van richtlijn 1. Richtlijn 4 wijkt af van de overige richtlijnen omdat deze vanuit het klinisch perspectief van de verslavingszorg is geschreven (waarvan tabak een klein onderdeel is). De richtlijn wijkt daarmee af van de andere richtlijnen, zowel wat betreft de doelgroep, als de gebruikers van de richtlijn. Eigenlijk is er in Nederland één nationale richtlijn behandeling tabaksverslaving en dat is de Richtlijn Behandeling van Tabaksverslaving, CBO/Partnership Stop met Roken/Trimbos-instituut/NHG (2017).

3.2 Resultaten AGREE-beoordeling

De resultaten van de beoordeling van de internationale richtlijnen met behulp van het AGREE-instrument staan weergegeven in tabel 4a (Internationale richtlijnen algemeen) en 4b (Internationale richtlijnen COPD). In de tabellen zijn telkens de hoogste scores per kolom groen gekleurd. De resultaten maken duidelijk dat beide Duitse richtlijnen op zowel domeinniveau als op itemniveau (in bijna alle gevallen) de hoogste AGREE-scores hebben en dus als kwalitatief meest hoogstaand moeten worden gezien. De andere richtlijnen kennen vaak met name op methodologische aspecten tekortkomingen. Zo is in de Duitse algemene richtlijn volledig beschreven hoe de zoektocht naar wetenschappelijk bewijs is uitgevoerd, welke criteria daarbij zijn gehanteerd, wat de sterke en zwakke punten zijn in het bewijs en hoe de verkregen wetenschappelijk evidentie vertaald is naar aanbevelingen. De beide andere internationale richtlijnen geven bijvoorbeeld niet concreet aan welke criteria zijn gehanteerd voor het zoeken naar wetenschappelijk bewijs of maken maar beperkt duidelijk hoe de evidentie is vertaald naar aanbevelingen.

Tabel 4a Overzicht AGREE-scores Internationale richtlijnen algemeen

Internationale richtlijnen algemeen	1.1 Duitsland, AWMF (2015)	1.2 Nieuw-Zeeland, Ministry of Health (2014)	1.3 Verenigd Koninkrijk, NICE (2018)
Domein 2 Betrokkenheid van belanghebbenden	86%	44%	56%
4. Werkgroepleden uit alle relevante beroepsgroepen			
5. Perspectief/voorkeuren van doelpopulatie nagegaan	83%	42%	75%
6. Duidelijk benoemde beoogde gebruikers	75%	0%	17%
	100%	92%	75%
Domein 3 Methodologie	94%	39%	63%
7. Systematische zoekmethoden voor wetenschappelijk bewijs	100%	17%	92%
8. Duidelijk beschreven criteria voor selectie wetenschappelijk bewijs	100%	8%	75%
9. Duidelijk beschreven sterke punten en beperkingen wetenschappelijk bewijs	100%	33%	67%
10. Duidelijk beschreven methoden voor opstellen aanbevelingen	100%	0%	50%
11. Gezondheidswinst, bijwerkingen en risico's overwogen bij aanbevelingen	91%	83%	42%
12. Expliciet verband tussen aanbevelingen en wetenschappelijk bewijs	100%	75%	83%
13. Beoordeling door externe experts	58%	75%	42%
14. Vermelding van procedure voor herziening	100%	17%	50%
Domein 4 Helderheid en presentatie	94%	75%	47%
15. Specifieke en ondubbelzinnige aanbevelingen	100%	67%	67%
16. Duidelijk vermelde verschillende beleidsopties	100%	58%	58%
17. Gemakkelijk te herkennen kernaanbevelingen	83%	100%	17%

Domein 6 Onafhankelijkheid van de opstellers	88%	38%	42%
22. Geen invloed van opvattingen financierende instantie(s) op inhoud	75%	8%	8%
23. Bespreking en vastlegging van conflicterende belangen werkgroepleden	100%	67%	75%

Tabel 4b Overzicht AGREE-scores Internationale richtlijnen COPD

Internationale richtlijnen algemeen	2.1 Duitsland, AWMF (2014)	2.2 Europa, ENSP (2012)	2.3 Europa, TOB.g (2017)	2.4 Inter- nationaal, GOLD (2017)
Domein 2 Betrokkenheid van belanghebbenden	72%	36%	28%	42%
4. Werkgroepleden uit alle relevante beroepsgroepen	83%	58%	8%	42%
5. Perspectief/voorkeuren van doelpopulatie nagegaan	50%	0%	33%	0%
6. Duidelijk benoemde beoogde gebruikers	83%	50%	42%	83%
Domein 3 Methodologie	86%	29%	26%	55%
7. Systematische zoekmethoden voor wetenschappelijk bewijs	100%	0%	0%	83%
8. Duidelijk beschreven criteria voor selectie wetenschappelijk bewijs	91%	0%	0%	50%
9. Duidelijk beschreven sterke punten en beperkingen wetenschappelijk bewijs	100%	58%	83%	67%
10. Duidelijk beschreven methoden voor opstellen aanbevelingen	100%	8%	0%	58%
11. Gezondheidswinst, bijwerkingen en risico's overwogen bij aanbevelingen	83%	75%	50%	58%
12. Expliciet verband tussen aanbevelingen en wetenschappelijk bewijs	100%	58%	58%	33%
13. Beoordeling door externe experts	58%	33%	17%	8%
14. Vermelding van procedure voor herziening	58%	0%	0%	83%
Domein 4 Helderheid en presentatie	86%	47%	75%	53%
15. Specifieke en ondubbelzinnige aanbevelingen				
16. Duidelijk vermelde verschillende beleidsopties	100%	50%	75%	75%
17. Gemakkelijk te herkennen kernaanbevelingen	83%	58%	58%	42%
	75%	33%	91%	42%
Domein 6 Onafhankelijkheid van de opstellers	88%	75%	21%	33%

22. Geen invloed van opvattingen financierende instantie(s) op inhoud	75%	83%	42%	8%
23. Bespreking en vastlegging van conflicterende belangen werkgroepleden	100%	67%	0%	58%

3.3 Aanbevelingen internationale richtlijnen

Uit de analyse van de aanbevelingen van de geselecteerde internationale richtlijnen voor de behandeling van tabaksverslaving voor patiënten met COPD alsook voor andere patiënten, komt naar voren dat in de door zorgprofessionals te volgen procedure verschillende fases kunnen worden onderscheiden:

1. Identificatie en registratie
2. Advisering en motivering
3. Ondersteuning en terugvalpreventie
 - a. Gedragmatige ondersteuning
 - b. Medicamenteuze ondersteuning

Hieronder volgt een overzicht van de aanbevelingen van de internationale richtlijnen voor de behandeling van tabaksverslaving. Achtereenvolgens komen eerst de drie algemene en vervolgens de vier richtlijnen voor de behandeling van tabaksverslaving bij COPD-patiënten aan bod. De aanbevelingen zijn, voor zover mogelijk, ingedeeld in de hierboven aangegeven drie categorieën. Bij het overzicht van de aanbevelingen wordt ook kort de wijze weergegeven waarop in de richtlijn de mate van wetenschappelijke evidentie is beschreven. Bij elke aanbeveling staat deze evidentie vermeld.

3.3.1 Duitsland, 2015

“*Screening, Diagnostik und Behandlung des schädlichen und abhängigen Tabakkonsums*” uitgegeven door de *Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF)*.

Weergave wetenschappelijke evidentie

De aanbevelingen in deze Duitse richtlijn zijn voorzien van een indicator welke aangeeft of de aanbeveling aan rokende patiënten ‘moet’ (A: *soll*) , ‘zou moeten’ (B: *sollte*) of ‘kan’ (O: *kann*) worden aangeboden. Deze aanbevelingen kunnen ook negatief geformuleerd zijn, d.w.z. dat een interventie niet moet of niet zou moeten worden aangeboden. Daarnaast zijn de aanbevelingen voorzien van een ‘*Evidenzgrade (LoE: Level of Evidence)*’ die een indicatie geeft van de kwaliteit en betrouwbaarheid van de wetenschappelijke evidentie. Deze indeling (Ia, Ib, Ic, IIa, IIb, IIc, IIIa, IIIb, IV, V) is afgeleid van de indeling van *Levels of Evidence* van het *Oxford Centre for Evidence-based Medicine*, waarbij de hoogste beoordeling (Ia) wordt verkregen wanneer er sprake is van meerdere gerandomiseerde onderzoeken met een controlegroep (RCT) in verschillende populaties die een homogeen beeld geven tot en met de laagste beoordeling (V) wanneer er enkel sprake is van het oordeel van een deskundige. De mate van aanbeveling (A, B of O) is het resultaat van een geprotocolleerde afweging van de wetenschappelijke evidentie, de klinische relevantie, een kosten-batenanalyse, de voorkeur van patiënten, de praktische uitvoerbaarheid en eventuele andere argumenten (zie onderstaand overzicht). Aanbevelingen waarvoor geen systematisch literatuuronderzoek werd uitgevoerd kunnen ook als ‘*Klinischer Konsens-Punkt (KKP)*’ zijn geformuleerd wat inhoudt dat de aanbeveling tijdens een consensusbijeenkomst met experts door minimaal 75% van de experts werd gesteund. De mate van aanbeveling A is tenminste voorzien van een RCT van hoge kwaliteit die direct betrekking heeft op de gedane aanbeveling (Ia, Ib, Ic). Bij aanbeveling B is er tenminste sprake van een hoogwaardige klinische studie, maar niet noodzakelijkerwijs een RCT (IIa, IIb, IIc) of er is sprake van afgeleid bewijs van level I. Voor een mate van aanbeveling O is er tenminste sprake van bewijs van level III, IV of V, van een expertmening, of er is sprake van afgeleid bewijs van level II. De mate van

aanbeveling 0 maakt duidelijk dat er geen hoogkwalitatieve klinische studies beschikbaar zijn die de aanbeveling onderbouwen.

A	Soll“-Empfehlung: Zumindest eine randomisierte kontrollierte Studie von insgesamt guter Qualität und Konsistenz, die sich direkt auf die jeweilige Empfehlung bezieht und nicht extrapoliert wurde (Evidenzebenen Ia, Ib, Ic).
B	„Sollte“-Empfehlung: Gut durchgeführte klinische Studien, aber keine randomisierten klinischen Studien, mit direktem Bezug zur Empfehlung (Evidenzebenen IIa, IIb, IIc) oder Extrapolation von Evidenzebene I, falls der Bezug zur spezifischen Fragestellung fehlt.
0	„Kann“-Empfehlung: Evidenzkategorie III, IV und V. Berichte von Expertenkreisen oder Expertenmeinung und/oder klinische Erfahrung anerkannter Autoritäten oder Extrapolation von Evidenzebene IIa, IIb oder IIc. Diese Einstufung zeigt an, dass direkt anwendbare klinische Studien von guter Qualität nicht vorhanden oder nicht verfügbar waren.
KKP	„Klinischer Konsenspunkt“: Empfohlen als gute klinische Praxis („Good Clinical Practice Point“) im Konsens und aufgrund der klinischen Erfahrung der Mitglieder der Leitliniengruppe als ein Standard in der Behandlung, bei dem keine experimentelle wissenschaftliche Erforschung möglich oder angestrebt ist.

Identificatie en registratie

- Der Fagerströmtest³ soll zur weiterführenden Diagnostik eingesetzt werden, um die Stärke der Zigarettenabhängigkeit einzuschätzen. (KKP)
- Alle Patienten sollen nach ihrem Tabakkonsum gefragt werden. (A)
- Eine systematische Erfassung des Tabakkonsums in der Patientendokumentation verbessert die Interventionsraten. Tabakkonsum soll in der Patientendokumentation fortlaufend erfasst werden. (A)

Advisering en motivering

- In der medizinischen und psychosozialen Gesundheitsversorgung soll Kurzberatung für Raucher zur Erreichung des Rauchstopps angeboten werden. (A)
- Die Kurzberatung für aufhörbereite Raucher sollte einen Verweis auf weiterführende Hilfsangebote wie Einzel- oder Gruppenbehandlung oder Telefonberatung beinhalten. (B)
- Motivierende Gesprächsführung sollte bei Rauchern, die eine geringe Motivationslage haben, zur Erreichung des Rauchstopps angeboten werden. (B)
- In der medizinischen und psychosozialen Gesundheitsversorgung soll telefonische Beratung zur Erreichung des Rauchstopps angeboten werden. (A)
- Zur Unterstützung der Erreichung des Rauchstopps sollten internetbasierte Selbsthilfeprogramme angeboten werden. (B)
- Zur Unterstützung der Erreichung des Rauchstopps sollten mobile Selbsthilfeprogramme angeboten werden. (B)
- In der medizinischen und psychosozialen Gesundheitsversorgung sollten klassische Selbsthilfematerialien zur Erreichung des Rauchstopps verfügbar gemacht werden. (B)
- E-Zigaretten sollen nicht empfohlen werden, bevor sie nicht unter den Bedingungen der Arzneimittelprüfung auf ihre Wirksamkeit und Verträglichkeit bei der harm reduction und Tabakentwöhnung untersucht worden sind. (KKP)

³ Zie Bijlage 1.

- Rauchern, die ihren Tabakkonsum nicht aufgeben können oder reduzieren wollen, sollten Hilfestellungen zur Reduktion des Tabakkonsums (NET⁴, Beratung, Verhaltenstherapie) angeboten werden. (B)

Ondersteuning en terugvalpreventie

Gedragmatige ondersteuning

- Verhaltenstherapeutische Gruppeninterventionen zur Erreichung der Tabakabstinenz sind wirksam. Sie sollen in der medizinischen und psychosozialen Gesundheitsversorgung angeboten werden. (A)
- Verhaltenstherapeutische Einzelinterventionen zur Erreichung der Tabakabstinenz sind wirksam. Sie sollen in der medizinischen und psychosozialen Gesundheitsversorgung angeboten werden. (A)
- Wirksamkeitsbelege für eine psychodynamische Therapie zur Erreichung der Tabakabstinenz konnten nicht identifiziert werden. Daher kann keine Empfehlung für oder gegen psychodynamische Therapieverfahren gegeben werden. (0)
- Die Datenlage zur Beurteilung der Wirksamkeit einer Hypnotherapie zur Erreichung der Tabakabstinenz ist inkonsistent und bedarf der Ergänzung. Hypnotherapie kann angeboten werden. (0)
- Die Studien zur Wirksamkeit von Aversionstherapien als Monotherapie sind veraltet, die Wirksamkeit ist fraglich, es bestehen potenzielle Risiken. Aversionstherapien sollten nicht angeboten werden. (B)
- Zur Bedeutung einzelner Komponenten für die Effektivität verhaltenstherapeutischer Behandlungen liegen keine ausreichenden Daten vor. Verhaltenstherapeutische Behandlungen sollten mehrere Komponenten enthalten. Empfehlenswert sind insbesondere:
 - Psychoedukation
 - Motivationsstärkung
 - Maßnahmen zur kurzfristigen Rückfallprophylaxe
 - Interventionen zur Stärkung der Selbstwirksamkeit
 - Alltagspraktische Beratung mit konkreten Verhaltens-instruktionen und praktischen Bewältigungsstrategien (Problemlöse- und Fertigkeitstraining, Stressmanagement). (KKP)
- Für eine starke Dosis-Wirkungs-Beziehung psycho-therapeutischer Interventionen wurden keine Hinweise identifiziert. Aufgrund fehlender Datenlage kann keine Empfehlung zur Dauer und Frequenz der Sitzungen ausgesprochen werden. (0)

Medicamenteuze ondersteuning

- Der Einsatz der Nikotinersatztherapie (Nikotinkaugummi, Nikotininhaler, Nikotinlutschtablette, Nikotinnasalspray, Nikotinmundspray und Nikotinpflaster) soll angeboten werden. (A)
- Bei starken Rauchern soll dem 4 mg Nikotinkaugummi der Vorzug vor dem 2 mg Kaugummi gegeben werden. (A)
- Wenn eine leitliniengerecht durchgeführte medikamentöse Behandlung bei starken Rauchern nicht ausreichend wirksam war, kann Bupropion unter Beachtung von und nach Aufklärung über mögliche Risiken in Kombination mit einer langwirksamen Nikotinersatztherapie (Pflaster) angeboten werden. (0)
- Die Nikotinersatztherapie kann zur Rückfallprophylaxe angeboten werden. (0)
- Die Nikotinersatztherapie sollte zur Entwöhnung von rauchlosen Tabakprodukten nicht angeboten werden. (B)

⁴ Nikotinersatztherapie = nicotinevervangings therapie

- Wenn eine leitliniengerecht durchgeführte medikamentöse Behandlung mit einer Nikotinersatztherapie nicht ausreichend wirksam war, soll Bupropion als pharmakologische Monotherapie zur Tabakentwöhnung unter Beachtung von und nach Aufklärung über mögliche Risiken angeboten werden. (A)
- Nortriptylin kann zur Tabakentwöhnung unter Beachtung möglicher Risiken angeboten werden, wenn zugelassene Therapieformen nicht zum Erfolg geführt haben. Nortriptylin ist jedoch für diese Indikation in Deutschland nicht zugelassen⁵. (0)
- Andere Antidepressiva sollen zur Tabakentwöhnung nicht angeboten werden. (A)
- Wenn eine leitliniengerecht durchgeführte medikamentöse Behandlung mit einer Nikotinersatztherapie nicht ausreichend wirksam war, soll Vareniclin zur Tabakentwöhnung unter Beachtung von und nach Aufklärung über mögliche Risiken angeboten werden. (A)
- Cytisin kann angeboten werden. Es ist in Deutschland jedoch nicht zugelassen⁶. (0)
- Andere partielle Nikotinrezeptoragonisten sollten nicht angeboten werden. (B)
- Ein Therapieversuch mit Clonidin kann zur Tabakentzugsbehandlung unter Beachtung von und nach Aufklärung über mögliche Risiken angeboten werden, wenn leitliniengerechte Therapieformen nicht zum Erfolg geführt haben. Clonidin ist jedoch für diese Indikation in Deutschland nicht zugelassen. (0)
- Alle anderen Substanzen sollten aufgrund fehlender Wirksamkeitsnachweise und/oder ungünstiger Nutzen-Risiko-Verhältnisse nicht angeboten werden. (B)
- Wird eine Fortsetzung der laufenden medikamentösen Behandlung zur Rückfallprophylaxe erwogen, kann Nikotinersatz für 16 bis 24 Wochen, Vareniclin für 24 Wochen oder Bupropion für 16 bis 45 Wochen angeboten werden. (0)
- Raucher, die den Tabakkonsum beenden wollen und denen eine Medikation zur Tabakentzugsbehandlung angeboten wird, sollen eine begleitende Beratung zur Unterstützung des Rauchstopps erhalten. (A)
- Wenn verfügbar und angemessen, soll bei Verwendung von Medikamenten eine Kombination mit einem verhaltenstherapeutischen Tabakentwöhnungsprogramm angeboten werden. (A)
- Akupunktur hat keinen spezifischen Effekt auf die langfristige Abstinenz. Akupunktur kann nicht empfohlen werden. (0)
- Die Datenlage zur Sicherheit und Effektivität der elektrischen Zigarette in der Tabakentwöhnung ist unzureichend. Die elektrische Zigarette sollte zur Tabakentwöhnung nicht angeboten werden. (B)

De Duitse richtlijn bevat verder nog aanbevelingen voor specifieke groepen (zoals (zwangere) vrouwen, jongeren, ouderen en mensen met een psychische stoornis; hier niet vermeld). Ook vermeldt de richtlijn aanbevelingen voor patiënten met somatische klachten waaronder COPD:

- Bei Patienten mit einer körperlichen Erkrankung soll der Tabakkonsum erfasst werden. (A)
- Rauchenden Patienten, die wegen einer Tabak-assoziierten Erkrankung im Krankenhaus sind, soll eine Rauchstoppempfehlung gegeben und eine Tabakentwöhnung angeboten bzw. vermittelt werden. Die Tabakentwöhnung soll im Krankenhaus beginnen und unterstützenden Kontakt über mindestens einen Monat beinhalten. (A)

⁵ Ook in Nederland is nortriptyline niet officieel geregistreerd voor de indicatie stoppen-met-roken. Het wordt echter, net als nicotinevervangende middelen, bupropion en varenicline, wel vergoed door de zorgverzekeraars mits het gecombineerd wordt met een bewezen effectieve gedragsmatige behandeling.

⁶ Cytisine is in Nederland niet geregistreerd als geneesmiddel en als receptmiddel derhalve (nog) niet verkrijgbaar.

- Rauchenden Patienten, bei denen eine Operation geplant wird, sollte eine Tabakentwöhnung mit medikamentöser Komponente angeboten werden. (B)
- Allen COPD-Patienten, die rauchen, soll eine Tabakentwöhnung mit medikamentöser und psychosozialer Unterstützung angeboten werden. (A)
- Allen Patienten mit kardiovaskulären Erkrankungen soll ohne Einschränkungen geraten werden, das Rauchen aufzugeben und möglichst auch jede passive Tabakexposition zu vermeiden. (A)
- Rauchenden Patienten mit tabakassoziierten Erkrankungen, soll eine Tabakentwöhnung mit medikamentöser und psychosozialer Unterstützung angeboten werden. (KKP)

Tot slot vermeldt de richtlijn aanbevelingen over de setting en andere randvoorwaarden:

- Die Beratung zum Rauchstopp sollte systematisch sowohl durch ärztliche/ psychotherapeutische, als auch durch geschulte andere Berufsgruppen im Gesundheitswesen angeboten werden. (KKP)
- Verhaltenstherapeutisch orientierte Einzel- und Gruppeninterventionen zur Förderung des Rauchstopps bzw. zur Entwöhnungsbehandlung sollen durch (geschulte) ärztliche/ psychotherapeutische oder qualifizierte andere Mitarbeiterinnen/ Mitarbeiter im Gesundheitswesen angeboten werden. (KKP)
- Beratungsansätze zur Förderung des Rauchstopps sowie therapeutische Interventionen zur Entwöhnungsbehandlung sollen in die Aus- und Weiterbildung von Gesundheitsberufen stärker integriert werden. (KKP)

3.3.2 Nieuw-Zeeland, 2014

“The New Zealand Guidelines for Helping People to Stop Smoking” uitgegeven door het Nieuw-Zeelandse Ministry of Health.

Weergave wetenschappelijke evidentie

De aanbevelingen van de Nieuw-Zeelandse richtlijn zijn voorzien van een ‘Grade of recommendation’ die gebaseerd is op een door de Australian National Health and Medical Research Council (NHMRC 2009) ontwikkelde methode. Daarbij wordt de volgende indeling aangehouden:

- Grade A: Body of evidence can be trusted to guide practice;
- Grade B: Body of evidence can be trusted to guide practice in most situations;
- Grade C: Body of evidence provides some support for recommendation(s) but care should be taken in its application;
- Grade D: Body of evidence is weak and recommendation must be applied with caution;
- Grade V: Good practice point Recommended best practice based on clinical experience and expert opinion.

De gradering wordt niet nader toegelicht.

Identificatie en registratie

- Ask about and document every person’s smoking status. For people who smoke or have recently stopped smoking, check and update their smoking status regularly (at every admission to hospital and at least annually in primary care). All health care settings (general practice, medical centres, hospitals, etc.) should have systems in place to ensure that smoking status is accurately documented. (A)

Advisering en motivering

- All doctors should give brief advice to stop to all of their patients who smoke at every opportunity. (A)

- All other health care workers should also give brief advice to stop to every person they see who smokes at every opportunity. (B)
- In the person's records, note that brief advice was provided. Take care to use the correct clinical codes where applicable. (C)
- Health care workers should seek appropriate training so that they can provide brief advice effectively. (B)

Ondersteuning en terugvalpreventie

Gedragmatige ondersteuning

- Providing face-to-face, stop-smoking support either to individual patients or to groups of people who smoke is an effective method of stopping smoking. (A)
- Aim to see people for at least four support sessions. (A)
- Health care workers providing evidence-based, stop-smoking support (that is, more than just brief advice) should be competent to do so. (C)
- Health care workers trained as stop-smoking practitioners require dedicated time to provide stop-smoking support. (C)
- Offer telephone counselling as an effective method of stopping smoking. (A)
- Offer text message support as an effective method of stopping smoking. (B)
- Internet-based support can be offered to people who want help in stopping smoking, although there is currently insufficient evidence to determine what degree of support is required to increase long-term abstinence rates. (v)
- Make self-help materials available, particularly those that are tailored to individuals, but do not make them the main focus of efforts to help people stop smoking. (v)
- There is insufficient evidence to recommend any specific relapse prevention interventions. However, services should offer ongoing support to people who need further help to remain smoke free. (v)

Medicamenteuze ondersteuning

- Offer NRT (Nicotine replacement therapy) routinely as an effective medication for people who want to stop smoking. (A)
- Personal preference should guide which NRT product (e.g., patches, gum, lozenges, inhalator or spray) a person uses. (v)
- People should use NRT for at least eight weeks. (A)
- Combining two NRT products (e.g., patch and gum are a popular combination) increases abstinence rates. (A)
- NRT can be used to encourage a person to reduce their smoking before they try to stop. (B)
- People who need or want NRT for longer than eight weeks (e.g., people who are highly dependent) can continue to use it. (v)
- People with cardiovascular disease can use NRT. (B)
- Pregnant women can use NRT after they have been informed of and have weighed up the risks and benefits. If they use patches, they should remove them overnight. (v)
- Young people (12–18 years of age) who are dependent on nicotine can use NRT if the health care worker believes that NRT may help them to stop smoking. (v)
- Bupropion can be offered as an effective medication for people who want to stop smoking. (A)
- The decision to use bupropion should be guided by the person's preference along with contraindications and precautions for use. (v)
- Monitor people using bupropion for adverse effects. (v)
- Nortriptyline can be offered as an effective medication for people who want to stop smoking. (A)

- The decision to use nortriptyline should be guided by the person's preference as long as they have discussed the risks of use with a health care worker. (v)
- Monitor people using nortriptyline for adverse effects. (v)
- Varenicline can be offered as an effective medication for those who want to stop smoking. (A)
- The decision to use varenicline should be guided by the person's preference, and the criteria of the Special Authority for prescribing, as long as the person has discussed the contraindications and precautions for use with a clinician. (v)
- Monitor people using varenicline for adverse effects. (v)

Ook de Nieuw-Zeelandse richtlijn bevat aanbevelingen voor specifieke groepen (zoals Māori en mensen uit de Pacific of Azië, jongeren, zwangere vrouwen of vrouwen die borstvoeding geven, patiënten opgenomen in een ziekenhuis, mensen met een psychische stoornis; hier niet vermeld).

Tot slot vermeldt de richtlijn nog aanbevelingen voor mensen die al vaker een stoppoging hebben gedaan:

- Provide brief advice to stop smoking to all people who have relapsed. (A)
- Offer effective stop-smoking interventions to people making another quit attempt. (A)
- Services should be able to offer support to people who have relapsed as soon as they request support. They should take past stop-smoking attempts into account when formulating a treatment plan. (v)

En aanbevelingen over de setting en andere randvoorwaarden:

- Support and encourage health care workers who smoke to stop. (v)
- Give training to all health care workers to assist them in screening for tobacco use, making an offer of treatment and referring people who want help with stopping smoking to a stop-smoking service. Such training should be relevant to trainees and sensitive to their other time commitments. (v)
- For health care workers who provide stop-smoking treatment (i.e., stop-smoking practitioners), give the appropriate level of training to enable them to provide evidence-based, stop-smoking interventions (including multi-session behavioural support and advice on using stop-smoking medicines). (v)
- Health care organisations (at all levels) should put in place tools and systems that (1) prompt health care workers to implement the ABC pathway⁷ and (2) provide feedback on performance. (v)
- Health care organisations should foster and support clinical leadership in helping people stop smoking. (v)

3.3.3 Verenigd Koninkrijk, 2018

"Stop smoking interventions and services" uitgegeven door het *National Institute for Health and Care Excellence (NICE)*.

Weergave wetenschappelijke evidentie

Anders dan de voorgaande richtlijnen geeft de Britse NICE richtlijn niet bij elke aanbeveling met een code aan wat de mate van wetenschappelijke onderbouwing is en met welke mate van zekerheid de aanbeveling gedaan kan worden. Wel is er een aparte uitgave (Smoking cessation interventions and services Systematic review

⁷ "Ask about and document every person's smoking status. Give **B**rief advice to stop to every person who smokes. Strongly encourage every person who smokes to use **C**essation support"

appendices NICE guideline NG92 Appendices March 2018)⁸, waarin staat beschreven hoe de wetenschappelijke onderbouwing tot stand is gekomen en welke studies zijn gebruikt. Van de gebruikte studies is ook een kwaliteitsbeoordeling weergegeven. Er is gebruik gemaakt van Cochrane en non-Cochrane Systematic Reviews, de primaire studies die gebruikt zijn voor de systematische reviews, grijze literatuur en het oordeel van experts.

De wijze waarop de aanbeveling is verwoord, maakt duidelijk met welke mate van zekerheid de aanbeveling wordt gedaan. Wanneer een aanbeveling niet helemaal met zekerheid kan worden gedaan, wordt gesteld dat de interventie kan worden overwogen ('consider'). Niet helemaal duidelijk is hoe de mate van zekerheid is gerelateerd aan het type studie dat ten grondslag ligt aan de evidentie.

Sommige van onderstaande aanbeveling zijn expliciet van toepassing voor professionals werkzaam in *stop smoking services* of *stop smoking support*, andere voor professionals werkzaam in de eerstelijns gezondheidszorg en sociale hulpverlening. Omwille van de vergelijkbaarheid met de andere richtlijnen presenteren we alleen de aanbevelingen die in ieder geval deels ook relevant zijn voor professionals werkzaam in de eerstelijns gezondheidszorg en sociale hulpverlening. Zo is bijvoorbeeld de aanbeveling 'Use England's public health profiles to estimate smoking prevalence among the local population.' wel relevant voor professionals van *stop smoking services*, maar niet direct voor eerstelijns gezondheidszorgwerkers.

Identificatie en registratie

- Prioritise specific groups who are at high risk of tobacco-related harm. These may include:
 - people with mental health problems, including mental health disorders
 - people who misuse substances
 - people with health conditions caused or made worse by smoking (for example, see ... and COPD)
 - people with a smoking-related illness
 - populations with a high prevalence of smoking-related morbidity or a particularly high susceptibility to harm
 - communities or groups with particularly high smoking prevalence (such as manual workers, travellers, and lesbian, gay, bisexual and trans people)
 - people in custodial settings
 - people living in disadvantaged circumstances
 - pregnant women who smoke.
- At every opportunity, ask people if they smoke and advise them to stop smoking in a way that is sensitive to their preferences and needs.

Advisering en motivering

- Discuss any stop smoking aids the person has used before, including personally purchased nicotine-containing products.
- Encourage people being referred for elective surgery to stop smoking before their surgery. Refer them to local stop smoking support.
- Offer advice on using nicotine-containing products on general sale, including NRT and nicotine-containing e-cigarettes.

⁸ <https://www.nice.org.uk/guidance/ng92/evidence/a-methodology-d-evidence-tables-e-excluded-studies-f-expert-testimonies-g-quality-assessment-tools-h-quality-assessment-appraisal-i-committee-membership-and-declarations-of-interest-pdf-4790452718>

- For people who smoke and who are using, or are interested in using, a nicotine-containing e-cigarette on general sale to quit smoking, explain that:
 - although these products are not licensed medicines, they are regulated by the Tobacco and Related Products Regulations 2016
 - many people have found them helpful to quit smoking cigarettes
 - people using e-cigarettes should stop smoking tobacco completely, because any smoking is harmful
 - the evidence suggests that e-cigarettes are substantially less harmful to health than smoking but are not risk free
 - the evidence in this area is still developing, including evidence on the long-term health impact.
- Refer people who want to stop smoking to local stop smoking support.
- Discuss how to stop smoking with people who want to quit.
- Set out the pharmacotherapy and behavioural options, taking into consideration previous use of stop smoking aids, and the adverse effects and contraindications of the different pharmacotherapies. Ensure the following evidence-based interventions are available for adults who smoke:
 - behavioural support (individual and group)
 - bupropion
 - nicotine replacement therapy⁹ (NRT) – short and long acting
 - varenicline
 - very brief advice.
- Ensure very brief advice is delivered according to the NCSCT training module on very brief advice.
- Explain that a combination of varenicline and behavioural support or a combination of short-acting and long-acting NRT are likely to be most effective.
- If people opt out of a referral to local stop smoking support, refer them to a professional who can offer pharmacotherapy and very brief advice.
- Agree the approach to stopping smoking that best suits the person's preferences. Review this approach at future visits.
- If people are not ready to stop smoking:
 - make sure they understand that stopping smoking reduces the risks of developing smoking-related illnesses or worsening conditions affected by smoking
 - ask them to think about adopting a harm reduction approach
 - encourage them to seek help to quit smoking completely in the future
 - record the fact that they smoke and at every opportunity ask them about it again in a way that is sensitive to their preferences and needs.
- For people who smoke and who are using, or are interested in using, a nicotine-containing e-cigarette on general sale to quit smoking, explain that:
 - although these products are not licensed medicines, they are regulated by the Tobacco and Related Products Regulations 2016
 - many people have found them helpful to quit smoking cigarettes
 - people using e-cigarettes should stop smoking tobacco completely, because any smoking is harmful

⁹ De verklarende woordenlijst beschrijft NRT: “Nicotine replacement therapy (NRT) products are licensed for use as a smoking cessation aid and for harm reduction, as outlined in the British national formulary. They include transdermal patches, gum, inhalation cartridges, sublingual tablets and a nasal spray.”

- the evidence suggests that e-cigarettes are substantially less harmful to health than smoking but are not risk free
- the evidence in this area is still developing, including evidence on the long-term health impact.

Ondersteuning en terugvalpreventie

Gedragmatige ondersteuning

- Ensure publicly sponsored telephone quitlines offer a rapid, positive and authoritative response. If possible, callers whose first language is not English should have access to information and support in their chosen language.
- Consider text messaging¹⁰ as an adjunct to behavioural support.
- Ensure behavioural support is provided by trained stop smoking staff.

Er zijn verder geen aanbevelingen die betrekking hebben op gedragmatige ondersteuning. Wel bevat de verklarende woordenlijst (*'Terms used in this guideline'*) een toelichting op het begrip *behavioural support*: *"Individual behavioural support involves scheduled face-to-face meetings between someone who smokes and a counsellor trained in smoking cessation. Typically, it involves weekly sessions over a period of at least 4 weeks after the quit date and is normally combined with pharmacotherapy. Group behavioural support involves scheduled meetings in which people who smoke receive information, advice and encouragement and some form of behavioural intervention (for example, cognitive behavioural therapy). This therapy is offered weekly for at least the first 4 weeks of a quit attempt (that is, for 4 weeks after the quit date). It is normally combined with pharmacotherapy."*

Medicamenteuze ondersteuning

- Offer varenicline as an option for adults who want to stop smoking, normally only as part of a programme of behavioural support, in line with NICE's technology appraisal guidance on varenicline¹¹.
- For adults, prescribe or provide varenicline, bupropion¹² or NRT before they stop smoking.
- Agree a quit date set within the first 2 weeks of bupropion treatment and within the first 1 to 2 weeks of varenicline treatment. Reassess the person shortly before the prescription ends.
- Agree a quit date if NRT is prescribed. Ensure that the person has NRT ready to start the day before the quit date.
- Consider NRT for young people over 12 who are smoking and dependent on nicotine. If this is prescribed, offer it with behavioural support.

COPD-richtlijnen

De volgende vier richtlijnen richten zich (deels) specifiek op de behandeling van tabaksverslaving bij COPD-patiënten. Bij richtlijnen die zich (deels) ook op andere populaties richten is voor het huidige onderzoek alleen het deel dat zich richt op COPD-patiënten onderzocht.

¹⁰ De verklarende woordenlijst (*'Terms used in this guideline'*) beschrijft text messaging: "The text messages should be tailored to the person and aim to advise on quitting by giving information about the consequences of smoking and what to expect when trying to quit, encouraging and boosting self-efficacy, motivating and giving reminders of how to deal with difficult situations."

¹¹ De aanbeveling gaat niet verder in op het gebruik van varenicline maar verwijst naar de webpagina 'Varenicline for smoking cessation' (<https://www.nice.org.uk/guidance/ta123/chapter/1-Guidance>)

¹² De aanbeveling gaat niet verder in op het gebruik van bupropion maar verwijst middels een (niet-werkende) link (<https://bnf.nice.org.uk/drug/bupropion-hydrochloride.html>) naar een webpagina van het 'British national formulary.'

3.3.4 Duitsland, 2014

„Tabakentwöhnung bei COPD“ uitgegeven door de *Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V.*

Weergave wetenschappelijke evidentie

De aanbevelingen van de huidige Duitse richtlijn zijn gebaseerd op een update volgens de voorschriften van het AWMF van een vorige versie (1^e uitgave 2008). Hiervoor is een PubMed literatuurstudie uitgevoerd waarbij Duits- en Engelstalige reviews, meta-analyses en oorspronkelijke studies zijn geïnccludeerd. Ook werden de referentielijsten van de geïnccludeerde artikelen geraadpleegd. Daar waar nieuwe inzichten werden gevonden werden bewijstabellen opgesteld. Vervolgens is een consensusbijeenkomst gehouden met deskundigen uit het veld. De waardering van de wetenschappelijke evidentie is gebaseerd op de voorschriften van het *Oxford Centre for Evidence-based Medicine*. Hierbij is bij bewijsniveau 1 sprake van tenminste 1 prospectieve cohortstudie, bij bewijsniveau 2 van tenminste 1 retrospectieve cohortstudie, bij bewijsniveau 3 van cross-sectioneel onderzoek en bij bewijsniveau 4 van casestudies. De aanbeveling zijn voorzien van de indeling sterk aanbevolen (++) , zwak aanbevolen (+) of niet aanbevolen (-). Deze indeling was behalve op de mate van wetenschappelijke evidentie ook gebaseerd op aspecten als klinische relevantie, pathofysiologische en klinische aannemelijkheid en praktische haalbaarheid. Niet duidelijk was hoe het bewijsniveau (1 t/m 4) gerelateerd was aan de mate van aanbeveling (++, + of -).

De richtlijn bevat zowel *Statements* (S) als *Empfehlungen* (E). Alleen de *Empfehlungen* zijn voorzien van een waardering van de wetenschappelijke evidentie, de *statements* zijn voorzien van één of meer referenties.

- S1 Über Tabakrauch aufgenommenes Nikotin besitzt die Eigenschaften einer psychotropen Substanz mit hohem Abhängigkeitspotenzial.
- S2 Tabakrauchen ist der wichtigste Risikofaktor für die COPD.
- S3 Passivrauchexposition ist ein Risikofaktor für die COPD.
- S4 Rauchende Patienten mit COPD weisen eine besonders hohe Tabakabhängigkeit auf.

Identificatie en registratie

- E1 Der Tabakkonsum soll regelmäßig erfragt und dokumentiert werden. (++)

Hoewel niet in een aanbeveling opgenomen beschrijft de richtlijn wel hoe de Fagerströmtest toegepast kan worden om de mate van afhankelijkheid vast te stellen. Ook het maken van een inschatting van een eventuele depressieve stoornis kan zinvol zijn, evenals een systematische inschatting van de tabaksconsumptie met behulp van een rookdagboek. Voor een meer objectieve meting van het rookgedrag kan een CO-bepaling uitgevoerd worden.

Advisering en motivering

- E2 COPD-Patienten, die noch rouchen, sollen unabhängig vom Alter klar, deutlich und mit persönlichem Bezug dazu motiviert werden, den Tabakkonsum zu beenden.(++)

Niet als aanbeveling geformuleerd, maar wel in de tekst terug te vinden, is de stellingname dat de meerderheid van COPD-patiënten wil stoppen en open staat voor een advies van een arts om te stoppen met roken. Een dergelijk advies zou bijzonder effectief zijn wanneer de arts het roken in verband brengt met de COPD-klachten. Ook stelt de richtlijn dat motiverende gespreksvoering een effectieve gesprekstechniek is die ook door medewerkers van gezondheidscentra (die geen arts zijn) kan worden uitgevoerd. Al zou het effect

duidelijk groter zijn wanneer huisartsen de techniek toepassen. De richtlijn haalt ook studies aan die lieten zien dat het bespreken van de beperkingen van de longfunctie, waaronder de berekende 'longleeftijd', een positieve uitwerking had op volhouden van het stoppen met roken.

- S5 Die Besprechung einer eingeschränkten Lungenfunktion hat einen positiven Einfluss auf den Erfolg der Tabakentwöhnung.

Het stoppen met roken heeft positieve gevolgen voor de COPD-patiënt wat betreft de longfunctie, mortaliteit, exacerbaties en infecties, etc.

- S6 Die Tabakentwöhnung zeigt positive Effekte auf die Symptomatik, den Verlauf der Lungenfunktion und die Mortalität bei Patienten mit COPD.

De richtlijn stelt dat het minder i.p.v. stoppen met roken geen effectieve strategie is.

- S7 Eine Verbesserung der Lungenfunktion ist nicht zu erwarten, wenn der Tabakkonsum lediglich reduziert wird.

Ondersteuning en terugvalpreventie

Gedragmatige ondersteuning

De richtlijn stelt dat voor COPD-patiënten een multimodaal gestructureerd programma noodzakelijk is waarin zowel medicamenteuze als niet-medicamenteuze interventies worden toegepast. Hierbij richt de niet-medicamenteuze behandeling zich vooral op gedragsverandering en terugvalpreventie. De medicamenteuze behandeling richt zich op de beïnvloeding van biologische processen.

- S8 Ein Entwöhnungskonzept, das sowohl medikamentöse Unterstützung als auch psychosoziale Unterstützung umfasst, hat sich für COPD-Patienten als effektiv erwiesen.
- E3 Allen COPD-Patienten, die ihren Tabakkonsum beenden wollen, soll eine Tabakentwöhnung mit medikamentöser und psychosozialer Unterstützung angeboten werden. (++)

De richtlijn stelt dat de behandeling van tabaksverslaving in zowel een ambulante als klinische setting doorgevoerd kan worden en dat is aangetoond dat de behandeling door huisartsen, longartsen en bedrijfsartsen effectief kan zijn.

Medicamenteuze ondersteuning

De richtlijn stelt dat het vervangen van een psychosociale behandeling door een medicamenteuze behandeling de kans op succesvol stoppen met roken van COPD-patiënten vergroot. Voor een medicamenteuze behandeling komen nicotinevervangings therapie (Nikotinersatztherapie: NET), bupropion en varenicline in aanmerking. E-sigaretten kunnen vanwege ontbrekend bewijs van effectiviteit niet worden aanbevolen.

1. Nicotinevervangings therapie (NET)

De richtlijn stelt dat NET de minste bijwerkingen kent. De richtlijn haalt een studie aan waarin nicotine neusspray de hoogste effectiviteit en nicotine kauwgom de laagste effectiviteit had. De richtlijn beschrijft verder de langzame en langdurende afgifte van nicotine door nicotine pleisters en de snelle en korter durende afgifte door nicotine kauwgom. Het snelst werkt de nicotine-inhaler die daarom gebruikt kan worden om acute ontwenningssverschijnselen te bestrijden. De richtlijn stelt dat het

vooral bij sterk nicotineafhankelijke patiënten zinvol is om pleisters en kauwgom of inhaler te combineren.

2. Bupropion

De richtlijn haalt verschillende studies aan die de effectiviteit van bupropion aantonen. De richtlijn benoemt ook verschillende bijwerkingen die kunnen optreden. Voor het begin van een behandeling met bupropion dient daarom het risico op epileptische aanvallen, psychische stoornissen zoals een bipolaire stoornis, suïcide, anorexia en bulimia uitgesloten te worden. De richtlijn stelt een behandelingsduur van in totaal acht weken voor.

3. Varenicline

De richtlijn haalt diverse studies aan die de effectiviteit van varenicline aantonen. De richtlijn stelt dat met varenicline een week voor de stopdatum dient te worden begonnen. Na het stoppen dient het gebruik elf weken te worden voortgezet waarbij het mogelijk is de inname met twaalf weken te verlengen.

De richtlijn stelt tot slot dat het doel van de richtlijn niet alleen het behandelen van tabaksverslaving bij COPD-patiënten is, maar ook het voorkomen van passief meeroken.

- S9 Die Tabakentwöhnung ist die wirksamste und kosteneffektivste Einzelmaßnahme, um das Risiko der COPD-Entstehung herabzusetzen und das Voranschreiten der Erkrankung zu stoppen.
- E4 Daher soll die Tabakentwöhnung nachhaltig auf allen Versorgungsebenen gefördert werden. (++)

3.3.5 Europa (ENSP), 2012

“European Smoking Cessation Guidelines: The authoritative guide to a comprehensive understanding of the implications and implementation of treatments and strategies to treat tobacco dependence” uitgegeven door het European Network for Smoking and Tobacco Prevention (ENSP).

Weergave wetenschappelijke evidentie

De aanbevelingen van de richtlijn zijn voorzien van een code die een indicatie geeft van het niveau van het bewijs voor de aanbeveling. De indeling is tot stand gekomen op basis van een evaluatie van het soort onderzoek, de kwaliteit van het onderzoek en de hoeveelheid onderzoek:

Category of proof	Source of evidence	Definition
A	Controlled and randomized trials (CRT), large database.	Great number of studies which imply a substantial number of participants.
B	Controlled and randomized trials, limited database.	Studies include a limited number of patients, analysis post hoc or analysis of CRT sub-groups, or meta-analysis of CRT. The randomized trials are small, on various population groups, with inconsistent results.
C	Non-randomized trials, observational studies, expert consensus.	Proof from noncontrolled and non-randomized trials or observational studies.

De European Smoking Cessation Guideline richt zich gedeeltelijk op COPD-patiënten (blz. 168-170). Het COPD-gedeelte bevat een tweetal expliciete aanbevelingen:

- NRT or varenicline should be used for smoking cessation in all smokers with COPD, regardless of disease severity and number of cigarettes smoked. (B)
- NRT, varenicline and bupropion SR are effective and well tolerated in smokers with COPD patients. (A)

Daarnaast stelt de richtlijn in de tekst dat het stoppen met roken voor COPD-patiënten de belangrijkste therapeutische interventie is. Rokende COPD-patiënten hebben een bijzonder hoge mate van nicotineafhankelijkheid waardoor een gestructureerd stoppen-met-roken-programma noodzakelijk is dat zowel medicamenteuze als niet-medicamenteuze interventies omvat. Cochrane reviews tonen aan dat een aanpak met medicamenteuze en niet-medicamenteuze (psychosociale) ondersteuning effectief is voor COPD-patiënten (A).

Het psychosociale deel van de interventie bestaat uit een gestructureerd programma dat gedurende enkele uren cognitieve aspecten en subjectieve of objectieve aspecten van het functioneren van het ademhalingsapparaat bespreekt (zoals de longfunctie).

De richtlijn stelt dat de beste manier om *self-efficacy* en *self-esteem* te vergroten is om de patiënt voortdurende ondersteuning aan te bieden. De *Clinical COPD Questionnaire (CCQ)* is een waardevol instrument om gezondheidswinst als gevolg van het stoppen met roken vast te stellen bij COPD-patiënten. Elke roker met COPD zou herhaaldelijk door zijn of haar arts geadviseerd moeten worden om te stoppen met roken. Een maandelijks bezoek is aanbevolen, maar ook intensieve gedragsmatige interventies, individueel of in groepsverband zijn van belang.

Een combinatie van verschillende vormen van NRT kan COPD-patiënten helpen bij het stoppen met roken. Het gebruik van nicotinevervangers met verschillende afgifte-eigenschappen wordt sterk aanbevolen. Door de duur van het gebruik van nicotinevervangers te verhogen tot zes of twaalf maanden kunnen meer rokers geholpen worden te stoppen met roken. NRT kan ook gebruik worden om geleidelijk het aantal sigaretten af te bouwen voordat een totale stoppoging wordt ondernomen. De richtlijn stelt dat rokende COPD-patiënten meestal niet gemotiveerd zijn om te stoppen. Het gebruik van (een combinatie) van verschillende vormen van NRT kan helpen de motivatie en het zelfvertrouwen te vergroten.

De richtlijn haalt drie klinische trials aan waaruit blijkt dat bupropion effectiever is dan placebo voor de behandeling van rokende COPD-patiënten. Bupropion en nortryptiline lijken even effectief te zijn, maar bupropion lijkt kosteneffectiever te zijn. Een combinatie van bupropion en counseling bleek meer effectief dan placebo. De effectiviteit en veiligheid van varenicline blijkt uit een tweetal aangehaalde studies. Hier bleek ook varenicline effectiever te zijn dan nicotinepleisters.

3.3.6 Europa (TOB.g), 2017

“Unit 4: Smoking Cessation in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD)” uitgegeven door Tobacco Cessation Guidelines for High Risk Groups (TOB.g).

Weergave wetenschappelijke evidentie

Voor de weergave van de mate van bewijs voor de aanbevelingen is gebruik gemaakt van het GRADE-systeem. Dit systeem geeft het type onderzoek weer en de kwaliteit en kwantiteit van het onderzoek waarop de aanbeveling is gebaseerd:

Code	Quality of evidence	Definition
A	High	<ul style="list-style-type: none"> • Further research is very unlikely to change our confidence in the estimate of effect. • Several high-quality studies with consistent results. • In special cases: one large, high-quality multi-center trial.
B	Moderate	<ul style="list-style-type: none"> • Further research is likely to have an important impact on our confidence in the estimate of effect and may change the estimate. • One high-quality study. • Several studies with some limitations.
C	Low	<ul style="list-style-type: none"> • Further research is very likely to have an important impact on our confidence in the estimate of effect and is likely to change the estimate. • One or more studies with severe limitations.
D	Very low	<ul style="list-style-type: none"> • Any estimate of effect is very uncertain. • Expert opinion. • No direct research evidence. • One or more studies with very severe limitations.

De richtlijn bevat verder geen nadere toelichting op de mate van bewijs voor de aanbevelingen.

De Tobacco Cessation Guidelines for High-Risk Populations richt zich gedeeltelijk op COPD-patiënten: ‘Unit 4: Smoking Cessation in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD)’ (blz. 193-249). Het COPD-gedeelte bevat een overzicht van aanbevelingen voor zorgprofessionals (blz. 197-198).

Identificatie en registratie

We vonden geen aanbevelingen die betrekking hadden op de identificatie en/of registratie van de rookstatus van COPD-patiënten.

Advisering en motivering

- Among COPD patients who continue to smoke, smoking cessation is the key clinical intervention for reducing progressive lung destruction and lung function deterioration and should be a clinical priority for all patients. (A)
- All health care providers who treat COPD patients who smoke should be aware of the specific tobacco use and cessation patterns of this group of patients in order to tailor intervention strategies and increase success with quitting. (D)
- Smoking cessation interventions should be integrated into routine care of COPD patients who smoke, in both primary care and specialist settings. (A)
- Primary care providers, pulmonologists and other health professionals involved in the treatment of COPD should be trained in evidence-based smoking cessation treatment and be prepared to provide smoking cessation pharmacotherapy and counselling to their COPD patients or may refer them to a colleague trained in smoking cessation. (A)
- The role of “lung age” for increasing patient motivation to quit smoking deserves further investigation. (C)

Ondersteuning en terugvalpreventie

- A combination of high-intensity counseling and pharmacotherapy is the most effective strategy for treating tobacco use in patients with COPD. (B)
- Exhaled air carbon monoxide (CO) and cotinine are useful non-invasive biomarkers of tobacco smoke exposure and can be used in clinical settings to assess smoking status and to monitor smoking cessation. (A)
- Clinicians overseeing the care of COPD smokers should take the opportunity to assess CO values whenever possible in follow-up visits and use it as a motivational tool to support quit attempts, being at the same time aware of the higher CO levels due to airway inflammatory process. (B)

Gedragmatige ondersteuning

- A growing body of evidence suggests that majority of COPD patients, in particular those who report high levels of nicotine dependence will require structured and intensive smoking cessation support in order to quit. (C)
- Co-habitants and families of COPD patients should be instructed not to expose COPD patients to tobacco smoke and should be included in smoking cessation programs. (D)

Medicamenteuze ondersteuning

- NRT can be used to support cessation among COPD patients; however standard dosing of NRT among COPD populations has produced lower quit rates than in the general population of smokers. (A)
- High dose NRT is recommended for COPD patients who report moderate to high levels of nicotine addiction as measured by the Fagerstrom Test of Nicotine Dependence. The combination of two types of NRT with different types of delivery is highly recommended. (A)
- Increasing the length of time that NRT is used to up to six or twelve months can be effective in increasing abstinence rates in COPD smokers compared to the standard 10 weeks of NRT therapy. (A)
- For COPD patients with low motivation to quit, NRT may be used to support gradual smoking reduction. (B)
- Varenicline is a first-line quit smoking medication that has been shown to be effective in supporting cessation in smokers with COPD, regardless of disease severity or number of cigarettes smoked. (B)
- Bupropion is an effective aid to support smoking cessation among COPD patients and it is safe to use bupropion in this population of tobacco users. (B)

3.3.7 Internationaal (GOLD), 2017

“Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD: Chapter 3 Evidence supporting prevention and maintenance therapy: Smoking cessation; Chapter 4 Management of stable COPD: Identify and reduce exposure to risk factors: Tobacco smoke” uitgegeven door het *Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD)*.

Weergave wetenschappelijke evidentie

De aanbevelingen zijn niet zoals de aanbevelingen van de voorgaande richtlijnen voorzien van een code die de mate van wetenschappelijke evidentie aangeeft. Uit de tekst (blz. x-xi) blijkt dat voor de richtlijn een PubMed-search is uitgevoerd waarna de leden van het GOLD science comité beoordeelden of de betreffende literatuur invloed op de aanbevelingen zou moeten hebben. De richtlijn stelt dat de aanbevelingen zijn gebaseerd op het beste bewijs dat beschikbaar is in de literatuur. Alle gedane aanbevelingen zijn door op zijn minst door één belangrijke regelgevende autoriteit goedgekeurd. In de tekst zijn bij uitspraken één of meer referenties opgenomen.

De richtlijn richt zich op de behandeling van COPD in het algemeen, waarbij het aspect stoppen met roken in twee paragrafen terugkomt: *Chapter 3 Evidence supporting prevention and maintenance therapy: Smoking cessation* (blz. 46-47) en *Chapter 4 Management of stable COPD: Identify and reduce exposure to risk factors: Tobacco smoke* (blz. 82).

Het eerste hoofdstuk (Chapter 3, Smoking cessation) bevat geen als zodanig expliciet geformuleerde aanbevelingen. Wel stelt de richtlijn in de tekst dat NRT effectief is het verhogen van de abstinentie. Ook varenicline, bupropion en nortryptiline worden als effectief gepresenteerd; al dienen deze volgens de richtlijn altijd gebruikt te worden binnen een ondersteunend programma.

De richtlijn presenteert een vijfstappenprogramma waarmee zorgprofessionals hun patiënten kunnen helpen bij het stoppen met roken:

Ask	Implementeer een systeem waarmee bij alle patiënten bij alle bezoeken de rookstatus wordt uitgevraagd en gedocumenteerd
Advise	Adviseer alle rokers te stoppen op een duidelijke, overtuigende en persoonlijke wijze
Assess	Bepaal de bereidheid en rationale achter het verlangen van de patiënten om te stoppen met roken
Assist	Help de patiënt met een stop-plan, help de patiënt met counseling, organiseer sociale ondersteuning, adviseer medicamenteuze ondersteuning
Arrange	Regel persoonlijke of telefonische vervolcontacten

De richtlijn stelt dat counseling door zorgprofessionals ertoe bijdraagt dat stoppogingen meer succesvol zijn dan stoppogingen op eigen initiatief. Zelfs een korte oproep van drie minuten om te stoppen met roken verhoogt het stoppercentage. Hoe intensiever de counseling, hoe effectiever de interventie. Intensivering kan bereikt worden door de duur van de behandelsessie te verlengen, het aantal sessies te verhogen en/of de duur van de behandeling te verlengen. Ook financiële beloningen kunnen bijdragen aan succesvol stoppen met roken. De combinatie van medicamenteuze en gedragsmatige ondersteuning verhoogt de kans op succesvol stoppen met roken.

Het tweede hoofdstuk (Chapter 4, Tobacco smoke) geeft een opsomming van aanbevelingen voor de behandeling van tabaksverslaving onder verwijzing naar: '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(24):3244–3254. doi:10.1001/jama.283.24.3244'.

Identificatie en registratie

- Clinicians and health care delivery systems must operationalize the consistent identification, documentation, and treatment of every tobacco user at every visit.

Advisering en motivering

- Effective treatments for tobacco dependence exist and all tobacco users should be offered these treatments.
- Brief smoking cessation counseling is effective and every tobacco user should be offered such advice at every contact with health care providers.

Ondersteuning en terugvalpreventie

- Tobacco dependence is a chronic condition that warrants repeated treatment until long-term or permanent abstinence is achieved.

Gedragmatige ondersteuning

- There is a strong dose-response relation between the intensity of tobacco dependence counseling and its effectiveness.
- Three types of counseling have been found to be especially effective: practical counseling, social support of family and friends as part of treatment, and social support arranged outside of treatment.
- Financial incentive programs for smoking cessation may facilitate smoking cessation.

Medicamenteuze ondersteuning

- First-line pharmacotherapies for tobacco dependence – varenicline, bupropion sustained release, nicotine gum, nicotine inhaler, nicotine nasal spray, and nicotine patch – are effective and at least one of these medications should be prescribed in the absence of contraindicators.

3.4 Aanbevelingen nationale richtlijnen

Deze paragraaf geeft een overzicht van de aanbevelingen van de nationale richtlijnen voor de behandeling van tabaksverslaving. Bij elke richtlijn bespreken we eerst de richtlijn in het licht van de kennis van de internationale richtlijnen. Daarna volgt een overzicht van de aanbevelingen die, voor zover mogelijk, wederom ingedeeld zijn in drie categorieën:

1. Identificatie en registratie
2. Advisering en motivering
3. Ondersteuning en terugvalpreventie
 - a. Gedragmatige ondersteuning
 - b. Medicamenteuze ondersteuning

Bij het overzicht van de aanbevelingen geven we ook kort de wijze waarop in de richtlijn de mate van wetenschappelijke evidentie is beschreven weer. Bij elke aanbeveling staat deze evidentie vermeld.

3.4.1 Richtlijn Behandeling van tabaksverslaving en stoppen met roken ondersteuning, 2017

Deze richtlijn is een initiatief van de Stichting Partnership Stop met Roken en het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. De organisatie was in handen van het Trimbos-instituut en het Nederlands Huisartsen Genootschap.

Bespreking

De richtlijn kent verschillende verschijningsvormen: een volledige versie (116 pagina's) inclusief beschrijving van de gevolgde onderzoeksmethoden, samenstelling van de werk- en klankbordgroep en veertien bijlages met bewijstabellen en beschrijving van de zoekstrategieën. Daarnaast kent de richtlijn ook een 'Overzicht van aanbevelingen' van vier pagina's met een overzicht van de door de richtlijnwerkgroep geformuleerde aanbevelingen op het gebied van gedragmatige en medicamenteuze ondersteuning, e-health en e-sigaretten. Tot slot is er ook een 'Samenvatting richtlijn behandeling tabaksverslaving' van één pagina met daarop een beknopt overzicht van de gedragmatige en medicamenteuze ondersteuning, e-health en e-sigaretten en een schematische weergave van de door de zorgverlener te volgen procedure: 'Ask', 'Advice' en 'Assess'. Na 'Assess' (stel bereidheid om te stoppen vast) geeft de samenvatting de opties voor de zorgverlener weer ingeval van een gemotiveerde patiënt en een niet-gemotiveerde patiënt. De beschikbaarheid van de beknopte samenvatting en schematische weergave maken de richtlijn toegankelijk en implementeerbaar.

In deze richtlijn komt de behandeling van COPD-patiënten niet expliciet aan bod. Wel onderschrijft de werkgroep het belang dat alle zorgverleners op zijn minst een advies op maat geven aan patiënten met aan roken gerelateerde klachten en aandoeningen om te stoppen met roken.

De richtlijn is actueel en de aanbevelingen komen in hoge mate overeen met de aanbevelingen van de internationale richtlijnen. De uitgebreide versie van de richtlijn richt zich daarbij het meest specifiek op de gedragsmatige en medicamenteuze ondersteuning, e-health en de e-sigaret. De eerste fasen van de procedure, 'Identificatie' en 'Advisering', komen minder uitgesproken aan bod. De richtlijn doet geen uitspraak over de minimale of optimale duur van de behandeling, maar stelt wel dat het effect van een intensieve ondersteuning groter lijkt. De richtlijn beveelt verder aan afhankelijk van de wensen van de patiënt, intensieve individuele ondersteuning dan wel intensieve groepstherapie te starten. Wat betreft medicamenteuze ondersteuning worden nicotinevervangende middelen, bupropion, nortryptiline en varenicline aanbevolen. Vanwege de relatief beperkte bijwerkingen worden nicotinevervangende middelen als eerste keus aanbevolen. Bij behandeling met bupropion wordt aanbevolen minimaal twee consultafspraken te maken ter controle op contra-indicaties, het geven van informatie over het middel en te praten over de voortgang van het stopproces.

De richtlijn benadrukt meermaals advies en behandeling *op maat* te geven, maar maakt niet concreet duidelijk hoe de zorgverlener aan dit *op maat* aspect invulling zou kunnen geven. Ook zijn sommige aanbevelingen niet geheel eenduidig geformuleerd. Zo wordt 'voorzichtig' aanbevolen om fysieke training in de gedragsmatige interventie in te bouwen en wordt gesteld dat er 'mogelijk' plaats is voor beweegprogramma's als onderdeel van de interventie om stoppen met roken te bevorderen. De richtlijn ruimt relatief veel plaats in voor e-health toepassingen en e-sigaretten. Bij e-health wordt gesproken van een 'zwak positieve' aanbeveling, e-sigaretten worden niet actief aanbevolen vanwege het ontbreken van evidentie. In de meeste internationale richtlijnen worden deze e-health toepassingen en e-sigaretten minder uitvoerig besproken. Mogelijk hangt dit samen met het feit dat sommige internationale richtlijnen al wat langer geleden zijn verschenen en er in die tijd minder aanleiding was om aandacht aan deze toepassingen te besteden. Een ander mogelijk punt van kritiek betreft de onderbouwing van het gebruik van motiverende gesprekstechnieken met het "*stages-of-change*" model van Prochaska en DiClemente. Dit model is volgens sommigen inmiddels achterhaald¹³. In bijvoorbeeld de laatste herziening van de Nieuw-Zeelandse richtlijn zijn alle verwijzingen naar dit model om deze reden verwijderd.

Weergave wetenschappelijke evidentie

De beoordeling van de kwaliteit van het bewijs is gegradeerd met behulp van GRADE (*Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation*). Hierbij worden vier niveaus onderscheiden:

1. zeer laag: +
2. laag: ++
3. matig: +++
4. hoog: ++++

De kwaliteit wordt in de eerste plaats bepaald door het design van de studie. Gerandomiseerde, gecontroleerde studies (RCT's) hebben bijvoorbeeld een hogere bewijskracht dan observationele studies. De kwaliteit wordt daarnaast bepaald door andere factoren, zoals de consistentie van de gevonden resultaten van de verschillende onderzoeken en de precisie van de uitkomst. De formulering van de conclusies reflecteert het bewijsniveau:

¹³ West, Robert. 2005. "Time for a Change: Putting the Transtheoretical (Stages of Change) Model to Rest." *Addiction* 100(8):1036–39.

GRADE	Levels of evidence	Formulering conclusies
++++	Niveau 1	“Het is aangetoond dat...”
+++	Niveau 2	“Het is aannemelijk dat...”
++	Niveau 3	“Er zijn aanwijzingen dat...”
+	Niveau 4	“Er zijn voorzichtige aanwijzingen dat...”

Anders dan de meeste eerder besproken internationale richtlijnen, presenteert deze Nederlandse richtlijn geen aanbevelingen maar conclusies met een (GRADE) bewijsniveau. Vervolgens presenteert de richtlijn de daaruit voortvloeiende aanbevelingen die echter niet zijn voorzien van een gradering. De aanbevelingen zijn niet expliciet puntsgewijs, maar meer beschrijvend weergegeven. Vanwege het belang dat we binnen deze studie hechten aan het bewijsniveau geven we hieronder zowel de conclusies met het bijbehorende bewijsniveau als de aanbevelingen weer.

De richtlijn betreft een herziening op vier onderwerpen (gedragsmatige ondersteuning, farmacotherapeutische interventies, e-health ondersteuning en de e-sigaret) van de richtlijn-2004 en de herziening uit 2009. Aan de orde komen dan ook alleen deze vier onderwerpen. Voor de overige onderwerpen gerelateerd aan het stoppen met roken wordt verwezen naar de richtlijn-2004 en de herziening uit 2009.

Overzicht aanbevelingen

Gedragsmatige ondersteuning

Individuele gedragsmatige ondersteuning (face-to-face): conclusies

- Het is aannemelijk dat een individuele gedragsmatige interventie, gegeven door een speciaal getrainde zorgverlener (buiten het kader van de routinezorg) leidt, in vergelijking met een minimale interventie, tot een groter percentage rokers dat stopt. (+++)
- Het is onduidelijk of het effect van individuele gedragsmatige interventies afhankelijk is van de intensiteit. Vergelijking van een intensieve interventie met een minder intensieve interventie laat geen verschil zien in het percentage rokers dat stopt met roken. (+++)
- Het is aannemelijk dat het geven van een stoppen met roken advies door een arts, in vergelijking met geen advies, effectief is en leidt tot een (klinisch relevant) groter percentage rokers dat stopt. (+++)
- Er zijn aanwijzingen dat een intensief advies door een arts om te stoppen met roken leidt, in vergelijking met een minimaal advies door een arts, tot een groter percentage rokers dat stopt. Dit effect is het hoogst in de hoog risicogroepen. (++)
- Het is aannemelijk dat interventies aangeboden door een verpleegkundige leiden, in vergelijking met reguliere zorg/controle, tot een groter percentage rokers dat stopt met roken. (+++)

Op basis van bovenstaande conclusies zijn in de richtlijn aanbevelingen geformuleerd. Deze zijn niet puntsgewijs maar beschrijvend weergegeven. Omwille van de vergelijkbaarheid met andere richtlijnen zijn hieruit puntsgewijze aanbevelingen gedestilleerd.

Individuele gedragsmatige ondersteuning (face-to-face): aanbevelingen

Identificatie en registratie

- Zorgverleners dienen het rookgedrag van een patiënt zo mogelijk systematisch vast te leggen in het dossier. Zodra patiënt naar een andere zorgaanbieder wordt verwezen voor stoppen-met-roken-ondersteuning, wordt aanbevolen om dit expliciet in een (terug)verwijsbrief te noteren.

Advisering en motivering

- Alle zorgverleners dienen op zijn minst een stoppen-met-rokenadvies op maat te geven aan patiënten met aan roken gerelateerde klachten en aandoeningen.
- Alle zorgverleners dienen op zijn minst een stoppen-met-rokenadvies op maat te geven aan elke nieuwe patiënt die blijkt te roken.
- Bij rokers die niet gemotiveerd zijn om te stoppen dient het stoppen-met-rokenadvies regelmatig, bijvoorbeeld jaarlijks, herhaald te worden of bij presentatie met aan roken gerelateerde klachten en aandoeningen.
- In het kader van geïndiceerde preventie verdient het aanbeveling om preoperatief een stoppen-met-rokenadvies te geven, ter bevordering van het genezingsproces en ter voorkoming van complicaties.

Gedragmatige ondersteuning

- De effectiviteit van kortdurende versus intensieve ondersteuning laat geen statistisch significant verschil zien; beide typen sorteren een positief effect, waarbij het effect van intensieve ondersteuning groter lijkt. De effectiviteit van de ondersteuning lijkt toe te nemen naarmate de ondersteuning intensiever is.

Gesprekstechnieken: conclusies

- Het is aannemelijk dat het gebruik van motiverende gespreksvoering, in vergelijking met kort advies of standaardzorg, leidt tot een groter percentage rokers dat stopt met roken. (+++)
- In vier studies (n=3255) met een directe vergelijking werden, met betrekking tot het percentage rokers dat stopt met roken, geen verschillen aangetoond tussen stage-based zelfhulpmaterialen en stage-based ondersteuning in vergelijking met hun non-stage-based equivalenten. Echter, in 25 studies waarin stage-based zelfhulpmaterialen en stage-based individuele ondersteuning werden vergeleken met diverse controlegroepen (indirecte vergelijkingen) werd wel een groter percentage rokers dat stopt met roken gevonden in het voordeel van de stage-based interventies. Het blijft onduidelijk wat de toegevoegde waarde is van aanpassing van de interventie (stage-based) aan de roker z'n 'state-of-change'. (+++)

Gesprekstechnieken: aanbevelingen

- Zorgverleners dienen motiverende gesprekstechnieken toe te passen.
- Zorgverleners dienen gedragmatige ondersteuning af te stemmen op het motivatiestadium van de patiënt.

Overige vormen van (individuele) gedragmatige ondersteuning: conclusies

- Het is aannemelijk dat standaard gedrukte zelfhulpmaterialen, in vergelijking met geen interventie of andere geschreven informatie, weinig effect hebben op het percentage rokers dat stopt. (+++)
- Het is aannemelijk dat aangepaste stage-based zelfhulpmaterialen, in vergelijking met geen interventie of niet aangepaste materialen, leidt tot een groter percentage rokers dat stopt. (+++)
- Het is aannemelijk dat meerdere proactieve telefoongesprekken onder mensen die zelf contact zochten met de hulplijn, in vergelijking met zelfhulpmaterialen of kort advies tijdens een eenmalig telefoongesprek, leidt tot een groter percentage rokers dat stopt. (+++)
- Het is aannemelijk dat meerdere proactieve telefoongesprekken (o.a. als aanvulling op individuele ondersteuning en/of farmacotherapie) onder mensen die niet zelf contact zochten met de hulplijn, in vergelijking met zelfhulpmaterialen of kort advies, leidt tot een groter percentage rokers dat stopt. (+++)

- Het is aannemelijk dat groepstherapieprogramma's leiden, in vergelijking met geen interventie of alleen het verstrekken van zelfhulpmaterialen, tot een aanzienlijk groter percentage rokers dat stopt. Er werd geen verschil in effectiviteit gevonden tussen groepsinterventies en individuele interventies met dezelfde intensiteit. (+++)
- Er zijn voorzichtige aanwijzingen dat een beweegprogramma een positief effect heeft op stoppen met roken tot drie maanden follow-up na de interventie. Voor een effect van twaalf maanden of langer is zeer beperkt bewijs aanwezig. (+)

Overige vormen van (individuele) gedragsmatige ondersteuning: aanbevelingen

- Zorgverleners dienen ondersteuning op maat aan de patiënt te bieden. Om dit te kunnen doen moet de zorgverlener kennis hebben van de voorkeuren van de patiënt en het aanbod van stoppen met roken ondersteuning. Een overzicht van aanbieders van stoppen met roken zorg is te vinden via de websites www.ikstopnu.nl en www.kwaliteitsregisterstopmetroken.nl of via de regionale zorggroep.
- Zorgverleners dienen afhankelijk van de wensen van de patiënt, intensieve individuele ondersteuning dan wel intensieve groepstherapie te starten.
- Zorgverleners dienen op de hoogte te zijn van de groepstherapie / ondersteuningsmogelijkheden in de regio.
- De zorgverleners dienen kennis te hebben genomen van groepstherapieprogramma's aangeboden door GGZ-aanbieders die zich meer richten op patiënten met multiple drugs of psychiatrische problematiek en AGZ-aanbieders die zich meer richten op de populatie met lagere complexe problematiek.
- Zorgverleners kunnen fysieke training in de gedragsmatige interventie inbouwen om de onthoudingsverschijnselen te verminderen, risico op terugval in rookgedrag te verlagen en gewichtsreductie te managen. Nader onderzoek is noodzakelijk naar de lange termijneffecten van beweegprogramma's.

Farmacotherapeutische interventies

Nicotinevervangende middelen: conclusies

- Het is aangetoond dat nicotinevervangende middelen, in vergelijking met placebo, leiden tot een (klinisch relevant) groter percentage rokers dat stopt met roken. (++++)
- Het is aannemelijk dat het gebruik van twee nicotinevervangende middelen, in vergelijking met het gebruik van één middel, leidt tot een klinisch relevant groter percentage rokers dat stopt met roken. (+++)
- Het is aannemelijk dat het gebruik van nicotinevervangende middelen leidt tot klachten van pijn op de borst en palpitaties. De gerapporteerde bijwerkingen werden echter niet als ernstig beschouwd. (+++)

Nicotinevervangende middelen: aanbevelingen

- Het gebruik van nicotinevervangende middelen wordt zowel tijdens de onthoudingsperiode als bij terugvalpreventie aangeraden.
- Nicotinevervangende middelen dienen bij voorkeur onder begeleiding van een zorgprofessional te worden gebruikt.
- Het verdient aanbeveling twee nicotinevervangende middelen te gebruiken.
- Zorgverleners dienen extra alert te zijn op negatieve bijeffecten van de behandeling of van het stoppen met roken bij het gebruik van nicotinevervangende middelen door zwangeren, adolescenten en mensen met co-morbide verslavingen en psychiatrische aandoeningen.

Antidepressiva: conclusies

- Het is aangetoond dat het gebruik van bupropion, in vergelijking met placebo, leidt tot een (klinisch relevant) groter percentage rokers dat stopt met roken. (++++)
- Er zijn voorzichtige aanwijzingen dat het gebruik van bupropion in combinatie met een nicotinevervangend middel, in vergelijking met het gebruik van alleen een nicotinevervangend middel, niet leidt tot een groter percentage rokers dat stopt met roken. (+)
- Het is aannemelijk dat het gebruik van nortriptyline, in vergelijking met placebo, leidt tot een (klinisch relevant) groter percentage rokers dat stopt met roken. (+++)
- Het is aannemelijk dat het gebruik van nortriptyline in combinatie met een nicotinevervangend middel, in vergelijking met het gebruik van alleen een nicotinevervangend middel, niet leidt tot een groter percentage rokers dat stopt met roken. (+++)
- Er zijn aanwijzingen dat het gebruik van bupropion, in vergelijking met het gebruik van placebo, leidt tot meer ernstige bijwerkingen, maar dit verschil is niet klinisch relevant. (++)

Antidepressiva: aanbevelingen

- De behandeling met bupropion dient samen te gaan met minstens twee afspraken met de voorschrijvende arts; de eerste afspraak om te controleren op contra-indicaties (bijvoorbeeld zwangerschap en epileptogene aandoeningen) en uitleg te geven over het middel, en de tweede om een vervolgesprek met de roker te voeren en eventueel een vervolgrecept te geven.
- Bupropion dient aan schizofrene rokers niet als eerste middel voorgeschreven te worden vanwege het relatief veel voorkomen van bijwerkingen, zoals hoofdpijn, slapeloosheid en geheugenproblemen.
- De zorgverlener kan met alle rokers die willen stoppen met roken, de mogelijkheid van het gebruik van nortriptyline bespreken. Ook hier dient het gebruik te worden getitreerd en gemonitord, veelal wordt uitgekomen met een lagere dagdosis (75-100mg) dan gebruikelijk voor depressieve symptomen.
- De zorgverlener dient voordat hij of zij de voor- en nadelen van het gebruik van nortriptyline bespreekt, te controleren of er een of meer contra-indicaties zijn. Bij zwangeren dient aan andere middelen voorrang te worden gegeven.
- Vanwege het geringe effectiviteitsverschil en het aanzienlijke prijsverschil tussen bupropion en nortriptyline verdient nortriptyline de voorkeur.

Partiële nicotinereceptoragonisten: conclusies

- Het is aangetoond dat het gebruik van varenicline, in vergelijking met placebo, leidt tot een (klinisch relevant) groter percentage rokers dat stopt met roken. (++++)
- Het is aannemelijk dat het gebruik van varenicline, in vergelijking met het gebruik van placebo, leidt tot meer ernstige bijwerkingen. Dit verschil is echter niet klinisch relevant. (+++)
- Het is aannemelijk dat het gebruik van varenicline, in vergelijking met het gebruik van placebo, leidt tot meer niet-ernstige bijwerkingen. Dit verschil is klinisch relevant voor de meeste bijwerkingen. (++++ / +++)
- Het is aannemelijk dat het gebruik van cytisine, in vergelijking met placebo, leidt tot een (klinisch relevant) groter percentage rokers dat stopt met roken. (+++)

Partiële nicotinereceptoragonisten: aanbevelingen

- Varenicline kan ter ondersteuning voor iedere stoppoging worden overwogen.

- Vanwege ontbrekend bewijs kan wat betreft effectiviteit geen voorkeur worden uitgesproken voor nicotinevervangende middelen, bupropion, nortryptiline of varenicline. Vanwege het relatief gunstige bijwerkingenprofiel zijn nicotinevervangende middelen als eerste keus aan te bevelen.

E-health

E-health ondersteuning: conclusies

- Er zijn aanwijzingen dat interactieve, gepersonaliseerde internet interventies met tekstberichten, in vergelijking met niet-actieve interventies, leiden tot een groter percentage rokers dat succesvol stopt met roken. (++)
- Er zijn voorzichtige aanwijzingen dat de huidige internet interventies (al of niet interactief of op maat) geen effect hebben op het percentage rokers dat stopt met roken in vergelijking met andere actieve of niet-actieve interventies. Ook hebben de huidige internet interventies geen toegevoegd effect wanneer ze als aanvulling worden toegepast bij andere actieve interventies. (++)
- Het is aannemelijk dat de huidige mobiele telefoon interventies een positief effect hebben op het percentage rokers dat stopt met roken in vergelijking met (minimale) controle interventies. (+++)

E-health ondersteuning: aanbevelingen

- Zorgverleners kunnen mobiele telefooninterventies en internetinterventies die voor patiënten op maat gemaakt zijn, interactief zijn en tekstberichten toevoegen aanbevelen.
- Voor alle minder gepersonaliseerde internetinterventies is momenteel geen aanleiding voor een positieve aanbeveling. Echter, de interventies hoeven niet perse ontraden te worden wanneer mensen die graag willen gebruiken als aanvulling op andere interventies.

E-sigaret

E-sigaret met nicotine vs. e-sigaret zonder nicotine: conclusies

- Er zijn aanwijzingen dat de e-sigaret met nicotine, in vergelijking met een e-sigaret zonder nicotine, leidt tot een (klinisch relevant) groter percentage rokers dat stopt. (++)
- Er zijn aanwijzingen dat de e-sigaret met nicotine, in vergelijking met de e-sigaret zonder nicotine, leidt tot een (klinisch relevant) groter percentage rokers dat mindert met roken. (++)

E-sigaret met nicotine vs. Nicotinepleister: conclusies

- Er zijn voorzichtige aanwijzingen dat de e-sigaret, in vergelijking met de nicotinepleister, geen effect heeft op het percentage rokers dat stopt. (+)
- Er zijn voorzichtige aanwijzingen dat de e-sigaret met nicotine, in vergelijking met de nicotinepleister, leidt tot een groter percentage rokers dat mindert met roken. (+)
- Bijwerkingen zijn minder goed gedocumenteerd, maar er zijn aanwijzingen dat er geen verschillen zijn in bijwerkingen tussen de e-sigaret met nicotine, en de e-sigaret zonder nicotine of nicotinepleisters. Geen van de RCTs rapporteerde ernstige bijwerkingen die gerelateerd konden worden aan de e-sigaret. (++)

E-sigaret: aanbevelingen

- De evidentie geeft in combinatie met de overige overwegingen onvoldoende aanleiding om op dit moment in Nederland het gebruik van e-sigaretten actief aan te bevelen in de behandeling van tabaksverslaving.

- Een roker die na eerdere niet-succesvolle pogingen met de bewezen effecten methoden nu overweegt om een e-sigaret als hulpmiddel te gebruiken bij het stoppen met roken, kan daarin echter wel door een stoppen met roken professional (naar diens eigen inzicht) worden begeleid.
- *Dual use* (roken en dampen) moet worden ontraden. In tweede instantie en op langere termijn kan dan het dampen worden afgebouwd.
- Een farmaceutische kwaliteit van dampvloeistof en e-sigaret voor het stoppen met roken in combinatie met stoproken ondersteuning verdient vanuit het oogpunt van de begeleiding aanbeveling.
- Vanwege de ontwikkelingen op dit terrein en de vele lopende onderzoeken verdient het aanbeveling over twee jaar de resultaten uit de internationale literatuur opnieuw te beoordelen op bruikbaarheid voor de Nederlandse situatie.

3.4.2 NHG-Behandelrichtlijn Stoppen met roken 2017

Uitgegeven door het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG).

Bespreking

De richtlijn beslaat 28 pagina's waarbij de reguliere tekst circa acht pagina's omvat en de rest bestaat uit een literatuurlijst en noten bij de eerdere tekst. De eerste bladzijde van de richtlijn vermeldt een vijftal 'kernboodschappen'. De geringe omvang en duidelijke beschrijving van de belangrijkste kernboodschappen dragen bij aan de toegankelijkheid en implementeerbaarheid. De richtlijn richt zich vooral op de huisarts. De richtlijn gaat niet specifiek in op de behandeling van tabaksverslaving bij patiënten met COPD. Wel beveelt de richtlijn aan bijzondere aandacht bij zowel diagnostiek als behandeling te geven aan het roken van patiënten met aan roken gerelateerde klachten, zoals COPD. Duidelijk wordt gemaakt dat bij COPD stoppen met roken meer effect heeft dan een medicamenteuze behandeling van de aandoening zelf.

De richtlijn richt zich op de diagnostiek en het beleid (behandeling) om rokers effectief te adviseren en te begeleiden bij het stoppen met roken. De richtlijn gaat daarbij vooral specifiek in op de identificatie en opsporing van rokers tijdens een anamnese (diagnostiek en registratie) en op de medicamenteuze behandeling. De richtlijn beveelt aan alle patiënten die roken te adviseren om te stoppen met roken. De richtlijn maakt onderscheid in het aan te bieden beleid tussen rokers die niet gemotiveerd zijn om te stoppen, rokers die overwegen te stoppen en rokers die gemotiveerd zijn te stoppen. Patiënten van twaalf jaar en ouder die niet roken dienen geadviseerd te worden niet te beginnen met roken. Het is niet duidelijk of er evidentie is voor de effectiviteit hiervan; andere richtlijnen spreken zich niet uit over een dergelijk advies voor niet-rokers.

Voor de niet-medicamenteuze begeleiding van patiënten wordt verwezen naar de NHG-Zorgmodule Leefstijl Roken. Bij rokers die gemotiveerd zijn om te stoppen wordt aanbevolen een intensieve ondersteunende interventie te starten die uit minimaal vier consulten van tien minuten bestaat gedurende een periode van enkele maanden. Bij rokers die meer dan tien sigaretten per dag roken dient medicamenteuze ondersteuning te worden overwogen. Bij rokers die minder roken dient de medicamenteuze behandeling overwogen te worden na eerdere mislukte stoppogingen. Er lijkt weinig onderbouwing voorhanden waarom tien sigaretten de grens zou moeten zijn. De richtlijn geeft ook in overweging te stoppen met roken via een vermindering van het aantal sigaretten per dag. Andere richtlijnen zijn minder expliciet in een dergelijke aanbeveling.

Bij de bespreking van de medicamenteuze behandeling komen nicotinevervangende middelen en medicamenten aan bod. De richtlijn adviseert als eerste keus nicotinevervangende middelen, waarbij er volgens de richtlijn geen verschil in effectiviteit is tussen kauwgom, pleister, mondspray of zuigtabletten. Als

tweede keus beveelt de richtlijn nortryptiline (off-labelgebruik), bupropion of varenicline aan. De richtlijn informeert daarbij over mogelijke contra-indicaties voor deze middelen. De richtlijn beschrijft in een tabel het gebruik (indicatie, dosering, duur gebruik) van de verschillende nicotinevervangende middelen en medicamenten.

De richtlijn beveelt niet aan bij zware rokers een combinatie voor te schrijven van langzaam werkende nicotinevervangers (pleisters) met snelwerkende vervangers (kauwgom of mondspray), zoals beide Duitse richtlijnen voorstellen. De richtlijn geeft aan dat een combinatie van nortryptiline, bupropion of varenicline met nicotinevervangers niet zinvol is. De Duitse richtlijn zegt hierover dat bij zware rokers bij wie een medicamenteuze behandeling niet effectief is gebleken een combinatie van bupropion en een langzaam werkende nicotinevervanger overwogen kan worden. Tot slot gaat de richtlijn kort in op de mogelijkheden van de e-sigaret en beveelt deze niet aan vanwege gebrek aan kennis over de effectiviteit en veiligheid op de lange termijn.

Weergave wetenschappelijke evidentie

De beoordeling en gradering van het wetenschappelijk bewijs is in een apart methodologisch document beschreven ('Totstandkoming en methoden NHG-Behandelrichtlijn Stoppen met roken'¹⁴). In dit document staat: "Bij het beoordelen en beschrijven van het bewijs wordt gekeken naar de effectiviteit en veiligheid van de interventies met speciale aandacht voor het bestaan van klinisch relevante verschillen tussen interventies. De noten die het bewijs voor het beleid beschrijven maken gebruik van de koppenstructuur zoals die in NHG-Standaarden gebruikelijk is. Soms wordt hierbij gebruikgemaakt van een GRADE-profiel. Voor de GRADE-profielen verwijzen we naar de multidisciplinaire Richtlijn 'Behandeling van tabaksverslaving en stoppen met roken ondersteuning' van het Trimbos-instituut, het NHG en het Partnership Stoppen met Roken."

De kernboodschappen die op voorpagina van de richtlijn worden weergegeven en de aanbevelingen in de hoofdtekst zijn niet voorzien van een gradering van evidentie.

In het methodologische document staat ook: "Deze behandelrichtlijn sluit volledig aan bij de herziene multidisciplinaire Richtlijn 'Behandeling van tabaksverslaving en stoppen met roken ondersteuning' van het Trimbos-instituut, het NHG en het Partnership Stoppen met Roken." Deze richtlijn is hierboven aan de orde geweest.

Overzicht aanbevelingen

Kernboodschappen

Identificatie en registratie

Er zijn geen kernboodschappen die betrekking hebben de identificatie en/of registratie van de rookstatus.

Advisering en motivering

- Herhaal bij rokers die niet gemotiveerd zijn om te stoppen regelmatig het advies om te stoppen met roken. Doe dit in ieder geval bij patiënten met kinderwens en met aan roken gerelateerde klachten en aandoeningen.
- Bied patiënten die overwegen om te stoppen een motivatie verhogende interventie aan.

¹⁴https://www.nhg.org/sites/default/files/content/nhg_org/uploads/totstandkoming_en_methoden_br_stoppen_met_roken.pdf

Ondersteuning en terugvalpreventie

Gedragmatige ondersteuning

- Begeleid patiënten die gemotiveerd zijn om te stoppen, afhankelijk van hun voorkeur, met een intensieve ondersteunende interventie dan wel e-healthinterventie, desgewenst gecombineerd met medicamenteuze ondersteuning (op maat). Dit verhoogt de slaagkans.

Medicamenteuze ondersteuning

- Nicotinevervangende middelen vormen het middel van eerste keus. Kies daarna afhankelijk van patiëntkenmerken, comorbiditeit, voorkeur van de patiënt en de prijs. Nortryptiline heeft de laagste prijs.
- De e-sigaret is niet geregistreerd als geneesmiddel. De kwaliteit en samenstelling wisselen en de kwaliteit is niet gegarandeerd. Langetermijneffecten op het gebied van effectiviteit, veiligheid en verslaving zijn niet bekend; adviseer ze daarom niet.

Daarnaast bevat de hoofdtekst aanbevelingen, al worden deze niet als zodanig expliciet genoemd en niet systematisch puntsgewijs gepresenteerd. Ook zijn deze aanbevelingen niet voorzien van een gradering van de evidentie. Wel staan bij sommige aanbevelingen één of meer referenties vermeld.

Identificatie en registratie

- Breng de rookstatus (ook in relatie tot het gebruik van alcohol en drugs) bij voorkeur van alle patiënten die het spreekuur bezoeken in kaart en leg deze vast. Sluit aan bij de klachten, aandoeningen en vragen van de patiënt. Besteed in het bijzonder aandacht aan:
 - ouders van kinderen met astma en recidiverende bovenste luchtweginfecties
 - vrouwen die hormonale anticonceptie (gaan) gebruiken
 - zwangere vrouwen, vrouwen met zwangerschapswens en hun partners
 - patiënten met een aan roken gerelateerde klacht, zoals hoest of benauwdheid, een aandoening, zoals een hart- en vaatziekte, COPD of astma, een verhoogd risico op hart- en vaatziekten, zoals bij diabetes mellitus of bij wie recent een aan roken gerelateerde diagnose is gesteld (zie ook de desbetreffende NHG-Standaarden)
- Overweeg om het in kaart brengen van de rookstatus te koppelen aan een voor de huisartsenpraktijk geschikt moment (bijvoorbeeld de intake van een nieuwe patiënt) en voorrang te geven aan groepen patiënten bij wie veel gezondheidswinst te behalen valt, zoals bij jongeren en patiënten uit sociaaleconomische achterstandsgroepen.
- Vraag of de patiënt rookt. Indien hij niet rookt: vraag of hij in het verleden heeft gerookt of zo ja, wanneer hij is gestopt. Vraag toestemming aan patiënten bij wie u zelf het initiatief neemt om over een stoppen-met-roken-behandeling te beginnen.
- Vraag vervolgens of de patiënt gemotiveerd is om te stoppen, overweegt om te stoppen of niet van plan is om te stoppen. Zie voor de exploratie van de motivatie voor gedragsverandering de NHG-Zorgmodule Leefstijl Roken. Probeer bij patiënten die overwegen te stoppen de motivatie te verhogen.
- Maak op basis van de rookstatus en de motivatie onderscheid tussen de volgende patiënten: niet-roker: nooit gerookt of gestopt sinds [datum]; roker: ongemotiveerd, overwegend of gemotiveerd om te stoppen en noteer dit. Registreer een (gestopte) roker met ICPC-code P17 als meetwaarde in het HIS en vermeld bij rokers de motivatie om te stoppen.

Advisering en motivering

- Niet-roker: Geef patiënten vanaf twaalf jaar het advies om niet te starten met roken. Benadruk het belang voor de gezondheid. Sluit daarbij aan bij de beleving, mogelijke klachten en aandoeningen in de familie en vragen van de patiënt.
- Rokers algemeen: Geef patiënten die roken het advies om te stoppen. Vraag bij zwangere vrouwen en vrouwen en mannen met een kinderwens bij elk contact naar gezondheid en rookgedrag. Benadruk het belang voor de gezondheid. Sluit daarbij aan bij de beleving, mogelijke klachten en aandoeningen in de familie en vragen van de patiënt. Verwijs de patiënt naar de informatie op Thuisarts.nl, die is gebaseerd op deze NHG-Behandelrichtlijn.
- Roker, ongemotiveerd om te stoppen:
 - Geef een stoppen-met-rokenadvies op maat.
 - Benoem in het advies de redenen waarom het specifiek voor deze patiënt belangrijk is om te stoppen. Dit is bij circa een op de veertig rokers effectief en kost weinig tijd. Herhaal tijdens het consult bij voorkeur jaarlijks het advies om te stoppen, in ieder geval bij elk contact voor aan roken gerelateerde klachten of aandoeningen.
 - Geef bij zwangerschap of kinderwens (ook bij mannen) voorlichting over de gevolgen van (mee)roken voor de zwangerschap en voor de gezondheid van het kind (groei vertraging, lager geboortegewicht, grotere kans op placenta previa, doodgeboren kind, wiegendood en door inhaalgroei op latere leeftijd grotere kans op ontstaan van obesitas en diabetes). Zie ook de NHG-Standaard Preconceptiezorg.
- Roker die overweegt te stoppen: Bied een motivatieverhogende interventie aan via motiverende gespreksvoering door inzicht te geven in de voor- en nadelen van roken en stoppen met roken (zie NHG-Zorgmodule Leefstijl Roken).
- Roker, gemotiveerd om te stoppen:
 - Bespreek de verschillende vormen van ondersteuning: zelfhulp, intensieve ondersteunende interventie en behandeling bij gespecialiseerde hulpverleners, individueel of in groepsverband.
 - Geef aan hoe de stoppen-met-rokenbegeleiding in uw praktijk is georganiseerd en licht de rol van huisarts en praktijkondersteuner, en eventueel andere zorgverleners in de eerste of tweede lijn toe.
 - Help patiënten op weg die op eigen gelegenheid willen stoppen en daarvoor voldoende vaardigheden hebben. Wijs hen op adequate informatiebronnen en online hulpprogramma's (zie Thuisarts.nl). Internet- en mobiele telefooninterventies die op de patiënt afgestemd worden, interactief zijn én gebruikmaken van tekstberichten, zorgen voor een toename van het aantal gestopte rokers. Bij gemotiveerde patiënten is een intensieve ondersteunende interventie het meest effectief. Dit is een interventie die op de persoon is afgestemd en bestaat uit ten minste vier consulten van tien minuten in een periode van enkele maanden. Verleng de consultduur en/of breid het aantal follow-upconsulten uit, afhankelijk van de ernst van de verslaving en de behoefte van de patiënt.
 - Combineer bij patiënten die tien of meer sigaretten per dag roken de interventie bij voorkeur met medicamenteuze ondersteuning, omdat dit de kans op stoppen vergroot. Overweeg bij patiënten vanaf twaalf jaar die minder dan tien sigaretten per dag roken medicamenteuze ondersteuning, bijvoorbeeld bij eerdere, mislukte stoppogingen. Bespreek hierbij ook meer lichaamsbeweging als mogelijkheid om de onthoudingsverschijnselen te verminderen, het risico op terugval in rookgedrag te verlagen en het gewicht stabiel te houden.

- Overweeg desgewenst ook de mogelijkheid om via vermindering van het aantal sigaretten per dag te stoppen.

Ondersteuning en terugvalpreventie

Gedragmatige ondersteuning

In deze NHG behandelrichtlijn staat de medicamenteuze behandeling centraal; de NHG-Zorgmodule Leefstijl Roken gaat in op de niet-medicamenteuze begeleiding. De richtlijn stelt dat gedragmatige ondersteuning bij stoppen met roken de voorkeur heeft.

Medicamenteuze ondersteuning

Medicamenteuze behandeling kan volgens de richtlijn een aanvulling vormen op gedragmatige ondersteuning.

- Eerste keus: nicotinevervangende middelen (kauwgom, pleister, mondspray en tabletten, geen verschil in effectiviteit), ook bij jongvolwassenen en mensen met comorbide verslavingen en psychiatrische aandoeningen en eventueel bij zwangeren. Wees dan extra alert op negatieve bijeffecten. Laat de patiënt zelf de toedieningsvorm kiezen. Combinaties van toedieningsvormen zijn mogelijk, zoals bijvoorbeeld pleisters met continue afgifte van nicotine gecombineerd met zo nodig kauwgom bij piekbehoeften.
- Tweede keus: nortriptyline (off-labelgebruik), bupropion of varenicline. De aanzienlijke prijsverschillen maken de keus voor nortriptyline aantrekkelijk. Varenicline is waarschijnlijk net iets effectiever.
- Combinatie van nortriptyline, bupropion of varenicline met nicotinevervangende medicatie is niet zinvol.
- Wijs de patiënt erop dat de vergoeding van deze middelen per zorgpolis en per jaar wisselt.
- Vraag naar eerdere ervaringen met medicatie bij stoppen met roken. Controleer of vraag naar het bestaan van mogelijke contra-indicaties (hierna volgt een overzicht van mogelijke contra-indicaties).
- Er is nog veel onzekerheid over de e-sigaret. Adviseer die daarom niet. De effectiviteit en veiligheid op de lange termijn zijn onbekend. De e-sigaret is niet geregistreerd als geneesmiddel. De kwaliteit en samenstelling wisselen en de kwaliteit is niet gegarandeerd. De hoeveelheid schadelijke stoffen en chemische onzuiverheden kan sterk wisselen. E-sigaretten kunnen ook kankerverwekkende hulpstoffen bevatten. Er zijn e-sigaretten met en zonder nicotine die verschillen in werking. Het rookgedrag blijft hiermee in stand en de invloed op definitief stoppen is onduidelijk. Langdurig gebruik wordt afgeraden wegens het ontbreken van onderzoek naar de langetermijneffecten naar de veiligheid van e-sigaretten.
- Controle: Instrueer de patiënt contact op te nemen:
 - als het niet lukt om de gemaakte afspraken op te volgen.
 - bij onverwachte effecten of vermoede bijwerkingen van medicatie.
- Controleer twee tot vier weken na het starten van medicatie om het effect te beoordelen.
- Maak vervolgspraken ter evaluatie en motivatie als de patiënt dat wenst.
- Verwijs de patiënt naar gespecialiseerde hulpverleners als het voor de huisartsenpraktijk niet mogelijk is een stoppen-met-rokeninterventie aan te bieden.

3.4.3 Zorgmodule Stoppen met Roken, 2009

De Zorgmodule Stoppen met Roken is tot stand gekomen op initiatief van het Partnership Stop met Roken.

Bespreking

De module is ontwikkeld door een kerngroep die is samengesteld uit diverse deskundigen op het gebied van stoppen met roken en/of de zorg. De module omvat 53 pagina's en heeft een beknopte samenvatting van twee

pagina's. De richtlijn maakt duidelijk dat deze bedoeld is als praktische vertaling van de Richtlijn Behandeling van Tabaksverslaving zodat zorgverleners en zorgverzekeraars weten wat een goede behandeling is.

De module is niet speciaal gericht op patiënten met COPD. Wel wordt aangegeven dat patiënten met COPD een risicogroep vormen. Ook is er een apart hoofdstuk 'Ziektespecifieke addities' waarin beschreven wordt dat voor patiënten met een rookgerelateerde klacht of aandoening, zoals COPD, een behandeling met een hogere intensiteit gewenst is en dat de zorg voor het stoppen met roken andere accenten kent. Zo kan bij de voorlichting over de gevolgen van roken bij COPD-patiënten er aan toegevoegd worden dat roken de belangrijkste oorzaak is van COPD. Ook wordt een relatie gelegd met de Zorgstandaard COPD waarin voor bijvoorbeeld het onderdeel preventie van COPD verwezen kan worden naar de Zorgmodule Stoppen met roken.

De Zorgmodule Stoppen met Roken beschrijft de zorg rondom stoppen met roken, de organisatie ervan en de kwaliteitsindicatoren. De zorg wordt ingedeeld in drie samenhangende onderdelen: advisering, motivering en ondersteuning, waarbij bij het laatste deel onderscheid wordt gemaakt tussen gedragsmatige en medicamenteuze ondersteuning. Hoewel deze indeling grotendeels overeenkomt met die van de overige richtlijnen lijkt er wat minder expliciete aandacht voor de eerst stap: identificatie en registratie. De indicatie is beperkt tot het stellen van de vraag of de patiënt de afgelopen zeven dagen heeft gerookt. De module beschrijft verder wel in beknopte vorm enkele motivatieverhogende technieken en mogelijkheden voor gedragsmatige ondersteuning.

De module richt zich op multidisciplinair samenwerkende zorgverleners, maar wie dat concreet zijn en hoe die bereikt worden is niet direct duidelijk. De richtlijn richt zich daarmee niet direct op bijvoorbeeld huisartsen, maar beschrijft meer op formele wijze hoe de zorg ingericht dient te worden om de zorg gericht op het stoppen met roken te verbeteren. Hoewel de module toegankelijk zegt te zijn voor patiënten, zorgverleners, zorgverzekeraars, bestuurders, beleidsmakers en toezichthouders, lijkt de praktische toepassing van de richtlijn door zorgprofessionals met patiëntcontacten niet het primaire doel. Hiermee wijkt de functie van de module enigszins af van de overige richtlijnen die zich meer specifiek richten op de zorgprofessionals werkzaam in het veld. Dit maakt een directe vergelijking met de overige richtlijnen minder goed mogelijk, al komt de inrichting van de zorg ook wel in andere richtlijnen aan bod.

Weergave wetenschappelijke evidentie

De zorgmodule verwijst voor de inhoudelijke onderbouwing naar de Richtlijn Behandeling van Tabaksverslaving (CBO/Partnership Stop met Roken/Trimbos-instituut/NHG) uit 2009, waarvan de herziening uit 2016 als eerste in dit overzicht van de aanbevelingen van de nationale richtlijnen aan de orde is gekomen. In de zorgmodule zelf komt de weergave van de wetenschappelijke evidentie van de aanbevolen activiteiten verder niet systematisch aan de orde.

Vanwege de inhoudelijke overeenkomst tussen de zorgmodule en de eerder besproken Richtlijn Behandeling van Tabaksverslaving gaan we hier niet uitgebreid in op de aanbevelingen in de zorgmodule. Bijlage 4 van de zorgmodule geeft een overzicht van de in de module beschreven aanbevolen activiteiten (zonder gradering van de wetenschappelijke evidentie). Deze geven we hieronder weer.

Overzicht aanbevelingen

Onderdeel 1 - Adviseren om te stoppen met roken

- Stopadvies geven
- Rookgerelateerde klachten en/of aandoeningen verifiëren

- Motivatie vaststellen
- Informatie geven

Onderdeel 2 - Motiveren om te stoppen met roken

- Functie van het roken bespreken
- Motivatieverhogende behandeling aanbieden
 - *Relevance* (relevantie) bespreken
 - *Risks* (risico's) bespreken
 - *Rewards* (beloning) bespreken
 - *Roadblocks* (barrières) bespreken
 - *Repetition* (herhaling)
- Resultaat motivatieverhogende behandeling vaststellen

Onderdeel 3 - Begeleiden bij stoppen met roken

Onderdeel 3A - Gedragmatige behandeling

- Functie van het roken bespreken
- Moeilijke momenten bespreken
- Stoppen voorbereiden
- Stopplan maken
- Vervolgafspraken aanbieden
- Terugvalpreventie aanbieden

Onderdeel 3B - Farmacologische behandeling

- Voorlichting met betrekking tot de medicatie geven
- Voorlichting met betrekking tot stoppen met roken geven
- Bevorderen therapietrouw
- Medicatiebewaking

3.4.4 Richtlijn Detoxificatie van psychoactieve middelen, 2017

De richtlijn is uitgegeven door Stichting Resultaten Scoren.

Bespreking

De richtlijn Detoxificatie van psychoactieve middelen, verantwoord ambulant of intramuraal detoxificeren is een herziening van een eerdere richtlijn in opdracht van Resultaten Scoren uitgevoerd door het Nijmegen Institute for Scientist-Practitioners in Addiction (NISPA). De richtlijn van 263 pagina's betreft de detoxificatie van verschillende middelen, waaronder tabak (30 pagina's).

De richtlijn richt zich specifiek op zorgverleners in de verslavingszorg en psychiatrische ziekenhuizen die bij de screening, diagnostiek en behandeling van de betreffende patiëntengroep betrokken zijn, maar is ook relevant voor huisartsen. De richtlijn richt zich niet specifiek op COPD-patiënten, maar beschrijft wel de relatie tussen roken en het optreden van COPD. Andere specifieke doelgroepen worden wel genoemd: patiënten met een uni- of bipolaire stemmingsstoornis, schizofrenie, patiënten met een comorbide verslavingsprobleem, zwangerschap/lactatie, diabetes mellitus en colitis ulcerosa.

De richtlijn bevat een hoofdstuk 'Psychosociale interventies bij detoxificatie van psychoactieve middelen'. Hierin komen verschillende psychosociale interventies aan bod (zoals psycho-educatie, motiverende

gespreksvoering, cognitieve en/of gedragstherapie, zelfhulpgroepen en twaalfstappenprogramma's en andere interventies zoals 'shared decision making') die weliswaar niet specifiek voor de behandeling van tabaksverslaving zijn beschreven, maar mogelijk wel (deels) voor dit doel bruikbaar zijn. De richtlijn geeft ook aan dat de literatuur over de inzet van psychosociale interventies tijdens detoxificatieprogramma's van psychoactieve middelen beperkt is wat de evidentie met betrekking tot de behandeling van tabaksverslaving beperkt maakt.

Het hoofdstuk Tabak beschrijft de screening en diagnostiek van tabaksverslaving. Het gaat uitgebreid in op tabaksonthoudingsverschijnselen en de medicamenteuze ondersteuning bij het stoppen met roken, waaronder ook het gebruik van nicotinevervangende medicatie. In de richtlijn komt het identificatie-aspect minder aan bod. Er is, in tegenstelling tot de meeste andere richtlijnen, geen aanbeveling om van iedere patiënt de rookstatus in kaart te brengen en te registreren. Ook ontbreekt de aanbeveling om vervolgens rokende patiënten te adviseren te stoppen met roken. De richtlijn gaat uit van stoppende patiënten en hoe deze te begeleiden. De richtlijn schrijft voor om een inschatting te maken van de ernst van de te verwachten onthoudingsverschijnselen aan de hand van de Fagerströmtest en eerdere stoppogingen. Aandacht is er ook voor mogelijke complicaties en contra-indicaties bij het gebruik van medicamenten. De richtlijn adviseert verder voor het monitoren van de detoxificatieklachten de Nederlandse vertaling van de *Minnesota Withdrawal Scale – Revised* (MNWS-R) te gebruiken. Andere richtlijnen zijn minder gericht op detoxificatie en minder expliciet in het voorschrijven van manieren om detoxificatie te monitoren. Dit komt mogelijk doordat de richtlijn meer dan andere richtlijnen geschreven is met de doelgroep klinische patiënten of patiënten van de verslavingszorg in gedachten. De richtlijn maakt wel duidelijk dat het zinvol kan zijn om craving en onthoudingsverschijnselen te monitoren omdat deze na het stoppen met roken problemen kunnen veroorzaken en tot terugval kunnen leiden. Een sterk aanwezige craving kan bijvoorbeeld een indicatie zijn om ondersteunende medicatie te verhogen.

De psychosociale ondersteuning komt niet in het hoofdstuk Tabak aan bod, maar is wel (niet specifiek voor tabak) beschreven in het eerder genoemde hoofdstuk 'Psychosociale interventies bij detoxificatie van psychoactieve middelen'. De richtlijn spreekt een (initiële) voorkeur uit voor nicotinevervangende medicatie vanwege de potentiële bijwerkingen en contra-indicaties van bupropion en varenicline, zich daarbij baserend op het oordeel van een expertgroep. De richtlijn stelt dat een combinatie van verschillende vormen van nicotinevervangende medicatie even effectief is als behandeling met varenicline en dat werking van enkel een nicotinepleister even effectief is als de behandeling met bupropion. Dergelijke uitspraken zijn in andere richtlijnen niet zo expliciet terug te vinden. De richtlijn beschrijft verder dosering en duur van het gebruik van bupropion, varenicline en nortryptiline. De gebruiksduur van bupropion wordt gesteld op zeven tot negen weken, waarna met afbouw dient te worden begonnen. De behandelduur met nortryptiline wordt gesteld op zes tot twaalf weken en die met varenicline op twaalf weken. Het gebruik van nicotinevervangende middelen wordt aangeraden tot maximaal drie maanden ingeval van pleisters en (zuig) tabletten of een half tot een heel jaar ingeval van kauwgom.

De richtlijn stelt dat het geleidelijk minderen van het aantal sigaretten geen voordelen biedt ten opzichte van abrupt stoppen maar dat patiënten zelf kunnen aangeven of ze abrupt of geleidelijk willen stoppen. Eén opmerking wordt gemaakt over de e-sigaret waarvan gezegd wordt dat deze (evenals de shisha-pen) een cue kan zijn die craving kan doen toenemen.

Weergave wetenschappelijke evidentie

Voor de wetenschappelijke onderbouwing van de richtlijn is een systematische literatuurstudie verricht naar de neurobiologie en het onthoudingsbeeld van de betreffende psychoactieve middelen. Er is ook gezocht naar de meest geschikte (farmacologische) behandeling. Bij de beoordeling van de methodologische kwaliteit en bewijskracht van het onderzoek is gebruik gemaakt van de Evidence Based Richtlijn Ontwikkeling (EBRO) methodiek. De EBRO-gradering is toegepast bij de beoordeling van de conclusies, de aanbevelingen zijn niet voorzien van een gradering. De aanbevelingen zijn gebaseerd op enerzijds het wetenschappelijk bewijs en anderzijds op andere overwegingen, zoals de mening van experts en de praktische toepasbaarheid.

De methodologische kwaliteit van de afzonderlijke studies is als volgt beoordeeld:

A1:	Systematische review van tenminste twee onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van A2-niveau
A2:	Gerandomiseerd dubbelblind vergelijkend klinisch onderzoek van goede kwaliteit en voldoende omvang
B:	Vergelijkend onderzoek, maar niet met alle kenmerken als genoemd onder A2 (hieronder valt ook patiëntcontrole onderzoek, cohortonderzoek)
C:	Niet-vergelijkend onderzoek
D:	Mening van deskundigen

Het niveau van de conclusies is vervolgens als volgt hiervan afgeleid:

1:	Onderzoek van niveau A1 of ten minste twee onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van niveau A2
2:	Eén onderzoek van niveau A2 of ten minste twee onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van niveau B
3:	Eén onderzoek van niveau B of C
4:	Mening van deskundigen

Aangezien voor dit rapport het bewijsniveau een cruciaal aspect vormt, geven we hieronder zowel de conclusies met het bijbehorende bewijsniveau als de aanbevelingen weer. De conclusies en aanbevelingen hebben veel meer dan bij de andere richtlijnen betrekking op detoxificatie en onthoudingsverschijnselen. De aanbevelingen zijn daardoor niet goed onder te brengen in de drie categorieën identificatie en registratie, advisering en motivering en ondersteuning en terugvalpreventie.

Overzicht aanbevelingen

Ernst van het tabaksonthoudingssyndroom: conclusies

- Het tabaksonthoudingsbeeld is over het algemeen niet ernstig en een gecompliceerd beloop treedt niet vaak op. Complicaties zijn vaak gerelateerd aan comorbide problematiek en medicatiegebruik. (3)
- Toename van craving en eetlust kunnen na abstinentie van tabak nog lang aanwezig zijn. (3)
- De onthoudingssymptomen verdwijnen meestal na twee tot drie weken en na een maand zijn de meeste patiënten klachtenvrij. (3)

Ernst van het tabaksonthoudingssyndroom: aanbevelingen

- Het kan zinvol zijn om craving en eetlust te monitoren, omdat beiden lang na het stoppen problemen kunnen geven en een oorzaak van terugval kunnen zijn. Let hier met name op indien uit de

voorgeschiedenis blijkt dat deze klachten toen ook aanwezig waren en/of een reden voor terugval waren.

- Let tijdens de diagnostiek en indicatiestelling op contra-indicaties voor medicatie.

Screening en diagnostiek van het tabaksonthoudingssyndroom: conclusies

- Tabaksonthoudingssymptomen kunnen gemaskeerd worden door een angststoornis of depressie. Tevens kunnen deze onthoudingssymptomen passend zijn bij een onthouding/intoxicatie van een andere psychoactieve stof. (4)
- Differentiatie tussen klachten passend bij het tabaksonthoudingssyndroom of andere onthoudingsbeelden of psychische stoornissen kan door voorschrift van nicotinevervangende medicatie worden onderscheiden behalve op de MAO-remmende werking van harman en norharman in tabak.

Screening en diagnostiek van het tabaksonthoudingssyndroom: aanbevelingen

- Het is van belang na te gaan of er - naast tabaksgebruik - sprake is van (een stoornis in het) gebruik van andere middelen, zoals alcohol of cannabis, anxiolytica, hypnotica of stimulantia, cafeïne of opioïden.
- Het is van belang er rekening mee te houden dat tabaksonthoudingssymptomen andere aanwezige psychiatrische stoornissen kunnen maskeren.

Somatische en psychische gezondheid van patiënten: conclusies

- Roken veroorzaakt veel schade bij orgaansystemen. De meeste symptomen ontstaan vaak pas na het veertigste levensjaar. (4)
- Er is een duidelijke correlatie tussen het aantal pakjaren en het risico op somatische aandoeningen ten gevolge van roken. Hoe langer iemand rookt des te meer schade er is opgetreden. (3)
- Het nicotine-metaboliet cotinine kan tot ruim twee dagen na tabaksgebruik via speeksel, bloed en urine worden gedetecteerd. De cotinewaarde zegt niet hoeveel iemand gerookt heeft. Bovendien kan cotinine niet gebruikt worden om te differentiëren tussen het gebruik van tabak of nicotinevervangende medicatie. (4)
- De hoeveelheid uitgedemde koolstofmonoxide (CO) kan worden bepaald om aan te tonen of iemand acht tot twaalf uur daarvoor nog gerookt heeft. (3)

Somatische en psychische gezondheid van patiënten: aanbevelingen

- Stoppen met roken kan gevolgen hebben voor de metabolisatie en dus de werking van bepaalde medicatie. Dit is een belangrijk punt van aandacht tijdens de stoppen-met-rokenbehandeling om complicaties te voorkomen.
- Longfunctieonderzoek als spirometrie is aangeraden bij klinische aanwijzingen voor COPD en/of indien de patiënt > 40 jaar is en meerdere pakjaren (>20) achter zich heeft liggen.
- Het is raadzaam om de patiënt te onderzoeken op risicofactoren van hart- en vaatzieken: familieanamnese, BMI, bloeddruk, cholesterol-status.
- Met het meten van cotinine of CO kan aangetoond worden of iemand nog gerookt heeft. Dit is in het kader van ondersteuning in de behandeling en niet van sancties.
- Het is van belang om te kijken naar eventuele contra-indicaties voor medicatiegebruik. Zo worden nicotinepleisters bij voorkeur niet geplakt op beschadigde huid. Nicotinezuigtabletten kunnen bij afters helpend zijn.

- Screen voorafgaand aan het stoppen-met-roken of er sprake is van een psychiatrische stoornis. Stoppen met roken kan een bestaand psychiatrisch toestandbeeld verslechteren en kan invloed hebben op de werking van voorgeschreven psychofarmaca. Screening kan door het uitvragen van stemming, angstklachten en psychotische verschijnselen. Hiervoor kan ook de Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I) worden gebruikt.

Detoxificatie ambulante of intramuraal: conclusies

- Een 'matched care' benadering ten aanzien van detoxificatie en behandeling kan voor de ernstige nicotineafhankelijke patiënten een mogelijkheid zijn waarbij intramurale behandeling de maximaal intensieve benadering betreft. (3)

Detoxificatie ambulante of intramuraal: aanbevelingen

- Aangezien onthoudingsklachten bij tabaksdetoxificatie lang kunnen duren en er nagenoeg geen somatische complicaties optreden heeft een ambulante setting de voorkeur voor detoxificatie van tabak.
- Intramurale detoxificatie en behandeling dienen overwogen te worden indien meerdere stoppogingen zijn mislukt met minder intensieve therapie of bij comorbide verslavingen en/of somatische dan wel psychiatrische problemen.

Instrumenten voor monitoring van tabaksonthoudingsverschijnselen: conclusies

- Er is geen significant voordeel tussen de verschillende onthoudingsschalen; Cigarette Withdrawal Scale (CWS), Wisconsin Smoking Withdrawal Scale (WSWS), Shiffman Scale (SS), Mood and Physical Symptoms Scale (MPSS) en Minnesota Nicotine Withdrawal Scale (MNWS). (2)

Instrumenten voor monitoring van tabaksonthoudingsverschijnselen: aanbevelingen

- Van de hiervoor genoemde schalen verdient de Minnesota Withdrawal Scale – Revised (MNWS-R) de voorkeur voor het meten van onthoudingsverschijnselen. Het is de meest beknopte schaal en is de enige schaal die in het Nederlands vertaald is.
- Bij sterk aanwezige craving dient overwogen te worden om de ondersteunende medicatie te verhogen.
- De Nederlandstalige MNWS-R kan tevens gebruikt worden om in te schatten of (een hogere dosering van) ondersteunende medicatie geïndiceerd is.
- Voor het meten van trek (craving) is het advies gebruik te maken van een numerieke rating scale (nul tot tien schaal). In de eerste twee weken dagelijks en vervolgens wekelijks omdat craving lang kan voortduren.

Farmacologische behandeling: conclusies

- Er is aangetoond dat geleidelijk minderen niet meer voordelen heeft ten opzichte van abrupt stoppen met roken. (1)
- Als een roker stopt met roken dan zal de dosering van antidepressiva en antipsychotica alsook medicatie voor somatische aandoeningen (zoals insuline) mogelijk moeten worden aangepast. Bij ouderen met diazepam moet bij het stoppen met roken depressie van het centraal zenuwstelsel gemonitord worden. (3)
- Er is weinig bewijs dat de e-sigaret effectief en veilig als interventie ingezet kan worden bij stoppen met roken. Bijwerkingen op lange termijn zijn nog niet onderzocht. Er werd geen voordeel ten opzichte van placebo gevonden bij rookloze tabak in de ondersteuning bij SMR. (1)

- Nicotinevervangende medicatie heeft de voorkeur. Bupropion en varenicline verminderen de onthoudingssymptomen, maar hebben meer potentiële bijwerkingen en contra-indicaties. (4)
- Een combinatie van verschillende vormen van nicotinevervangende medicatie is equivalent aan de effectiviteit van varenicline. Welke combinatie dit betreft is nog onvoldoende onderzocht. De werking van enkel de nicotinepleister is equivalent aan de werking van bupropion. (1)
- Het is aangetoond dat er geen verhoogd risico is op neuropsychiatrische of cardiovasculaire bijwerkingen bij gebruik van varenicline. (1)
- Verslaving aan rookloze tabak kan het best behandeld worden met varenicline of op de tweede plaats met nicotine smelttabletten. (1)

Farmacologische behandeling: aanbevelingen

- Patiënten kunnen zelf aangeven wat zij prefereren; abrupt stoppen of geleidelijk afbouwen.
- De eerste keus medicatie is nicotinevervangende medicatie vanwege relatief beperkte bijwerkingen.
- Indien nicotinevervangende medicatie onvoldoende werking heeft kan varenicline of bupropion voorgeschreven worden.
- Het is van belang dat bij het stoppen met roken rekening gehouden wordt met mogelijke effecten op de werking van medicatie. Overleg hierover met een verslavingsarts, psychiater of internist.

Behandeling als terugvalmanagement conclusies

- Er is onvoldoende wetenschappelijke ondersteuning voor cognitieve gedragstherapie als interventie in terugvalmanagement. Een verlenging van het recept varenicline kan helpend zijn als terugvalpreventie. Nicotinevervangende medicatie is nog onvoldoende onderzocht. (1)
- Affectieve onthoudingssymptomen zijn een belangrijke parameter in de kans op terugval. (3)
- Nicotine vaccinatie is niet effectief gebleken als terugvalmanagement. (1)

Behandeling als terugvalmanagement aanbevelingen

- Het kan zinvol zijn om de affectieve symptomen naast craving te evalueren als parameter voor terugval. Het stoppen met roken zorgt voor een vertraagd metabolisme, toegenomen eetlust en lichaamsgewicht. Daarom is het van belang om het lichaamsgewicht te meten. Dit kan tijdens het detoxificatieproces en de daaropvolgende abstinentieperiode worden gedaan.
- Een verlengd gebruik van varenicline (tot zes maanden) en nicotinevervangende medicatie (tot negen maanden) als terugvalmanagement kan overwogen worden.

3.4.5 Richtlijn diagnostiek en behandeling COPD, 2010

De richtlijn is uitgegeven door Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO en een initiatief van Astma Fonds, NVALT, NHG-CAHAG, CBO.

Bespreking

Deze richtlijn van 374 pagina's richt zich op de diagnostiek en behandeling van COPD en niet specifiek op de behandeling van tabaksverslaving. De richtlijn bevat wel een hoofdstuk 'Stoppen met roken' (24 pagina's) en een hoofdstuk 'Farmacologische ondersteuning bij stoppen met roken' (17 pagina's). De richtlijn is bestemd voor huisartsen, longartsen, longverpleegkundigen, fysiotherapeuten, revalidatieartsen, bedrijfsartsen, psychologen, diëtisten, apothekers, praktijkondersteuners en andere zorgverleners die betrokken zijn bij de zorg voor mensen met COPD.

Het hoofdstuk 'Stoppen met roken' beschrijft de relatie tussen roken en COPD en stelt dat de ondersteuning bij het stoppen met roken de beste behandelingsoptie is om versnelde achteruitgang van de longfunctie te voorkomen. Het deel van de richtlijn dat betrekking heeft op de behandeling van tabaksverslaving is gebaseerd op de concept richtlijn Behandeling Tabaksverslaving (2009) die met ondersteuning van het CBO is ontwikkeld door het Partnership Stoppen met Roken. De richtlijn geeft daarbij aan dat de beschreven aanbevelingen daardoor doorgaans op de algemene rokerspopulatie van toepassing zijn en, tenzij anders aangegeven, niet specifiek bij COPD zijn onderzocht. COPD-patiënten vormen wel een aparte doelgroep die zich kenmerkt door een gemiddeld hogere leeftijd, een gemiddeld lagere sociaaleconomische status en een sterkere nicotineafhankelijkheid, iets wat ook in andere richtlijnen naar voren kwam. Ook onderschrijft de richtlijn de stelling die ook in andere richtlijnen is terug te vinden dat intensieve gedragsinterventies gecombineerd met medicamenteuze ondersteuning (nicotinevervanging, bupropion of varenicline) geïndiceerd is bij patiënten met COPD. De richtlijn onderschrijft verder, in lijn met andere richtlijnen, dat combinaties van gedrags- en medicamenteuze ondersteuning in alle zorgsettings wordt aanbevolen. De aanbevelingen over de te volgen procedure door zorgprofessionals (identificatie en registratie, intensieve begeleiding) en de medicamenteuze ondersteuning bij stoppen met roken zijn overgenomen van de Richtlijn Behandeling Tabaksverslaving. Omdat een geüpdatete versie onderdeel uitmaakt van het onderhavige onderzoek laten we een nadere beschrijving van de Richtlijn diagnostiek en behandeling COPD verder achterwege.

Matched care en stepped care

Hoewel meestal niet expliciet zo benoemd spelen de enigszins verwante begrippen *matched care* en *stepped care* een rol bij verschillende richtlijnen.

Onder *matched care* verstaan we dat de patiënt op basis van de ernst en het beloop van zijn klachten wordt gematched aan specifieke interventies of een type hulpverlener. In de keuze van behandeling wordt rekening gehouden met de ontwikkelingsfase van de aandoening, de ernst van de klachten en met prognostische factoren bijvoorbeeld socio-economische omstandigheden, cognitie, persoonlijkheid en somatische co-morbiditeit. Het doel van *matched care* is dat dit leidt tot 'niet minder zorg dan noodzakelijk en niet meer dan nodig en gewenst'. Tijdens de behandeling wordt het beloop van de klachten gevolgd en regelmatig gemeten, zodat er tijdig kan worden overgegaan naar een aanpassing in de behandeling. We vinden dit terug bij de richtlijnen die een persoonlijke aanpak op maat voorstaan.

Onder *stepped care* verstaan we dat alle patiënten in eerste instantie de kortste en/of minst intensieve behandeling krijgen aangeboden en dat alleen als deze onvoldoende resultaat oplevert, overgegaan wordt op een meer intensieve behandeling. Volgens het principe van een *stepped care* model ontvangen patiënten dus een behandeling die niet zwaarder is dan strikt noodzakelijk. We vinden dit terug in het advies van richtlijnen om bij (niet-COPD-)patiënten de behandeling te starten met gedragsmatig ondersteuning, eventueel in combinatie met nicotinevervangende middelen, en pas bij gebleken ineffectiviteit over te gaan op het toevoegen van medicamenteuze ondersteuning.

4 Discussie en conclusie

Het onderhavige onderzoek richt zich op het verkrijgen van inzicht in wat zinnige zorg is wat betreft de behandeling van tabaksverslaving bij patiënten met en zonder COPD. Hiertoe vergeleken we de aanbevelingen en de mate van evidentie voor deze aanbevelingen van internationale en nationale richtlijnen voor de behandeling van tabaksverslaving bij rokers met of zonder COPD met elkaar.

4.1 Samenvattend overzicht behandeling tabaksverslaving

Op basis van de bestudering en analyse van de nationale en internationale richtlijnen kunnen we een korte samenvatting maken van de behandeling van tabaksverslaving.

4.1.1 Identificatie en registratie

De eerste fase van de door de zorgprofessionals te volgen procedure betreft de identificatie en registratie van de rookstatus van de patiënt. De zorgprofessional dient in zijn of haar contacten met patiënten de rookstatus uit te vragen en deze te registreren in het patiëntendossier. Ingeval van COPD-patiënten zouden alle bij de behandeling van COPD betrokken zorgprofessionals het rookgedrag van de patiënt moeten identificeren en registreren. De status dient regelmatig te worden geverifieerd, ingeval van een COPD-patiënt bij elk contact. De rookhistorie, eventuele eerdere stoppogingen en het gebruik van stopmedicatie kunnen verder uitgediept worden en de ernst van de tabaksverslaving kan vastgesteld worden met de *Fagerström Test of Nicotine Dependence*. Eventueel kan ook het CO- en/of cotininegehalte in het bloed gebruikt worden om de rookstatus te bepalen. CO- en/of cotininebepalingen kunnen later ook gebruikt worden om de stoppoging te monitoren, waarbij veranderingen in de CO- en/of cotiniewaarden motiverend kunnen werken voor de patiënt.

4.1.2 Advisering en motivering

Aangezien een korte bespreking van het rookgedrag door een zorgprofessional en advisering om te stoppen met roken bewezen effectief is, dient elke roker bij elk contact met een zorgprofessional geadviseerd te worden om te stoppen met roken. Door de causale relatie tussen roken en COPD geldt dit eens te meer wanneer het een COPD-patiënt betreft. Bij rokende COPD-patiënten dient de zorgprofessional de patiënt eenduidig, onafhankelijk van zijn of haar leeftijd, op persoonlijke wijze te motiveren om te stoppen met roken. Er kan gebruik gemaakt worden van een vragenlijst (*Clinical COPD Questionnaire (CCQ)*), welke duidelijk maakt welke gezondheidsvoordelen behaald kunnen worden door de COPD-patiënt door te stoppen met roken.

Wanneer de patiënt niet gemotiveerd blijkt te zijn om te proberen te stoppen met roken, dan dient de zorgprofessional de patiënt te wijzen op het belang van stoppen, op de relatie tussen het roken en gepresenteerde klachten (zeker bij COPD-patiënten), op de mogelijkheid professionele hulp bij het stoppen met roken te krijgen en op de mogelijkheid van verschillende vormen van medicamenteuze ondersteuning. Zoals eerder genoemd kan ook een CO- en/of cotininebepaling of het bespreken van de *'Lung Age'* een patiënt motiveren te stoppen met roken. Wanneer de patiënt volhardt in zijn of haar weigering een stoppoging te ondernemen dient dit gedocumenteerd te worden. De patiënt dient ook duidelijk gemaakt te worden dat bij een, of zelfs elk, volgend contact het stoppen met roken opnieuw ter sprake zal worden gebracht. Het minderen in plaats van stoppen met roken verdient geen aanbeveling, maar kan bij COPD-patiënten die niet willen of kunnen stoppen een eerste aanzet zijn. Het gebruik van nicotinevervangende middelen kan daarbij helpen het aantal sigaretten langzaam te verminderen. Dit kan vervolgens bijdragen aan het vergroten van de motivatie en het zelfvertrouwen. Wanneer de patiënt wel gemotiveerd is om te stoppen met roken, dient de zorgprofessional hierop in te spelen door ondersteuning bij de stoppoging ondersteuning aan te bieden. De zorgprofessional kan samen met de patiënt een actieplan opstellen waarbij de stopdatum wordt vastgelegd en besproken wordt welke vormen van (medicamenteuze) ondersteuning gewenst is.

4.1.3 Ondersteuning en terugvalpreventie

De zorgprofessional dient een goede relatie met de patiënt te ontwikkelen en te onderhouden, informatie te geven over behandelmogelijkheden en over mogelijke positieve en negatieve gevolgen (onthoudingsverschijnselen) van het stoppen met roken. Belangrijk is duidelijk te maken dat het streven volledige abstinentie moet zijn en niet alleen minderen. Zorgprofessionals die zich niet toegerust voelen om zelf de gewenste vorm van ondersteuning te bieden, dienen de patiënt door te verwijzen naar wel daartoe toegeruste zorgprofessionals. COPD-patiënten zijn vaak in bijzonder hoge mate nicotineafhankelijk waardoor een combinatie van psychosociale en medicamenteuze ondersteuning vanaf het begin van de behandeling noodzakelijk is. Voor patiënten zonder COPD, of patiënten met een lichtere vorm van verslaving, kan overwogen worden te beginnen met enkel gedragsmatige ondersteuning. Bij gebleken ineffectiviteit kan hieraan medicamenteuze ondersteuning worden toegevoegd (*stepped care*). De behandeling van COPD-patiënten dient vanwege de hoge mate van nicotineafhankelijkheid langduriger en intensiever te zijn. Wanneer mogelijk dienen COPD-patiënten verwezen te worden naar een uitgebreid stoppen-met-rokenprogramma waarin gedragsmodificatietechnieken, educatie en medicamenteuze en psychosociale ondersteuning wordt aangeboden. Ook het betrekken van personen uit de directe omgeving van de (COPD-)patiënt door hen te instrueren niet in het bijzijn van de patiënt te roken kan onderdeel uitmaken van de ondersteuning bij het stoppen met roken, evenals het gebruik van financiële beloningen.

Bij de ondersteuning zijn twee hoofdcategorieën te onderscheiden: gedragsmatige ondersteuning en medicamenteuze ondersteuning.

Gedragsmatige ondersteuning

Gedragsmatige ondersteuning is erop gericht bij te dragen aan het succes van de poging van de patiënt om te stoppen met roken. Hiervoor kunnen verschillende gedragstherapeutische methoden worden ingezet. Een verwijzing naar een therapeut is hiervoor mogelijk noodzakelijk. Het verdient aanbeveling binnen een therapeutische setting verschillende methoden aan te bieden. Er is onvoldoende evidentie voor de effectiviteit van de afzonderlijke onderdelen, maar de effectiviteit van zowel individuele gedragstherapie als gedragstherapie in groepen is aangetoond. Rokende patiënten binnen de medische en psychosociale gezondheidszorg dienen individuele gedragstherapie en/of gedragstherapie in groepen te worden aangeboden.

Aanbevolen¹⁵ onderdelen van gedragstherapie zijn:

- **Psycho-educatie**¹⁶: het verschaffen van informatie aan individuen of groepen door middel van (groeps)gesprekken, audio- en/of videomateriaal, literatuur etc. met als doel inzicht en herkenning te genereren om daarmee de motivatie om verslavingsgedrag te veranderen en te vergroten. Ook het vaststellen van de nicotineafhankelijkheid door middel van de Fagerströmtest en een bepaling van het CO- en/of cotininegehalte in het bloed kan de patiënt meer inzicht geven in zijn of haar rookstatus en bijdragen aan de motivatie om het rookgedrag te veranderen.
- **Motiverende gespreksvoering**: een cliëntgerichte maar directieve methode die als doel heeft gedragsverandering te initiëren en/of vol te houden door de motivatie om te stoppen met roken te vergroten. In het begin van het proces dient de ambivalentie van de patiënt ten opzichte van het

¹⁵ De aanbevelingen zijn voornamelijk gebaseerd op de aanbevelingen van de Duitse algemene richtlijn die op basis van het AGREE-instrument beoordeeld werd als de richtlijn met de hoogste kwaliteit.

¹⁶ "Psycho-educatie in het kader van verslaving heeft als doel door middel van individuele en/of groepsgesprekken, video's, literatuur en dergelijke, inzicht/(h)erkenning te genereren. Dit inzicht is onder meer van belang bij het motiveren tot verandering van verslavingsgedrag."

roken in kaart te worden gebracht en wordt getracht de patiënt uitspraken te ontlocken die gericht zijn op verandering van het rookgedrag. Wanneer de patiënt gemotiveerd is geraakt om te stoppen met roken richten de gesprekken zich op het vergroten van de betrokkenheid van de patiënt en het concretiseren van het gedrag (zoals het vaststellen van een stopdatum). Een belangrijk element van motiverende gespreksvoering is de band tussen zorgprofessional en patiënt die gericht is op samenwerking. De zorgprofessional neemt daarbij een empathische en motiverende houding aan, vermijdt discussie, kan goed omgaan met weerstand en ondersteunt zelfeffectiviteit (het vertrouwen van de patiënt in zijn of haar vermogen om de gewenste gedragsverandering te volbrengen).

- **Terugvalpreventie:** door de patiënt voor te bereiden op een mogelijke terugval in het rookgedrag wordt de kans op terugval verkleind en worden de mogelijke negatieve gevolgen van een terugval beperkt. Dit kan worden bereikt door samen met de patiënt te onderzoeken wat zijn of haar persoonlijke kwetsbaarheden zijn en wat voor de patiënt risicovolle situaties zijn (bijvoorbeeld het ervaren van stress, het drinken van alcohol of het aangeboden krijgen van rookwaar). De patiënt dient in staat te zijn tijdig risicovolle situaties te herkennen. Vervolgens gaan de zorgprofessional en de patiënt samen na hoe de patiënt het beste met verschillende risicovolle situaties om kan gaan (alternatieve copingstrategieën) en hoe de patiënt zich tegen de kwetsbaarheden kan wapenen. Ook gaan patiënt en zorgprofessional gezamenlijk na hoe om te gaan met een eventuele terugval om daarmee de negatieve langetermijngevolgen te beperken. Dit kan bijvoorbeeld door de patiënt er op te wijzen dat terugval een typisch kenmerk van tabaksverslaving is maar dat terugval niet noodzakelijkerwijs inhoudt dat de stoppoging definitief mislukt is.
- Naast bovengenoemde methoden kunnen ook **online en/of offline zelfhulpprogramma's** (e-health interventies) een positieve bijdrage leveren. Zorgprofessionals dienen deze aan (COPD-)patiënten aan te bieden.
- **Belangrijke naasten** van de patiënt die een poging doet om te stoppen met roken dienen geïnstrueerd te worden niet te roken in het bijzijn van de patiënt en dienen bij de ondersteuning te worden betrokken.
- Voor de effectiviteit van **e-sigaretten** als hulpmiddel bij het stoppen met roken is onvoldoende bewijs. Deze dienen daarom niet te worden aanbevolen.
- Voor de effectiviteit van **alternatieve therapievormen zoals acupunctuur, aversieve therapie of hypnotherapie** is eveneens onvoldoende bewijs. Ook deze kunnen daarom niet worden aanbevolen.

Er is geen consensus over de optimale of minimale duur van de ondersteuning. Er zijn aanwijzingen dat wanneer ten minste vier gedragsmatige ondersteuningssessies gevolgd worden gedurende een periode van ten minste vier weken de kans op succes het grootst is. De Duitse richtlijn stelt dat er geen eenduidige evidentie is voor een sterke relatie tussen de duur van de gedragsmatige ondersteuning en de effectiviteit er van en dat er daarom geen uitspraak over kan worden gedaan. Andere richtlijnen stellen dat er een duidelijke relatie is tussen de intensiteit van de ondersteuning en de effectiviteit er van. De begeleiding van COPD-patiënten dient in elk geval aanzienlijk langer en intensiever te zijn dan de begeleiding van de overige patiënten, omdat COPD-patiënten vaak in sterkere mate nicotineafhankelijk zijn.

Medicamenteuze ondersteuning

Het gebruik van (een combinatie van) nicotinevervangende middelen (pleister voor een langzame continue afgifte en kauwgom of inhaler voor een korte snelle afgifte bij optredende *craving*) verdient aanbeveling, zeker bij patiënten met een ernstige nicotineafhankelijkheid (eventueel vast te stellen m.b.v. de Fagerströmtest of blijkend uit het optreden van ernstige onthoudingsverschijnselen). Bupropion, nortryptiline en varenicline zijn de in aanmerking komende medicamenten voor de behandeling van tabaksverslaving. In Nederland is nortryptiline niet officieel geregistreerd voor de indicatie stoppen-met-roken, maar wordt, net als nicotinevervangende middelen, bupropion en varenicline, wel vergoed door de zorgverzekeraars mits het gecombineerd wordt met een bewezen effectieve gedragsmatige behandeling. Andere antidepressiva of partiële nicotineagonisten worden niet aanbevolen of zijn niet officieel toegelaten. De combinatie van gedragsmatige ondersteuning en medicamenteuze ondersteuning is effectiever dan slechts één van beiden. Wanneer een behandeling met nicotinevervangers niet effectief is gebleken, kan bupropion voorgeschreven worden. Wanneer een medicamenteuze behandeling van zware tabaksverslaving niet effectief is gebleken, kan een combinatie van bupropion en langzame nicotinevervangers overwogen worden. Ter ondersteuning van terugvalpreventie kan de duur van het gebruik van nicotinevervangers uitgebreid worden tot 16 - 24 weken, van varenicline tot 24 weken en van bupropion tot 16 - 45 weken.

Voor COPD-patiënten die volgens de Fagerströmtest in hoge mate nicotineafhankelijk zijn, wordt aanbevolen de behandeling te starten met, naast gedragsmatige ondersteuning, twee hoog gedoseerde nicotinevervangende middelen: één voor een onderhoudsdosering van nicotine (pleister) en één voor acute toediening van nicotine (kauwgom of inhaler). Deze nicotinevervangende middelen kunnen worden gecombineerd met varenicline of bupropion. Bij COPD-patiënten dient de behandeling met nicotinevervangende middelen langer volgehouden te worden (bijvoorbeeld 6 tot 12 maanden) dan bij de andere patiënten (standaard 10 weken).

E-sigaretten

Vooralsnog blijkt er onvoldoende evidentie voor de werkzaamheid van e-sigaretten bij de behandeling van tabaksverslaving te zijn om deze aan te bevelen. Wel zijn er aanwijzingen dat nicotinehoudende e-sigaretten mensen hebben geholpen om te stoppen met roken. Mogelijk kunnen e-sigaretten ook een rol spelen bij patiënten die vooralsnog menen niet te kunnen of willen stoppen, maar wel willen minderen met roken. Meer onderzoek is nodig.

4.2 De Internationale richtlijnen

De analyses van de internationale richtlijnen voor de behandeling van tabaksverslaving hebben duidelijk gemaakt waar de verschillen tussen de diverse richtlijnen zitten. De voorgeschreven procedures komen grotendeels overeen: identificatie en registratie -> advisering en motivering -> gedragsmatige en medicamenteuze ondersteuning en terugvalpreventie. De richtlijnen voor de behandeling van tabaksverslaving bij COPD-patiënten leggen extra nadruk op het belang van stoppen bij deze groep voor een beter verloop van de ziekte, onderstrepen het belang van de combinatie van gedragsmatige met medicamenteuze ondersteuning en geven de noodzaak aan van een langere en intensievere gedragsmatige en medicamenteuze ondersteuning. De grootse verschillen tussen de richtlijnen lijken te zitten in de grondigheid en uitvoerigheid waarmee de ontwikkeling en methodologie van de richtlijn is beschreven. Deze verschillen leiden ook tot de verschillen in de AGREE-scoring.

De resultaten van de AGREE-scoring maken duidelijk dat de beide Duitse richtlijnen de hoogste score behalen en dus tot de kwalitatief meest hoogstaande behoren. Bij de interpretatie van deze AGREE-scoring dient men zich overigens bewust te zijn van het feit dat de scoring voornamelijk berust op methodologische overwegingen, zoals de wijze van verzamelen en de sterkte van het bewijs (domein 3) en de achtergrond

(domein 2) en onafhankelijkheid (domein 6) van de opstellers van de richtlijn. De voor de praktische toepassing meer relevante kenmerken, zoals de helderheid en vindbaarheid van de belangrijkste aanbevelingen (domein 4), vormen maar een beperkt deel van de criteria. De AGREE-beoordeling geeft daarmee dus niet noodzakelijkerwijs uitsluitsel over welke richtlijn in de praktijk het meest bruikbaar is om zorgprofessionals te bewegen om de aanbevelingen ook daadwerkelijk op te volgen.

4.3 De Nederlandse richtlijnen

De Nederlandse richtlijnen wijken niet stelselmatig af van de internationale richtlijnen. Er zijn wel enige verschillen in de gedetailleerdheid en grondigheid van de bewijsvoering of de beschrijving van de gevolgde procedures om de onafhankelijkheid van de betrokken opstellers te waarborgen. Tussen de Nederlandse en internationale richtlijnen zitten enkele kleine verschillen, bijvoorbeeld de aanbevolen duur van de verschillende vormen van behandeling, maar deze verschillen bestaan ook tussen de verschillende internationale richtlijnen onderling. Kennelijk is daar nog geen consensus over bereikt.

De 'Richtlijn Behandeling van tabaksverslaving en stoppen met roken ondersteuning' (CBO/Partnership Stop met Roken/Trimbos-instituut/NHG, 2017) lijkt de meest complete richtlijn te zijn. Door de beschikbaarheid van een beknopte samenvatting en een schematische weergave is deze richtlijn geschikt om op brede schaal te implementeren bij zorgprofessionals van verschillende disciplines. De 'Behandelrichtlijn Stoppen met Roken' (NHG, 2017) is vooral bruikbaar voor de (nascholing van) huisartsen. De 'Richtlijn Detoxificatie van psychoactieve middelen' (Resultaten Scoren, 2017) vooral voor professionals werkzaam in de klinische (verslavings)zorg. De 'Zorgmodule Stoppen met roken' (Partnership Stop met Roken, 2009) kan met name bijdragen aan het inrichten en managen van de zorg gericht op het stoppen met roken.

4.4 Reflectie

De verschillende richtlijnen komen overeen in een gebrek aan expliciete uitspraken over hoe een persoonlijke aanpak (*matched care*) daadwerkelijk gerealiseerd kan worden. Zo wordt niet duidelijk gemaakt hoe concreet de motivatie om te stoppen vergroot of de zelfeffectiviteit versterkt kan worden. Mogelijk is dit voor professionele therapeuten geen grote hindernis, maar voor andere zorgprofessionals (zoals huis- of longartsen die niet getraind zijn in gedragsveranderende technieken) kunnen dit lastige obstakels zijn. Mogelijk dat in dergelijke gevallen verwijzing naar begeleiding van stoppen met roken door getrainde professionals een goede uitkomst is.

De verschillen tussen de richtlijnen voor patiënten met of zonder COPD zijn niet stelselmatig. Duidelijk is dat rokers met COPD over het algemeen zwaardere, mogelijk meer nicotineafhankelijke rokers zijn en dat daarom de begeleiding intensiever en langduriger moet zijn. Zo kan overwogen worden bij patiënten zonder COPD de behandeling van tabaksverslaving te starten met gedragsmatige ondersteuning eventueel in combinatie met nicotinevervangende middelen (zoals kauwgom en pleisters). Bij patiënten met COPD lijkt de aangewezen procedure om direct te starten met medicamenteuze behandeling naast nicotinevervangende middelen en gedragsmatige ondersteuning. Duidelijk is ook dat voor patiënten met COPD het van het allergrootste belang is dat zij stoppen met roken, willen zij een positieve invloed uitoefenen op het verloop van de ziekte.

In de nationale en internationale tabaksrichtlijnen die we hebben bestudeerd wordt het belang van 'zorg op maat' en gepersonaliseerde zorg regelmatig benadrukt. Dit is onder meer van belang om over- of onderbehandeling te voorkomen. In bijvoorbeeld de recent ontwikkelde Nederlandse GGZ-kwaliteitsstandaarden is het werken vanuit *matched care*-principes de norm geworden: de intensiviteit en duur van de zorg, begeleiding en farmacologische ondersteuning dienen onder meer op de ernst van de aandoening te worden aangepast. Om deze reden valt te overwegen om de Fagerströmtest standaard toe te passen om de ernst van de tabaksverslaving vast te stellen.

Hoewel het niet het doel van het onderzoek was de richtlijnen te beoordelen op hun praktische bruikbaarheid vallen wat dit betreft bij de vergelijking van de richtlijnen wel verschillen op. Sommige richtlijnen omvatten honderden pagina's waardoor deze voor zorgprofessionals mogelijk weinig toegankelijk zijn en daardoor moeilijker te implementeren. Verschillende richtlijnen beschrijven uitgebreid de totstandkoming van de richtlijn, met gedetailleerde informatie over hoe het bewijs verzameld is, hoe de onafhankelijkheid van de opstellers gewaarborgd is of hoe de procedure voor de herziening in zijn werk gaat. Hoewel deze informatie voor de wetenschappelijke integriteit en betrouwbaarheid van groot belang is, is deze voor de gemiddelde eindgebruiker, zoals een huisarts, niet van wezenlijk belang. Verschillende richtlijnen zijn ook in een compactere vorm beschikbaar. Ook deze 'compacte' vorm beslaat echter in diverse gevallen nog steeds veertig pagina's of meer, enkele uitzonderingen daargelaten (bijvoorbeeld de Nieuw-Zeelandse richtlijn en de korte versie van de Nederlandse Richtlijn Behandeling van tabaksverslaving en stoppen met roken ondersteuning uit 2017). Om het bereik, de implementeerbaarheid en de daadwerkelijke praktische impact te vergroten zou overwogen kunnen worden de toegankelijkheid te verbeteren door versies te maken die middels een kort schematisch overzicht de belangrijkste boodschap overbrengen. Deze belangrijkste boodschap is namelijk relatief eenvoudig: maak als zorgprofessional gebruik van de natuurlijke autoriteit om een rokende (COPD-)patiënt te bewegen een stoppoging te ondernemen en bied daarbij op toegankelijke wijze gedragsmatige en medicamenteuze ondersteuning aan.

Dankwoord

De auteurs willen graag hun dank uitspreken voor de hulp bij het project van het expert-panel bestaande uit Paul van Spiegel, Robert van de Graaf, Anne de Man-Blok, Enje Boiten, Marc Willemsen, Rineke van Woerden en Ursula Dewkalie, en de AGREE-beoordelaars Sanne Heijndijk en Karin Hummel.

Bijlage 1 Fagerströmtest

De mate waarin een roker verslaafd is of nicotineafhankelijk is, kan bepaald worden met de Fagerströmtest. Een score boven de 5 wijst op een ernstige verslaving.

1. Hoe lang na het ontwaken rookt u uw eerste sigaret?
 - a. Binnen de 5 minuten 3 punten
 - b. Binnen de 6 tot 30 minuten 2 punten
 - c. Binnen de 31 tot 60 minuten 1 punt
 - d. Na meer dan 60 minuten 0 punten

2. Is het makkelijk voor u om niet te roken op plaatsen waar roken verboden is?
 - a. Ja 0 punten
 - b. Nee 1 punt

3. Welke sigaret kunt u het moeilijkste missen?
 - a. De eerste 1 punt
 - b. Maakt niet uit welke sigaret 0 punten

4. Hoeveel sigaretten rookt u per dag?
 - a. 31 of meer 3 punten
 - b. 21 tot 30 2 punten
 - c. 11 tot 20 1 punt
 - d. 10 of minder 0 punten

5. Rookt u meer het eerste uur na het ontwaken dan de rest van de dag?
 - a. Ja 1 punt
 - b. Nee 0 punten

6. Rookt u als u zo ziek ben dat u overdag in bed moet blijven?
 - a. Ja 1 punt
 - b. Nee 0 punten