

Protocol rookvrije afdeling Psychiatrie

Inleiding

Het UMC Utrecht is een rookvrij ziekenhuis. Dat betekent dat er in de gebouwen en op het terrein van het UMC Utrecht niet gerookt mag worden. Dit verbod geldt ook voor de e-sigaret. De damp van e-sigaretten bevat een aantal ingrediënten en chemische onzuiverheden in hoeveelheden die schadelijk zijn voor de gezondheid (1). Voor medewerkers van het UMC Utrecht is het bovendien in werktijd en in dienstkleiding niet toegestaan te roken, ook niet buiten het UMC terrein. Hiermee wordt een gezonde leefstijl uitgedragen en wordt voorkomen dat kinderen en volwassenen blootgesteld worden aan schadelijke sigarettenrook of residuen van sigaretten. In het Nationaal Preventieakkoord 2020, is afgesproken dat vanaf 2030 alle zorginstellingen rookvrij zijn en vanaf 2025 de meeste GGZ-instellingen (2).

Patiënten, die opgenomen worden op de afdeling Psychiatrie van het UMC Utrecht kunnen extra ondersteuning krijgen om te pauzeren met roken tijdens hun verblijf in het ziekenhuis. Het is bekend dat patiënten met psychiatrische aandoeningen meer en vaker roken dan de gemiddelde bevolking (3, 4). Daarnaast hebben sommige patiënten te maken met een gedwongen opname of vrijheidsbeperkende maatregelen. Diagnostiek met betrekking tot het rookgedrag van patiënten en passende interventies om de rookpauze te ondersteunen zijn daarom standaard procedures op de afdeling Psychiatrie.

Informatievoorziening aan patiënten, familie en naasten

- Schriftelijke informatie voorafgaand aan een polibezoek of opname en duidelijke communicatie via de website zorgen ervoor dat alle patiënten (en bezoekers) kennis kunnen nemen van het rookvrij-beleid
- Zorgprofessionals stellen verwijzers tijdens de aanmelding van patiënten op de hoogte van het rookvrij-beleid en bespreken dit beleid, inclusief de voordelen van de rookpauze, met patiënten en familie/naastbetrokkenen tijdens het eerste contact (zie beslisboom pg. 8)

Diagnostiek

Tijdens de intake en zo nodig bij vervolgsafspraken vraagt de behandelaar of verpleging actief naar het rookgedrag van de patiënt (aan de patiënt en/of diens naasten)

- Niet-roker (notitie in Elektronisch Patiëntendossier: nooit gerookt, of gestopt sinds <datum>)
- Roker:
 - Wat rookt u (sigaretten of shag, sigaren, pijp, e-sigaret)?
 - Hoeveel rookt u (gemiddeld aantal sigaretten per dag)?
 - Hoeveel jaar rookt u?
 - Bent u eerder gestopt met roken? Hoe en hoe lang?
 - Waarom rookt u? (motieven en/of functie van gebruik)
 - Met goede begeleiding en de juiste medicatie is het mogelijk om te pauzeren met roken

Praktische aspecten tijdens opname

- Alle rokers krijgen een (tijdelijk) stop-met-roken advies (5 R's) bij opname, gevolgd door motiverende gespreksvoering en nicotine vervangende middelen indien gewenst.
- Patiënten met groene vrijheden mogen buiten het programma en alleen buiten het UMC terrein roken, zonder begeleiding. Zij hebben hun rookwaar in eigen beheer,

Protocol rookvrije afdeling Psychiatrie

tenzij er sprake is van contrabande (wanneer rookwaar rondslingert op de afdeling, de roker andere patiënten rookwaar aanbiedt, e.d.).

- Patiënten mogen niet roken in het bijzijn van zorgpersoneel. Na het roken, terug op de afdeling, moeten rokers maatregelen nemen om de rooklucht te verminderen (bijv. met deodorant en tanden poetsen/ademverfrissers).
- Patiënten die hun vrijheden gebruiken, primair, om te roken, wordt een gesprek mee aangegaan waarin met motiverende gespreksvoering, naar alternatieven wordt gekeken. De algemene boodschap is dat roken ongezond is, ook als coping strategie, en de behandeling belemmert.
- Ingenomen rookwaar wordt bewaard in kluisjes op de afdeling.
- Patiënten met gele vrijheden wordt toegestaan (maar niet geadviseerd) om onder begeleiding van hun bezoek, buiten het UMC terrein, te gaan roken.
- Patiënten mogen niet onder begeleiding van de zorgverleners het terrein af om te roken. Gezonde coping wordt gestimuleerd en tabak heeft geen plaats in de-escalatie van spanning, net zoals dat geldt voor gebruik van alcohol of drugs. Uit onderzoek blijkt bovendien dat er op rookvrije afdelingen geen toename van agressie plaats vindt (5). Uitzonderingen die zorgen voor onduidelijkheid over het rookvrij-beleid bij patiënten zelf, andere patiënten en medewerkers worden vermeden.

Interventies om te stoppen met roken

Alle rokers krijgen een kort stoppen-met-roken advies; dat bestaat uit het model van 5 R's:

1. Relevance (relevantie): vertel de roker waarom het zinvol is om te stoppen en maak dit zo persoonlijk mogelijk.
2. Risks (risico's): vraag de roker naar de risico's van roken.
3. Rewards (beloning): vraag de roker naar de voordelen van stoppen en benadruk de voordelen als ze op de persoon specifiek van toepassing zijn.
4. Roadblocks (belemmeringen): vraag de roker naar de barrières om eventueel te stoppen en wijs waar dat kan op behandelingsmogelijkheden om specifieke barrières te slechten (nicotine vervangende middelen (NVM), farmacotherapie, training gericht op gedragsverandering).
5. Repetition (herhaling): herhaal deze strategie zolang de roker niet gemotiveerd is. Vertel rokers ook dat het veel mensen lukt om, na enkele rookpauzes, definitief te stoppen met roken.

Breng dit advies op een duidelijke en op de persoon afgestemde manier, met nadruk op het belang van stoppen voor de toekomstige gezondheid en die van eventuele naasten. Leg waar mogelijk een relatie naar de risicofactoren, klachten of ziekten die de patiënt op dat moment heeft.

Bespreek de mogelijkheden van ondersteuning, ongeacht de motivatie van de roker, om te pauzeren met roken. Dit kan eventueel in een vervolggconsult gebeuren. Als de patiënt niet gemotiveerd is, vertel dan dat later op de rookpauze teruggekomen wordt en geef aan dat de patiënt ook altijd zelf op het rookgedrag mag terugkomen.

Bespreek en evalueer de mogelijke ontwenningverschijnselen tijdens het (acuut) stoppen met roken, zoals:

Protocol rookvrije afdeling Psychiatrie

- Prikkelbaarheid, frustratie of woede, angst, moeite met concentreren, toegenomen eetlust, rusteloosheid, sombere stemming, insomnie. Dit kan tot drie weken na het stoppen met roken aanhouden.
- Kans op hyperreactiviteit van de longen (waardoor hoesten kan toenemen) en obstipatie.
- Bij een gewichtstoename van meer dan 4 kg controleert de behandelaar de schildklierfunctie.
- Craving (sterke behoefte aan) sigaretten duurt enkele minuten, wanneer de nicotinespiegel onder controle is.

Bij een rookpauze kan het nodig zijn om medicatie aan te passen, vanwege farmacokinetische interactie met tabaksproducten die in de bloedbaan komen (zie medicamenteuze aanpassingen psychofarmaca en somatische medicatie pg 5-7).

Training gericht op gedragsverandering

Motiverende gespreksvoering

Het rookpauze-advies bij rokers, wordt standaard uitgevoerd met motiverende gespreksvoering (indien gewenst of bij gedwongen opname) door leden van het behandelteam. Dit is een gesprekstechniek gericht op het bewust worden van de voor- en nadelen van het eigen gedrag; het roken, en de bestaande alternatieven. Het doel is om motivatie voor verandering op te wekken of te versterken. Als ondersteuning bij stoppen-met-roken is deze vorm van gespreksvoering effectief bevonden. Voor een gesprek met iemand die gemotiveerd is tot de rookpauze, zijn '5 A's' geformuleerd voor zorgverleners:

1. Ask (vraag ernaar): vraag naar het rookgedrag van patiënt, breng dit in kaart.
2. Advise (adviseer): geef een duidelijk advies om te pauzeren met roken. Stem dit advies zoveel mogelijk af op de persoonlijke situatie. Adviseer medicatie indien aangewezen.
3. Assess (stel vast): stel vast in hoeverre de patiënt bereid is om daadwerkelijk te pauzeren met roken en wanneer hij of zij dit wil doen (een gemotiveerde roker is bereid binnen 30 dagen te stoppen).
4. Assist (assisteer): bied ondersteuning door samen een pauzeerplan te maken en bied praktische hulp. Probeer daarnaast ondersteuning vanuit de sociale omgeving te regelen.
5. Arrange (organiseer): maak vervolgspraken om terugval te voorkomen. Dit kan persoonlijk of telefonisch. Stel tijdens deze vervolgspraken vast in hoeverre de rookpauze succesvol verloopt en evalueer indien van toepassing hulpmiddelen, zoals cognitieve gedragstherapie, NVM en medicatie.

Motiverende gespreksvoering is een communicatiestijl. Medewerkers kunnen hierover via U-learn een cursus volgen en collega's raadplegen. Als dit niet voldoende is om te pauzeren met roken, kunnen andere interventies worden overwogen, zoals cognitieve gedragstherapie of andere medicamenteuze interventies, al dan niet met ondersteuning van het zorgprogramma Middelengebruik & Psychose. Aanmeldingen voor het zorgprogramma verlopen via Albert Batalla-Cases, Bart Tijsterman of Astrid Hoppe.

Cognitieve gedragstherapie (CGT)

CGT kan gegeven worden door psychologen, AIOS, psychiaters en opgeleide verpleegkundigen op de afdeling Psychiatrie, of patiënten worden doorverwezen naar een

Protocol rookvrije afdeling Psychiatrie

behandeling buiten het ziekenhuis. CGT helpt patiënten om situaties te herkennen, waarin zij geneigd zijn om te gaan roken, om deze situaties te vermijden of om in deze situaties het gebruik te weerstaan, volgens 5 'G' schema's:

1. Wat is de Gebeurtenis / situatie, waarin ik rook of zin heb in roken?
2. Welke Gedachten heb ik dan?
3. Welke Gevoelens heb ik dan?
4. Welk Gedrag laat ik zien?
5. Wat is het Gevolg hiervan? Wat kan ik doen?

CGT richt zich op:

- Omgaan met trek
- Bezigheden hebben om jezelf af te leiden van trek
- Omgaan met sociale druk
- Omgaan met terugval
- Ontspanning opzoeken

Tijdens CGT leren patiënten om het opsteken van een sigaret te vervangen door iets anders, zodat zij weerstand bieden op momenten van craving (snakken naar nicotine). Oud (rook)gedrag wordt afgeleerd en nieuw gedrag aangeleerd.

Nicotine vervangende middelen (6)

Ontwenning is te ondervangen door nicotine suppletie. Bij ≥ 10 sigaretten (of als de patiënt het wenst), is nicotinevervanging over het algemeen geïndiceerd. Combineer het gebruik van nicotinepleisters altijd met tabletten. Pleisters geven een continue nicotine substitutie, tabletten worden gebruikt om acute craving tegen te gaan.

De dosering van een nicotinepleister is 21 mg, ongeacht het aantal gerookte sigaretten per dag (7).

- Dosering bij acuut stoppen met roken:
1dd pleister 21 mg + op geleide van klachten 1dd 7 of 14 of 21 mg toevoegen
Zo nodig 6dd 1 tablet 2 mg
Gedurende 1-2 weken
Week 3 t/m 6: pleisters en tabletten geleidelijk afbouwen.
- Gedwongen opgenomen patiënt zonder stopwens, maar met behoefte aan nicotine suppletie: start zoals hierboven met 21mg pleister en zo nodig tabletten 2 mg. Verhoog zo nodig met een extra pleister van 7 mg of tabletten van 4 mg indien onvoldoende effect.
- Contra-indicaties: Recent myocardinfarct is het belangrijkste. Verder worden genoemd: instabiele angina pectoris, ernstige aritmie, recent CVA, ongecontroleerde hypertensie. Wees voorzichtig bij feochromocytoom. Het is veilig om nicotine vervanging voor te schrijven aan rokers met hart- en vaatziekten en vrouwen die zwanger zijn of borstvoeding geven. Zie verder farmacotherapeutisch kompas (6).
- Bijwerkingen: irritatie van huid, mond en keel, hik, maagdarfstoornissen, nervositeit, hoofdpijn, slapeloosheid, pijn op de borst, palpitations. Zie verder: farmacotherapeutisch kompas (6).
- Gebruiksadvies zuigtabletten:
Zuig op tablet tot de smaak sterk wordt, laat dan de tablet rusten tussen het tandvlees en wang. Als de smaak verdwijnt opnieuw op tablet zuigen, herhaal tot tablet geheel

Protocol rookvrije afdeling Psychiatrie

opgelost is (30 minuten). Na 3 maanden dosering geleidelijk verlagen. Geen zure dranken zoals koffie of frisdrank drinken in de 15 min voorafgaand aan het nemen van een zuigtablet omdat dit mogelijk de resorptie kan verminderen.

Farmacotherapie (6)

Varenicline, bupropion en nortriptyline zijn veilig en effectief bevonden als medicamenteuze hulp bij stoppen met roken voor psychiatrische patiënten (8, 9). Varenicline heeft minder interacties dan bupropion en nortriptyline, doordat het in de nieren geklaard wordt. De laatste onderzoeksresultaten tonen aan dat varenicline even veilig is bij patiënten met of zonder psychiatrische stoornis (8). Nortriptyline en bupropion hebben een plaats in de behandeling van patiënten met affectieve klachten na stoppen met roken. Overigens geldt in het algemeen dat symptomen van stress, angst en somberheid afnemen wanneer men meerdere maanden gestopt is met roken en de ontwenningssverschijnselen verdwenen zijn (9). Bupropion kan tevens overwogen worden bij patiënten met co-morbide ADHD (10).

Varenicline

- Dosering (12 weken): dag 1-3: 1 dd 0,5 mg, dag 4-8: 2 dd 0,5 mg, daarna (onderhoudsdosering) 2dd 1 mg. Bij niet-verdraaglijke bijwerkingen: zo nodig de dosis tijdelijk of permanent verlagen naar 2dd 0,5 mg.
- Rookstopdatum: 1-2 weken na start medicatie.
- Bijwerkingen: nasofaryngitis, abnormale dromen, slapeloosheid, hoofdpijn, maag-darmstoornissen, verminderde of toegenomen eetlust, spierpijn, rugpijn, tandpijn.
- Waarschuwingen: bij matig-ernstige nierfunctiestoornis (creatinineklaring 30–50 ml/min) gecombineerd met onoverkomelijke bijwerkingen de onderhoudsdosering verlagen tot 1dd 1 mg. Bij ernstige nierfunctiestoornis (creatinineklaring < 30 ml/min) de dosering verlagen tot maximaal 1dd 0,5 mg (begindosering eerste 3 dagen) tot 1 mg (onderhoudsdosering). Wees voorzichtig bij een voorgeschiedenis van convulsies of andere aandoeningen die de convulsiedrempel kunnen verlagen. Instrueer de patiënt nieuwe of verergering van bestaande cardiovasculaire symptomen te melden.
- Interacties: gelijktijdige toediening met cimetidine verhoogt de systemische blootstelling van varenicline met ca. 29%. Vermijd bij ernstig gestoorde nierfunctie het gelijktijdig gebruik van cimetidine en varenicline.

Nortriptyline

Nortriptyline wordt gemetaboliseerd via CYP2D6; middelen die CYP2D6 remmen, zoals antipsychotica en SSRI's (fluoxetine), β -blokkers en nieuwe anti-aritmica kunnen de plasmaconcentratie doen stijgen. Met name geadviseerd wanneer een patiënt bij een vorige stoppoging depressieve klachten kreeg.

- Dosering (7-12 weken): dag 1-3: 1 dd 25 mg, dag 4-6: 1 dd 50 mg, daarna evt. 1 dd 75 mg (ouderen/adolescenten resp. 1 dd 10 mg, 20mg, 30-40 mg).
- Rookstopdatum: 7-8 dagen na start medicatie.
- Bijwerkingen: droge mond, hoofdpijn, duizeligheid, maag-darmstoornissen, slaapstoornissen, accommodatiestoornissen, concentratiestoornissen, ritmestoornissen.
- Contra-indicaties: recent myocardinfarct, enige vorm van hartblokkade, stoornissen hartritme of kransslagaders.
- Interacties: gelijktijdig gebruik van MAO-remmers is gecontra-indiceerd.

Protocol rookvrije afdeling Psychiatrie

Bupropion

- Dosering (7-9 weken): eerste 6 dagen: 1 dd 150 mg, daarna 2 dd 150 mg.
- Rookstopdatum: ± 10 dagen na start medicatie.
- Bijwerkingen: overgevoeligheidsreacties, droge mond, hoofdpijn, duizeligheid, slapeloosheid, maagdarfstoornissen, depressie, angst, opwinding, onrust, concentratiestoornissen, allergische reacties, anorexie.
- Contra-indicaties: ernstige levercirrose, manifeste epilepsie of een (voor)geschiedenis van convulsies, tumor CZS, anorexia nervosa of boulimia, stoppen alcohol en benzodiazepinen.
- Interacties: gelijktijdig gebruik met geneesmiddelen die worden gemetaboliseerd door CYP2D6 kan resulteren in een verminderde eliminatie van middelen zoals sommige antidepressiva (desipramine, imipramine, paroxetine, venlafaxine), antipsychotica (aripiprazol, risperidon), bètablokkers (metoprolol) en klasse 1C-anti-aritmica (flecainide, propafenon). Niet combineren met MAO-remmers. Wees voorzichtig bij gebruik van andere middelen die de drempel voor convulsies verlagen.

Medicamenteuze aanpassingen psychofarmaca (6)

Clozapine

Metabolisme voornamelijk via CYP1A2. Stoppen met roken kan resulteren in 30% reductie van CYP1A2 activiteit en hierdoor stijgt de clozapinespiegel (11). Maximale inductie van leverenzymen lijkt al bereikt bij het roken van 7-12 sigaretten per dag. Acut stoppen met roken kan leiden tot 40%-100% stijging van de plasmaspiegel in 4-7 dagen (12). De verwachting is dat 14 dagen na de stopdag een steady state van de enzymactiviteit bereikt is.

- Bepaal een spiegel voorafgaand aan het stoppen met roken. In ambulante setting adviseer de patiënt in een aantal weken te stoppen met roken zodat op geleide van spiegels de dosering kan worden aangepast.
- Rookt een patiënt meer dan 10 sigaretten per dag en stopt de patiënt acut met roken dan per dag de dosering clozapine met 10% verminderen gedurende 4-5 dagen (dat is, terugbrengen tot een dosering van 50% - 60% van de begindosering). Bepaal vijf dagen na het bereiken van deze dosering (ongeveer 9-10 dagen na de stopdag) een clozapinespiegel. Bepaal daarna wekelijks een clozapinespiegel en pas de dosering waar nodig aan totdat een adequate bloedspiegel bereikt is.
- Vraag clozapinespiegels eerder aan bij intoxicatieverschijnselen.
- Evalueer of er daadwerkelijk gestopt is met roken of dat er sprake is van terugval. Opnieuw starten met roken kan clozapinespiegels verlagen en tot onderdosering leiden.

Olanzapine

Metabolisme voornamelijk via CYP1A2, CYP2D6 en glucuronidering, stoppen met roken verhoogt de spiegel.

- Pas de dosis na de stopdag aan op geleide van bijwerkingen. Overweeg bij rokers van meer dan een pakje per dag, die per direct stoppen, na de stopdag een dosisreductie uit te voeren van 5 mg.

Haloperidol

Metabolisme voornamelijk via glucuronidering, CYP3A4 en CYP2D6, stoppen met roken verhoogt de spiegel.

- Pas indien nodig de dosis aan op geleide van bijwerkingen.

Protocol rookvrije afdeling Psychiatrie

Flufenazine

Metabolisatie voornamelijk via CYP2D6 en in mindere mate via CYP1A2.

- Pas de dosis aan op geleide van bijwerkingen.

Benzodiazepines

Interactie tussen roken en benzodiazepine-gebruik loopt waarschijnlijk via het stimulerende effect van nicotine op het sympatische zenuwstelsel.

- Observeer of er tijdens of na het stoppen met roken sprake is van een toename van sedatie en pas zo nodig de benzodiazepinedosering aan.
- Bij ouderen kan een tot drie keer zo sterke werking van diazepam worden verwacht (zie detox richtlijn).

Antidepressiva

Metabolisme door diverse cytochroom P450 enzymen.

- Let bij gebruik van fluvoxamine, duloxetine, mirtazapine, trazodon, fluoxetine, amitriptyline, clomipramine en imipramine na de stopdag op een toename van bijwerkingen en pas indien nodig de dosis aan (13).

Medicamenteuze aanpassingen somatische medicatie (6)

Theofylline

Metabolisme voornamelijk via CYP1A2, stoppen met roken geeft een stijging van de spiegel.

- Verlaag de dosis op geleide van bijwerkingen (palpaties of misselijkheid), dit kan tot 50% van de oorspronkelijke dosering zijn.

Insuline

Roken is bij patiënten met diabetes geassocieerd met onregelmatige bloedglucosewaarden. Het onderliggende interactie mechanisme betreft waarschijnlijk nicotine dat zorgt voor een verhoogde afgifte van catecholamines. Daarnaast stimuleert roken enigszins de schildklier.

- Het effect van roken bij type 1: verhoogde insulinebehoefte, bij zware roker 30% meer.
- Bij type 2: verergering van insulineresistentie.
- Adviseer een patiënt die insuline gebruikt alert te zijn op verschijnselen van hypoglycemie, voer frequentere monitoring uit en pas zo nodig de dosis aan.
- Bij (nieuw) opgenomen patiënten: intercollegiaal consult Interne Geneeskunde.
- Verwijs poliklinische patiënten die zelf niet monitoren naar de huisarts voor een glucose dagcurve en zo nodig aanpassing van de insuline dosis.

Acenocoumarol of marcoumar

Metabolisme deels via CYP1A2, INR kan stijgen bij stoppen met roken vooral bij zware rokers. Hierbij kan de factor stress meespelen.

- De INR extra monitoren, dagelijks of op dag 2, 4 en 6. Na een week is een steady state bereikt.
- Bij (nieuw) opgenomen patiënten: intercollegiaal consult Interne Geneeskunde.
- Verwijs poliklinische patiënten naar de desbetreffende specialist voor monitoring en eventuele dosisaanpassingen.

Protocol rookvrije afdeling Psychiatrie

Bètablokkers en anti-aritmica

Metoprolol, propranolol en flecaïnide. Metabolisme onder andere via CYP2D6.

- Verlaag de dosis aan op geleide van bijwerkingen.

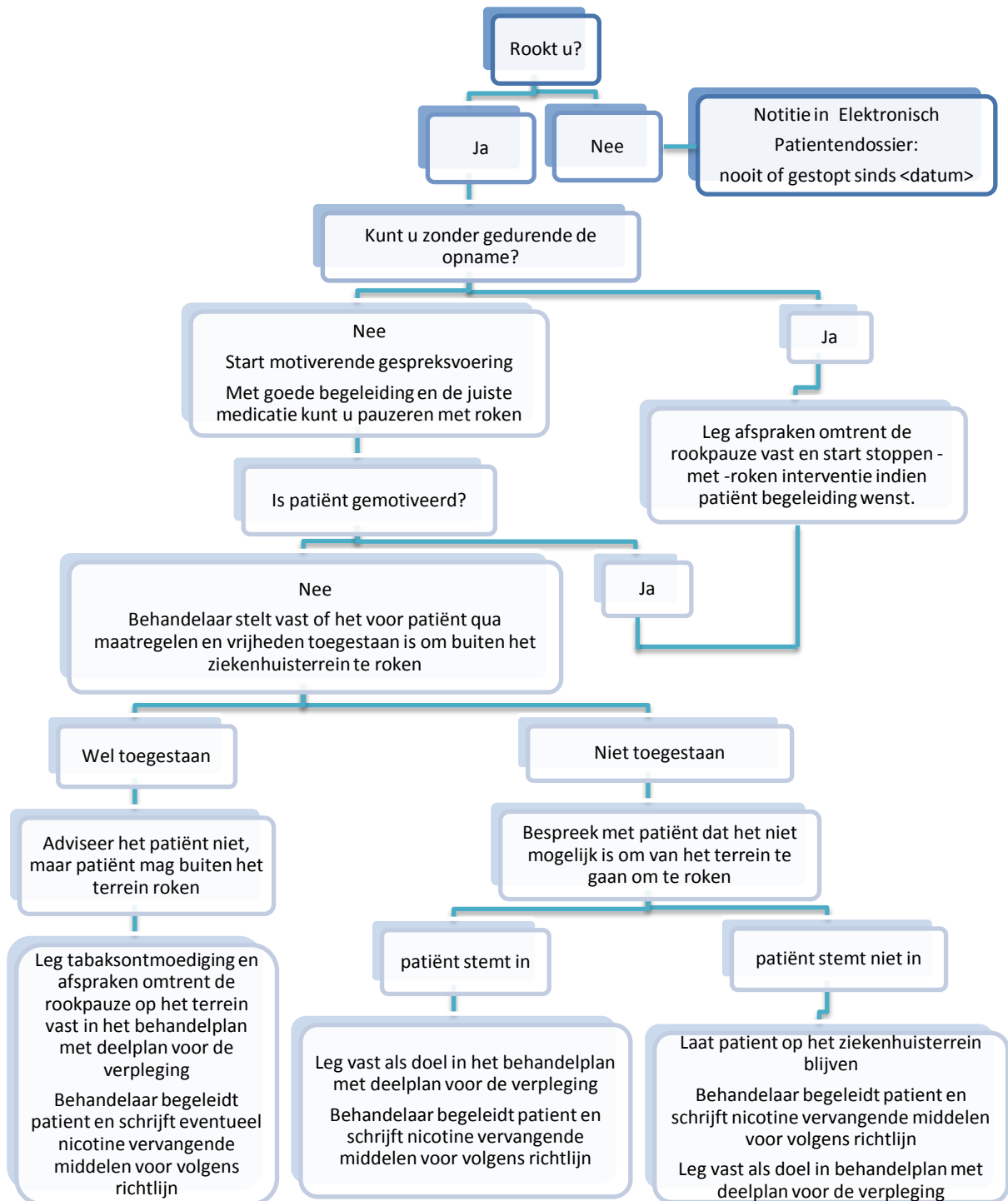
Nazorg

De behandelaar motiveert patiënten om de rookpauze voort te zetten na ontslag en noteert (de poging tot) het stoppen met roken in het elektronisch patiëntendossier. De behandelend arts meldt dit in de conclusie van de ontslagbrief en verwijst de patiënt naar de huisarts of ambulante behandelaar voor verdere ondersteuning. Op de website Ikstopnu.nl is hulp voor stoppen met roken in heel Nederland te vinden.

Indien patiënten na opname het roken hervatten, kunnen medicatiespiegels weer dalen. De verwachting is dat een week na het starten met roken, maximale enzyminductie bereikt is.

Protocol rookvrije afdeling Psychiatrie

Beslisboom rookpauze tijdens opname



Protocol rookvrije afdeling Psychiatrie

Referenties

1. Goniewicz M.L., Knysak J., Gawron M., Kosmider L., Sobczak A., Kurek J., et al. (2013). Levels of selected carcinogens and toxicants in vapour from electronic cigarettes. *Tobacco Control*, 23(2), 133-139
2. *Maatregelen in het nationaal preventieakkoord*. (2020). Retrieved maart 9, 2020, from Rijksoverheid: <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/gezondheid-en-preventie/nationaal-preventieakkoord>
3. McClave A.K., M.-E. L. (2010). Smoking Characteristics of Adults With Selected Lifetime Mental Illnesses: Results From the 2007 National Health Interview Survey. *American journal of public health*, 2464-2472.
4. Russel C., Callaghan S.V. (2014). Patterns of tobacco-related mortality among individuals diagnosed with schizophrenia, bipolar disorder, or depression. *Journal of psychiatric research*, 102-110.
5. Neven A., Vermeulen J.M., Noordraven E., Bonebakker A.E. (2019). Is er een risico op toename van agressie bij een rookvrije ggz? Een literatuurstudie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 61(6).
6. *Farmacotherapeutisch Kompas*. Retrieved May 13, 2020, from: <https://www.farmacotherapeutischkompas.nl/>
7. Bittoun R., Nynycz S., Ross D, Foley K., Ross L. A. (2012). Protocol for a smoke-free mental health facility. *Journal of Smoking Cessation*, 8(1).
8. Anthenelli R.M., Benowitz N.L., West R., St Aubin L., McRae T., Lawrence D., et al. (2016). Neuropsychiatric safety and efficacy of varenicline, bupropion, and nicotine patch in smokers with and without psychiatric disorders (EAGLES): a double-blind, randomised, placebo-controlled clinical trial. *Lancet*, 387(10037): 2507-20.
9. Taylor G., McNeill A., Girling A., Farley A., Lindson-Hawley N., Aveyard P. (2014). Change in mental health after smoking cessation: systematic review and meta-analysis. *BMJ*, 348: g1151.
10. Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie 2015. *Richtlijn ADHD bij volwassenen. Fase I – Diagnostiek en medicamenteuze behandeling*.
11. Faber M.S., Fuhr U. (2004). Time response of cytochrome P450 1A2 activity on cessation of heavy smoking. *Clin Pharmacol Ther.*, 76(2): 178-84.
12. Tsuda Y., Saruwatari J., Yasui-Furukori N. (2014). Meta-analysis: the effects of smoking on the disposition of two commonly used antipsychotic agents, olanzapine and clozapine. *BMJ Open*, 4(3): e004216.
13. Oliveira P., Ribeiro J., Donato H., Madeira N. (2017). Smoking and antidepressants pharmacokinetics: a systematic review. *Ann Gen Psychiatry*, 16: 17.