

Werkinstructie Tabaksverslavingsbehandeling
Medisch inhoudelijk

Marieke Helmus, Maria Franken en Jeanine Koster, versie 22 juni 2018



Werkwijze Tabaksverslavingsbehandeling (Medisch Inhoudelijk)

Inleiding

Deze uitgebreide medische werkwijze Tabaksverslavingsbehandeling is geschreven nav het Project Jellinek Rookvrij! per 1-7-2018. T.b.v. de behandeling van tabaksverslaving binnen Jellinek anno 2018 is een inhaalslag noodzakelijk om deze zorg op alle locaties goed in te bedden en praktisch aan de slag te kunnen. We weten dat dit de gezondheid en de prognose van behandeling van onze patiënten een boost zal geven. Op alle locaties van Jellinek kan de ondersteuning door de arts zo op ongeveer dezelfde wijze ingevoerd worden.

Voor wie?

Voor (verslavings)artsen, psychiaters en geïnteresseerde behandelaren/verpleegkundigen.

Wat staat erin?

In deze werkwijze zijn de kennis van de laatste richtlijnen en practice based kennis samengevoegd. Deze medische werkwijze is onderdeel van de **Jellinek Toolkit Tabaksverslavingsbehandeling**.

Waarom is optimale behandeling van tabaksverslaving relevant?

Zorginstellingen en zorgverleners spelen een belangrijke rol bij het rookvrij maken van de samenleving en het steunen van onze patiënten tot een rookvrij leven. Zorgverleners, zo ook de verslavingszorg, vervullen een voorbeeldrol.

De wil onder veel rokers om te stoppen is er. 80% van de rokers in Nederland wil graag stoppen. In onze patiëntengroep in de verslavingszorg is dat niet anders: de overgrote meerderheid (tot 80%) van patiënten in verslavingsbehandeling wil stoppen met roken (Prochaska et al., 2004). In een steekproef onder 75 patiënten bij een Jellinek-intake bleek ook dat ongeveer 80% rookvrij wil zijn. Zorgverleners kunnen hen hier nog actiever in steunen.

Het percentage rokende patiënten in behandeling binnen de verslavingszorg is zeer hoog (65-90%) met vaak een ernstige tabaksverslaving. Maar ook bij deze groep is tabaksverslaving goed te behandelen.

Behoudens de *enorme gezondheidswinst* (de levensverwachting bij ggz-patiënten is 11-25 jaar lager, met als hoofdoorzaak roken, bijvoorbeeld door synergistische carcinogene effecten van alcohol en roken, Hinds et al 1979).), zijn er gegronde aanwijzingen dat het tevens stoppen met roken een positief effect geeft op de overige verslavingsbehandelingen. Het stoppen met roken samen met het aangaan van abstinentie in andere middelen, is geassocieerd met een 25% hogere slagingskans op langdurige abstinentie van alcohol en andere drugs (gebaseerd op meta-analyses van 19 gerandomiseerde gecontroleerde trials Prochaska et al. 2004). Een rookvrije klinische omgeving helpt verder bij het stoppen.

**Namens Marieke Helmus, Jeanine Koster,
Projectleiders Jellinek Rookvrij! mei 2018**



Goedgekeurd in het KNMG Jellinek artsenoverleg, 5 juni 2018

JELLINEK TOOLKIT TABAKSBEHANDELING

De Jellinek Toolkit tabaksverslavingbehandeling en de trainingen zijn ontwikkeld om medewerkers en cliënten zo goed mogelijk te ondersteunen.

- **Werkwijzes Tabaksverslavingsbehandeling (intake/poliklinisch; verpleging/groepswerk, deeltijd/klinisch is in ontwikkeling)**
- **Behandel-inhoudelijk:** hoe integreer je tabak in reguliere behandelmethodes (CGT, Minnesota, ACT, FACT, CRA): op te pakken per instellingslocatie door manager behandelzaken
- **Psycho-educatie** Tabaksverslaving
- **Werkinstructie Tabaksverslavingsbehandeling (Medisch Inhoudelijk)**
- **Hand-out:** Effectieve behandeling SMR (stroomschema)
- **Folder 1:** Jellinek rookvrij (voor cliënt bij intake)
- **Folder 2:** Tabaksverslavingsbehandeling (voor cliënt tijdens MVO, uitgebreide medische info)
- **Informatiebrief** voor cliënten in overgangsfase
- **Hand-out:** Nicotine ontweningsadvies, inclusief instructie nicotine zuigtablet
- **Hand-out:** Vergoedingsregels voor tabaksverslavingsbehandeling (nog onder bewerking)
- **Beschikbaar communicatie materiaal** Jellinek rookvrij!: posters, kauwgom, stickers op op te heffen rookplekken, rookvrij bordjes op de panden, informatie naar in- en externe ketenpartners inclusief huisartsen, afspraken met medepand-gebruikers, aanpassingen op intranet en Jellinek-site. Q en A: antwoord op veelgestelde vragen over rookvrij!
- **Jellinek Rookvrij-folder:** Jellinek Rookvrij! voor alle (toekomstige) medewerkers en pandgebruikers
- **E-learning en live trainingen Jellinek Training & Ontwikkeling (T&O),** inclusief een hand-out voor lastige momenten

WAAR? ARKINPORTAAL--> MIJN MERK--> PROTOCOLLEN EN JE LEERPORTAAL



INHOUDSOPGAVE

1. Medische Behandeling in het kort (Pg 4)
2. Effectieve behandeling SMR- stroomschema (Pg 5)
3. Medische Intake (Pg 6)
Diagnostiseren, Motiveren en uitleg, Aandachtspunten intakecasuïstiek en Crisisbeleid
4. Medisch Verslavings Onderzoek (Pg 10)
Vraagstelling/Anamnese/LO/AO, Motiveren en uitleg, Gebruik medische folder, afstemming met behandelaren: stopdatum, comorbiditeit, voorbereiding detox
5. Shared decision medicatie (Pg 20)
Informatie types medicatie, E-sigaret
6. Samenwerking met andere medewerkers Kliniek/DB (Pg 31)
7. Bijlages (Pg 32)
 - DSM V tabak, Fagestrom, Onthoudingsschaal
 - Nicotine ontweningsadvies incl instructie nic. zuigtablet
 - CO-meter instructie
 - Landelijk Formulier StoppenMetRoken
 - Vergoedingsregels
 - AMC psychiatrie SMR protocol
 - Zwangeren/kinderwens
 - Aanbeveling E-health
 - Gemelde problemen rondom vergoeding

Bronnenlijst:
Richtlijn tabaksverslavingen en stoppen met roken ondersteuning, dec. 2016 (NHG standaard volgt hieruit, gericht op algemene patiëntenpopulatie) https://assets.trimbos.nl/docs/7435d8f9-c8f4-4302-aec6-f4fddade81f2.pdf Overzicht: alle actuele versies richtlijnen/ samenvattingskaart http://www.partnershipstopmetroken.nl/richtlijn-2/ Addendum zwangere vrouwen, behorend bij bovenstaande richtlijn https://assets.trimbos.nl/docs/8dcff786-e1b2-4556-8220-7ca285531b6c.pdf
Richtlijn Detoxificatie (hoofdstuk tabak, p228-252) Verantwoord ambulant of intramuraal detoxificeren van psychoactieve stoffen, Resultaten Scoren 2016 http://www.resultatenscoren.nl/publicaties/detail/richtlijn-detoxificatie-van-psychoactieve-middelen.html
Handleiding Detoxificatie (hoofdstuk tabak, p75-79) Verantwoord ambulant of intramuraal detoxificeren van psychoactieve stoffen
Platform stoppen met roken voor professionals: voor al je vragen rondom stoppen met roken, beantwoord door Monique Croes Trimbos, wetenschappers, longartsen en verslavingsartsen). <i>Geef je nu op voor dit platform!</i> https://platform.rokeninfo.nl/
Practice Based: Sommige tips zijn gebaseerd op praktische ervaring van Verslavingsarts KNMG Trudi Tromp-Beelen en Marieke Helmus: dit is telkens aangegeven met een voetnoot 'practice based'

Jellinek apothekers (tbv overleg, bij. over medicatie spiegels): Obrecht: Maria Franken, maria.franken@arkin.nl, 020-623 5949 (heeft bijgedragen aan deze werkwijze) HCD/Vlaar: Geke van Weringh: g.vanweringh@olvg.nl , Utrecht: Alexander van Hecke van apotheek Koert : vanhecke@apotheekkoert.nl

1. MEDISCHE BEHANDELING IN HET KORT

Type afspraken:

1. **Cliënten die alleen voor SMR komen:** Standaard vervolg-Medisch Verslavings Onderzoek (MVO) voor advies medische begeleiding bij SMR.
2. **Cliënten die zich aanmelden met een stoornis in gebruik van meerdere middelen (incl tabak):** Standaard Intake screening met stopadvies van de arts. Veel cliënten hebben vele stoppogingen achter de rug. Alle cliënten krijgen tijdens het MVO adviezen tav medische begeleiding bij SMR. Soms zul je een cliënt zien in kader van CGT 1 (4 gesprekken ter motivatie smr).
3. **Detox voorbereiding:** de afspraken staan vermeld in het MVO en de aandachtspunten in het behandelplan. De arts en behandelaar stemmen goed af, bijvoorbeeld tav insteltijd medicatie of medische aandachtspunten bij SMR
In het opname gesprek: door de verpleging en arts wordt expliciet aandacht besteed aan de uitvoering van het stoppen met roken/rookvrij worden of de start van de rookpauze (dwz ingesteld op NVM medicatie, niet afgebouwd).
Tijdens de detox: advies om de eerste 3 dagen dagelijks contact te hebben
Overdracht: goede medische overdracht naar de volgende behandelend arts
4. **Start DB/ Klinische Vervolg Behandeling:** Indien cliënt van een niet-rookvrije detox-locatie instroomt op een rookvrije DB of Klinische Vervolg Behandeling, dan geldt het volgende beleid: op de eerste dag een opname gesprek bij arts om begeleiding te krijgen bij het rookvrij zijn. Er wordt geprobeerd begeleiding te realiseren zoals op detox.
5. **Ontslagbrief:** een samenvatting van de farmacologische begeleiding wordt gegeven, wat werkte wel en niet. Overleg met behandelaar dat de brief ook brief ook naar medespecialisten gaat, zoals pop-poli of psychiatrisch kader.

Tijdsinvestering:

1. **Intake (45 min)** met stopadvies (geef in intake-casuïstiek aan duur van benodigd MVO incl voorbereiden stoppen als volgt):
2. **(vervolg) MVO (40 min plus):**
extra 15 min tbv psycho educatie en shared decision making NVM/medicatie
extra 15 min tbv receptuur, verslaglegging en zn overleg apotheker (incl heen en weer lopen)
3. **Tijdens poliklinische of klinische behandeling:** ongeveer 4 vervolgafspraken tbv de medische begeleiding (**4 keer consult 20 min**). In algemeen: na instellen NVM binnen 1 week terugzien of zelf eerder bellen, of dosering bijgesteld moet worden. Als na 2 weken niet afdoende werkt, overstappen naar ander medicament (**en opnieuw ongeveer 4 vervolgafspraken**).
4. **Pak je rol als verslavingsarts:** stuur aan op verlenging behandeling als pas aan het einde vd behandeling gestopt is met roken, alternatief: als arts regiebehandelaar worden. Belangrijk dat in tussenevaluatie door RB gekeken wordt of smr traject voldoende door arts wordt begeleid als het vertraging dreigt op te lopen

Specifieke groepen, extra tijd nodig:

- Plan extra tijd in tbv overleg bij zwangerschap, EPA, Diabetes Mellitus
- Plan extra belafspraken in bij zeer zware rokers (bv 40-60 per dag) bv 2 keer per week eerste 3 weken
- Complexe cliënten bespreken in MDO en onderhoud contact met behandelaar

2. EFFECTIEVE BEHANDELING SMR (STROOMSCHEMA)



3. INTAKE: TAKEN ARTS RONDOM TABAKSVERSLAVING

1. Stel de Diagnose tabaksverslaving volgens de DSM.

- Ga de DSM diagnose na, zie bijlage DSM tabaksverslaving
- Noteer het ook als iemand alleen *meerookt*, ook kinderen
- Wees bewust van de '*complexere roker*'¹, deze hoort thuis in verslavingszorg:
1. Meerdere mislukte stoppogingen, heel veel sigaretten rokend (rapid metabolizer) 2. Psychiatrische co-morbiditeit, 3. Zwangerschap of patiënten met (nog onvervulde) kinderwens en niet kunnen stoppen, 4. Partner of huisgenoten blijven roken, zijn niet steunend, blijven bijvoorbeeld binnen roken)
- Weet de *verschillende soorten tabak*: sigaretten, shag, nicotine in e-sigaret, tabak in joints, pijptabak en sigaren. Rookloze tabak: pruim, snuif, snus (verhoogde kans pancreas en mondbodemkanker). Je kan hier per type tabak meer informatie vinden over bijvoorbeeld de schadelijkheid: <https://www.rokeninfo.nl/professionals/tabaksproducten>

2. Motiveren en uitleg nicotine afhankelijkheid

Belangrijk moment intake: de intake is een belangrijk moment voor de motivering tot rookvrij leven. De intaker heeft Jellinek Rookvrij! **reeds besproken** met de patiënt en wel met de volgende informatie:

Uitleg: waarom nemen we tabak mee in de behandeling/is Jellinek Rookvrij?

Je kan deze standaardzinnen gebruiken:

'Veel mensen die zich bij Jellinek aanmelden, komen helemaal niet om te stoppen met roken. Onze ervaring is dat mensen die ook kiezen voor een rookvrij leven minder vaak terugvallen in gebruik van andere middelen. Als u ook met roken stopt, ofwel als u kiest voor Rookvrij!, dan pakt u uw verslavingsgedrag werkelijk in de kern aan. Roken is immers voor de meeste mensen de allereerste verslaving.

Daarnaast weten wij van mensen die succesvol zijn gestopt dat zij voordelen ervaren met betrekking tot hun gezondheid en ook eventuele psychische klachten. Het is belangrijk om te weten dat ook u kunt stoppen met roken! Een rookvrije omgeving ondersteunt hierbij.'

Very Brief Advice-zin: *'met goede begeleiding en de juiste medicatie kunt ook u stoppen met roken'*

Dit is ook een optie: *'Nicotine is een zeer verslavend middel, waar veel mensen ziek van worden. Daarom is Jellinek een rookvrij instelling. U krijgt de best mogelijke begeleiding bij het stoppen met roken.'*

Soms heeft cliënt ook al de voordelen van stoppen besproken en nadelen van doorroken.

¹ Geen officiële term

Als arts zie je patiënt na de intaker en kan je de groeiende motivatie tot stoppen met roken, als het ware 'in koppen met een één-tweetje' samen met de intaker

a. *Stel open vragen tav stopwens* ('heeft u weleens nagedacht over stoppen met roken?' en dan echt luisteren en terugkoppeling geven. 'Heeft u weleens nagedacht over de voordelen van stoppen met roken?' , evt aanvullen met Schaalvragen (0-10 motivatie en 0-10 denkt dat het gaat lukken en dan doorvragen waarom het dat cijfer heeft, barrières bespreken als daar tijd voor is en gepast lijkt). Heeft u een idee waarom nicotine/de sigaret zo verslavend is?

b. *Uitleg nicotine verslaving*: bij elke nieuwe patiënt die rookt vraag je toestemming om uitleg te geven over tabaksverslaving (zie document psycho-educatie) en is er door de intaker/medische dienst nicotinevervangers aangeboden (zie punt 4.).

c. *Sluit altijd aan bij wat cliënt* al weet en waar interesse ligt ('herkent u dit? hoe is dat voor u?'). Sluit met je uitleg aan bij persoonlijke situatie, dan komt het veel beter aan wat je vertelt.

d. Gebruik je *bewezen effectieve dokterseffect*: een stoppen met roken advies door de dokter is extra stimulerend en effectief. ☺

3. Folder

Folder **Motiveren tot rookvrij leven** is door intaker aangeboden aan patiënt.

4. Eventueel aanbieden zuigtabletten

Ontwenning: Als een patiënt gewend is meer dan 10-15 sigaretten per etmaal te roken, dan is het goed mogelijk dat hij/zij gedurende de intake, die gemiddeld 2,5 uur duurt, gaat ontwennen van nicotine. Deze ontwenning start vaak binnen 30 minuten tot 90 minuten na laatste sigaret. Ontwenningssklachten zijn oa onrust, spanning en agitatie.

Werking nicotine: Het is voor de intaker of evt de arts in het gesprek erna, ook gelijk mogelijkheid om uitleg te geven over de werking van nicotine en de ontwenningssklachten ervan. Zie psychoeducatie-document hierover.

Aanbieden: Daarnaast kan er, om het intakegesprek zo prettig en geconcentreerd mogelijk te laten verlopen, de mogelijkheid geboden worden om nicotine ontwenning tegen te gaan. De intaker of medische dienst biedt extra informatie aan over zuigtabletten als symptomatische bestrijding van de ontwenningssklachten, geeft de tabletten samen met de bijlage Nicotine ontwenning-advies uit, gratis verkrijgbaar via Jellinek.

Posters met uitleg: posters in de wachtkamer ondersteunen ons verhaal. 1 poster met informatie over rookvrije instelling/ rookvrij leven en een 2^e poster met voorlichting over nicotine zuigtabletten

Mogen wij nicotinetabletten verstrekken zonder arts consult? Apotheker Maria Franken (Jellinek): Nicotinezuigtabletten van 2 mg aanbieden lijkt me geen probleem. Het is een OTC (over the counter) middel, dus niet receptplichtig. Verder geef je het aan mensen die anders een sigaret zouden roken en dus

nicotine tot zich nemen. Je hoeft dus niet bang te zijn voor een contra-indicatie voor nicotine o.i.d.

5. Intake-casuïstiek beleid

Hieronder volgen enkele medische aandachtspunten rondom smr, deze worden verder toegelicht rond beleid van het 'Medisch Versl. Onderzoek'.

- **Indien gebruik antipsychotica of anderszins belast met co-morbide psychiatrie die tijdelijk kunnen verergeren rondom smr** (en hiervoor een GGZ kader), de volgende *aandachtspunten* toevoegen:
 - a. Afstemmen met huidig GGZ zorgkader
 - b. Vraag om tijdens de stopperiode 6 weken extra psychische ondersteuning te geven bij poliklinische behandeling en/of DB en indien psychofarmaca gebruik aandacht voor spiegelstijgingen medicatie. Indicatie is 1 keer per week en zo nodig langer dan 6 weken vanaf stopdatum.
 - c. Indien van toepassing: vraag aan het outreachende GGZ team patiënt te ondersteunen met rookvrij maken huis, indien steunsysteem dit niet kan (2^e en 3^e handsrookschade als motivator).
 - d. Stuur informatie per mail naar GGZ zorgkader/team over ons rookvrijbeleid, medicatie waarop SMR van invloed kan zijn (svp spiegels bepalen!), mogelijke psychische klachten die tijdelijk toenemen en verzoek tot extra steun van ggz zorgkader in deze periode, kort uitleg over 2^e en 3^e handsrookschade en verzoek tot steunend huisbezoek ikv rookvrij maken thuisomgeving (gordijnen wassen, asbakken weg, evt hoogpolig kleed eruit, meubilair van plek veranderen helpt triggers tot roken verminderen en is veel gezonder).
- **Indien zwanger**, de volgende *aandachtspunten* toevoegen:
 - a. TEMPO MAKEN!
 - b. afstemmen met verloskundig kader, POP team, etc
 - c. vraag of er tijdens huisbezoek bij outreaching verloskundige zorg aandacht kan zijn voor een rookvrije omgeving.
 - d. Stuur informatie per mail naar verloskundige zorg over ons rookvrijbeleid, mogelijke psychische klachten die tijdelijk toenemen en verzoek tot extra steun van verloskundige in deze periode, kort uitleg over 2^e en 3^e handsrookschade en verzoek tot steunend huisbezoek ikv rookvrij maken thuisomgeving (gordijnen wassen, asbakken weg, evt hoogpolig kleed eruit, meubilair van plek veranderen helpt triggers tot roken verminderen en is veel gezonder).

Indien DM: aandacht voor tijdelijke (in)stabiele glucosespiegels; mogelijke aanpassing DM medicatie noodzakelijk bij SMR (insuline en orale medicatie).

Indien hoge dosering Diazepam: aandacht voor spiegelstijging bij SMR.

Indien hoge koffie/ Energy Drinks consumptie: aandacht voor cafeïne die sterker gaat werken bij SMR (hartkloppingen, onrust!)

Indien Colitis Ulcerosa: SMR kan een exacerbatie van colitis ulcerosa uitlokken, echter voordelen smr zijn groter, goed overleg met medisch specialist van belang

Indien (Subklinische) schildklieraandoeningen: aandacht voor eerdere stoppogingen die met groot gewichtstoename gepaard gingen. Subklinische schildklieraandoening kan bij smr klinisch worden (gewichtstijging!)

6. Crisis of spoed tijdens intake

Bij spoed of een crisis, bijvoorbeeld patiënt is er slecht aan toe, heeft een ernstig hoge bac of er is bijvoorbeeld sprake van een acuut psychiatrisch toestandbeeld en moet opgenomen worden, dan geldt het volgende beleid

Bij beslissing opname Klin Detox JOS Obrecht, HighCareDetox Vlaar of Utrecht: patiënt krijgt verdere uitleg om tijdens de opname ingesteld te worden op nicotine vervangende medicatie. Let op taalgebruik: rookvrije kliniek, alle opgenomen patiënten 'kiezen voor een pauze in het roken en hoe wij kunnen ondersteunen' (zie verder *Opname KD*)

Bij opname IC of andere locatie waar gerookt mag worden: geef uitleg dat indien het stoppen met roken op die afdeling niet lukt hij/zij direct na overname naar een rookvrije locatie een opnamegesprek bij arts krijgt voor rookvrij leven/stoppen met roken.

4. MEDISCH VERSLAVINGS ONDERZOEK: TAKEN ARTS ROND TABAKSVERSLAVING

1. Vraagstelling, Anamnese, LO, Aanvullend onderzoek

Vraagstelling: In beloop en /of BHP staat duidelijk wat de behandelaar van jou verwacht tijdens MVO (stimuleren, motiveren, SMR, voorbereiding detox/DB/Klinisch, etc.) en wat zij al hebben voorbereid voor SMR (stopdatum, start detox, steunsysteem ingezet, rookvrij maken huis, steunende (mede)behandelaren ingezet, zoals vanuit GGZ, DM zorg of verloskunde)

Mogelijkheden voor cliënt tijdens detox/deeltijd/klinisch:

1. Cliënten stoppen met roken en gaan voor abstinentie, of
2. Cliënten stoppen tijdelijk met roken en gaan voor een rookpauze voor de duur van de opname/behandeling (zowel detox, deeltijd en klinische behandeling)

Cliënten die geen keuze kunnen maken of hier helemaal niet voor voelen worden ip niet aangemeld voor een opname tenzij spoed (alternatieven worden gezocht).

Anamnese:

- Update anamnese en krijg helder of de patiënt gaat voor abstinentie of voor een 'rookpauze' tijdens de (deeltijd) behandeling of de opname (detox en / of klinische behandeling)
- Verdieping diagnosticeren: **de Fagestromtest** (zie bijlage), vraag of de sigaretten helemaal worden opgerookt, vraag toegespitst op individuele situatie hoe eerdere stoppogingen zijn vergaan. Haal eruit wat wel goed werkte de vorige keer.
- Wees bewust van synergistische carcinogene effecten (bijv relatieve risico larynxkanker 2.1 in zware rokers, 2.2 in zware drinkers en 8.1 beide de combinaties (Hinds et al 1979). Wees ook bewust van metabool syndroom risico bij psychiatrische patiënten en dit wordt gecontroleerd.
- Somatische anamnese: wees alert op opsporen longklachten, HVZ, kanker
- Inventariseren risicoprofiel HVZ/dislipidemie incl. Fam Anamnese

Lichamelijke onderzoek: wees alert op longklachten, HVZ, kanker

- COPD: piepende ademhaling, verminderd ademgeruis, hoesten en dyspneu d'effort, benauwdheid bij lichte inspanning, vermoeidheid zijn vroege symptomen, kortademigheid in rust, tonvormige thorax en cachexie zijn symptomen.
- Hart en vaatonderzoek, RR, pols
- BMI
- Keel en klieronderzoek

Aanvullende diagnostiek:

- Spirometrie (longfunctieonderzoek) heeft toegevoegde waarde voor diagnostiek COPD. X-thorax kan overwogen worden (NHG COPD).
- **Longfunctieonderzoek bij huisarts is aangewezen:** klinische aanwijzingen COPD, of leeftijd >40 jaar en >20 pakjaren achter zich heeft liggen.

- Adviseer de patiënt om naar zijn huisarts (en draag het zo nodig mondeling over aan huisarts/doktersassistente) te gaan hiervoor en geef eventueel een korte verwijzingsbrief met advies spirometrie mee om de huisarts goed in het stoppen met roken proces te betrekken en verzoek uitslag naar ons door te sturen. Eventueel kan later als iemand 3 maanden is gestopt met roken opnieuw spirometrie doen: zonder COPD kan de longfunctie 15-30% vooruitgaan en dit meten kan stimulerend werken.
- Lab: dislipidemie wordt aangeraden in de richtlijnen, maar dit heeft wel wat haken en ogen qua interpretatie en juiste behandeling. Wat wellicht beter is: lipidenprofiel in het kader van diagnostiek naar metabool syndroom, bijvoorbeeld bij gebruik van antipsychotica en dan liefst via voorschrijvend psychiater, zodat interpretaties juist wordt gedaan. Wel zie je af en toe dat onze cliënten tot noch toe buiten metabole syndroomscreeningen zijn gevallen, dus moedig de psychiater hier vooral toe aan.
- Ter ondersteuning (niet als controlemiddel) kan CO-meting worden ingezet. De hoeveelheid uitgeademende koolstofmonoxide (CO) kan worden bepaald om aan te tonen of iemand 8-12 uur daarvoor nog heeft gerookt. Bias: uitlaatgassen en lactose intolerantie keuze voor CO meter of Urineonderzoek als controle op roken (kosten CO meter 450 euro).

2. Motiveren en uitleg nicotine afhankelijkheid

Verder gaan met psycho-educatie van intake, zie stroomschema. Weet waar een effectieve behandeling uit bestaat aanvullend aan behandelaar.

Leg uit hoe nicotinegrafiek werkt, hoe nicotine ontwenning werkt en hoe je dit tegen kan gaan. Zie ook document psychoeducatie, afhankelijk van behoefte van patiënt

3. Folder: tabaksverslavingsbehandeling voor de patiënt

Geef folder mee om na te lezen (er zijn dus 2 verschillende folders, 1 bij intake motiverend tot SMR en 1 voor behandeling SMR)

4. Afstemming Arts-Behandelaren

Achtereenvolgens wordt besproken:

- a. Stopdatum,
- b. Co-morbiditeit,
- c. Voorbereidende afspraken detox

a. Stopdatum of start rookpauze: In de voorbereiding tot daadwerkelijke stopdatum (of rookpauze) is voorbereiding door behandelaar essentieel.

Deze bestaat uit uitleg aan/over:

Steunsysteem: Zorg dat de patiënt met behandelaar steunsysteem optimaal inzet vooraf aan stopdatum (of rookpauze), andere behandelaren (GGZ, pop-poli, Diabetesvpc op hoogte zijn en kunnen steunen).

Huis Rookvrij: zorg dat het huis rookvrij gemaakt wordt (wie kan helpen? Evt is ook Leger des Heils te vragen voor zoiets, eerste oriënterend gesprek heb ik gevoerd). Zie info tweede en derdehandsrook in psychoeducatie.

Gewicht: SMR zorgt voor normalisering van het door roken versnelde levermetabolisme, toegenomen eetlust en lichaamsgewichttoename, mn in eerste 3 maanden met gemiddelde van 4-5 kg tot 1 jaar na abstinentie. Gepersonaliseerde afvaltrainingen (adviseer ter preventie eventueel een diëtist!) geven een positief effect op het gewicht, zonder verhoging van terugval. Op korte termijn kunnen bupropion, NVM en varenicline (bijw: anorexia en gewichtsverlies) gunstig effect op gewicht sorteren, lange termijn is onduidelijk

Craving: kan soms lang blijven bestaan, vraag hulp bij behandelaar of counselor (glaasje water, duur trek is max 3 minuten: mindsurfen, etc)

Depressieve stemming: belangrijkste parameter op terugval! Affectieve symptomen worden geprikkeld door centraal gelokaliseerde nAChR (nicotinerge acetylcholinerge receptoren). Als er somberheid ontstaan, adequate steun verlenen en na 2-3 maanden is juist een verbetering in stemming te verwachten.

Somatische onthoudingsymptomen: door zowel centraal als perifeer gelegen nAChR (nicotinerge acetylcholinerge receptoren). Te denken valt aan hartkloppingen, zweten, lichamelijke onrust, maar ook obstipatie.

b. Co-morbiditeit: behandelaar is (evt op aanwijzing arts!) op de hoogte en steunend indien sprake is van:

I. Comorbide psychiatrische klachten die tijdelijk kunnen verergeren rondom SMR (schizofrenie, bipolariteit, angst/depressie)
II. Interacties met antipsychotica (<u>gevaar intoxicatie: clozapine!</u>)/ antidepressiva (meestal gaat spiegel omhoog bij SMR) of gebruik van diazepam bij ouderen/ <u>tijdens detox</u> .
III. Effect van SMR op DM en medicatie: tijdelijk (in)stabele glucosespiegels/Insuline schema aanpassen
IV. Coumarines
V. Colitis Ulcerosa
VI. (Subklinische) schildklieraandoeningen
VII. Zwangerschap

→ Als arts overleg je met andere specialisten tijdens/rondom medische screening ivm smr en comorbide stoornis/medicatiegebruik/zwangerschap, liefst samen met patiënt

→ Tevens geef je aan de behandelaar door dat een aandachtspunt is om te vervolgen, als dit nog niet uit de intakecasuïstiek naar voren kwam

→ Als je als arts-assistent een patiënt met rookstopwens en psychiatrische co-morbiditeit, instabiele DM of insuline afhankelijke DM, Coumarine gebruik, met Colitis Ulcerosa of zwanger ziet, graag even extra afstemmen bij regiebehandelaar of tijdens MDO met 1 van de specialisten totdat hier voldoende ervaring mee is.

I. Acties arts bij co morbide psychiatrische aandoeningen:

- Bij antipsychotica-gebruik en bij diazepam-gebruik (bij ouderen), moet contact worden opgenomen met voorschrijvend psychiater of andere voorschrijver (of anders bereikbare apotheker), over start stoppen met roken, benodigde prikken van medicatiespiegels en hoe er contact kan worden gehouden met voorschrijver.
- Bij antidepressiva kunnen evt ook spiegels worden geprikt
- Belangrijkste is extra steun geven tijdens stopproces, meer dan bij gemiddelde stopper ivm kans op *tijdelijke* verslechtering psychiatrisch toestandsbeeld
- Check of volgende is gebeurd: Ggz team gaat 6 weken extra steun geven tijdens SMR.
- Medicatie keuze: er zijn wat extra onderzoeken gedaan naar beste keus smr-medicatie bij bipolariteit en of schizofrenie, zie hoofdstuk 5.

II. Overleg met psychiater/voorschrijver psychofarmaca (of apotheker²) in ieder geval tav

- a. Clozapine, olanzapine, haldol, theofylline
- b. Diazepam en evt andere benzo's

a. Algemene uitleg over spiegelbeïnvloeding (medicatie-interacties) door PAKS

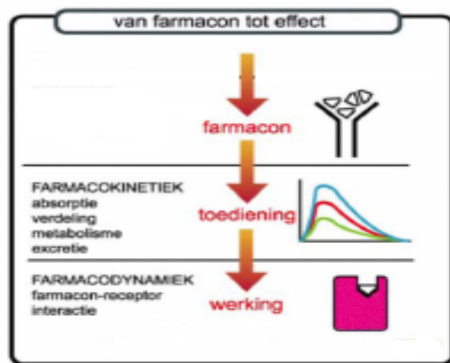
- Carinogene PAKs (Polycyclische Aromatische Waterstoffen) uit *tabaksrook* (let op dus niet de nicotine!) geven medicatie-interacties. Door deze PAKs is er inductie (**versterkte werking**) van het leverenzym CYP1A2 (en CYP1A1 en mogelijk CYP2E1). Dit is weer onderdeel van het hepatisch cytochroom P450 (CYP)enzymstelsel en die verantwoordelijk is voor metabolisatie van veel geneesmiddelen.
- In tabaksrook zitten minstens 35 soorten PAKs, waarvan 3,4-benzo[a]pyreen, 3,4-benzofluoreen, anthraceen, fluorantheen, benz[a]anthraceen en chryseen de belangrijkste inductoren zijn³
- Farmacokinetische interactie: het hele complex van absorptie, distributie, metabolisme en eliminatie. een interactie waarbij p450 CYP-enzymen betrokken zijn, het heeft betrekking op het onderdeel metabolisatie (t.o.v. farmacodynamisch)
- **Zie tabel 12.2 (uit detoxrichtlijn) voor een overzicht van geneesmiddelen die gemetaboliseerd worden via CYP1A2.**
- **Rokers hebben hogere dosering van deze medicamenten nodig . Als de roker stopt zal de dosering van deze medicamenten soms moeten worden aangepast. Let op nicotinevervangers helpen dus niet om spiegelverhoging (tijdelijk) tegen te gaan**
- **Belangrijk dat er begrip is dat de nicotine zelf (bijvoorbeeld in nicotinevervangers of e-sigaret) de inductie van het enzym CYP1A2 niet verhogen, dus ook bij nicotinevervanging: spiegel aanpassen!!**

Koji Nelissen 22-6-18 11:06

Opmerking: behalve fluvoxamine lijkt me dan? Zie tabel hieronder. Dit staat niet vermeld in richtlijn. Graag nog even over nadenken samen

² zie contactgegevens apothekers op Pg 4 van deze werkwijze

³ Toevoeging Maria Franken



Farmacokinetiek: wat het lichaam doet met het geneesmiddel

Farmacodynamiek: wat het geneesmiddel met het lichaam doet

Tabel 12.2 Overzicht van medicatie die gemetaboliseerd wordt via CYP1A2.

Somatische medicatie	Psychofarmaca	Overig
Estradiol	Amitriptyline	Cafeïne
Naproxen	Clomipramine	
Ondansetron	Imipramine	
Propranolol	Fluvoxamine	
Verapamil	Olanzapine	
Ropivacaine	Clozapine	
Theofylline	Haloperidol	
Zolmitriptan	Diazepam	
Tizanidine		
Ropinirol		

Gebaseerd op Kroon (2007) en Schaffer e.a., 2009.

Extra opmerkingen:

PAK (inductie CYP1A2)	Fluvoxamine (remmer CYP1A2): oftewel SMR onder fluvoxamine geeft relatief extra remming van CYP1A2
Roken vermindert verder effect van volgende medicamenten:	Opioiden, furosemide, B-blokkers, nifedipine en H2-antagonisten

Hieronder worden besproken: Clozapine, olanzapine, haldol, theofylline

Advies Clozapine: Belangrijkste en meest gevaarlijke: clozapine! De eerste 4 dagen van het SMR kan de bloedspiegel 40% stijgen (in sommige literatuur staat zelfs 100% stijging). Voorlopig afgesproken bij clozapinegebruik, is indicatie HCD

Vuistregel Clozapine: 4de eerste 4 dagen vanaf SMR de dosering dagelijks met 10% verlagen, naast spiegelbepalingen

Het kan zeer toxisch worden vanwege de smalle therapeutische breedte. De spiegel kan maanden na SMR nog stijgen. Dus extra attentie bij deze groep (denk

Koji Nelissen 5-6-18 09:27

Opmerking: dal prikken, notitie uitzondering mogelijk

⁴ Uitgezocht door Jellinek apotheker Maria Franken

aan crisisopname en ontslag tegen advies, waarbij er soms in korte tijd rookvrij en herstart roken wordt afgewisseld).⁵

Clozapine extra uitleg⁶

- Maximale inductie van leverenzymen lijkt al bereikt bij het roken van 7-12 sigaretten. Acut stoppen met roken kan leiden tot 40%-100% stijging van de plasmaspiegel in 4-7 dagen. De verwachting is dat na 14 dagen na de stopdag een steady state bereikt is.
- Bepaal een dalspiegel (clozapine wordt in regulier wekelijks bepaald, het monster moet uiterlijk op het lab zijn)
- Bepaal wekelijks tot 4 weken na de stopdag spiegels en evalueer of er daadwerkelijk gestopt is of dat er sprake is van terugval.
- Rookt een patiënt meer dan 10 sigaretten per dag en stopt de patiënt acut met roken dan is het advies om per dag de dosering clozapine met 10% te verminderen tot een dosering van 50% - 60% van de begindosering op basis van bloedspiegels.

Aanvullende aanpak van Trudi Tromp-Beelen/met advies Maria Franken:

voor zware rokers met een psychiatrische stoornis en het gebruik van psychofarmaca geldt het advies om niet van de een op de andere dag te stoppen, is practice based. Het is gunstiger de nicotine suppletie op te bouwen en het aantal sigaretten te verminderen. Daarmee wordt de kans dat de psychiatrische stoornis wordt ontwricht kleiner en is er meer tijd om de bloedspiegel van met name antipsychotica te volgen. *Na overleg met Maria Franken:* Als er alleen geminderd wordt met roken, zou ik idd nog niet meteen clozapine gaan afbouwen. Bij 7-10 sigaretten heb je nl. al volledige bezetting van CYP! Maar als je echt helemaal stopt met roken, dan zou ik wel standaard die 10% afbouw per dag gedurende 4 dagen aanhouden. Dus van belang juist bij de laatste 10 sigaretten extra op te letten en clozapine dosering te verlagen. Praktische ervaring en regelmatig spiegelsprikken, zal ons meer zicht geven. Aan te raden is hier onderzoek naar te doen.

De detox-richtlijn adviseert ook bij theofylline en olanzapine de bloedspiegel meerdere malen te bepalen en zo nodig dosering verlagen vanwege smalle therapeutische breedte. .

Advies Olanzapine: ⁷Echter het AMC/ Scoop protocol (Jentien Vermeulen, ea, 2017) vermeldt (en dit is ook de practice based ervaring van Arkin psychiaters), dat olanzapine ingesteld en vervolgd wordt obv klinisch beeld (werking, toxische verschijnselen en bijwerkingen) ipv spiegels. Zo nodig de dosering verlagen met 5 mg bij rookvrij worden.

Advies Theofylline: ⁸wel spiegelbepaling doen, maar dit middel wordt nog maar zelden voorgeschreven. Overleg met voorschrijver.

⁵ Uitgezocht door Jellinek apotheker Maria Franken

⁶ Stoppen met roken medicatie protocol Jentien Vermeulen, Floor van Dijk, Laureen ten Berg-Lammers, Hiske Becker, Lieuwe de Haan. Vragen/opmerkingen? scoop@amc.nl

⁷ advies Jellinek apotheker Maria Franken en verslavingspsychiater Jeanine Koster

⁸ advies Jellinek apotheker Maria Franken

b. Uitleg over hoe roken benzodiazepinewerking kan beïnvloeden⁹

- Sufheid komt bij diazepam- en chloordiazepoxidegebruik bij rokers minder vaak voor dan bij niet-rokers. Dit effect is gecorreleerd aan het aantal gerookte sigaretten en aan de leeftijd. Roken heeft geen invloed meer bij patiënten, bij wie de enzymen al maximaal zijn gestimuleerd.
- Mogelijk verantwoordelijke mechanismen voor verminderde sufheid bij rokers zijn verhoging van het levermetabolisme en vermindering van einorgaangevoeligheid. Het ligt echter meer voor de hand dat roken een prikeling ofwel 'arousal' van het centrale zenuwstelsel veroorzaakt, dan dat het aanleiding geeft tot een versnelde omzetting van benzodiazepinen. In eerder onderzoek is namelijk geen verschil in farmacokinetische parameters gevonden.
- Hoe dan ook, de clinicus moet op de hoogte zijn van het feit, dat rokers mogelijk hogere doses benzodiazepinen nodig hebben dan niet-rokers om een vergelijkbaar sedatief effect te verkrijgen.
- Op theoretische gronden zou het de voorkeur hebben die benzodiazepinen voor te schrijven die niet oxidatief worden gemetaboliseerd, maar worden geïnactiveerd door conjugatie aan glucuronzuur. Dat zijn onder meer lorazepam en oxazepam.
- Farmacodynamische interactie: bij benzodiazepines is de interactie niet geheel duidelijk, maar lijkt waarschijnlijk meest op een dynamische interactie, net zoals bijvoorbeeld bij insuline (in dit geval is het 'geneesmiddel' de sigarettenrook)

Advies Diazepam:

- Roken kan de metabolisatie van diazepam *3 keer versnellen*, waardoor bij SMR dosering verlaagd moet worden. *Vreemd is dat detoxrichtlijn dit helemaal niet noemt, dus implicatie blijft onduidelijk hiervan.*
- Relevant bij ouderen (valgevaar)
- Relevant bij detox alcohol, benzo's (dosering kan vaak omlaag bij SMR)

Waarom zou je stoppen als het zoveel gedoe geeft?

- *Op korte termijn* heeft stoppen met roken een negatieve invloed op de stemming (4-6 weken, in zeldzame gevallen tot 2-3 maanden).
- *Op lange termijn* is stoppen met roken geassocieerd met *vermindering* van depressieve stemming, angst en stress. Tevens is het geassocieerd met verbetering in kwaliteit van leven en positieve gemoedstoestand (vermindering angst en somberheid). Dit geldt voor mensen met en zonder psychiatrische comorbiditeit. Het effect is groter of gelijk aan gebruik van ssri bij angst en of stemmingstoornis
- *Gezondheid*: Mensen met ernstige psychiatrische klachten, die roken, sterven 11-25 jaar (afhankelijk van de groep) eerder met als hoofdoorzaak roken! Daarom zouden we deze groep mensen juist extra moeten steunen te stoppen, want dit geeft grote verbetering in gezondheid en dus conditie/kwaliteit van leven en sterk verlaagde kans op ziektes.

⁹ <https://www.ge-bu.nl/artikel/roken-en-interacties-met-geneesmiddelen> (2002) en Maria Franken

III. Overleg met Diabetes verpleegkundige/Ha/Internist

- Roken Bij type 1: verhoogde insulinebehoefte. Zware rokers hebben 15%-30% meer insuline nodig.¹⁰
- Roken Bij type 2: verergering van insulineresistentie
- Roken: Invloed op de concentratie van lichaamseigen catecholamines
- Roken: stimuleert de schildklier enigszins
- **Bij DM type 1 en type 2:** extra controles in eerste stopdagen
- **SMR bij type 1:** Uitleg aan patiënt geven over interactie van roken met insuline (gaat sterker werken bij **SMR** door stoppen PAKs, dus kans op hypo's!). Vaker glucoses meten; Zo nodig insuline hoeveelheid aanpassen (soms tot halvering van de dosis!). Zonder aanpassing van de medicatie zal de metabole instelling van de patiënt verslechteren (denk aan bloedglucoseconcentraties en het geglycosyleerde hemoglobinegehalte (HbA_{1c}). Voordeel dosisverlaging insuline: minder kans bijwerkingen
- **SMR bij type 2:** Orale bloedglucose verlagende middelen. Patiënten wijzen op klachten.
- *Indien LVB, zo nodig:* arts overlegt met DM vpk over start stoppen met roken en extra controles glucose en steun bij aanpassing insuline

IV. Coumarines

Metabolisme gaat vnl via CYP2C9, in mindere mate door CYP1A2 en CYP2C19. Niet veel bewijs voor interacties met PAKs.

INR moet echter wel goed gemonitord worden.

Voor de coumarines zijn er enkel gegevens voor warfarine, doch dit geldt waarschijnlijk ook voor de andere coumarines zoals acenocoumarol (Sintrom Mitis) en phenprocoumon (marcoumar). Het metabolisme voor warfarine wordt verhoogd door te roken en dit verkort de werkingsduur van het medicijn. Met warfarine werden echter geen belangrijke INR-schommelingen gezien, maar wel werd vastgesteld dat wanneer hevige rokers plots stoppen met roken de INR kan stijgen. Hier kan ook wel een factor stress meespelen.¹¹

Wanneer inr beste meten, hoeveel dagen na start detox?

Is niet helemaal duidelijk¹². Na 38,6 uur is activiteit CYP1A2 gehalveerd. Kan de INR niet dagelijks gemeten worden? Veel mensen meten zelf tegenwoordig.

En als dat lastig is zou ik dag 2, 4 en 6 kiezen. Na 1 week is steady state bereikt.

The apparent half-life of CYP1A2 activity decrease was 38.6 hours (27.4-54.4 hours). Time response of cytochrome P450 1A2 activity on cessation of heavy smoking.

¹⁰ Zie eventueel powerpoint Maria Franken

¹¹ Bron: rombosediens/Maria Franken

¹² Faber MS¹, Fuhr U./ Maria Franken

V. Overleg tav Colitis Ulcerosa met internist/MDL-arts

SMR kan een exacerbatie van colitis ulcerosa uitlokken, dit weegt echter niet op tegen de voordelen van SMR op lange termijn. Geen evidence voor beste manier SMR. Langzame afbouw van tabak is mbv NVM te prefereren boven abrupt stoppen.¹³

VI. Overleg tav (dreigende) schildklierziekte met endocrinoloog/HA

Tav SMR is geen aanvullende informatie in de richtlijnen te vinden. Wat uit andere literatuur en practice based bekend is, dat een subklinisch hypothyreoidie klinisch kan worden, en er bijvoorbeeld als symptoom veel wordt aangekomen, meer dan je op grond van SMR en voeding/beweegpatroon zou verwachten.¹⁴

VII. Zwanger (of aanstaande kinderwens bij patiënt M/V)

Verloskundige team

- Tempo blijven maken!
- Check bij behandelaar of volgende is gebeurd: contact met Verloskundige team tav stroomlijning zorg. Indien POP team (OLVG): is verloskundige thuisgeweest voor steun rookvrij maken van het huis?
- **Volg verder bijlage Zwangeren/ kinderwens iom behandelaar**

C. Voorbereidende afspraken detox

Arts noteert helder in het dossier voor welke detox iemand wordt geïndiceerd, of de patiënt gaat voor abstinentie of een rookpauze en welk behandelvoorstel de arts heeft gedaan. Licht toe je keuze tav NVM en/of medicatie zodat de arts op de detox hier goed op kan verder werken met de patiënt (zie ook onderdeel shared decision making). Daarnaast noteert arts dus relevante comorbiditeit waar rekening moet worden gehouden bij SMR

Wees helder over de duur dat medicatie moet inwerken (zie per middel) en wat dat betekent voor de aanvraag van de detox opname voor de behandelaar .

Indien je kiest voor medicatie: wees heel precies naar de cliënt wanneer hij kan starten en wanneer de detoxopname kan volgen. *Het is van groot belang dat jij als ambulant arts de verantwoordelijkheid neemt dat cliënt op tijd kan starten met medicatie (dus het voorschrijven op tijd en correct doet (formulieren invullen, faxen dezelfde dag in orde maken, etc) en dat cliënt contact opneemt als er niet geleverd wordt.*

Schrijf dit behalve in het dossier ook op voor de patiënt op de laatste pagina in de folder.

Uitleg:

¹³ Expert opinion

¹⁴ Expert opinion, overige literatuur

Indien er gekozen wordt voor champix, bupropion nortriptiline, moet goed duidelijk zijn voor patiënt dat hij/zij precies 7-10 dagen start met deze medicatie vooraf aan de detox, want medicatie moet inwerken. En dat al naar gelang het effect van de medicatie al vooraf aan de detox gestart kan worden met minderen/ stoppen roken door patiënt.

Belangrijk is dat patiënt *niet ingepland* voor detox wordt binnen 7-10 dagen na voorschrijven medicatie (let op bij verschillende externe apotheken gekoppeld aan bepaalde verzekeraars duurt dit nog 5-7 extra werkdagen vooraf aan levering medicatie.

NB het is niet wenselijk dat een patiënt die in kan stromen op detox, dit nog niet doet ivm opstarten medicatie (wachtijd 7-10 dagen) of levertijd medicatie door externe apotheek. Alternatief is dan tijdelijk NVM in te zetten. Arts en behandelaar overleggen met elkaar.

5. SHARED DECISION-MEDICATIE KIEZEN

Er wordt de tijd genomen om samen met de patiënt te kiezen voor de juiste medicatie ter begeleiding van het stoppen met roken tijdens de detoxperiode.

Gezamenlijke besluitvorming, oftewel shared decision making, is een manier van werken waarbij arts en cliënt samen tot een beleid komen dat het beste bij de cliënt past.

Het uitgangspunt is dat cliënten het fijn vinden om keuzes te kunnen maken, dat zij daar doorgaans goed toe in staat zijn, dat het effectief is en goed voor de arts cliënt relatie.

Dus bij het bepalen welke medische ondersteuning het beste past bij de cliënt:

- Licht de cliënt goed voor over de mogelijkheden
- Geef bij alle opties de voor en nadelen aan
- Bespreek wat de richtlijn aangeeft
- Vraag of cliënt er vragen over heeft
- Vraag welke optie de cliënt het meeste aanspreekt en bij hem past
- Neem gezamenlijk een besluit
- Leg de genomen besluiten en het hierbij passende beleid vast in Quarant. Noteer het tevens voor de cliënt zelf in de folder die je de cliënt aansluitend aan je consult geeft (op de laatste pagina).

Algemene zaken tav voorschrijven

Let op: patiënten in behandeling **binnen het Minnesotabehandelmodel** komen alleen in aanmerking voor NVM. Zie afspraken rondom anticraving en anti aversie medicatie binnen Minnesota.

Vergoeding: In de bijlages kan je het Landelijk Formulier SMR vinden en de huidige vergoedingsregels anno 2018. Beide zijn uit te printen voor cliënten. Er zijn vele vergoedingsproblemen gemeld, deze zijn verzameld in de laatste bijlage. Het is handig dit eens door te lezen. Verslavingskunde NL en GGZ NL trekken nu ten strijde met deze lijst richting VWS en zorgverzekeraars. In enkel geval moet cliënt de medicatie voorschieten of zelf betalen, dit kan een grote drempel zijn zeker als je voorschrijft voor enkele weken (tot 300 euro), maak dit bespreekbaar met cliënt.

Dossiervoering: De arts moet middels EVS goed in zijn dossier noteren welke medicatie hij/zij heeft voorgeschreven, welke dosering en hoeveel stuks. Want dit kan je met alleen gebruikt van het Landelijk formulier (wat ook los als recept kan dienen) niet terugvinden (of je zou deze consequent moeten inscannen). Registreren wat je voorschrijft is extra belangrijk omdat externe apothekers regelmatig andere doseringen en hoeveelheden opsturen dan jij had voorgeschreven. Je spreekt af met de cliënt dat hij/zij de dosering aanhoudt die jij voorschrijft. Schrijf dit ook op voor cliënt, bijvoorbeeld op laatste blz folder 2

Koji Nelissen 22-6-18 11:59

Opmerking: Maria Franken: Heel soms staat dit wel eens op recepten 'op rekening Jellinek' en dan krijgt de patient het inderdaad zo mee zonder te betalen.

Achtereenvolgens wordt behandeld:

- a. Nicotine vervangende medicatie (NVM)
- b. Bupropion
- c. Nortriptyline
- d. Partiele nicotine receptor antagonist
- e. Combinatie therapie
- f. E-sigaret

Eerste keus: Nicotine Vervangende Middelen vanwege gunstige

bijwerkingenprofiel. Behalve bij rookloze tabak, zoals pruimtabak), dan is het varenicline eerste keus. Verder: is er lopend onderzoek naar smr-medicatie bij bepaalde psychiatrische aandoeningen. Mogelijk werkt iets anders dan NVM beter, zie verderop in werkinstructie). Er kan ook worden afgezien van medicatie.¹⁵

Vaak is er NVM *in het verleden geprobeerd met matig succes:*

Dit kan goed te maken hebben met te lage dosering, geen uitleg over nicotine-afhankelijkheid en toepassing medicatie zonder gedragsmatige behandeling.

a. Nicotine vervangende medicatie

1^e keus bij SMR is NVM, vanwege:

- De andere medicamenten hebben meer potentiële bijwerkingen en contra-indicaties
- Gunstige bijwerkingprofiel (zelfde stof nicotine die je al binnenkreeg, je stopt met roken dus je krijgt geen teer, koolmonoxide en andere gifstoffen meer binnen. Je lichaam kan dus al beginnen met een herstel van longen en bloedvaten, terwijl je je gedragsverandering onder de knie krijgt, blijf je nog wel tijdelijk afhankelijk van nicotine, als je goed stevig niet meer rookt, bouw je NVM af)
- Vergelijkbare effectiviteit met andere medicatie
- Daarbij opgemerkt: 2 typen NVM is effectiever dan 1.

Bijwerkingen:

- NVM (alle types) leidt soms tot klachten van pijn op borst en palpitate, de gerapporteerde bijwerkingen werden niet als ernstig beschouwd, ook niet bij cardiaal belaste patiënten.
- Pleister: plaatselijke irritatie van de huid, was bij de helft van gebruikers aanwezig, meestal licht van aard. Evt overwegen om over te stappen op een ander type pleister is mogelijk. Indien een rash over hele huid ontstaat, dan is er wrs sprake van allergie.
- We hebben nu standaard Nicotinell op voorraad. Bij echte allergie kan Niquitin worden aangevraagd

Voorschrijven:

- *Allerbelangrijkste zijn zelf controlemaatregelen/verslavingsbehandeling: medicatie kan niet toveren! Dus voorbereiding SMR moet zo optimaal mogelijk zijn, anders niet starten met NVM.*
- Bij Jellinek wordt voldoende hoog dosering in pleisters geadviseerd en daarnaast zn zuigtabletten.
- Voordeel van pleister is de geleidelijke afgifte. Daarnaast zuig en sublinguale tablet geven tov kauwgum en spray meer gereguleerde afgifte.
- Voorschrijfschema van Nicotinell aanhouden:
>20 sig of Fagerstrom >5: beginnen met stap 1=21 mg/etmaal
<20 sig of score <5: beginnen met stap 2=14 mg/etmaal
Bij < 10 sig/pd: stap 3= 7 mg/etmaal
- <https://www.nicotinell.nl/nicotinell-pleisters>
- 2 mg zuig tablet komt overeen met ongeveer 1 sigaret.
- Advies zuigtabletten naast pleister bijvoorbeeld bij 24 sig/pd): 1 pleister 21 mg/etmaal plus max 5 pd van 2 mg ernaast. Max van 30 tabletten is zónder pleisters of sigaretten ernaast.
- Stelregel is 4 weken per pleister zonder ernaast te roken en dan naar lagere pleister dosering gaan. Bij elke stap evalueren. Binnen het Minnesota behandelmodel is de ervaring dat per stappen van 2 weken afbouwen voldoende is.
- Duur maximaal 9 maanden
- Bouw de zuigtabletten af, spreek doelen af, zodat er nieuw gedrag ontstaat ipv blijvend op zuigtablet wordt vertrouwd. Zuigtablet is tegen (ernstige) craving/lastige momenten, pleister is onderhoudstherapie.

Bijzondere doseringen:

- *Dosering zwangeren: zie bijlage zwangeren/kinderwens.*
- *Hoge dosering: bv >30 sig/pd: ochtenddosering 21 mg pleister en rond 16 uur een tweede pleister :plakken, doseren en titreren op de klachten.*
- *Bij hartklachten niet op 1 dag ophogen naar 2 pleisters, maar langzaam ophogen als er nog veel trek overblijft in de komende dagen.*¹⁶
- *Voorbeeld zware roker: rookt iemand 60 sig/ pd, dan is dit logischerwijs te weinig, je wil dat patiënt niet ontwennend raakt onder NVM. Dus je begint in ochtend met 1 pleister plus zn zuig en evalueert rond 15 uur hoe het gaat (dit kunnen veel poliklinische patiënten ook zelf wel inschatten, afhankelijk van patiënt bel je even op. Als je in start wat extra steun biedt, bijvoorbeeld telefonisch zal je zien dat je rest van het beloop dat veel voordeel van hebt). Indien veel craving, dan start je 2^e pleister rond 16 uur, met dosering afhankelijk van hoeveelheid nicotinebehoefte, maar ook afhankelijk van comorbide klachten (indien zorgen over hartritme/klachten, ben je voorzigtiger) en blijft deze elke keer in ochtend en middag wisselen, beide houd je wel 24 uur op.*
- Soms moet je tot 3 pleisters per dag gaan. Zeker ook met nieuwe inzichten (RIVM) dat er veel hogere doseringen nicotine in sigaret zit dan eerder werd voorgedaan, goed opletten dat iemand voldoende substitutie krijgt.

¹⁶ practice based

- *Voorbeeld zware roker en psychiatrische co-morbiditeit: zie aldaar (clozapine)*

Contra-indicaties:

- Recent AMI (acuut MI), CVA (beroerte) of ernstige aritmieën,
- allergie voor nicotine
- phenylketonurie (zuigtablet bevat aspartaam), fructose intolerantie (mint zuigtablet bevat maltitol),
- bij orale/faryngale ontsteking of acute oesofagitis: *geen orale middelen*

Praktische tip Pleisters:

- Op de ochtendpleister (O) schrijven en middagpleister (M), zodat deze elke ochtend en middag vervangen kan worden, steeds op een ander deel van de huid (bovenarm/thorax bijvoorbeeld).¹⁷
- De pleister kan 's nachts worden opgehouden om forse trek (daling nicotine spiegel in nacht) in ochtend tegen te gaan. Zeldzame bijwerking: hevige dromen agv pleisters.
- Bij zweten/sporten kan er extra verstevigende pleister worden geplakt.
- Bij misselijkheid, speekselvloed, buikpijn of overgeven, versnelde hartslag, duizeligheid, miosis, hoofdpijn, tremoren, dan is er waarschijnlijk sprake van overdosering en moet er minder worden gedoseerd. Evt kan de pleister geknipt worden tot de juiste dosering.

Advies inname zuigtabletten (=wangzak tablet):

- uitleg deze in 'wangzak' bewaren, en dat deze niet via de maag moet worden opgenomen, dus niet doorslikken, dan wordt je erg misselijk en is er snel aversie tegen de zuigtabletten. Het moet worden opgenomen via de kleine bloedvaatjes in het wangslijmvlies. Zie uitleg op papier, verkrijgbaar bij medische dienst.
- 2 mg tablet komt overeen met ongeveer 1 kleine sigaret. Je kan de zuigtablet in delen gebruiken en bijvoorbeeld even op een schoteltje leggen en na een paar minuten weer verder gebruiken.
- Koffie of zure dranken laten staan 15-30 min voor gebruik zuigtablet ivm verminderde absorptie.
- Aften: soms ontstaan aften bij SMR. Zuigtabletten kunnen verlichting geven

¹⁷ Praktische hulp bij dosering NVM (gebaseerd op ervaring van Trudi Tromp en Marieke Helmus, beide verslavingsarts knmg)

Antidepressiva bij stoppen met roken:

Bronnen=let op dit is combinatie van richtlijn tabaksverslaving en detox richtlijn, zijn complementair aan elkaar.

Binnen het Minnesotamodel: wordt deze medicatie niet verstrekt.

Deze medicaties moeten 1-2 weken inwerken, voor er gestopt wordt met roken

Bupropion en nortriptyline kunnen helpen bij stoppen met roken, omdat nicotine ontwenning gepaard kan gaan met depressieve klachten. Nicotine kan antidepressieve effecten hebben daarnaast. Tevens hebben de middelen specifiek effect op bepaalde neuronale pathways. NVM hebben voorkeur, vanwege de potentiële contra-indicaties en bijwerkingen van deze medicaties.

b. Bupropion

Werking:

- Selectieve heropname remmer van noradrenaline en dopamine
- Daarnaast is een metaboliet ervan een antagonist op de nicotine acetylcholinereceptoren.
- Werking: lijkt via dopamine beloningssysteem werkzaam te zijn (dus niet via antidepressieve werking)
- Metabolisatie via lever, metaboliet via nieren
- Inhiberende werking op CYP2D6 enzymstelsel (let dus op medicatie die door zelfde stelsel wordt gemetaboliseerd, want deze medicatie kan dan verminderd gemetaboliseerd worden en spiegels kunnen omhoog gaan Voorbeelden: antidepressiva (paroxetine), antipsychotica (risperidon), B-blokker (metoprolol), anti-aritmica (flecainide, propafenon)
- Bij stoppen met roken ook rekening met: tragere metabolisatie door CYP1A2 stelsel (let dus op effect van metabolisatie van medicatie, vaak daardoor hogere spiegels van dat medicament door stop roken, cave overdosering)

Voordelen:

- Tegelijk co morbide depressie behandelen
- Kan (tijdelijk) naast een bestaande antidepressivum voor depressie gebruikt worden. Cave interacties en monitor bijwerkingen
- Lijkt in dosering 300mg toename lichaamsgewicht te voorkomen, echter verdwijnt over algemeen na staken medicatie

Contra's:

- Niet samen met MAO-remmer, want beide remmen heropname van monoaminen, zoals dopamine en noradrenaline
- Ernstige levercirrose
- Contra bij epilepsie, insulien, actueel hoofdtrauma, maar ook abrupte onthouding van alcohol of benzodiazepines (!)
- Zwangerschap
- Co morbide anorexia vw effect op lichaamsgewicht
- Zeldzaam: suicidaliteit

- Check altijd farmaco therapeutisch compas ivm updates

Bijwerkingen:

- Slapeloosheid (35%)
- Droge mond (10%)
- Convulsies (0.1%)

Voorschrijven:

- Start 1 week voor daadwerkelijke rookstopdatum
- Recept: 3 dgn 150 mg in ochtend (in detoxrichtlijn 6 dng), daarna 2 dd 150 mg (niet voor het slapen gaan innemen, interval 8 uur)
- In 2^e week: stop met roken (soms na 10 dagen max effect)
- Bij nierfunctie of leverproblemen evt dagdosering aanpassen: max 150 mg pd
- Let op interacties en bijwerkingen andere medicatie (CYP2D6 en CYP1A2)
- Duur 6-12 weken, kan langer gebruikt worden
- Medicatie ook weer afbouwen

Indicatie depressie: indien *in verleden* depressieve stoornis doorgemaakt kan bupropion een positief effect hebben. Bij actuele depressie geen evidence.

Indicatie Schizofrenie: mensen met deze ziekte roken meer dan algemene bevolking. Los van bijwerkingsprofiel van antipsychotica heeft deze groep meer kans op ontwikkelen metabool syndroom.

Er is in tabaksrichtlijn versus detoxrichtlijn geen consensus

- Tabaksrichtlijn: Lijkt veilig voor rokers met schizofrenie, echter niet eerste keus vw bijwerking hoofdpijn, slapeloosheid (mogelijk met name bij 300mg?) en geheugenproblemen¹⁸. Voorzichtigheid is geboden bij psychische aandoeningen, maar het is géén contra-indicatie.
- Detoxrichtlijn: Bupropion heeft een significant positief effect in deze populatie (bij gebruik van antipsychotica). Theoretisch verhoogde kans op psychotische verschijnselen, echter werd onder stabiel gebruik antipsychotica niet gezien. Ook geen verschil tov placebo op positieve en negatieve symptomen. Er blijven ook psychiaters die zeggen terughoudend te blijven¹⁹.
- Bupropion plus NVM: enig voordeel te behalen
- Voor NVM onvoldoende wetenschappelijk bewijs

c. Nortriptyline

Werking:

- Tricyclisch antidepressivum
- Heropname remmer van noradrenaline en in mindere mate serotonine

¹⁸ Aldus apotheker Maria Franken

¹⁹ Opmerking Trudi Tromp-Beelen

- Gemetaboliseerd via CYP2D6 enzymesysteem in lever en uitgescheiden via nieren (let op medicatie die dit systeem remmen, zoals bijv antidepressiva (paroxetine), antipsychotica (risperidon), b-blokker (metoprolol), anti-aritmica (flecaine) en bupropion kunnen de plasma spiegel van nortriptyline verhogen)
- Ook methylfenidaat, fluconazol, calcium antagonisten kunnen spiegel van dit medicijn verhogen

Voordelen:

- kan met alle rokers worden besproken, tenzij contra-indicaties zoals zwangerschap
- kan co-morbide depressie behandeling, maar voor stoppen met roken is veel lagere dosering nodig

Contra's:

- Allergie voor nortriptyline
- Recent Myocard Infarct of andere hart en vaatziekten (zie farmaco kompas)
- Ernstige lever of nierfunctiestoornis (eerst overleg internist bijv)
- Zwangerschap
- Niet samen met MAO-remmer (min. 14 dagen staken vooraf aan start)
- Check altijd farmaco therapeutisch kompas ivm updates

Bijwerking:

- Sedatie
- Droge mond

Voorschrijven:

- Titreer de opbouw, dosering kan veel lager gehouden worden dan gebruikelijk voor depressie.
- Start 25 mg pd, na 3 dgn 50mg pd, na weer 3 dgn 75 mg pd.
- *Bij ouderen en adolescenten:* start 10 mg 1 dd, na 3 dgn 20 mg 1 dd1, na 3 dgn 30-40 mg 1 dd1. Maximaal uitkomen op 40 mg pd.
- *Stopdatum::* op dag 7 of 8.
- Duur: 6-12 wkn, verlengen tot 24 wkn mogelijk (vanaf 12 wkn niet vergoed in 2018)
- *Afbouw niet nodig*
- *Bij suïcidaliteit/ernstige somberheid:* is dit 'geen prettig' middel, want overdosering kan lethaal zijn. Dosis van 1 gram is al lethaal gebleken. Als dit een zorg is: voorschrijven per 2 weken bijvoorbeeld mogelijk. Toxische effecten bij meer dan 4mg/kg lichaamsgewicht. Ernstig toxische effecten bij meer dan 7mg/kg lichaamsgewicht.²⁰
- *EGG ter voorbereiding wel of niet:* bij amitriptyline staat: overweeg een ECG vóór start van de behandeling, vooral bij ouderen en bij bestaande cardiovasculaire aandoeningen. Nortrilen is een metaboliet van amitrypt, dus dan zou je het ook kunnen overwegen bij ouderen. Bij arkin wordt

²⁰ advies Maria Franken en Jeanine Koster

regulier bij nortriptyline als antidepressivum (hogere dosering), wel ecg gemaakt bij oudere doelgroep. In detoxrichtlijn wordt dit niet genoemd.²¹

- Nortriptyline is *goedkoper* dan bupropion.
- Niet officieel geregistreerd voor SMR, maar wordt wel vergoed mits in combi met gedragstherapie

d. Partiele nicotine receptor antagonist

Voorkeurs medicament bij rookloze tabak (2^e keus: smeltablet)

Binnen het Minnesotamodel: wordt deze medicatie niet verstrekt.

Deze medicaties moeten 1-2 weken inwerken, voor er gestopt wordt met roken

In Nederland wordt op dit moment alleen gewerkt met Varenicline (Champix), maar veel cliënten bestellen op internet Cytisine (Tabex)

Werking:

- Speciaal ontwikkeld voor behandeling nicotine afhankelijkheid
- *Partiële nicotinereceptor agonist op $\alpha_4\beta_2$ nAChR* (Of en dit is hetzelfde, maar op andere manier gezegd en wordt in literatuur door elkaar gebruikt) het is selectieve *partiële antagonist van de $\alpha_4\beta_2$ neuronale nicotinerge acetylcholinereceptor*²². Varenicline heeft een hogere affiniteit voor deze receptor dan nicotine en een lagere intrinsieke activiteit. Het verdringt nicotine van zijn bindingsplaats, waardoor het belonende en versterkende effect van roken zou verminderen. Door zijn partiële antagonisme zou varenicline tevens de symptomen van verlangen en ontwenning verlichten. De antagonistische werking treedt op doordat varenicline een grotere affiniteit tot de $\alpha_4\beta_2$ -nicotinerge acetylcholinereceptoren heeft dan nicotine. Hierdoor blijft bij roken volledige activatie van het mesolimbische dopaminesysteem uit en daarmee het gevoel van vreugde of genot.
- *Samengevat:* Het is een partiële agonist: een agonistische werking met minder intrinsieke werkzaamheid dan nicotine én een antagonistische werking in aanwezigheid van nicotine.
- Combinatie van handhaven matige dopamineniveau's om onthouding tegen te gaan (agonist)
- Bezet de acetylcholine receptoren, zodat nicotine zich niet kan hechten (bezet wel minder sterk dan nicotine). Reductie van bevrediging door roken (antagonist)
- Daarnaast: volle agonist van alfa7 nAChR
- Craving verminderd
- Uitscheiding via urinewegen
- Varenicline (champix)-in NL geregistreerd
- Cytisine (tabex)²³-nog niet geregistreerd, patiënten bestellen het soms in Oost-Europa. Neurochemisch vlg met varenicline.

Contra's:

²¹ advies Maria Franken en Jeanine Koster

²² Informatarium

²³ expert opinion Trudi Tromp: kortwerkender, dus minder geschikt

- Allergie varenicline is vooralsnog enige absolute contra-indicatie
- *Aanvankelijk werd er gewaarschuwd voor verhoogd risico op (ernstige) neuropsychiatrische bijwerkingen bij mensen met ernstige psychiatrische comorbiditeit (recent onderzoek geeft geen verhoogde kans aan)*
- *Aanvankelijk werd er gewaarschuwd voor risico op ernstige cardiovasculaire bijwerkingen (recent onderzoek geeft geen verhoogde kans aan)*
- Recent onderzoek: ernstige bijwerkingen kwamen meer voor, maar niet klinisch relevant. Er is redelijk veel onderzoek gedaan naar cardiovasculaire en neuropsychiatrische bijwerkingen (agressie, depressieve stemming, psychose, suicidaliteit).
- **Balans die werd opgemaakt: varenicline lijkt veilig ook voor rokers met cardiovasculaire of neuropsychiatrische comorbiditeit. Echter extra monitoring bij deze klachten is geadviseerd**
- Na een aanvankelijke terughoudendheidswaarschuwing is dit door FDA prospectief afdoende aangetoond.
- Lareb overview of varenicline en suicidal behaviour, 4-4-17²⁴: Voorzichtigheid is geboden, patiënten (en bijvoorbeeld steunsysteem/medebehandelaren) goed informeren, maar het zijn géén contra-indicaties. Monitoring is aanbevolen mbt suicidale gedachten/gedrag (liefst bij alle cliënten), zeker bij psychiatrisch medisch verleden, zoals schizofrenie of bipolariteit.
- *Check altijd Farmacotherapeutisch Kompas i.v.m. mogelijke updates*

Bijwerkingen:

- milde misselijkheid (30%)
- slapeloosheid, abnormale of levendige dromen, hoofdpijn (>10%)

Voorschrijven:

- Varenicline (Champix)
- 1-2 weken inwerken, voor er gestopt wordt met roken
- Start met 'startverpakking', als deze op is, dan werkt het vaak voldoende om te kunnen stoppen met roken
- Startverpakking bevat: eerste 3 dgn 0,5 mg pd, dan 4 dgn 1 mg pd, vanaf 2^e week voor 2 dd 1 mg voor 12 weken
- Schrijf het voldoende lang voor, zo nodig 24 weken (meestal na 12 wkn niet meer vergoed in 2018, echter verlengd recept kan helpend zijn)
- Bij verminderde nierfunctie (eGFR 10-30ml) halvering vd dosering
- Praktische tip: bouw evt ook af met een startverpakking, want mensen kunnen klachten krijgen bij afbouw (trek in nicotine),²⁵ maar als de gedragsmatige verandering voldoende is, dan lijkt dit te dragen. De kleinste tabletjes zijn 0,5 mg en zijn niet breekbaar. Bij ernstige klachten: afbouwen t/m om de dag 0,5 mg voor een week bijvoorbeeld

²⁴ Bij vragen: benader Lareb, of Renée M. Molenaar-Overmeer, Ph.D. (heeft het lareb rapport doorgespit) Sr. Medical Advisor Cardiovascular Diseases Internal Medicine, Pfizer Innovative Health
T: +31 10 4064200 - M: +31 6 11368116, Renee.Molenaar-Overmeer@pfizer.com of Maria Franken

²⁵ Praktische hulp bij dosering NVM (gebaseerd op ervaring van Trudi Tromp en Marieke Helmus, beide verslavingsarts knmg)

Koji Nelissen 21-6-18 19:45

Opmerking: In mei 2018 ontstond er ondanks deze gedegen literatuur toch twijfel bij Jellinek psychiaters en andere artsen om varenicline voor te schrijven, omdat op het jaarlijkse voorjaarscongres psychiatrie een waarschuwing voor gebruik varenicline werd afgegeven en er werd verwezen naar geneesmiddelbulletin. Zover wij kunnen nagaan (Maria Franken en Marieke Helmus), is er na 2014 en 2015 geen nieuwe geneesmiddel bulletin verschenen met nieuwe informatie. De bulletins uit 2014 en 2015 zijn meegenomen in de laatste richtlijnen waar deze werkinstructie op is gebaseerd. Daar boven op is dus het lareb rapport en het fda aangehaald.
Ontneem cliënten dit medicijn dus niet!

Hieronder nog een extra uiteenzetting van Maria Franken, apotheker hierover:

Het FDA heeft eind 2016 de waarschuwing ingetrokken: 'Based on these results, we now have a better idea about the frequency and severity of these side effects on mood, behavior, or thinking, and have confirmed that the benefits of taking Chantix or Zyban to help quit smoking outweigh these risks.'

En voor patiënten:

Patients should stop taking Chantix or Zyban and call their health care professionals right away if they notice any side effects on mood, behavior, or thinking.

hele memo is hier te lezen:

<https://www.fda.gov/Drugs/DrugSafety/ucm532221.htm>

Voorzichtigheid is natuurlijk nog wél geboden, maar schizofrenie is dus geen absolute contra-indicatie bij het gebruik van varenicline. Wel dus goed bijwerkingen blijven monitoren. Sowieso belangrijk bij deze pt groep, ook bij stoppen met roken zonder medicatie.

Verder hierbij nog informatie uit het Informatarium op de KNMP Kennisbank (maandelijks geüpdatet):

Contra-indicaties Varenicline (CI.) **Overgevoeligheid.**

Voorzichtigheid is geboden bij psychiatrische aandoeningen (waaronder schizofrenie en bipolaire stoornis) in de anamnese; mogelijk kunnen deze door stoppen met roken verergeren (zie ook Bw.).
Voorzichtigheid is geboden bij cardiovasculaire aandoeningen, vanwege een verhoogd risico op bepaalde cardiovasculaire voorvallen.

Indicatie depressie: Voor varenicline of NVM is onvoldoende bewijs ivm te weinig studies.

Indicatie bipolariteit: enige evidence voor varenicline. Andere medicamenteuze interventies zijn onvoldoende onderzocht.

Indicatie schizofrenie: Varenicline geeft een gering significant verschil tov placebo. Negatief effect op psychiatrische symptomen zijn in geringe studies niet gezien, maar kan niet worden uitgesloten.

Practice Based (uitzonderlijke) Casuïstiek: verslavingsarts KNMG Marieke Helmus heeft in 2017 en 2018 een aantal patiënten succesvol van hun klachten afgeholpen mbv zorgvuldige op- bouw, wat langduriger gebruik van varenicline, en zeer langzame afbouw van varenicline.

Klachten die gerapporteerd werden bij nicotine-onthouding (let op dus geen tabaksrookonthouding!), dwz bij stop roken en of nicotinevervangers: ernstige vermoeidheidsklachten, woordvindingsproblemen, geen Engelse taal meer goed kunnen spreken, sport niet op kunnen bouwen, veelvuldig gapen, bij een verder psychiatrische ongecompliceerde man.

In samenwerking met advies van platform SMR voor professionals, prof. Wim vd Brink werd het meest verwacht van bezetting van de receptoren door varenicline en dit heel langzaam af te bouwen. Ook werd er voor start afbouw en na afbouw een sportarts ingezet voor diagnostiek, waar toch wel een snellere verzuring in de perifere spieren (dus niet hart, longen) werd gezien bij onthouding nicotine. Samen met een rustig, maar frequent (3 keer pw) sportopbouw programma en tegelijk langzame afbouw van varenicline kwam client van zijn klachten af. Meerdere vergelijkbare casussen lijken erop te wijzen dat sommige clienten erg veel last hebben van niet-bezette receptoren, wellicht doordat in jeugd vroeg is gaan roken, en dat champix, beter dan NVM iets kan doen in het terugbrengen van de natuurlijke toestand.

Voor deze en andere casussen werd ook overlegd met Pfizer (varenicline fabrikant), zij kunnen ip varenicline bij behandeling nicotine-onthouding niet adviseren, want het is geregistreerd als middel voor stoppen met roken en wordt ip niet vergoed als behandeling voor nicotine-onthouding. In de praktijk hebben we dit niet ervaren. Wel moest de client enkele maanden varenicline zelf bepalen, omdat dit maar 3 maanden (soms 6 maanden) vergoed wordt. Pfizer heeft beperkte literatuur dat dit middel tot 1-2 jaar veilig gebruikt kan worden.

e. Combinatie therapie

Meerdere soorten NVM zijn effectiever dan 1, verder is nog niet exact duidelijk welke combinaties voor welk type patiënten het meest effectief zijn.

Practice Based: verslavingsarts KNMG en tabaksdeskundige Trudi Tromp-Beelen en ook verslavingsarts KNMG Marieke Helmus, auteur van deze werkwijze combineren met enige regelmaat NVM en nortriptyline, NVM en bupropion. Trudi Tromp-Beelen onderwijst dit ook in haar door het partnership

stoppen met roken geaccrediteerde lezingen. In uitzondering wordt e rook varenicline gecombineerd met NVM, deze laatste wordt ook door prof. Wim van de Brink bevestigd. Regelmatig zien we uiteindelijk success met een combinatie van bijvoorbeeld NVM en nortrip geholpen, waarbij gestart werd met een van de 2 middelen en de ander erbij gevoegd werd na een aantal weken matig resultaat bij wel goede gedragsmaatregelen.

f. E-sigaret:

- Er is geen goed bewijs dat de e-sigaret (verdamping nicotinevloeistof) een effectief en veilig hulpmiddel is bij behandeling tabaksverslaving. Ook niet voor bijvoorbeeld: shisha-pen. Over I-COS (verdamping tabak) is weinig bekend.
- Belangrijk daarbij is dat het rookgedrag in stand wordt gehouden. We raden dit niet aan.
- Het volledig overstappen van roken op dampen geeft minder gezondheidsschade, dual use (naast elkaar) moet worden ontraden.
- De kwaliteit van de dampvloeistof is niet goed te controleren.
- Bijwerkingen op lange termijn zijn nog niet goed onderzocht, terwijl er giftige stoffen in de damp zitten
- Daarnaast is er in de verslavingskliniek de kans dat de e-sigaret gebruikt wordt om andere drugs en medicatie in de e-sigaret te verdampen. Iets wat absoluut ongewenst is.
- Als een patiënt zich aanmeldt en zelf al overgestapt is op de e-sigaret en zijn wattage en nicotinegehalte al zelf gedeeltelijk succesvol aan het afbouwen is, dan lijkt het redelijk om daarin poliklinisch te ondersteunen met wel een beperkte termijn als doel en dit mag niet interfereeren met opname of dagbehandeling waarbij de e-sigaret niet kan worden ingezet.
- In 2019 wordt nieuw onderzoek tav de e-sigaret verwacht.

Wil je meer lezen over de e-sigaret:

<https://www.rokeninfo.nl/professionals/tabaksproducten/e-sigaret>

6. SAMENWERKING MET ANDERE MEDEWERKERS KLINISCH/ DB

Zie ook werkinstructie voor verpleegkundigen en groepswerkers.

Er is een keuze voor echte abstinentie van tabak, waarbij stopondersteuning en mogelijkheid tot farmacologische ondersteuning ofwel voor een rookpauze (voor duur van de behandeling of de opname wordt de cliënt ingesteld op nicotinevervangers waardoor zij niet ontwennen, deze medicatie wordt niet afgebouwd).

Verpleegkundige/groepwerker taken:

1. Dagelijks afnemen Minnesota tabaks-onthoudingsschaal (ong 1 week), numerieke schaal craving, meedenken of dosering medicatie afdoende is, of te hoog.
2. Indien client antipsychotica, antidepressiva gebruikt of ernstige psychiatrische klachten heeft, adviezen van arts opvolgen
3. Indien client DM type 1 of 2 heeft, extra controles nodig, mogelijk aanpassing nodig insuline of orale antilucose medicatie
4. CO meter dagelijks indien mogelijk afnemen,
5. Steunend zijn naar ontwenningssklachten. Complimenteren
6. Steunend zijn in gezonde voeding, sport en ontspanning
7. Steunend zijn en meedenken over afleidende activiteiten, zijn er voldoende bordspelen, tijdschriften, mandela's, anderszins

Voedingsadviezen: zie voedingscentrum.nl. Verschillende bewezen effectieve GGD apps, Aandacht voor voeding: tijdens eetmomenten. Zo nodig apart consult met verpleegkundige. Gemiddeld komt een roker 4 kg aan bij SMR als hij regulier blijft eten (normalisering stofwisseling). Probeer niet in snoepen te vervallen.

Sport-coach: extra oefeningen vragen tijdens stopproces. Tbv komende maanden voor opbouw conditie/ verbetering longinhoud en werkt ook tegen craving. In de 3 maanden kan de longinhoud (zonder COPD) aanzienlijk verbeteren

Psychische begeleiding: Evber of anders de pber zal (extra) ruimte nemen om de klachten te monitoren. Indien stoppen met roken moeizaam verloopt, dan zijn extra arts of psychiater afspraken soms noodzakelijk, bijvoorbeeld bij mensen met ernstig psychiatrische klachten, zoals angst, depressie, psychose of ADHD. Onthoudingsklachten worden bijgehouden met de onthoudingsschaal om deze te kunnen onderscheiden van psychische klachten.

Tegen verveling/trek: smr-app aanraden , meedoen aan stoptober-app, glas water/ gezonde snack, mindfulness en ontspanningsoefeningen, evt VR-opties. Er is een lijst gemaakt van prettige bezigheden en afleiding van het roken door de verpleging. Meer kennisbehoefte: filmpjes van Radar extra over roken (youtube) of op ikstopnu.nl met videos over mensen die succesvol zijn gestopt.

Ontslag tegen advies/time-out/schorsing: per afdeling wordt worden regels voor time-out/schorsing/ontslag vastgesteld

Medicatie bij ontslag van detox én wens gestopt te blijven met roken: NVM of varenicline etc voor 1 week meegeven (om levertijd via externe apotheek te overbruggen)"

Nazorg-groep: tot 12 maanden na start stoppen met roken

50% van de mensen die stopt met roken, valt na 6 maanden terug. Na 1 jaar valt nog 90% terug. Dit is niet gespecificeerd voor onze specifieke cliëntengroep, dit is bij de algemene populatie. Maar hieruit op te maken valt dat cliënten in ieder geval 12 maanden een vorm van steun zouden moeten kunnen ontvangen.

**Colofon: met veel dank aan advies van arts-onderzoeker psychiatrie AMC
Jentien Vermeulen**

7. BIJLAGES

- *DSM V tabak, Fagestrom, Onthoudingsschaal*
- *Nicotine ontwenings-advies incl instructie nic. zuigtablet*
- *CO-meter instructie*
- *Landelijk Formulier StoppenMetRoken*
- *Vergoedingsregels*
- *AMC psychiatrie SMR protocol*
- *Zwangeren/kinderwens*
- *Aanbeveling E-health*
- *Gemelde problemen rondom vergoeding*

Diagnostische criteria stoornis in tabaksgebruik (DSM-5)

Bron: Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen DSM-5.
Nederlandse vertaling van Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders,
fifth edition. Amsterdam: Uitgeverij Boom, 2014:763-4

Stoornis in tabaksgebruik - Classificatiecriteria

A. Een problematisch patroon van tabaksgebruik dat leidt tot klinisch significante beperkingen of lijdensdruk, zoals blijkt uit minstens twee van de volgende kenmerken, die binnen een periode van een jaar optreden:

1. Tabak wordt vaak gebruikt in grotere hoeveelheden of langduriger dan de bedoeling was.
2. Er is een persisterende wens of er zijn vergeefse pogingen om het tabaksgebruik te minderen of in de hand te houden.
3. Veel tijd wordt besteed aan activiteiten die nodig zijn om aan tabak te komen, tabak te gebruiken, of te herstellen van de effecten ervan.
4. Hunkering, of een sterke wens of drang tot tabaksgebruik.
5. Recidiverend tabaksgebruik, met als gevolg dat de belangrijkste rolverplichtingen niet worden nagekomen op het werk, op school of thuis.
6. Aanhoudend tabaksgebruik ondanks persisterende of recidiverende sociale of interpersoonlijke problemen, veroorzaakt of verergerd door de effecten van tabak.
7. Belangrijke sociale, beroepsmatige of vrijetijdsactiviteiten zijn opgegeven of verminderd vanwege het tabaksgebruik.
8. Recidiverend tabaksgebruik in situaties waarin dit fysiek gevaar oplevert.
9. Het tabaksgebruik wordt gecontinueerd ondanks de wetenschap dat er een persisterend of recidiverend lichamelijk of psychisch probleem is dat waarschijnlijk is veroorzaakt of verergerd door de tabak.

10. Tolerantie, zoals gedefinieerd door een van de volgende kenmerken:

- a. Behoeftte aan een duidelijk toegenomen hoeveelheid tabak om een intoxicatie of het gewenste effect te bereiken.
- b. Een duidelijk verminderd effect bij voortgezet gebruik van dezelfde hoeveelheid tabak.

11. Onttrekkingssymptomen, zoals blijkt uit minstens een van de volgende kenmerken:

- a. Het kenmerkende onttrekkingssyndroom van tabak (zie criteria A en B van de criteria voor het tabaksonttrekkingssyndroom).
- b. Tabak (of een zeer verwante stof zoals nicotine) wordt gebruikt om onttrekkingssymptomen te verlichten of te voorkomen.

Specificeer indien:

In vroege remissie

Nadat eerder volledig aan de criteria voor de stoornis in tabaksgebruik was voldaan, wordt nu aan geen enkel criterium voor de stoornis in tabaksgebruik meer voldaan sinds minstens drie maanden, maar minder dan een jaar (met de uitzondering dat wel aan criterium A4, 'Hunkering, of een sterke wens of drang tot tabaksgebruik', mag worden voldaan).

In langdurige remissie

Nadat eerder volledig aan de criteria voor de stoornis in tabaksgebruik was voldaan, wordt nu aan geen enkel criterium voor de stoornis in tabaksgebruik meer voldaan sinds een periode van een jaar of langer (met de uitzondering dat wel aan criterium A4, 'Hunkering, of een sterke wens of drang tot tabaksgebruik', mag worden voldaan).

Specificeer indien:

In onderhoudsbehandeling

De betrokkene gebruikt langdurig een middel als

onderhoudsbehandeling, zoals nicotinevervangende medicatie, terwijl voor die klasse geneesmiddelen niet aan de criteria voor de stoornis in tabaksgebruik wordt voldaan (behalve tolerantie voor of onttrekkingssyndroom van de nicotinevervangende medicatie).

In een gereguleerde omgeving

Deze aanvullende specificatie is van toepassing op mensen in een setting waar er beperkte toegang is tot tabak.

Specificeer actuele ernst:

Licht Er zijn twee tot drie symptomen aanwezig.

Matig Er zijn vier tot vijf symptomen aanwezig.

Ernstig Er zijn zes of meer symptomen aanwezig.

Test voor Nicotine-afhankelijkheid		
Hoe lang na het wakker worden rookt U Uw eerste sigaret?	Binnen 5 minuten 5-30 minuten 31-60 minuten	3 2 1
Hebt U moeite om niet te roken op plaatsen waar dit verboden is?	Ja nee	1 0
Welke sigaret zou U het moeilijkst kunnen missen?	Eerste in morgen Elk ander	1 0
Hoeveel sigaretten rookt U per dag?	Meer dan 31 21-31 11-20 Minder dan 10	3 2 1 0
Rookt U 's ochtends meer dan de rest van de dag?	Ja nee	1 0
Rookt U ook als U ziek bent en het grootste deel van de dag in bed moet blijven?	Ja nee	1 0
Interpretatie van de resultaten: Score 8-10: zeer sterke afhankelijkheid Score 6-7: sterke afhankelijkheid Score 3-4: matige afhankelijkheid Score 0-2: zeer geringe afhankelijkheid		

Minnesota gedragsbeoordelingslijst (MNWS-R) Nederlandse vertaling

Geef aan in hoeverre er sprake is geweest van onderstaande klachten en in welke mate over de periode van _____ (bv. 24 uur / afgelopen week).

0 = helemaal niet;
1 = een beetje;
2 = nogal;
3 = tamelijk veel;
4 = heel erg

(omcirkel wat van toepassing is)

1	Boos/geprikeld/gefrustreerd	0	1	2	3	4
2	Angstig/gespannen/nerveus	0	1	2	3	4
3	Depressief, somber	0	1	2	3	4
4	Trek of drang om te roken	0	1	2	3	4
5	Moeite met concentreren	0	1	2	3	4
6	Toegenomen eetlust, honger, gewichtstoename	0	1	2	3	4
7	Slapeloosheid, slaapproblemen, 's nachts wakker zijn	0	1	2	3	4
8	Rusteloos	0	1	2	3	4
9	Ongeduldig	0	1	2	3	4
Totaalscore (0-36)						
10	Obstipatie	0	1	2	3	4
11	Duizeligheid	0	1	2	3	4
12	Hoesten	0	1	2	3	4
13	Dromen of nachtmerries	0	1	2	3	4
14	Misselijkheid	0	1	2	3	4
15	Keelpijn	0	1	2	3	4

0 = helemaal niet
 1 = een beetje
 2 = nogal
 3 = tamelijk veel
 4 = heel erg veel

SMR scorelijst



Naam client:

Datum:			Datum:			Datum:			Datum:		
Tijd:			Tijd:			Tijd:			Tijd:		
RR	P	score	RR	P	score	RR	P	score	RR	P	score
Boos/geprikeld/gefrustreerd			Boos/geprikeld/gefrustreerd			Boos/geprikeld/gefrustreerd			Boos/geprikeld/gefrustreerd		
Angstig/gespannen/nerveus			Angstig/gespannen/nerveus			Angstig/gespannen/nerveus			Angstig/gespannen/nerveus		
Depressief/somber			Depressief/somber			Depressief/somber			Depressief/somber		
Trek of drang om te roken			Trek of drang om te roken			Trek of drang om te roken			Trek of drang om te roken		
Moeite met concentreren			Moeite met concentreren			Moeite met concentreren			Moeite met concentreren		
Meer eetlust/honger/gewicht			Meer eetlust/honger/gewicht			Meer eetlust/honger/gewicht			Meer eetlust/honger/gewicht		
Slapeloosheid/s' nachts wakker			Slapeloosheid/s' nachts wakker			Slapeloosheid/s' nachts wakker			Slapeloosheid/s' nachts wakker		
Rusteloos			Rusteloos			Rusteloos			Rusteloos		
Ongeduldig			Ongeduldig			Ongeduldig			Ongeduldig		
Totaalscore (0-36)			Totaalscore (0-36)			Totaalscore (0-36)			Totaalscore (0-36)		
Obstipatie			Obstipatie			Obstipatie			Obstipatie		
Duizeligheid			Duizeligheid			Duizeligheid			Duizeligheid		
Hoesten			Hoesten			Hoesten			Hoesten		
Dromen of nachtmerries			Dromen of nachtmerries			Dromen of nachtmerries			Dromen of nachtmerries		
Misselijkheid			Misselijkheid			Misselijkheid			Misselijkheid		
Keelpijn			Keelpijn			Keelpijn			Keelpijn		
Totaalscore (0-24)			Totaalscore (0-24)			Totaalscore (0-24)			Totaalscore (0-24)		

Bron: Minnesota gedragsbeoordelingslijst

Ontwenning: Als u gewend bent meer dan 10-15 sigaretten per 24 uur te roken, dan is het goed mogelijk dat u gedurende de intake (of latere behandelonderdelen) gaat ontwennen van nicotine. De intake duurt bijv. gemiddeld 2,5 uur. Deze ontwenning start vaak binnen 30 -90 minuten na laatste sigaret.

Werking nicotine: nicotine uit een sigaret werkt snel en kort, dus als u dagelijks rookt, heeft u snel weer trek in een sigaret. Die pieken en dalen van nicotine in uw bloed geven ontwenningssklachten.

Ontwenningssklachten: Prikkelbaarheid, angst, concentratieproblemen, toegenomen eetlust, rusteloosheid, somberheid, slapeloosheid, duizeligheid en obstipatie.

Wat kunt doen tegen ontwenning? Glasje water drinken, de trek uitzitten (trek duurt vaak een paar minuten en neemt weer af), afleiding zoeken in een tijdschrift of op uw telefoon, een praatje maken, een ontspanningsoefening doen, een ommetje lopen in de tuin indien deze aanwezig is.

U kunt ook nicotine vervangers krijgen: Om de intake en de andere behandelmomenten zo prettig en geconcentreerd mogelijk te laten verlopen, bieden we u de mogelijkheid om nicotine-ontwenning tegen te gaan met behulp van *GRATIS nicotinevervangende zuigtabletten*. U kunt ze halen bij de Medische Dienst.

De Nicotine-zuigtablet: hoe gebruik je die?

Zo gebruik je Nicotinell® zuigtabletten

1. Zuig langzaam op het tablet totdat de smaak van nicotine sterk wordt
2. Laat het tablet tussen je wang en je tandvlees rusten
3. Begin opnieuw met zuigen wanneer de smaak verdwijnt
4. Herhaal gedurende ongeveer 30 minuten voor een geleidelijke afgifte van nicotine



Zuig
op 1 tablet



Laat rusten tussen
wang en tandvlees



Herhaal gedurende
30 minuten

Zo gebruik je Nicotinell® zuigtabletten op de juiste manier

Om Nicotinell® zuigtabletten optimaal te benutten, is het belangrijk dat je ze op de juiste manier gebruikt. Vergeet niet dat het essentieel is om pauzes te nemen tijdens het zuigen. Als er meer nicotine wordt afgegeven dan je mond kan opnemen, dan zul je die uiteindelijk doorslikken, waardoor de doeltreffendheid afneemt. Als je een kriebelend gevoel in de keel krijgt, een brandend gevoel in je maag, moet hikken of last krijgt van windigheid, dan moet je langere pauzes nemen.

bron: <https://www.nicotinell.nl/nicotinell-zuigtabletten>

- ✓ Je kan de zuigtablet in delen gebruiken en bijvoorbeeld even op een schoteltje leggen en na een paar minuten weer verder gebruiken.
- ✓ Koffie of zure dranken laten staan 15-30 min voor gebruik zuigtablet ivm verminderde absorptie.

Hoe sterk is 1 zuigtablet ? 1 zuigtablet van 2 mg komt ongeveer overeen met 1 sigaret. Dit is afhankelijk van hoeveel nicotine u uit 1 reguliere sigaret weet te 'halen'.

Bijwerkingen: omdat u al gewend bent nicotine tot u te nemen, geeft het meestal geen bijwerkingen. In zeldzaam gevallen leidt het tot pijn op de borst en hartkloppingen, deze zijn in principe niet ernstig, ook niet bij hartpatiënten. Voor meer informatie kunt u de bijsluitertekst raadplegen, bij verpleging en medische dienst aanwezig.

Wanneer de zuigtablet niet nemen? Recent acuut hartinfarct, CVA (hersenberoerte) of ernstige hartritmestoornissen (echter vaak zal u cardioloog u toch aanraden liever een stoppen met roken mbv nicotinevervangers te doen, dan niet te stoppen of steeds terug te vallen.

Let verder op bij: fenyلكetonurie (zuigtablet bevat aspartaam), fructose intolerantie (mint zuigtablet bevat maltitol), bij orale/faryngale ontsteking (keelontsteking) of acute oesofagitis (slokdarmontsteking).

Maximum aantal tabletten: 8 tot 12 stuks per dag, max. 30 stuks van 1 mg (zonder daarnaast gebruik van nicotinepleisters of andere nicotine vervangers)

Rookt u meer dan 30 sigaretten per dag? Als u echt over wilt stappen op nicotinezuigtabletten ipv roken, dan is het advies bij meer dan 30 sigaretten om zuigtabletten van 2 mg te gaan nemen, overleg dit te zijner tijd met uw arts. Het is daarbij nog meer ondersteunend om 2 soorten nicotinevervangers te nemen, waarbij de pleister, die langwerkend is, het meest ondersteunend is tot een rookvrij leven.

Nog vragen? De *medische dienst* biedt extra informatie aan over zuigtabletten als symptomatische bestrijding van de ontwenningsklachten.

CO-METER

Waarom gebruiken? Koolstof Monoxide meters kunnen een prettig meetinstrument zijn om mensen met een tabaksverslaving te ondersteuning in het rookvrij worden. Het geeft de behandelaar een onafhankelijke tool die waardevol bewijs geeft in het identificeren, scholen, meten en behandeling van de tabaksafhankelijke patiënt. Voor de patiënt is het een prettige manier om direct feedback te krijgen van de status van hun CO uitgeademende lucht, wat rechtstreeks het gevolg is van roken. Er is minder zuurstof beschikbaar. Na een periode rookvrij te zijn, is de verlaagde CO-meting een grote steun aan de stopper is de ervaring.

Micro's of Pico's inkopen:

indien ook zwangeren kunnen willen testen dan zou het een micro moeten worden, deze kan beide metingen doen.

Extra van micro: kan ook de CO in de omgevingslucht meten! --> echter in gebruiksaanwijzing wordt advies gegeven dit niet als bewijs voor passief meeroken te gebruiken.

Bij alleen niet-zwangeren, zou de Pico voldoen.

Bij alleen zwangeren, zou de PicoBaby voldoen.

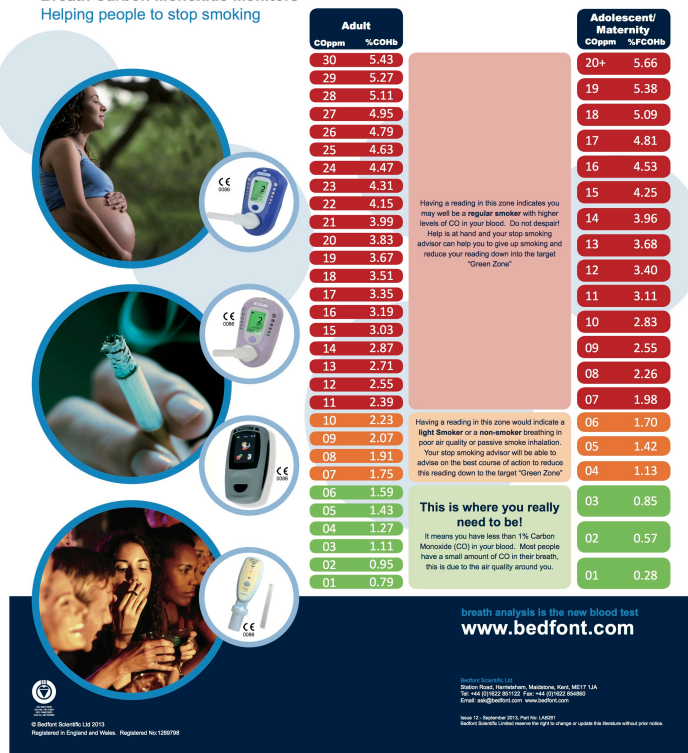
Gebruik

-Gebruiksaanwijzing: video sinefuma beschikbaar via Wetransfer en gebruiksaanwijzing op papier

Smokerlyzer®



Breath Carbon Monoxide Monitors
Helping people to stop smoking



Bij de meter zal ook een zelfde poster zitten met de meetwaardes

Literatuur:

Carbon Monoxide Meter: The Essential Clinical Tool — the 'Stethoscope' — of Smoking Cessation, Renee Bittoun²⁶

- ²⁶ En de russel-standard die men in Engeland gebruikt voor het meten van succes en standaard gebruikt kan worden. Een CO-meting maakt hier onderdeel vanuit--> deze zouden wij kunnen gaan gebruiken in dataverzameling

Kosten:

Micro+ Smokerlyzer startpakket:	€499, ex btw
- micro+	
- 12 D-stukken	
- 250 mondstukken	
- 50 schoonmaakdoekjes	
- batterijen en gebruiksaanwijzing	

piCO Smokerlyzer startpakket:	€375, ex btw
- piCO+	
- 12 D-stukken	
- 250 mondstukken	
- 50 schoonmaakdoekjes	
- batterijen en gebruiksaanwijzing	

Kosten in gebruik: het advies is om een D-stuk 1 keer per maand te vervangen. Met dit startpakket, kan je 250 keer (aantal mondstukken) op de Smokerlyzer laten blazen. Vervolgens kost een losse doos mondstukken á 250 stuks €50 ex btw en een doos D-stukken €46 ex btw.

Reiniging/onderhoud: van belang niet met alcoholdoekjes maar met meegeleverde reinigingsmaterialen. *Batterijen vervangen en elke 5 jaar sensor vervangen*

Foutieve meting: nog even goed navragen. of dit mogelijk is bij welke omstandigheden

Levertijd: Micro: 1,5 week levertijd in algemeen, Pico: direct leverbaar via sinefuma

Verder informatie /te bestellen bij SineFuma:

Directeur , Marcel Clarijs

T +31 (0)76 - 88 95 1 95 F +31 (0)84 - 87 14 2 02 marcel@rookvrijookjij.nl

www.sinefuma.com | www.rookvrijookjij.nl

Takkebijsters 72 | 4817 BL | Breda

[illegible]

Bij Jellinek in zorg voor meerdere middelen/gokken? Het stoppen met roken programma wordt geïntegreerd aangeboden met behandeling van de andere middelen en of gokken. Het wordt via de verzekeraar vergoed als 2^e lijns behandeling.

Bij Jellinek alleen in zorg voor stoppen met roken? Stoppen-met-rokenprogramma's worden in 2018 vanuit de basisverzekering vergoed. Het gaat dan om [begeleiding](#) waarvan aangetoond is dat deze werkt en dit wordt nagegaan door <http://www.partnershipstopmetroken.nl/>

In 2018 vergoeden zorgverzekeraars één stoppoging (behandeling inclusief medicatie, duur maximaal 3 maanden) per jaar vanuit de basisverzekering, mits dit gecontracteerde zorg betreft. Voor stoppen-met-rokenzorg betaal je (vaak) wel het eigen risico. In 2018 is het verplichte eigen risico € 385,- per jaar.

Jouw verzekeraar? Er zijn tiental verschillende verzekeraars. Hoe jouw verzekeraar te werk gaat kan je hier lezen of neem contact op met je verzekeraar: <https://www.rokeninfo.nl/publiek/vergoedingen>

Hoe kom je aan je medicatie? Je hebt een recept/ Landelijk Formulier StoppenMetRoken nodig van je arts. De arts kruist hierop allerlei zaken aan. Bijvoorbeeld of je dit jaar een stoppen met roken cursus volgt, en dus recht hebt op vergoeding van medicatie en hij kan hierop zien wat jouw verzekering van ons vraagt:

- Bij sommige verzekeraar kan je met het recept/Landelijk Formulier StoppenMetRoken van de (verslavings)arts je medicatie bij je eigen apotheek ophalen. Dit is het meest veilig ivm mogelijke interacties met andere medicaties.
- Bij veel verzekeraars moet de arts het recept/vergoedingsformulier naar een externe apotheek faxen. Afhankelijk van het type apotheek stuurt deze dan de medicatie naar je huis op (maximaal 5 werkdagen).

Geld betalen bij apotheek? Het kan zijn dat de apotheek je medicatie niet rechtstreeks vergoedt. Je moet dan je medicatie voorschieten en vervolgens deze rekening bij je zorgverzekeraar declareren. **Let op:** voor declaratie 'Landelijk Formulier Stoppen met Roken' nodig en de factuur/ rekening om op te sturen naar de zorgverzekeraar. Dus vraag deze terug bij de apotheek!

Vervolgmedicatie/ verandering medicatie? Bij vervolgrecepten of verandering van medicatie heb je opnieuw te maken met recepten/vergoedingsformulieren.

Belangrijk: sommige externe apothekers sturen zelf bepaalde doseringen van pleisters en zuigtabletten naar u op, maar volg altijd wat de arts u heeft geadviseerd. Soms schrijven wij 2 pleisters per dag voor bijvoorbeeld. Geef bij de arts aan als u verkeerde doseringen/te weinig/te veel heeft toegezonden gekregen. Wij zullen u ondersteunen bij de juiste doseringen.

Mogelijk volgen er dit jaar verbeteringen in de vergoeding, er wordt hard aan gewerkt door verslavingskunde NL en GGZNL.



Stoppen met roken medicatie protocol

Jentien Vermeulen, Floor van Dijk, Laureen ten Berg-Lammers, Hiske Becker, Lieuwe de Haan. Vragen/opmerkingen? scoop@amc.nl

Achtergrond:

Roken heeft invloed op medicatiespiegels. Leverenzymen CYP1A1, CYP2E1 en voornamelijk CYP1A2, worden geïnduceerd door de polycyclische aromatische koolwaterstoffen uit de sigarettenrook. Dit leidt tot een versnelde afbraak van geneesmiddelen die door deze enzymen gemetaboliseerd worden. Stoppen met roken zorgt voor een downregulatie van eerdergenoemde leverenzymen. Spiegels van onder andere psychofarmaca kunnen bij een gelijkblijvende dosering stijgen. Naast het effect van sigarettenrook, stimuleert nicotine de afgifte van adrenaline door de bijnier en geeft het parasympathische stimulatie. Stoppen met roken heeft door het wegvallen van nicotine en tabak belangrijke consequenties.

Doel:

Dit document geldt als naslagwerk en leidraad in het geval dat een opgenomen of poliklinische patiënt van de afdeling psychiatrie de wens heeft om te stoppen met roken.

Stappenplan Stoppen met roken

1. Diagnostisering & motiveren

Stel de diagnose 'stoornis in tabaksgebruik' en noteer de diagnose, het aantal gerookte sigaretten per dag, het aantal pakjaren en het aantal eerdere stoppogingen in het dossier van de patiënt. Geef de patiënt een medisch stopadvies. De patiënt kan van stoppen met roken fysieke voordelen verwachten. Daarnaast is er vaak een lagere dosis van medicatie nodig.

Gevolgen van stoppen met roken

0-2 dagen: bloeddruk normaliseert, temperatuur handen en voeten stijgt, nicotine en alle bijproducten uit lichaam nemen af.

3 dagen- 2 weken: makkelijker ademen, longcapaciteit neemt toe.

2-4 weken: makkelijker sporten, meer energie.

1-3 maanden: longweefsel begint zich te herstellen, longfunctie verbetert met 10 - 30%, minder last van luchtweginfecties.

3 maanden-1 jaar: risico op longziekten en longkanker vermindert, risico op hart- en vaatziekten vermindert met 50%, lichamelijk en geestelijk welbevinden sterk verbeterd.

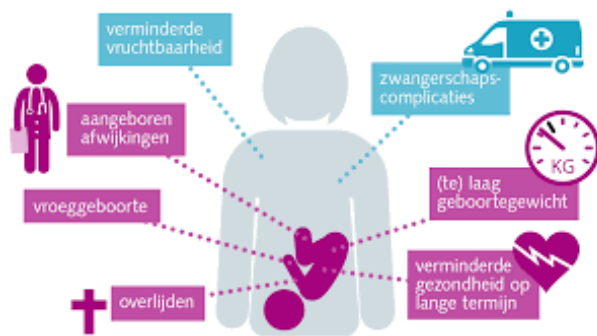
2. Voorbereiding

a. Inventarisatie medicatie en cafeïne gebruik

Controleer of de patiënt geneesmiddelen gebruikt uit tabel 1. Inventariseer cafeïne gebruik: koffie, cola en energiedrankjes. Belangrijk is dat stoppen met roken een stijging van cafeïne spiegels kan geven en adviseer dus patiënten om hun cafeïne intake te verminderen.

²⁷ Protocol gemaakt door AMC, arts onderzoeker Jentien Vermeulen. Enkele adviezen daarin komen niet helemaal overeen met onze richtlijnen en dus deze werkinstructie. Uitwisseling lijkt verstandig om samen ervaring op te blijven doen.

Taskforce Rookvrije Start



De Taskforce Rookvrije Start is een initiatief van negen beroepsgroepen die zich samen met partners College Perinatale Zorg, het Trimbos Instituut, ZonMw en het ministerie van VWS inzet voor een rookvrije start voor ieder kind. Met de campagne 'Op weg naar een Rookvrije Generatie' van de Alliantie Nederland Rookvrij wordt gestreefd naar een generatie die volledig rookvrij opgroeit.

PSYCHOEDUCATIE

Algemene inleiding

Zwangere vrouwen die roken vormen een bijzondere doelgroep vanwege hun veranderende metabolisme, de hoge mate van urgentie om te stoppen in verband met de gevolgen van roken voor de zwangerschap, bevalling en hun ongeboren kind. Daarnaast is de motivatie om te stoppen met roken bij zwangere vrouwen vaak tijdelijk.

Net als bij andere rokers kunnen persoonlijke en maatschappelijke factoren de motivatie om te stoppen direct of indirect beïnvloeden. Hierbij valt te denken aan stress, lage sociaaleconomische status, weinig persoonlijke steun, bijvoorbeeld wanneer de partner ook rookt.

Ter bescherming van de zwangere vrouw, het nog ongeboren kind en de pasgeborene tegen de schadelijke invloed van tabak dienen rokende zwangere vrouwen en hun partners zo vroeg mogelijk, liefst nog vóór de conceptie, over de mogelijke schade van roken geïnformeerd te worden.

Behandeling dient te bestaan uit (in het kort):

Psychosociale hulp, die bestaat uit meerdere componenten: sociale steun, biochemische feedback (wat zijn nadelen voor kind en moeder, voordelen van stoppen voor kind en moeder: directe feedback middels co-meter als je rookvrij bent dat de baby meer zuurstof krijgt en geen koolmonoxide, daarnaast is steunend om samen naar de fase van de baby te kijken, bijvoorbeeld iom

²⁸ deze bijlage bevat zowel psycho-educatie, informatie voor behandelaar en voor arts

verloskundige en wat de invloed van het roken is op het kindje. Vaak hoor je dat motivatie tot rookvrij zijn groeit als het kindje voelbaar is in de buik, terwijl veel eerder schade op kan treden,)en financiële beloningen

Mogelijke schade

Vrouwen die roken in de zwangerschap hebben meer kans op (Bruin, Gerstein en Holloway, 2010):

- het krijgen van een miskraam;
- complicaties in de zwangerschap zoals o.a. vroeggeboorte, groeivertraging, voortijdig loslaten van de placenta en intra uterine vruchtdood;
- een kind met een aangeboren afwijking (zie hieronder).

Kinderen van vrouwen die in de zwangerschap roken en/of opnieuw starten met roken vlak na de bevalling hebben meer kans op (zie oa. Hackshaw et al., 2011; Bruin, Gerstein en Holloway, 2010, Holbrook, 2016):

- wiegendood;
- astma, luchtweginfecties en middenoorontstekingen;
- buikwanddefecten, gespleten lip/verhemelte en klompvoetjes;
- gedragsproblemen zoals ADHD;
- verslavingsgevoeligheid;
- hersentumoren, leukemie en lymfomen op jonge leeftijd.

Het RIVM berekende dat per jaar ongeveer 60 baby's sterven rond de geboorte, doordat hun moeders rookten tijdens de zwangerschap (zie Factsheet 'Kinderen en Roken', Hopman en Croes, 2017).

Indien er niet gerookt wordt in de zwangerschap dan zal dat leiden tot een reductie van (Dietz et al., 2010; Rasmussen en Irgens, 2006):

- 5-8% op ernstige vroeggeboorte (<32 weken);
- 3-4% op vroeggeboorte (<37 weken);
- 13-19% op een laag geboortegewicht (<2.5 kg) (laag geboortegewicht hangt o.a. samen met verhoogd risico op diabetes type 2 (Whincup et al., 2008);
- 12% op groeivertraging;
- 5-7% op intra-uterine vruchtdood.

Prevalentie van roken en stoppen met roken in de zwangerschap

Het 'Factsheet Monitor Zwangerschap en Middelengebruik' van het Trimbos-instituut (Tuithof, Siau, Dorsselaer en Monshouwer, 2017) presenteert de resultaten van onderzoek naar de prevalentie van roken en stoppen met roken bij zwangere vrouwen op grond van gegevens van 1858 vrouwen die het consultatiebureau bezochten met een kind van 0-4 jaar:

- In de vier weken voor de zwangerschap rookte 17% van de moeders;
- 9% van de moeders had op enig moment tijdens de zwangerschap gerookt (5% gedurende alle trimesters en 4% procent gedurende één of twee trimesters);
- Van de moeders die in de vier weken voor de zwangerschap rookten, heeft 88% tijdens de zwangerschap een stoppoging ondernomen;
- 78% van de stoppers direct of gedurende de loop van de zwangerschap gestopt

met roken en heeft dit tot het eind van de zwangerschap volgehouden. Het overige deel is na enige tijd te zijn gestopt (tenminste 24 uur) tijdens de zwangerschap weer gaan roken.

Eerder onderzoek toonde aan dat:

- 8.6% van de zwangere vrouwen in Nederland dagelijks rookt (Lanting et al., 2015);
- **22,1% van vrouwen met een lage opleiding gedurende de gehele zwangerschap rookt (Lanting et al., 2015);**
- 70-80% van de vrouwen die vóór of tijdens de zwangerschap zijn gestopt later in de zwangerschap of postpartum weer terugvallen in hun rookgedrag (WHO, 2010).

HOE SPREEK JE EEN ZWANGEREN/OUDER GOED AAN?

[illegible]

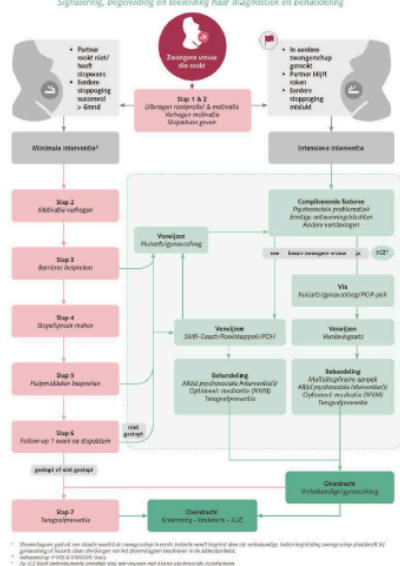
Bron: <https://assets.trimbos.nl/docs/21e3e51f-0221-47b9-b9e5-e88cf6c3a0b1.pdf>

Vrouwen die meer moeite hebben om te stoppen met roken zijn vrouwen met een lagere sociaaleconomische status, vrouwen met een rokende partner, vrouwen met een hogere mate van verslaving, vrouwen met een psychiatrische aandoening en vrouwen die in een eerdere zwangerschap niet gestopt zijn met roken (Schneider, Huy, Schütz en Diehl, 2010).

Om de schadelijke effecten van het roken te verminderen is het belangrijk om (aanstaande) zwangere vrouwen die niet spontaan kunnen stoppen met roken actief te begeleiden door middel van stoppen-met-roken interventies, en daarbij blijvende ondersteuning te bieden aan gestopte vrouwen na de zwangerschap.

Aan de hand van het ontwikkelde stroomdiagram kan de zwangere vrouw die rookt worden toegeleid naar de voor haar (en haar partner) meest geschikte interventie.

Stroomschema rokende zwangere vrouw*
Signalering, begeleiding en toeleiding naar diagnostiek en behandeling



Verloskundig Samenwerkingsverband (definitie)

Een Verloskundig Samenwerkingsverband (VSV) is een plaatselijk samenwerkingsverband van verloskundigen, gynaecologen, obstetrisch verloskundigen en eventueel verloskundig actieve haen (soms ook kinderartsen, JGZ-professionals, en kraamzorgaanbieders), met o.a. als doel afspraken te maken over verwijzen en terugverwijzen van cliënten en afspraken te maken over verantwoordelijkheden.

Samenvatting aanbevelingen per hoofdstuk uit addendum zwangeren

Bron: <https://assets.trimbos.nl/docs/8dcff786-e1b2-4556-8220-7ca285531b6c.pdf>

V-MIS

De V-MIS zoals uitgevoerd in de verloskundigenpraktijk het uitgangspunt en zullen situaties die daarvan afwijken bij de gynaecoloog of huisart of verslavingsarts in de tekst verduidelijkt worden.

1. De werkgroep vindt het van groot belang dat alle zorgverleners die in aanraking komen met zwangere vrouwen die roken minimaal het rookgedrag bespreken en een stopadvies geven met follow-up na een week. Indien nodig dient de zwangere vrouw doorverwezen te worden volgens het stroomdiagram (Bijlage VI).
2. Bij de niet gemotiveerde zwangere vrouw dient een gesprek over (stoppen met) roken bij elk contact te worden herhaald.
3. Zwangere vrouwen die vlak voor de eerste controle bij de verloskundige gestopt zijn met roken (< 6 maanden) dienen ook **follow-up** en aanmoediging te krijgen om rookvrij te blijven.
4. De werkgroep is van mening dat de V-MIS een effectieve minimale stoppen-met-roken interventie kan zijn mits de V-MIS volledig en conform de richtlijn wordt uitgevoerd.
5. Elke rokende zwangere vrouw moet vanaf het eerste consult worden begeleid door een verloskundig zorgverlener met behulp van bij voorkeur de V-MIS of een vergelijkbare minimale interventie strategie. Het is hierbij extra belangrijk dat een verloskundig zorgverlener een zwangere vrouw uitlegt welke gunstige effecten er zijn van stoppen met roken op de gezondheid van de baby en een duidelijk stoppen-met-roken advies geeft.
6. Na het doorlopen van stap 1 van de V-MIS moet een zorgpad voor de zwangere vrouw worden bepaald waarin een zwangere vrouw laagdrempelig wordt doorverwezen voor intensievere begeleiding. Verdiepende scholing voor het uitvoeren van Stap 2-5 van de V-MIS is gewenst.
7. De werkgroep beveelt nader onderzoek aan naar de effectiviteit, wenselijkheid en haalbaarheid van het gebruik van een koolmonoxidemeter als ondersteuning bij een minimale interventie strategie.
8. Bij vrouwen die in een eerdere zwangerschap gerookt hebben, wiens partner blijft roken, en/of bij wie een eerdere stoppoging mislukt is, is het advies om te verwijzen naar intensieve stoppen-met-roken ondersteuning zoals gegeven door een POH, rookstoppoli of stoppen-met-roken coach, welke zich bij voorkeur heeft verdiept in stoppen-met-roken ondersteuning bij zwangere vrouwen.
9. Bij vrouwen met aanwijzingen voor comorbiditeit zoals een angststoornis of depressie of als er andere verslavingen meespelen, is het advies om te verwijzen

naar een verslavingsarts.

10. Als een zwangere vrouw niet wil worden doorverwezen naar een gespecialiseerde zorgverlener voor stoppen-met-roken begeleiding, maar wel gemotiveerd is om te stoppen, dan kan de eigen verloskundige zorgverlener ook deze begeleiding op zich nemen, na overleg met een ervaren stoppen-met-roken zorgverlener.

11. Op VSV niveau moet in kaart worden gebracht welke mogelijkheden er zijn voor doorverwijzing en alle verloskundig zorgverleners moeten op de hoogte zijn van de concrete mogelijkheden voor doorverwijzing in de eigen omgeving (sociale kaart), hiervan dient jaarlijks een update te worden uitgevoerd.

12. Verder is het belangrijk dat iedere rokende zwangere vrouw een casemanager (verloskundige, gynaecoloog, ha of verpleegkundige) krijgt.

De casemanager fungeert als vast gezicht voor de zwangere vrouw, kent haar dossier, bewaakt het stopproces, geeft complimenten en voert uiteindelijk Stap 6 en 7 van de V-MIS uit.

13. Door voorafgaand aan het eerste consult te inventariseren middels een intakeformulier of telefonisch of de zwangere vrouw rookt (of kort geleden is gestopt met roken), kan er extra tijd worden ingepland bij het eerste consult. Om deze tijdsinvestering goed in kaart te brengen en af te zetten tegen de effectiviteit zal er een kosteneffectiviteit studie moeten worden uitgevoerd naar de uitvoering van de V-MIS binnen de geboortezorg.

14. De werkgroep beveelt aan om in toekomstig onderzoek naar de effectiviteit van de V-MIS en andere interventies gericht op zwangere vrouwen die roken het patiënten-perspectief nadrukkelijk mee te nemen.

Intensieve gedragsmatige interventies

1. Bij zwangere vrouwen dient na het eerste consult met een verloskundig zorgverlener via *matched care* een gedragsmatige interventie te worden ingezet, zie het stroomdiagram.

2. Aangezien de wetenschappelijke onderbouwing in de richtlijn "Behandeling van tabaksverslaving en stoppen-met-roken ondersteuning (Herziening, 2016)" laat zien dat intensievere ondersteuning effectiever is, moet worden ingezet op intensievere interventies.

3. Na het geven van een stopadvies dienen zwangere vrouwen een met:

a. eerdere zwangerschap waarin de vrouw rookte,

b. een eerdere niet geslaagde stoppoging,

c. en/of een partner die niet gemotiveerd is te stoppen met roken of blijft doorroken, te worden verwezen door middel van een warme overdracht voor een intensieve gedragsmatige interventie bij een POH, stoppen-met-roken coach of rookstoppoli. Aanvullende verdieping over (stoppen met) roken tijdens de zwangerschap is aanbevolen voor deze zorgverleners.

4. Als er ook psychiatrische comorbiditeit en/of ernstige ontwenningsklachten zijn, is verwijzing naar de haenpraktijk voor verdere diagnostiek en doorverwijzing naar de verslavingsarts het advies (zie ook het stroomdiagram).

5. Alle zorgverleners dienen het rookgedrag van de zwangere vrouw systematisch vast te leggen in het dossier en melding hiervan te maken bij een overdracht naar andere zorgverleners/disciplines. Bij overdracht naar en van een

stoppen-met-roken ondersteuning wordt aanbevolen om de rookstatus, de interventies en het resultaat daarvan expliciet te noteren. Stoppen-met-roken zorg, inclusief terugvalpreventie, dient een vast onderdeel te zijn van de ketenzorg en opgenomen te zijn in regionale protocollen.

6. De werkgroep is van mening dat de financiële drempel om deel te nemen aan de intensievere vormen van stoppen-met-roken zorg dient te worden weggenomen.

Aanbevelingen uit hoofdstuk 4 Farmacotherapie Nicotine vervangende middelen

1. De werkgroep is van mening dat het gebruik van een intensieve gedragsmatige interventie de voorkeur heeft boven het gebruik van NVM's. **Echter bij een zwangere vrouw waarbij de kans groot is dat met alleen een intensieve gedragsmatige interventie er een lage kans van slagen is (roken in een voorgaande zwangerschap, een partner die blijft roken, eerdere niet geslaagde stoppoging) of bij een zwangere vrouw waarbij een intensieve gedragsmatige interventie niet geresulteerd heeft in het stoppen met roken, moet aanvullende toepassing van NVM's overwogen worden.**

2. Het wordt aanbevolen dat een zwangere vrouw alleen start met een NVM op advies van een zorgverlener die gespecialiseerd is in de behandeling van tabaksverslaving en/of stoppen-met-roken ondersteuning, en die naast het voorschrijven van het NVM gelijktijdig de intensieve gedragsmatige interventie kan opstarten of kan continueren. Bij beperkte ervaring is overleg met een zorgverlener die ervaring heeft in de toepassing van NVM's in de zwangerschap aanbevolen.

3. NVM's dienen voorgeschreven te worden om de detoxificatie periode goed door te komen, waarbij onthoudingssymptomen geminimaliseerd moeten worden om terugval te voorkomen en waarbij bijwerkingen moeten worden beperkt. Gedurende deze periode moeten rookgedrag, bijwerkingen, en ontwenningsklachten gemonitord worden en dienen NVM's naar aanleiding hiervan adequaat opgebouwd en afgebouwd te worden.

Bij toepassing van nicotine pleisters wordt aangeraden deze 's nachts te verwijderen om de nicotine blootstelling in die periode te beperken.

De werkgroep kan op basis van het bewijs geen aanbeveling doen over de optimale dosering en wijze van afbouwen.

De dosering zoals beschreven door het Farmacotherapeutisch Kompas kan worden aangehouden, maar vanwege het veranderde metabolisme en/of de ernstiger mate van tabaksverslaving van de zwangere vrouw is deze dosering mogelijk te laag. De werkgroep adviseert om de periode waarin NVM's gebruikt worden zo kort mogelijk te houden.

4. Gelijktijdig gebruik van een NVM en een onevenredig aantal sigaretten dient voorkomen te worden. Eventueel kan het rookgedrag gemonitord worden middels controle van koolmonoxide in de uitademingslucht.

Antidepressiva en (partiele) nicotinerecepteragonisten

5. Alhoewel bupropion en nortriptyline in de zwangerschap veilig worden geacht is er onvoldoende bewijs over de effectiviteit voor de behandeling van tabaksverslaving in de zwangerschap.

Voor varenicline en cytisine is er onvoldoende bewijs over de effectiviteit en veiligheid. Bovengenoemde, en eventuele andere stoppen-met-roken medicatie (anders dan NVM's) wordt ontraden.

6. De werkgroep beveelt nader onderzoek naar de effectiviteit van met name bupropion en nortriptyline als ondersteuning bij een gedragsmatige interventie, aangezien deze medicatie t.o.v. andere medicatie veilig worden geacht.

Rondom zwangerschap

De preconceptionele periode en de periode na de bevalling hebben in dit addendum nog geen plaats, worden nu hooguit aangestipt, net als meeroken door de zwangere vrouw en roken door de partner.

Wat belangrijk is dat er meer dan voldoende bewijs is dat het van belang is voor beide partners om bij zwangerschapswens te stoppen met roken. Advies aan alle ouders is kinderen rookvrij te laten op te groeien en te stoppen met roken.²⁹

Detoxrichtlijn vermeldt hierover: tabak verslechterd de fertiliteit, ook bij IVF ea. nicotine heeft een negatieve invloed op melkproductie en NVM heeft hierop geen normaliserend effect. Contra: bupropion/varenicline, want wordt overgedragen via moedermelk.

²⁹ Aldus Marieke Helmus

Aanbeveling uit hoofdstuk 5 E-health uit: Behandeling van tabaksverslaving en stoppen-met-roken ondersteuning (Herziening 2016)".

De evidentie geeft aanleiding voor een zwak positieve aanbeveling van mobiele telefooninterventies en van internet interventies die voor patiënten op maat gemaakt kunnen worden, interactief zijn en tekstberichten toevoegen, aangezien hiervan een groot en gunstig effect op het stoppen met roken is te verwachten.

Op dit moment (2017-2018) loopt onderzoek van Trimbos naar de beste apps. Belangrijk lijkt gepersonaliseerde steun te zijn, terug kunnen zien hoeveel geld je hebt bespaart, hoeveel sigaretten je niet hebt gerookt en hoe je gezondheid vooruitgaat met de maanden dat je gestopt blijft. Ook kan het nadat de behandeling gestopt is, blijvende steun bieden.

Voor alle minder gepersonaliseerde interventies per internet 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.*

Overzicht gemelde vergoedingsproblemen stoppen met roken wat betreft behandeling en/of medicatie.³⁰

- ✓ Overzicht tav wel/niet vergoed krijgen van *behandeling* bij de verschillende verzekeraars is zelfs voor mensen die hier dagelijks mee bezig zijn niet goed te krijgen.
- ✓ Landelijk Formulier Stoppen met Roken is een vervelend invulformulier (want effect van het formulier is bij verschillende verzekeraars en apothekers verschillend). Het is onduidelijk wat het beleid is.
- ✓ Er wordt maar 1 stoppoging per jaar vergoed. Een gemiddelde roker heeft 2-3 goede stoppogingen nodig over om definitief te stoppen, laat staan de 'complexere roker'.
- ✓ Mensen zien het verliezen van hun verplichte eigen risico als een hobbel. Bij 3 verzekeraars zou het verplichte eigen risico in 2018 afgeschaft worden bij stoppen met roken, een goed begin.
- ✓ Zorgverzekeraar bepaalt welke gedragsmatige ondersteuning vergoed wordt, je kan zelf niet altijd kiezen (1^e lijn)
- ✓ Consulten door rookstopcoach worden niet vergoed wanneer er parallelle DOT geregistreerd is (bijvoorbeeld COPD/astma, in ziekenhuis, etc).
Wanneer rookstop begeleiding door physician assistant gedaan wordt is het wel declarabel.
- ✓ Meeste verzekeraars hebben geen contracten voor stoppen met roken bij verslavingshulpverleners en vergoeden dat dan niet
- ✓ Overzicht ten aanzien van de vergoeding van *medicatie* is zelfs voor mensen die hier dagelijks mee bezig zijn niet goed te krijgen.
- ✓ Zorgverzekeraar kiest met welke apotheek ze werken. Daardoor hebben ze invloed op welk (type merk) medicatie vergoed wordt en hoe deze wordt verstrekt en soms ook in welke dosering
- ✓ Indien mensen bij eigen apotheek terecht kunnen, krijgen ze regelmatig het vergoedingsformulier niet retour van de apotheek. Indien ze het zelf moeten voorschieten hebben ze dit formulier nodig om het later vergoed te krijgen. Dit zorgt voor veel stress tijdens een lastig stopproces.
- ✓ Sommige mensen lukt het niet de regeltjes te begrijpen en krijgen hun medicatie zodoende niet (achteraf)vergoed
- ✓ Cliënten staan regelmatig bij de balie van de apotheek en dan wordt er gezegd dat er niet vergoed wordt, of dat ze bijv alle kosten, te weten bijvoorbeeld 300 euro moeten voorschieten.

³⁰ practice based: Marieke Helmus heeft dit aangeboden aan VKN en GGZNL en zij proberen nu druk uit te oefenen op VWS en koepel van verzekeraars

- ✓ Onze cliënten groep is voor eenderde LVB/laaggeletterd/Anderstalig en o-morbide angst en achterdocht komt veel voor. Grote drempel om te gaan stoppen met roken, langdurige proces ter voorbereiding kan soms in een keer teniet gedaan worden door communicatie over vergoeding medicatie
- ✓ Omdat sommige apothekers niet goed op de hoogte zijn van de juiste procedures, kun je tegen problemen aanlopen.
- ✓ Sommige verzekeraars vergoeden medicatie die voor stoppen met roken in de tweedelijns uitgegeven wordt, niet. De achtergrond hiervan is gelegen in het inkoopbeleid. Zij willen substitutie stimuleren van de tweedelijnszorg naar de eerstelijnszorg. Ze willen dus niet dat smr zorg door tweelijns wordt gedaan, daarmee ontkennen ze dat specialistische zorg nodig is voor een heel deel van de rokers.
- ✓ Bepaalde verzekeraar wil alleen bepaalde merken nicotine vervangers vergoeden, wat betekent dat de apotheker soms per verzekerde patiënt andere merk pleisters moet uitgeven voor patiënt 1 dan patiënt 2. Dit is ondoenbaar.

Nadelen externe apotheek:

- ✓ Mensen ontvangen medicatie van een externe apotheek, buiten hun eigen apotheek, waardoor er geen goede veilige medicatie interactie controle is. Patiënten kunnen zelfs hun vervolgreceptuur zelfstandig aanvragen online.
- ✓ Mensen ontvangen regelmatig pas na 4-7 dagen medicatie thuis, waardoor de stopdatum niet goed voorbereid kan worden. Je bent afhankelijk van levering.
- ✓ Indien er vervolgrecepten worden voorgeschreven duurt het weer een tijdje, en zo komen mensen zonder medicatie te zitten midden in een behandeling
- ✓ Mensen ontvangen soms andere doseringen, en andere doseerschema's dan voorgeschreven door arts (regie kwijt!)
- ✓ Mensen ontvangen überhaupt verkeerde medicatie, er wordt soms niet geleverd