

Auteurs: Batalla A,¹ Vermeulen JM,² Neven A,³ Roos RA,⁴ Kap M,⁴ Schellekens A.⁵

1. Universitair Medisch Centrum Utrecht.
2. Amsterdam Universitair Medisch Centrum.
3. Centrum Dubbele Problematiek, Fivoor.
4. Universitair Medisch Centrum Groningen.
5. Radboud Universitair Medisch Centrum.

INHOUD

Inleiding.....	5
Reikwijdte van deze leidraad	6
1. Bestuur en commitment.....	7
2. Communicatie.....	8
3. Opleiding en training.....	9
4. Identificatie, diagnostiek en stopbehandeling.....	10
A. Patiënt wil nu stoppen met roken.....	11
B. Patiënt overweegt om te stoppen	11
C. Patiënt wil niet stoppen.....	12
Farmacotherapeutische ondersteuning	12
Farmacologische gevolgen en eventuele aanpassingen in medicatie bij rookstop.....	13
Vervolgtraject na ontslag.....	14
5. Rookvrije omgeving.....	15
6. Gezonde werkplek.....	16
7. Maatschappelijke betrokkenheid	17
8. Monitoring en evaluatie	18
Dankwoord.....	20
Bronnen	21
Literatuurlijst.....	22
Bijlagen	23
Nicotinevervanging bij opgenomen patiënten	23
Gevolgen na stoppen met roken	24
Medicamenteuze aanpassingen somatische medicatie	24
Medicamenteuze ondersteuning met varenicline, nortriptyline of bupropion.....	25
Bronnen	26
Literatuurlijst	26

INLEIDING

Zorginstellingen zijn op weg naar een rookvrije zorg, vanuit de gedachte ‘hoe minder zichtbaar het roken is, hoe kleiner de verleiding om zelf te roken’, in het kort ‘zien roken, doet roken’. Hierbij wordt een gezonde leefstijl uitgedragen en wordt voorkomen dat kinderen en volwassenen blootgesteld worden aan schadelijke sigarettenrook of residuen van sigaretten. In het Nationaal Preventieakkoord, getekend door GGZ Nederland en ruim 70 maatschappelijk organisaties, is afgesproken dat in 2025 alle GGZ-instellingen die bij GGZ Nederland zijn aangesloten rookvrij zijn, en dat in 2030 de gehele zorg rookvrij is.

Rookvrije zorginstellingen verbeteren de gezondheid van de populatie door het behandelen van de stoornis in tabaksgebruik als onderdeel van de reguliere zorg, het denormaliseren van tabaksgebruik en het verbieden van tabaksproducten en aanverwante niet-medicamenteuze producten (zoals e-sigaretten). Dit betekent dat er in en rond het ziekenhuis of de zorginstelling niet gerookt wordt door personeel, bezoekers en patiënten en alle externe medewerkers die werken en verblijven op het terrein.

Personeel en patiënten die willen stoppen met roken krijgen ondersteuning hiervoor. Ook patiënten die niet willen of kunnen stoppen met roken, krijgen nicotine suppletie aangeboden tijdens hun verblijf. Dit geldt ook voor patiënten die te maken hebben met verplichte zorg. Er is echter op dit moment geen handreiking met handvatten om dit beleid te implementeren in het kader van de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvvggz).

REIKWIJDTE VAN DEZE LEIDRAAD

Deze handreiking is gebaseerd op de evidence-based standaarden [Toolkit Rookvrije Zorg](#) en [Global Network For Tobacco Free Health Healthcare Services](#), en biedt extra toelichting in het kader van ondersteuning om te stoppen met roken binnen een gesloten setting of tijdens een gedwongen opname binnen de GGZ.

I. BESTUUR EN COMMITMENT

De eerste stap naar een rookvrije gesloten GGZ afdeling en omliggende terreinen is commitment van de Raad van Bestuur. De Raad van Bestuur stelt een visie op en draagt dit uit naar alle afdelingen. De Raad van Bestuur:

- Geeft duidelijk aan op welke termijn de afdelingen rookvrij zijn en welke stappen hiervoor ondernomen moeten worden.
- Communiqueert op een positieve en motiverende manier de visie met alle medewerkers en de patiënten.
- Stelt geld beschikbaar om een rookvrij beleid in te voeren en personeel te scholen.
- Formeert een multidisciplinair team dat belast is met de planning van de invoering, de uitvoerende taken en de evaluatie. Ook wordt afgesproken waar aan roken gerelateerde incidenten gemeld worden.
- Het beleid wordt met de ondernemingsraad gecommuniceerd.

Ten slotte hebben de leden van de Raad van Bestuur een voorbeeldfunctie in het uitdragen van gezond gedrag, in het bijzonder stoppen met roken.

2. COMMUNICATIE

Van essentieel belang is het rookvrij beleid op een positieve manier tijdig te communiceren met patiënten en medewerkers. Er dient daarvoor een uitgebreide communicatiestrategie gemaakt te worden die op tijd moet starten, waarbij de volgende opties handvatten kunnen bieden:

- Een mogelijkheid is om interactieve bijeenkomsten te organiseren met personeel en patiënten. Hierin kan ook de nieuwe functie van de voormalige rookkamer of abri besproken worden (bijvoorbeeld ombouwen naar een groene kas, leenfietsenstalling, bushokjes voor gastenvervoer).
- Geadviseerd wordt om berichten over de aankondiging, aftrap en positieve voorbeelden op intranet te plaatsen.
- Geadviseerd wordt een patiëntenfolder te ontwikkelen en de cliëntenraad en patiënt vertrouwenspersoon in te lichten over het rookvrij beleid.
- Het rookvrij beleid wordt in de huisregels opgenomen.
- Bij een rookvrije afdeling wordt het rookvrij bord van de rookvrije generatie opgehangen en in de wachtkamers kunnen posters worden opgehangen. Ook kan op narrowcastingschermen worden uitgelegd wat het rookvrije beleid inhoudt en waarom dit is ingesteld.

Tenslotte wordt het rookvrij beleid ook gecommuniceerd met externe partijen, zoals aannemers, het bedrijf dat de maaltijden bereidt, taxichauffeurs, wasserijen en groothandels. Aan deze bedrijven kan een brief over het rookvrij beleid worden opgestuurd. Zij dienen zich aan het beleid te houden.

3. OPLEIDING EN TRAINING

Een effectieve uitvoer van het rookvrij beleid vindt zijn basis in het opleiden en trainen van de medewerkers. Medewerkers dienen voldoende kennis te hebben om een rookvrij beleid daar waar nodig met patiënten te bespreken en hen te wijzen waar hulp gezocht kan worden. Medewerkers die betrokken zijn bij het geven van verdergaande rookvrije zorg worden intensiever getraind; onder andere met scholing op het gebied van stopadvisering en ondersteuning, motiverende gespreksvoering en farmacotherapie. Hierbij kan gedacht worden aan:

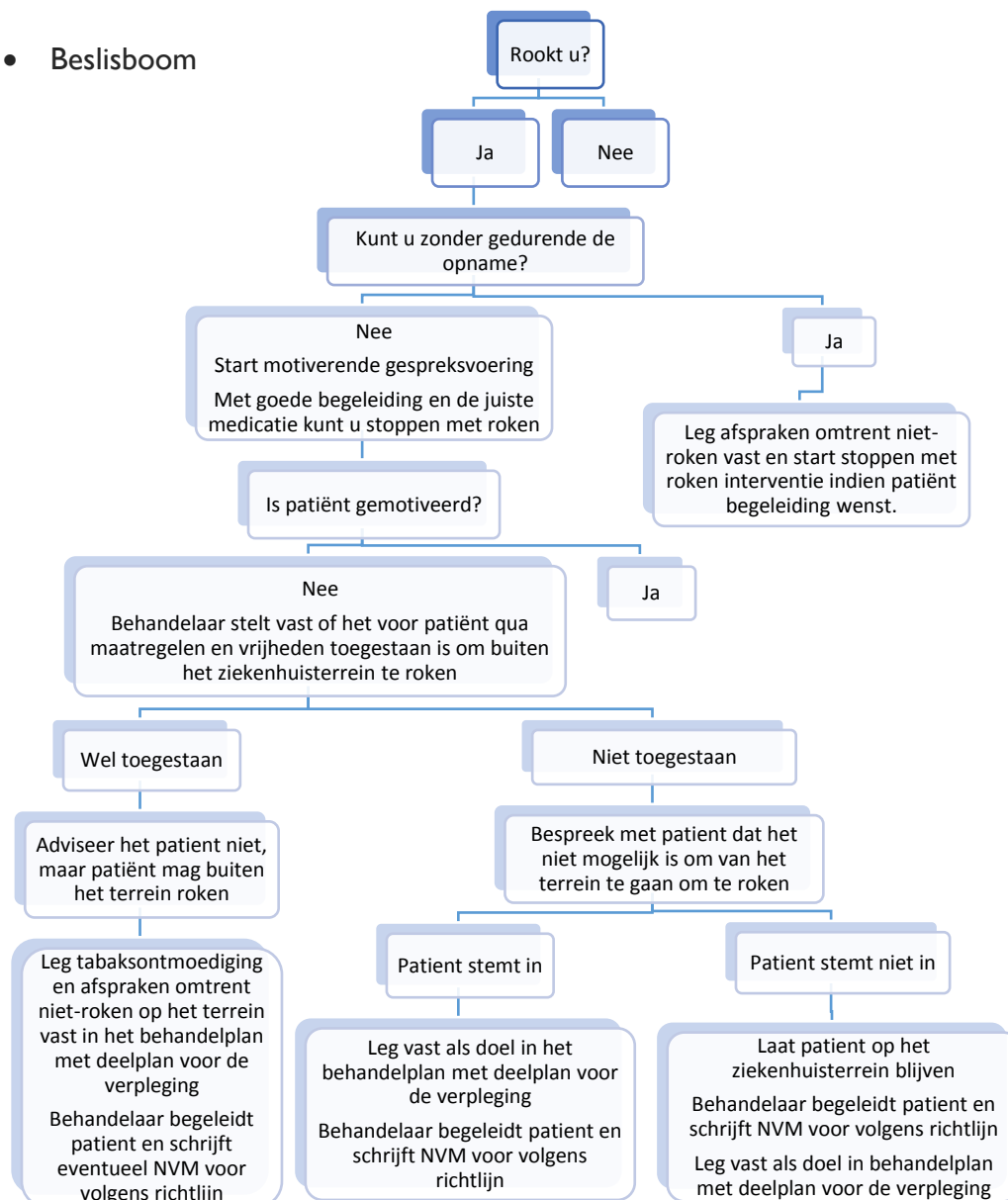
- Klinische lessen aan verpleegkundigen en artsen over de volgende kernaspecten:
 - Tabaksverslaving
 - Gedragsondersteuning, ook binnen een gedwongen kader
 - Nicotine vervangende middelen
 - Medicamenteuze ondersteuning
 - Potentiële aanpassingen in psychofarmaca en somatische medicatie
- E-learning: Samen met [Verslavingskunde Nederland](#) en [de Nederlandse ggz](#) heeft GGZ Ecademy [het leertraject de Rookvrije ggz](#) ontwikkelt, een e-learning voor GGZ professionals.
- Optioneel: Rookvrij consulente(n) aanwijzen die ondersteuning op de afdeling kunnen bieden; specifieke psycho-educatie modules voor medewerkers en patiënten ontwikkelen; rookanalyse opstellen (externe en interne signalen en situaties herkennen die het rookgedrag kunnen uitlokken); gebruik van koolstofmonoxide-metingen om het rookgedrag te objectiveren.

4. IDENTIFICATIE, DIAGNOSTIEK EN STOPBEHANDELING

Patiënten worden gediagnosticeerd in hun eventuele rookgedrag en kunnen actief en bij herhaling worden ondersteund richting stoppen met roken.

- Diagnostiek (rookgedrag uitvragen)
 - Niet-roker (noteer in EPD: nooit gerookt, gestopt sinds ...)
 - Roker:
 - Wat rookt u (sigaretten of shag, sigaren, pijp, e-sigaret)?
 - Hoeveel rookt u (gemiddeld aantal sigaretten per dag)?
 - Hoeveel jaar rookt u?
 - Bent u eerder gestopt met roken? Hoe en hoe lang? Waarom opnieuw begonnen?
 - Bent u bereid om te stoppen of te minderen?

- Beslisboom



BOX 1: Patiënten zonder vrijheden en verplichte opname die toch willen roken

Het advies is om patiënten niet onder begeleiding het terrein af te laten gaan om te roken. Voor alle andere huisregels over alcohol of drugs worden ook geen uitzonderingen gemaakt, dus ook niet voor tabak. In een rookvrij ziekenhuis wordt gezonde coping gestimuleerd en tabak heeft geen plaats in de-escalatie, net zoals dat geldt voor alcohol- of drugs gebruik. Uit onderzoek blijkt bovendien dat er op rookvrije afdelingen niet meer agressie plaats vindt (1). Nicotinebehoefte wordt vervuld met andere toedieningswegen (pleisters of tabletten). Motiverende gespreksvoering en ondersteunende gesprekken (eventueel cognitieve gedragstherapie) worden ingezet gericht op de geestelijke afhankelijkheid. Bovendien kan men door uitzonderingen te maken, een situatie creëren waarin onduidelijkheid ontstaat voor de persoon in kwestie, personeel en andere opgenomen patiënten.

- Advies/interventie
 - Roker: interventie op basis van motivatie:
 - A. Patiënt is gemotiveerd
 - B. Patiënt overweegt/probeert om te stoppen
 - C. Patiënt is ongemotiveerd om te stoppen

A. Patiënt wil nu stoppen met roken

Very Brief Advice (VBA)

1. Vraag: Rookt u? Zo ja hoeveel?
2. Vertel: Met goede begeleiding en de juiste medicatie kunt u stoppen met roken.
3. Vervolg: Tijdens opname stoppen met roken interventie aanbieden (nicotinevervanging, medicatie en gedragsondersteuning). Na opname verwijst u patiënt voor langere ondersteuning naar de eigen huisarts.

B. Patiënt overweegt om te stoppen

Gebruik de korte, motivatie verhogende interventies, gebaseerd op het model van de 5 r's.

- Relevance (relevantie): vertel de roker waarom het zinvol is om te stoppen en maak dit zo persoonlijk mogelijk.
- Risks (risico's): vraag de roker naar de risico's van roken.
- Rewards (beloning): vraag de roker naar de voordelen van stoppen en benadruk de voordelen als ze op de persoon specifiek van toepassing zijn. Bijvoorbeeld, geld overhouden, andere niet aanzetten tot roken of meeroken, voorbeeldrol als (groot)ouder, enz.
- Roadblocks (belemmeringen): vraag de roker naar de barrières om eventueel te stoppen en wijs waar dat kan op behandelingsmogelijkheden om specifieke barrières

te slechten (farmacotherapie, gedrag veranderende training etc.). Wat is er nodig om het stoppen of minderen vol te houden?

- Repetition (herhaling): herhaal deze strategie zolang de roker niet gemotiveerd is. Vertel rokers ook dat de meeste mensen pas na diverse stoppogingen weten te stoppen.

Indien patiënt wil stoppen dan tijdens opname stoppen met roken interventie aanbieden (nicotinevervanging, medicatie of gedragsondersteuning). Indien patiënt nog geen stoppoging wil doen, herevalueer de stopwens dan tijdens opname. Verwijs patiënt na opname voor langere ondersteuning naar de eigen huisarts en/of de ambulante behandelaar.

C. Patiënt wil niet stoppen

1. Geef alle rokers een kort stoppen-met-roken advies; dat is effectief gebleken en kost weinig tijd.
2. Breng dit advies op een duidelijke en op de persoon afgestemde manier, met nadruk op het belang van stoppen voor de toekomstige gezondheid en die van eventuele naasten. Leg waar mogelijk een relatie naar de risicofactoren, klachten of ziekten die de patiënt op dat moment heeft.
3. Bespreek de mogelijkheden van ondersteuning, ongeacht de motivatie van de roker om te stoppen. Dit kan eventueel in een vervolfgesprek gebeuren. Als de patiënt niet gemotiveerd is, vraag dan of later op het stoppen met roken mag worden teruggekomen en geef aan dat de patiënt ook altijd zelf op zijn rookgedrag mag terugkomen.

Farmacotherapeutische ondersteuning

1. Nicotinevervanging

- Gedwongen opgenomen patiënt zonder stopwens maar met behoefte aan nicotine suppletie: start met 21 mg pleister en tabletten 2 mg zo nodig (2). Verhoog zo nodig met een extra pleister van 7 mg of tabletten van 4 mg indien onvoldoende effect.
- Patiënt die bereid is om te stoppen met roken: volgens protocol (bijlage).

2. Medicamenteuze ondersteuning stoppoging

Varenicline, bupropion en nortryptiline zijn veilig en effectief bevonden als medicamenteuze hulp bij stoppen met roken voor psychiatrische patiënten. Varenicline heeft minder interacties dan bupropion en nortriptyline, doordat het in de nieren geklaard wordt. De laatste onderzoeksresultaten tonen aan dat varenicline even veilig is bij patiënten met of zonder psychiatrische stoornis (3). Nortryptiline en bupropion hebben een plaats in de

behandeling van patiënten met affectieve klachten na stoppen met roken (zie bijlage). Overigens geldt in het algemeen dat symptomen van stress, angst en somberheid afnemen wanneer men meerdere maanden gestopt is met roken en de ontwenningssverschijnselen verdwenen zijn (4). Bupropion kan tevens overwogen worden bij patiënten met co-morbide ADHD (Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, 2015).

Farmacologische gevolgen en eventuele aanpassingen in medicatie bij rookstop

Voor veel medicamenten geldt dat er een kans is op toename van bijwerkingen als gevolg van farmacokinetische interacties met tabaksproducten die in de bloedbaan komen. Voor enkele psychofarmaca die regelmatig worden voorgeschreven, volgt hier extra uitleg (zie bijlage voor medicatie voor somatische indicaties):

Clozapine

Metabolisme voornamelijk via CYP1A2. Stoppen met roken kan resulteren in 30% reductie van CYP1A2 activiteit en hierdoor stijgt de clozapinespiegel (5). Maximale inductie van leverenzymen lijkt al bereikt bij het roken van 7-12 sigaretten per dag. Acuu stoppen met roken kan leiden tot 40%-100% stijging van de plasmaspiegel in 4-7 dagen (6). De verwachting is dat 14 dagen na de stopdag een steady state van de enzymactiviteit bereikt is.

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

Olanzapine

- Metabolisme voornamelijk via CYP1A2, CYP2D6 en glucuronidering, stoppen met roken verhoogt de spiegel.
- Pas de dosis na de stopdag aan op geleide van bijwerkingen. Overweeg bij rokers van meer dan een pakje per dag die per direct stoppen, na de stopdag een dosisreductie uit te voeren van 5 mg.

Haloperidol

- Metabolisme voornamelijk via glucuronidering, CYP3A4 en CYP2D6, stoppen met roken verhoogt de spiegel.
- Pas indien nodig de dosis aan opgeleide van bijwerkingen.

Flufenazine

- Metabolisatie voornamelijk via CYP2D6 en in mindere mate via CYP1A2.
- Pas de dosis aan opgeleide van bijwerkingen.

Benzodiazepines

- Interactie tussen roken en benzodiazepine gebruik loopt waarschijnlijk via het stimulerende effect van nicotine op het sympatische zenuwstelsel.
- Observeer of er tijdens of na het stoppen met roken sprake is van een toename van sedatie en pas zo nodig de benzodiazepinedosering aan.
- Bij ouderen kan een tot drie keer zo sterke werking van diazepam worden verwacht (zie detox richtlijn).

Antidepressiva

- Metabolisme door diverse cytochroom P450 enzymen.
- Let bij gebruik van fluvoxamine, duloxetine, mirtazapine, trazodon, fluoxetine, amitriptyline, clomipramine en imipramine na de stopdag op een toename van bijwerkingen en pas indien nodig de dosis aan (7).

Vervolgtraject na ontslag

- Indien een patiënt tijdens opname is gestopt met roken, dan dient men de patiënt te motiveren om deze stoppoging voort te zetten na ontslag in de eerste lijn. Vermeld (de poging tot) het stoppen met roken in de decursus en conclusie van de ontslagbrief en verwijs de patiënt naar de huisarts of de ambulante behandelaar voor verdere ondersteuning. Bovendien kan op de website lkstopnu stoppen-met-roken-hulp in heel Nederland gevonden worden.
- Als patiënt tijdelijk gestopt is maar terugvalt, wees er dan alert op dat medicatiespiegels weer kunnen dalen. De verwachting is dat een week na het starten met roken, maximale enzyminductie bereikt is.

5. ROOKVRIJE OMGEVING

Een rookvrijgebouw en -terrein stralen een duidelijk standpunt uit ten aanzien van het rookbeleid, waarbij het denormaliseren van tabaksgebruik centraal staat.

- De gebouwen en terreinen zijn volledig tabaksvrij. Ook in de ambulante setting kunnen zorgprofessionals en medewerkers hun werk rookvrij doen (bijvoorbeeld een ‘rookvrije werkplek’ ontwikkelen bij huisbezoeken door FACT-teams).
- Mensen die op het terrein roken worden door iedereen aangesproken (zie aanspreekcultuur op www.rookvrijezorg.com)
- Opnameafdelingen bieden alternatieven voor dagbesteding, in overleg met activiteit therapeuten.

Stel een duidelijk beleid in verband met de volgende aspecten:

- Wordt rookwaar bewaard door personeel, mogen patiënten rookwaar meenemen op de afdeling? Autonomie moet het uitgangspunt zijn, maar bij overtreding van regels is het beter het na hierover afspraken te hebben gemaakt met de patiënt in te nemen, om discussie te voorkomen.
- Waar mag het personeel roken? Buiten rookvrij terrein roken gaat gepaard met overlast door rook, rommel op de grond en een slechte voorbeeldfunctie: dit gedrag zou niet gestimuleerd moeten worden.
- Mag personeel in dienstkleiding roken? Laat bij voorkeur personeel zich omkleden om geur en residuen van tabak die achterblijven op de kleding te voorkomen.

6. GEZONDE WERKPLEK

- Vanaf het begin: goede voorlichting aan medewerkers geven, en hen betrekken bij het opstellen van het rookvrij beleid.
- Het wordt vastgesteld waar rokende medewerkers in behandeling kunnen gaan.
- Zorgprofessionals en andere medewerkers in de zorg roken niet onder werktijd (inclusief de e-sigaret) en zijn ook niet herkenbaar als roker op hun werkplek (bijvoorbeeld geen rookwaren in het zicht, ruiken niet naar rook, dragen de rookvrij visie uit).
- Zorgprofessionals faciliteren het verkrijgen van rookwaar niet.
- Zorgprofessionals zijn op de hoogte van verwachtingen en gevolgen van niet-naleving. Bespreek of er sancties worden opgelegd.
- Overweeg een ARBO-paragraaf op te nemen in het rookvrijbeleid.

7. MAATSCHAPPELIJKE BETROKKENHEID

- Om de maatschappelijk betrokkenheid te tonen, kan de afdeling samenwerking zoeken met andere instanties, zoals huisartsen, GGD, de verslavingszorg, algemene ziekenhuizen, de gemeente, begeleide woonvormen en maatschappelijke opvang organisaties. Van belang is dat dit instellingsbreed wordt opgepakt en niet bij één afdeling komt te liggen.
- Daarnaast kan op de scholen en universiteiten, waarvandaan opleidingen op de afdeling werken, onderwijs worden gegeven over een verslaving aan tabak en een rookvrije GGZ afdeling. Overwogen kan worden ook met de tabak verkopende winkels contact op te nemen.

8. MONITORING EN EVALUATIE

Het is van belang dat de vorderingen van een rookvrije afdeling worden gemonitord en geëvalueerd (met behulp van de zelfaudit [global tobacco free network](#)). Dataverzameling via geanonimiseerde EPD-gegevens is geadviseerd (bijvoorbeeld aantal rokers, ex-rokers, gestarte behandelingen).

Het multidisciplinaire team wat door de Raad van Bestuur geformeerd is, voert deze evaluatie uit. Geadviseerd wordt ieder kwartaal een evaluatie uit te voeren en de knelpunten te bespreken. De volgende zaken dienen aan de orde te komen:

- Is het rookvrij beleid duidelijk? Moeten er aanpassingen gedaan worden?
- Is het rookvrij beleid op de afdeling geïmplementeerd? In welke fase van rookvrij bevindt de afdeling zich? Zijn de regels duidelijk?
- Is duidelijk wie het rookvrij beleid handhaaft?
- Is de communicatie met patiënten en medewerkers goed op orde?
- Is de scholing voor nieuwe medewerkers op orde? Is er voldoende kennis?
- Zijn er rookvrij gerelateerde incidenten geweest? Is er handel in sigaretten op de afdeling?
- Heeft het rookvrij beleid ongewenste gevolgen voor de directe omgeving?
- Wordt er nog gerookt op de afdeling?
- Tegen welke problemen lopen medewerkers aan in het uitvoeren van het rookvrij beleid?
- Krijgen rokende medewerkers behandeling aangeboden? Wordt dit bespreekbaar gemaakt met de leidinggevende? Staat er informatie op intranet?
- Worden alle rokende patiënten geïdentificeerd en een stopadvies gegeven? Wordt er stoppen met roken behandeling aangeboden aan patiënten?
- Worden ervaringen met andere afdelingen gedeeld?
- Is er terugkoppeling met de Raad van Bestuur?

Aanbieders van effectieve stoppen-met-rokenzorg

<https://www.ikstopnu.nl/hulp-in-de-buurt/>

<http://www.kwaliteitsregisterstopmetroken.nl/>

Informatie voor patiënten

<https://www.ikstopnu.nl>

<https://www.thuisarts.nl/stoppen-met-roken>

<http://www.nederlandstopt.nu/>

<https://www.rokeninfo.nl/publiek>

Informatie voor zorgverleners

<https://www.farmacotherapeutischkompas.nl/>

<https://www.rokeninfo.nl/professionals>

<https://www.verslavingskundenederland.nl/>

DANKWOORD

Wij hebben bij het schrijven van dit handreiking feedback en ondersteuning gekregen van de volgende mensen en organisaties: Het Zwarte Gat (Hendrik Hartevelt; <https://hetzwartegat.nu>), Verslavingskunde Nederland (Attie van der Meulen; <https://www.verslavingskundenederland.nl>), Rookvrije GGZ Nederland (Anton van Balkom; <https://www.ggz nederland.nl/themas/rookvrije-ggz>), Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (Mariëlle van der Hoorn, Cassandra Steenkist, Alan Ralston; <https://www.nvvp.net/>). Wij willen hen hiervoor bedanken.



BRONNEN

- Chavannes, N., et al., NHG-Behandelrichtlijn Stoppen met roken. 2018, Nederlands Huisartsen Genootschap: Utrecht.
- Kerngroep Zorgstandaard Tabaksverslaving. Zorgstandaard Tabaksverslaving 2019. Beschikbaar via: <http://trimbos-assets.e-vision.nl/docs/e61c8ed9-50d3-4e79-aa2b-5f1f8e0821ad.pdf>
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie 2015. Richtlijn ADHD bij volwassenen. Fase I – Diagnostiek en medicamenteuze behandeling.
- Richtlijn medische begeleiding opgenomen rokende patiënten Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG).
- Richtlijn rookvrij voor behandelaars en verpleegkundigen Onze Lieve Vrouwe Gasthuis (OLVG).
- Werkinstructie Tabaksbehandeling Jellinek.
- Trimbos Instituut, Richtlijn Behandeling van tabaksverslaving en stoppen met roken ondersteuning: Herziening 2016. 2016: Utrecht.

LITERATUURLIJST

1. Neven A, Vermeulen J, M., Noordraven E, Bonebakker AE. Is er een risico op toename van agressie bij een rookvrije ggz? Een literatuurstudie. Tijdschrift voor Psychiatrie. 2019; 61(6).
2. Bittoun R, Nynycz S, Ross D, Foley K, Ross L. A protocol for a smoke-free mental health facility. Journal of Smoking Cessation. 2012; 8(1).
3. Anthenelli RM, Benowitz NL, West R, St Aubin L, mcrae T, Lawrence D, et al. Neuropsychiatric safety and efficacy of varenicline, bupropion, and nicotine patch in smokers with and without psychiatric disorders (EAGLES): a double-blind, randomised, placebo-controlled clinical trial. Lancet. 2016; 387(10037): 2507-20.
4. Taylor G, mcneill A, Girling A, Farley A, Lindson-Hawley N, Aveyard P. Change in mental health after smoking cessation: systematic review and meta-analysis. BMJ. 2014; 348: g1151.
5. Faber MS, Fuhr U. Time response of cytochrome P450 1A2 activity on cessation of heavy smoking. Clin Pharmacol Ther. 2004; 76(2): 178-84.
6. Tsuda Y, Saruwatari J, Yasui-Furukori N. Meta-analysis: the effects of smoking on the disposition of two commonly used antipsychotic agents, olanzapine and clozapine. BMJ Open. 2014; 4(3): e004216.
7. Oliveira P, Ribeiro J, Donato H, Madeira N. Smoking and antidepressants pharmacokinetics: a systematic review. Ann Gen Psychiatry. 2017; 16: 17.

BIJLAGEN

Nicotinevervanging bij opgenomen patiënten

- Wanneer een rokende patiënt wordt opgenomen zal deze niet mogen roken in of rondom het ziekenhuis. Daarom moet nicotinevervanging worden besproken bij iedere rokende patiënt na opname.
- Het advies is om bij het gebruik nicotinepleisters deze altijd te combineren met tabletten. Pleisters geven een continue nicotine substitutie, tabletten worden gebruikt om acute craving tegen te gaan. Voor meer info: [KNMP kennisbank](#). Nicotine sprays zijn ook een bestaand alternatief (1, 2), maar deze zijn beperkt beschikbaar, kostbaarder en het is niet uitgesloten dat de snellere Cmax van deze preparaten de bekrachtingsmechanismen van roken kunnen onderhouden.
- Bij ≥ 10 sigaretten (of als de patiënt het wenst), is nicotinevervanging over het algemeen geïndiceerd. Er zijn klinische situaties waarbij het geheel staken van sigaretten en nicotinegebruik de voorkeur heeft bijvoorbeeld rondom operaties.
- Gebruik een dosering van 21 mg per dag, ongeacht het aantal gerookte sigaretten (3).

Dosering bij acuut stoppen met roken

Nicotinevervangende middelen: pleisters en zuigtabletten

1dd pleister 21 mg + op geleide van klachten 1dd 7 of 14 of 21 mg toevoegen

Zo nodig 6dd 1 tablet 2 mg

Gedurende 1-2 weken

Week 3 t/m 6: pleisters en tabletten geleidelijk afbouwen.

- Contra-indicaties: Recent myocardinfarct is het belangrijkste. Verder worden genoemd: instabiele angina pectoris, ernstige aritmieën, recent CVA, ongecontroleerde hypertensie. Wees voorzichtig bij feochromocytoom. Het is veilig om nicotine vervanging voor te schrijven aan rokers met hart- en vaatziekten en vrouwen die zwanger zijn of borstvoeding geven. Zie verder: [farmacotherapeutisch kompas](#).
- Bijwerkingen: irritatie van huid, mond en keel, hik, maagdarfstoornissen, nervositeit, hoofdpijn, slaperigheid, pijn op de borst, palpitaties. Zie verder: farmacotherapeutisch kompas.
- Gebruiksadvies zuigtabletten: Zuig op tablet tot de smaak sterk wordt, laat dan de tablet rusten tussen het tandvlees en wang. Als de smaak verdwijnt opnieuw op tablet zuigen, herhaal tot tablet geheel opgelost is (30 minuten). Na 3 maanden dosering geleidelijk verlagen. Geen zure dranken zoals koffie of frisdrank drinken in de 15 min voorafgaand aan het nemen van een zuigtablet omdat dit mogelijk de resorptie kan verminderen.

Gevolgen na stoppen met roken

- Ontwenning is te ondervangen door nicotine suppletie. De volgende ontwenningssverschijnselen kunnen tot drie weken na het stoppen met roken aanhouden: Prikkelbaarheid, frustratie of woede, angst, moeite met concentreren, toegenomen eetlust, rusteloosheid, sombere stemming, insomnie.
- Na het stoppen met roken is er kans op hyperreactiviteit van de longen (waardoor hoesten toe kan nemen) en obstipatie.
- Een gewichtstoename tot 4 kg wordt als normaal beschouwd, bij meer dan 4 kg dient men schildklierfunctie te controleren.
- De craving naar sigaretten kan maanden tot jaren duren.

Medicamenteuze aanpassingen somatische medicatie

Theofylline

- Metabolisme voornamelijk via CYP1A2, stoppen met roken geeft een stijging van de spiegel.
- Verlaag de dosis op geleide van bijwerkingen (palpaties of misselijkheid), dit kan tot 50% van de oorspronkelijke dosering zijn.

Insuline

- Roken is bij patiënten met diabetes geassocieerd met onregelmatige bloedglucosewaarden. Het onderliggende interactie mechanisme betreft waarschijnlijk nicotine dat zorgt voor een verhoogde afgifte van catecholamines. Daarnaast stimuleert roken enigszins de schildklier.
- Het effect van roken bij type 1: verhoogde insulinebehoefte, bij zware roker 30% meer.
- Bij type 2: verergering van insulineresistentie
- Adviseer een patiënt die insuline gebruikt alert te zijn op verschijnselen van hypoglycemie, voer frequentere monitoring uit en pas zo nodig de dosis aan.
- Bij (nieuw) opgenomen patiënten: intercollegiaal consult Interne Geneeskunde.
- Verwijs poliklinische patiënten die zelf niet monitoren naar de huisarts voor een glucose dagcurve en zo nodig aanpassing van de insuline dosis.

Acenocoumarol of marcoumar

- Metabolisme deels via CYP1A2, INR kan stijgen bij stoppen met roken vooral bij zware rokers. Hierbij kan de factor stress meespelen.
- Het advies is de INR extra te monitoren, dagelijks of op dag 2, 4 en 6. Na een week is een steady state bereikt.

- Bij (nieuw) opgenomen patiënten: intercollegiaal consult Interne Geneeskunde.
- Verwijs poliklinische patiënten naar de desbetreffende specialist voor monitoring en eventuele dosisaanpassingen.

Bètablokkers en anti-aritmica

- Metoprolol, Propranolol en flecaïnide.
- Metabolisme o.a. Via CYP2D6.
- Verlaag de dosis aan opgeleide van bijwerkingen.

Medicamenteuze ondersteuning met varenicline, nortriptyline of bupropion.

Varenicline

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

Nortriptyline

Nortriptyline wordt gemetaboliseerd via CYP2D6; middelen die CYP2D6 remmen, zoals antipsychotica en SSRI's (fluoxetine), β -blokkers en nieuwe anti-aritmica kunnen de plasmaconcentratie doen stijgen.

- Met name geadviseerd wanneer een patiënt bij een vorige stoppoging depressieve klachten kreeg.
- Dosering (7-12 weken): dag 1-3: 1 dd 25 mg, dag 4-6: 1 dd 50 mg, daarna evt. 1 dd 75 mg (ouderen/adolescenten resp. 1 dd 10 mg, 20mg, 30-40 mg).
- Rookstopdatum: 7-8 dagen na start medicatie.

- Bijwerkingen: droge mond, hoofdpijn, duizeligheid, maag-darmstoornissen, slaapstoornissen, accommodatiestoornissen, concentratiestoornissen, ritmestoornissen.
- Contra-indicaties: recent myocardinfarct, enige vorm van hartblokkade, stoornissen hartritme of kransslagaders.
- Interacties: Gelijktijdig gebruik van MAO-remmers is gecontra-indiceerd.

Bupropion

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

Bronnen

Farmacotherapeutisch Kompas (<https://www.farmacotherapeutischkompas.nl>)

Literatuurlijst

1. Lindson N, Chepkin SC, Ye W, Fanshawe TR, Bullen C, Hartmann-Boyce J. Different doses, durations and modes of delivery of nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2019; 4: CD013308.
2. Nides M, Danielsson T, Saunders F, Perfekt R, Kapikian R, Solla J, et al. Efficacy and Safety of a Nicotine Mouth Spray for Smoking Cessation: A Randomized, Multicenter, Controlled Study in a Naturalistic Setting. *Nicotine Tob Res.* 2020; 22(3): 339-45.

3. Bittoun R, Nynycz S, Ross D, Foley K, Ross L. A protocol for a smoke-free mental health facility. *Journal of Smoking Cessation*. 2012; 8(1).

