

De multidisciplinaire richtlijn Behandeling van tabaksverslaving

Jurriaan Blekemolen, Noks Nauta

DE RICHTLIJN

Deze richtlijn is in 2004 verschenen; in 2009 is een conceptherziening verschenen. De richtlijn wordt gepubliceerd door en met financiële steun van het Partnership Stop met Roken/STIVORO.

De werkgroep was zeer breed samengesteld, namens de NVAB nam de heer Jurriaan Blekemolen, bedrijfsarts en arbeids- en organisatiedeskundige, deel aan de werkgroep.

De richtlijn richt zich op de behandeling van rokende patiënten in de medische praktijk en de daarbij betrokken hulpverleners.

De definitieve richtlijn is te raadplegen via www.cbo.nl/Downloads/836/Richtlijn%20Tabaksverslaving%20definitief.pdf.

Aanleidingen voor de actualisatie van de richtlijn waren:

- ▮ harm reduction/minderen van roken;
- ▮ varenicline als farmacologische ondersteuning;
- ▮ stepped care benadering.

Daarnaast is er in de wetenschappelijke literatuur gezocht naar updates ten aanzien van vele interventies.

De bij de richtlijn gebruikte uitgangsvragen zijn:

1. Is minderen met roken een effectieve methode om te stoppen met roken?
2. Is varenicline een effectief en veilig middel om te stoppen met roken?
3. Zijn er bepaalde eigenschappen van rokers te onderscheiden die van prognostische betekenis zijn voor het succes van de therapie?

Dhr. J.R.M. Blekemolen is bedrijfsarts en arbeids- en organisatiedeskundige en was namens de NVAB lid van de werkgroep die de richtlijn opstelde.

Mw.dr. A.P. (Noks) Nauta is bedrijfsarts en psycholoog en werkzaam bij het Kwaliteitsbureau van de NVAB.

CORRESPONDENTIEADRES:

E-mail: j.r.m.blekemolen@vodemol.nl en n.nauta@nvab-online.nl.

4. Welke rookstopinterventies zijn in de arbeidssituatie effectief en uitvoerbaar?

Benadrukt moet worden dat de richtlijn zich richt op de behandeling van tabaksverslaving: preventie van roken valt daarmee buiten het kader.

De richtlijn stelt zich tot doel zo veel mogelijk rokers te bereiken door de zorgverleners op hun intermediaire functie aan te spreken. Deze gedachte is ingegeven door de volgende overwegingen:

- ▮ stoppen met roken vergt verandering van gezondheidsgedrag op individueel niveau;
- ▮ adviezen van professionals werkzaam in de gezondheidszorg zijn effectiever dan die van niet-professionals;
- ▮ veel rokers hebben contact met de curatieve medische zorg;
- ▮ per roker zijn dit vaak ook meerdere contacten.

Onderstaande samenvatting is gebaseerd op de tekst van de richtlijn. Voor de beantwoording van de uitgangsvraag over arbeid is grotendeels gebruikgemaakt van de NICE rapid review (NICE, 2007).

Epidemiologie van roken

In 2008 rookten hoger opgeleide Nederlanders (20%) minder dan lager opgeleide Nederlanders (29%) (STIVORO, 2008). In vergelijking met andere Europese landen is het aantal rokers in Nederland relatief hoog (figuur 1, de op vijf na hoogste plaats van de 27 lidstaten). Over het algemeen roken mannen in Zuid-, Oost- en Midden-Europa meer dan in West- en Noord-Europa (zie figuur 1). In Griekenland rookt 47% van de mannen tegenover 14% in Zweden. In West- en Noord-Europa roken juist meer vrouwen dan in Zuid-Europa (WHO-HFA, 2007).

Tabaksverslaving

Tabak wordt gezien als een verslavend genotmiddel door de aanwezigheid van nicotine. Rokers menen dat het helpt om negatieve gemoedstoestanden te verzachten. De enige negatieve gemoedstoestand die zo wordt verzacht, is die

gemoedstoestand die direct het gevolg is van de ontwenningverschijnselen door de verslaving aan nicotine zelf. De nicotine heeft geen enkele eigenschap die de stemming verbetert bij niet-verslaafde personen. Nicotine kan wel bepaalde aspecten van cognitieve prestaties licht verhogen. Depressie is consequent met roken geassocieerd. Een geschiedenis van zware depressie hangt samen met meer roken en minder succes bij het stoppen met roken. Mensen met schizofrenie roken veel meer dan mensen met andere psychische problemen; men denkt dat het om een vorm van 'zelfmedicatie' gaat.

Schadelijke effecten van tabaksverslaving

In Nederland is 27% van de sterfte bij mannen en 10% van de sterfte bij vrouwen geassocieerd aan roken. Stoppen met roken kan veel van de vroegtijdige sterfte door roken voorkómen. Stoppen voor het 25^e-34^e jaar geeft geen door roken verminderde overlevingskansen. Stoppen voor het 40^e jaar geeft nog 9 jaar winst en stoppen voor het 50^e nog 6 jaar winst. Ook stoppen op het 60^e levensjaar voorkomt nog een deel van de vroegtijdige sterfte.

Aanbevelingen algemeen

Hieronder enkele belangrijke, algemene aanbevelingen uit de richtlijn:

- Alle hulpverleners zouden het rookgedrag van de patiënt/cliënt systematisch moeten vastleggen.
- Alle hulpverleners zouden op zijn minst eenmalig een advies moeten geven aan elke nieuwe patiënt die rookt. Dit advies zou bij niet stoppen bijvoorbeeld jaarlijks herhaald moeten worden.

Interventies

De meeste rokers stoppen zelfstandig, zonder extra hulp. Schriftelijk materiaal of informatie op internet kan hen ondersteunen.

Hoewel een eenmalig stopadvies door de huisarts met schriftelijk ondersteunend materiaal wel effect heeft, verdienen de meest intensieve vormen van begeleiding toch de voorkeur.

Aan bijzondere doelgroepen zoals zwangeren en mensen die al een aan roken gerelateerde aandoening hebben, kan een intensieve begeleiding eerder worden aanbevolen.

Soorten interventies zijn bijvoorbeeld (ook in combinatie):

- individuele hulp face-to-face (minimaal vier sessies van minimaal 10 minuten, met aandacht voor het vergroten van sociale vaardigheden);
- groepstraining (bijv. pakje kans: een cognitief gedragstherapeutische groepstraining van negen sessies van 1,5 uur in 3 maanden);
- gecomputeriseerd advies op maat;
- telefonische coaching (meerdere contacten);
- farmacotherapeutische ondersteuning (nicotinevervangende middelen);
- beweegprogramma's (langetermijneffecten nog niet bekend);
- zelfhulp.

Effectieve elementen van de interventies zijn:

- motiverende gespreksvoering;
- methoden van gedragsmatige, affectieve en sociale ondersteuning;
- zelfhulpmaterialen.

Voor rokers die niet kunnen of willen stoppen, is minderen een goed alternatief. Minderen dient dan volgens de methode van geleidelijke gecontroleerde reductie toegepast te worden. Met deze methode wordt op gestructureerde wijze het inter-sigaretinterval steeds langer gemaakt waardoor het aantal sigaretten per dag geleidelijk afneemt. Er zijn aanwijzingen dat geleidelijk gecontroleerde reductie effectiever is om te stoppen met roken dan minderen op eigen gelegenheid. Voorkeur blijft dat er uiteindelijk volledig met roken wordt gestopt. Er zijn aanwijzingen dat eerst gaan minderen het later stoppen gemakkelijker kan maken.

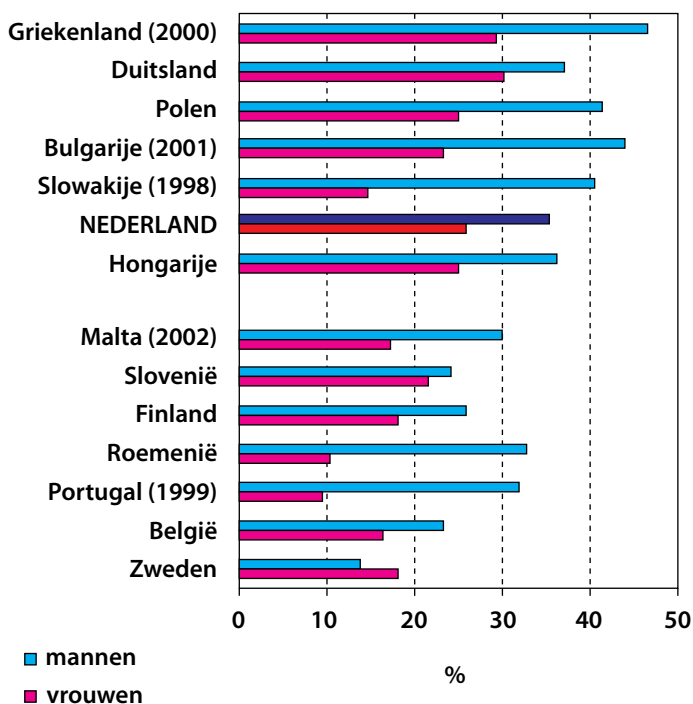
Zorgverleners die stoppen-met-rokenondersteuning geven, moeten daarvoor zijn getraind. Interventies door professionals in de gezondheidszorg blijken meer effect te hebben dan zelfhulp of interventie door een niet-professional. Het maakt echter niet uit of het om een arts gaat of niet.

Motivatie

Met een korte motivatieverhogende interventie, gebaseerd op het model van de vijf R's, kan men de motivatie van de roker om te stoppen verhogen. Dit model is geschikt voor patiënten die nog niet bereid zijn te stoppen met roken. Het bestaat uit de volgende elementen:

- Relevance* (relevantie);
- Risks* (risico's);
- Rewards* (beloning);
- Roadblocks* (belemmeringen);
- Repetition* (herhaling).

Bij de toepassing van de vijf R's dienen de tech-



Figuur 1. Percentage rokende mannen en vrouwen in Europa

nieken van motiverende gespreksvoering toegepast te worden.

WAT BETEKENT DEZE RICHTLIJN VOOR HET HANDELEN VAN DE BEDRIJFS- OF VERZEKERINGSARTS?

Begeleiding

Voor de begeleiding door de bedrijfsarts is het van

belang om te weten dat de volgende groepen lagere kans blijken te hebben op succesvol stoppen met roken:

- ▮ rokers zonder sociale steun of netwerk;
- ▮ rokers met een lagere opleiding;
- ▮ rokers die een ernstige depressie hebben doorgemaakt;
- ▮ rokers met een alcoholverslaving;
- ▮ rokers die zwaar lichamelijk werk verrichten;
- ▮ rokers die in een lawaaierige omgeving werken;
- ▮ rokers met weinig regelmogelijkheden in hun werk.

Omgekeerd blijkt dat de aanwezigheid van regelmogelijkheden en resources in werk de stopkans van werknemers te verhogen.

Interventies op het werk

Aanbevelingen uit de richtlijn zijn:

- ▮ Aanbieden van interventies voor stoppen met roken op de werkvloer dienen aangemoedigd te worden, vanwege de mogelijkheid rokers te bereiken die anders niet bereikt zouden worden.
- ▮ Intensieve interventies voor stoppen met roken in de werkomgeving zijn te prefereren boven minimale interventies.
- ▮ Positieve financiële prikkels voor werknemers kunnen de effectiviteit van interventies op de werkplek verhogen, mits de bedragen om aan de interventie deel te nemen en te stoppen met roken niet te laag zijn (€ 700,- voor deelname en 12 maanden stoppen).

COMMENTAAR

De CBO-richtlijn Behandeling van tabaksverslaving: commentaar vanuit de bedrijfsgezondheidszorg

Cees Everaert

In 2004 verscheen de CBO-richtlijn Behandeling van tabaksverslaving. Deze is na 5 jaar herzien. De nieuwe richtlijn is gebaseerd op inzichten en inbreng van veel verschillende medische en para-

medische disciplines, waaronder de NVAB. De nieuwe richtlijn geeft geen overzicht meer van de gezondheidsrisico's van roken en de gezondheidswinst van stoppen met roken. Deze worden bekend verondersteld; de versie van 2004 bevat een overzicht. Stugge rokers leven gemiddeld 8 jaar korter dan niet-rokers. Stoppen geeft ook op oudere leeftijd een aanzienlijke winst in levensverwachting. Om die reden spreekt de CBO-richtlijn medici en hulpverleners aan op de taak om rokers te helpen met roken te stoppen.

C.P.J. Everaert is bedrijfsarts bij Arbo Unie Arnhem.

CORRESPONDENTIEADRES

E-mail: cees.everaert@arbounie.nl

Iedere gezondheidswerker en ook iedere bedrijfsarts zou de rookstatus van cliënten moeten registreren en een keer per jaar ongevraagd het advies om te stoppen mogen geven. De acceptatie van cliënten van dergelijke adviezen is groter dan veel artsen menen. De evidence over methodieken om de kans op stoppen te vergroten wordt uitgebreid en up-to-date beschouwd conform CBO-methodiek. Nieuw in de richtlijn is dat er niet meer over 'stepped care' wordt gesproken, maar gekozen wordt voor 'matched care'. Niet meer eenvoudig beginnen, om bij onvoldoende resultaat de intensiteit van de interventie laten toenemen. Het is beter om direct na te gaan wat bij deze roker het stopplan wordt met een optimum voor de kans op stoppen én optimum aan acceptatie. Nieuw is verder dat in het kader van een stopplan niet alleen wordt gefocust op een stopdatum, maar dat voor minderen van roken en via afbouwen uiteindelijk stoppen ook volop evidence wordt beschreven.

Het is verheugend om te constateren dat in de nieuwe richtlijn informatie is opgenomen over mogelijkheden om rokende werknemers vanuit de bedrijfssetting te begeleiden bij stoppen. De vraag voor welke groepen van werknemers het belang van stoppen versterkt wordt vanwege de relatie van werkomstandigheden en werktijden met aan roken gelieerde aandoeningen, viel helaas buiten het bestek van de CBO-richtlijn.

EEN NIEUWE ROL VOOR DE BEDRIJFSARTS?

Het is een belangrijke taak van bedrijfsartsen om de gezondheid van de werkende bevolking te bewaken en te verbeteren. Het belang hiervan neemt verder toe, nu werknemers op hogere leeftijd zullen blijven doorwerken. Een goede gezondheid is de belangrijkste factor bij de vraag of werknemers op hogere leeftijd kunnen en zullen blijven doorwerken. Voor rokers geeft stoppen met roken de grootste gezondheidswinst. Het ligt voor de hand dat bedrijfsartsen en andere professionals binnen arbodiensten de komende jaren steeds meer werk maken van verbeteren van leefstijl en de gezondheid van werknemers, inclusief hulp bij het stoppen met roken.

Het preventief medisch onderzoek (PMO) biedt de bedrijfsarts de ruimte om niet alleen werk te maken van werkgerelateerde gezondheidsrisico's, maar ook van algehele gezondheidsrisico's en leefstijl. Bij een PMO wordt meestal het risicoprofiel voor hart- en vaatziekten vastgesteld. Indien dit ongunstig uitpakt, kan de bedrijfsarts de werknemers informeren over maatregelen die

het risicoprofiel verbeteren. Stoppen met roken zal voor velen een geaccepteerd alternatief zijn dat verkozen wordt boven dagelijks gebruiken van medicatie vanwege tensie of cholesterol. Bij een aantal PMO's worden longfuncties bepaald. Bij rokers zal confrontatie met de uitkomst van het longfunctieonderzoek de aanwezige motivatie om te stoppen met roken kunnen versterken. Ondersteund door de uitkomsten van een PMO kan bij iedere rokende werknemer worden gepeild hoe sterk de motivatie is om te stoppen en kan een korte, motivatieversterkende interventie worden toegepast. Wie de juiste vragen weet te stellen, kan dit in een paar minuten uitvoeren.

In de NVAB-richtlijn over het opzetten en uitvoeren van een PMO, overlegt de bedrijfsarts vooraf met het bedrijf over mogelijke interventies op basis van de bevindingen. Iedere bedrijfsarts of accountmanager van een arbodienst zal bij het afspreken van PMO vooraf moeten bedenken hoe interventies met betrekking tot stoppen met roken kunnen worden aangeboden. Kan de bedrijfsarts volstaan met een enkelvoudig stopadvies en het uitreiken van een folder van STIVORO? Wordt naar de huisarts of diens praktijkondersteuner verwezen? Of worden mogelijkheden binnen de bedrijfssetting benut? De CBO-richtlijn biedt argumenten voor het laatste:

- I Gezonde rokende werknemers komen niet of nauwelijks bij huisarts en kunnen via de bedrijfsgezondheidszorg effectiever worden bereikt.
- I Daarnaast is een belangrijk voordeel dat collega's elkaar frequent zien en tijdens de stop- en volhoudfase elkaar moreel en praktisch zullen steunen. De bedrijfssetting leent zich daarom goed voor groepsinterventies.

OPZET VAN BEGELEIDING BIJ STOPPEN MET ROKEN VANUIT DE ARBODIENST

Arbodiensten en bedrijfsartsen die organisaties ondersteunen bij het gezond en inzetbaar houden van de werknemers, kunnen begeleiding bij stoppen met roken overlaten aan de huisarts, uitbesteden aan derden of zelf ter hand nemen. Weinig bedrijfsartsen hebben ervaring met begeleiding bij stoppen met roken. Ervaring met coaching en beheersing van verschillende gesprekstechnieken is binnen de bedrijfsgezondheidszorg in ruime mate aanwezig. Indien ervoor gekozen wordt om zelf begeleiding bij stoppen met roken aan te bieden, biedt de CBO-richtlijn een evidence-based onderbouwing bij een aantal keuzes die worden gemaakt. In de werkomgeving is dezelfde aanpak succesvol als daarbuiten. De CBO-richtlijn stelt terecht dat intensieve inter-

venties (coaching, zowel individueel als groepsmatig, al dan niet ondersteund met nicotinevervangende middelen en/of medicatie, inclusief terugvalpreventie na stopdatum) zijn te prefereren boven minimale interventies. Dus liever coaching bij het uitvoeren van een stopplan aanbieden, dan een folder meegeven. Telefonische coaching – al dan niet na een eerste face-to-face contact – door middel van een groot aantal korte contacten (denk daarbij aan vijf tot tien contacten) is praktisch goed uitvoerbaar. Voor bedrijfsartsen die overwegen om zelf uitvoering te geven aan coaching bij stoppen met roken, is veel praktische informatie beschikbaar in de NHG-standaard uit 2007. Een aantal praktische hulpmiddelen bij opzet en uitvoering van behandeling van tabaksverslaving voor beleidsmakers en zorgverleners kan worden verkregen via de websites www.zorgentabak.nl en www.stivoro.nl. Niet iedere bedrijfsarts heeft affiniteit met stoppen met roken. Het valt te overwegen om bedrijfsartsen die veel PMO's uitvoeren, te motiveren om zich te bekwamen in coaching bij stoppen met roken. Of om daar andere professionals binnen de arbodienst voor op te leiden. Via STIVORO kunnen zij zo nodig bijgeschoold worden.

BEDRIJFSARTS EN MEDICATIE

Indien vanuit de arbodienst coaching bij stoppen met roken wordt aangeboden, is het van belang om te bepalen of eventuele medicatie door de bedrijfsarts wordt voorgeschreven of dat werknemers voor een recept naar de huisarts worden verwezen. Van belang voor werknemers is dat bijwerkingen van medicatie invloed kunnen heb-

ben op veiligheid tijdens het werk en tijdens woon-werkverkeer. Uit de richtlijn kan worden geconcludeerd dat varenicline waarschijnlijk minder bezwaarlijk is om te gebruiken als medicamenteuze ondersteuning bij stoppen. De middelen bupropion, nortryptiline en clonidine kennen een hoge incidentie (omstreeks 20%, vooral in de eerste weken van gebruik) van slaperigheid als bijwerking. Indien voor medicatie wordt gekozen, dienen veiligheidsaspecten en praktische keuzes bij woon-werkverkeer in een stopplan betrokken te worden.

Tot slot een korte opmerking over vergoeding van interventies vanuit de bedrijfsgezondheidszorg. Minister Klink had het voornemen om zogenoemde programmatische zorg (individuele gedragsmatige coaching in combinatie met nicotinevervangende middelen en/of medicatie) te vergoeden in het kader van de Zorgverzekeringswet. Hierover bestaat ook een positief advies van het College voor zorgverzekeringen (CVZ). Zowel coaching als hulpmiddelen (indien gecombineerd met coaching) zouden voor vergoeding in aanmerking moeten komen vanaf 2011. Het zou de politiek en het CVZ sieren, indien zij niet alleen zorg vanuit de eerste en tweede lijn, maar ook inzet vanuit de bedrijfsgezondheidszorg vanuit collectieve middelen zouden laten financieren.

Belangenconflict: Cees Everaert is bedrijfsarts. Hij beschouwt het sinds de eerste CBO-richtlijn als zijn taak om werknemers te helpen bij stoppen met roken. Binnen ArboUnie is hij trainer in coaching bij stoppen met roken.