

# Evaluatie van een stoppen-met-roken-interventie in de openbare apotheek

I. Jansen <sup>a\*</sup> en S. Keizers <sup>b</sup>

<sup>a</sup> Marketing, Communicatie en Publishing, KNMP, Den Haag.

<sup>b</sup> Apotheker, Apotheek Pillen en Praten, Den Haag.

\* Correspondentie: i.jansen@knmp.nl.

## Kernpunten

- In een openbare apotheek is een stoppen-met-roken-interventie aangeboden die bestond uit een combinatie van gedragsmatige en farmacologische ondersteuning.
- Van de deelnemers die konden worden geïnterviewd, was 40% gestopt met roken; 24% hield het stoppen minstens een half jaar vol.
- De geïnterviewde deelnemers waardeerden de begeleiding met een gemiddeld rapportcijfer van 7,9.
- Een overgrote meerderheid zou stoppen-met-roken onder begeleiding van een apotheker aanbevelen bij anderen.

## Inleiding

Roken bevordert longziekten, hart- en vaatziekten en kanker. Jaarlijks sterven wereldwijd vijf miljoen mensen door roken [1]. Van de ongeveer 3,7 miljoen rokende Nederlanders zal bijna de helft overlijden aan een door roken veroorzaakte ziekte [2]. Verschillende zorgverleners proberen rokers te helpen stoppen: longartsen met name COPD- en longkankerpatiënten, huisartsen voornamelijk patiënten die klagen over hoesten, chronische verkoudheid, luchtweginfecties enzovoort. Een grote groep rokers zal echter aan de aandacht van huisarts en specialist ontsnappen. Veel van deze mensen bezoeken wel regelmatig de apotheek. De apotheek vormt daarmee een laagdrempelige en waardevolle aanvulling op de inspanningen van andere zorgverleners om het stoppen-met-roken te stimuleren.

Stoppen-met-roken-zorg mag gegeven worden door elke zorgverlener die geregistreerd staat bij het kwaliteitsregister Stop met roken. Daarnaast moet het stoppen-met-roken-programma in overeenstemming zijn met de Zorgmodule Stoppen met Roken, die is ontwikkeld door samenwerkende partijen uit de gezondheidszorg, waaronder de KNMP [3]. Ook een apotheker mag stoppen-met-roken-zorg verlenen. Dit sluit aan bij de belangrijke rol die voor de apotheker is weggelegd bij preventie [4].

Uit onderzoek naar de effectiviteit van gezondheidsbevorderende interventies in de eerstelijnszorg blijkt dat begeleiding bij stoppen-met-roken ongezond gedrag effectief vermindert [5]. De combinatie van gedragsmatige en farma-

## ABSTRACT

*Evaluation of a smoking cessation intervention in a community pharmacy*

### OBJECTIVE

To investigate if a smoking cessation intervention by a pharmacist can be successful.

### DESIGN AND METHODS

The pilot study took place in a community pharmacy in The Hague (The Netherlands). Participants of the smoking cessation intervention, in which pharmacological and behavioural treatment were combined, were telephonically interviewed.

### RESULTS

Of the 136 participants of the smoking cessation programme, 45 could be interviewed. 40% of them had stopped smoking at the time of the analysis. 24% had not smoked during at least half a year. Most of the participants had tried to stop smoking before; more than half of them mentioned that smoking cessation was easier this time. The majority said the counselling was useful. In general the pharmacist was valued as an expert and the complete intervention was highly appreciated. Reimbursement was an important factor for many participants. The majority of participants would recommend a smoking cessation intervention by a pharmacist. Several participants appreciated the possibility to obtain and administer medication immediately. Besides participants mentioned that a general practitioner not always has the possibility and knowledge to give an extensive advice. Side effects of medicines have been experienced by some participants as unpleasant.

### CONCLUSION

This initiative can be perceived as successful, but a randomized controlled trial is needed to confirm the positive effect. Participants are very positive regarding the smoking cessation intervention in the pharmacy and the quit rate is comparable to outcomes of similar interventions. This initiative can be an example for other lifestyle interventions in the pharmacy.

Jansen I, Keizers S. Evaluatie van een stoppen-met-roken-interventie in de openbare apotheek. PW Wetenschappelijk Platform. 2014;8:a1409.

cologische ondersteuning kan het aantal succesvolle stoppogingen zelfs verviervoudigen. “De gedragsmatige behandeling richt zich op de psychologische of psychosociale gedragsbeïnvloeding en -begeleiding bij stoppen-met-roken.

**Tabel 1 Resultaten interview (N = 45)**

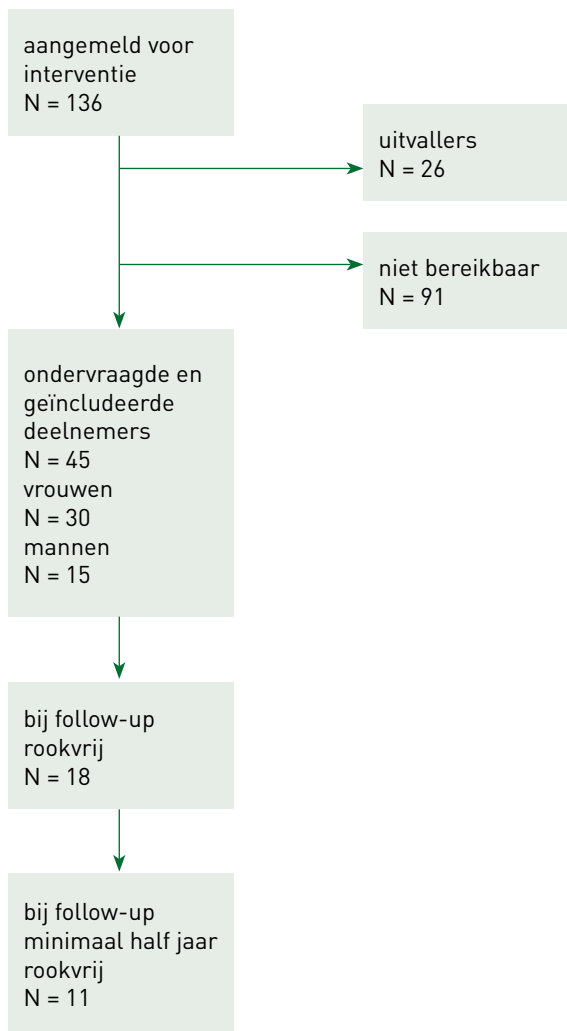
Vraag	Antwoord	n	%
Bent u op dit moment rookvrij?	ja	18	40
	nee	27	60
Heeft u voordat u meedeed aan dit programma eerder geprobeerd om te stoppen met roken?	ja	36	80
	nee	9	20
Was dit met of zonder hulp (gedragsmatige interventie)?	met hulp	3 (N = 36)	7
	zonder hulp	33 (N = 36)	73
Als u deze keer stoppen vergelijkt met eerdere stoppogingen, was het dan makkelijker of moeilijker?	veel gemakkelijker	7 (N = 36)	16
	gemakkelijker	18 (N = 36)	50
	neutraal/hetzelfde	5 (N = 36)	11
	moeilijker	6 (N = 36)	13
	veel moeilijker	0	0
Hoe beoordeelt u de gesprekken die u gehad hebt om u te helpen stoppen met roken?	geholpen	29	64
	beetje geholpen	13	29
	niet geholpen	1	2
	weet ik niet	2	4
Wat vond u het belangrijkste onderdeel van de begeleiding?	gesprekken	5	11
	medicatie	11	24
	beide	29	64
Wat vond u van de informatie die u heeft gekregen over medicijnen?	zinnig	34	76
	niet zinnig	1	2
	geen mening	10	22
Wat vond u van de deskundigheid van de apotheker?	zeer deskundig	15	33
	deskundig	23	51
	neutraal	6	13
	niet deskundig	1	2
	helemaal niet deskundig	0	0
Heeft de vergoeding van het programma Stoppen met roken door uw zorgverzekeraar een rol gespeeld bij uw stoppoging?	ja	23	51
	nee	13	29
	deels	9	20
Als u een rapportcijfer zou geven voor de totale begeleiding om te stoppen met roken van 1-10, welk cijfer geeft u dan? (1 = zeer slecht, 10 = zeer goed)*	4	1	2
	6	3	7
	7	9	20
	8	20	44
	8,5	1	2
	9	7	16
	9,5	1	2
	10	3	7
	Zou u stoppen met roken onder begeleiding van een apotheker aanbevelen bij anderen?	ja	41
nee	4	9	

\* Gemiddeld rapportcijfer: 7,9.

De farmacologische behandeling richt zich op het informeren over en het aanbieden van medicamenteuze middelen die het stoppen-met-roken kunnen ondersteunen en het begeleiden van het gebruik ervan” [3]. Bereik en aanbod van zulke gecombineerde interventies zijn echter beperkt. Apotheek Pillen en Praten is de eerste apothek in Nederland die een stoppen-met-roken-interventie in deze combinatie aanbiedt.

Dit oriënterende onderzoek in samenwerking met de KNMP heeft tot doel de effecten van deze interventie te evalueren. Dit onderzoek kent alleen een interventiegroep, waarin de stoppercentages zijn vastgesteld.

Figuur 1 Stroomdiagram van deelname



## Methoden

### Interventie

De interventie vond plaats in Apotheek Pillen en Praten in Den Haag in de periode van 14 maart 2011 t/m 21 maart 2012. De apotheek had hiervoor contracten gesloten met de drie belangrijkste verzekeraars in de Haagse regio: Azivo, CZ-groep en Achmea.

Deelnemers waren rokers met de wens om te stoppen met roken. De interventiegroep was afkomstig uit de hele regio. Bij vaste klanten van Apotheek Pillen en Praten werd de interventie onder de aandacht gebracht door middel van promotiemateriaal in de apotheek. Anderen werden doorverwezen door artsen en andere apotheken, kregen informatie van zorgverzekeraars of hoorden van het stoppen-met-roken-programma via mond-tot-mondreclame. Alle patiënten rookten 10 of meer sigaretten per dag. Er zijn geen deelnemers uitgesloten.

Het stoppen-met-roken-programma combineerde gedragsmatige ondersteuning met farmacologische ondersteuning. Farmacologische ondersteuning bestond uit nicotinevervangende middelen (bijvoorbeeld nicotinepleisters of nicotinekauwgom) of medicijnen, informatie over deze medicatie en begeleiding bij het gebruik ervan [6].

De gedragsmatige ondersteuning bestond uit meerdere *face-to-face*-gesprekken met de apotheker. Gesprekken werden in een aparte ruimte in de apotheek gevoerd volgens de Stimedic-methode [7], waarbij rokers stapsgewijze begeleiding krijgen. Deze methode sluit aan bij de Zorgmodule Stoppen met Roken.

In een intakegesprek werden rookprofiel en stopadvies besproken aan de hand van een registratieformulier en een gespreksprotocol. Ook werden de motivatie om te stoppen en barrières besproken en werd een stopdatum bepaald. In vervolggesprekken werd nagegaan of iemand rookvrij was, of er moeilijke momenten waren en of de medicatie beviel. Er werd gebruikgemaakt van motiverende gespreksvoering; patiënten werden directief benaderd om gedragsverandering te bevorderen.

In aanvulling op de persoonlijke gesprekken kregen sommige patiënten begeleiding op afstand per telefoon of sms. De intensiteit van de begeleiding (het aantal contactmomenten en de duur per contactmoment) verschilde per patiënt. Als extra motivatie is naar 25 deelnemers van wie het mobiele telefoonnummer bekend was (59 deelnemers van de totale groep) een sms gestuurd op de afgesproken stopdatum. Iedereen ontving hetzelfde tekstbericht: "Beste (voornaam), heel veel sterkte vandaag; succes met je nieuwe leven als niet-roker; zet 'm op, je kunt het!"

### Evaluatie

Voor de evaluatie van de interventie (half april 2012) zijn de respondenten die bereikbaar waren ondervraagd in een telefonisch interview aan de hand van een vooraf opgestelde vragenlijst (tabel 1). Daarnaast zijn de volgende open vragen gesteld.

- Kunt u toelichten waarom u stoppen met roken onder begeleiding van een apotheker wel of niet zou aanbevelen bij anderen?
- Wat vindt u ervan dat een apotheker de rol als begeleider bij stoppen met roken op zich neemt?
- Heeft u nog opmerkingen of suggesties?

Alle gegevens van deelnemers aan de interventie, zoals contactgegevens, contactmomenten en rookprofiel, waren door de apotheker vastgelegd in een individueel zorgplan. Dit zorgplan werd opgesteld aan de hand van ingevulde Stimedic-gespreksprotocollen. De vragenlijst die gebruikt is voor het interview is in overleg met de apotheker opgesteld, met behulp van vragen die aan de orde komen in het artikel *Meetinstrumenten voor onderzoek naar roken en stoppen met roken* van Stivoro [8].

De stopdatum varieerde per deelnemer, evenals de tijdsperiode van de stopdatum tot aan de nameting. Bij alle deel-

**Tabel 2 Kenmerken respondenten**

	Alle deelnemers (N = 136)	Ondervraagde respondenten (N = 45)
Geslacht (%)		
• man	41	33
• vrouw	59	67
Leeftijd (jaren; gemiddelde ± SD)	49 ± 13	48 ± 11 (spreiding 27-70, IQR 57-41)
Soort nicotinevervanger of medicatie		
• Champix (varenicline)		33
• Nortrilen (nortriptyline)		1
• Zyban (bupropion)		1
• Champix en Zyban		2
• Nicotinell (nicotine)		5
• Niquitin (nicotine)		1
• Champix en Nicotinell		1
• totaal		44
Duur intakegesprek (minuten; gemiddelde ± SD)		60 ± 15
Duur alle gesprekken samen (minuten; gemiddelde ± SD)		114 ± 55
Doorlooptijd (dagen; gemiddelde ± SD)		60 ± 43 (IQR 33-78)
Aantal contactmomenten (mediaan)		4 (IQR 3-5)

IQR: interkwartielafstand; SD: standaarddeviatie.

nemers is het *follow-up*-moment herrekend naar een half jaar na het stopmoment.

De verzamelde gegevens zijn geanalyseerd met Excel. De primaire uitkomsten zijn de verdeling naar persoonskenmerken van de ondervraagde groep, het stoppercentage van de ondervraagde deelnemers, de verdeling van de gesprekken, een beoordeling van de interventie, de deskundigheid van de apotheker en de totale begeleiding. Bij de gesloten vragen wordt de procentuele verhouding weergegeven van de mate waarin antwoorden zijn gegeven en waar mogelijk een gemiddelde. De antwoorden op de open vragen zijn kort samengevat.

Om vertekening te vermijden heeft één auteur (SK) de interventie verzorgd en de andere auteur (IJ) de metingen verricht en geanalyseerd.

## Resultaten

136 mensen hebben meegedaan aan het stoppen-met-roken-programma. Van de deelnemers zijn 26 vroegtijdig gestopt met het programma. Deze mensen zijn wel benaderd voor het interview. Niet alle participanten waren bereikbaar voor het afnemen van de vragenlijst. Alle participanten zijn telefonisch benaderd. Participanten die niet bereikbaar waren zijn een tweede keer gebeld. Er waren geen respondenten die niet mee wilden doen. Uiteindelijk is bij 45 respondenten (29%; 30 vrouwen en 15 mannen) een vragenlijst doorgenomen. Figuur 1 geeft een stroomschema van de deelname.

Geslacht en leeftijd van de gehele groep deelnemers en

de geïnterviewden komen grotendeels overeen. Alle kenmerken van respondenten zijn in tabel 2 vermeld. In tabel 1 zijn de uitslagen van de interviews weergegeven.

### Doorlooptijd gesprekken, aantal gesprekken en tijdsduur

De gemiddelde duur van het intakegesprek was bijna een uur. De gemiddelde duur van het totaal aantal gesprekken kwam neer op bijna twee uur per deelnemer. Een enkeling had aan alleen een intakegesprek genoeg. De doorlooptijd van de begeleidingsgesprekken lag meestal tussen 33 en 78 dagen (gemiddeld 60, standaarddeviatie 43, interkwartielafstand [IQR] 45). Het aantal contactmomenten varieerde van 1 tot 10. Over het algemeen gesproken kwam een aantal van 3 tot 5 contactmomenten het vaakst voor (IQR 2). De meeste deelnemers hadden 4 gesprekken nodig.

### Rookvrije deelnemers

Ten tijde van het telefonische interview (half april 2012) waren 18 van de ondervraagde deelnemers rookvrij (40%). Tot deze groep zijn alleen deelnemers gerekend die vanaf de stopdatum niet hadden gerookt; daarbij is geen onderscheid gemaakt tussen incidentele en volledige terugval. Van de 29 deelnemers die meer dan een half jaar tevoren gestopt waren, bleken 11 (38%; 24% van alle 45 respondenten) nog steeds rookvrij.

### Eerdere stoppogingen

Meer dan driekwart van de respondenten deed een eer-

dere stoppoging (80%; 95%-betrouwbaarheidsinterval [BI95] 68-92%). Van hen vond 50% (BI95 28-52%) het stoppen met roken gemakkelijker dan bij eerdere stoppogingen en bijna 20% (BI95 4-28%) zelfs veel gemakkelijker.

### Begeleidingsgesprekken en farmacologische behandeling

Bijna twee derde van de deelnemers vond dat de gesprekken hebben geholpen (64%; BI95 53-76%). Eenzelfde percentage vond zowel de gesprekken over stoppen-met-roken als de farmacologische behandeling belangrijk. 76% vond de informatie over medicijnen zinvol (BI95 64-88%). De meeste deelnemers gebruikten varenicline (Champix) als farmacologische ondersteuning (tabel 1). Ruim twee derde vond de apotheker deskundig (51%; BI95 39-63%) of zeer deskundig (33%; BI95 21-45%) en ook bij ruim twee derde heeft de vergoeding door de zorgverzekeraar (deels) een rol gespeeld. Gemiddeld beoordeelden de deelnemers de totale begeleiding met een 7,9 (BI95 7,6-8,2). Een grote meerderheid zou stoppen-met-roken onder begeleiding van een apotheker aanbevelen bij anderen (91%; BI95 80-104%).

### Open vragen

Ook uit de antwoorden op de open vragen blijkt dat respondenten de apotheker in haar adviesrol als begeleider van het stoppen-met-roken zagen als deskundige. Die deskundigheid hangt mede af van de persoonlijkheid van de apotheker. Deelnemers noemden meerdere malen het gemak van directe medicijnverstrekking. Een huisarts heeft niet altijd voldoende tijd en kennis om uitgebreid advies te geven. Bijwerkingen van medicijnen werden door sommige deelnemers als vervelend ervaren. Meerdere deelnemers gaven aan dat zorgverzekeraars medicijnen en behandeling weer zouden moeten vergoeden.

### Beschouwing

Van de 136 patiënten die deelnamen aan het stoppen-met-roken-programma in de apotheek kon bij 45 een vragenlijst worden afgenomen. Uit de resultaten blijkt dat aan het eind van het onderzoek 40% van de geënquêteerden niet meer rookte en dat 24% minstens een half jaar rookvrij bleef. Hoewel de resultaten van deze interventie niet generaliseerd kunnen worden, zijn deze vergeleken met andere interventies zeker positief te noemen. Het stoppercentage van 24 is zelfs iets hoger dan het gemiddelde van 20% dat wordt genoemd door Feenstra [geciteerd in 9] en in de Cochrane reviews [10].

Deze uitkomst kan een stimulans zijn voor andere apothekers om stoppen-met-roken vanuit de apotheek te ondersteunen. Dit betekent niet dat alle apothekers hiertoe in staat zijn of dit willen doen. Dit hangt af van de andere werkzaamheden in de apotheek, de financiële situatie, de sociale vaardigheden en adviesvaardigheden van de apotheker en het soort patiënten [4].

Bij de deelnemers varieerden de duur van de gesprek-

ken, het aantal gesprekken en het aantal contactmomenten. Veel stoppogingen mislukken en rokers doen vaak meerdere pogingen voordat het daadwerkelijk lukt om te stoppen [3]. Onze respondenten vonden over het algemeen het stoppen-met-roken makkelijker dan bij eerdere stoppogingen en waren positief over de begeleidingsgesprekken en de farmacologische behandeling.

Verschillende studies tonen aan dat apothekers een rol hebben in stoppen-met-roken [4]. Veel onderzoek voldoet niet aan criteria die aantoonbaar kunnen maken in hoeverre interventies (in de apotheek) effectief zijn. Reviews van de Cochrane Collaboration vergelijken onderzoeken naar verschillende vormen van ondersteuning op globaal niveau [5]. Uit de Cochrane-overzichten blijkt dat na een jaar ongeveer 5% van de rokers uit zichzelf is gestopt. Bij gedragsmatige ondersteuning (ook in de eerste lijn), al dan niet in combinatie met een stopadvies van de huisarts, kan dit oplopen tot 10%. Bij digitale stopondersteuning is het stoppercentage vergelijkbaar met dat bij gedragsmatige ondersteuning door de huisarts (7,5%). Overigens brengen relatief weinig huisartsen het stoppen-met-roken ter sprake [5].

De combinatie van gedragsmatige en farmacologische ondersteuning kan het aandeel stoppers uitbreiden naar 20%. Het is nog onduidelijk of sommige combinaties meer effect hebben dan andere of dat de combinatie van medicatie en gedragondersteuning onder bepaalde omstandigheden of voor bepaalde groepen meer effect heeft [10]. Intensievere begeleiding door meer of langere sessies lijkt de kans te verhogen om te stoppen met roken, maar hier is geen hard bewijs voor gevonden [10]. Het effect van de extra sms aan 25 deelnemers is lastig te bepalen, vanwege de aanwezigheid van meerdere variabele factoren, zoals de lengte van de gespreksduur, het aantal gesprekken en het steekproefkader.

In een onderzoek van Bouvy e.a. staat het gebruik van bupropion (Zyban) als stopmedicatie centraal [6]. Apothekers van 36 apotheken interviewden 215 (66,8%) patiënten telefonisch. 58 patiënten (27,0%) waren zes maanden na het voorschrijven van bupropion nog gestopt met roken. De meeste patiënten kregen niet dezelfde ondersteuning en gebruikten bupropion minder lang dan de voorgeschreven periode. Ook was bij deelnemers met een particuliere verzekering het stoppercentage hoger dan bij deelnemers met een ziekenfondsverzekering, wat kan duiden op een verschil in sociaal-economische status.

Willemsen e.a. geven een overzicht van 20 Cochrane-reviews over stopmethoden en hulpmiddelen in Nederland [9]. Uit hun onderzoek blijkt dat het percentage rokers dat stopt na een interventie varieert van 3 tot 24%. Ook in de Nederlandse vergelijking is een tendens te zien dat intensievere begeleiding een groter effect heeft. Persoonlijke counseling in combinatie met farmacologische ondersteuning is het effectiefst. Bupropion in combinatie met counseling leidt tot hoge stoppercentages.

Onderzoek van Feenstra e.a. [geciteerd in 9] wijst op overeenkomstige succespercentages van interventies. Het

effect van korte of minimale adviezen is kleiner dan 10%. Wanneer dit wordt uitgebreid met nicotinevervangende middelen, stijgt dit aandeel tot 13%. Bij een combinatie van intensieve counseling met nicotinevervangende middelen of bupropion ligt het stoppercentage rond 20. Bij de Cochrane-reviews die Willemsen heeft bestudeerd, is per interventie het aantal stoppers gedeeld door het totaal aantal deelnemers aan de interventie. Wanneer er geen gegevens waren, dan werd aangenomen dat deelnemers niet waren gestopt. Willemsen merkt terecht op dat deze werkwijze een onderschatting van de onderzoeksresultaten met zich mee kan brengen.

Vergelijkingen met andere onderzoeken zijn lastig te maken, vanwege de verschillen in interventies, patiëntgroepen, duur van interventies, aantal proefpersonen per studie en aan- of afwezigheid van een controlegroep.

Zwakke punten van deze evaluatie zijn de beperkte omvang van de onderzoeksgroep (45 geënquêteerden uit 136 deelnemers) doordat niet iedereen bereikbaar was voor het doornemen van de telefonische vragenlijst, en het ontbreken van een controlegroep. Hierdoor kan niet met zekerheid worden gezegd of de gevonden effecten het gevolg zijn van de interventie. Ook is er sprake van een zelfgeselecteerde groep, zodat alleen uitspraken mogelijk zijn over de rokers die geïnteresseerd waren in stoppen, de moeite namen om zich aan te melden voor het stoppen-met-roken-programma en bereid waren deel te nemen aan onderzoek [8]. Uitkomsten van dit onderzoek kunnen dan ook niet worden gegeneraliseerd. Wel is deze evaluatie potentieel van belang, omdat dit in Nederland de eerste stoppen-met-roken-interventie is met zowel gedragsmatige begeleiding als farmacologische behandeling in een openbare apotheek. Het stoppercentage en de uitkomsten van de interventie wijzen in ieder geval uit dat een apotheker ook een effectief stoppen-met-roken-programma kan organiseren voor patiënten die willen stoppen en dat patiënten daar positief tegenover staan. Nader onderzoek (gerandomiseerd, met controlegroep) moet uitwijzen of deze nieuwe interventie daadwerkelijk effectief is.

Uit antwoorden van respondenten blijkt dat de vergoeding van zorgverzekeraars wel degelijk een rol speelt in de keuze om wel of niet mee te doen aan een stoppen-met-roken-programma en dat zorgverzekeraars medicatie en behandeling zouden moeten vergoeden. Een besluit van de overheid om te korten op preventieve taken doet afbreuk aan de stoppen-met-roken-interventies als daarmee de vergoeding van medicatie uit het basispakket verdwijnt. Het kabinet Rutte II heeft besloten vanaf januari 2013 nicotinevervangers en receptgeneesmiddelen voor stoppen-met-roken weer te vergoeden, onder voorwaarde dat ze gebruikt worden in combinatie met gedragsmatige ondersteuning. Andere beleidsmaatregelen zouden het aantal rokers nog meer kunnen verminderen [5].

## Conclusie

Met het aanbieden van een stoppen-met-roken-programma is geprobeerd om vanuit de rol van de apotheker als zorgverlener een bijdrage te leveren aan het rookbeleid van de overheid. Door stoppen-met-roken-begeleiding aan te bieden in de apotheek kon een groep rokers worden aangesproken die niet direct werd bereikt door andere zorgverleners, zoals huisartsen of medisch specialisten. Deelnemers zijn erg positief over het stoppen-met-roken-programma. Ook het stoppercentage ligt hoog in vergelijking met soortgelijke interventies.

Het initiatief van Apotheek Pillen en Praten kan als een voorzichtig succes beschouwd worden. Het initiatief kan een voorbeeld zijn voor andere apothekers om stoppen-met-roken vanuit de apotheek te ondersteunen en om andere leefstijlinterventies in de apotheek aan te bieden, zoals bij overgewicht, cholesterol of diabetes. Op deze manier kunnen apotheken een actief en preventief gezondheidsbeleid uitoefenen.

I. Jansen is in dienst van de KNMP, de beroeps- en belangenvereniging van apothekers. S. Keizers is eigenaar en beherend apotheker van Apotheek Pillen en Praten.

## Literatuur

- 1 WHO global report: mortality attributable to tobacco. Genève: World Health Organization; 2012. [www.who.int/tobacco/publications/surveillance/rep\\_mortality\\_attributable/en/index.html](http://www.who.int/tobacco/publications/surveillance/rep_mortality_attributable/en/index.html). Geraadpleegd 2013 jan 18.
- 2 Jaarverslag Stivoro 2008 – Stivoro voor een rookvrije toekomst. Den Haag: Stivoro; 2009. [http://stivoro.nl/wp-content/uploads/2012/docs/jaarverslagen/jaarverslag%202008%20\(3\).pdf](http://stivoro.nl/wp-content/uploads/2012/docs/jaarverslagen/jaarverslag%202008%20(3).pdf). Geraadpleegd 2013 nov 14.
- 3 Willems E. Zorgmodule Stoppen met Roken. Den Haag: Partnership Stop met Roken; 2009. [www.partnershipstopmetroken.nl/wp-content/uploads/2013/01/ZorgmoduleStoppenmetRoken\\_PartnershipStopmetRoken\\_2009.pdf](http://www.partnershipstopmetroken.nl/wp-content/uploads/2013/01/ZorgmoduleStoppenmetRoken_PartnershipStopmetRoken_2009.pdf). Geraadpleegd 2013 nov 14.
- 4 Sinclair HK, Bond CM, Stead LF. Community pharmacy personnel interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2004;(1):CD003698.
- 5 van den Berg M, Schoemaker CG. Effecten van preventie. Deelrapport van de VTV 2010 Van gezond naar beter. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu; 2010. [www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/270061007.pdf](http://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/270061007.pdf). Geraadpleegd 2013 nov 14.
- 6 Bouvy ML, Buurma H, Egberts AC. Determinants for successful smoking cessation with bupropion in daily practice. *Pharm World Sci.* 2003 okt;25(5):207-11.
- 7 Stimedica. Den Haag: Stivoro. [www.stivoro.nl/Voor\\_professionals/Setting/Zorg/STIMEDIC/Default.aspx](http://www.stivoro.nl/Voor_professionals/Setting/Zorg/STIMEDIC/Default.aspx). Geraadpleegd 2012 jul 3.
- 8 Mudde AN, Willemsen MC, Kremers S, de Vries H. Meetinstrumenten voor onderzoek naar roken en stoppen met roken. Den Haag: Stivoro; 2006. [http://stivoro.nl/wp-content/uploads/2012/docs/rapporten/diversen/meetinstrumenten\\_3.pdf](http://stivoro.nl/wp-content/uploads/2012/docs/rapporten/diversen/meetinstrumenten_3.pdf). Geraadpleegd 2013 nov 14.
- 9 Willemsen MC, Wagena EJ, van Schayck CP. De effectiviteit van stoppen-met-rokenmethoden die in Nederland beschikbaar zijn: een systematische review op basis van Cochrane-gegevens. *Ned Tijdschr Geneesk.* 2003 mei 10;147(19):922-7.
- 10 Stead LF, Lancaster T. Combined pharmacotherapy and behavioural interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012 okt 17;10:CD008286.