

Richtlijn Tabaks- en nicotineverslaving

Herziening 2026



NATIONAAL
EXPERTISECENTRUM
TABAKSONTMOEDIGING
onderdeel van het Trimbos-instituut



Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Partnership



Stoppen met Roken

Richtlijn Tabaks- en nicotineverslaving

Herziening 2026: module 'Intensieve gedragsmatige stoppen-met-rokenbegeleiding'

Colofon

Initiatief:

Trimbos-instituut
Nederlands Huisartsen Genootschap
Partnership Stoppen met Roken

Financiering:

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Organisatie:

Trimbos-instituut
Nederlands Huisartsen Genootschap

Auteurs:

Richtlijnwerkgroep

Artikelnummer: TRI-64-047

Deze uitgave is te downloaden via <https://www.trimbos.nl/kennisbank/tri-64-047-richtlijn-tabaks-en-nicotineverslaving/>

Vormgeving en productie

The Creative Hub, Canon

Beeld:

Gettyimages.nl

© 2026, Trimbos-instituut, Utrecht

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, zonder voorafgaande toestemming van het Trimbos-instituut.

Deze richtlijn is in 2026 geautoriseerd door:

- Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF)
- Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)
- Nederlandse Vereniging van artsen voor longziekten en tuberculose (NVALT)
- Nederlandse Vereniging van Doktersassistenten (NVDA)
- Nederlandse Vereniging van Praktijkondersteuners & Praktijkverpleegkundigen (NVVPO)
- Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen (VRA)
- Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie (NVA)
- Nederlandse Vereniging voor Cardiologie (NVVC)
- Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVvH)
- Nederlandse Vereniging voor Keel-Neus-Oorheelkunde en Heelkunde van het Hoofd-Hals gebied (NVKNO)
- Nederlandse Vereniging voor Reumatologie (NVR)
- Nederlandse Vereniging voor Thoraxchirurgie (NVT)
- NVM-mondhygiënist
- Vereniging voor Verslavingsgeneeskunde Nederland (VVGK)
- Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN)

Het belang van deze richtlijn wordt ondersteund door onderstaande partijen, die geen standaardprocedure hebben voor het autoriseren van richtlijnen, of waarbij de autorisatie van de richtlijn niet in deze procedure is meegenomen:

- COPD & Astma Huisartsen Advies Groep (CAHAG)
- Gezondheidsfondsen voor Rookvrij (GvRV)
- Hartstichting
- Longfonds
- Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP)
- KWf Kankerbestrijding
- Nederlandse Internisten Vereniging (NIV)
- Nederlandse Vereniging voor Obstetrie & Gynaecologie (NVOG)
- Nederlandse Vereniging voor Urologie (NVU)
- Optima Farma
- Partnership Stoppen met Roken (P-SMR)*
- Patiëntenfederatie Nederland (PFN)
- Stichting Rookpreventie Jeugd

Het verzoek om autorisatie/steun lag ten tijde van de druk van dit document nog voor bij het bestuur van volgende partijen:

- Artsen Jeugdgezondheidszorg Nederland (AJN)
- GGD-GHOR Nederland
- Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (KNMT)
- Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV)
- Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK)

***Disclaimer**

P-SMR steunt deze modulaire richtlijnherziening met uitzondering van de aanbevolen minimale totale zorgduur en het voorgestelde minimale aantal contactmomenten.

Inhoudsopgave

Toelichting op de gebruikte begrippen		4
Voorwoord		10
Samenvatting aanbeveling		11
Modulaire herziening: Intensieve gedragsmatige begeleiding		12
1	Inleiding	12
2	Wetenschappelijke onderbouwing	13
2.1	Uitgangsvraag en zoekstrategie	13
2.2	Selectie van studies	14
2.3	Resultaten	14
3	Conclusies	18
4	Van bewijs naar aanbeveling	18
4.1	Balans tussen gewenste en ongewenste effecten	18
4.2	Kwaliteit van het bewijs	18
4.3	Waarden en voorkeuren van patiënten	18
4.4	Kosten	18
4.5	Aanvaardbaarheid	19
4.6	Haalbaarheid	20
4.1	Balans tussen gewenste en ongewenste effecten	21
5	Aanbeveling: ZWAK VOOR	22
6	Referenties	22
Bijlage 1 Methodologische onderbouwing		25
1A	Samenvattende tabel KNAW belangenverklaringen	32
1B	GRADE-factoren voor downgraden en upgraden	34
Bijlage 2	Zoekstrategie en -resultaten 'Intensieve gedragsmatige begeleiding'	35
Bijlage 3	Exclusieredenen RCT's na volledige tekstbeoordeling	38

Toelichting op de gebruikte begrippen

Abstinentie / blijvend stoppen met roken

In de meeste wetenschappelijke studies wordt de abstinentie (onthouding) na 6 maanden als uitkomstmaat opgegeven. De terugvalkans is dan nog circa 50%. Pas na 12 maanden continue abstinentie vanaf de stopdag is de kans op een terugval kleiner dan circa 10%. In deze richtlijn wordt met stoppen in principe bedoeld: abstinentie van ten minste 12 maanden. Maar omdat er vaak weinig hoogwaardige studies (systematische reviews en RCT's) te vinden zijn met een follow-up van ten minste 12 maanden wordt er bij het vaststellen van de PICO vaak gekozen voor een follow-upduur van minstens 6 maanden, om zo toch voldoende studies te kunnen includeren. Dit is een pragmatische keuze.

Behandeling bij stoppen met roken

De stoppen-met-rokenzorg is grofweg te verdelen in de gedragsmatige en de medicamenteuze behandeling. Een gedragsmatige behandeling (ook wel: gedragsmatige begeleiding) kan op zichzelf staand, zonder farmacotherapie worden gegeven, want medicatie is niet voor alle patiënten geschikt en een deel wil ook geen medicatie. Een medicamenteuze behandeling daarentegen dient altijd gecombineerd te worden met gedragsmatige begeleiding, aangezien een gecombineerde aanpak effectiever is dan enkel farmacotherapie.

E-health

E-health is een verzamelbegrip voor een uiteenlopend scala aan toepassingen. Volgens de hernieuwde definitie van het Nictiz van 2019 is e-health: "De toepassing van zowel digitale informatie als communicatie om de gezondheid en gezondheidszorg te ondersteunen en/of te verbeteren".^a Er dient een onderscheid te worden gemaakt tussen *e-health* en *digitale zorg*. Wanneer e-health onderdeel is van de zorg, is er sprake van digitale zorg. Zo valt een app die een patiënt downloadt om adviezen te krijgen over gezondheid onder de noemer e-health. Een e-consult is digitale zorg. Een digitale bloeddrukmeter kan zowel als e-health als digitale zorg ingezet worden; in het eerste geval wanneer de patiënt deze gebruikt voor zelfmetingen om zo zelf meer inzicht in zijn/haar gezondheid te krijgen, en in het tweede geval wanneer een zorgverlener de bloeddrukmeter inzet voor telemonitoring.^b In deze richtlijn verstaan we onder e-healthinterventies digitale stoppen-met-rokeninterventies die zelfstandig of in combinatie met begeleiding door een zorgprofessional kunnen worden uitgevoerd. Dit omvat onder andere computerprogramma's, online interventies, telefonische tekstberichten (sms) en smartphone apps.

EBRO

Evidence Based RichtlijnOntwikkeling; dit is de methodiek die wordt gebruikt voor de ontwikkeling van de richtlijn (en haar submodules) 'Tabaks- en nicotineverslaving'.

Extra intensieve stoppen-met-rokenbegeleiding

Deze begeleiding behelst begeleiding-op-maat voor specifieke doelgroepen zoals:

- zwangeren, vrouwen/stellen met een kinderwens en ouders van jonge kinderen;
- jongeren en jongvolwassenen die vaperen en/of roken;
- mensen met psychische/psychiatrische problematiek;

^a Van Lettow B, Wouters M, Sinnige J, van Stiphout C. E-Health, wat is dat? Den Haag: Nictiz; 2019.

^b <https://www.nhg.org/thema/digitale-zorg/visie-op-digitale-huisartsenzorg/digitalisering-e-health-digitale-huisartsenzorg-wat-is-het-verschil/>

- mensen met een lichte/matige verstandelijke beperking.

Deze extra intensieve begeleiding voegt een aantal elementen toe aan de (standaard) intensieve begeleiding. Voor bovenstaande groepen is via competentieprofielen voor stoppen-met-rokencoaches vastgesteld hoe deze extra intensieve zorg eruit zou moeten zien (Kabiz, 2025a), maar de opsomming is niet uitputtend. Mogelijk zullen er meer doelgroepen worden vastgesteld van patiënten/cliënten voor wie stoppen-met-rokenbegeleiding op maat nodig is.

Gedragmatige begeleiding

De gedragmatige begeleiding (ook wel: gedragmatige behandeling of ondersteuning) bij stoppen met roken richt zich op de psychologische of psychosociale gedragsbeïnvloeding en -begeleiding bij stoppen met roken. We onderscheiden drie vormen: korte ondersteunende begeleiding, intensieve begeleiding en extra intensieve begeleiding.

GRADE

De methode die wordt gebruikt om de kwaliteit van het wetenschappelijke bewijs en de sterkte van een aanbeveling te bepalen. GRADE maakt onderdeel uit van de EBRO-methodiek.

Groepsbegeleiding

Stoppen-met-rokenbegeleiding in groepsverband, geleid door een stoppen-met-rokencoach. Dit in tegenstelling tot individuele begeleiding.

Individuele begeleiding

Stoppen-met-rokenbegeleiding die één-op-één plaatsvindt tussen patiënt en stoppen-met-rokencoach of zorgprofessional. Dit in tegenstelling tot groepsbegeleiding.

Intake

De intake is een intensieve sessie tussen de stoppen-met-rokencoach en de patiënt, waarbij een grondige inventarisatie van het rookgedrag en eerdere stoppogingen wordt gedaan. De motivatie om te stoppen wordt verdiept en versterkt. Samen met de patiënt worden valkuilen en obstakels geïdentificeerd en een persoonlijk stopplan opgesteld, inclusief de bepaling van een stopdag. Tijdens het gesprek worden rookgedrag, motivatieanalyse en leefstijlfactoren besproken. Eerdere stoppogingen worden geëvalueerd om hiervan te leren, en een nicotine-afhankelijkheidstest wordt afgenomen om de behoefte aan nicotinevervangende middelen of medicatie te bespreken. Daarnaast wordt psycho-educatie gegeven over verslaving en ontweningsverschijnselen. Tot slot worden de verwachtingen over het traject besproken en de vervolgstappen vastgelegd. De intake is de eerste sessie van een begeleidingstraject.

Intensieve gedragmatige stoppen-met-rokenbegeleiding

De begeleiding richt zich primair op gedragmatige ondersteuning, gebaseerd op motiverende gespreksvoering of cognitieve gedragstherapie eventueel aangevuld met medicamenteuze behandeling. Conform de aanbeveling van de onderhavige herziene richtlijnmodule bestaat intensieve gedragmatige begeleiding uit minimaal 4 contactmomenten, onder de voorwaarde dat na deze contactmomenten ook nog aandacht wordt besteed aan het stoppen binnen het reguliere (keten)zorg- of begeleidingstraject. Op basis van consensus bedraagt de totale contactduur minimaal 1,5 uur, maar bij voorkeur is er sprake van meer contactmomenten en een langere contactduur. De behoefte en wensen ten aanzien van de intensiteit van de begeleiding dienen besproken te worden, en indien het niet mogelijk is de gewenste/benodigde intensiteit te bieden dient er te worden doorverwezen naar een zorgverlener die dit wel kan bieden.

Intensiteit van de behandeling

De intensiteit is de combinatie van de *frequentie* (aantal contactmomenten) en de *duur* (duur per contactmoment) van de behandeling.

Interventie (stoppen-met-roken)

Een breed begrip, waarmee bedoeld wordt: een actie of reeks acties van iets (e-health) en/of iemand (stoppen-met-rokencoach, zorgprofessional) gericht op het in gang zetten van of begeleiden van een stopproces en uiteindelijk het (blijvend) stoppen met roken van de patiënt. Een interventie kan de vorm aannemen van een persoonlijke (minimale) interventie, en/of een digitale interventie (zie 'E-health'). Daarbij zijn combinaties goed mogelijk, bijvoorbeeld wanneer een zorgverlener e-health-toepassingen inzet als ondersteuning bij de persoonlijke begeleiding.

Korte ondersteunende stoppen-met-rokenbegeleiding

Een kort gedragsmatig begeleidingstraject eventueel aangevuld met medicamenteuze behandeling. Het betreft een beperkt aantal sessies (maximaal drie) waarin de patiënt wordt begeleid bij het stoppen met roken.

Medicamenteuze behandeling

De medicamenteuze behandeling richt zich op het ondersteunen van het stoppen met roken met medicamenteuze middelen zoals nicotinevervangende middelen en andere medicatie. Een verplicht onderdeel van de medicamenteuze behandeling is het informeren over medicamenteuze middelen en het begeleiden van het gebruik ervan. Een medicamenteuze behandeling dient altijd te worden gecombineerd met gedragsmatige begeleiding.

Nazorg

Dit is zorg die wordt aangeboden aan alle stoppers ná de begeleiding en gericht is op het 'gestopt blijven'. Nazorg biedt ondersteuning aan deelnemers bij het rookvrij blijven tot 12 maanden na de stopdatum.

Nicotine

Nicotine is een stof die voorkomt in de tabaksplant (*Nicotiana tabacum*), en het vormt het belangrijkste psychoactieve bestanddeel in tabak. Nicotine wordt meestal ook toegevoegd aan de vloeistof van e-sigaretten (vapes) en aan andere producten zoals nicotinezakjes. Na inhaleren van tabaksrook of e-sigaretten damp bereikt nicotine de hersenen in circa 7 seconden, waar het aangrijpt op het dopaminesysteem. Dit systeem speelt een belangrijke rol bij gevoelens van beloning, en prikkeling ervan leidt tot een aangenaam gevoel. De ontwenningsverschijnselen van nicotine zijn dan ook onprettig en sterk. Verslaving aan nicotine (bijvoorbeeld door roken of gebruiken van een e-sigaret) is hierdoor één van de hardnekkigste verslavingen.^{c,d}

Patiënt

Patiënten zijn personen op wie deze richtlijn van toepassing is (rokers). Waar de term 'patiënt' staat kan, afhankelijk van de (zorg)setting, echter ook 'cliënt' of 'mens' worden gelezen.

^c Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (2009). *Ranking van drugs: Een vergelijking van de schadelijkheid van drugs*. Rapport. Bilthoven: RIVM.

^d Le Foll B, Piper ME, Fowler CD, Tonstad S, Bierut L, Lu L, Jha P, Hall WD. Tobacco and nicotine use. *Nat Rev Dis Primers*. 2022 Mar 24;8(1):19. doi: 10.1038/s41572-022-00346-w. PMID: 35332148.

Roken

Roken is het roken van tabak als sigaret, shag, pijp, sigaar, waterpijp of verhitte tabak. Hoewel het gebruik van een e-sigaret formeel geen 'roken' wordt genoemd (men 'gebruikt' de e-sigaret of vape), wordt dit in de context van deze richtlijn wel geschaard onder roken. Los van de definitie 'roken' staat het 'gebruik van nicotinezakjes (en snus)'.

Roker

Een roker, of 'iemand die rookt', is een gebruiker van één of meerdere soorten tabaks- of nicotineproducten, ongeacht vorm (bijvoorbeeld (e-)sigaret, pijp, sigaar), frequentie en hoeveelheid. Mensen die nicotinezakjes (of snus) gebruiken kunnen 'gebruikers van nicotinezakjes' (of 'snussers') genoemd worden, maar deze categorie valt buiten de scope van de onderhavige modulaire richtlijnherziening.

Stopdatum

De datum die de patiënt en zorgverlener samen afspreken waarop de patiënt stopt met roken. Deze datum is het referentiekader voor de monitoring van gestopt zijn. Mocht er sprake zijn van een uitglijder of terugval dan blijft deze stopdatum staan, tenzij er een geheel nieuw begeleidingstraject wordt opgestart.

Stoppen-met-rokencoach

Een hulpverlener die intensieve stoppen-met-rokenbegeleiding geeft. Stoppen-met-rokencoaches die intensieve gedragsmatige stoppen-met-rokenbegeleiding aanbieden en voldoen aan alle hieraan verbonden kwaliteitseisen staan geregistreerd in het [Kwaliteitsregister Stoppen met Roken](#) (Kabiz, 2025b).

Stoppen-met-rokennetwerk

Het stoppen-met-rokennetwerk betreft alle zorgverleners die betrokken zijn in de zorg rond stoppen-met-roken, inclusief zorgverleners die adviseren en verwijzen. De mate waarin dit netwerk dekkend en/of onderling verbonden is, kan regionaal vooralsnog (sterk) verschillen.

Stoppen-met-rokenzorg

De stoppen-met-rokenzorg is het overkoepelende begrip waarmee het gehele traject rond stoppen met roken wordt aangeduid, beginnend bij het vragen naar rookgedrag en het adviseren om te stoppen, tot en met de nazorg van gestopte rokers.

Stopplan (of 'individueel stopplan')

Het stopplan is een plan voor het stoppen met roken wat de patiënt voor zichzelf maakt. De patiënt kan in het stopplan de onderwerpen van de begeleiding noteren die voor hem/haar van belang zijn — ook als er geen zorgverlener betrokken is.

Stopproces

Als iemand stopt spreken we van een stopproces in plaats van een stoppoging. Om aan te geven dat een terugval in dit proces normaal is en geen faalervaring.

(Tabaks)sigaret

Een tabakssigaret bestaat uit onder andere nicotinehoudende tabaksbladeren, toegevoegde stoffen ('additieven'), vloeipapier, bindmiddel en (vaak) een filter. Een deel van de honderden (bekende)

additieven is giftig en/of kankerverwekkend.^{e,f} Waar in deze richtlijn wordt gesproken over de e-sigaret in relatie tot de ‘gewone’ sigaret, duiden we laatstgenoemde aan als ‘tabakssigaret’ – dit om het onderscheid duidelijk te maken.

Tabaks- en nicotineverslaving

Tabak is een verslavend product, niet alleen door de aanwezigheid van nicotine maar ook door gewoontevorming. Mensen die roken blijven dit onder andere doen om het nicotinegehalte in het lichaam in stand te houden en de ontwenningsverschijnselen van nicotine tegen te gaan. Tabaksverslaving is als ‘Stoornis in het gebruik van tabak’ geregistreerd in het psychiatrische classificatiesysteem Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders (DSM 5 - TR). Volgens de DSM 5 - TR kent de diagnose tabaksverslaving of stoornis in tabaksgebruik (tobacco use disorder) elf criteria, waaronder bijvoorbeeld het optreden van tolerantie, regelmatig meer gebruiken dan gepland, mislukte stoppogingen en een sterk verlangen naar tabak (craving). Voor een diagnose moet worden voldaan aan het algemene criterium van een duidelijke beperking of lijden als gevolg van gebruik plus twee criteria uit de lijst. Bij het stoppen met roken zijn de onthoudingsverschijnselen meestal binnen een paar weken tot een maand voorbij, maar de gewoontevorming kan nog jaren, soms levenslang, bijdragen aan een terugval. Hetzelfde geldt voor trek (craving).

Telefonische (stoppen-met-roken)begeleiding

Stoppen-met-rokenbegeleiding die via de telefoon wordt geboden. Dit in tegenstelling tot face-to-face (fysieke) en online begeleiding.

Terugval (tijdens stoppen met roken)

Wanneer een patiënt tijdens het stopproces een terugval krijgt in het oude gedrag (roken) en daarmee weer rookt zoals voor aanvang van het stopproces. Dit in tegenstelling tot een ‘uitglijder’, waarbij een enkele sigaret is gerookt en er niet wordt teruggevallen naar roken (het oude rookgedrag).

Terugvalbegeleiding

Dit is de zorg die geboden wordt als een deelnemer aan (extra) intensieve stoppen-met-rokenbegeleiding na initieel gestopt te zijn in de begeleidingsfase, weer is of dreigt te gaan roken na deze fase.

Uitglijder (tijdens stoppen met roken)

Wanneer een patiënt tijdens het stopproces een enkele sigaret rookt, maar daarbij niet terugvalt in het oude gedrag (roken) wordt dit ‘uitglijder’ genoemd. Wanneer de patiënt wel weer rookt zoals voor aanvang van het stopproces wordt dit ‘terugval’ genoemd.

Verwijzen

Een cliënt gericht doorsturen naar een andere zorgverlener of voorziening. Wie formeel mag verwijzen is vastgelegd in wet- en regelgeving; zorgverzekeraars mogen dit in hun polisvoorwaarden alleen nader invullen binnen die wettelijke kaders.

Zorgstandaard

Een zorgstandaard geeft een functionele beschrijving van de norm voor de multidisciplinaire zorg voor een bepaalde chronische ziekte, of voor algemene aspecten van die chronische ziekte. Een

^e Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (2021). *Wat zit er in een sigaret?* Bilthoven: RIVM.

^f WHO (2015). *Fact sheet on ingredients in tobacco products*. World Health Organization, ed. Geneva: WHO Press.

zorgstandaard is de basis voor een programmatische aanpak en beschrijft vanuit patiëntenperspectief waar goede zorg aan dient te voldoen. De zorgstandaard beschrijft de *inhoud* van de zorg, de *organisatie* van de zorg en vereisten voor *implementatie*.

Zorgstandaard Tabaks- en nicotineverslaving

De Zorgstandaard Tabaks- en nicotineverslaving beschrijft de zorg voor stoppen met roken c.q. de behandeling van tabaksverslaving.⁸

Zorgverlener

Gezondheidszorgprofessional die betrokken is bij de zorg voor de patiënt, mits bevoegd en bekwaam voor de handelingen die hij/zij verricht. De Wet BIG vormt het primaire juridische kader voor bevoegdheid en bekwaamheid.

⁸ Trimbos-instituut i.s.m. Partnership Stoppen met Roken (2025). [Zorgstandaard Tabaks- en nicotineverslaving, herziening 2025](#). Trimbos-instituut: Utrecht.

Voorwoord

Dit is de meest recente herziening van de richtlijn 'Tabaks- en nicotineverslaving'. Nadat deze richtlijn onlangs (in 2024)⁸ is herzien met de update van zes bestaande modules en de toevoeging van twee nieuwe modules, werd na publicatie al snel duidelijk dat er ook dringend behoefte was aan een herziening van de module 'Intensieve gedragsmatige stoppen-met-rokenbegeleiding'⁹ uit 2016.

De richtlijnwerkgroep stelt dat het gebruik van nicotinehoudende producten voor de meeste mensen niet een bewuste keuze is voor een leefstijl, maar een verslavingsaandoening. Patiënten die roken (of vaperen) en hiermee willen stoppen, moeten daarom een passende behandeling krijgen of worden verwezen naar geschikte hulp bij het stoppen-met-roken. Naast de inzet van diverse preventieve maatregelen is het therapeutisch arsenaal ter ondersteuning van het stoppen met roken tegenwoordig breed en bestrijkt het verschillende (gezondheidszorg)disciplines. Men kan bijvoorbeeld kiezen voor een korte (niet-intensieve) ondersteunende begeleiding, intensieve of *extra* intensieve begeleiding, of behandeling in de gespecialiseerde verslavingszorg.¹⁰

Het is van belang om, via gedeelde besluitvorming (ook wel samen beslissen genoemd), de meest gewenste en best passende vorm van begeleiding te kiezen. In deze keuze kunnen persoonlijke factoren een rol spelen – te denken valt daarbij aan eventuele ziektes, zwangerschap, leeftijd en rookhistorie, gezondheidsvaardigheden, de mate van vertrouwen die de patiënt heeft in zijn/haar vaardigheid om te kunnen stoppen met roken en eventuele eerdere stoppogingen. De gedragsmatige begeleiding waarvoor zorgverlener en roker uiteindelijk kiezen, is het meest effectief in combinatie met farmacotherapeutische begeleiding.⁹

In de vorige herziening van de richtlijn werd de bestaande aanbeveling met betrekking tot *niet-intensieve* (korte) gedragsmatige stoppen-met-rokenbegeleiding aangescherpt. In de huidige modulaire herziening gebeurt hetzelfde voor de aanbeveling met betrekking tot *intensieve* gedragsmatige begeleiding.

Prof. dr. Jean Muris, hoogleraar huisartsgeneeskunde, voorzitter werkgroep

⁸ Trimbos-instituut (2024). [Richtlijn Tabaks- en nicotineverslaving, Herziening 2024](#). Trimbos-instituut: Utrecht.

⁹ Trimbos-instituut (2017). [Richtlijn Behandeling van tabaksverslaving en stoppen met roken ondersteuning, Herziening 2016](#). Trimbos-instituut: Utrecht.

¹⁰ Trimbos-instituut i.s.m. Partnership Stoppen met Roken (2025). [Zorgstandaard Tabaks- en nicotineverslaving, herziening 2025](#). Trimbos-instituut: Utrecht.

Samenvatting aanbeveling

Intensieve gedragsmatige begeleiding

Overweeg intensieve gedragsmatige stoppen-met-rokenbegeleiding voor rokers die gemotiveerd zijn om te starten met begeleiding bij het stoppen met roken. Bespreek de voor- en de nadelen ten opzichte van minder intensieve begeleidingsvormen of zelfhulp, zoals:

- een mogelijk grotere succeskans;
- een grotere tijdsinvestering.

Intensieve gedragsmatige begeleiding bestaat uit minimaal 4 contactmomenten. Op basis van consensus is de totale contactduur daarbij minimaal 1,5 uur, en geldt de voorwaarde dat na deze contactmomenten ook nog aandacht wordt besteed aan het stoppen met roken binnen het reguliere (keten)zorg- of begeleidingstraject. Bij voorkeur zijn er meer contactmomenten en langere contactduur. Bespreek de behoefte en wensen ten aanzien van de intensiteit van de begeleiding.

Indien het niet mogelijk is de gewenste/benodigde intensiteit te bieden: verwijs door naar een zorgverlener die dit wel kan bieden.

Modulaire herziening: Intensieve gedragsmatige begeleiding

1. Inleiding

In 2024 rookte 18,2% van de volwassen Nederlanders (Trimbos-instituut, 2025). Het merendeel van alle rokers wil op enig moment stoppen (Trimbos-instituut, 2020), en in 2024 heeft ruim een derde (35,3%) van de rokers in het voorafgaande jaar ook daadwerkelijk een serieuze stoppoging ondernomen (Trimbos-instituut, 2025).

De grootste kans op succesvol^k stoppen met roken is via professionele begeleiding in de vorm van gedragsmatige ondersteuning, zo nodig aangevuld met een medicamenteuze behandeling, aldus de richtlijn 'Behandeling van tabaksverslaving en stoppen met roken ondersteuning', herziening 2016.^l

De individuele gedragsmatige ondersteuning is in verschillende vormen en intensiteiten mogelijk, waarbij het aantal contactmomenten, de tijdsduur van contactmomenten en de totale zorgduur kunnen verschillen. De richtlijn (2016) stelt dat de effectiviteit van gedragsmatige ondersteuning lijkt toe te nemen *“naarmate de interventie intensiever is, langer duurt en meer contacten bevat”*. Over de omvang van het contact van *intensieve* gedragsmatige stoppen-met-rokenbegeleiding is bij deze richtlijnherziening een ondergrens genoemd van *“minimaal 4 consulten van 10 minuten”* (Trimbos-instituut, 2017).^m

Rondom *niet-intensieve (kortdurende)* gedragsmatige stoppen-met-rokenbegeleiding is er bij de richtlijnherziening van 2024 een module opgenomen, waarbij de interventie werd geoperationaliseerd als 'eenmalige gedragsmatige interventie, bestaande uit maximaal drie contactmomenten' (Trimbos-instituut, 2024). De aanbeveling luidde 'zwak tegen'.

Knelpunt huidige praktijk

Er is discussie over de benodigde intensiteit van intensieve gedragsmatige stoppen-met-rokenbegeleiding. Vanuit het (stoppen-met-roken)zorgveld zijn er al langere tijd signalen dat intensieve gedragsmatige stoppen-met-rokenbegeleiding geen vorm kan krijgen binnen 4 contactmomenten van ca. 10 minuten. Onder stoppen-met-rokencoaches is er consensus dat intensieve begeleiding minimaal zou moeten bestaan uit motivatiecheck (en het bespreken ervan met de patiënt), een intake, een intensieve begeleidingsfase, een afsluitend gesprek en nazorg tot 12 maanden na de stopdatum. Om dit goed vorm te kunnen geven dient de omvang van het contact (aantal contactmomenten en de duur ervan) ruimer te zijn dan viermaal 10 minuten (Trimbos-instituut, 2017). Dit wordt gesteund door een verkenning onder 192 aanbieders van intensieve gedragsmatige stoppen-met-rokenbegeleiding die het Trimbos-instituut in 2023 uitvoerde (Trimbos-instituut, 2023). Exclusief nazorg bestaat de begeleiding door deze coaches uit minimaal zeven contactmomenten en een totale begeleidingstijd van minimaal 3 uur bij individuele begeleiding tot minimaal 4,5 uur bij

^k Met 'succesvol' stoppen wordt blijvende abstinentie bedoeld gedurende minimaal 12 maanden na het stopmoment.

^l De titel van deze richtlijn is vanaf de herziening in 2024 aangepast naar 'Richtlijn tabaks- en nicotineverslaving'.

^m Deze herziening baseert zich t.a.v. de duur van intensieve begeleiding geheel op de CBO richtlijn uit 2009. Deze schetst ten opzichte van dit thema een genuanceerder beeld door te stellen dat het label 'intensief' enigszins arbitrair is. Een Amerikaanse richtlijn stelt de ondergrens voor intensieve begeleiding inderdaad op ten minste viermaal 10 minuten, maar hier tegenover staat een Engelse richtlijn die aanbeveelt dat een stoppen-met-rokenbehandeling zou moeten bestaan uit *ten minste 5 sessies van ongeveer 1 uur* (Parott, 1998). Zie https://www.partnershipstoppenmetroken.nl/wp-content/uploads/2022/10/2009_Richtlijn-Tabaksverslaving-Actualisatie-2009-definitief.pdf, pag. 36-37.

groepsbegeleiding. Aan de andere kant zijn er signalen uit de huisartsenpraktijk dat 4 reguliere contactmomenten voldoende kunnen zijn, als verdere follow-up ingebed kan worden in contacten die om andere redenen binnen de huisartspraktijk plaatsvinden, zoals diabetescontrole. Bij het vaststellen van de PICO van het hoofdstuk 'niet-intensieve gedragsmatige begeleiding' (herziening 2024), waar de *bovengrens* van niet-intensieve begeleiding werd gebaseerd op de in 2016 vastgestelde *ondergrens* voor intensieve begeleiding, kwam deze discussie ook naar voren.

Definitie en doel van de interventie

Het doel van de individuele intensieve gedragsmatige interventie is begeleiding bij de voorbereiding op het stoppen met roken en het stoppen zelf, en op het voorkomen van een terugval in oud rookgedrag, zodat het stoppen met roken succesvol verloopt voor de patiënt. De begeleiding bestaat uit een startgesprek, een intensieve begeleidingsfase, een afsluitend gesprek en nazorg. Het voortraject van adviseren en motiveren hoeft hier niet noodzakelijkerwijs binnen te vallen, maar wel kan er voor de start van het traject een motivatiecheck worden gedaan en besproken (om na te gaan of de patiënt op de juiste plek zit) en ook wordt er tijdens de ondersteuning aandacht besteed aan het op peil houden van de motivatie. Volgens de huidige definitie bedraagt het aantal contactmomenten minimaal 4 en de totale contactduur minimaal 40 minuten.

2. Wetenschappelijke onderbouwing

2.1 Uitgangsvraag en zoekstrategie

Uitgangsvraag

Is individuele intensieve gedragsmatige begeleiding aan te bevelen ter ondersteuning bij het stoppen met roken bij personen die gemotiveerd zijn om te stoppen met roken? Zo ja, welke mate van intensiteit is aan te bevelen?

Zoekstrategie / review protocol

Om bovengenoemde vragen te beantwoorden, is er op 5 februari 2025 een literatuuronderzoek uitgevoerd in de PsychInfo, Medline, Cochrane, Embase en Cinahl databanken naar systematische reviews, meta-analyses en RCT's.

Tabel 1 PICO

Patiënten	Volwassen rokers met motivatie om te stoppen met roken
Interventie	Individuele intensieve gedragsmatige begeleiding (huidige definitie: minimaal 4 x 10 minuten). Indien mogelijk aparte (pragmatisch gekozen) categorieën bekijken: 1. Minimaal 4 contactmomenten en totale contactduur minimaal 40 minuten tot 1 uur 2. Minimaal 6 contactmomenten en totale contactduur 1 tot 3 uur 3. Minimaal 8 contactmomenten en totale contactduur > 3 uur
Vergelijking	Alles van minimale zorg tot en met niet-intensieve ondersteuning (max. 3x 10 minuten), dus ook zelfhulp, e-health
Uitkomstmaten	<i>Cruciaal:</i> • Gestopt met roken op het langste follow-up moment (≥ 6 maanden) • Kwaliteit van leven <i>Belangrijk:</i>

	• Stoppen met interventie (uitval)
--	--

Klinisch relevant verschil voor uitkomstmaten

De werkgroep heeft bepaald dat 20% het minimale klinisch relevante verschil is voor alle uitkomstmaten, net als een SMD (Standardized Mean Difference) $> 0,50$, een OR of RR $< 0,75$ of $> 1,25$ en een verandering van 20% op de totale score van een vragenlijst.

2.2 Selectie van studies

Bijlage 1 geeft een uitvoerige beschrijving van de praktische en methodologische onderbouwing bij deze richtlijnherziening. Bijlage 2 vermeldt de zoektermen en resultaten per databank. De zoekopdracht werd uitgevoerd tot en met 5 februari 2025 in de databanken PubMed, PsycINFO, en Embase om systematische reviews (SR's), meta-analyses en gerandomiseerde gecontroleerde trials (RCT's) te identificeren. De zoektermen waren gericht op intensieve gedragsmatige stoppen-met-roken-begeleiding en het gebruik van cognitieve gedragstherapie bij rokers die gemotiveerd zijn om te stoppen. De zoektermen en de gebruikte filters zijn zo geformuleerd dat alleen de meest relevante artikelen werden geselecteerd, en de zoekresultaten zijn verder geanalyseerd op basis van de PICO-criteria (Patiënten, Interventie, Vergelijking, en Uitkomstmaten; zie Tabel 1).

De resultaten per databank waren als volgt:

- PubMed: 22 systematische reviews en 55 RCT's
- PsycINFO: 17 systematische reviews en 51 RCT's
- Embase: 28 systematische reviews en 51 RCT's

Systematische reviews

Na het ontdebellen van de resultaten bleven 46 unieke artikelen over voor verdere beoordeling. Na de eerste selectie op basis van de abstract bleven er 5 SR's over. De Cochrane review (SR) van Lancaster & Stead (2017) was het meest geschikt om de uitgangsvraag te beantwoorden. Deze was breder opgezet dan de PICO, waardoor de PICO volledig werd gedekt. Daarnaast was deze SR methodologisch goed opgezet. Van de door Lancaster & Stead geïnccludeerde RCT's voldeden 45 van de 49 echter niet aan onze PICO, bijvoorbeeld omdat de interventie werd gecombineerd met medicamenteuze ondersteuning, omdat de interventie niet intensief genoeg was, of omdat de follow-upduur niet lang genoeg was. Zie Bijlage 3 voor de exclusieredenen van deze studies. Uiteindelijk bleven er 4 RCT's over die voldeden aan onze PICO.

RCT's

Na het ontdebellen van de resultaten bleven 107 unieke artikelen over voor verdere beoordeling. Na de eerste selectie op basis van de abstract bleven er 4 RCT's over. Deze voldeden geen van alle aan de PICO, zie Bijlage 3 voor de exclusiecredenen.

2.3 Resultaten

Onderzoekskarakteristieken

Categorie 1 – Minimaal 4 contactmomenten en totale contactduur minimaal 40 minuten tot 1 uur:

- **Thankappan 2014:** Dit was een gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek dat rookstopbegeleiding onderzocht bij **224 mannelijke mensen met diabetes** in een diabeteskliniek in **India**. De intensiteit van de interventie is vier keer 30 minuten. De controlegroep kreeg een eenmalig advies. De deelnemers hadden een gemiddelde leeftijd van **53 jaar**. De mediane behandel- en follow-upduur was **6 maanden**.

Categorie 2 – Minimaal 6 contactmomenten en totale contactduur 1 tot 3 uur:

- **Chen 2014:** Dit was een gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek naar de effectiviteit van individuele begeleiding voor rookstop bij **190 rokers** in **China** (85 met COPD en 105 asymptomatische rokers) in de tweede lijn. De controlegroep kreeg een eenmalig kort advies. De intensiteit van de interventie was één keer 20 minuten en negen keer 10 minuten. De deelnemers waren gemiddeld **50 jaar, 97% man** en rookten gemiddeld **20 sigaretten per dag**. De mediane behandel- en follow-upduur was **6 maanden**.
- **Dornelas 2000:** Deze gerandomiseerde gecontroleerde studie vergeleek rookstopbegeleiding bij **100 patiënten na een myocardinfarct** in de **Verenigde Staten, in de tweede lijn**. De intensiteit van de interventie was acht keer 20 minuten. De controlegroep kreeg minimale zorg, inclusief het advies om een online educatievideo te bekijken. De deelnemers waren gemiddeld **50 jaar, 23% vrouw** en rookten gemiddeld **29 sigaretten per dag**. De mediane behandel- en follow-upduur was **12 maanden**.
- **Ramos 2010:** Een gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek naar rookstopbegeleiding in **zorginstellingen in de eerste lijn in Spanje**. De interventie bestond uit zes contactmomenten, waarvan de duur onbekend is. De controlegroep kreeg een minimale interventie. Daarnaast was er nog een tweede interventiegroep die groepstherapie kreeg; deze is hier buiten beschouwing gelaten. Er werden **287 rokers** geïncludeerd (waarvan **54% vrouw**) met een gemiddelde leeftijd van **44 jaar** en een gemiddelde sigarettenconsumptie van **20 sigaretten per dag**. De mediane behandel- en follow-upduur was **12 maanden**.

Categorie 3 – Minimaal 8 contactmomenten en totale contactduur > 3 uur:

- **Geen studies gevonden**

Effectiviteit en bijwerkingen

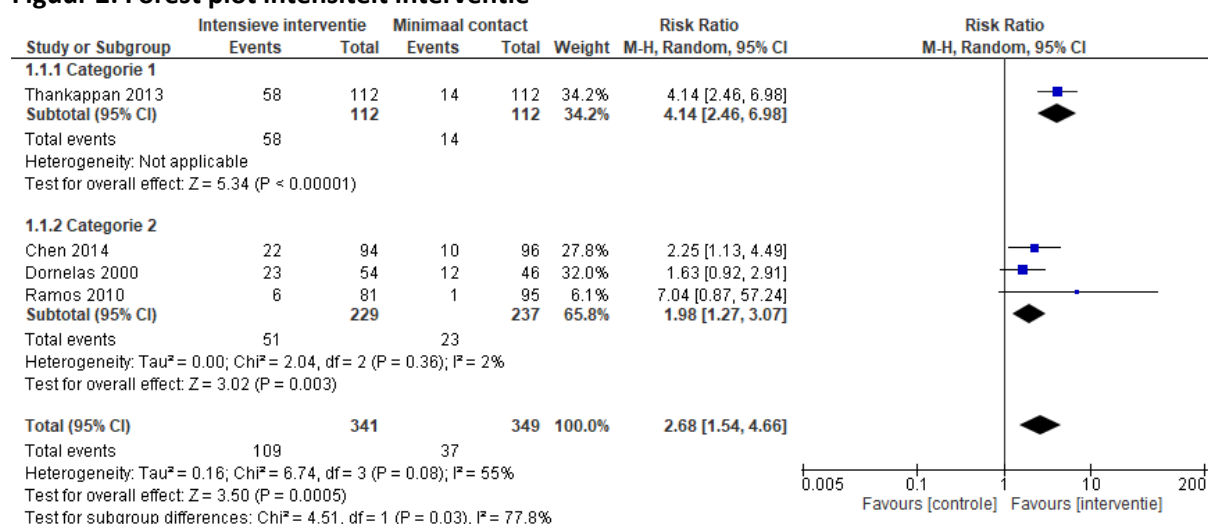
Zie Figuur 1 voor het risico op bias per studie en de GRADEpro SoF-tabel (Tabel 2) voor de samenvatting van de resultaten.

We hebben daarnaast onderzocht of de kans op stoppen met roken groter wordt naarmate de intensiteit van de gedragsmatige interventie toeneemt. Op basis van het beschikbare onderzoek is het echter niet mogelijk om hier een uitspraak over te doen (zie Figuur 2).

Figuur 1: Risk of Bias (RoB)

	Random sequence generation (selection bias)	Allocation concealment (selection bias)	Blinding of participants and personnel (performance bias)	Blinding of outcome assessment (detection bias)	Incomplete outcome data (attrition bias)	Selective reporting (reporting bias)	Other bias
Chen 2014	?	?	+	+	+	+	+
Dornelas 2000	-	-	+	-	+	+	+
Ramos 2010	+	+	+	+	-	+	+
Thankappan 2013	+	+	+	-	+	+	+

Figuur 2: Forest plot intensiteit interventie*



*Categorie 1: Minimaal 4 contactmomenten, totale contactduur minimaal 1 uur

Categorie 2: Minimaal 6 contactmomenten en totale contactduur 1 tot 3 uur

(geen onderzoeken met categorie 3 (minimaal 8 contactmomenten en totale contactduur > 3 uur) beschikbaar)

Events: gestopt met roken na minimaal 6 maanden.

Tabel 2: Samenvatting resultaten (GRADEpro SoF-tabel)

Gedragmatig interventies versus controle voor stoppen met roken

Uitkomsten	Absolute effecten* (95% CI)		Relatief effect (95% CI)	Aantal deelnemers (studies)	Certainty of the evidence (GRADE)	Opmerkingen
	Risico met controle	Risico met Gedragmatig interventies				
Stoppen met roken	106 per 1.000	284 per 1.000 (163 tot 494)	RR 2.68 (1.54 tot 4.66)	690 (4 RCTs)	⊕⊕○○ Laag ^{a,b}	Een intensieve gedragmatige interventie verbetert mogelijk de kans op het stoppen met roken.
Kwaliteit van leven				(geen studies)	-	Dit is niet gemeten
Stoppen met interventie (uitval)				(geen studies)	-	Dit is niet gemeten

a. Kans op vertekening: Alle studies hadden minimaal op 1 criterium een hoge of onduidelijke (niet gerapporteerde) kans op vertekening van de onderzoeksresultaten.

b. Onnauwkeurigheid: Effect is gebaseerd op weinig events (<200)

3. Conclusies

⊕⊕○○	Intensieve gedragsmatige begeleiding verbetert mogelijk de kans op het stoppen met roken.
Niet gemeten	Kwaliteit van leven en stoppen met de behandeling.
Geen bewijs	Vanwege gebrek aan bewijs is het niet mogelijk om een conclusie te trekken over de meest effectieve intensiteit (aantal contactmomenten, duur per contactmoment en totale duur) van de intensieve gedragsmatige begeleiding.

4. Van bewijs naar aanbeveling

4.1 Balans tussen gewenste en ongewenste effecten

Intensieve gedragsmatige begeleiding kan mogelijk de kans op het stoppen met roken vergroten. In vergelijking met niet-intensieve begeleiding, bijvoorbeeld eenmalig advies, neemt de kans op succesvol stoppen na minimaal zes maanden gemiddeld toe van 11 naar 28% (95%-BI 16 tot 49%). Er is te weinig onderzoek beschikbaar om hierbij onderscheid te maken naar de intensiteit (in duur en in aantal contactmomenten) van de interventie. Voor de uitkomst 'Kwaliteit van leven' en 'Stoppen met de behandeling' is geen bewijs gevonden.

4.2 Kwaliteit van het bewijs

De kwaliteit van het bewijs is laag. We hebben afgewaardeerd voor risico op bias (RoB), omdat in alle studies minimaal één criterium onvoldoende werd gerapporteerd voor een betrouwbare beoordeling en/of bij één of meerdere criteria sprake was van een hoog risico op bias (zie Figuur 1). Daarnaast hebben we afgewaardeerd voor onnauwkeurigheid omdat er weinig events (aantal patiënten dat gestopt was met roken) in de onderzoeksgroepen waren.

4.3 Waarden en voorkeuren van patiënten

Een deel van de patiënten heeft een voorkeur voor een intensieve vorm van gedragsmatige begeleiding met een actieve follow-up. Andere patiënten geven de voorkeur aan minder intensieve begeleiding, of aan zelfhulp (Patiëntenfederatie Nederland, 2023; Smith et al., 2015). Wanneer een patiënt gemotiveerd is om te starten met begeleiding dan dient er via gedeelde besluitvorming te worden besproken welke vorm van begeleiding gewenst en het meest passend is.ⁿ Factoren die een rol kunnen spelen in deze keuze zijn persoonlijke factoren zoals ziektes, zwangerschap, leeftijd en rookhistorie, gezondheidsvaardigheden, de mate van vertrouwen die de patiënt heeft in zijn/haar vaardigheid om zelfstandig te kunnen stoppen met roken en/of eventuele eerdere stoppogingen. Een andere factor kan zijn het al dan niet tijd *kunnen* of *willen* vrijmaken voor intensieve begeleiding. Verder speelt de eventuele voorkeur van de patiënt voor bekende zorgverleners een rol.

4.4 Kosten

De kosten van intensieve gedragsmatige begeleiding hangen samen met de geïnvesteerde tijd (aantal contactmomenten en de duur ervan) en opleiding(seisen) van de coach of zorgverlener die deze begeleiding aanbiedt. In 2026 vergoedt de zorgverzekeraar per jaar vanuit het basispakket minstens één intensief stoppen-met-rokenprogramma, mits het een bewezen-effectieve methode betreft, zoals

ⁿ Handige hulpmiddelen hierbij zijn de [Keuzehulp stoppen met roken](#) op [lkstopnu.nl](#), de [Keuzekaart Stoppen met Roken](#) van het Longfonds en de [NHG-Keuzetabel stoppen met roken](#).

persoonlijke coaching of groepstrainingen.^o Sommige zorgverzekeraars vergoeden per jaar drie intensieve stoppen-met-rokenprogramma's; per 2027 geldt dit voor alle zorgverzekeraars. De vergoeding is 100%, de patiënt hoeft geen eigen risico te betalen. De behandeling dient wel te worden aangeboden door een coach of zorgverlener die is aangesloten bij de zorgverzekeraar van de patiënt.

4.5 Aanvaardbaarheid

De gezondheidswinst die de patiënt kan bereiken door te stoppen met roken maakt het aanvaardbaar om intensieve gedragsmatige begeleiding te bieden en te krijgen bij het te stoppen met roken, om de kans op stoppen zo groot mogelijk te maken. Het vergt echter een tijdsinvestering en toewijding van de patiënt, wat de aanvaardbaarheid in de weg kan staan (zie ook onder Waarden en voorkeuren van patiënten).

Potentieel beperkend voor de aanvaardbaarheid van alle interventies ter ondersteuning bij stoppen met roken is dat er een vrij grote kans is dat het de patiënt niet lukt om te stoppen, of dat hij/zij terugvalt naar het oude rookgedrag, en dit ervaart als falen. De patiënt kan hierdoor ontmoedigd raken om opnieuw een poging tot stoppen te ondernemen, of bij een volgende stoppoging minder vertrouwen in het eigen kunnen hebben. Dit is inherent aan het feit dat roken een verslaving is. Stoppen met roken is een leerproces dat vaak niet in één keer tot blijvende abstinentie leidt, maar gemoeid gaat met meerdere stoppogingen (Chaiton et al., 2016). Bij intensieve gedragsmatige begeleiding wordt de kans op slagen en terugval meegenomen in de begeleiding zelf, met de insteek dat de patiënt het niet als falen ziet maar als onderdeel van het stoppen-met-rokenproces. De kans op blijvend stoppen is, in vergelijking met minder intensieve begeleidingsvormen, bij intensieve gedragsmatige begeleiding het grootst, wat volgens de werkgroep sterk bijdraagt aan de aanvaardbaarheid van de intensieve gedragsmatige interventie.

Overwegingen over intensiteit (aantal contacten en contactduur)

Op basis van de onderzoeken kan geen aanbeveling gedaan worden over de intensiteit van de begeleiding. In de onderzochte interventies was het minimale aantal contacten vier (met contactduur 30 minuten), en de minimale contactduur 10 minuten (met zes contacten of meer). Er werd in de onderzochte interventies geen nicotinevervangende middelen (NVM) of medicatie gebruikt. Dat is in deze module ook niet onderzocht, om het zuivere effect van intensieve gedragsmatige begeleiding te beoordelen. Het gebruik van NVM of medicatie vraagt ook wat begeleidingstijd, maar het grootste deel van de begeleidingstijd zit in het gedragsmatige deel.

De werkgroep heeft een paar overwegingen ten aanzien van de intensiteit:

- Gedragsmatige begeleiding omvat begeleiding in de voorbereiding op het stoppen met roken en het stoppen zelf, en op het voorkomen van een terugval in oud rookgedrag. Bij voorkeur houdt de zorgverlener actief contact tot een jaar na de stopdatum, om terugval te signaleren. De kans op terugval is namelijk het grootst in het eerste jaar na stoppen (Hughes et al., 2008). Bij een terugval naar rookgedrag bespreekt de zorgverlener met de patiënt *wat* er gebeurde, *waarom* dit gebeurde en hoe er een volgende keer anders mee om te gaan, met minder kans op een nieuwe terugval. Zo kunnen potentiële faalervaringen worden omgezet in leermomenten die de patiënt sterken in het verdere stopproces. Daarom bestaat nazorg volgens de werkgroep idealiter uit vaste contactmomenten, terugkomactiviteiten (in een groep) en telefonische bereikbaarheid bij nood in geval van een (dreigende) terugval. Om deze

^o Stoppen-met-rokencoaches die intensieve gedragsmatige stoppen-met-rokenbegeleiding aanbieden en voldoen aan alle hieraan gestelde kwaliteitseisen staan geregistreerd in het [Kwaliteitsregister Stoppen met Roken](#) (Kabiz, 2025b).

begeleiding te bieden dient de begeleiding een zekere intensiteit te hebben qua aantal contactmomenten en contactduur. Wetenschappelijk bewijs hiervoor ontbreekt echter.

- In de vorige versie van deze richtlijnmodule (Trimbos-instituut, 2017) werd geconcludeerd dat er aanwijzingen waren voor grotere effectiviteit naarmate de interventie intensiever was. De PICO richtte zich destijds op individuele gedragsmatige begeleiding in het algemeen, zonder een ondergrens in aantal contactmomenten of contactduur. De aanwijzingen voor toenemende effectiviteit golden vooral voor interventies met < 4 contactmomenten, en contactduur < 1,5 uur. Daarboven waren de verschillen niet duidelijk, en de betrouwbaarheidsintervallen overlaptten. Voor toenemende effectiviteit bij meer dan 4 contactmomenten ontbrak dus toen ook het wetenschappelijk bewijs.
- Er spelen veel verschillen van inzicht en belangen in de discussie over de vereiste intensiteit van gedragsmatige begeleiding. Uit een vragenlijstonderzoek onder stoppen-met-rokencoaches blijkt dat zij gemiddeld 8 contactmomenten^p en totale contactduur van 3,5 uur nodig hebben, exclusief nazorg (Trimbos-instituut, 2023). Nazorg (gemiddeld 1-3 contactmomenten) dient nog tot een jaar na de begeleiding beschikbaar te zijn. In de huisartsenpraktijk is de ervaring en dat 4 contactmomenten doorgaans voldoende zijn voor begeleiding van patiënten met een niet-complexe zorgvraag, op voorwaarde dat na deze contactmomenten blijvende aandacht aan het stoppen wordt besteed binnen het reguliere (keten)zorgtraject. Er is geen wetenschappelijk bewijs om deze ervaringen aan te staven.
- Het huidige afkappunt (in de PICO, zie Tabel 1) in de minimale contactduur, van 40 minuten, sluit niet aan bij de praktijk. De werkgroep rekent voor de eerste twee fysieke contactmomenten minimaal 30 minuten en de twee daarop volgende contactmomenten na de stopdatum, minimaal 15 minuten (fysiek of telefonisch). Eventueel daarop volgende contactmomenten kunnen relatief kort van duur zijn en binnen bepaalde zorgspecialismen (zoals de huisartspraktijk) mogelijk geïntegreerd worden in doorlopende (keten)zorg.

Conclusie: De werkgroep adviseert om de huidige ondergrens van 4 contactmomenten aan te houden, wel met totale contactduur minimaal 1,5 uur in plaats van minimaal 40 minuten (op basis van consensus), onder voorwaarde dat tijdens doorlopende (keten)zorg blijvende aandacht aan het stoppen kan worden besteed. De werkgroep merkt op dat dit het minimum is, en spreekt een voorkeur uit voor meer dan 4 contactmomenten en meer dan 1,5 uur contactduur voor de totale begeleiding. Patiënten met een complexere zorgvraag, bijvoorbeeld patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden, een psychiatrische aandoening of die roken tijdens zwangerschap (FMS, 2025) hebben mogelijk/waarschijnlijk behoefte aan meer en langere contactmomenten (Trimbos-instituut i.s.m. Partnership Stoppen met Roken, 2025).

4.6 Haalbaarheid

De werkgroep acht de interventie over het algemeen haalbaar. Mogelijk verschilt de mate van haalbaarheid tussen zorgverleners; voor coaches en organisaties gericht op het aanbieden van intensieve stoppen-met-rokenzorg valt dit onder hun primaire werkzaamheden. Dit geldt niet zonder meer voor zorgverleners binnen de eerste en tweede lijn. De Zorgstandaard Tabaks- en nicotineverslaving (herziening 2025) benadrukt dan ook dat niet iedere zorgverlener en discipline 'alles' rondom stoppen met roken hoeft te doen: het gaat om ondersteuning van het stoppen-met-rokenproces in een netwerkbenadering (Trimbos-instituut i.s.m. Partnership Stoppen met Roken, 2025).

^p Een intakesessie van gemiddeld 40 minuten (range: 10-120 min.) en gemiddeld 7 intensieve smr-begeleidingssessies.

Voor de huisartsenpraktijk valt niet-medicamenteuze stoppen-met-rokenbegeleiding onder het extra aanbod. Niet voor alle huisartsenpraktijken zal het haalbaar zijn om de interventie aan te bieden, zeker niet naarmate de patiënt een voorkeur heeft voor intensievere begeleiding. Dat het ook in de huisartsenpraktijk mogelijk kan zijn om effectieve gedragsmatige begeleiding te bieden bij stoppen-met-roken, blijkt volgens de werkgroep bijvoorbeeld uit het intensieve stoppen-met-rokenprogramma dat is opgezet binnen Zorggroep Almere (Kramer et al., 2023). Dit programma is gemodelleerd naar de aanpak van de rookstoppoli van het Rode Kruis Ziekenhuis te Beverwijk (Rode Kruis Ziekenhuis, 2025) en bevat een individueel nazorgtraject van 12 maanden. Een ander voorbeeld van goed ingerichte, intensieve stoppen-met-rokenbegeleiding binnen de eerste lijn is dat van Huisartsen Coöperatie West Brabant (HCWB, 2025).

Voor zorgverleners werkzaam in het ziekenhuis, de geestelijke gezondheidszorg, verpleging, verzorging en thuiszorg, jeugdgezondheidszorg, verloskunde, bedrijfsgezondheidszorg, tand- en/of mondzorgpraktijk, apotheek etc., geldt ook dat het aanbieden van intensieve gedragsmatige stoppen-met-rokenbegeleiding niet altijd tot de mogelijkheden zal behoren. Terwijl deze zorgverleners een belangrijke rol spelen bij preventie, signalering en begeleiding bij tabaks- en nicotineverslaving. Voor stoppen-met-rokencoaches is de interventie haalbaar, ook als de patiënt intensievere begeleiding nodig heeft.

De werkgroep is van mening dat patiënten die gemotiveerd zijn om te stoppen met roken, en kiezen voor intensieve begeleiding, bij wie de huidige zorgverlener dit niet kan bieden doorverwezen dienen te worden naar een zorgverlener of organisatie die deze zorg wel kan bieden, bijvoorbeeld een coach die gespecialiseerd is in intensieve stoppen-met-rokenbegeleiding (Kabiz 2025b). Dit geldt ook als patiënten intensievere begeleiding nodig hebben / wensen dan haalbaar is voor de betreffende zorgverlener.

4.7 Waarom deze aanbeveling?

Intensieve gedragsmatige begeleiding verhoogt mogelijk het aantal mensen dat stopt met roken. Gemiddeld is de kans op stoppen na zes maanden 28% (95%-BI 16 tot 49%), in vergelijking met 11% bij niet-intensieve begeleiding, zoals bijvoorbeeld bij eenmalig advies. Gezien de grote gezondheidswinst van stoppen met roken vindt de werkgroep het belangrijk om patiënten die gemotiveerd zijn om te stoppen met roken deze interventie te adviseren.

Er is echter wel variatie te verwachten in de aanvaardbaarheid van de interventie voor de patiënt. Ook is de kwaliteit van het bewijs laag. Deze twee aspecten samen hebben geleid tot een zwak positieve aanbeveling voor deze interventie.

Met het beschikbare onderzoek kan geen uitspraak worden gedaan over de minimaal benodigde intensiteit van de interventie. De werkgroep adviseert daarom het huidige minimum aantal contactmomenten van 4 te behouden. Op basis van consensus adviseert de werkgroep wel een minimale totale contactduur van 1,5 uur, in plaats van het huidige minimum van 40 minuten. Het minimum van 4 contactmomenten en een contactduur van 1,5 uur geldt onder de voorwaarde dat er binnen het (keten)zorg- of begeleidingstraject, ook daarna nog aandacht is voor het stoppen-met-roken. In de situaties waar dit niet mogelijk is, of bij patiënten met een complexere zorgvraag, adviseert de werkgroep meer contactmomenten (oplopend tot 10, inclusief nazorg) en een langere (totale) contactduur.

De werkgroep is van mening dat stoppen-met-rokenzorg breed beschikbaar dient te blijven – dat wil zeggen: in verschillende vormen, en aangeboden door verschillende zorgprofessionals binnen de eerste en tweede lijn en in het veld van de gespecialiseerde stoppen-met-rokenzorg. Die brede

beschikbaarheid is van belang om te kunnen aansluiten op de waarden en voorkeuren van individuele patiënten. Te denken valt aan persoonlijke factoren zoals ziektes, zwangerschap, leeftijd en rookhistorie, gezondheidsvaardigheden, eventuele eerdere stoppogingen en de mate van vertrouwen die de patiënt heeft in diens vaardigheid om zelfstandig te kunnen stoppen met roken.

Patiënten met een voorkeur voor een intensievere stoppen-met-rokenbegeleiding dan die door de zorgverlener kan worden aangeboden, dienen via gedeelde besluitvorming te worden doorverwezen naar passende intensieve stoppen-met-rokenzorg.

5. Aanbeveling: ZWAK VOOR

Overweeg intensieve gedragsmatige stoppen-met-rokenbegeleiding voor rokers die gemotiveerd zijn om te starten met begeleiding bij het stoppen met roken. Bespreek de voor- en de nadelen ten opzichte van minder intensieve begeleidingsvormen of zelfhulp, zoals:

- een mogelijk grotere succeskans;
- een grotere tijdsinvestering.

Intensieve gedragsmatige begeleiding bestaat uit minimaal 4 contactmomenten. Op basis van consensus is de totale contactduur daarbij minimaal 1,5 uur, en geldt de voorwaarde dat na deze contactmomenten ook nog aandacht wordt besteed aan het stoppen met roken binnen het reguliere (keten)zorg- of begeleidingstraject. Bij voorkeur zijn er meer contactmomenten en langere contactduur. Bespreek de behoefte en wensen ten aanzien van de intensiteit van de begeleiding.

Indien het niet mogelijk is de gewenste/benodigde intensiteit te bieden: verwijs door naar een zorgverlener die dit wel kan bieden.

6. Referenties

Chaiton, M., Diemert, L., Cohen, J.E., Bondy, S. J., Selby, P., Philipneri, A., & Schwartz, R. (2016).

Estimating the number of quit attempts it takes to quit smoking successfully in a longitudinal cohort of smokers. *BMJ Open*, 6(6): e011045.

Chen J, Chen Y, Chen P, Liu Z, Luo H, & Cai S. (2024). Effectiveness of individual counseling for smoking cessation in smokers with chronic obstructive pulmonary disease and asymptomatic smokers. *Experimental and Therapeutic Medicine* 2014;7(3):716-20.

Dornelas EA, Sampson RA, Gray JF, Waters D, & Thompson PD. (2000). A randomized controlled trial of smoking cessation counseling after myocardial infarction. *Preventive Medicine* 2000;30(4):261-8.

Federatie Medisch Specialisten (FMS; 2025). Submodule 'Zwangere vrouwen':

<https://richtlijnendatabase.nl/richtlijn/tabaks-en-nicotineverslaving/praktijksettings-en-doelgroepen/zwangere-vrouwen.html> Geraadpleegd op 8 september 2025.

Huisartsen Coöperatie West Brabant (2025). Stoppen met roken.

<https://www.hcwb.nl/zorgprofessionals/patientenzorg/stoppenmetroken> Geraadpleegd op 24 november 2025.

- Hughes, J.R., E.N. Peters, & S. Naud (2008). Relapse to smoking after 1 year of abstinence: A meta-analysis. *Addictive Behaviors*, 2008. 33: p. 1516-1520.
- Kabiz (2025a). <https://www.kabiz.nl/beroepen/beroep.aspx?onderwerp=stoppen-met-roken-coach&info=competenties> Geraadpleegd op 8 september 2025.
- Kabiz (2025b). <https://www.kabiz.nl/beroepen/beroep.aspx?onderwerp=stoppen-met-roken-coach> Geraadpleegd op 5 maart 2025.
- Kramer I, De Voer ND, Croes EA, Ramaekers M, & Brouwer MG. (2023). Multidisciplinair intensief rookstopprogramma in huisartsenpraktijken Almere blijkt effectief. *Huisarts Wet* 2023;66:DOI:10.1007/s12445-023-2211-1.
- Lancaster T & Stead LF (2017). [Individual behavioural counselling for smoking cessation](#). Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 3. Art. No.: CD001292.
- Patiëntenfederatie Nederland (2023). Rapport Stoppen met Roken. Patiëntenfederatie Nederland: Utrecht.
- Ramos M, Ripoll J, Estrades T, Socias I, Fe A, Duro R, et al. (2010). Effectiveness of intensive group and individual interventions for smoking cessation in primary health care settings: a randomized trial. *BMC Public Health* 2010;10:89.
- Rode Kruis Ziekenhuis; Rookstoppoli Beverwijk. <https://www.rkz.nl/rookstoppoli>. Geraadpleegd op 2 april 2025.
- Smith AL, Carter SM, Chapman S, Dunlop SM, & Freeman B. (2015). Why do smokers try to quit without medication or counselling? A qualitative study with ex-smokers. *BMJ Open* 2015; 5: e007301.
- Thankappan KR, Mini GK, Hariharan M, Vijayakumar G, Sarma PS, & Nichter M. (2014). Smoking cessation among diabetic patients in Kerala, India: 1-Year follow-up results from a pilot randomized controlled trial. *Diabetes Care* 2014;37(12):e256-7.
- Trimbos-instituut (2020). Aanvullende Module Middelen van de Leefstijlmonitor (LSM-A middelen), Trimbos-instituut i.s.m. RIVM en CBS, 2020.
- Trimbos-instituut (2017). [Richtlijn Behandeling van tabaksverslaving en stoppen met roken ondersteuning, Herziening 2016](#). Trimbos-instituut: Utrecht.
- Trimbos-instituut (2023). Stoppen met roken begeleiding: Een verkenning van de huidige praktijk en aanbevelingen. *Ongepubliceerd document*.
- Trimbos-instituut (2024). [Richtlijn Tabaks- en nicotineverslaving, Herziening 2024](#). Trimbos-instituut: Utrecht.
- Trimbos-instituut (2025). <https://www.trimbos.nl/kennis/cijfers/roken/> Geraadpleegd op 10 juni 2025.

Trimbos-instituut i.s.m. Partnership Stoppen met Roken (2025). [Zorgstandaard Tabaks- en nicotineverslaving, herziening 2025](#). Trimbos-instituut: Utrecht.

Bijlage 1: Methodologische onderbouwing

Op initiatief van het Trimbos-instituut en het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), in samenwerking met het Partnership Stoppen met Roken en met mede financiering van het Ministerie van VWS heeft de richtlijnwerkgroep de multidisciplinaire richtlijn 'Tabaks- en nicotineverslaving' modulair geactualiseerd alsmede de NHG-behandelrichtlijn 'Stoppen met roken' geactualiseerd. De ontwikkeling werd methodologisch en organisatorisch ondersteund door het Trimbos-instituut en het NHG.

1. Doelstelling en doelgroep

De richtlijn 'Tabaks- en nicotineverslaving' geeft aanbevelingen voor de behandeling van tabaksverslaving en begeleiding bij stoppen met roken. De richtlijn geeft aanbevelingen ter ondersteuning van de praktijkvoering van alle professionals die betrokken zijn bij de zorgverlening aan deze groep mensen. Op basis van de resultaten van wetenschappelijk onderzoek en overige overwegingen, waaronder patiëntvoorkeuren en 'expert opinion', geeft de richtlijn een overzicht van goed ('optimaal') handelen als waarborg voor kwalitatief hoogwaardige zorg. De richtlijn kan tevens richting geven aan een onderzoeksagenda voor wetenschappelijk onderzoek op het gebied van behandeling van tabaksverslaving en begeleiding bij stoppen met roken.

Afbakening

Deze richtlijn(herziening) omvat de diagnostiek en het beleid om rokers effectief te adviseren en te begeleiden bij het stoppen met roken van nicotinehoudende tabaksproducten of, waar expliciet benoemd, de e-sigaret. Ondersteuning bij het stoppen met overige tabaksproducten, zoals nicotinezakjes en snus, waterpijp, kruidensigaret, pruim- en snuiftabak, joint, heat-not-burn sigaretten (heat sticks of verhitte tabak) en vaporizers vallen buiten deze scope.⁹

Tenzij anders vermeld (zie hiervoor de uitgangsvragen en PICO's) betreft de richtlijn de behandeling van patiënten van alle leeftijden, al dan niet gemotiveerd om hun rookgedrag te veranderen, en wordt de behandeling van tabaksverslaving en stoppen met roken bij speciale subgroepen zoals jongeren, zwangeren of personen met comorbide psychiatrische stoornissen niet specifiek belicht.

De kennis omtrent de volgende thema's is bij de huidige modulaire richtlijnherziening geactualiseerd:

– **Gedragmatige stoppen-met-rokenondersteuning** > *Intensieve gedragmatige begeleiding*

Om het zuivere effect van (de intensiteit van) gedragmatige interventie te kunnen schatten worden gedragmatige interventies in combinatie met (verschillende vormen van) farmacotherapeutische interventie hier buiten beschouwing gelaten. Dit is een methodologische overweging, maar vanuit de richtlijnherziening uit 2016 is bekend dat farmacotherapeutische begeleiding het meest effectief is indien deze wordt gecombineerd met begeleiding door een zorgprofessional.

2. Uitgangsvragen

De richtlijn is ontwikkeld op geleide van uitgangsvragen, die gebaseerd zijn op ervaren knelpunten rondom de behandeling van mensen met een tabaksverslaving.

De richtlijn is geen leerboek waarin zoveel mogelijk beschikbare kennis over een onderwerp wordt opgenomen, maar een document met praktische aanbevelingen rondom knelpunten uit de praktijk. Dat betekent dat praktijkproblemen zoveel als mogelijk uitgangspunt zijn van de teksten in de richtlijn. Dat betekent ook dat méér aandacht gegeven wordt aan *de wijze waarop* die praktijkproblemen

⁹ <https://www.trimbos.nl/kennis/roken-tabak/#tabaksproducten>

worden opgelost, dan aan de *degene door wie* die problemen worden aangepakt of opgelost. De richtlijn is een document dat beschrijft hoe optimale behandeling er inhoudelijk uit ziet. Indien mogelijk beschrijft de richtlijn ook *in welke vorm* een interventie het beste kan worden aangeboden.

De huidige modulaire richtlijnherziening behandelt in de klinische uitgangsvraag ‘Welke mate van intensiteit van individuele intensieve gedragsmatige ondersteuning is aan te bevelen ter ondersteuning bij het stoppen met roken bij personen die gemotiveerd zijn om te stoppen met roken? En eventueel: welke succesfactoren zijn te onderscheiden in interventies?’

3. Status van de richtlijn

De professionaliteit van zorgverleners in de gezondheidszorg brengt met zich mee dat zij (mede door het hanteren van een richtlijn) zoveel mogelijk evidence-based handelen, volgens de laatste stand van de wetenschap. Wanneer richtlijnen door, en binnen de beroepsgroep zijn opgesteld, normeren zij het medisch professioneel handelen en zijn zij een uitwerking van de medisch professionele standaard.[†]

Richtlijnen zijn geen wettelijke voorschriften, maar zoveel mogelijk op bewijs gebaseerde inzichten en aanbevelingen waaraan zorgverleners, zorgorganisaties, zorgvragers en beleidsmakers kennis kunnen ontleen om kwalitatief hoogwaardige zorg te waarborgen. De doelgroep van de richtlijn kan op basis van de eigen professionele autonomie afwijken van de richtlijn als zij dat (in overleg met de zorgvrager) nodig acht. Als de situatie het vereist is afwijken van richtlijnen zelfs noodzakelijk. Wel is er de plicht om dit schriftelijk vast te leggen. Hiermee hebben richtlijnen geen bindend karakter en vormen ze geen voorschrift; een voorschrift is immers wel bindend.

4. Werkgroep en werkwijze

Werkgroep

De Multidisciplinaire Richtlijn ‘Tabaks- en nicotineverslaving’ is ontwikkeld in opdracht van het Trimbos-instituut en het Nederlands Huisartsengenootschap (NHG).

De richtlijnwerkgroep, onder voorzitterschap van Prof. dr. Jean Muris, bestond uit huisartsen, praktijkondersteuners en -verpleegkundigen en een verslavingsarts die door de beroepsverenigingen waren afgevaardigd. Naast de richtlijnwerkgroep is er een inhoudelijk expert geraadpleegd, die werd gevraagd voorafgaand aan de commentaarfase schriftelijk te reageren op de conceptteksten.

De richtlijnwerkgroep werd methodologisch en organisatorisch ondersteund door het technisch team van het Trimbos-instituut en het Nederlands Huisartsengenootschap. Dit technisch team bestond uit projectleiders, richtlijnadviseurs, informatiespecialisten, literatuur reviewers en projectassistentie. Onderstaande tabellen geven een overzicht van de samenstelling van de richtlijnwerkgroep (Tabel B1) en het ondersteunend (technisch) team (Tabel B2).

Tabel B1 Leden werkgroep

Naam	Organisatie	Beroep/functie
Zamire Damen	NHG	Huisarts n.p., sr. wetenschappelijk medewerker; projectleider NHG
Maureen van den Donk (<i>vanaf juni 2025</i>)	NHG	Sr. wetenschappelijk medewerker, epidemioloog
Inge Heemstra	NHG	Huisarts, wetenschappelijk medewerker
Petra Hopman	Trimbos-instituut	Wetenschappelijk medewerker; projectleider Trimbos-instituut

[†] Gevers JKM & Aalst A van (1998). De rechter en het medisch handelen (3e druk). Deventer: Kluwer.

Ine Kuilder	NVvPO	Praktijkondersteuner Somatiek
Hennie Monrooij	V&VN	Praktijkondersteuner Huisarts- Somatiek, Stoppen-met-rokencoach, Longfunctieanalist
Jean Muris (voorzitter)	NHG, Universiteit Maastricht	Huisarts, hoogleraar Huisartsgeneeskunde
Matthijs Oud (<i>tot 17 april 2025</i>)	NHG, Trimbos-instituut	Wetenschappelijk medewerker, reviewer
Wilco Sliedrecht	VVGN (Vz) , de Hoop ggz	Verslavingsarts KNMG, Opleider verslavingsgeneeskunde
Hanneke Verheul (<i>tot 8 mei 2025</i>)	Trimbos-instituut	Jr. wetenschappelijk medewerker, reviewer
Lidewij Wind	NHG	Huisarts, kaderhuisarts GGZ

Tabel B2 Ondersteuning werkgroep

Naam	Ondersteuning
Esther Croes	Arts-epidemioloog, sr. wetenschappelijk medewerker, Trimbos-instituut
Maureen van den Donk	Epidemioloog, sr. wetenschappelijk medewerker, cluster Richtlijnontwikkeling, NHG
Ton Kuijpers	Sr. wetenschappelijk medewerker, cluster Richtlijnontwikkeling, NHG
Kimberly Lucas (<i>tot 28 mei 2025</i>)	Projectondersteuner, Trimbos-instituut
Laura van Rossum – Boerboom	Informatiespecialisten, NHG
Tjerk Wiersma	Sr. wetenschappelijk medewerker, beoordelaar belangenverstrengeling; NHG

Werkwijze

In 2022-2024 heeft er een richtlijnherziening plaatsgevonden rondom acht thema's^s, waarbij de keuze van de onderwerpen is gebaseerd op een in 2022 gehouden knelpunteninventarisatie. Het thema 'intensieve gedragsmatige stoppen-met-rokenbegeleiding' had toentertijd geen prioriteit, maar gaandeweg het richtlijntraject ontstond die urgentie wel – zie de inleiding van de module op pagina 12 voor een toelichting.

Eind 2024 is er ten behoeve van deze enkele modulaire herziening een werkgroep samengesteld bestaande uit een technisch team (NHG en Trimbos-instituut), aangevuld met zorgverleners vanuit verschillende disciplines (zie Tabel B1). In totaal kwam de werkgroep drie keer bijeen, gedurende een periode van ruim een half jaar (januari – juli 2024). In deze periode doorliep zij de stappen van de methodiek voor evidence-based richtlijnontwikkeling (EBRO). De informatiespecialist verrichtte op systematische wijze literatuuronderzoek en de reviewers maakten een selectie in de gevonden onderzoeken.

Alle werkgroepleden hebben een KNAW Code ter voorkoming van oneigenlijke beïnvloeding door belangenverstrengeling ingevuld. Zie Bijlage 1A voor een samenvattend overzicht.

Tijdens de startbijeenkomst van de werkgroep werden op basis van de uitgangsvragen de PICO's (begrenzing van de Populatie, Interventies, Controle condities en de Uitkomstmaten besproken en

^s <https://www.trimbos.nl/wp-content/uploads/2025/10/TRI64-006-Richtlijn-Tabaks-en-Nicotineverslaving-Herziening-2024-1.pdf>

vastgesteld. Tijdens de tweede bijeenkomst werd de module inhoudelijk besproken. Hierbij beoordeelden de reviewers de kwaliteit en inhoud van de verkregen wetenschappelijke literatuur, en verwerkten deze in een evidence tabel, beschrijvingen van de wetenschappelijke onderbouwing en wetenschappelijke (gewogen) conclusies. Deze search, selectie en conclusies werden aan de richtlijnwerkgroep voorgelegd. Op basis van de gevonden literatuur gingen werkgroepleden met elkaar in discussie over aanvullende praktijkoverwegingen ('expert opinion')^t en kwamen zo tot een gewogen aanbeveling. Zie Bijlage 1B van deze richtlijn voor de werkwijze en voornaamste bevindingen.

Samen met de werkgroepleden schreef het technisch team de conceptringlijntekst, die in het voorjaar van 2024 via een interne commentaarronde is voorgelegd aan de externe referenten. De hieruit verkregen input is in overleg met de werkgroep (tijdens de derde en laatste bijeenkomst) verwerkt tot een document dat vervolgens ter autorisatie aan de beroepsverenigingen is voorgelegd.

5. Methode wetenschappelijke onderbouwing

De richtlijn is ontwikkeld volgens de methodiek van de evidence based richtlijnontwikkeling (EBRO).

5.1 Zoekstrategie

Uitgangspunt is de richtlijn 'Behandeling van Tabaks- en nicotineverslaving', herziening 2024.⁴ Om de uitgangsvraag te beantwoorden is door de informatiespecialist op systematische wijze gezocht naar richtlijnen, systematische reviews en RCT's, vanaf de zoekdatum van de vorige richtlijn. Dit werd gedaan in verschillende databanken, zoals Pubmed en Embase. Bijlage 2 van deze richtlijn geeft de zoekstrategieën ('search strings') en het aantal gevonden artikelen per database weer.

5.2 Beoordeling van de kwaliteit van het bewijs

Sinds de introductie van de GRADE-methodiek in 2004 werd dit wereldwijd al snel de methode van voorkeur om wetenschappelijk bewijs te graderen ten behoeve van richtlijnontwikkeling (Guyatt et al., 2011^u), inclusief deze richtlijn. De GRADE-methodiek gaat er van uit dat de zekerheid van het wetenschappelijk bewijs uit randomized controlled trials (RCT's) in beginsel hoog is vanwege de, mits goed uitgevoerd, kleine kans op vertekening (bias). In geval van observationele (niet gerandomiseerde) studies is de uitgangspositie van de zekerheid van bewijs laag. De zekerheid van het bewijs per uitkomstmaat wordt, behalve door de methodologische kwaliteit van de individuele onderzoeken, ook bepaald door andere factoren, zoals de mate van consistentie van de gevonden resultaten uit de verschillende onderzoeken en de precisie van de gevonden uitkomst (zie Bijlage 1B). Bij observationeel onderzoek kan het bewijs in bepaalde gevallen omhoog worden gegradeerd.

Bij het beoordelen van het verschil in effecten tussen interventies is gelet op het bestaan van klinisch relevante verschillen tussen interventies. Daarvoor wordt bij voorkeur gelet op absolute verschillen (indien deze gegevens beschikbaar zijn). De NHG-werkgroep heeft per uitkomstmaat bepaald wat de grens voor een klinisch relevant verschil (voor- of nadeel) is. Als dit niet mogelijk was, ging de werkgroep uit van de door GRADE voorgestelde standaardgrenzen van een *Minimally Important Difference* (MID) van 0,5 SMD voor continue uitkomstmaten, 20% op de totale score van een vragenlijst en 25% relatieve risicoreductie (RRR; wat correspondeert met een RR van 0,75 of 1,25) voor dichotome uitkomstmaten.

^t Deze praktijkoverwegingen staan beschreven in de hoofdstuksecties 'van bewijs naar aanbeveling'.

^u Guyatt et al. (2011). GRADE guidelines: a new series of articles in the Journal of Clinical Epidemiology. J Clin Epidemiol, 64(4):380-2.

Bij de beoordeling van het wetenschappelijke bewijs ten aanzien van bovenstaande factoren werd uitgegaan van 'Grade guidelines', zoals ook te raadplegen in het 'Grade handbook' (Guyatt et al., 2013).^v

5.3 Samenvatten van resultaten en conclusies

Van elk artikel is een samenvatting gemaakt in een zogenaamde 'evidence tabel', waarin de belangrijkste kenmerken van de onderzoeken zijn opgenomen. De formulering van de conclusies, gebaseerd op de studies uit het systematische literatuuronderzoek, is afgestemd op het GRADE niveau (zie Tabel B3). Deze formulering sluit ook aan bij de 'levels of evidence' (niveau 1 t/m 4) die is toegepast in de eerste richtlijn Behandeling van Tabaksverslaving (CBO, 2009) en de meest recente herziening uit 2016.

Tabel B3 Formulerings van conclusies naar aanleiding van het GRADE niveau

GRADE niveau	Niveau van bewijs	Formulering conclusie
⊕⊕⊕⊕	Niveau 1: Hoog	"X vermindert / verhoogt ..."
⊕⊕⊕○	Niveau 2: Redelijk	"X vermindert / verhoogt waarschijnlijk ..."
⊕⊕○○	Niveau 3: Laag	"X lijkt te resulteren in een vermindering / toename van ..."
⊕○○○	Niveau 4: Zeer laag	"Het bewijs is zeer onzeker over het effect van X op ..."

6. Van bewijs naar aanbevelingen: Overwegingen

Naast het wetenschappelijk bewijs bepalen enkele andere factoren mede of een instrument of behandeling wordt aanbevolen. De leden van de werkgroep brengen deze overwegingen op basis van hun praktijkervaringen in. In de teksten van de vorige richtlijn-versies werd dit onder 'Overige Overwegingen' beschreven.

Mee te wegen factoren om te bepalen of een instrument of behandeling wordt aanbevolen:

1. Kwaliteit van bewijs

Hoe hoger de algehele kwaliteit van het bewijs, des te waarschijnlijker wordt het formuleren van een sterke (positieve of negatieve) aanbeveling.

2. Balans tussen gewenste en ongewenste effecten

Hoe groter het verschil is tussen de gewenste en ongewenste effecten, des te waarschijnlijker wordt het formuleren van een sterke (positieve of negatieve) aanbeveling. Hoe kleiner dit verschil of hoe meer onzekerheid over de grootte van het verschil, des te waarschijnlijker wordt het formuleren van een conditionele aanbeveling.

Toelichting:

- Bespreken effectiviteit in relatie tot bijwerkingen en complicaties in het licht van de kwaliteit van bewijs, de precisie van de effectgrootte en minimaal klinisch relevant geacht voordeel;
- Sterkte van het effect vergeleken met geen interventie;
- Aanwezigheid van comorbiditeit;
- Klinisch niet relevantie van het effect.

^v Schünemann et al. (2013). GRADE Handbook: Introduction to GRADE Handbook. Handbook for grading the quality of evidence and the strength of recommendations using the GRADE approach. Updated October 2013.

3. *Patiëntenperspectief*

Hoe groter de uniformiteit in waarden en voorkeuren van patiënten bij het afwegen van de voor- en nadelen van een interventie, des te waarschijnlijker wordt het formuleren van een sterke (positieve of negatieve) aanbeveling.

4. *Kosten*

Hoe minder middelen er worden gebruikt (m.a.w. hoe lager de kosten van een interventie zijn vergeleken met de beschouwde alternatieven en andere kosten gerelateerd aan de interventie), des te waarschijnlijker wordt het formuleren van een sterke aanbeveling. Hoe meer onzekerheid over het middelenbeslag, des te waarschijnlijker wordt een conditionele aanbeveling.

5. *Aanvaardbaarheid*

Hier wordt de aanvaardbaarheid beschreven. Dit gebeurt vooral vanuit het patiëntenperspectief. Daarnaast kan ook het perspectief van de zorgverlener (en evt. andere stakeholders) aan bod komen.

Het gaat hier om andere issues die erbij komen kijken en die niet in de bewijstabel beoordeeld zijn. Als een aanbeveling geformuleerd moet worden over de plaats van een geneesmiddel(groep) in het beleid, dan plaatsen en wegen we hier ook de informatie over toepasbaarheid (contra-indicaties, interacties met andere geneesmiddelen) en gebruiksgemak. Eventueel kan er een apart subkopje 'geneesmiddelinformatie' worden toegevoegd, waarin de aspecten van toepasbaarheid en gebruiksgemak worden beschreven.

Voorbeelden: moet je een geneesmiddel oraal of intramusculair gebruiken; belasting door controle door de trombosedienst; hoe vaak per dag moet het geneesmiddel worden genomen; hoeveel tijd en moeite kost de interventie voor de patiënt (zoals bij een psychologische interventie, oefentherapie of beweeginterventie).

6. *Haalbaarheid*

Hier worden de bijzonderheden beschreven over de haalbaarheid van de interventie. Potentiële implementatiebarrières zijn divers van aard, denk aan praktische, technische, juridische en logistieke aspecten, maar ook organisatorische aspecten, professionele interacties of personele capaciteit. Bijvoorbeeld beperkte beschikbaarheid van de interventie of training van zorgpersoneel in het buitenland.

NB: Een ander voorbeeld is duurzaamheid. Wanneer productie, toediening en/of gebruik van de interventie niet duurzaam is (bijvoorbeeld belastend voor het milieu), weegt dit mee in de beoordeling van de haalbaarheid en daarmee de sterkte en richting van de aanbeveling. Bij een vergelijking van twee interventies kunnen de duurzaamheidsaspecten meewegen in de uiteindelijke formulering van de aanbeveling.

7. *Waarom deze aanbeveling?*

Dit is een samenvatting van bovenstaande punten, waarbij ook de weging wordt aangegeven, om weer te geven hoe er tot de aanbeveling is gekomen. Het is een lopende, goed leesbare tekst. Er wordt aangegeven welke argumenten de doorslag hebben gegeven voor de aanbeveling. En er wordt expliciet vermeld of het een sterke of zwakke aanbeveling is, voor of tegen de interventie.

7. Formulering van aanbevelingen

Afhankelijk van deze factoren kan een instrument of behandeling wel of niet worden aanbevelen. We maken daarbij onderscheid tussen zwakke en sterke aanbevelingen. In het geval van een sterke aanbeveling wordt behandeling X voor alle patiënten met Y aanbevelenswaardig geacht. Bij een zwakke aanbeveling spelen er bijvoorbeeld patiëntvoorkeuren mee. Het is belangrijk in deze sectie

expliciet de argumenten te vermelden die maken dat een behandeling *wel* of *niet* wordt aanbevolen, en ook waarom die aanbeveling *zwak* of *sterk* zou moeten zijn.

Voor de formulering van ‘sterke’ (onvoorwaardelijke) en ‘zwakke’ (voorwaardelijke) aanbevelingen wordt er een vaste indeling aangehouden, zie Tabel B6.

Tabel B6 GRADE Voorkeursformulering sterke / zwakke aanbevelingen

Gradering aanbeveling	Betekenis	Voorkeursformulering
STERK VOOR	De voordelen zijn groter dan de nadelen voor bijna alle patiënten. Alle of nagenoeg alle geïnformeerde patiënten zullen waarschijnlijk deze optie kiezen.	<i>“We bevelen [interventie] aan.”</i>
ZWAK VOOR	De voordelen zijn groter dan de nadelen voor een meerderheid van de patiënten, maar niet voor iedereen. De meerderheid van geïnformeerde patiënten zal waarschijnlijk deze optie kiezen.	<i>“Overweeg [interventie], bespreek de voor- en nadelen.”</i>
ZWAK TEGEN	De nadelen zijn groter dan de voordelen voor een meerderheid van de patiënten, maar niet voor iedereen. De meerderheid van geïnformeerde patiënten zal waarschijnlijk deze optie kiezen.	<i>“Wees terughoudend met [interventie], bespreek de voor- en nadelen.”</i>
STERK TEGEN	De nadelen zijn groter dan de voordelen voor bijna alle patiënten. Alle of nagenoeg alle geïnformeerde patiënten zullen waarschijnlijk deze optie kiezen.	<i>“We bevelen [interventie] niet aan.”</i>

8. Juridische status van richtlijnen

Richtlijnen bevatten geen wettelijke voorschriften, maar aanbevelingen die zo veel mogelijk op bewijs gebaseerd zijn. Zorgverleners kunnen aan de aanbevelingen voldoen in het streven om kwalitatief goede of ‘optimale’ zorg te verlenen. Aangezien deze aanbevelingen gebaseerd zijn op ‘algemeen bewijs voor optimale zorg’ en de inzichten van de werkgroep hierover, kunnen zorgverleners op basis van hun professionele autonomie zo nodig in individuele gevallen afwijken van de richtlijn. Afwijken van richtlijnen is, als de situatie van de patiënt dat vereist, zelfs noodzakelijk. Wanneer zorgverleners van deze richtlijn afwijken, wordt het aanbevolen om dit beargumenteerd en gedocumenteerd, en waar relevant in overleg met de patiënt, te doen.

Bijlage 1A: Samenvattende tabel KNAW belangenverklaringen

Werkgroeplid	Functie	Nevenfuncties/-werkzaamheden	(Mogelijke) belangen#	Getekend op	Actie
Zamire Damen	Senior wetenschappelijk medewerker NHG	Geen	Geen	Mei 2025	Geen
Maureen van den Donk	Epidemioloog, sr. wetenschappelijk medewerker	Geen	Geen	Juni 2025	Geen
Inge Heemstra	Huisarts, wetenschappelijk medewerker NHG	Geen	Geen	Mei 2025	Geen
Petra Hopman	Wetenschappelijk medewerker afdeling Tabaksontmoediging, Trimbos-Instituut	Geen	Geen	November 2024	Geen
Ine Kuilder	Praktijkondersteuner Somatiek Medipark Uden	Lid medische vakcommissie NVvPO/V&VN	Geen	November 2024	Geen
Hennie Monrooij	- Praktijkondersteuner Huisarts Somatiek, Medisch Centrum Hofspoor Houten (17 uur/week) - Stoppen met roken coach , telefonische coaching, digitale coaching, groepstraining en Klanten via Rook Vrije Ouders, als ZZP-er via Sinefuma (8 uur/week)	- Kortdurende tijdelijke werkzaamheden voor Unicum in het kader van de longzorg, smr zorg, verzorgen scholing en Training on the Job (betaald) - Lid van de Cahag, implementatiecommissie (vacatiegelden) - Lid Ven VN , rookvrije werkomgeving en actieve leden, advisering bestuur (vacatiegelden) - Lid Partnership Stop met roken namens VenVN (vacatiegelden) - Docent bij Avans+ voor de opleiding POH	Geen	November 2024	Geen
Jean Muris	Hoogleraar huisartsgeneeskunde, Universiteit Maastricht	- Lid METC Maastricht (vergoeding vakgroep) - Bestuurslid CAHAG (vacatiegeld) - Lid capaciteitsorgaan kamer huisartsen (vacatiegeld)	Geen	November 2024	Geen

		- Redactie commissie H&W (betaald)			
Matthijs Oud	Epidemioloog, Methodoloog standaarden NHG, Trimbos-Instituut	Geen	Aandelen*	Juni 2023	Geen
Wilco Sliedrecht	Verslavingsarts KNMG, opleider De Hoop, Dordrecht (0,89 FTE)	- Voorzitter VVGN (vrijwilliger) - RGS visitator verslavings-geneeskunde (onkostenvergoeding per verrichte visitatie)	Geen	November 2024	Geen
Hanneke Verheul	Junior projectmedewerker. afd. Zorg & Participatie, Trimbos-instituut	Geen	Geen	Januari 2025	Geen
Lidewij van Zelst-Wind	Huisarts, ZZP kaderarts	Geen	Geen	Januari 2025	Geen

De individuele aandelen zijn niet gerelateerd aan de gezondheidszorg of medische industrie. Wel twee ETF's die in allerlei sectoren in bedrijven investeert: 1. De top-500 bedrijven van de VS beleggen (S&P500); en 2. Een All world ETF (ongeveer 3600 bedrijven over de hele wereld).

Bijlage 1B: GRADE-factoren voor downgraden en upgraden

Het niveau van de kwaliteit van het bewijs (zeer laag, laag, matig en hoog) verwijst naar de mate van vertrouwen dat men heeft in de schatting van het effect van een behandeling.

	We downgraden het niveau van de kwaliteit van bewijs van studies met een hoge uitgangspositie (RCT's), bij:	We upgraden het niveau van de kwaliteit van bewijs van observationele studies bij:	
	1. Beperkingen in de onderzoeksopzet of uitvoering (study limitations)^w Hierbij gaat het om de methodologische kwaliteit. Voorbeelden zijn dat de randomisatie-procedure niet optimaal was, dat beoordelaars van subjectieve uitkomsten niet geblindeerd waren, dat er selectief is gerapporteerd over de uitkomsten en dat er veel uitvallers waren.	1. Een groot effect (large magnitude of effect) Hiervan is sprake als er in de resultaten een groot effect of een sterk bewijs van associatie gevonden wordt. Dit kan tot uitdrukking komen in de hoogte van het relatieve risico (RR).	
	2. Inconsistentie van de resultaten (inconsistency) Hierbij gaat het om heterogeniteit van de resultaten van verschillende studies. Er kunnen beperkingen zijn als er een grote variatie is in de schattingen van het effect van een behandeling of als er nauwelijks overlap is tussen de 95%-betrouwbaarheidsintervallen (BI's).	2. Mogelijke confounders die het 'ware' effect verminderd hebben (plausible confounding) Hiervan kan sprake zijn als er een achterliggende variabele is, zoals de ernst van de aandoening van de patiënten die met het onderzoek meedoen, die van invloed is op het effect van de interventie.	
	3. Indirect bewijs (indirectness) Er worden twee soorten indirect bewijs onderscheiden. Enerzijds gaat het om indirecte vergelijkingen, bijvoorbeeld wanneer er alleen interventies met een placebo worden vergeleken en geen interventies met elkaar worden vergeleken. Anderzijds gaat het om verschillen in patiëntenpopulatie, inhoud van de interventie of keuze van de uitkomstmaten tussen de beschikbare studies en de uitgangsvraag die in de richtlijn wordt gesteld.	3. Bewijs van een verband tussen de dosering en de repons (dose-response gradient) Hiervan kan sprake zijn als een stijgende dosering van een bepaald medicijn meer effect geeft.	
	4. Onnauwkeurigheid van de resultaten (imprecision) Hierbij gaat het om de onzekerheid van de uitkomst, bijvoorbeeld als de 95%-BI's heel breed zijn vanwege kleine patiëntaantallen.		
	5. Kans op selectieve publicatie (publication bias) van onderzoeken of uitkomstmaten. Een voorbeeld van een beperking is wanneer niet alle studies gepubliceerd worden, bijvoorbeeld kleine studies die geen effecten ten gunste van de interventie konden aantonen.		

^w De zekerheid van het bewijs (zeer laag, laag, matig en hoog) verwijst naar de mate van vertrouwen dat men heeft in de schatting van het effect van een behandeling.

Bijlage 2: Zoekstrategie en -resultaten 'Intensieve gedragsmatige begeleiding'

Systematic Reviews

PubMed

("Smoking Cessation"[Major] OR smoking-cessat*[ti] OR quit-smok*[ti] OR quitting-smok*[ti] OR stop-smok*[ti] OR giving-up-smok*[ti] OR ("Tobacco Smoking"[Major] OR smok*[ti] OR cigar*[ti] OR tobacco[ti] OR nicotin*[ti] OR cigs[ti]) AND (quit*[ti] OR cessat*[ti] OR giving-up[ti] OR give-up[ti] OR stop*[ti])) AND ("Cognitive Behavioral Therapy"[Major] OR ((behavior*[ti] OR behaviour*[ti]) AND (therap*[ti] OR intervent*[ti] OR program*[ti] OR support*[ti] OR treatment*[ti] OR counsel*[tiab])) AND (intensive [tiab] OR intensity [tiab] OR extended [tiab])) AND (dutch[la] OR english[la]) NOT ("case reports"[pt] OR letter[pt] OR comment[pt] OR editorial[pt]) NOT (("Animals"[mh] OR "models, animal"[mh]) NOT "Humans"[mh]) AND ("Meta-Analysis" [Publication Type] OR "Meta-Analysis as Topic"[Mesh] OR metaanaly*[tiab] OR meta-analy*[tiab] OR metanaly*[tiab] OR "Systematic Review" [Publication Type] OR systematic[sb] OR "Cochrane Database Syst Rev"[Journal] OR prisma[tiab] OR preferred reporting items[tiab] OR prospero[tiab] OR ((systemati*[ti] OR scoping[ti] OR umbrella[ti] OR structured literature[ti]) AND (review*[ti] OR overview*[ti])) OR systematic review*[tiab] OR scoping review*[tiab] OR umbrella review*[tiab] OR structured literature review*[tiab] OR systematic qualitative review*[tiab] OR systematic quantitative review*[tiab] OR systematic search and review[tiab] OR systematized review[tiab] OR systematised review[tiab] OR systemic review[tiab] OR systematic literature review*[tiab] OR systematic integrative literature review*[tiab] OR systematically review*[tiab] OR scoping literature review*[tiab] OR systematic critical review[tiab] OR systematic integrative review*[tiab] OR systematic evidence review[tiab] OR Systematic integrative literature review*[tiab] OR Systematic mixed studies review*[tiab] OR Systematized literature review*[tiab] OR Systematic overview*[tiab] OR Systematic narrative review*[tiab] OR ((systemati*[tiab] OR literature[tiab] OR database*[tiab] OR data-base*[tiab] OR structured[tiab] OR comprehensive*[tiab] OR systemic*[tiab]) AND search*[tiab]) OR (Literature[ti] AND review[ti] AND (database*[tiab] OR data-base*[tiab] OR search*[tiab])) OR ((data extraction[tiab] OR data source*[tiab]) AND study selection[tiab]) OR (search strategy[tiab] AND selection criteria[tiab]) OR (data source*[tiab] AND data synthesis[tiab]) OR medline[tiab] OR pubmed[tiab] OR embase[tiab] OR Cochrane[tiab] OR ((critical[ti] OR rapid[ti]) AND (review*[ti] OR overview*[ti] OR syntheses*[ti])) OR (((critical*[tiab] OR rapid*[tiab]) AND (review*[tiab] OR overview*[tiab] OR syntheses*[tiab]) AND (search*[tiab] OR database*[tiab] OR data-base*[tiab])) OR metasyntheses*[tiab] OR meta-syntheses*[tiab])

22 resultaten

PsycINFO (Ovid)

1 (exp Smoking Cessation/ or 'smoking cessati*.ti,ab. or 'quit smok*.ti,ab. or 'quitting smok*.ti,ab. or 'stop smok*.ti,ab. or 'giving up smok*.ti,ab. or ((exp Tobacco Smoking/ or smok*.ti,ab. or cigar*.ti,ab. or tobacco.ti,ab. or nicotin*.ti,ab. or cigs.ti,ab.) and (quit* or cessat* or 'giving up' or 'give up' or stop*).ti,ab.)) and ((exp Cognitive Behavior Therapy/ or ((behavior* or behaviour).ti,ab. and ((therap* or intervent* or program* or support* or treatment*).ti. or counsel*.ti,ab.))) and (intensive or intensity or extended).ti,ab.) (248)

2 limit 1 to "0830 systematic review" (17)

3 limit 1 to "0300 clinical trial" (51)

17 resultaten

Embase

('smoking cessation'/exp/mj OR 'smoking cessation program'/exp OR 'smoking-cessat*':ti,kw OR 'quit-smok*':ti,kw OR 'quitting-smok*':ti,kw OR 'stop-smok*':ti,kw OR 'giving-up-smok*':ti,kw OR (('smoking'/exp OR smok*:ti,kw OR cigar*:ti,kw OR tobacco:ti,kw OR nicotin*:ti,kw OR cigs:ti,kw) AND (quit*:ti,kw OR cessat*:ti,kw OR 'giving-up':ti,kw OR 'give-up':ti,kw OR stop*:ti,kw))) AND ('cognitive behavioral therapy'/exp/mj OR ((behavior*:ti,kw OR behaviour*:ti,kw) AND (therap*:ti,kw OR intervent*:ti,kw OR program*:ti,kw OR support*:ti,kw OR treatment*:ti,kw OR counsel*:ti,kw)) AND (intensive:ti,ab,kw OR intensity:ti,ab,kw OR extended:ti,ab,kw)) AND ([dutch]/lim OR [english]/lim) NOT ('conference abstract'/it OR 'editorial'/it OR 'letter'/it OR 'note'/it) NOT (('animal experiment'/exp OR 'animal model'/exp OR 'nonhuman'/exp) NOT 'human'/exp) AND ('meta analysis'/exp OR

'meta analysis (topic)/exp OR metaanaly*:ti,ab OR 'meta analy*:ti,ab OR metanaly*:ti,ab OR 'systematic review'/de OR 'cochrane database of systematic reviews'/jt OR prisma:ti,ab OR prospero:ti,ab OR (((systemati* OR scoping OR umbrella OR 'structured literature') NEAR/3 (review* OR overview*)):ti,ab) OR ((systemic* NEAR/1 review*):ti,ab) OR (((systemati* OR literature OR database* OR 'data base*') NEAR/10 search*):ti,ab) OR (((structured OR comprehensive* OR systemic*) NEAR/3 search*):ti,ab) OR (((literature NEAR/3 review*):ti,ab) AND (search*:ti,ab OR database*:ti,ab OR 'data base*:ti,ab)) OR (('data extraction':ti,ab OR 'data source*:ti,ab) AND 'study selection':ti,ab) OR ('search strategy':ti,ab AND 'selection criteria':ti,ab) OR ('data source*:ti,ab AND 'data synthesis':ti,ab) OR medline:ab OR pubmed:ab OR embase:ab OR cochrane:ab OR (((critical OR rapid) NEAR/2 (review* OR overview* OR synthes*)):ti) OR (((critical* OR rapid*) NEAR/3 (review* OR overview* OR synthes*)):ab) AND (search*:ab OR database*:ab OR 'data base*:ab)) OR metasynthes*:ti,ab OR 'meta synthes*:ti,ab)

28 resultaten

Ontdubbeling

Na ontdubbeling 46 resultaten

RCTs

PubMed

("Smoking Cessation"[Majr] OR smoking-cessat*[ti] OR quit-smok*[ti] OR quitting-smok*[ti] OR stop-smok*[ti] OR giving-up-smok*[ti] OR ("Tobacco Smoking"[Majr] OR smok*[ti] OR cigar*[ti] OR tobacco[ti] OR nicotin*[ti] OR cigs[ti]) AND (quit*[ti] OR cessat*[ti] OR giving-up[ti] OR give-up[ti] OR stop*[ti])) AND ("Cognitive Behavioral Therapy"[Majr] OR ((behavior*[ti] OR behaviour*[ti]) AND (therap*[ti] OR intervent*[ti] OR program*[ti] OR support*[ti] OR treatment*[ti] OR counsel* [tiab])) AND (intensive [tiab] OR intensity [tiab] OR extended [tiab])) AND (dutch[la] OR english[la]) NOT ("case reports"[pt] OR letter[pt] OR comment[pt] OR editorial[pt]) NOT (("Animals"[mh] OR "models, animal"[mh]) NOT "Humans"[mh]) AND ("Randomized Controlled Trial"[pt] OR ((random*[tiab] AND (controlled[tiab] OR control[tiab] OR placebo[tiab] OR versus[tiab] OR vs[tiab] OR group[tiab] OR groups[tiab] OR comparison[tiab] OR compared[tiab] OR arm[tiab] OR arms[tiab] OR crossover[tiab] OR cross-over[tiab]) AND (trial[tiab] OR study[tiab])) OR ((single[tiab] OR double[tiab] OR triple[tiab]) AND (masked[tiab] OR blind*[tiab]))))

68 resultaten, excl SR's → 55 resultaten

PsycINFO (Ovid)

1 (exp Smoking Cessation/ or 'smoking cessati*.ti,ab. or 'quit smok*.ti,ab. or 'quitting smok*.ti,ab. or 'stop smok*.ti,ab. or 'giving up smok*.ti,ab. or ((exp Tobacco Smoking/ or smok*.ti,ab. or cigar*.ti,ab. or tobacco.ti,ab. or nicotin*.ti,ab. or cigs.ti,ab.) and (quit* or cessat* or 'giving up' or 'give up' or stop*).ti,ab.)) and ((exp Cognitive Behavior Therapy/ or ((behavior* or behaviour).ti,ab. and ((therap* or intervent* or program* or support* or treatment*).ti. or counsel*.ti,ab.))) and (intensive or intensity or extended).ti,ab.) (248)

2 limit 1 to "0830 systematic review" (17)

3 limit 1 to "0300 clinical trial" (51)

51 resultaten

Embase

('smoking cessation'/exp/mj OR 'smoking cessation program'/exp OR 'smoking-cessat*:ti,kw OR 'quit-smok*:ti,kw OR 'quitting-smok*:ti,kw OR 'stop-smok*:ti,kw OR 'giving-up-smok*:ti,kw OR (('smoking'/exp OR smok*:ti,kw OR cigar*:ti,kw OR tobacco:ti,kw OR nicotin*:ti,kw OR cigs:ti,kw) AND (quit*:ti,kw OR cessat*:ti,kw OR 'giving-up':ti,kw OR 'give-up':ti,kw OR stop*:ti,kw))) AND ('cognitive behavioral therapy'/exp/mj OR ((behavior*:ti,kw OR behaviour*:ti,kw) AND (therap*:ti,kw

OR intervent*:ti,kw OR program*:ti,kw OR support*:ti,kw OR treatment*:ti,kw OR counsel*:ti,kw))
AND (intensive:ti,ab,kw OR intensity:ti,ab,kw OR extended:ti,ab,kw)) AND ([dutch]/lim OR
[english]/lim) NOT ('conference abstract'/it OR 'editorial'/it OR 'letter'/it OR 'note'/it) NOT (('animal
experiment'/exp OR 'animal model'/exp OR 'nonhuman'/exp) NOT 'human'/exp) AND ('clinical trial'/exp OR
'randomization'/exp OR 'single blind procedure'/exp OR 'double blind procedure'/exp OR 'crossover
procedure'/exp OR 'placebo'/exp OR 'prospective study'/exp OR rct:ab,ti OR random*:ab,ti OR 'single
blind':ab,ti OR 'double blind':ab,ti OR 'randomised controlled trial':ab,ti OR 'randomized controlled trial'/exp OR
placebo*:ab,ti)

77 resultaten, Excl SR's → 51 resultaten

Ontdubbeling

Na ontdubbeling 107 resultaten

Bijlage 3: Exclusieredenen RCT's na volledige tekstbeoordeling

Studie	Exclusiereden
RCT's uit de Cochrane review van Lancaster & Stead*	
Ahluwalia 2006	controle: even intensief, maar andere benadering
Aleixandre 1998	follow-upduur te kort (4 weken)
Alterman 2001	interventie: met farmacotherapie
Aveyard 2007	interventie: met farmacotherapie
Bobo 1998	controle: kreeg helemaal geen interventie (behalve voor alcoholontwenning)
Bronson 1989	interventie: niet-intensief
Brunner 2012	interventie: met farmacotherapie
Burling 1991	controle: kreeg helemaal geen interventie (wachtlIJstcontrole)
Burling 2001	interventie: met farmacotherapie
Chan 2012	interventie: niet-intensief
Cropsey 2015	interventie: met farmacotherapie
Fiore 2004	interventie: met farmacotherapie
Garvey 2012	controle: even intensief, maar andere benadering
Glasgow 2000	interventie: niet-intensief
Hannover 2009	interventie: niet-intensief
Hennrikus 2005	interventie: niet-intensief
Hennrikus 2010	interventie: niet-intensief
Jorenby 1995	interventie: met farmacotherapie
Killen 2008	controle: ook intensief
Kim 2005	interventie: niet-intensief

^x <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD001292.pub3/full>

Kim 2015	controle: ook intensief
Lifrak 1997	controle: ook intensief
Marley 2014	interventie: met farmacotherapie
Marshall 2016	interventie: niet-intensief
McCarthy 2008	interventie: met farmacotherapie
Molyneux 2003	interventie: niet-intensief
Mueller 2012	interventie: met farmacotherapie
Nakamura 2004	controle: kreeg helemaal geen interventie (behalve voor hypertensie of hypercholesterolemie)
Nohlert 2009	interventie: met farmacotherapie
Ockene 1992	interventie: niet-intensief
Okuyemi 2013	interventie: met farmacotherapie
Pedersen 2005	interventie: met farmacotherapie
Pederson 1991	interventie: niet-intensief
Ramon 2013	controle: ook intensief, maar andere benadering
Rigotti 1997	interventie: niet-intensief
Schmitz 1999	controle: even intensief, maar andere benadering
Simon 1997	interventie bevat voorschrift voor nicotinekauwgom, maar controle niet
Simon 2003	interventie: met farmacotherapie
Stevens 1993	interventie: niet-intensief
Tonnesen 2006	controle: ook intensief
Weissfeld 1991	interventie: niet-intensief
Wiggers 2006	interventie: niet-intensief
Williams 2010	controle: ook intensief
Windsor 1988	interventie: niet-intensief
Wu 2009	controle: even intensief, maar andere benadering

RCT's uit de aanvullende search	
Huang 2015	Type interventie valt buiten PICO
Laude 2017	Type interventie valt buiten PICO
Ortega 2011	Alleen beschikbaar in het Spaans
Webb 2022	Type interventie valt buiten PICO

