

Gratis hulp bij stoppen met roken

Is vergoeding van hulpmiddelen om te stoppen met roken zinvol en kosteneffectief?

Janneke Kaper

Inleiding

Roken is een verslavingsziekte.¹ Het Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS) onderkent de ernst van tabaksverslaving^{2,3} en wil stoppen met roken sterk ondersteunen, ook financieel. In 2001 heeft de minister van VWS gevraagd te onderzoeken of het vergoeden van ondersteuning helpt om het aantal rokers te verminderen.

Theoretisch kader

Is een vergoeding voor hulpmiddelen bij het stoppen met roken een waardevol instrument om het aantal rokers te verminderen

Samenvatting

Kaper J, Gratis hulp bij stoppen met roken. Is vergoeding van hulpmiddelen om te stoppen met roken zinvol en kosteneffectief? Huisarts Wet 2007;50(5):207-9.

Inleiding Hulpmiddelen bij het stoppen met roken, zoals nicotinepleisters en bupropion, verlagen de kosten van rookgerelateerde ziekten en verhogen de levensverwachting aantoonbaar. Toch worden deze hulpmiddelen weinig gebruikt.

Methode We onderzochten bij 1266 rokers of een vergoeding het gebruik van hulpmiddelen stimuleert en daarmee het aantal succesvolle stoppogingen verhoogt.

Resultaten Tijdens het onderzoek gebruikte 10,8% van de deelnemers mét een vergoeding hulpmiddelen, tegen 4,1% van de mensen zonder vergoeding. Een vergoeding bleek het aantal stoppers te kunnen vergroten met 2 tot 3%, zelfs na 2 jaar. Ook bleek het vergoedingssysteem kosteneffectief wanneer men bereid is om € 10.000 te betalen voor een extra stopper of € 18.000 voor een voor kwaliteit gecorrigeerd levensjaar (QALY).

Conclusie Vergoeding van hulpmiddelen om te stoppen met roken lijkt een zinvolle en kosteneffectieve manier te zijn om het aantal rokers in Nederland te verminderen. Implementatie van een vergoedingssysteem zou in Nederland de drempel voor stop-rokenmiddelen verlagen en zorgverleners meer mogelijkheden geven om activiteiten op te zetten of uit te breiden. Helaas is er op dit moment nog geen vergoeding beschikbaar.

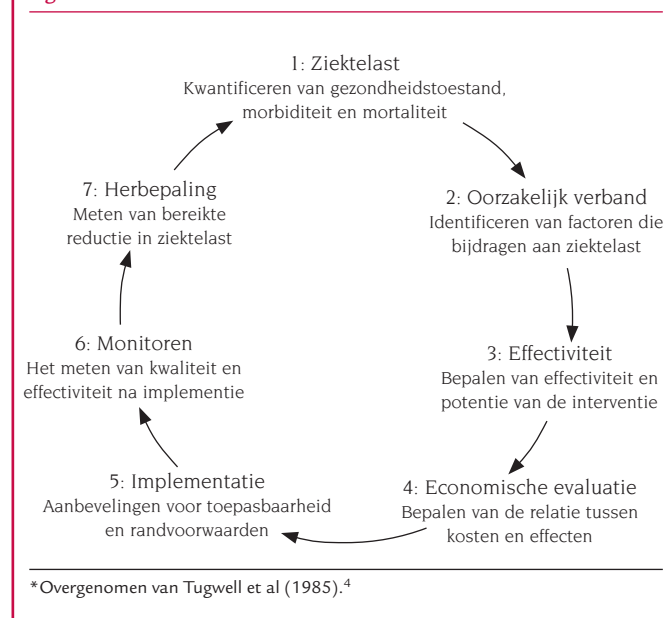
Universiteit Maastricht, Onderzoeksinstituut CAPHRI, Vakgroep Huisartsgeneeskunde, Postbus 616, 6200 MD Maastricht: dr. J. Kaper, wetenschappelijk onderzoeker.

Correspondentieadres: Janneke.Kaper@hag.unimaas.nl

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

en de levensverwachting te verhogen? Om dit aan te tonen moeten we verschillende stappen zetten, die een iteratieve cirkel vormen (figuur).⁴ De eerste stap beschrijft de ziektelast en de tweede het oorzakelijke verband tussen roken en aan roken gerelateerde ziekten. Bij de derde stap wordt de effectiviteit van vergoeding van hulpmiddelen bepaald. In de vierde stap onderzoeken we de kosteneffectiviteit en in de vijfde stap kijken we naar toepasbaarheid en randvoorwaarden. Om de cirkel te sluiten, moet de interventie geïmplementeerd worden en moet onderzocht worden wat het uiteindelijke effect is op de ziektelast.

Figuur Iteratieve cirkel*



Roken en rookgerelateerde ziekten

Roken is de belangrijkste oorzaak van ziekte en sterfte. Het veroorzaakt 13% van de totale ziektelast in Nederland.⁵ Van de rookgerelateerde doodsoorzaken is longkanker de belangrijkste, maar ook coronaire hartziekten, COPD en beroerte leveren forse bijdragen. Stoppen met roken is de belangrijkste interventie om het negatieve effect van roken op de levensverwachting en de volksgezondheid te beperken.⁶ De verslavende effecten van nicotine en de psychosociale aspecten van roken maken stoppen met roken echter lastig.

Effectiviteit van vergoeding

Veel onderzoeken laten een verband zien tussen succesvol stoppen met roken en het gebruik van hulpmiddelen, zoals nicotine-

De kern

- ▶ Een vergoeding voor hulpmiddelen bij het stoppen met roken lijkt een zinvolle en kosteneffectieve manier te zijn om het aantal rokers in Nederland te verminderen.
- ▶ Een vergoedingssysteem verlaagt de drempel voor rokers om ondersteuning te gebruiken en geeft zorgverleners meer mogelijkheden om stoppen met roken op de agenda te zetten.

vervangende middelen, bupropion, nortriptyline en gedragsmatige ondersteuning.⁷⁻¹⁰ Ook is bekend dat de kosteneffectiviteit hoog is. Toch blijft het gebruik beperkt.¹¹ We verwachten dat het vergoeden van deze hulpmiddelen de drempel kan wegnemen en daarmee het gebruik kan verhogen.

Om dit aan te tonen hebben we een gerandomiseerd onderzoek opgezet waarin we het effect bepaalden van vergoeding voor alle bewezen effectieve hulpmiddelen in Nederland.

In het onderzoek (n=1266) werd 632 rokers 6 maanden lang een vergoeding aangeboden voor nicotinevervangende middelen, bupropion en gedragsmatige interventies. De andere 634 deelnemers konden geen vergoeding krijgen. Motivatie om te stoppen met roken was geen voorwaarde om mee te doen.

Tijdens de vergoedingenperiode gebruikte 10,8% van de deelnemers met vergoeding hulpmiddelen. In de groep zonder vergoeding was dit 4,1%. Na 6 maanden was het percentage zelfgerapporteerde stoppers met vergoeding 7,8% (n=49) en 5,5% (n=35) zonder vergoeding.¹² Na 12 maanden waren 35 deelnemers (5,5%) in de vergoedingengroep en 18 deelnemers zonder vergoeding (2,8%) ten minste 6 maanden gestopt met roken. Na 2 jaar had 4,3% met vergoeding en 1,6% in groep zonder vergoeding nog niet gerookt.¹³

We concluderen dat vergoeding van hulpmiddelen bij het stoppen met roken een effectieve strategie kan zijn om het gebruik van hulpmiddelen te verhogen en om het aantal stoppers te vergroten, zelfs na twee jaar.

Deze bevindingen worden bevestigd door een Cochrane-review waarin het effect van vergoeding werd onderzocht in vijf andere onderzoeken, uitgevoerd in de Verenigde Staten en Groot-Brittannië.¹⁴

Kosteneffectiviteit van het vergoedingssysteem

Geld kan maar één keer uitgegeven worden. Bepaling van de kosteneffectiviteit van de interventie is dan ook een belangrijke stap in de iteratieve cirkel. Op basis van de gegevens uit het vergoedingenonderzoek berekenden we de extra kosten per stopper. Deze uitkomsten extrapoleerden we naar de kosten per gewonnen levensjaar. Vervolgens corrigeerden we de gewonnen levensjaren voor kwaliteit (QALY's).

De gemiddelde kosten per deelnemer waren € 322 in de interventiegroep en € 291 in de controlegroep. Uit betrouwbaarheidsanalyses bleek dat een vergoeding kosteneffectief is wanneer de

maatschappij bereid is om € 10.000 te betalen voor een extra stopper of € 18.000 voor een QALY.¹⁵ Bekend is dat men in Nederland ongeveer € 20.000 wil betalen voor een QALY.¹⁶

Randvoorwaarden

Met het onderzoek hebben we wetenschappelijk aangetoond dat vergoeding van hulpmiddelen om te stoppen met roken een zinvolle en kosteneffectieve manier is om het gebruik van hulpmiddelen, het aantal stoppers en het aantal kwaliteitsgecorrigeerde levensjaren te verhogen.

In een kwalitatief onderzoek hebben we vervolgens gekeken aan welke randvoorwaarden een vergoedingssysteem bij implementatie zou moeten voldoen.¹⁷

Vergoeding van hulpmiddelen voor stoppen met roken zou in het reguliere geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) van zorgverzekeraars opgenomen kunnen worden. De roker kan dan een hulpmiddel aanvragen bij de apotheek met een recept van een arts. De contactmomenten die in het vergoedingenonderzoek een verplichtend karakter hadden, zijn op deze wijze gegarandeerd.

De deelnemers aan het onderzoek – zorgverleners, STIVORO, GGD Fryslân en Friesland Zorgverzekeraar – vinden unaniem dat alleen bewezen effectieve middelen vergoed moeten worden. De meningen zijn verdeeld over het geven van een volledige of een gedeeltelijke vergoeding en over het vergoeden voor iedereen of alleen de lagere inkomensgroepen. Een volledige vergoeding verlaagt de drempel en drukt de beheerskosten van zorgverzekeraars. Een gedeeltelijke vergoeding verhoogt de motivatie en is minder vrijblijvend. Uit de Cochrane-review blijkt overigens dat een volledige vergoeding effectiever is dan een gedeeltelijke vergoeding.¹⁴

Maar helaas, nog geen implementatie

Implementatie van de vergoeding voor deze hulpmiddelen zou de volgende stap moeten zijn. Dit komt echter niet van de grond, ondanks het positieve advies van het CVZ voor een proefimplementatie van drie jaar.¹⁸ Noch de overheid, noch verzekeraars zijn bereid te betalen. De vorige minister van VWS was van mening dat roken een leefstijl is en dat rokers zelf verantwoordelijk zijn voor hun gedrag. Verzekeraars geven aan dat doorgaan met roken goedkoper is dan stoppen!

Nu de nieuwe regering in het regeerakkoord een rookvrije horeca en verdere accijnsverhoging op tabak als prioriteit stelt, zouden de kansen voor een vergoeding kunnen groeien. Het is daarom belangrijk dat het vergoeden van hulp voor stoppen met roken op de agenda blijft staan.

Ten slotte

Op dit moment krijgen huisartsen alleen een vergoeding als ze een rokende patiënt helpen te stoppen in het kader van de behandeling van rookgerelateerde ziekten. Implementatie van een vergoedingssysteem zou huisartsen meer mogelijkheden geven om activiteiten op te zetten of deze uit te breiden.

Momenteel wordt de laatste hand gelegd aan de NHG-Standaard Stoppen met roken. Hierin staat op welk moment de huisarts

Abstract

Kaper J. Free help to stop smoking. Does reimbursement of aids to stop smoking make sense and is it cost-effective? *Huisarts Wet* 2007;50(5):207-9.

Introduction Treatment to help smokers break their habit, such as nicotine patches and bupropion, reduces the cost of smoking-related diseases and increases life expectancy. However the use of such treatment remains limited.

Methods In a study involving 1,266 smokers, we assessed whether reimbursing the treatment methods increases the use and the number of successful attempts at stopping smoking.

Results During the study, 10.8% of the participants with reimbursement and 4.1% without reimbursement used treatment to help them stop smoking. Reimbursement increased the number of those who successfully quit the habit by 2 to 3%, even after 2 years. The reimbursement system also appeared to be cost-effective, if there is a willingness to pay € 10,000 for each additional person breaking the habit or € 18,000 for a quality adjusted life year (QALY).

Conclusions Reimbursement of smoking cessation treatment seems a valuable and cost-effective instrument to reduce the number of smokers in the Netherlands. Implementing a reimbursement system would lower the barrier to the use of smoking cessation treatment and would increase the possibilities open to health care providers. No reimbursement is made at present.

rookgedrag en stoppen met roken ter sprake kan brengen en wat hij de patiënt kan bieden. Hopelijk biedt deze nieuwe standaard voldoende mogelijkheden om patiënten te steunen in hun strijd tegen tabaksverslaving.

Dankbetuiging

Dit onderzoek was mogelijk dankzij de steun van STIVORO, De Friesland Zorgverzekeraar en de GGD Fryslân. Van de Universiteit Maastricht wil ik prof.dr. C.P. van Schayck, dr. E.J. Wagena, prof.dr. J.L. Severens en mevrouw A. Schaefer hartelijk danken voor al hun hulp en ondersteuning.

Financiering

Dit onderzoek is gefinancierd door STIVORO en het Astmafonds.

Literatuur

- 1 American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed. (DSM-IV). Washington: APA, 1994.
- 2 Ministerie van VWS. Zorgnota 2001. Den Haag, 2000.
- 3 Oudkerk, Kant. Wijziging van de Tabakswet. Motie aan de Tweede Kamer 2001;26 472.
- 4 Tugwell P, Bennett KJ, Sackett DL, Haynes RB. The measurement iterative loop: a framework for the critical appraisal of need, benefits and costs of health interventions. *J Chronic Dis* 1985;38:339-51.
- 5 Bonneux LGA, Looman CWN, Coebergh JW. Sterfte door roken in Nederland: 1,2 miljoen tabaksdoden tussen 1950 en 2015. *Ned Tijdschr Geneesk* 2003;147:917-21.
- 6 Geijer RMM, Van Schayck CP, Van Weel C, Sachs APE, Bottema BJAM, Smeel IJM, et al. NHG-Standaard COPD: behandeling. www.nhg.org.
- 7 Silagy C, Lancaster T, Stead L, Mant D, Fowler G. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004, Issue 3. DOI: 10.1002/14651858.CD000146.pub2.
- 8 Hughes JR, Stead LF, Lancaster T. Antidepressants for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 1. DOI: 10.1002/14651858.CD000031.pub3.
- 9 Stead LF, Lancaster T. Group behaviour therapy for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 2. DOI: 10.1002/14651858.CD001007.pub2.
- 10 Lancaster, T., Stead, L.F. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004, Issue 4. DOI: 10.1002/14651858.CD000165.pub2.
- 11 Zhu S, Melcer T, Sun J, Rosbrook B, Pierce JP. Smoking cessation with and without assistance. A population-based analysis. *Am J Prev Med* 2000;18:305-11.
- 12 Kaper J, Wagena EJ, Willemsen MC, Van Schayck CP. Reimbursement for smoking cessation treatment may double the abstinence rate: results of a randomised trial. *Addiction* 2005;100:1012-20.
- 13 Kaper J, Wagena EJ, Willemsen MC, Van Schayck CP. A randomized controlled trial to assess the effects of reimbursing the costs of smoking cessation therapy on sustained abstinence. *Addiction* 2006;101:1656-61.
- 14 Kaper J, Wagena EJ, Severens JL, Van Schayck CP. Healthcare financing systems for increasing the use of tobacco dependence treatment. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 1. DOI: 10.1002/14651858.CD004305.pub2.
- 15 Kaper J, Wagena EJ, Van Schayck CP, Severens JL. Encouraging smokers to quit: the cost-effectiveness of reimbursing the costs of smoking cessation treatment. *Pharmacoeconomics* 2006;24:453-64.
- 16 Casparie A, Van Hout B, Simoons M. Guidelines and Costs. *Ned Tijdschr Geneesk* 1998;142:2075-7.
- 17 Kaper J, Wagena EJ, Van Schayck CP. Het vergoeden van ondersteuning voor stoppen met roken: een kwalitatief onderzoek naar het gebruik van ondersteuning en vergoeding, de uitvoerbaarheid en de voorwaarden van een vergoedingensysteem. Maastricht: Universiteit Maastricht, 2005.
- 18 CVZ Zorgverzekeringen. Stoppen-met-roken ondersteuning: zeker weten! Diemen: College voor Zorgverzekeringen, 2003.