

Richtlijn 'Behandeling van tabaksverslaving'

C.van Weel, J.W.W.Coebergh, T.Drenthen, G.M.Schippers, P.I.van Spiegel, P.D.Anderson, F.A.van Bladeren en H.van Veenendaal*

Zie ook het artikel op bl. 10.

- In de richtlijn 'Behandeling van tabaksverslaving' wordt de aanpak van rokende patiënten besproken.
- Uitgangspunt is dat roken een verslaving is en dat de behandeling daarop dient te zijn gebaseerd.
- De effectiviteit van behandeling is afhankelijk van de motivatie van de roker om te stoppen en van de intensiviteit van de interventie. Farmacotherapie kan daarbij van aanvullende waarde zijn, met name bij verstokte rokers.
- Het doel van de richtlijn is zo veel mogelijk rokers te bereiken, ongeacht of er een samenhang bestaat tussen de klachten of gezondheidsstoornis waarvoor zij medische hulp inroepen, en het roken. Daartoe wordt systematisch gevraagd naar het roken en aan rokers wordt een éénmalig stopadvies gegeven.
- Verdere behandeling en begeleiding richten zich vooral op het vergroten van de motivatie en op degenen die bereid zijn om te stoppen op basis van het stadia-van-veranderingmodel.
- Voor verstokte rokers zijn intensievere behandelingsmogelijkheden noodzakelijk, zowel in de eerste als in de tweede lijn. Deze voorzieningen zijn in Nederland momenteel nauwelijks beschikbaar, maar zullen moeten worden ontwikkeld, om de op zich kosteneffectieve behandeling van tabaksverslaving op grote schaal mogelijk te maken.

Ned Tijdschr Geneeskd 2005;149:17-21

In 1970 publiceerde Van Proosdij in dit tijdschrift een artikel onder de titel: 'De problematiek van de gehechtheid aan tabaksgebruik'.¹ De auteur argumenteerde dat tabaksgebruik een verslaving is en niet slechts als een slechte, ongezonde of hinderlijke gewoonte gezien moest worden. In zijn artikel gaf hij de stand der wetenschap van het ondersteunen van rokers die willen stoppen en sloot hij af met te benadrukken dat 'een goede motivering en een juiste psychische instelling' doorslaggevend zijn voor het kunnen bereiken van totale abstinentie. Het artikel van Van Proosdij bevat een

verrassend grote overeenkomst met de uitgangspunten van de onlangs gepubliceerde richtlijn 'Behandeling van tabaksverslaving',² die wij hier bespreken en waarvan wij de belangrijkste aspecten samenvatten. Dit geeft aan hoezeer Van Proosdij zijn tijd vooruit was, of hoe lang de medische professie in Nederland, in tegenstelling tot die in andere landen,³⁻⁵ het volksgezondheidsprobleem van het roken misschien heeft laten liggen.

Roken in Nederland anno 2004. Het roken van sigaretten veroorzaakt ernstige schade aan de volksgezondheid in Nederland en andere landen (www.cts.uox.ac.uk/~tobacco) met in ons land jaarlijks 20.000 tot 25.000 vroegtijdige gevallen van overlijden (tabel 1) (www.rivm.nl/vtv/data/kompas/determinanten/exogeen/roken/roken_gevolg.htm).⁶

Dit ziekterisico geldt niet alleen voor het zelf roken, maar ook voor meeroken, met name bij kinderen.⁷

In Nederland liep het aantal aan roken gerelateerde sterfgevallen in de afgelopen 5-10 jaar minder terug dan in het VK, de VS en Finland (www.cts.uox.ac.uk/~tobacco); voorts baart de toename in incidentie van en sterfte aan longkanker bij jongere en middelbare vrouwen zorgen.⁸ De gewijzigde Tabakswet uit 2002⁹ maakt het terugdringen van het tabaksgebruik een prioriteit in het volksgezondheidsbeleid, tot uiting komend in: bescherming van niet-rokers, voorkómen van tabaksgebruik door adolescenten en ondersteuning van rokers die willen stoppen. De richtlijn 'Behandeling van tabaksverslaving', een gezamenlijk document van tandartsen, medici, verloskundigen en verpleegkundigen, past in dit laatste beleidsonderdeel.

Werkwijze en aard van de richtlijn. De richtlijn is voortgekomen uit het Partnership Stop met Roken, een initiatief van

* Dit artikel wordt afgedrukt met meer dan 6 auteurs, omdat alle auteurs naar het oordeel van de redactie hebben voldaan aan de voorwaarden voor auteurschap.

Universitair Medisch Centrum St Radboud, afd. Huisartsgeneeskunde, Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen.
 Hr.prof.dr.C.van Weel, hoogleraar huisartsgeneeskunde.
 Erasmus Medisch Centrum, afd. Maatschappelijke Gezondheidszorg, Rotterdam.
 Hr.dr.J.W.W.Coebergh, epidemioloog.
 Nederlands Huisartsen Genootschap, Utrecht.
 Hr.dr.T.Drenthen, socioloog.
 Academisch Medisch Centrum/Universiteit van Amsterdam, Institute for Addiction Research, Amsterdam.
 Hr.prof.dr.G.M.Schippers, hoogleraar Verslavingsgedrag en Zorgevaluatie.
 Slotervaartziekenhuis, afd. Longziekten, Amsterdam.
 Hr.P.I.van Spiegel, longarts.
 Partnership Stop met Roken, Den Haag.
 Hr.dr.P.D.Anderson, public-healthadviseur; mw.drs.F.A.van Bladeren, projectcoördinator.
 Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, Utrecht.
 Hr.drs.H.van Veenendaal, adviseur.
 Correspondentieadres: hr.prof.dr.C.van Weel (c.vanweel@hag.umcn.nl).

TABEL 1. Sterfte door roken in vergelijking met algehele sterfte*

	sterfte in 2003			
	totale		door roken	
	mannen	vrouwen	mannen	vrouwen
longkanker	6 388	2 532	5 842	1 884
COPD	3 877	2 408	3 277	1 648
coronaire hartziekte	8 970	7 003	2 854	942
beroerte	4 861	7 469	1 039	784
hartfalen	2 359	3 829	437	235
slokdarmkanker	837	376	665	236
strottenhoofdkanker	176	50	139	42
mondholtekanker	338	196	311	109
totaal	27 806	23 863	14 295 (sic)	5 880
	51 669		20 175†	

COPD = chronisch obstructieve longziekte.

*Bron: STIVORO voor een rookvrije toekomst, jaarverslag 2003.

†Dat is 39,3% van de totale sterfte.

het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) waarin ruim 20 publieke en private organisaties samenwerken om de ondersteuning bij het stoppen met roken te verbeteren. De richtlijn werd opgesteld door vertegenwoordigers van diverse medisch-wetenschappelijke en paramedische verenigingen; deze worden genoemd aan het eind van dit artikel. Het proces werd methodologisch en secretariael ondersteund door het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, op basis van de 'evidence-based' methode van richtlijnontwikkeling.¹⁰ De meeste aanbevelingen in de richtlijn zijn gebaseerd op het hoogste niveau van bewijs: effectiviteit gerapporteerd in meer dan één meta-analyse. In een aantal gevallen moest men met een lager niveau van bewijskracht genoegen nemen. Voor iedere aanbeveling is in de richtlijn het bewijsniveau aangegeven onder verwijzing naar de betreffende literatuur. Na een becommentariërondersteuning, waarvan meer dan 50 organisaties of personen gebruikmaakten, werd de definitieve richtlijn opgesteld,² en door alle participerende verenigingen geautoriseerd.

DE RICHTLIJN: UITGANGSPUNTEN

Het doel van de richtlijn is om zo veel mogelijk rokers te bereiken door middel van de regelmatige contacten die dezen – al dan niet ten gevolge van door roken veroorzaakte gezondheidsschade – met de curatieve medische zorg hebben. Op basis hiervan wordt bij betrokkenen het roken ter sprake gebracht, wordt hen geadviseerd om te stoppen en zo nodig ondersteuning geboden (figuur). Het theoretische model van stadia van verandering¹¹ ligt hieraan ten grond-

slag. Het gebruik van tabak wordt daarbij benaderd volgens uitgangspunten van de verslavingszorg. Dit is een trendbreuk met de benadering tot nu toe van de eigen vrije keuze om wel of niet te roken.

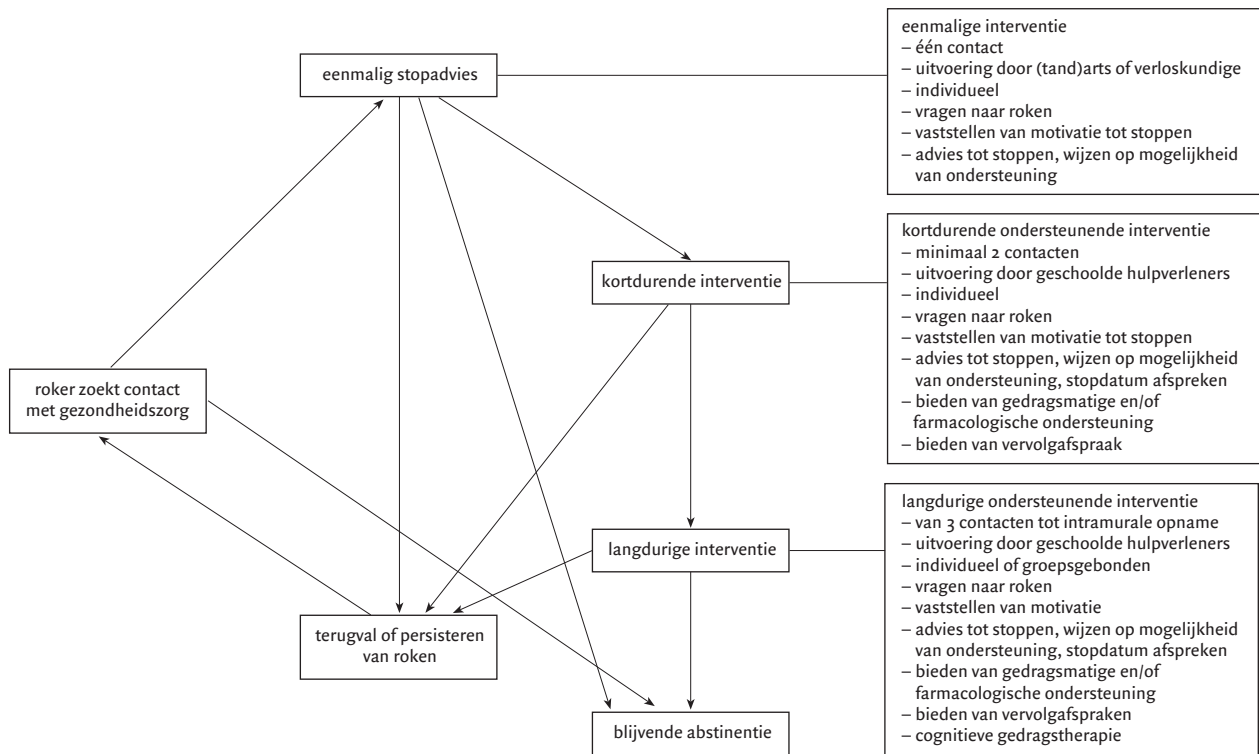
Patiënten stellen een stopadvies van (para)medische professionals doorgaans op prijs en zo'n advies is vaak effectiever dan dat van niet-medici.¹²

Om zo veel mogelijk rokers gedurende reguliere zorgcontacten te kunnen bereiken, dienen korte interventies systematisch te worden toegepast. Omdat slechts weinigen in staat zijn om een eerste stoppoging vol te houden, zullen deze interventies herhaald moeten worden. Voor de verstokte rokers – 'verstokt roker' wordt gedefinieerd als een persoon die tenminste één mislukte stoppoging heeft ondernomen – wordt de noodzaak erkend van intensievere stoppen-met-rokeninterventies, en zo nodig de mogelijkheid van verwijzing daarvoor. In de richtlijn is de plaats van dit laatste aangegeven, ofschoon in de Nederlandse gezondheidszorg deze voorziening nog vrijwel ontbreekt en de wetenschappelijke onderbouwing nog bescheiden is. De verschillen tussen kortdurende en langdurige intensieve interventies zijn relatief. In principe kan iedere hulpverlener, mits adequaat getraind en in een positie om voldoende tijd vrij te maken, intensieve interventies uitvoeren.¹³

De figuur vat de interventies samen die zijn gedefinieerd in navolging van de Amerikaanse¹³ en Britse¹⁴ richtlijnen. Kortdurende ondersteuning is inmiddels onder de naam 'minimale-interventiestrategie' (MIS) uitgewerkt voor de huisarts¹⁵, de cardioloog¹⁶, de longarts¹⁷ en de verloskundige.¹⁸

Tenminste een eenmalig advies tot stoppen. Er is bij deze interventies een dosis-effectrelatie: een eenmalig advies leidt bij circa 2% van de rokers tot succesvol stoppen en kortdurende ondersteunende interventies verdubbelen dat effect nog eens. Dit geldt ook voor ongevraagd advies. Daarom wordt aanbevolen om bij alle rokende patiënten in de gezondheidszorg tenminste een eenmalig advies te geven en bij voorkeur een kortdurende ondersteunende interventie aan te bieden. Dit zou moeten gelden voor alle nieuwe patiënten en tenminste eenmaal per jaar herhaald moeten worden. Motivatie van de roker om te stoppen is cruciaal en de interventie richt zich daar primair op. Nicotinevervangende middelen of psychofarmaca worden zo nodig toegevoegd (tabel 2).

Naast motivatie zijn factoren die het succes bevorderen van een poging tot stoppen met roken geringere nicotineafhankelijkheid, het ontbreken van stress en van psychiatrische aandoeningen en (een hoog risico op) aan roken gerelateerde aandoeningen. Daarnaast hebben persoonlijke begeleiding, het gebruik van goede zelfhulpmaterialen en aanpassing van de interventie aan het niveau van de motivatie van de roker een zeker effect, dat echter niet zeer groot is. Ofschoon dit niet met harde gegevens onderbouwd kan



Interventies om rokers tot stoppen te brengen.

worden, wordt verondersteld dat een niet-moraliserende, open benadering van de roker de voorkeur verdient.

Voorbeelden van beschikbare intensieve stoppen-met-rokenmodules zijn Pakje Kans (www.stivoro.nl/pakjekans.html)¹⁹ en de Jellinek Leefstijltraining,²⁰ maar er is behoefte aan uitbreiding van deze voorzieningen en aan onderzoek naar de effectiviteit ervan. Er moet rekening mee worden gehouden dat op dit moment de kosten van (intensieve) interventies door de (meeste) verzekeraars niet worden vergoed.

Ondersteunende middelen. Nicotinevervangende middelen en farmacotherapie dienen nooit te worden voorgeschreven los van een op stoppen met roken gerichte begeleiding (zie tabel 2). Deze middelen komen met name in aanmerking bij de ondersteuning van stevige rokers (dat wil zeggen: ≥ 10 sigaretten per dag). Alle beschikbare middelen vergroten de kans op een geslaagde stoppoging met een factor 1,5-2, ongeacht de subgroep of de ernst van de nicotineverslaving,²¹ zodat de keuze kan worden gebaseerd op persoonlijke voorkeur van de roker, bijwerkingen en prijs. Een hogere dosering, vooral bij stevige rokers, kan aangewezen zijn. Dit is vooral gebaseerd op onderzoek naar effecten na 1 jaar of langer.^{21 22}

Veel onderzoek werd uitgevoerd bij vrijwilligers die zich opgaven na een oproep, hetgeen de vertaling naar de dagelijkse praktijk beperkt. In de richtlijn worden bupropion en

TABEL 2. Diverse ondersteunende interventies om mensen te helpen te stoppen met roken

	nicotinevervangende middelen	farmacologische interventie
effectiviteit (toename van de stopkans)	1,5-2 ×	1,5-2 ×*
preparaten	kauwgom, pleisters	bupropion, nortriptyline†
indicatie	verzoek van patiënt	vooral bij: ernstige nicotineafhankelijkheid (> 10 sigaretten per dag) dwingende medische redenen tot stoppen
voorwaarden	uitsluitend ondersteunend	uitsluitend ondersteunend, onder medisch toezicht
bijwerkingen	veilig	droge mond, constipatie, slaperigheid (20%)

*Referentiewaarde: de spontane stopkans bedraagt 10%.

†Niet geregistreerd voor deze indicatie.

het antidepressivum nortriptyline als gelijkwaardige farmacotherapie gepresenteerd. Nortriptyline is niet geregistreerd voor stoppen met roken en er is geen vergelijkend klinisch onderzoek tussen beide middelen beschikbaar. Dat vormt een beperking voor deze aanbeveling en er is dan ook behoefte aan dergelijk vergelijkend onderzoek.

KRITISCHE PUNTEN BIJ HET REALISEREN VAN DE RICHTLIJN

De richtlijn beoogt alle rokers te bereiken en tegelijkertijd verstokte rokers extra te ondersteunen. Het gaat om grote aantallen en het zorgbeslag hiervan dient niet te worden onderschat.

Tussen het bieden van zorg aan iedereen die daarvoor in aanmerking komt en het geven van de beste zorg aan het individu bestaat een intrinsieke spanning, zoals Maynard heeft aangetoond.²³ In de richtlijn is in de eerste plaats gekozen voor het algemene volksgezondheidsbelang als richtsnoer voor het effectiviteitsparadigma: zo veel mogelijk rokers, ook lichte, te adviseren.

Het multidisciplinaire karakter van deze richtlijn maakt invoering in de praktijk een complexe, maar ook boeiende uitdaging. Binnen het kader van de bewezen effectieve maatregelen zullen diverse disciplines op pragmatische en zorginhoudelijke gronden prioriteiten stellen. Tandartsen en huisartsen zien veel rokers zonder dat er een met roken samenhangend gezondheidsprobleem aan de orde is, dit in tegenstelling tot cardiologen en longartsen. Tandartsen zullen zich daarbij toeleggen op eenmalige advisering, huisartsen op rokers met tabaksgelateerde klachten en aandoeningen, en cardiologen en longartsen zullen vooral intensieve behandeling bieden. Verloskundigen en obstetrici zullen zich behalve op het definitief stoppen ook richten op het tijdelijk stoppen met roken tijdens de zwangerschap en de zoogperiode. Dit geldt ook voor de chirurg en de anesthesioloog als het gaat om preoperatieve patiënten. Al deze verschillen maken specificatie naar toepassingsterrein noodzakelijk.¹⁵⁻¹⁸

Patiënten ervaren diverse nadelen van het stoppen met roken, zoals toename van het lichaamsgewicht en het wegvallen van een kalmerend effect bij spanningen.²⁴ Hoewel deze effecten nooit in onderzoek bevestigd zijn, dient men hier wel op in te spelen – alleen al, omdat ze anders een oorzaak kunnen vormen voor terugval.

De vergoeding van voorzieningen en ondersteunende middelen vormt een mogelijke barrière in het realiseren van de richtlijn. De (kosten)effectiviteit van de aanbevolen interventies rechtvaardigt opname in het verzekeringspakket.²⁵⁻²⁶ Een speciaal punt daarbij is het totstandkomen van gespecialiseerde voorzieningen voor intensieve behandeling en begeleiding, die thans nog vrijwel niet bestaan en waarvoor ook nog geen regeling is. Ook de financiering van tandheel-

kundige stoppen-met-roken-interventies vraagt daarbij aandacht, omdat de honorering van tandartsen uitsluitend op omschreven verrichtingen is gebaseerd. Erkenning door de politiek van het gegeven dat roken een verslaving is en het ermee stoppen dientengevolge slechts voor een gedeelte een kwestie is van wilskracht, is echter een voorwaarde om te komen tot deze kostentechnisch gerechtvaardigde opname in het pakket.

CONCLUSIE

Inmiddels meer dan 30 jaar na Van Proosdij's publicatie,¹ krijgt met deze richtlijn het volksgezondheidsbeleid vanuit de curatieve sector een belangrijke impuls. Slaagt de implementatie, dan zal in de komende 10 jaar het roken substantieel dalen, waarmee veel ziekteleed voorkómen kan worden.

De werkgroep die de richtlijn voorbereidde, werd gevormd door (in alfabetische volgorde): dr.mr.R.H.B.Allard, kaakchirurg, VU Medisch Centrum, Amsterdam; dr.R.Ashruf, verslavingsarts, Parnassia psychomedisch centrum, Den Haag; drs.B.J.E.van den Bemt, apotheker, Sint Maartenskliniek, Nijmegen; dr.M.F.de Boer, kno-arts, Erasmus Medisch Centrum, Rotterdam; dr.M.Chatrou, klinisch psycholoog-psychotherapeut, Máxima Medisch Centrum, Eindhoven; dr.J.W.W.Coebergh (voorzitter subgroep 'hulpmiddelen'), epidemioloog, Integraal Kankercentrum Zuid en Erasmus Medisch Centrum, Rotterdam; drs.M.S.Dettingmeijer, beleidsmedewerker, Bilthoven; dr.T.Drenthen (co-voorzitter subgroep 'korte interventie'), socioloog, NHG, Utrecht; drs.A.van Ernst, STIVORO voor een rookvrije toekomst, Den Haag; dr.B.D.Frijling, huisarts, Utrecht; prof.dr.R.Grol, Werkgroep Onderzoek en Kwaliteit (WOK), Universitair Medisch Centrum St Radboud, Nijmegen; S.van Gunst, Nederlandse Vereniging van Doktersassistenten; dr.I.M.Hellemans, cardioloog, Alant Cardio, Amsterdam; drs.J.E.Jacobs, onderzoeker-implementationdeskundige, WOK, Universitair Medisch Centrum St Radboud, Nijmegen; dr.J.W.Jukema, cardioloog, Leids Universitair Medisch Centrum, Leiden; dr.C.J.E.Kaandorp, arts, adviseur, Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, Utrecht; drs.J.Kaper, onderzoeker, Care and Public Health Research Institute (CAPHRI), Universiteit Maastricht; dr.J.de Koning, adviseur, CBO, Utrecht; drs.M.C.Küthe, kinderarts, Amphia Ziekenhuis, Breda; drs.J.R.van der Laan, huisarts, NHG, Utrecht; dr.E.A.Noorlander, psychiater, DeltaBouman, Poortugaal; prof.dr.C.P.van Schayck, wetenschappelijk directeur, onderzoeksinstituut CAPHRI, Universiteit Maastricht; prof.dr.G.M.Schippers (voorzitter subgroep 'intensieve interventie'), psycholoog-psychotherapeut, adjunct-directeur AIAR, Amsterdam; drs.P.I.van Spiegel (co-voorzitter 'korte interventie'), longarts, Slotervaartziekenhuis, Amsterdam; dr.E.L.J.A.Stalpers, radiotherapeut, AMC, Amsterdam; dr.E.A.P.Steegers, gynaecoloog, Erasmus Medisch Centrum, Rotterdam; dr.P.G.Tromp-Beelen, huisarts-verslavingsarts, Jellinek, Amsterdam en NHG, Utrecht; drs.H.van Veenendaal, adviseur en eindredactie, CBO, Utrecht; prof.dr.H.de Vries, capaciteitsgroep Gezondheidsvoorzichting en Opvoeding, Universiteit Maastricht; drs.E.J.Wagena, onderzoeker, onderzoeksinstituut CAPHRI, Universiteit Maastricht; prof.dr.C.van Weel, huisarts (voorzitter), Universitair Medisch Centrum St Radboud, Nijmegen; dr.M.C.Willemsen, hoofd onderzoek, STIVORO voor een rookvrije toekomst, Den Haag; drs.J.Wittenberg, adviseur, CBO, Utrecht.

De volledige richtlijn staat op de website van het Partnership Stop met Roken (www.partnershipstopmetroken.nl) en die van het CBO (www.cbo.nl) en is te bestellen bij Van Zuiden Communications (zuiden@zuidencomm.nl).

Belangenconflict: geen gemeld. Financiële ondersteuning: ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Orde van Medisch Specialist.

Aanvaard op 11 maart 2004

Literatuur

- 1 Proosdij C van. De problematiek van de gehechtheid aan tabaksgebruik. *Ned Tijdschr Geneeskd* 1970;114:1662-7.
- 2 Richtlijn Behandeling van tabaksverslaving. Utrecht: Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO; 2004.
- 3 McEwen A, West R. Smoking cessation activities by general practitioners and practice nurses. *Tob Control* 2001;10:27-32.
- 4 Ockene JK, Lindsay EA, Hymowitz N, Giffen C, Purcell T, Pomrehn P, et al. Tobacco control activities of primary-care physicians in the Community Intervention Trial for Smoking Cessation. COMMIT Research Group. *Tob Control* 1997;6 Suppl 2:S49-56.
- 5 Young JM, Ward JE. Implementing guidelines for smoking cessation advice in Australian general practice: opinions, current practices, readiness to change and perceived barriers. *Family Practice* 2001; 18:14-20.
- 6 Bonneux L, Looman CW, Coebergh JWW. Sterfte door roken in Nederland: 1,2 miljoen tabaksdoden tussen 1950 en 2015. *Ned Tijdschr Geneeskd* 2003;147:917-21.
- 7 Volksgezondheidsschade door passief roken. Publicatienr 2003/21. Den Haag: Gezondheidsraad; 2003.
- 8 Bray F, Tyczynski JE, Parkin DM. Going up or coming down? The changing phases of the lung cancer epidemic from 1967 to 1999 in the 15 European Union countries. *Eur J Cancer* 2004;40:96-125.
- 9 Tabakswet. Staatsblad 2002; 201.
- 10 Everdingen JJE van. Van consensus naar CBO-richtlijn. *Ned Tijdschr Geneeskd* 1999;143:2086-9.
- 11 Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how people change. *Am Psychol* 1992;47:1102-14.
- 12 Sutherland G. Evidence for counselling efficacy. *J Clin Psychiatry* 2003;18:22-34.
- 13 Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, Dorfman SF, Goldstein MG, Gritz ER, et al. Treating tobacco use and dependence. Clinical practice guideline. Rockville: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service; 2000.
- 14 West R, McNeill A, Raw M. Smoking cessation guidelines for health professionals: an update. *Thorax* 2000;55:987-99.
- 15 Pieterse ME, Seydel ER, Vries H de, Mudde AN, Kok GJ. Effectiveness of a minimal contact smoking cessation program for Dutch general practitioners: a randomized controlled trial. *Prev Med* 2001;32: 182-90.
- 16 Bolman C. Smoking cessation among patients hospitalized with cardiac disease: evaluation of a minimal contact approach [proefschrift]. Maastricht: Universitaire Pers Maastricht; 2001.
- 17 Laat uw stopadvies niet in rook opgaan, de L-MIS. Stoppen met roken voor longpatiënten. Informatie voor longartsen. STIVORO; 2003.
- 18 Bakker M. Pregnancy, a window of opportunity to quit smoking [proefschrift]. Maastricht: Universiteit Maastricht; 2001.
- 19 Pakje kans, samen stoppen met roken. Utrecht: STIVORO voor een rookvrije toekomst; 2003.
- 20 Tromp-Beelen PG, Schippers JA, Wildt W de, Schippers GM. Intensieve interventies voor ernstig nicotine-afhankelijken in de verslavingszorg. Amsterdam: Jellinek; 2004.
- 21 Willemsen MC, Wagena EI, Schayck CP van. De effectiviteit van stoppen-met-rokenmethoden die in Nederland beschikbaar zijn: een systematische review op basis van Cochrane-gegevens. *Ned Tijdschr Geneeskd* 2003;147:922-7.
- 22 Silagy C, Lancaster T, Stead L, Mant D, Fowler G. Nicotine replacement therapy for smoking cessation [Cochrane review]. *The Cochrane Library*. Issue 4. Oxford: Update Software; 2003.
- 23 Maynard, A. Evidence-based medicine: an incomplete method for informing treatment choices. *Lancet* 1997;349:126-8.
- 24 Henselmans I, Witt B de, Hilberink S, Jacobs A. Professionele behandeling van tabaksverslaving: het cliëntperspectief. Nijmegen: Centre for Quality of Care Research, UMC St Radboud; 2003.
- 25 Feenstra TL, Hamberg-van Reenen HH, Hoogenveen RT, Rutten-van Mölken MPMH. Cost-effectiveness analysis of face-to-face smoking cessation interventions by professionals. Rotterdam: Institute for Medical Technology Assessment; 2003.
- 26 Barendregt JJ, Bonneux L, Maas PJ van der. The health care costs of smoking. *N Engl J Med* 1997;337:1052-7.

Abstract

The practice guideline: 'Treatment of tobacco dependence'

- The interdisciplinary guideline 'Treatment of tobacco dependence' discusses the approach to smoking patients.
 - The point of departure is the concept that smoking is an addiction and that its treatment should be based on this fact.
 - The effectiveness of treatment depends on the patient's motivation to stop smoking and on the intensity of the intervention. Pharmacotherapy may be of added value here, particularly for persistent smokers.
 - The guideline aims at reaching as many smoking patients as possible, regardless of whether there is a relationship between their symptoms or ill health and smoking. Practitioners should ask about smoking habits regularly and smokers should be advised at least once to stop.
 - Further treatment and guidance aims in particular to increase the motivation to quit and at those who are prepared to stop on the basis of the stages-of-change model.
 - More intensive possibilities for treatment, by both general practitioners and specialists, are needed for persistent smokers. Such facilities are hardly available at all in the Netherlands at present, but will have to be developed to make the cost-effective treatment of tobacco addiction possible on a large scale.
- Ned Tijdschr Geneeskd* 2005;149:17-21