'Het effect van een gestructureerde en systematische registratie van de rookstatus en het gebruik van een draaiboek rond rookstopbegeleiding op het rookgedrag van de patiënt: een kwaliteitsverbeterend project.'

Haio: NAILIS Laura , V.U.B.
Promotor: VANDEVOORDE Jan , V.U.B.
Praktijkopleider: GROUWELS Yves , JANSSEN Luc

Context: Tabaksmisbruik is een verslaving die een fysieke en psychologische afhankelijkheid impliceert. Roken heeft aanzienlijke gevolgen op de gezondheid van een individu en zijn omgeving. Het neemt wereldwijd de tweede plaats in als oorzaak van ziektelast. Bovendien is het risico op vroegtijdige mortaliteit onder rokers driemaal verhoogd ten opzichte van niet-rokers. De huisarts wordt beschouwd als eerste aanspreekpunt en dus als ideale persoon om een rookstopinterventie te starten.

Onderzoeksvraag: Literatuurstudie: Wordt het aanbevolen om de rookstatus standaard bij iedere consultatie na te vragen en te registeren in het elektronisch medisch dossier? Bestaan er tegenargumenten voor de huisarts om de rookstatus niet na te vragen? Wat is het effect van een consequente rookstopbegeleiding via de huisarts op rookstop en op de mogelijke overgang naar een gedragsverandering in de richting van rookstop? Praktijkproject: Hoe kan de huidige registratie van de rookstatus geoptimaliseerd worden zodanig dat de registratie systematisch en gestructureerd zal verlopen in het elektronisch medisch dossier? Wat is het effect van het gebruik van een draaiboek rond rookstopbegeleiding op rookstop en op de mogelijke overgang naar een gedragsverandering in de richting van rookstop?

Methode: Na het uitvoeren van een literatuurstudie werd gedurende een periode van 2 maanden gestreefd naar een systematische bevraging en elektronische registratie van de rookstatus tijdens een standaard raadpleging bij patiënten vanaf de leeftijd van 18 jaar. Na ondertekening van het informed consent werd gepeild naar de mate van afhankelijkheid en motivatie aan de hand van een korte vragenlijst. Vervolgens werd rookstopadvies op maat gegeven en werd een follow-up fase gehanteerd. Patiënten die binnen één maand wensten te stoppen met roken, kregen een individuele rookstopbegeleiding door de huisarts in opleiding gedurende 6 maanden waarbij als leidraad het draaiboek werd gebruikt. De overige patiënten, buiten de tevreden rokers, werden na 3 maanden teruggezien en geëvalueerd.

Resultaten: Literatuurstudie: Het wordt aanbevolen als huisarts om de rookstatus systematisch tijdens elke raadpleging te bevragen en elektronisch te registreren, ongeacht de leeftijd en of de patiënt vragende partij is. Bij een roker wordt geadviseerd om de rookstatus te evalueren bij ieder nieuw contact. De belangrijkste barrières om de rookstatus te evalueren zijn voor de arts tijdsgebrek en angst voor de arts-patiëntrelatie. De huisarts geeft rookstopadvies op maat dat gericht is om de patiënt te motiveren om over te gaan tot rookstop of om te evolueren naar een volgende rookstopfase richting rookstop volgens het model van Prochaska en Di Clemente. Er bestaan enkel cijfers over het rookstoppercentage na het geven van rookstopadvies. Vastgelegde follow-up contacten worden enkel beschreven voor patiënten die binnen één maand willen stoppen met roken. Praktijkproject: Gedurende een registratieperiode van 2 maanden werd bij 255 patiënten de rookstatus bevraagd en elektronisch geregistreerd, waarvan 69 patiënten rokers waren. Hiervan bevonden 31 patiënten zich in precontemplatiefase, 5 patiënten in de contemplatiefase, 11 patiënten in de preparatiefase en 22 patiënten in de actiefase. Na de vervolgconsultatie bleek dat 2

patiënten (2/5) uit de contemplatiefase aanwezig waren en in dezelfde fase bleven na rookstopadvies. Daarnaast waren 4 patiënten aanwezig uit de preparatiefase (4/11). Hiervan bleven 3 patiënten in dezelfde fase en ging 1 patiënt over naar de contemplatiefase. Uit de actiefase waren 16 patiënten aanwezig (16/22), waarvan 2 patiënten zijn overgegaan naar de preparatiefase en 3 patiënten naar de contemplatiefase. Van de 11 patiënten die een rookstoppoging hebben ondergaan, zijn 4 patiënten overgegaan tot een blijvende rookstop na 6 maanden.

Conclusie: Na een registratieperiode van 2 maanden werd bij 255 patiënten de rookstatus geregistreerd. Daarnaast hebben 4 patiënten een blijvende rookstop behouden na 6 maanden. Rookstop is dus een onderwerp om bespreekbaar te houden in onze huisartsenpraktijk. Echter zal een aangepast project gebruikt worden waarbij jaarlijks een registratieperiode zal plaatsvinden met als streefwaarde gemiddeld 5 registraties per arts per dag. Wat betreft het rookstopbegeleidingsproces, zal de toekomst moeten uitwijzen of dit haalbaar is voor de andere artsen. De huisarts in opleiding zal het aangepaste project in de toekomst blijven uitvoeren.