Registratie van rookgedrag en rookstopbegeleiding in een huisartspraktijk

Haio: BORREMAN Maxime , KUL
Promotor: AERTGEERTS Bert , KUL
Praktijkopleider: DE KEERSMAECKER Raphaël

Context: Roken is een van de belangrijkste factoren in het zogenoemde cardiovasculair risicoprofiel. Gemiddeld sterft een persoon die 20 sigaretten per dag rookt 10 jaar vroeger dan iemand die nooit heeft gerookt. De huisarts is zeer goed geplaatst om kosteneffectief interventies uit te voeren om zijn patiënten te helpen stoppen met roken. Toch is het rookgedrag slechts bij de helft van patiënten geregistreerd in het EMD van de huisarts. De studie vond plaats in een semistedelijke praktijk met een bestand van 3244 patiënten met een globaal medisch dossier (GMD). Vier huisartsen zijn er werkzaam: twee als fulltime huisarts, ??n halftime huisarts en ??n haio. Bij aanvang van de studie was bij geen enkele patiënt de rookstatus geregistreerd.

Onderzoeksvraag: dit kwaliteitsverbeterend project wil 2 vragen onderzoeken. Hoe kan de registratie van het rookgedrag in het EMD verbeterd worden? Hoe kan de huisarts een grotere rol spelen in het induceren van een rookstop bij patiënten met een verhoogd cardiovasculair risico?

Methode: Een vergelijkende literatuurstudie werd verricht om een praktijkrichtlijn voor de aanpak van rookstop te ontwikkelen. Vervolgens vond gedurende 4 maanden een registratie van het rookgedrag plaats bij patiënten tussen 40 en 50 jaar. Met deze gegevens kon via computersoftware het cardiovasculair risicoprofiel nauwkeuriger bepaald worden. Patiënten met een cardiovasculair risicoprofiel (CVR) hoger dan 10 %, berekend op basis van de Framinghamscore, werden uitgenodigd om op geplande rookstopconsultaties in de huisartspraktijk te komen. In een tweede tijd werd ook een groep gemotiveerde patiënten, die niet voldeden aan de initi?le inclusiecriteria, opgenomen in de studie. Alle patiënten werden gedurende 6 maanden intensief begeleid met het stoppen met roken.

Resultaten: De opgestelde praktijkrichtlijn werd besproken met alle artsen, en voor de registratieronde plaatsvond kregen zij een demonstratie hoe deze registratie in het EMD diende te gebeuren. Van de 290 patiënten tussen 40 en 50 jaar oud die op consultatie kwamen tussen 1 januari 2012 en 31 maart 2012, werd bij 219 ervan de rookstatus geregistreerd (effectiviteit van 75,5 %). Na berekening van het CVR werd bij 25 patiënten een CVR hoger dan 10 % vastgesteld. 12 van deze patiënten kregen een intensieve rookstopbegeleiding, samen met 8 rokers die niet aan de inclusiecriteria voldeden maar expliciet vroegen om ook opgenomen te worden in de studie. Van dit totaal van 20 patiënten kon er bij 7 een definitieve rookstop bekomen worden. Tevens kon bij 5 van de 13 patiënten die niet slaagden in hun rookstop een verbetering van hun motivatie om te stoppen met roken genoteerd worden.

Conclusie: Door middel van de praktijkrichtlijn toe te passen en bij elk uniek patiëntencontact de rookstatus te bevragen gedurende 4 maanden konden de 4 artsen bij 75 % van de doelpopulatie van hun huisartspraktijk de rookstatus registreren. Vervolgens vond een interventie plaats waarbij rookstopconsultaties aangeboden werden. Dit gebeurde met behulp van een praktijkrichtlijn die gebaseerd is op de huidige aanbevelingen omtrent rookstop. Bij 7 van de 20 begeleide patiënten (35 %) kon een definitieve rookstop bekomen worden. Vijf patiënten gingen een stap vooruit in hun motivatie om te stoppen met roken.