Rookstopbegeleiding in de huisartsenpraktijk: Ontwikkeling en gebruik van een praktijkrichtlijn en kennis van de gemotiveerde roker betreffende rookstop. Een praktijkverbeterend project.

Dr. Jolien Van der Auwera, Katholieke Universiteit Leuven

Promotor: Prof. Dr. An de Sutter, Universiteit Gent
Co-promotor: Praktijkopleider Dr. Eveline Sabbe

Master of Family Medicine
Masterproef Huisartsgeneeskunde

KATHOLIEKE UNIVERSITEIT LEUVEN
ACADEMISCH CENTRUM HUISARTSGENEESKUNDE

ICHO vzw
INTERUNIVERSITAIR CENTRUM VOOR HUISARTSEN OPLEIDING

Abstract

Rookstopbegeleiding in de huisartsenpraktijk: Ontwikkeling en gebruik van een praktijkrichtlijn en kennis van de gemotiveerde roker betreffende rookstop: Een praktijkverbeterend project.

Haio: Dr. Jolien Van der Auwera
Universiteit: Katholieke Universiteit Leuven
Promotor: Prof. Dr. An De Sutter
Praktijkopleider: Dr. Eveline Sabbe

Context
Het gebruik van tabak is de belangrijkste vermijdbare doodsoorzaak in de wereld en één op twee rokers sterft vroegtijdig ten gevolge van zijn rookgedrag. Interventies in de huisartsenpraktijk zijn effectief gebleken: de huisarts kan de patiënt motiveren en begeleiden bij een rookstoppoging. Een praktijkrichtlijn over rookstop kan een meerwaarde bieden om rokers te ondersteunen bij hun stoppoging.

Onderzoeksvraag
Literatuur: Hoe wordt rookstop beschreven volgens de richtlijnen? Wat is al geweten over de aanpak van rookstop in de huisartsenpraktijk en wat is het resultaat van interventies in de huisartsenpraktijk? Welke elementen kunnen we gebruiken voor het opstellen van een praktijkrichtlijn?
Praktijkproject: 1. Is de praktijkrichtlijn bruikbaar en is dit een meerwaarde in de praktijk? Welke elementen zijn goed en welke zijn overbodig? Zorgt de praktijkrichtlijn voor een hoger rookstoppercentage? 2. Zorgt de praktijkrichtlijn voor een eenduidige beschrijving van de rookstatus in het medisch dossier en wordt rookstopadvies gecodeerd? 3. Welke kennis hebben rokers over roken en rookstop? Zorgt een uitgebreid rookstopadvies voor een toename van deze kennis? Wat is de ervaring van patiënten met een uitgebreid rookstopadvies?

Methode
In de literatuur werd gezocht naar richtlijnen en aanbevelingen over rookstop in de huisartsenpraktijk. Aan de hand van deze informatie werd een praktijkrichtlijn opgesteld en werd beslist hoe de rookstatus eenduidig neer te schrijven en rookstopadvies te coderen in het elektronisch medisch dossier. Gedurende 9 maanden werd de rookstatus van patiënten vanaf 10 jaar bevraagd en genoteerd of aangevuld. Tussen 26 september 2016 en 31 december 2016 werden de stopklare rokers uitgenodigd voor een uitgebreid rookstopadvies door de HAIO (huisarts in opleiding). Voor het rookstopadvies kregen de rokers een vragenlijst om de kennis over roken en rookstop na te gaan. Eén maand na het rookstopadvies volgde opnieuw dezelfde vragenlijst en werden bijkomende vragen gesteld over de ervaring met het rookstopadvies. Voor en na de interventie werd een analyse uitgevoerd van het medisch dossier om na te gaan of de rookstatus en rookstopadvies anders werden genoteerd in het medisch dossier. Ook werden de collega's van de praktijk voor en na de interventie geïnterviewd over hun kennis en ervaring met het rookstopconsult.

Resultaten
Na het praktijkproject kende het aantal patiënten met een gekende rookstatus een stijging van 1,11%. Omwille van de groei van de praktijk is deze stijging in absolute cijfers groter, namelijk 249 patiënten. Tien van de zestien patiënten die deelnamen aan het uitgebreide rookstopadvies waren na 1 maand nog steeds rookvrij. De vooruitgang van de kennis van deze patiënten na het rookstopadvies is niet interpreteerbaar door het beperkte aantal deelnemende patiënten. De praktijkrichtlijn werd aan het einde van het project aangepast om de haalbaarheid te verhogen: overbodige elementen werden verwijderd en het uitgebreid rookstopadvies werd wegens tijdsgebrek opgesplitst in 2 consultaties.

Conclusies
Het praktijkproject heeft ervoor gezorgd dat er meer aandacht werd besteed aan de rookstatus en het rookstopadvies. Gezien de beperkte patiëntengroep is het niet mogelijk om na te gaan of de praktijkrichtlijn zorgt voor een hoger rookstoppercentage. Echter de zorg rond rookstop is wel toegenomen, waardoor we kunnen concluderen dat deze masterproef een meerwaarde betekende voor de praktijk.

E-mail: vdajolien@hotmail.com

Inhoud

1. Inleiding ... 3
2. Literatuuronderzoek ... 4
2.1. Onderzoeksvraag ... 4
2.2. Methode ... 4
2.3. Resultaten ... 4
2.3.1. Doelgroep ... 4
2.3.2. Rookstopstrategie: 5A's versus de ABC pathway ... 5
2.3.3. Bevragen en noteren van de rookstatus ... 5
2.3.4. Kort rookstopadvies ... 5
2.3.5. Fase van motivatie ... 5
2.3.6. Aanpak per type roker ... 5
2.3.7. Follow-up en mogelijk herval ... 7
2.4. Conclusie en opstellen van een praktijkrichtlijn (bijlage 4) ... 7
2.4.1. Doelgroep ... 7
2.4.2. Rookstatus navragen ... 7
2.4.3. Kort rookstopadvies ... 8
2.4.4. Fase van motivatie ... 8
2.4.5. De tevreden roker ... 9
2.4.6. De twijfelende en voorbereidende roker (strategie van de 5R's) ... 9
2.4.7. De stopklare roker = uitgebreide rookstopinterventie ... 10
2.4.8. Follow-up en herval ... 17
3. Praktijkproject ... 17
3.1. Onderzoeksvragen ... 17
3.2. Methode ... 18
3.3. Resultaten ... 18
3.3.1. Interview collega's voor praktijkproject ... 18
3.3.2. Analyses medisch dossier voor het praktijkproject ... 20
3.3.3. Cijfers rookstopadvies en opvolgconsultaties ... 21
3.3.4. Kennis van de patiënten voor het rookstopadvies ... 22
3.3.5. Ervaring van de patiënten ... 25
3.3.6. Interview collega's na praktijkproject ... 26
3.3.7. Analyses medisch dossier na interventie ... 28
3.4. Discussie en interpretatie ... 30
3.4.1. De praktijkrichtlijn ... 30
3.4.2. Codering in het elektronisch medisch dossier ... 31
3.4.3. De kennis van patiënten over roken en rookstop en de ervaring met het rookstopadvies ... 32
3.4.4. Update wijziging terugbetaling rookstopconsultaties ... 33
3.5. Besluit ... 33
4. Dankwoord ... 34
5. Bijlagen ... 35
Bijlage 1: Schematische weergave 'Aanbeveling voor goede medische praktijkvoering: stoppen met roken' van Domus Medica.[2,9] ... 35
Bijlage 2: Schematische weergave 'NHG-standaard Stoppen met roken'.[3] ... 36
Bijlage 3: Schematische weergave 'The New Zealand Guideilnes for Helping People to Stop Smoking'. ... 37
Bijlage 4: Schematische weergave van de praktijkrichtlijn ... 38
Bijlage 5: Informatiefiche voor de patiënt ... 39
Bijlage 6: Toestemmingsformulier ... 40
Bijlage 7: Vragenlijst 1 (voor de interventie) ... 41
Bijlage 8: Vragenlijst 2 (na de interventie) ... 43
Bijlage 9: Protocol en goedkeuring ethische commissie ... 45
Bijlage 10: Vernieuwde praktijkrichtlijn ... 48
6. Referenties ... 49

1. Inleiding

Het gebruik van tabak is de belangrijkste vermijdbare doodsoorzaak in de wereld.[1] Elke sigaret verkort het leven van een roker met 10 minuten en 1 op 2 rokers sterft vroegtijdig ten gevolge van zijn rookgedrag. Elk jaar sterven bijna 6 miljoen mensen aan de gevolgen van tabagisme.[1,2]

Roken verhoogt het risico op kanker, hart- en vaatziekten en longaandoeningen. Het is de voornaamste oorzaak van longkanker en chronisch obstructief longlijden (COPD). Hiernaast verzwakt het de botdensiteit en heeft het nadelige effecten op het voortplantingsstelsel. Ook passief roken zorgt voor een toename van longziekten en cardiovasculaire aandoeningen en zorgt voor een toename van de mortaliteit. Kinderen die passief roken hebben meer kans op wiegendood en ademhalingsproblemen. Daarnaast hebben zwangere vrouwen die roken meer kans op een miskraam of een baby met een laag geboortegewicht.[1,2,3,4]

De vijfde nationale gezondheidsenquête van het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (WIV) toonde in 2013 aan dat 23% (19% dagelijkse rokers en 4% occasionele rokers) van de Belgische bevolking rookte. Van de 77% niet-rokers was 21% een ex-roker. Gemiddeld rookt een roker 16 sigaretten per dag. Zware tabaksafhankelijkheid, meer dan 20 sigaretten per dag en een eerste sigaret binnen de 30 minuten na het ontwaken, wordt vastgesteld bij 1 op 6 dagelijkse rokers. De eerste sigaret wordt gerookt op de gemiddelde leeftijd van 16 jaar en 2 maanden. Naast al deze cijfers werd ook de wens om te stoppen met roken bevraagd. Deze blijkt te stijgen in vergelijking met vorige bevragingen. Van de dagelijkse rokers heeft 71% al een poging gedaan om te stoppen, waarvan 25% in de laatste 6 maanden.[1]

Rookstop zorgt voor een daling van het morbiditeits- en mortaliteitsrisico. Stoppen met roken voor de leeftijd van 35 jaar reduceert de risico's tot deze van een niet-roker. Daarenboven blijft stoppen met roken voordelig op elke leeftijd. De levensverwachting bij rookstop op 30, 40, 50 of 60 jaar zorgt voor een verlenging van de levensverwachting met respectievelijk 10, 9, 6 of 3 jaar.[2] Het overlijdensrisico door roken daalt reeds kort na de rookstop door een afname van het risico op hart- en vaatziekten, daarnaast blijft het risico verder dalen gedurende 10 tot 15 jaar.[4]

Omwille van de sterke fysieke en psychische afhankelijkheid is stoppen met roken niet eenvoudig en is een goede begeleiding noodzakelijk.[2] De huisarts kan een belangrijke rol spelen om de patiënt te motiveren en te begeleiden bij rookstop. De grote bereikbaarheid, lage drempel tot contact en de arts-patiënt relatie met een vertrouwensband zorgen ervoor dat de huisarts een centrale rol kan spelen.[2,3] Daarnaast hebben interventies in de huisartsenpraktijk hun effect reeds bewezen en zijn ze kosteneffectief.[1,2] Op een willekeurig moment is 7% van alle rokers gemotiveerd tot rookstop en het is van belang om op dat moment in te grijpen.[3] Toch blijkt minder dan de helft van de huisartsen het rookgedrag van patiënten te bepalen omwille van tijdsgebrek en weinig motivatie vanwege de patiënt.[2]

2. Literatuuronderzoek

2.1. Onderzoeksvraag

Voorafgaand aan het opstellen van de praktijkrichtlijn, ging ik in de literatuur op zoek naar een antwoord op de volgende vraag: *Hoe wordt rookstop beschreven volgens de richtlijnen? Wat is al geweten over de aanpak van rookstop in de huisartsenpraktijk en wat is het resultaat van interventies in de huisartsenpraktijk? Welke elementen kunnen we gebruiken voor het opstellen van een praktijkrichtlijn?*

Verschillende richtlijnen over rookstop zijn ontwikkeld en gepubliceerd. De meeste richtlijnen bevatten dezelfde elementen, maar leggen toch andere accenten.

2.2. Methode

Het literatuuronderzoek werd uitgevoerd volgens de watervalmethode. Richtlijnen werden opgezocht op de websites van Domus Medica (DM)[2], het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)[3] en de New Zealand Guidelines Group (NZGG)[5,6]. De website van Domus Medica verwijst ook naar een rapport van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE)[4], naar de website van 'Tabakstop'[7] en de website 'Vlaanderenstoptmetroken'[8]. Ook verschijnen er regelmatig opvolgrapporten[9] van de richtlijn. Daarnaast werden de transparantiefiches[10,11] en bijsluiters geraadpleegd op de website van het Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie (BCFI)[12]. Vervolgens werd op 23/08/2016 gezocht in de tertiaire bron Minerva via de zoekterm 'rookstop' naar artikels vanaf 2010. Er werden 16 hits gevonden, waarvan er 5 werden weerhouden.[13-17] Als laatste werd naar reviews gezocht in de Cochrane Database of Systematic Reviews via de zoekterm 'smoking cessation'. Artikels werden geselecteerd vanaf het publicatiejaar 2012. Er werden 71 resultaten gevonden, waarvan er 19 weerhouden werden.[19-36] Alle artikels werden geselecteerd op basis van titel, abstract en beschikbaarheid. Primaire bronnen werden niet geraadpleegd.

2.3. Resultaten

Volgende drie richtlijnen werden geselecteerd en schematisch voorgesteld in bijbehorende bijlagen:

- 'Aanbeveling voor goede medische praktijkvoering: Stoppen met roken' van DM (bijlage 1).[2]
- 'NHG-standaard Stoppen met Roken' (bijlage 2).[3]
- 'The New Zealand Guidelines for Helping People to Stop Smoking' van de NZGG (bijlage 3).[5]

2.3.1. Doelgroep

Volgens DM is het als huisarts belangrijk om bij elke patiënt het rookgedrag in kaart te brengen en elke roker te begeleiden met rookstopadvies. Specifieke aandacht met dringende rookstopbegeleiding is nodig bij hoogrisicopatiënten: patiënten met COPD, patiënten met een verhoogd cardiovasculair risico of zwangere vrouwen.[2]

De NHG-standaard raadt aan de rookstatus na te vragen bij patiënten met klachten (hoest, dyspnee) of aandoeningen (hart- en vaatziekten, COPD, astma) gerelateerd aan het gebruik van tabak. Daarnaast moet de rookstatus ook bevraagd worden bij ouders van kinderen met luchtwegaandoeningen, bij een pilconsultatie, bij zwangere vrouwen en hun partner en bij patiënten die ondersteuning vragen voor rookstop.[3]

DM raadt aan om de rookstatus te bevragen vanaf 10 jaar.[2] Het NHG en de NZGG geven geen advies vanaf welke leeftijd de rookstatus moet bevraagd worden.[3,5]

2.3.2. Rookstopstrategie: 5A's versus de ABC pathway

De richtlijn van DM maakt gebruik van de rookstopstrategie van de 5A's. Bij alle patiënten en bij elk contact dient de rookstatus bevraagd te worden (*ask*). Alle rokers worden daarna aangemoedigd tot rookstop met een korte, duidelijke en gepersonaliseerde boodschap (*advise to quit*). Daarna wordt de motivatie tot rookstop nagegaan en probeert men deze motivatie te verhogen (*assess willingness to make a quit attempt*). Rokers die gemotiveerd zijn om te stoppen met roken krijgen de nodige ondersteuning (*assist in quit attempt*) en nadien wordt een opvolgconsultatie vastgelegd (*arrange follow-up*).[2]

De NZGG gebruikt de ABC pathway. De rookstatus wordt bij alle patiënten nagegaan (*ask*). Daarna volgt een kort advies tot rookstop bij alle rokers (*brief advice*). Elke roker dient aangemoedigd te worden om gebruik te maken van ondersteunende maatregelen (*cessation support*).[5]

2.3.3. Bevragen en noteren van de rookstatus

Domus Medica start met de vraag '*Rookt u of heeft u gerookt?*', waarna de rookstatus wordt genoteerd in het dossier. Bij patiënten die roken gaat men volgende gegevens na: het aantal sigaretten per dag, de startleeftijd, de manier van inhaleren en vorige rookstoppogingen. Daarnaast wordt ook de test van Fagerström (tabel 2) of de verkorte versie 'Time to first cigarette' (TTFC) gebruikt om de fysieke afhankelijkheid te beoordelen. Bij een ex-roker wordt slechts de datum van rookstop bevraagd.[2] De NHG-standaard en de NZGG stellen pas bijkomende vragen over de rookstatus wanneer de patiënt wenst te stoppen met roken.[3,5]

Bij niet-rokers en ex-rokers die reeds meer dan 1 jaar rookvrij zijn, volstaat het om de rookstatus jaarlijks na te vragen. De rookstatus dient bij rokers bij elk contact opnieuw te worden bevraagd, indien dit de arts-patiënt relatie niet schaadt.[2] De NZGG stelt voor om de rookstatus minimaal jaarlijks opnieuw te bevragen bij rokers of ex-rokers die recent zijn gestopt.[6]

2.3.4. Kort rookstopadvies

De drie richtlijnen zijn eenduidig over de volgende stap bij rokers, namelijk het kort rookstopadvies. Dit advies is duidelijk, kort (< 2 minuten) en op maat van de patiënt.[2,3,5] Deze korte interventie zorgt voor een toename van het rookstoppercentage met 2% na 6 tot 12 maanden met een NNT (number needed to treat) van 50. Volgens Domus Medica dient deze korte interventie bij elk consult herhaald te worden indien dit niet voor irritatie zorgt bij de patiënt.[2]

2.3.5. Fase van motivatie

De richtlijn van DM en de NHG-standaard maken vervolgens een indeling op basis van de motivatie tot rookstop om verder advies te geven.[2,3] De NZGG maakt geen onderscheid op basis van motivatie.[5,6]

DM verwijst naar de fase van gedragsverandering volgens Prochaska en Di Climente om de motivatie tot rookstop te bepalen: de tevreden roker, de ambivalente roker, de voorbereidende roker en de stopklare roker. De stopklare roker wenst te stoppen binnen 1 maand. De rookstopmotivatie wordt nagegaan door de vragen '*Wilt u stoppen met roken? En wanneer?*' of door gebruik te maken van de Q-MAT schaal van Lagrue en Dupont (tabel 3).[2]

Het NHG maakt een onderscheid tussen gemotiveerde rokers, overwegers en ongemotiveerde rokers, zonder gebruik te maken van een vragenlijst of indeling op basis van het aantal maanden.[3]

2.3.6. Aanpak per type roker

Op basis van bovenstaande indeling volgt een aangepaste aanpak in rookstopbegeleiding.[2,3] Volgens de NZGG moet elke roker aangemoedigd worden om gebruik te maken van het uitgebreid rookstopadvies, ongeacht in welke motivatiefase hij zich bevindt. [5,6]

2.3.6.1. De tevreden roker

De richtlijnen van DM en NHG zijn het erover eens dat een ongemotiveerde roker geen uitgebreid gesprek zal aanvaarden. De huisarts probeert twijfel op te wekken zodat de roker in de volgende fase terecht komt en biedt hulp aan op het juiste moment.[2,3] Het NHG en de NZGG vragen toestemming aan de ongemotiveerde roker om de rookstatus in een volgend consult opnieuw te bevragen.[3,5]

2.3.6.2. De ambivalente roker - voorbereidende roker

De ambivalente en voorbereidende rokers krijgen een kort (<10 minuten) motivatiegesprek. DM gebruikt de strategie van de '5R's' (pagina 9) om het korte motivatiegesprek structuur te geven. Ook de NHG-standaard verwijst naar deze strategie in de noten.[2,3] Deze korte interventie heeft een goede kosten-batenverhouding en zorgt voor 4% extra rookstoppercentage met een NNT van 25.[2]

2.3.6.3. Gemotiveerde roker: het uitgebreid rookstopadvies

A. Gedragstherapie

Volgens de richtlijn van Domus Medica bevat deze ondersteuning volgende elementen: vastleggen van de rookstopdatum, planning maken om de omgeving in te lichten, bespreken van eventuele moeilijkheden en oplossingen hiervoor, zorgen voor een rookvrije omgeving, ondersteunen van de motivatie, gedragstherapie en vastleggen van follow-up consultaties.[2] De NHG-standaard bevat ook al deze elementen.[3] De NZGG geeft nog enkele bijkomende elementen: informatie geven over mogelijke onthoudingsverschijnselen en nagaan of de patiënt realistische verwachtingen heeft.[5] Alle richtlijnen geven de voorkeur aan volledige rookstop.[2,3,5]

Het uitgebreid rookstopadvies is van groot belang om het slaagpercentage van rookstop te doen stijgen tot 15 à 20% na 1 jaar, zonder herval. Daartegenover heeft een roker zonder hulp slechts een slaagpercentage van 3 à 4%.[2] De effectiviteit van de interventie blijkt groter te zijn indien de interventie langer duurt en meer contacten bevat (tabel 1).[3]

		Rookstoppercentage
Totale contactduur		
	4-30 minuten	18,8 %
	31-90 minuten	26,5 %
	90-300 minuten	28,4 %
	> 300 minuten	25,5 %
Aantal sessies		
	2-3 sessies	16,3 %
	4-8 sessies	20,9 %
	>8 sessies	24,7 %

Tabel 1: De invloed van het aantal sessies en de contactduur op het stoppercentage.[3]

B. Medicamenteuze therapie

De oorspronkelijke richtlijn van DM en de NHG-standaard maken gebruik van dezelfde medicamenteuze ondersteuning: nicotinevervangende middelen (NVM), bupropion en nortriptyline. Deze 3 middelen zijn even effectief met een rookstoppercentage van 17% na 1 jaar. De voorkeur wordt in beide richtlijnen gegeven aan NVM omwille van de beperkte en goedaardige nevenwerkingen. Varenicline werd nog niet geadviseerd, omwille van onduidelijke langetermijneffecten.[2,3] Een opvolgrapport van DM publiceerde in 2013 enkele aanpassingen waarbij varenicline werd toegevoegd en nortriptyline werd verwijderd uit de kernboodschap. Volgens het opvolgrapport is varenicline effectiever dan NVM of bupropion.[9] Beide standaarden raden aan om aanvullende medicatie te gebruiken indien de patiënt 10 of meer sigaretten per dag rookt of indien de patiënt dit wenst.[2,3] Het stoppercentage neemt ook toe bij rokers die minder dan 10 sigaretten per dag rookten en nicotinevervangers gebruikten.[2]

De richtlijn van de NZGG biedt keuze tussen NVM, bupropion, nortryptiline en varenicline. De keuze is afhankelijk van de wens en het risicoprofiel van de patiënt.[6]

C. Aanvullingen bij het uitgebreid rookstopadvies

In de richtlijn van de NZGG wordt er verwezen naar Quitline. De arts kan patiënten die willen stoppen met roken of twijfelen doorverwijzen naar de Quitline. Deze service contacteert de patiënt binnen 3 dagen en

geeft uitleg over de mogelijke ondersteuning.[5] Quitline verstuurt ook sms'en met informatie en motiverende boodschappen en geeft online ondersteuning indien de patiënt dit wenst.[6] In België heeft tabakstop een gelijkaardige service, maar deze wordt niet vermeld in de richtlijn van DM.[7]

Volgens DM is telefonisch contact minder effectief dan persoonlijke individuele therapie, maar is het doeltreffender dan rookstop zonder hulpmiddelen met een toename van het rookstoppercentage met 1 à 4%.[2] De NZGG raadt telefonische counseling aan als een effectieve methode ter ondersteuning van rookstop (GRADE A).[6] Daarnaast wordt vaak zelfhulpmateriaal aangeboden in de wachtzaal, maar het effect op het rookstoppercentage is niet significant (extra winst van 0 à 2%).[2,6]

Indien de patiënt dit wenst, kan hij ook doorverwezen worden naar een tabakoloog.[2] Naast individuele counseling blijkt ook counseling in groep even succesvol volgens de richtlijnen van DM en NZGG.[2,6]

Er is verder onvoldoende bewijs voor hypnotherapie, acupunctuur en benzodiazepines.[2,6]

2.3.7. Follow-up en mogelijk herval

In het eerste jaar na de rookstop is het risico op herval het grootst: slechts 20% is na 1 jaar nog rookvrij.[2] De NHG-richtlijn voorziet follow-upcontacten na 1 week, na 1 maand, na 3 maanden en na 6 maanden. De frequentie kan aangepast worden aan de noden van de patiënt.[3] De NZGG raadt eveneens 4 consultaties aan, maar adviseert niet wanneer deze moeten plaatsvinden.[5] Domus Medica geeft aan dat meerdere consultaties in het eerste jaar dienen gepland te worden met 2 consultaties na 1 week en na 1 maand.[2]

2.4. Conclusie en opstellen van een praktijkrichtlijn (bijlage 4)

De flowcharts van de bestaande richtlijnen (bijlagen 1-3) werden tijdens een praktijkoverleg overlopen. Als basis voor de praktijkrichtlijn werd er gekozen voor de richtlijn van DM en enkele aanpassingen werden aangebracht op basis van de literatuur en haalbaarheid. Bijlage 4 toont een schematische weergave van de ontwikkelde praktijkrichtlijn.

2.4.1. Doelgroep

Bij elke patiënt vanaf 10 jaar dient de rookstatus te worden bevraagd. Volgende hoogrisicopatienten hebben extra aandacht nodig: patiënten met COPD, patiënten met een verhoogd cardiovasculair risico, zwangere vrouwen, vrouwen die anticonceptie nemen en rokers die kinderen hebben.[2,3]

2.4.2. Rookstatus navragen

De rookstatus wordt nagevraagd: roker, niet-roker of ex-roker. Patiënten die minder dan 100 sigaretten hebben gerookt en reeds 1 maand rookvrij zijn, worden omschreven als niet-rokers.[2,5]

Bij rokers wordt de startleeftijd en het aantal sigaretten per dag bevraagd, zodat het aantal pakjaren berekend kan worden. Daarnaast wordt via de test van Fagerström (tabel 2) of de 'Time to the first cigarette' de fysieke afhankelijkheid bepaald. De TTFC bevat slechts 1 vraag, namelijk de tijd tussen het ontwaken en de eerste sigaret. Een roker die zijn eerste sigaret binnen de 30 minuten na het ontwaken rookt of een roker die meer dan 20 sigaretten per dag rookt, is sterk afhankelijk.[2,3] Daarnaast kunnen de vorige rookstoppogingen ook kort bevraagd worden.

Bij ex-rokers wordt de start- en stopleeftijd bepaald, alsook het aantal sigaretten per dag, waardoor het aantal pakjaren berekend kan worden. Er wordt kort geadviseerd om bij dreigend herval op consultatie te komen.[3]

De rookstatus wordt bij rokers meermaals per jaar nagevraagd. Bij niet-rokers of stabiele ex-rokers (> 1 jaar rookvrij) wordt de rookstatus jaarlijks opnieuw bevraagd.[2]

Al deze gegevens worden genoteerd in het elektronisch medisch dossier (EMD). Een Cochrane review onderzocht het effect van het gebruik van het elektronisch medisch dossier bij rookstop. Hoewel men een verhoogde registratie van de rookstatus en een verhoogd aanbod van rookstopconsultaties vond, was er geen toename van het rookstoppercentage.[36]

Hoelang na het ontwaken rookt u uw eerste sigaret?				
	< 5 minuten: 3 punten	6-30 minuten: 2 punten	31-60 minuten: 1 punt	> 60 minuten: 0 punten
Kunt u zich gemakkelijk onthouden van roken op plaatsen waar dit verboden is?				
	Ja: 0 punten	Neen: 1 punt		
Welke sigaret zou u het moeilijkste kunnen missen?				
	De eerste: 1 punt	Een andere: 0 punten		
Hoeveel sigaretten rookt u per dag?				
	31 of meer: 3 punten	21-30: 2 punten	11-20: 1 punt	10 of minder: 0 punten
Rookt u meer het eerste uur na het ontwaken dan de rest van de dag?				
	Ja: 1 punt	Neen: 0 punten		
Rookt u als u zo ziek bent dat u overdag het bed moet houden?				
	Ja: 1 punt	Neen: 0 punten		

Tabel 2: Test van Fagerström: score ≥ 8 sterke afhankelijkheid, score 4 - 7: lichte afhankelijkheid.[2]

2.4.3. Kort rookstopadvies

Het kort rookstopadvies brengt een duidelijke, korte (< 2 minuten) boodschap op maat van de patiënt. Indien mogelijk wordt een verband gelegd met huidige ziekten, risicofactoren of klachten.[2,3,5] Het advies kan bij elke consultatie herhaald worden indien de patiënt dit aanvaardt. Deze korte interventie zorgt voor een toename van het rookstoppercentage met 2% na 6 tot 12 maanden.[2,3,4]

DM geeft enkele voorbeelden van een kort rookstopadvies: *'Ik denk dat het voor u belangrijk is om nu te stoppen met roken en ik kan u daarbij helpen.' 'U bent bezorgd omdat u ademhalingsmoeilijkheden hebt. Als u stopt met roken, zult u er niet zoveel meer hebben.'*[2]

2.4.4. Fase van motivatie

De volgende stap bestaat uit het bepalen van de motivatiefase waarin de patiënt zich bevindt.[2,3] De Q-MAT schaal (tabel 3) maakt een onderscheid tussen 3 fasen van motivatie. Sneller en eenvoudiger zijn de vragen '*Wilt u stoppen met roken? En wanneer?*'. Via deze vragen wordt een onderscheid gemaakt tussen 4 types rokers. De tevreden roker kent geen nadelen van zijn rookgedrag en denkt er niet aan om te stoppen. Op het moment dat de roker begint te twijfelen, spreken we van een ambivalente roker. Deze roker gaat nadenken over de voor- en nadelen van tabaksgebruik. De patiënt komt terecht in de voorbereidende fase wanneer hij gemotiveerd is om op korte termijn (< 6 maanden) een rookstoppoging te ondernemen. De stopklare roker wenst een stoppoging te ondernemen binnen 1 maand.[2]

Denkt u binnen 6 maanden	nog te zullen roken?	0 punten
	uw sigarettenverbruik al te hebben verminderd?	2 punten
	uw sigarettenverbruik al sterk te hebben verminderd?	4 punten
	te zijn gestopt met roken?	8 punten
Hebt u momenteel zin om te roken?	Helemaal niet	0 punten
	Een beetje	1 punt
	Veel	2 punten
	Ongelofelijk veel	3 punten
Denkt u binnen vier weken	nog te zullen roken?	0 punten
	uw sigarettenverbruik al te hebben verminderd?	2 punten
	uw sigarettenverbruik al sterk te hebben verminderd?	4 punten
	te zijn gestopt met roken?	6 punten
Komt het soms voor dat u niet tevreden bent dat u rookt?	Nooit	0 punten
	Soms	1 punt
	Dikwijls	2 punten
	Zeer dikwijls	3 punten

Tabel 3: De Q-MAT schaal: score ≤ 6 onvoldoende motivatie, score 7-11 gemiddelde motivatie, score ≥ 12 goede motivatie.[2]

2.4.5. De tevreden roker

De tevreden roker zal geen uitgebreid rookstopadvies aanvaarden. Probeer twijfel op te wekken door informatie te bieden op het juiste moment.[2,3] Vraag na of je tijdens een volgend consult mag terugkomen op de rookstatus, zodat herhaaldelijk navragen niet voor irritatie zorgt. Wanneer de patiënt geen verdere begeleiding wenst, wordt dit genoteerd in het dossier.[3,5]

2.4.6. De twijfelende en voorbereidende roker (strategie van de 5R's)

De huisarts stelt open vragen, luistert actief en zet redenen tot veranderen kracht bij. Bepaalde voor- en nadelen worden besproken en mogelijke alternatieven worden gegeven. Deze interventie duurt 10 minuten en zorgt ervoor dat het rookstoppercentage na 6 tot 12 maanden toeneemt met 4% (NNT 25).[2]

Relevance (relevantie): Vertel de patiënt op een duidelijke manier waarom rookstop voor hem persoonlijk relevant is: risicofactoren, aandoeningen, familiale situatie (kinderen), leeftijd.[2]

Risks (risico): Vraag de patiënt naar de schadelijke effecten van roken. Geef zelf enkele suggesties relevant voor de patiënt.

- Risico's op korte termijn: kortademigheid, astma, nadelen tijdens de zwangerschap, impotentie, onvruchtbaarheid.
- Risico's op lange termijn: hart- en vaatziekten, beroerte, longkanker en andere vormen van kanker (mond, luchtweg, keel, slokdarm, pancreas, blaas, baarmoederhals), chronische bronchitiden.
- Risico's voor passieve rokers: hoger risico op longkanker en hart- en vaatziekten.
- Risico's voor kinderen die passief meeroken: astma, luchtweginfecties, chronische oorontsteking en een hoger rookpercentage.[2]

Rewards (beloning): Vraag de patiënt naar potentiële voordelen van rookstop. Geef indien nodig zelf enkele voorbeelden: betere gezondheid, langere levensverwachting, beter zelfbeeld, betere smaak- en reukzin, geldbesparing, frissere adem, betere geur in huis, geen vragen meer over rookstop uit de omgeving, goed voorbeeld voor de kinderen, geen bron meer van passieve rokers, betere inspanningscapaciteit, vermijden van huidveroudering.[2]

Roadblocks (barrières): Vraag de patiënt naar mogelijke barrières en valkuilen die rookstop kunnen bemoeilijken en zoek samen naar een oplossing (tabel 4).[2]

Barrière	Mogelijke oplossing
Onthoudings-verschijnselen	Opstart van medicamenteuze ondersteuning kan helpen om de symptomen te verminderen.
Faalangst	Faalangst is normaal. Heb realistische verwachtingen: herval komt frequent voor, maar is geen reden tot definitief herval. Schuldgevoelens en demotiverende gedachten kunnen voorkomen wanneer er toch een sigaret wordt gerookt.
Gewichtstoename	Een beperkte gewichtstoename is normaal. Goede eetgewoonten en lichamelijke activiteit zijn belangrijker dan strikt diëten. Indien nodig kan je verwezen worden naar een diëtist.
Gebrek aan ondersteuning en gevaar bij sociale activiteiten	Zoek steun in de omgeving door deze te informeren over de rookstoppoging. Op deze manier zullen vrienden minder geneigd zijn een sigaret aan te bieden. Gebruik een stressbal, gsm, drankje om je handen bezig te houden. De huisarts kan steun bieden tijdens opvolgconsultaties. Daarnaast is er nog de mogelijkheid doorverwezen te worden naar een tabakoloog.
Depressie	Depressieve gevoelens kunnen voorkomen bij rookstop. Opvolging bij de huisarts of een psycholoog kan nodig zijn met of zonder de opstart van antidepressiva.
Missen van genot	Plaats hiertegenover andere dingen en beloon jezelf regelmatig.
Roken in de auto	Zorg voor een rookvrije omgeving in de auto: verwijder alle sigaretten en gebruik een luchtverfrisser. Eet een muntje of een kauwgom op moeilijke momenten.

Tabel 4: Vaak voorkomende problemen en mogelijke oplossingen.[2,3,7]

Repetition (herhaling): Herhaal deze interventie regelmatig. Vertel de patiënt dat de meeste rokers meerdere pogingen nodig hebben om te stoppen met roken.[2]

Via motiverende gespreksvoering kan men de interne motivatie om het gedrag te veranderen versterken. De website 'motiverentotrookstop' is een handig hulpmiddel met uitleg en voorbeelden om motiverende gespreksvoering onder de knie te krijgen.[37]

2.4.7. De stopklare roker = uitgebreide rookstopinterventie

De rookstopklare roker komt in aanmerking voor een uitgebreide interventie, dewelke bestaat uit begeleiding en medicamenteuze ondersteuning.[2,3] Deze uitgebreide interventie heeft een slaagpercentage van 15 à 20% na 1 jaar. Daartegenover heeft een roker die geen gebruik maakt van deze interventie slechts een slaagpercentage van 3 tot 4%. [2]

2.4.7.1. Informeren: Verslaving aan nicotine?

Nicotine in sigaretten zorgt voor fysieke afhankelijkheid en verslaving. Nicotine stimuleert receptoren in het zenuwstelsel waardoor bepaalde stoffen vrijkomen. Er volgt een positieve bekrachtiging met genot en ontspanning. Rokers roken ook om nevenwerkingen van ontwenning tegen te gaan, wanneer de vrijgezette stoffen in de hersenen weer dalen. Roken vermindert ook de eetlust en is een middel bij sociale angst. Daarnaast treedt er gewoontevorming op na langdurig roken, waardoor roken bij de dagelijkse routine hoort. Als laatste biedt een sigaret hulp in emotionele of moeilijke situaties en kan het een vorm van beloning zijn.[2,3,7]

2.4.7.2. Informeren: Wat doet roken met je lichaam?

Door tabaksrook ontstaat een ontstekingsreactie in de luchtwegen met blokkage van de luchtwegtakken als gevolg. Bepaalde stoffen in tabaksrook zijn kankerverwekkend waardoor cellen in de luchtwegen kwaadaardig kunnen worden. Daarnaast zorgt nicotine voor een stijging van de bloeddruk en hartslag. Bloedvaten in de ledematen, nieren en darmen vernauwen waardoor de doorbloeding vermindert. Tabaksrook zorgt ook voor een verhoogd risico op suikerziekte. De hoeveelheid schade wordt bepaald door het aantal sigaretten per dag en het aantal jaren dat men rookt.[3]

2.4.7.3. Informeren: Gezondheidsvoordelen van rookstop?

Tabel 5 toont de gezondheidsvoordelen van rookstop in chronologische volgorde. De meeste van deze voordelen zijn niet voelbaar voor de patiënt.[7]

Na 20 minuten	Verbetering van de bloeddruk en bloedsomloop in handen en voeten.
Na 8 uur	Normaliseren van de zuurstofvoorziening in je bloed.
Na 24 uur	Slijmen en teer in de longen verminderen.
Na 48 uur	Verbetering van de reuk- en smaakzin.
Na 72 uur	Vrijere ademhaling en minder snel snakken naar adem bij inspanning.
Na 2 tot 12 weken	Verbetering van algemene bloedsomloop.
Na 3 tot 9 maanden	Minder hoesten en piepen bij ademhalen.
Na 1 jaar	Daling van het risico op hartziektes met 50%.
Na 2 jaar	Daling van het risico op een hartinfarct tot hetzelfde niveau als dat van niet-rokers.
Na 5 jaar	Daling van het risico op een beroerte of kanker van de mond, slokdarm en blaas met 50%.
Na 10 jaar	Daling van het risico op longkanker met 50%. Daling van het risico op een beroerte tot hetzelfde niveau als dat van niet-rokers.
Na 15 jaar	Daling van het risico op hartziektes tot hetzelfde niveau als dat van niet-rokers. De kans op overlijden is nu bijna even groot als voor iemand die nooit heeft gerookt.

Tabel 5: Voordelen voor de gezondheid bij stoppen met roken.[7]

2.4.7.4. Informeren: Onthoudingsverschijnselen?

Onthoudingsverschijnselen ontstaan wanneer de nicotinereceptoren niet meer gestimuleerd worden.[7] Onthoudingsverschijnselen zijn zeer divers: hunkeren naar nicotine, irritatie, agressie, sombere stemming, angst, rusteloosheid, concentratieproblemen, slapeloosheid, constipatie, vertraagde hartslag, hoofdpijn en toename van de eetlust met gewichtstoename.[2,3,7] Ze komen frequent voor, maar niet alle symptomen zullen waargenomen worden door elke ex-roker.[5] Hoe groter de fysieke afhankelijkheid, hoe meer onthoudingsverschijnselen waargenomen worden.[2,3]

De meeste van deze symptomen verschijnen in de eerste 48 uur met een piek na 1 tot 3 dagen en een afname na de derde en vierde week. Craving naar sigaretten door psychische afhankelijkheid, irritatie en toegenomen eetlust kunnen langer aanhouden.[2,3,5]

2.4.7.5. Een rookstopplan opmaken

- Indien de rookstatus nog niet uitgebreid bevraagd werd in voorafgaande consultaties, wordt de afhankelijkheid nagegaan via de TTFC of de test van Fagerström.[2,3] Daarnaast worden vorige stoppogingen besproken: waarom zijn deze pogingen mislukt en wat kan men hieruit leren?[3,5]
- De verwachtingen van de patiënt worden nagegaan en bijgestuurd indien nodig.[5]
- Een plan om de omgeving in te lichten wordt opgesteld. Familie, vrienden en collega's worden op de hoogte gebracht en hun begrip en steun wordt gevraagd. Eventueel kan een andere persoon uit de omgeving gemotiveerd worden om samen te stoppen. [2,3]
- De patiënt zorgt voor een rookvrije omgeving. Hij rookt niet meer in ruimtes waar hij vaak komt en gooit alle tabaksproducten weg.[2,3]
- De patiënt zoekt naar mogelijke valkuilen waarvoor oplossingen worden gezocht (tabel 4).[2,3] Bepaalde gewoontes waarvan roken een onderdeel is, dienen te veranderen.[5]
- De rookstopdatum wordt gekozen, liefst binnen de 14 dagen na de consultatie.[2,3,5] De patiënt maakt zelf de keuze om abrupt te stoppen met roken of het aantal sigaretten eerst geleidelijk af te bouwen met nadien een volledige rookstop[2,3,5]. De werkzaamheid van beide methoden blijkt even effectief.[10,35] Een roker die het aantal sigaretten reduceert of light sigaretten gebruikt, zal dieper inhaleren om hetzelfde nicotinegehalte te behouden.[2] De effectiviteit van onvolledige rookstop is nog onduidelijk en kan slechts aangemoedigd worden wanneer volledige rookstop onmogelijk is.[10,15]
- Alcohol moet vermeden worden, aangezien alcoholgebruik een risicofactor voor herval is.[2]
- De arts geeft informatie over de verschillende medicamenteuze ondersteuning.[2,3,5] Problemen met therapietrouw worden besproken om het rookstoppercentage te doen toenemen. De evidentie dat dit laatste ook zorgt voor een hoger stoppercentage na 6 maanden is zwak (RR 1.16). [23]
- Als laatste motiveert de arts de patiënt om vol te houden. De aanwezigheid van nicotine zorgt voor een toename van het aantal nicotinereceptoren in de hersenen. Deze receptoren blijven in de hersenen aanwezig na de rookstop. Hierdoor kan één sigaret reeds zorgen voor herval, omdat de aanwezige receptoren ervoor zorgen dat de roker snel opnieuw snakt naar meer nicotine.[7]

2.4.7.6. Medicamenteuze ondersteuning: varenicline, nicotinevervangers en bupropion

Medicatie kan rookstop vereenvoudigen door ontwenningsverschijnselen weg te nemen of de zin naar sigaretten te onderdrukken. De combinatie van gedragstherapie en medicamenteuze ondersteuning verhoogt de kans op rookstop met 70 tot 100% in vergelijking met een kort advies.[32]

Medicamenteuze ondersteuning is van groter belang bij patiënten met een sterke nicotineafhankelijkheid, maar kan ook gebruikt worden bij andere patiënten indien zij dit wensen.[2,3] Het stoppercentage neemt toe door het gebruik van NVM, bupropion en varenicline.[9] Varenicline blijkt

werkzamer dan NVM en bupropion, maar niet werkzamer dan een combinatie van NVM (tabel 6).[9,10,31] Volgens het opvolgrapport van Domus Medica is varenicline de eerste keuze als medicamenteuze ondersteuning.[9] Maar omwille van de onduidelijkheid over de superioriteit en de mogelijke ongewenste effecten beschouwt de transparantiefiche varenicline niet als superieur middel. Toch verschijnen er geruststellende gegevens waardoor varenicline en NVM als evenwaardig worden beschouwd.[10] Tabel 7 toont de beschikbare producten met hun prijs en praktische gebruik.

Product 1	Product 2	Relatieve risico (RR)	Betrouwbaarheidsinterval 95%
NVT	Placebo	1,84	1,71 – 1,99
NVT combinatie	NVT alleen	1,34	1,18 – 1,51
Varenicline	Placebo	2,24	2,06 - 2,43
Varenicline	Bupropion	1,39	1,25 – 1,54
Varenicline	NVT alleen	1,25	1,14-1,37
Varenicline	NVT combinatie	1,06	0,75 – 1,48
Bupropion	Placebo	1,82	1,60 – 2,06
Bupropion	Varenicline	0,68	0,56 – 0,83
Bupropion	NVT	0,96	0,85 – 1,09
NVT + bupropion	NVT	1,19	0,94 – 1,51

Tabel 6: De effectiviteit van product 1 in vergelijking met product 2, uitgedrukt in Relatieve Risico (RR) met een 95% betrouwbaarheidsinterval.[27,29,30]

Naast medicatie blijft voldoende motivatie en therapeutische ondersteuning noodzakelijk. Een Cochrane review toonde aan dat bijkomende gedragstherapie voor rokers die stoppen met behulp van medicatie het rookstoppercentage op lange termijn verhoogt met 10 tot 25%.[33]

A. Varenicline (Champix®)

Varenicline, het actieve bestanddeel van Champix® bindt zich aan de nicotinereceptoren in de hersenen, waardoor het verlangen naar nicotine, de ontwenningsverschijnselen en het genot bij roken afnemen.[6] Varenicline verdubbelt tot verdriedubbelt de kans op rookstop op lange termijn (NNT 11) in vergelijking met een rookstoppoging zonder medicatie.[27]

Champix® is alleen verkrijgbaar met een medisch voorschrift. Het RIZIV (Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering) betaalt Champix® slechts tweemaal terug met een attest van de huisarts.[7]

B. Nicotinevervangers (NVM)

Ontwenningsverschijnselen kunnen ook verminderd worden door het gebruik van NVM, dewelke nicotine uit sigaretten gedeeltelijk vervangen. Het gebruik van NVM zorgt voor een lagere hoeveelheid nicotine in het bloed zonder nicotinebolus in de hersenen en ook de resorptie is trager.[2] De combinatie van nicotinesubstitutie en gedragstherapie zorgt voor een stoppercentage van 17% na 1 jaar zonder herval met een NNT van 14 ten opzichte van placebo.[2,3,7]

NVM zijn niet terugbetaald en verkrijgbaar zonder voorschrift, maar advies van een hulpverlener is belangrijk om de startdosis te bepalen en opvolging te voorzien. Patiënten met verhoogde tegemoetkoming of financiële steun van het OCMW kunnen 6 weken financiële tussenkomst krijgen van tabakstop indien ze telefonische begeleiding volgen via een persoonlijke coach.[7]

Nicotinevervangers bestaan in verschillende vormen met dezelfde effectiviteit.[2] Patiënten met een hoge afhankelijkheid hebben nood aan een hogere dosis NVM.[3,10,12] De duur van de behandeling bedraagt 8 tot 12 weken. De dosis nadien geleidelijk afbouwen zorgt niet voor een hoger stoppercentage, hoewel dit wordt aangeraden in de bijsluiter.[10,30]

C. Bupropion: Zyban®

Zyban® tabletten bevatten buproprion, een product dat het genotshormoon dopamine vervangt. Dopamine komt vrij wanneer nicotine inwerkt op de receptoren van de hersenen.[3,7] Ook deze therapie zorgt voor een stoppercentage van 17% na 1 jaar zonder herval met een NNT van 10.[2,10]

Dit geneesmiddel is enkel verkrijgbaar met een medisch voorschrift en wordt alleen terugbetaald bij 35-plussers met COPD (stadia II, III, IV) die professionele begeleiding volgen om te stoppen met roken. [7]

D. Andere

Nortriptyline kan ook gebruikt worden als ondersteunende medicatie bij rookstop. Er zijn slechts een beperkt aantal artikels gepubliceerd over het gebruik van nortriptyline bij rookstop en het is niet geregistreerd als ondersteunende medicatie voor rookstop.[2,3,10,29] Een dagelijkse dosis van 75mg gedurende 12 weken zorgt voor een stoppercentage van 17% na 1 jaar.[3,29]

Opioidantagonisten zoals naltrexone werden onderzocht als ondersteuning bij rookstop omdat ze inwerken op het beloningssysteem, maar de behandeling blijkt niet effectief.[28]

E. Combinaties

Een combinatie van NVM kan eventueel nuttig zijn bij herval of bij een ernstige nicotineafhankelijkheid.[2] Daarnaast blijkt uit sommige bronnen dat een combinatie van NVM effectiever is dan monotherapie en even effectief is als het gebruik van varenicline (bijlage 6).[10,16] Een pleister kan bijvoorbeeld gecombineerd worden met een snelwerkend NVM.[6,7,12,30]

De combinatie van NVM met bupropion is licht effectiever dan NVT alleen (bijlage 6).[2,3,16,29] De combinatie van varenicline met nicotinevervangers leidt volgens sommige studies tot een hoger rookstoppercentage dan een behandeling met varenicline alleen. Maar omwille van tegenstrijdige gegevens zijn meer studies zijn nodig om de effectiviteit, veiligheid en nevenwerkingen van deze combinatie te evalueren.[10,14]

De combinatie van varenicline en bupropion is twijfelachtig op lange termijn. Een gerandomiseerde studie kon een verhoogd stoppercentage aantonen na 12 weken (40% versus 29% met varenicline alleen), maar de effectiviteit op lange termijn is niet bewezen.[10]

F. Zwangerschap en borstvoeding

Bij zwangere vrouwen wordt de voorkeur gegeven aan gedragstherapie, maar wanneer medicatie noodzakelijk is, krijgen snelwerkende NVM de voorkeur. Het gebruik van NVM tijdens de zwangerschap is minder schadelijk dan het gebruik van tabak.[2,3,6,11] Bij borstvoeding is het belangrijk om 2 uur voor de voeding geen NVM in te nemen. Het gebruik van varenicline en bupropion wordt afgeraden.[11]

G. Ongewenste effecten (tabel 8)

In 2014 werd de veiligheid van bovenstaande medicatie bij rokers met en zonder cardiovasculaire co-morbiditeit onderzocht. Bupropion en varenicline blijken geen effect te hebben op het cardiovasculaire risico. NVM hebben wel een verhoogd risico op mineure cardiovasculaire nevenwerkingen (tachycardie, aritmie), maar niet op majeure nevenwerkingen. De voordelen van rookstop moeten afgewogen worden tegen het niet bewezen of mineure cardiovascularire risico van bovenstaande medicatie.[10,13]

Enkele jaren geleden was er de bezorgdheid dat varenicline psychologische stoornissen of neurologische problemen, zoals epilepsie, zou veroorzaken.[7] Volgens de transparantiefiche 'rookstop' en een recente Cochrane review is er geen verhoogd risico van neuropsychiatrische symptomen vastgesteld, ook niet bij personen met een psychiatrische stoornis.[10,27]

	Beschikbare producten en kostprijs(*)	Gebruik(**)
Varenicline	Champix® Startpakket: 49,95€ voor 2 weken Opvolgpakket: 1mg 140 tabletten Zonder terugbetaling: 196,80€ Met terugbetaling: 14,70€ (verhoogde tegemoetkoming 9,70€)	Rookstop: in de tweede behandelingsweek Dosis: - Startpakket volgens opbouwschema. - Vervolgpakket: 2x1mg per dag gedurende 10 weken. Afbouwen bij hoog risico op herval. - Nierinsufficiëntie met GFR < 30ml/min of nevenwerkingen[27]: 1x1mg of 2x0,5mg
Nicotine-vervangers	Pleisters per 16uur Nicorette® 25mg - 15mg - 10mg: 40,94€ per 14 stuks Pleisters per 24uur Niquitin® 21mg - 14mg: 55,45€ per 21 stuks Niquitin® 7mg: 42,45€ per 14 stuks Kauwgom: Nicotinell® 96x2mg: 20,92 euro Nicorette® 105x4mg: 28,84 euro Zuigtabletten: Niquitin® 1,5mg: 23,45 per 60 stuks Nicorette® 2mg - 4mg: 25,15€ per 80 stuks Inhalator: Nicorette®: 31,50€ per 42 patronen (10mg/patroon) Mondspray: Nicorette®: 29,81€ per 150 dosissen (1mg/dosis)	Rookstop: aan de start van de behandeling (pleister eventueel enkele dagen voor rookstop[30]) Pleister per 16uur: Breng een pleister 's morgens aan op de heup, bovenarm of borst (droge, intacte en onbehaarde huid) en verwijder deze voor het slapen. Wissel de plaats dagelijks af. - Sterke afhankelijkheid: Start met 25mg per dag gedurende 8 weken, daarna 15mg gedurende 2 weken, als laatste 10mg gedurende 2 weken. - Lichte afhankelijkheid: Start met 15mg gedurende 8 weken, daarna 10mg gedurende 4 weken. Pleister per 24uur: Breng een pleister 's morgens aan op de borst of de bovenarm. Wissel de plaats dagelijks af. Start met 21mg gedurende 4-6 weken, gevolgd door 14mg gedurende 2-4 weken, gevolgd door 7mg gedurende 2-4 weken. Kauwgom: Kauw langzaam tot de smaak vrijkomt en plaats de kauwgom tussen het tandvlees en de wang. Kauw opnieuw wanneer de smaak verdwijnt en herhaal dit gedurende 30 minuten. Gebruik ongeveer 8-12 stuks per dag (maximaal 24 stuks) gedurende 3 maanden. - Lichte afhankelijkheid: kauwgom 2mg - Sterke afhankelijkheid, > 15 stuks van 2mg per dag, ontwenningsverschijnselen of herval met kauwgoms van 2mg: kauwgom 4mg Zuigtabletten: Beweeg de zuigtablet van links naar rechts in de mond gedurende 15 minuten zonder te kauwen. Gebruik 8 tot 12 zuigtabletten per dag gedurende 6 weken (maximaal 15 per dag). - Lichte afhankelijkheid: zuigtablet 2mg - Sterke afhankelijkheid: zuigtablet 4mg Inhalator: Eén patroon vervangt ongeveer 3 tot 4 sigaretten. Gemiddeld worden 6 patronen (minimum 4 en maximum 12) per dag gebruikt gedurende 3 maanden. Mondspray: Eén tot 2 verstuivingen vervangen 1 sigaret. Gebruik 1 tot 2 verstuivingen om de 30 tot 60 minuten gedurende 6 weken (maximum 64 verstuivingen per 24 uur). Bouw daarna af tot 12 weken.
Bupropion	Zyban® 150mg Startpakket: 30 tabletten: 42,20€ Opvolgpakket: 100 tabletten Zonder terugbetaling: 72,59€ Met terugbetaling: 14,70€ (verhoogde tegemoetkoming 9,70€)	Rookstop: in de tweede behandelingsweek Dosis: - Startdosis 150mg per dag gedurende 6 dagen 's morgens, nadien 2x150mg met 8 uur interval gedurende 7 tot 9 weken - 0uderen of verminderde lever- of nierfunctie: ½ dosis Vermijdt inname 's avonds, om slapeloosheid te verminderen

Tabel 7: De merknaam met prijs en informatie voor gebruik van ondersteunende medicatie voor rookstop. *De kostprijs werd bepaald in augustus 2016. Bij de nicotinevervangers werd telkens het goedkoopste product geselecteerd en beschreven. **Het praktische gebruik (dosis, behandelingsduur, continu of afbouwen) verschilt sterk per bron. Wij verkiezen de methodes vermeld in de bijsluiters van de medicatie, zodat er uniformiteit is voor de patiënt. (mg = milligram). [2,3,12]

	Frequentere nevenwerkingen	Contra-indicaties
Varenicline	Maag-darmklachten: misselijkheid (in begin) Metaalsmaak, droge mond Huidreacties Toename eetlust Vermoeidheid Hoofdpijn, slaapstoornissen, abnormale dromen, duizeligheid Prikkelbaarheid, depressieve stemming, gedragsverandering, suïcidaal gedrag -> stop!	Terminale nierinsufficiëntie Voorgeschiedenis van psychiatrische aandoeningen Epilepsie Zwangerschap, borstvoeding Patiënten < 18 jaar
Nicotine-vervangers	Maag-darmklachten, voornamelijk misselijkheid Smaakstoornissen, droge mond of speekselvloed Hik, keelirritatie, aften, hoest, dyspnee Irritatie ter hoogte van de toedieningsplaats Overdosis: misselijkheid, braken, speekselvloed, duizeligheid, hoofdpijn, palpitaties, zweten, buikpijn, diarree, zwakte, gehoorproblemen	Recent hartinfarct (< 3 maanden) of instabiele angor Ernstige hartritmestoornissen Ernstige hypertensie Recent cerebrovasculair accident Oesofagitis of gastritis (relatief) Patiënten < 12 jaar (afhankelijk van het product) Huidaandoeningen (pleister) Astma (inhalator)
Bupropion	Maag-darmklachten Smaakstoornissen, droge mond Slaap- en concentratiestoornissen, depressie, vertigo, hoofdpijn Tremor Huiduitslag, netelroos, jeuk, zweten Koorts Hypertensie -> controle bij opvolgconsultaties Mogelijk ernstig maar zelden: epilepsie, allergie Overdosis: slaperigheid, bewustzijnsverlies, ECG-afwijkingen	Epilepsie, medicatie die de convulsiedrempel verlaagt Hypertensie, recent myocardinfarct, instabiele angor Hersentumor of hersentrauma Boulemie, anorexia nervosa, bipolaire stoornis Acute ontwenning aan alcohol of benzodiazepines Gebruik van MAO-remmers, stimulerende middelen of eetlustremmers Ernstige levercirrose Diabetes of glycemie verlagende medicatie Zwangerschap, borstvoeding Patiënten < 18 jaar

Tabel 8: Frequente nevenwerkingen en contra-indicaties van ondersteunende medicatie voor rookstop.[2,3,10,12]

2.4.7.7. Alternatieve hulpmiddelen

A. Elektronische sigaret of e-sigaret

Er zijn veel verschillende e-sigaretten op de markt met verschillende soorten geur- en smaakstoffen, al dan niet in combinatie met nicotine. Damp ontstaat wanneer de vloeistof in de elektronische sigaret in contact komt met de ingeademde lucht. Hierdoor ontstaat geen rook met koolstofmonoxide en andere kankerverwekkende stoffen, maar het verslavende effect van nicotine blijft aanwezig bij de e-sigaret met nicotine.[7] Daarentegen blijkt de e-sigaret toch enkele nadelen te hebben, doordat deze het kankerverwekkende nitrosamine, sporen van zware metalen, fijne stofdeeltjes en smaakmakers bevat. De werkzaamheid en veiligheid van de e-sigaret moet verder onderzocht worden.[10,17] De Hoge Gezondheidsraad besluit dat het gebruik van de e-sigaret op lange termijn nog altijd beter is dan blijven roken, maar voorzichtigheid is aangeraden. Een mogelijk alternatief is het gebruik van een pleister als basis en het gebruik van de e-sigaret als hulpmiddel op moeilijke momenten.[7]

De stopkans na 6 maanden is groter bij het gebruik van de e-sigaret met nicotine (9%) dan de e-sigaret zonder nicotine (4%). Wanneer men de e-sigaret met nicotine vergelijkt met nicotinepleisters, ziet men geen verschil in nevenwerkingen en stoppercentage na 6 maanden. De kwaliteit van de evidentie van bovenstaande beweringen is echter laag.[10,17]

B. Acupunctuur, hypnose, homeopathie

Er bestaat onvoldoende wetenschappelijk bewijs dat acupunctuur, hypnose of homeopathie bijdragen tot rookstop.[2,7,10,20] Volgens een Cochrane review is verder onderzoek naar de effectiviteit van acupunctuur aangewezen, aangezien een beperkt aantal studies een kortetermijneffect aantonen en de behandeling veilig is.[19]

2.4.7.8. Bijkomende ondersteuning

A. Telefonisch

Tabakstop biedt telefonische begeleiding aan bij rookstop. Tabakstop is bereikbaar op het nummer 0800/ 111.00 (elke werkdag tussen 15 uur en 19 uur), is volledig gratis en anoniem. Rokers kunnen hier terecht met vragen over roken en rookstop. Er is mogelijkheid tot individuele telefonische begeleiding met een vaste coach. Deze begeleiding bestaat uit 8 sessies gedurende 3 maanden waarbij de coach de patiënt opbelt. Rokers kunnen er ook terecht voor informatie over erkende tabakologen en de mogelijke terugbetaling van het ziekenfonds.[7]

De transparantiefiche 'rookstop' stelt dat telefonische ondersteuning een aanvulling kan zijn op andere therapieën. Een pragmatische studie (een studie met minder geselecteerde patiënten en minder gecontroleerde omstandigheden) toont aan dat een proactieve benadering door middel van een e-mail of een telefonisch gesprek zorgt voor een toename van het stoppercentage met 2,4% na 6 maanden.[10] Ook een Cochrane review toont een verhoging van de kans op rookstop met een proactief telefonisch contact (RR (relatief risico) 1.27).[24]

B. Via internet of gsm

Rookstopprogramma's met sms-berichten bleken zowel op korte (RR 2.18) als op lange termijn (RR 2.20) effectief te zijn.[10,25] De applicatie van Tabakstop is een gratis hulpmiddel met dagelijkse ondersteuning onder de vorm van motiverende berichten. De app bevat informatie, advies, technieken en testen. Niet alleen stopklare rokers, maar ook rokers die nog niet willen stoppen met roken kunnen gebruik maken van de applicatie. Het programma is ook beschikbaar via internet waardoor de gebruiker e-mails kan ontvangen. [7]

Een Cochrane review over rookstopprogramma's via het internet kon wegens de grote verscheidenheid van de interventies geen conclusies trekken over de werkzaamheid.[10,22] Een patiënt die informatie en tips zoekt over rookstop, kan dit vinden op de websites van tabakstop en vlaanderenstoptmetroken.[7,8]

C. Tabakoloog: privé of in groep

Een erkende tabakoloog heeft de opleiding 'Tabakologie en Rookstopbegeleiding' gevolgd, dewelke jaarlijks wordt georganiseerd. Deze opleiding kan gevolgd worden door een gezondheidswerker: arts, verpleegkundige, kinesist, vroedvrouw of psycholoog.[7] Een lijst met erkende tabakologen is beschikbaar op de website van het VRGT (Vlaamse vereniging voor respiratoire gezondheidszorg en tuberculosebestrijding).[18]

Indien de patiënt dit wenst, kan deze ook begeleiding volgen in groepsverband. Op die manier kunnen rokers gedragstechnieken voor rookstop van elkaar leren.[2,7,10]

Terugbetaling voor 8 consultaties bij een erkend tabakoloog of bij de huisarts wordt voorzien door het ziekenfonds gedurende 2 jaar na de rookstop. De patiënt krijgt voor de eerste sessie 30 euro terugbetaald en voor de sessies nadien 20 euro (30 euro indien de patiënt zwanger is). De terugbetaling is gelijk voor individuele consultaties en groepsconsultaties.[7]

D. Zelfhulpinterventies

Het gebruik van geprinte zelfhulpinterventies bij tevreden rokers blijkt even effectief als het kort rookstopadvies. Gepersonaliseerde zelfhulpinterventies zijn effectiever dan standaard zelfhulpinterventie (RR 1.32), doch deze stijging wordt mogelijk veroorzaakt door een bijkomend contact om de informatie te bekomen. Het heeft geen zin zelfhulpmateriaal te gebruiken als aanvulling bij een andere interventie.[4,10,21]

2.4.8. Follow-up en herval

Herval komt voornamelijk voor in het eerste jaar, daarna is het hervalrisico kleiner. Na 1 jaar is slechts 20% van de patiënten nog rookvrij.[2] Leg daarom 4 volgende opvolgconsultaties vast: na 1 week, na 1 maand, na 3 maanden, na 6 maanden. De frequentie wordt aangepast aan de behoeften van de patiënt.[3]

- Bespreek de huidige rookstatus van de patiënt. Geef een positieve bekrachtiging indien de patiënt nog steeds rookvrij is. Indien de patiënt toch gerookt heeft, vraag hem naar de reden en zoek samen oplossingsmogelijkheden hiervoor. Herval komt zeer frequent voor, maar kan als een leermoment worden beschouwd. De slaagkans van rookstop verhoogt met het aantal stoppogingen.
- Vraag naar mogelijke problemen en moeilijke momenten en zoek naar een oplossing (tabel 4).
- Verhoog de motivatie door opnieuw de voordelen van rookstop te bevragen. Indien nodig kan de strategie van '5R's gebruikt worden om de motivatie opnieuw te verhogen.
- Ga na of er ontwenningsverschijnselen aanwezig zijn en geef tips.
- Evalueer de medicamenteuze ondersteuning en pas aan zo nodig: verlaag indien er tekenen zijn van overdosering en verhoog bij onthoudingsverschijnselen.[2,3]

Volgens een Cochrane review over hervalpreventie is er echter onvoldoende bewijs voor het gebruik van gedragsinterventies om herval te voorkomen bij rokers die net gestopt zijn met roken. Slechts één studie met varenicline toonde een lager risico op herval na 1 jaar aan met voorgezette therapie met varenicline gedurende 12 weken (RR 1.18).[10,26]

3. Praktijkproject

3.1. Onderzoeksvragen

- Het doel van het opstellen van een praktijkrichtlijn, is de detectie en begeleiding van rokers te verbeteren en zo een toename van het rookstoppercentage te verkrijgen. De flowchart dient als hulpmiddel om tijdens de consultatie de verschillende stappen te doorlopen. *Is de praktijkrichtlijn bruikbaar en is dit een meerwaarde in de praktijk? Welke elementen zijn goed en welke elementen zijn overbodig? Zorgt de praktijkrichtlijn voor een hoger rookstoppercentage?*

- Een eenduidige en correcte notatie in het EMD is van groot belang in een groepspraktijk waarbij de patiënten verschillende artsen raadplegen. Iedere arts moet met één blik in het dossier te weten komen welke verdere stappen hij kan ondernemen. *Zorgt deze praktijkrichtlijn voor een nauwkeurige en eenduidige beschrijving van de rookstatus in het EMD en wordt rookstopadvies gecodeerd?*

- Het uitgebreid rookstopadvies neemt tot 45 minuten in beslag en bevat veel informatie voor de roker. *Welke kennis hebben rokers over rookstop en hun rookgedrag? Zorgt een uitgebreid rookstopadvies voor een toename van deze kennis? Wat is de ervaring van patiënten met een uitgebreid rookstopadvies?*

3.2. Methode

Alvorens de flowcharts van de verschillende richtlijnen voor te leggen, werden de artsen van de praktijk geïnterviewd over hun kennis en ervaring met een rookstopconsult. Er gebeurde ook een analyse om na te gaan hoe de rookstatus werd genoteerd en hoe rookstop werd gecodeerd in het EMD. Op basis van de praktijkrichtlijn werd afgesproken hoe de rookstatus eenduidig neer te schrijven en hoe rookstopadvies te coderen in Health One.

Van 13 juni 2016 tot 3 maart 2017 werd de rookstatus van patiënten tussen 18 en 75 jaar nagegaan en genoteerd. Indien de rookstatus reeks gekend was, werd deze aangevuld waar nodig. We maakten gebruik van de preventiemodule 'rookstopbegeleiding' in ons medisch programma HealthOne® om de gegevens te noteren. Deze patiënten werden ondervraagd over hun rookstatus na mondelinge toestemming en de praktijkrichtlijn werd gevolgd bij rokende patiënten. De artsen maakten gebruik van een kort motivatiegesprek indien nodig en nodigden de stopklare roker uit voor een uitgebreid rookstopadvies door de HAIO. Deze consultaties werden uitgevoerd tussen 26 september 2016 en 31 december 2016.

Rokers die op consultatie kwamen voor een uitgebreid rookstopadvies kregen een informatiebrochure over het praktijkproject (bijlage 5) en ondertekenden een toestemmingsformulier (bijlage 6). Vooraleer het rookstopadvies startte, kregen deze patiënten een korte vragenlijst (bijlage 7) om hun kennis over roken en rookstop na te gaan. Het uitgebreid rookstopadvies werd uitgevoerd volgens de praktijkrichtlijn. Er werd gebruik gemaakt van de code voor 'rookstopadvies' en 'rookstoppoging' en de voorgeschreven medicatie werd correct ingegeven via het elektronisch geneesmiddelenvoorschrift. Een maand na het uitgebreid rookstopadvies kregen de patiënten nogmaals een vragenlijst (bijlage 8) over hun kennis van rookstop. Daarnaast werd ook hun ervaring met het rookstopadvies nagevraagd. In totaal namen 16 patiënten deel aan de studie, waarvan één patiënt geëxcludeerd werd omwille van het niet invullen van de tweede vragenlijst.

Op het einde van het praktijkproject volgde opnieuw een gesprek met de collega's om de praktijkrichtlijn en het eenduidig gebruik van het elektronisch medisch dossier te evalueren. Daarnaast werd er opnieuw een analyse uitgevoerd om na te gaan hoe de rookstatus genoteerd werd na het praktijkproject.

3.3. Resultaten

3.3.1. Interview collega's voor praktijkproject

3.3.1.1. De rookstatus

De rookstatus wordt zeer frequent nagevraagd en genoteerd in het EMD door beide artsen vanaf de leeftijd van 15 jaar. Bij iedere nieuwe patiënt wordt de rookstatus genoteerd bij het aanmaken van een medisch dossier. Een volledige anamnese van de rookstatus bij (ex-)rokers is tijdens een eerste consult niet mogelijk wegens tijdsgebrek. Ook bij klachten en ziektebeelden gerelateerd aan roken of bij een consultatie voor anticonceptie wordt de rookstatus nagevraagd.

Beide collega's noteren de rookstatus bij het item 'tabak'. Bij het openen van het dossier is de rookstatus van elke patiënt zichtbaar. Er is geen consensus over de manier waarop de rookstatus wordt genoteerd. Enkele veel voorkomende voorbeelden zijn: ja, aantal pd (aantal sigaretten per dag), geen, nooit, nee, ex-roker. Naast de vraag 'rookt u?' worden soms nog bijkomende vragen gesteld. Voornamelijk de startleeftijd en het aantal sigaretten per dag worden nagevraagd. Meestal worden deze vragen gesteld wanneer er tijd over is tijdens een consultatie, bij een preventief consult of bij een consultatie omwille van rookgerelateerde klachten of ziektebeelden. Bij de ex-roker wordt de stopdatum genoteerd, meestal wordt het aantal pakjaren niet nagevraagd. De rookanamnese is vaak beperkter bij rokers die duidelijk laten merken dat ze niet bereid zijn te stoppen met roken. Indien de patiënt twijfels heeft over zijn rookgedrag wordt er nagevraagd wat hen tegenhoudt om te stoppen met roken. Er worden geen

vragenlijsten gebruikt om de motivatie of afhankelijkheid van de roker te bepalen. Hoewel de rookstatus bij elke consultatie moet nagevraagd worden, geven beide artsen aan dit niet steeds te doen omdat dit nadelig kan zijn voor de arts-patiënt relatie. Opnieuw navragen van de rookstatus gebeurt niet systematisch en de periode om dit opnieuw te bevragen is uiteenlopend. Ook hier gebeurt dit voornamelijk wanneer er tijd over is, bij klachten gerelateerd aan het gebruik van tabak, bij een preoperatieve consultatie of bij een pilconsult. Beide artsen zijn het eens dat extra informatie over de rookstatus en motivatie tot rookstop nuttig kan zijn voor de verdere opvolging.

3.3.1.2. Rookstopadvies

Een kort en bondig rookstopadvies wordt vooral gegeven aan jongeren of patiënten die klachten vertonen. Dit korte advies wordt niet gecodeerd in het dossier. Pas wanneer een groot gedeelte van de consultatie over rookstop gaat, wordt dit gecodeerd als 'rookstopadvies'. Wanneer de patiënt stopt met roken, wordt dit gecodeerd als 'rookstoppoging'.

Rokers die al vele jaren niet gemotiveerd zijn om te stoppen met roken, krijgen regelmatig een opmerking over hun rookgedrag. Men probeert deze patiënten te motiveren door hen te wijzen op huidige gezondheidsklachten die veroorzaakt worden door het gebruik van tabak of door te verwijzen naar mogelijke problemen in de toekomst. Men geeft aan weinig verschil te maken tussen tevreden rokers en twijfelende rokers.

Patiënten die gemotiveerd zijn tot rookstop, maar op consultatie komen voor een andere reden, worden meestal uitgenodigd voor een bijkomende consultatie. Tijdens dit consult wordt er nagegaan wat de redenen zijn waarom de patiënt wil stoppen met roken en wat hem tegenhoudt om te stoppen. De vorige eventuele rookstoppogingen worden in kaart gebracht en het herval wordt besproken. De patiënt wordt gevraagd waar en wanneer hij meestal rookt. Op deze manier worden de mogelijke valkuilen besproken en samen wordt er naar een oplossing gezocht om hiermee om te gaan. Verschillende elementen van bovenstaand consult worden ook gebruikt bij de patiënt die twijfels heeft over zijn rookgedrag.

3.3.1.3. Medicamenteuze ondersteuning

Beide artsen zijn op de hoogte van de verschillende rookstopmedicatie: NVM, varenicline, bupropion en nortriptyline. De kennis over het gebruik van bovenstaande producten bepaalt het voorschrijfgedrag. Nicotinevervangende producten worden soms voorgesteld, maar de kennis over het gebruik van deze producten is eerder beperkt en vele patiënten hebben dit reeds zelf geprobeerd zonder hiervoor op consultatie te komen. Varenicline is het meest voorgeschreven product in de praktijk. Men heeft de indruk dat dit product het meest efficiënt is en de meerderheid van de patiënten heeft reeds één of meerdere rookstoppogingen ondernomen met nicotinesubstitutie. Daarnaast vraagt de patiënt vaak zelf een voorschrift voor varenicline op aanraden van personen uit de omgeving. Nadelig is de beperkte terugbetaling, waardoor dit product slechts tweemaal kan voorgeschreven worden aan terugbetalingstarief. Een voorschrift voor het startpakket wordt meegegeven en een rookstopdatum wordt vastgelegd in de tweede week. Hoewel het aanvraagformulier pas mag meegegeven worden na de titratieperiode van 14 dagen, wordt dit ook meegegeven tijdens het eerste consult. Op die manier is de terugbetaling aanvaard wanneer de patiënt de volgende verpakking gaat halen in de apotheek. Het voorschrift voor deze verpakking wordt niet meegegeven, zodat de patiënt verplicht is om in week 2 opnieuw op consultatie te komen. Naast deze twee producten wordt bupropion soms voorgeschreven door één arts. Nortriptyline wordt niet gebruikt als hulpmiddel voor rookstop.

3.3.1.4. Opvolging

Behalve het opvolgingsconsult in de tweede week bij het voorschrijven van varenicline, gebeurt de follow-up van rookstop niet systematisch. Meestal wordt de rookstatus opnieuw bevraagd bij een volgende consultatie voor een ander probleem.

3.3.1.5. Bijkomende ondersteuning

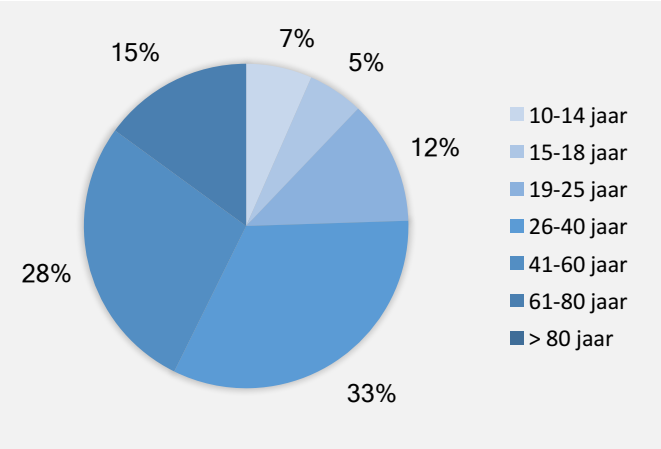
Hoewel er tabakologen aanwezig zijn in de omgeving, wordt hier niet mee samengewerkt. Lange wachtlijsten en beperkte consultatie-uren zorgen ervoor dat deze mogelijkheid niet besproken wordt tijdens een rookstopconsultatie. Er gaat veel tijd verloren om dit voor te stellen aan patiënten en een verwijsbrief op te stellen en daarenboven heeft slechts een zeer beperkte populatie hierin interesse. Een uitbreiding van de sociale kaart en een eventuele ontmoeting kan er misschien voor zorgen dat deze mogelijkheid terug aan bod komt tijdens een rookstopconsultatie.

Folders i.v.m. rookstop ('Stoppen met roken, het kan!') worden af en toe meegegeven bij patiënten die interesse tonen in rookstop. De folder zorgt ervoor dat patiënten thuis nogmaals herinnerd worden aan hun rookgedrag en de mogelijkheid om te stoppen.

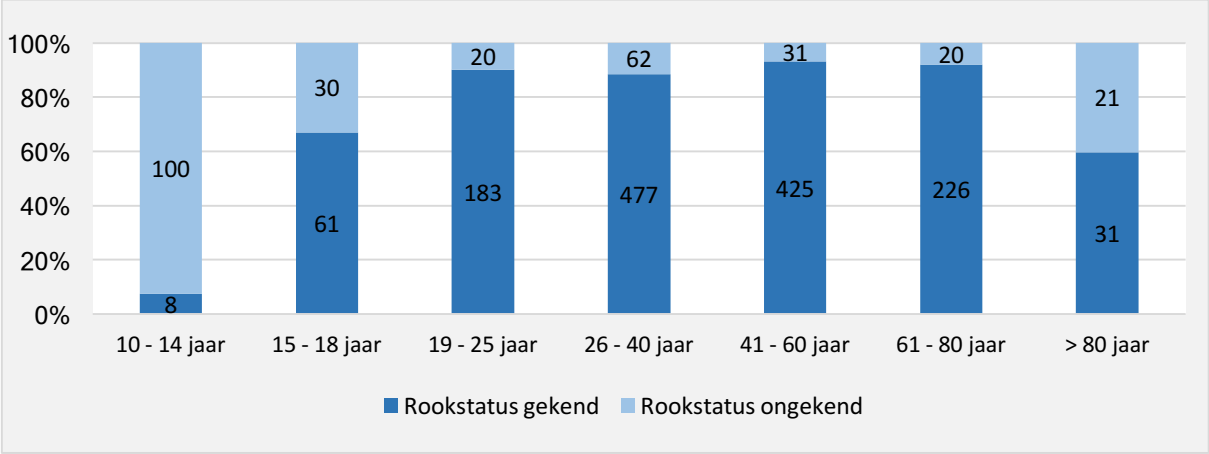
3.3.2. Analyses medisch dossier voor het praktijkproject

3.3.2.1. De rookstatus

Op 13 juni 2016 werden analyses uitgevoerd om de registratie van de rookstatus in kaart te brengen. In de praktijk zijn er 1695 patiënten van 10 jaar of ouder met een globaal medisch dossier na 1/1/2015. Op deze groep werden onderstaande analyses verder uitgevoerd. Bij 83,24% van de patiënten (1411/1695) was de rookstatus ingevuld onder het item 'tabak'. Het item 'roker' werd niet gebruikt. Omdat we dit resultaat graag wilden analyseren per leeftijdsgroep werd eerst het aantal patiënten per leeftijdscategorie bepaald (figuur 1). Uit het interview konden we reeds afleiden dat in de groep 10 tot 14 jarigen de rookstatus meestal niet bevraagd worden. Slechts 7,41% (8/108 patiënten) van deze patiëntengroep heeft een gekende rookstatus (figuur 2). Bij de leeftijdsgroep van 15 tot 18 jaar is bij 67,03% (61/91 patiënten) de rookstatus gekend. De volgende leeftijdsgroepen zijn procentueel gelijkaardig: 90,15% (183/203 patiënten) van 19 tot 25 jaar; 88,50% (477/539 patiënten) van 26 tot 40 jaar; 93,20% (425/456 patiënten) van 41 tot 60 jaar; 91,87% (226/246 patiënten) van 61 tot 80 jaar hebben een gekende rookstatus. Bij de oudere leeftijdscategorie van 81 jaar of ouder is de rookstatus opnieuw minder gekend: 59,61% (31/52 patiënten).



Figuur 1: Procentueel aantal patiënten per leeftijdsgroep op 13/6/2016 met een globaal medisch dossier na 1/1/2015.



Figuur 2: Het aantal patiënten met een GMD waarvan de rookstatus al dan niet gekend is per leeftijdsgroep op 13/6/2016.

Daarnaast werd de inhoud van het item 'tabak' manueel doorlopen om na te gaan welke gegevens van de rookstatus werden genoteerd (tabel 9). Van de 1411 patiënten met een gekende rookstatus zijn 338 patiënten rokers (23,95%), 264 patiënten ex-rokers (18,71%) en 809 patiënten niet-rokers (57,34%). Bij de rokers werd bij 81,4% het aantal sigaretten per dag genoteerd, bij 5,9% de startdatum, bij 7,7% de eventuele stoppogingen en bij 3% de motivatiestatus. Bij de ex-rokers werd bij 88,3% de stopdatum genoteerd, bij 18,6% het aantal sigaretten per dag, bij 3% het aantal gerookte jaren, bij 11,4% het aantal pakjaren en bij 16,7% informatie over de stoppoging(en).

ITEM TABAK		Aantal patiënten voor het praktijkproject	Aantal patiënten na het praktijkproject	Verschil
Rokers		338	364	
	Aantal sigaretten per dag	275 (81,4%)	306 (84,1%)	+ 2,7%
	Startdatum	20 (5,9%)	25 (6,9%)	+ 0,95%
	Informatie over vorige stoppogingen	26 (7,7%)	30 (8,2%)	+ 0,55%
	Motivatie tot rookstop	10 (3,0%)	15 (4,1%)	+ 1,16%
Ex-rokers		264	306	
	Stopdatum	233 (88,3%)	271 (88,6%)	+ 0,3%
	Aantal sigaretten per dag	49 (18,6%)	59 (19,3%)	+ 0,72%
	Aantal jaren gerookt	8 (3,0%)	14 (4,6%)	+ 1,55%
	Aantal pakjaren	30 (11,4%)	40 (13,1%)	+ 1,7%
	Informatie over stoppoging(en)	44 (16,7%)	48 (15,7%)	- 1%

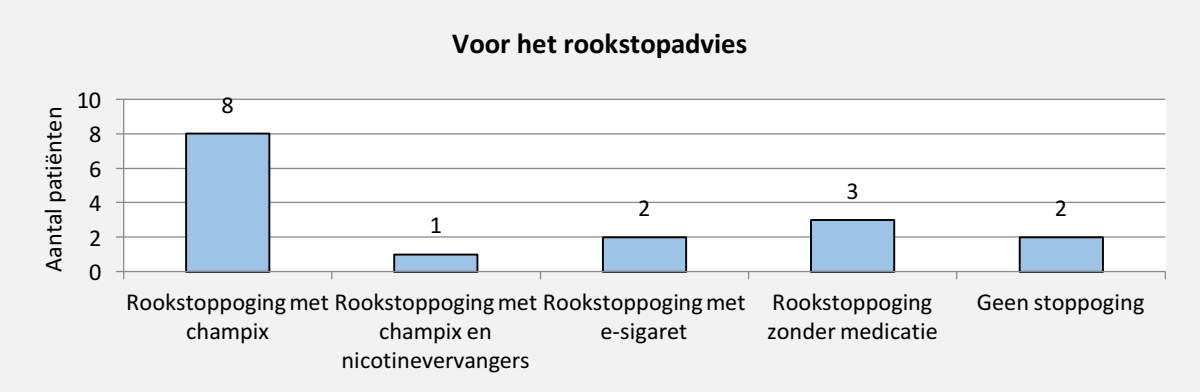
Tabel 9: De beschrijving van de rookstatus bij het item 'tabak': vergelijking van de cijfers voor en na het praktijkproject.

3.3.2.2. Het rookstopadvies en medicamenteuze ondersteuning

Er werd nagegaan hoe vaak de diagnostische codering 'rookstoppoging' en 'rookstopadvies' werd gebruikt op de totale populatie (inclusief GMD en niet-GMD patiënten). 'Rookstoppoging' werd reeds 86 keer gecodeerd bij 59 patiënten. 'Rookstopadvies' werd slechts 14 keer gecodeerd bij 14 verschillende patiënten. Daarna volgde een analyse van de medicamenteuze ondersteuning gebruikt bij rookstop op de totale populatie. Champix® werd 142 keer voorgeschreven, waarvan het starterspakket 91 keer en het opvolgpakket 51 keer. Zyban® werd slechts 1 keer voorgeschreven. Daarnaast werden er ook NVM voorgeschreven: nicorette® werd 3 keer voorgeschreven en nicotinell 1 keer.

3.3.3. Cijfers rookstopadvies en opvolgconsultaties

Na het interview en de analyse van het medisch dossier kon het praktijkproject van start gaan. In totaal werden 20 patiënten geselecteerd dewelke een rookstoppoging wouden ondernemen binnen 1 maand. Deze patiënten werden uitgenodigd voor een uitgebreid rookstopadvies, waarvan 16 patiënten bereid waren op consulatie te komen. Twee van deze patiënten besloten na de consultatie de stoppoging uit te stellen tot een geschikter moment. Van de 14 patiënten die wel een stoppoging wilden ondernemen, kozen 8 patiënten voor Champix®, 1 patiënt voor de combinatie Champix® met NVM en 2 patiënten voor de elektronische sigaret. De overige 3 patiënten wensten geen medicamenteuze ondersteuning (figuur 3).



Figuur 3: Besluit na het rookstopadvies: werd een stoppoging ondernomen en welk product werd er gebruikt?

De 9 patiënten die gestart waren met Champix® kwamen allemaal 7 tot 14 dagen later op opvolgconsultatie voor een voorschrift voor het opvolgpakket en de aanvraag voor de terugbetaling. Van de overige 5 patiënten die een stoppoging ondernamen kwamen 3 patiënten na 1 week op opvolggesprek. Vier patiënten maakten gebruik van het opvolgmoment na 1 maand, en 2 patiënten van het opvolgmoment na 3 maanden. Slechts 1 patiënt kwam nooit op een opvolgconsultatie.

3.3.4. Kennis van de patiënten voor het rookstopadvies

Voor het rookstopadvies vulden alle patiënten een vragenlijst in over hun kennis van roken en rookstop. De oplossingen van deze vragen werden verwerkt in het rookstopadvies. Eén maand nadien kregen de patiënten opnieuw deze vragenlijst opgestuurd. Op het einde van het project ontving ik 15 van de 16 vragenlijsten terug. Deze vragenlijsten werden anoniem verwerkt en gekoppeld op basis van een code die de patiënten op beide vragenlijsten noteerden. Figuur 4 t.e.m. 17 tonen een grafische weergave van de resultaten.

3.3.4.1. Voor het rookstopadvies

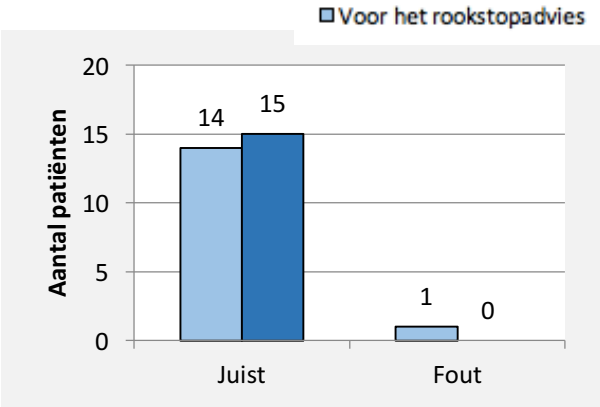
Veertien patiënten geven aan dat roken de kans op verschillende soorten kankers kan verhogen, terwijl 1 patiënt denkt dat roken slechts een verhoogd risico geeft op longkanker (figuur 4). Eén patiënt geeft aan niet te weten dat roken ook gevolgen heeft voor mensen in de omgeving die de rook passief inhaleren (figuur 5). De meerderheid van de patiënten (13 patiënten) geeft aan dat 1 sigaret het leven kan verkorten met 10 minuten. De overige 2 patiënten denken dat dit slechts 5 minuten bedraagt (figuur 6). Elf patiënten denken dat de helft van de rokers sterft aan een tabaksgerelateerde ziekte, de overige 4 patiënten denken dat dit niet klopt (figuur 7). Op de vraag 'wat betekent verslaafd zijn aan tabak?' geven 7 patiënten het correcte antwoord, door de drie elementen aan te duiden (figuur 8). Zes patiënten denken dat de hoeveelheid nicotine in het lichaam daalt door het aantal sigaretten te verminderen en dat dit beter is voor de gezondheid (figuur 9).

Drie patiënten denken dat rookstop moet lukken bij de eerste poging, terwijl de overige twaalf patiënten denken dat meerdere pogingen nodig kunnen zijn (figuur 10). Zonder hulpmiddelen wordt de kans op rookstop na 1 jaar door 2 patiënten op 3% geschat, door 3 patiënten op 6%, door 8 patiënten op 10% en door 2 patiënten op 15% (figuur 11). Met hulpmiddelen wordt de kans op rookstop na 1 jaar door 1 patiënt op 8-10% geschat, door 5 patiënten op 15-20% en door 9 patiënten op 50-60% (figuur 12). Nicotinepleisters zijn het meest gekend (14 patiënten) als ondersteunend product bij de deelnemende patiënten, gevolgd door nicotinekauwgom (13 patiënten) en Champix® (10 patiënten). Zyban® blijkt het minst gekend (4 patiënten) (figuur 13). Dertien patiënten hebben reeds gehoord van een tabakoloog (figuur 14) en 9 patiënten weten dat er terugbetaling is voorzien voor een rookstopconsultatie (figuur 15).

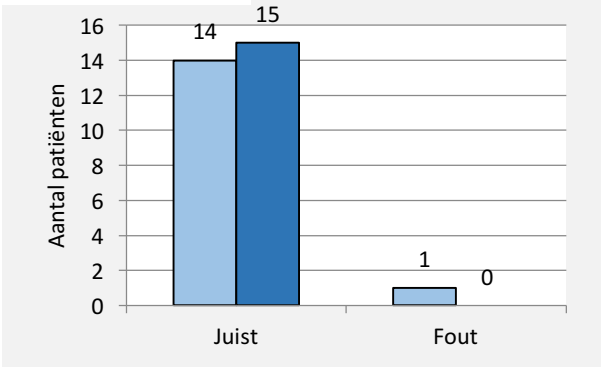
De periode waarin de meeste onthoudingsverschijnselen voorkomen wordt door 9 patiënten correct ingeschat, namelijk week 1 t.e.m. week 3. Drie patiënten denken dat de ontwenningsverschijnselen langer aanwezig zijn (t.e.m. 12 weken) en drie patiënten denken dat de onthoudingsverschijnselen pas later ontstaan (vanaf week 3 t.e.m. week 12) (figuur 16). De kans op herval is het hoogst gedurende de eerste 3 maanden volgens 2 patiënten, 6 maanden volgens 6 patiënten, 12 maanden volgens 2 patiënten, 18 maanden volgens 3 patiënten en 24 maanden volgens 2 patiënten (figuur 17).

3.3.4.2. Na het rookstopadvies

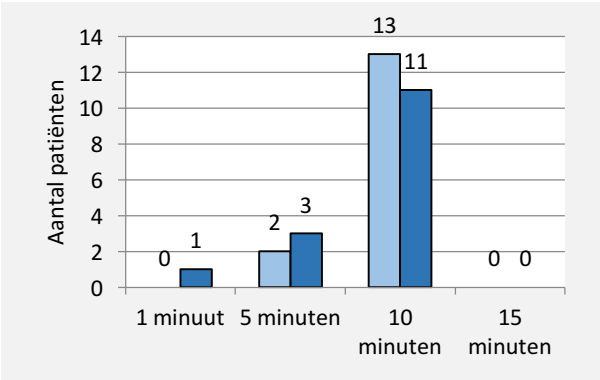
Na het rookstopadvies weten alle patiënten dat roken naast longkanker nog andere soorten kankers kan veroorzaken (figuur 4) en dat roken ook schadelijk is voor personen in de omgeving (figuur 5). Elf patiënten schatten correct in dat 1 sigaret het leven verkort met 10 minuten. Drie patiënten denken dat deze inkorting slechts 5 minuten bedraagt, en 1 patiënt 1 minuut (figuur 6). Volgens veertien patiënten sterft de helft van de rokers aan een tabaksgerelateerde ziekte, slechts 1 patiënt denkt dat dit niet klopt (figuur 7). Elf patiënten kiezen voor de 3 elementen van verslaving (figuur 8). Tien patiënten denken dat een reductie van het aantal sigaretten zorgt voor een daling van het nicotinegehalte in het bloed en dat dit beter is voor de gezondheid (figuur 9).



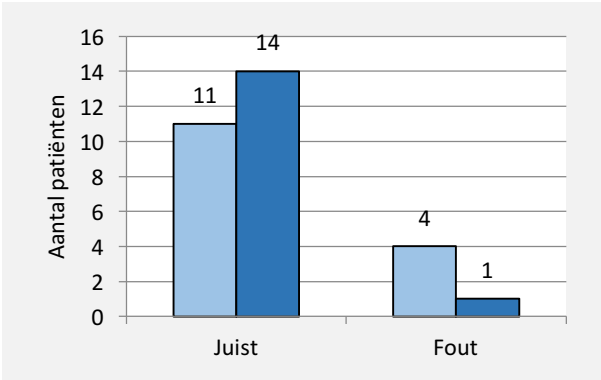
Figuur 4: Roken vergroot niet alleen de kans op longkanker, maar ook op andere soorten kankers.



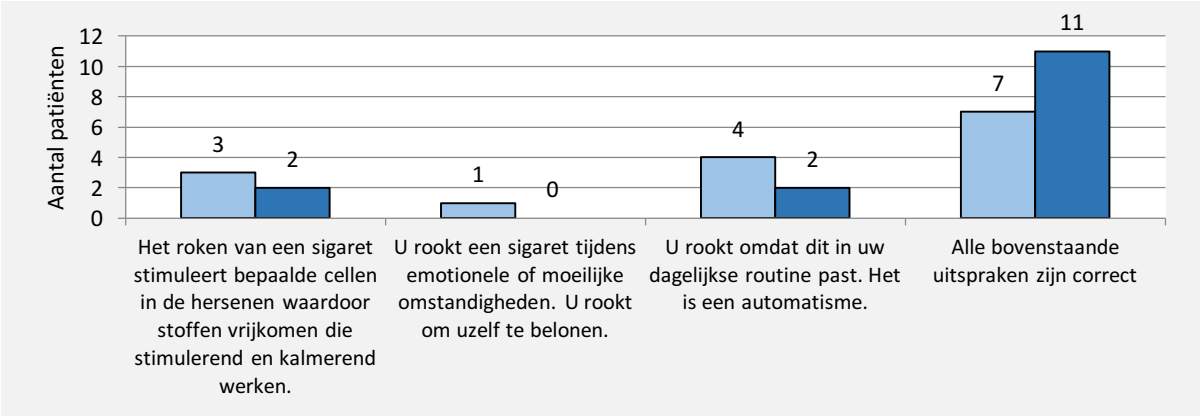
Figuur 5: Wanneer u rookt in een ruimte met andere personen, zal uw rookgedrag ook nadelige effecten hebben op de gezondheid van niet-rokers.



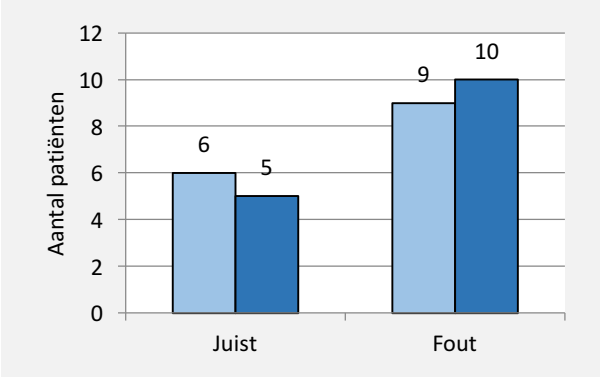
Figuur 6: Met hoeveel minuten verkort uw leven door het roken van 1 sigaret?



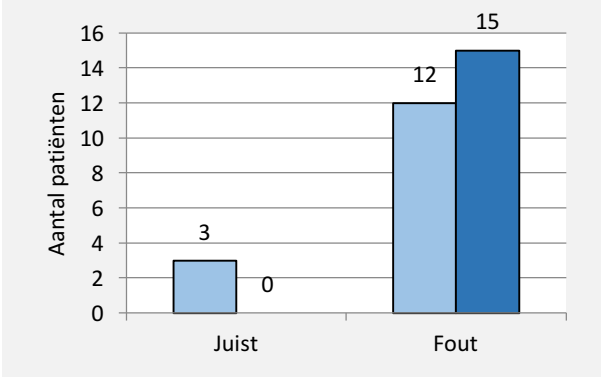
Figuur 7: De helft van de huidige rokers sterft aan een ziekte die het gevolg is van roken.



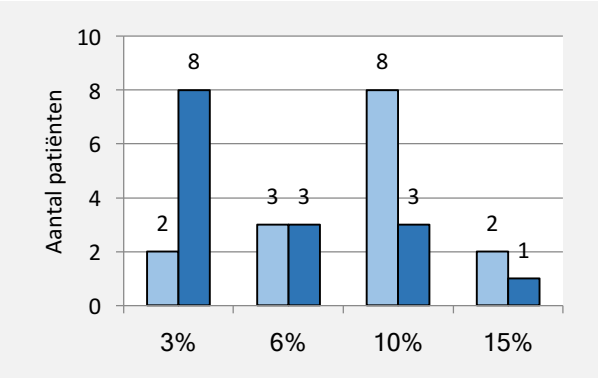
Figuur 8: U bent afhankelijk van een product als u niet meer zonder dit middel kan. Wat betekent verslaafd zijn aan tabak?



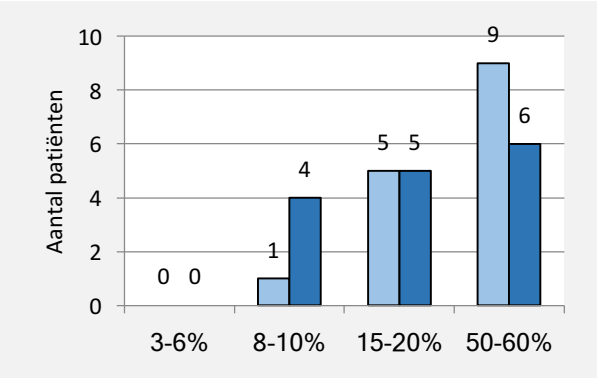
Figuur 9: Wanneer ik het aantal sigaretten per dag verminder, zal ik minder nicotine inhaleren en dit is beter voor mijn gezondheid.



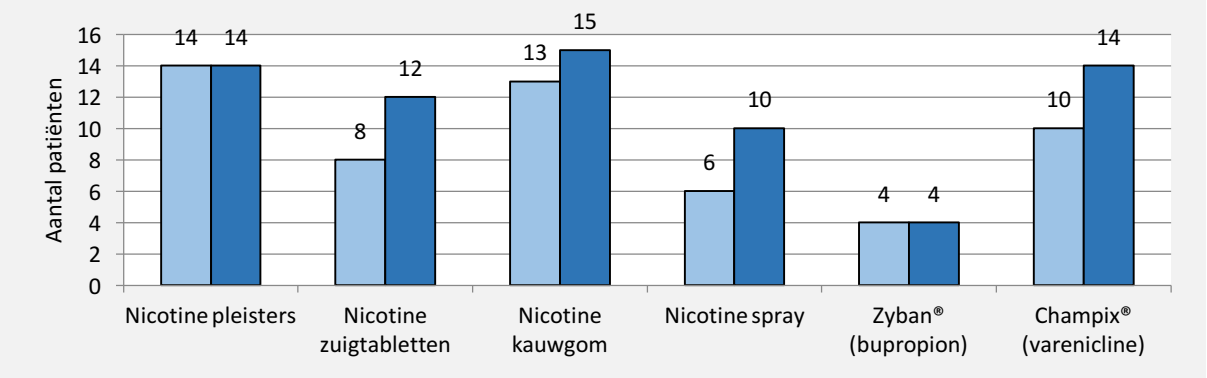
Figuur 10: Stoppen met roken moet lukken bij poging 1 en het heeft geen zin om het nadien opnieuw te proberen.



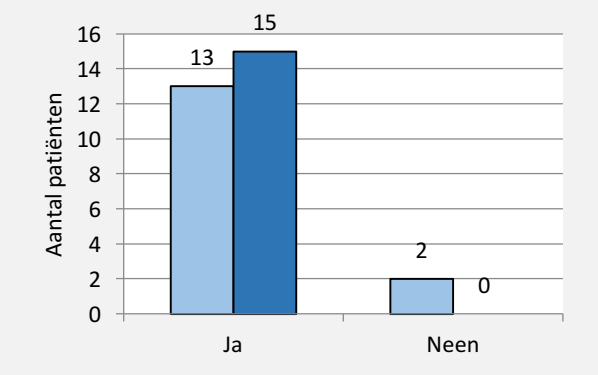
Figuur 11: Een roker die zonder hulp probeert te stoppen met roken heeft een slaagkans van … % na 1 jaar.



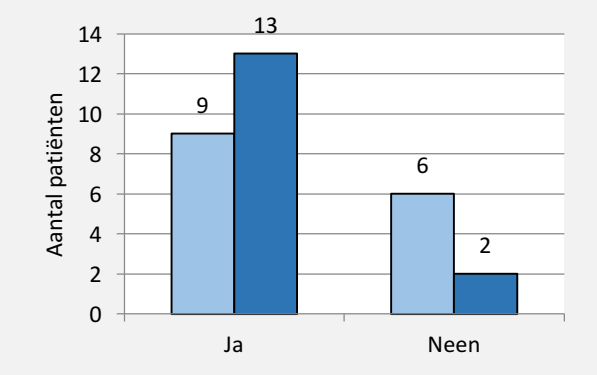
Figuur 12: Een roker die begeleiding krijgt met of zonder medicamenteuze therapie om te stoppen met roken, heeft een slaagkans van … % na 1 jaar.



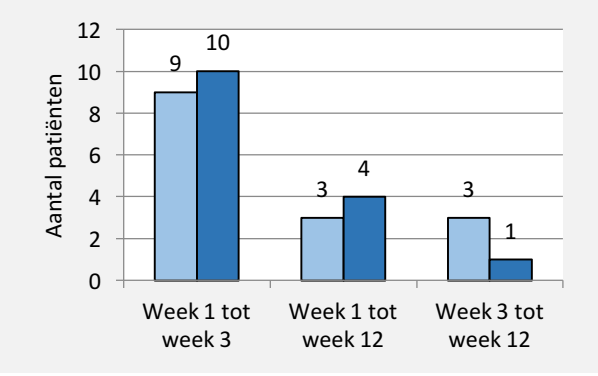
Figuur 13: Van welke bovenstaande producten heeft u al gehoord? ®



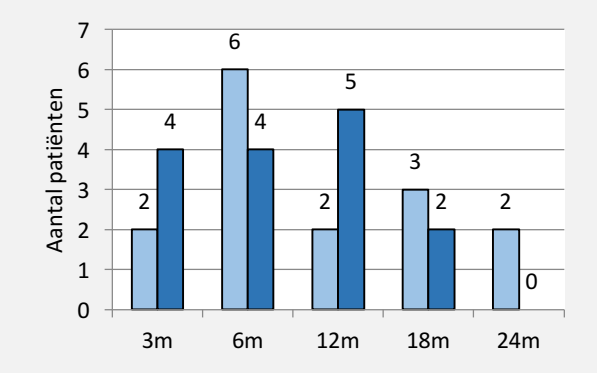
Figuur 14: Heeft u al eens gehoord van een tabakoloog?



Figuur 15: Wist u dat er terugbetaling is voorzien voor rookstopconsultaties bij de huisarts of bij een tabakoloog?



Figuur 16: Gedurende welke periode heeft een roker die stopt met roken het meeste last van onthoudingsverschijnselen?



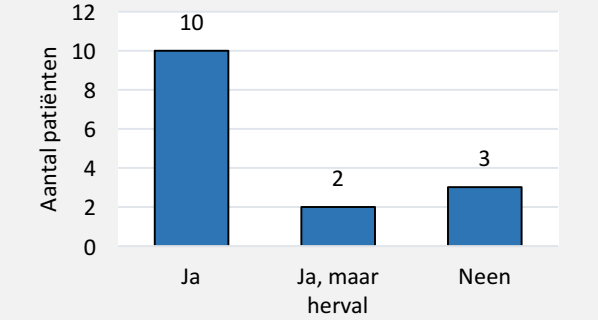
Figuur 17: Vanaf een bepaalde rookvrije periode is het gevaar voor herval kleiner. Na hoeveel maanden rookstop is dit?

Na de consultatie weten alle patiënten dat frequent meerdere stoppogingen nodig zijn (figuur 10). De slaagkans om te stoppen met roken na 1 jaar zonder hulp wordt door 8 patiënten correct ingeschat op 3%. De overige patiënten schatten deze slaagkans hoger in (figuur 11). De slaagkans met begeleiding wordt door 4 patiënten geschat op 8-10%, door 5 patiënten op 15-20% en door 6 patiënten op 50-60% (figuur 12). Nicotinekauwgom blijkt het meest gekende product (15 patiënten), gevolgd door Champix® (14 patiënten) en nicotinepleisters (14 patiënten). Zyban® blijft het minst gekend (4 patiënten) (figuur 13). Alle patiënten hebben van een tabakoloog gehoord (figuur 14) en 13 patiënten weten dat er terugbetaling is voorzien voor rookstopconsultaties (figuur 15).

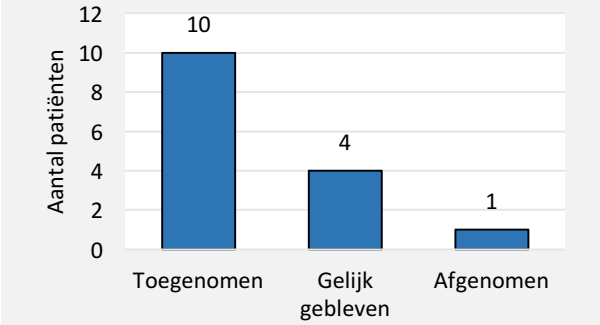
Tien patiënten denken dat de meeste onthoudingsverschijnselen aanwezig zijn van week 1 t.e.m. week 3, 4 patiënten van week 1 t.e.m. week 12 en 1 patiënt van week 3 t.e.m. week 12 (figuur 16). De periode met het grootste risico op herval wordt correct ingeschat op 12 maanden door 5 patiënten. Acht patiënten schatten deze periode korter in en 2 patiënten schatten deze periode langer in (figuur 17).

3.3.5. Ervaring van de patiënten

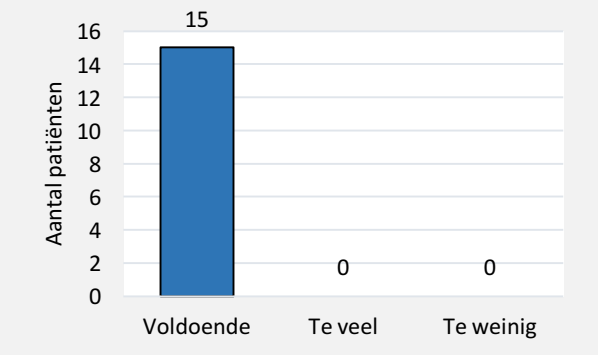
Na de uitgebreide rookstopconsultatie zijn 12 patiënten gestopt met roken, waarvan 2 hervallen zijn binnen 1 maand. Slechts 3 patiënten hebben geen rookstoppoging ondernomen (figuur 18). Elf patiënten geven aan dat hun algemene kennis over roken en rookstop verhoogd is. Drie patiënten denken dat hun algemene kennis gelijk gebleven is, en 1 patiënt denkt dat deze verminderd is (figuur 19). Alle patiënten vinden de hoeveelheid informatie tijdens het eerste consult voldoende (figuur 20) en geven aan voldoende inzicht te hebben in alle ondersteuningsmogelijkheden (figuur 21). De motivatie om te stoppen met roken is bij 13 patiënten verhoogd en bij 2 patiënten gelijk gebleven (figuur 22) en alle patiënten hebben meer vertrouwen gekregen in zichzelf op het einde van de consultatie (figuur 23). Van de 13 patiënten die hun valkuilen kennen (figuur 24), hebben 9 patiënten hiervoor oplossingen (figuur 25). Slechts 2 patiënten geven aan hun valkuilen voor herval niet te kennen. Twee patiënten vinden dat er teveel opvolgconsultaties worden voorgesteld. Daarentegen vinden 13 patiënten de opvolgmomenten voldoende (figuur 26). Tenslotte geeft 8 patiënten de rookstopconsultatie een algemene score van 5/5. De overige 7 patiënten geven een score van 4/5 (Figuur 27).



Figuur 18: Bent u gestopt met roken?



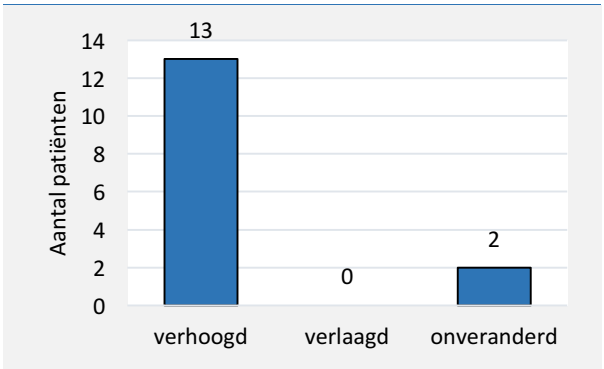
Figuur 19: Mijn kennis over roken is … .



Figuur 20: De informatie tijdens de uitgebreide rookstopconsultatie was … .



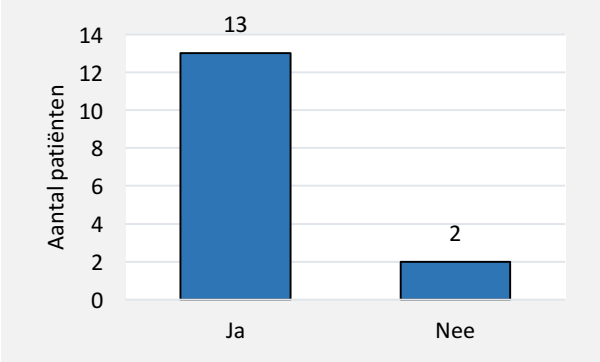
Figuur 21: Ik heb voldoende inzicht gekregen in de mogelijkheden bij rookstop.



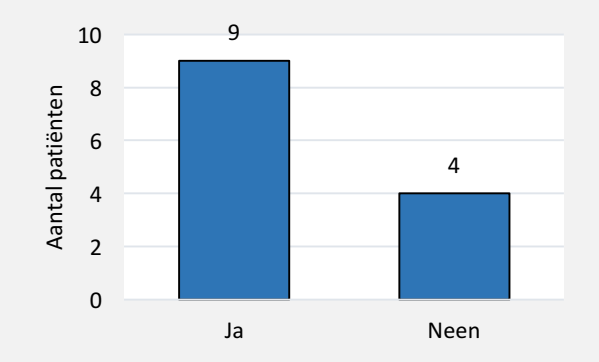
Figuur 22: Mijn motivatie tot rookstop is ... na de uitgebreide rookstopconsultatie.



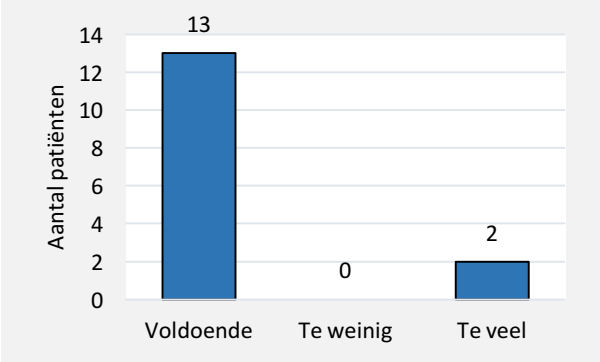
Figuur 23: Het rookstopadvies heeft ervoor gezorgd dat ik meer vertrouwen heb in mezelf.



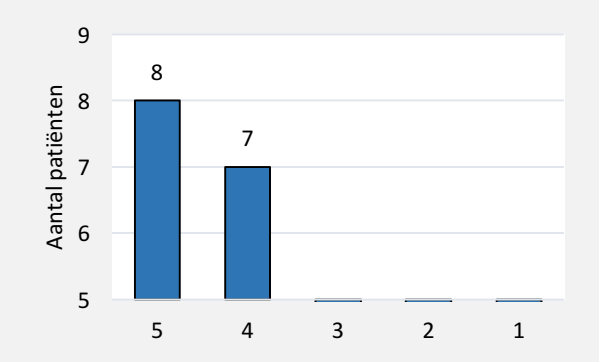
Figuur 24: Ik ken mijn valkuilen voor herval.



Figuur 25: Ik heb oplossingen voor mijn gekende valkuilen (indien 'ja' op vorige vraag)



Figuur 26: Wat vindt u van het aantal opvolgconsultaties?



Figuur 27: Algemene score van de rookstopconsultatie.

3.3.6. Interview collega's na praktijkproject

Het praktijkproject werd door de collega's zeer goed onthaald. Het project zorgde ervoor dat de rookstatus opnieuw werd bevraagd en er extra aandacht was voor begeleiding van patiënten die wensten te stoppen met roken. Enkele patiënten vroegen spontaan om deel te nemen aan het project, omdat ze via kennissen hadden gehoord over de goede ondersteuning die aangeboden werd. Op basis van onderstaand interview en de ervaring van het praktijkproject werd een vernieuwde praktijkrichtlijn opgesteld om deze beter toepasbaar te maken in onze praktijk (bijlage 10).

3.3.6.1. De rookstatus

Na het praktijkproject wordt de rookstatus nog steeds frequent bevraagd vanaf 15 jaar, maar sinds het project is er ook meer aandacht voor jongere patiënten (< 15 jaar) met een lagere socio-economische status. Bij elke nieuwe patiënt, bij klachten gerelateerd aan roken, bij een pilconsult of bij een zwangerschapsconsult wordt de rookstatus bijna altijd nagevraagd.

De preventiemodule van HealthOne® wordt gebruikt om de rookstatus uitgebreid te noteren. De rookstatus wordt zo automatisch zichtbaar bij het item 'roker' met de volgende keuzemogelijkheden: 'neen', 'ja' of 'ex-roker'. Wegens technische problemen met het programma werd de rookstatus soms nog genoteerd bij het item 'tabak'. Een oplossing om deze 2 items te synchroniseren wordt gezocht door de ontwikkelaar van het programma HealthOne®.

Bij ex-rokers wordt frequent de stopdatum nagevraagd, maar het aantal pakjaren wordt net zoals voor het project bijna nooit berekend. De voornaamste reden hiervoor is tijdsgebrek. Het advies om bij dreigend herval opnieuw op consultatie te komen werd voor het project nooit gegeven. Ikzelf doe dit nu wel frequent en 1 collega doet dit zelden. Daarnaast wordt bij rokers nog steeds frequent het aantal sigaretten per dag bevraagd. Een uitgebreidere anamnese gebeurt slechts bij tijd of wanneer de arts aanvoelt dat de patiënt gemotiveerd is of gemotiveerd kan worden om een rookstoppoging te ondernemen. De test van Fagerström en de Q-MAT schaal werden bij het begin van het project frequent gebruikt, maar de scores bleken geen meerwaarde te hebben voor de verdere begeleiding. De test van Fagerström wordt geschrapt uit de praktijkrichtlijn en de afhankelijkheid wordt ingeschat door het aantal sigaretten per dag en de tijd tussen het ontwaken en de eerste sigaret. Ook de Q-MAT schaal wordt geschrapt en de motivatie tot rookstop wordt meestal gevoelsmatig vastgesteld tijdens de consultatie.

De rookstatus wordt regelmatig opnieuw nagevraagd, maar het tijdsinterval om dit opnieuw te bevragen is zeer uiteenlopend per patiënt. Vroeger werd dit meestal één keer per jaar nagevraagd bij het vernieuwen van het globaal medisch dossier, maar sinds de automatisering is deze geheugensteun verdwenen. Daarnaast is de datum van laatste aanpassing niet zichtbaar, waardoor het niet duidelijk is wanneer de rookstatus opnieuw bevraagd werd. Dit probleem wordt opgelost door de instellingen te veranderen, waardoor de datum van laatste aanpassing zichtbaar is.

De preventiemodule blijkt voor- en nadelen te hebben. Vele patiënten kunnen zich niet meer herinneren in welk jaar ze gestart zijn met roken, maar weten wel op welke leeftijd ze zijn gestart of hoeveel jaren ze reeds roken. Deze laatste twee opties kunnen ook ingegeven worden en de startdatum wordt automatisch berekend. Daarnaast gebeurt de berekening van het aantal pakjaren automatisch. Een groot nadeel, aangegeven door beide collega's en mezelf, is de afwezigheid van vrije tekst om bijkomende informatie te noteren (bijvoorbeeld rookstoppogingen in het verleden of de vermelding dat de patiënt helemaal niet wenst te stoppen).

3.3.6.2. Rookstopadvies

Omwille van het behoud van de arts-patiënt relatie en tijdsgebrek, is het volgens beide artsen niet altijd mogelijk om frequent een kort rookstopadvies te geven zoals voorgesteld door de praktijkrichtlijn. Wanneer de rookstatus uitgebreid wordt bevraagd, volgt er meestal een kort rookstopadvies. Zoals hierboven beschreven wordt de rookstatus zelden uitgebreid bevraagd bij patiënten zonder enige motivatie tot rookstop. Deze patiënten krijgen dan ook zelden een rookstopadvies, maar krijgen eerder al lachend een opmerking over hun rookgedrag om zo onrechtstreeks de motivatie tot rookstop te ondervinden. Beide artsen vinden het niet nodig om na te vragen of ze mogen terugkomen op de rookstatus bij ongemotiveerde patiënten, omdat het bevragen van de rookstatus hoort bij onze taak als huisarts.

Een twijfelende roker krijgt het advies om terug te komen wanneer hij bereid is om te stoppen met roken. De verantwoordelijkheid voor rookstop wordt hierdoor bij de patiënt gelegd. Beide artsen starten nooit een motivatiegesprek tijdens een consultatie voor een ander probleem. Wanneer deze patiënten opnieuw op consultatie komen, krijgen deze uiteraard wel een kort motivatiegesprek. Ervaring leert echter dat deze patiënten zelden opnieuw op consultatie komen voor het motivatiegesprek. Beide collega's maken dus nog steeds weinig onderscheid tussen een twijfelende roker en een tevreden roker.

Gemotiveerde patiënten zijn volgens beide artsen rokers die wensen te stoppen binnen 1 maand. Wanneer deze voor een ander probleem op raadpleging komen, worden ze uitgenodigd voor een bijkomende consultatie. Opnieuw wordt de verantwoordelijkheid voor rookstop bij de patiënt gelegd en

zo kan er ook meer tijd voorzien worden. Sinds de start van het praktijkproject werden de rookstopconsultaties uitgevoerd door mezelf, hierdoor is het onmogelijk om ervaringen uit te wisselen over het vervolg van de flowchart. De flowchart werd overlopen en aangepast op basis van ervaringen tijdens het prakijkproject en haalbaarheid aangegeven door de 2 collega's. Wegens tijdsgebrek en het wegvallen van extra vergoeding (tenzij de opleiding 'Tabakologie en Rookstopbegeleiding' wordt gevolgd), is het voor beide artsen onmogelijk om 3 kwartier te voorzien voor een uitgebreid rookstopadvies, waardoor het rookstopadvies opgesplitst wordt in 2 consultaties. Beide collega's zijn op de hoogte dat volledige rookstop dient nagestreefd te worden, maar wisten niet dat dit voorafgegaan mag worden door een afbouwperiode. Eén collega benadrukte nogmaals het belang om de verantwoordelijkheid bij de patiënt te leggen. De omgeving inlichten zodat deze geen tabaksproducten meer zullen aanbieden, mag niet gebruikt worden om de verantwoordelijkheid tot rookstop bij andere personen te leggen.

'Rookstopadvies' wordt door beide artsen niet vaak gecodeerd omdat dit volgens hen weinig meerwaarde biedt. 'Rookstoppoging' wordt wel gecodeerd wanneer de patiënt op het moment van de consultatie een stoppoging aan het ondernemen is.

3.3.6.3. Medicamenteuze ondersteuning

Varenicline blijft de voorkeur genieten bij beide artsen. Het voorschrijven hiervan is nog eenvoudiger geworden door de mogelijkheid om de terugbetaling elektronisch via hoofdstuk IV aan te vragen. Beide collega's denken wel meer nicotinevervangers voor te schrijven door gebruik te maken van tabel 7 en 8. De kostprijs en een gebruiksaanwijzing per product zorgt ervoor dat de tabel een handig en overzichtelijk hulpmiddel is. Jaarlijks dient een update te gebeuren van de kostprijs en dient het goedkoopste product geselecteerd te worden.

Beide artsen geven aan weinig te weten over de elektronische sigaret. Indien de patiënt dit wenst te gebruiken is dit voor hen op eigen verantwoordelijkheid. In de vernieuwde praktijkrichtlijn wordt de e-sigaret vermeld omdat veel patiënten hier vragen over hebben. Indien de patiënt de e-sigaret wenst te gebruiken wordt het advies gegeven de hoeveelheid nicotine te verminderen of nicotinevrije vloeistof te kopen. Ook wordt het advies gegeven deze producten bij een apotheek aan te kopen en niet via het internet.

3.3.6.4. Opvolging

De follow-up gebeurde voor het praktijkproject niet systematisch. De artsen zijn het erover eens de patiënten in de toekomst te adviseren om na 1 week, na 1 maand en na 3 maanden op opvolgconsultatie te komen. De verantwoordelijkheid voor deze afspraken wordt bij de patiënt gelegd en er wordt geen vervolgafspraak meegegeven. Het praktijkproject leert ons dat de meeste patiënten deze afspraak niet nakomen en frequent ook vergeten te annuleren, waardoor kostbare tijd verloren gaat.

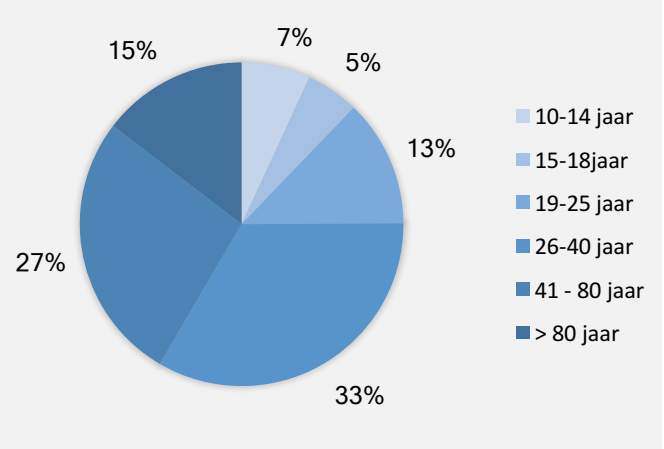
3.3.6.5. Bijkomende ondersteuning

Een tabakoloog werd gecontacteerd om zich kort te komen voorstellen tijdens een praktijkoverleg. De wachtlijsten blijken niet lang te zijn en de consultatie-uren zijn uitgebreid. Er is zelfs de mogelijkheid tot huisbezoeken waardoor deze hulp zeer laagdrempelig is. Sinds deze ontmoeting en de verandering van de vergoedingscriteria voor rookstopadvies, zullen beide artsen deze vorm van ondersteuning aan bod laten komen tijdens een rookstopconsultatie.

3.3.7. Analyses medisch dossier na interventie

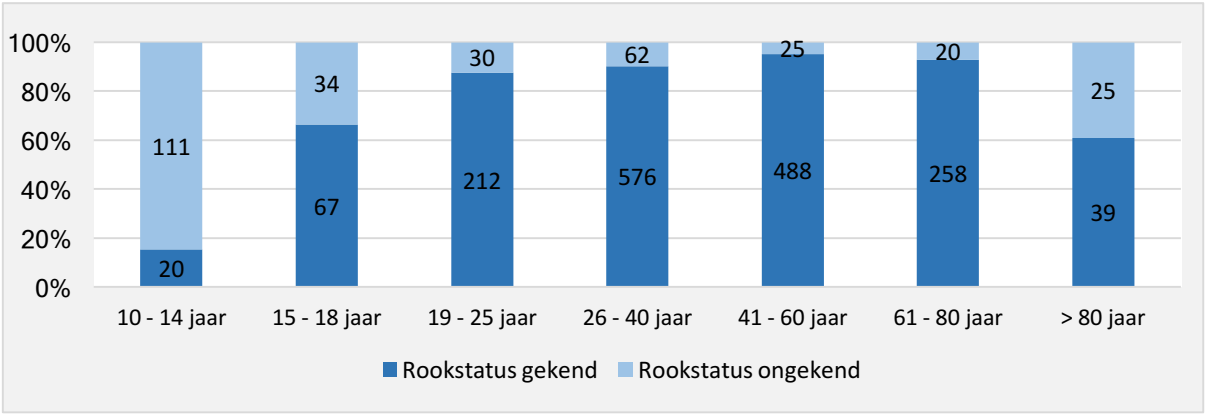
Op 3/3/2017 werden opnieuw analyses uitgevoerd om de registratie van de rookstatus te herevalueren. Uit het interview blijkt dat wegens technische problemen zowel het item 'tabak' als het item 'roker' gebruikt werden, waardoor volgende analyses op beide items dienden te gebeuren. Na het praktijkproject telt de praktijk 1968 patiënten met een GMD sinds 1/1/2015. Het item 'tabak' werd bij 1616 patiënten

ingevuld en het item 'roker' bij 185 patiënten. Beide lijsten werden manueel vergeleken om patiënten waarbij beide items ingevuld waren te selecteren.



Figuur 28: Procentueel aantal patiënten per leeftijdsgroep op 3/3/2017 met een globaal medisch dossier na 1/1/2015.

Bij 141 patiënten waren beide items ingevuld, waardoor in totaal 1660 patiënten (84,35%) een gekende rookstatus hebben, waarvan 22,65% rokers (376 patiënten) en 18,80% ex-rokers (312 patiënten) zijn. De patiënten met een GMD werden opgesplitst per leeftijdscategorie (figuur 28) om de rookstatus te analyseren per leeftijdscategorie (figuur 29). Opnieuw is de rookstatus bij de leeftijdscategorie van 10 tot en met 14 jaar het minst goed gekend: 20 van de 131 patiënten (15,27%) hebben een gekende rookstatus. Bij patiënten met een leeftijd van 15 jaar tot en met 18 jaar is de rookstatus ingevuld bij 67 van de 101 patiënten (66,34%). Volgende leeftijdscategorieën hebben een gelijkaardig percentage patiënten met een gekende rookstatus: 212/242 patiënten (87,60%) van 19 tot en met 25 jaar, 576/638 (90,28%) van 26 tot en met 40 jaar, 488/514 patiënten (94,94%) van 41 jaar tot en met 60 jaar, 258/278 patiënten (92,81%) van 61 jaar tot en met 80 jaar hebben een gekende rookstatus. Bij 80-plussers ligt het percentage opnieuw lager: 60,94% (39/64 patiënten) van de patiënten hebben een gekende rookstatus.



Figuur 29: Het aantal patiënten met een GMD waarvan de rookstatus al dan niet gekend is per leeftijdsgroep op 13/6/2016.

Vervolgens werd de inhoud van het item 'tabak' opnieuw manueel overlopen om de verschillende onderdelen te analyseren (tabel 9). Van de 1616 patiënten met een gekende rookstatus via het item 'tabak' zijn 364 patiënten (22,53%) rokers en 306 patiënten (18,94%) ex-rokers. Bij de rokers wordt bij 84,1% het aantal sigaretten per dag vermeld, bij 6,9% de startdatum, bij 8,2% informatie over de vorige stoppogingen en bij 4,1% informatie over de motivatie tot rookstop. Bij de ex-rokers wordt de stopdatum bij 88,6% van de patiënten vermeld. De overige elementen worden minder nagevraagd: het aantal sigaretten per dag is bij 19,3% van de ex-rokers ingevuld, het aantal rookjaren bij 4,6%, het aantal pakjaren bij 13,1% en informatie over de stoppogingen bij 15,7%. Wanneer de analyses van het item 'tabak' voor en na het praktijkproject vergeleken worden, zien we een lichte toename van elk van deze elementen, uitgezonderd informatie over stoppogingen(en) bij de ex-roker (tabel 9). Deze informatie is echter niet volledig aangezien er ook gebruik werd gemaakt van het item 'roker'.

Het item 'roker' is eenvoudiger te analyseren aangezien er via de preventiemodule gebruik wordt gemaakt van de termen 'ja', 'neen', 'ex-roker' en dit geen venster is voor vrije tekst (tabel 10). Manueel werden beide lijsten vergeleken om zo de patiënten te schrappen waar beide items werden ingevuld. Uiteindelijk blijken 44 van de 185 patiënten een rookstatus te hebben via het item 'roker' en niet via het

item 'tabak'. Omwille van de standaardvragen in de preventiemodule is het eenvoudig om na te gaan hoeveel keer een bepaald element van de rookstatus werd nagevraagd, echter het is niet mogelijk om na te gaan of dit element werd vermeld bij een roker of een ex-roker. Bij 64 van de 102 patiënten werd het aantal rookjaren nagevraagd en bij 73 van de 102 patiënten werd het aantal sigaretten per dag nagevraagd. Bij 60 patiënten werd het aantal pakjaren automatisch berekend. De test van Fagerström werd 19 keer ingevuld en de Q-MAT schaal 15 keer.

ITEM ROKER	Aantal patiënten	Aantal patiënten zonder ingevuld item 'tabak'
Totaal aantal ingevuld	185	44
Rokers	65	12
Ex-rokers	37	6
Rokers + ex-rokers	102	
Totaal aantal jaren gerookt	64 = 62,75% van de (ex-)rokers	
Gemiddeld aantal sigaretten per dag	73 = 71,57% van de (ex-)rokers	
Aantal pakjaren	60 = 58,82% van de (ex-)rokers	
Test van Fagerström	19 = 18,63% van de (ex-)rokers	
Q-MAT schaal	15 = 14,71% van de (ex-)rokers	

Tabel 10: Analyse van de rookstatus na het praktijkproject via het item 'roker' van de de preventiemodule.

Sinds de start van het praktijkproject werd 'rookstopadvies' 17 keer gecodeerd als hoofddiagnose bij 16 verschillende patiënten, en 'rookstoppoging' 46 keer bij 25 patiënten. Daarnaast werd Champix® 39 keer voorgeschreven, waarvan 21 keer het startpakket en 18 keer het opvolgpakket. Niquitin® en Nicotinell® werden elk éénmalig voorgeschreven en Zyban® werd geen enkele keer voorgeschreven.

3.4. Discussie en interpretatie

Uit het prakijkproject blijkt dat 22,65% van de patiënten in onze praktijk rookt. Een cijfer dat overeenkomt met de resultaten uit de vijfde nationale gezondheidsenquête van het Wetenschappelijk Instituut Volkdsgezondheid (WIV) uit 2013, waaruit blijkt dat 23% van de Belgische bevolking rookt.[1] Het resultaat van deze analyse is mogelijks een overschatting, aangezien rokers door klachten of aandoeningen gerelateerd aan het gebruik van tabak meer kans hebben om bevraagd te worden over hun rookstatus.

3.4.1. De praktijkrichtlijn

Is de praktijkrichtlijn bruikbaar en is dit een meerwaarde in de praktijk? Welke elementen zijn goed en welke elementen zijn overbodig? Zorgt de praktijkrichtlijn een hoger rookstoppercentage?

3.4.1.1. De praktijkrichtlijn in de praktijk

Het eerste opzet van deze studie was de ontwikkeling van een praktijkrichtlijn om rookstopbegeleiding vlotter en gestructureerder te laten verlopen in de praktijk.

Als basis werd de richtlijn van Domus Medica[2] genomen, deze bleek op verschillende punten niet geschikt te zijn om te gebruiken in de praktijk. De test van Fagerström en de Q-MAT schaal blijken overbodige en tijdsrovende vragenlijsten die geen meerwaarde bieden volgens beide collega's. De indeling op basis van motivatie werd vereenvoudigd: de tevreden roker, de twijfelende roker en de stopklare roker. Enkele andere kleine aanpassingen zijn zichtbaar in het schematische overzicht in bijlage 10.

De begeleiding van de stopklare roker is zeer intensief. Een eerste consultatie van 3 kwartier is volgens beide collega's niet haalbaar in een drukke huisartsenpraktijk. Een oplossing hiervoor is de consultatie op te splitsen in 2 consultaties van telkens 1 kwartier. Tijdens de eerste consultatie komen volgende elementen aan bod: vorige stoppogingen, voor- en nadelen van tabaksgebruik, de motivatie van de patiënt, valkuilen en oplossingen voor deze valkuilen, effecten van nicotine op de hersenen,

ontwenningsverschijnselen en de gezondheidsvoordelen van rookstop. Het rookstopplan wordt opgesteld tijdens de tweede consultatie. De patiënt krijgt ten allen tijde de kans om de begeleiding verder te zetten bij een tabakoloog.

Een beperking van dit onderdeel is het feit dat de uitgebreide rookstopconsultaties slechts door mezelf, de HAIO, werden uitgevoerd. Hierdoor is het voor de collega's moeilijk om de richtlijn te beoordelen naar haalbaarheid in de praktijk. De vernieuwde praktijkrichtlijn werd pas ontwikkeld op het einde van dit praktijkproject, waardoor een beoordeling hiervan ook niet mogelijk is. Beide collega's zijn echter wel zeer enthousiast over de overzichtstabellen van de medicamenteuze ondersteuning (tabel 7 en 8). Ze zijn van mening dat de praktische informatie van NVM ervoor kan zorgen dat ook deze middelen een plaats zullen krijgen in de begeleiding van rookstop.

Het is pas mogelijk het effect van deze praktijkrichtlijn te beoordelen wanneer deze volledig wordt doorlopen door de beide collega's zelf en niet alle patiënten worden doorverwezen naar de HAIO. De praktijkrichtlijn heeft ervoor gezorgd dat er meer aandacht wordt besteed aan rookstop en de begeleiding van rokers veel intensiever verloopt. Ik hoop dat dit in de toekomst wordt verdergezet door beide collega's zodat rokers voldoende ondersteuning zullen krijgen in hun poging tot rookstop.

3.4.1.2. Rookstoppercentage?

Van de 15 patiënten waarvan we de vragenlijst ontvangen hebben, hebben 12 patiënten een rookstoppoging ondernomen en 2 patiënten hiervan zijn hervallen. Indien we de patiënt waarvan we de tweede vragenlijst niet ontvangen hebben bij de hervallen rokers rekenen, zijn 10 van de 16 patiënten gestopt met roken na 1 maand. We kunnen deze gegevens niet vergelijken met het stoppercentage van 15-20% na 1 jaar dat in de literatuur beschreven wordt. Wegens zwangerschapsverlof konden de rookstopconsultaties pas starten eind september, waardoor de registratietijd en de opvolgperiode beperkt was. Omwille van de beperkte gegevens en korte registratietijd kunnen we dus niet besluiten dat de praktijkrichtlijn zorgt voor een hoger rookstoppercentage.

3.4.2. Codering in het elektronisch medisch dossier

Zorgt deze praktijkrichtlijn voor een nauwkeurige en eenduidige beschrijving van de rookstatus in het elektronisch medisch dossier en wordt rookstopadvies gecodeerd?

3.4.2.1. De rookstatus

De tweede opzet van dit praktijkproject was de beschrijving van de rookstatus te verbeteren aan de hand van de elementen aangegeven in de praktijkrichtlijn. Na het praktijkproject is het aantal patiënten met een gekende rookstatus toegenomen met 1,11%. Door de sterke groei van de praktijk de afgelopen 2 jaar is het absolute cijfer veel groter, namelijk 249 patiënten. In totaal hebben dus 84,35% patiënten een gekende rookstatus na het praktijkproject, wat een zeer goed cijfer is. Ook de verschillende elementen van de rookstatus bij het item 'tabak' kennen een stijging tussen 0,3% en 2,7% (tabel 9) na het praktijkproject.

Twee leeftijdscategorieën scoren minder goed: jongeren van 10 t.e.m. 18 jaar en 80-plussers. Deze 2 categorieën scoorden voor het praktijkproject ook reeds minder goed en het aanvullen van deze gegevens heeft tijd nodig. Jongere patiënten komen minder vaak op consultatie waardoor er minder gelegenheid is om de rookstatus te bevragen. Daarnaast wordt het bevragen van de rookstatus vaak vergeten bij de jongste patiënten uit de leeftijdscategorie van 10 t.e.m. 18 jaar. Het praktijkproject heeft er wel voor gezorgd dat er meer aandacht is voor de rookstatus van jongeren met een lagere socio-economische status, dewelke een hoger risico hebben om te roken. De rookstatus bij 80-plussers wordt vaak vergeten, aangezien dit voornamelijk patiënten zijn in een woonzorgcentrum of waarbij op huisbezoek wordt gegaan.

Een grote beperking van dit praktijkproject was het gebruik van 2 items om de rookstatus te noteren. Wegens technische problemen met het medisch programma was het item 'roker' voor 1 arts niet zichtbaar, waardoor het oorspronkelijke item 'tabak' ook werd gebruikt. De rookstatus werd hierdoor slechts bij 185 GMD-patiënten ingevuld bij het item 'roker', zoals voorgesteld in de praktijkrichtlijn. Deze 2 items maken het moeilijk om een correcte vergelijking te maken voor en na het praktijkproject. Om de beschrijving van de rookstatus nog te verbeteren in de toekomst dient er dus een oplossing gezocht te worden om beide items te synchroniseren. Omwille van vertraging bij de technische dienst bij HealthOne® werd hiervoor geen oplossing gevonden voor het einde van het project.

Een tweede beperking was opnieuw de beperkte registratietijd omwille van het tijdsschema van deze masterproef, waardoor al deze gegevens voorzichtig geïnterpreteerd moeten worden. Voornamelijk het aanvullen van de verschillende elementen van de rookstatus vraagt tijd en kan in de toekomst nog verbeteren.

Dit praktijkproject heeft ervoor gezorgd dat er opnieuw aandacht wordt besteed aan de rookstatus, dit blijkt ook uit de cijfers. Wel heb ik mijn twijfels of de preventiemodule in de toekomst nog gebruikt zal worden en de collega's niet opnieuw in oude gewoontes zullen vervallen door losse tekst te noteren bij het item 'roker'. De ontwikkeling van een nieuw protocolscherm ter vervanging van de preventiemodule kan hiervoor misschien een oplossing bieden.

3.4.2.2. Het rookstopadvies en medicamenteuze ondersteuning

De codering van 'rookstopadvies' en 'rookstoppoging' blijkt na het praktijkproject weinig te zijn veranderd. De codering 'rookstopadvies' bleek voor beide collega's weinig meerwaarde te bieden, waardoor dit niet werd gebruikt, behalve door mezelf tijdens de uitgebreide rookstopconsultaties. De codering 'rookstoppoging' werd zowel voor als tijdens het onderzoek gebruikt.

Een grote beperking bij dit onderdeel is opnieuw de beperkte registratietijd. Het uitgebreid rookstopadvies werd steeds gegeven door mezelf waardoor ik de codering voor 'rookstoppoging' gebruikte. Een analyse of het gebruik van de codering 'rookstoppoging' beter verloopt met behulp van de praktijkrichtlijn zal pas na dit praktijkproject kunnen gebeuren wanneer de collega's zelf de uitgebreide rookstopconsultaties uitvoeren en 'rookstoppoging' dienen te coderen.

Zoals blijkt uit het interview, kiezen beide artsen voornamelijk voor Champix® als medicamenteuze ondersteuning, hoewel dit evenwaardig is aan een combinatie van NVM. Ook figuur 3 toont dat de helft van de patiënten koos voor Champix en slechts één iemand gebruikmaakte van NVM. De meerderheid van de patiënten die voor Champix® kozen, maakten in het verleden echter reeds gebruik van NVM. De praktijkrichtlijn blijkt dus weinig veranderd te hebben aan de voorgeschreven medicatie, al is dit resultaat moeilijk te interpreteren met slechts 16 geïncludeerde patiënten. Zoals hierboven vermeld wordt, denken beide collega's dat de vergelijkende tabellen ervoor zullen zorgen dat NVM ook aan bod zullen komen tijdens de rookstopconsultaties.

3.4.3. De kennis van patiënten over roken en rookstop en de ervaring met het rookstopadvies

Welke kennis hebben rokers over rookstop en hun rookgedrag? Zorgt een uitgebreid rookstopadvies voor een toename van deze kennis? Wat is de ervaring van patiënten met een uitgebreid rookstopadvies?

3.4.3.1. Kennis voor en na het rookstopadvies

Tien van de vijftien patiënten geven aan dat hun kennis over roken en rookstop is toegenomen na het rookstopadvies. Uit de analyse van de kennisvragen (figuur 4-17) is dit minder duidelijk.

Omdat de groep patiënten beperkt is, kunnen we geen besluit trekken uit de resultaten. Ik concludeer uit deze resultaten dat een rookstopconsultatie enorm veel informatie kan bevatten en dit niets steeds zorgt voor een duidelijke toename van de kennis bij de patiënten. Het lijkt mij noodzakelijk om enkele belangrijke elementen aan te halen, maar de patiënt niet te verzadigen met informatie. Uit de opvolgconsultaties blijken de tabel met gezondheidsvoordelen van rookstop en de uitleg over het effect van nicotine op de nicotine-receptoren in de hersenen belangrijke elementen te zijn voor de patiënten. Verschillende patiënten kwamen hierop terug en hadden hier nog bijkomende vragen over. Daarnaast is het zeer belangrijk om de patiënt te informeren dat herval frequent voorkomt en men hieruit iets kan leren, zodat deze realistische verwachtingen heeft wanneer een stoppoging ondernomen wordt.

Naast de beperkte patiëntengroep, zijn deze resultaten mogelijk ook een overschatting. De patiënten dienden eerst de vragenlijst te beantwoorden, waarna onmiddellijk de uitgebreide rookstopconsultatie startte dewelke de oplossing van de vragen bevatte. Deze patiënten zijn mogelijk veel aandachtiger voor de oplossingen van deze vragen dan een patiënt die geen vragenlijst moet invullen voordien. Hierdoor is het mogelijk dat de deelnemende patiënten bij de tweede vragenlijst beter scoorden dan andere patiënten die de eerste vragenlijst niet zouden ontvangen hebben.

3.4.3.2. Ervaring van de patiënten

Algemeen scoorden de patiënten het rookstopadvies goed tot zeer goed. In de praktijk merkten we ook dat de patiënten tevreden waren van het rookstopadvies. Patiënten uitten hun tevredenheid bij collega's, maar ook bij vrienden en personen uit hun omgeving. Enkele van deze personen kwamen ook op raadpleging met een rookstopwens. Daarnaast gaven ook enkele patiënten aan nooit een rookstoppoging ondernomen te hebben wanneer ze niet werden aangesproken over hun rookstatus en het praktijkproject.

Ook ikzelf heb iets geleerd over mijn rookstopconsultaties in de toekomst. Twee patiënten blijken hun valkuilen niet te kennen na het uitgebreid rookstopadvies en vier patiënten kennen deze wel maar hebben hier geen oplossingen voor. Deze cijfers tonen aan dat het zeer belangrijk is om voldoende aandacht te besteden aan de valkuilen en de mogelijke oplossingen hiervoor tijdens het uitgebreid rookstopadvies. Een stopklare roker die inzicht heeft in zijn valkuilen, kan zich beter voorbereiden en zodoende herval voorkomen.

3.4.4. Update wijziging terugbetaling rookstopconsultaties

Op 1/1/2017 wijzigde de terugbetaling voor rookstopbegeleiding. De patiënt betaalt slechts een klein deel zelf en de rest wordt rechtstreeks betaalt door de Vlaamse Overheid. Patiënten zonder verhoogde terugbetaling betalen maximaal 7,5 euro per kwartier individuele begeleiding en maximaal 1 euro per kwartier groepsbegeleiding. De kosten zijn veel lager voor patiënten met verhoogde tegemoetkoming, namelijk maximaal 1 euro per kwartier voor individuele begeleiding en maximaal 0,5 euro per kwartier tijdens groepsessies. Ook jongeren tot en met 20 jaar hebben recht op het laagste tarief. Er kunnen maximaal 4 uur individuele begeleiding of 12 uur groepsessies per jaar gevolgd worden. De terugbetaling is alleen geldig bij erkende tabakologen (ook artsen moeten eerst de opleiding 'Tabakologie en Rookstopbegeleiding' volgen).

3.5. Besluit

Het praktijkproject werd door zowel de collega's als de patiënten zeer goed onthaald. Het invoeren van een praktijkrichtlijn bleek niet makkelijk en vereenvoudigingen om de haalbaarheid te verhogen waren nodig. Het praktijkproject heeft ervoor gezorgd dat er meer aandacht werd besteed aan de rookstatus en rookstopadvies. Het zal pas in de toekomst duidelijk zijn of de praktijkrichtlijn nog gebruikt wordt en een meerwaarde biedt in de praktijk.

Of het invoeren van deze praktijkrichtlijn ook gezorgd heeft voor een hoger rookstoppercentage kon niet met zekerheid worden aangetoond door de beperkte registratie- en opvolgperiode.

Algemeen kunnen we besluiten dat de zorg rond rookstop toegenomen is in de praktijk en dit een geslaagd praktijkverbeterend project was.

4. Dankwoord

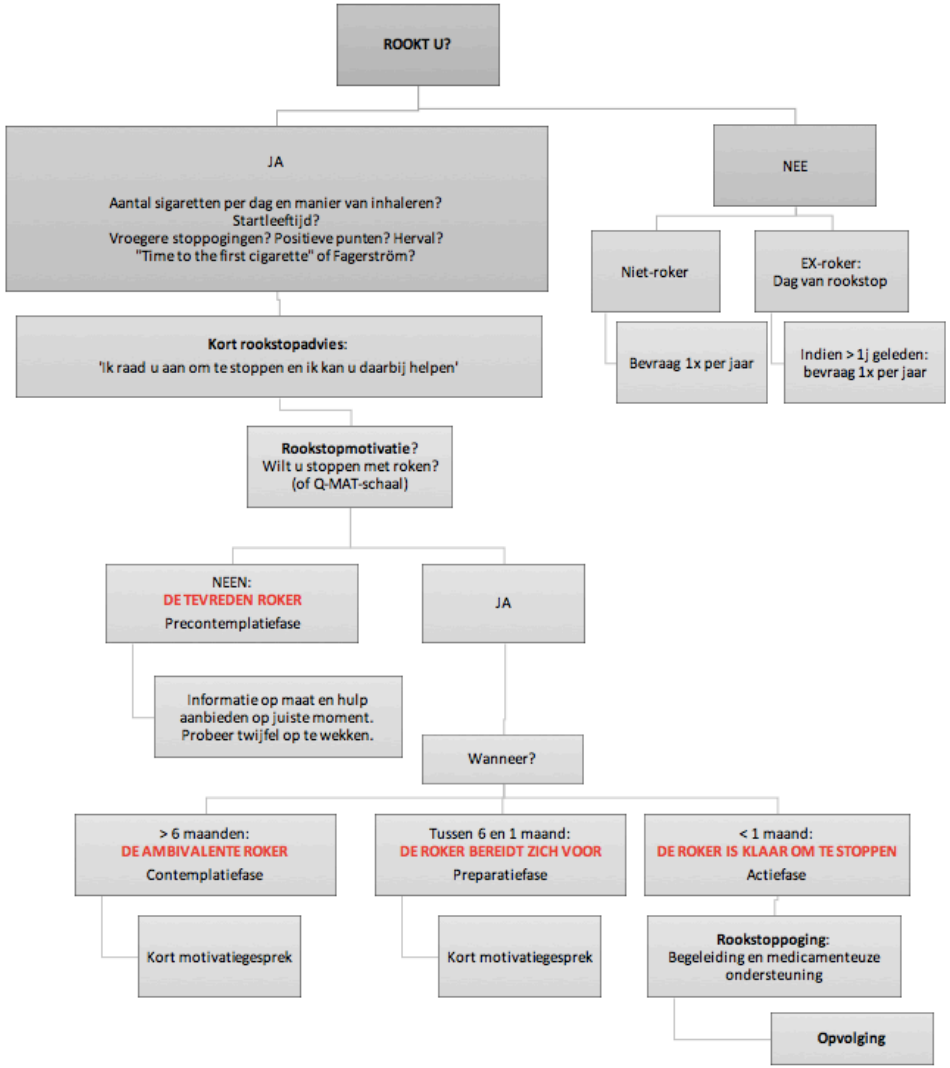
Deze masterproef kwam mede tot stand dankzij de hulp van mijn promotor professor dr. De Sutter An, mijn co-promotor en praktijkopleider dr. Sabbe Eveline en collega dr. Nele bollen. Ik bedank hen voor de tijd, de ondersteuning en adviezen tijdens het begeleiden van deze masterproef.

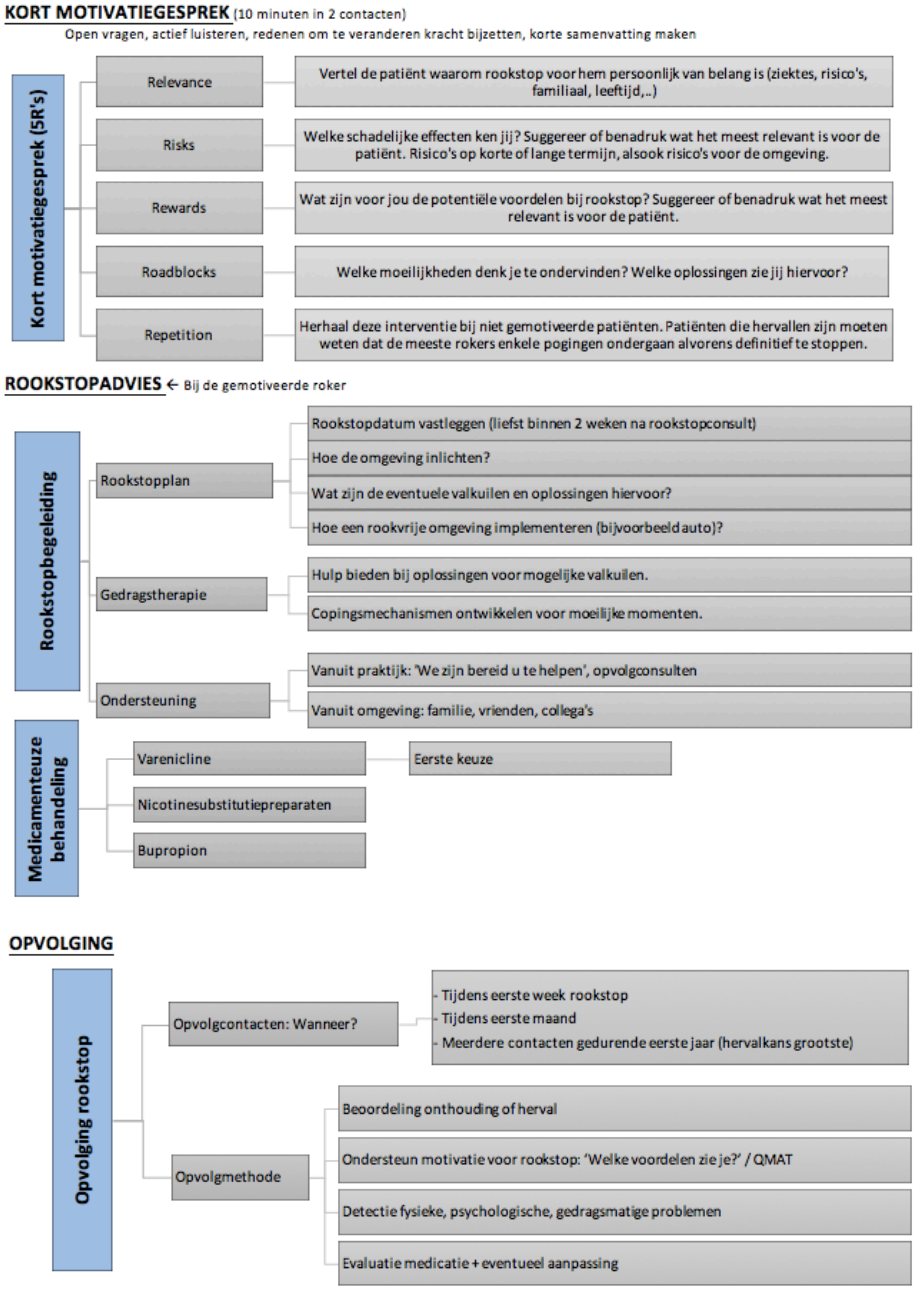
Daarnaast wil ook mijn ouders bedanken voor de vele steun en de mogelijkheid die ze mij gegeven hebben om deze opleiding te volgen.

Tenslotte wil ik ook mijn partner Toon Staelens bedanken voor zijn geduld en ondersteuning tijdens het uitschrijven van deze masterproef.

5. Bijlagen

Bijlage 1: Schematische weergave 'Aanbeveling voor goede medische praktijkvoering: stoppen met roken' van Domus Medica.[2,9]



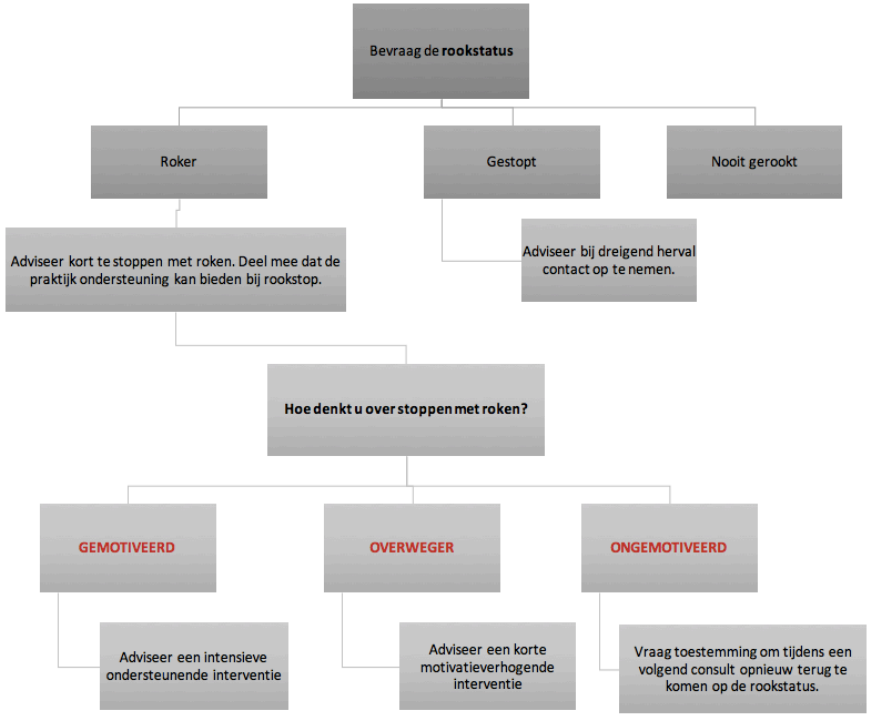


Bijlage 2: Schematische weergave 'NHG-standaard Stoppen met roken'.[3]

NHG-STANDAARD STOPPEN MET ROKEN

Bevraag de rookstatus bij

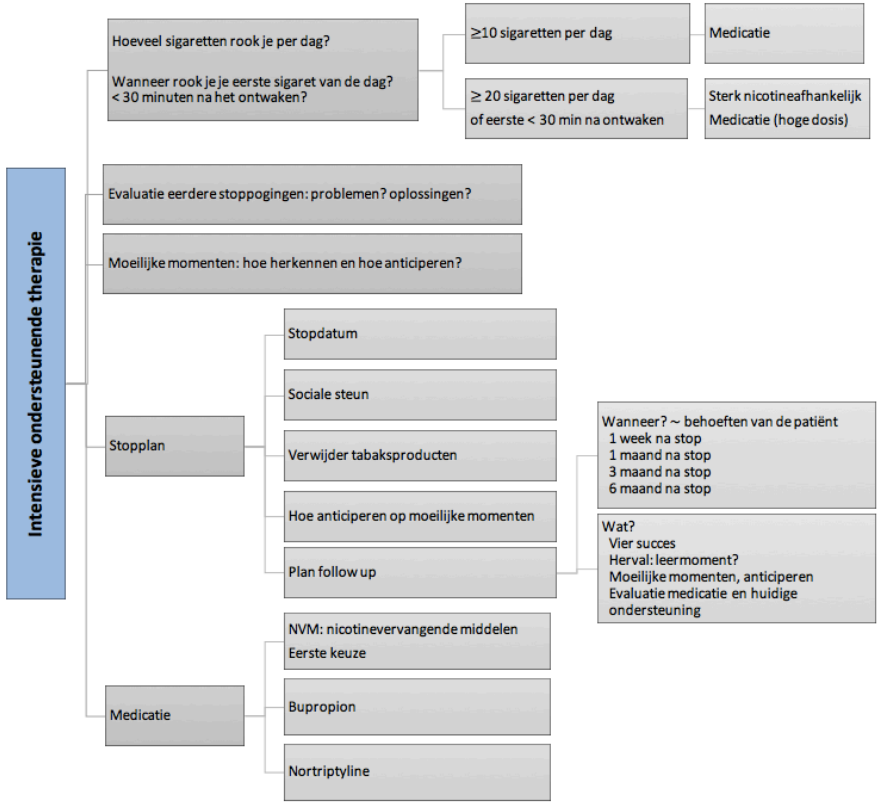
- Patiënten die zelf hulp vragen bij rookstop
- Patiënten bij wie rookstop extra belangrijk is:
  - Bij hoest, dyspnee, (verhoogd risico op) hart- en vaatziekten, COPD, astma
  - Bij ouders met kinderen die lijden aan astma of recidiverende luchtweginfecties
  - Bij vrouwen die anticonceptie gebruiken
  - Bij zwangere vrouwen en hun partner
  - Bij patiënten met een ziekte gerelateerd aan roken



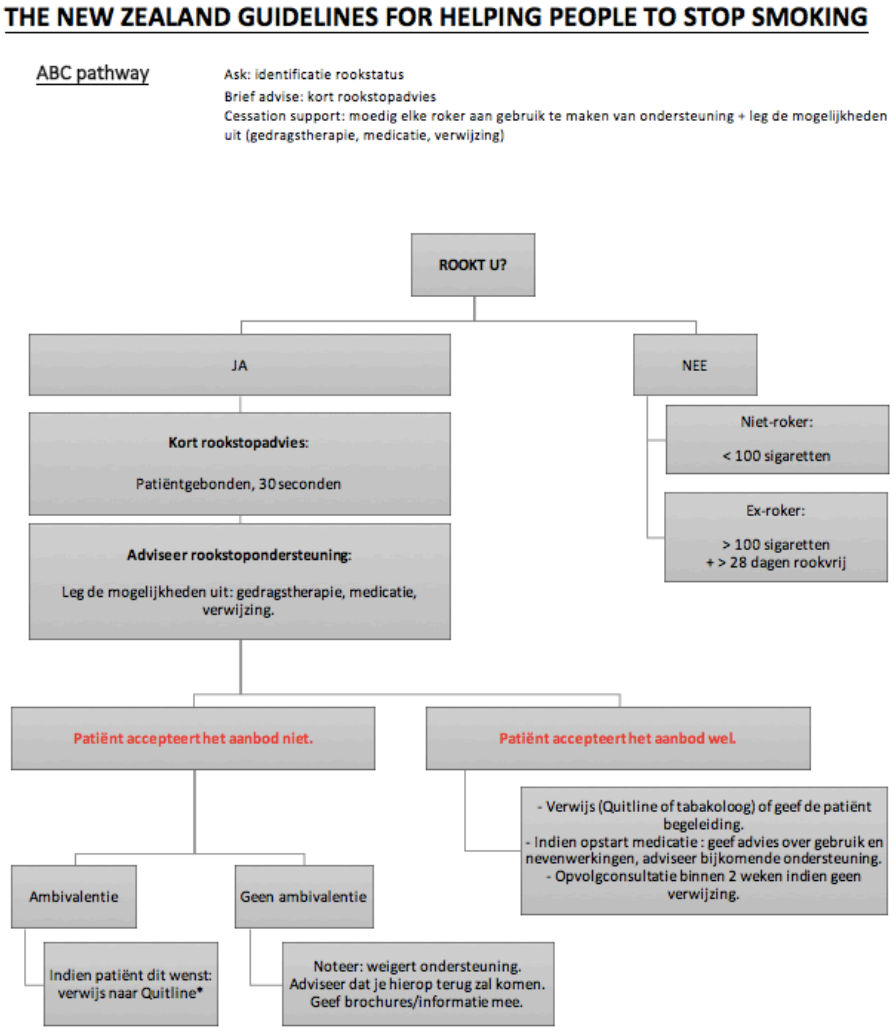
KORTE MOTIVATIEVERHOGENDE INTERVENTIE



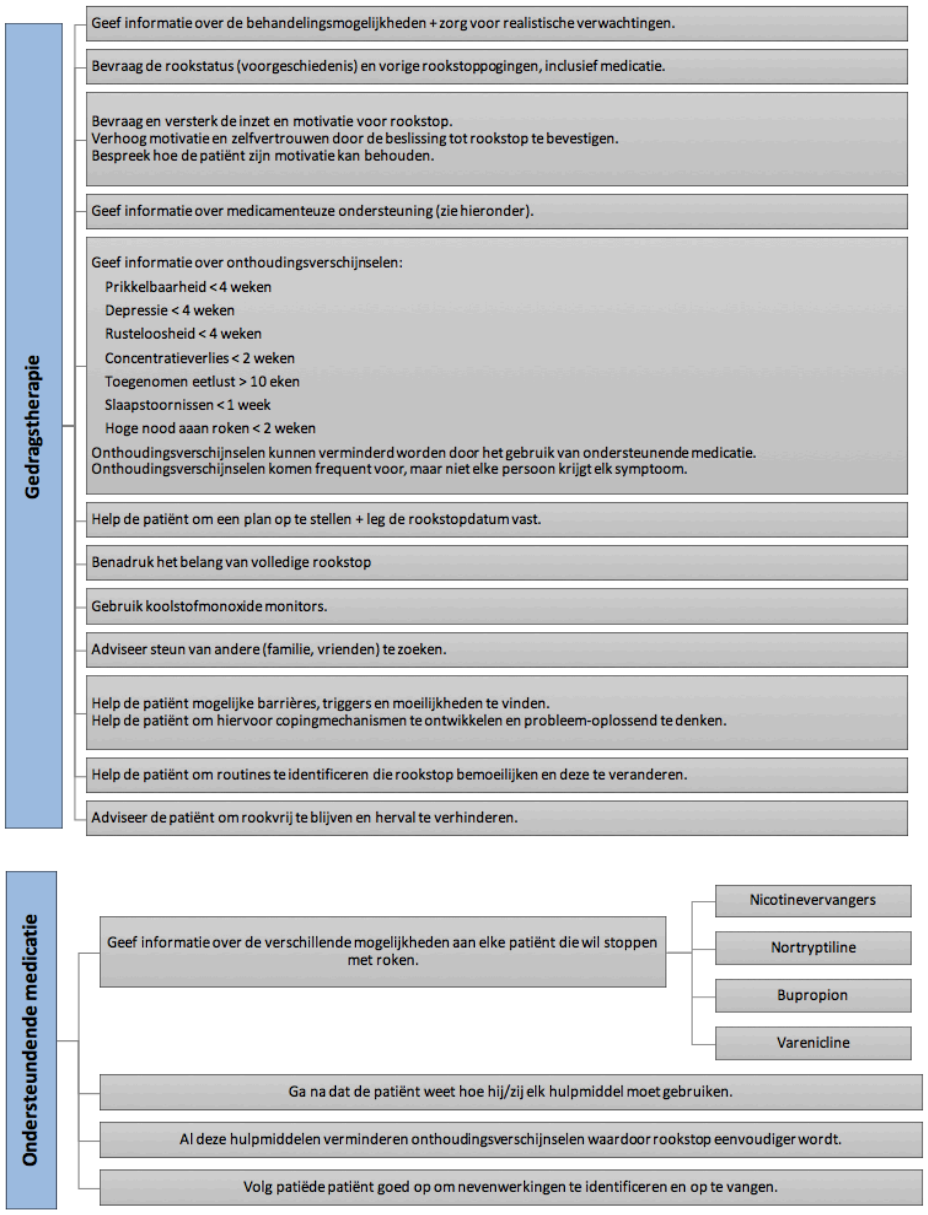
INTENSIEVE ONDERSTEUNENDE INTERVENTIE



Bijlage 3: Schematische weergave 'The New Zealand Guideilnes for Helping People to Stop Smoking'.

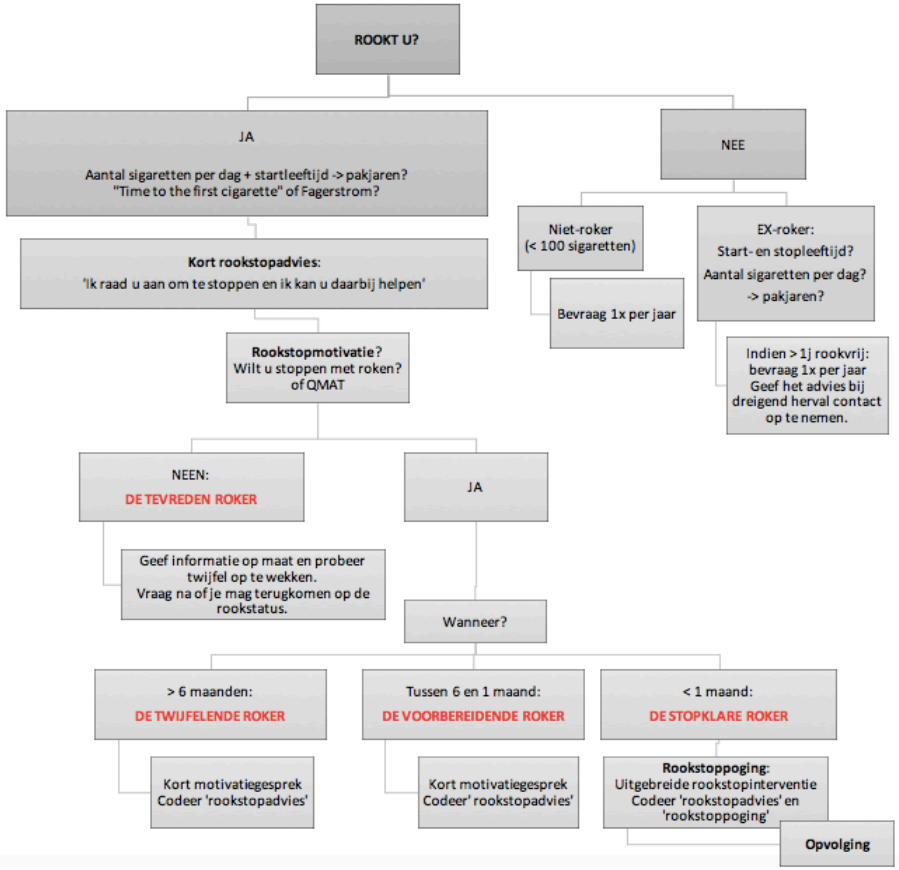


UITGEBREID ROOKSTOPADVIES

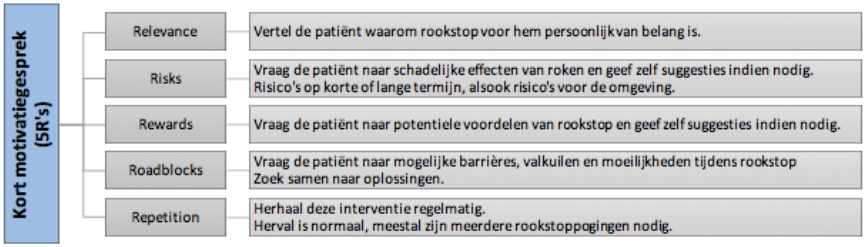


Bijlage 4: Schematische weergave van de praktijkrichtlijn

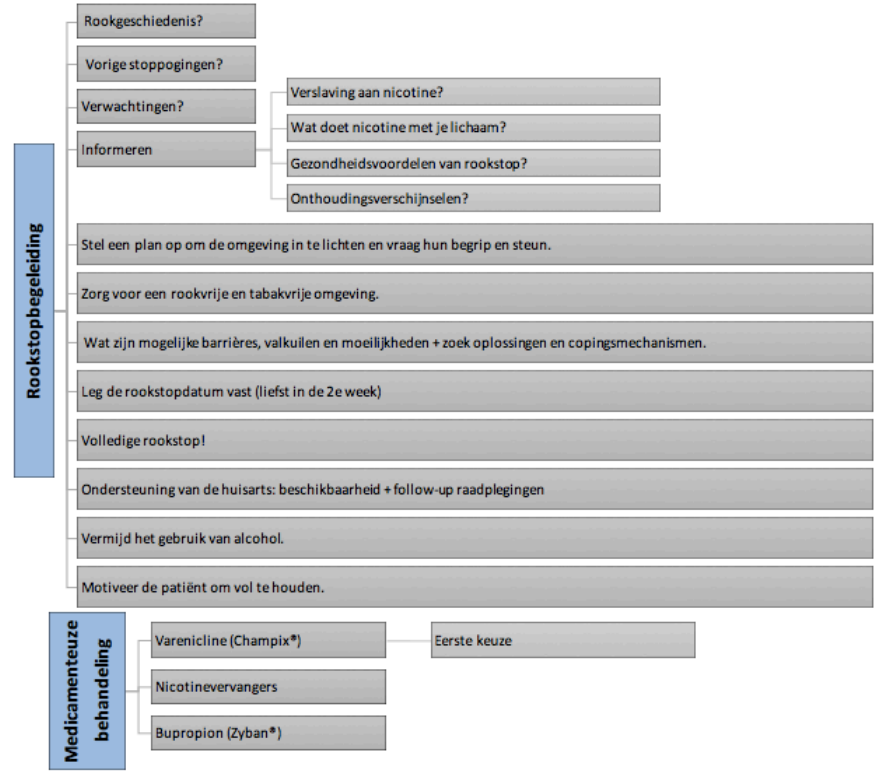
PRAKTIJKRICHTLIJN ROOKSTOP



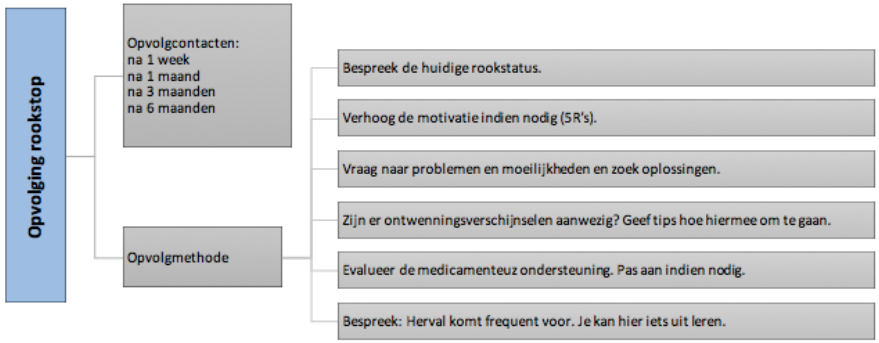
KORT MOTIVATIEGESPREK



UITGEBREIDE ROOKSTOPINTERVENTIE



OPVOLGING



Bijlage 5: Informatiefiche voor de patiënt

Rookstopbegeleiding in de huisartsenpraktijk: Ontwikkeling en gebruik van een praktijkrichtlijn en kennis van de gemotiveerde roker betreffende rookstop: Een praktijkverbeterend project.

Beste,

We willen u graag uitnodigen om deel te nemen aan een wetenschappelijk onderzoek dat zal plaatsvinden in onze praktijk tussen 26 september 2016 en 31 december 2016. Dit onderzoek kadert in de masterthesis van Dr. Jolien Van der Auwera. Alle patiënten tussen 18 en 75 jaar komen in aanmerking om deel te nemen. Alvorens uw toestemming te verlenen, is het belangrijk meer te weten over deze studie. Indien u na het lezen van deze informatie nog vragen heeft, kan u zich wenden tot Dr. Jolien Van der Auwera.

Deze studie werd goedgekeurd door de Commissie voor Medische Ethiek van het UZ Gent (bijlage 9).

Wat is het doel van het onderzoek?

Roken kent vele nadelen en is slecht voor uw gezondheid. Stoppen met roken zorgt voor een enorme verbetering van uw algemene gezondheid. Elke sigaret verkort uw leven met 10 minuten. Indien u klaar bent om over te gaan tot rookstop, kan u op verschillende manieren ondersteund worden door de huisarts. U, als stopklare roker, komt in aanmerking voor een uitgebreid rookstopadvies dat ongeveer 45 minuten in beslag zal nemen.

We willen graag nagaan

- wat uw kennis is over roken en rookstop.
- of u iets kan bijleren uit een uitgebreid rookstopadvies.
- hoe u een uitgebreid rookstopadvies ervaart.

Hoe wordt het onderzoek uitgevoerd en wat wordt er van u verwacht?

U kan uw deelname bevestigen door het toestemmingsformulier in te vullen. De studie zelf bestaat uit 3 delen.

Deel 1 en deel 3 bestaan uit een anonieme vragenlijst over uw kennis betreffende roken en rookstop en nemen slechts 10 minuten in beslag. In deel 3 volgen ook enkele vragen over uw ervaring met het rookstopadvies. Deze vragenlijsten zijn volledig anoniem. Het is belangrijk dat wij de beide vragenlijsten kunnen linken aan elkaar. Hiervoor vragen wij om een code bovenaan de vragenlijsten in te vullen. U kiest deze code zelf en kan gebruik maken van letters en/of cijfers. Zorg ervoor dat de code geen link bevat met uw identiteit. Gebruik geen persoonlijke gegevens zoals uw naam of uw geboortedatum.

Deel 2 bestaat uit een uitgebreid rookstopadvies (ongeveer 45 minuten) en volgt onmiddellijk na deel 1. U krijgt advies van Dr. Van der Auwera en al uw vragen kunnen beantwoord worden gedurende dit consult.

Wat zijn de mogelijke voor- en nadelen van deelname aan dit onderzoek?

Uiteraard zijn er enkele voor- en nadelen aan rookstop indien u hiervoor kiest. Rookstop heeft onmiddellijk voordelen voor uw gezondheid en kent vele andere voordelen die we zullen bespreken tijdens het rookstopadvies. Rookstop kan echter gepaard gaan met enkele struikelblokken, dewelke ook zeker aan bod zullen komen tijdens het rookstopadvies. Ook nadien staan wij ter beschikking om al uw vragen te beantwoorden.

Wat gebeurt er met uw gegevens? En wat gebeurt er als u niet (meer) wenst deel te nemen aan dit onderzoek?

Uw gegevens zijn strikt vertrouwelijk en worden niet doorgegeven aan derden. De antwoorden van de enquêtes worden anoniem verwerkt. Deelname is niet verplicht en weigeren zal op geen enkele wijze uw zorg beïnvloeden. U hoeft geen reden te geven waarom u niet deelneemt. U moet in dit geval niets doen of ondertekenen. Indien u wel wenst deel te nemen, kan u zich op elk moment terugtrekken uit de studie. Dit gebeurt allemaal volgens de Belgische privacywetgeving en de patiëntenrechtenwet van 22 augustus 2002.

Wordt uw huisarts geïnformeerd bij deelname?

Dr Jolien Van der Auwera, Dr Nele Bollen en Dr Eveline Sabbe zullen op de hoogte zijn dat u deelneemt, maar ze zullen nooit weten welke antwoorden u geeft op de vragenlijsten, gezien deze niet gekoppeld zijn aan uw persoonlijke gegevens. Indien u een rookstoppoging onderneemt, wordt dit wel vermeld in uw medisch dossier om een goede follow-up te kunnen garanderen door alle collega's.

Zijn er extra kosten/is er een vergoeding wanneer u besluit aan dit onderzoek mee te doen?

Er zijn geen vergoedingen of kosten verbonden aan deze studie.

Wilt u verder nog iets weten?

Voor verdere vragen kan u steeds terecht bij Dr. Van der Auwera, Dr Bollen of Dr. Sabbe. Dit kan persoonlijk in de praktijk (Werkhuizenstraat 17, 8870 Izegem), telefonisch (051/69.56.42) of via e-mail (klimop@huisartsizegem.be).

Met vriendelijke groeten,
Dr. Jolien Van der Auwera
Dr. Nele Bollen
Dr. Eveline Sabbe

Bijlage 6: Toestemmingsformulier

Rookstopbegeleiding in de huisartsenpraktijk: Ontwikkeling en gebruik van een praktijkrichtlijn en kennis van de gemotiveerde roker betreffende rookstop: Een praktijkverbeterend project.

Ik heb de informatiebrief voor de proefpersoon gelezen. Ik kon aanvullende vragen stellen en deze vragen zijn genoeg beantwoord. Ik had genoeg tijd om te beslissen of ik meedeed.

Ik weet dat meedoen helemaal vrijwillig is en dat ik op ieder moment kan beslissen om toch niet mee te doen zonder dat ik daarvoor een reden moet geven. Ik ben akkoord dat mijn huisarts weet dat ik meedoe aan dit onderzoek. Ik weet dat sommige mensen mijn persoonlijke gegevens kunnen zien, maar dat deze apart van mijn antwoorden worden verwerkt. Ik geef toestemming om mijn gegevens te gebruiken, voor de doelen die in de informatiebrief staan.

Ik vind het goed om aan dit onderzoek mee te doen.

Naam proefpersoon: ……

Handtekening: Datum : __ / __ / __

Ik verklaar hierbij dat ik deze proefpersoon volledig heb geïnformeerd over het genoemde onderzoek. Als er tijdens het onderzoek informatie bekend wordt die de toestemming van de proefpersoon zou kunnen beïnvloeden, dan breng ik hem/haar daarvan tijdig op de hoogte.

Deze studie werd goedgekeurd door de Commissie voor Medische Ethiek van het UZ Gent.

Naam onderzoeker (of diens vertegenwoordiger): ……..

Handtekening: Datum: __ / __ / __

Bijlage 7: Vragenlijst 1 (voor de interventie)

Uw persoonlijke code: ……

Wat is uw geslacht:
- ❑ Man
- ❑ Vrouw

Wat is uw leeftijdscategorie:
- ❑ 18 - 30 jaar
- ❑ 31 - 50 jaar
- ❑ 51 - 75 jaar

Hoeveel procent van de Belgische bevolking rookt er volgens u?
- ❑ 12%
- ❑ 23%
- ❑ 31%
- ❑ 43%

Welke nadelen van roken kent u? Welke ziektes kan het veroorzaken?
……
……
……..

Roken vergroot niet alleen de kans op longkanker, maar ook op andere soorten kankers.
- ❑ Juist
- ❑ Fout

Wanneer u rookt in een ruimte met andere personen, zal uw rookgedrag ook nadelige effecten hebben op de gezondheid van niet-rokers.
- ❑ Ja
- ❑ Nee

Minder dan 5 sigaretten per dag roken is niet schadelijk?
- ❑ Juist
- ❑ Fout

De helft van de huidige rokers sterft aan een ziekte die het gevolg is van roken.
- ❑ Juist
- ❑ Fout

Het roken van 1 sigaret verkort uw leven met hoeveel minuten?
- ❑ 1 minuut
- ❑ 5 minuten
- ❑ 10 minuten
- ❑ 15 minuten

Wanneer ik beslis het aantal sigaretten per dag te verminderen, zal de hoeveelheid nicotine in mijn bloed verminderen en is dit beter voor mijn gezondheid.
- ❑ Juist
- ❑ Fout

U bent afhankelijk van een product als u niet meer kan zonder dit middel. Wat betekent verslaafd zijn aan tabak?
- ❑ Roken van een sigaret zorgt ervoor dat bepaalde cellen in de hersenen gestimuleerd worden en er stoffen vrijkomen die zowel stimulerend als kalmerend werken.
- ❑ U rookt een sigaret tijdens emotionele of moeilijke omstandigheden. U rookt als beloning.
- ❑ U rookt omdat dit in uw dagelijkse routine past. Het is een automatisme.
- ❑ Alle bovenstaande uitspraken zijn correct.

Een roker die zonder hulp probeert te stoppen met roken heeft een slaagkans van …% na 1 jaar.
- ❑ 3%
- ❑ 6%
- ❑ 10%
- ❑ 15%

Een roker die begeleiding krijgt met of zonder medicamenteuze therapie, heeft een kans van … % om nog steeds gestopt te zijn met roken na 1 jaar.
- ❑ 3%-6%
- ❑ 8-10%
- ❑ 15-20%
- ❑ 50-60%

Heeft u al eens gehoord van een tabakoloog?
- ❑ Ja
- ❑ Nee

Wist u dat er een terugbetaling is voorzien voor rookstopconsultaties bij de huisarts of een tabakoloog?
- ❑ Ja
- ❑ Nee

Onderstaande producten kunnen gebruikt worden als ondersteuning bij rookstop. Van welke producten heeft u al eens gehoord?
- ❑ Nicotine pleisters
- ❑ Nicotine zuigtabletten
- ❑ Nicotine kauwgommen
- ❑ Nicotine spray
- ❑ Zyban® (bupropion)
- ❑ Champix® (varenicline)
- ❑ Andere: ……

Gedurende welke periode heeft een roker die stopt met roken het meeste last van onthoudingsverschijnselen?

- ❑ Week 1 tot week 3
- ❑ Week 1 tot week 12
- ❑ Week 3 tot week 12

Vanaf een bepaalde rookvrije periode, is het gevaar voor herval kleiner. Na hoeveel maanden rookstop is dit?

- ❑ 3 maanden
- ❑ 6 maanden
- ❑ 12 maanden
- ❑ 18 maanden
- ❑ 24 maanden

Stoppen met roken moet lukken vanaf 1 poging. Het heeft weinig zin om het opnieuw te proberen indien je hervalt na een rookstoppoging.

- ❑ Juist
- ❑ Fout

Bijlage 8: Vragenlijst 2 (na de interventie)

Uw persoonlijke code: ……

Hoeveel procent van de Belgische bevolking rookt er volgens u?
- ❑ 12%
- ❑ 23%
- ❑ 31%
- ❑ 43%

Welke nadelen van roken kent u? Welke ziektes kan het veroorzaken?
……
……
……
……

Roken vergroot niet alleen de kans op longkanker, maar ook op andere soorten kankers.
- ❑ Juist
- ❑ Fout

Wanneer u rookt in een ruimte met andere personen, zal uw rookgedrag ook nadelige effecten hebben op de gezondheid van niet-rokers.
- ❑ Ja
- ❑ Nee

Minder dan 5 sigaretten per dag roken is niet schadelijk?
- ❑ Juist
- ❑ Fout

De helft van de huidige rokers sterft aan een ziekte die het gevolg is van roken.
- ❑ Juist
- ❑ Fout

Het roken van 1 sigaret verkort uw leven met hoeveel minuten?
- ❑ 1 minuut
- ❑ 5 minuten
- ❑ 10 minuten
- ❑ 15 minuten

Wanneer ik beslis het aantal sigaretten per dag te verminderen, zal de hoeveelheid nicotine in mijn bloed verminderen en is dit beter voor mijn gezondheid.
- ❑ Juist
- ❑ Fout

U bent afhankelijk van een product als u niet meer kan zonder dit middel. Wat betekent verslaafd zijn aan tabak?
- ❑ Roken van een sigaret zorgt ervoor dat bepaalde cellen in de hersenen gestimuleerd worden en er stoffen vrijkomen die zowel stimulerend als kalmerend werken.
- ❑ U rookt een sigaret tijdens emotionele of moeilijke omstandigheden. U rookt als beloning.
- ❑ U rookt omdat dit in uw dagelijkse routine past. Het is een automatisme.
- ❑ Alle bovenstaande uitspraken zijn correct.

Een roker die zonder hulp probeert te stoppen met roken heeft een slaagkans van … % na 1 jaar.
- ❑ 3%
- ❑ 6%
- ❑ 10%
- ❑ 15%

Een roker die begeleiding krijgt met of zonder medicamenteuze therapie, heeft een kans van … % om nog steeds gestopt te zijn met roken na 1 jaar.
- ❑ 3%-6%
- ❑ 8-10%
- ❑ 15-20%
- ❑ 50-60%

Heeft u al eens gehoord van een tabakoloog?
- ❑ Ja
- ❑ Nee

Wist u dat er een terugbetaling is voorzien voor rookstopconsultaties bij de huisarts of een tabakoloog?
- ❑ Ja
- ❑ Nee

Onderstaande producten kunnen gebruikt worden als ondersteuning bij rookstop. Van welke producten heeft u al eens gehoord?
- ❑ Nicotine pleisters
- ❑ Nicotine zuigtabletten
- ❑ Nicotine kauwgommen
- ❑ Nicotine spray
- ❑ Zyban® (bupropion)
- ❑ Champix® (varenicline)
- ❑ Andere: ……

Gedurende welke periode heeft een roker die stopt met roken het meeste last van onthoudingsverschijnselen?
- ❑ Week 1 tot week 3
- ❑ Week 1 tot week 12
- ❑ Week 3 tot week 12

Vanaf een bepaalde rookvrije periode, is het gevaar voor herval kleiner. Na hoeveel maanden rookstop is dit?
- ❑ 3 maanden
- ❑ 6 maanden
- ❑ 12 maanden
- ❑ 18 maanden
- ❑ 24 maanden

Stoppen met roken moet lukken vanaf 1 poging. Het heeft weinig zin om het opnieuw te proberen indien je hervalt na een rookstoppoging.
- ❑ Juist
- ❑ Fout

Het uitgebreid rookstopadvies, heeft ervoor gezorgd dat:
- ❑ ik meer gemotiveerd ben om te stoppen met roken.
- ❑ ik minder gemotiveerd ben om te stoppen met roken.
- ❑ mijn motivatie onveranderd is gebleven.

Mijn kennis over rookstop is:
- ❑ Toegenomen
- ❑ Afgenomen
- ❑ Gelijk gebleven

Heeft u voldoende inzicht gekregen in de mogelijkheden die u heeft om u te ondersteunen bij uw rookstoppoging?
- ❑ Ja
- ❑ Nee

Het rookstopadvies heeft ervoor gezorgd dat ik meer vertrouwen heb in mezelf om te stoppen met roken?
- ❑ Ja
- ❑ Nee

Het rookstopadvies heeft ervoor gezorgd dat ik mijn valkuilen ken en hiervoor oplossingen heb die mij op dat moment kunnen helpen?
- ❑ Ja, ik ken mijn valkuilen en heb hiervoor oplossingen.
- ❑ Ja, ik ken mijn valkuilen, maar ik heb hiervoor onvoldoende oplossingen.
- ❑ Nee, ik ken mijn valkuilen niet.

Wat vindt u van de voorgestelde contactmomenten na de rookstopdatum?
- ❑ Ik vind dat er te veel opvolgmomenten zijn. Ik vind deze overbodig.
- ❑ Ik vind dat er te weinig opvolgmomenten zijn. Ik zou graag frequenter op consultatie komen tijdens mijn rookstoppoging.
- ❑ Ik vind dat er voldoende opvolgmomenten zijn.

Geef een algemene score over het rookstopadvies (5: uitstekend en 1: niet goed).
- ❑ 5
- ❑ 4
- ❑ 3
- ❑ 2
- ❑ 1

Gelieve deze vragenlijst terug te zenden via bijgevoegde enveloppe uiterlijk 2 weken na ontvangst van deze documenten.

Bedankt voor uw medewerking,
Dr Jolien Van der Auwera

Bijlage 9: Protocol en goedkeuring ethische commissie

Rookstopbegeleiding in de huisartsenpraktijk: Beschrijving van de rookstatus in het elektronisch medisch dossier en kennis van de gemotiveerde roker betreffende rookstop: Een praktijkverbeterend project.

ONDERZOEKERS: Dr Van der Auwera (HAIO)
Dr Sabbe Eveline
Dr Bollen Nele

PLAATS VAN UITVOERING: Huisartsenprakijk 'Klim-Op!', Werkhuizenstraat 17, 8870 Izegem

TIJDSDUUR: 1/4/2016 -> 1/4/2017

ACHTERGROND

Rookstop is de belangrijkste therapeutische stap die een roker kan ondernemen om zijn gezondheid te verbeteren. Rookstopadvies gegeven door de huisarts verhoogt het aantal stoppers en zorgt voor een belangrijke impact op de volksgezondheid.[1,2,3]

Roken zorgt voor enerzijds stijging van de morbiditeit en anderzijds stijging van de mortaliteit.[1] Het is de belangrijkste vermijdbare doodsoorzaak in Belgie.[3]. Elke sigaret verkort het leven van een roker met 10 minuten en 1 op 2 rokers sterft ten gevolge van zijn rookgedrag.[1,3]

Op een willekeurig moment is 7% van alle rokers gemotiveerd tot rookstop en het is van belang om op dat moment in te grijpen als huisarts.[2] De huisarts heeft met zijn grote bereikbaarheid, lage drempel tot contact en een vertrouwensband een centrale rol in het motiveren tot rookstop. Echter slechts de helft van de huisartsen bepaalt het rookgedrag van zijn patiënten, voornamelijk door tijdsgebrek en gebrek aan motivatie vanwege de patienten.[1]

Verschillende richtlijnen over rookstop zijn ontwikkeld. De meeste richtlijnen gelijken op elkaar, maar er zijn toch enkele kleine verschillen. Op verschillende wijze wordt er een onderscheid gemaakt tussen rokers, telkens gebaseerd op het model van Prochaska en Di Climente. Op basis van deze indeling volgt een verschillende aanpak voor rookstop. Een praktijkrichtlijn kan zorgen voor een betere opvolging van rokers. In een groepspraktijk is het dan ook belangrijk om de rookstatus gedetailleerd en eenduidig te noteren in het elektronisch medisch dossier (EMD) zodat iedere arts met 1 blik in het dossier weet welke stappen hij moet ondernemen bij de patient die voor hem zit.

Bronnen

1 Gailly J. Aanbeveling voor goede medische praktijkvoering. Stoppen met roken. Huisarts Nu 2006;35:395-425.

2 NHG standaard: Chavannes NH, Kaper J, Frijling BD et al. NHG-standaard Stoppen met roken. Huisarts en Wetenschap (Huisarts Wet) 2007;50:306-314.

3 KCE: Van den Bruel A, Cleemput I, Van Linden A, Schoefs D, Ramaekers D, Bonneux L. Effectiviteit en kosten-effectiviteit van behandelingen voor rookstop. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor Gezondheidszorg (KCE); 2004 Juni. KCE Reports vol. 1A. Ref. PF04-26.02A.

BESCHRIJVING VAN HET ONDERZOEK

VRAAGSTELLINGEN:

- Literatuuronderzoek:
    - Hoe wordt rookstop beschreven volgens de bestaande richtlijnen?
    - Wat is al geweten over de aanpak van rookstop in de huisartsenpraktijk en wat is het resultaat van dit soort interventies in de huisartsenpraktijk?

- Praktijkproject:
    - Welke elementen van deze richtlijnen gebruiken wij als praktijk voor het opstellen van een praktijkrichtlijn?
    - In een groepspraktijk is eenduidige taal belangrijk bij het noteren in een elektronisch medisch dossier. Zorgt deze praktijkrichtlijn voor een nauwkeurige en eenduidige beschrijving van de rookstatus in het elektronisch medisch dossier en wordt rookstopadvies gecodeerd?
    - Maken patiënten die in aanmerking komen voor een uitgebreid rookstopadvies hiervan gebruik en wat is hun ervaring met dit advies? Wat is de kennis betreffende roken en rookstop bij deze patiënten voor en na het rookstopadvies?

METHODE LITERATUURONDERZOEK:

Op basis van de watervalmethode worden artikels opgezocht i.v.m. richtlijnen over rookstop en welke interventies in de huisartsenpraktijk kunnen gebruikt worden. Op basis van titel en abstract volgt een selectie, waarna wordt geselecteerd op basis van beschikbaarheid. De richtlijnen worden samengevat in een flowchart om deze nadien voor te leggen in de praktijk.

METHODE PRAKTIJKPROJECT

Alvorens de flowcharts voor te leggen, worden de artsen van de praktijk geinterviewd over hun kennis en ervaring met een rookstopconsult. Daarna wordt aan de hand van de flowcharts een praktijkrichtlijn samengesteld. Op basis van deze gegevens wordt beslist hoe de rookstatus eenduidig neer te schrijven in het EMD. Ook wordt nagekeken hoe rookstopadvies te coderen in Health One.

Tussen 26 september 2016 en 31 december 2016 zullen we de rookstatus van patienten tussen 18 en 75 jaar nagaan en dit noteren in het elektronisch medisch dossier. Indien de rookstatus reeks gekend is, wordt deze aangevuld waar nodig. Deze patienten worden ondervraagd over hun rookstatus na mondelinge toestemming. De praktijkrichtlijn wordt gevolgd bij rokende patienten. De artsen maken gebruik van een kort motivatiegesprek indien nodig en nodigen de stopklare roker uit voor een uitgebreid rookstopadvies door de HAIO. Rokers die in aanmerking komen voor een uitgebreid rookstopadvies zullen, indien gewenst, hiervoor worden uitgenodigd via telefonisch contact of een afspraak wordt gegeven door een collega.

Rokers die ingaan op een uitgebreid rookstopadvies krijgen een informatiebrochure (bijlage 2) en ondertekenen een toestemmingsformulier (bijlage 3). Vooraleer het rookstopadvies start, krijgen deze gemotiveerde rokers een korte vragenlijst om hun kennis over roken en rookstop na te gaan. Het rookstopadvies zal bestaan uit rookstopbegeleiding en indien nodig of gewenst informatie over medicamenteuze ondersteuning. Rookstopbegeleiding bestaat uit het opstellen van een rookstopplan en gedragstherapie. Patienten die uiteindelijk tot actie overgaan en stoppen met roken worden verder opgevolgd. Een maand na het uitgebreid rookstopadvies krijgen de patienten nogmaals een vragenlijst over hun kennis over rookstop. Hiernaast wordt ook hun ervaring met het rookstopadvies nagevraagd.

Op het einde van het praktijkproject volgt opnieuw een gesprek met de collega's om de praktijkrichtlijn en het eenduidig gebruik van het elektronisch medisch dossier te evalueren. Er wordt via Health One nagegaan of de codering en het noteren van de rookstatus veranderd is na de interventie.

Universitair Ziekenhuis Gent

UNIVERSITEIT GENT

Afz: Commissie voor Medische Ethiek

Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg
Kliniekgebouw 3 - 1ste Verdieping
Prof. dr. An DE SUTTER
ALHIER

COMMISSIE VOOR MEDISCHE ETHIEK

Voorzitter:
Prof. Dr. D. Matthys
Secretaris:
Prof. Dr. J. Decruyenaere

CONTACT	TELEFOON	FAX	E-MAIL
Secretariaat	+32 (0)9 332 56 13 +32 (0)9 332 59 25	+32 (0)9 332 49 62	ethisch.comite@ugent.be

UW KENMERK	ONS KENMERK	DATUM	KOPIE
	2016/0360	08-apr-16	Zie "CC"

BETREFT Advies voor monocentrische studie met als titel:
Rookstopbegeleiding in de huisartsenpraktijk: Beschrijving van de rookstatus in het elektronisch medisch dossier en kennis van de gemotiveerde roker betreffende rookstop: Een praktijkverbeterend project. (MaNaMa Jolien Van der Auwera)
Belgisch Registratienummer: B670201628065
Fase (Phase): NVT/NA

* Vragenlijsten
  - vragenlijst 1 (bijlage 4) - versie 1 dd. 24/02/2016
  - vragenlijst 2 (bijlage 5) - versie 1 dd. 24/02/2016
* Protocol dd. 24/02/2016
  (bijlage 1) - versie 1
* Antwoord onderzoekers
  Ontvangen via mail dr. Jolien Van der Auwera dd. 1/04/2016 in antwoord op opmerkingen EC dd. 16/03/2016
* Adviesaanvraagformulier dd. 1/04/2016
  (Aangepaste versie ontvangen dd. 1/04/2016) - versie 2
* Begeleidende brief bij het antwoord op opmerkingen.
* Informatieformulier dd. 1/04/2016
  informatiefiche patënt (bijlage 2) - versie 2
* Toestemmingsformulier dd. 1/04/2016
  (bijlage 6) artsen groepspraktijk - versie 1

Advies werd gevraagd door: Prof. dr. A. DE SUTTER ; Hoofdonderzoeker

BOVENVERMELDE DOCUMENTEN WERDEN DOOR HET ETHISCH COMITÉ BEOORDEELD.
ER WERD EEN POSITIEF ADVIES GEGEVEN OVER DIT PROTOCOL OP 4/04/2016. INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR 4/04/2017, VERVALT HET ADVIES EN MOET HET PROJECT TERUG INGEDIEND WORDEN.
Vooraleer het onderzoek te starten dient contact te worden genomen met Bimetra Clinics (09/332 05 00).

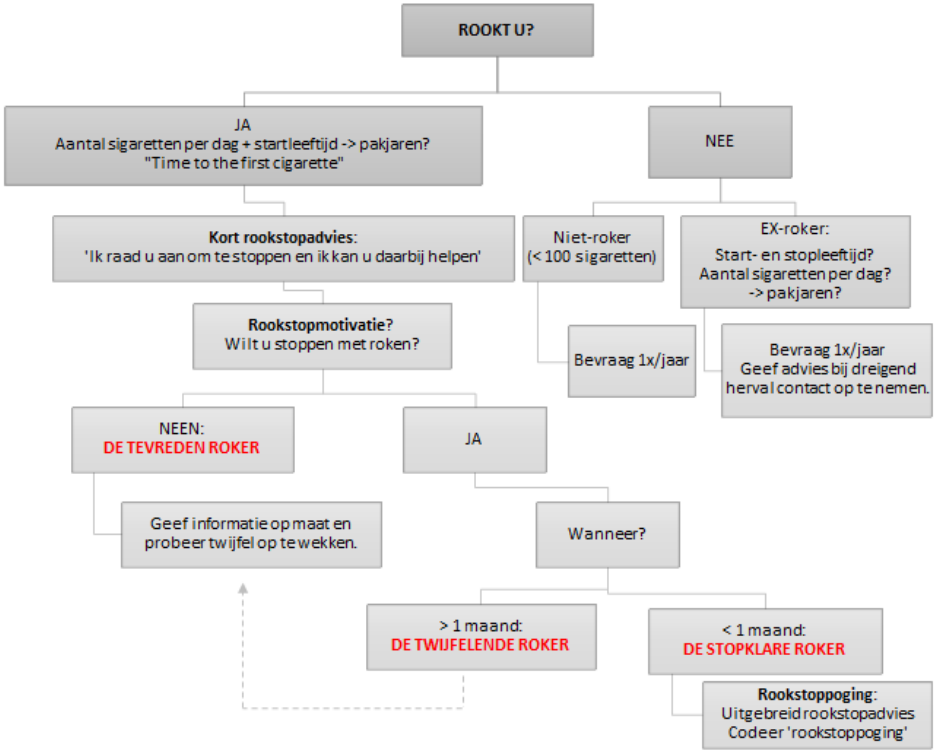
THE ABOVE MENTIONED DOCUMENTS HAVE BEEN REVIEWED BY THE ETHICS COMMITTEE.
A POSITIVE ADVICE WAS GIVEN FOR THIS PROTOCOL ON 4/04/2016. IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 4/04/2017, THIS ADVICE WILL BE NO LONGER VALID AND THE PROJECT MUST BE RESUBMITTED.
Before initiating the study, please contact Bimetra Clinics (09/332 05 00).

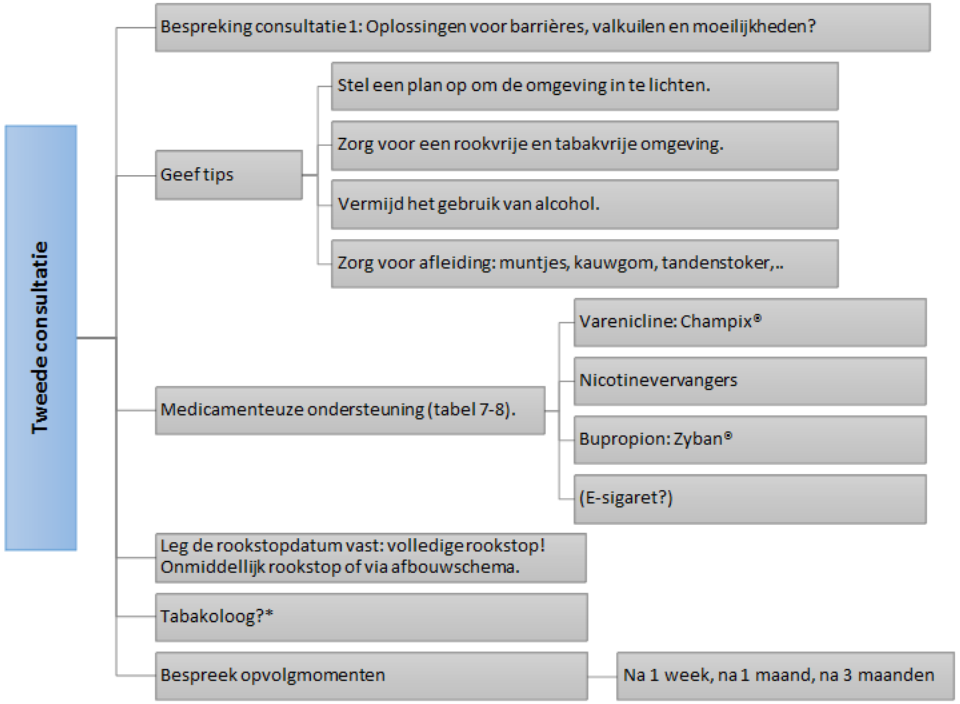
DIT ADVIES WORDT OPGENOMEN IN HET VERSLAG VAN DE VERGADERING VAN HET ETHISCH COMITE VAN 19/04/2016
THIS ADVICE WILL APPEAR IN THE PROCEEDINGS OF THE MEETING OF THE ETHICS COMMITTEE OF 19/04/2016

Muriel Fouquet
Tel: 09/332 33 36
Muriel.fouquet@uzgent.be

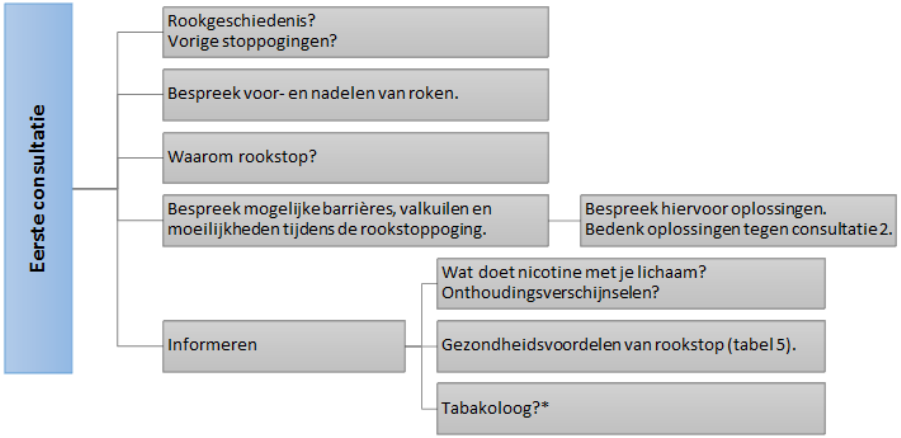
Bijlage 10: Vernieuwde praktijkrichtlijn

PRAKTIJKRICHTLIJN ROOKSTOP 2017

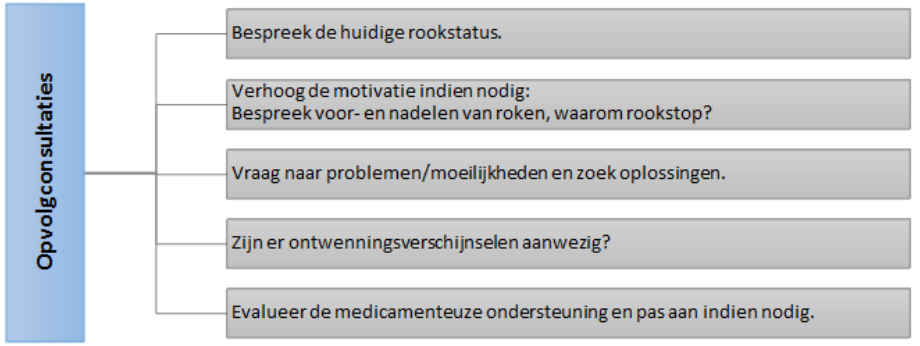




UITGEBREID ROOKSTOPADVIES (Rookstoppercentage met onderstaande hulp 15-20% <-> geen hulp 3%)



OPVOLGCONSULTATIE



6. Referenties

1 Gisle, L. (2014). Het gebruik van tabak. In L. Gisle & S. Demarest (Eds.), Gezondheidsenquête 2013. Rapport 2: Gezondheidsgedrag en leefstijl. Brussel: WIV-ISP.

2 Gailly J. Aanbeveling voor goede medische praktijkvoering. Stoppen met roken. Huisarts Nu 2006;35(7):395-425.

3 Chavannes NH, Kaper J, et al. NHG-standaard stoppen met roken. Huisarts Wet 2007:50(7):306-14.

4 Van den Bruel A, Cleemput I, Van Linden A, Schoefs D, Ramaekers D, Bonneux L. Effectiviteit en kosten-effectiviteit van behandelingen voor rookstop. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE); 2004 Juni. KCE Reports vol. 1A. Ref. PF04-26.02A.

5 Ministry of Health. The New Zealand Guidelines for Helping People to Stop Smoking. Wellington: Ministry of Health. 2014.

6 Ministry of Health. 2014. Background and Recommendations of The New Zealand Guidelines for Helping People to Stop Smoking. Wellington: Ministry of Health.

7 Tabakstop (geraadpleegd op 23/08/2016)

8 Vlaanderenstoptmetroken (geraadpleegd op 13/08/2016)

9 Hoengenaert J.P. Opvolgrapport Richtlijn voor goede medische praktijkvoering: Stoppen met roken. Huisarts Nu 2013;42(5)

10 Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische informatie. De transparantiefiches: Rookstop. Beschikbaar via http://www.bcfi.be/tf/NL/TN_TABA.pdf (geraadpleegd op 23/08/2016)

11 Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie. De transparantiefiches: een update. Folia juli 2016. Beschikbaar via http://www.bcfi.be/nl/articles/2608?folia=2605&matches=rookstop.

12 BCFI (geraadpleegd op 23/08/2016)

13 Boudrez H. Risico van cardiovasculaire ongewenste effecten met de huidige geneesmiddelen voor rookstop? Minerva 2014.

14 Boudrez H. Varenicline combineren met nicotinesubstitutie. Minerva 2015.

15 Boudrez H. Het effect van varenicline op rookstop via rookreductie. Minerva 2015.

16 Laekeman G, Poelman T. Combinatietherapie beter dan monotherapie bij rookstop? Minerva 2010.

17 Chevalier P. Rookstop met de elektronische sigaret? Minerva 2015.

18 www.vrgt.be (geraadpleegd op 23/08/2016)

19 White AR, Rampes H, Liu JP, Stead LF, Campbell J. Acupuncture and related interventions for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 1. Art. No.: CD000009. DOI: 10.1002/14651858.CD000009.pub4.

20 Barnes J, Dong CY, McRobbie H, Walker N, Mehta M, Stead LF. Hypnotherapy for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2010, Issue 10. Art. No.: CD001008. DOI: 10.1002/14651858.CD001008.pub2.

21 Hartmann-Boyce J, Lancaster T, Stead LF. Print-based self-help interventions for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 6. Art. No.: CD001118. DOI: 10.1002/14651858.CD001118.pub3.

22 Civljak M, Stead LF, Hartmann-Boyce J, Sheikh A, Car J. Internet-based interventions for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 7. Art. No.: CD007078. DOI: 10.1002/14651858.CD007078.pub4.

23 Hollands GJ, McDermott MS, Lindson-Hawley N, Vogt F, Farley A, Aveyard P. Interventions to increase adherence to medications for tobacco dependence. Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 2. Art. No.: CD009164. DOI: 10.1002/14651858.CD009164.pub2.

24 Stead LF, Hartmann-Boyce J, Perera R, Lancaster T. Telephone counselling for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 8. Art. No.: CD002850. DOI: 10.1002/14651858.CD002850.pub3.
25 Whittaker R,McRobbie H, Bullen C, Rodgers A, Gu Y.Mobile phone-based interventions for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2016, Issue 4. Art. No.: CD006611. DOI: 10.1002/14651858.CD006611.pub4.
26 Hajek P, Stead LF,West R, JarvisM,Hartmann-Boyce J, Lancaster T. Relapse prevention interventions for smoking cessation.Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 8. Art. No.: CD003999. DOI: 10.1002/14651858.CD003999.pub4.
27 Cahill K, Lindson-Hawley N, Thomas KH, Fanshawe TR, Lancaster T. Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2016, Issue 5. Art. No.: CD006103. DOI: 10.1002/14651858.CD006103.pub7.
28 David SP, Lancaster T, Stead LF, Evins AE, Prochaska JJ. Opioid antagonists for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 6. Art. No.: CD003086. DOI: 10.1002/14651858.CD003086.pub3.
29 Hughes JR, Stead LF, Hartmann-Boyce J, Cahill K, Lancaster T. Antidepressants for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 1. Art. No.: CD000031. DOI: 10.1002/14651858.CD000031.pub4.
30 Stead LF, Perera R, Bullen C,Mant D, Hartmann-Boyce J, Cahill K, Lancaster T. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 11. Art. No.: CD000146. DOI: 10.1002/14651858.CD000146.pub4.
31 Cahill K, Stevens S, Perera R, Lancaster T. Pharmacological interventions for smoking cessation: an overview and network meta-analysis.CochraneDatabase of SystematicReviews 2013, Issue 5.Art.No.:CD009329.DOI: 10.1002/14651858.CD009329.pub2.
32 Stead LF, Koilpillai P, Fanshawe TR, Lancaster T. Combined pharmacotherapy and behavioural interventions for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2016, Issue 3. Art. No.: CD008286. DOI: 10.1002/14651858.CD008286.pub3.
33 Stead LF, Koilpillai P, Lancaster T. Additional behavioural support as an adjunct to pharmacotherapy for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 10. Art. No.: CD009670. DOI: 10.1002/14651858.CD009670.pub3.
34 Stead LF, Buitrago D, Preciado N, Sanchez G, Hartmann-Boyce J, Lancaster T. Physician advice for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 5. Art. No.: CD000165. DOI: 10.1002/14651858.CD000165.pub4.
35 Lindson-Hawley N, Aveyard P, Hughes JR. Reduction versus abrupt cessation in smokers who want to quit. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 11. Art. No.: CD008033. DOI: 10.1002/14651858.CD008033.pub3.
36 Boyle R, Solberg L, Fiore M. Use of electronic health records to support smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 12. Art. No.: CD008743. DOI: 10.1002/14651858.CD008743.pub3.
37 www.motiverentotrookstop.be (geraadpleegd op 23/08/2016)