Vrije Universiteit Brussel

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

Laura Nailis, Vrije Universiteit Brussel

Promotor: Prof. Dr. Jan Vandevoorde, Vrije Universiteit Brussel

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

Abstract

"Het effect van een gestructureerde en systematische registratie van de rookstatus en het gebruik van een draaiboek rond rookstopbegeleiding op het rookgedrag van de patiënt: een kwaliteitsverbeterend project."
Huisarts in opleiding: Laura NAILIS, Vrije Universiteit Brussel *(Laura.Godelieve.Nailis@vub.be)*
Promotor: Prof. Dr. Jan VANDEVOORDE, Vrije Universiteit Brussel
Praktijkopleider: Dr. Yves GROUWELS

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

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

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

Resultaten: Literatuurstudie: Het wordt aanbevolen als huisarts om de rookstatus systematisch tijdens elke raadpleging te bevragen en elektronisch te registreren, ongeacht de leeftijd en of de patiënt vragende partij is. Bij een roker wordt geadviseerd om de rookstatus te evalueren bij ieder nieuw contact. De belangrijkste barrières om de rookstatus te evalueren zijn voor de arts tijdsgebrek en angst voor de arts-patiëntrelatie. De huisarts geeft rookstopadvies op maat dat gericht is om de patiënt te motiveren om over te gaan tot rookstop of om te evolueren naar een volgende rookstopfase richting rookstop volgens het model van Prochaska en Di Clemente. Er bestaan enkel cijfers over het rookstoppercentage na het geven van rookstopadvies. Vastgelegde follow-up contacten worden enkel beschreven voor patiënten die binnen één maand willen stoppen met roken.
Praktijkproject: Gedurende een registratieperiode van 2 maanden werd bij 255 patiënten de rookstatus bevraagd en elektronisch geregistreerd, waarvan 69 patiënten rokers waren. Hiervan bevonden 31 patiënten zich in precontemplatiefase, 5 patiënten in de contemplatiefase, 11 patiënten in de preparatiefase en 22 patiënten in de actiefase. Na de vervolgconsultatie bleek dat 2 patiënten (2/5) uit de contemplatiefase aanwezig waren en in dezelfde fase bleven na rookstopadvies. Daarnaast waren 4 patiënten aanwezig uit de preparatiefase (4/11). Hiervan bleven 3 patiënten in dezelfde fase en ging 1 patiënt over naar de contemplatiefase. Uit de actiefase waren 16 patiënten aanwezig (16/22), waarvan 2 patiënten zijn overgegaan naar de preparatiefase en 3 patiënten naar de contemplatiefase. Van de 11 patiënten die een rookstoppoging hebben ondergaan, zijn 4 patiënten overgegaan tot een blijvende rookstop na 6 maanden.

Conclusies: Na een registratieperiode van 2 maanden werd bij 255 patiënten de rookstatus geregistreerd. Daarnaast hebben 4 patiënten een blijvende rookstop behouden na 6 maanden. Rookstop is dus een onderwerp om bespreekbaar te houden in onze huisartsenpraktijk. Echter zal een aangepast project gebruikt worden waarbij jaarlijks een registratieperiode zal plaatsvinden met als streefwaarde gemiddeld 5 registraties per arts per dag. Wat betreft het rookstopbegeleidingsproces, zal de toekomst moeten uitwijzen of dit haalbaar is voor de andere artsen. De huisarts in opleiding zal het aangepaste project in de toekomst blijven uitvoeren.
ICPC Code: *P17 - Tabaksmisbruik*

Inhoudsopgave

Abstract 2

Motivatie 5

1. FIND 6

1.1. Inleiding 6

1.2. PICO-methode 7

1.2.1. Zoekstrategie 8

1.3. Resultaten van de literatuurstudie 8

1.3.1. Wordt het aanbevolen om de rookstatus standaard bij iedere consultatie na te vragen en te registeren in het elektronisch medisch dossier? 8

1.3.2. *Wat is het effect van een consequente en individuele rookstopbegeleiding via de huisarts op rookstop en op de mogelijke overgang naar een gedragsverandering in de richting van rookstop? Welke rol speelt de huisarts hierin?* 9

1.3.3. *Bestaan er tegenargumenten voor de huisarts om de rookstatus na te vragen?* 13

1.4. Nut van de literatuurstudie voor het kwaliteitsverbeterend project 13

2. Organise a meeting 14

3. Clarify the problem: probleemdefinitie 14

3.1. Voormeting: registratie van de rookstatus 14

3.2. Voormeting: rookstopbegeleiding 14

4. Understand proces/uncover problems: analyse van het probleem 15

4.1. Selectie patiëntpopulatie 15

4.2. Probleemanalyse: schets van de huidige methode in de praktijk 15

4.3. Barrières van artsen: visgraatdiagram volgens Ishikawa 15

4.4. Indicatoren voor kwaliteitsverbetering 17

5. Start: PDCA cyclus (Plan-Do-Check-Act) 18

5.1. Plan: globaal actieplan opstellen 18

5.2. Do: uitvoeren van de actie 18

5.3. Check: evaluatie van de actie 19

5.3.1. Resultaten 19

5.3.2. Discussie en interpretatie 22

5.4 Act: evaluatie van het project 26

6 Conclusie 27

7 Dankwoord 28

8. Literatuurbronnen 29

9. Bijlagen 31
BIJLAGE 1: Rookstopcyclus volgens Prochaska en Di Clemente. 31
BIJLAGE 2: Rookstopstrategie van de 5 A's 31
BIJLAGE 3: ABC model. 31
BIJLAGE 4: 5R's 31
BIJLAGE 5: Draaiboek 32
BIJLAGE 6: Rookstopformulier RIZIV 37
BIJLAGE 7: Test van Fagerström 38
BIJLAGE 8: Vragenlijst 38
BIJLAGE 9: Informed consent formulier 39
BIJLAGE 10: Goedkeuring Ethisch Comité 42
BIJLAGE 11: Protocol 43

Motivatie

Als huisarts in opleiding kreeg ik de kans om een praktijkverbeterend project te maken. Huisartsgeneeskunde is een zeer divers vakgebied binnen de geneeskunde. Daarom brainstormden ik en mijn collega's over diverse onderwerpen die ons boeiend leken. Uiteindelijk wekten drie onderwerpen onze interesse, in het bijzonder een praktijkverbeterend project rond polyfarmacie bij ouderen, het GMD plus en rookstop. Eerder werd in onze praktijk een thesis rond het GMD plus gemaakt die ik als huisarts in opleiding verder kon uitwerken.

Bij de start van het kiezen naar een onderwerp ging onze interesse vrij snel uit naar een project rond rookstop. Mijn collega's zijn volop bezig met de overgang van papieren registraties van medische informatie naar de elektronische registratievorm in het elektronisch medisch dossier Medidoc. Ik merkte op dat de registratie van de rookstatus systematisch door één arts werd geregistreerd in de papieren dossiers. De elektronische registratie van de rookstatus echter gebeurde nauwelijks. Daarnaast werd rookstopbegeleiding zowel schriftelijk als elektronisch niet consequent opgevolgd en geregistreerd. De elektronische registratie van de rookstatus leek ons dan ook een onderwerp van interesse. Daarnaast leek het mij interessant om een rookstopbegeleiding uit te voeren bij patiënten die gemotiveerd waren om te stoppen met roken.

Ik ben van mening dat het gekozen onderwerp voldoende relevant is om te implementeren in onze huisartsenpraktijk gezien de elektronische registratie van de rookstatus en de rookstopbegeleiding niet systematisch gebeurt. Dit onderwerp biedt ook de mogelijkheid om een voormeting en een nameting uit te voeren. Bovendien zijn er voldoende standaarden en richtlijnen beschikbaar rond rookstop. Het gekozen onderwerp is praktijkgericht en zou geïmplementeerd kunnen worden in onze huisartsenpraktijk.

Het praktijkverbeterend project zal beschreven worden aan de hand van de zogenoemde FOCUS-procedure (Find, Organise, Clarify, Understand, Start). Allereerst zal een literatuur onderzoek uitgevoerd worden. Vervolgens zal de huidige procedure in de praktijk geschetst worden en zal het probleem in kaart gebracht worden aan de hand van een visgraatdiagram. In de "Start" fase zal de zogenoemde PDCA-cyclus gevolgd worden (Plan, Do, Check, Act) en zal het project stapsgewijs besproken worden.

1. FIND

1.1. Inleiding

Tabaksmisbruik is een welgekend probleem in onze Westerse samenleving. Het is een verslaving die een fysieke en psychologische afhankelijkheid impliceert. Het is algemeen en maatschappelijk aanvaard dat roken aanzienlijke gevolgen heeft op de gezondheid van een individu. Roken is niet enkel een verslaving, maar ook een gedrag.

De wereldwijde prevalentie van tabaksgebruik bedraagt 22% (1). Uit de meest recente cijfers blijkt dat tabaksmisbruik wereldwijd op de tweede plaats staat als oorzaak van ziektelast met een percentage van circa 7% (2). In West-Europa neemt tabaksgebruik met 11% de eerste plaats in (2). Uit onderzoek blijkt dat het risico op vroegtijdige mortaliteit onder rokers driemaal verhoogd is ten opzichte van niet-rokers (2). Steeds meer mensen beginnen namelijk te roken vanaf hun tienerjaren en blijven een lange tijd tot levenslang roken. Het is zelfs bewezen dat van de mensen die levenslang roken, ongeveer twee derde overlijdt rechtstreeks aan de gevolgen van roken, en op een gemiddeld veel jongere leeftijd dan niet-rokers (2) . Daarnaast blijkt dat wereldwijd ongeveer 6.000.000 mensen jaarlijks overlijden ten gevolge van roken (2). Tabaksgebruik is verantwoordelijk voor ongeveer 20.000 vroegtijdige sterfgevallen per jaar in België en in Nederland (3,4,7).

Op basis van een gezondheidsenquête uit 2013 bestaan er in België 23% actieve rokers en 77% niet-rokers (5). Van de actieve rokers zijn er 19% dagelijkse rokers en 4% sociale rokers. Van de niet-rokers zijn er 21% ex-rokers en 56% die nog nooit gerookt hebben (5). Het percentage zware rokers (≥ 20 sigaretten/dag), is de voorbije 10 jaar gedaald van 10% in 2004 naar 6% in 2013 (5). Ongeveer 71% van de rokende populatie heeft in 2013 één of meer pogingen ondernomen om te stoppen met roken, vergeleken met 68% in 2004 (5).

Zowel actief als passief roken hebben verschillende negatieve effecten op de persoon en zijn omgeving. Het is algemeen gekend dat tabaksgebruik een belangrijke oorzakelijke factor is in het ontstaan van verschillende kankers, respiratoire aandoeningen en coronaire hartziekten (6). Uit recente studies blijkt daarnaast dat actief roken de laatste jaren als een belangrijke etiologische factor beschouwd kan worden voor meer dan 30 aandoeningen, waaronder COPD, erectiele disfunctie, diabetes mellitus en maculadegeneratie (2,6). Bovendien kan actief roken zorgen voor lagere overlevingskansen na een operatie, maar ook voor een vertraagde wondheling en postoperatieve respiratoire complicaties (6). Indien een zwangere vrouw rookt, heeft dit een belangrijke invloed op haar ongeboren kind (2,6). Het geeft namelijk een verhoogd risico op een spontane abortus, lager geboortegewicht, verhoogd risico op perinatale sterfte, ectopische zwangerschappen, bloeding tijdens de zwangerschap, vroeggeboorte en een verminderde longfunctie van het ongeboren kind (2,6,7). Niet alleen actief roken kent negatieve effecten, maar ook het zogenoemde “meeroken” (passief roken) heeft aanzienlijke effecten op de gezondheid van het individu en het kind. Passief roken van een volwassen persoon impliceert een verhoogd risico op diverse aandoeningen bij een ander individu, zoals longkanker, cerebrovasculaire aandoeningen en ischemische hartziekte (2,6,7). Daarnaast heeft meeroken voor kinderen een verhoogd risico op onder andere astmatische aandoeningen, middenoorontstekingen en wiegendood (2).

Verder blijken ruimtes waar gerookt wordt schadelijk te zijn voor het individu (2). Schadelijke overblijfselen van tabak op muren en tapijten kunnen via inademing of opname via de huid rechtstreeks schade toebrengen aan het individu (2). Uit recent onderzoek blijkt dat er verhoogde nicotineconcentraties detecteerbaar waren na twee maanden bij 35-40% van de niet-rokers die waren verhuisd naar de rokerige omgeving (2). De effecten hiervan zijn enkel aantoonbaar bij proefdieren. Verder onderzoek bij mensen dient nog te gebeuren (2).

Bovenstaande bevindingen bewijzen dat tabaksgebruik een belangrijk causaal verband heeft met de actuele gezondheidsproblemen van onze samenleving. Door rokers te motiveren om te stoppen met roken is er dus een belangrijke gezondheidswinst te behalen. De huisarts speelt hierin een centrale rol. Deze persoon kan fungeren als vertrouwenspersoon die de rookstatus van de patiënt in kaart kan brengen en kan peilen naar de motivatie tot rookstop (7). Uiteraard dient de autonomie van de patiënt altijd bewaard te blijven. Verder kan een huisarts de rokende patiënt begeleiden in zijn rookstopproces aan de hand van een intensieve en individuele rookstopbegeleiding.

In onze huisartsenpraktijk gebeurt het elektronisch registreren van de rookstatus en de rookstopbegeleiding op een occasionele wijze. Doordat het rookstopbegeleidingsproces niet op een systematische wijze gebeurt, bestaat het risico dat de patiënt in een bepaalde rookstopfase volgens Prochaska en Di Clemente *(bijlage 1)* blijft hangen en dat rookstop uiteindelijk niet bereikt kan worden.

In het kader van het onvoldoende gebruik van de elektronische registratievorm in onze huisartsenpraktijk, heb ik de volgende onderzoeksvragen voor dit praktijkverbeterend project geformuleerd:

1. *Hoe kan de huidige registratie van de rookstatus geoptimaliseerd worden zodanig dat de registratie systematisch en gestructureerd zal verlopen in het elektronisch medisch dossier?*
2. *Wat is het effect van het gebruik van een draaiboek rond rookstopbegeleiding op rookstop en op de mogelijke overgang naar een gedragsverandering in de richting van rookstop?*

1.2. PICO-methode

Om een praktijkverbeterend project uit te voeren, heb ik voorafgaand aan mijn project een literatuurstudie uitgevoerd. Ik was geïnteresseerd of er wetenschappelijke literatuur bestaat betreffende de registratie van de rookstatus in het elektronisch medisch dossier en een individuele rookstopbegeleiding door de huisarts en het effect hiervan.

Mijn onderzoeksvragen heb ik geformuleerd aan de hand van de PICO-methode (Patiënt, Interventie, Controle, Outcome):

"Wordt het aanbevolen om de rookstatus standaard bij iedere consultatie na te vragen en te registeren in het elektronisch medisch dossier? Bestaan er tegenargumenten voor de huisarts om de rookstatus niet na te vragen?"

P: Alle patiënten in de huisartsenpraktijk die op een standaard raadpleging komen.
I: Elektronische registratie van de rookstatus: roker, ex-roker, nooit gerookt.
C: Voormeting van de elektronische registratie in onze huisartsenpraktijk.
O: Optimaliseren van de elektronische registratie van de rookstatus.

"Wat is het effect van een consequente en individuele rookstopbegeleiding via de huisarts op rookstop en op de mogelijke overgang naar een gedragsverandering in de richting van rookstop?"
P: Patiënten aanwezig in de verschillende rookstopfasen *(Bijlage 1)*.
I: Intensieve en individuele rookstopbegeleiding aan de hand van een opgemaakt draaiboek.
C: Voormeting van een individuele rookstopbegeleiding in onze huisartsenpraktijk.
O: Optimaliseren van een consequente en individuele rookstopbegeleiding in onze praktijk.

1.2.1. Zoekstrategie

Voor mijn literatuurstudie heb ik gebruik gemaakt van de zogenoemde "watervalmetafoor". Deze methode zorgt voor een rangschikking van literatuurbronnen in vier niveaus. De primaire bronnen zijn oorspronkelijke publicaties in wetenschappelijke vaktijdschriften (The New English Journal of Medicine, Lancet etc). Onder secundaire bronnen behoren de systematic reviews en meta-analyses. "Evidence based Medicine" tijdschriften zoals Minerva en Clinical Evidence zijn tertiaire bronnen. Richtlijnen en aanbevelingen zoals Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) en Domus Medica behoren tot de quaternaire bronnen.

Met mijn zoektocht naar wetenschappelijke achtergrondinformatie heb ik literatuur opgezocht via de verschillende bronnen, zowel op nationaal als op internationaal niveau. Uit mijn zoektocht bleek er een richtlijn te bestaan rond rookstop zowel bij Domus Medica als bij NHG (7-8). In Huisarts en Wetenschap heb ik de NHG standaard rond rookstop teruggevonden en een artikel rond rookstop (4,8). Als internationale quaternaire literatuurbron heb ik een review gekozen die een samenvatting geeft van de richtlijnen rond rookstop in tweeëntwintig verschillende landen (1). Ook heb ik richtlijnen van Nieuw-Zeeland, Engeland, Canada en Amerika gevonden (9-12). Als tertiaire bron heb ik in de British Medical Journal dezelfde review van West teruggevonden (10). In Medline via Pubmed waren nog aanvullende artikelen voorhanden (13-15).

Via de ICHO-website heb ik gebruik gemaakt van vijf masterproeven die relevant zijn voor mijn praktijkverbeterend project (16-20).

De volgende MESH zoektermen heb ik gebruikt: *"smoking", "smoking cessation", "motivation", "registration", "medical records", "electronic health records"*. Via Minerva heb ik gezocht naar de volgende termen: *"rookstop", "rookstopbegeleiding", "rookstopconsult"*. Ik heb ook gebruik gemaakt van het tijdschrift voor geneeskunde waarbij ik de volgende termen heb gebruikt: *"roken", "rookbeleid"*. Via Huisarts en Wetenschap heb ik de zoekterm *"roken"* gebruikt.

1.3. Resultaten van de literatuurstudie

1.3.1. Wordt het aanbevolen om de rookstatus standaard bij iedere consultatie na te vragen en te registeren in het elektronisch medisch dossier?

Uit de literatuur blijkt dat de rookstatus niet systematisch tijdens iedere consultatie wordt bevraagd en geregistreerd in het elektronisch medisch dossier. Volgens de Belgische richtlijn rond rookstop wordt de rookstatus van patiënten slechts bij minder dan de helft van de huisartsen bevraagd (7). De huisarts kan echter een centrale rol spelen in het bevragen en registreren van de rookstatus en de rookstopbegeleiding.

De belangrijkste gegevens moeten hierbij verzameld worden: rookstatus (roker, niet-roker, ex-roker), aantal sigaretten per dag, het startjaar (pakjaren), vorige stoppogingen, motieven voor herval en de mate van afhankelijkheid (7).

Zowel de nationale als de internationale richtlijnen rond rookstop maken gebruik van de zogenoemde rookstopstrategie van de 5 A's *(bijlage 2)* (1,4,7,9,10,11,12). Enkel de richtlijnen van Nieuw-Zeeland, Tsjechië en Denemarken geven de voorkeur aan het zogenoemde ABC model voor de bevraging en registratie van de rookstatus van een patiënt *(bijlage 3)* (1,9).

De eerste stap in het rookstopproces is de identificatie van de rookstatus (*"Ask"*). Volgens de Belgische richtlijn moet de huisarts bij alle patiënten, ongeacht de leeftijd en of ze vragende partij zijn, systematisch de rookstatus bevragen en een proactieve houding aannemen (7). De bevraging en elektronische registratie van de rookstatus (roker, ex-roker, nooit gerookt) tijdens een standaard consultatie wordt aanbevolen in de meeste landen (1,7,9,10,11,12). Enkel in Portugal en Nederland wordt de identificatie van de rookstatus niet standaard bevraagd en geregistreerd (1). Volgens de Belgische richtlijn zou de rookstatus bij een rokende patiënt bij ieder contact opnieuw bevraagd en geregistreerd moeten worden zolang de arts-patiëntrelatie niet wordt ondermijnd (7). Bij een niet-roker en een ex-roker langer dan één jaar, wordt het aanbevolen om het rookgedrag jaarlijks te evalueren (7). De Nieuw-Zeelandse en Engelse richtlijnen vermelden dat de rookstatus bij iedere rokende patiënt minstens jaarlijks bevraagd en elektronisch geregistreerd dient te worden (6,9,10). Bij een niet-roker of ex-roker wordt aanbevolen om de rookstatus jaarlijks te evalueren. Volgens de Canadese richtlijn wordt niet specifiek vermeld hoe vaak de rookstatus bevraagd en geregistreerd moet worden, enkel dat de follow-up van de registratie gegarandeerd moet worden (12).

Volgens de Nieuw-Zeelandse richtlijn hebben alle gezondheidsmedewerkers, ongeacht hun opleiding, de verantwoordelijkheid om de rookstatus te bevragen en te registeren (9).

In Nederland wordt de rookstatus in kaart gebracht bij patiënten die zelf om ondersteuning vragen bij het stoppen met roken en bij patiënten waarbij rookstop van belang is (8). De doelgroep bestaat uit patiënten die een dokter consulteren met een aan roken gerelateerde klacht of een tabak-gerelateerde aandoening zoals COPD, zwangere vrouwen, vrouwen die hormonale anticonceptie gebruiken en ouders van kinderen met astma (8). De huisarts kan het in kaart brengen van de rookstatus uitbreiden naar groepen van patiënten bij wie veel gezondheidswinst te behalen valt (8).

1.3.2. *Wat is het effect van een consequente en individuele rookstopbegeleiding via de huisarts op rookstop en op de mogelijke overgang naar een gedragsverandering in de richting van rookstop? Welke rol speelt de huisarts hierin?*

De huisarts speelt een centrale rol in het rookstopproces van een patiënt. De patiënt beslist over zijn leven en is uiteraard verantwoordelijk voor zijn eigen rookgedrag. Het is de taak echter van de huisarts om de patiënt te motiveren in de richting van rookstop. Jaarlijks bezoekt ongeveer 70% van de rokende bevolking een huisarts die ook effectief tot rookstop willen overgaan (4,8,11). De huisartsenpraktijk is dan ook de ideale plaats om een rookstopinterventie te starten.

Uit de literatuur wordt opgemerkt dat huisartsen vooral deze rookstopinterventie toepassen bij een specifieke doelgroep (zwangere vrouwen, tabak-gerelateerde aandoeningen) (8,10). Het is gebleken dat bij tabak-gerelateerde aandoeningen, waaronder COPD, rookstop meer effect heeft dan een medicamenteuze behandeling (8). Bovendien lijken rokers gemakkelijker rookstopadvies te aanvaarden wanneer ze een medische aandoening hebben (10).

De richtlijnen van Nieuw-Zeeland, Engeland en Amerika stellen dat zowel artsen als andere gezondheidsmedewerkers (onder andere tandartsen, vroedvrouwen, apothekers en therapeuten) een kort rookstopadvies kunnen geven, mits ze hiervoor een opleiding hebben gehad (6,9,10,11). Het blijkt dat tijdens de opleiding de studenten onvoldoende training krijgen in het geven van een rookstopadvies. Het opleiden van deze gezondheidsmedewerkers in het geven van rookstopadvies zorgt voor een toename in het aantal rookstoppers. Bovendien blijkt dat rookstopadvies, gegeven door verschillende gezondheidsmedewerkers, effectiever is dan één enkel advies (11).

In verschillende nationale en internationale richtlijnen wordt vermeld dat de rookstopinterventie van korte duur dient te zijn (30 seconden-5 minuten) (7,8,9,11). Deze boodschap moet duidelijk, kordaat en op maat zijn (*To Advise*) *(bijlage 2)* (7). Er bestaat een groter rookstoppercentage als het rookstopadvies op maat wordt herhaald (7,11).

Een volgende stap in het rookstopproces is het peilen naar de motivatie van de patiënt om over te gaan tot rookstop (*To Assess) (bijlage 2)*. Hoe gemotiveerder de roker is om over te gaan tot rookstop, hoe groter de slaagkans (8). De motivatie van de roker is namelijk bepalend voor het succes van een eventuele rookstoppoging (8). Omwille van die reden wordt in de Belgische, Nederlandse en Canadese richtlijnen onderscheid gemaakt tussen de rokers op basis van hun motivatie tot rookstop (7,8,12). De motivatie van de roker wordt gepeild volgens het rookstopmodel van gedragsverandering van Prochaska en Di Clemente *(bijlage 1)* (7). Het rookstopadvies is gericht om de patiënt te motiveren om over te gaan tot rookstop of om te evolueren naar een volgende fase van gedragsverandering volgens dit model. Het advies zal op maat worden gegeven en is afhankelijk van de rookstopfase waarin de patiënt zich bevindt. In Canada wordt geschat dat ongeveer 50-60% van de rokende patiënten zich bevinden in de precontemplatiefase, 30-40% in de contemplatiefase en 10-15% in de preparatiefase (12). Het overige aantal rokende patiënten bevinden zich in de actiefase; de exacte percentages staan niet vermeld in het artikel (12). Rokers blijken ook 3-4 rookstoppogingen te hebben ondergaan voordat ze overgaan tot levenslange rookstop (12).

De precontemplatiefase of de “tevreden roker” denkt niet aan rookstop en aanvaardt geen rookstopadvies. Het rookstopadvies zal dan ook de volgende zin omvatten: *“Ik raad u aan om te stoppen met roken en ik kan u daarbij helpen”* (7). De contemplatiefase of de “ambivalente of twijfelende roker” is nog niet klaar om een rookstoppoging te ondergaan, maar denkt er wel over na en aanvaardt het rookstopadvies. De preparatiefase of de “ontevreden roker” beslist om een rookstoppoging te ondergaan en bereidt zich hierop voor. In de rookstopfasen van contemplatie en preparatie zal een korte motivatieverhogende interventie aangeboden worden waarbij gebruik gemaakt zal worden van de 5R’s: “Relevance”, “Risks”, “Rewards”, “Roadblocks”, “Repetition” *(bijlage 4)* (7,8,11). De actiefase is de fase waarin de roker effectief een rookstoppoging zal ondergaan. De patiënt in de actiefase wenst binnen een termijn van één maand te stoppen met roken (7).

Uit de praktijk blijkt dat het aangeboden rookstopadvies door de huisarts adequaat is bij slechts 10% van de rokers (7). Daarom is het belangrijk om rookstopadvies op maat te geven dat afhankelijk is van de rookstopfase waarin de patiënt zich bevindt. Het is gebleken dat het rookstopadvies het meest effectief is bij rokers uit de preparatiefase en uit de actiefase *(bijlage 1)* (7).

Door rookstopadvies op maat te geven, verschilt het aantal rookstoppercentages per land. In België heeft de roker die zonder professionele begeleiding tracht te stoppen met roken een slaagkans van slechts 3-4% (7). Dankzij een intensieve individuele rookstopbegeleiding kan de slaagkans stijgen tot ongeveer 15-20% na één jaar, zonder herval (7). In Nederland bedraagt de succeskans van een rookstoppoging zonder ondersteuning na een jaar minder dan 3% (4). Met behulp van een intensieve rookstopbegeleiding kan dat percentage stijgen naar 20% (4). Volgens de Nieuw-Zeelandse en Britse richtlijnen blijkt dat een rookstopadvies bij 40% van de rokers een rookstoppoging stimuleert (9-10). Echter is het effect van blijvende rookstop na één jaar niet onderzocht in deze landen.

Het rookstopmodel van Prochaska en Di Clemente wordt in sommige landen niet toegepast (9-11). De Amerikaanse richtlijn maakt onderscheid tussen patiënten die willen stoppen met roken, patiënten die op dit moment niet willen stoppen met roken en patiënten die recent gestopt zijn met roken (11). In de Engelse richtlijn wordt niet specifiek het rookstopmodel van Prochaska en Di Clemente vermeld. In deze richtlijn wordt echter onderscheid gemaakt tussen de verschillende rookstopfasen: “not intending to stop”, “not intending to stop but displaying some ambivalence”, “would like to try to stop without further assistance”, “would like to stop and would like assistance” (10). In deze richtlijn wordt ook aangeboden om aangepast rookstopadvies te geven afhankelijk van de rookstopfase waarin de patiënt zich bevindt (10). In de Nieuw-Zeelandse richtlijn wordt geen onderscheid gemaakt tussen de verschillende stadia van gedragsverandering. Rookstopadvies moet gegeven worden aan alle rokers ongeacht hun motivatie (9). Er wordt enkel onderscheid gemaakt tussen rokers die rookstopbegeleiding weigeren of accepteren.

Een intensieve rookstopbegeleiding wordt in België en Nederland aanbevolen aan de rokers die zich in de actiefase bevinden en dus gemotiveerd zijn om binnen één maand stoppen met roken (7). Het is de taak van de huisarts om de patiënt te begeleiden in zijn rookstopproces *(to Assist) (bijlage 2)* (7). Tweeëntwintig landen gebruiken een combinatie van professionele begeleiding en medicamenteuze behandeling (1). Ook België, die niet in deze samenvattende review meegenomen is, biedt een medicamenteuze ondersteuning aan bij rookstopbegeleiding (7). Een medicament van eerste keuze bestaat niet. Zowel nicotine als bupropion, nortriptyline en varenicline worden aangeboden als medicamenteuze ondersteuning (1,7,8,9,10,11,12). Een cochrane review toont bij één studie wel significant minder herval bij een langdurige behandeling met varenicline (14,18). Volgens de Belgische richtlijn zijn nicotinesubstitutiepreparaten de eerste keuze van medicamenteuze ondersteuning bij rookstop (7). Volgens de richtlijnen uit Nieuw-Zeeland, Amerika en Canada bestaat er geen verschil in effect op rookstop (9,11,12). In Engeland wordt de voorkeur gegeven aan nicotinesubstitutiepreparaten of bupropion (10). De belangrijkste criteria voor het kiezen van een medicament zijn de voorkeur van de patiënt, eerdere ervaringen en contra-indicaties (12). Uit de Canadese richtlijn blijkt ook dat een combinatietherapie, dit is een combinatie van nicotine preparaten of nicotine in combinatie met bupropion, hogere rookstoppercentages toont (12).

De laatste stap in de rookstopstrategie is het opvolgen van de patiënt *(To Arrange Follow-up) (bijlage 2)*. De follow-up van de rookstopbegeleiding verschilt per rookstopfase (7-8). In België zal in de precontemplatiefase geen follow up contact worden voorzien en zal de rookstopstatus bevraagd worden tijdens de volgende standaard raadpleging (7). In de contemplatiefase en de preparatiefase zal een vervolgconsultatie ingepland worden. In de actiefase worden verschillende vervolgconsultaties voorzien (7). De Canadese richtlijn bepaalt dat de patiënten uit de contemplatiefase en de preparatiefase een vervolgconsultatie moeten krijgen, maar niet wanneer deze moet plaatsvinden (12). De andere landen geven geen specifieke vervolgconsultaties aan de patiënten uit deze rookstopfasen. Na het bepalen van de rookstopdatum zal de eerste vervolgconsultatie bij de patiënten uit de actiefase in België en Nederland plaatsvinden in de eerste week na de rookstopdatum (7-8). Een tweede contact zal plaatsvinden in de volgende maand (7-8). In Nederland zullen, afhankelijk van de behoefte van de patiënt, meerdere contacten plaatsvinden; algemeen wordt gesteld een derde contact na drie maanden en een vierde contact na een half jaar (8). In de Belgische richtlijn wordt enkel vermeld dat de arts meerdere contacten zal inplannen tijdens het eerste stopjaar, afhankelijk van de behoefte van de patiënt (7). In Amerika, Canada en Nieuw-Zeeland wordt de eerste vervolgconsultatie ingepland binnen 1-2 weken na de rookstop (9,11,12). Tijdens de follow-up consultaties worden de onthoudings- of hervalstatus, motivatie, eventuele moeilijke momenten en de medicamenteuze therapie geëvalueerd en geregistreerd (7,8,12).

Het is niet bewezen of begeleiding in groep effectiever is dan een individuele begeleiding (9-10). Er bestaat wel evidentie dat hoe meer tijd en energie wordt gespendeerd voor rookstopbegeleiding, hoe groter het effect is op blijvende rookstop (10). Daarnaast zijn er geen bewijzen dat zelfhulpmateriaal (brochures, video's) zorgt voor een toename van het rookstoppercentage (7,9,19). Zelfhulpmateriaal wordt aangeboden als deel van de rookstopbegeleiding in twaalf landen (1). In Nieuw-Zeeland, Amerika, Canada en Engeland wordt ook frequent gebruik gemaakt van specifieke telefoonlijnen voor rookstop *("Quitline")* (9-12). Er is geen voordeel om telefonische ondersteuning toe te voegen aan de individuele rookstopbegeleiding (9).

Zonder degelijke begeleiding in het rookstopproces van een patiënt blijkt meer dan 80% van de patiënten opnieuw te roken na één jaar (7). Herval komt dus zeer frequent voor en mag absoluut niet beschouwd worden als een falen van de huisarts of patiënt. Herval wordt minder frequent gezien na één jaar rookstop; na vijf jaar rookstop zijn de meeste ex-rokers definitief gestopt met roken (7). Er is onvoldoende wetenschappelijk bewijs dat gedragstherapie of gecombineerde gedragstherapie met medicamenteuze ondersteuning een voordelig effect heeft om herval te voorkomen (14).

Betreffende de elektronische registratie van het rookstopbegeleidingsproces wordt geen nadere uitleg gegeven in zowel nationale als internationale literatuurbronnen.

Het elektronisch medisch dossier kan een gericht hulpmiddel zijn voor de arts om de rookstatus te documenteren, maar ook om rookstopadvies op maat te registreren en medicamenteuze ondersteuning te leveren aan een rokende patiënt (13). Het elektronisch medisch dossier kan ook indirect gebruikt worden voor publicatie of kwaliteitsverbetering in een huisartsenpraktijk (13). Er blijkt echter onvoldoende bewijs te bestaan om het effect van het elektronisch medisch dossier op rookstop te illustreren (13,15).

De meeste studies onderzoeken het verband met de veranderingen van de rookstatus gedurende een registratieperiode en dus niet rechtstreeks de effecten op rookstop (15). Eén studie binnen de review van Boyle et al toont wel op een indirecte manier (verandering in de documentatie van de rookstatus) een significante toename in het rookstoppercentage (5,3% interventiegroep versus 1,9% controlegroep) (13,18). Wat betreft de registratie van de rookstatus illustreren twee studies een significante toename van de documentatie van de rookstatus bij het gebruik van het elektronisch medisch dossier (94,5% vs. 88,1% en 46% vs. 54%) (13,18).

1.3.3. *Bestaan er tegenargumenten voor de huisarts om de rookstatus na te vragen?*

Ondanks dat de huisarts als spilfiguur wordt beschouwd bij rookstop, registreert slechts minder dan de helft van de huisartsen het rookgedrag van hun patiënten (7). De belangrijkste barrières om de rookstatus na te vragen zijn tijdgebrek en gebrek aan motivatie vanwege hun patiënten (7). Bovendien zijn huisartsen bezorgd dat het geven van ongewenst rookstopadvies de arts-patiënt relatie zou beschadigen (10). Daarnaast wordt rookstopadvies in de praktijk vooral aangeboden aan een specifieke patiëntenpopulatie (tabak-gerelateerde aandoeningen, zwangere vrouwen, vrouwen net gestart met hormonale anticonceptie etc) (8,10). De huisarts zal dus over het algemeen minder geneigd zijn om de rookstatus te bevragen tijdens een standaard consulatie.

1.4. Nut van de literatuurstudie voor het kwaliteitsverbeterend project

Dankzij het uitvoeren van een uitgebreide literatuurstudie heb ik adequate informatie verkregen voor mijn praktijkverbeterend project. De huisarts fungeert als centraal persoon in het rookstopproces van een patiënt. De belangrijkste taak van de huisarts is om de rookstatus in kaart te brengen, deze vervolgens elektronisch te registeren en rookstopadvies op maat te geven. Belangrijk bij het geven van rookstopadvies is rekening te houden met de gedragsfase waarin de patiënt zich op dat moment bevindt *(bijlage 1)*. De follow-up contacten gebeuren in de meeste landen op vaste tijdstippen. De eerste follow-up consultatie dient in het algemeen plaats te vinden binnen één week na de rookstopdatum. De overige follow-up consultaties verschillen per land. Daarnaast gebruiken de meeste landen een combinatietherapie van een professionele begeleiding met medicamenteuze ondersteuning.

Uit de literatuurstudie blijkt dat de Belgische en Nederlandse richtlijnen de meeste gelijkenissen vertonen op het gebied van elektronische registratie van de rookstatus en rookstopbegeleiding. Op basis van de Belgische en Nederlandse richtlijnen rond rookstop werd daarom een draaiboek gemaakt *(bijlage 5)*. Dit hulpmiddel werd gebruikt tijdens ons praktijkverbeterend project.

Belangrijk om op te merken is dat de registratie van het rookstopbegeleidingsproces in onze huisartsenpraktijk zal gebeuren via een aangepaste rookstopbegeleidingsmodule van het elektronische medisch dossier Medidoc. De registratie van de rookstatus zal geschieden via de parameter “Risicofactoren” in het elektronisch medisch dossier.

2. Organise a meeting

In onze huisartsenpraktijk te Genk werken drie artsen (twee huisartsen en één huisarts in opleiding), een verpleegkundige en een medisch secretaresse. Onze huisartsenpraktijk werkt via een systeem van forfaitaire betaling. De secretaresse houdt zich voornamelijk bezig met de telefonie en de facturatie. De verpleegkundige verzorgt bloednames, elektrocardiogrammen en administratie.
In onze huisartsenpraktijk is er wekelijks overleg op donderdagmiddag over de patiënten en de gang van zaken in de praktijk. Voor dit project werd meermaals overlegd hoe de patiëntzorg in onze praktijk geoptimaliseerd kon worden.

Voor dit kwaliteitsverbeterend project werd gekozen voor het onderwerp “rookstop”. De drie artsen uit onze huisartsenpraktijk zullen deelnemen aan dit project. De huisarts in opleiding zal dit project bewaken en opvolgen. We hebben voor dit onderwerp gekozen omdat het een beheersbaar en goed afgelijnd onderwerp is.

Met dit project zal getracht worden om de kwaliteit van rookstopbegeleiding te optimaliseren in onze huisartsenpraktijk.

3. Clarify the problem: probleemdefinitie

3.1. Voormeting: registratie van de rookstatus

Zoals reeds vermeld, bevindt onze huisartsenpraktijk zich volop in de overgangsfase van de schriftelijke registratie naar de elektronische registratie van medische informatie. Tot op heden werd de rookstatus voornamelijk geregistreerd onder de parameter “Risicofactoren” in de papieren dossiers. De schriftelijke registratie van de rookstatus van een patiënt gebeurde op een systematische wijze door één arts. Daarnaast werd de rookstatus niet bevraagd en geregistreerd volgens de huidige richtlijnen rond rookstop.
Ik heb een query uitgevoerd van de elektronische registraties van de rookstatus in Medidoc voorafgaand aan het praktijkverbeterend project. Als resultaat had ik vijf registraties, waaronder één test persoon. De rookstatus werd eenmaal geregistreerd onder de parameter “roken”, tweemaal onder “roker” en eenmaal onder “roken: rookstopdatum…”. De test persoon was een ex-roker.

3.2. Voormeting: rookstopbegeleiding

Indien de artsen een patiënt begeleidden in zijn rookstopproces, werd hoofdzakelijk het RIZIV formulier gebruikt voor de bevraging en schriftelijke registratie *(bijlage 6)*. De gegevens van de patiënt werden op een occasionele basis aangevuld. Vervolgens werd het aantal rookstoppogingen en periodes van rookstop vermeld. Aan de hand van de test van Fagerström werd de mate van afhankelijkheid getest *(bijlage 7)*. Daarna werd het motivatiestadium gepeild. De CO-meting werd standaard niet in de praktijk uitgevoerd. Er werd ook vermeld of de patiënt als ondersteuning bij zijn rookstoppoging medicatie gebruikte en welke medicatie de patiënt gebruikt. Ook werd de aanwezigheid van angst en/of depressie getest (“Hospital Anxiety and Depression Scale – HAD). Ten slotte werd de datum van de zittingen vermeld. Het RIZIV formulier werd zorgvuldig in het papieren dossier van de patiënt bewaard.

Betreffende rookstopbegeleiding kon geen voormeting gebeuren aangezien in de praktijk tot nu toe geen gebruik werd gemaakt van de aangepaste rookstopbegeleidingsmodule van Medidoc voor de elektronische registratie van de rookstopbegeleiding.

4. Understand proces/uncover problems: analyse van het probleem

4.1. Selectie patiëntpopulatie

De inclusiecriteria voor dit project zijn alle patiënten vanaf 18 jaar met een globaal medisch dossier die op een standaard raadpleging consulteren. Exclusiecriteria zijn huisbezoeken en patiënten met een leeftijd jonger dan 18 jaar. De richtlijnen van Domus Medica en het Nederlands Huisartsen Genootschap adviseren om de rookstatus te bevragen bij iedere rokende patiënt, ongeacht de leeftijd (7-8). Wij hebben ervoor gekozen om de rookstatus te bevragen vanaf de leeftijd van 18 jaar gezien de patiënt dan meerderjarig is en goed overwogen beslissingen kan nemen.

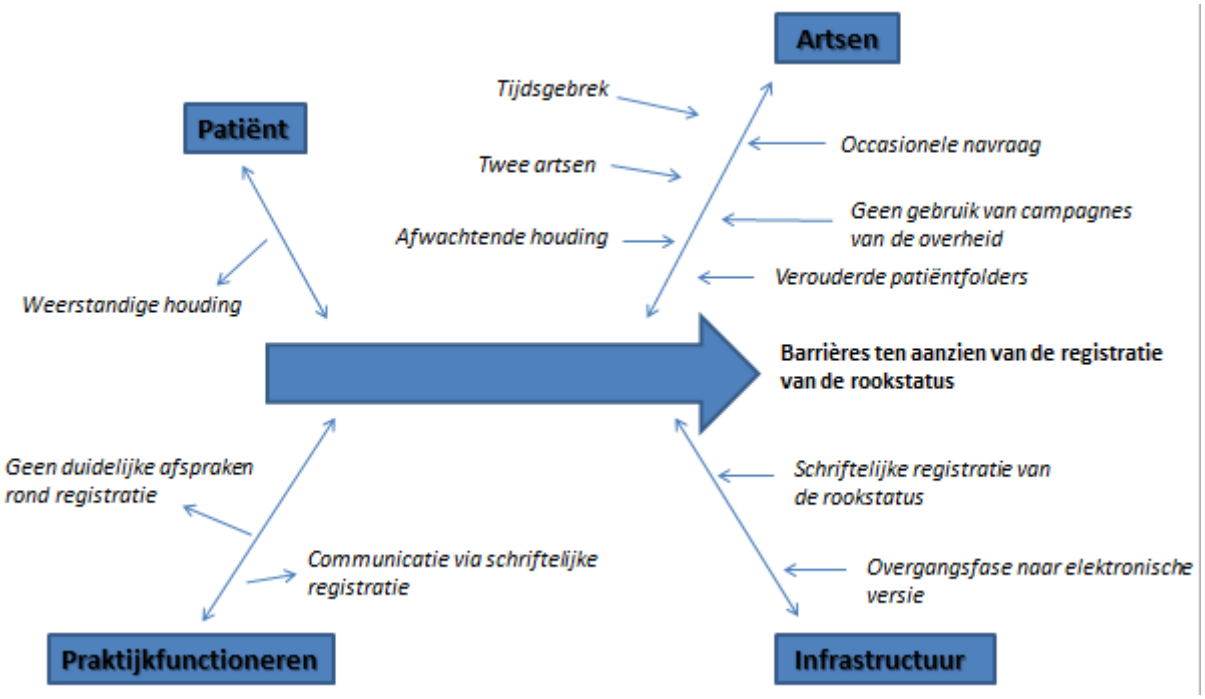
4.2. Probleemanalyse: schets van de huidige methode in de praktijk

Voorafgaand aan het project werd een probleemanalyse opgemaakt rondom de huidige registratiemethode van de rookstatus en het rookstopbegeleidingsproces. Een overzicht van de huidige methode in de praktijk werd hierbij geschetst.
In onze huisartsenpraktijk wordt Medidoc als elektronisch medisch dossier gebruikt. Via Medidoc kan de rookstatus geregistreerd worden op verschillende manieren namelijk als parameter, als risicofactor en in het journaal. Ik merkte op dat de registratie van de rookstatus en het rookstopbegeleidingsproces zelden elektronisch werd genoteerd in Medidoc. De rookstatus werd echter wel frequent geregistreerd in de papieren dossiers van de patiënten onder “Risicofactoren”. Daarnaast werd het rookstopbegeleidingsproces van een patiënt op een occasionele basis opgevolgd en meestal aan de hand van een schriftelijke registratie via het RIZIV-formulier *(bijlage 6)*. Als de rookstatus en het rookstopbegeleidingsproces werden geregistreerd in Medidoc, dan gebeurde de registratie meestal via “subjectief” of “evaluatie” in het journaal. Aangezien onze huisartsenpraktijk zich bevindt in een overgangsfase van registratiewijze leek het ons dan ook interessant om elkaar te stimuleren om het rookstopproces op een systematische wijze elektronisch te registreren. Hierdoor zijn we van mening dat we een grotere gezondheidswinst kunnen bereiken op patiëntniveau.

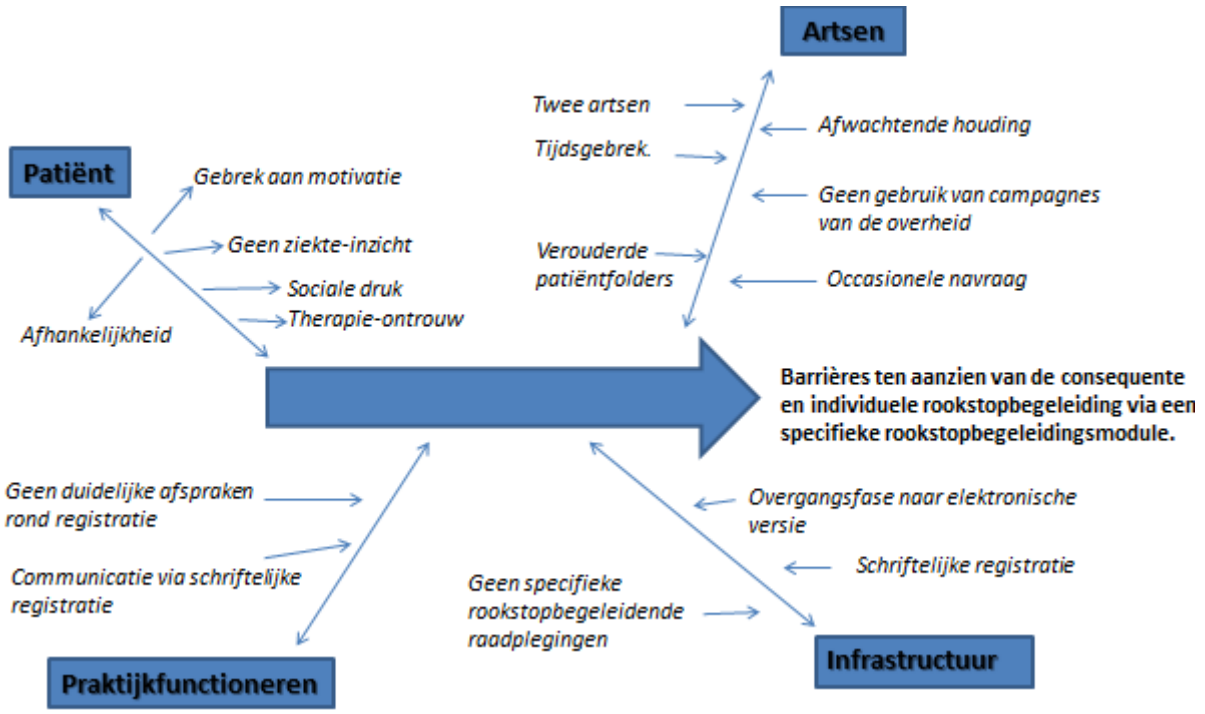
4.3. Barrières van artsen: visgraatdiagram volgens Ishikawa

Tijdens de wekelijkse overlegmomenten tussen de artsen werd gebrainstormd over de mogelijke barrières waardoor bovenstaande processen niet systematisch gebeurden in onze huisartsenpraktijk. Een zogenoemd visgraatdiagram volgens Ishikawa werd opgesteld om een overzicht te verkrijgen van deze mogelijke beperkingen.

Figuur 1. Visgraatdiagram over barrières ten aanzien van de elektronische registratie van de rookstatus.



Figuur 2. Visgraatdiagram over barrières ten aanzien van de consequente en individuele rookstopbegeleiding via een specifieke rookstopbegeleidingsmodule.



Aan de hand van de opgemaakte visgraatdiagrammen volgens Ishikawa kan geconcludeerd worden dat er verschillende barrières bestaan in onze huisartsenpraktijk om de elektronische registratie van de rookstatus en de opvolging en registratie van de rookstopbegeleiding systematisch uit te voeren.

Belangrijke barrières voor de artsen om een elektronische registratie van de rookstatus en de opvolging en registratie van de rookstopbegeleiding systematisch uit te voeren, zijn tijdsgebrek en een afwachtende houding. De artsen nemen te weinig initiatief om de rookstatus systematisch te bevragen. Daarnaast zijn er slechts twee artsen in onze huisartsenpraktijk aanwezig waardoor de bevraging van de rookstatus en de rookstopbegeleiding als een tijd investerende bezigheid wordt ervaren. De artsen in onze huisartsenpraktijk registreren bovendien de rookstatus voornamelijk in het papieren dossier. De schriftelijke registraties van de rookstatus gebeuren systematisch door één arts. Daarnaast maken de artsen geen gebruik van bestaande campagnes rond rookstop. Tevens worden verouderde patiëntfolders gebruikt, die niet gebaseerd zijn op de huidige praktijkrichtlijnen. De overgangsfase van een schriftelijke registratiemethode naar de elektronische vorm is volop in de maak. Hierdoor wordt de elektronische registratie van de rookstatus en de opvolging en registratie van de rookstopbegeleiding zelden geregistreerd. Indien de artsen toch elektronisch registreren in Medidoc, dan gebeurt dit in het journaal. Hierdoor kan geen overzicht gemaakt worden van het aantal elektronische registraties in een bepaalde periode door middel van een query in Medidoc. Ondanks de overgangsfase gebeurt de communicatie hoofdzakelijk via schriftelijke registraties. Daarnaast bestaan over rookstopbegeleiding in onze huisartsenpraktijk geen individuele rookstopbegeleidende raadplegingen waardoor de opvolging van het rookstopproces van een patiënt tijdens een standaard raadpleging moet plaatsvinden. Dit kan ervoor zorgen dat de opvolging niet systematisch plaatsvindt. Verder worden geen onderlinge afspraken gemaakt betreffende de registratie van de rookstatus en de rookstopbegeleiding. Hierdoor kan de huisarts minder geneigd zijn om zich hierop te richten.
De belangrijkste barrières voor de patiënt om de rookstatus te bevragen zijn een weerstandige houding gezien hun lichamelijke en mentale afhankelijkheid aan tabak. Een gebrek aan motivatie en ziekte-inzicht zijn dan weer de belangrijkste barrières van de patiënten om niet over te gaan tot rookstop. Verder zou therapie-ontrouw een belangrijke barrière kunnen zijn. Daarnaast bestaat er een grote sociale druk bij de rokende patiëntpopulatie.

Na het opmaken van een visgraatdiagram werd de motivatie van de artsen nog groter om de rookstatus systematisch te bevragen en elektronisch te registeren. Daarnaast willen we graag de rokende patiënten uit onze huisartsenpraktijk optimaal begeleiden in hun rookstopproces of ervoor zorgen dat de hardnekkige rokers van fase wisselen in de rookstopcyclus van Prochaska en Di Clemente in de richting van rookstop.

4.4. Indicatoren voor kwaliteitsverbetering

De belangrijkste indicatoren voor kwaliteitsverbetering in dit project zijn een optimale registratie van de rookstatus en een consequente opvolging en registratie van de rookstopbegeleiding te verkrijgen. Voor de registratiefase zal gekeken worden naar het aantal elektronische registraties in het elektronisch medisch dossier gedurende twee maanden, vergeleken met het totaal aantal die in deze periode geconsulteerd hebben op een standaard raadpleging.

Voor de opvolging en registratie van de rookstopbegeleiding zal gekeken worden welke patiënt in welke rookstopfase zit en of deze overgegaan is naar een andere rookstopfase tijdens het rookstopbegeleidingsproces *(bijlage 1).* Ook zal nagegaan worden hoeveel rokende patiënten van de geïncludeerde patiënten zijn overgegaan tot effectieve rookstop.

Aan de hand van tijdsinvestering zal nagegaan worden of het haalbaar is om dit project te integreren in onze huisartsenpraktijk. *Zal dit project kunnen herhaald worden in de toekomst?*

5. Start: PDCA cyclus (Plan-Do-Check-Act)

5.1. Plan: globaal actieplan opstellen

De registratiefase heeft 2 maanden geduurd. De rookstopbegeleidende processen duurden 6 maanden vanaf de eerste rookstopconsultatie.
Voorafgaand aan het project werd een korte vragenlijst opgemaakt waarbij de rookstatus, motivatie tot rookstop en de mate van lichamelijke afhankelijkheid werden gepeild *(bijlage 8)*. Tevens werd een draaiboek opgemaakt over de aanpak van de registratie van de rookstatus en de rookstopbegeleiding in onze huisartsenpraktijk *(bijlage 5)*. In het draaiboek staat ook de specifieke rookstopbegeleidingsmodule van Medidoc vermeld. Deze module werd aangepast aan de doelstellingen van dit project en werd gebruikt als elektronische registratiemethode voor de rookstopbegeleiding. Als wetenschappelijke onderbouwing voor dit draaiboek werd gebruik gemaakt van de richtlijnen van Domus Medica en het Nederlands Huisartsen Genootschap (7-8). Daarnaast werd voorafgaand aan het project een voormeting uitgevoerd rondom de registratie van de rookstatus in Medidoc. Betreffende rookstopbegeleiding werd geen voormeting uitgevoerd aangezien in de praktijk tot nu toe geen gebruik werd gemaakt van de bestaande rookstopbegeleidingsmodule voor de registratie van de rookstopbegeleiding.

5.2. Do: uitvoeren van de actie

Het kwaliteitsverbeterend project bestaat uit twee fasen, met name de registratiefase en de rookstopbegeleidende fase.
De eerste fase, de registratiefase van de rookstatus in Medidoc, vond plaats van 21 april 2016 tot en met 30 juni 2016. Er werd gestreefd naar een consequente registratie. Het doel was om als arts op een systematische wijze de rookstatus te bevragen en te registreren in Medidoc tijdens een standaard consultatie (roker/ex-roker/nooit gerookt). Na het ontvangen van de informatie over het project werd het informed consent formulier samen met de huisarts doorgenomen en ondertekend *(bijlage 9)*. Na toestemming werd de korte vragenlijst ingevuld waarbij gepeild werd naar de mate van lichamelijke afhankelijkheid en de fase waarin de patiënt zich bevindt in de rookstopcyclus volgens Prochaska en Di Clemente *(bijlage 1,8)*. Hierna gaf iedere huisarts rookstopadvies op maat. Het rookstopadvies is verschillend in iedere gedragsfase *(bijlage 5– "to Advise")*. Tevens is de follow-up verschillend voor iedere fase *(bijlage 5– to Arrange follow-up)*. Voor de patiënten die binnen één maand wensten te stoppen met roken, werd een afspraak gemaakt bij de huisarts in opleiding voor een eerste specifieke rookstopbegeleidende raadpleging binnen één week na de standaard raadpleging. De patiënten uit de overige gedragsfasen kregen een begeleiding op maat *(bijlage 5 – "to Arrange follow-up)*.

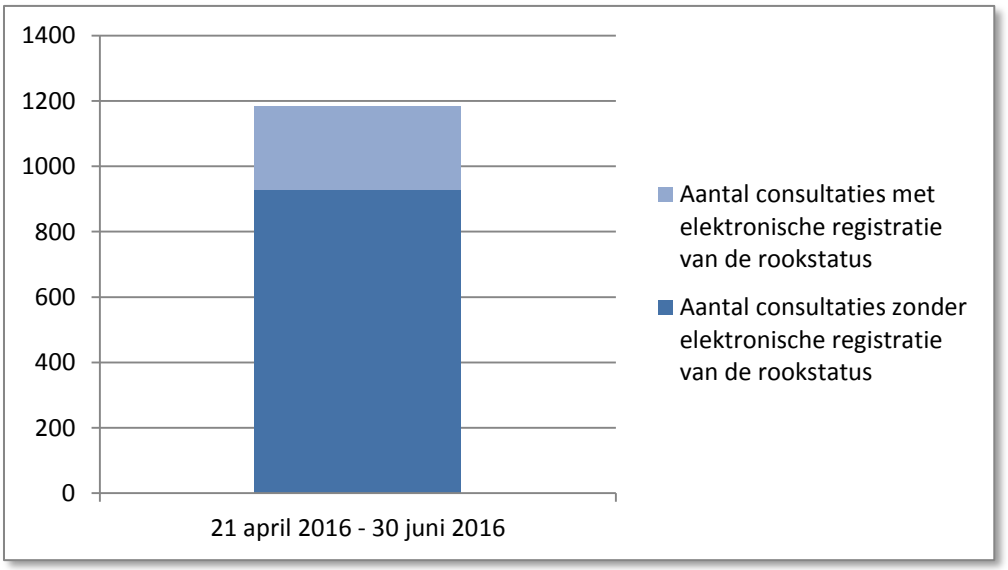
Na de standaard raadpleging werden de ingevulde vragenlijst en het informed consent formulier afgegeven aan de desbetreffende huisarts en bewaard in een map. De map werd beheerd door de verpleegkundige.
De tweede fase, de rookstopbegeleidende fase, vond plaats gedurende een periode van zes maanden na de rookstopdatum. De laatste rookstopbegeleidende raadpleging was op 23 december 2016. De rokende patiënt werd door de huisarts in opleiding intensief begeleid, waarbij als leidraad de aangepaste rookstopbegeleidingsmodule in combinatie met het draaiboek werden gebruikt *(bijlage 5)*. Er werd getracht om de follow-up standaard te laten plaatsvinden binnen één week na de rookstopdatum en binnen één maand na de rookstopdatum. Daarna werden een reeks opvolgconsulten gevoerd, afgestemd op de behoefte van de patiënt (± 1 maand).
Na het kwaliteitsverbeterend project werd een nameting uitgevoerd van de verkregen resultaten met betrekking tot de registratie van de rookstatus in Medidoc *(5.3.1. Resultaten)*. Betreffende rookstopbegeleiding werd na het project nagegaan hoeveel rokende patiënten van de geïncludeerde patiënten zijn overgegaan tot effectieve rookstop en hoeveel patiënten veranderd zijn van rookstopfase volgens het model van Prochaska en Di Clemente. De verkregen resultaten werden vergeleken met gegevens uit de nationale en internationale literatuur *(5.3.2. Discussie)*. Patiëntgegevens werden op een gecodeerde wijze verzameld. De data werden geëxporteerd in Excel.
Ten slotte werd een praktijkvergadering gehouden waarbij de verkregen resultaten besproken werden.

5.3. Check: evaluatie van de actie

5.3.1. Resultaten

5.3.1.1. Elektronische registratie van de rookstatus

Figuur 3. Verhouding tussen het totaal aantal elektronische registraties van de rookstatus ten opzichte van het totaal aantal die elektronisch geregistreerd waren tijdens een standaard raadpleging.



In figuur 3 wordt een overzicht gegeven tussen het totaal aantal elektronische registraties van de rookstatus van patiënten gedurende twee maanden ten opzichte van het aantal die op een standaard raadpleging in deze periode de huisarts consulteerden. In totaal werden gedurende deze periode 1182 patiënten gezien tijdens een standaard consultatie. Hiervan werd bij 255 patiënten (21,5%) vanaf de leeftijd van 18 jaar de rookstatus elektronisch geregistreerd in Medidoc tijdens een standaard consultatie.

In onderstaande tabel wordt een overzicht geïllustreerd van de elektronische registraties naargelang de rookstatus van de patiënt.

Tabel 1. Overzicht van de elektronische registraties naargelang de rookstatus.

Elektronische registratie van de rookstatus	**Aantal**	**Percentages (%)**
Roker	69	27,0
Ex-roker	78	30,5
Nooit gerookt	108	42,3

Tabel 1 illustreert dat van de 255 elektronische registraties van de rookstatus 69 patiënten (27,0%) roken en 78 patiënten (30,5%) minstens één jaar gestopt zijn met roken. 108 patiënten (42,3%) hebben nooit gerookt.

5.3.1.2. Indeling volgens motivatie

Van de 69 patiënten die elektronisch geregistreerd waren als roker, werd hun motivatie gepeild om over te gaan tot rookstop. Aan de hand van het model van Prochaska en Di Clemente werd de patiënt ingedeeld in een bepaalde fase, met name de precontemplatiefase, contemplatiefase, preparatiefase en actiefase *(bijlage 1)*. De registratie van iedere fase gebeurde schriftelijk en werd in een map bewaard. Doordat een elektronische registratie met een query niet kon gebeuren, moet dit beschouwd worden als een beperking van het elektronische medisch dossier Medidoc. Tabel 2 toont een overzicht van de rokende patiënten volgens hun rookstopfase.

Tabel 2. Overzicht van de motivatiefasen van de rokende patiënten gedurende de registratieperiode.

Rookstopfasen	**Aantal (n)**	**Percentages (%)**
Precontemplatiefase	31	44,9
Contemplatiefase	5	7,2
Preparatiefase	11	15,9
Actiefase	22	31,8

Uit tabel 2 blijkt dat van de 69 rokende patiënten, 31 patiënten (44,9%) niet bereid zijn om te stoppen met roken en 5 patiënten (7,2%) binnen zes maanden niet willen stoppen met roken. 11 patiënten (15,9%) bereiden een rookstop voor binnen zes maanden. Ten slotte zijn 22 patiënten (31,8%) bereid om binnen één maand te stoppen met roken.

5.3.1.3. Rookstopbegeleiding van patiënten uit verschillende rookstopfasen aan de hand van een vervolgconsultatie 3 maanden na de standaard raadpleging.

Tabel 3. Rookstopbegeleiding van rokende patiënten uit de contemplatiefase, preparatiefase en actiefase. Overzicht van het aantal patiënten per rookstopfase na de elektronische registratie van de rookstatus, het aantal rokende patiënten aanwezig tijdens de vervolgconsultatie per rookstopfase en het aantal patiënten per rookstopfase na de vervolgconsultatie.

Rookstopfasen	**Na elektronische registratie (n)**	**Aanwezigtijdens vervolgconsultatie (n)**	**Na vervolgconsultatie (n)**
Contemplatiefase	5	2	N = 2 *Precontemplatiefase:* 0 *Contemplatiefase*: 2 *Preparatiefase:* 0 *Actiefase:* 0
Preparatiefase	11	4	N = 4 *Precontemplatiefase:* 0 *Contemplatiefase:* 1 *Preparatiefase:* 3 *Actiefase:* 0
Actiefase	22	16	N = 16 *Precontemplatiefase:* 0 *Contemplatiefase:* 3 *Preparatiefase:* 2 *Rookstoppoging:* 11

Tabel 3 illustreert een overzicht van het aantal rokers uit de contemplatiefase, preparatiefase en actiefase na de registratiefase. Ook wordt het aantal rokende patiënten per rookstopfase vermeld die aanwezig waren tijdens de vervolgconsultatie 3 maanden na de standaard raadpleging. De tabel toont eveneens een overzicht van de rookstopfase waarin de rokers zich bevonden na het geven van rookstopadvies tijdens de vervolgconsultatie.

5 patiënten waren bereid om na 6 maanden te stoppen met roken en bevonden zich in de *contemplatiefase*. Van deze patiënten waren 2 patiënten aanwezig tijdens de vervolgconsultatie. Beide patiënten bleven na de vervolgconsultatie in de contemplatiefase. De overige 3 patiënten die niet aanwezig waren tijdens de consultatie, werden meermaals telefonisch en schriftelijk gecontacteerd zonder respons. Deze patiënten worden beschouwd als lost to follow-up.

11 patiënten bevonden zich in de *preparatiefase* en waren dus bereid om te stoppen met roken binnen 6 maanden. Hiervan waren 4 patiënten aanwezig tijdens de vervolgconsultatie. De overige 7 patiënten waren lost to follow-up. Hiervan kon ik deze patiënten na telefonisch contact en briefwisseling niet bereiken. Na de vervolgconsultatie bleven van de 4 patiënten 3 patiënten in de preparatiefase en 1 patiënt ging over naar de contemplatiefase.

22 patiënten waren bereid om binnen één maand te stoppen met roken en bevonden zich in de actiefase. Hiervan waren 16 patiënten aanwezig tijdens de vervolgconsultatie. De overige 6 patiënten kon ik na meermaals telefonisch contact en briefwisseling niet bereiken en zij worden beschouwd als lost to follow-up. Van de 16 patiënten die aanwezig waren op de vervolgconsultatie wilden 11 patiënten een rookstoppoging ondernemen. Van de overige 5 patiënten zijn 2 patiënten overgegaan naar de preparatiefase en 3 patiënten naar de contemplatiefase.

5.3.1.4. Rookstopbegeleiding van de patiënten uit de actiefase aan de hand van een opgemaakt draaiboek en een specifiek rookstopbegeleidingsmodule als registratietool.

Tabel 4. Rookstopbegeleiding van de patiënten uit de actiefase die een rookstoppoging hebben ondernomen.

Rookstoppoging (n=11)	**Aantal (n)**
Effectieve rookstop na 6 maanden	4
Herval	4
Lost to follow-up tijdens de rookstopbegeleiding	3

Tabel 4 illustreert een overzicht van de patiënten uit de actiefase die effectief een rookstoppoging hebben ondernomen. Van de 11 patiënten die een rookstoppoging hebben ondernomen, waren 4 patiënten na 6 maanden nog steeds gestopt met roken. Hiervan zijn 2 patiënten zonder medicamenteuze ondersteuning gestopt met roken. 1 Patiënt is gestopt met varenicline en 1 patiënt met nicotinepleisters. Van de overige 7 patiënten zijn 4 patiënten hervallen binnen 6 maanden. 3 Patiënten konden meermaals telefonisch en schriftelijk niet bereikt worden en worden beschouwd als lost to follow-up.

5.3.2. Discussie en interpretatie

5.3.2.1. Overzicht van de resultaten

Van alle patiënten die gedurende een periode van twee maanden in onze huisartsenpraktijk consulteerden, werd bij 21,5% (n=255) van de patiënten vanaf de leeftijd van 18 jaar de rookstatus elektronisch geregistreerd in Medidoc. Van dit percentage bleek 27% (n=69) te roken. Van de 69 patiënten die rookten, werd hun motivatie tot rookstop gepeild aan de hand van de rookstopfase waarin zij zich bevonden. Hiervan was 44,9% (n=31) van de rokers niet bereid om te stoppen met roken en zij bevonden zich in de precontemplatiefase. 7,2% (n=5) van de patiënten waren de twijfelende rokers die na 6 maanden zouden willen stoppen met roken. Deze patiënten bevonden zich dus in de contemplatiefase. De preparatiefase bestond uit 15,9% (n=11) van de geïncludeerde patiënten en dit percentage wilde stoppen met roken tussen 1-6 maanden. 31,8% (n=22) van de patiënten waren bereid om binnen één maand te stoppen met roken en bevonden zich in de actiefase.

Er waren 2 patiënten uit de contemplatiefase aanwezig op de vervolgconsultatie (2/5). Deze patiënten bleven na het rookstopadvies in dezelfde fase. Uit de preparatiefase waren 4 patiënten aanwezig op de vervolgconsultatie (4/11). Na het rookstopadvies bleven 3 patiënten in dezelfde fase en ging 1 patiënt over naar de contemplatiefase.

Uit de actiefase waren 16 patiënten aanwezig tijdens de vervolgraadpleging (16/22). Hiervan zijn 2 patiënten overgegaan naar de preparatiefase en 3 patiënten naar de contemplatiefase. Uiteindelijk hebben 11 patiënten een rookstoppoging ondergaan (11/16). Hiervan zijn 4 patiënten overgegaan tot effectieve rookstop en zijn 4 patiënten hervallen.

5.3.2.2. Interpretatie van de resultaten en vergelijking met literatuur

Onze resultaten werden vergeleken met andere Belgische praktijkverbeterende projecten (16-20). Er werden helaas geen internationale projecten gevonden.

Onze huisartsenpraktijk heeft een percentage van 21,5% (255/1182) van elektronische registraties van de rookstatus. Dit percentage ligt hoger dan het gemiddelde cijfer van de Belgische bevolking van 23% (5). Toch lijkt dit een beperkt aantal vergeleken met het totaal aantal die geconsulteerd hebben in dezelfde periode in onze huisartsenpraktijk (n=1182). Van die 1182 patiënten kon via Medidoc geen rekening gehouden worden met de leeftijd. Dit is een belangrijke zwakte van het systeem. Een medewerker van Corilus verzekerde ons wel dat meerdere consultaties door dezelfde patiënt in deze periode zeker niet werden meegerekend in een zoekstrategie. Vergeleken met andere praktijkverbeterende projecten bleek dat in één project een registratiepercentage van 11,5% gedurende een registratiefase van 5 maanden werd bereikt (16). Een ander praktijkverbeterend project had een percentage van 24,7% gedurende 10 maanden (18). Deze projecten hebben dezelfde in- en exclusiecriteria als ons project. Ondanks de occasionele registraties gedurende een periode van 2 maanden kunnen we als huisartsenpraktijk tevreden zijn met het bereikte percentage. Het is niet evident om systematisch tijdens een standaard consultatie de rookstatus te registreren tijdens een overgangsfase van registratiewijze.

Uit de resultaten van ons project blijkt dat de meeste patiënten in dezelfde rookstopfase blijven na de vervolgconsultatie. Enkel in de preparatiefase en in de actiefase ziet men een overschakeling naar een andere rookstopfase. Echter is deze overschakeling een grote stap uit de richting van rookstop. Ook het aantal die lost to follow-up zijn, is aanzienlijk. Belgische praktijkverbeterende projecten tonen andere resultaten (17,20). Eén praktijkverbeterend project toont dat 30% van de patiënten uit de verschillende rookstopfasen na 6 maanden zijn overgeschakeld naar een andere fase richting rookstop (17). Een ander project illustreert dat 50% van de patiënten na 6 maanden is overgegaan naar een andere rookstopfase richting rookstop (17/34) (20). Mogelijke verklaringen dat de meeste patiënten tijdens ons project na een periode van 3 maanden in dezelfde rookstopfase bleven of achteruit zijn gegaan naar een vorige rookstopfase, zijn voor de patiënt afhankelijkheid aan tabak, sociale druk en gebrek aan motivatie. Ook wordt dit verklaard door het feit dat twee artsen het geven en registreren van rookstopadvies na de registratie van de rookstatus niet meer op een systematische wijze uitvoerden omwille van tijdsdruk. Een andere verklaring kan ook zijn dat het geven van rookstopadvies op zich onvoldoende effectief is. Eventueel zou zelfhulpmateriaal zoals folders of brochures rond rookstop de motivatie kunnen verhogen. In de literatuur is het echter niet bewezen dat zelfhulpmateriaal zorgt voor een toename van het rookstoppercentage (7,9,19). Wij zijn van mening dat het standaard meegeven van zelfhulpmateriaal na de raadpleging ook effectief kan zijn in het verhogen van de motivatie richting rookstop. Het rookstopadvies is namelijk een momentopname; niet bij iedere patiënt dringt het rookstopadvies door op die korte tijd.

Daarnaast hebben wij, vergeleken met andere projecten, een kortere follow-up-duur. Eventueel hadden we na 6 maanden nog een telefonische vervolgconsultatie kunnen doen om de rookstatus te evalueren. Hier werd van afgezien omwille van tijdsgebrek van de artsen.

Van de patiënten die een rookstoppoging hebben ondernomen, bedraagt het rookstoppercentage na 6 maanden 36% (4/11). Dit percentage verschilt met de andere praktijkverbeterende projecten. Het percentage rookstoppers bedraagt in één project 35% en in het ander project 12,5% (17-18). In één project zijn alle patiënten zelfs hervallen (16). Deze projecten hanteren dezelfde follow-up-duur. We zijn over het algemeen tevreden met ons behaalde rookstoppercentage. Echter kan ons resultaat als een onderschatting of overschatting beschouwd worden. Een ex-roker dient namelijk minstens één jaar begeleid te worden in zijn rookstopproces. Uit de literatuur blijkt namelijk dat de ex-roker begeleidt dient te worden tijdens het eerste jaar na de rookstop omdat het herval na één jaar minder frequent is (7). Een rookstopbegeleidingsproces gedurende één jaar was in dit geval niet haalbaar gezien het project binnen één jaar afgewerkt moest zijn. Gezien de korte begeleidingsperiode kunnen de behaalde rookstopcijfers mogelijk een onderschatting of overschatting zijn.

5.3.2.3. Barrières en pluspunten van de arts en patiënt tijdens het project

Wat betreft de elektronische registratie van de rookstatus in Medidoc werden tijdens het project enkele belangrijke barrières en pluspunten door de artsen opgemerkt. De belangrijkste barrière gedurende het gehele project was tijdsgebrek door de drukte tijdens deze registratieperiode. Daarnaast waren er periodes waarin beide artsen of de huisarts in opleiding op verlof waren. In deze periodes vonden dan ook amper registraties plaats. Ondanks dat het gemaakte draaiboek als een pluspunt werd ervaren door de artsen, werd dit hulpmateriaal slechts occasioneel geraadpleegd. Een andere belangrijke barrière om systematisch elektronisch te registreren was dat de artsen de registratie onder het icoon “Risicofactoren” te omslachtig vonden. Ze moesten verschillende keren klikken voordat ze konden registreren en dit werd als verloren tijd ervaren tijdens een standaard raadpleging.

Omdat een vorige huisarts in opleiding uit de praktijk een thesis had gemaakt rond het GMD plus, waren de artsen wat meer bedreven om het rookgedrag te bespreken en te registreren in het centrale invoerscherm van Medidoc. Uit een ander praktijkverbeterend project rond rookstop blijkt dat de rookstatus ook ingevoerd zou kunnen worden in het centrale invoerscherm van Medidoc onder het GMD plus (16). Een belangrijke zwakte van deze registratiewijze is dan weer dat deze enkel geldt voor de leeftijdsgroep tussen 45 en 75 jaar. Wij zijn van mening dat de rookstatus bij iedere patiënt vanaf de leeftijd van 18 jaar dient bevraagd en geregistreerd te worden. Door deze belangrijke bovengenoemde barrières voor de artsen gebeurde de registratie in het begin van het project op een occasionele wijze. Wekelijks overleg stimuleerde de artsen wel. De motivatie is ook zichtbaar aan de stijging van het percentage registraties naarmate het project vorderde. Helaas ontbrak de systematische registratie bij iedere standaard consultatie. Voor de patiënt werden geen barrières opgemerkt, zij meldden allen vrijwillig hun rookstatus bij navraag.

Het geven van rookstopadvies op maat voor de patiënten uit de precontemplatiefase, contemplatiefase en preparatiefase werden in het begin van het project door alle artsen tijdens de standaard raadpleging systematisch uitgevoerd. Het draaiboek werd zoveel mogelijk als leidraad gebruikt. Dit kort rookstopadvies werd elektronisch geregistreerd onder “objectief” in Medidoc. De artsen ervaarden in het begin van het project deze korte rookstopinterventie niet als tijdrovend. Echter naarmate het project vorderde, werd opgemerkt dat twee artsen het rookstopadvies op maat niet meer op een systematische wijze uitvoerden. De patiënten aanvaardden allen het rookstopadvies op maat. Echter is er 3 maanden na het geven van rookstopadvies sprake van een groot aantal lost to follow-up en een overschakeling naar een rookstopfase uit de richting van rookstop. Voor de patiënt zijn hierbij belangrijke barrières aanwezig, waaronder sociale druk, afhankelijkheid aan tabak en gebrek aan motivatie.

Een belangrijk pluspunt voor de artsen is dat zij voor de patiënten uit de actiefase op een systematische wijze rookstopadvies op maat gaven tijdens de standaard raadpleging. De vervolgconsultaties gebeurden enkel via de huisarts in opleiding. Achteraf werd dit als een beperking van het project ervaren door de andere artsen. Rookstopbegeleiding kan beter door iedere arts gegeven worden. Barrières voor de andere twee artsen om deze rookstopbegeleidende raadplegingen uit te voeren, was tijdsgebrek en onvoldoende beheersing van het elektronisch medisch dossier. Van de patiënten uit de actiefase waren een aantal patiënten lost to follow-up of overgeschakeld naar een andere rookstopfase. Het is onduidelijk waarom zij niet meer wilden stoppen met roken, daar de patiënten niet meer bereikt konden worden. Sociale druk, afhankelijkheid aan tabak en gebrek aan motivatie van de patiënt kunnen mogelijke oorzaken zijn. Ook kan een reden zijn dat de patiënt zijn motivatie te hoog schatte en dat hij zich eigenlijk in een andere rookstopfase bevond. Daarnaast kan het zijn dat de patiënt door de arts in de actiefase werd geklasseerd, terwijl de patiënt in werkelijkheid nog niet klaar was om te stoppen met roken binnen één maand.

Een ander belangrijk pluspunt van dit project voor de patiënt is dat deze voor de rookstopbegeleiding een combinatietherapie via de huisarts krijgt van psychosociale begeleiding en medicamenteuze ondersteuning. Bovendien is het geven van rookstopadvies op maat en rookstopbegeleiding een belangrijke medische vaardigheid om als arts hierin ervaren te worden (17).

Over het algemeen zijn we tevreden over de resultaten van dit praktijkverbeterend project. Dankzij onze motivatie om te streven naar een systematische bevraging en registratie van de rookstatus en de rookstopbegeleiding, hebben we dergelijke resultaten bereikt. Niet alleen de motivatie van de arts maar ook die van de patiënt is cruciaal voor een rookvrij bestaan van de patiënt. Een minpunt is dat de registratie van de rookstatus en het rookstopadvies per rookstopfase niet systematisch gebeurde door iedere arts. Bij een consequente aanpak door iedere arts hadden we nog hogere resultaten kunnen verwachten. Vergeleken met het aantal registraties voorafgaand aan het project mogen we zeker tevreden zijn met ons resultaat.

5.4 Act: evaluatie van het project

Het belangrijkste doel van dit project was om te evalueren of het project geïntegreerd zou worden in de bestaande praktijkvoering, dat het project verlaten zou worden of dat het project aangepast zou worden (adopt-abandon-adjust). Omdat dit een kwaliteitsverbeterend project is, is het belangrijk dat deze werkwijze achteraf ook kan gebruikt worden als tool voor rookstop in de praktijk.

Na het project hebben we een laatste praktijkvergadering gehouden waarin de resultaten werden geëvalueerd. Wegens verschillende bovengenoemde beperkingen van de artsen is het niet haalbaar om het project volledig te integreren in de bestaande praktijkvoering. Het project zal aangepast worden in de huidige praktijkvoering ("adjust"). Wat betreft de systematische bevraging en elektronische registratie van de rookstatus werd besloten dat de artsen in de toekomst enkele periodes van 1-2 maanden zullen inlassen waarin de rookstatus zal bevraagd en geregistreerd worden. Een systematische registratie zal niet haalbaar zijn in onze husartsenpraktijk. Er zal, afhankelijk van de tijdsdruk, gestreefd worden naar gemiddeld 5 registraties per arts per dag. De intensieve rookstopbegeleidende raadplegingen werden uitsluitend door de huisarts in opleiding uitgevoerd. Hierdoor is het moeilijk om een conclusie te vormen met de andere twee artsen. De andere twee artsen zijn akkoord om de raadplegingen zelf uit te voeren in de toekomst en daarna te evalueren of dit haalbaar is. Als toekomstige huisarts ben ik voorstander voor de aangepaste versie van het project. Wat betreft de individuele rookstopbegeleiding opteer ik om de begeleidende raadplegingen in de toekomst uit te voeren zoals in het project beschreven staat.

6 Conclusie

De huisarts speelt een fundamentele rol in het bevragen en registreren van de rookstatus enerzijds en in het intensief begeleiden van een rokende patiënt in zijn rookstopproces anderzijds. Het wordt aanbevolen om de rookstatus te evalueren bij ieder contact met een roker en jaarlijks met een ex-roker of een patiënt die nooit heeft gerookt. In het algemeen wordt aanvaard dat een huisarts rookstopadvies op maat geeft aan de hand van de rookstopfase waarin de patiënt zich bevindt. Wat betreft de rookstopbegeleiding is het niet bewezen dat een individuele rookstopbegeleiding primeert boven een begeleiding in groep. Daarnaast vinden de follow-up-momenten van de begeleiding in de meeste landen plaats op vaste tijdstippen. De eerste follow-up consultatie dient in het algemeen plaats te vinden binnen één week na de rookstopdatum. De overige follow-up consultaties verschillen per land. In de literatuur kan geen eenduidige conclusie getrokken worden of het elektronisch medisch dossier een belangrijke bevorderlijke factor speelt in een toename van het rookstoppercentage.

Het toepassen van een praktijkverbeterend project rond rookstop leidde in onze huisartsenpraktijk tot meer aandacht voor de rookstatus van de patiënt en tot een intensievere rookstopbegeleiding. Van de 11 patiënten die een rookstoppoging hebben ondergaan, zijn uiteindelijk 4 patiënten blijvende rookstoppers. Helaas is geen enkele patiënt uit een rookstopfase opgeschoven richting rookstop. De cijfers voor dit praktijkverbeterend project zijn echter te beperkt om duidelijke conclusies te trekken gezien de korte opvolgingsperiode.
Het elektronisch medisch dossier als hulpmiddel voor de registratie en opvolging van het rookstopproces blijkt een belangrijke factor te spelen in het rookstopproces. Echter is het in de huisartsenpraktijk niet haalbaar om een systematische registratie van de rookstatus te verkrijgen. Ook is het voorlopig niet duidelijk of het voorgestelde intensieve individuele rookstopbegeleidingsproces uitgevoerd zal kunnen worden in de toekomst door de andere twee artsen buiten de huisarts in opleiding.

Op basis van de behaalde resultaten kan geconcludeerd worden dat rookstop een onderwerp is om bespreekbaar te houden in onze huisartsenpraktijk. Er is zeker sprake van een kwaliteitsverbetering. Echter zullen de artsen gemotiveerd moeten blijven om het project te kunnen blijven toepassen in de toekomst. Tijd en ervaring zullen uitwijzen of het aangepaste project haalbaar zal zijn voor de twee artsen. Als huisarts in opleiding zal ik het aangepaste project zeker toepassen in de toekomst.

7 Dankwoord

Mijn uitermate dankbaarheid gaat uit naar verschillende mensen die mij in deze periode hebben gesteund en begeleid.

Allereerst wil ik mijn promotor, prof. dr. Jan Vandevoorde, bedanken. Met geduld en gerichte feedback zorgde hij ervoor dat ik de hoofdzaken van de bijzaken bleef onderscheiden. Hierdoor bleef mijn thesis overzichtelijk. Er was sprake van een aangename samenwerking.

Daarnaast wil ik mijn collega huisartsen en de medewerkers van de huisartsenpraktijk bedanken voor hun actieve participatie in het project. Zij toonden steeds interesse in het project waardoor de motivatie hoog bleef bij alle onderzoekers.

Last but not least wil ik mijn vriend Michiel bedanken voor zijn uitermate steun, geduld en begrip.

8. Literatuurbronnen

1. Verbiest M, Brakema E. National guidelines for smoking cessation in primary care: a literature review and evidence analysis. Primary Care Respiratory Medicine. 2017; (27:2).

2. Mackenbach J, Damhuis R. De gezondheidseffecten van roken. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde. 2017;(161).

3. Peto R, Lopez A. Mortality from tobacco in developed countries: indirect estimation from national vital statistics. Lancet. 1992 Mei; p. 1268-78.

4. Hoogsteder P, Kotz D. Stoppen met roken. Huisarts en Wetenschap. 2012 Maart;(55:3).

5. Gisle L, Demarest S. Het gebruik van tabak. Gezondheidsenquête België. Wetenschappelijk instituut Volksgezondheid. 2013.

6. National Institute for Health and Care Excellence. NICE public health guidance 10. Stop smoking services. Manchester. 2008 Februari.

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

8. Chavannes N, Kaper J. NHG-standaard Stoppen met roken. Huisarts en Wetenschap (Huisarts Wet). 2007;(50:7): p. 306-14.

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

10. West R, Mcneill A. Smoking cessation guidelines for health professionals: an update. British Medical Journal - Thorax. 2000;(55): p. 987-999.

11. Fiore M, Jaén C. A Clinical Practice Guideline for Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. American Journal of Preventive Medicine. 2008;(35:2): p. 158-76.

12. Smoking Cessation Guidelines - How to Treat your Patient's Tobacco Addiction. A Pegasus Healthcare International Publication. Toronto. 2000.

13. Boyle R, Solberg L. Use of elektronic health records to support smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2011;(Issue 12).

14. Hajek P, Stead L. Relapse prevention interventions for smoking cessation (Review). Cochrane Database of Systematic Reviews. 2009;(Issue 1): p. 76.

15. Boyle R, Solberg L. Electronic Medical Records to Increase the Clinical treatment of Tobacco Dependence. Systematic review. Am J Pre med. 2010 December;(39): p. 77-82.

16. De Ron N. Effect van een praktijkverbeteringsproject op de registratie van de rookstatus door artsen en op rookstop door patiënten? Katholieke Universiteit Leuven. 2015.

17. Borreman M. Registratie van rookgedrag en rookstopbegeleiding in een huisartspraktijk. Katholieke Universiteit Leuven. 2013.

18. Rummens D. Rookstopbegeleiding met behulp van gestructureerde registratie: uitdaging tot kwaliteitsverbetering in een huisartsenpraktijk. Katholieke Universiteit Leuven. 2013.

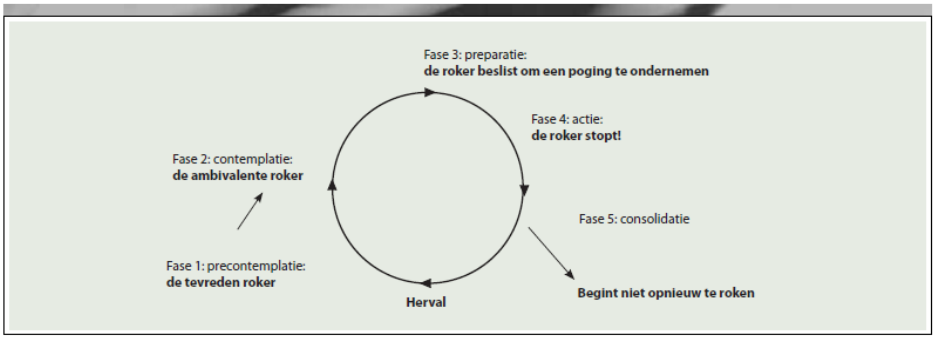
19. Verbeke H. Rookstop: hoe op een efficiënte manier rokers aanzetten tot (nadenken over) stoppen met roken? Katholieke Universiteit Leuven. 2013.

20. Verheyen N. Implementeren van een zorgplan rookstop in de huisartsenpraktijk. Katholieke Universiteit Leuven. 2012.

9. Bijlagen

BIJLAGE 1: Rookstopcyclus volgens Prochaska en Di Clemente.

Het transtheoretisch model van Prochaska en Di Clemente



Bron: Richtlijn Domus Medica (7)

BIJLAGE 2: Rookstopstrategie van de 5 A's

Tabel: Strategie van de 5 A's.

Ask	Rookgedrag identificeren en documenteren voor alle patiënten en bij elk contact.
Advise to quit	De patiënt aanmoedigen om te stoppen met roken met behulp van een duidelijke, kordate en gepersonaliseerde boodschap.
Assess willingness to make a quit attempt	De wil van de patiënt om te stoppen met roken evalueren en versterken.
Assist in quit attempt	Aan rokers de nodige farmacologische ondersteuning bieden om te stoppen met roken.
Arrange follow-up	Een opvolgconsult voorzien, liefst in de week na de start van de rookstop.

Bron: Richtlijn Domus Medica (7)

BIJLAGE 3: ABC model.

- **A – Ask** about smoking status.
- **B** – Give **Brief advice** to stop smoking to all people who smoke.
- **C** – Provide evidence-based **Cessation support** for those who express a desire to stop smoking.

Bron: Richtlijn Nieuw-Zeeland (9)

BIJLAGE 4: 5R's

Strategie van de 5 R's

De strategie van de '**5 R's**' beoogt een verhoging van de rookstopmotivatie:

- '**Relevance**': moedig de patiënt aan door hem te zeggen waarom stoppen met roken voor hem persoonlijk belangrijk is en blijf daarbij zo duidelijk mogelijk. Deze informatie heeft het meeste effect als ze geënt is op de specifieke situatie van de patiënt: ziekte of risicofactoren, familiale situatie (kinderen thuis), leeftijd, geslacht en andere eigenschappen van zijn persoon (vorige rookstoppogingen, persoonlijke weerstand tegenover stoppen).
- '**Risks**': vraag de patiënt om de schadelijke effecten van roken te identificeren. Suggereer en benadruk wat u het meest relevant lijkt voor deze patiënt. Leg hem uit dat het roken van andere vormen van tabak (lichte sigaretten, pijp, sigaren) de risico's niet wegneemt.
  - *Risico's op korte termijn:* kortademigheid, astmaexacerbaties, roken tijdens de zwangerschap, impotentie, onvruchtbaarheid, stijging van de serumkoolstofmonoxide.
  - *Risico's op lange termijn:* hartaandoeningen of CVA, longkanker of andere vormen van kanker (larynx, mondholte, farynx, slokdarm, pancreas, blaas, baarmoederhals), COPD, chronische bronchitis, emfyseem, chronische ziekten en chronische zorgsituaties.
  - *Risico's voor de omgeving:*
    1) bij partner: verhoging van het risico op longkanker of hartpathologie;
    2) bij kinderen van rokers: hoger rookpercentage, stijging van het risico op laag geboortegewicht, astma, middenoorontsteking met effusie en luchtweginfectie.
- '**Rewards**': vraag de patiënt om de potentiële voordelen van rookstop te identificeren. Suggereer en benadruk wat u het meest relevant lijkt voor deze patiënt. Bijvoorbeeld:
  - verbetering van de algemene gezondheid, langere levensverwachting;
  - betere smaakzin;
  - betere reukzin;
  - besparing;
  - verbeterd zelfbeeld;

Bron: Richtlijn Domus Medica (7)

BIJLAGE 5: Draaiboek

Draaiboek rondom rookstopbegeleiding.

Titel

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

Doelgroep

Iedere patiënt ≥ 18 jaar zal geïncludeerd worden in het project. De rokende patiënten hoeven geen vragende partij te zijn voor rookstopbegeleiding of klachten te hebben die samen kunnen hangen met hun rookgedrag.

Exclusiecriteria: huisbezoeken, leeftijd jonger dan 18 jaar.

Periode

Het kwaliteitsbevorderend project zal plaatsvinden zodra het ethisch comité toestemming heeft gegeven om dit project uit te voeren. Het project zal in totaal acht maanden duren.

Verantwoordelijke over het project

Dokter Laura Nailis (Huisarts in opleiding) zal dit project bewaken en opvolgen.

Identificatie en registratie van de rookstatus en rookstopbegeleiding

De "strategie van de 5A's" zal gebruikt worden als interventie voor rookstopbegeleiding. Achtereenvolgens worden de noodzakelijke stappen toegelicht voor de rookstopbegeleiding van een rokende patiënt. Deze zijn gebaseerd op de richtlijnen van Domus Medica en het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG). Deze richtlijnen worden binnen de huisartsgeneeskunde beschouwd als "aanbevelingen voor goede medische praktijkvoering", en dus als na te streven standard-of-care (best practice).

1. *To Ask:* Identificatie van het rookgedrag van de patiënt:

De huisarts zal de rookstatus van iedere patiënt ≥ 18 jaar bevragen en registreren in het elektronisch medisch dossier (EMD) onder het icoon "risicofactoren": roker/ex-roker/nooit gerookt. Bij een gekende roker zal de rookstatus bij ieder contact opnieuw bevraagd worden.

2. *To Assess willingness to quit:* Bepaling van de fase in de rookstopcyclus:

Indien de patiënt rookt zal deze, samen met de huisarts, een korte vragenlijst invullen waarin de fase wordt bepaald waarin hij/zij zich bevindt in de rookstopcyclus volgens het model van Prochaska en Di Clemente (precontemplatie, contemplatie, preparatie of actie). Tevens zal gepeild worden naar de mate van lichamelijke afhankelijkheid via de test *Time To The First Cigarette* uit de Fagerström vragenlijst.

Voor het invullen van de vragenlijst wordt de informatie over het project en het informed consent formulier samen met de huisarts doorgenomen en ondertekend. De huisarts vermeldt het volgende: "*In het kader van de wet op de privacy vragen wij u dit formulier te ondertekenen zodanig dat wij uw gegevens mogen gebruiken voor de evaluatie van ons project. Uiteraard blijven uw gegevens anoniem".*

Vragenlijst:

- *Wilt u stoppen met roken? Ja/Neen*

- *Indien u wilt stoppen met roken, wanneer wilt u tot rookstop overgaan?*
  - *Over meer dan 6 maanden?*
  - *Minder dan 6 maanden en over meer dan 1 maand?*
  - *Minder dan 1 maand?*

- *Indien u wilt stoppen met roken binnen één maand, wilt u hiervoor begeleid worden? Ja/Neen*
  - *Indien ja, op welk telefoonnummer kunnen we u hiervoor bereiken? ……*

- *Het meten van de mate van uw lichamelijke afhankelijkheid.*
  Hoelang na het ontwaken rookt u uw eerste sigaret?
  - *Minder dan 5 minuten na het ontwaken*
  - *Tussen 6-30 minuten na het ontwaken*
  - *Tussen 31-60 minuten na het ontwaken*
  - *Langer dan 60 minuten na het ontwaken*

- *Hoeveel sigaretten rookt u per dag?*
  - *Meer dan 31 sigaretten (3punten)*
  - *21 tot 30 sigaretten (2 punten)*
  - *11 tot 20 sigaretten (1 punten)*
  - *minder dan 10 sigaretten (0 punten)*

Na de standaard raadpleging geeft de patiënt de ingevulde vragenlijst en het informed consent formulier af aan de arts. Enkel de patiënten die binnen één maand willen overgaan tot rookstop, vullen hun telefoonnummer in op de vragenlijst, zodanig dat een vervolgafspraak gemaakt kan worden voor de specifieke rookstopbegeleidende raadplegingen.

3. *To Advise:* Rookstopadvies:

Het rookstopadvies is gericht om de patiënt te motiveren om over te gaan tot rookstop of om te evolueren naar een volgende fase van gedragsverandering volgens het model van Prochaska en Di Clemente. Het advies zal op maat worden gegeven en is afhankelijk van de fase waarin de patiënt zich bevindt.

a) *Precontemplatiefase (tevreden roker):*

De huisarts zal bij de tevreden roker informatie op maat bezorgen. De huisarts vermeldt het volgende: *"Ik raad u aan om te stoppen met roken en ik kan u daarbij helpen"*. Hierbij benadrukt de huisarts het belang van te stoppen met roken. De huisarts legt, waar mogelijk, een relatie met ziekten, klachten of risicofactoren die op dat moment aanwezig zijn bij de patiënt (persoonlijke voordelen van rookstop).
Indien de patiënt hulp weigert, zal de huisarts vragen om tijdens een volgende standaard raadpleging het rookgedrag van de patiënt opnieuw bespreekbaar te maken.

b) *Contemplatiefase (twijfelende roker) en preparatiefase (voorbereidende roker):*
De huisarts zal in deze fase een korte motivatieverhogende interventie aanbieden (<10 minuten) waarbij gebruik zal gemaakt worden van de 5R's:

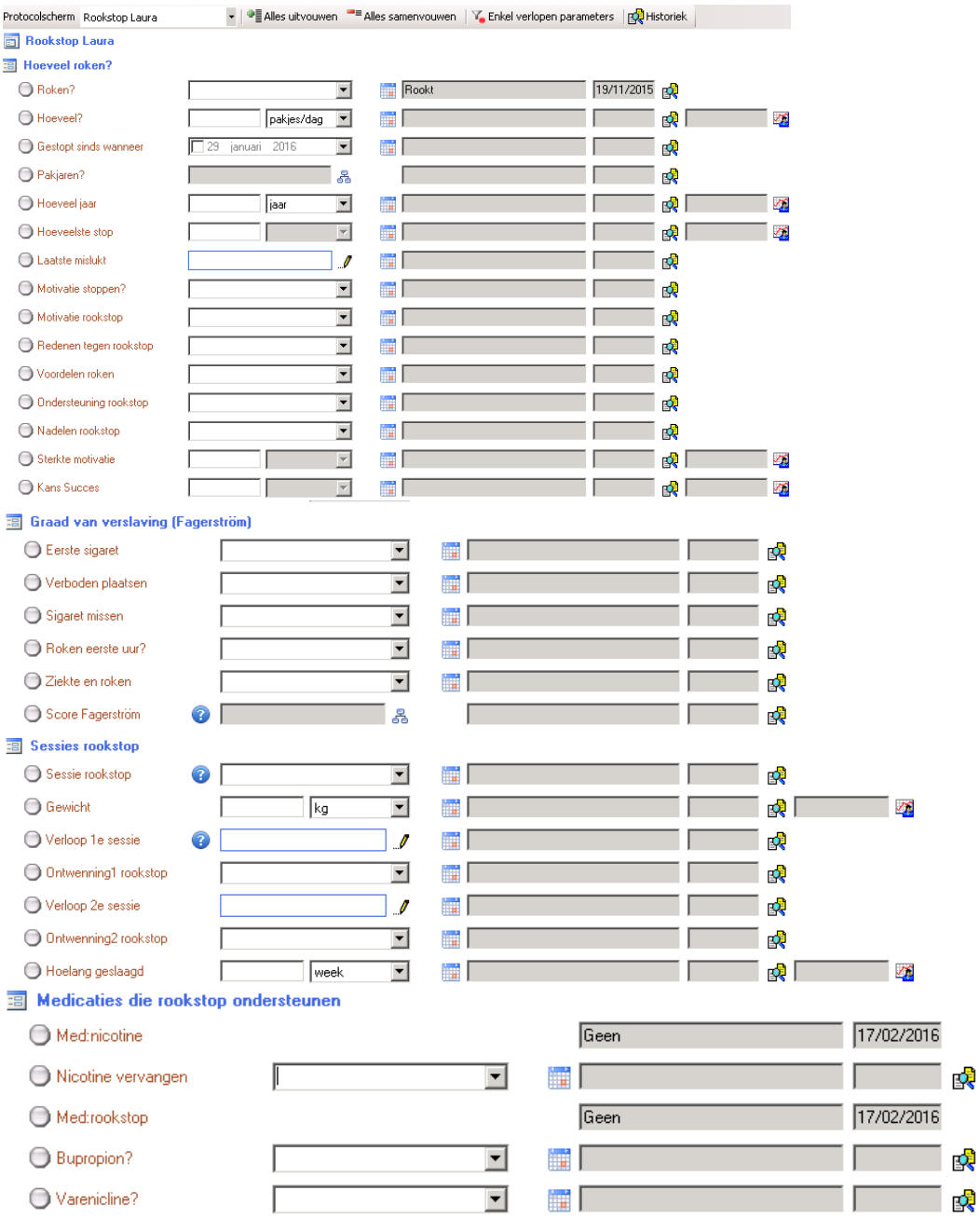
- *Relevance:* benadruk het belang om te stoppen met roken. De huisarts legt, indien mogelijk, een relatie tussen roken met ziekten, klachten of risicofactoren die op dat moment aanwezig zijn bij de patiënt.
- *Risks:* identificeer de schadelijke effecten van roken (korte en lange termijn, omgeving).
    - Korte termijn: impotentie, dyspnoe en onvruchtbaarheid;
    - Lange termijn: hart-en vaatziekten, COPD en kanker;
    - Omgeving: gevolgen van passief roken (hoger rookpercentage, astma, middenoorontsteking, luchtweginfecties, verhoogd risico op een laag geboortewicht).
- *Rewards:* laat de patiënt de voordelen van een rookstop zelf aangeven (betere gezondheid, betere geur en reuk, betere fysiek, geld en een beter riekende adem, goed voorbeeld etc.).
- *Roadblocks:* laat de patiënt eventuele barrières identificeren waardoor deze niet tot rookstop zou overgaan. Bied hierbij ondersteuning en geef mogelijk oplossingen voor de moeilijkheden:
    - Ontwenningsverschijnselen: eventueel medicamenteuze interventie;
    - Angst om te falen: normale reactie → patiënt moet zichzelf belonen;
    - Gewichtstoename: normale reactie, het gewicht blijft stabiel na een tijd → stimulatie goede eetgewoonten, niet overdrijven;
    - Gebrek aan sociale steun: follow-up afspraken stimuleren, steun vinden in omgeving;
    - Genot om te roken: afweging ten opzichte van de nadelen van roken.
- *Repetition:* verhoging van rookstopmotivatie. Benadrukken dat herval moet beschouwd worden als een leermoment. Het betekent geen falen.

c) *Actiefase (klaar om te stoppen):*
De huisarts biedt in deze fase een intensieve ondersteunende interventie aan de rokers die binnen één maand willen stoppen met roken. In deze fase zal de huisarts de patiënt meermaals begeleiden over een periode van zes maanden. Tevens zal een medicamenteuze behandeling worden voorgesteld (zie hieronder: "to Assist").

d) *Ex-roker:*
Bij dreigende terugval zal de patiënt contact opnemen met de huisarts.

4. *To Assist:* Intensieve rookstopbegeleiding:
Tijdens de rookstopbegeleidende raadplegingen zal de huisarts met de patiënt een begeleidingsprogramma opstellen voor de rokers die willen stoppen met roken binnen één maand (actiefase).

Allereerst zal de mate van lichamelijke afhankelijkheid, motivatie tot rookstop en de rookgewoonten van de patiënt geëvalueerd en geregistreerd worden aan de hand van een aangepaste rookstopbegeleidingsmodule.



De huisarts zal de gedragstherapeutische aanpak toepassen. Hierbij brengt de huisarts mogelijke barrières tegen rookstop ter sprake en hoe de roker deze moeilijke momenten kan herkennen (ontwenningsverschijnselen, angst om te falen, gewichtstoename, gebrek aan sociale steun). De huisarts biedt ondersteuning en geeft mogelijk oplossingen voor deze moeilijkheden:

- Ontwenningsverschijnselen: eventueel medicamenteuze interventie;
- Angst om te falen: normale reactie → patiënt moet zichzelf belonen;
- Gewichtstoename: normale reactie, het gewicht blijft stabiel na een tijd → stimulatie goede eetgewoonten, niet overdrijven;
- Gebrek aan sociale steun: follow-up afspraken stimuleren, steun vinden in omgeving;

- Genot om te roken: afweging ten opzichte van de nadelen van roken. Maak samen met de patiënt een rookstopplan.
    - Vastleggen rookstopdatum (binnen één week na de standaard consultatie);
    - Sociale steun vragen bij rookstop, omgeving inlichten dat de patiënt gaat stoppen met roken op de geplande stopdatum;
    - Zorg voor een rookvrije omgeving;
    - Identificatie van bovengenoemde barrières en oplossingen hiervoor;
    - Het roken van tien of meer sigaretten per dag en het roken van een eerste sigaret <30 minuten na ontwaken, is een reden om te starten met medicatie.

De huisarts geeft aan dat herval als een leermoment moet beschouwd worden. Het betekent in geen geval een falen van de patiënt en/of arts.

Medicamenteuze behandeling:
De mate van lichamelijke afhankelijkheid zal bepalen of een roker een medicamenteuze therapie verdient (test van Fagerström). Een belangrijke indicatie om te starten met medicamenteuze ondersteuning bij rookstop is het roken van tien of meer sigaretten per dag. Echter indien patiënten minder dan tien sigaretten per dag roken en medicatie wensen, zal dit ook worden toegestaan. Het starten van medicatie is uiteraard niet verplicht.

5. *To Arrange follow-up:* Follow-up bij iedere gedragsfase uit het model van Prochaska en Di Clemente:

a) *Precontemplatiefase (tevreden roker):*
De huisarts zal vragen aan de patiënt om tijdens een volgende standaard raadpleging de rookstatus te bevragen. Er zal geen vervolgafspraak gemaakt worden.

b) *Contemplatiefase (twijfelende roker) en preparatiefase (voorbereidende roker):*
De huisarts zal een vervolg consult plannen waarbij de 5 R's achtereenvolgens besproken en geëvalueerd zullen worden (<10 minuten). Deze raadpleging zal ingepland worden drie maanden na de standaard raadpleging.

c) *Actiefase (klaar om te stoppen):*
De huisarts plant samen met de patiënt follow-up contacten:
- Één week na de stopdatum;
- Één maand na de stopdatum;
- Opvolgconsulten, afgestemd op de behoefte van de patiënt (± 1 maand);
- Laatste consultatie: zes maanden na de stopdatum.

De begeleiding zal gebeuren in overeenstemming met bestaande huisartsgeneeskundige richtlijnen voor het begeleiden van rookstop. Er zullen geen extra raadplegingen plaatsvinden louter voor dit project.

Tijdens deze follow-up consulten worden de onthoudings- of hervalstatus, motivatie, eventuele moeilijke momenten en de medicamenteuze therapie geëvalueerd en geregistreerd. Tevens zal de rookstopbegeleidingsmodule opnieuw doorgenomen en geregistreerd worden.

Evaluatie en feedback tijdens het lopende project.
Wekelijks zullen team vergaderingen plaatsvinden waarbij de volgende vragen gesteld zullen worden aan iedere arts:

- Hoe verloopt het project? Zijn er opmerkingen?
- Is de registratie van de rookstatus systematisch bij iedere patiënt gebeurd tot nu toe?
  - Zo neen: waarom niet? ……..
- Hoe verloopt de rookstopbegeleidingsfase? Zijn er moeilijkheden bij registratie? Zijn er moeilijkheden om bepaalde vragen te stellen? Andere opmerkingen?

BIJLAGE 6: Rookstopformulier RIZIV

[Bijlage 76

Tabaksontwenning Follow-up document (KB 31 augustus 2009)

Identificatie van de patiënt
Naam: ..... Voornaam:.....
Geboortedatum:.....

Historisch overzicht van het tabaksgebruik (rookstart, rookstoppingen, periodes van rookstop,...)

Evaluatie van de tabaksafhankelijkheid (vb: test van Fagerström)

Evaluatie van de motivatie op te stoppen met roken

CO-meting

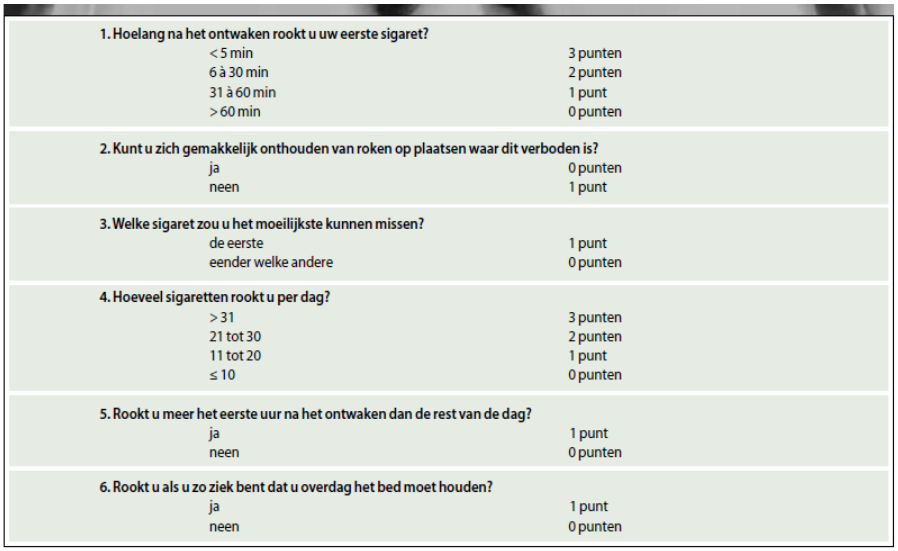
Evaluatie van de aanwezigheid van angst en /of depressie (vb: HAD: hospital anxiety and depression scale)

Gebruik van een specifieke farmaceutische specialiteit (vb: nicotinevervangende therapie)

Datum van de zittingen]

Bron: *http://www.vrgt.be/tabakspreventie/informatie_voor_professionelen/terugbetaling*
Geraadpleegd op 12 februari 2016.

BIJLAGE 7: Test van Fagerström



1. Hoelang na het ontwaken rookt u uw eerste sigaret?	
< 5 min	3 punten
6 à 30 min	2 punten
31 à 60 min	1 punt
> 60 min	0 punten
2. Kunt u zich gemakkelijk onthouden van roken op plaatsen waar dit verboden is?	
ja	0 punten
neen	1 punt
3. Welke sigaret zou u het moeilijkste kunnen missen?	
de eerste	1 punt
eender welke andere	0 punten
4. Hoeveel sigaretten rookt u per dag?	
> 31	3 punten
21 tot 30	2 punten
11 tot 20	1 punt
≤ 10	0 punten
5. Rookt u meer het eerste uur na het ontwaken dan de rest van de dag?	
ja	1 punt
neen	0 punten
6. Rookt u als u zo ziek bent dat u overdag het bed moet houden?	
ja	1 punt
neen	0 punten

Score > 8: sterke afhankelijkheid *Score 4 tot 7: lichte afhankelijkheid* *Score < 4: geen afhankelijkheid*

Bron: Richtlijn Domus Medica (7)

BIJLAGE 8: Vragenlijst

Korte vragenlijst met betrekking tot het peilen naar uw rookstopfase en uw motivatie tot rookstop (doorstrepen wat niet van toepassing is).

- *Wilt u stoppen met roken? Ja/Neen*

- *Indien u wilt stoppen met roken, wanneer wilt u tot rookstop overgaan?*
  - *Over meer dan 6 maanden?*
  - *Minder dan 6 maanden en over meer dan 1 maand?*
  - *Minder dan 1 maand?*

- *Indien u wilt stoppen met roken binnen één maand, wilt u hiervoor begeleid worden? Ja/Neen*
  - *Indien ja, op welk telefoonnummer kunnen we u hiervoor bereiken? ……*

- *Het meten van de mate van uw lichamelijke afhankelijkheid.*
  Hoelang na het ontwaken rookt u uw eerste sigaret?
  - *Minder dan 5 minuten na het ontwaken*
  - *Tussen 6-30 minuten na het ontwaken*
  - *Tussen 31-60 minuten na het ontwaken*
  - *Langer dan 60 minuten na het ontwaken*

- *Hoeveel sigaretten rookt u per dag?*
  - *Meer dan 31 sigaretten (3punten)*
  - *21 tot 30 sigaretten (2 punten)*
  - *11 tot 20 sigaretten (1 punten)*
  - *minder dan 10 sigaretten (0 punten)*

BIJLAGE 9: Informed consent formulier

Informatie en Toestemmingsformulier voor de patiënt

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

INFORMATIE VOOR DE PATIËNT

Geachte heer, mevrouw,

In het kader van haar master-na-masteropleiding huisartsgeneeskunde doet Dokter Laura Nailis een kwaliteitsverbeterend project naar het effect van een systematische en gestructureerde registratie van de rookstatus en het gebruik van een draaiboek rond rookstopbegeleiding op het rookgedrag van een patiënt. Dit project zal plaatsvinden in de periode van … *(na goedkeuring EC)* tot en met april 2017 onder toezicht van de Vrije Universiteit Brussel (VUB).

Met dit project willen wij nagaan of het organiseren van specifieke rookstopbegeleidende raadplegingen, waarbij als hulpmiddel een rookstopbegeleidingsmodule in combinatie met een draaiboek worden gebruikt, een positief effect heeft op het rookgedrag van de patiënt. Dit wil zeggen dat de patiënt tijdens deze specifieke raadplegingen intensief begeleid zal worden waarbij gestreefd zal worden naar rookstop of overweging tot rookstop. De begeleiding zal gebeuren in overeenstemming met bestaande huisartsgeneeskundige richtlijnen voor het begeleiden van rookstop. Er zullen geen extra raadplegingen plaatsvinden louter voor dit project.

Indien U toestemt om deel te nemen aan dit project zal de arts U intensief begeleiden volgens een draaiboek dat gebaseerd is op nationale en internationale literatuur. Er zal voldoende follow-up geregeld worden voor u op maat.

- *Indien u twijfelt om te stoppen met roken,* zal gevraagd worden voor een herhaalafspraak na 3 maanden. Tijdens deze vervolgraadpleging zal specifiek gevraagd worden naar uw rookstatus, de mate van afhankelijkheid en uw motivatie tot rookstop. Tevens zal aan u rookstopadvies gegeven worden.
- *Indien u beslist om binnen een maand te stoppen met roken,* zal een afspraak gemaakt worden een week na uw rookstopdatum. U zult vervolgens over een periode van 6 maanden intensief begeleid worden in uw rookstopproces. Tijdens deze herhaalafspraken zullen onder andere uw rookstatus, de mate van afhankelijkheid en motivatie tot rookstop bevraagd worden. Indien u dit wenst, zal een medicamenteuze behandeling toegevoegd worden aan deze intensieve rookstopbegeleiding.

Alle gegevens zullen vertrouwelijk behandeld worden en anoniem verwerkt worden, dit in overeenstemming met de wet op de persoonlijke levenssfeer.

Uw deelname vindt plaats op vrijwillige basis. Dit wil eveneens zeggen dat u zich op elk moment uit het project kunt terugtrekken zonder dat dit gevolgen heeft voor de relatie met uw huisarts.

Door het ondertekenen van een formulier voor geïnformeerde toestemming geeft u uw toestemming tot het meewerken aan het project.

Indien u nog bijkomende vragen heeft over dit onderzoek kunt u contact opnemen met onderstaande onderzoekers of uw behandelende huisarts.

Wij stellen uw medewerking van harte op prijs.

Met vriendelijke groeten,

Dokter Mily Ampe

Dokter Yves Grouwels

Dokter Laura Nailis

TOESTEMMINGSFORMULIER

Naam patiënt: …….

1. Ik bevestig dat Dokter.....……(naam informerende arts in blokletters) mij uitgebreid geïnformeerd heeft over de aard en het doel van dit project.

2. Ik bevestig dat ik de informatie over het project heb begrepen en schriftelijk gekregen heb.

3. Ik begrijp dat mijn deelname geheel vrijwillig is en dat ik me op elk moment kan terugtrekken uit dit project, zonder nadelige gevolgen.

4. Ik begrijp dat mijn persoonlijke en klinische gegevens tijdens dit project worden verzameld en gecodeerd, waarbij ik toegang kan krijgen tot mijn verzamelde gegevens. Elk onjuist gegeven kan op mijn verzoek worden verbeterd. In overeenstemming met het koninklijk besluit van 8 december 1992 en het koninklijk besluit van 22 augustus 2002, zal mijn persoonlijke levenssfeer worden gerespecteerd.

5. Dit project werd goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan de VUB en wordt uitgevoerd volgens de richtlijnen van ICH/GCP opgesteld in de verklaring van Helsinki opgesteld ter bescherming van individuen deelnemend aan klinische studies. In geen geval dient u de goedkeuring door de Commissie voor Medische Ethiek te beschouwen als een aanzet tot deelname aan dit project.

6. Ik verleen bevoegde vertegenwoordigers van de VUB en regelgevende instanties toestemming voor directe inzage in mijn persoonlijke medische gegevens om na te gaan of het onderzoek uitgevoerd is volgens de wetten en voorschriften.

7. Er werd voor dit project, conform de Belgische wet van 7 mei 2004, een verzekering afgesloten. Dit daar de wet voorschrijft dat voor elk wetenschappelijk onderzoek bij mensen een verzekering moet afgesloten worden ook al houdt dit project weinig of geen risico in voor de deelnemer.

8. Ik verklaar hierbij dat ik instem met deelname aan dit project.

Door de patiënt te ondertekenen en persoonlijk te dateren.

Datum…… Handtekening…….
Patiënt

Verklaring van de onderzoeker betreffende de geïnformeerde toestemming van de patiënt
Ondergetekende heeft de bijzonderheden van dit klinisch onderzoek, zoals dit beschreven staat in het informatieformulier voor de patiënt, volledig uitgelegd aan bovengenoemde patiënt.

Datum……. Handtekening…….
Informerende arts

BIJLAGE 10: Goedkeuring Ethisch Comité

Universitair Ziekenhuis Brussel

Vrije Universiteit Brussel

COMMISSIE MEDISCHE ETHIEK (O.G. 016)
Reflectiegroep Biomedische Ethiek
Laarbeeklaan 101
1090 BRUSSEL

PROF. DR. J. VANDEVOORDE
VAKGROEP HUISARTSGENEESKUNDE
VUB

Tel + 32 2 477 55 84
Fax + 32 2 477 55 94
commissie.ethiek@uzbrussel.be

Brussel, 20-04-2016

Ons Kenmerk: **2016/092**

ADVIES VAN DE COMMISSIE MEDISCHE ETHIEK

Betreft:
Het effect van een gestructureerde en systematische registratie van de rookstatus en het gebruik van een draaiboek rond rookstopbegeleiding op het rookgedrag van de patiënt: een kwaliteitsverbeterend project
B.U.N. 143201627922

Na kennis genomen te hebben van de documenten betreffende het bovenvermelde project, inclusief de aangepaste versie van de vragenlijst, het draaiboek en het informatie- en toestemmingsformulier in het Nederlands, dd 13-Apr-2016, besluit de Commissie Medische Ethiek tijdens haar vergadering van 20 april 2016

dat de voorziene studie mag ondernomen worden.

Deze goedkeuring blijft geldig voor de duur van het project. De Commissie wenst een jaarlijks overzicht van de stand van zaken van het project te ontvangen. De studieresultaten dienen overgemaakt te worden aan de Commissie bij het beëindigen van de studie. Zij herinneren de verantwoordelijke van het experiment eraan dat dit experiment onder zijn persoonlijke verantwoordelijkheid zal worden uitgevoerd. Het gunstig advies van de Commissie betekent geenszins dat de Commissie de verantwoordelijkheid van het experiment op zich neemt. De Commissie Medische Ethiek werkt en is georganiseerd volgens de richtlijnen van ICH-GCP.

Met de meeste hoogachting,

A. Van Steirteghem, voorzitter

Cc: FAGG, Departement R&D, Eurostation blok 2, Victor Hortaplein 40 / 40, 1060 BRUSSEL

BIJLAGE 11: Protocol

GEEF EEN KORTE SAMENVATTING VAN HET PROTOCOL (MINIMUM 30 ZINNEN/ EEN HALVE PAGINA EN MAXIMUM ÉÉN PAGINA), VERSTAANBAAR VOOR MENSEN NIET GESPECIALISEERD IN DE MATERIE, VERWIJS NIET ALLEEN NAAR EEN BIJGEVOEGD PROTOCOL.

Dit kwaliteitsverbeterend project zal plaatsvinden in een huisartsenpraktijk (met het systeem van een forfaitaire betaling) in Genk waaraan twee huisartsen en één huisarts-in-opleiding zullen meewerken. De inclusiecriteria voor dit project zijn alle patiënten vanaf 18 jaar met een globaal medisch dossier die op een standaard raadpleging langskomen. Exclusiecriteria zijn: huisbezoeken, leeftijd jonger dan 18 jaar. Voorafgaand aan het project zal tijdens teamvergaderingen een probleemanalyse opgemaakt worden rondom de huidige registratiemethode van de rookstatus en het rookstopbegeleidingsproces. Een overzicht van de huidige methode in de praktijk zal geschetst worden. Tevens zal gebruik gemaakt worden van een visgraatdiagram om een overzicht te verkrijgen van mogelijke barrières waardoor deze processen niet systematisch gebeuren in de praktijk. Voorafgaand aan het project zal ook een vragenlijst worden opgemaakt waarbij de rookstatus, motivatie tot rookstop en de mate van lichamelijke afhankelijkheid zullen gepeild worden (BIJLAGE 1). Tevens zal een draaiboek opgemaakt worden omtrent de aanpak van rookstopbegeleiding in deze huisartsenpraktijk (BIJLAGE 2). Hierin zal ook de bestaande rookstopbegeleidingsmodule in het elektronisch medisch dossier (EMD) vermeld staan. Deze module zal aangepast zijn aan de doelstellingen van dit project en zal gebruikt worden als registratiemethode van de rookstopbegeleiding. Als wetenschappelijke onderbouwing voor dit draaiboek wordt gebruik gemaakt van de richtlijnen van Domus Medica en Nederlands Huisartsengenootschap (NHG). Voorafgaand aan het project zal een voormeting rondom registratie van de rookstatus in het EMD gebeuren. Omtrent rookstopbegeleiding kan geen voormeting gebeuren aangezien in de praktijk tot nu toe geen gebruik wordt gemaakt van de bestaande rookstopbegeleidingsmodule voor de registratie van de rookstopbegeleiding.

Het kwaliteitsverbeterend project zal gedurende een periode van acht maanden plaatsvinden. De eerste fase, de registratiefase van de rookstatus in Medidoc, zal gedurende twee maanden consequent gebeuren. Systematische bevraging en registratie van de rookstatus in het EMD zal tijdens een standaard consultatie plaatsvinden. Na het ontvangen van de informatie over het project zal het informed consent formulier samen met de huisarts doorgenomen en ondertekend worden. Na toestemming zal de patiënt samen met de huisarts de bovengenoemde korte vragenlijst invullen. Het doel hiervan is om te peilen naar de mate van lichamelijke afhankelijkheid en om te bepalen in welke fase de patiënt zich bevindt in de rookstopcyclus volgens Prochaska en Di Clemente (BIJLAGE 1). Hierna zal de huisarts rookstopadvies op maat geven aan iedere roker. Het rookstopadvies is verschillend in iedere gedragsfase (BIJLAGE 2 – “to Advise”). Tevens is de follow-up verschillend voor iedere fase (BIJLAGE 2 – to Arrange follow-up). Voor de patiënten die binnen één maand willen stoppen met roken, zal de huisarts een afspraak maken voor een specifieke rookstopbegeleidende raadpleging binnen één week na de standaard raadpleging. Deze laatste patiënten vullen hun telefoonnummer in op de vragenlijst, zodanig dat zij bereikbaar zijn. De patiënten uit de overige gedragsfasen krijgen een begeleiding op maat (BIJLAGE 2 – “to Arrange follow-up). Na de standaard raadpleging zullen alle rokende patiënten de ingevulde vragenlijst en het informed consent formulier afgeven aan de arts.

De specifieke rookstopbegeleidende raadplegingen zullen gedurende een periode van zes maanden plaatsvinden. De rokende patiënt zal tijdens iedere raadpleging systematisch en intensief begeleid worden, waarbij als leidraad de aangepaste rookstopbegeleidingsmodule in combinatie met het draaiboek zullen gebruikt worden. De begeleiding zal gebeuren in overeenstemming met bestaande huisartsgeneeskundige richtlijnen voor het begeleiden van rookstop. Er zullen geen extra raadplegingen plaatsvinden louter voor dit project. De follow-up zal standaard plaatsvinden binnen één week na de rookstopdatum en binnen één maand na de rookstopdatum. Daarna zullen een reeks opvolgconsulten plaatsvinden, afgestemd op de behoefte van de patiënt (± 1 maand). De laatste specifieke rookstopbegeleidende raadpleging zal gebeuren zes maanden na de rookstopdatum. Tijdens het project zal wekelijks overleg plaatsvinden met alle medewerkers waarbij voldoende ruimte zal zijn voor evaluatie en feedback. Tevens zal een nameting gebeuren van de verkregen resultaten met betrekking tot de registratie van de rookstatus in het EMD. Omtrent rookstopbegeleiding zal worden nagegaan hoeveel rokende patiënten van de geïncludeerde patiënten zijn overgegaan tot effectieve rookstop en hoeveel patiënten veranderd zijn van rookstopfase volgens het model van Prochaska en Di Clemente. De verkregen resultaten zullen vergeleken worden met gegevens uit de internationale literatuur. Patiëntgegevens zullen op een gecodeerde wijze verzameld worden. Ten slotte zal een praktijkvergadering plaatsvinden waarbij deze resultaten besproken zullen worden. Er zal bepaald worden of het project geïntegreerd zal worden in de bestaande praktijkvoering, of het project zal verlaten worden, of het project zal aangepast worden (adopt-abandon-adjust).