Dr. Nel Verheyen

HAIO 2010 – 2012

IMPLEMENTEREN VAN EEN ZORGPLAN ROOKSTOP IN DE HUISARTSENPRAKTIJK

Promotor: Prof. Dr. Paul De Cort

Praktijkopleider en co-promotor: Dr. Peter De Coster

Co-promotor: Dr. Irma Kemper

Praktijkadres: Hoornzeelstraat 47 – 3080 Tervuren

E-mailadres: nel_verheyen@hotmail.com

KATHOLIEKE UNIVERSITEIT LEUVEN

ACADEMISCH CENTRUM HUISARTSGENEESKUNDE

Dankwoord

In de eerste plaats wil ik graag mijn promotor, prof. dr. Paul De Cort, bedanken voor zijn begrip bij het wisselen van onderwerp en zijn adviezen bij het uitwerken van dit nieuwe project.
Verder wil ik ook mijn collega's in de praktijk bedanken die deze thesis mee mogelijk maakten, namelijk dr. Peter De Coster en dr. Irma Kemper die deelnamen aan de registratie en mij begeleidden bij het verwerken van de gegevens.
Ook wil ik een woordje van dank richten tot mijn vader, dr. Marc Verheyen, voor het nalezen van de tekst. Tot slot wil ik de rest van mijn familie en zeker en vast ook mijn partner Hans bedanken voor hun geduld en mentale steun gedurende de voorbije twee jaren.

Abstract

INLEIDING

Roken heeft een enorme impact op de gezondheid. Een patiënt helpen stoppen met roken is dus het beste wat een huisarts kan doen om diens gezondheid te verbeteren. Maar de huidige richtlijnen over rookstopbegeleiding zijn weinig praktisch toepasbaar.

ONDERZOEKSVRAGEN

Kan een praktijkrichtlijn over rookstopbegeleiding ontwikkeld worden vanuit de huidige wetenschappelijke informatie? Is deze praktisch toepasbaar? Is deze effectief?

METHODE

In de literatuur werd gezocht naar evidence based informatie over rookstopbegeleiding. Deze gegevens werden verzameld en kritisch bekeken. Nadien werd hieruit een praktijkrichtlijn opgesteld met praktische aanbevelingen over interventies en geneesmiddelen. Deze werd vervolgens toegepast in de groepspraktijk in Tervuren. Tijdens een registratiefase werden de rokers geïdentificeerd. Zij die wilden meewerken kregen een interventie toegepast op hun motivatiestadium. Nadien werd het effect hiervan geëvalueerd.

RESULTATEN

Tijdens de registratiefase werden 83 rokers weerhouden op 423 patiëntencontacten, 54 rokers wilden meewerken aan het project. Echter kwamen 14 rokers niet opdagen op de afspraak en konden er 2 niet gecontacteerd worden na de interventie. Van de 38 overgebleven rokers ondernamen er 10 een stoppoging (26%), hiervan bleken 4 rokers 6 maanden later nog steeds gestopt (11%). Van de 34 niet-gestopte rokers gingen er 17 vooruit in motivatiestadium (50%), maar slechts 5 rokers verminderden significant hun gerookte hoeveelheid (15%).

BESLUIT

Vanuit evidence based informatie kon een praktijkrichtlijn over rookstopbegeleiding worden opgesteld. Deze was gemakkelijker toepasbaar dan de bestaande richtlijnen. Deze bleek ook effectief met een stoppercentage van 11%. Van de niet-gestopte rokers ging de helft vooruit in motivatie. Deze motivatieverandering leek echter een minder objectieve parameter dan vermindering van gerookte hoeveelheid om vooruitgang in het rookstopproces te beoordelen. Begeleiding volgens de praktijkrichtlijn is zeer arbeidsintensief en dus minder haalbaar in drukke praktijken. In dergelijke setting moet worden gezocht naar andere oplossingen.

Inhoud

I. Inleiding 7

II. Onderzoeksvragen 7

III. Literatuurstudie 8

1) Methode 8

2) Resultaten 8

- Cijfers in Vlaanderen 9
- Identificatie van de rokers 9
- Registratie bij de rokers 9
- Rookstopbegeleiding 10
    - Algemeen 10
    - Persoonlijke interventies 11
        - Eénmalig rookstopadvies 11
        - Korte motivatieverhogende interventie 12
        - Intensieve rookstopbegeleiding 12
        - Hervalpreventie 13
    - Andere interventies 13
        - Groepsbegeleiding 13
        - Telefonische begeleiding 14
        - Zelfhulp 14
        - Adviezen door andere hulpverleners 15
        - Fysieke activiteit 15
        - Alternatieve therapieën 15
    - Verwijzing 15
- Medicatie bij rookstop 16

IV. Onderzoeksopzet 18

1) Registratie 18

- Plaats van registratie 18
- Periode van registratie 18
- Wie registreren? 18
- Registratieformulier 19

2) Interventie 20
- Tevreden roker: éénmalig rookstopadvies 21
- Twijfelende en voorbereidende roker: motivatieverhogende interventie 21
- Stopklare en gestopte roker: intensieve rookstopbegeleiding 21
  - Eerste consultatie 21
  - Tweede consultatie 22
  - Derde consultatie 22
  - Vierde tot achtste consultatie 23
  - Gestopte roker 23

3) Terugbelronde 23

V. Resultaten van het onderzoek 24

1) Registratie 24

a. Gegevens betreffende de totale populatie 24

b. Gegevens betreffende de rokers 25
- Algemene gegevens 25
- Gerookt product 25
- Gerookte hoeveelheid 26
- Rookduur 26
- Motivatie 27
- Informed consent 28

2) Interventie 28

a. Algemene gegevens 28

b. Resultaten van de totale interventiegroep 30
- Stoppoging en succesvolle rookstop 31
- Motivatieverandering 32
- Verandering van gerookte hoeveelheid 33

c. Resultaten per motivatiestadium 35
- Tevreden rokers 35
- Twijfelende en voorbereidende rokers 36
- Stopklare en gestopte rokers 36

VI. Discussie van de onderzoeksresultaten 37

1) Literatuuronderzoek 37

- Indeling van de rokers in motivatiestadia 37
- Rookstopbegeleiding 38
- Farmacotherapie bij rookstop 38

2) Registratie 38

- Inclusiecriteria 38
- Gegevens over de totale registratiegroep 38
- Gegevens over de rokers 39
  - Vergelijking met de literatuurgegevens 39
  - Interessante resultaten 39

3) Interventie 39

- Algemene gegevens 40
- Gegevens betreffende de outcome 40
  - Stoppoging en geslaagde rookstop 40
  - Verandering van motivatiestadium en gerookte hoeveelheid 41
- Persoonlijke reflectie 41

VII. Besluit 42

VIII. Referenties 43

IX. Bijlagen 45

I. Inleiding

Roken heeft een enorme impact op de gezondheid. Een roker heeft een verminderde levensverwachting van zes tot tien jaar ten opzichte van een niet-roker. Een patiënt helpen stoppen met roken is dus het beste wat een huisarts kan doen om diens gezondheid en die van zijn omgeving te verbeteren. Hij is ook de persoon bij uitstek om iemand over zijn rookgedrag aan te spreken. Maar op welke manier kan hij dit het beste doen? Welke interventie is het meest geschikt? Is deze interventie toepasbaar op alle groepen van rokers? Welke medicijnen zijn er beschikbaar ter ondersteuning van de rookstop? Kan je deze geneesmiddelen ook combineren?

Er bestaan veel richtlijnen over rookstop met algemene boodschappen zonder praktisch toepasbaar te zijn. De bedoeling van dit project was een praktijkrichtlijn formuleren gebaseerd op evidence based medicine, met praktische aanbevelingen over interventies en medicatie bij rookstop. Vervolgens werd deze praktijkrichtlijn werd toegepast in de praktijk om het effect en de haalbaarheid hiervan te evalueren.

II. Onderzoeksvragen

Deze thesis zocht een antwoord op de volgende vragen:

1) Kan een praktijkrichtlijn over rookstopbegeleiding ontwikkeld worden vanuit de huidige wetenschappelijke informatie?
2) Is deze praktijkrichtlijn praktisch toepasbaar?
3) Is deze praktijkrichtlijn effectief bij rookstopbegeleiding?

III. Literatuurstudie

De bedoeling van dit onderzoek was een praktijkrichtlijn opstellen aan de hand van evidence based medicine. Eerst werd er in de literatuur gezocht naar wetenschappelijk bewezen informatie over rookstop. Na een vergelijking en kritische evaluatie van de gevonden gegevens werd hieruit een praktijkrichtlijn gesynthetiseerd.

1. Methode

De literatuurzoektocht werd uitgevoerd met volgende termen: rookstop, roken, smoking cessation en smoking/therapy [MESH]. In de eerste plaats werd er gezocht naar richtlijnen.
Voor de Nederlandstalige richtlijnen was dit op de websites van Domus Medica, het federaal kenniscentrum voor de gezondheidszorg (KCE), het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV), het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) en het Centraal BegeleidingsOrgaan voor intercollegiale toetsing (CBO). Ook de transparantiefiches van het Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie werden geraadpleegd.
Engelstalige richtlijnen werden gezocht op de websites van Evidence-Based Medicine Guidelines, Clinical Knowledge Summaries, Guideline Finder UK, National Guideline Clearinghouse, New Zealand Guidelines Group en World Health Organisation. Via de zoekmotoren SUMsearch en Tripdatabase werd nog een controlezoektocht uitgevoerd om geen richtlijnen over het hoofd te zien.
Daarnaast werd gezocht in de databanken van The Cochrane Library en Clinical Evidence, en in Pubmed. Gezien het grote aanbod aan (vrije recente) richtlijnen waren hier geen nuttige aanvullende artikels te weerhouden.
Tot slot werd nog een boek gelezen over motivatieverhogende gesprekstechnieken: 'Motiverende gespreksvoering in de gezondheidszorg. Werken aan gedragsverandering als je maar 7 minuten hebt.' van Stephen Rollnick, William Miller en Christopher Butler.

2. Resultaten

Onderstaande tekst is een samenvatting van de gegevens die in de literatuur over rookstop zijn verschenen. Eerst volgen enkele cijfergegevens over de rokers in Vlaanderen. Daarna wordt beschreven wat de huisarts volgens de literatuur moet doen met betrekking tot zijn rokende patiënten.

a) Cijfers in Vlaanderen

De Vlaamse bevolking telt 23% rokers, bijna een kwart is gestopt met roken (24,4%) en meer dan de helft heeft nooit gerookt (52,7%). Het rookpercentage bij de mannen is 28%, bij de vrouwen 18,1%. Voor de zware rokers (meer dan 20 sigaretten per dag) betekent dit 8,4% van de mannen en 5% van de vrouwen. Er is een toename met de leeftijd met het hoogste percentage tussen 45 en 54 jaar. De gemiddelde hoeveelheid is 16 sigaretten per dag, waarbij 6,7% meer dan 20 sigaretten per dag rookt. De laatste jaren wordt een daling van het aantal rokers gezien: in 1997 rookte nog 29% van de Vlaamse populatie, in 2001 28%, in 2004 27% en in 2008 nog 23%.[1]

b) Identificatie van de rokers

Idealiter wordt bij elk patiëntencontact de rookstatus bevraagd, dit wil zeggen dat de arts aan elke patiënt vraagt of hij rookt of niet.[2,3,4,5,6] De jongste leeftijd om deze bevraging te starten was 9 jaar.[2] Deze vraag moet zeker gesteld worden aan risicogroepen bij wie rookstop van extra belang is: aan roken gerelateerde aandoeningen (COPD, astma, diabetes, hart- en vaatziekten), aan roken gerelateerde klachten (hoest, kortademigheid), zwangere vrouwen en hun partners, vrouwen die anticonceptie gebruiken en ouders van kinderen met astma of recidiverende luchtweginfecties.[3,5]

De patiënten worden op deze manier opgedeeld in niet-rokers, ex-rokers en rokers. Een roker is iemand die in zijn leven minstens 100 sigaretten, 30 sigaren of 30 pijpen heeft gerookt. Verder moet hij ook nog in de laatste maand hebben gerookt.[2] Een ex-roker is iemand die minstens één maand gestopt is met roken[2], maar eigenlijk is een stopduur van zes tot twaalf maanden pas een echt relevant eindpunt.[7]

Deze rookstatus moet genoteerd worden in het elektronisch medisch dossier[2,3,5,6,8] en op bepaalde momenten opnieuw geëvalueerd worden: voor rokers tijdens elke consultatie, voor niet-rokers en ex-rokers is een jaarlijkse evaluatie voldoende.[2,3]

b) Rokers

Bij rokers moet ook de hoeveelheid, rookduur en rookstopmotivatie nagegaan worden.[2,5] Voor deze motivatie verschilt de terminologie van de diverse richtlijnen. Enerzijds is er de indeling van de rokers in ongemotiveerd, overwegend en gemotiveerd om te stoppen.[4,5] Anderzijds is er een onderscheid tussen tevreden, twijfelende, voorbereidende en stopklare rokers.[2,3] Gemeenschappelijke punten zijn de roker die nog niet nadenkt over rookstop (ongemotiveerde of tevreden roker) en de roker die een stoppoging wil ondernemen binnen de maand

(gemotiveerde of stopklare roker). Het verschilpunt is de roker die al wel heeft nagedacht over rookstop maar nog niet klaar is voor een stoppoging. In de ene bron wordt deze een overwegende roker[4,5] genoemd, in de andere bron wordt nog een onderscheid gemaakt in de geschatte tijd tot aan de stoppoging. Een voorbereidende roker wil een stoppoging ondernemen binnen de één tot zes maanden, bij een twijfelende roker moet er minstens een periode van zes maanden zijn gepasseerd.[2,3]

Voor een roker die onvoldoende lang gestopt is om een ex-roker genoemd te worden, werd in de literatuur geen term gevonden.

b) Rookstopbegeleiding

Algemeen

In de meeste richtlijnen wordt aanbevolen de rookstopbegeleiding uit te voeren op maat van het motivatiestadium[2,3,4,5,9] (gebaseerd op het model van gedragsverandering van Prochaska en Diclemente), alhoewel er slechts beperkt bewijs bestaat dat dit effectiever is dan een algemene interventie te doen.[4,5]

Volgens dit model moet rookstop opgevat worden als een proces waarin de roker verschillende fasen moet doorlopen vooraleer hij het eindpunt van rookstop bereikt.

In de eerste fase (precontemplatiefase) is de roker zich nog niet bewust van het probleem en denkt hij nog niet na over rookstop, hij is een tevreden roker. Deze fase kan lange tijd worden aangehouden en moet niet noodzakelijkerwijs worden gevolgd door een volgende fase.

De tweede fase (contemplatiefase) is die van de twijfelende roker. Hij wordt zich bewust van zijn rookprobleem en stelt zich enigszins open voor de informatie die de hulpverlener aanbiedt, maar hij weet nog niet of hij wel wil stoppen met roken.

In de derde fase (preparatiefase) is hij echt ontevreden over zijn rookgedrag en neemt hij wel de beslissing tot rookstop. Hij maakt concrete plannen om zich hierop voor te bereiden.

De vierde fase (actiefase) is het moment waarop de roker beslist deze plannen uit te voeren en tot rookstop over te gaan. Van hieruit kan de gestopte roker twee richtingen uitgaan. Hij kan zijn stopgedrag volhouden tot de vijfde fase van consolidatie, hij wordt dan een ex-roker. Ofwel kan hij hervallen in zijn oude rookgedrag en opnieuw terechtkomen in één van de voorgaande fasen. Herval is een fase die hoort bij gedragsverandering en mag niet gezien worden als een mislukking. Uit de begane fouten kan geleerd worden voor een volgende stoppoging.

Een andere theorie is de catastrofetheorie van West. Door overtuigingen en ervaringen groeit bij de roker de intentie om te stoppen totdat op een bepaald moment zelfs een kleine trigger voldoende is om over te gaan tot rookstop. Elke roker moet dus rookstopadvies krijgen ongeacht of hij hier klaar voor is of niet. Er wordt aanbevolen de interventies te richten op het verhogen van de rookstopmotivatie, het stimuleren van triggers en het onmiddellijk aanbieden van een behandeling wanneer de roker beslist om te stoppen.[4,5]

Rookstopbegeleiding wordt best uitgevoerd als een aparte consultatie.[6] Twee types van counseling blijken effectief, namelijk de oplossingsgerichte en de aanmoedigende interventies.[8,10]
De intensiteit van begeleiding kan gaan van een éénmalig kort rookstopadvies over een motivatieverhogende interventie tot een intensieve rookstopbegeleiding. Meer intensieve begeleidingsvormen zijn effectiever, maar gaan gepaard met een hogere kostprijs.[6,7,8,9,10] In België wordt dit voor een stuk vergoed, de patiënt heeft recht op terugbetaling van acht rookstopconsultaties over een periode van twee kalenderjaren.[11]

Hieronder volgt een bespreking van de verschillende rookstopinterventies die in de literatuur werden teruggevonden.

Persoonlijke interventies

Eénmalig rookstopadvies

Elke roker moet op zijn minst een éénmalig rookstopadvies krijgen. 'Ik raad u aan te stoppen met roken. Ik kan u daarbij helpen.[3,4,6,8,9,] Deze interventie kan toegepast worden bij alle groepen rokers (alle motivatiestadia, jongeren en ouderen, zwangeren, personen met comorbiditeit of psychische problemen).[4] Het advies moet persoonlijk gemaakt worden door links te leggen met eventuele risicofactoren, ziekten of klachten van de patiënt.[2,3,5,6,9]
Dit is van alle interventies de minst effectieve, maar gezien de geringe inspanning moet het toegepast worden door zoveel mogelijk artsen bij zoveel mogelijk patiënten.[4]
Wanneer de roker hiervoor openstaat, kan dit advies aangevuld worden met meer intensieve vervolgcontacten. Maar deze bereidheid van de patiënt impliceert meestal dat hij al minstens nagedacht heeft over rookstop. Voor de meeste tevreden rokers zal het dus bij dit korte rookstopadvies blijven. Wel wordt er aanbevolen dit advies minstens jaarlijks te herhalen. De toestemming van de roker moet dus gevraagd worden om hier in een volgende consultatie op terug te komen.[4]

Korte motivatieverhogende interventie

Deze interventie heeft als doel de motivatie tot rookstop te verhogen. Dit is dus vooral nuttig bij rokers die al wel nagedacht hebben over rookstop maar onvoldoende gemotiveerd zijn om een stoppoging te ondernemen.[5,8,10]

De aanbeveling voor de inhoud is de methode van de 5 R's waarbij de items *relevance*, *risks*, *rewards*, *roadblocks* en *repetition* overlopen worden om de patiënt zelf de oplossingen te laten formuleren (voor de praktische uitvoering hiervan, zie bijlage 1).[2,3,4,5] Belangrijk hierbij zijn de principes van motivationele gespreksvoering waarbij de arts ervan uitgaat dat de oplossingen voor gedragsverandering innerlijk aanwezig zijn in de patiënt en hij deze probeert te ontlokken aan de patiënt.[3,9] Om hiermee vertrouwd te worden werd hierover het boek 'Motiverende gespreksvoering in de gezondheidszorg. Werken aan gedragsverandering als je maar 7 minuten hebt.' gelezen en het leertraject 'motiveren tot rookstop' doorlopen.[12,13]

Intensieve rookstopbegeleiding

Een roker intensief begeleiden houdt in dat de roker gedurende verschillende consultaties over meerdere maanden gevolgd wordt. Dit is de meest effectieve interventie en heeft dus de voorkeur als de roker ervoor openstaat. Het is zeker aanbevolen als er een vraag is naar intensieve begeleiding, als er eerdere mislukte pogingen waren ondanks hulpverlening of bij risicogroepen (zie hoger).[4]

De meest frequente aanbeveling voor de uitvoering is volgens het principe van de 5 A's.[2,3,4,5] Bij iedere patiënt moet de rookstatus bevraagd worden (*ask*). Bij de rokers moet de rookstopmotivatie bepaald worden (*assess*) en moet rookstopadvies gegeven worden (*advise*). De arts moet de roker bij zijn rookstoppoging begeleiden (*assist*) en moet opvolgingsconsultaties voorzien (*arrange*). De EBM-richtlijn spreekt als enige over het principe van de 6 A's waarbij *account* staat voor het noteren van de rookstatus in het medisch dossier samen met het gerookte product, de hoeveelheid en de rookduur in pakjaren.[9]

In de literatuur werd nog een andere methode beschreven, namelijk het ABC-principe (*ask, brief advice, cessation support*), maar dit komt inhoudelijk overeen met de bovenstaande methode.[6]

De intensiteit van deze begeleiding wordt op verschillende manieren gedefinieerd, afhankelijk van richtlijn tot richtlijn: minstens vier sessies van tien minuten volgens de Nederlandse en Amerikaanse richtlijn, ook vier sessies bij de richtlijn uit Nieuw-Zeeland zonder te specificeren in tijdsduur van de contacten.[4,6,8] De Engelse richtlijn maakt het nog wat intensiever met een voorstel van minstens vijf contacten van elk één uur.[14] De effectiviteit

neemt toe naarmate de interventie intensiever is, zolang dat dit face-to-face contacten zijn (meer contacten, ofwel een langere duur per contact, met een maximum van 90 minuten).[4,10] Er is geen extra effect door het toevoegen van telefonische contacten.[4]

Er werden in de literatuur ook enkele gegevens gevonden voor de praktische organisatie van deze intensieve rookstopbegeleiding. Een rookdagboek helpt bij het objectiveren van het rookgedrag en het identificeren van triggers en versterkende factoren.[2,3] Qua organiseren van opvolgingscontacten moet het eerste zo snel mogelijk volgen na de stopdatum, het tweede in de loop van de eerste maand.[2,3] Bij voorkeur wordt de intensieve interventie gecombineerd met farmacotherapie.[4]

Hervalpreventie

Tachtig percent hervalt in het eerste jaar na de stoppoging als er geen opvolging wordt voorzien. Er is een lichamelijke afhankelijkheid van ongeveer drie weken en een geestelijke afhankelijkheid die veel langer kan aanhouden. Na dit eerste jaar is herval minder frequent, maar wel nog steeds reëel.[2,3]

Toch wordt hervalpreventie betwist. Volgens de literatuur is geen enkele interventie bewezen effectief.[6] De meeste richtlijnen doen dus geen aanbeveling over interventies ter preventie van herval. Het CBO doet dit wel en maakt een onderscheid tussen twee soorten van interventies: minimale praktijkinterventies (bedoeld voor elke onlangs gestopte roker in de eerste drie maanden) en anticiperende terugvalpreventie (bedoeld voor de gestopte roker die problemen ondervindt en bestaat dus uit een gericht antwoord op het probleem dat de roker meldt).[4] De transparantiefiche van het B.C.F.I. stelt voor om bv. dieetprogramma's te starten bij vrouwen met een gewichtstoename na rookstop.[7]

Andere interventies

Groepsbegeleiding

Groepstherapie is effectiever dan zelfhulp of andere minder intensieve interventies, maar even effectief als individuele counseling.[4] Praktisch wordt een groep van acht tot twaalf personen aanbevolen waarbij zes tot tien contacten van elk anderhalf uur georganiseerd worden over een periode van zes tot tien weken.[9]

In België wordt groepsbegeleiding aangeboden door de Vlaamse Vereniging voor Respiratoire Gezondheidszorg en Tuberculosebestrijding met acht sessies van één tot anderhalf uur in groepen van tien tot vijftien personen. Informatie kan bekomen worden bij Michel Wouters (0495/700.430).[15] Gelijkaardige sessies kunnen ook georganiseerd worden door tabakologen en artsen.

Telefonische begeleiding

Rookstopbegeleiding per telefoon is minder effectief dan face-to-face begeleiding, maar vormt wel een goed alternatief als rechtstreeks contact niet mogelijk is of als de patiënt hier de voorkeur aan geeft. Het kan als enige interventie gebruikt worden of als toevoeging aan een andere methode zoals zelfhulp. Er is echter geen extra effect indien toegevoegd aan intensieve begeleiding. Naarmate de intensiteit toeneemt (meer of langere contacten) wordt meer succes bekomen, de beste resultaten werden verkregen bij acht of meer sessies.[4,9]

Er zijn twee soorten van telefonische counseling. Bij de reactieve vorm belt de roker zelf de hulplijn voor rookstopadvies, hiervoor is slechts beperkt bewijs van effectiviteit. Bij de proactieve vorm wordt de roker op vastgestelde tijdstippen opgebeld voor ondersteuning. Dit bestaat dus uit meerdere gesprekken en is effectiever dan zelfhulpmateriaal of geen interventie.[4,6,8]

In België bestaat er de Tabakstoplijn (0800/111.00). Hier kan de roker terecht met vragen over roken, gewenning en hulp bij stoppen. Daarnaast kan hij zich ook aanmelden voor een gratis proactieve telefonische begeleiding bestaande uit acht gesprekken met een tabakoloog over een periode van drie maanden.[16]

Zelfhulp

Zelfhulptherapie is rookstopbegeleiding zonder intensief contact met een therapeut waarbij gebruikt wordt gemaakt van handleidingen, brochures, audio- en videobestanden of internetprogramma's.[9] Zo kan de roker zich in België inschrijven voor het gratis online begeleidingsprogramma iCoach via de website www.exsmokers.eu. Bij een eerste bezoek aan de website wordt de roker ingedeeld in een rookstopfase aan de hand van een vragenlijst die hij moet invullen. Zo kan hij via advies op maat stapsgewijs begeleid worden naar een volgende fase om uiteindelijk rookstop te bereiken. Dit gebeurt door middel van online advies en wekelijkse mails met tips.[17]

Zelfhulpmaterialen zijn dan wel effectief bij rookstop maar het effect is klein. Advies volgens motivatiestadium scoort iets beter dan algemeen advies. Er wordt geen informatie gegeven over de inhoudelijke componenten.[4,6,7] Er is geen bewijs voor additioneel effect van zelfhulp bij andere interventies.[6]

Minderen met roken is een andere vorm van zelfhulp. Het idee hierachter is de schade ten gevolge van roken te verminderen. Eigenlijk blijft het advies steeds om volledig te stoppen met roken, maar er zijn twee uitzonderingen die wel baat kunnen hebben bij

rookvermindering. Ten eerste zijn er de rokers die wel willen stoppen maar herhaaldelijk falen ondanks goede ondersteuning. Deze personen kunnen tijdelijk het aantal sigaretten per dag verminderen tot ze opnieuw toe zijn aan een volgende stoppoging. Een tweede groep zijn de rokers die acuut moeten stoppen omwille van gezondheidsproblemen maar dit niet kunnen. In beide gevallen is minderen dus slechts een tijdelijke oplossing om de periode tot aan de echte stoppoging te overbruggen.[4] In de Engelse richtlijn wordt hierop nog een tijdslimiet gesteld: na één maand moet de roker zijn hoeveelheid gehalveerd hebben, na zes maanden moet hij volledig gestopt zijn. Nicotinevervangers kunnen toegevoegd worden om de afbouw en uiteindelijke rookstop gemakkelijker te maken.[14]

Adviezen door andere hulpverleners

Rookstopadvies door een verpleegkundige[9] of apotheker blijkt ook effectief. Deze laatste kan bij bepaalde aandoeningen de patiënt aansporen tot rookstop. Hij kan de roker ook helpen in de keuze tussen de verschillende vormen van nicotinevervangers.[4]

Fysieke activiteit

Fysieke activiteit kan gebruikt worden als coping strategie bij rookstop. Het is op korte termijn effectief bij toevoeging aan rookstopbegeleiding. Voordelen zijn het voorkomen van gewichtstoename en het verminderen van ontwenningsverschijnselen en hunkering naar sigaretten.[4,6,9] Het CBO stelt een beweegprogramma voor met matige tot intensieve fysieke trainingssessies van vijf tot veertig minuten. Dit heeft een positief effect tot drie maanden na de interventie, verder onderzoek naar het effect op lange termijn is noodzakelijk.[4]

Alternatieve therapieën

Geen van de in de literatuur vermelde alternatieve therapieën zijn bewezen effectief voor de behandeling van rookstop (acupunctuur, lasertherapie, elektrostimulatie, hypnotherapie, aversietherapie, relaxatie- en ademhalingstechnieken, kruidenpreparaten en homeopathische middelen).[2,4,6,7,9]

Verwijzing

Doorverwijzing is in de meeste richtlijnen pas aangewezen wanneer rookstopinterventies niet mogelijk zijn in de praktijk, bij ernstige onthoudingsverschijnselen of op vraag van de patiënt.[2,3,5,9] De Engelse richtlijn daarentegen geeft de voorkeur aan doorverwijzing boven begeleiding door de huisarts.[14]

Mogelijkheden voor doorverwijzing in België zijn tabakologen of hulpcentra van het Belgisch Netwerk Rookvrije ziekenhuizen. Informatie hierover kan bekomen worden bij de Vlaamse Vereniging voor Respiratoire Gezondheidszorg en Tuberculosebestrijding (VRGT, Eendrachtstraat 56, 1050 Brussel, 02/510.60.90).[15]

c) Medicatie bij rookstop

Medicatie wordt aanbevolen bij alle gemotiveerde rokers die klaar zijn een stoppoging te ondernemen.[2,3,18] Farmacotherapie moet zeker met de patiënt besproken worden wanneer er een matig tot sterke nicotineafhankelijkheid bestaat, vanaf tien tot vijftien sigaretten per dag of op vraag van de patiënt.[4,5] De mate van nicotineafhankelijkheid kan aan de hand van een aantal vragen bepaald worden. De belangrijkste vraag is 'time to first cigaret'. Een andere belangrijke vraag is het aantal sigaretten per dag. De Fagerström test gaat nog verder en vult deze twee nog aan met vier andere vragen over het rookgedrag.[2,3,9]

Onderstaand worden kort de mogelijkheden van farmacotherapie bij rookstop besproken. Voor een uitgebreider overzicht met posologie, contra-indicaties, nevenwerkingen en andere nuttige informatie over deze geneesmiddelen wordt verwezen naar bijlage 2.[19]

Eerste keuze blijven de *nicotinevervangende middelen*.[2,3,4,5,7,9,18] Deze zijn effectief bij rookstop ook zonder intensieve begeleiding.[4] Voordelen zijn de beperkte bijwerkingen en de toepasbaarheid bij COPD en cardiovasculaire aandoeningen.[4,18] Ze zijn zelfs te overwegen bij zwangerschap en borstvoeding, en bij jongeren vanaf twaalf jaar.
In de literatuur zijn er enkele aanwijzingen dat nicotinevervangende middelen iets minder werkzaam zijn dan bupropion of nortriptyline maar hiervoor is verder onderzoek noodzakelijk om dit te bevestigen.[7] Combinatietherapie lijkt effectiever dan monotherapie.[6]
Er bestaan verschillende vormen: pleisters, kauwgom, zuigtabletten, sublinguale tabletten, inhalator en neusspray. Behalve deze laatste zijn alle vormen beschikbaar in België.[20]

Tweede keuze zijn de *nicotinevrije farmacologische middelen*: bupropion, nortriptyline en varenicline.[4] Bupropion en nortriptyline zijn effectief bij rookstop. Er is tussen deze twee qua effectiviteit geen rangorde aan te brengen gezien zij in studies vergelijkbare resultaten geven (beiden steeds gecombineerd met begeleiding).[7] Maar voor de keuze tussen deze twee producten moet natuurlijk ook naar andere aspecten gekeken worden. Zo heeft nortriptyline

minder nevenwerkingen dan bupropion en is het goedkoper. Een nadeel is dan weer dat het in België voor de indicatie rookstop niet geregistreerd is.[2]
Varenicline is mogelijk effectiever dan deze twee voorgaande moleculen maar hierover zijn voorlopig onvoldoende wetenschappelijke resultaten voorhanden.[4,6] Bovendien zijn de effecten op lange termijn van dit nieuwe product nog niet gekend. De nevenwerkingen situeren zich voornamelijk op cardiaal en psychisch vlak.[19]

Een rangorde in effectiviteit aanbrengen tussen bovenstaande producten is dus voorlopig nog niet mogelijk. Varenicline lijkt effectiever dan bupropion en nortriptyline, deze laatste twee lijken op hun beurt dan weer effectiever dan de nicotinevervangers. Maar verder onderzoek is nodig om deze resultaten te bevestigen. Voorlopig blijven de nicotinevervangende middelen dus eerste keuze bij de behandeling van rookstop.

Andere geneesmiddelen zijn niet aan te raden. Selectieve serotonine reuptake inhibitoren (fluoxetine, paroxetine, sertraline), anxiolytica (buspiron, diazepam, meprobamaat, metoprolol, oxprenolol) en naltrexone hebben geen bewezen effectiviteit voor de behandeling bij rookstop.[2,6,9] Clonidine, selegiline en rimonabant zijn wel bewezen effectief, maar omwille van andere redenen niet aanbevolen. Clonidine en selegiline hebben veel nevenwerkingen, eventueel kan clonidine wel overwogen worden bij falen van zowel eerste als tweede keuze geneesmiddelen.[2,4,6] Rimonabant is een nieuw molecule en voorlopig nog niet aanvaard voor rookstoptherapie. Het is een antagonist ter hoogte van de cannabinoïdreceptoren met voorlopig goede resultaten zonder veel nevenwerkingen. Dit kan een belangrijke therapie worden in de toekomst.[2,7] Cytisine is een ander molecule dat mogelijk effectief is, maar verder onderzoek moet dit nog bevestigen.[2,6]

IV. Onderzoeksopzet

Gebaseerd op de literatuurgegevens werd een praktijkrichtlijn ontwikkeld voor begeleiding bij rookstop. Bijlage 1 geeft een schematisch overzicht voor de begeleiding volgens het motivatiestadium met praktische voorbeelden. Bijlage 2 geeft een overzicht van de geneesmiddelen die bij rookstop gebruikt kunnen worden.
In een volgende stap volgde de implementatie van de praktijkrichtlijn. Eerst was er een registratiefase waarin de rokers geïdentificeerd werden en ingedeeld volgens motivatiestadia, vervolgens werd tijdens de interventiefase rookstopbegeleiding toegepast naargelang de motivatie. Tot slot was er een terugbelronde om het effect van deze interventie te evalueren.

1. Registratie

a) Plaats van registratie

De registratie gebeurde in een huisartsengroepspraktijk in Tervuren. In deze praktijk zijn drie artsen werkzaam. Dr. Peter De Coster is 55 jaar, hij startte de praktijk in 1984. Dr. Irma Kemper is 30 jaar en associeerde zich 2 jaar geleden. Dr. Nel Verheyen is 27 jaar en is er huisarts-in-opleiding. Alle drie de artsen namen deel aan de registratie. Het is een praktijk waar naast Nederlandstalige patiënten ook veel Franstalige en Engelstalige patiënten op de consultatie komen.

b) Periode van registratie

De registratie gebeurde in twee periodes. Een eerste periode liep van 29 juni 2011 tot en met 22 juli 2011, waarbij Dr. Kemper en Dr. Verheyen tot het einde registreerden. Dr. De Coster registreerde tot en met 5 juli 2011 wegens vertrek op verlof nadien, maar registreerde nog een tweede periode gaande van 17 augustus 2011 tot en met 31 augustus 2011.

c) Wie registreren?

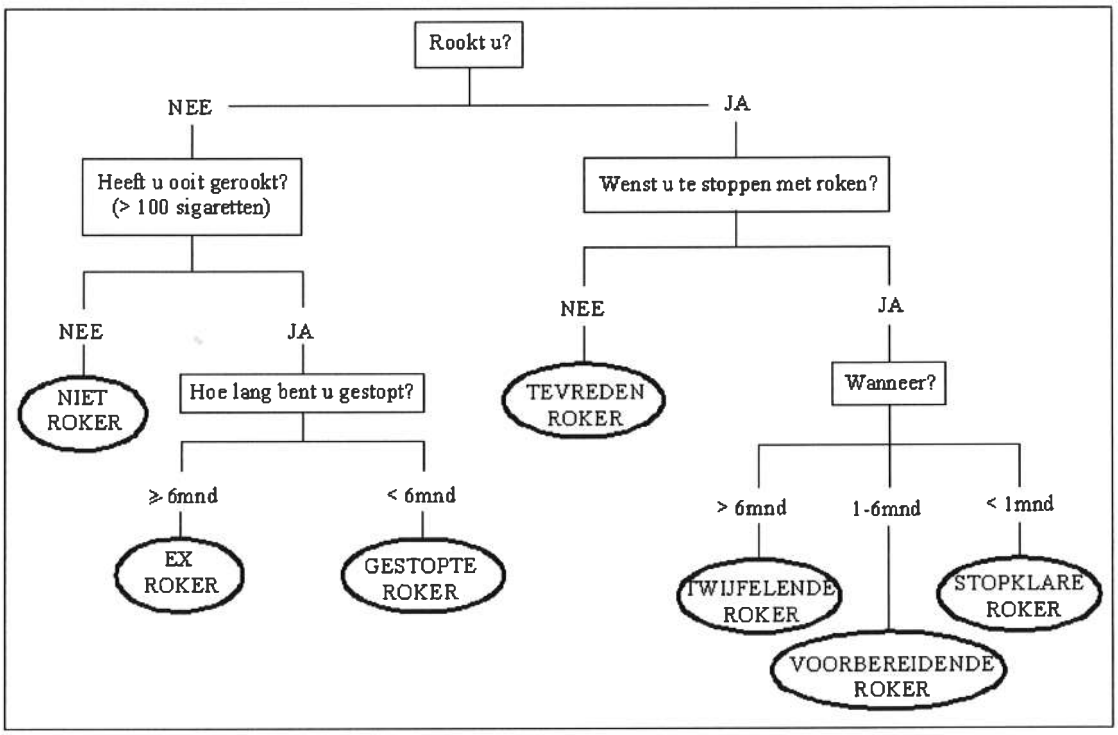
De registratie gebeurde bij elke patiënt die op consultatie kwam tijdens de registratieperiode, dit vanaf de leeftijd van negen jaar. Deze grens werd gekozen op basis van de aanbeveling van Domus Medica. Een poster in de wachtzaal kondigde het project aan.

d) Registratieformulier

Het registratieformulier werd opgesteld na de literatuurzoektocht met selectie van de belangrijkste criteria en na besprekingen met de collega-artsen. Het werd eerst uitgetest tijdens enkele consultaties, waarna enkele kritische bemerkingen leidden tot verdere verfijning van het document (zie bijlage 3).

Op elk formulier stond de naam van de arts en de datum van de registratie. In het eerste luik werd voor elke patiënt geslacht, leeftijd en rookstatus genoteerd. De rookstatus werd bepaald aan de hand van het schema in figuur 1 (niet-roker, ex-roker, roker). Voor een ex-roker werd een stopperiode van 6 maanden gekozen, een relevant eindpunt volgens de Transparantiefiche. Dit leek relevanter dan de stopduur van 1 maand volgens Domus Medica.

Figuur 1: Bepalen van de rookstatus en rookstopmotivatie tijdens de registratieronde



Bij de rokers werden in het tweede luik nog een aantal extra gegevens geregistreerd: het gerookte product (sigaretten, sigaren of pijp), de gerookte hoeveelheid per dag en de rookduur in jaren. De rokers werden in motivatiestadia ingedeeld aan de hand van het moment waarop ze planden te stoppen met roken (zie figuur 1). Er werd gekozen voor de indeling volgens Domus Medica (tevreden, twijfelende, voorbereidende en stopklare rokers) omdat dit de Vlaamse richtlijn is. Echter iemand die recent gestopt is met roken (minder dan zes maanden), valt hierbij qua terminologie uit de boot. Gezien hiervoor in de literatuur geen term werd gevonden, werd in deze studie gekozen voor een extra fase, namelijk de 'gestopte roker'.

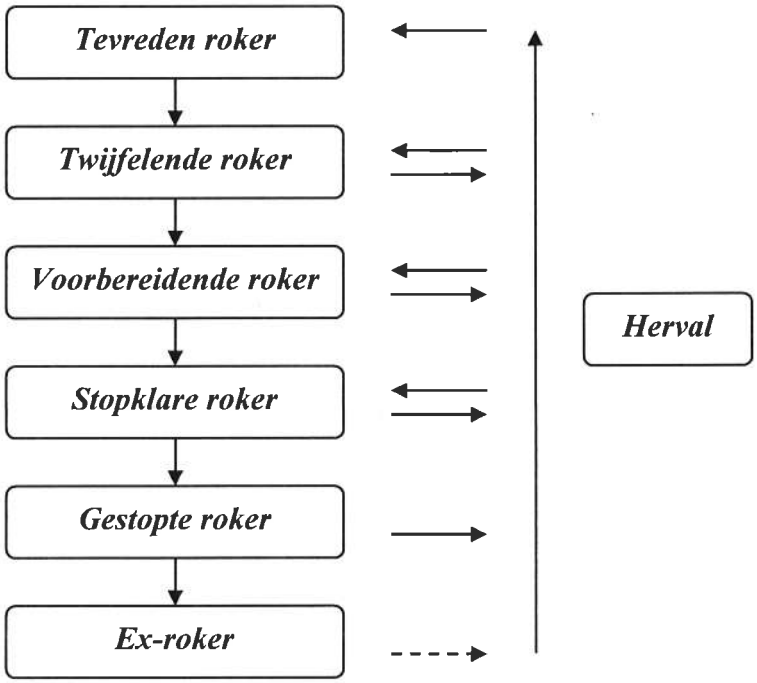
Tijdens de registratie werden de rookstatus en rookstopmotivatie steeds genoteerd in het elektronisch medisch dossier.

Na deze registratieronde volgde een interventieronde waarbij een rookstopinterventie werd toegepast op maat van het motivatiestadium. Aan elke roker werd gevraagd aan de studie deel te nemen. Hiertoe diende het derde luik op het registratieformulier. Indien zij dit weigerden werd een 'N' genoteerd in de kolom van informed conscent en werden geen verdere gegevens geregistreerd. Indien zij hierin toestemden, werd gevraagd een informed conscent (zie bijlage 4) te ondertekenen en werd een 'J' geplaatst in de gelijknamige kolom. Verder werden hun naam en telefoonnummer genoteerd om vervolgafspraken te kunnen maken.

2. Interventie

Stoppen met roken gebeurt niet in één keer, maar in verschillende stappen. Deze rookstopfasen komen overeen met de verschillende stadia van het model voor gedragsverandering beschreven door Prochaska en Di Clemente (zie figuur 2), hieraan werd de extra term 'gestopte roker' toegevoegd.

Figuur 2: Transtheoretische model van gedragsverandering toegepast op rookstop



De bedoeling van de interventieronde was om bij elke roker een specifieke interventie toe te passen naargelang het stadium van gedragsverandering waarin hij op dat moment zat.

a) Tevreden roker → éénmalig rookstopadvies

Uitgebreide informatie over rookstop aanbieden aan de tevreden roker heeft geen zin gezien deze hier nog niet klaar voor is. Een éénmalig rookstopadvies is wel nuttig. Zo werd in de studie de volgende boodschap aan tevreden rokers gegeven: 'Stoppen met roken is het beste wat u voor uw gezondheid kan doen.' Dit algemene advies kon eventueel aangevuld worden met informatie op maat (COPD, AMI, kleine kinderen, …). Dit is de enige interventie die werd toegepast door alle artsen, namelijk op het moment dat de roker geregistreerd werd. De overige interventies werden enkel door dr. Verheyen toegepast tijdens de daarvoor voorziene rookstopconsultaties.

b) Twijfelende en voorbereidende roker → motivatieverhogende interventie

Het doel van deze interventie was de rookstopmotivatie verhogen, ofwel de twijfelende roker plannen laten maken tot rookstop en de voorbereidende roker de plannen tot uitvoering laten brengen. Hiervoor werd in deze studie de 'strategie van de vijf R's' gebruikt. Samen met de patiënt werden enkele domeinen omtrent het roken overlopen: belang van rookstop (*relevance*), risico's van roken (*risks*), voordelen van rookstop (*rewards*), moeilijkheden bij rookstop (*roadblocks*), herhaling (*repetition*). Concrete voorbeelden worden gegeven in bijlage 1.

c) Stopklare en gestopte roker → intensieve rookstopbegeleiding

Aan de stopklare roker werd een intensieve rookstopbegeleiding aangeboden. Theoretisch bestond dit uit acht consulten, enerzijds omdat de literatuur aantoont dat meer succes geboekt wordt naarmate de interventie intensiever is, anderzijds omdat in België acht raadplegingen terugbetaald zijn. Uiteraard was dit in overleg met de patiënt, hijzelf moest de intensiteit van begeleiding ook haalbaar vinden. Per consultatie kwamen een aantal items aan bod. Deze worden in onderstaande tekst besproken (voor een schematisch overzicht zie bijlage 1).

Eerste consultatie

Eerst en vooral werd het rookverleden bevraagd: 'Hoeveel rookte de patiënt? Sinds hoeveel jaar rookte de patiënt? Waren er eerdere stoppogingen? Zo ja, wat was er fout gelopen? Werd er toen medicatie gebruikt?' Ten tweede werd het huidige rookgedrag nagegaan. Om hierover een goed beeld te kunnen vormen, werd aan de patiënt gevraagd een rookdagboek in te vullen (zie bijlage 5). De bedoeling was gedurende zeven dagen elke gerookte sigaret te noteren samen met alle informatie die belangrijk was voor het opsteken van die sigaret (uur, aantal, plaats of situatie, gedachten en emoties, …).

Tweede consultatie

Zeven dagen later werd het dagboek dan besproken. Vaak vermelde elementen waren de sigaretten gerookt uit gewoonte (bv. 's morgens bij de tas koffie) en deze op stressmomenten. Samen met de patiënt werd bekeken wat in de toekomst in plaats van de sigaret kon gedaan worden, zogenaamde anticipatiemiddelen. De bedoeling was enkele voorbeelden te geven (kauwgom, muntje, wandeling…) maar hem vooral zelf te laten vertellen wat hij zag zitten.

Daarna werd de test van Fagerström afgenomen om de nicotineafhankelijkheid te bepalen. Bij een lichte afhankelijkheid werd medicamenteuze ondersteuning overwogen, bij een sterke afhankelijkheid werd dit ten zeerste aanbevolen. Uiteraard was dit steeds en altijd in overleg met de patiënt. Zelfs wanneer er geen nicotineafhankelijkheid was kon op vraag van de patiënt toch beslist worden tot farmacotherapie. De patiënt werd geïnformeerd over de verschillende mogelijkheden. Eerste keuze waren de nicotinevervangers, tweede keuze de nicotinevrije farmaca zonder rangorde in effectiviteit (Champix®, Nortrilen® en Zyban®). De patiënt werd geïnformeerd over de werking, nevenwerkingen, kostprijs, etc. Zo werd samen besloten tot een persoonlijke keuze uit deze geneesmiddelen. Voor een gedetailleerd overzicht wat betreft posologie, nevenwerkingen en contra-indicaties van al deze producten, wordt verwezen naar de medicatiefiche (zie bijlage 2).

Tot slot werd samen met de patiënt een rookstopdatum gekozen en een volgende consultatie afgesproken. Normaliter werd de patiënt teruggezien de dag na de rookstopdatum.

Derde consultatie

In deze consultatie werd gestart met een evaluatie van de rookstatus. Was de patiënt erin geslaagd zich te onthouden van sigaretten? Zo ja, wat waren de moeilijke momenten? Hoe is de patiënt hiermee omgegaan? Zo nee, waren dit sporadische sigaretten of was er een herval in het oude rookgedrag? Bij sporadische sigaretten, werd opnieuw aangemoedigd tot volledige rookstop. Een misstap betekent immers niet automatisch een herval. Er werd gewaarschuwd voor schuldgevoelens en demotiverende gedachten die hiermee gepaard kunnen gaan. Bij herval in het oude rookgedrag, werd de stoppoging alsnog als positief bekrachtigd. Elke poging is immers een positieve leerervaring waarbij de slaagkans verhoogt met het aantal stoppogingen.

Er werd ook gepeild naar het gebruik van de medicatie. Werd deze goed verdragen? Ondervond de patiënt nevenwerkingen? Waren er onthoudingsverschijnselen? Het is belangrijk al deze elementen te bevragen gezien het factoren zijn voor herval.

Vierde tot achtste consultatie

Tijdens de verdere opvolging werden steeds een aantal zaken overlopen. Ten eerste werd steeds opnieuw de rookstatus bevraagd. Was de patiënt nog steeds gestopt met roken? Zo ja, dan werd de patiënt aangemoedigd het succes te vieren. Zo nee, dan werd er geëvalueerd waarom en geprobeerd hem te overtuigen volledig te stoppen. Ten tweede werd de coping nagegaan: Waren er moeilijke momenten wat betreft de onthouding van sigaretten? Zo ja, hoe ging de patiënt hiermee om? Werkte dit goed? Kon er verbetering aangebracht worden? Ten derde werd de medicatie geëvalueerd. Werd deze nog goed verdragen? Was er nood om de dosis op te drijven? Tot slot werd nog gepeild naar de motivatie. Bij afname werden motivatieverhogende gesprekstechnieken toegepast.

Er werd geprobeerd alle acht de opvolgingsmomenten te voorzien, waarbij steeds meer tijd tussen twee consultaties gelaten werd. Natuurlijk wilden niet alle rokers de acht consultaties vervolledigen en was dit in samenspraak met de patiënt te bekijken.

Gestopte roker

Ook bij een gestopte roker is opvolging belangrijk, gezien er een groot risico op herval bestaat. Een schema van rookstopconsultaties werd dus voorgesteld. Qua inhoud kwamen deze voornamelijk overeen met de vierde tot achtste consultatie van de stopklare rokers, waaraan elementen uit de eerdere consultaties konden worden toegevoegd naargelang de noden van de patiënt.

3. Terugbelronde

Zes maanden later werden alle rokers uit de interventiegroep opgebeld om het effect van deze interventie na te gaan. Deze terugbelronde liep van 1 tot 13 maart 2012.

V. Resultaten van het onderzoek

Het doel van deze studie was om in een eerste fase een praktijkrichtlijn voor rookstop te formuleren gebaseerd op evidence based medicine. In een tweede fase werd deze toegepast in de praktijk met een registratieronde gevolgd door een interventieronde. In een terugbelronde werden de resultaten van de interventie verzameld. In onderstaande tekst worden eerst de resultaten van de registratie en nadien deze van de interventie besproken.

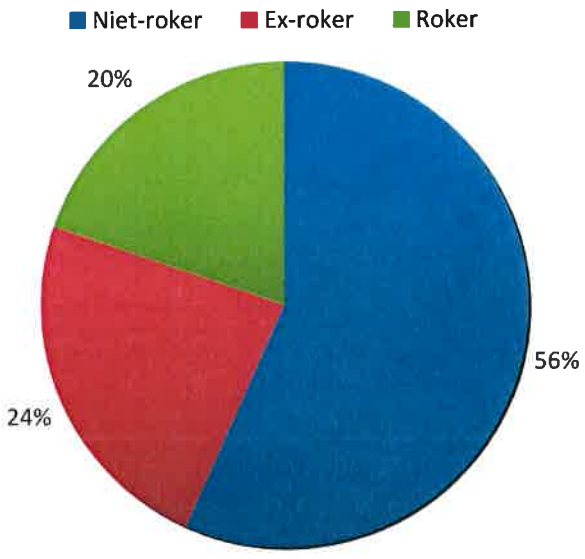
1. Registratie

a) Gegevens betreffende de totale populatie

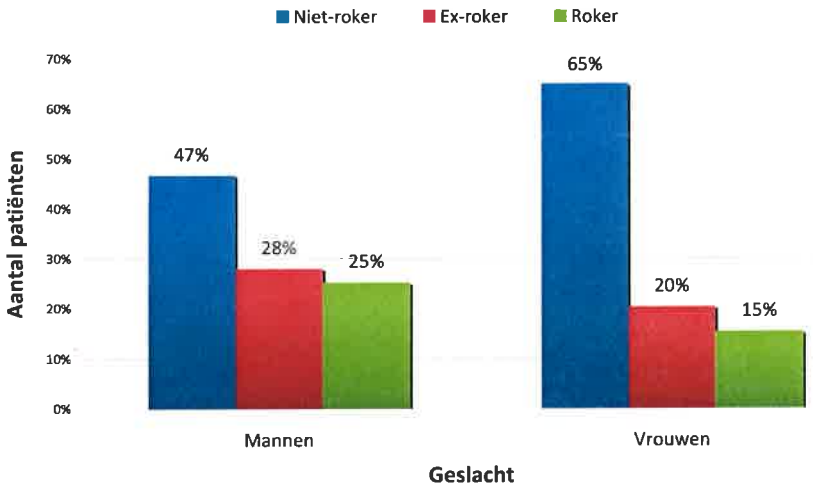
Tijdens de registratieperiode werden 423 patiëntencontacten genoteerd. Hiervan werden er 161 geregistreerd door dr. De Coster (38%), 140 door dr. Kemper (33%) en 122 door dr. Verheyen (29%). Er waren 182 mannen (43%) en 241 vrouwen (57%). De leeftijden werden genoteerd tussen 9 jaar en 90 jaar met een gemiddelde leeftijd van 44,8 jaar.

Wat betreft de rookstatus waren er 240 niet-rokers (56%), 100 ex-rokers (24%) en 83 rokers (20%) (zie grafiek 1). De indeling volgens geslacht gaf volgende waarden: voor de mannen 85 niet-rokers (47%), 51 ex-rokers (28%) en 46 rokers (25%); voor de vrouwen 155 niet-rokers (65%), 49 ex-rokers (20%) en 37 rokers (15%) (zie grafiek 2).

Grafiek 1: Rookstatus in de registratiegroep



Grafiek 2: Rookstatus en geslacht in de registratiegroep



b) Gegevens betreffende de rokers

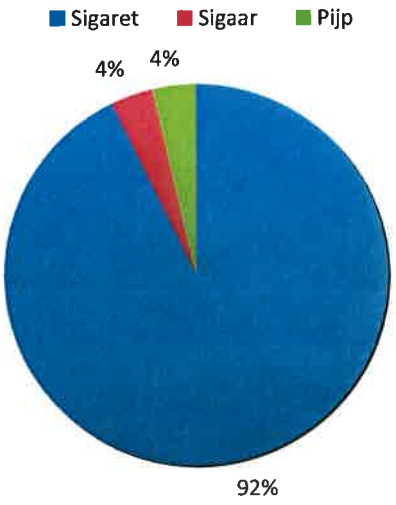
Algemene gegevens

Zoals reeds eerder vermeld werden er 83 rokers geregistreerd, dit waren 46 mannen en 37 vrouwen. Hun leeftijd varieerde tussen 16 en 86 jaar met een gemiddelde leeftijd van 41,1 jaar. Gezien de jongste roker 16 jaar was en de oudste 86 jaar, zullen deze leeftijdsgrenzen gebruikt worden in de verdere bespreking in plaats van de oorspronkelijke grenzen van 9 en 90 jaar.

Gerookt product

De grote meerderheid rookte sigaretten (92%), slechts een klein deel rookte sigaren (4%) of pijp (4%) (zie grafiek 3).

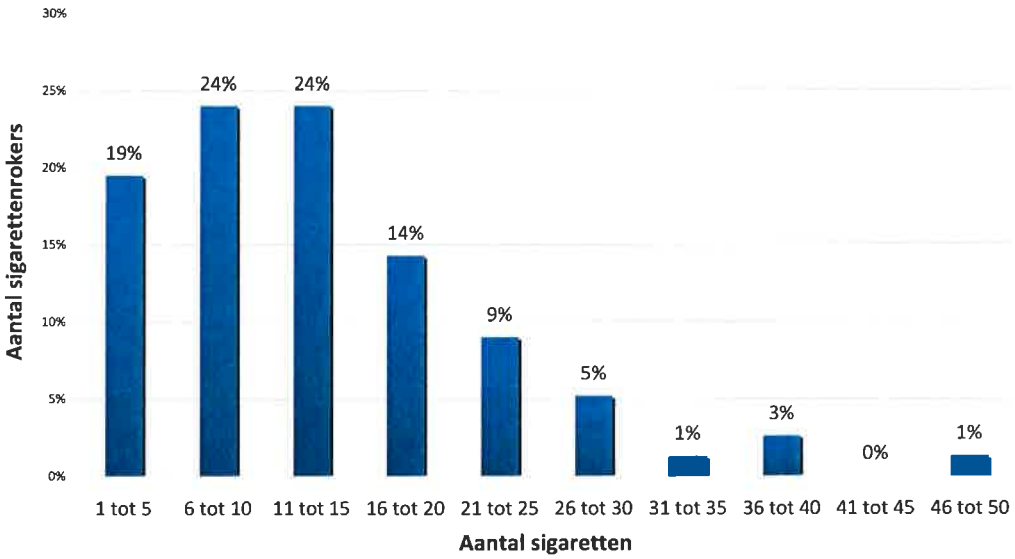
Grafiek 3: Gerookt product in de registratiegroep



Gerookte hoeveelheid

Bij de sigarettenrokers was er een gemiddelde van 14 sigaretten per dag, waarbij 43% 1 tot 10 sigaretten, 38% 11 tot 20 sigaretten en de rest meer dan 20 sigaretten rookte (zie grafiek 4). Voor mannen en vrouwen werd een gelijkaardige verdeling van de hoeveelheid gezien. De sigaren- en pijprokers hebben respectievelijk een gemiddeld aantal van 2,1 en 5 per dag.

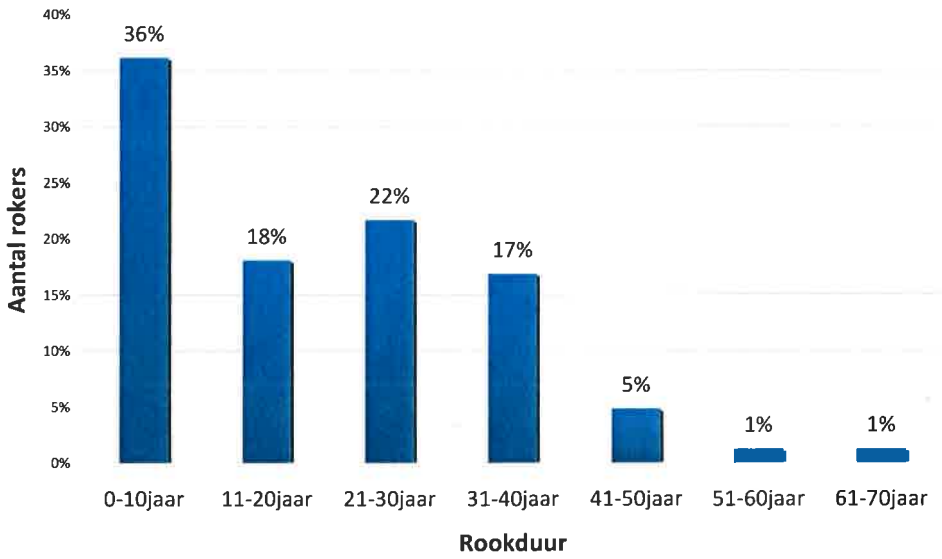
Grafiek 4: Gerookte hoeveelheid in de registratiegroep (enkel sigarettenrokers)



Rookduur

De verdeling van de rokers over de rookduur wordt weergegeven in grafiek 5.

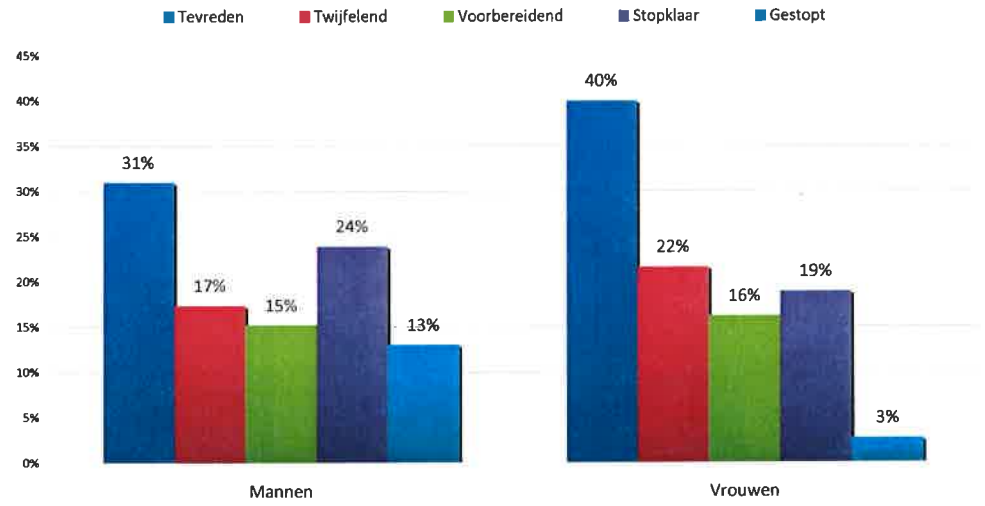
Grafiek 5: Rookduur in de registratiegroep



Motivatie

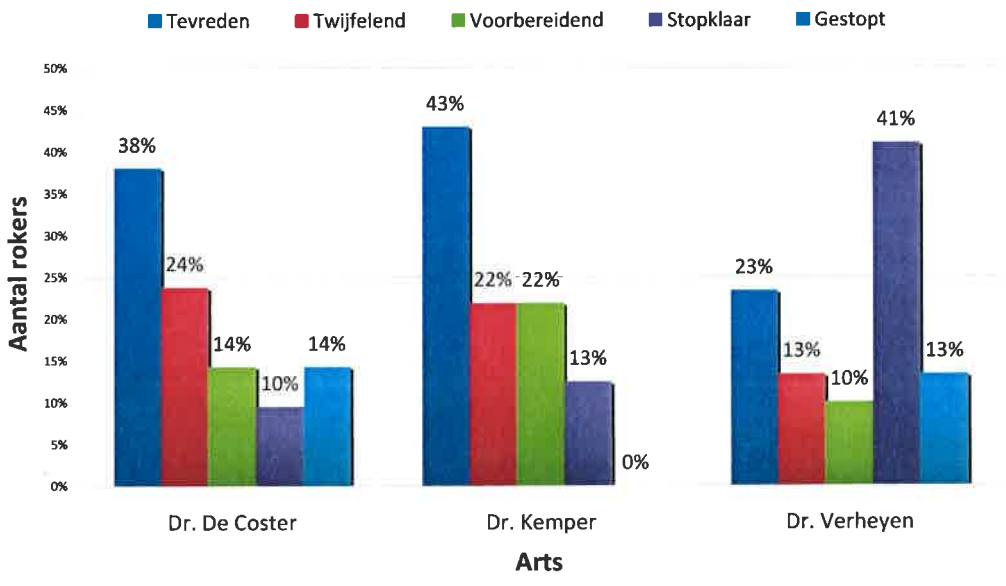
De indeling van de rokers volgens rookstopmotivatie gaf 29 tevreden (35%), 16 twijfelende (19%), 13 voorbereidende (16%), 18 stopklare (22%) en 7 reeds gestopte rokers (8%). De meerderheid van de rokers waren dus tevreden rokers, dit aandeel was groter bij de vrouwen dan bij de mannen (zie grafiek 6).

Grafiek 13: Rookstopmotivatie en geslacht in de registratiegroep



De meest voorkomende rookstopmotivatie bij dr. De Coster en dr. Kemper was de tevreden roker (respectievelijk 38% en 43%), bij dr. Verheyen was dit de stopklare roker (41%). Slechts 23% van de rokers zat bij haar in het tevreden stadium (zie grafiek 7).

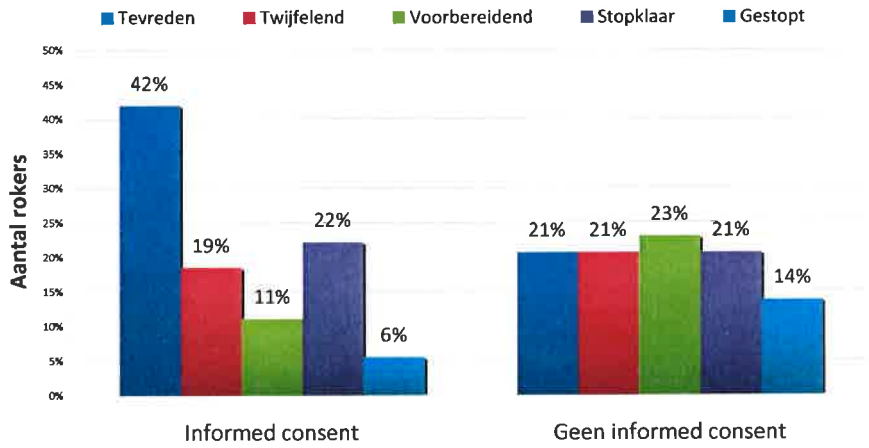
Grafiek 7: Rookstopmotivatie in de registratiegroep per arts



Informed consent

Het informatie- en toestemmingsformulier werd door 54 van de 83 rokers getekend (65%), waarvan 29 mannen en 25 vrouwen. Dr. De Coster kon 90% van de ondervraagde rokers overtuigen om deel te nemen aan de studie, bij dr. Kemper was dit 44% en bij dr. Verheyen 70%. Van de meewerkende rokers was 42% tevreden, 19% twijfelend, 11% voorbereidend, 22% stopklaar en 6% gestopt. Het aandeel van de tevreden rokers in de informed consent groep was dus groter dan in de totale registratiegroep (zie grafiek 8).

Grafiek 8: Rookstopmotivatie in de registratiegroep met of zonder informed consent



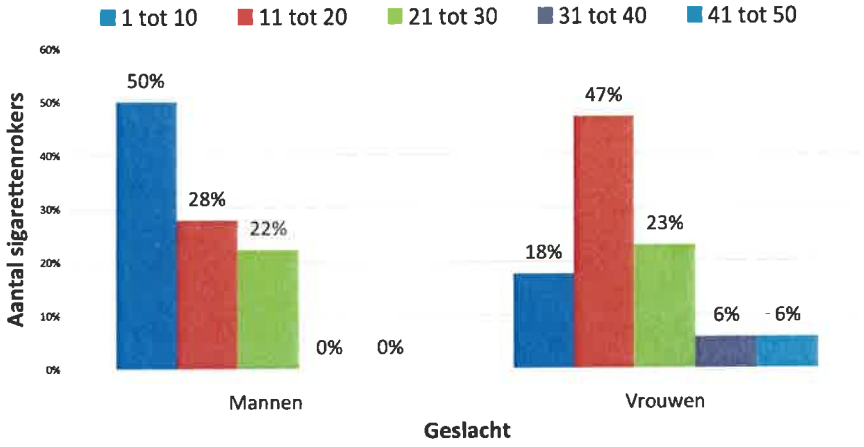
2. Interventie

Er waren 54 rokers die een informed consent tekenden om deel te nemen aan de interventie. Hiervan kwamen 14 rokers niet op de afspraak opdagen en konden 2 rokers niet gecontacteerd worden na de interventie. In de verdere bespreking werd dus enkel rekening gehouden met de overblijvende 38 rokers.

a) Algemene gegevens

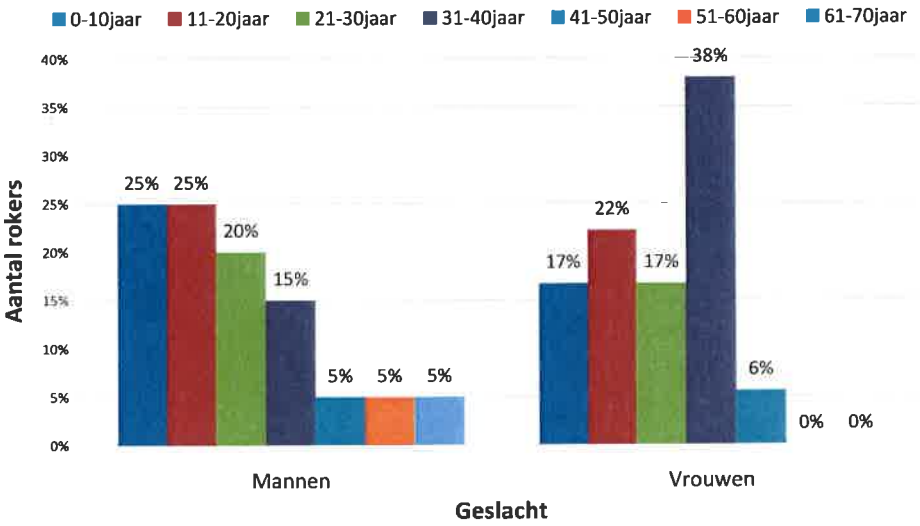
Deze 38 rokers waren 20 mannen en 18 vrouwen met een leeftijd tussen 16 en 80 jaar (gemiddelde leeftijd 44,8 jaar). De grote meerderheid rookte sigaretten (35), slechts een klein deel rookte sigaren of pijp (respectievelijk 2 en 1). De sigarettenrokers rookten gemiddeld 16,7 sigaretten per dag waarbij 34% 1 tot 10 stuks, 37% 11 tot 20 stuks, 23% 21 tot 30 stuks en de rest meer dan 30 sigaretten per dag rookte. De sigaren- en pijprokers rookten alle drie maximaal 4 stuks per dag. Bij indeling van de gerookte hoeveelheid volgens geslacht rookt het merendeel van de mannen (50%) 1 tot 10 stuks per dag en het grootste deel van de vrouwen (47%) 11 tot 20 stuks per dag (zie grafiek 9).

Grafiek 9: Gerookte starthoeveelheid en geslacht in de interventiegroep (enkel sigaretten)



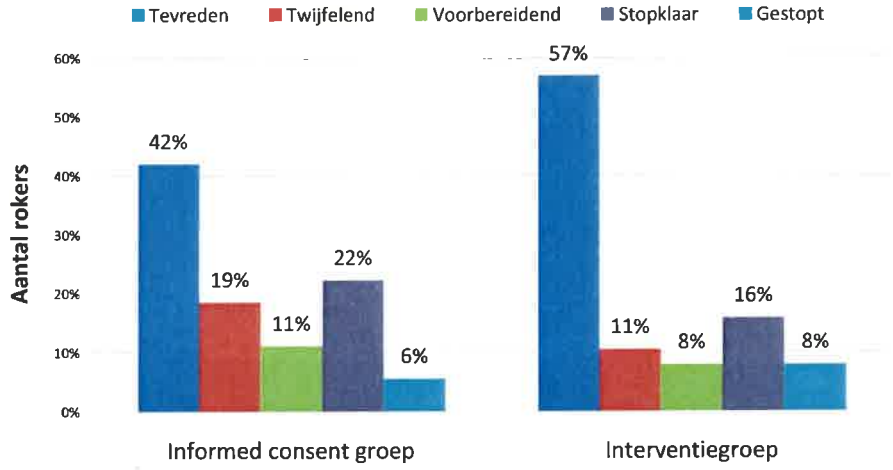
De rookduur varieerde tussen 6 maanden en 68 jaar met een gemiddelde van 25,1 jaar. Als de rookduur wordt bekeken in functie van het geslacht, bevonden de meeste mannen zich in de categorieën met een lagere rookduur terwijl de meeste vrouwen (39%) zich bevonden in de categorie '31-40 jaar' (zie grafiek 10).

Grafiek 10: Rookduur en geslacht in de interventiegroep



In de uiteindelijke interventiegroep werd het grootste deel ingenomen door de tevreden rokers (22), de andere motivatiestadia waren in mindere mate vertegenwoordigd (twijfelend 4, voorbereidend 3, stopklaar 6, gestopt 3). Dit was ook al zo in de groep die een informed consent tekenden tijdens de registratie, maar het verschil tussen tevreden rokers en de andere motivatiestadia werd in de uiteindelijke interventiegroep nog groter (zie grafiek 11).

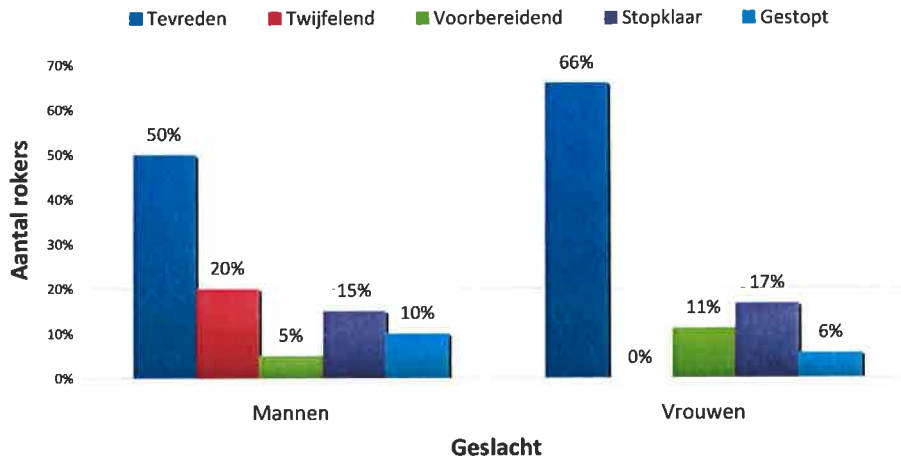
Grafiek 11: Startmotivatie in de informed consent groep en de uiteindelijke interventiegroep



De sigaren- en pijprokers zaten alle drie in de groep van de tevreden rokers.

Het aandeel tevreden rokers bij de vrouwen was groter dan bij de mannen (respectievelijk 66% en 50%) (zie grafiek 12).

Grafiek 12: Startmotivatie en geslacht in de interventiegroep



Hieronder zullen eerst de resultaten voor de totale interventiegroep besproken worden met nadien de resultaten per motivatiestadium.

b) Resultaten van de totale interventiegroep

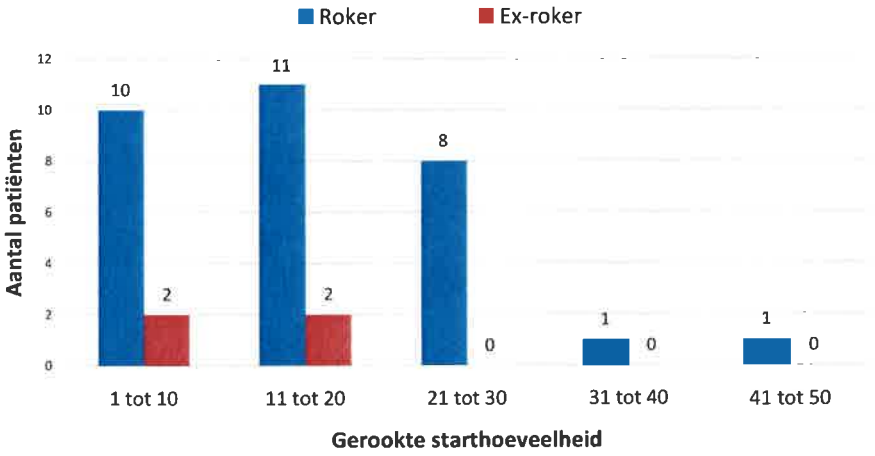
De outcome-parameters werden vooraf bepaald. Hoeveel rokers zijn gestopt door de interventie? Hoeveel niet-gestopte rokers gingen vooruit in motivatiestadium? Deze twee parameters zullen in onderstaande tekst achtereenvolgens worden besproken.

Stoppoging en succesvolle rookstop

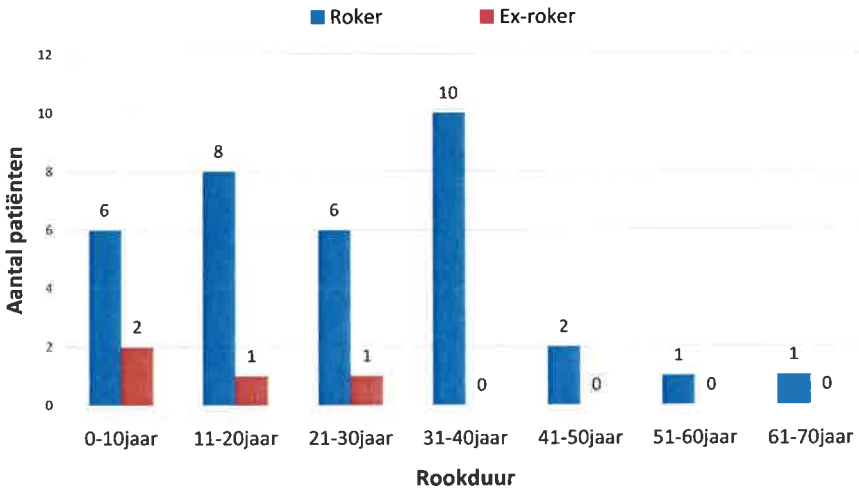
Na de terugbelronde bleek dat 10 van de 38 rokers een stoppoging hadden ondernomen, wat overeenkomt met 1 roker op 4 die probeerde te stoppen met roken (26%). Vijf rokers gebruikten medicatie (2x Zyban®, 2x Nortrilen®, 1x Champix®, geen nicotinevervangers), de andere vijf deden dit zonder medicatie.

Van deze 10 stoppogingen bleken 4 rokers na 6 maanden nog steeds succesvol gestopt, wat neerkomt op een stoppercentage van 11%. Dit waren 3 mannen en 1 vrouw, enkel deze laatste gebruikte hierbij medicatie (Nortrilen®). Wat betreft de leeftijd kwam 1 roker uit de groep '21-30 jaar', de 3 andere uit de groep '41-50 jaar'. Ze rookten allen sigaretten met een gemiddelde starthoeveelheid van 10 stuks per dag (zie grafiek 13) en een gemiddelde rookduur van 16 jaar (zie grafiek 14).

Grafiek 13: Rookstatus na de interventie en gerookte starthoeveelheid (enkel sigaretten)

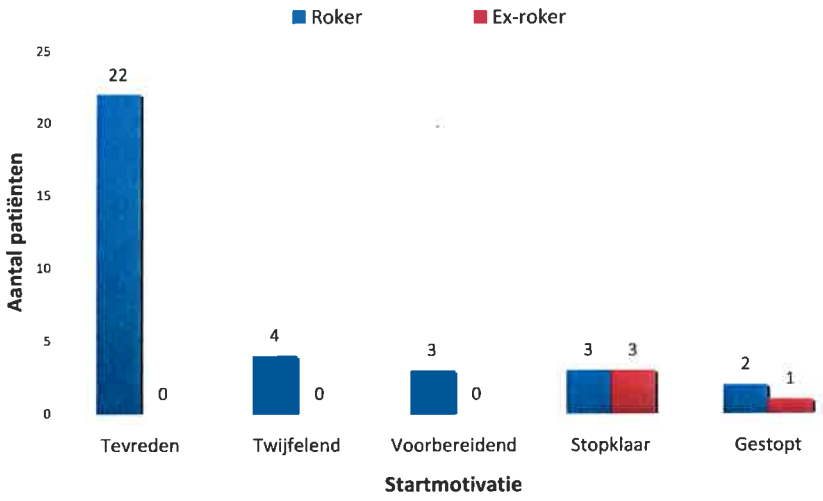


Grafiek 14: Rookstatus na de interventie en rookduur



Alle vier hadden bij de start al een hoge rookstopmotivatie: 1 recent gestopte roker en 3 stopklare rokers (zie grafiek 15).

Grafiek 15: Rookstatus na de interventie en startmotivatie

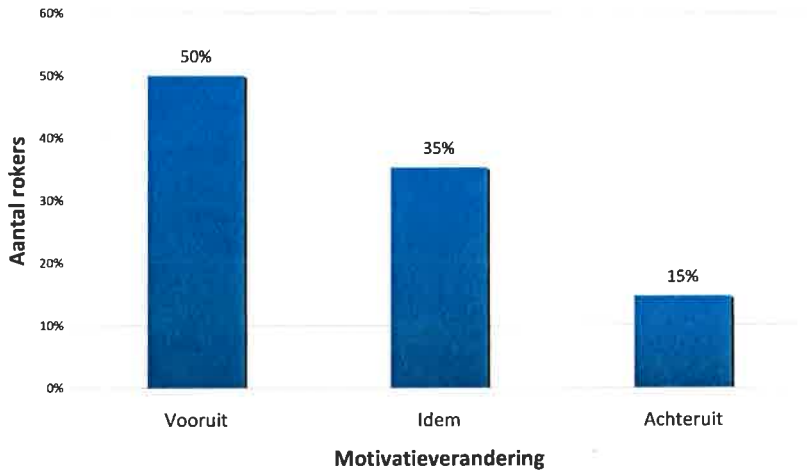


Van de 10 stoppogingen zijn er dus 6 mislukt. Het motief van herval was bij 4 rokers stress, bij de andere 2 waren rokende vrienden de uitlokkende factor.

Motivatieverandering

De volgende parameter was de verandering van motivatiestadium. De 4 gestopte rokers gingen sowieso vooruit in motivatie omwille van hun succesvolle stoppoging. Van de 34 niet-gestopte rokers gingen er 17 vooruit in motivatie (50%), 12 bleven status quo (35%) en 5 rokers gingen achteruit in motivatie (15%) (zie grafiek 16). In deze cijfers werden ook beide sigarenrokers gerekend, die status quo bleven, en de enige pijproker die vooruitging in motivatie. Er waren gelijkaardige resultaten voor mannen en vrouwen (zie tabel 1).

Grafiek 16: Motivatieverandering na de interventie



Tabel 1: Motivatieverandering van de niet-gestopte rokers na de interventie en geslacht

Verandering motivatie	Man	Vrouw
Vooruit	8 (47%)	10 (59%)
Status quo	7 (41%)	5 (29%)
Achteruit	2 (12%)	2 (12%)
Totaal	17 (100%)	17 (100%)

Tijdens het verwerken van de resultaten werd opgemerkt dat een vooruitgang in motivatiestadium niet automatisch ook een vermindering van de gerookte hoeveelheid betekende. Daarom werd een extra outcome-parameter toegevoegd, namelijk een verandering van de gerookte hoeveelheid.

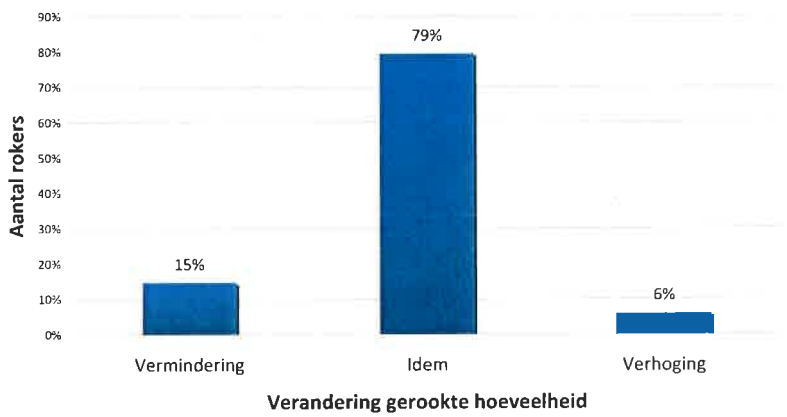
Verandering gerookte hoeveelheid

Van de 34 niet-gestopte rokers verminderden er 14 hun gerookte hoeveelheid (41%), 18 rokers bleven status quo (53%) en 2 rokers vermeerderden hun hoeveelheid (6%).

In deze cijfers zijn ook de rokers inbegrepen die hun hoeveelheid slechts beperkt veranderden. Maar een vermindering van 1 sigaret op een totaal van bv. 30 stuks per dag is nauwelijks een vermindering te noemen. Daarom werd een verandering van 50% ten opzichte van de starthoeveelheid vooropgesteld als significant. In onderstaande tekst wordt met een vermindering dus een daling van minstens 50% bedoeld en met een vermeerdering een toename van minstens 50%. Bijgevolg is status quo dan een gerookte hoeveelheid die minder dan 50% veranderde ten opzichte van de starthoeveelheid.

Bij de 34 niet-gestopte rokers betekende dit een vermindering voor 5 rokers (15%), een status quo voor 27 rokers (79%) en een vermeerdering voor 2 rokers (6%) (zie grafiek 17).

Grafiek 17: Verandering gerookte hoeveelheid na de interventie



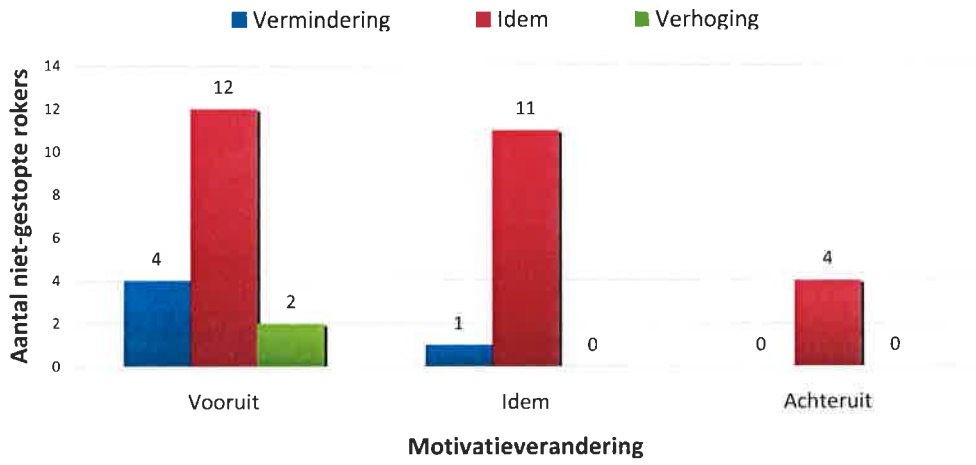
Deze cijfers bevatten ook de resultaten van de sigaren- en pijprokers. Eén sigarenroker verminderde zijn hoeveelheid, de andere sigarenroker en de pijproker bleven status quo. Gelijkaardige resultaten werden gevonden voor mannen en vrouwen (zie tabel 2).

Tabel 2: Verandering van gerookte hoeveelheid bij de niet-gestopte rokers na de interventie en geslacht

Verandering hoeveelheid	Man	Vrouw
Vermindering	2 (12%)	3 (18%)
Status quo	14 (82%)	13 (76%)
Verhoging	1 (6%)	1 (6%)
Totaal	17 (100%)	17 (100%)

De relatie tussen de motivatieverandering en de verandering van gerookte hoeveelheid van niet-gestopte rokers wordt weergegeven in grafiek 18.

Grafiek 18: Significante verandering van de gerookte hoeveelheid en motivatieverandering van de niet-gestopte rokers na de interventie



Ondanks dat de helft van de rokers vooruitging in motivatiestadium (50%), bleef het grootste deel toch dezelfde gerookte hoeveelheid aanhouden als voor de interventie (79%). Slechts een klein deel verminderde significant zijn gerookte hoeveelheid (15%). Ter verduidelijking van deze cijfers wordt hier tabel 3 ingevoegd.

Tabel 3: Vergelijking van de motivatieverandering met verandering van de gerookte hoeveelheid van de niet-gestopte rokers na de interventie

Verandering	Motivatie	Hoeveelheid
Positieve zin	50%	15%
Status quo	35%	79%
Negatieve zin	15%	6%
Totaal	100%	100%

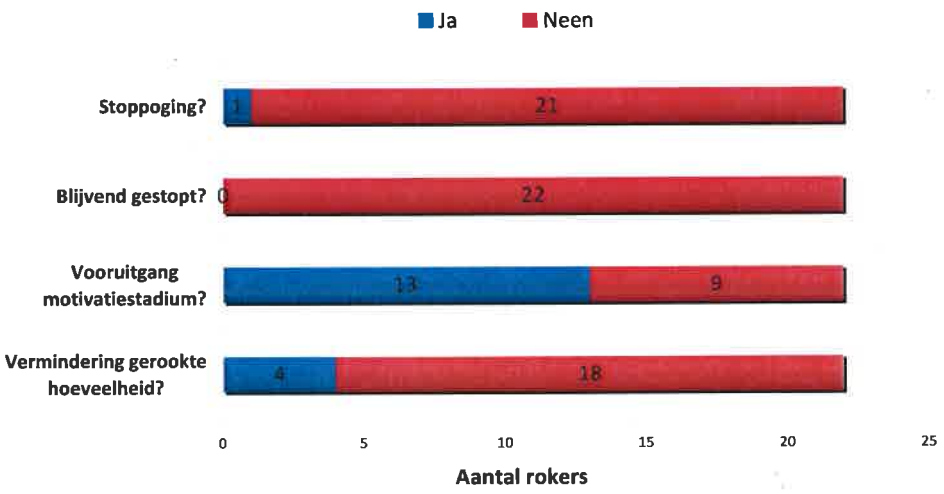
c) Resultaten per motivatiestadium

Van de 38 rokers waren er 22 tevreden, 4 twijfelend, 3 voorbereidend, 6 stopklaar en 3 gestopt. In functie van deze motivatiestadia worden de resultaten verder besproken. De twijfelende en voorbereidende rokers worden samen besproken gezien het dezelfde interventie betreft, hetzelfde geldt voor de stopklare en de gestopte rokers.

Tevreden rokers

Deze groep bestond uit 19 sigarettenrokers, 2 sigarenrokers en 1 pijproker. Zij kregen allemaal een kort rookstopadvies. Eén van deze 22 rokers deed een stoppoging, maar kon deze niet volhouden. De motivatie ging bij niemand achteruit, 9 rokers bleven status quo en 13 rokers gingen vooruit. Van deze laatste groep waren er 8 die overgingen naar de groep van de twijfelende, 4 naar de voorbereidende en zelfs 1 naar de stopklare rokers. De gerookte hoeveelheid werd verminderd bij 4 rokers, bleef status quo bij 16 rokers en werd vermeerderd bij 2 rokers. (zie grafiek 19)

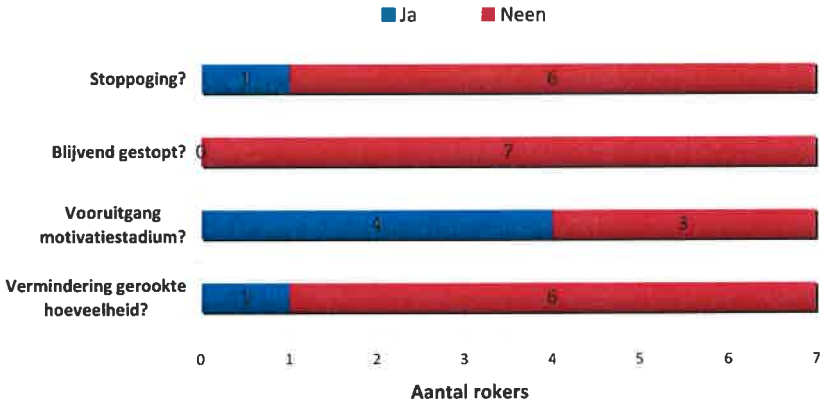
Grafiek 19: Outcome van de tevreden rokers



Twijfelende en voorbereidende rokers

De 4 twijfelende en 3 voorbereidende rokers tellen samen 7 rokers, zij kregen een motivatie-verhogende interventie. Hiervan ondernam 1 persoon een stoppoging, die niet kon worden volgehouden. De motivatie ging bij 4 rokers vooruit en 3 bleven status quo, er ging niemand achteruit. De vooruitgang in motivatiestadium was bij de 4 rokers beperkt tot 1 stadium: 1 twijfelende roker werd voorbereidend en de 3 voorbereidende rokers werden stopklaar. Er was slechts 1 roker die zijn hoeveelheid verminderde, de rest bleef hetzelfde aantal roken.

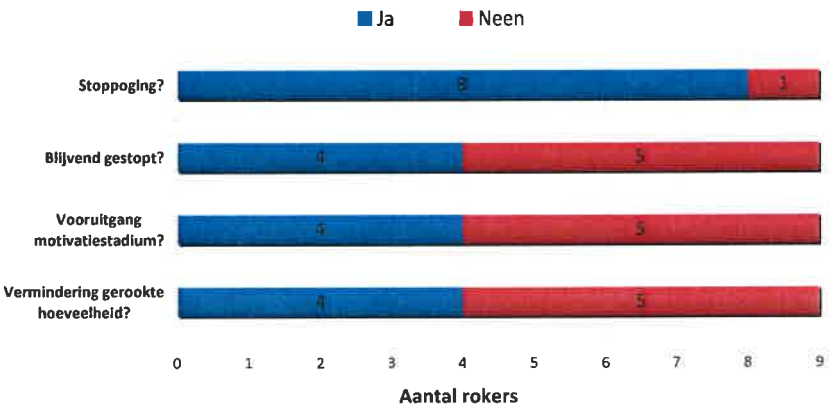
Grafiek 20: Outcome van de twijfelende en voorbereidende rokers



Stopklare en gestopte rokers

De 6 stopklare en 3 gestopte rokers vormen samen een groep van 9 rokers die allen een intensieve rookstopbegeleiding kregen. Van de 6 stopklare rokers deden er 5 een stoppoging die door 3 rokers kon worden volgehouden. Van de 3 gestopte rokers kon 1 roker gestopt blijven tot aan de terugbelronde na 6 maanden. De 5 niet-gestopte rokers gingen allen achteruit in motivatie en bleven status quo wat betreft hun gerookte hoeveelheid per dag.

Grafiek 21: Outcome van de stopklare en gestopte rokers



VI. Discussie van de onderzoeksresultaten

De opzet van deze studie was een praktijkrichtlijn voor rookstop formuleren en deze te implementeren in de praktijk in Tervuren. Een beperking van deze studie was uiteraard de beperkte grootte van de onderzoekspopulatie. Maar de resultaten geven wel een eerste idee over wat de toepassing op grootschalig niveau kan betekenen. Natuurlijk moeten deze resultaten met de nodige voorzichtigheid worden geïnterpreteerd en moet verder onderzoek met een grotere patiëntenpopulatie deze resultaten bevestigen.
Onderstaand worden enkele discussiepunten in verband met het literatuuronderzoek, de registratie en de interventie aangehaald en besproken.

1. Literatuuronderzoek

a) Indeling van de rokers in motivatiestadia

De indeling van de rokers in motivatiestadia werd gebaseerd op deze van Domus Medica omdat dit de richtlijn voor Vlaanderen is. Achteraf bekeken was deze indeling niet ideaal. Een twijfelende roker onderscheidt zich enkel van een voorbereidende door een langer tijdsinterval tot aan de rookstop. Dit is voor de roker zelf niet steeds duidelijk en een bevraging van dit tijdsinterval werd regelmatig als vreemd ervaren. Rookstopmotivatie linken aan tijd lijkt dus een vreemde benadering. Ten tweede is een gestopte roker nog steeds bezig met stoppen en moet deze waarschijnlijk niet gescheiden worden van de stopklare roker, bovendien krijgen zij dezelfde intensieve rookstopinterventie.
De indeling voorgesteld door het Nederlands Huisartsengenootschap en het Centraal Begeleidingsorgaan voor intercollegiale toetsing lijkt nu een betere keuze. Een roker in de ongemotiveerde fase heeft nog nooit nagedacht over rookstop. In de overwegende fase doet hij dit wel, maar is hij nog niet klaar om een stoppoging te ondernemen. In de gemotiveerde fase is de roker wel klaar om een stoppoging te ondernemen en dit binnen de periode van één maand. Deze fase duurt dan tot zes maanden na de stoppoging omdat dan pas over een relevant eindpunt gesproken kan worden. Op dat moment wordt hij een ex-roker. Dit houdt in dat de tevreden roker uit de studie overeenkomt met de ongemotiveerde fase, deze roker krijgt een éénmalig rookstopadvies. De twijfelende en voorbereidende rokers worden gegroepeerd onder de rokers in de overwegende fase. Dit lijkt logisch gezien ze dezelfde interventie krijgen, namelijk een motivatieverhogend gesprek. Hetzelfde geldt voor het samenvoegen van de stopklare en de gestopte rokers in de gemotiveerde fase. Beiden krijgen intensieve rookstopbegeleiding, waarbij de gestopte rokers de eerste consultaties overslaan.

b) Rookstopbegeleiding

De interventie bij de stopklare roker is zeer arbeidsintensief. De acht rookstopconsultaties zijn tijdrovend (vooral in de beginfase wanneer deze contacten elkaar snel opvolgen) en zullen dus in een drukke praktijk moeilijk toegepast kunnen worden.

Groepstherapie is een mogelijkheid om dit tijdsprobleem op te lossen, in de literatuur bleek dit even effectief als individuele begeleiding. Hiervoor werd niet gekozen in deze studie omwille van praktische redenen, namelijk geen gepast lokaal beschikbaar in de praktijk.

Een andere mogelijke oplossing is samenwerking met een tabakoloog.

c) Farmacotherapie bij rookstop

Nicotinevervangers zijn de eerste keuze voor de behandeling bij rookstop, maar werden door de patiënten niet gekozen omwille van de hoge kostprijs. Het goedkope Nortrilen®, Champix® (mits terugbetaling) en Zyban® (mits terugbetaling) kregen de voorkeur. Natuurlijk is het roken op zich ook een dure zaak en kan gesteld worden dat de roker de prijs voor de nicotinevervangers dan maar moet betalen. Echter zijn sommige tweede keuze geneesmiddelen wel terugbetaald en kan hier dus de vraag gesteld worden waarom dit nog niet gebeurde voor deze eerste keuze therapie.

Er zijn beperkte gegevens dat Champix® effectiever zou zijn dan de andere geneesmiddelen bij rookstop, verder onderzoek is noodzakelijk om deze gegevens te bevestigen. Maar mag Champix® nog wel als tweede keuze product gebruikt worden bij rookstop? Na de literatuurstudie werden namelijk nieuwe artikels gepubliceerd met een waarschuwing voor de mogelijke cardiovasculaire risico's. Vooreerst is er dus nog verder onderzoek noodzakelijk over de effecten op lange termijn.

2. Registratie

a) Inclusiecriteria

De rookstatus werd bevraagd bij elk patiëntencontact op de consultatie tijdens de registratieperiode vanaf een leeftijd van negen jaar. Dit betekent dat rokers op huisbezoek buiten deze studie vallen. Uiteraard moeten ook deze rokers geregistreerd en begeleid worden. Dit werd echter niet in deze studie opgenomen gezien het praktische probleem om intensieve rookstopbegeleiding aan huis te voorzien.

b) Gegevens over de totale registratiegroep

De rookstatus van de registratiegroep (56% niet-rokers, 24% ex-rokers, 20% rokers) kwam overeen met de cijfers uit de literatuur. Er werd geregistreerd vanaf de leeftijd van 9 jaar. Deze grens werd gekozen omdat dit werd aanbevolen door de Vlaamse literatuur. De jongste geregistreerde roker in deze studie was echter 16 jaar. Dan lijkt 9 jaar gevoelsmatig te jong om te beginnen met case-finding. Hierbij kan echter de vraag gesteld worden of de registratie wel degelijk bij elk kind is gebeurd, het is namelijk veel minder evident de rookstatus bij een kind te bevragen dan bij een volwassene. Bovendien moet de aanwezigheid van de ouders in rekening gebracht worden gezien dit mogelijk een invloed had op het antwoord van het kind.

b) Gegevens over de rokers

Vergelijking met de literatuurgegevens

Bepaalde gegevens betreffende de rokers uit de literatuur werden ook weerspiegeld in de studiepopulatie. De grote meerderheid rookte sigaretten (92%), slechts een klein deel rookte sigaren of pijp. Mannen rookten meer dan vrouwen (respectievelijk 25% en 15%, ten opzichte van 28% en 18% in de literatuur), maar de vrouwen uit de studie leken minder gemotiveerd om te stoppen dan de mannen.

Maar er was ook een verschil met de literatuurgegevens. De zware rokers (d.w.z. meer dan 20 sigaretten per dag) waren in de minderheid, net als in de literatuur. Maar het aandeel in de studie (18%) was wel een stuk groter dan in de Vlaamse bevolking (7%).

De gemiddelde hoeveelheid is mogelijk een ondergewaardeerd cijfer. Dit is samengesteld uit de verschillende geregistreerde hoeveelheden van alle rokers. Sommige rokers zullen een correct aantal hebben opgegeven, anderen mogelijk een lager aantal (bv. omdat ze zich schamen en het echte aantal niet willen toegeven).

Interessante resultaten

Als de rookstopmotivatie bekeken wordt per arts is de meerderheid bij dr. De Coster en dr. Kemper een tevreden roker (respectievelijk 38% en 44%), daarentegen is bij dr. Verheyen de meerderheid stopklaar (40%). Een mogelijke verklaring is de grotere voorbereiding van dr. Verheyen op het project. Dit is echter minder waarschijnlijk gezien de vraag naar rookstopmotivatie een open neutrale vraag was aan het begin van het gesprek voordat enige interventie plaatsvond. Gezien de beperkte grootte van het onderzoekspopulatie is een andere verklaring dat dit nog te wijten kan zijn aan toeval.

Er was in het algemeen een hoge meewerkingsgraad, 65% van de rokers tekenden een informed consent. Deze registratie gebeurde in de zomerperiode. Een andere periode, bv. december met goede voornemens voor het nieuwe jaar, kan mogelijk resulteren in een nog hogere coöperatie.

De meewerking van de patiënten verschilde van arts tot arts. Dr. De Coster kon 90% van zijn rokers overtuigen om deel te nemen aan de studie, dr. Kemper 44% en dr. Verheyen 70%. Een mogelijke verklaring voor het hoge percentage van dr. De Coster is dat hij al jaren de vaste arts is in de praktijk waardoor de patiënten meer vertrouwen hebben en sneller zullen toestemmen. Een andere mogelijke verklaring is dat er een verschil was in de wijze waarop de informatie werd overgebracht.

3. Interventie

a) Algemene gegevens

De overgrote meerderheid van de rokers uit de interventiegroep rookte sigaretten, net als in de registratiegroep. Er waren 29% zware rokers, wat een stuk meer is dan de 7% in de Vlaamse bevolking. De vrouwen in de interventiegroep hebben een hogere gerookte hoeveelheid en zijn minder gemotiveerd om te stoppen dan de mannen.

Ook in de interventiegroep is het merendeel van de rokers tevreden met zijn rookgedrag (58%), net als in de informed consent groep en de registratiegroep (respectievelijk 43% en 35%). Het aandeel van de tevreden rokers lijkt dus toe te nemen ten opzichte van de andere motivatiestadia naarmate er meer participatie gevraagd wordt. Dit kan verklaard worden door de beperktheid van de interventie bij tevreden rokers, waardoor zij sneller zullen toestemmen dan subgroepen waarvan een hogere participatie gevraagd wordt.

b) Gegevens betreffende de outcome

Stoppoging en geslaagde rookstop

Ongeveer 1 op 4 rokers deed een stoppoging waarvan 40% deze stoppoging kon volhouden tot aan de terugbelronde. Dit betekende op de totale groep een stoppercentage van 11% wat vergelijkbaar is met de resultaten uit de literatuur.

Verandering van motivatiestadium en gerookte hoeveelheid

Ondanks dat het merendeel van de rokers vooruitging in motivatiestadium, bleef het grootste deel toch dezelfde gerookte hoeveelheid aanhouden als voor de interventie. De rokers in de onderzoekspopulatie gaan dus gemakkelijker vooruit in motivatie dan dat ze hun gerookte hoeveelheid verminderen. Is verandering van motivatiestadium dan wel een goede objectieve parameter om vooruitgang in het rookstopproces te evalueren of moet eerder gekeken worden naar de vermindering van de gerookte hoeveelheid?

c) Persoonlijke reflectie

Door het opstellen van een praktijkrichtlijn werd verwacht een hoog percentage rookstoppers te behalen. Een stoppercentage van 11% was geen slecht resultaat maar was wel lager dan gehoopt. De belangrijkste verwezenlijking van dit project was de ontwikkelde praktijkrichtlijn gebaseerd op evidence based medicine. Deze kan in de verdere toekomst door alle artsen van de groepspraktijk gebruikt worden als praktische leidraad bij de begeleiding van rookstop.

VII. Besluit

Vanuit evidence based medicine kon een praktijkrichtlijn over rookstopbegeleiding opgesteld worden. Deze was gemakkelijker toepasbaar dan de bestaande richtlijnen. Deze bleek ook effectief met een stoppercentage van 11%. Van de niet-gestopte rokers ging de helft vooruit in motivatie. Deze motivatieverandering leek echter een minder objectieve parameter dan vermindering van gerookte hoeveelheid om vooruitgang in het rookstopproces te beoordelen. Begeleiding volgens de praktijkrichtlijn is zeer arbeidsintensief en dus minder haalbaar in drukke praktijken. In dergelijke setting moet gezocht worden naar andere oplossingen.

VIII. Referenties

1. Gisle L. Gezondheidsenquête België 2008. Rapport II – Leefstijl en preventie. Deel 5 – Het gebruik van tabak. Operationele Directie Volksgezondheid en Surveillance, 2010; Brussel, Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, ISSN:2032-9172 Depotnummer D/2010/2505/16 - IPH/EPI REPORTS N° 2010/009. Beschikbaar via: https://www.wiv-isp.be/epidemio/epinl/CROSPNL/HISNL/his08nl/r2/5.het%20gebruik%20van%20tabak_r2.pdf. Geraadpleegd 2011 april 10.
2. Gailly J. Stoppen met roken. Aanbeveling voor goede medische praktijkvoering. Huisarts Nu 2006; 35(7): 395-425.
3. Thijs G. Rookstop-toolkit voor huisartsen. Domus Medica. Beschikbaar via: http://www.domusmedica.be/images/stories/dossiers/rookstop/ROOKSTOP_toolkit2007.pdf . Geraadpleegd 2011 maart 12.
4. Weel C van, Segaar D, Drenthen AJM et al. Richtlijn behandeling van tabaksverslaving, herziening 2009. Centraal begeleidingsorgaan voor intercollegiale toetsing. Beschikbaar via: http://www.cbo.nl/Downloads/836/Richlijn%20Tabaksverslaving%20definitief.pdf. Geraadpleegd 2011 maart 26.
5. Chavannes NH, Kaper J, Frijling BD et al. NHG-standaard Stoppen met roken. Huisarts Wet 2007; 50(7): 306-14.
6. Baiabe H, Barlow D, Beverley K et al. New Zealand smoking cessation guidelines. 2007. New Zealand Ministry of Health. Beschikbaar via: http://www.health.govt.nz/system/files/documents/publications/nz-smoking-cessation-guidelines-v2-aug07_0.pdf . Geraadpleegd 2011 april 9.
7. Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie. Hulpmiddelen bij rookstop. Transparantiefiche juni 2008 (update 2011). Beschikbaar via: http://www.bcfi.be/pdf/tft/TN_TABA.pdf . Geraadpleegd 2011 april 2.
8. Treating tobacco use and dependence: 2008 update. U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service; 2008 May. Beschikbaar via: http://www.guideline.gov/content.aspx?id=12520. Geraadpleegd 2011 april 10.
9. Mäkinen R, Alenius H. Smoking cessation. EBM guidelines. Beschikbaar via: http://www.ebm-guidelines.com/ebmg/ltk.koti . Geraadpleegd 2011 april 3.
10. U.S. Preventive Services Task Force. Counseling and interventions to prevent tobacco use and tobacco-caused disease in adults and pregnant women: U.S. Preventive Services Task Force reaffirmation recommendation statement. Ann Intern Med 2009;150(8):551-5.

11. Hulp bij Tabaksontwenning. Internet site Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering. Beschikbaar via: http://www.riziv.be/care/nl/doctors/specific-information/tobacco/index.htm. Geraadpleegd 2011 maart 20.
12. Rollnick S, Miller W, Butler C. Motiverende gespreksvoering in de gezondheidszorg. Werken aan gedragsverandering als je maar 7 minuten hebt. Ekklesia; 2010. p. 255.
13. Motiveren tot rookstop. Leertraject motiverende gespreksvoering. Beschikbaar via: http://www.motiverentotrookstop.be/. Geraadpleegd 2011 april 16.
14. Smoking cessation - Management. Clinical Knowledge Summaries. Beschikbaar via: http://www.cks.nhs.uk/smoking_cessation/management/quick_answers/scenario_smoking_cessation_adults . Geraadpleegd 2011 maart 12.
15. Vlaamse vereniging voor Respiratoire Gezondheidszorg en Tuberculosebestrijding. Rookstopbegeleiding in groep. Beschikbaar via: http://www.vrgt.be/tabakspreventie/rookstopbegeleiding/overzicht_aanbod/rookstopbegeleiding_in_groep#item_317. Geraadpleegd 2011 april 3.
16. Tabakstop. De individuele telefonische rookstopbegeleiding van tabakstop. Beschikbaar via: http://www.tabakstop.be/index.php/individueel-per-telefoon/nieuw-persoonlijke-coach-/menu-id-5602.html . Geraadpleegd 2011 april 3.
17. Icoach, je gids om te stoppen met roken. Internet site Stop smoking coach. Beschikbaar via: http://www.stopsmokingcoach.eu/home.ashx?lang=bn#registertab-tab. Geraadpleegd 2011 april 3.
18. Het doelmatig gebruik van geneesmiddelen bij de preventie van cardiovasculaire aandoeningen. Consensusvergadering 14 mei 2009. Internet site RIZIV. Beschikbaar via: http://inami.fgov.be/drug/nl/statistics-scientific-information/consensus/2009-05-14/pdf/lv.pdf. Geraadpleegd 2011 maart 22.
19. Bijsluiters voor het publiek en samenvattingen van de kenmerken van het product van geneesmiddelen voor menselijk gebruik. Internet site Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten. Beschikbaar via: http://195.130.154.23/fagg/%28S%285gprkb55nwmrgs45ia4re5jj%29%29/Fagg/FaggCompendium.aspx?compendiumType=H. Geraadpleegd 2011 april 2.
20. Gecommentarieerd geneesmiddelenrepertorium. Internet site Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie. Beschikbaar via: http://www.bcfi.be/. Geraadpleegd 2011 april 2.

IX. Bijlagen

Bijlage 1: Interventiefiche

Bijlage 2: Medicatiefiche

Bijlage 3: Registratieformulier

Bijlage 4: Informatie- en toestemmingsformulier

Bijlage 5: Rookdagboek

Bijlage 1 - INTERVENTIEFICHE

TEVREDEN ROKER: Kort rookstopadvies	
Rookstopadvies	"Stoppen met roken is het beste wat u voor uw gezondheid kan doen."
Informatie op maat	Probeer de informatie persoonlijk te maken om hem te laten twijfelen aan zijn rookgedrag door de link te leggen met eventuele ziekten, risicofactoren of klachten van de patiënt. Benadruk het belang voor de toekomstige gezondheid.
Herhaling	Dit is een éénmalig advies, maar dit moet jaarlijks herhaald worden. Vraag aan de patiënt of het goed is hier in een volgende consultatie op terug te komen.

TWIJFELENDE ROKER – VOORBEREIDENDE ROKER	
Strategie van de vijf R's	
Relevance	
"Stoppen met roken is voor jou persoonlijk heel belangrijk voor omdat ..."	Redenen om te stoppen met roken: gezondheid niet willen schaden, gezondheidsklachten, achteruitgang van de conditie, stoppen van de partner, bij jongeren eerder omdat ze het niet meer lekker vinden dan omwille van de gezondheid. Pas toe op de specifieke situatie van de patiënt: ziekte of risicofactoren, leeftijd, geslacht, kinderen thuis, vorige stoppogingen, persoonlijke weerstand ten opzichte van stoppen.
Risks	
"Kan je mij vertellen wat voor jou de schadelijke effecten van roken zijn?"	Vraag de patiënt de schadelijke effecten van roken te identificeren. Vul aan waar nodig en benadruk wat voor hem het meest relevant is. 1) Persoonlijke risico's - op korte termijn: luchtwegproblemen (kortademigheid, astma-exacerbatie, meer risico op ernstige infecties), onvruchtbaarheid, verhoogde maagzuurproductie, insulineresistentie, cataract, zwakke botdensiteit, snellere afbraak van bepaalde geneesmiddelen door stimulatie van leverenzymen - op lange termijn: kankers (meestal longkanker), hart- en vaatziekten, COPD, emfyseem → verminderde levensverwachting: rokers leven 6 tot 10 jaar minder lang dan niet-rokers (dit wordt bepaald door het aantal sigaretten, maar vooral door het aantal gerookte jaren) 2) Risico's voor de omgeving (door passief meeroken) - partner: verhoogd risico op longkanker, luchtwegaandoeningen en hart- en vaatziekten - zwangerschap: verhoogd risico op aangeboren afwijking en laag geboortegewicht - kinderen: wiegendood, verhoogd risico op astma en infecties (otitis media met effusie, luchtwegen), hoger rookpercentage op latere leeftijd.
Rewards	
"Wat zijn volgens jou mogelijke voordelen van stoppen met roken?"	Vraag de patiënt de mogelijke voordelen van rookstop te identificeren. Vul aan waar nodig en benadruk wat voor hem het meest relevant is. 1) Verbetering van de gezondheid - op korte termijn: onmiddellijke daling van het cardiovasculaire risico, 5 jaar na rookstop zijn de meeste gevolgen van roken op hart- en vaatziekten verdwenen - op lange termijn: afname van het risico op alle rookgebonden ziekten, hogere levensverwachting ten opzichte van blijvende rokers (6-9 jaar bij rookstop op 35 jaar en 1,4-3,7 jaar op 65 jaar) 2) Andere voordelen: geldbesparing, verbeterd zelfbeeld, goed voorbeeld voor de kinderen, anderen niet meer blootstellen aan schadelijke rook, lichamelijk beter gevoel, hogere inspanningstolerantie, betere smaak- en reukzin, betere geur van adem-auto-huis-kledij, vermijden van rimpels en andere huidveroudering
Roadblocks	
"Wat zijn voor jou barrières/moeilijkheden om te stoppen met roken?"	Vraag de patiënt zijn barrières of moeilijkheden van rookstop te identificeren. Wijs waar dat kan op behandelingsmogelijkheden om deze barrières te overwinnen. 1) Onthoudingsverschijnselen: bespreek medicamenteuze ondersteuning 2) Faalangst of dalende motivatie: dit zijn normale reacties; bespreek beloning, raad tijdelijk tabaksgebruik af (zelfs al is het maar één sigaret) omdat dit de rookstop bemoeilijkt 3) Gewichtstoename: enige gewichtstoename is normaal, maar dit stabiliseert na een tijdje; bespreek goede eetgewoonten en lichamelijke activiteit, raad strikte diëten af 4) Gebrek aan sociale steun: bespreek de opvolging in de praktijk, moedig toch ook aan de omgeving in te lichten om hier ook steun te vinden 5) Genot van tabak: bespreek beloning ter vervanging van dit genot
Repetition	
Herhaling.	Herhaal deze strategie zolang de patiënt niet gemotiveerd is om zo de rookstopmotivatie te verhogen. Vertel bij herval dat de kans op succes toeneemt naarmate men vaker probeert te stoppen en dat de kans op rookvrij blijven toeneemt naarmate men langer gestopt is.

STOPKLARE ROKER (EN GESTOPTE ROKER)

Consultatie 1 *(binnen de 2 weken na registratie)*	
Rookverleden bevragen	• Rookgedrag: Aantal sigaretten per dag? Aantal jaren sinds dagelijks roken? • Eerdere stoppogingen: Duur van de stoppoging? Met of zonder medicatie? Met of zonder begeleiding? Wat waren positieve punten? Wat is er misgelopen? Hoe hierop anticiperen?
Informatie geven	Bespreek de afhankelijkheid = fysiek, psychologisch en gedragsmatig • *Fysiek*: willen vermijden van hinderlijke neveneffecten bij ontwenning van nicotine (depressieve stemming, angst, prikkelbaarheid, ongeduld, rusteloosheid, slapeloosheid, slechte concentratie, hoofdpijn, grotere eetlust, gewichtstoename, verergeren psychiatrische comorbiditeit, vertraging hartslag, hyperreactiviteit luchtwegen, obstipatie) → start 2-12u na laatste inname, piek na 1-3 dagen, afname na 3-4 weken • *Psychologisch*: willen in stand houden van prettige bijeffecten (rokers ervaren een lage dosis nicotine als stimulerend en concentratieverhogend, een hoge dosis als rustgevend door het vrijkomen van respectievelijk adrenaline en dopamine o.i.v. de nicotine) → deze 'craving' duurt langer dan fysieke afhankelijkheid en is moeilijker te doorbreken • *Gedragsmatig*: rookgewoonten maken het moeilijk te stoppen, houden het rookgedrag in stand of bevorderen het zelfs. Bespreek autotitratie: de roker zorgt voor behoud van een optimale dosis nicotine in zijn bloed door dieper te inhaleren wanneer minder nicotine voorhanden is → minder roken of gebruik van light sigaretten heeft dus geen zin Bespreek de moeilijke momenten (zie 'Roadblocks' bij 'Strategie van de 5 R's'): vertel welke momenten moeilijk zullen zijn, hoe de roker deze zal kunnen herkennen en hierop anticiperen.
Rookgewoonten doorbreken	• Vermijd roken op plaatsen waar je veel komt (bv. thuis, auto, werk, …) • Verstoor het normale rookgedrag: bv. een sigaret 5 minuten uitstellen i.p.v. onmiddellijk, links roken i.p.v. rechts, …
Rookdagboek uitleggen	• Zelfobservatie: kwantificeren van het rookgedrag, identificeren van triggers (situationeel, emotioneel, cognitief) en versterkende factoren (Welke positieve effecten zijn verbonden aan roken? Welke negatieve effecten aan rookstop?) • Anticipatie: lijstje opstellen met mogelijkheden om te anticiperen op moeilijke momenten, enerzijds mogelijkheden voor tijdens de vrije tijd, anderzijds kleinere dingen voor momenten met tijdsgebrek.
Consultatie 2 *(7-14 dagen later)*	
Rookdagboek bespreken	• Vraag de roker een samenvatting te geven van het dagboek • Bekijk uitlokkende factoren en gewoonten, dit zijn mogelijke valkuilen voor herval • Bespreek mogelijke oplossingen om hierop te anticiperen
Test van Fagerström	• Score 0-3: geen nicotineafhankelijkheid • Score 4-7: lichte nicotineafhankelijkheid • Score 8-10: sterke nicotineafhankelijkheid
Rookstopplan opstellen	• Praktisch: spreek een rookstopdatum af, adviseer een rookvrije omgeving (volledig stoppen, alle tabaksproducten weggooien, opletten met rokende vrienden/familieleden, …) • Sociale steun: gelijktijdige stop van partner/huisgenoten proberen of niet roken in bijzijn van patiënt als stoppen niet mogelijk is, omgeving inlichten (familie, vrienden, collega's), verwijs zo nodig naar een gespecialiseerd centrum bij ernstige onthoudingsverschijnselen of op vraag van de patiënt (V.R.G.T.) • Anticipatie: bespreek het lijstje met anticipatiemogelijkheden, bespreek ook het belang van beloningen ter vervanging • Medicatie: vanaf 10-15 sigaretten per dag, lichte afhankelijkheid op de test van Fagerström of op vraag van de roker • Opgelet met alcohol! (vermijd of beperk het gebruik ervan in de beginperiode) • Waarschuw voor misstappen: kan gepaard gaan met schuldgevoelens en demotiverende gedachten die aanleiding geven tot herval terwijl één sigaret slechts een kleine misstap is.
Medicatie?	Kies in overleg met de patiënt, waarbij volgende elementen een rol spelen: beschreven evidentie, voorkeur van de roker, ervaring van de voorschrijver, bijwerkingen en kostprijs. • 1e keuze = nicotinevervangers (pleister, kauwgom, zuigtablet, sublinguale tablet, inhalator) • 2e keuze = bupropion, nortriptyline en varenicline (geen rangorde mogelijk met de huidige gegevens)
Consultatie 3 *(1-2 dagen na rookstopdatum)*	
Verloop medicatie?	• Nevenwerkingen = overdosering → verlaag dosis of overweeg andere medicatie • Onthoudingsverschijnselen = onderdosering → verhoog dosis of overweeg combinatie (bv. pleister + snelwerkend)
Rookstatus evalueren	• Volledig gestopt → feliciteer de patiënt! • Nog af en toe roken → moedig aan tot volledige rookstop. • Herval → bekrachtig de stoppoging toch positief, help de patiënt inzicht verwerven in de aanleidingen van herval om hieruit te leren voor de volgende stoppoging (de slaagkans verhoogt met het aantal stoppogingen).
Stimulus- en responscontrole bespreken	Stimuluscontrole • externe stimuli vermijden (alle tabaksproducten weggooien, vermijden van koffiepauzes en etentjes met rokers) • interne stimuli leren herkennen (onaangename emoties of lichamelijke gewaarwordingen) Responscontrole = anticipatiemogelijkheden.
Tegenwerkende gedragingen	Adviseer de patiënt op stimuli te reageren die andere gedragingen dan roken opwekken: lichaamsbeweging, relaxatie, uiten van negatieve emoties, controleren van gedachten die stress genereren, …
Consultatie 4 – 8 *(steeds meer tijd laten tussen 2 consultaties)*	
Rookstatus?	Evalueer de rookstatus (zie hoger).
Motivatie?	Peil naar de motivatie en voer een motivatieversterkend gesprek bij verminderde motivatie. • Rewards: laat de patiënt de ondervonden voordelen van rookstop opsommen, moedig beloningen aan ter vervanging. • Roadblocks: peil naar problemen en zoek naar oplossingen (zie lager).
Problemen?	Problemen bij de onthouding van sigaretten • duidelijke craving → overweeg dosisverhoging van de medicatie of combinatietherapie. • zonder duidelijke craving → bespreek anticipatie (andere manier om hiermee om te gaan?). Fysieke, psychologische en gedragsmatige problemen • gewichtstoename: normaal, geen streng dieet, wel gezonde voeding en fysieke activiteit, ev. verwijzing naar diëtist. • verergering hoest en expectoratie = tijdelijk. • uitlokken of verergeren van depressie: bied ondersteuning, geef antidepressivum of verwijs door naar een specialist.
Opvolging voorzien	Geslaagde rookstop = gestopt met roken gedurende 6 tot 12 maanden. Gezien zonder begeleiding 80% hervalt in het eerste jaar, is ook na de rookstopdatum opvolging aanbevolen. Twee mogelijkheden (keuze in samenspraak met patiënt): • Sowieso opvolgafspraken vastleggen (waarbij steeds meer tijd tussen 2 consultaties gelaten wordt) • Enkel opvolgafspraak maken bij problemen om de rookstop vol te houden.

Bijlage 2 - MEDICATIEFICHE

MEDICATIE BIJ ROOKSTOP – Eerste keuze = nicotinesubstitutie

	Pleister	Kauwgom	Zuigtabletten	SL tabletten	Inhalator
Specialiteiten	Nicorette® (16u) 5-10-15mg Nicotinell® (24u) 7-14-21mg Niquitin® (24u) 7-14-21mg	Nicorette® 2-4mg (gewone smaak-freshmint- fruit-mint) Nicotinell® 2-4mg (coolmint-fruit)	Niquitin® 1,5-2-4mg (lozenge, mint, minilozenge)	Nicorette® 2mg (gewone smaak, lemon)	Nicorette® 10mg
Absorptie	Plasmapiek na 5-10u ($t_{1/2}$ ongeveer 4u)	Plasmapiek na 30min (start na 5-7min)	/	/	Plasmapiek na 20min
Praktisch	**Startdosis** = start na de rookstop, kleef 1 pleister per dag (zelfde effectiviteit voor 16u en 24u pleisters) **Duur** = 8-12 weken met geleidelijk verminderen van de dosis **Praktisch**: kleef de pleister op droge onbehaarde huid tussen hals en taille (heup, bovenarm, borst), 10-20 sec aandrukken met de handpalm, verwijder de pleister's avonds (16u) of 's morgens (24u), kleef steeds op een andere plaats (oude plek pas na 3-5d weer gebruiken), mag gedragen worden tijdens bad/douche en zwemmen	**Startdosis** = start na de rookstop, 1 kauwgom/uur (niet wachten tot zin in sigaret), 4mg als ≥ 20sig/dag, 2mg als < 20sig/dag, max 30x 2mg of 20x 4mg **Duur** = 8-12 weken, nadien eventueel verminderen van de dosis **Praktisch**: langzaam kauwen tot smaak vrijkomt ('kauw zoals u rookte'), dan tussen wang en tandvlees laten rusten tot smaak verdwenen is, opnieuw kauwen en laten rusten, dit proces herhalen gedurende 30min, steeds een andere plaats in de mond kiezen voor de volgende kauwgom **Interferentie**: vermijd koffie-fruitsap-frisdrank-eten in de 15min voor gebruik	**Startdosis**: start na de rookstop, 1tablet van 2mg om de 1-2u, dagdosis 8-10 tabl, max 25/dag **Duur** = 8-12 weken, nadien eventueel verminderen van de dosis **Praktisch**: opzuigen op de tong tot de smaak vrijkomt, dan tussen wang en tandvlees laten rusten gedurende 30min of tot de smaak verdwenen is, steeds op een andere plaats in de mond nemen **Interferentie**: vermijd koffie-fruitsap-frisdrank-eten in de 15min voor gebruik	**Startdosis**: 1 tablet 2mg om de 1-2u (zware rokers 2tabletten), dagdosis 8-12 tabletten (zware rokers 16-24 tabletten), max 30 tabletten/dag **Duur** = 8-12 weken, nadien eventueel verminderen van de dosis **Praktisch**: tablet onder de tong laten oplossen gedurende 30 min **Interferentie**: vermijden van koffie-fruitsap-frisdrank-eten in de 15min voor gebruik	**Startdosis**: min 4stuks/dag, max 12stuks/dag **Duur** = 8-12 weken, nadien evt verminderen van de dosis **Praktisch**: kokertje plaatsen in het mondstuk en dit nadien sluiten, inhaleer via het mondstuk (vaker inhaleren dan bij een sigaret om hetzelfde nicotinegehalte te bekomen) **Interferentie**: vermijd koffie-fruitsap-frisdrank-eten in de 15min voor gebruik en vermijd koude temperaturen (oplossing: in binnenzak bewaren)
Bijzondere groepen	**Zwangerschap en borstvoeding**: kan overwogen worden (borstvoeding: gebruik net na het voeden, niet tijdens de 2 uur voor het voeden) **Jongeren 12-18 jaar**: kan overwogen worden **Ouderen > 65 jaar**: normale dosis				
Contraindicaties	**Algemeen**: recent AMI (< 3mnd), instabiele angor, Prinzmetal variant angina, ernstige hartritmestoornissen, CVA, overgevoeligheidsreacties **Pleister**: huidaandoeningen die transdermale therapie compliceren, allergie voor pleisters **Kauwgom/zuigtabletten/sublinguale tabletten**: temporomandibulaire disfunctie, orofaryngeale ontsteking of oesofagitis **Inhalator**: astma/COPD, overgevoeligheid voor menthol (inhalatievloeistof)				
Voorzichtig bij…	**Cardiovasculaire aandoeningen**: hypertensie, hartfalen, stabiele angina pectoris, cerebrovasculaire aandoeningen, perifere vasculaire aandoeningen, vasospasmen **Andere**: hyperthyreoïdie, diabetes, maag- of darmzweren, matige tot ernstige leverinsufficiëntie, ernstige nierinsufficiëntie, feochromocytoom				
Nevenwerkingen	**Algemeen**: hoofdpijn, nausea, slapeloosheid, abnormale dromen, nervositeit, hartkloppingen, duizeligheid, spierpijn **Pleister**: lokale huidreactie (jeuk, irritatie) **Kauwgom/zuigtabletten/sublinguale tabletten**: irritatie van mond en keel, hik, dyspepsie en andere maagdarmklachten, pijn in de kauwspieren **Inhalator**: irritatie van mond en keel, neuscongestie, hoest				
Combinatie	**Nicotinevervangers:** combinatietherapie lijkt effectiever dan monotherapie. **Tweede keuze geneesmiddelen:** waarschijnlijk geen extra effect.				
Voorschrift	Nee				
Terugbetaling	Geen terugbetaling				

MEDICATIE BIJ ROOKSTOP – Tweede keuze

	Bupropion	Nortriptyline	Varenicline
Specialiteiten	Zyban® 150mg, dt 30 compr. Zyban® 150mg, dt 100 compr.	Nortrilen® 25mg, dt 50 compr.	Champix® Starter Pack Champix® 1mg, dt 140 compr.
Praktisch	Start voor de rookstop, rookstop in de 2e week Dosis: 6-7d 1dd 150mg, nadien 2dd 150mg (min 8u ertussen) Duur 7-9weken, dosis eventueel geleidelijk afbouwen Praktisch: inslikken met water, met of zonder voedselinname, laatste dosis niet vlak voor slapengaan omwille van risico op slaapstoornissen	Start voor de rookstop, rookstop in de 2e week (dag 7-8) Dosis: 3d 1dd 25mg, 4d 1dd 50mg, nadien 1dd 75mg Duur 6-12weken, dosis eventueel geleidelijk afbouwen (niet echt nodig omwille van lage dosis) Praktisch: inslikken met water, met of zonder voedselinname, laatste dosis niet later dan 's middags omwille van risico op slaapstoornissen	Start voor de rookstop, rookstop in de 2e week Dosis: 3d 1dd 0.5mg, 4d 2dd 0.5mg, nadien 2dd 1mg, bij slecht verdragen dosis tijdelijk of blijvend verlagen naar 2dd 0.5mg Duur 12weken, bij groot hervalrisico verlengen met 12weken of dosis afbouwen Praktisch: inslikken met water, met of zonder voedselinname
Bijzondere groepen	Zwangerschap en borstvoeding: niet toedienen Jongeren < 18 jaar: niet toedienen Ouderen > 65 jaar: 1dd 150mg Verminderde nierfunctie (GFR < 50ml/min): 1dd 150mg Verminderde leverfunctie (mild-matig): 1dd 150mg Verhoogde convulsiedrempel: 1dd 150mg	Zwangerschap en borstvoeding: niet toedienen Jongeren < 18 jaar: niet toedienen Ouderen: 3d 10mg 1dd, 3d 20mg 1dd, nadien 30-40mg 1dd	Zwangerschap en borstvoeding: niet toedienen Jongeren < 18 jaar: niet toedienen Ouderen > 65 jaar: normale dosis Verminderde nierfunctie (GFR < 30ml/min): 3d 1dd 0.5mg, nadien 1dd 1mg Verminderde leverfunctie: normale dosis
Contra-indicaties	Psychiatrische vg: bipolaire depressie, eetstoornissen, alcoholmisbruik, ontwenningsfase van alcohol of benzodiazepines Neurologische vg: epilepsie, tumor CZS, vg hersentrauma Ernstige levercirrose Overgevoeligheidsreactie op bupropion Associatie MAO-inhibitoren (moet min 14d gestopt zijn) Medicatie die de convulsiedrempel verlaagt (antipsychotica, antidepressiva, antimalaria middelen, chinolonen, sederende antihistaminica, tramadol, theofylline, systemische corticosteroïden, hypoglycemie inducerende antidiabetische medicatie, stimulerende middelen, eetlustremmers, andere bupropion bevattende medicatie)	Absoluut: recent AMI, hartgeleidingsstoornissen, onbehandeld kamerhoekglaucoom, prostaathypertrofie en urineretentie, coma, acute intoxicatie (alcohol, barbituraten, opiaten), combinatie met MAO-inhibitoren (wachtperiode min 15d), overgevoeligheidsreactie Relatief: epilepsie, organische hersenbeschadiging, pylorusstenose, hart- en vataandoeningen, hyperthyreoïdie, lever- en nierfunctiestoornissen	Psychiatrische aandoening (bipolaire stoornis, ernstige depressie, schizofrenie) Overgevoeligheidsreactie (angio-oedeem, huidreacties) Voorzichtigheid bij cardiale voorgeschiedenis
Effectiviteit	Varenicline > bupropion/nortriptyline > nicotinesubstitutie (= mogelijke rangorde, maar dit moet door verder onderzoek bevestigd worden)		
Nevenwerkingen	Meest frequent: slapeloosheid (30-40%), psychiatrische stoornissen (depressie/manie, suïcidaliteit, psychose, angst), droge mond, hoofdpijn, koorts, gastro-intestinale problemen, smaakstoornissen, huideruptie Cave: convulsies, hypertensie, tachycardie	Minder dan bupropion: - anticholinerge effecten: droge mond, accomodatiestoornissen; in mindere mate constipatie en urineretentie - cardiovasculair: tachycardie, ritmestoornissen, orthostatische hypotensie, soms hartgeleidingsstoornissen - CZS en neuromusculair: beven, spierzwakte, duizeligheid, concentratieproblemen, zz convulsies - psychisch: psychose, manie, suïcidaliteit, angst, slapeloosheid - soms seksuele stoornissen, gewichtstoename, acuut glaucoom - zz overgevoeligheidsreacties (huidreactie, icterus, stoornis bloedformule)	Meest frequent: nausea, abnormale dromen, slapeloosheid, hoofdpijn Vaak: toegenomen eetlust, maagdarmstoornissen, slaperigheid, moeheid, duizeligheid Cave: psychische stoornissen (depressie, suïcidaliteit), hartaandoeningen (AMI, VKF), overgevoeligheid (angio-oedeem, ernstige huidreacties)
Combinatie	Bupropion + NVT → waarschijnlijk geen extra effect	Nortriptyline + NVT → waarschijnlijk geen extra effect	Varenicline + NVT → veel neveneffecten
Prijs (Remgeld gewoon/WIGWE) Terugbetaling	Kleine doos (30compr): € 42,20 (€ 42,20/€ 42,20) = zelf te betalen Grote doos (100compr): € 96,97 (€ 14,10/€ 9,30) = terugbetaling volgens categorie B met voorwaarden: min 35 jaar oud, COPD ≥ GOLD klasse 2, succesvolle proefbehandeling van 18d, akkoord gedragstherapie te volgen	Doos van 50 compr: € 7.03 (€ 0.93/€ 0.56) Terugbetaling volgens categorie B	Starter Pack: € 49.95 (€ 49,95/€ 49,95) = zelf te betalen Grote doos (140 compr.) = € 196,98 (€ 14,10/€ 9,30) = terugbetaling volgens categorie C met voorwaarden: 1e keer, min 18 jaar oud, succesvolle proefbehandeling van 14d, akkoord gedragstherapie te volgen
Voorschrift	Ja	Ja	Ja

Bijlage 3: Registratieformulier

ARTS:

Datum	M/V	Lft	Rookstatus			Wat			Hoeveel	Duur	Motivatie					IC	Naam	Telefoon
			Niet-roker (< 100sig)	Ex-roker (> 6mnd)	Roker	Sigaretten	Sigaren	Pijp			Tevreden	Twijfelend	Voorbereidend	Stopklaar	Gestopt (< 6mnd)	J - N		
																J - N		
																J - N		

Bijlage 4 – Informatie- en toestemmingsformulier voor de patiënt

STUDIE: *Implementeren van een zorgplan rookstop.*

Informatie voor de patiënt

Geachte heer, mevrouw,

In het kader van haar master-na-masteropleiding huisartsgeneeskunde doet Dr. Nel Verheyen een onderzoek omtrent rookstop. Dit onderzoek vindt plaats in juni 2011, onder toezicht van de Katholieke Universiteit Leuven.

Het doel van de studie is een praktijkrichtlijn voor rookstop formuleren aan de hand van de huidige literatuurgegevens en de haalbaarheid hiervan in de praktijk evalueren.

Indien u toestemt om deel te nemen aan dit onderzoek, zal de arts uw geslacht, leeftijd en rookstatus registreren tijdens een consultatie waarbij u zich aanmeldt omwille van een andere reden. Bij de rokers registreren we nog enkele extra gegevens: het gerookte product (sigaretten, sigaren, pijp), het aantal per dag en de duur van dagelijks roken. We gaan ook na in welke mate er reeds werd nagedacht over stoppen met roken.

Wanneer u nooit heeft gerookt of reeds gestopt bent met roken, stopt het onderzoek hier voor u. Indien u echter wel nog rookt, zullen we u na deze registratie trachten te motiveren tot rookstop. Wanneer u hiertoe bereid bent, zullen wij u hierin begeleiden en ondersteunen. Indien nodig zal een eventuele medicamenteuze ondersteuning aangeboden worden. We zullen u op regelmatige basis terugzien, toetsen wat de moeilijke momenten zijn en samen naar oplossingen zoeken. Zes maanden na de rookstopdatum zullen wij u telefonisch contacteren om opnieuw de rookstatus te bepalen en om uw mening te vragen omtrent de huisarts als uw begeleider bij rookstop.

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

Uw deelname vindt plaats op vrijwillige basis. Dit wil zeggen dat u kan weigeren om deel te nemen aan de studie, alsook dat u zich op elk moment uit de studie kan terugtrekken zonder dat u hiervoor een reden moet opgeven en zonder dat dit gevolgen heeft voor uw verdere behandeling en relatie met de huisarts.

Door het ondertekenen van dit formulier voor geïnformeerde toestemming geeft u uw toestemming tot het meewerken aan deze studie.
Indien u nog bijkomende vragen heeft over dit onderzoek kan u steeds contact opnemen met Dr. Nel Verheyen op het nummer 02/767.37.95.

Wij stellen uw medewerking van harte op prijs en alvast bedankt!

Met vriendelijke groeten,

Dr. Peter De Coster
Dr. Irma Kemper
Dr. Nel Verheyen

Toestemmingsformulier

Naam patiënt: .....

1. Ik bevestig geïnformeerd te zijn over de aard, het doel en de duur van deze studie. Ik kreeg voldoende uitleg over wat er van mij verwacht wordt. De informatie werd mij schriftelijk meegegeven na een uitgebreide mondelinge toelichting met mogelijkheid tot vragen stellen. Ik bevestig hierbij dat ik de informatie omtrent deze studie heb begrepen.
2. Ik begrijp dat mijn deelname geheel vrijwillig is en dat ik mij op elk moment kan terugtrekken uit de studie zonder hiervoor een reden te moeten opgeven en zonder dat dit nadelige gevolgen heeft op mijn verdere relatie met de arts.
3. Ik stem in tot volledige samenwerking met de toeziende arts. Ik zal hem/haar op de hoogte brengen bij onverwachte of ongebruikelijke symptomen.
4. Ik ben op de hoogte van de verzekering die voor deze studie werd afgesloten, conform de Belgische wet van 7 mei 2004. Deze wet bepaalt dat voor elk wetenschappelijk onderzoek bij mensen een verzekering moet afgesloten worden ook al houdt deze studie weinig of geen risico in voor de deelnemer.
5. Ik ben mij ervan bewust dat deze studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek en dat deze studie zal uitgevoerd worden volgens de richtlijnen voor de goede klinische praktijk (ICH/GCP) en de verklaring van Helsinki ter bescherming van individuen deelnemend aan klinische studies. Deze goedkeuring was in geen geval de aanzet tot de beslissing om deel te nemen aan deze studie.
6. Ik begrijp dat mijn persoonlijke en klinische gegevens tijdens deze studie worden verzameld en gecodeerd (terugkoppeling naar uw persoonlijke dossier door uw behandelende arts is nog mogelijk). In overeenstemming met het koninklijk besluit van 8 december 1992 en het koninklijk besluit van 22 augustus 2002, zal mijn persoonlijke levenssfeer worden gerespecteerd en zal ik toegang krijgen tot mijn verzamelde gegevens. Elk onjuist gegeven kan op mijn verzoek worden verbeterd.
7. Ik begrijp dat de promotor, vertegenwoordigers van de K.U.Leuven en de Commissie voor Medische Ethiek, mijn gegevens mogelijk willen inspecteren om na te gaan of het onderzoek is uitgevoerd volgens de wetten en voorschriften. Ik geef toestemming hiervoor door dit document te ondertekenen.
8. Ik verklaar hierbij dat ik vrijwillig instem tot deelname aan dit onderzoek.

Datum: .../.../.....

GSM nummer: .....

Handtekening patiënt:.....

Verklaring van de arts

Ondergetekende verklaart de bijzonderheden van de studie volledig te hebben uitgelegd aan bovengenoemde patiënt, zoals beschreven staat in de voorgaande informatiebrief.

Datum: .../.../.....

Handtekening arts:.....

Bijlage 5 - ROOKDAGBOEK

	Uur	Aantal	Situatie	Extra informatie
Dag 1 .../...				
Dag 3 .../...				

	Uur	Aantal	Situatie	Extra informatie
Dag 2 .../...				
Dag 4 .../...				

	Uur	Aantal	Situatie	Extra informatie
Dag 5 .../...				
Dag 7 .../...				

	Uur	Aantal	Situatie	Extra informatie
Dag 6 .../...				

Gebruik van het rookdagboek

Neem een gewone week, d.w.z. een week die representatief is voor het gewone leven.

Noteer in het dagboek gedurende 7 dagen elke sigaret die je rookt samen met het uur en de situatie (b.v. na het opstaan bij mijn tas koffie, thuis na het avondeten). Bij extra informatie vermeld je bijkomende gegevens zoals: gebruik van alcohol (wat en hoeveel glazen), gezelschap van andere rokers, stressmoment na een uitbrander van mijn baas, opgejaagd gevoel omdat je in de file staat, etc.

Deze gegevens zijn nuttig om een inzicht te krijgen in jouw rookpatroon en welke de moeilijke momenten zullen zijn bij het stoppen met roken.

Breng dit dagboek mee naar de eerste rookstopconsultatie.

Opmerkingen/aanvullingen: