“Hij rookte als een Turk”

Visie van de Turkse rokers in het wijkgezondheidscentrum Botermarkt over de rookstopcampagne in het centrum; ervaren positieve en negatieve punten, een kwalitatief onderzoek

Charlotte Ghyselen, UGent, HAIO WGC Botermarkt

Promotor: Prof dr. Sara Willems, vakgroep huisartsgeneeskunde en eerstelijns gezondheidszorg, UGent.

Co-promotor: dr. Wim Peersman, vakgroep huisartsgeneeskunde en eerstelijns gezondheidszorg, UGent

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

“Hij rookte als een Turk”

Visie van de Turkse rokers in het wijkgezondheidscentrum Botermarkt over de rookstopcampagne in het centrum; ervaren positieve en negatieve punten, een kwalitatief onderzoek

Charlotte Ghyselen, UGent, HAIO WGC Botermarkt

Promotor: Prof dr. Sara Willems, vakgroep huisartsgeneeskunde en eerstelijns gezondheidszorg, UGent.

Co-promotor: dr. Wim Peersman, vakgroep huisartsgeneeskunde en eerstelijns gezondheidszorg, UGent

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

Dankjewel, bedankt, merci, teşekkürler, danke shön!

Aan vele mensen, want zonder jullie zou dit werk niet stralen zoals het nu doet!

Een eerste dankjewel gaat naar Prof dr Sara Willems om promotor te zijn van dit werk. Ook aan dr Wim Peersman een dankjewel om steeds snel en grondig mijn werk te herlezen en becommentariëren. Ik kon hierdoor telkens weer snel aan de slag, wist welke richting ik uit moest en kon dit werk zonder stress tot een goed eind brengen. DANKJEWEL!

Merci aan het ganse team van de Botermarkt! Merci aan iedereen samen om mij een opleidingsplek naar mijn hart te geven, voor de ambiance tijdens het werken en om mij de kans te geven om ook volgend jaar deel te mogen uitmaken van dit zalige team! Merci om het rookstopproject te ondersteunen en mee te werken tijdens de focusgroep gesprekken. Ook nog een bijzondere merci aan enkele mensen van het team: Mieke en Joke, gezondheidspromotoren die zich steeds ten volle inzetten om het rookstopproject tot een goed einde te brengen; Döne, Arife en Fatin voor de Turkse taalondersteuningen; Pauline voor het aanleveren van het opnamemateriaal en het geven van weekendondersteuning als ik vast zat; Els om mij gedurende mijn haio-jaren met volle toewijding en veel plezier te begeleiden! MERCI, MERCI, MERCI!

Bedankt aan Françoise Roelandts om mij met zoveel enthousiasme vooruit te helpen bij de prille start van dit werk. Je hielp met je expertise dit werk op de juiste beginsporen zetten! BEDANKT!

Teşekkürler aan de patiënten die een interview wilden geven. Dit werk was er natuurlijk ook nooit geweest zonder jullie, bedankt om hiervoor tijd vrij te maken. TEŞEKKÜRLER!

De synoniemen en vertalingen zijn bijna uitgeput, maar enkele mensen wil ik nog zeggen: danke shön… Danke shön gezusters Ghyselen voor jullie eeuwige steun en aanwezigheid. Strid, voor de grafische ondersteuning van de posters; Fie, voor het aanhoren van mijn klaagzang en verdragen van mijn soms ietwat mentaal beperkt gedrag na het (nog niet) te lang achter mijn laptop te zitten, voor het weerstaan aan de drang om dit werk te herlezen en voor de opmaak-en powerpointtips; Aline (en misschien ook wel Raf), voor het maken van zo'n schattige kindjes die mij altijd vrolijk kunnen maken! Danke shön ook aan de papa,

niet voor specifieke inbreng bij dit werk (je hebt er vermoedelijk zelfs nog niet van gehoord), maar voor het warme nest en om van ons te helpen maken wat we zijn! Danke shön ook aan mijn vrienden om altijd klaar te staan met een uitgebreid gamma aan ontspannende activiteiten. Want na inspanning hoort ontspanning te komen en die was er ook! Met nog een eervolle vermelding voor Miet voor het herlezen van dit werk met uitgebreide aandacht voor zoeken van synoniemen. DANKE SHÖN!

Visie van de Turkse rokers in het wijkgezondheidscentrum Botermarkt op de rookstopcampagne in het centrum; ervaren positieve en negatieve punten, een kwalitatief onderzoek

Haio: Charlotte GHYSELEN
Universiteit Gent
Promotor: Prof dr Sarah WILLEMS
Co-promotor: dr Wim PEERSMAN
Praktijkopleider: Trees TIMMERMANS

Context: Het wijkgezondheidscentrum probeert voldoende aandacht aan preventie te besteden. Roken is een belangrijk gezondheidsrisico, waardoor nu extra aandacht werd voorzien voor het begeleiden en stimuleren van rookstop. Bij vroegere preventieacties werd een beperkte deelname van patiënten uit etnisch-culturele minderheden gezien. Er is extra inspanning nodig om deze deelname te verhogen. Gezien roken bij Turken een belangrijk probleem is en deze groep in de literatuur wordt aanbevolen voor verder onderzoek in het kader van rookstop, werd deze scriptie tot de Turkse rokers van het wijkgezondheidscentrum beperkt.

Onderzoeksvraag: Hoe kan een rookstopprogramma worden aangepast aan Turkse rokers? De doelstelling van deze scriptie bestaat uit verschillende elementen:
1. Het aanpassen van de geplande rookstopactie op basis van de literatuur om een hogere respons bij Turkse patiënten te verkrijgen.
2. Het evalueren van positieve en negatieve punten van deze campagne.
3. Het zoeken naar mogelijke verbeteringen voor de toekomst.

Methode: In de literatuur werd via Pubmed naar artikels gezocht over rookstopbegeleiding en rookgedrag bij Turken via volgende trefwoorden: “Attitude to Health/ethnology”; "Smoking Cessation"en "Turkey/ethnology”. Daarnaast werd een expert ter zake geraadpleegd. Op basis van deze informatie werd de campagne aangepast aan de Turkse rokers. De actie werd nadien geëvalueerd via semigestructureerde interviews met Turkse rokers (geselecteerd op een doelgerichte manier) en focusgroep gesprekken met hulpverleners. De verwerking van de kwalitatieve gegevens gebeurde met Nvivo.

Resultaten: Verschillende elementen werden toegevoegd aan de rookstopactie: Turkse folders over rookstop, een tijdslijn die de gezondheidseffecten van stoppen met roken weergeeft en op deze manier de boodschap probeert los te koppelen van taal en als laatste een actie tijdens de ramadan. Ter evaluatie konden 7 interviews met Turkse patiënten en 3 focusgroep gesprekken met in totaal 25 hulpverleners uitgevoerd worden. De Turkse folders en actie tijdens de ramadan, werden als zinvol aanzien door sommige patiënten en de meeste hulpverleners, maar het beeldmateriaal springt onvoldoende in het oog voor de patiënt. De tijdslijn kan de aandacht trekken en brengt de boodschap goed over. Enkele problemen werden vermeld omtrent het bespreken van stoppen met roken bij Turken: een taboe bij Turkse vrouwen rond rookgedrag, moeilijk inschatten van motivatie, taalbarrière en tijdsgebrek.

Conclusies: Het rookgedrag van de Turken lijkt te veranderen door een verhoogde aandacht voor de gezondheidsschade binnen de gemeenschap, dit zowel lokaal als op macroniveau. Dit vormt een goede basis voor het begeleiden van rookstop. Hier zijn culturele aanknooppunten op vlak van boodschap en timing zinvol (bv. Turkse folders, ramadan), maar bij het gebruikte beeldmateriaal lijkt het zinvoller om beelden rond gezondheidseffecten te gebruiken die bij voorkeur angst opwekken. Enkele vragen verdienen verder onderzoek: Rust er een taboe op roken bij Turkse vrouwen en waarom?; Gaan jonge Turkse vrouwen steeds meer roken?; Welk beeldmateriaal is het meest zinvol bij motivatie van Turkse rokers?; Wat zijn de lange termijneffecten bij het gebruik van angstaanjagende beelden omtrent gevolgen van rookgedrag?

E-mail: charlotteghyselen@gmail.com

ICPC-code: P17

Inhoudstabel

Dankwoord C

Abstract ..... F

Inhoudstabel ..... G

1. Inleiding 1

1.1 Keuze van het onderwerp 1

1.2 Onderzoeksvraag en doelstellingen 1

1.3 Opbouw van de scriptie 2

2. Literatuurstudie 3

2.1. Zoekmethode 3

2.2. Kenmerken van de Studiegroep: Turkse rokers 4

2.3. Stoppen met roken bij Turkse immigranten 5

2.3.1. Determinanten van roken bij Turken 5

2.3.2. Rookstopprogramma's voor Turkse immigranten 6

3. Interventie: aanpassen van de rookstopactie in het wijkgezondheidscentrum 9

3.1. Inkleding van de wachtzaal 9

3.2. Actie tijdens de Ramadan 10

3.3. Rookstopafspraak 11

3.4. Registratie van de rookstatus 12

3.5. muntjesactie van het onthaal 13

4. Onderzoeksmethode 14

4.1. Interviews met Turkse rokers 14

4.1.1. Keuze van de onderzoeksmethode 14

4.1.2. Rekrutering van patiënten 14

4.1.3. Procedure van de semigestructureerde interviews 15

4.1.4. Verwerken van de gegevens 16

4.2. Bevraging van de hulpverleners 16

5. Resultaten 18

5.1. Gegevensverzameling 18

5.1.1 Interviews Turkse rokers 18

5.1.2 Focusgroep gesprekken met hulpverleners 20

5.2 Evaluatie van de verschillende acties 21

5.2.1 Turkse Rookstopfolder 21

5.2.2 De rookstopafspraak 22

5.2.3 De tijdslijn met gezondheidseffecten **24**

5.2.4. Actie tijdens de Ramadan **25**

5.2.5. De muntjesactie aan het onthaal **27**

5.3 Stimulerende factoren bij de ondersteuning van rookstop bij Turkse allochtonen tijdens de rookstopactie **28**

5.3.1 Verhoogde aandacht van de hulpverleners **28**

5.3.2 Verhoogde aandacht in de Turkse gemeenschap **29**

5.3.3 Motivatie van de patiënt **31**

5.4 Drempels bij de ondersteuning van rookstop bij Turkse allochtonen tijdens de rookstopactie **33**

5.4.1 Taboe bij Turkse vrouwen **33**

5.4.2 Taalbarrière **34**

5.4.3 Werkomstandigheden van Turkse mensen **35**

5.4.4 Demotiverende factoren voor de patiënt **35**

5.4.5 Moeilijk inschatten van motivatie **38**

5.4.6 *Tijdsgebrek bij zorgverleners* **38**

6 Discussie **40**

6.1 Evaluatie van de interventies **40**

6.1.1 Turkse rookstopfolder **40**

6.1.2 De tijdslijn met gezondheidseffecten **42**

6.1.3 Rookstopafspraak **43**

6.1.4 Actie tijdens de Ramadan **43**

6.2 Algemene bevindingen in verband met rookgedrag bij Turkse patiënten **44**

6.3 Toekomst **45**

6.5 Beperkingen van het onderzoek **47**

6.5.1 Selectiebias. **47**

6.5.2 Interviewerbias **48**

6.5.3 Bias bij dataverwerking **48**

7 Besluit **49**

7.1 Conclusies van het onderzoek **49**

7.2 Aanbevelingen naar de toekomst **49**

Referenties **51**

Bijlagen ..... **i**

1. Inleiding

1.1 Keuze van het onderwerp

In het wijkgezondheidscentrum Botermarkt is de patiëntenpopulatie zeer divers en multicultureel. Exacte cijfers hiervan zijn niet gekend. Uit voorgaande preventiecampagnes van het wijkgezondheidscentrum bleek de deelname van allochtone patiëntengroepen eerder beperkt. Een verder onderzoek naar de reden van deze beperktere deelname en extra aandacht voor het includeren van deze groepen is hier dus aangewezen.

In januari 2012 startte de werkgroep gezondheidspromotie een rookstopcampagne in het wijkgezondheidscentrum Botermarkt. Ze streven naar meer bewustzijn van rookgedrag en motivatie tot rookstop. Ook bij deze preventiecampagne werd een beperktere deelname van allochtone patiënten verwacht door de werkgroep.

1.2 Onderzoeksvraag en doelstellingen

Vanuit een concrete nood in de praktijk werd volgende onderzoeksvraag gesteld: Hoe kan een rookstopprogramma worden aangepast aan Turkse rokers?

De doelstelling van deze scriptie bestaat uit verschillende elementen:

Het aanpassen van de geplande rookstopactie om een hogere respons bij Turkse Omdat roken een frequent probleem is binnen de Turkse populatie[1] en de eerder beperkte omvang van deze scriptie een homogene patiëntengroep vraagt, werd de studie tot de patiënten van Turkse origine beperkt. Deze groep is ook voldoende vertegenwoordigd in ons centrum.

1. patiënten te verkrijgen.
2. Het evalueren van positieve en negatieve punten van deze campagne.
3. Het zoeken naar mogelijke verbeteringen voor de toekomst.

1.3 Opbouw van de scriptie

De studie bestaat uit drie stappen. Eerst gebeurde een literatuuronderzoek naar rookgedrag bij Turkse allochtonen en naar vroegere acties rond stoppen met roken bij Turken (zie hoofdstuk 2). Vervolgens werden vanuit de literatuur aanpassingen gedaan aan de geplande rookstopactie (zie hoofdstuk 3). Daarna gebeurde een kwalitatief onderzoek via semigestructureerde interviews met Turkse rokers en focusgroep gesprekken met hulpverleners om de actie te evalueren (hoofdstuk 5). In de discussie (hoofdstuk 6) wordt een mogelijke interpretatie gegeven aan de resultaten. Bij het besluit (hoofdstuk 7) worden de resultaten samengevat en mogelijke aanpassingen naar de toekomst geformuleerd.

1. Literatuurstudie

1.1. Zoekmethode

Het vertrekpunt was het recente overzichtsartikel van STIVORO 'Bevorderen van stoppen met roken bij achterstandsgroepen en allochtonen op lokaal niveau'[1]. Hieruit werd informatie over de Turkse allochtonen gefilterd en de referenties werden nagelezen om relevante artikels verder te exploreren.

Uit het artikel 'beliefs of Turkish and Moroccan immigrants in the Netherlands about smoking cessation: implications for prevention."[2] werden enkele passende trefwoorden gekozen om verder te zoeken in PubMed.

Deze waren: "Attitude to Health/ethnology"[MAJR]) AND "Smoking Cessation"[MAJR]) AND "Turkey/ethnology"[MeSH Terms]. Op deze manier werd slechts een extra artikel gevonden: "Developing a Smoking Cessation Program for Turkish-Speaking Migrants in Switzerland: Novel Findings and Promising Effects." Verder kwamen geen relevante artikels naar voren, ook niet via 'related articles'. De zoekactie werd herhaald bij web of science, met hetzelfde resultaat.

Daarnaast werd een afspraak gemaakt met een expert ter zake. Via 'Uitgerookt?!', een rookstopprogramma gericht naar kansarmen, kwam er contact met Françoise Roelandts. Zij is themaverantwoordelijke tabakspreventie bij de Limburgse LOGO's en Provinciale Dienst Preventieve Gezondheid en werd recent gevraagd om een literatuurstudie over rookstop bij allochtone groepen te schrijven.

1.2. Kenmerken van de Studiegroep: Turkse rokers

Uit cijfers van de stedelijke integratiedienst van stad Gent[3] uit 2010 werd naar ruwe schatting berekend dat van alle bewoners van Gent 6% van Turkse afkomst is [Noot 1]. De populatie van het wijkgezondheidscentrum is weliswaar geen correcte weerspiegeling van de algemene populatie van Gent. Het percentage aan allochtonen ligt in het wijkgezondheidscentrum enerzijds een stuk hoger dan in de Gentse populatie en anderzijds is in bepaalde stadsdelen de concentratie aan Turkse allochtonen een stuk hoger dan in Ledeberg. Toch tonen deze cijfers wel al aan dat de Turkse allochtonen een belangrijke groep vormen binnen de Gentse patiëntenpopulatie. Exacte cijfers van deze groep in het wijkgezondheidscentrum zijn jammer genoeg niet beschikbaar omdat de nationaliteit van de patiënten momenteel slecht geregistreerd staat in de dossiers.

Cijfers rond het rookgedrag van de Turkse immigranten in België zijn evenmin beschikbaar. Uit de gezondheidsenquête van 2008 blijkt dat respectievelijk 28.6% en 20.7% van de mannen en vrouwen in België roken[4]. Er zijn geen aparte cijfers bij allochtonen in België gekend.

In een review uit Nederland in opdracht van STIVORO zijn wel cijfers rond het rookgedrag van allochtone groepen te vinden[1]. Hier blijkt dat de Turkse mannen op kop staan. Binnen deze groep roken in Nederland 49-69%. Deze cijfers liggen een stuk lager bij Marokkaanse mannen in Nederland (23-43%) en bij autochtone Nederlandse mannen (39-48%). Autochtone Nederlandse vrouwen roken wel meer (31-47%) dan Turkse vrouwen in Nederland (21-34%). Marokkaanse vrouwen in Nederland roken zo goed als niet (1-3%). Hierbij dient vermeld te worden dat al deze cijfers afkomstig zijn van studies in steden en kunnen afwijken van de landelijke cijfers uit Nederland.

Hieronder worden deze cijfers verder opgesplitst per leeftijdsgroep. Turkse mannen in de leeftijd van 25-45jaar roken het vaakst (tot zo'n 70%), van de autochtone mannen in die leeftijdsklasse rookt 40-50%.[1] Turkse vrouwen roken dan weer minder vaak dan autochtone Nederlandse vrouwen. Van de Turkse vrouwen tussen de 25 en 50 jaar roken er beduidend

Noot 1: Cijfers van de stedelijke integratiedienst van stad Gent[1] uit 2010 geven aan dat 17.51% van de bewoners van Gent van allochtone oorsprong is. Binnen deze allochtone groep heeft 11,07% de Turkse nationaliteit en 46.1% de Belgische nationaliteit. Uit deze laatste groep is 52,33% van Turkse afkomst. Van alle bewoners van Gent was dus in 2010 naar ruwe schatting 6% van Turkse afkomst.

meer dan van de oudere Turkse vrouwen (>50jaar). Dit leeftijdsverschil zou kunnen suggereren dat meer jonge Turkse vrouwen gaan roken, maar dat is op basis van de gegevens in die studie niet na te gaan. [1]

Bij de aanbeveling uit de studie van STIVORO werd aangeraden om onderzoek te doen naar Turkse mannen in leeftijdscategorie 25-50 jaar en jonge Turkse vrouwen. [1]

1.3. Stoppen met roken bij Turkse immigranten

1.3.1. Determinanten van roken bij Turken

Om een methode uit te werken voor het stimuleren van stoppen met roken bij Turkse immigranten is het belangrijk om de determinanten van het roken bij deze groep te kennen. De review van STIVORO[1] gaat hier dieper op in, hoewel er wordt opgemerkt dat er nog weinig studies gebeurd zijn rond dit onderwerp.

Hierbij moeten we onderscheiden in welke mate het verschil in rookgedrag afkomstig is van een verschil in socio-economische status tussen de allochtone en de autochtone groep. Zo bleek dat het percentage rokers bij Turkse mannen stijgt, naargelang het opleidingsniveau daalt. Een studie van Van Leest toonde echter aan dat na correctie voor het verschil in opleiding, de verschillen in rookgedrag tussen allochtonen en autochtonen blijven bestaan.[5] Toch mag men niet uit het oog verliezen dat ook de nog steeds vaak lagere sociaal economische status bij de Turkse allochtonen mee een rol kan spelen in het rookgedrag. Zo kan het financiële aspect bijvoorbeeld een belangrijke rol spelen; zowel bij de beslissing om te stoppen met roken als bij het gebruik van hulpmiddelen.[1]

In Amsterdamse interviews onder Turken en Marokkanen werd onder andere het rookgedrag en determinanten van (stoppen met) roken bevraagd. Qua structuur zijn deze determinanten grotendeels vergelijkbaar met de determinanten die voor autochtone Nederlanders gelden: waargenomen voordelen van roken en van stoppen met roken, sociale invloeden en eigen effectiviteit. De onderzoekers besloten dan ook dat het ASE-model (attitude, sociale invloed en eigen effectiviteit) ook bruikbaar is voor Turkse en Marokkaanse Nederlanders bij determinantenonderzoek voor het ontwikkelen van rookstopinterventies. Er zijn wel enkele cultuurspecifieke opvattingen en praktijken die belangrijk zijn om mee te nemen namelijk de sociale norm van de imam en het aanbieden van sigaretten. Bij de norm

van de imam gaat het over hoe de lokale imam staat tegenover roken en in hoeverre hij hierover boodschappen meegeeft. Het aanbieden van sigaretten is een culturele praktijk waarbij een sigaret als teken van vriendschap wordt aangeboden. [2]

Ook in een andere studie kwam het aanbieden van sigaretten aan elkaar naar voor als een culturele praktijk.[6] Daarnaast leeft er bij de Turken de opvatting dat roken normaal is, wat bij autochtonen niet het geval is. [1]

1.3.2. Rookstopprogramma's voor Turkse immigranten

Specifieke literatuur rond rookstopprogramma's voor Turkse immigranten is vrij beperkt. Zoals hierboven beschreven zijn de determinanten van het rookgedrag wel grotendeels gelijklopend als deze van autochtonen. We moeten ernaar streven om de cultuurspecifieke elementen te integreren.

De studie van STIVORO gaat verder in op lokale aanpak van roken bij lage SES en allochtonen. Hier gaat het om community benadering waarbij voorbeelden worden aangehaald van toneelstukken, mediacampagnes en campagnes in moskeeën en slagerijen tijdens de Ramadan.[1] Dergelijke campagnes zijn te grootschalig voor deze scriptie. Dit neemt niet weg dat er enkele interessante elementen uit meegenomen kunnen worden. Zo wordt aangeraden om specifiek materiaal te gebruiken voor de verschillende minderheidsgroepen en wordt het belang van de invloed van cultuur, taal en godsdienst benadrukt. Acties waarbij rookstopgroepen werden opgericht, kenden over het algemeen een vrij lage opkomst. Daarnaast is het aangrijpen van de Ramadan als aanzet tot stoppen met roken effectief gebleken. Over andere lokale acties (bv. telefoonlijn, advies van apotheek en zorgverleners,…) bestaan geen onderzoeken bij allochtonen.[1] Bij een studie in Nederland werd opgemerkt dat Turkse en Marokkaanse ouderen minder dan autochtone ouderen gebruik maken van zorgvoorzieningen. Ze vallen meer terug op informele hulp, zoals bijvoorbeeld advies van hun kinderen. Professionele hulp is minder toegankelijk, ze zijn weinig bekend met de Nederlandse zorg-en dienstverlening en en er zijn enkele drempels, zowel financieel als op vlak van taal en cultuur.[7]

Algemeen benadrukt de review dat er weinig overzichtsliteratuur beschikbaar is over effectiviteit van interventies rond stoppen met roken bij allochtonen en er bijgevolg

nauwelijks verantwoorde uitspraken kunnen worden gedaan. Bij de studie van STIVORO wordt aanbevolen dat de interventies aansluiten op, of op zijn minst rekening houden met culturele praktijken en gebruiken. Dat geldt onder andere voor timing, communicatieboodschappen en taalgebruik, wervingskanalen, aard en plaats van activiteiten. Voor moslims worden moskeeën, imams en de Ramadanperiode als goede ingangen voorgesteld. Om de taalbarrière te beperken worden specifieke flyers en het werken met foto's of pictogrammen aangeraden. [1]

In Zwitserland werd in 2011 succesvol een rookstopprogramma voor Turkssprekende migranten opgestart. Hier ging het om een Turkse rookstopgroep, waarvoor de participanten actief werden gerekruteerd via een sensibiliseringscampagne met onder andere een toneelstuk. De studie benadrukt het belang van socioculturele en socio-economische aanpassingen, zoals bijvoorbeeld het voorzien van een gratis aanbod. Er werd samengewerkt met een Turkse cartoonist om herkenbare Turkse folders te maken en ook het toneelstuk dat werd gebruikt om mensen te sensibiliseren, werd door Turkse mensen gemaakt en uitgevoerd. Er wordt vanuit het programma actief naar de mensen toe gestapt (onder andere met het toneelstuk), aangezien werd vastgesteld dat bij bestaande rookstopprogramma's de participatiegraad van Turkse allochtonen zeer laag was. De groepsgeest wordt ook naar voor geschoven als een belangrijk element in het slagen van deze opzet. Doordat het allemaal Turkse deelnemers zijn, is de onderlinge steun groot.[8]

Via een specialiste ter zake, Françoise Roelandts werden meer concrete tips verzameld. Zij bevestigde de beperkte specifieke literatuur rond stoppen met roken bij Turkse allochtonen. Er werd haar gevraagd om hier een rapport over te schrijven, maar gezien de beperkte specifieke literatuur werd enkel een aanbeveling aan de Vlaamse overheid geschreven voor meer onderzoek. Ook was het initieel de bedoeling dat de methodiek van 'Uitgerookt?' onmiddellijk toepasbaar zou zijn voor allochtonen, maar dit bleek in realiteit niet haalbaar. Het probleem was enerzijds een taalbarrière. Ondanks het feit dat kennis van het Nederlands als een criterium werd gesteld, bleek bij de groepssessies dat de taal toch een probleem vormde. Daarnaast bleek tijdens de sessies, waar het de bedoeling is om ervaringen uit te wisselen, dat de herkenbaarheid van de aangekaarte problemen te beperkt was voor de allochtone deelnemers. Er zijn ondertussen enkele pilootprojecten gestart bij allochtonen, maar hier zijn nog geen resultaten van gekend.

Mevrouw Roelandts gaf de tips mee om zeker gericht naar 1 allochtone groep te gaan werken (in dit geval dus de Turkse) en hierbij voldoende beeldmateriaal en aparte flyers te gebruiken.

2. Interventie: aanpassen van de rookstopactie in het wijkgezondheidscentrum

Een algemene actie rond stoppen met roken in het wijkgezondheidscentrum Botermarkt was al gepland en wordt gecoördineerd door de werkgroep gezondheidspromotie. Deze werkgroep wordt geleid door de gezondheidspromotor en bestaat uit een arts, verpleegkundige, diëtiste en maatschappelijk werkster van het centrum. In het kader van deze scriptie werd geprobeerd om de geplande actie zoveel mogelijk aan te passen aan de Turkse doelgroep, vanuit de kennis uit de literatuurstudie. Met verschillende kleine acties wordt de aandacht in het wijkgezondheidscentrum op het rookgedrag gericht.

Hieronder volgt een beschrijving van de verschillende elementen van de rookstopactie en ook een toelichting waar aanpassingen naar de Turkse allochtonen werden uitgevoerd.

De rookstopactie ging in januari 2012 van start, tijdens de maand maart werd de aandacht tijdelijk verlegd naar tandzorg in het kader van de maand van de tand.

2.1. Inkleding van de wachtzaal

In de wachtzaal wordt informatie voorzien rond gezondheidseffecten van roken en stoppen met roken. Daarnaast wordt ook de nadruk gelegd op hoffelijk roken. Voorbeelden van materiaal zijn de folders van de tabakstoplijn en een schijf waarop financiële implicaties van roken aangetoond worden. Op de schermen wordt een dia-projectie met informatie afgespeeld. Daarnaast hangen in de wachtzaal verschillende cartoons rond roken en zijn de kleurplaten voor de kinderen eveneens in dit thema. De ingekleurde prenten worden bij het onthaal opgehangen.

De gezondheidspromotor deed ook een doe-actie in de wachtzaal waarbij mensen werden gevraagd om een testje te doen. Hierbij wordt gepoogd om het effect na te bootsen van longen met sterk obstructief lijden door een inspanning te doen terwijl geademd wordt door een dun rietje. Dit om te motiveren tot stoppen met roken of blijvend motiveren om er niet mee te beginnen.

Voor de wachtzaalcampagne werd in het kader van deze scriptie geprobeerd om zoveel mogelijk beeldmateriaal te betrekken om de taalbarrière te beperken.[1] Er werd zoveel mogelijk gebruik gemaakt van cartoons en beeldmateriaal. Daarnaast werd een visuele voorstelling van de gezondheidsvoordelen van stoppen met roken gemaakt. Dit gebeurde via

een tijdslijn waarop de effecten van stoppen met roken op het lichaam via tekeningen in functie van de tijd worden weergegeven. Als de kans op een ziekte afneemt wordt dit weergegeven als bijvoorbeeld een tekening van een longtumor die verkleint. Op deze manier werd geprobeerd om de informatie los te koppelen van taal zodat deze voor iedereen verstaanbaar is. In het kader van herkenbaarheid werd ook geprobeerd om bij de foto's van mensen op de tijdslijn zo divers mogelijk te werk te gaan (in geslacht, leeftijd en afkomst). Een foto van de tijdslijn is terug te vinden in bijlage 1.

Een andere aanpassing in het kader van deze thesis zijn de Turkse rookstopfolders, gezien in de literatuur specifieke flyers worden aangeraden.[1] Deze zijn een aangepaste versie van de folders die werden gebruikt bij het project 'Tiryaki Kukla' waarbij specifieke Turkse rookstopgroepen werden opgestart in Zwitserland. De folders werden geïllustreerd door een Turkse cartoonist met de bedoeling herkenbaar en aantrekkelijk te zijn voor Turkse allochtonen.[8] Na contact met de medewerkers van dit project en kregen we de toestemming om de folders te gebruiken. De drie originele folders uit het Zwitsers project werden samengevat tot twee die in de wachtzaal ter beschikking werden gesteld. Bij de ene folder ligt de nadruk op informatie over stoppen met roken en gezondheidsvoordelen hiervan. Een tweede folder gaat meer in op gevolgen van passief roken. Bij beide folders worden gemotiveerde mensen toe geleid naar een rookstopafspraak (zie hieronder). De folders zijn terug te vinden in bijlage 2.

2.2. Actie tijdens de Ramadan

Gezien het belang om met de interventie aan te sluiten op culturele gebruiken, waarbij ramadan als een goede ingang wordt voorgesteld [1], werd een maand voor de start van de Ramadan, rond 20 juni 2012, een actie gestart. Hierbij wordt de Ramadan naar voor geschoven als het ideale moment om te stoppen met roken. Er werd gewerkt met posters die op opvallende plaatsen in het wijkgezondheidscentrum worden opgehangen. Het opschrift: 'Ramadan; 15u niet roken; het ideale moment voor volledige rookstop' werd in 4 talen vertaald, namelijk Nederlands, Arabisch, Frans en Turks. De poster werd bijgevoegd in bijlage 3.

In navolging van het advies om ook de plaats van de activiteiten aan te passen aan de culturele gebruiken[1], werd geprobeerd om deze actie open te trekken naar de moskee. Deze

poging mislukte omdat de imam in het buitenland was gedurende een lange periode voor en tijdens de ramadan.

2.3. Rookstopafspraak

De rookstopafspraak is een nieuw concept dat werd ontwikkeld naar aanleiding van de rookstopactie. Hier gaat het om een afspraak bij de arts waar de aandacht enkel gaat naar stoppen met roken. Via posters in de wachtzaal worden mensen die nadenken over stoppen met roken aangespoord om een rookstopafspraak te maken en dit met hun arts te bespreken. Deze afspraak is dus bedoeld voor mensen die reeds gemotiveerd zijn.

Tijdens het consult worden de verschillende hulpmiddelen besproken en tips gegeven bij het stoppen met roken en voor het voorkomen van herval. Er werd een protocol ontwikkeld voor de artsen om dit consult op een volledige en gestructureerde manier te voeren, dit is terug te vinden in bijlage 4.

De bedoeling van een rookstopafspraak werd in het Turks op de folders herhaald, zodat deze boodschap zeker voldoende begrepen werd. Er zijn geen aanpassingen in het protocol specifiek naar de Turkse rokers toe. Wel werd tijdens dit consult extra aandacht besteed aan de culturele aspecten die een rol spelen bij het stoppen met roken. Dit is makkelijker te implementeren dan bij de wachtzaalcampagne aangezien het hier om een individuele aanpak naar de patiënt toe gaat en er dus net zoals bij andere consultaties veel directer en aangepaster aan de patiënt kan worden gewerkt. Een mogelijk taalprobleem wordt overbrugd door een tolk tijdens het consult.

Er werd ook nagedacht over het starten van een rookstopgroep als alternatief. Gezien ook uit de literatuur een lage opkomst van Turken bij rookstopgroepen blijkt, leek dit een moeilijke taak.[1] De studie uit Zwitserland bewees nochtans dat een rookstopgroep voor Turken bij een goede aanpak wel succesvol kan zijn.[7] Er werd overlegd met Françoise Roelandts over mogelijke methodieken hierbij en verschillende tabakologen werden gecontacteerd voor meer informatie. Deze denkpiste werd uiteindelijk omwille van financiële redenen verlaten.

2.4. Registratie van de rookstatus

Aangezien gemerkt wordt dat de rookstatus in het dossier vaak niet geregistreerd staat, wordt extra aandacht besteed aan het registreren van de rookstatus. Hiervoor werd in 2011 een nieuwe parameter ingevoerd in het EMD. Indien een patiënt roker is en dit op de correcte manier geregistreerd staat, komt op het overzichtsblad bij het openen van het dossier een rode sigaret. Door verhoogde registratie van rookstatus in het elektronisch dossier wordt de aandacht van de zorgverlener hier telkens op gevestigd en zal hier ook sneller iets mee gebeuren.[9] De motivatie van de patiënt om te stoppen met roken wordt ook telkens bevraagd en genoteerd, dit kan de weg openen naar het aanbieden van een rookstopafspraak of naar een motiverend gesprek.

In het kader van het rookstopproject werden ook de verpleging, tandartsen en de diëtiste gemotiveerd om in de dossiers de rookstatus te vervolledigen. Door het bevragen wordt ook de aandacht van de andere zorgverleners hiervoor aangescherpt. Zo wordt ook bij de andere disciplines de mogelijkheid geopend om hier een gesprek rond te voeren en door te verwijzen voor een verdere begeleiding. Dit blijkt ook volgens de literatuur een zinvolle aanvulling. In een studie werden medische assistenten gevraagd om bij elke patiënt de rookstatus na te vragen en te markeren in het EMD. Bij motivatie tot stoppen met roken werd doorverwezen naar een tabakslijn. Er werd een verhoogd aantal rookstoppogingen genoteerd.[10] In onze praktijk gebeurde een verwijzing naar de arts. Een kort protocol voor deze registratie werd opgesteld zodat de rookstatus in alle dossiers eenduidig wordt genoteerd (bijlage 5).

Een extra duwtje in de rug werd gegeven door de stagiair gezondheidspromotie. Hij maakte in de wachtzaal een hoekje vrij om mensen even apart te nemen om hun rookgedrag te bevragen. Daarbij vroeg hij ook naar motivatie tot stoppen met roken en gaf indien van toepassing een korte uitleg over de rookstopafspraak.

Ter motivatie van de verschillende gezondheidswerkers om aandacht te blijven hebben voor het registeren van de rookstatus werden beloningen uitgereikt als bepaalde aantallen registraties werden overschreden. Bij 2000 correct geregistreerde rookstatussen werden taarten gebakken, bij het overschrijden van de grens van de 3000 werd een feestje beloofd.

2.5. muntjesactie van het onthaal

Bij het onthaal werd vaak opgemerkt dat mensen nog snel tijdens het wachten naar buiten lopen om een sigaret op te steken. Ze komen dit melden aan het onthaal zodat de arts hen kan vinden, voor het geval die hen in tussentijd komt zoeken. In het kader van de rookstopactie wordt aan deze mensen een muntje aangeboden als alternatief voor het opsteken van een sigaret. Op de muntjes wordt via een tekening een korte boodschap rond stoppen met roken of gevolgen van roken meegegeven.

3. Onderzoeksmethode

3.1. Interviews met Turkse rokers

3.1.1. Keuze van de onderzoeksmethode

Voor de start van het onderzoek werd uitgegaan van een lage participatiegraad van de Turkse patiënten aan de rookstopactie op basis van vroegere ervaringen in de praktijk. Door de actie aan te passen aan de doelgroep op basis van de literatuur zoals hierboven beschreven, proberen we deze participatiegraad te verhogen.

Enerzijds is het de bedoeling van dit onderzoek om de uitgevoerde actie door de Turkse mensen te laten evalueren. Anderzijds gaan we ervan uit dat nog verdere aanpassingen zullen nodig zijn. Door open vraagstelling wordt er zoveel mogelijk ruimte gelaten voor vrije interpretatie en aanvullingen. Zo hopen we dat er door de ervaringen van de Turkse mensen met de huidige actie en de ideeën die worden aangebracht aanbevelingen naar de toekomst kunnen geformuleerd worden. Een kwalitatieve benadering is hier dus aangewezen. Gezien het de bedoeling is om de persoonlijke meningen en ervaringen van de verschillende patiënten te kunnen achterhalen, is een semigestructureerd interview hier de meest passende methode.[11]

3.1.2. Rekrutering van patiënten

Rekrutering van patiënten gebeurde door het chronologisch overlopen van de agenda's van de verschillende hulpverleners in alfabetische volgorde. Er werd gestart vanaf eind februari. De namen van de patiënten werden gebruikt als indicatoren om Turkse patiënten te selecteren. Daarna werd nagegaan via het dossier of de patiënt een roker is en ook de origine van de patiënt werd gecontroleerd hetzij via het dossier of de vaste arts. Het criterium voor een patiënt van Turkse origine is dat de patiënt zelf of ten minste één van zijn ouders in Turkije geboren is. Indien deze informatie niet gekend was, werd dit telefonisch aan de patiënt zelf gevraagd. Indien de patiënt voldeed aan de inclusiecriteria werd de patiënt telefonisch uitgenodigd voor een interview in het wijkgezondheidscentrum, hierbij werd uitgelegd wat het doel van het onderzoek is. Indien ze dit niet zagen zitten werd een bezoek thuis voorgesteld. De deelnemers werden hierbij verteld dat het gaat om een studie in het kader van de opleiding van huisarts in opleiding Charlotte Ghyselen. Er werd gewerkt

met een doelgerichte steekproef om voldoende variatie wat betreft demografische kenmerken en op vlak van deelname aan de campagne te verzekeren. Om dit te bereiken werden enkele doelgroepen geformuleerd en patiënten die voldeden aan de inclusiecriteria, maar behoorden tot een groep die al voldoende vertegenwoordigd was, werden toch niet geïncludeerd.

De verschillende groepen worden hieronder weergegeven. Het doel was om ongeveer een tweetal personen uit elke groep te interviewen.

- Man uit leeftijdsgroep 25-50; geen rookstopafspraak
- Vrouw uit leeftijdsgroep 25-50; geen rookstopafspraak
- Man uit leeftijdsgroep 25-50; wel rookstopafspraak
- Vrouw uit leeftijdsgroep 25-50; wel rookstopafspraak
- Man uit leeftijdsgroep 50-80; wel rookstopafspraak
- Vrouw uit leeftijdsgroep 50-80; wel rookstopafspraak
- Man uit leeftijdsgroep 50-80; geen rookstopafspraak
- Vrouw uit leeftijdgroep 50-80; geen rookstopafspraak

3.1.3. Procedure van de semigestructureerde interviews

Voor het starten van het interview werd aan de patiënt nogmaals het doel van het onderzoek uitgelegd en het informed consent (bijlage 6) overlopen. Indien dit nodig is, werd het informed consent vertaald door een tolk. Pas na het ondertekenen van het informed consent werd het interview gestart.

Het eerste deel van het interview bestond uit demografische gegevens en enkele vragen rond het rookgedrag van de patiënt, deze gegevens werden op een formulier genoteerd. Daarna werd een semi-gestructureerd interview afgenomen. Er werd gestart met een zeer open vraagstelling om de patiënt zoveel mogelijk onderwerpen en ideeën zelf te laten aanbrengen. Zo viel ook beter te evalueren wat de patiënt echt was opgevallen, gezien verwacht werd dat er vaak te sociaal wenselijk zou worden geantwoord. Nadien werden via open vragen de resterende thema's aan bod gebracht. In bijlage 7 is de topiclijst terug te vinden. Tijdens het interview werd het materiaal dat gebruikt werd tijdens de campagne

rond stoppen met roken nogmaals getoond aan de patiënten om dit te laten herevalueren of voor de eerste keer bekijken indien dit het hen nog niet eerder was opgevallen. Het interview werd op een bandje opgenomen.

De interviews werden afgenomen door Huisarts in Opleiding Charlotte Ghyselen in het wijkgezondheidscentrum, hierbij waren geen andere personen aanwezig. De huisarts in opleiding werkt in de praktijk waar de patiënten worden gerekruteerd en het is mogelijk dat er reeds een arts-patiënt relatie bestond voor het afnemen van het interview. Indien de patiënt onvoldoende Nederlands begreep of spreekt, werd een tolk uitgenodigd om tijdens het interview te tolken. Er werd door de vaste arts beslist of de aanwezigheid van een tolk al dan niet noodzakelijk was.

3.1.4. Verwerken van de gegevens

De interviews werden letterlijk uitgetypt vanop de bandrecorder en ingevoerd in het verwerkingsprogramma Nvivo. In dit programma werd de tekst gecodeerd volgens verschillende thema's. Vooraf waren enerzijds reeds enkele thema's gedefinieerd, namelijk de verschillende aanpassingen die aan de campagne waren gebeurd voor de doelgroep. Daarnaast kwamen er enkele categorieën bij die door de deelnemers naar voor gebracht werden. Tijdens het verwerken van de gegevens werden de interviews herhaaldelijk opnieuw gelezen en gecodeerd om informatie te toetsen.

Dit alles gebeurde door huisarts in opleiding Charlotte Ghyselen, hier kwamen geen andere onderzoekers in tussen. Er werd nadien geen correctie van de gegevens meer gevraagd bij de deelnemers.

3.2. Bevraging van de hulpverleners

Een tweede manier om deze actie te evalueren, is door het bevragen van de ideeën van de hulpverleners. Hier werd gekozen voor focusgroepen aangezien het niet zozeer gaat om een individueel idee en de groepsdynamiek meer ideeën kan opleveren.

De bedoeling is om vanuit verschillende hoeken inbreng te krijgen, daarom werden bevragingen bij de verschillende disciplines gepland. Het gaat om drie verschillende focusgroepen: met artsen, onthaalmedewerkers en verpleging. Voor de gesprekken plaatsvonden werden enkele vragen reeds verstuurd naar de verschillende hulpverleners

zodat kon worden nagedacht over het thema. Tijdens het overleg van de verschillende disciplines ging huisarts in opleiding Charlotte Ghyselen langs om de hulpverleners in groep te bevragen naar hun ideeën over het verloop van de rookstopactie, welke feedback zij bij Turkse patiënten hierover hebben gekregen en mogelijke ideeën voor verdere aanpassingen naar de toekomst.

Tijdens de focusgroepen werd door de huisarts in opleiding notities genomen en het gesprek werd op bandopnemer opgenomen om nadien nogmaals te kunnen interpreteren.

De resultaten werden eveneens opgedeeld in enkele vooropgestelde thema's, namelijk de verschillende aanpassingen die aan de campagne zijn gebeurd voor Turkse patiënten, dit gelijklopend met de gecodeerde thema's bij de interviews met patiënten. Afhankelijk van de inhoud van de focusgroep gesprekken kwamen nieuwe thema's naar voor die kunnen helpen de rookstopactie te evalueren.

4. Resultaten

4.1. Gegevensverzameling

5.1.1 Interviews Turkse rokers

A. Rekruteren van patiënten

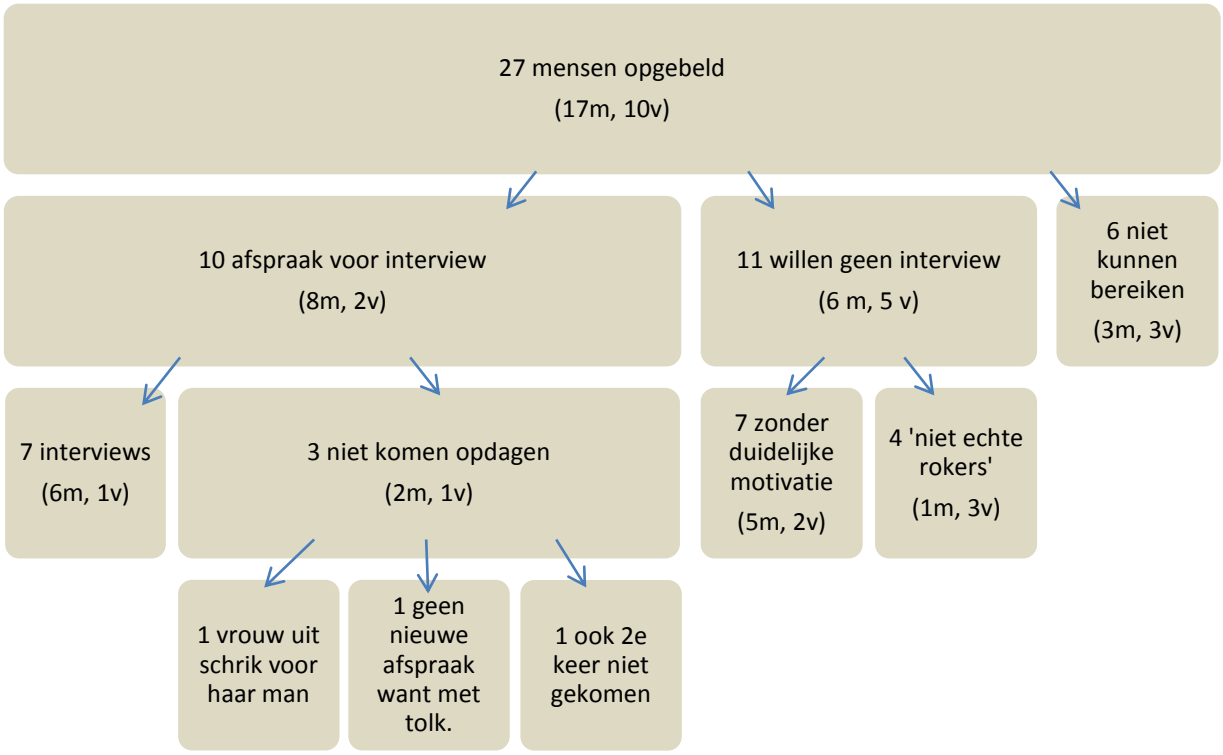
Er zijn 7 interviews gebeurd, bij 6 mannen en 1 vrouw. Meer informatie over de geïnterviewde patiënten staat hieronder weergegeven in tabel 1.

Interview	geslacht	Leeftijd	Rookstopafspraak	Aantal Pack Year [(1)]	Gestopt met roken?
1	man	39	ja	22	Ja, 4 maand
2	man	40	nee	5	nee
3	man	48	nee	30	nee
4	vrouw	37	nee	10	nee
5	man	56	ja	20	nee
6	man	45	Ja, maar geannuleerd		nee
7	man	44	ja	26	Ja, 9 maand

Tabel 1: kenmerken van studiegroep Turkse rokers

(1) Een term om het aantal sigaretten te beschrijven die een persoon over de tijd heeft gerookt. Een pack year wordt gedefinieerd als 20 sigaretten per dag gedurende 1 jaar.

Het interviewen van de vooropgestelde patiëntengroepen is niet gelukt. Figuur 1 toont hoeveel patiënten werden aangesproken en de eventuele redenen tot afwijzing.



Figuur 1: flow chart selectie deelnemers interviews

Zoals in figuur 1 aangegeven waren er 4 patiënten, waarvan 3 vrouwen die zichzelf als 'niet echte rokers' aanzien. Ze geven aan dat ze slechts enkele sigaretten per dag roken en dus eigenlijk geen rokers zijn. Bij de uitleg dat het aantal sigaretten per dag voor dit onderzoek geen belang heeft, weigerden ze toch mee te doen omdat ze dan toch benoemd worden als roker.

Bij de andere groep van patiënten die een interview weigert, ging het vooral om personen die minder goed Nederlands spreken, waarbij soms een familielid de telefoon opnam en aangaven dat de persoon in kwestie dit niet zou zien zitten.

Bij de groep die niet kwam opdagen, was het in principe de bedoeling om de patiënt opnieuw uit te nodigen op een ander moment. Een van de geïnterviewde patiënten had ook een eerste afspraak gemist, maar kon op een tweede moment toch nog worden geïnterviewd. Een andere patiënt kwam ook de 2^{e} maal niet opdagen, waarna geen nieuw moment meer werd afgesproken. Twee patiënten werden niet opnieuw uitgenodigd. Eén vrouw omdat ze aangaf niet gekomen te zijn omdat ze schrik heeft voor haar man. Bij de tweede patiënt ging het om een interview gepland met tolk, waardoor de tolk voor niets kwam opdagen. Hierdoor werd deze patiënt niet opnieuw uitgenodigd.

B. Verloop van de interviews

De interviews zijn verlopen en verwerkt zoals werd vooropgesteld. Alle interviews gebeurden zonder tolk. Bij één iemand had de interviewer de indruk dat door de taalbarrière de vragen onvoldoende begrepen en fout beantwoord werden, hierdoor werd dit interview verworpen.

De kenmerken van de verschillende interviews wordt weergegeven in tabel 2.

Respondent	Duur van het interview	Probleem door taalbarrière?
1	48 min	Nee
2	16 min	Nee
3	18 min	Nee
4	20 min	Nee
5	16 min	Nee
6	12 min	Nee
7	25 min	Ja

Tabel 2: kenmerken van de interviews met Turkse rokers

5.1.2 Focusgroep gesprekken met hulpverleners

De focusgroepen zijn verlopen zoals vooropgesteld was. Bijna alle hulpverleners waren telkens aanwezig. Na het focusgroep gesprek van de artsen werd nog een tweede keer een toelichting gevraagd tijdens de medische staf door vragen die opkwamen bij de onderzoeker bij het verwerken van de gegevens.

In tabel 3 zijn de kenmerken van de verschillende focusgroep gesprekken terug te vinden.

Discipline	Aantal deelnemers	Duur van de focusgroep
verpleging	7	11 min
Artsen	13	18 min + 7 min
onthaalmedewerkers	5	12 min

Tabel 3: kenmerken van de focusgroepen met hulpverleners

5.2 Evaluatie van de verschillende acties

5.2.1 Turkse Rookstopfolder

De Turkse rookstopfolders werden slechts door 1 van de geïnterviewde deelnemers opgemerkt, de enige die ook effectief gestopt is met roken. Bij hem was het de aanzet tot de rookstoppoging.

> *R1: 'Ik brochure gezien en daarop beetje inpakken'; 'Dan eerst ik bij dokter Fien : gekomen.'*

Toen de vraag werd gesteld of de Turkse folders een zinvolle ondersteuning waren, gaf hij wel aan dat dit was omdat hij reeds erover aan het nadenken was over stoppen met roken, het hielp hem over de drempel.

> *R1: "Ja, da's eerste gewoon iemand lezen en roken en euh, gewoon lezen… niet honderd procent. En als iemand denken van ik wil stoppen; Ja, ja of neen, ja of neen, zo beetje twijfelen, dan ja!"*

Deze zelfde man vond de folders zeer goed; hoewel hij er een vertaalfout in had opgemerkt. Hij nam zelfs enkele folders mee naar zijn werk. Ook het feit dat ze Turkstalig zijn, is voor hem een groot pluspunt.

> R1: '*Ja, ik niet voldoende Nederlands omdat ik van vrouw en familie en schoonfamilie, Turks is populaire taal, en ik in refter zijn in werkplaats en daar is ok zo.'*

De mening over de meerwaarde van een Turkstalige folder was verdeeld, twee anderen gaven aan dat een Turkstalige folder voor hen geen voordeel was.

De meeste deelnemers hadden de folder echter niet opgemerkt, hoewel ze allen tijdens de rookstopcampagne, al dan niet verschillende keren, in het centrum waren geweest. Een iemand gaf als reden nooit in de wachtzaal te zitten maar buiten te wachten.

> *R5: "Ah, wachtzaal niet wachten, ik just buiten wachten beetje. Nee, ik niet wachten, ik altijd kwaad van wachten, ik moet buiten…"*

Bij het tonen van de folders kwam verschillende keren de opmerking dat de folder onvoldoende in het oog springt. Enkele geïnterviewde patiënten geven aan dat er meer

foto's en dreigende beelden moeten komen, veel minder tekst. Er zou pas aandacht kunnen worden getrokken en effect kunnen komen als er schrik wordt opgewekt.

> R4: "*Euh, als ik zo in wachtzaal kijken, gaat niemand dat lezen. Omdat er zoveel zinnen in zitten, mensen hebben geen tijd eigenlijk, zelfs als ze zitten te wachten gaat het vervelen, maar als er foto's zouden inzitten gaan mensen denken van oei oei, wat is dat… Dat denk ik toch…"*

> *R3: "Als ik iets zie van die hart of die kanker, als ik dat zie dan is dat direct effect in mijn hersens, maar deze eigenlijk niet veel. K heb liever wat groter, met tekeningen en al, een mens krijgt direct effect zo in hersens, maar anders van alles zo lezen. Je ziet dat niet hé, alé je ziet dat, maar je leest dat niet hé."*

Tijdens het focusgroep gesprek met de onthaalmedewerkers komt naar voor dat er weinig reacties werden gegeven over de Turkse rookstopfolders zelf. Er kwam vooral de reactie van niet-Turkstalige mensen die op zoek waren naar een gelijke Nederlandstalige of anderstalige folder. Ook de artsen hebben vrij weinig specifieke reacties gekregen op de Turkse rookstopfolders. Een arts vermelde wel dat een Turkse jongeman zeer enthousiast was over een folder die hij meenam voor zijn moeder die geen Nederlands spreekt en veel te veel rookt. Deze folders kunnen tijdens het consult van de arts wel een goede ondersteuning zijn bij Turkstalige patiënten, het kan een aanzet zijn om het rookgedrag aan te kaarten.

> *Arts: "Die folders maken het voor mij wel makkelijker om het er met Turkse mensen een over te hebben, ook omdat het voor hun verstaanbaarder is."*

5.2.2 De rookstopafspraak

Vier van de geïnterviewde deelnemers hadden een rookstopafspraak vastgelegd. Een ervan kwam niet opdagen op de afspraak omdat hij op dat moment in het ziekenhuis was opgenomen. Van één van de deelnemers die wel slaagde in de rookstoppoging was het interview niet bruikbaar wegens taalproblemen.

Een van de patiënten die kwam op rookstopafspraak heeft al verschillende rookstoppogingen achter de rug, hij hervalt steeds. Ook de rookstopafspraak kon hem onvoldoende ondersteunen.

R5: "Nee is niet gelukt, in Turkije ook naar dokter geweest, daar ook proberen, maar ook niet gelukt…"

De andere man die de rookstopafspraak is nagekomen was zeer tevreden, hij is gestopt met roken onder deze begeleiding en ziet een duidelijke meerwaarde in de persoonlijke steun van een arts. Door de uitleg over het verloop van een rookstoppoging, over medicatie en door de extra motivatie en tips is stoppen met roken volgens hem veel haalbaarder.

R1: "Ja, zij, steunen mij altijd, echt steunen altijd. Altijd chapeau, bedankt, vertrouw maar en soms zeggen niet roken, heb jij ondertussen gerookt? Ik zeg neen. Zij altijd veel uitleggen en 14 april, pillekes is gedaan en euh, van dan zonder pillekes, (…) sommige mensen hebt gezegd, ik doorroken, champix mij niet helpen en sommige mensen zeggen ik beetje beu,van sigaretten, maar mijn idee, als naar dokter gaan, samen voor stoppen, of tabaklijn is nog goeie uitleg krijgen, bijvoorbeeld ik was ook weet niets, maar dokter Fien hebben zeggen mij, eerste zeven dagen kan roken en binnen achtste en 14e dagen, 1 dag moet keuze en zeggen 13e of 7e of zoveelste dag ik wil stoppen en zeggen, jij verwittigen bij kennende mensen wanneer jij op die collega of zo, ik stoppen, bijvoorbeeld laatste 2 dagen. En nu ik krijg telefoon met positieve kanten."

Van de andere geïnterviewde patiënten hadden de meesten de poster ergens wel opgemerkt, maar de boodschap was niet altijd duidelijk doorgedrongen. Ze hadden gezien dat het iets te maken had met hulp bij stoppen met roken, maar wat precies de bedoeling was, was niet voor iedereen duidelijk. Toen tijdens het interview de poster wordt voorgelegd met de vraag welke boodschap ze hieruit begrijpen, konden alle deelnemers hier wel op antwoorden. De boodschap was dus eigenlijk wel voldoende verstaanbaar, maar kon niet worden overgebracht door de eerste blik op de affiche.

R3: "Dan was er zo een wedstrijd of zoiets zeker. Ja, k weet niet, heb zoiets gezien maar euh, k weet niet ze. Alé wedstrijd niet zo, maar zo een actie zeker. Jawel, meer stond der niet eigenlijk ze. T was stoppen met roken, zo met een team zeker ofzo, was zoiets zeker ofzo…"

Tijdens de focusgroep gesprekken kwamen geen specifieke problemen of opmerkingen naar voor in verband met de rookstopafspraak bij Turkse mensen. Bij het focusgroep gesprek met

de artsen kwam het idee om mensen op langere termijn te motiveren tot het volhouden van de rookstop door middel van een soort beloningssysteem. Bij de AA zou een systeem van beloningen, gebonden aan een bepaalde stoptermijn, bestaan die een goede ondersteuning biedt. Dit staat los van de afkomst van de patiënt.

5.2.3 De tijdslijn met gezondheidseffecten

De tijdslijn werd door meer mensen opgemerkt. Slechts 1 van de geïnterviewde patiënten had deze niet gezien. De patiënten haalden de tijdslijn ook spontaan aan als gestart werd met de open vraag 'wat is je opgevallen de laatste maanden rond stopen met roken'. Ook de boodschap is duidelijk overgekomen voor diegene die het bekeken hebben.

> *R2: "Ja, van die grote papieren, wat er dan gebeurt van eerste week, eerste paar dagen en dan na paar maanden enzo, dat goed gaat met bloed enzo…"*

> *R3 : "...al wat dat op neer komt en al zo van die kankercellen enzo, dan zeg ik tegen mijn eigen zo, van t is tijd voor te stoppen en al. Maar t was wel goe duidelijk zo in wachtzaal ze, met die tekeningen van longkankers enzo. Da's heel duidelijk."*

Ook al komt de boodschap zeer duidelijk over, toch gaat dit zeker niet altijd samen met een neiging tot verandering in het rookgedrag. De patiënt uit interview 2 geeft wel aan verminderd te zijn in aantal sigaretten om gezondheidsredenen, maar geen van beide bovengenoemden ondernam een poging tot rookstop.

Vanuit het onthaal werden eveneens verschillende reacties gezien van patiënten op de tijdslijn met gezondheidseffecten, mensen die verontwaardigd kijken naar en discussiëren over de foto's of tonen aan hun kinderen hoe schadelijk roken kan zijn. Het is niet zo dat op dergelijke reacties het plannen van een rookstopafspraak volgde. Er zijn geen specifieke herinneringen aan reacties van Turkse mensen. Ook de artsen kregen positieve reacties op de tijdslijn, maar herinneren zich geen specifieke reacties van Turkse mensen.

5.2.4. Actie tijdens de Ramadan

Het eerste interview vond plaats voor de ramadan, de actie rond stoppen met roken tijdens de ramadan was dus nog niet gestart, maar deze man haalde deze periode zelf aan als een goede aanzet om te stoppen met roken.

> *R1: " Maar soms elk jaar, ons ramadanmaanden, ganse dag wij zijn honger, dorst en zonder sigaretten en de laatste periode, elk jaar elf dagen vroeger komen de ramadan, bijvoorbeeld deze jaar zal begin 20 of 21 juni, dus sowieso lange dag en wij zijn honger, wij zijn dorst, niet meer eten, niet meer drinken, niet meer roken. Bijvoorbeeld 14-16uren zonder sigaretten, ik ook zo en als s avonds eten of iets drinken, dan eerst sigaret beginnen en dan ik voelen dan voor vorige jaren of zoiets, mijn ganse lichaam tot en met die voeten voel zo trillen en zo draaien en niet goed is, zo zeker en vast vijf min, 10 min ben niet goed, is zo trillen, ben geen beweging, kan niet praten, en dan ook, denken, die mensen ook denken, ik kan 14-15u niet meer roken en als 1e sigaret rookt, da's niet goed. Sowieso da's beginnen voor stoppen."*

De andere interviews vonden plaats tijdens of na de ramadan. Geen enkele van de geïnterviewde patiënten had de poster met interesse bekeken. Bij 2 personen was de reden omdat ze de ramadan niet volgen en dus niet verder hadden gelezen omdat ze het woord ramadan hadden gezien. Een iemand volgt de ramadan niet omdat hij suikerziekte heeft, iemand anders omdat hij het slechts beperkt de islam volgt. De anderen hadden de posters niet gezien of namen niet de moeite om verder te kijken. Bij het verder bekijken van de poster tijdens het interview, geven ze aan dat de boodschap wel duidelijk is en dat ze er ook mee akkoord zijn. De boodschap is dus wel verstaanbaar, aanvaardbaar en wordt zeker als zinvol ervaren, maar opnieuw springt de poster te weinig in het oog.

> *R2: "Ja, wat staat erop, dat helemaal de goeie moment is om te stoppen, ja eigenlijk wel… (lacht)"*

> *R3: "…maar heb aan de balie gezien, maja, ik dacht da's met ramadan, dus, k heb ramadan gezien en k heb neen gedacht."*

R4: "Iets van rookstop stond erop, dan een turkse vertaling, dan nederlands, dan Frans… Maar dat heeft geen invloed op é, dat zegt van kijk moet stoppen."

Int: "Ja, was het die poster?" (toont poster ramadan)

R4: "Ja"

Int: "En wat heb je daar dan uit begrepen?"

R4: "Niets eigenlijk dan ja…"

Int: "Weet je wat de bedoeling ervan was of…"

R4: "Ja (bekijkt het eens beter) ja, als je vast kan je meest stoppen, da's wel waar, want momenteel rook ik niet…"

De onthaalmedewerkers merkten op dat verschillende mensen zeer verbaasd en positief reageerden op de aandacht die werd besteed aan de ramadan. Het werd als aangenaam ervaren dat er gedacht werd aan een geloof dat voor het overgrote deel van de medewerkers niet het eigen geloof is. Dit gaf dikwijls een aanleiding tot een geanimeerd gesprek onder patiënten over de ramadan. Een iemand van Belgische afkomst had zeer fel gereageerd op de aandacht voor de ramadan en vond het schandalig dat er geen gelijkaardige actie gebeurd was in de vastenperiode.

Ook de artsen kregen verschillende positieve reacties van zowel moslims als niet moslims voor de actie tijdens de ramadan. Bepaalde moslims gaven aan na te denken over stoppen met roken tijdens de ramadan naar aanleiding van deze poster. Van een iemand weten we dat hij een rookstopafspraak maakte en een poging deed tot stoppen met roken. De actie verscherpte de aandacht van de artsen voor het stoppen met roken en gaf een aanknooppunt om er bij moslim patiënten extra aandacht aan te besteden.

Arts: " Tijdens de ramadan verwees een patiënt zelf naar de affiche, omdat die ook aan de binnenkant van de deur van de consultatieruimte hangen…"

Er werd wel opgemerkt dat we inderdaad goed moeten nadenken over cultuurspecifieke acties en mogelijke gelijklopende alternatieven voor andere culturen. Een gelijke actie tijdens de vasten lijkt voor vele artsen geen zo'n goed idee omdat de vastenperiode veel minder sterk samenhangt met rookgedrag en ook zo goed als niet meer wordt gevolgd.

Aan de geïnterviewde patiënten werd gevraagd of het aanvaard zou worden dat een hulpverlener uitleg over stoppen met roken komt geven in de moskee, bijvoorbeeld naar aanleiding van de ramadan. Dit lijkt voor de geïnterviewde patiënten geen probleem, ook niet als het om een hulpverlener gaat die zelf geen moslim is, behalve dan voor de taalbarrière.

> *R1: "Euh, in moskee, niet veel mensen praat ook Nederlands. Maar bijvoorbeeld over 10 jaar die kinderen ook komen op vrijdag, over zoveel jaar die mensen ook Nederlands spreken, kan Belgische mensen altijd, zoveel bezoekers komen voor moskee, wat is moskee, wat doen hier en die journalisten, die gemeentenaren en van komen kijken, wat doet dat, wat is dat. Maar als er met vertaler komen, geen probleem."*

5.2.5. <u>De muntjesactie aan het onthaal</u>

Geen enkele van de geïnterviewde patiënten kwam hiermee in aanraking.

De mensen van het onthaal hadden niet het gevoel dat hiermee iets bereikt werd. De mensen gingen gewoon buiten roken en verfristen hun mond achteraf met het muntje. Er zijn naar het gevoel van het onthaal zeer weinig Turkse mannen die voor de deur gaan roken tijdens het wachten. Als er dan al eens een gaat roken, gebeurt dit op een vrij zenuwachtige manier en is het moeilijk om er nog iets tussen te krijgen.

> *Onthaalmedewerker: " k vind dat just wel moeilijk bij de Turkse mannen die gaan roken, om der nog iets ertussen te krijgen, als t zo druk is, ja durf je dan soms niet, want k weet dat ze dan beu zijn om te wachten en zenuwachtig…"*

De onthaalmedewerkers kunnen zich zelfs geen enkele Turkse vrouw voor de geest halen. Wat ook opvalt bij Turkse mannen die buiten gaan roken tijdens het wachten, is dat dit naar hun gevoel gebeurt op een zeer onopvallende en beleefde manier; zeker in vergelijking met bijvoorbeeld mensen van Belgische of Slovaakse afkomst.

Onthaalmedewerkers:

"k moe wel zeggen dat er niet veel Turkse mannen hier buiten staan te roken, over t algemeen gaat t over Slovaakse en Belgische patiënten (…) Turkse mannen zie je hier bijna eigenlijk nooit niet voor de deur roken ze…"

"Nee t is zelden…"

"En vrouwen al helemaal niet…"

"En als ze dan als ze t doen is t zo wat stilletjes, niet gelijk de anderen die zo zwaaien en roepen voor iedereen van é k ga ene gaan roken ze…"

Enkele artsen hebben positieve reacties gekregen op de muntjesactie; verschillende andere artsen merkten er niets van op. Hier waren geen specifieke dingen opgevallen omtrent mensen van Turkse origine. Ook verpleging kreeg hier geen reacties op.

5.3 Stimulerende factoren bij de ondersteuning van rookstop bij Turkse allochtonen tijdens de rookstopactie

5.3.1 Verhoogde aandacht van de hulpverleners

Door de verschillende acties rond stoppen met roken is de aandacht hiervoor bij de hulpverleners verhoogd. Er wordt meer aan gedacht om de rookstatus na te vragen en vanuit verschillende disciplines werd er aandacht aan het rookgedrag besteed. De rookstopafspraak kan makkelijk worden aangeboden door de verschillende disciplines om verder op het rookgedrag in te gaan.
Specifiek naar de Turkse mensen toe, was de aandacht tijdens de ramadan en de beschikbaarheid van specifiek materiaal een extra aanknooppunt om hierover te spreken.

Arts: "De folders en poster waren voor mij wel een goede aanleiding om het er met Turkse mensen eens over te hebben, gelijk met die ramadan, van is t nu geen goeie moment om te stoppen met roken …"

Arts: "Nu niet specifiek naar Turkse mensen, maar sinds het een paar keer is aangekaart vraag ik het wel aan iedereen, dan zeg ik we zijn met preventie bezig en rookt u, en als ze ervoor openstaan dan draai je je riedeltje af…"

5.3.2 Verhoogde aandacht in de Turkse gemeenschap

Los van de rookstopactie binnen het centrum blijkt dat er binnen de Turkse gemeenschap steeds meer beweegt rond het belang van stoppen met roken en dit op verschillende niveaus.

Ten eerste via de media. Op de Turkse televisie wordt op verschillende manieren de aandacht op rookstop gevestigd. Zo worden bijvoorbeeld bij talkshows dokters uitgenodigd om te spreken over de gevaren van roken en manieren om een rookstop te ondersteunen. Een ander voorbeeld is dat een soort censuur wordt ingevoerd op sigaretten bij Turks ondertitelde films.

> *R6: "Veel, bijvoorbeeld, ik heb geen Belgische kanaal, wel veel Turkse kanaal en daarop zijn ook veel van waarom dat je moet stoppen, hoe dat je moet stoppen, wordt veel gezegd."*
>
> *Onthaalmedewerker: "Op Turkse zenders is er nu echt vanalles rond stoppen met roken, zo van die shows met dokters enzo, en dan als er in oudere films, zoals bijvoorbeeld van Clint Eastwood, je hebt dan daar vertalingen van in t Turks, dan is de sigaret zo wazig gemaakt, da's zo bij veel Turkse films. En ook in de moskee enzo, mensen spreken elkaar erover aan, van da's niet goed voor u, je moet daarmee stoppen,…"*

Daarnaast beweegt ook van alles in de lokale gemeenschap. Via de moskee kunnen gezondheidsboodschappen meegegeven worden. Zowel door de mensen onder elkaar, door de imam als door sprekers die worden uitgenodigd. Een patiënt geeft aan dat een arts die kwam spreken in de moskee voor hem belangrijk was in het proces om te stoppen met roken.

> *R1: "Sowieso moskee, is lang geleden geweest, da's als daar is eerste moment is echt denken voor stoppen, die dokter heeft gezegd veel positieve dingen, maar als bijvoorbeeld is gedaan, iedereen naar buiten en toch veel is direct roken."*

Door de verhoogde aandacht op lokaal niveau en ook via de media stoppen veel mensen met roken, wat dan weer een motivatie kan zijn voor de omgeving.

> *Int 3: "Meeste van mijn vrienden zijn al gestopt, k zal zeggen 80% ofzo, meeste eigenlijk. Nu met die rookstop in de café's en al dat helpt ook mee hé… Nee, roken als een Turk zeggen ze, een Turk rookt veel, maar euh da's vroeger, de laatste tijd zijn er vele gestopt hoor. Met al die ziektes en al, weet wel."*

Uit verschillende getuigenissen blijkt het belang van de Turkse gemeenschap. Dit werd tijdens het focusgroep gesprekken van de artsen en verpleging ook aangehaald als een mogelijk pad voor de toekomst. Enerzijds als aanknopingspunt om mensen aan te spreken (bv. Lokale café's, buurtwerk,…), maar anderzijds ook om belangrijke figuren uit de Turkse gemeenschap in te schakelen als voorbeeldfiguur.

> *Arts: "Zoals bijvoorbeeld Resul Tapmaz, schepen van gezondheid èn roker. Het zou fantastisch zijn, moest deze man stoppen met roken en dit exemplarisch kan gebruikt worden naar de lokale gemeenschap toe. Je moet rolmodellen hebben uit de lokale gemeenschap op gedrag te kunnen veranderen, ook bij die mensen, ik denk dat imams en informele leiders hierbij ongelofelijk belangrijk zijn."*

> *Verpleging:*
> *"K denk dat je zo beter een keer naar de moskee gaat, of zo naar die vzw's waar ze allemaal zitten te roken…"*
> *"Ja, en misschien ook met iemand van hun, voor de drempel te verlagen…"*
> *"Maja, de vrouwen mogen wel niet binnen in die Turkse café's hé…"*

5.3.3 Motivatie van de patiënt

Veel geïnterviewde patiënten geven aan ergens wel gemotiveerd te zijn om te stoppen met roken. Een gemotiveerde patiënt is natuurlijk de basis die nodig is om een rookstoppoging te kunnen ondernemen. Hieronder worden enkele motivatiefactoren weergegeven die door de patiënten tijdens de interviews werden vermeld. Dit is geenszins een volledige opsomming van de motivatiefactoren van Turkse patiënten om te stoppen met roken.

Soms staan financiële redenen sterk op de voorgrond. Roken kost veel geld, door te stoppen komt er geld vrij voor andere dingen. Daarnaast betalen de mutualiteiten bepaalde vormen van rookstopondersteuning terug. Later keert de financiële factor echter nog terug als een demotiverende factor voor de patiënt om een rookstop poging te ondernemen, want er is nog steeds een voorschot te betalen en andere ondersteuning wordt niet terugbetaald (zie 5.4.4).

> *R5: "Pakketjes roken, mannen, vrouwen, roken alle dagen 10, 300 euro per maand. En dan nu, crisis, crisis, allemaal economische crisis…"*

> *R1: "Voor geld ook, sowieso 5-6 euro minimum en als gelijk mij iemand 5 personen thuis, als elke dag 5 euro voor sigaret betalen , ofwel sparen laatste jaar en met vakantie gaan. Echt waar als iemand mij vragen op 5-sterrenhotel, tien dagen, ganse familie voor die 2000 euro, ik zo oja, da's duur, ik denken direct zo. Maar denken nu: ik sowieso betalen per jaar meer dan 2000euro voor sigaret en ofwel sowieso na 10 jaar ik kan auto kopen."*

> *R1: "die mutualiteit betaalt bijna alles, da's normaalgezien betaal 40 euro voor champix en dan 2e doos maar betaal 14 euro en ik denken sowieso als 65 euro betaalt voor 3 maand, sowieso ik heb pakjes sigaretten aftrekken."*

De omgeving kan een belangrijk onderdeel zijn van de motivatie. Vaak wil een partner of iemand in de dichte omgeving dat wordt gestopt met roken. Ook kan het, zoals hierboven reeds vermeld, motiverend zijn om veel vrienden te hebben die stoppen met roken (5.3.2). Een andere omgevingsfactor zijn kinderen. Enerzijds is het voor hun gezondheid belangrijk dat er in huis niet wordt gerookt, maar anderzijds speelt ook de voorbeeldfunctie want ook

een rokende ouder wil niet dat zijn kind dit later doet. Voor iedereen in huis is het ook een pluspunt dat er geen geurhinder meer is bij iemand die vroeger binnen rookte.

R 2: "Ja, mijn vrouw willen dat ik stop met roken, ikzelf ook."

R 1: "Voor kinderen is belangrijkste, voor familie is belangrijkste… Maar mijn 3e, zij was nu 6 jaar, echt waar, zij was soms, 5-6 maand was niet gestopt, was roken, ik heb paar keer gezien zij proberen soms mijn pakje met sigaret mee en zij proberen zo (doet alsof hij rookt) en soms met die pen, kleurpotlood ofzo, ook zo doen, is vragen, wat doet je, is sigaret en wij spelen soms, tekenen van sigaret is van computer, maar laatste periode iedereen vergeten."

R1: "sowieso ik geen roken in woonkamer en euh, ik roken in keuken, maar nu sowieso ook geen stink van mijn keuken"

De factor die bij de arts het vaakst ter sprake komt zijn de gezondheidseffecten. Soms is er bij de patiënt een specifieke aandoening waarbij de boodschap om te stoppen met roken door verschillende artsen steeds wordt herhaald omdat het voor deze persoon van dubbel belang is om te stoppen. Anderzijds merken patiënten zelf ook vaak dat roken een slechte invloed heeft op de gezondheid, bijvoorbeeld voor de conditie bij het sporten.

R6: "Ik ben ook een suikerpatiënt, suiker en het hart zijn grootste twee vijanden tegen mekaar. Als suiker niet goed geregeld dat komt direct naar hartvaten en is niet goe en als die verstopt zijn en dan weer opengaan dan krijgen hersenen problemen."

R2: "Binnenkort beginnen spelen van sport ook, maar daarom ben ik beetje verminderd, misschien straks helemaal stoppen, ik zou heel graag. Ik zie mensen die niet roken zijn, die kunnen makkelijker ademhalen dan rokers. Als roken ben je snel moe en slecht ademen enzo, dat weet je dat eigenlijk zo is. Dus daarom ik wil graag stoppen, maar hoe ja, da's de vraag…"

5.4 Drempels bij de ondersteuning van rookstop bij Turkse allochtonen tijdens de rookstopactie

5.4.1 Taboe bij Turkse vrouwen

Vanuit verschillende hoeken bleek het opvallend dat het voor Turkse vrouwen zeer moeilijk is om over rookgedrag te spreken. De verpleging gaf aan dat vaak raar werd gereageerd op deze vraag en dat het in twijfel te trekken is of Turkse vrouwen altijd zouden toegeven dat ze roken indien dit het geval is. Bij het opbellen van de patiënten in kader van dit onderzoek werd bij Turkse vrouwen verschillende keren aangegeven dat ze niet konden deelnemen aan het onderzoek omdat ze 'geen echte rokers' waren (zie ook 5.1.1). Ook bij de artsen is het opgevallen dat het moeilijk is om hier dieper op in te gaan.

> *Arts: " Zelfs Turkse vrouwen waar ik een goede band mee heb, waarbij vele dingen bespreekbaar zijn, klappen volledig dicht als ik hierop verder wil ingaan. Opeens roken ze niet meer, of bijna niet, of niet echt…Dat is blijkbaar niet bespreekbaar officieel dat ze roken."*

> *Verpleging: "Wat we gemerkt hebben is dat Turkse vrouwen bijna niet roken, alé ze geven toch aan dat ze niet roken."*
> *"Als je dat vraagt dan merk je dikwijls dat ze zo wat zenuwachtig beginnen te lachen, zo van neenee niet drinken, niet roken, in de zin van wat peis je gij wel dat ik dat zou doen?"*

Een iemand van de verpleging heeft het gevoel dat het niet enkel bij Turkse vrouwen, maar ook bij andere patiënten nog soms taboe lijkt. De meeste verpleegkundigen gaven aan dat ze dit bij de andere patiënten niet hadden als ze goed uitlegden dat de vragen over het rookgedrag binnen een preventieactie kaderden.

> *Verpleging: "Ik vraag dat niet makkelijk aan Turkse vrouwen, één omdat ze t vaak niet verstaan en twee omdat je gelijk echt in hun intimiteit komt, ze geven dat niet makkelijk prijs gelijk. Maar dat kan ik soms bij mensen van hier ook hebben, da's precies intiem, sommige mensen hebben dat gewoon niet graag dat je dat vraagt."*

Ook vanuit een van de geïnterviewde patiënten kwam een aanwijzing dat roken bij Turkse vrouwen een taboe is. Het gaat om de oudste van de geïnterviewde patiënten (56 jaar), hij sprak op een negatieve manier over de verandering in het rookgedrag van jonge Turkse vrouwen. Dit werd echter niet getoetst worden bij andere patiënten.

> *R5: "Vroeger vrouwen, Turkse vrouwen nooit roken en nu jonge vrouwen allemaal roken. vroeger niet. Mijn mama, 84 jaar en Turks, niet meer roken, nooit geroken… … nu jonge mensen, met de schone auto, met de schone telefoon, jonge vrouwen, met maquillage en roken en allemaal zelfde."*

5.4.2 Taalbarrière

Zoals hierboven werd aangegeven door een verpleegkundige kan het taalprobleem soms nog een drempel vormen om iets aan een patiënt te vragen, zij spreekt in dit geval specifiek over Turkse vrouwen.

Ook bij de artsen kan een taalprobleem soms een extra moeilijkheid met zich meebrengen. Het navragen van de rookstatus op zich, is makkelijk uit te beelden en stelt weinig problemen. Het is vooral als je er dieper op in wil gaan dat de moeilijkheden zich voordoen. Er zijn verschillende oplossingen voor, zoals Babel tolkentelefoon of een tolk tijdens het consult, maar ook hiervoor is nog een drempel. Die drempel is er zowel voor de patiënt, omdat dit vaak samenhangt met een nieuwe afspraak voor iets wat eigenlijk niet hun eigen agenda is; als voor de arts, omdat werken met tolken tijdrovend kan zijn.
Het is ook zo dat door het taalprobleem de consulten sowieso langer duren en intenser zijn, waardoor er minder tijd overblijft voor dingen die er extra bij komen. Want meestal is stoppen met roken niet de vraag waarmee de patiënt komt (zie ook 5.4.6).

> *Arts: "Op zich navragen van roken is niet moeilijk, je doet gewoon zo (beeldt uit) en dan snappen ze wel waarover het gaat. Maar dan hangt het af van in welke motivatiefase ze zitten; om het aan te halen, dus in de pre contemplatie fase, dan kunnen ze gewoon zeggen van ja roken en nee niet stoppen en dan moet je er gewoon altijd maar*

opnieuw over beginnen, maar een keer dat ze zeggen van ja oké, nu wil ik wel, ja, dan moet je wel beginnen met gans uw uitleg en dan vind ik het moeilijker…"
Int: "En een tolk??"
Arts: "Dat is voor mij persoonlijk wel een drempel dan…"

5.4.3 Werkomstandigheden van Turkse mensen

Werkomstandigheden worden aangegeven als een aanzettende factor tot roken. Veel mensen van Turkse afkomst werken hier als arbeiders, waardoor het moeilijker is om rookgedrag aan te passen. Er wordt algemeen meer gerookt in het arbeidersmilieu. Daarnaast is de werkplek vaker buiten (kabelwerken, grondwerken, chauffeur…) waardoor men zich niet moet verplaatsen van de werkplek om te gaan roken.

R1: "Die afkomste mensen, buitenlands afkomstige mensen ik ken van Turks, Turkije enzo komen die niet naar bureauwerk, meestal op grond werken, hier 90% en als er iemand werken grond, buiten en was rokers en sowieso buiten ook gewoon vrij roken… Maar sowieso als iemand komt gaat daar werk van buiten op straat, da's sneller roken…"

R3: "Nee, k ben lang op baan, k heb lange uren, da's gestresseerd, altijd op de baan hé weetwel, moest ik in fabriek zijn waar is verboden, ja, maar ben altijd buiten, weet wel…"

5.4.4 Demotiverende factoren voor de patiënt

Tegenover de motivatie van de patiënt zelf (zie 5.3.3) staan verschillende factoren die de patiënt tegenhouden om te stoppen met roken. De balans tussen deze twee is bepalend voor een eventuele poging om te stoppen met roken. Hieronder worden enkele factoren weergegeven die door de patiënten werden aangegeven als redenen om niet te stoppen.

Het gewicht wordt aangehaald als een factor om niet te stoppen. Het roken zorgt ervoor dat het gewicht onder controle blijft, bij het ondernemen van een poging om te stoppen wordt een gewichtstoename opgemerkt. Bij onderzoek naar determinanten van rookgedrag bij

Turkse patiënten in Nederland bleek dat de opvatting dat stoppen met roken leidt tot meer eten niet relevant is bij Turkse Nederlanders, terwijl dit bij Nederlandse Nederlanders wel het geval is.[2]

> *R4: "Jawel, ik kijk erin, ik heb het gelezen, met wie je contact moet opnemen, hoe je moet contact opnemen, wat je moet doen. Maar in mijn eigen denk ik dan van als je stopt, ga je weer verdikken…"*

Bij sommige patiënten heerst er een ongeloof over de gezondheidsproblemen die veroorzaakt worden door het roken. In de literatuur wordt dit beschreven als 'disengagement beliefs'; een soort mentale oplossing voor de negatieve boodschap die rond roken wordt gegeven. Door de negatieve boodschap te ontkennen, is stoppen met roken niet langer nodig.

> *R4: "Ik denk daar wel op, ik denk in mijn eigen van als er kanker gaat worden met jou, wat gaat er dan gebeuren, want mijn mama is kanker, maar mijn mama rookt niet. En dan denk ik zo ja mijn mama heeft nooit gerookt, mijn papa heeft nooit gerookt, maar die zijn ook ziek geworden. Ja, als gaat je, als je de rook mijn gezondheid zal schaden, dan heeft niets te maken met die sigaret zal k zeggen…"*

> *R6: "Bijvoorbeeld alcohol ik drink nooit, ook nooit andere dingen als cannabis ofzo, alleen maar deze vuiligheid. Mijn schoonbroer, die heeft 25 jaar gerookt, ook hartaanval gehad, hij rookt nog niet, toch 2e keer hartaanval gehad achteraf."*
> ***Int: "En daarop denk je dan van misschien kan ik evengoed roken."***
> *R6: "Ja, misschien zo. Mijn pa nog nooit niet gerookt, van zijn leven nog nooit; hartaanval, verlamming, suiker en ook vanalles, hersenbloeding... En heeft nooit niet gerookt…"*

Stoppen met roken is lastig. Het gaat vaak om een diep ingebedde gewoonte die zeer moeilijk af te leren valt, ook al ervaart de roker meestal weinig voordelen bij het rookgedrag. Hier gaat het om 'self efficacy', de patiënt moet geloven dat het hem of haar zal lukken, ook al is het moeilijk.

R2: "Ja, ik weet niet zeker, ik weet niet, ik wil wel stoppen, maar ga proberen binnenkort, maar lukt mij niet."

R1: "Ja, zo kan ik niets zeggen, ik weet niet, da's gewoon een beetje gewente, is geen reden voor, maar euh, ik weet niet. Maar binnenkort wil ik wel echt stoppen."

Hierboven (5.3.3) werd de financiële factor als motiverende factor naar voor geschoven om te stoppen met roken, toch kan de kost van de ondersteuning ook spelen als factor om geen poging te ondernemen. Want eerst moet het geld er wel gelegd worden, ook al betaalt de mutualiteit een groot deel terug als alles in orde is.

R5: "Ik alles betalen, champix, 2 weken 51 euro betalen, eerst zelf betalen en dan misschien mutualiteit terugbetalen…"

Hoewel de omgeving zoals in 5.3.3 vernoemd vaak een stimulerende factor is om te stoppen met roken, kan het ook omgekeerd zijn. Door bijvoorbeeld een partner te zien roken of door vrienden die een sigaret aanbieden kan iemand het moeilijker vinden om te stoppen of hervallen. Bij een van de geïnterviewde patiënten zijn twee verschillende omgevingen aanwezig, waarbij de ene motiverend en de andere demotiverend werkt. Het aanbieden van sigaretten als teken van vriendschap wordt in de literatuur[2,6] als een culturele activiteit bij de Turkse populatie beschreven. Dit komt niet sterk naar voor tijdens de interviews.

R4: "Nee, helemaal niet, mijn man rookt ook, hij zegt ook van ik ga toch niet meer proberen stoppen. ... Ja, we hebben zo samen keer gezegd van gaan stoppen… na 3 dagen is hij weer begonnen met roken en ik heb gezegd ja kijk als jij weer rookt, dan ik ook. Ik ben niet gestopt eigenlijk."

R6: "Ja, ik heb ook iemand, een vré veel roker, die heeft ook geprobeerd, maar lukt niet. Weet je hoe het komt: ik heb geen sigaret bij mij hé, u hebt sigaret en zegt, neemt ook eentje en zo begint dat… want iedereen weet dat je niet rookt, maar je zijt ver van huis en je ziet dat iemand aan het roken is en vraagt aan hem eens sigaretje… Met een sigaret beginnen en dan komt hele pak. Maar je wilt hele pak uitroken omdat ze van thuis niet willen zien en dan wil je dat wegsteken, moet op zijn als je thuis komt. Thuis zouden ze zeggen, weeral rookt…"

Ten laatste werden ervaringen tijdens vroegere rookstoppogingen naar voor geschoven als een reden om geen nieuwe poging te ondernemen. Deze man geeft bijvoorbeeld aan dat hij telkens zeer geprikkeld reageerde tijdens een rookstoppoging.

> *R5: "Nee is niet gelukt, in Turkije ook naar dokter geweest, daar ook proberen, maar niet gelukt. Nu nog roken maximum, maximum 3-4 sigaretjes per dag, als niet roken, dan veel kwaad, veel ruzie, buren, kindjes, iedereen…"*

5.4.5 Moeilijk inschatten van motivatie

Bij de hulpverleners kwam naar voor dat het vaak moeilijker is om motivatie in te schatten bij mensen van een andere cultuur. Het gevoel heerst dat er vaker een sociaal wenselijk antwoord gegeven, waardoor de echtheid van motivatie moeilijker in te schatten is. Dit is niet enkel bij Turkse mensen het geval.

> *Verpleging: " Je spreekt dan bijvoorbeeld over een rookstop afspraak bij de arts, heel de tijd ja ja, dat zal ik doen, dat zal ik doen en je weet dat ze buitenstappen en het er toch nooit van komt…"*

> *Arts: " Ik vind het moeilijker om motivatie in te schatten, nu niet specifiek bij Turken, maar mensen van andere culturen tonen zich sneller enthousiast, maar je blijft dan toch met twijfels zitten of ze echt willen stoppen."*

5.4.6 Tijdsgebrek bij zorgverleners

Het is vaak zo dat de tijdsdruk tijdens het werken vrij hoog ligt. Alle niet-dringende zaken worden dan als eerste aan de kant geschoven. Het bespreken van rookgedrag is slechts in enkele gevallen echt het onderwerp van een contact, waardoor dit iets is wat vaker op de lange baan wordt geschoven.

Bij Turkse patiënten die onvoldoende Nederlands spreken is het vaak nog moeilijker om alle ‘dringende’ zaken binnen een consult behandeld te krijgen, waardoor de tijdsfactor nog een belangrijkere rol gaat spelen.

> *Arts: “Ik denk dat dat wel altijd zo een beetje is dat als je met moeite met handen en voeten maar uitgelegd krijgt wat je echt moet doen, dat je dan ook alles wat erbij is, pfff, alé, ook al is het maar stomweg dat je op t einde ziet dat je vergeten bent om de rookstatus te vragen dat je zoiets hebt van foert, alé ja…”*

6 Discussie

6.1 Evaluatie van de interventies

6.1.1 Turkse rookstopfolder

Uit de interviews kwam naar voor dat de folders onvoldoende opvallen in de wachtzaal. Weinig van de geïnterviewde patiënten hadden ze als bruikbaar aanzien. Ook de artsen kregen weinig reacties op deze folders, maar vonden ze wel bruikbaar als ondersteuning van de consultatie. Mogelijk is het een beter idee om deze folders ook gerichter te gebruiken en op de tafel in de consultatieruimte te leggen als aanleiding voor of ondersteuning van een gesprek.

Een goed gemotiveerde patiënt, die er ook in slaagde om te stoppen met roken gaf aan dat het lezen van de folder hem over de drempel haalde om er effectief iets aan te doen. Hij volgde het advies op de folder om een afspraak te maken hiervoor bij de arts. De andere patiënten geven aan de informatie misschien wel te zien, maar direct weer te vergeten. Bij deze patiënten kwam de verschillende malen de opmerking dat er te weinig schrikbeelden werden gebruikt en dit toch meer hun aandacht zou trekken en meer effect zou hebben.

Bij het nakijken in de literatuur blijkt dat het gebruiken van sterke negatieve gezondheidsboodschappen een goed effect heeft op de motivatie van de patiënt tot stoppen met roken en het aantal pogingen kan verhogen.[12,13] Het gebruik van boodschappen zonder sterke negatieve emoties of beelden heeft geen effect.[13] Bij een studie naar welke beelden het meest effectief waren, blijkt dat het best gaat om beelden die de roker zelf persoonlijk aanspreken, die expliciet zijn en die gaan om een vergevorderd stadium van de ziekte.[14] Studies die het effect van gezondheidsboodschappen op sigarettenpakjes nagaan, tonen aan dat het gebruiken van beelden meer effect heeft dan tekstboodschappen.[15-18] Bij het bestuderen van welke beelden op sigarettenpakjes het meest effect hebben, blijkt dit te gaan om deze die het meest angst opwekken bij de roker door het tonen van ernstige gevolgen van het rookgedrag.[19] Een andere studie toonde aan dat een verhoogde bezorgdheid een sterke motivatie geeft om te stoppen met roken en het verhogen van deze bezorgdheid door negatieve gezondheidsboodschappen een goede manier is om de motivatie te verhogen.[20] Een van de studies toonde dat het effect van beelden op de

motivatie tot stoppen met roken vergelijkbaar was voor rokers van verschillende etniciteit en socio-economische klasse.[17]

Ook een meer complex verband werd bestudeerd. Er werd gekeken in welke mate bepaalde factoren verband houden met gedragsverandering, zowel het starten met een rookstoppoging als kans op herval. Deze factoren zijn: zorgen over de gezondheidseffecten van roken, 'self-efficacy' (het geloof dat je kan stoppen met roken) en 'disengagement beliefs' (defensieve gedachten, het negeren van de negatieve effecten van roken). Hierbij bleek dat verhoogde zorgen over de gezondheid helpen om te motiveren tot een rookstoppoging. Dit effect was het meest uitgesproken bij defensieve rokers met een hoge self-efficacy. Aan de andere kant werd gezien dat zorgen over de gezondheid samengaan met een verhoogd herval bij ex-rokers met defensieve gedachten en een lage self-efficacy. Bij een optimale rookstopbegeleiding is het opwekken van zorgen dus zinvol in de motivatiefase naar een rookstoppoging toe, maar voor sommige personen nefast na het starten van de rookstoppoging. Een individuele aanpak is hier dus noodzakelijk.[20]

Het gebruik van de folders is bedoeld om mensen te motiveren tot een rookstoppoging, het opwekken van zorgen over gezondheid lijkt dus aangewezen. Hoewel de studies niet specifiek over folders spreken, valt het te verwachten dat ook hier het gebruik van meer schrikwekkende beelden, de motivatie van de patiënt sterker zou beïnvloeden. Er is werd geen verschil gevonden tussen rokers van verschillende etniciteit, dus ook bij Turkse mensen is dit vermoedelijk effectiever. De gebruikte folders met de cartoons die volgens de Zwitserse studie [8] op een cultuurspecifieke manier de Turkse mensen zouden aanspreken, blijken hier weinig te zijn opgevallen en volgens de geïnterviewde patiënten helemaal niet aan te spreken.

Een vraag die tijdens discussie met de artsen in het kader van het verdere beleid rond rookstopcampagnes hierrond naar voor kwam is wat de lange termijneffecten van het gebruiken van dergelijke aangrijpende beelden zijn. Enerzijds naar de kinderen toe; zou hier een gewenning optreden, waardoor we binnenkort niet meer weten hoe we de aandacht nog op de gevaren van roken kunnen vestigen? Anderzijds voor volwassen rokers, waarbij de vraag zich stelt wat de psychische effecten van deze techniek op lange termijn na ofwel een geslaagde rookstop ofwel een blijvend rookgedrag zijn. Hiervoor is verder onderzoek nodig.

Er werd door Nederlandstalige patiënten gevraagd waar deze folders in het Nederlands lagen. Het ontwikkelen van een gelijk opgemaakte Nederlandse folder was een zinloze kost aangezien er reeds goede Nederlandstalige folders rond stoppen met roken beschikbaar zijn. Het kan wel een idee zijn om de folders in de wachtzaal zodanig op te stellen dat duidelijk is wat als equivalent voor de Turkse folders wordt voorzien.

6.1.2 De tijdslijn met gezondheidseffecten

Zoals verwacht uit de literatuurstudie werd het beeldmateriaal vaak opgemerkt door de geïnterviewde patiënten. De boodschap kwam duidelijk over en overbrugde de taalbarrière. Ook de zorgverleners zagen bij de reacties van patiënten dat verschillende anderstalige patiënten (niet specifiek Turks) deze voorstelling met interesse bekeken.

De tijdslijn probeerde op een positieve manier te stimuleren door de gezondheidsvoordelen van het stoppen met roken voor te stellen. De beelden die gebruikt waren, waren enerzijds positieve beelden (bv. mensen die beter kunnen ademen, met een frisse adem etc.), maar anderzijds ook tekeningen van bijvoorbeeld longkanker, waarbij aangetoond werd hoeveel de kans hierop daalt door het stoppen met roken. De meeste reacties (zowel tijdens de interviews als opgemerkt door de zorgverleners) kwamen op deze negatieve beelden; wat de boodschap die ook hierboven (6.2.1) werd beschreven bevestigd. Vermoedelijk zou het meer effect hebben om de boodschap om te draaien naar een negatieve boodschap naar rokers toe. Op die manier kan meer angst worden opgewekt, wat volgens studies een groter effect heeft op het aantal rookstoppogingen.[13,20]

Rekening houdend met de vaststelling dat angst nefast kan zijn voor sommige ex-rokers om de kans op herval te vergroten[20], heeft deze 'positievere' voorstelling van de gezondheidseffecten van roken mogelijk wel zijn plaats bij het ondersteunen van rokers tijdens een poging. Op die manier kan de angst voor sommige mensen misschien gereduceerd worden door een positievere boodschap en zo de kans op herval beperkt worden.

Er werden geen cultuurspecifieke reacties van Turkse patiënten opgemerkt rond deze tijdslijn.

6.1.3 Rookstopafspraak

Achttien patiënten kwamen opdagen op de rookstopafspraak. Hiervan waren er vier van Turkse afkomst. Zeven andere patiënten maakten een afspraak, maar annuleerden of kwamen niet opdagen. Hiervan waren er twee van Turkse afkomst.

Er lijken geen specifieke beperkingen voor Turken te zijn aan dit consult. Sowieso speelt zoals bij ieder consult een mogelijk taalprobleem een rol, waarbij een tolk zoals hierboven reeds vermeld voor sommige artsen een drempel is. Het verder zoeken naar manieren om deze drempel te verlagen is zeker zinvol, dit niet enkel bij Turken en ook voor andere onderwerpen dan rookstop. In dit kader loopt nu een proefproject met webcamtolken in het wijkgezondheidscentrum.

Ook het inschatten van de motivatie kan moeilijker zijn, waardoor misschien aan de foute patiënten een rookstopafspraak wordt voorgesteld.

6.1.4 Actie tijdens de Ramadan

De positieve aanbevelingen uit de literatuur werden versterkt door de positieve reacties die in de praktijk werden ervaren.

Tijdens de ramadanperiode was het opvallend dat veel Turkse mensen die de ramadan volgen tijdens die periode naar Turkije waren getrokken. Hierdoor had de actie vermoedelijk een iets beperktere invloed. Ook kwam uit de interviews naar voor dat de posters zeker niet altijd even goed werden bekeken, maar de boodschap werd wel als positief ervaren. Toch werden verschillende positieve reacties gezien door hulpverleners.

Er kwam slechts van één ‘niet moslim’ een negatieve reactie over deze actie, vele anderen waren zeer positief. Een gelijkaardige actie tijdens de vasten lijkt geen goed idee, steeds goed nadenken over cultuurspecifieke acties is wel belangrijk.

Het is een actie die een zeer beperkte inspanning vraagt eens de posters ontwikkeld zijn en verschillende mensen gaven aan over een rookstop na te denken naar aanleiding van deze interventie. De actie lijkt in die zin zeker geslaagd en kan herhaald worden in de toekomst. Mogelijke aanvullingen hierbij zijn een vroeger contact met de imam, waardoor een samenwerking met de lokale moslimgemeenschap wel mogelijk gemaakt wordt. Eventueel

kunnen de posters ook verspreid worden op verschillende plaatsen in Ledeberg met de boodschap om contact op te nemen met een arts. Dit kan het effect van de actie vergroten. Ook hier valt te overwegen om meer beelden over gezondheidsproblemen weer te geven op de poster zoals bij de folders (zie 6.2.1).

6.2 Algemene bevindingen in verband met rookgedrag bij Turkse patiënten

Enkele opvallende vaststellingen rond het rookgedrag bij Turken kwamen naar voor tijdens het verwerken van de informatie.

We vermoeden uit interviews en observaties van hulpverleners dat steeds meer jonge Turkse vrouwen roken. Dit vermoeden kwam ook naar voor bij de studie van STIVORO[1]. Hoewel het in beide gevallen onvoldoende door cijfermateriaal kan ondersteund worden, lijkt het toch een trend te zijn. Verder onderzoek om deze veronderstelling te onderschrijven is noodzakelijk.

Er werd ook door verschillende hulpverleners opgemerkt dat roken bij Turkse vrouwen moeilijk bespreekbaar is. Er hangt een taboe rond het onderwerp. Mogelijk is de gedragsverandering die op heden zich ontwikkeld, nog niet aanvaard door de Turkse gemeenschap, wat een taboe met zich meebrengt. Ook hier is verder onderzoek nodig om deze veronderstelling te onderschrijven. Het lijkt wel aangewezen om in het achterhoofd te houden dat het rookgedrag bij Turkse vrouwen mogelijk ontkend of geminimaliseerd wordt en het onderwerp best met extra voorzichtigheid wordt besproken.

Bij de studie van STIVORO komt naar voor dat roken als normaal wordt aanzien bij de Turkse gemeenschap.[1] Hier lijkt toch verandering in te komen. Er is in de Turkse gemeenschap zeer veel gaande rond de gevaren van rookgedrag en adviezen rond stoppen met roken. Dit zowel in de media (films, praatprogramma's,…) als op lokaal niveau (de moskee, Turkse café's,…). Een verandering van algemene gedachtegang bij de Turkse gemeenschap is in ieder geval een zeer belangrijke verandering. Des te meer aangezien volgens onderzoek de Turkse mensen meer terugvallen op informele hulp dan op het advies van hulpverleners.[7]

6.3 Toekomst

Door de contacten die gelegd werden in de voorbereidingen van de rookstopactie, werd het centrum enkele maanden geleden gecontacteerd door LOGO Gent. Er zijn subsidies vrijgemaakt voor enkele verdere testen van het 'Uitgerookt?' project, een rookstopproject in groep voor kansarmen. Deze methodiek toonde bij een eerste proefgroep goede resultaten. Gezien LOGO Gent op de hoogte was van de verhoogde inspanningen die in het centrum gebeuren rond stoppen met roken, krijgt het wijkgezondheidscentrum de kans om van deze subsidies gebruik te maken door het rookstopproject te ondersteunen. Dit is een zeer mooie kans aangezien het idee om een groep te starten in het kader van deze thesis om financiële redenen werd afgeblazen. Reeds in maart startte de groep op. De coördinatie gebeurt door onze gezondheidspromotor, maar de gegevens werden aan alle huisartsen en gezondheidswerkers in de buurt doorgegeven zodat deze ook patiënten konden doorsturen naar het project.

Voor het rekruteren van patiënten voor deze rookstopgroep werden rokers aangeschreven. Hierbij werd beeldmateriaal gebruikt van vergevorderde stadia van ziekte, zoals uit de literatuur het meest zinvol lijkt (zie 6.2.1).

Een van de voorwaarden voor deze groep is wel dat mensen voldoende Nederlands spreken, dit vormt voor sommige Turkse patiënten al een probleem. Daarnaast blijkt uit de ervaring van Françoise Roelandts dat het moeilijk is om Turkse mensen (en in het algemeen andere culturen) te integreren in een rookstopprogramma in groep. Het zal af te wachten zijn hoe het programma bij ons zal verlopen.

6.4 Aanbevelingen voor verder onderzoek

Binnen deze scriptie worden verschillende onderwerpen aangeraakt waarbij soms veronderstellingen worden geformuleerd. Het is duidelijk dat verder onderzoek naar verschillende elementen noodzakelijk is. Hieronder een opsomming van enkele mogelijke toekomstige onderzoeksvelden:

1. De verandering in het rookgedrag van de Turkse vrouwen;
2. Het bestaan van een taboe rond roken bij jonge Turkse vrouwen en de eventuele redenen hiervoor;
3. Het gebruik van beeldmateriaal bij motivatie van Turkse patiënten om te stoppen met roken;
4. De lange termijn effecten bij het gebruik van angstaanjagende beelden omtrent gevolgen van rookgedrag.

6.5 Beperkingen van het onderzoek

6.5.1 Selectiebias.

Het is onvoldoende gelukt om een diverse groep Turkse patiënten aan te spreken. Er zijn te weinig jongeren en te weinig patiënten die geen Nederlands spreken. Jammer genoeg gebeurde dan nog een foute inschatting van de taalkennis waardoor een interview verloren ging bij iemand die onvoldoende Nederlands spreekt om het interview zonder tolk uit te voeren. Doordat een stuk van de doelgroep niet werd bereikt, was er vrij snel een verzadiging aan informatie. Mogelijk zou nieuwe informatie naar voor komen vanuit jongere patiënten of patiënten die minder goed Nederlands spreken.

Tijdens het opbellen werd opgemerkt dat voornamelijk bij weinig Nederlands sprekende patiënten een interview werd geweigerd zonder duidelijke verklaring. Soms werd gereageerd met 'ik wil niet stoppen' en lukte het niet om uit te leggen dat dit de bedoeling niet is. Verschillende keren werd deze boodschap door een familielid overgebracht en moest worden aangedrongen om dit toch aan de persoon in kwestie te vragen. Hierdoor kregen we een onvoldoende vertegenwoordiging van deze groep, waardoor vermoedelijk informatie gemist werd. Om deze groep toch te proberen bereiken werd vaak verschillende keren gebeld om te kunnen spreken met bijvoorbeeld een familielid die wel voldoende Nederlands spreekt als tussenfiguur, maar zonder resultaat. Een hulpmiddel zoals Babel tolkentelefoon mag niet worden gebruikt voor onderzoeken en hiervoor een tolk betalen was praktisch niet haalbaar.

Een tweede probleem is dat de rookstatus in het dossier zeker niet overal correct staat ingevuld waardoor van bij de start mogelijk enkele Turkse rokers werden over het hoofd gezien. Vermoedelijk missen we hierdoor ook voornamelijk een groep jongeren. Enerzijds doordat deze groep minder op consultatie komt en anderzijds doordat de aanmeldingsklacht minder vaak een rechtstreekse aanleiding geeft tot het bespreken van het rookgedrag (nog een laag cardiovasculair risico, …). De groep die niet op consultatie is gekomen, komt op zich wel niet in aanmerking voor deze studie. Er was door de rookstopcampagne wel een sterk verhoogde aandacht voor de correcte registratie van de rookstatus. Gezien de huidige manier van het noteren van de rookstatus in het dossier kort voor de rookstopactie werd ingevoerd is het een goede parameter voor het aantal mensen dat in deze periode zijn

aangesproken over hun rookgedrag. Begin april 2013 gaat dit over 2242 patiënten, dit is 48.6% van onze volwassen populatie.

6.5.2 Interviewerbias

De interviews gebeurden door een van de artsen, wat in dit geval geen neutrale rol is. Twee van de patiënten vroegen tijdens het interview advies aan de interviewer. Tijdens de interviews had de huisarts in opleiding soms het gevoel dat gewenste antwoorden naar voor kwamen. Geen van de geïnterviewde patiënten was een vaste patiënt van de interviewer, maar de patiënten kennen de interviewer wel als huisarts.

Mogelijk hielden de geïnterviewde patiënten hierdoor negatieve informatie achter of deden zich positiever voor over bepaalde elementen van de campagne.

Om deze bias minimaal te houden, werd gestart met een zeer open vraagstelling. Zo werd duidelijk wat de patiënten effectief was opgevallen en wat bij hen het eerst in de gedachten springt. Daarnaast geeft de interviewer, huisarts in opleiding, duidelijk aan bij het begin van het interview dat de ideeën van de patiënt op geen enkele manier een rechtstreekse invloed kunnen hebben op de zorg die aan de patiënt in kwestie wordt verleend. Er wordt duidelijk bij vermeld dat dit gaat om een onderzoek en dat de arts hier als onderzoeker fungeert. Zoals hierboven aangegeven werd deze boodschap niet altijd even duidelijk begrepen.

6.5.3 Bias bij dataverwerking

De interviews werden door de interviewer zelf uitgetypt, gecodeerd en geïnterpreteerd. Mogelijk was een nieuwe interpretatie naar voor gekomen door tussenkomst van een andere onderzoeker. Bovendien hielp de interviewer mee aan het ontwerpen van de interventies en had vooral een belangrijke rol bij de aanpassingen naar Turkse mensen, dit kan eveneens de interpretatie kan beïnvloeden.

7 Besluit

7.1 Conclusies van het onderzoek

Er is een verandering gaande in de opvattingen rond roken in de Turkse gemeenschap. Veel gezondheidsboodschappen rond roken worden zowel op macroniveau (bv. Turkse televisie) als mesoniveau (bv. Moskee) meegegeven. Daarnaast lijkt ook een verschuiving gaande in het rookgedrag, waarbij nu ook jonge Turkse vrouwen vaker roken, wat een taboe met zich meebrengt. Voor een bevestiging van deze laatste indrukken is verder onderzoek noodzakelijk.

Cultuurspecifieke acties (Turkse folders, actie ivm ramadan) worden door de Turkse mensen aanvaard en als zinvol aanzien, maar om de aandacht te trekken mogen meer beelden omtrent gezondheidseffecten worden gebruikt. In deze campagne werd bij de folders gebruik gemaakt van cartoons door een Turkse cartoonist en bij de poster van de ramadan van een typisch beeld van de ramadan. Deze beelden trekken de aandacht niet en hebben hierdoor minder effect. De boodschap is wel zinvol, maar diende hier in vele gevallen door hulpverleners te worden herhaald om door te dringen. Voor hulpverleners is het een zinvolle ondersteuning en een dergelijke actie houdt het onderwerp actief in de gedachten en maakt het beter bespreekbaar.

Er kwam reactie van autochtone patiënten op het feit dat er geen gelijk opgemaakte folders in het Nederlands beschikbaar waren en van één iemand over het feit dat er geen actie kwam tijdens de vastenperiode.

De taal is vooral bij tijdsgebrek tijdens het consult nog een barrière. Voor hulpverleners is er soms nog een drempel om met een tolk te werken. Bij overbrengen van boodschappen via de aangepaste posters en folders lijkt de taalbarrière nog weinig rol te spelen.

7.2 Aanbevelingen naar de toekomst

Er is heel wat aan het gebeuren in de Turkse gemeenschap rond stoppen met roken. Dit vormt een goede basis voor rookstopbegeleiding. Een uitbreiding van de cultuurspecifieke acties op mesoniveau, in dit geval de wijk, lijkt een aanvaardbare actie. Volgend jaar kan bijvoorbeeld de actie rond de ramadan worden uitgebreid naar de moskee en Turkse winkels.

Specifieke aandacht lijkt nodig voor jonge Turkse vrouwen. Het is hierbij belangrijk om er als hulpverlener bewust van de zijn dat roken in deze groep een taboe lijkt te zijn. Voorzichtigheid bij het bespreken van het onderwerp en aandachtigheid bij het navragen van het rookgedrag lijken zinvol, hoewel verder onderzoek hieromtrent noodzakelijk is.

Bij het gebruik van beeldmateriaal lijkt het meest zinvol om beelden rond gezondheidseffecten van roken te gebruiken, eerder dan cultuurspecifieke beelden. Het is wel zinvol om de boodschap en het tijdstip aan te passen aan de cultuur. Hier bijvoorbeeld een actie tijdens de ramadanperiode en het gebruik van Turkstalige folders.

Er moet steeds goed worden nagedacht over cultuurspecifieke acties, ook over het idee hierover van mensen uit andere culturen. Bijvoorbeeld het zoeken naar mogelijkheden voor equivalente acties bij andere culturen.

Voor hulpverleners moet gekeken worden naar mogelijkheden om de drempels tot het gebruik maken van tolken te verlagen.

Referenties

1. Peters L., Pos S., Bouwens J.: Bevorderen van stoppen met roken bij achterstandsgroepen en allochtonen op lokaal niveau. NIGZ, april 2005
2. Nierkens V., Stronks K., Oel C.J. van et al. Beliefs van Turkse en Marokkaanse immigranten in Nederland over stoppen met roken: implicaties voor preventieprogramma's. 2004 TSG 82(3)
3. Integratiedienst stad Gent. Beleidsplan etnisch-culturele diversiteit 2012-2014 Bijlage 2010. Beschikbaar via: http://www.gent.be/docs/Departement%20bevolking%20en%20Welzijn/Integratiedienst/Beleidsplannen/Onderzoek%20en%20cijfers_ECD_2012-2014.pdf Geraadpleegd op 11/11/201
4. Wetenschappelijk Instituut voor volksgezondheid. Nationale gezondheidsenquête 2008. Beschikbaar via: https://www.wiv-isp.be/epidemio/hisia/ Geraadpleegd op 11/11/2011
5. Leest L.A.T.M van, Dis S.J. van, Verschuren W.W.M. Hart-en vaatziekten bij allochtonen in Nederland. Een cijfermatige verkenning naar leefstijl-en risicofactoren, ziekte en sterfte. 2002 Bilthoven/Den Haag:RIVM/NHS
6. Wieringa J., Nierkens V., Stronks K.: Determinanten van roken onder Turkse en Marokkaanse jongeren. 2002. TSG 80(8), 521-527.
7. Poort E.C.,Spijker J., Dijkshoon H., Reijnenveld S.A.: Zelfredzaamheid en zorggebruik van de eerste generatie Turkse en Marokkaanse migrantenouderen. 2003. TSG 81(4), 202-209
8. Schnozz D., Schaub M., Schwappach D.,Salis Gross C.: Developing a Smoking Cessation Program for Turkish-Speaking Migrants in Switzerland: Novel Findings and Promising EffectsNicotine & Tobacco Research, Volume 13, Number 2 (February 2011) 127–134 Beeldmateriaal beschikbaar via: http://www.tiryakikukla.ch/de/home
9. Boyle R, Solberg L, Fiore M: Use of electronic health records to support smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2011 Dec 7;(12):CD008743.
10. Greenwood DA, Parise CA, MacAller TA, Hankins AI, Harms KR, Pratt LS, Olveda JE, Buss KA: Utilizing clinical support staff and electronic health records to increase

tobacco use documentation and referrals to a state quitline. J Vasc Nurs. 2012 Dec;30(4):107-11.

11. P.L.B.J. Lucassen,T. olde Hartman, redacteurs. Kwalitatief onderzoek: praktische methoden voor de medische praktijk. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2007. p.161 http://books.google.be/books?hl=nl&lr=&id=npHUnEv_T8oC&oi=fnd&pg=PA1&dq=kwalitatief+onderzoek+interview+analyseren&ots=U_tJ7NFHlO&sig=WNcB26rvrmALiKg9MC4xKq4krHc#v=onepage&q=kwalitatief%20onderzoek%20interview%20analyseren&f=false
12. Durkin S., Brennan E., Wakefield M.: Mass media campaigns to promote smoking cessation among adults: an integrative review.2012. Tob Control. Mar;21(2):127-38.
13. Farrelly MC, Duke JC, Davis KC, Nonnemaker JM, Kamvab K, Willett JG, Juster HR: Promotion of smoking cessation with emotional and/or graphic antismoking advertising.2012. Am J Prev Med. 2012 Nov;43(5):475-82
14. Ben Lakhdar C, Vaillant NG, Wolff FC: Do smokers and potential smokers have to be offended in order to be dissuaded from smoking? The effectiveness of anti-smoking pictograms. 2011 Rev Epidemiol Sante Publique. 2011 Jun;59(3):175-86.
15. Hammond D: Health warning messages on tobacco products: a review. 2011. Tob Control. Sep;20(5):327-37.
16. Centers for Disease Control and Prevention: Cigarette package health warnings and interest in quitting smoking --- 14 countries, 2008--2010.2011. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2011 May 27;60(20):645-51.
17. Cantrell J., Vallone DM., Thrasher JF., Nagler RH., Feirman SP, Muenz LR, He DY, Viswanath K: Impact of Tobacco-Related Health Warning Labels across Socioeconomic, Race and Ethnic Groups: Results from a Randomized Web-Based Experiment. 2013. PLoS One. 2013;8(1)
18. Schneider S, Gadinger M, Fischer A: Does the effect go up in smoke? A randomized controlled trial of pictorial warnings on cigarette packaging. Patient Educ Couns. 2012 Jan;86(1):77-83
19. Sobani Z, Nizami S, Raza E, ul Ain Baloch N, Khan JA: Graphic tobacco health warnings: which genre to choose? Int J Tuberc Lung Dis. 2010 Mar;14(3):356-61

20. Magnan RE, Köblitz AR, Zielke DJ, McCaul KD: The effects of warning smokers on perceived risk, worry, and motivation to quit. Ann Behav Med. 2009 Feb;37(1):46-57

BIJLAGEN

Bijlage 1: Tijdslijn met gezondheidsvoordelen ii

Bijlage 2: Turkse rookstopfolders iii

1. Turkse Folder met tips over rookstop. iii

2. Turkse folder over de gevaren van passief roken. iii

Bijlage 3: poster die werd gebruikt tijdens de ramadan v

Bijlage 4: protocol rookstopafspraak v

Bijlage 5: protocol registratie rookstatus in het EMD xvi

Bijlage 6: Informed consent xvii

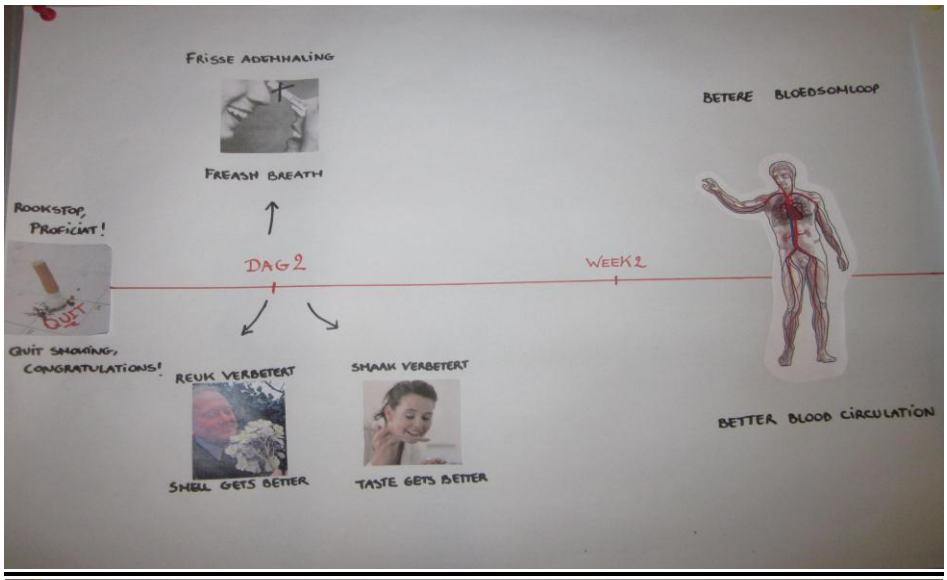
Brief met uitleg voor deelnemers aan studie xvii

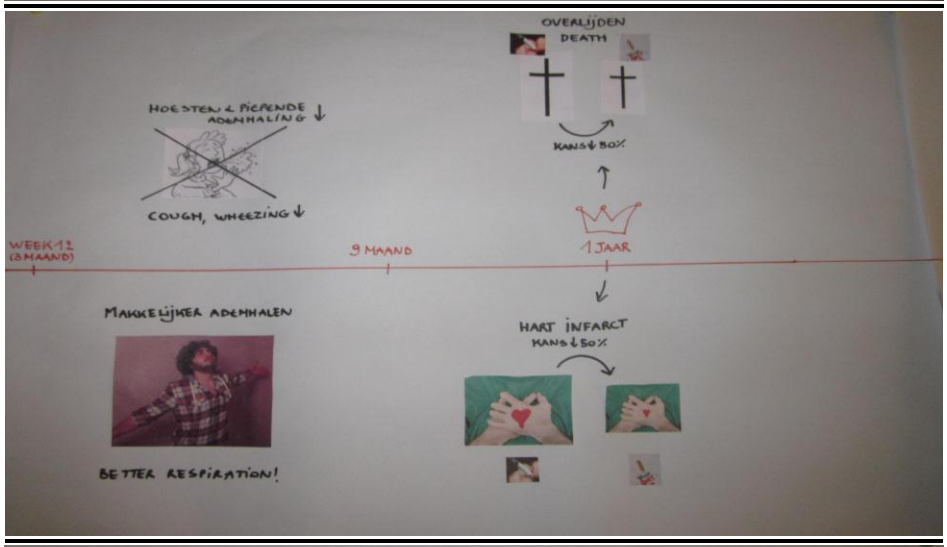
Toestemmingsformulier xix

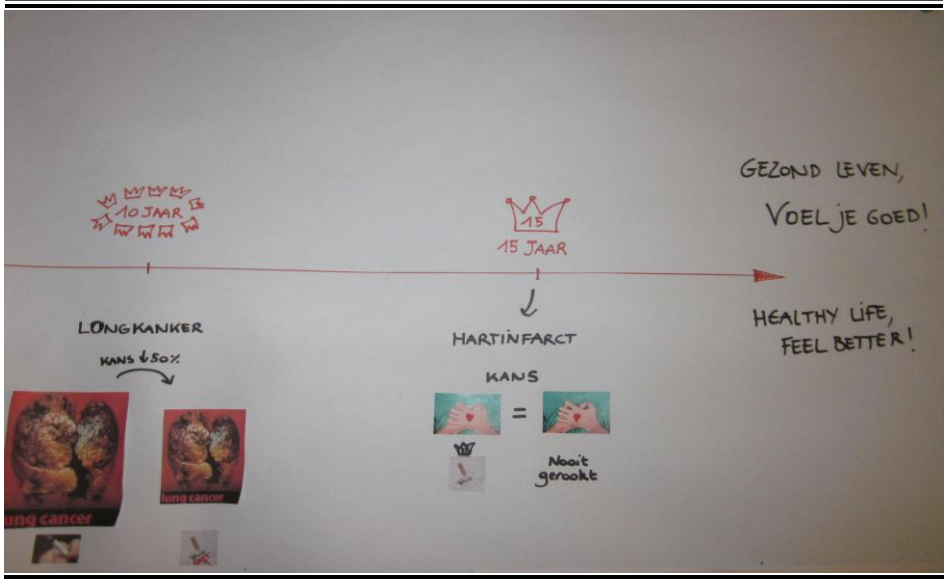
Bijlage 7: structuur van het interview xx

Bijlage 1: Tijdslijn met gezondheidsvoordelen

De verschillende posters staan hier onder elkaar weergegeven, maar zijn naast elkaar opgesteld in de wachtzaal.







Bijlage 2: Turkse rookstopfolders

1. Turkse Folder met tips over rookstop.

SİGARAYI BIRAKMAK

SİGARAYI BIRAKMAK

Kanıtlanmış Yararlı Örnekler

Sen yalnız değilsin! Sigarayı bırakmak için reçepsiden randevu al.

Muayene süresince doktorunuz size sigarayı bırakmak hakkında bilgiler verecek. Siz sigara içmek hakkında tüm sorularınızı sorabilir ve sigarayı bırakmak hakkında tüm yardımları öğrenebilirsiniz.



Pasif içicilik, sigara içmediği halde kişinin, tütün dumanına ve içindeki zehirli kimyasallara maruz kalmasını anlatan bir terimdir. Bu kişinin bulunduğu ortama sigara içen biri tarafından salınan sigara dumanının solunmasını tarif etmektedir. Pasif içicilerin maruz kaldığı sigara dumanına ise "çevresel tütün dumanı" denilir.

Çevresel tütün dumanı iki tür dumandan oluşur

1. Yanan bir sigaranın ucundan çıkan ve pasif içicilerin en çok maruz kaldıkları duman ve
2. Sigara içenin nefesiyle ortaya çıkan duman

Sigara içenler sadece kendi sağlıklarına zarar vermezler, çevrelerindeki insanları da tehlikeye atarlar. Sigara dumanına maruz kalan bir pasif içici kansere yol açan 50'den fazla maddenin yanı sıra üreme ve gelişmeye karşı toksik etkili en az 6 maddeye de maruz kalmaktadır. Sigara dumanının yarattığı hava kirliliği dizel motorlu bir aracın yarattığı hava kirliliğinden 10 kat daha fazladır .

Rakamlarla pasif içicilik ve çevresel sigara dumanı

- Sigaradan çıkan duman havayı bir arabadan 10 kat daha fazla kirletmektedir .
- Pasif içicilerin kalp hastalığına bağlı ölüm oranı sigara dumanına maruz kalmayanlara oranla %30 daha fazladır .
- Sigara dumanı meme kanserine yol açan 20'den fazla madde içermektedir.
- Pasif içicilerin meme kanserine yakalanma riski %70 daha fazladır.
- Eşi sigara içen birisinin akciğer kanserine yakalanma riski %30 daha fazladır .

Sigara dumanı kapalı mekanlardaki en önemli hava kirliliği nedenidir ve sigara içmeyenlerin çok sayıda zehirli maddeye maruz kalmasına neden olur. Sigara dumanına maruz kalan birisi sigara içen kişinin soluduğu tüm zehirli maddelerden etkilendiği gibi sigaranın ucundan çıkan filtresiz dumandaki daha yoğun ve keskin zehirlere de maruz kalır. Bu nedenle pasif içiciler ve özellikle çocukların akciğerleri sigara içenlerden daha fazla tehdit altındadır.

Pasif içicilik çocukları nasıl etkiler?

Pasif içicilik daha hamilelik döneminde kötü etkilerini göstermeye başlar. Bebek daha anne karnındayken sigaradan çıkan pek çok zehirli madde anneden çocuğa geçmektedir. Sigara dumanına maruz kalan hamilelerin bebekleri daha düşük ağırlıklı olmakta ve bu hamileliklerde düşük görülme oranı ve ani bebek ölümü sendromu riski artmaktadır.

Ailesi sigara içen bir çocuk neyle karşı karşıyadır?

Pasif içici çocuklar bir yılda yaklaşık 60-150 sigara içmiş kadar nikotin solumaktadır ve aşağıdaki sorunlarla daha fazla karşılaşırlar;



- Bronşit, zatürre ve krup gibi solunum hastalıkları
- Şiddetli ve daha sık astım atakları
- Allerjik reaksiyonlar
- Orta kulak iltihabı
- Akciğer işlevlerinde kayıp
- Öksürük, nefes darlığı, hırıltı
- Obezite riskinde 2 kat artış
- Okula devamsızlık
- İlerleyen yıllarda kardiyovasküler hastalık

Pasif içicilik yetişkinleri nasıl etkiler?

Sadece 4 saat sigara içiminin serbest olduğu bir mekanda bulunan bir kişinin kanında çok yüksek oranlarda kanserojen maddeler dolaşmaya başlar. Hiç sigara içmeyen bir kişi sigara dumanına maruz kaldığı anda solunum yollarında akut bir rahatsızlık gelişir. Pasif içicilerde aşağıdaki hastalıkların daha fazla görüldüğü kanıtlanmıştır ;

Kalp ve damar hastalıkları
- Kalp krizi ve
- Kalp yetmezliği nedeniyle ölüm
- Damar tıkanıklığı
- Felç

Kanserler
- Akciğer kanseri
- Burunda kanser
- Meme kanseri
- Rahim ağzı kanseri

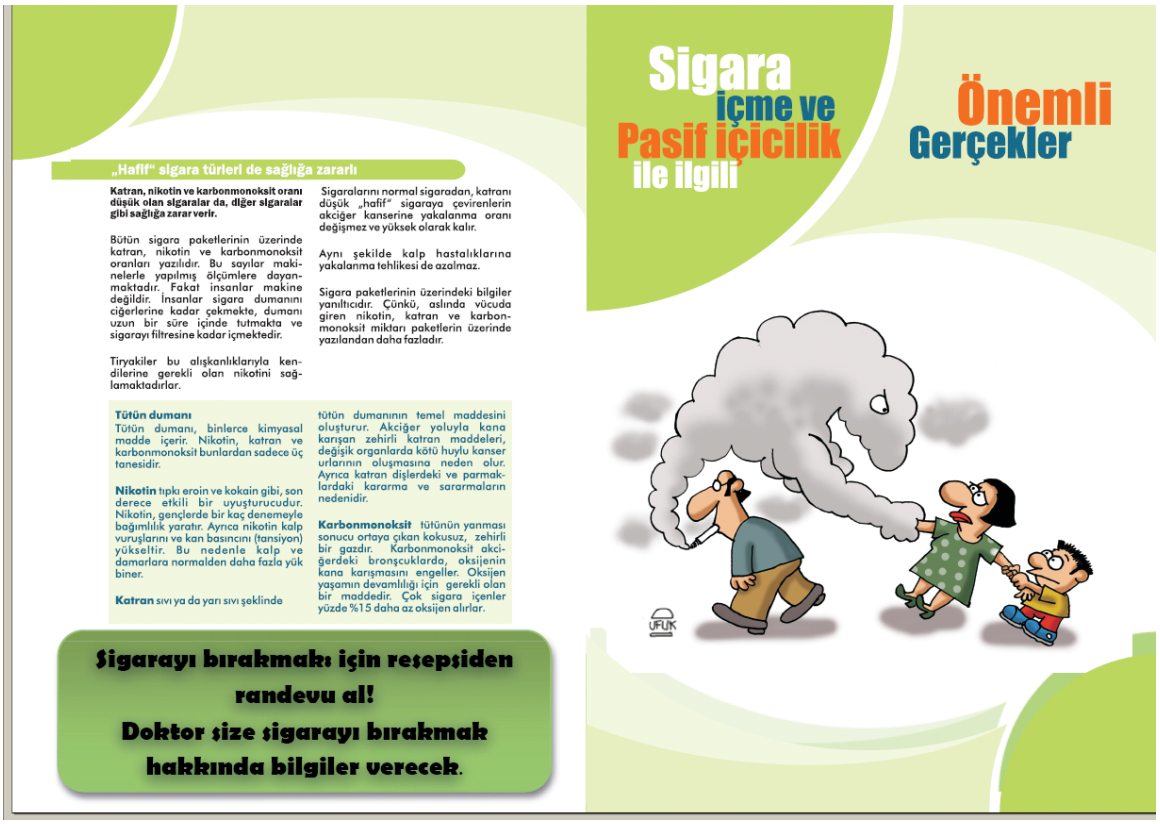
Solunum sistemi hastalıkları
- KOAH (Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
- Astım
- Zatürre
- Göz ve burun irritasyonu

Gelişim anormallikleri
- Düşük doğum ağırlıklı bebek doğurma riski
- Hamileliklerin düşükle sonlanması
- Davranış ve kavrama düzeyi üzerinde ters etki

Ne yapabilirsiniz?

1. Eğer içiyorsanız, sigarayı bırakın! Bu konuda yardıma ihtiyacınız olursa bir uzmandan destek alın.
2. Evinizde sigara içenler varsa, onların bırakmasına yardımcı olun. Bu mümkün değilse, onlardan ve ziyaretçilerden evin dışında sigara içmelerini rica edin.
3. Arabanızda sigara içilmesine izin vermeyin!
4. Üye olduğunuz derneklerde sigara içilmeyen odalar olmasında ısrar edin!

2. Turkse folder over de gevaren van passief roken.



Sigara içme ve Pasif içicilik ile ilgili Önemli Gerçekler

„Hafif" sigara türleri de sağlığa zararlı

Katran, nikotin ve karbonmonoksit oranı düşük olan sigaralar da, diğer sigaralar gibi sağlığa zarar verir.

Bütün sigara paketlerinin üzerinde katran, nikotin ve karbonmonoksit oranları yazılıdır. Bu sayılar makinelerle yapılmış ölçümlere dayanmaktadır. Fakat insanlar makine değildir. İnsanlar sigara dumanını ciğerlerine kadar çekmekte, dumanı uzun bir süre içinde tutmakta ve sigarayı filtresine kadar içmektedir.

Tiryakiler bu alışkanlıklarıyla kendilerine gerekli olan nikotini sağlamaktadırlar.

Sigaralarını normal sigaradan, katranı düşük „hafif" sigaraya çevirenlerin akciğer kanserine yakalanma oranı değişmez ve yüksek olarak kalır.

Aynı şekilde kalp hastalıklarına yakalanma tehlikesi de azalmaz.

Sigara paketlerinin üzerindeki bilgiler yanıltıcıdır. Çünkü, aslında vücuda giren nikotin, katran ve karbonmonoksit miktarı paketlerin üzerinde yazılandan daha fazladır.

Tütün dumanı
Tütün dumanı, binlerce kimyasal madde içerir. Nikotin, katran ve karbonmonoksit bunlardan sadece üç tanesidir.

Nikotin tıpkı eroin ve kokain gibi, son derece etkili bir uyuşturucudur. Nikotin, gençlerde bir kaç deneme yle bağımlılık yaratır. Ayrıca nikotin kalp vuruşlarını ve kan basıncını (tansiyon) yükseltir. Bu nedenle kalp ve damarlara normalden daha fazla yük biner.

Katran sıvı ya da yarı sıvı şeklinde tütün dumanının temel maddesini oluşturur. Akciğer yoluyla kana karışan zehirli katran maddeleri, değişik organlarda kötü huylu kanser urlarının oluşmasına neden olur. Ayrıca katran dişlerdeki ve parmaklardaki kararma ve sararmaların nedenidir.

Karbonmonoksit tütünün yanması sonucu ortaya çıkan kokusuz, zehirli bir gazdır. Karbonmonoksit akciğerdeki bronşcuklarda, oksijenin kana karışmasını engeller. Oksijen yaşamın devamlılığı için gerekli olan bir maddedir. Çok sigara içenler yüzde %15 daha az oksijen alırlar.

Sigarayı bırakmak için reçepsiden randevu al!
Doktor size sigarayı bırakmak hakkında bilgiler verecek.



SİGARAYI BIRAKMAK

Kanıtlanmış Yararlı Örnekler

Sigarayı bırakmak istiyorsunuz. Kararınızdan vazgeçmeyiniz. Kendinizi sigarayı bırakmaya ne kadar iyi hazırlarsanız, başarı şansınız da o kadar yüksek olur.

SİGARAYI BIRAKMADAN ÖNCE

- Sigara içme alışkanlığınızı gözlemleyiniz. Her sigara içtiğinizde bir kağıt üzerine şunları not ediniz: Ben şimdi ne yapıyorum? Şu anda sigara benim için ne kadar önemli? Sigara içme yerine başka ne yapabilirim?
- Daha önce sigarayı bırakmayı denediniz mi? Deneyimleriniz nelerdir? Kararınızdan dönmenize neden olan etkenler neydi? Bırakmanıza yardımcı olan şey neydi?
- Üzerine düşününüz: Önceden karşılaşmış olduğunuz hangi zorluklar tekrar ortaya çıkabilir? Bu zorlukları yenmek için kendinize bir plan hazırlayınız.
- Ailenize sigarayı bırakma kararınızı bildiriniz. Böylece sigarayı bıraktığınız ilk günlerde eğer biraz sinirli veya gerginseniz hiç kimse size danılmayacaktır. Ailenizden sizi kararınızda desteklemesini isteyiniz.
- Arkadaş çevrenize ve işyerinize bakınız. Arkadaşlarınızdan biri de sigarayı bırakmak istiyor mu? Bir araya geliniz. Sigarayı iki kişinin birlikte bırakması mutlaka daha kolay olur.
- Nikotin içeren ilaçlar (sakız, deri bandı, dil altı ilaçları, emme haplarıveya solunum yoluyla içe çekilen ilaçlar –inhaler-) vücudun nikotin bağımlılığından kurtulma şansını iki kat arttırır. Bupropion maddesi içeren diğer bir ilaç sigarayı içme isteğini azaltır. Varenicline maddesi içeren başka bir ilaç da nikotin içermemesine rağmen, nikotinin yarattığı etkilerin benzerini yaratır. Bu her iki ilaç ve inhaler sadece doktor reçetesiyle eczanelerden alınabilir, diğer ilaçlar eczanelerden ya da drogerilerden elde edilebilir. Bu konularda doktorunuza, diş doktoruna ya da eczaneye danışınız.
- Sigara bırakma tarihini belirleyiniz. Bunun için uygun bir zamanı, örneğin çalışmadığınız bir günü başlangıç olarak seçiniz. Bu tarihi en az on gün önceden belirleyiniz.
- Bir gün öncesi akşamı elinizin altında bulunan bütün sigaraları ve sigara içmek için gerekli olan şeyleri, kül tablası ve çakmağı atınız.

SİGARAYI BIRAKMANIN YARARLARI

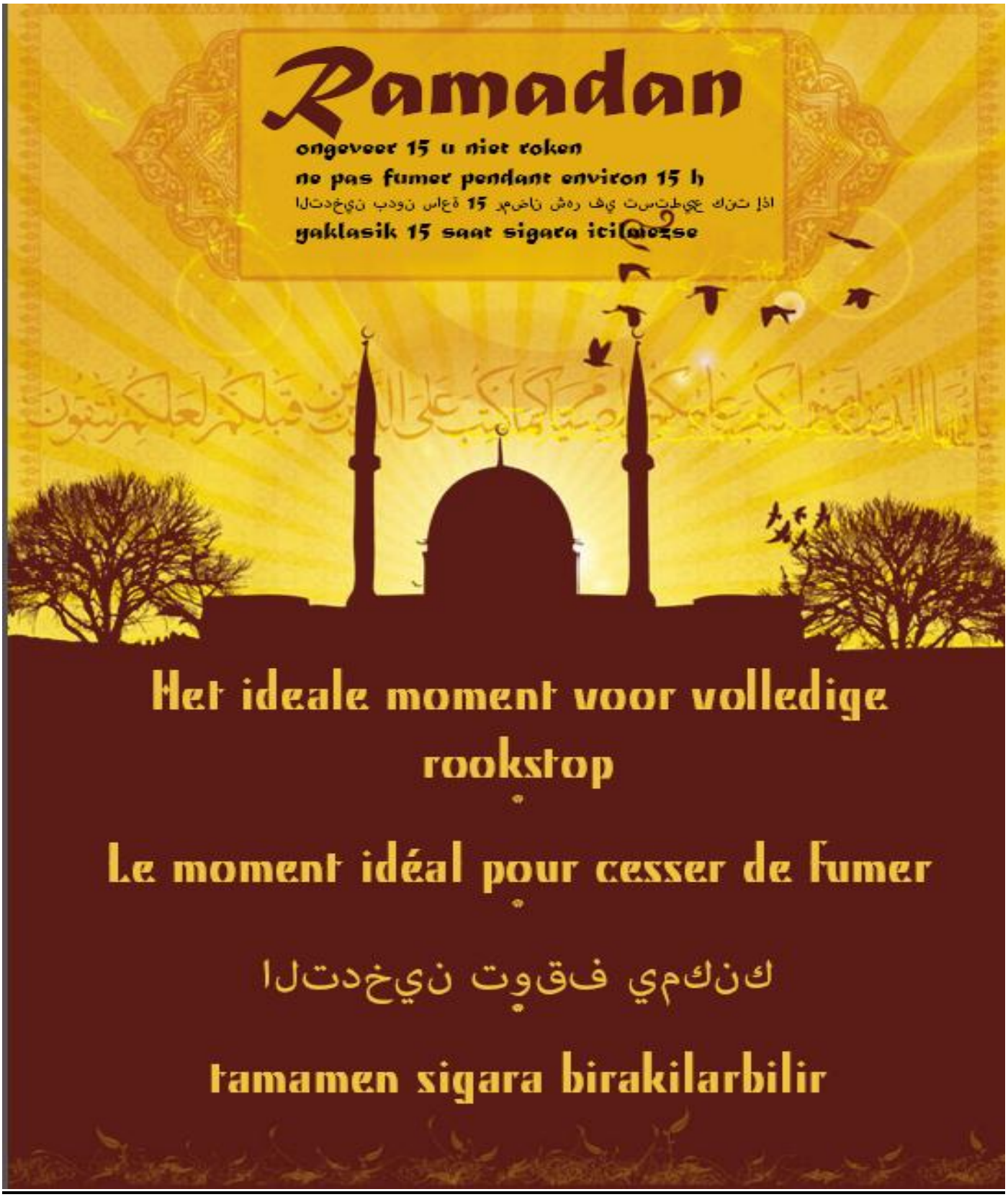
- Son sigaranızı içtikten 20 dakika sonra kalp atışları ve nabız sakinleşir.
- 12 saat sonra oksijen kana daha kolay karışmaya başlar.
- Sigarayı bırakmanızın ikinci haftasından üçüncü aya kadar olan süreç içerisinde kan dolaşım sistemi sakinleşir ve ciğerler dahi iyi nefes alır.
- Sigarayı bırakmanızın ilk ayından onuncu aya kadar olan süreç içerisinde sigaradan kaynaklanan öksürük ve nefes darlığı azalır.
- Sigarayı bırakmanızın ilk yılında kalp krizi riski yarıya iner.
- 5 -15 yıl sonra beyin kanaması geçirme tehlikesi hiç sigara içmeyen bir kişiyle aynı düzeye erişir.
- 10 yıl sonra akciğer kanserinden ölme ihtimali sigara içenlere göre yarı yarıyadır.
- Ağız, boğaz, yemek borusu, mesane, rahim boynu ve pankreas kanserine yakalanma riski azalır.
- 15 yıl sonra kalp hastalığı geçirme tehlikesi hiç sigara içmeyen insanların düzeyine iner.

SİGARAYI BIRAKTIKTAN SONRA

- Sigarayı bıraktığınız ilk güne çok önem veriniz. Her şeyi öyle organize edin ki, bu karardan vazgeçmenize neden olacak herhangi bir mazeret kalmasın.
- İş yerinizde, evde, boş zamanınızı geçirdiğiniz yerlerde kendinize sigara içilmeyen bir ortam sağlayınız.
- Sizi yeniden Sigara içmeye teşvik edecek olan yerlerden ve durumlardan uzak durunuz.
- Sigarasız geçen yaşamınızın keyfini çıkarmaya bakın. Şimdi fazla kilo alma ihtimali üzerine çok düşünmeyin. Eğer sigarayı bırakmayı başarırsanız, ileride gereksiz kilolardan da kurtulabilirsiniz.
- Üçüncü haftada, size ilk iki haftadan daha büyük sorun yaratabilecek bir kriz yaşayabilirsiniz.
- Sigara içmeme tavrınızı sürdürün. Sigara içilen bir ortamda ve stres altında bulunsanız bile sigarayı bırakma tavrınızı devam ettiriniz.

Tabakstop
0800 111 00

Bijlage 3: poster die werd gebruikt tijdens de ramadan



Bijlage 4: protocol rookstopafspraak

Doel: Aanbod voor patiënten die eraan denken om te stoppen met roken, dit is een afspraak waarbij de volledige aandacht naar de rookstop gaat. Er werd een protocol uitgewerkt waardoor de artsen zich kunnen laten leiden tijdens het consult.

PROTOCOL ROOKSTOPCONSULT
(de in fluo gemarkeerde elementen zijn wat in het EMD moet worden geregistreerd)

Je noteert bij iedereen
het aantal sigaretten en
indien nog niet gebeurd maak je een zorgelement p17 tabaksmisbruik, je vinkt belangrijk aan, je noteert het aantal PY (met huidig jaartal erbij).

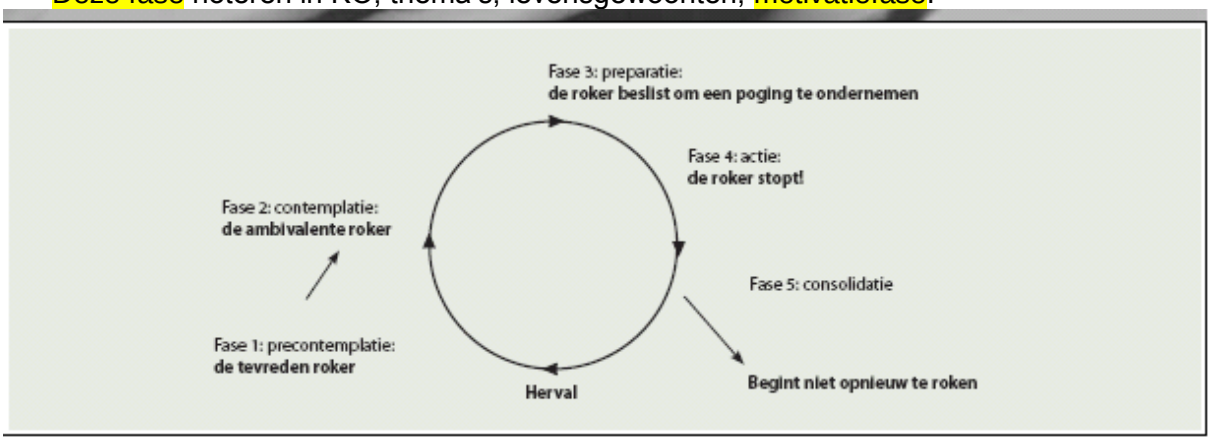
Fagerström: reeds op voorhand ingevuld, geeft de mate van verslaving aan en zal een rol spelen in de begeleiding van rookstop.
Deze score vul je in in KO, thema's, levensgewoonten, Fagerström scorelijst.

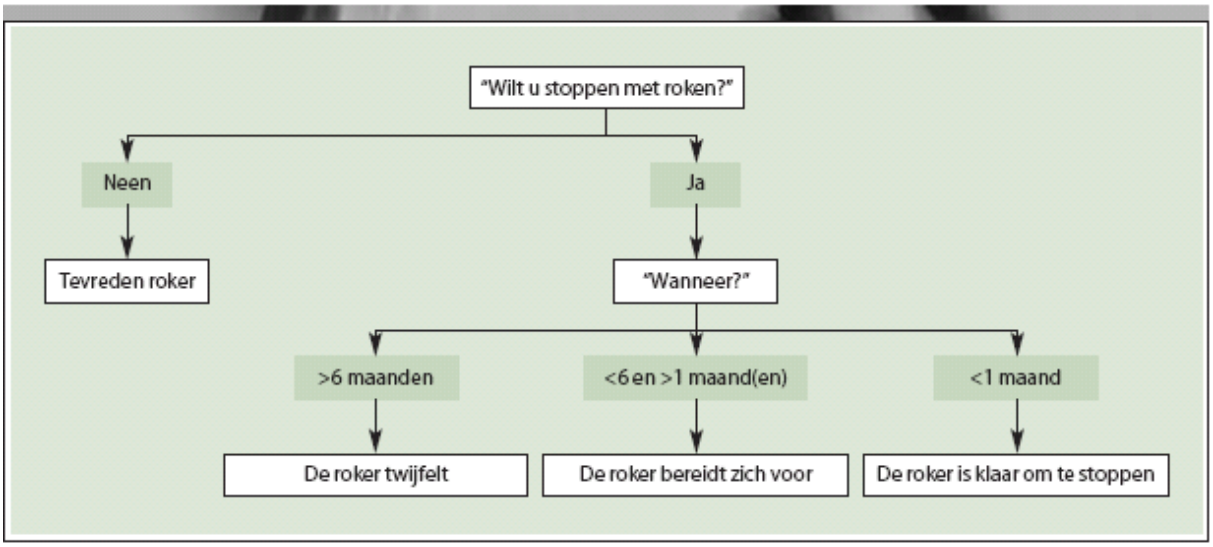
1. Hoelang na het ontwaken rookt u uw eerste sigaret?		
	< 5 min	3 punten
	6 à 30 min	2 punten
	31 à 60 min	1 punt
	> 60 min	0 punten
2. Kunt u zich gemakkelijk onthouden van roken op plaatsen waar dit verboden is?		
	ja	0 punten
	neen	1 punt
3. Welke sigaret zou u het moeilijkste kunnen missen?		
	de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

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

Motivatiefase:

Deze fase noteren in KO, thema's, levensgewoonten, motivatiefase.





Precontemplatie of tevreden roker. De roker is tevreden met de huidige situatie en denkt er niet over om te stoppen met roken. Dit zal ook niet de patiënt zijn die op rookstopconsult komt.
Strategie: de roker aan het twijfelen brengen en hem laten evolueren van mening van "roken is gevaarlijk, iedereen weet dat…" naar "ik weet dat roken gevaarlijk is voor mij persoonlijk".

Contemplatie of twijfelende roker. De roker begint te overwegen om te stoppen met roken zonder dat het duidelijk is hoe en wanneer (<6 en > 1 maand).
Strategie: kort motivatiegesprek, 5R's (zie p 4)

Preparatie of de roker bereidt zich voor. De roker is van plan om binnen (zeer) korte tijd te stoppen met roken (stoppen < 1 maand).
Strategie: enerzijds begeleiding en anderzijds medicamenteuze ondersteuning (zie p 5)

Aanpak in de contemplatiefase:

Aan de hand van een kort motivatiegesprek wil de arts de roker doen inzien dat stoppen met roken goed is voor zijn gezondheid en hem hierover doen nadenken. De arts gaat proberen het vertrouwen van de roker in zijn mogelijkheden om te veranderen, te verhogen.

Dit kan aan de hand van de 5R's

Strategie van de 5 R's

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

- 'Relevance': moedig de patiënt aan door hem te zeggen waarom stoppen met roken voor hem persoonlijk belangrijk is en blijf daarbij zo duidelijk mogelijk. Deze informatie heeft het meeste effect als ze geënt is op de specifieke situatie van de patiënt: ziekte of risicofactoren, familiale situatie (kinderen thuis), leeftijd, geslacht en andere eigenschappen van zijn persoon (vorige rookstoppogingen, persoonlijke weerstand tegenover stoppen).
- 'Risks': vraag de patiënt om de schadelijke effecten van roken te identificeren. Suggereer en benadruk wat u het meest relevant lijkt voor deze patiënt. Leg hem uit dat het roken van andere vormen van tabak (lichte sigaretten, pijp, sigaren) de risico's niet wegneemt.
  - *Risico's op korte termijn:* kortademigheid, astmaexacerbaties, roken tijdens de zwangerschap, impotentie, onvruchtbaarheid, stijging van de serumkoolstofmonoxide.
  - *Risico's op lange termijn:* hartaandoeningen of CVA, longkanker of andere vormen van kanker (larynx, mondholte, farynx, slokdarm, pancreas, blaas, baarmoederhals), COPD, chronische bronchitis, emfyseem, chronische ziekten en chronische zorgsituaties.
  - *Risico's voor de omgeving:*
    1) bij partner: verhoging van het risico op longkanker of hartpathologie;
    2) bij kinderen van rokers: hoger rookpercentage, stijging van het risico op laag geboortegewicht, astma, middenoorontsteking met effusie en luchtweginfectie.
- 'Rewards': vraag de patiënt om de potentiële voordelen van rookstop te identificeren. Suggereer en benadruk wat u het meest relevant lijkt voor deze patiënt. Bijvoorbeeld:
  - verbetering van de algemene gezondheid, langere levensverwachting;
  - betere smaakzin;
  - betere reukzin;
  - besparing;
  - verbeterd zelfbeeld;
  - beter riekende adem, aangenamere geur in auto, huis en kleding;
  - niet meer lastig gevallen worden met vragen om te stoppen met roken;
  - een goed voorbeeld zijn voor de kinderen;
  - baby's en kinderen zijn in betere gezondheid;
  - niet meer verveeld zitten met het feit anderen aan rook bloot te stellen;
  - zich lichamelijk beter voelen;
  - betere performantie bij fysieke inspanningen;
  - rimpels en huidveroudering vermijden.
- 'Roadblocks': vraag de patiënt om de barrières en moeilijkheden van rookstop te identificeren, en noteer de elementen van de behandeling (probleemoplossing, farmacotherapie) die oplossingen zouden kunnen bieden. Opsporen van weerstanden omvat het peilen naar onthoudingsverschijnselen, faalangst, gewichtstoename, gebrek aan steun vanwege de omgeving, depressie en genot van roken.
- 'Repetition': deze interventie is erop gericht de rookstopmotivatie te verhogen. Deze wordt herhaald bij niet-gemotiveerde patiënten. Rokers die vroeger al rookstoppogingen ondernamen en hierin faalden, moeten weten dat de meeste rokers eerst enkele pogingen doen alvorens definitief te stoppen met roken.

Literatuur

- Fiore MC, Bailey WC. The Tobacco Use and Dependence Clinical Practice Guideline Panel, Staff, and Consortium Representatives. A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence. A US Public Health Service Report. *JAMA* 2000;283:3244-54.
- Fiore MC, Bailey WC. Clinical practice guideline. Treating tobacco use and dependence. US Department of Health and Human services, 2000.

Begeleiding in de preparatiefase:
Optie 1: tabakoloog: AZ St Lucas of romy coomans: Dendermondsesteenweg 82, 9070 Destelbergen; 09/228 04 54 of 0495/20 68 17 of www.romycoomans.be
Optie 2: groepssessies AZ St-Lucas: tel 09/224 64 70 (met vermelding rookstopprogramma): folders in de CR
Optie 3: (beperkte) begeleiding door ons

In de preparatiefase is een rookstopplan zinvol.

Strategie om rookstop voor te bereiden

Actie	Strategie
De patiënt helpen om zijn rookstopplan te bepalen	• *Patiënt kiest een rookstopdatum:* idealiter binnen de twee weken na deze consultatie. • *Patiënt informeert zijn familie, vrienden en collega's* van zijn beslissing en vraagt hun begrip en steun. • *Patiënt voorziet een oplossing voor mogelijke moeilijkheden bij het stoppen,* ook voor de effecten van nicotineonthoudingsverschijnselen. • *Patiënt zorgt ervoor dat zijn omgeving rookvrij* is. Vóór de rookstop vermijdt hij te roken op plaatsen waar hij veel komt: thuis, auto, werk.
Praktisch advies geven Problemen oplossen Copingmechanismen ontwikkelen	• *Onthouding:* volledige rookstop is essentieel. Geen enkele trek na de rookstopdatum! • *Anticiperen op triggers en moeilijkheden:* met de patiënt methoden bespreken om het hoofd te bieden aan deze moeilijkheden. • *Alcohol:* omdat alcoholgebruik verantwoordelijk is voor herval, zal de patiënt overwegen om alcoholgebruik te stoppen of te beperken tijdens de rookstopperiode. • *Andere rokers in huis:* stoppen met roken gaat moeizamer als er thuis andere rokers zijn.
Ondersteuning bieden in het kader van de behandeling	• De arts biedt een medisch kader aan om de roker te ondersteunen in zijn rookstoppoging: *"mijn collega's en ik zijn bereid u te helpen"*, opvolgconsulten, beschikbaarheid…
Sociale ondersteuning bieden buiten de behandeling	• De arts helpt de patiënt om sociale ondersteuning te ontwikkelen tijdens zijn rookstoppoging. *"Vraag aan uw partner of echtgenoot, uw vrienden, uw collega's om u te steunen tijdens uw rookstoppoging."*

In deze fase zijn het meest doeltreffend (cognitieve) gedragstherapieën, hulp bij het oplossen van problemen en ontwikkeling van copingmechanismen om het hoofd te bieden aan moeilijkheden en situaties die de zin in roken bevorderen.

Hieronder is een voorbeeld van zo'n therapie terug te vinden. Dit is een leidraad waaruit je voor jou zinvolle elementen kunt halen.

Gedragsmatige aanpak van rookstop

Dit model werd voorgesteld op de consensusvergadering over rookstop van het Franse ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé) in 1998.

Alliantiefase en fase van de voorbereiding op rookstop

Evaluatie van de motivatie

De therapeut evalueert de *egosyntonische* (=persoon verdraagt zijn moeilijkheden, maar schommelt tussen ontkenning en aanvaarding) of de *egodystonische* dimensie (=persoon beschouwt zijn moeilijkheden als ongewenst en ervaart dat ze niet overeenstemmen met zijn waarden of het beeld dat hij van zichzelf heeft) van het roken. De roker die zich in de egosyntonische fase bevindt zal zeer moeilijk kunnen stoppen, ongeacht de uitwendige druk die op hem wordt uitgeoefend om te stoppen met roken.

Evaluatie van persoonlijke overtuigingen van de roker ten aanzien van roken

De therapeut probeert het waardensysteem van de roker te bespreken (verbanden met druk, genot, frustratie…). Dit kan alleen efficiënt gebeuren in een therapeutische relatie van goede kwaliteit, waarbij de therapeut niet per se zijn ideologisch standpunt inzake roken tracht op te dringen.

Evaluatie van het vermogen tot zelfcontrole

Zelfcontrole kan worden gedefinieerd als het vermogen van een bepaald individu om zich te engageren in een bepaalde attitude met het oog op positieve gevolgen ervan op lange termijn, maar zonder positieve gevolgen op korte termijn en met zelfs onmiddellijke negatieve gevolgen. Stoppen met roken is een perfect voorbeeld van de problemen verbonden aan zelfcontrole: hoe kan men een bepaalde attitude behouden (onthouding) wanneer de onmiddellijke gevolgen negatief zijn (frustratie of onthoudingsverschijnsel), zelfs als men zich bewust is van de positieve gevolgen op lange termijn?

Een alliantie opbouwen

De gedragstherapeut heeft steeds een empathische houding (aanvaarding van de standpunten van de patiënt zonder ze daarom goed te keuren) en beschouwt het stoppen met roken als een samenwerkingsverband. Hij vermijdt moraliseringen, verontrustende bewoordingen of tegenargumentatie van wat de patiënt zegt.

Zelfobservatiefase

De doelstelling van deze fase is de patiënt voor te bereiden op de objectivering van zijn gewoonten (automatische, niet-geïdentificeerde en niet-geëvalueerde gedragingen):

- Kwantificering van het rookgedrag (wanneer? hoeveel? hoe?).
- Identificatie van de situationele (in welke context, op welk moment, in welke omstandigheden), fysiologische en emotionele (om welke ervaringen of emotionele toestanden te vermijden of te bewerkstelligen?) en cognitieve (antwoord op welk soort gedachten?) triggers.
- Identificatie van versterkende factoren: welke positieve elementen zijn verbonden aan roken en welke negatieve elementen aan stoppen met roken?

  De roker wordt gevraagd om een bepaald aantal registratieformulieren voor zelfobservatie in te vullen. Hieronder een voorbeeld van zo'n registratieformulier (roker 43 jaar, commercieel kaderlid).

Moment *Hoeveelheid*	Situatie	Emotie	Gedachten
8 uur *2 sigaretten*	's morgens in de wagen	Geïrriteerd en gespannen in de file	Het is niet waar! Weer te laat
8.45 uur *1 sigaret*	Op kantoor aan het koffiezetapparaat, daar waar de collega's roken	Gestrest, zin om mijn gedachten te verzetten	Leeg hoofd, ik luister naar de anderen
10 uur *3 sigaretten*	In mijn auto, op weg naar een afspraak bij een klant	Ongerust	Het is een groot contract, ik mag het niet mislopen
11 uur *2 sigaretten*	Op café voor een kop koffie	Opgelucht	Het is goed gegaan, de zaak is binnen, ik gun mezelf een klein pleziertje
11.15 uur *1 sigaret*	In de auto	Vermoeid, dipje	Achterstallige administratieve taken
12.30 uur *5 sigaretten*	Op restaurant, lunch met collega's	Ontspannen, maar vermoeid door het lawaai	Het doet deugd om een kleine pauze te nemen

Gedragsveranderingsfase

De roker wordt aangemoedigd om een reeks strategieën toe te passen om zijn rookgedrag te bestrijden (stimulus- of responscontrole).

Stimuluscontrole

Controle van externe stimuli

De roker wordt aangemoedigd om bepaalde stimuli die het roken bevorderen, te vermijden (sigaretten, aanstekers, asbakken wegstoppen) of zeer waakzaam te zijn wanneer hij ermee geconfronteerd wordt (koffiepauze met de collega's, uit eten gaan met vrienden die roken).

Controle van interne stimuli

De roker wordt gevraagd zeer aandachtig te zijn voor onaangename emoties of lichamelijke gewaarwordingen (nerveus, ongerust, droevig, gefrustreerd), die vaak aan de basis liggen van herval.

Responscontrole

De roker moet copingstrategieën ontwikkelen om het rookgedrag te belemmeren of tegen te werken.

Gedragingen ontkoppelen

Het rookgedrag wordt 'verstoord': het nemen van een sigaret wordt bijvoorbeeld met vijf minuten verlaat vanaf het moment dat men de zin voor een sigaret voelt opkomen, links roken voor rechtshandigen, nooit roken als men iets anders doet.

Alternatieve of tegenwerkende gedragingen

Hierbij wordt gereageerd op stimuli die andere gedragingen dan roken opwekken. De voornaamste technieken die hiervoor worden gebruikt zijn vergelijkbaar met die voor stresscontrole: lichaamsbeweging, relaxatie, uiten van negatieve emoties, zelfbevestiging, controle van de gedachten die stress genereren.

Algemeen

De gedragstherapeut benadrukt het *complementaire aspect van deze technieken*. Geen enkele techniek apart is doeltreffend om tot een zeker resultaat te komen; het is steeds een combinatie van technieken die toelaat de uiteindelijke doelstelling te bereiken.

Opvolgfase en fase van hervalpreventie

Probleemsituatie identificeren en hierop anticiperen

Eens de patiënt is gestopt met roken, zal de gedragstherapeut samen met hem een lijst van momenten opstellen waarop het risico van herval groot is (persoonlijke problemen, plaatsen waar wordt gerookt…) en overleggen welke strategieën er dan kunnen worden toegepast. Stoppen met roken wordt zodoende voorgesteld als een eerste stap in een langdurig proces van zelfcontrole en niet als een doel op zich.

Misstappen beheren

Het is belangrijk de roker op voorhand te verwittigen dat misstappen mogelijk zijn, en dat ze niet meteen een totale en definitieve mislukking betekenen. De roker moet ook weten dat hij op zo'n moment schuldgevoelens en demotiverende gedachten zal hebben zoals *«ik ben niet in staat te stoppen, dit bewijst dat stoppen met roken bij nooit zal lukken»*… Dit kan aanleiding geven tot herval, terwijl het slechts een kleine misstap is.

Literatuur

- Andre C, Legeron P, Alcaraz G. Les thérapies comportementales et cognitives (TCC) dans l'aide au sevrage tabagique. L'arrêt de la consommation du tabac. Conférence de consensus ANAES 1998. Ed. médicales et scientifiques: 191-9.

Medicamenteuze ondersteuning:

Nicotinevervangende therapie (NVT):
Pleister: geeft een continue dosis, vraagt weinig inspanning van de patiënt.
Kauwgum, sublinguale tabletten, spray: geeft meer pieken (maar nog steeds minder als bij het roken), patiënt is er meer actief mee bezig en kan gedragsmatig een rookmoment nadoen.

Nicotinevervangende therapie

Posologie

Nicopatch®	Transdermaal systeem	7mg / 24u
		7mg / 24u
		14mg / 24u
		21mg / 24u
Nicorette®	Microtab (subling.)	2 mg
	Microtab Lemon (subling.)	2 mg
	Kauwgommen	2 mg en 4 mg
	Kauwgommen Freshmint	2 mg en 4 mg
	Kauwgommen Mint	2 mg en 4 mg
	Patroon Inhaler	10mg
	Transdermaal systeem	5mg / 16u
		10mg / 16u
		15mg / 16u
Nicotinell®	Kauwgommen Fruit	2 mg en 4 mg
	Kauwgommen Mint	2 mg en 4 mg
	Transdermaal systeem	TTS 7: 21 x 7mg / 24u
		TTS14: 21 x 14mg / 24u
		TTS 21: 7 /21 x 21mg / 24u
Niquitin®	Zuigcompr. Lozenge	2 mg en 4 mg
	Zuigcompr. Mint	2 mg en 4 mg
	Transdermaal systeem Clear	7mg / 24u
		14mg / 24u
		21mg / 24u

Algemeen	Voor aanvang met het middel het roken staken. De hoogte van de dosering is afhankelijk van de mate van nicotineafhankelijkheid, bij grote afhankelijkheid is een hoge startdosering effectiever.
Kauwgom	<20 sig/d → 2mg >20 sig/d → 4mg Beter systematisch elk uur dan "ad libitum" gebruik (kan onderdosering veroorzaken, wat de behandeling doet falen) Niet meer dan 20 kauwgommen van 4 mg of 30 van 2 mg per dag Duur: 8 tot 12 weken
Pleister	Om de dosis te bepalen, moet de arts de voorafgaande ervaringen met pleisters, de hoeveelheid gerookte sigaretten en de afhankelijkheid nagaan. Een pleister van 21 mg komt ongeveer overeen met het roken van één sigaret per uur. Een urinecotininedosering kan nuttig zijn om de dosis aan te passen bij intensieve rokers, igv falen van de behandeling of bij vrees voor een overdosering bij risicopatiënten (hartpatiënten, zwangere vrouwen) Duur: 8 weken
Sublinguale tablet	1 tablet van 2 mg om de 1 à 2 uur. Beter systematisch dan "ad libitum" gebruik (kan onderdosering veroorzaken, wat de behandeling doet falen) 8 à 12 tabletten per dag; maximum 25 Duur: 8 à 12 weken
Zuigtablet	1 losenge van 2 mg om de 1 à 2 uur. Beter systematisch dan "ad libitum" gebruik (kan onderdosering veroorzaken, wat de behandeling doet falen) 8 à 12 per dag; maximum 25 Duur: 8 à 12 weken
Inhalator	Het vereiste aantal inhalaties, de frequentie, de inhalatieduur- en techniek verschillen van persoon tot persoon (bijsluiter). De plasmaspiegels komen overeen met het kauwen van één kauwgom van 2 mg per uur. Maximum 12 refillers per dag Duur: 8 à 12 weken

GGR bcfi; Chavannes 2007;Gailly 2005; www.ecompendium.be

Er wordt geen verschil gezien in effectiviteit tussen de verschillende vormen. Ook de duur van substitutie speelt weinig rol. De combinatie van pleisters en bv kauwgum is mogelijk (en blijkt soms meer efficiënt).
Bij zwaar afhankelijke rokers is een hogere dosis NVT efficiënter. Bij weinig afhankelijke rokers (< 10 sig/d) is NVT weinig zinvol. NVT om het roken te minderen en uiteindelijk te stoppen kan zinvol zijn.
De grootste groep hervalt binnen de eerste 3 maand na rookstop.

Ongewenste effecten

		Ongewenste effecten	Contra-indicaties en voorzorgen	Interacties
Nicotinevervangende therapie	Algemeen	Dosisafhankelijk en vooral tijdens de eerste weken van de behandeling • stijging polsfrequentie en bloeddruk • diarree, nausea • centrale effecten (slaapstoornissen, abnormale dromen), duizeligheid en hoofdpijn • allergische reacties • afhankelijkheid	Absolute contra-indicaties: recent AMI of CVA, instabiele angor, ernstige aritmieën, zeer hoge bloeddruk Afwegen risico-baten bij: zwangerschap en borstvoeding, hyperthyreose, maagulcus, ernstig nier- of leverlijden, diabetes	Verlagen van de dosis theofylline en pentazocine kan nodig zijn
	Pleister	• jeuk; huidirritatie (tot 50%); minder dan 5% moet hiervoor de therapie staken • slaapstoornissen vooral wanneer de pleister 's nachts niet wordt verwijderd	Huidaandoeningen en allergie voor pleisters	
	Kauwgom/ sublinguale tabletten	• irritatie van mond en keel (1 tot 10%) • hik • dervingsverschijnselen bij plots stoppen	• orale of faryngeale ontsteking • oesofagitis	Koffie, sinaasappelsap, cola mogen niet gebruikt worden 15 minuten vóór en tijdens het kauwen
	Inhalator	• hoest • mond- en keelirritatie • neuscongestie	Overgevoeligheid voor menthol Voorzichtigheid is geboden bij astma of COPD	

Antidepressiva:

Bupropion (Zyban) en nortriptyline. Geen verschil in werkzaamheid tussen beide. Geen meerwaarde om NVT toe te voegen.

Posologie

Bupropion	Zyban®	**Dag 1-6: 150 mg 1/d** **Daarna 150 mg 2/d** **Gedurende 7 à 9 weken (dosering afbouwen)** **Rookstop: tijdens 2e behandelingsweek** -Tussen twee opeenvolgende doseringen ten minste een interval van 8 uur in acht nemen. - Indien na 7 weken geen effect is waargenomen, dient de behandeling te worden gestopt -Bij patiënten ouder dan 60 jaar de dosis beperken tot 150 mg per dag
Nortriptyline	Nortrilen®	**Dag 1-3 : 25mg 1/d** **Dag 4-6 : 50 mg 1/d** **Daarna 75mg 1/d** **Gedurende 6-12 weken (afbouwen is niet noodzakelijk)** **Rookstop op dag 7 of 8** Bij ouderen en adolescenten circa de helft van de dosering voor volwassenen (dus opbouwen met stappen van 10 mg tot 30 à 40 mg per dag)

Geen meerwaarde van Zyban 300 tov 150.

Ongewenste effecten

- **Bupropion**
  - Slapeloosheid (30 tot 40%)
  - Epileptische aanvallen (1/1000)
  - Psychiatrische stoornissen
  - Suïcidale gedachten
- **Nortriptyline**
  - Ongewenste effecten tricyclische antidepressiva oa
    - Anticholinerge ongewenste effecten*
    - Orthostatische hypotensie en cardiale geleidingsstoornissen, vooral bij ouderen, bij voorafbestaande cardiovasculaire pathologie en bij hoge doses. Bij overdosering kunnen ritmestoornissen, met mogelijk fatale afloop, optreden.
  - Ongewenste effecten bij rookstop weinig bestudeerd
  - Profiel van nevenwerkingen mogelijk beter dan van Bupropion (KCE, Domus Medica)

*monddroogte, nausea, obstipatie, mydriase en accommodatiestoornissen, urineretentie, tachycardie, ritmestoornissen, verwardheid en agitatie

www.farmaka.b

		Ongewenste effecten	Contra-indicaties en voorzorgen	Interacties
Nortriptyline		Gebaseerd op gebruik in hogere doses bij depressie: • dervingsverschijnselen bij plots stoppen • anticholinerge effecten • orthostatische hypotensie en hartgeleidingsstoornissen	• zwangerschap of borstvoeding • recent myocardinfarct en hartgeleidingsstoornissen • niet onderzocht bij adolescenten of oudere mensen (> 65 jaar) voor gebruik bij rookstop	• verminderd bloeddrukverlagend effect van centraal werkende antihypertensiva • versterkt effect van sympathicomimetica • niet combineren met IMAO
Bupropion		Mees frequent: slapeloosheid (30 tot 40%), droge mond (10%), koorts, gastro-intestinale problemen, hoofdpijn, smaakstoornissen, huiseruptie Hypertensie en epileptische aanvallen (1 op 1.000)	• zwangerschap of borstvoeding • jonger dan 18 jaar • epilepsie • tijdens de ontwenningsfase van alcohol of benzodiazepines • ernstige levercirrose • anorexia nervosa en boulimia Voorzorgen: dosisaanpassing bij bejaarden	• niet combineren met IMAO • voorzichtigheid geboden in combinatie met middelen die de drempel voor convulsies verlagen o.a. antidepressiva, neuroleptica, fluorochinolonen, theofylline

Terugbetalingsvoorwaarden bupropion

De volgende specialiteit kan slechts worden vergoed indien ze wordt voorgeschreven als therapeutische ondersteuning bij van nicotine afhankelijke patiënten die wensen te stoppen met roken, in associatie met een ondersteunende gedragstherapie. Om de terugbetaling te bekomen, moet de rechthebbende aan de volgende criteria voldoen:

1. Patiënt met chronisch obstructief long lijden, stadia II, III of IV van de nieuwe GOLD classificatie (welke overeenkomen met de stadia IIA, IIB en III van de vroegere classificatie), aangetoond door spirometrie waarbij de Tiffeneau index (ESW/VC) < 70% en waarbij ESW < 80% van de theorethische waarde.
2. minstens 35 jaar oud zijn; Zich akkoord hebben verklaard aan de behandelende geneesheer om een ondersteunende gedragstherapie te volgen;
3. Een proefbehandeling van 18 dagen hebben gevolgd die aangetoond heeft dat de specialiteit goed wordt verdragen.

De vergoeding kan worden toegestaan tot maximum 1 verpakking van 100 tabletten van 150 mg per poging tot stoppen met roken en tot maximum 3 pogingen over een periode van 5 jaar, met elke keer ten minste 6 maanden tussen 2 pogingen.
De bewijsstukken worden door de behandelende geneesheer bewaard en ter beschikking van de adviserend geneesheer gehouden.
Op basis van een aanvraagformulier ondertekend en behoorlijk ingevuld door de behandelende geneesheer, levert de adviserend geneesheer aan de rechthebbende, per toegelaten poging, een attest waarvan het model is aangebracht onder "c" van bijlage III van het koninklijk besluit van 21.12.2001, dat de vergoeding toelaat van één enkele verpakking van 100 tabletten van 150 mg, gedurende een periode van 10 weken.

Varenicicline (Champix):

Is werkzamer dan bupropion en werkzamer dan NVT.

Posologie

Varenicline	Champix®	**Dag 1-3: 0,5 mg 1/d** **Dag 4-6: 0.5 mg 2/d** **Daarna 1 mg 2/d** **Gedurende 12 weken, in individuele gevallen 24 weken (dosis afbouwen)** **Rookstop na 1 à 2 weken behandeling**

Terugbetalingsvoorwaarden

De specialiteit komt voor vergoeding in aanmerking indien ze wordt voorgeschreven als therapeutische ondersteuning bij van nicotine afhankelijke patiënten die gemotiveerd zijn om te stoppen met roken, in associatie met een ondersteunende gedragstherapie. Om de terugbetaling te bekomen, moet de rechthebbende aan de volgende criteria voldoen:

- Minstens 18 jaar oud zijn;
- Een proefbehandeling (titratietherapie) van 14 dagen hebben gevolgd die aangetoond heeft dat de specialiteit goed wordt verdragen;
- Nog niet genoten hebben van de terugbetaling van varenicline;
- Zich akkoord hebben verklaard aan de behandelende geneesheer om een ondersteunende gedragstherapie te volgen.

De vergoeding kan worden toegestaan voor 1 verpakking van 112 tabletten van 1 mg.
De bewijsstukken worden door de behandelende geneesheer bewaard en ter beschikking van de adviserend geneesheer gehouden.
Op basis van een aanvraagformulier ondertekend en behoorlijk ingevuld door de behandelende geneesheer, levert de adviserend geneesheer aan de rechthebbende een attest waarvan het model is aangebracht onder "c" van bijlage III van het koninklijk besluit van 21.12.2001, dat de vergoeding toelaat van één enkele verpakking van 112 tabletten van 1 mg, gedurende een periode van 10 weken.

	Ongewenste effecten	Contra-indicaties en voorzorgen	Interacties
Varenicline	**Zeer vaak (>10%):** • Hoofdpijn • Misselijkheid • Slapeloosheid, abnormale dromen **Vaak (1-10%):** • Toegenomen eetlust • Slaperigheid, duizeligheid, moeheid • Gastro-intestinale last **Soms (0,1-1%), maar ernstig:** • Anorexie • Psychische stoornissen: paniekaanvallen, stemmingswisselingen, depressie, zelfmoordgedachten • Neurologische stoornissen: tremor, coördinatiestoornissen • Voorkamerfibrillatie	**Contra-indicaties** • Psychiatrische aandoening in de voorgeschiedenis • Ernstige nierinsufficiëntie: de dosisreductie dient op individuele basis te worden bepaald. • Zwangerschap en borstvoeding **Voorzorgen** Abrupt stoppen vermijden (risico van herval, prikkelbaarheid, depressie, slapeloosheid)	• Associëren van varenicline aan nicotinesubstitutiepreparaten leidt tot versterking van de ongewenste effecten van nicotine. • Gelijktijdige toediening met cimetidine verhoogt de systemische blootstelling van varenicline met ongeveer 29%.

Rookstop tijdens de zwangerschap:
NVT is beter dan roken, dus als rookstop anders niet lukt is NVT een optie.
De dosis nicotine is lager bij NVT dan bij roken. De intermittente toediening van NVT wordt verkozen boven de patches.

Zyban is absoluut tegenaangewezen tijdens de zwangerschap.

Bijlage 5: protocol registratie rookstatus in het EMD

Doel: Een goede registratie van de rookstatus van patiënten zodat hier gerichter kan worden op ingegrepen.

Doelgroep zorgverleners: artsen, verpleging, dieet.

Doelgroep patiënten: alle.

PROTOCOL
Aan alle patiënten roken bevragen (ook indien al aantal sigaretten geregistreerd staat).

Niet-rokers: 0 sigaretten

Gestopte rokers: 0 sigaretten

zorgelement p17 (tabaksmisbruik): belangrijk aanvinken, begin- en eindjaar registreren, aantal packyear[1] noteren.

Rokers: aantal sigaretten

zorgelement p17 (tabaksmisbruik): belangrijk aanvinken, beginjaar registreren, aantal packyear[1] noteren (met huidig jaartal erbij).

Bij motivatiefase (in KO):

- nee (is niet gemotiveerd, denkt niet aan stoppen)
- twijfel (twijfelt rond rookstop)
- ja (is gemotiveerd, wil graag stoppen met roken).

Bij twijfel of ja: patiënten folder meegeven, wijzen op mogelijkheid rookstopconsult.

[1] Packyear (PY): aantal jaren gerookt x aantal pakjes (= 20 sig) per dag.
Bijvoorbeeld: 20 jaar een half pakje per dag gerookt is 10 PY.

Bijlage 6: Informed consent

Brief met uitleg voor deelnemers aan studie

1. Titel van de studie:

Ervaringen met en opvattingen over de rookstopcampagne in wijkgezondheidscentrum Botermarkt bij de rokende Turkse patiënten van het centrum: een kwalitatief onderzoek.

2. Doel van de studie:

Men heeft u gevraagd om deel te nemen aan een studie. Het doel van deze studie is nagaan wat de ervaringen van de Turkse patiënten van wijkgezondheidscentrum Botermarkt zijn met de rookstopcampagne die in het centrum heeft gelopen. Op deze manier willen we toekomstige rookstopcampagnes aanpassen.

3. Beschrijving van de studie:

De voorbije maanden liep in het wijkgezondheidscentrum Botermarkt een campagne rond rookstop. Hiermee willen we de patiënten bewust maken van de gevaren van roken en aanzetten tot rookstop of hoffelijk rookgedrag. De bedoeling van deze studie is om na te gaan wat de ervaringen zijn van Turkse patiënten die roken met deze campagne.

Aan de hand van semigestructureerde interviews in een geselecteerde groep van rokende Turkse patiënten van het wijkgezondheidscentrum willen we nagaan wat er als positief en wat als negatief ervaren werd omtrent de rookstopcampagne. Daarnaast proberen we na te gaan op welke manier de campagne in de toekomst verbeterd zou kunnen worden. Er zullen een vijftiental interviews worden afgenomen.

Uw bijdrage aan dit onderzoek situeert zich in de deelname aan het semigestructureerde interview: er wordt met u een afspraak gemaakt waarop een interview kan worden afgenomen – het interview zelf zal ongeveer een uur duren en gaat door in het wijkgezondheidscentrum. Indien dit nodig is, zal er een tolk aanwezig zijn op dit gesprek. Het gesprek zal worden opgenomen op video/audiotape zodat verwerking en analyse van de resultaten mogelijk is. De verwerking gebeurt anoniem. De tapes zullen worden vernietigd na het einde van het project.

4. Wat wordt verwacht van de deelnemer:

Voor het welslagen van de studie, is het belangrijk dat u zo volledig mogelijk en waarheidsgetrouw probeert te antwoorden op de vragen van de onderzoekers.

5. Deelname en beëindiging:

De deelname aan deze studie vindt plaats op vrijwillige basis. U kan weigeren om deel te nemen aan de studie, en u kunt zich op elk ogenblik terugtrekken uit de studie zonder dat u hiervoor een reden moet opgeven en zonder dat dit op enigerlei wijze een invloed zal hebben op uw verdere relatie met de onderzoekers. Als u deelneemt, wordt u gevraagd het toestemmingsformulier te tekenen.

6. Risico's en voordelen:

Er zijn geen verwachte risico's of ongemakken verbonden aan deze studie.
Door deelname aan deze studie helpt u ons een beter beeld te krijgen van de opvattingen van de Turkse patiënten over de rookstopcampagne. Op deze manier kunnen we in de toekomst de rookstopcampagne aanpassen en zo een betere zorg bieden.

Deze studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het UZ

Gent. In geen geval dient u de goedkeuring door de Commissie voor Medische Ethiek te beschouwen als een aanzet tot deelname aan deze studie.

De onderzoekers staan garant voor de vertrouwelijke behandeling en anonieme verwerking van alle informatie.

7. Kosten:

Uw deelname aan deze studie brengt geen extra kosten voor u mee.

8. Vertrouwelijkheid:

In overeenstemming met de Belgische wet van 8 december 1992 en de Belgische wet van 22 augustus 2002, zal uw persoonlijke levenssfeer worden gerespecteerd. Na deelname, zal u de kans worden geboden uw gegevens te verbeteren. Vervolgens zullen deze geanonimiseerd worden, waardoor er geen terugkoppeling meer mogelijk is.

Als u akkoord gaat om aan deze studie deel te nemen, zullen uw persoonlijke gegevens niet openlijk beschikbaar zijn. Als de resultaten van de studie worden gepubliceerd, zal uw identiteit vertrouwelijke informatie blijven.

9. Contactpersoon:

Als u aanvullende informatie wenst over de studie of over uw rechten en plichten, kunt u in de loop van de studie op elk ogenblik contact opnemen met:

Prof. Sara Willems
Universiteit Gent
Vakgroep Huisartsgeneeskunde
en Eerstelijnsgezondheidszorg
1K3 - De Pintelaan 185
B-9000 Gent
E-mail: sara.willems@ugent.be

Charlotte Ghyselen
Huisarts in Opleiding
WGC Botermarkt
09 232.32.33
E-mail: Charlotte.ghyselen@ugent.be

Toestemmingsformulier

Toestemmingsformulier

Ik, _____ heb het document "Informatiebrief voor deelnemers aan studies" met als voettekst 'Informed consent op ...../……/2012 gelezen en er een kopij van gekregen. Ik stem in met de inhoud van het document en stem ook in deel te nemen aan deze studie.

Ik heb een kopij gekregen van dit ondertekende en gedateerde toestemmingsformulier. Ik heb uitleg gekregen over de aard en het doel van de studie en over wat men van mij verwacht. Ik heb uitleg gekregen over de mogelijke risico's en voordelen van de studie. Men heeft mij de gelegenheid en voldoende tijd gegeven om vragen te stellen over de studie, en ik heb op al mijn vragen een bevredigend antwoord gekregen.

Ik stem ermee in om volledig samen te werken met de toeziende onderzoekers.

Ik ben me ervan bewust dat deze studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het UZ Gent, deze goedkeuring was in geen geval de aanzet om te beslissen om deel te nemen aan deze studie.

Ik mag me op elk ogenblik uit de studie terugtrekken zonder een reden voor deze beslissing op te geven en zonder dat dit op enigerlei wijze een invloed zal hebben op mijn verdere relatie met de onderzoekers.

Indien ik toegang wil tot mijn gegevens, zal ik mij richten tot de toeziende onderzoeker, die verantwoordelijk is voor de verwerking.

Ik ben bereid op vrijwillige basis deel te nemen aan deze studie.

Naam van de vrijwilliger: _____

Datum: _____

Handtekening:

Ik bevestig dat ik de aard en het doel van de studie heb uitgelegd aan de bovenvermelde vrijwilliger.

De vrijwilliger stemde toe om deel te nemen door zijn/haar persoonlijk gedateerde handtekening te plaatsen.

Naam van de persoon
die voorafgaande uitleg
heeft gegeven: _____

Datum: _____

Handtekening:

Bijlage 7: structuur van het interview

Vooraleer het interview te starten geef ik aan de hand van de informatiebrief uitleg aan de patiënt waarin ik het doel van het onderzoek uitleg en eveneens uitleg dat de vragen die ik stel enkel richtinggevend zijn en de patiënt alles wat in hem opkomt rond het thema mag aanbrengen.

Demografische kenmerken en rookgedrag:

Leeftijd:
Geslacht:
Burgerlijke status:
Aantal sigaretten per dag:
Aantal jaren roken:
(hieruit bereken ik het aantal packyears:)
Time to first sigaret:
In Turkije geboren: Moeder – Vader – Zelf – Zussen (aantal:) – Broers (aantal:)

Topiclijst:

Openingsvraag

Wat is u de laatste maanden bijgebleven (zowel een positieve als negatieve zin) vanuit het wijkgezondheidscentrum rond roken?

Verdere aanvullende vragen (afhankelijk van de richting die de patiënt uitgaat):

Wat hebt u van de actie opgemerkt? Waardoor voelde je je aangesproken?

Wat hebt u eruit kunnen begrijpen?

Afhankelijk van al dan niet maken van een rookstopafspraak:

- Wat vond u van de rookstopafspraak?
- Hebt u het concept van de rookstopafspraak begrepen?
  Zo ja: wat houdt u tegen om een afspraak te maken?
  Zo nee: Niet opgemerkt? Niet begrepen?

Waren er elementen van de rookstopactie waaraan u u hebt gestoord?

Is er iets veranderd in uw rookgedrag de laatste maanden?
Zo ja wat? Hebt u een idee waardoor u uw gedrag hebt veranderd?
Zo nee hebt u een idee waarom niet?

Zijn er andere dingen (buiten het centrum) die belangrijk zijn voor uw rookgedrag?

Hebt u enig idee op welke manier we u beter zouden kunnen helpen met rookstop of wat bij u meer zou aangrijpen? (suggesties voor toekomstige acties)