Rookstopbegeleiding met behulp van gestructureerde registratie: uitdaging tot kwaliteitsverbetering in een huisartsenpraktijk

Delphine Rummens, K.U.Leuven

Promotor: Prof. dr. Jo Goedhuys, K.U.Leuven

Co-promotor: Dr. Anselmo Caponi

Master of Family Medicine
Masterproef Huisartsgeneeskunde

Abstract

Context: Hoewel het ontegensprekelijk vaststaat dat roken ongezond is, blijft het een aanzienlijk probleem in onze huidige maatschappij. De huisarts staat dicht bij de mensen en neemt daardoor een centrale plaats in bij het aanbieden en begeleiden van rookstop. Nochtans komt dit in de dagelijkse praktijk vaak te weinig aan bod. Mogelijk is er naast de hulp van een wetenschappelijk onderbouwde rookstopaanpak ook een ondersteunende rol weggelegd voor het elektronisch medisch dossier om hierin verandering te brengen.

Onderzoeksvraag: Er werd binnen de betrokken huisartsenpraktijk vertrokken vanuit volgende onderzoeksvragen: Hoe verloopt de rookstopbegeleiding in deze praktijk en hoe wordt dit, zo nodig, verbeterd? Welke invloed heeft het meer systematisch identificeren van rookgewoonten op het aantal rookstoppogingen? Wat is het effect van het gestructureerd registreren van het begeleidingsproces in het elektronisch medisch dossier op rookstopbegeleiding?

Methode (literatuur & registratiewijze): Het beschreven onderzoek, in de vorm van een praktijkproject, vond plaats in een huisartsenpraktijk in Genk bij patiënten ouder dan achttien jaar met een globaal medisch dossier. Voorafgaand aan dit praktijkproject werd een literatuuronderzoek verricht naar de aanpak van de rookstopbegeleiding die op dat moment het best gehanteerd werd en naar de invloed van het registreren van rookgewoonten en het begeleidingsproces in het elektronisch medisch dossier. Het praktijkproject zelf gebeurde in de periode van april 2012 tot en met januari 2013 en bestond uit het invoeren van een nieuwe werkwijze rond rookstop met behulp van een gestructureerd registratiesysteem en een praktijkgids gebaseerd op de resultaten van het literatuuronderzoek. Nadien werd het project geëvalueerd en werden de resultaten ervan vergeleken met referentiegegevens bekomen vóór het project. Het verzamelen van die informatie gebeurde zowel vóór als na het project door middel van een interview en een vragenlijst aan de betrokken huisartsen, een steekproef en analyses in het elektronisch medisch dossier.

Resultaten: Uit de interviews en vragenlijsten bleken de identificatie en registratie van rookgewoonten en de aanpak van rookstopbegeleiding vóór het praktijkproject willekeurig en ongestructureerd te verlopen. De veranderingen die daarom werden ingevoerd, werden over het algemeen positief onthaald en haalbaar bevonden door de betrokken huisartsen. Het gestructureerd registratiesysteem bevatte volgens hen wel te veel stappen. Het terugvinden van notities omtrent rookgewoonten steeg bij de steekproefpatiënten van 8% naar 50% van de dossiers. Tijdens het project deden zestien van de 96 rokers een rookstoppoging. Twaalf van hen hielden de rookstop vol tot op het einde van het project. De gemiddelde score die de huisartsen zichzelf toekenden ter algemene beoordeling van de kwaliteit van de rookstopbegeleiding nam toe van vijf op een schaal van tien vóór het project naar acht nadien en respectievelijk van twee naar zeven voor het registreren in het elektronisch medisch dossier.

Conclusies: Het uitwerken van een vernieuwde rookstopaanpak leidde tot meer aandacht voor het rookgedrag van patiënten in de betreffende huisartsenpraktijk. Er waren in dit onderzoek daarentegen onvoldoende gegevens beschikbaar om objectief te kunnen concluderen dat het meer systematisch identificeren van rookgewoonten bij patiënten ook meer rookstoppogingen met zich meebracht. Het voorgestelde gestructureerd registratiesysteem in het elektronisch medisch dossier bleek wel zinvol in het rookstopbegeleidingsproces, maar wordt best vereenvoudigd naar de toekomst toe. Aan het eind van het project was 12,5% van de rokers gestopt met roken. Er is sprake van een algemene kwaliteitsverbetering in de zorg rond roken binnen de praktijk door het project, maar verdere vooruitgang dient nagestreefd te worden.

Inhoudstafel

1 Inleiding 4
2 Literatuuronderzoek 6
2.1 Aanpak van rookstopbegeleiding 6
2.1.1 Opzoekvraag en zoekstrategie 6
2.1.2 Resultaten 6
2.2 Registratie in het Elektronisch Medisch Dossier 9
2.1.1 Opzoekvraag en zoekstrategie 9
2.1.2 Resultaten 10
2.3 Conclusie 10
3 Onderzoeksmethode 11
3.1 Verzamelen van referentiegegevens 11
3.1.1 Interview en vragenlijst vóór het project 11
3.1.2 Elektronisch medisch dossier 11
3.2 Opstellen van gestructureerd registratiesysteem en praktijkgids 12
3.2.1 Gestructureerd registratiesysteem 12
3.2.2 Praktijkgids met procedure 13
3.3 Interventie 15
3.4 Evaluatie van het project en verzamelen van resultaten 15
3.4.1 Interview en vragenlijst na het project 15
3.4.2 Elektronisch medisch dossier 15
4 Resultaten 17
4.1 Interviews en vragenlijsten 17
4.1.1 Interview en vragenlijst vóór het project 17
4.1.2 Interview en vragenlijst na het project 17
4.2 Elektronisch medisch dossier 19
4.2.1 Analyses van diagnostische coderingen 19
4.2.2 Analyses van gecodeerde geneesmiddelenvoorschriften 19
4.2.3 Steekproef 20
4.2.4 Motivatiefase 20
4.2.5 Aanpak en opvolging van rookstoppogingen 20
4.2.6 Samenvattend stroomdiagram van projectcijfers 21
5 Discussie 22
5.1 Interpretaties en bedenkingen met betrekking tot de resultaten 22
5.1.1 Het oorspronkelijk systeem 22
5.1.2 Wijzigingen door het project 22
5.1.3 Invloed van het project 25
5.2 Tekortkomingen van het project 26
5.3 Algemene bedenking 26
6 Besluit 27
7 Dankwoord 28
8 Referenties 29
9 Bijlagen 31
Bijlage 1: Zoekstrategie literatuur 31
Bijlage 2: Vragenlijst aan de betrokken huisartsen VOOR het project 33
Bijlage 3: Sjabloon 34
Bijlage 4: Praktijkgids met procedure 35
Bijlage 5: Poster 38
Bijlage 6: Q-Mat-schaal 39
Bijlage 7: Vragenlijst aan de betrokken huisartsen NA het project 40

1 Inleiding

Roken blijft een aanzienlijk probleem in de huidige maatschappij. Volgens de Wereldgezondheidsorganisatie (WGO) is de tabaksepidemie één van de grootste bedreigingen die de volksgezondheid heeft gekend. Roken wordt wereldwijd aanzien als de belangrijkste vermijdbare oorzaak van morbiditeit en mortaliteit. Tot de helft van de tabaksgebruikers zal uiteindelijk sterven ten gevolge van een ziekte gerelateerd aan het roken. Jaarlijks komt dit neer op bijna zes miljoen doden of ongeveer één sterfte per zes seconden (1). Voor Europa betekent dit zestien procent van alle sterfgevallen boven de dertig jaar (2). Er kan een dodental van meer dan acht miljoen verwacht worden tegen 2030 indien hiertegen geen maatregelen getroffen worden. In 2008 introduceerde de WGO dan ook zes controlemaatregelen om de strijd tegen tabak wereldwijd nog verder aan te gaan en helpt het landen om die maatregelen te implementeren (1).

Ook in België werden, op basis van de kaderovereenkomst van de WGO ter bestrijding van tabaksgebruik, reeds verschillende maatregelen getroffen. Denk ondermeer maar aan het rookverbod in alle gesloten plaatsen die toegankelijk zijn voor het publiek, het verbod om tabak te verkopen aan minderjarigen onder de zestien jaar en de waarschuwing over de schadelijkheid van tabak op elke verpakking van sigaretten (3). En dat is nodig, want uit de laatste cijfers blijkt dat nog steeds vijfentwintig procent van de Belgen, van vijftien jaar of ouder, roken. Voor Vlaanderen is dat drieëntwintig procent (4).
Zeer recent werd een nieuwe portaalsite gelanceerd door Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, Jo Vandeurzen. Voor het eerst werd het aanbod rond rookstopbegeleiding in Vlaanderen op één website gebundeld. Met dit initiatief van het Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie en Ziektepreventie (VIGeZ) en de Vlaamse Logo's, met steun van de Vlaamse overheid, wil men zich in de eerste plaats richten naar professionelen en daarnaast ook naar jongeren en ouders (5).

Het is dus niet te verbazen dat dit thema belangrijk is voor alle niveaus van de gezondheidszorg. Als eerstelijnsartsen, staan de huisartsen vaak het dichtst bij de mensen waardoor ze een cruciale rol spelen in de aanpak van rookstop. Het staat vast dat het geven van rookstopadvies door de huisarts het aantal mensen dat stopt met roken, verhoogt. Hoewel de meeste huisartsen dit vermoedelijk wel beseffen, worden de rookgewoonten van de patiënt door minder dan de helft van de huisartsen bevraagd (6). Als aanstormend huisarts had ik inderdaad ook het gevoel dat dit te weinig aan bod kwam. Dikwijls worden in dit kader argumenten als tijdsgebrek en gebrek aan motivatie door de patiënt aangehaald (6). Maar is dit wel zo? En wat is de rol van het elektronisch medisch dossier hierin?

Stof genoeg om een project op te stellen in de praktijk van mijn opleiding tot huisarts. Het doel van dit praktijkproject was om meer aandacht te besteden aan de identificatie en registratie van rookgewoonten en aan de begeleiding van rokers om zo de kwaliteit van de zorg rond roken te bevorderen. Samen met de praktijkopleider en de collega werd de uitdaging aangegaan om een antwoord te verkrijgen op volgende onderzoeksvragen:

- Hoe verloopt de rookstopbegeleiding in deze praktijk en hoe wordt dit, zo nodig, verbeterd?
- Welke invloed heeft het meer systematisch identificeren van rookgewoonten op het aantal rookstoppogingen binnen deze praktijk?
- Wat is het effect van het gestructureerd registreren van het begeleidingsproces in het elektronisch medisch dossier op rookstopbegeleiding binnen deze praktijk?

2 Literatuuronderzoek

Het literatuuronderzoek dat het project vooraf ging, werd verricht op basis van enkele opzoekvragen over de aanpak van rookstopbegeleiding en registratie in het elektronisch medisch dossier. De vragen werden afzonderlijk opgezocht volgens de *watervalmetafoor*[1] (7). De artikels werden geselecteerd naar relevantie op basis van titel en abstract. Hieronder zal per opzoekvraag kort de zoekstrategie geschetst worden. De uitgebreidere versie van de zoekstrategie is terug te vinden in bijlage 1.

2.1 Aanpak van rookstopbegeleiding

2.1.1 Opzoekvraag en zoekstrategie

De eerste opzoekvraag was: 'Welke aanpak van rookstopbegeleiding wordt momenteel het best gehanteerd volgens recente literatuurrichtlijnen?'. Deze opzoekvraag werd aangevuld met enkele concretere deelvragen: 'Wat is het effect van het bieden van aangepaste rookstopbegeleiding naargelang de motivatiefase?' en 'Welke medicamenteuze behandeling(en) voor rookstop geniet(en) de voorkeur?'.
Voor een antwoord op deze vragen werden meerdere richtlijnen (quaternaire bronnen) teruggevonden (Bijlage 1). De Belgische (6), Nederlandse (9), Britse (10) en Nieuw-Zeelandse (11) richtlijnen werden grondiger doorgenomen. Voor de deelvragen werden bijkomstig ook nog tertiaire bronnen geraadpleegd (Bijlage 1).

2.1.2 Resultaten

De Belgische richtlijn werkt met de rookstopstrategie van de vijf A's, namelijk 'Ask', 'Advise', 'Assess', 'Assist' en 'Arrange follow-up', gebaseerd op de Amerikaanse richtlijn 'Treating tobacco use and dependence' van Fiore et al uit 2000 (12). In de geraadpleegde internationale richtlijnen is dit niet steeds het geval. De Nederlandse richtlijn verwijst ook naar de vijf A's, de Britse en Nieuw-Zeelandse echter niet of niet meer. Zo werd de Nieuw-Zeelandse richtlijn in de versie van 2007 aangepast van de vijf A's-strategie naar een ABC-model, waarbij A staat voor 'Ask', B voor 'Brief advice' en C voor 'Cessation support'. Als de verschillende modellen naast elkaar gelegd worden, worden ook de verschillen duidelijker. Vertrekkend vanuit de vijf A's:

[1] De watervalmetafoor is een hiërarchische rankschikking van informatiebronnen op vier niveaus. Primaire bronnen zijn oorspronkelijke publicaties in wetenschappelijke vaktijdschriften. Onder secundaire bronnen worden systematic reviews en meta-analyses verstaan die via ontsluitingsmiddelen gevonden kunnen worden. In systematic reviews worden resultaten en achtergrondkenmerken van originele studies weergegeven die een antwoord kunnen geven op een onderzoeksvraag. De besproken studies worden hierbij op een systematische wijze gezocht (8). Wanneer, bij een systematic review, de resultaten van een aantal vergelijkbare klinische studies worden gebundeld en herberekend, spreekt men van een meta-analyse (8). Artikelbesprekingen zoals bij 'Clinical Evidence', 'The Cochrane Library' en 'Minerva' (tijdschrift voor Evidence-Based Medicine) gebeuren, zijn tertiaire bronnen. Quaternaire bronnen tenslotte zijn klinische praktijkrichtlijnen gebaseerd op tertiaire bronnen. Er wordt afdalend gezocht van quaternaire bronnen naar primaire bronnen.

- *'Ask'*

Alle geraadpleegde richtlijnen raden aan om de rookstatus van alle patiënten te bevragen en te documenteren. De richtlijnen verschillen onderling wel in de frequentie van bevraging bij rokers gaande van elk consult tot jaarlijks. Per richtlijn worden ook enkele specifieke aandachtsgroepen aangehaald. Meestal betreft het zwangere vrouwen of een aan roken gerelateerde ziekte, zoals chronisch obstructief longlijden, waarbij rookstopadvies het rookstoppercentage significant verhoogt (6). De specifieke aandachtsgroepen kunnen ook bestaan uit etnische of andere populatiegroepen met hoge prevalentiecijfers voor roken.

- *'Advise'*

Volgens alle geraadpleegde richtlijnen zou aan alle rokers een kort, duidelijk en liefst gepersonaliseerd rookstopadvies gegeven moeten worden. Hiermee worden rookstoppercentages van 2,1 tot 2,5% gerapporteerd of met andere woorden een *Number Needed to Treat*[2] van 50 tot 40 (6)(9)(11).

- *'Assess'*

Dit houdt in dat de motivatie van de roker om een rookstoppoging te ondernemen, geëvalueerd wordt om vervolgens een aangepaste begeleiding te kunnen bieden naargelang de motivatiefase. Hierover is er onenigheid in de geraadpleegde richtlijnen. Bij de Belgische en Nederlandse richtlijnen wordt dit wel toegepast, bij de Britse niet. De Nieuw-Zeelandse richtlijn schrapte in de versie van 2007 alle toepassingen van het *model voor gedragsverandering van Prochaska en Di Clemente*[3], omdat het nut ervan in vraag gesteld werd in nieuwe onderzoeken.
Verder literatuurnazicht hieromtrent bracht een relevante *Cochrane review*[4] van Cahill uit 2010 (13) aan het licht. Bij slechts vier van de hierin beschreven artikels werd eenzelfde interventie rechtstreeks vergeleken tussen een versie met en zonder onderverdeling in fasen. Dit kon geen voor- of nadeel aantonen voor het gebruik van de onderverdeling in fasen. Verder werd bij respectievelijk 18 beschreven studies met een zelfhulpprogramma gebaseerd op de onderverdeling in fasen en 13 beschreven studies met een individuele begeleiding volgens motivatiefase wel een voordeel gezien voor de begeleiding met het fasesysteem ten opzichte van eender welke andere gebruikte controlegroep. Dit bevestigt de effectiviteit van het gebruik van een zelfhulpprogramma of individuele begeleiding, maar of het bieden van ondersteuning aangepast aan de motivatiefase een meerwaarde geeft, blijft momenteel onduidelijk.

[2] 'Number needed to treat' geeft weer hoeveel mensen er behandeld moeten worden binnen een bepaalde periode om één extra persoon van een ziekte te genezen of te beletten (8).
[3] Model voor gedragsverandering van Prochaska en Di Clemente: hierin doorlopen patiënten meerdere fasen van gedragsverandering. Dit kan zowel voor roken als voor andere gezondheidsgebieden gebruikt worden. De duur per fase kan variëren en patiënten kunnen ook terugvallen naar een vorige fase (6).
[4] Cochrane review: systematische review volgens een protocol opgesteld door de Cochrane Collaboration (8).

- *'Assist'*

Effectieve ondersteuning van de (gemotiveerde) roker die een rookstoppoging wenst te ondernemen, omvat volgens de geraadpleegde richtlijnen een begeleiding, zo nodig aangevuld met een medicamenteuze behandeling. Met deze interventie kan de slaagkans om te stoppen met roken oplopen tot 15 à 20% na één jaar ten opzichte van 3 tot 4% als de roker alleen tracht te stoppen (6). In elk van de geraadpleegde richtlijnen wordt ook de mogelijkheid geboden om te verwijzen naar een gespecialiseerd centrum voor de ondersteuning, conform de WGO-richtlijnen.

De begeleiding bestaat ondermeer uit het opstellen van een rookstopdatum, inlichten van de omgeving, zoeken naar valkuilen en oplossingen en is dus best een (cognitieve) gedragstherapeutische aanpak (6)(9)(11).

Voor het al dan niet aanwenden van een medicamenteuze behandeling kan, naast de persoonlijke keuze van de patiënt, het bepalen van de graad van nicotineafhankelijkheid nuttig zijn. Dit kan op verschillende manieren. De Belgische richtlijn vermeldt de test van Fagerström met zes vragen die ook herleid kunnen worden tot één vraag, namelijk de tijd tussen het ontwaken en de eerste sigaret of de 'Time to the First Cigarette' (TTFC)-test. Ook de Nieuw-Zeelandse richtlijn haalt deze vraag aan als beste om een indruk te krijgen van de graad van nicotineafhankelijkheid. De Nederlandse en Britse richtlijnen spreken van een sterke afhankelijkheid bij het roken binnen dertig minuten na het ontwaken en/of bij het roken van meer dan twintig sigaretten per dag. De Nederlandse richtlijn raadt al aan om medicatie toe te voegen aan de begeleiding als de patiënt meer dan tien sigaretten per dag rookt.

Verschillende mogelijkheden voor medicamenteuze ondersteuning bleken effectief. Nicotinsubstitutiepreparaten, bupropion en nortriptyline verdubbelen bijna de kans op blijvende rookstop op lange termijn (ten minste zes maanden) ten opzichte van placebo. Varenicline verdrievoudigt haast die kans (9)(11). In de geraadpleegde richtlijnen krijgen nicotinesubstitutiepreparaten meestal de voorkeur. Ze worden reeds lange tijd gebruikt en hebben een zeer goed veiligheidsprofiel (10). Het combineren van twee nicotinesubstitutiepreparaten leidt tot meer rookstop (11). Na goed afwegen van voor- en nadelen kunnen nicotinevervangers ook aangewend worden bij zwangere vrouwen, gezien het veiliger is dan het roken van sigaretten (9). Bupropion en nortriptyline kunnen vaker of ernstigere bijwerkingen hebben (10)(11). Varenicline daarentegen ziet er veelbelovend uit. In vergelijkende studies blijkt het ook doeltreffender dan bupropion (9)(10)(11)(14). Er zijn echter geen vergelijkende studies gekend tussen varenicline en nicotinesubstitutiepreparaten of nortriptyline. Varenicline werd tot nu toe nog niet algemeen aanbevolen in de richtlijnen, omdat intensieve observatie voor nevenwerkingen bij de algemene populatie nog lopende is (9)(10)(11).

Bij het zoeken naar recentere informatie over varenicline in de tertiaire bronnen werd ondermeer een artikelbespreking in 'Minerva' (Tijdschrift voor Evidence-Based Medicine) gevonden. Hierin wordt aangeraden om bij het voorschrijven van varenicline rekening te houden met het risico op cardiovasculaire aandoeningen, hoewel erbij gezegd wordt dat de toename in absolute cijfers eerder klein is en rookstop op zich juist het cardiovasculair risico laat dalen. Andere reeds gekende nevenwerkingen zijn misselijkheid, slaapstoornissen en een toename van vooral psychiatrische aandoeningen (15).
Voor alternatieve behandelingen, zoals ondermeer hypnotherapie en acupunctuur, is er momenteel geen evidentie voor de effectiviteit ervan (6)(11).

- *'Arrange follow-up'*

Opvolging wordt in alle geraadpleegde richtlijnen aangeraden, in de ene richtlijn al uitgebreider dan de andere. Algemeen wordt aanbevolen om de patiënten al snel terug te vragen voor follow-up: één (6)(9) à twee (10) weken na rookstop en lang genoeg op te volgen: zes maanden (9) tot een jaar (6), afgestemd op de ernst van de nicotineafhankelijkheid en de behoefte van de patiënt. De opvolgconsulten bestaan uit het evalueren van de onthoudings- of hervalstatus, evaluatie en ondersteuning van de motivatie, opsporen van problemen en eventueel het bijsturen van de medicatie (6)(9).
Er is onvoldoende bewijs voor de doeltreffendheid van specifieke interventies om herval te voorkomen (11). De Cochrane review waarop dit gebaseerd werd, besluit dat dit zowel geldt voor specifieke gedrags- als voor medicamenteuze interventies. Eén van de studies toonde wel significant minder herval bij een verlengde therapie met varenicline (16).

2.2 Registratie in het Elektronisch Medisch Dossier

2.1.1 Opzoekvraag en zoekstrategie

Voor het tweede luik van het literatuuronderzoek werd er gezocht naar artikels in verband met het registreren van rookgewoonten en het begeleidingsproces in het elektronisch medisch dossier (EMD) en dan meer bepaald 'wat het effect ervan is op rookstopadvies en -begeleiding en op het aantal patiënten dat stopt met roken'. Er werd slechts beperkte informatie hierover gevonden in de geraadpleegde quaternaire bronnen, waardoor verdere zoekacties zich opdrongen. Op basis van de *MeSH*[5]-termen: 'smoking cessation' en 'medical records' kon uiteindelijk één relevante Cochrane review weerhouden worden, namelijk '*Use of electronic health records to support smoking cessation*' door Boyle et al (17). Andere MeSH-termen en het zoeken naar secundaire en primaire bronnen via PubMed brachten geen relevante bijkomende artikels aan het licht (Bijlage 1).

[5] MeSH of Medical Subject Heading: trefwoorden uit artikels die hiërarchisch samengebracht kunnen worden in een thesaurus (8).

2.1.2 Resultaten

Het EMD kan zowel direct als indirect een bijdrage leveren in de zorg rond roken. Zo kan het EMD de gebruiker helpen herinneren aan het noteren van de rookgewoonten, het geven van rookstopadvies, het voorschrijven van medicatie en kan het het verwijzen vergemakkelijken, maar het kan ook meetresultaten weergeven voor publicatie, studiedoeleinden of kwaliteitsverbetering (17).

Uit de artikels opgenomen in de Cochrane review van Boyle et al (17) werden geen rechtstreekse rookstopcijfers naar aanleiding van een interventie met het EMD bekomen. In één van de beschreven artikels werd wel op een indirecte manier (verandering van rookstatus in het EMD) een significant verschil vastgesteld tussen de interventiegroep en de controlegroep: respectievelijk 5,3 % ten opzichte van 1,9% van de rokers werden niet-rokers. Meerdere artikels uit de Cochrane review van Boyle et al vonden, ten minste op korte termijn, ook een discrete stijging van het aantal registraties van rookgewoonten en rookstopbegeleidingen na het toepassen van de aangehaalde verandering in EMD-gebruik. Verder onderzoek dringt zich op om het effect van het EMD op rookstopbegeleiding beter te begrijpen.

2.3 Conclusie

De aanpak van rookstopbegeleiding volgens de huidige richtlijnen omvat:

- Het bevragen en noteren van de rookgewoonten van alle patiënten met extra aandacht voor bepaalde deelgroepen
- Het geven van een helder, beknopt rookstopadvies op maat aan alle rokers
- Eventueel het evalueren van de motivatiefase waarin de roker zich bevindt om aangepaste begeleiding te kunnen bieden
- Het ondersteunen van de roker bij een rookstoppoging met behulp van begeleiding en, naargelang de wens en afhankelijkheid van de roker, medicatie zoals nicotinesubstitutiepreparaten of varenicline, rekening houdend met het risicoprofiel
- Het aanbieden van meerdere opvolgconsulten

Diverse toepassingen van het EMD kunnen aangewend worden ter ondersteuning van rookstopbegeleiding.
Een interventie met betrekking tot het EMD, zou volgens de beschikbare gegevens op korte termijn een lichte stijging van het aantal registraties van rookgewoonten en rookstopbegeleidingen opleveren. Directe rookstopcijfers hiervan zijn er momenteel nog niet.

3 Onderzoeksmethode

Dit onderzoek beschrijft een project binnen een huisartsenpraktijk in Genk met twee vaste huisartsen en één huisarts-in-opleiding waarbij getracht werd om de kwaliteit van rookstopbegeleiding, waar nodig, te verbeteren met behulp van een gestructureerd registratiesysteem in het elektronisch medisch dossier 'Health One'. Gedurende tien maanden, namelijk van april 2012 tot en met januari 2013, kwamen patiënten ouder dan achttien jaar met een globaal medisch dossier (GMD) binnen de praktijk in aanmerking om opgenomen te worden in het project. Hoe dit gebeurde, wordt hieronder gedetailleerder weergegeven samen met de volledige procedure van het project en de andere stappen die het onderzoek omvatte. Er werd verwacht dat er gedurende de onderzoeksperiode gemiddeld *vijf verschillende*[6] patiënten per dag in aanmerking zouden komen voor het project, wat een totaal van ongeveer duizend patiënten zou opleveren.

3.1 Verzamelen van referentiegegevens

Voorafgaand aan het praktijkproject werden referentiegegevens verzameld van de, tot dan toe, gehanteerde methode voor het identificeren en registreren van rookgewoonten en voor rookstopbegeleiding van patiënten. Dit gebeurde enerzijds door het bevragen van de huisartsen van desbetreffende huisartsenpraktijk en anderzijds werd getracht informatie te extraheren uit het elektronisch medisch dossier (EMD).

3.1.1 Interview en vragenlijst vóór het project

Het bevragen van de huisartsen verliep door een interview en het invullen van een vragenlijst nadien (Bijlage 2). In het interview en de vragenlijst werd naast het beschrijven van het toenmalige systeem ook gepolst naar wenselijke veranderingen van dat systeem en de mogelijke invloed van het project op korte en lange termijn. Bovendien werd gevraagd een cijfer van 1 (zeer slecht) tot 10 (zeer goed) toe te kennen als algemene beoordeling van de kwaliteit vóór het project en dit zowel van de registratie van rookgewoonten als van de rookstopbegeleiding.

3.1.2 Elektronisch medisch dossier

Om gegevens uit het EMD te bekomen, werden in het EMD binnen de vooropgestelde onderzoekspopulatie, namelijk patiënten ouder dan 18 jaar met een GMD, diverse analyses uitgevoerd om *gecodeerde*[7] informatie te verzamelen. Daarnaast werd er ook een steekproef gedaan naar niet gecodeerde informatie of met andere woorden vrije tekst notities.

[6] Dit cijfer houdt rekening met het feit dat enkel patiënten binnen de onderzoekspopulatie in aanmerking komen en dat patiënten over de loop van de onderzoeksperiode meermaals kunnen consulteren, maar slechts één maal opgenomen kunnen worden in het project.
[7] Coderen is het toekennen van een uniforme, vastgelegde code die traceerbaar is in het EMD.

De analyses betroffen de diagnostische coderingen 'Rookstopadvies', 'Roken (Tabagisme)' en 'Rookstoppoging' en de gecodeerde geneesmiddelenvoorschriften 'Champix® (startdoos)', 'Champix® (opvolgdoos)' en 'Zyban® 150mg'. Er werd gekozen om deze geneesmiddelen in de analyses te verwerken op basis van het voorschrijfprofiel van de betrokken artsen voorafgaand aan het project. De analyses werden uitgevoerd op alle beschikbare data vóór april 2012, maar ook specifiek voor de periode van april 2011 tot en met januari 2012.

De steekproef gebeurde door het willekeurig kiezen van patiënten binnen de onderzoekspopulatie. Patiënten die slechts twee of minder keer per jaar gezien werden, werden geschrapt. Dit proces werd herhaald tot er vijftig patiënten geselecteerd waren. Vervolgens werd in het dossier van deze vijftig patiënten gezocht naar de woorden 'rook'- (voor het vinden van 'rookgewoonten', 'rookt', enzovoort) en 'roken'.

Waar gegevens over een rookstoppoging beschikbaar waren op basis van de verkregen gecodeerde en/of niet gecodeerde informatie, werd ook in het dossier zelf gekeken hoe de aanpak en opvolging hiervan verliep.

3.2 Opstellen van gestructureerd registratiesysteem en praktijkgids

3.2.1 Gestructureerd registratiesysteem

De volgende stap was het opstellen van een gestructureerd registratiesysteem binnen het EMD. Hiervoor werd ondermeer een sjabloon ontwikkeld, op basis van het hoger beschreven literatuuronderzoek en het 'Tabaksontwenning Follow-up document' van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV) (18), dat geïntegreerd werd in het EMD. Het sjabloon, zoals weergegeven in bijlage 3, bood in de eerste plaats de mogelijkheid tot het aanduiden van de rookstatus, namelijk niet-roker, ex-roker of *roker*[8]. Afhankelijk hiervan kon het sjabloon verder aangevuld worden onder ex-roker of roker. Voor ex-rokers bevatte het sjabloon volgende vragen: het aantal jaren en het aantal sigaretten per dag dat er gerookt werd, de rookstopdatum en de historiek van de rookstop. Voor rokers werd in het sjabloon ruimte gelaten voor het invullen van de startleeftijd van het roken, het aantal sigaretten per dag, de historiek van de rookgewoonten en de afhankelijkheid bijvoorbeeld op basis van de test van Fagerström. Er werd ook de mogelijkheid gegeven om een motivatiefase aan te duiden en een kort verslag weer te geven per consultatie met betrekking tot rookstopbegeleiding. Tenslotte konden de resultaten van een eventueel uitgevoerde *angst- en/of depressietest*[9] en *CO-meting*[10] genoteerd worden.

[8] Roker werd gedefinieerd als het roken van minstens één sigaret, sigaar of andere tabaksvorm per dag (6).
[9] Zoals de 'Hospital Anxiety Depression Scale (HAD)' om comorbiditeit van angst en depressie op te sporen (6).
[10] CO of koolstofmonoxide kan teruggevonden worden in de uitgeademde lucht van rokers. Er is een verband tussen de intensiteit van het roken en de CO-meting (6).

3.2.2 Praktijkgids met procedure

Er werd bovendien een praktijkgids voor de huisartsen aangemaakt van de te volgen procedure tijdens het project voor het identificeren en het eenduidig, waar mogelijk, gecodeerd registreren in het EMD van de rookgewoonten en voor het bieden van rookstopbegeleiding. Bij het opstellen van de praktijkgids werd er rekening gehouden met de literatuurgegevens en de wensen van de huisartsen uit het interview en de vragenlijst. Conform de WGO-richtlijnen werd ook de mogelijkheid tot verwijzing erin vermeld. De praktijkgids met de uitgewerkte procedure is weergegeven in bijlage 4.

De vooropgestelde procedure was als volgt: patiënten die voldeden aan de criteria van de onderzoekspopulatie, ouder dan achttien jaar met een GMD, dienden door de huisartsen systematisch aangesproken te worden over hun rookgewoonten met de vraag 'Rookt u?', zo nodig aangevuld met de vraag 'Heeft u ooit gerookt?'. Er werd gevraagd aan de huisartsen om hierbij extra aandacht te hebben voor enkele specifieke risicogroepen en enkele vastgelegde gelegenheden. Onder deze vastgelegde gelegenheden en risicogroepen werd verstaan: naar aanleiding van de preventiemodule van het globaal medisch dossier (GMD+), een routine bloedname, patiënten met een aan roken gerelateerde klacht of diagnose (bijvoorbeeld hoest, cardiovasculair lijden, chronisch obstructief longlijden (COPD)), astma, diabetes mellitus, ouders van kinderen met astma, vrouwen met hormonale anticonceptie en tot slot zwangere patiënten en hun partner. Indien de aangesproken patiënten hun mondelinge toestemming gaven, werden ze opgenomen in het project.
Daarnaast werden ook patiënten opgenomen in het project die reeds uit zichzelf over hun rookgewoonten praatten, al dan niet naar aanleiding van een poster (Bijlage 5) die werd opgehangen aan het secretariaat en in de wachtzaal, op voorwaarde dat ze behoorden tot de onderzoekspopulatie en hun mondelinge toestemming gaven.

Ongeacht de rookstatus diende aan alle patiënten opgenomen in het project de diagnostische codering 'Rookstopadvies' toegekend te worden en het sjabloon, zoals hoger beschreven, overlopen en opgeslagen te worden onder het item 'Medische basisinformatie' in het EMD. Voor de rokers onder hen moest bovendien de diagnostische codering 'Roken (Tabagisme)' bijgevoegd worden.

Ook de te volgen aanpak van rookstopbegeleiding werd beschreven in de praktijkgids. Niet-rokers en ex-rokers werden gefeliciteerd voor hun gedrag. Voor rokers werd er, ondanks de onenigheid in de literatuur uiteindelijk toch gekozen om te werken met de onderverdeling per motivatiefase. Er werd hierbij geopteerd voor de aanpak volgens de Belgische richtlijn (6), aangevuld met enkele aspecten van de Nederlandse richtlijn (9).

Dit hield concreet in dat bij de rokers naar de motivatie voor rookstop gepeild werd op basis van de vraag 'Wilt u stoppen met roken?', eventueel aangevuld met de *Q-Mat-schaal*[11] (Bijlage 6). Zo het antwoord van de roker op de rookstopvraag 'Nee' was, betrof het een tevreden roker en diende hij in het sjabloon ingedeeld te worden in de precontemplatiefase. Aan de rokers van deze fase dienden de huisartsen informatie aan te reiken die inspeelde op hun leven, waardoor ze konden beseffen dat roken ook voor hen persoonlijk gevaarlijk was.

Indien het antwoord op de rookstopvraag 'Ja' was, moest een volgende vraag gesteld worden, namelijk 'Wanneer zou u willen stoppen?'. Afhankelijk van het antwoord hierop, werden de rokers verder onderverdeeld:
Rokers die er wel aan dachten om te stoppen met roken, maar twijfelden en zichzelf niet binnen het half jaar zagen stoppen met roken, werden in het sjabloon ingedeeld in de contemplatiefase. De huisartsen dienden een *kort motivatiegesprek*[12] aan hen te geven.

Patiënten die wensten te stoppen met roken binnen het half jaar, maar er nog niet concreet mee bezig waren, werden ingedeeld in de preparatiefase. Bij hen dienden de huisartsen begeleiding te geven onder de vorm van een kort motivatiegesprek samen met *gedragsveranderende en cognitieve technieken*[13].

Tenslotte waren er de patiënten die klaar waren om te stoppen met roken. Zij werden in het sjabloon ingedeeld in de actiefase. Bij hen moest, zoals hoger in de literatuurstudie beschreven, een rookstopplan opgesteld worden en gedragstherapeutisch worden gewerkt. Hieraan diende medicatie toegevoegd te worden, mits akkoord van de patiënt, als er sprake was van sterke afhankelijkheid bij de test van Fagerström of indien er meer dan tien sigaretten per dag gerookt werden. Omwille van de, althans voorlopig, veelbelovende literatuurgegevens werd gekozen om te werken met varenicline of Champix® tenzij er sprake was van een contra-indicatie. Als alternatief werd in die gevallen nicotinesubstitutie onder de vorm van kauwgom voorgesteld. Voorgeschreven medicatie diende gecodeerd voorgeschreven te worden of met andere woorden met het voorschrijfprogramma in het EMD. Aan rokers die effectief een rookstoppoging ondernamen, diende de diagnostische codering 'Rookstoppoging' toegekend te worden. Voor hen werden opvolgconsulten vastgelegd na één week en vervolgens de eerste, derde en zesde maand na de rookstop of volgens de behoefte van de patiënt.

---

[11] De Q-Mat-schaal werd ontwikkeld door Lagrue en Dupont en werd gevalideerd in 2002. Het dient om de rookstopmotivatie te bepalen zowel vóór rookstop als tijdens follow-up en wordt best ingevuld door de patiënt vóór de consultatie (6).

[12] Het kort motivatiegesprek wordt gebruikt om rokers te doen inzien en nadenken dat stoppen met roken goed is voor hun gezondheid. Dit kan op basis van de 5 R's: Relevance (geënt op de specifieke situatie van de roker), Risks (aanhalen schadelijke effecten van roken), Rewards (aanhalen voordelen rookstop), Roadblocks (barrières en moelijkheden bespreken), Repetition (herhalen van deze interventie om de motivatie te verhogen) (6).

[13] Deze aanpak bestond uit het voorbereiden op rookstop door het opbouwen van een samenwerkingsverband met de arts, zelfobservatie van het rookgedrag en het aanmoedigen van gedrags-verandering door het controleren van beïnvloedende factoren, het loskoppelen van gedragingen en het zoeken naar alternatieven (6).

Tijdens die opvolgconsultaties dienden de huisartsen de onthoudings- of hervalstatus te beoordelen, de motivatie te ondersteunen, problemen te detecteren (op fysiek, psychologisch en gedragsmatig vlak) en de eventuele medicamenteuze behandeling te evalueren. Indien iemand niet kwam opdagen voor zijn opvolgconsultatie diende telefonisch contact opgenomen te worden om te vragen wat de reden hiervoor was en of de patiënt (nog steeds) gestopt was met roken. Afhankelijk van het antwoord kon besloten worden om al dan niet een nieuwe afspraak te maken.

3.3 Interventie

Dan volgde de interventie in de praktijk. De poster (Bijlage 5), om rokende patiënten uit te nodigen om de stap te zetten naar rookstop, werd opgehangen in de wachtzaal en aan het secretariaat van de huisartsenpraktijk. Bovendien konden geïnteresseerde rokers de Q-mat-schaal (Bijlage 6) verkrijgen aan het secretariaat. De huisartsen startten tegelijkertijd ook met de systematische identificatie van de rookgewoonten bij de aangehaalde onderzoekspopulatie. Het registreren van de rookgewoonten in het EMD en het toepassen van de nodige rookstopbegeleiding werden vervolgens uitgevoerd volgens de hoger beschreven procedure in de praktijkgids.

3.4 Evaluatie van het project en verzamelen van resultaten

3.4.1 Interview en vragenlijst na het project

De huisartsen werden na het project opnieuw onderworpen aan een interview en een vragenlijst (Bijlage 7). In eerste instantie werd er voor elke aangebrachte wijziging gepolst naar de voor- en nadelen ervan, de haalbaarheid, mogelijke verbeteringen of aanpassingen en het al dan niet behouden van de wijziging in de toekomst. Vervolgens werd de invloed van het project op de patiënten, het eigen handelen als arts en de huisartsenpraktijk nagegaan. En tot slot kenden de huisartsen ook een cijfer van 1 (zeer slecht) tot 10 (zeer goed) toe als algemene beoordeling van de kwaliteit na het project en dit zowel van de registratie van rookgewoonten als van de rookstopbegeleiding.

3.4.2 Elektronisch medisch dossier

De analyses in het EMD werden ook opnieuw uitgevoerd. Ditmaal voor de onderzoeksperiode, zijnde van april 2012 tot en met januari 2013. De bekomen resultaten werden, waar mogelijk, vergeleken met de resultaten van de analyses van de periode vóór april 2012 en de periode van april 2011 tot en met januari 2012.

In de dossiers van de vijftig steekproefpatiënten werd nagegaan of ze ook in de onderzoeksperiode gezien waren en indien dit het geval was, werd nogmaals gekeken of er informatie over rookgewoonten beschikbaar waren.

Bij alle rokers, opgenomen in het project, werd het dossier geopend om te kijken welke motivatiefase de betrokken huisartsen hen had toegewezen. Bovendien werd er in de dossiers van de rokers die een rookstoppoging ondernamen tijdens de onderzoeksperiode ook weer gekeken naar de aanpak en het verloop van de opvolging om een vergelijking te kunnen maken met de aanpak en opvolging vóór het project. Indien aan het eind van het project bij de rokers die een rookstoppoging ondernamen en nog niet hervielen, de laatst gekende informatie omtrent de rookstatus dateerde van meer dan twee weken voordien, werd (telefonisch) contact opgenomen om hun rookstatus te bevestigen.

4 Resultaten

4.1 Interviews en vragenlijsten

4.1.1 Interview en vragenlijst vóór het project

In het interview en de vragenlijst voorafgaand aan het project gaven de huisartsen van de praktijk aan dat het bespreken van de rookgewoonten tot dan toe gebeurde op vraag van de patiënt, bij het bespreken van de preventiemodule van het globaal medisch dossier (GMD+) en soms naar aanleiding van klachten of diagnosen gerelateerd aan roken. Op het vlak van rookstopbegeleiding werd er hoofdzakelijk medicamenteus gewerkt en dan meer bepaald met Zyban® (bupropion) of Champix® (varenicline). Opvolging gebeurde niet op een georganiseerde manier, maar eerder zoals het uitkwam. De registratie van de rookgewoonten in het EMD werd in het interview en de vragenlijst omschreven als opportunistisch, waarbij notities omtrent de rookgewoonten ingegeven werden als vrije tekst in het contact of onder het item 'Medische basisinformatie' van het EMD. Medicatie werd voorgeschreven met het voorschrijfprogramma van het EMD.

De huisartsen wensten naar de toekomst toe op vlak van rookstopbegeleiding een recente, op evidentie gebaseerde aanpak ook qua medicatiebeleid en een eenduidig gestructureerde en gecodeerde manier van registreren van de rookgewoonten en begeleiding.

Meer systematiek werd gezien als een mogelijke voordelige invloed dat het project met zich kon meebrengen, een te grote belasting in tijdsbesteding als nadelig effect op korte termijn. Op lange termijn werd een toename in het uitvoeren van *spirometrie*[14] ter opsporing van chronisch obstructief longlijden (COPD) als mogelijke invloed van het project naar voren geschoven.

De gemiddelde score die de huisartsen zichzelf gaven als algemene beoordeling voor de kwaliteit van het registreren in het EMD vóór het project was 2 en van rookstopbegeleiding 5.

4.1.2 Interview en vragenlijst na het project

De antwoorden van het eerste deel van het interview en de vragenlijst na het project, namelijk de evaluatie van de concrete elementen die in het project werden aangepast met het oog op kwaliteitsverbetering van de registratie van rookgewoonten en rookstopbegeleiding, zijn weergegeven in tabel 1.

[14] Spirometrie is het meten van de longfunctie met behulp van een spirometer (19).

Tabel 1: Antwoorden van de huisartsen m.b.t. de evaluatie van de aangepaste elementen

	Voordelen	Nadelen	Haalbaar?	Mogelijke Verbeteringen/ Aanpassingen	Behouden in de toekomst?
Poster wachtzaal en secretariaat	Laagdrempeligheid Minimale inspanning	/	Ja	/	Ja
Systematische identificatie bij onderzoeks-populatie	Meer aandacht voor rookgewoonten	Extra tijdsbesteding indien reeds uitgebreide agenda van patiënt	Moeilijk Wel bij GMD+ en meeste risicogroepen	/	Ja
Gestructureerd registratiesysteem m.b.v. sjabloon	Gecodeerd werken Sjabloon: Vaste plaats in EMD maakt het overzichtelijk en makkelijk terug te vinden + er is aanvulmogelijkheid	Veel stappen te doorlopen in het EMD Sjabloon zelf enkel vrije tekst	Overwegend ja tenzij in drukke periodes	Vereenvoudiging aantal te doorlopen stappen EMD	Mogelijks
Aandacht voor motivatiefasen	Beter inschatten hoe patiënt staat t.o.v. rookstop Aangepaste begeleiding	/	Ja	Ook noteren veranderingen in motivatiefase	Ja
Aanpak rookstop volgens literatuurrichtlijnen	Op evidentie gebaseerde aanpak Concrete strategie	/	Ja	/	Ja

Volgens de betrokken huisartsen was de invloed die het project had voor de patiënten dat er meer aandacht was voor de rookgewoonten, waardoor er meer mensen bereikt konden worden die mogelijks de stap durfden zetten naar rookstop. Voor het handelen als arts werden frequentere en betere registratie en rookstopbegeleiding en meer zelfvertrouwen in rookstopbegeleiding aangehaald. De invloed van het project op de praktijk in het algemeen was dat er meer aandacht kwam voor het preventieve aspect rond roken en het opsporen van aan roken gerelateerde aandoeningen zoals chronisch obstructief longlijden (COPD) met behulp van spirometrie.

De gemiddelde scores die na het project werden toegekend als algemene beoordeling voor de kwaliteit waren 7 voor het registreren in het EMD en 8 voor de rookstopbegeleiding.

4.2 Elektronisch medisch dossier

Een samenvattend stroomdiagram op basis van hieronder beschreven cijfergegevens met betrekking tot het project kan teruggevonden worden aan het einde van dit onderdeel.

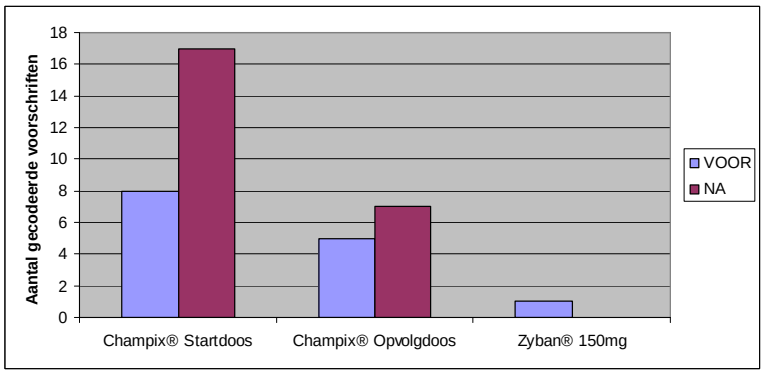
4.2.1 Analyses van diagnostische coderingen

De eerste uitgevoerde analyse in het EMD, namelijk de diagnostische codering 'Rookstopadvies' leverde één registratie op op alle ooit geregistreerde coderingen vóór april 2012. Er was geen enkele registratie in de periode van april 2011 tot en met januari 2012. Tijdens de onderzoeksperiode, van april 2012 tot en met januari 2013, waren er 378 patiënten geregistreerd binnen de onderzoekspopulatie met de diagnostische codering 'Rookstopadvies' op een totaal van 1527 verschillende patiënten die consulteerden binnen diezelfde periode en populatie (=25%).
Voor de diagnostische codering 'Roken (Tabagisme)' werden zowel voor de periode van april 2011 tot en met januari 2012 als voor de periode vóór april 2012 geen resultaten gevonden. In de onderzoeksperiode werd bij 96 patiënten van de 378 bevraagde patiënten (=25%), de gecodeerde registratie 'Roken (Tabagisme)' gegeven.
De laatste diagnostische codering, zijnde 'Rookstoppoging' bracht twee registraties op vóór april 2012. Er waren geen registraties voor de periode van april 2011 tot en met januari 2012 en 16 gedurende de onderzoeksperiode.

4.2.2 Analyses van gecodeerde geneesmiddelenvoorschriften

De resultaten van de uitgevoerde analyses met betrekking tot de gecodeerde geneesmiddelenvoorschriften 'Champix® (startdoos)', 'Champix® (opvolgdoos)' en 'Zyban® 150mg' zijn weergegeven in grafiek 1. In de legende van grafiek 1 staat 'VOOR' voor de periode van april 2011 tot en met januari 2012 en 'NA' voor de onderzoeksperiode of van april 2012 tot en met januari 2013.

Grafiek 1: Analyse EMD gecodeerde geneesmiddelenvoorschriften



Voor de periode van april 2011 tot en met januari 2012 en de onderzoeksperiode werden respectievelijk 8 en 17 medicatievoorschriften voor 'Champix® (startdoos)', 5 en 7 voor 'Champix® (opvolgdoos)' en 1 en geen voor 'Zyban® 150mg' gemaakt.

4.2.3 Steekproef

Bij vier van de vijftig geselecteerde steekproefpatiënten (=8%) werd in het dossier informatie genoteerd over de rookgewoonten vóór de start van het project en dit onder de vorm van vrije tekst. Deze informatie werd bij één van hen los in een contact, bij twee anderen onder de niet gecodeerde noemer 'rookgewoonten' in een contact en bij de vierde persoon onder de niet gecodeerde noemer 'rookgewoonten' in de medische basisinformatie teruggevonden. Uit het dossier kon worden afgeleid dat alle vijftig geselecteerde steekproefpatiënten tijdens de onderzoeksperiode minstens één maal werden gezien door één van de huisartsen van de praktijk. Na het project waren bij 25 van deze vijftig steekproefpatiënten (=50%) gegevens over de rookgewoonten te vinden.

4.2.4 Motivatiefase

Van de 96 rokers was er bij 92 (=96%) onder hen een motivatiefase aangeduid in het sjabloon van het EMD door één van de huisartsen. 34 van de rokers werden ingedeeld in de precontemplatiefase, 20 in de contemplatie-, 8 in de preparatie- en 30 in de actiefase.

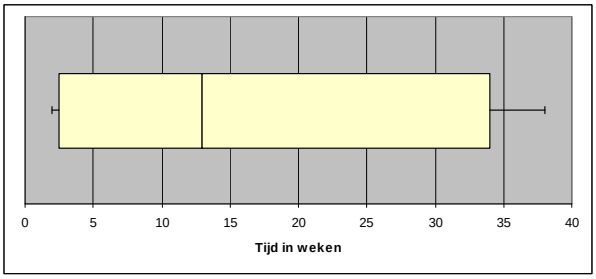
4.2.5 Aanpak en opvolging van rookstoppogingen

Uit het EMD kon bij vijf patiënten teruggevonden worden dat zij een rookstoppoging ondernamen vóór het project, tijdens de periode van april 2011 tot en met januari 2012. Bij alle vijf werd Champix® opgestart. Eén was nog steeds gestopt op het einde van de meetperiode (=één week). Eén herviel tijdens de meetperiode na vijf maanden rookstop. Van de overige drie patiënten konden geen opvolggegevens gevonden worden.

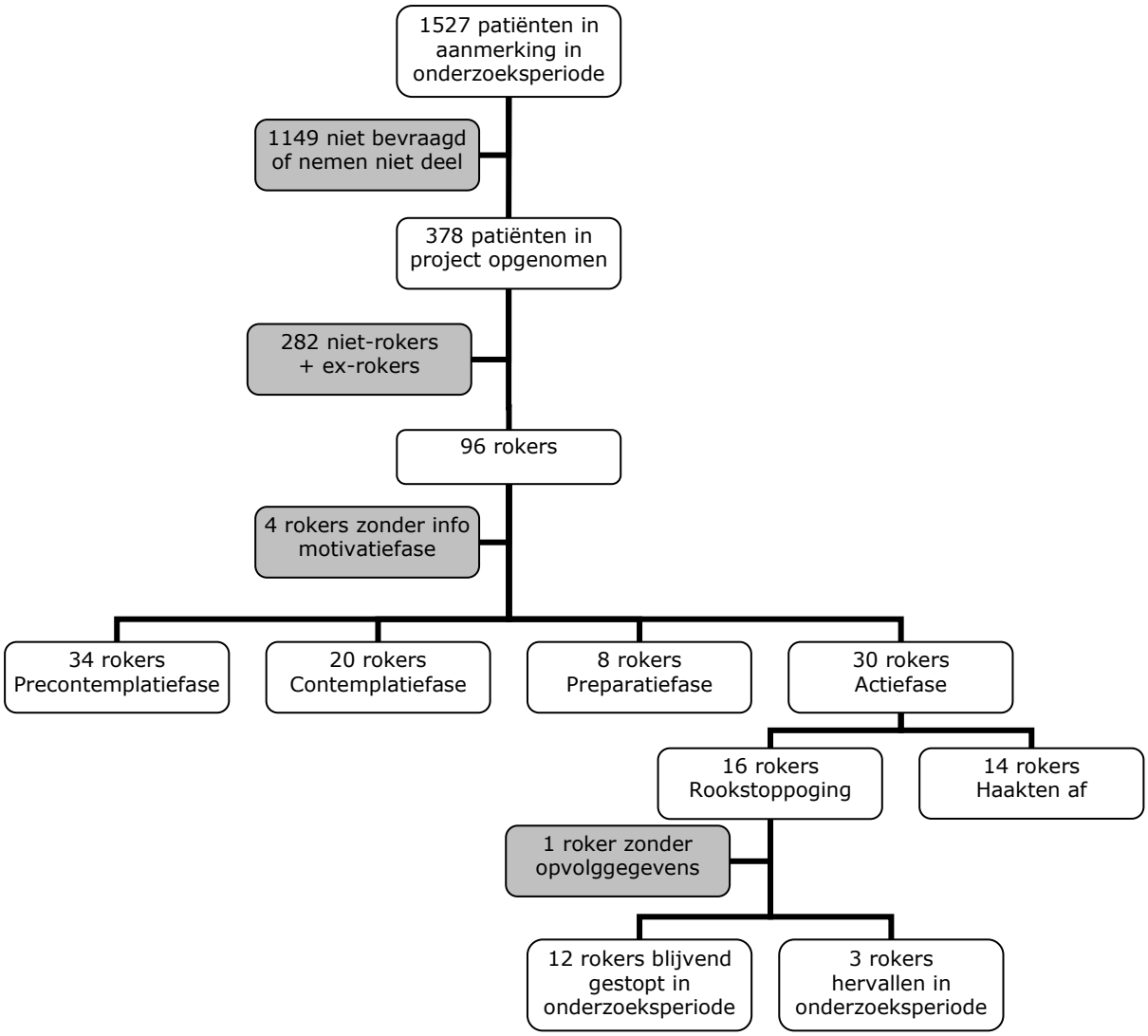
Tijdens de onderzoeksperiode waren er 30 rokers klaar voor rookstop waarvan er 14 afhaakten vóór het ondernemen van een rookstoppoging. De overige 16 rokers deden effectief een poging om te stoppen met roken. Zes deden dit zonder hulp van medicatie, één met behulp van een nicotinesubstitutiepreparaat en negen patiënten startten met Champix®. Eén van hen werd hoofdzakelijk opgevolgd door de pneumoloog en tabacoloog in het ziekenhuis. Van de andere 15 kwamen er 10 minstens naar één opvolgconsult, 4 wensten geen opvolgconsulten en één kon niet gecontacteerd worden.
Aan het einde van het project waren 12 rokers nog steeds gestopt met roken (=12,5%). Het aantal weken rookstop ging van twee weken (minimum) tot 38 weken (maximum). Het gemiddelde aantal weken rookstop van al deze mensen was 17 weken en de *mediaan*[15] was 13. De gegevens zijn weergegeven met een *box plot*[16] in grafiek 2. Drie patiënten hervielen en dit na 1 week, 18 weken en 30 weken. Van één patiënt zijn er geen opvolggegevens.

[15] Mediaan: wanneer alle metingen gerangschikt worden van laag naar hoog is de mediaan de middelste waarde (8).
[16] Box plot: grafische weergave van enkele vaste metingen. De box bestaat uit de 25ste en 75ste percentielen en de mediaan en is verbonden via lijnen met de minimale en maximale waarde (8).

Grafiek 2: Box plot van het aantal volgehouden rookstoppogingen in weken



4.2.6 Samenvattend stroomdiagram van projectcijfers



5 Discussie

5.1 Interpretaties en bedenkingen met betrekking tot de resultaten

5.1.1 Het oorspronkelijk systeem

Uit het interview en de vragenlijst voorafgaand aan het onderzoek blijkt dat er weinig of geen systematiek zat in het aftoetsen van rookgewoonten bij patiënten en het bieden van rookstopbegeleiding, maar dat er eerder op vraag van de patiënt werd gewerkt. Er werd wel aandacht geschonken aan de rookgewoonten in het kader van het GMD+. Deze preventiemodule is echter bedoeld voor patiënten tussen 45 en 75 jaar, waardoor slechts een fractie van het aantal rokers op deze manier bereikt werd. Wanneer de rookgewoonte van de patiënt toch aan bod kwam, verliep de registratie ervan niet optimaal. Dit blijkt ook uit de analyses: de diagnostische coderingen in verband met roken werden vóór het project namelijk zelden gebruikt. De uitgevoerde steekproef bevestigde op zijn beurt dat er op verschillende plaatsen in het dossier gegevens genoteerd werden op een niet gecodeerde wijze. Een reden hiervoor kan enerzijds zijn dat de huisartsen niet duidelijk wisten hoe er gecodeerd moest worden ingegeven en anderzijds dat er geen concreet omschreven afspraak was rond het inbrengen van deze informatie zodat iedere huisarts een eigen of meerdere methoden gebruikte die voor hem/haar het beste en/of snelste leek.
De rookstopbegeleiding bestond vaak enkel uit het voorschrijven van medicatie. Gezien hiervoor het voorschrijfprogramma van het EMD gebruikt werd, werd dit, mogelijks onbewust, op een gecodeerde manier gedaan, wat ook in de analyses kon worden teruggevonden.

5.1.2 Wijzigingen door het project

In de betrokken huisartsenpraktijk werd er getracht tegemoet te komen aan de wensen van de huisartsen door het aanpassen van de werkwijze in de zorg rond rookstop.

- Poster in de wachtzaal en het secretariaat

De eerste verandering was het hangen van een poster in de wachtzaal en één aan het secretariaat om rokers uit te nodigen tot rookstop. Dit werd goed onthaald door de huisartsen omdat hiermee veel patiënten werden bereikt, waardoor sommige patiënten spontaan over hun rookgewoonten spraken tijdens de consultatie, en dit met een minimum aan inspanning voor de huisartsen zelf.
Gezien deze interventie ook makkelijk haalbaar is, kan dit in de toekomst behouden blijven. Een bedenking hierbij is de vraag of de poster op lange termijn een gunstig effect zal blijven hebben op het bespreekbaar maken van rookgewoonten. Mogelijks deint het effect ervan na enige tijd uit doordat de meeste mensen de poster al eerder zagen en er geen aandacht meer aan schenken.

- Systematische identificatie

De volgende wijziging, namelijk het meer systematisch identificeren van de rookgewoonten, zorgde in elk geval subjectief voor meer aandacht voor de rookgewoonten maar ook uit de steekproef bleek dit zo te zijn. Het in het dossier aanwezig zijn van informatie over de rookgewoonten steeg bij de steekproefpatiënten van 8% voor naar 50% na het project. Dit betekent dat bij minstens 42% van hen de rookgewoonten werden nagevraagd tijdens de onderzoeksperiode. Het algemeen cijfer, uit de analyses gehaald, ligt echter een stuk lager, namelijk 378 op 1527 patiënten of 25%. Een reden hiervoor kan zijn dat de steekproefpatiënten op voorhand werden geselecteerd op het meer dan twee maal per jaar consulteren. In theorie zouden deze patiënten dus ook tijdens de onderzoeksperiode frequenter gezien zijn, waardoor de kans op het bevragen van de rookgewoonten steeg.
Volgens de literatuurgegevens zouden de identificatiecijfers 100% moeten zijn. Dit bleek niet haalbaar, zelfs niet bij de gelegenheden met extra aandacht zoals bloednames. Een reden die hiervoor werd aangegeven, was dat, wanneer de patiënt al een uitgebreid aantal dingen zelf wou bespreken, het bevragen van de rookgewoonten nog eens extra tijd zou vergen waardoor de consultatie zou uitlopen. Aangezien vermoedelijk ook vergetelheid mee aan de oorsprong ligt, is een mogelijke oplossing het creëren van een herinneringssysteem in het EMD, zoals vermeld werd in de hoger beschreven literatuur, dat aangeeft dat de rookgewoonte nog dient achterhaald te worden. Het geeft de mogelijkheid aan de arts om de rookgewoonte te bevragen op een gunstiger moment. Het systematisch identificeren is de basis van op evidentie gebaseerde rookstopbegeleiding en blijft dus naar de toekomst toe zeker behouden in de praktijk, al dan niet mits aanpassing van de manier waarop.

- Gestructureerd registratiesysteem met behulp van het ontwikkelde sjabloon

Zoals reeds werd aangehaald, verliep het gebruik van de coderingen van medicatievoorschriften al goed vóór het project, dat van de diagnostische coderingen niet. Na het project waren er voor elk van de drie diagnostische coderingen meer registraties dan voordien. Een kanttekening die hierbij gemaakt moet worden, is dat de diagnostische codering 'Rookstopadvies' mogelijks een andere interpretatie had vóór het project dan tijdens. Voordien kan het letterlijk begrepen zijn als het geven van advies aan rokers om te stoppen met roken, terwijl het tijdens het project werd gebruikt om aan te tonen met wie er over rookgewoonten werd gepraat, dus ook niet-rokers en ex-rokers. De vaststelling dat de diagnostische codering 'Rookstopadvies' slechts één maal werd geregistreerd, wijst hoe dan ook op het zeldzaam gebruik van deze diagnostische codering vóór het project.

Naast het invoeren van gecodeerde informatie bestond het gestructureerd registratiesysteem ook nog uit een tweede luik, namelijk het sjabloon. De twee luiken samen zorgden ervoor dat er, volgens de huisartsen, te veel stappen doorlopen moesten worden in het registratieproces. Als oplossing zou er een nieuw protocolscherm uitgewerkt kunnen worden met mensen van 'Health One'. Het sjabloon, met zijn aangehaalde voordelen, kan hiervoor als basis dienen. Wanneer er aan de informatie, ingevoerd in dat protocolscherm, bovendien rechtstreeks coderingen zouden gekoppeld zijn, zou dit het hele registratieproces erg kunnen vereenvoudigen ten opzichte van het systeem gebruikt in dit project. Door het aantal stappen in het proces op deze manier te verminderen, wordt het registreren ook meer haalbaar in drukke periodes, waardoor er meer kans is dat het registratiesysteem ook dan volledig gebruikt zal worden.

- Aandacht voor de motivatiefase waarin de roker zich bevindt

Ondanks tegenstrijdige informatie in de literatuur over het al dan niet betrekken ervan bij rookstopbegeleiding, werd er gekozen voor een aanpak met aandacht voor de motivatiefase. Uit de vragenlijst na het project lijkt dit een positieve en haalbare verandering. Het registreren per roker van wijzigingen van motivatiefasen zou een mogelijke aanvulling kunnen zijn op de beschreven toepassing.
Concreet werd er bij 96% van de rokers een motivatiefase genoteerd. Dit betekent ook dat bij 4% geen motivatiefase terug te vinden was in het dossier. Mogelijke verklaringen hiervoor kunnen tijdsgebrek en vergetelheid zijn. Daarnaast valt op dat 30 van de rokers in de actiefase werden gecategoriseerd, terwijl er maar 16 effectief een rookstoppoging ondernamen. Een reden hiervoor kan zijn dat de roker zelf zijn motivatie te hoog inschatte. Een andere reden kan zijn dat de huisarts te snel besloot tot het toekennen van de actiefase, maar dat de roker in werkelijkheid nog niet klaar was om te stoppen met roken.

- Aanpak van rookstopbegeleiding volgens literatuurrichtlijnen

Tot slot wijzigde ook de aanpak van rookstopbegeleiding waaronder meer specifiek ook het begeleiden en de eventuele medicamenteuze aanpak van rokers die wensen te stoppen met roken.
25% van de bevraagde patiënten waren rokers. Dit komt overeen met het algemeen cijfer voor België (25%) en ongeveer met dat van Vlaanderen (23%) (4). Er waren 16 rokers die tijdens de onderzoeksperiode effectief trachtten te stoppen met roken. Uit de analyses blijkt dat ze ook allemaal geregistreerd werden onder de diagnostische codering 'Rookstoppoging'. Voor dezelfde tien maanden een jaar voordien, konden 5 patiënten geïdentificeerd worden die een rookstoppoging ondernamen. Geen enkele hiervan werd teruggevonden via de diagnostische codering 'Rookstoppoging'.

Hierbij moet wel opgemerkt worden dat er in de periode van april 2011 tot januari 2012 mogelijks ook patiënten probeerden te stoppen met roken, die niet achterhaald konden worden met de uitgevoerde zoekacties in het EMD. Er konden namelijk enkel gegevens teruggevonden worden op basis van de gecodeerde medicatie. Het vergelijken van de rookstopcijfers tussen de twee periodes is dus slechts mogelijk voor het aantal gecodeerde registraties, maar niet voor het effectief aantal rookstoppogingen.
Het vergelijken van de medicatievoorschriften tussen beide periodes is wel mogelijk, aangezien dit voordien ook al gecodeerd gebeurde. Zyban® werd in de periode van april 2011 tot januari 2012 nog één maal voorgeschreven, tijdens de onderzoeksperiode niet meer. Dit ligt in de lijn van de gemaakte keuzes op basis van de literatuurgegevens. Uit grafiek 1 kan wel afgeleid worden dat de huisartsen voordien ook al minder Zyban® voorschreven dan Champix®. Van Champix® ligt het aantal voorschriften zowel voor de startdoos als voor de opvolgdoos hoger tijdens de onderzoeksperiode dan dezelfde tien maanden een jaar eerder. Er wordt voor beide perioden gezien dat er meer voorschriften werden gemaakt voor Champix® startdoos dan dat er effectief rookstoppogingen waren met Champix®. Voor de onderzoeksperiode, maar vermoedelijk ook voor de periode vóór het project, kan dit verklaard worden door het feit dat patiënten op het laatste moment toch nog afhaakten om te stoppen met roken. En dit ondanks het doorlopen van het begeleidingsproces tot aan het meegeven van het voorschrift.
Uit de gegevens kan bovendien worden vastgesteld dat door het invoeren van een concrete aanpak wat de opvolging betreft, minder mensen uit het oog verloren worden na een rookstoppoging: 1/16 of 6% ten opzichte van 3/5 of 60% voordien.

5.1.3 Invloed van het project

Over het algemeen werd aan de wensen en verwachtingen van de huisartsen tegemoetgekomen. Door het meer systematisch identificeren, het opstellen van een gestructureerd registratiesysteem en het aanreiken van een concrete aanpak voor rookstopbegeleiding werd meer aandacht geschonken aan de zorg rond roken. Er werd bovendien ook vaker gecodeerd geregistreerd. De huisartsen gaven ook aan meer zelfvertrouwen te hebben in de aanpak van rookstopbegeleiding. Dit komt vermoedelijk doordat er een eenduidige, concrete en op evidentie gebaseerde aanpak werd aangereikt die ze konden volgen. Aangezien rokers meer systematisch geïdentificeerd worden, kan dit ook leiden tot het meer systematisch uitvoeren van spirometrie bij rokers boven de 40 jaar. Dit zou vervolgens kunnen resulteren in het frequenter en/of eerder vaststellen van chronisch obstructief longlijden wat ten goede kan komen aan de patiënten.
Er was een verbetering in de gemiddelde score die de huisartsen zichzelf gaven als beoordeling van de kwaliteit vóór en na het project en dit zowel voor de registratie als voor de rookstopbegeleiding in het EMD.

5.2 Tekortkomingen van het project

Naast specifieke tekortkomingen die reeds hoger aan bod kwamen, zijn er ook enkele algemene tekortkomingen van het project.

De eerste tekortkoming is de beginleeftijd van de onderzoekspopulatie. Er zijn ook veel jongeren van onder de 18 jaar die roken zoals blijkt uit de gezondheidsenquête van België uit 2008 (4). Deze jongeren kunnen uiteraard ook de nodige aandacht rond rookgewoonten gebruiken.

Er werd ook niet gekeken op welke manier identificatie, registratie en begeleiding van rookstop verliep bij huisbezoeken, als dit überhaupt al gebeurde.

Enkel voor de actiefase werd een concrete opvolging voorzien en werd achteraf nagekeken hoe die opvolging concreet verlopen is. Voor de andere motivatiefasen was dit niet het geval. Er was geen concrete opvolging van deze patiënten, noch kon er gecontroleerd worden of de aangeraden begeleiding ook effectief uitgevoerd was door de huisartsen.

Een laatste punt is dat niet alle gegevens van vóór en na het project vlot met elkaar konden vergeleken worden, waardoor het uitvoeren van een steekproef noodzakelijk was om extra informatie in te winnen. Gezien een steekproef maar een beperkt aantal patiënten omvat en in dit geval niet volledig willekeurig was opgesteld, kan het zijn dat de steekproef onderhevig was aan allerhande factoren die de resultaten mogelijks hebben beïnvloed.

5.3 Algemene bedenking

Mits de nodige aanpassingen en verder onderzoek, kan dit project nuttig zijn als voorbeeld voor andere praktijken. In een later stadium kunnen er ook *kwaliteitsindicatoren*[17] gekoppeld worden aan de zorg rond roken, waardoor de kwaliteit op een objectievere manier beoordeeld kan worden en vergeleken kan worden met andere praktijken. Een voorbeeld van zo een kwaliteitsindicator kan zijn: 'Het percentage patiënten boven de 15 jaar waarvan de rookstatus genoteerd werd'. Kwaliteitsindicatoren kunnen niet alleen opgesteld worden voor de zorg rond rookstop, maar ook voor vele andere zorgdomeinen.

[17] Een kwaliteitsindicator is een meetbaar element met een signalerende functie betreffende de kwaliteit van een welbepaalde zorg. Zo een indicator afwijkt van een vastgelegde norm is bijsturing noodzakelijk (20).

6 Besluit

Het doel van het onderzoek, namelijk meer aandacht hebben voor de identificatie en registratie van rookgewoonten en het begeleiden van rokers binnen de praktijk, werd bereikt door het invoeren van een nieuwe werkwijze gebaseerd op literatuuronderzoek en rekening houdend met de wensen en verwachtingen van de betrokken huisartsen.

Een belangrijke verandering door het project, hoewel nog voor verbetering vatbaar, was het meer systematisch identificeren van de rookgewoonten van patiënten. Of dit ook geleid heeft tot meer rookstoppogingen kan niet met zekerheid aangetoond worden, aangezien de verkregen informatie voorafgaand aan het project onvoldoende was om een objectieve vergelijking mogelijk te maken met de gegevens van het project zelf. Wel kan vastgesteld worden dat het geleid heeft tot meer notities van rookgewoonten in het EMD.

Het opgestelde gestructureerd registratiesysteem bleek een nuttige hulp in het begeleidingsproces rond roken, maar om bruikbaar te blijven op lange termijn zou het vereenvoudigd moeten worden.

Met de aangepaste aanpak van rookstopbegeleiding slaagden 12,5% van de rokers opgenomen in het project erin om te stoppen met roken tot aan het einde van het project. Desalniettemin maakte elke roker die door het project een rookstoppoging ondernam of begon na te denken over zijn rookgedrag dit project de moeite waard.

Algemeen kan gesteld worden dat de kwaliteit van de zorg rond roken erop vooruitgegaan is in de betreffende huisartsenpraktijk. Blijvende aandacht is echter nodig om deze gunstige evolutie te behouden en verder te zetten. Mogelijk kunnen kwaliteitsindicatoren in de toekomst helpen om deze kwaliteitsverbetering eveneens te realiseren in andere huisartsenpraktijken.

7 Dankwoord

Deze masterproef kwam tot stand met de hulp van professor dr. Jo Goedhuys als promotor en dr. Anselmo Caponi als co-promotor en tevens praktijkopleider. Graag wil ik hen bedanken voor hun ondersteuning, advies en tijd om dit onderzoek op te stellen en uit te schrijven. Vervolgens zou ik ook het hele team van de huisartsenpraktijk willen bedanken, namelijk dr. Anselmo Caponi, dr. Carmen Bosmans, Sonia Scottini en Marianne Vanrusselt om dit project in de praktijk te realiseren. En tot slot wil ik de personen die het dichtst bij mij staan bedanken voor hun oneindige steun en tijd.

8 Referenties

(1) World Health Organization. WHO report on the global tobacco epidemic 2011: warning about the dangers of tobacco. Geneva: WHO Press; 2011. p. 164.

(2) World Health Organization. Tabacco: Facts and figures. Beschikbaar via: www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/disease-prevention/tobacco/facts-and-figures. Geraadpleegd 6 oktober 2012.

(3) Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, veiligheid van de voedselketen en leefmilieu. Tabak. Beschikbaar via: www.health.belgium.be/eportal/Myhealth/Healthylife/Tobacco/index.htm. Geraadpleegd 6 oktober 2012.

(4) Gisle L. Het gebruik van tabak. Gezondheidsenquête, België. Brussel: Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid; 2008. p.122.

(5) Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid. Nieuwe portaalsite over stoppen met roken in Vlaanderen. 2012. Beschikbaar via: www.zorg-en-gezondheid.be/Nieuws/Gezond-leven-en-milieu/Nieuwe-portaalsite-over-stoppen-met-roken-in-Vlaanderen/. Geraadpleegd 2 februari 2013.

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

(7) Degryse J. Over evidence based medicine of een op ondersteunende gegevens gebaseerde geneeskunde. In: Buntinx F, Boffin N, Degryse J, Vanderstichele R, Van Royen P. Omgaan met medische documentatie en informatie. Leuven: Acco, 1998.

(8) Van Driel M, Chevalier P. Verklarende woordenlijst. Evidence-Based Medicine. Gent: Minerva vzw; 2008. p.97.

(9) Chavannes NH, Kaper J, Frijling BD, Van der Laan JR, Jansen PWM, Guerrouj S, Drenthen AJM, Bax W, Wind LA. NHG-standaard Stoppen met roken. Huisarts Wet 2007; 50(7): 306-314.

(10) National Institute for Health and Clinical Excellence. NICE public health guidance 10. Smoking cessation services. Manchester: NICE; 2008. p.86.

(11) Ministry of Health. New Zealand Smoking Cessation Guidelines. Wellington: Ministry of Health; 2007. p.54.

(12) Fiore MC, Bailey WC et al. Clinical Practice guideline. Treating Tobacco Use and Dependence. U.S. Department of Health and Human Services; 2000. p.182.

(13) Cahill K, Lancaster T, Green N. Stage-based interventions for smoking cessation (Review). Cochrane Database of Systematic Reviews; 2010, Issue 11. p.73.

(14) De Sutter A. Varenicline en cystine bij rookstop. Minerva 2007; 6(7): 110-111.

(15) Lemiengre M. Neemt het cardiovasculaire risico toe door gebruik van varenicline bij rookstop? Minerva Online 2012-01-28.

(16) Hajek P, Stead LF, West R, Jarvis M, Lancaster T. Relapse prevention interventions for smoking cessation (Review). Cochrane Database of Systematic Reviews; 2009, Issue 1. p.76.

(17) Boyle R, Solberg L, Fiore M. Use of electronic health records to support smoking cessation (Review). Cochrane Database of Systematic Reviews; 2011, Issue 12. p.19.

(18) RIZIV. Tabaksontwenning Follow-up document (KB 31 augustus 2009). Hulp bij tabaksontwenning 2010. Beschikbaar via: www.riziv.be/care/nl/doctors/specific-information/tobacco/index.htm. Geraadpleegd 27 februari 2012.

(19) Deen H, redacteur. COËLHO, Zakwoordenboek der geneeskunde 27ste editie. Doetinchem: Elsevier gezondheidszorg; 2003. p.937.

(20) CBO. Indicatorenontwikkeling. Beschikbaar via: www.cbo.nl/thema/Indicatoren/. Geraadpleegd 6 april 2013.

9 Bijlagen

Bijlage 1: Zoekstrategie literatuur

Quaternaire bronnen (21/11/2011): richtlijnen

- Domus Medica aanbeveling: 'Stoppen met roken' (6)
- NHG standaard: 'Stoppen met roken' (9)
- Prodigy/NHS: 'Smoking cessation' gebaseerd op NICE public health guidance o.a. 'Smoking cessation services', 'Guidance on the use of nicotine replacement therapy (NRT) and bupropion for smoking cessation' en 'Varenicline for smoking cessation' (10)
- New Zealand 'Smoking Cessation Guidelines' (11)

Tertiaire bronnen (04/03/2012)

- Aanpak rookstopbegeleiding (extra informatie: vooral motivatiefase en varenicline)

Minerva *(trefwoorden maart 2005 tot maart 2012)*
- 'rookstop': 7 resultaten, waarvan 5 weerhouden

The Cochrane Library *(limits: cochrane reviews, other reviews, vanaf 2005)*
- MeSH-term 'smoking cessation' AND MeSH-term 'motivation': 6 resultaten, waarvan 1 weerhouden (1 cochrane review)
- 'varenicline': 17 resultaten, waarvan 4 weerhouden (1 cochrane review)

Clinical Evidence:
- 'smoking cessation' AND 'motivation stage': geen resultaten
- 'smoking cessation' AND 'motivation': 1 resultaat, waarvan 0 weerhouden
- 'smoking' AND 'motivation': 1 resultaat, waarvan 0 weerhouden
- 'varenicline': geen resultaten

- Effect van registratie van rookgewoonten in het elektronisch medisch dossier

Minerva *(trefwoorden)*
- 'elektronisch medisch dossier': 1 resultaat, waarvan 0 weerhouden
- 'registratie': 2 resultaten, waarvan 0 weerhouden

The Cochrane Library
- MeSH-term 'smoking cessation' AND MeSH-term 'medical records': 1 resultaat, waarvan 1 weerhouden
- MeSH-term 'smoking cessation' AND MeSH-term 'registry': geen resultaten
- MeSH-term 'smoking cessation' AND 'registration': 4 resultaten, waarvan 0 weerhouden
- MeSH-term 'medical records' AND 'registration: 1 resultaat, waarvan 0 weerhouden
- 'smoking' AND 'registration': 65 resultaten waarvan, 0 weerhouden

Clinical Evidence:
- 'smoking cessation' AND 'record': geen resultaten
- 'smoking cessation' AND 'registration': geen resultaten
- 'smoking' AND 'record': 4 resultaten, waarvan 0 weerhouden
- 'smoking' AND 'registration': 3 resultaten, waarvan 0 weerhouden
- 'record' AND 'registration': 2 resultaten, waarvan 0 weerhouden

Secundaire bronnen (04/03/2012)

Effect van registratie van rookgewoonten in het elektronisch medisch dossier

Medline via PubMed *(vanaf 2000)*

- MeSH-term 'smoking cessation' AND MeSH-term 'electronic health records': 13 resultaten, waarvan 3 weerhouden (= Cochrane review + 2 artikels beschreven in Cochrane review)
- MeSH-term 'smoking' AND MeSH-term 'electronic health records': 10 resultaten waarvan 2 weerhouden (= Cochrane review + 1 artikel beschreven in Cochrane review)
- MeSH-term 'smoking cessation' AND MeSH-term 'medical records': 68 resultaten, waarvan 8 weerhouden (= Cochrane review + 7 artikels beschreven in Cochrane review)
- MeSH-term 'smoking cessation' AND 'registration': 114 resultaten, waarvan 0 weerhouden
- MeSH-term 'electronic health records' AND 'registration': 26 resultaten, waarvan 0 weerhouden

Bijlage 2: Vragenlijst aan de betrokken huisartsen VOOR het project

1. Het verloop van de registratie van rookgewoonten VOOR het project?
Voorbeeldonderwerpen: Al dan niet registratie? Hoe? Enkel rookstatus? Bij welke patiënten? Systematische registratie?

2. Het verloop van rookstopbegeleiding VOOR het project?
Voorbeeldonderwerpen: Bij welke patiënten? Op welke manier? Opvolging? Tijdsbesteding? Keuze medicamenteus of niet?

3. Welke verandering zou er wenselijk zijn op vlak van registratie van de rookgewoonten? En waarom?

4. Welke verandering zou er wenselijk zijn op vlak van rookstopbegeleiding? En waarom?

5. Welke invloed (voor- en/of nadelen) kan dit project hebben voor de huisartsenpraktijk op korte en lange termijn?

6. Op een schaal van 1 (zeer slecht) tot 10 (zeer goed): hoe beoordeelt u de kwaliteit van registratie van de rookgewoonten VOOR het project?

7. Op een schaal van 1 (zeer slecht) tot 10 (zeer goed): hoe beoordeelt u de kwaliteit van rookstopbegeleiding VOOR het project?

8. Andere opmerkingen?

Bijlage 3: Sjabloon

ROOKSTOPADVIES

A) STATUS: NIET roker/ EX roker / ROKER

B) EX roker:

- Aantal rookjaren:
- Aantal sigaretten/dag:
- Datum rookstop:
- Historiek van rookstop:

C) ROKER:

- Startleeftijd regelmatig roken:
- Aantal sigaretten/dag:
- Historiek rookgewoonten: (eerdere rookstoppogingen: gebruik medicatie,…)

- Afhankelijkheid (Fagerström score):
- Motivatiefase: Precontemplatie/Contemplatie/Preparatie/Actie
- Huidige rookstopbegeleiding: *(per datum consult: motivatiegesprek, medicatie,…)*
    - Datum consultatie:
      Verslag:
    - Datum consultatie:
      Verslag:
    - Datum consultatie:
      Verslag:

- Evaluatie angst en/of depressie (HAD-test):
- CO-meting:

Bijlage 4: Praktijkgids met procedure

Wie komt in aanmerking?

GMD patiënten ouder dan 18 jaar

Hoe? standpunt = zo veel mogelijk mensen aanspreken

- Via poster in wachtzaal en aan secretariaat
- Extra aandacht aanspreken bij gelegenheden:
  - GMD+
  - Routine bloedname
- Extra aandacht aanspreken risicogroepen:
  - Roken gerelateerde klacht/diagnose (hoest, CV, COPD, astma, DM)
  - Ouders (kinderen met astma)
  - Vrouwen met anticonceptie
  - Zwangere + partner

Aanpak

1) Vraag ***Rookt u?*** Of heeft u ooit gerookt? (definitie: roker = minstens 1 sigaret/dag)

Nota: Hulpvragen om onderscheid te maken: min 100sig ?/laatste maand?
-> 2x ja: ROKER
-> 2x neen: NIET roker
-> Ja + neen: EX roker

2) **Mondelinge toestemming** vragen 'gegevensverwerking' ikv project

3) **Codering invoeren**:
- Analyse (1) -> kies 'Rookstopadvies'
- Extra bij rokers: Analyse (1) -> kies 'Roken (tabagisme)'

4) Kies het **sjabloon 'rookstopadvies'** (bij medische basisinformatie) en overloop/vul in:

A) STATUS: *NIET roker, EX roker, ROKER* (wissen wat niet past)
Indien NIET roker: wis **B)** en **C) ->** gedaan
Indien EX roker: ga naar **B)** en vul in, wis **C) ->** gedaan
Indien ROKER: ga naar **C)** vul in en doe begeleiding op maat

B) EX roker:
Aantal rookjaren: *(vanaf leeftijd regelmatig roken = min 1 sig/dag)*
Aantal sigaretten/dag:
Datum rookstop:
Evt. historiek van rookstop

C) ROKER:
Startleeftijd regelmatig roken: *(= min 1 sig/dag)*
Aantal sigaretten/dag:
Historiek rookgewoonten: *(eerdere rookstoppogingen: gebruik medicatie,…)*
Afhankelijkheid: *(Fagerström score)* (evt. enkel: aantal sig/dag en tijd voor eerste sig)

5) **Niet-roker** of **Ex-roker**: **feliciteer** gedrag

6) **Begeleiding op maat** indien **ROKER** (+ invullen sjabloon waar nodig)

Evaluatie van *motivatiefase*: ***Wilt u stoppen met roken?***
(Evt. m.b.v. Q-MAT-schaal)

- **Nee** → Tevreden roker = *Precontemplatie*

  R/ info op maat; laten twijfelen aan rookgedrag: proberen **evolueren van 'iedereen weet dat roken gevaarlijk is' → 'roken is voor mij persoonlijk gevaarlijk'**

- **Ja → *Wanneer?***

  - >6mnd: Ambivalente roker = *Contemplatie*

    R/ Kort motivatiegesprek (= voor- en nadelen roken/rookstop)
    5R's: Relevance: geënt specifieke situatie pt
    Risks: schadelijke effecten kort en lange termijn, omgeving
    Rewards: voordelen rookstop
    Roadblocks: barrières en moeilijkheden
    Repetition: herhalen interventie om motivatie te verhogen

  - <6mnd en >1mnd: Roker bereidt zich voor = *Preparatie*

    R/ Kort motivatiegesprek + gedragsveranderende en cognitieve technieken
    - Alliantie opbouwen en evaluatie motivatie, persoonlijke overtuigingen, vermogen tot zelfcontrole
    - Zelfobservatie (kwantificering, identificatie triggers en versterkende factoren)
    - Gedragsverandering: stimuluscontrole (extern en intern), responscontrole, gedragingen ontkoppelen, alternatieve of tegenwerkende gedragingen

  - <1mnd: Roker klaar om te stoppen = *Actie*

    R/ Opstellen rookstopplan + gedragstherapieën (+ medicatie)
    - Rookstopplan: keuze rookstopdatum (<2w), plan inlichten omgeving, valkuilen en oplossingen, implementatie rookvrije omgeving, ondersteuning (professioneel en sociaal)
    - Motivatie en gedragstherapieën: volledige onthouding, anticiperen op triggers en moeilijkheden, alcohol stoppen of beperken
    - Medicatie bij >10 sig/d of sterk nicotineafhankelijk (Fagerström):
      - Champix® (tenzij contra-indicatie)
      - Alternatief nicotinekauwgom

      → Medicatie gecodeerd inbrengen!

Huidige rookstopbegeleiding: *(per datum consult: motivatiegesprek, medicatie,…)*

7) Bij rookstoppoging: **codering invoeren**
Analyse (1) -> kies 'rookstoppoging'

8) Vergeet niet om de **schriftelijke toestemming** te laten ondertekenen

9) **Planning opvolgconsultaties**

- 1ste contact zo snel mogelijk: eerste week
- 2de contact: eerste maand
- 3de contact: 3 maanden na rookstop
- 4de contact: 6 maanden na rookstop (volgens behoefte patiënt)

10) **Opvolgconsultaties** (+ aanvullen sjabloon)

- **Beoordelen onthoudings- of hervalstatus**:
  - Probleemsituaties identificeren en hierop anticiperen
  - Misstappen beheren (patiënt op voorhand verwittigen, niet het einde)
    - Gestopt: feliciteren
    - Af en toe roken: reden achterhalen en aanzetten tot onthouding
    - Herval: aanmoedigen (positieve leerervaring, stijging slaagkans met pogingen)

- **Ondersteunen motivatie**
  - Aandacht voor: voordelen rookstop, successen, ervaren angst
  - Evt. herhalen Q-MAT → verminderd: bevorderend gesprek (5R's)

- **Detecteren fysieke, psychologische en gedragsmatige problemen**
  - Evt. *HAD test* (niet gevalideerd)

- **Evalueren medicamenteuze behandeling**
  - Onderdosering: onthoudingsverschijnselen
  - Overdosering: afkeer tabak, hoofdpijn, slapeloosheid, duizelingen, tachycardie

Indien de patiënt niet komt opdagen -> telefonisch contact opnemen

Verwijzing op elk moment mogelijk naar dr. Daenen (ZOL Genk)!

Nota: Deze praktijkgids werd gebaseerd op Belgische (6) en Nederlandse (9) rookstop-richtlijn.

Bijlage 5: Poster

Stoppen met roken!?



Momenteel loopt er een project rond rookstop in deze huisartsenpraktijk

Wilt u ook de stap zetten om te stoppen met roken?



Doe de motivatietest (te verkrijgen aan het secretariaat) en vraag raad aan één van de artsen!

Bijlage 6: Q-Mat-schaal

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

Interpretatie van de resultaten:
≤ 6 punten: onvoldoende motivatie *7 tot 12 punten: gemiddelde motivatie* *12 punten: goede tot zeer goede motivatie*

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

Bijlage 7: Vragenlijst aan de betrokken huisartsen NA het project

1. Hieronder is een lijst weergegeven van concrete elementen die in dit project werden aangepast met het oog op verbetering van de kwaliteit rond registratie van rookgewoonten en rookstopbegeleiding. Gelieve voor elk element weer te geven:
- wat de voor- en/of nadelen zijn gebleken
- wat de haalbaarheid/toepasbaarheid was binnen de betrokken huisartsenpraktijk
- welke verbeteringen/aanpassingen mogelijk zijn
- of u het al dan niet blijft behouden in de toekomst (mits eventuele aanpassing)

- Uitnodiging tot bespreekbaar maken rookgewoonten/rookstop via poster in de wachtzaal

- Systematische identificatie van rookgewoonten met extra aandacht voor vooraf bepaalde interventies (bloedname, GMD+, …)

- Gebruik maken van een gestructureerd registratiesysteem, voor het volledige begeleidingsproces, in het elektronisch medisch dossier (= sjabloon)

- Aandacht voor en registratie van de plaats in de motivatiecirkel bij rokers

- Bieden van rookstopbegeleiding volgens de in de literatuur beschreven richtlijnen

2. Welke invloed heeft het project, volgens u, gehad op vlak van registratie van de rookgewoonten? *(Denk hierbij ook aan: kosten, tijdsbesteding, opvolging…)*

- Voor de patiënten?

- Voor uw handelen als arts?

- Voor de huisartsenpraktijk?

3. Welke invloed heeft het project, volgens u, gehad op vlak van rookstopbegeleiding?
(Denk hierbij ook aan: kosten, tijdsbesteding, opvolging, medicatiekeuze,…)

- Voor de patiënten?

- Voor uw handelen als arts?

- Voor de praktijk?

4. Op een schaal van 1 (zeer slecht) tot 10 (zeer goed): hoe beoordeel je de kwaliteit van registratie van de rookgewoonten NA het project?

5. Op een schaal van 1 (zeer slecht) tot 10 (zeer goed): hoe beoordeel je de kwaliteit van rookstopbegeleiding NA het project?

6. Andere opmerkingen?