Registratie van rookgedrag en rookstopbegeleiding in een huisartspraktijk.

Thesis ter behalen van de graad master in de huisartsgeneeskunde

Student: Maxime Borreman, Katholieke Universiteit Leuven

Promotor: Prof. Dr. Bert Aertgeerts, Katholieke Universiteit Leuven

Co-promotor: Dr. Harrie Dewitte, huisarts Geneeskunde voor het Volk Genk, stafmedewerker Academisch Centrum Huisartsgeneeskunde Leuven.

Praktijkopleider: Dr. Raphaël De keersmaecker

Master of Family Medicine
Masterproef Huisartsgeneeskunde

KATHOLIEKE UNIVERSITEIT LEUVEN
ACADEMISCH CENTRUM HUISARTSGENEESKUNDE

ICHO vzw
INTERUNIVERSITAIR CENTRUM VOOR HUISARTSEN OPLEIDING

Inhoudsopgave

1. Motivatie + Inleiding 4
2. Literatuur 5
   a. Inleiding 5
   b. Methode 7
   c. Resultaten 8
      c.1. Aanbevelingen in verband met rookstop (overzicht: zie tabel 1). 8
         c.1.1. Bij wie de rookstatus bepalen en hoe dit in het dossier noteren? 8
         c.1.2. Beleid 8
      c.2. Cardiovasculair risicoprofiel (overzicht: zie tabel 2) 13
         c.2.1. Doelgroep en te bepalen factoren. 13
         c.2.2. Individuele risicostratificatie 13
   d. Conclusie en vorming van praktijkrichtlijn. 16
      d.1. Bepalen van de rookstatus en het cardiovasculair risicoprofiel en de integratie hiervan in het EMD. 16
      d.2. Beleid. 16
   e. Referenties 18
3. Praktijkprojectstudie 20
   a. Inleiding 20
   b. Methode 20
   c. Resultaten 23
      c.1. Populatiebeschrijving (zie ook flowchart bijlage 6.e en tabel 3 en 4) 23
      c.2. Resultaten na zes maanden rookstopbegeleiding (zie tabel 3 en 4) 23
   d. Discussie en interpretatie 26
      d.1. Efficiëntie van registratie 26
      d.2. Prevalentie van roken in de praktijk 26
      d.3. Geboekte resultaten 27
      d.4. Evaluatie praktijkrichtlijn, beperkingen en pluspunten studie. 27
   e. Conclusie 28
   f. Literatuur 29
4. Samenvatting 30
5. Dankwoord 31
6. Bijlagen 32
   a. Informed consentformulier 32
   b. Follow-up document 33
   c. Rookstopstrategiën 34
      c.1. Domus Medica 34
      c.2. Nederlands Huisartsen Genootschap 34
         c.2.1. Richtlijnen voor de arts 34
         c.2.2. Patiëntenbrief “rookstop overwegen” 37
         c.2.3. Patiëntenbrief “adviezen en hulpmiddelen” 39
         c.2.4. Patiëntenbrief “voorbereiden” 42
   d. Afbeeldingen van het registreren van de parameters in Medidoc 45
      d.1. Registreren van de rookstatus 45
      d.2. Registreren van de bloeddruk, gewicht en lengte en berekenen van CVR 45
   e. Flowchart uiteindelijk bekomen patiëntengroep 47

Abstract

Registratie van rookgedrag en rookstopbegeleiding in een huisartspraktijk

Haio: Maxime BORREMAN
Universiteit: Katholieke Universiteit Leuven
Promotor: Professor Dokter Bert AERGEERTS, Katholieke Universiteit Leuven
Co-promotor: Dokter Harrie DEWITTE
Praktijkopleider: Dokter Raphaël DE KEERSMAECKER

Context:
Roken is een van de belangrijkste factoren in het zogenoemde cardiovasculair risicoprofiel. Gemiddeld sterft een persoon die 20 sigaretten per dag rookt 10 jaar vroeger dan iemand die nooit heeft gerookt. De huisarts is zeer goed geplaatst om kosteneffectief interventies uit te voeren om zijn patiënten te helpen stoppen met roken. Toch is het rookgedrag slechts bij de helft van patiënten geregistreerd in het EMD van de huisarts. De studie vond plaats in een semistedelijke praktijk met een bestand van 3244 patiënten met een globaal medisch dossier (GMD). Vier huisartsen zijn er werkzaam: twee als fulltime huisarts, één halftime huisarts en één haio. Bij aanvang van de studie was bij geen enkele patiënt de rookstatus geregistreerd.

Onderzoeksvraag: dit kwaliteitsverbeterend project wil 2 vragen onderzoeken.
Hoe kan de registratie van het rookgedrag in het EMD verbeterd worden?
Hoe kan de huisarts een grotere rol spelen in het induceren van een rookstop bij patiënten met een verhoogd cardiovasculair risico?

Methode:
Een vergelijkende literatuurstudie werd verricht om een praktijkrichtlijn voor de aanpak van rookstop te ontwikkelen. Vervolgens vond gedurende 4 maanden een registratie van het rookgedrag plaats bij patiënten tussen 40 en 50 jaar. Met deze gegevens kon via computersoftware het cardiovasculair risicoprofiel nauwkeuriger bepaald worden. Patiënten met een cardiovasculair risicoprofiel (CVR) hoger dan 10 %, berekend op basis van de Framinghamscore, werden uitgenodigd om op geplande rookstopconsultaties in de huisartspraktijk te komen. In een tweede tijd werd ook een groep gemotiveerde patiënten, die niet voldeden aan de initiële inclusiecriteria, opgenomen in de studie. Alle patiënten werden gedurende 6 maanden intensief begeleid met het stoppen met roken.

Resultaten:
De opgestelde praktijkrichtlijn werd besproken met alle artsen, en voor de registratieronde plaatsvond kregen zij een demonstratie hoe deze registratie in het EMD diende te gebeuren. Van de 290 patiënten tussen 40 en 50 jaar oud die op consultatie kwamen tussen 1 januari 2012 en 31 maart 2012, werd bij 219 ervan de rookstatus geregistreerd (effectiviteit van 75,5 %). Na berekening van het CVR werd bij 25 patiënten een CVR hoger dan 10 % vastgesteld. 12 van deze patiënten kregen een intensieve rookstopbegeleiding, samen met 8 rokers die niet aan de inclusiecriteria voldeden maar expliciet vroegen om ook opgenomen te worden in de studie. Van dit totaal van 20 patiënten kon er bij 7 een definitieve rookstop bekomen worden. Tevens kon bij 5 van de 13 patiënten die niet slaagden in hun rookstop een verbetering van hun motivatie om te stoppen met roken genoteerd worden.

Conclusies:
Door middel van de praktijkrichtlijn toe te passen en bij elk uniek patiëntencontact de rookstatus te bevragen gedurende 4 maanden konden de 4 artsen bij 75 % van de doelpopulatie van hun huisartspraktijk de rookstatus registreren. Vervolgens vond een interventie plaats waarbij rookstopconsultaties aangeboden werden. Dit gebeurde met behulp van een praktijkrichtlijn die gebaseerd is op de huidige aanbevelingen omtrent rookstop. Bij 7 van de 20 begeleide patiënten (35 %) kon een definitieve rookstop bekomen worden. Vijf patiënten gingen een stap vooruit in hun motivatie om te stoppen met roken.

E-mail: maximeborreman@hotmail.com

ICPC-code: P 17

1. Motivatie + Inleiding

Volgens de Nationale gezondheidsenquête uit 2008 is roken de belangrijkste risicofactor voor morbiditeit en mortaliteit (1). Een huisarts ziet zijn patiënt gemiddeld 6 à 7 keer per jaar, en elke consultatie kan aldus aanzien worden als een kans om het rookgedrag van de patiënt vast te leggen (18). Huisartsen hebben tevens een grotere kans om rookstopinterventies aan hun patiënten te bieden als het rookgedrag op een gesystematiseerde manier zou gebeuren (13). Nochtans is de rookstatus van minder dan 50 % van de patiënten geregistreerd in het elektronisch medisch dossier (EMD) van de huisarts. Tijdsgebrek en gebrek aan motivatie vanwege hun patiënten zijn de belangrijkste oorzaken hiervan(5).

Roken is zonder twijfel een van de belangrijkste factoren in het zogenoemde 'cardiovasculair risicoprofiel': dit is een term die uitdrukt hoe groot de kans is dat een patiënt over een periode van 10 jaar sterft aan een cardiovasculaire pathologie, zoals een hartinfarct of een beroerte (3, 6). Binnen een jaar na het stoppen met roken is het additionele risico reeds gehalveerd, rookstop heeft dus reeds snel gunstige effecten (4).

Dit project vond plaats in een semistedelijk gelegen huisartsenpraktijk met een bestand van 3244 patiënten met een globaal medisch dossier (GMD). 4 huisartsen zijn er werkzaam: 2 als fulltime huisarts, 1 halftime huisarts en 1 Haio. Bij aanvang van de studie was bij geen enkele patiënt de rookstatus geregistreerd in het EMD. Er was tevens geen sprake van een richtlijn of een gangbare aanpak voorhanden om patiënten van hun rookverslaving af te helpen. Gezien het voor rokers moeilijk blijft om van hun verslaving af te raken, bevindt men zich als huisarts in een uitgelezen positie om dit probleem proactief aan te pakken. Door een optimale behandeling in te stellen door middel van gerichte rookstopconsultaties kan de huisarts zijn patiënten motiveren tot een gedragsverandering in zijn levensstijl en echt iets bereiken op het gebied hun gezondheid.

Dit kwaliteitsverbeterend project wil volgende vragen onderzoeken:
1. Hoe kan de registratie van het rookgedrag in het EMD van de huisarts verbeterd worden?
2. Kan men als huisarts met succes zelf een rookstopprogramma uitvoeren in zijn praktijk, en op die manier een rookstop induceren bij patiënten met een verhoogd cardiovasculair risico?

2. Literatuur

a. Inleiding

Uit de laatste Nationale gezondheidsenquête uit 2008 is gebleken dat 25 % van de Belgische bevolking rookt. Roken neemt toe met de leeftijd en is het hoogst in de leeftijdsgroep van 45 tot 54 jaar waar 33 % rookt. Men merkt wel een bescheiden, maar constante daling van het aantal rokers: in 1997 telde men nog 30 % rokers. Volgens de gezondheidsenquête zijn zowel economische factoren als preventieve maatregelen de verklaring voor de globale afname (1).

Een recente studie toonde aan dat roken de belangrijkste oorzaak voor levensverkorting is: indien men op 25-jarige leeftijd start met roken sterft men gemiddeld 9 à 10 jaar eerder in vergelijking met niet-rokers (2). In een andere prospectieve studie wrd aangetoond dat mannen die stopten met het roken op de leeftijd van 30, 40, 50 of 60 jaar gemiddeld respectievelijk 10, 9, 6 en 3 jaar langer leven dan hun leeftijdsgenoten die bleven roken (3). Stoppen met roken heeft dus ook zin bij ouderen, maar de voordelen zijn uiteraard groter bij jongere leeftijdsgroepen.

Roken zorgt voor een nog groter verlies van zogenaamde Quality-Adjusted Life Years (QALY's). De QALY is een maat waarin de kosten en baten van een medische behandeling (in dit geval rookstop) in verband worden gebracht met het aantal levensjaren, vermenigvuldigd met een correctiefactor voor de kwaliteit van die levensjaren. 25-jarigen die meer dan 20 sigaretten per dag roken verliezen volgens deze studie gemiddeld 10 à 11 QALY's in vergelijking met 25-jarigen die nooit roken. Men kan dus besluiten dat rokers niet alleen minder lang leven, maar dat hun levenskwaliteit ook lager is in vergelijking met niet-rokers (2).

Volgens de multidisciplinaire richtlijn "cardiovasculair risicomanagement" uit 2011, uitgegeven door het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) verhoogt roken het risico op coronaire hartziekten, herseninfarcten, aneurysma aortae en perifeer arterieel vaatlijden tot 2 à 4 maal in vergelijking met niet-rokers. Men kan deze aandoeningen groeperen onder de term hart- en vaatziekten (HVZ), en dit is de belangrijkste doodsoorzaak bij rokers. Rookstop vermindert het risico op ischemische hartziekten op elke leeftijd. Dit effect treedt al op in de eerste 2 tot 3 jaar na het stoppen. Geen enkele interventie bevordert de gezondheid van de roker meer dan stoppen met roken (3).

Ondanks bovenvermeldde feiten, stelt Domus Medica vast dat nog niet de helft van de Belgische huisartsen de rookstatus bij hun patiënten bevraagt, met als voornaamste redenen tijdsgebrek en gebrek aan motivatie vanwege hun patiënten (5). In 2008 vond een een Europees project plaats, genaamd "Huisartsen en de economische aspecten van het stoppen met roken in Europa", waarbij in de huisartspraktijken van 27 Europese landen, waaronder België, werd nagegaan wat de hinderpalen voor het registreren van het rookgedrag bij patiënten zijn (14):

- Het eigen rookgedrag van de huisarts: over het algemeen geven huisartsen die roken minder vaak het advies te stoppen dan huisartsen die niet roken.

- Het belang bij en de houding ten opzichte van stoppen met roken: Sommige huisartsen vinden het niet hun taak; anderen voelen zich er ongemakkelijk bij of schamen zich om rookstopadvies te geven; anderen vinden het niet de moeite waard en hebben de indruk dat het niet effectief is.
- Bezorgdheid over de arts-patiënt relatie: men is bezorgd dat vragen naar rookgewoontes de arts-patiënt relatie kan schaden en eventueel tot een minder frequent bezoek aan de huisarts kan leiden. Huisartsen zijn bang schuldgevoelens, angst en afstand te creëren, met name bij patiënten die ernstig ziek zijn. Daarnaast speelt ook de kwestie van het recht van de patiënt op privacy en zelfbeschikking een rol.
- Aan patiënten gerelateerde factoren: huisartsen zullen sneller een stopadvies geven als de symptomen worden beschouwd als gerelateerd aan roken; huisartsen interveniëren sneller bij zware rokers dan bij lichte; hoewel de richtlijnen stopinterventies aanbevelen bij zwangere rokers en bij ouders van jonge kinderen, gebeurt dit in de praktijk onvoldoende.
- Structurele factoren: huisartsen hebben de indruk dat “stoppen met roken“-interventies teveel tijd vragen. Een gebrek aan training/informatie kan worden gekoppeld aan een lage betrokkenheid. Het ontbreken van een vergoeding wordt in diverse studies gezien als een obstakel om actiever te worden qua stopinterventies.
- Kennis/indrukken van stopmethoden & -behandelingen: soms hebben huisartsen geen kennis van counselingtechnieken en behandelmogelijkheden. De bereidheid om deze te gebruiken kan worden gekoppeld aan de kennis ervan en hoe effectief de behandelopties worden ervaren.

Uit bovenstaande wordt duidelijk dat het absoluut loont om als huisarts rookstop aan te bieden aan de patiënten. Via een literatuuronderzoek werd hieronder getracht om een antwoord te bieden op de volgende vraag: wat zijn de huidige richtlijnen wat betreft de aanpak van rookstop in de eerste lijngeneeskunde en het managen van het cardiovasculair risicoprofiel van deze patiënten in het bijzonder?

b. Methode

Om zo concreet mogelijke informatie rond rookstopbegeleiding enerzijds en het cardiovasculair risicoprofiel anderzijds in de eerstelijnsgeneeskunde te vinden werd besloten om verschillende aanbevelingen naast elkaar te leggen. De inclusiecriteria waren:

- Standaarden of richtlijnen;
- het jaar van publicatie mag niet ouder zijn dan 2006.

Er werd gekozen voor 2006 als vroegste publicatiedatum omdat er rond deze materie veel onderzoek wordt verricht en materiaal snel veroudert raakt. 2006 is ook het jaar waarin de richtlijn van Domus Medica omtrent rookstop is verschenen. Tevens verscheen in 2006 ook een nieuw rookstopmiddel op de markt, namelijk varenicline (Champix). En tenslotte is aangetoond dat na 3,6 jaar nog 90 % van de guidelines nog 'up to date' waren, terwijl dit na 5,8 jaar slechts 50 % was (15), terwijl Domus Medica volgens een vastgestelde procedure elke aanbeveling binnen de 5 jaar na publicatie volledig herziet (16).

Volgende zoektermen werden gebruikt: rookstop, hulpmiddelen bij rookstop, quit smoking, smoking cessation, smoking cessation aids, cardiovasculair risicoprofiel, cardiovascular risk management.

De volgende databases werden geraadpleegd: NHG-standaarden, CBO, Domus Medica, Clinical Knowledge Summaries (CKS, Prodigy), New Zealand Guidelines Group en National Guideline Clearinghouse (NGC).

Er werd getracht een antwoord te vinden op volgende vragen:

- Wat dient de doelgroep te zijn?
- Welke indicatoren worden best in het dossier vermeld?
- Welk beleid lijkt haalbaar op medicamenteus en niet-medicamenteus vlak?
- Welke andere factoren moeten onderzocht worden om het cardiovasculair risicoprofiel te kunnen bepalen?

c. Resultaten

c.1. Aanbevelingen in verband met rookstop (overzicht: zie tabel 1).

c.1.1. Bij wie de rookstatus bepalen en hoe dit in het dossier noteren?

Vraag bij alle patiënten de rookstatus na. Doe dit op een proactieve wijze bij risicogroepen (o.a. zwangere vrouwen, cardiovasculair en/of pulmonaal belaste patiënten). Het is belangrijk het antwoord meteen op een grondige en overzichtelijke manier in het EMD te noteren.

Domus Medica (5), NGC (12) en het Nieuw-Zeelandse Ministerie van gezondheid (9) raden aan bij *alle* patiënten de rookstatus na te vragen. Zowel de NHG-standaard (3) als de richtlijn van Domus Medica raden aan om speciale aandacht te schenken naar risicogroepen: zwangere vrouwen, vrouwen die orale anticonceptiva nemen, ouders van kinderen met astma en patiënten met een voorgeschiedenis van HVZ, diabetes, COPD, astma, CVA of longkanker).

De NHG-standaard, Domus Medica en de Nieuw-Zeelandse richtlijn raden aan om meteen de rookstatus te noteren in het dossier van de patiënt. Domus Medica raadt tevens aan te noteren of de patiënt een roker, ex-roker (en de dag van rookstop) of niet-roker is, hoeveel sigaretten per dag hij rookt, de vorige stoppogingen met positieve punten en motieven voor herval, en de afhankelijkheid met de zogenaamde 'Time to First cigarette (TFCC). Het bekomen van deze informatie hoeft niet per se in 1 consult te gebeuren (5).

c.1.2. Beleid

Alle geraadpleegde richtlijnen raden aan om het beleid zo persoonlijk mogelijk te maken. Het beleid wordt bepaald door de motivatie van de patiënt: niet-gemotiveerd, twijfelend of klaar om te stoppen met roken.

c.1.2.1. Niet-medicamenteus

Herhaaldelijk korte, geplande en doelgerichte motiverende gesprekken door de arts met de patiënt, waarin een strategie voor het stoppen met roken wordt besproken, is het meest effectief als niet-medicamenteuze behandeling.

Alle geraadpleegde richtlijnen benadrukken dat niet-medicamenteuze behandeling, onder vorm van gesprekstechnieken (motivatiebevordering, copinggedrag en probleemoplossend werken) en een rookstopplan essentiële onderdelen zijn die bij elke rookstoppoging dienen aangewend te worden (3, 5, 7, 9, 11, 12). Er wordt aangeraden deze gesprekken kort te houden (< 10 minuten), te plannen (dus niet samen met een ander klachtgerelateerd consult), en regelmatig te herhalen door middel van follow-upgesprekken. Alle richtlijnen zijn het ermee eens dat vooraf een rookstopdatum moet gepland worden, waarbij vanaf dan volledig wordt gestopt met roken. Domus Medica, NGC en de Nieuw-Zeelandse richtlijn maken gebruik van de strategie van de 5 A's:

- Ask: bevraag de rookstatus en noteer dit in het dossier;
- Advise to quit: geef kort (< 2 minuten) rookstopadvies bij elk patiëntencontact;
- Assess: ga na of de roker gemotiveerd is om te stoppen;
- Assist in quit attempt: geef cognitieve gedragstherapie, stel een rookstopplan op, start rookstopmedicatie;
- Arrange follow-up: zorg dat de patiënt minstens 4 keer wordt gezien na de rookstopdatum.

Wat de cognitieve gedragstherapie betreft, stelt de NHG-richtlijn (3) voor dat de huisarts de eerdere (mislukte) stoppogingen evalueert, de voor- en nadelen van het roken en barrières tegen het stoppen bespreekt, bepaalt wat de moeilijke momenten kunnen zijn tijdens het stoppen, hoe de roker deze kan herkennen en hoe hij erop kan anticiperen. Domus Medica (5) raadt aan door middel van empathie, actief luisteren, open vragen, parafraseren en aanmoedigen het vertrouwen van de patiënt in zijn mogelijkheden om te veranderen te verhogen. De CKS-richtlijn (7) raadt aan om praktisch advies te geven vóór de rookstopdatum (zoals het maken van een lijstje met redenen om te willen stoppen met roken, de omgeving inlichten, de patiënt informeren dat rookstop gemakkelijker wordt vanaf de 3^{e} of 4^{e} dag) en enkel een rookstoppoging te ondernemen als de patiënt zich goed voelt en zo weinig mogelijk stress heeft. Het BCFI (11) raadt de volgende therapieën af wegens het niet bewezen effect: accupunctuur, oefentherapie, aversietherapie en hypnotherapie.

c.1.2.2. Medicamenteus

Patiënten die gemotiveerd zijn om te stoppen met roken krijgen best een medicamenteuze behandeling. Er bestaat echter geen eenduidige aanbeveling voor de 4 producten die momenteel gebruikt worden voor rookstop, namelijk nicotinevervangende middelen, bupropion, varenicline en nortriptyline.

Alle geraadpleegde richtlijnen raden aan om medicamenteuze ondersteuning aan te bieden aan patiënten die gemotiveerd zijn om te stoppen met roken (3, 5, 7, 9, 11, 12). Het gebruik van deze middelen verhoogt de stopkans van circa 10 % naar 20 %. Concreet raadt NHG aan om rookstopmedicatie op te starten bij patiënten die meer dan 10 sigaretten per dag roken. NGC raadt aan bij een mislukte rookstoppoging 6 maanden te wachten alvorens opnieuw rookstopmedicatie voor te schrijven, tenzij er speciale omstandigheden waren die de initiële poging hebben beïnvloed. In het laatste geval mag vroeger geprobeerd worden opnieuw te stoppen (12).

c.1.2.2.1. Nicotinevervangende middelen

Nicotinevervangende middelen (NVM) zijn volgens de NHG-standaard (3), Domus Medica (5) en het BCFI (11) eerste keuzemiddelen wegens minder bijwerkingen ten opzichte van de andere farmacologische middelen bij rookstop. De Nieuw-Zeelandse richtlijn duidt aan dat NVM het minst effectief zijn van de beschikbare medicijnen (NNT van NVM is 14, NNT van varenicline is 8), terwijl de recentere BCFI-transparantiefiche dit ontkracht en vermeldt dat NVM even effectief zijn als varenicline. NVM mogen als enige gegeven worden aan patiënten jonger dan 18 jaar (officieel vanaf 12 jaar) en aan zwangere vrouwen. De verschillende toedieningsvormen van NVM zijn even doeltreffend. Het BCFI vermeldt dat de combinatie van NVM en bupropion een significant hoger slaagpercentage geeft. NHG treedt hierin bij. NGC raadt combinatietherapie dan weer af.

c.1.2.2.2. Bupropion

Bupropion heeft, volgens de NHG-standaard (3), als belangrijkste mogelijke nevenwerking het induceren van suïcidale gedachten en gedragingen. Deze aanbeveling raadt daarom af om bupropion te gebruiken bij patiënten met een (ernstige) psychiatrische voorgeschiedenis (schizofrenie, bipolaire stoornis, ernstige depressie). De BCFI-transparantiefiche (11) vermeldt echter dat bupropion niet leidt tot meer suïcidaliteit onder schizofrenen. Toch heeft de FDA beslist om op de bijsluiter van bupropion extra aandacht te vestigen op het risico van neuropsychiatrische symptomen. De BCFI-richtlijn raadt daarom aan dat de voorschrijvende arts de patiënt op de hoogte dient te brengen dat aanzienlijke depressiesymptomen kunnen optreden bij het ondernemen van de rookstoppoging.

c.1.2.2.3. Varenicline

Varenicline komt in de Nieuw-Zeelandse richtlijn (9) naar boven als het meest effectieve geneesmiddel voor het bekomen van rookstop, maar dit wordt ontkracht door het BCFI (11). Net zoals bupropion zijn er mogelijks ernstige neuropsychiatrische nevenwerkingen (suïcidaliteit) beschreven met het gebruik van varenicline. Daarom heeft de FDA beslist om ook op de bijsluiter van varenicline extra aandacht te vestigen op het risico van neuropsychiatrische symptomen. Studies die achteraf gevoerd werden om de psychiatrische nevenwerkingen te onderzoeken bleven steeds tegenstrijdige resultaten opleveren. Daarenboven werd met varenicline een verhoogd risico op cardiovasculaire events (o.a. angina pectoris en niet-fataal myocardinfarct gezien (11). Het BCFI raadt varenicline dan ook niet aan als een eerstekeuzemiddel bij het behandelen van roken.

c.1.2.2.4. Nortriptyline

Nortriptyline is mogelijks even doeltreffend als de andere hierboven vernoemde rookstopmedicatie maar is momenteel in België niet geregistreerd voor de indicatie “rookstop”. De ongewenste effecten zijn minder goed bestudeerd in vergelijking met bupropion. Een recent myocardinfarct geldt volgens de NHG-standaard (3) als contra-indicatie voor het starten met deze medicatie. Domus Medica (5) en de Nieuw-Zeelandse richtlijn (9) vermelden ook dit geneesmiddel en de goedkope kostprijs, maar benadrukken dat er weinig klinisch studies gebeurd zijn met nortriptyline.

Tabel 1: overzicht van de aanbevelingen omtrent rookstop

Naam van de richtlijn	Publicatie-datum	Rookstatus bepalen	Indicatoren voor EMD	Niet-medicamenteuze behandeling	Medicamenteuze behandeling
Domus Medica (DM) Aanbeveling "Stoppen met roken"	2006, laatst herzien in 2009	Bij alle patiënten, speciale aandacht voor risicogroepen (1)	- Roker, ex-roker of niet-roker - Aantal sigaretten/dag - inhalatiemanier - leeftijd bij regelmatig roken - vorige stoppogingen - Time to First cigarette	- Korte (< 10 min), geplande gesprekken met motivatie-bevordering en probleemoplossend werken. - Minstens 2 keer te herhalen. - Bepalen van rookstopdatum. - 5 A's (Ask, Advise to quit, Assess, Assist in quit attempt, Arrange follow-up)	- Medicamenteuze therapie bij alle gemotiveerde rokers aanbieden, zeker bij TTFC (2) < 30 min. - NVM (3): 1ste keuze - Bupropion: bij falen van een goede poging met NVM. - Nortriptylline: kan een interessante molecule zijn bij rookstop. - Varenicline: nog niet op de markt. - Combinatie: van NVM indien geen baat bij 1 preparaat.
National Guideline Clearinghouse Smoking Cessation Services (NGC-6361)	2008, laatst herzien in 2011	Bij alle patiënten	/	- Idem als DM. - Geen uitspraak over aantal gesprekken. - Raadt gebruik van 5 A's aan.	- Bij iedereen die wil stoppen met roken. - Geen combinatietherapie. - Geen voorkeurspreparaat, arts en patiënt bepalen onderling welk preparaat. - Na mislukte poging 6 maanden geen medicamenteuze therapie. - Enkel NVM onder 18 jaar.
New Zealand smoking cessation guideline	2008	Bij alle patiënten	/	- Idem als DM. - Minstens 4 keer te herhalen - Werkt met ABC-schema i.p.v. 5 A's: Ask smoking status, Brief advice, Cessation Support	- Bij iedereen die wil stoppen. - NVM: 1ste keuze, combinaties ervan bieden hogere succesratio. - Bupropion: 2de keuze gezien mogelijke nevenwerkingen. - Nortriptyline: lage kostprijs doch risico op cardiovasculaire nevenwerkingen. - Varenicline: veilig, weinig interacties, doch nog onvoldoende bestudeerd. - Combinaties: enkel NVM onderling.

NHG standaard "Stoppen met roken"	2007, addendum in 2011	Bij risicogroepen (1) en bij patiënten die aangeven te willen stoppen	Rookstatus meteen noteren in het EMD	- Idem als DM. - Minstens 4 keer te herhalen. - Geen vermelding van 5A's.	- Medicatie indien > 10 sigaretten/dag - NVM: 1ste keuze. - Bupropion en Varenicline: niet bij psychiatrische voorgeschiedenis. - Nortriptyline: weinig klinische studies, ongewenste effecten niet goed bestudeerd, cave cardiovasculaire ongewenste effecten.
BCFI Transparantie-fiche "Rookstop"	2005, laatst herzien in 2011	/	/	- Idem als DM. - geen uitspraak over aantal gesprekken - Geen vermelding van 5 A's.	- Geen vermelding wanneer te associëren met niet-medicamenteuze therapie - NVM: 1ste keuze - Bupropion en Varenicline 2de keuze doch cave psychiatrische en cardiovasculaire bijwerkingen - Nortriptyline onvoldoende bestudeerd - Geen combinatie van Nortriptyline en NVM.
Clinical Knowledge Summaries "Smoking Cessation"	2009	Bij patiënten die aangeven te willen stoppen	/	- Idem als DM. - Minstens maandelijks het gesprek herhalen. - Geen vermelding van 5 A's. - Enkel rookstoppoging ondernmen als patiënt zich goed voelt en weinig stress heeft.	- NVM: 1ste keuze. - Bupropion: cave epilepsie. - Varenicline: nog onvoldoende bestudeerd qua nevenwerkingen.

1. Met een risicogroep wordt volgens NHG en Domus Medica bedoeld: zwangere vrouwen, vrouwen die orale anticonceptiva nemen, ouders van kinderen met astma, patiënten met een voorgeschiedenis van hart- en vaatziekten, diabetes, COPD astma, CVA of (long)kanker.
2. Nicotinevervangende middelen.
3. Time to First Cigarette.

c.2. Cardiovasculair risicoprofiel (overzicht: zie tabel 2)

c.2.1. Doelgroep en te bepalen factoren.

Bepaal het risicoprofiel bij alle patiënten ouder dan 40 jaar, doe dit zeker bij patiënten waarbij er een vergroot risico op HVZ is. Anamnese, gericht klinisch onderzoek en een gericht labo volstaan.

De geraadpleegde richtlijnen zijn tegenstrijdig wat betreft de doelgroep voor het bepalen van het cardiovasculair risicoprofiel. De NHG-standaard (4) en de Nieuw-Zeelandse richtlijn (10) raden aan vroeger te screenen bij patiënten met risicofactoren als HVZ, diabetes mellitus, een belaste familiale voorgeschiedenis, rokers, arteriële hypertensie en hypercholesterolemie. Domus Medica (6) raadt aan om alle patiënten tussen 40 en 75 jaar te screenen. CKS (8) raadt aan om patiënten *niet* te screenen als het risico op een al dan niet fataal cardiovasculair incident over het verloop van 10 jaar hoger is dan 20 %.

Op het vlak van te onderzoeken factoren voor het bepalen van het profiel komen de geraadpleegde richtlijnen grotendeels overeen. De resultaten zijn grotendeels gebaseerd op de bekende Framinghamstudie (19) en bevatten de volgende indicatoren:

- Anamnese: leeftijd, geslacht, rookstatus, familiale voorgeschiedenis voor HVZ, persoonlijke voorgeschiedenis voor HVZ, DM en nierinsufficiëntie. Domus Medica (6) raadt ook aan het alcoholgebruik, de voedingsgewoontes en de lichamelijke activiteit na te vragen.
- Klinisch onderzoek: meting van de systolische bloeddruk op verschillende momenten wordt door alle geraadpleegde richtlijnen aanbevolen. Tevens raadt de NHG-standaard (4) het bepalen van het BMI en de middelomtrek aan. De Nieuw-Zeelandse richtlijn raadt aan om ook de polsslag te bepalen.
- Labonderzoek: voor optimale risico-inschatting is een bepaling van het totale cholesterol en het HDL-cholesterol noodzakelijk volgens alle geraadpleegde richtlijnen. De NHG-standaard, CKS (8) en Nieuw-Zeelandse richtlijn (10) raden tevens aan dat de bloedname nuchter gebeurt zodat het glucosegehalte en de triglyceriden bepaald kunnen worden. Tevens raden deze beide richtlijnen de bepaling van de eGFR aan. De Nieuw-Zeelandse richtlijn raadt ook aan om bij diabetici in het bloed het HbA1c-gehalte te bepalen en in de urine de albumine/creatinine ratio.

c.2.2. Individuele risicostratificatie

Er bestaat geen eenduidige aanbeveling voor risicostratificatie. Afhankelijk van het land waarin men woont, wordt een andere manier aangeraden om het CVR te berekenen, wat verwarrend kan zijn. In België wordt de SCORE-tabel aanbevolen.

De NHG-standaard (4) pleit ervoor dat de bepaling zowel het risico op *sterfte* als op *ziekte* van HVZ dient aan te duiden en gebruikt hiervoor de aangepaste SCORE-tabel met een bepaling van het risico op cardiovasculaire events gedurende een periode van 10 jaar. Domus Medica (6) gebruikt een SCORE-tabel gebaseerd op cijfers van de Belgische bevolking

om zo het 10-jaarsrisico op sterfte aan HVZ te bepalen. CKS (8) stelt voor om geen tabel te gebruiken maar raadt aan om rekenmachines via computerprogramma's, gebaseerd op de Framinghamstudie te gebruiken, zoals ASSIGN of QRISK2. De Nieuw-Zeelandse richtlijn (10) raadt aan om de "New Zealand Risk Chart" te gebruiken om het 5-jaarsrisico op een cardiovasculair event te bepalen.

Tabel 2: overzicht van de aanbevelingen omtrent het cardiovasculair risicoprofiel

Naam van de richtlijn	Publicatie-datum	Doelgroep	Te onderzoeken factoren voor bepalen van het risicoprofiel	Individuele risicostratificatie
Nederlands Huisartsen Genootschap "Cardiovasculair Risicomanagement"	2011, herzien in 2012	*Vroeger* screenen indien aanwezigheid van risicofactoren (1)	- Anamnese: LT, geslacht, rookstatus, familiale VG, VG van HVZ, DM, NI. - KOZ: BD, BMI en middelomtrek. - Labo: TCHOL/HDL, nuchtere glucose en triglyceriden, eGFR	SCORE-tabel: risico op cardiovasculaire *event* gedurende een periode van 10 jaar
Domus Medica aanbeveling "Globaal cardiovasculair risicobeheer)	2007	Iedereen tussen 40 en 75 jaar screenen	Idem als NHG behalve: - Anamnese: alcoholgebruik, voedingsgewoontes en lichamelijke activiteit.	SCORE-tabel: risico op cardiovasculaire *sterfte* gedurende een periode van 10 jaar
Clinical Knowledge Summaries "Cardiovascular risk assessment and management"	2009	*Niet* screenen als 10-jaars risico op al -dan niet fatal cardiovasculair incident > 20 %	Idem als NHG	ASSIGN, QRISK2: computerprogramma's gebaseerd op Framinghamstudie. Risico op cardiovasculaire *ziekte* op 10 jaar
New Zealand Cardiovascular Guidelines handbook	2009	*Vroeger* screenen indien risicofactoren (1)	Idem als NHG behalve: - KOZ: polsslag. - Labo: bij diabetici HbA1c in bloed en albumine/creatinine ratio in urine.	New Zealand Risk Chart: risico op cardiovasculair *event* op 5 jaar.

1. Met een risicofactor wordt volgens NHG en de Nieuw-Zeelandse richtlijn bedoeld: hart- en vaatziekte, diabetes, een belaste familiale voorgeschiedenis, rokers, arteriële hypertensie of hypercholesterolemie.

d. Conclusie en vorming van praktijkrichtlijn.

d.1. Bepalen van de rookstatus en het cardiovasculair risicoprofiel en de integratie hiervan in het EMD.

Alle richtlijnen raden aan een zo nauwkeurig mogelijke registratie van het rookgedrag van de patiëntenpopulatie in kaart te brengen, liefst via een EMD.

Wat betreft het opstellen van het cardiovasculair risicoprofiel, is er een consensus wat betreft anamnese, klinisch onderzoek en de aan te vragen labo-testen (zie tabel 2 in 2.c.2.2 voor concrete informatie).

Over de individuele risicostratificatie heeft elke richtlijn zijn eigen aanbeveling. In het EMD van de huisartsenpraktijk waar dit praktijkproject plaatsvond is echter enkel de "Framingham risk calculator" als module beschikbaar. Hiermee wordt het 10-jaars risico op het ontwikkelen van een coronaire hartziekte (hartinfarct, coronaire dood, hartfalen en angina) berekend. Patiënten die lager scoren dan 10 % hebben een laag cardiovasculair risicoprofiel. Tussen 10 en 20 % spreekt men van een intermediair risicoprofiel. Hoger scoren dan 20 % komt neer op een "hoog risico", en kan men vergelijken met hoger scoren dan 10 % met de SCORE-tabel. Framingham berekent dus *niet uitsluitend* de kans op sterfte maar wel de kans op het ontwikkelen van coronaire ziekte. Er zijn echter wel enkele nadelen met dit risicomodel in vergelijking met het gebruik van de SCORE-tabel: allereerst is de SCORE-tabel aangepast aan de Belgische bevolking en nauwkeuriger dan het op een Noord-Amerikaanse populatie gebaseerde Framinghammodel. Tevens berekent de SCORE-tabel ook het risico op sterfte aan niet-coronaire atherosclerotische ziekte (zoals beroerte, geruptureerd abdominaal aneurysma) (17).

d.2. Beleid.

Door middel van een goede patiëntenkennis kan men als huisarts een verandering van het rookgedrag teweeg moet brengen bij de patiënt, al dan niet door middel van geheugensteuntjes zoals de 5 A's. De kans dat een rookstoppoging vol wordt gehouden stijgt aanzienlijk indien de patiënt gemotiveerd en voorbereid is. Dit laatste sluit ook aan bij het bepalen van een rookstopdatum.

De meeste richtlijnen beschouwen nicotinevervangende middelen (NVM) als 1ste keuzepreparaat gezien de bewezen efficiëntie in vergelijking met placebo, de relatief lange tijd dat deze middelen al beschikbaar zijn en de lage kans op nevenwerkingen.
De 2de keuze gaat doorgaans naar Bupropion en/of Varenicline. Beide geneesmiddelen zijn niet onbesproken qua mogelijke (ernstige) nevenwerkingen (het meest berucht is een mogelijks verhoogde kans op suïcide), maar een oorzakelijk verband is tot op heden nooit aangetoond. Gezien Bupropion volledig tegenaangewezen is bij elke (familiale) vorm van epilepsie kan het ook niet bij iedereen gestart worden. Ook patiënten met een (ernstige) cardiovasculaire ziekte vormen een (relatieve) contra-indicatie voor beide geneesmiddelen.

Tenslotte is er nog Nortriptyline, dat niet wordt terugbetaald voor rookstop, maar zodanig goedkoop is dat het hiervoor soms wel gebruikt wordt gezien de gunstige effecten beschreven bij rookstop.

e. Referenties

1. Vandeurzen, Jo. Vlaamse gezondheidsdoelstellingen rapport einde 2011.
2. Bronnum-Hansen H, Juel K., et al. Impact of selected risk factors on quality-adjusted life expectancy in Denmark. Scand J Public Health 2007 35:510.
3. Chavannes NH, Kaper J, et al. NHG-standaard stoppen met roken. Huisarts Wet 2007:50(7):306-14.
4. Banga J.D., van Dijk I. Multidisciplinaire richtlijn cardiovasculair risicomanagement. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap; 2011. p. 71
5. Gailly J. Stoppen met roken. Huisarts Nu, september 2006; 35(7)
6. Boland B, Christiaens T., et al. Globaal cardiovasculair risicobeheer. Huisarts Nu, september 2007 ; 36(7).
7. Clinical Knowledge Summaries. Smoking Cessation. 2009. Beschikbaar via: http://www.cks.nhs.uk/smoking_cessation/management/quick_answers/scenario_smoking_cessation_adults. Geraadpleegd op 7 februari 2012.
8. Clinical Knowledge Summaries. Cardiovascular risk assessment and management. 2008. Beschikbaar via: http://www.cks.nhs.uk/cvd_risk_assessment_and_management/management/quick_answers/scenario_cvd_risk_assessment. Geraadpleegd op 7 februari 2012.
9. Mcrobbie H, Bullen C., et al. New Zealand Smoking Cessation Guidelines. N Z Med J. 2008 Jun 20;121(1276):57-70.
10. Crooke M. New Zealand Cardiovascular Guidelines Handbook. Clin Biochem Rev. 2009 November; 30(4): 179-185.
11. Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie. De transparantiefiches: een update. Folia juni 2011. Beschikbaar via http://www.bcfi.be/pdf/tft/TN_TABA.pdf. Geraadpleegd op 7 februari 2012.
12. National Guideline Clearinghouse (NGC). Guideline synthesis: Tobacco use cessation. 2009. Beschikbaar via: http://www.guideline.gov/syntheses/synthesis.aspx?id=16422&search=smoking+cessation. Geraadpleegd op 7 februari 2012.
13. Szatkowsku L, Lewis S, et al. Is smoking status routinely recorded when patients register with an new GP? Family Practice 2010; 27:673-675.
14. Daver J, Costa J, et al. Huisartsen en de economische aspecten van het stoppen met roken in Europa. Mei 2008.
15. Clark, Donovan, Schroeder. From outdate to update, keeping clinical guidelines valid. International Journal for Quality in Health Care 2006, 18(3): 165-166
16. Domus Medica. Herziening aanbeveling hypertensie. 2007 Beschikbaar via: http://www.domusmedica.be/documentatie/archief/persberichten/2320-herziening-aanbeveling-hypertensie.html
Geraadpleegd op 25/06/2012.
17. Wilson P, Bernard J. Estimation of cardiovascular risk in an individual patient without known cardiovascular disease. 2012. Beschikbaar via: https://stuiterproxy.kuleuven.be/contents/,DanaInfo=www.uptodate.com+estimation-of-cardiovascular-risk-in-an-individual-patient-without-known-cardiovascular-disease?source=search_result&search=risk+score&selectedTitle=1~1#H9
Geraadpleegd op 25/06/2012.

18. RIZIV. Register van de huisartsen: aantal en profiel van de huisartsen in 2005. Beschikbaar via:
http://www.riziv.fgov.be/information/nl/studies/study40/
Geraadpleegd op 26/06/2012.
19. Kannel WB, et al. Factors of risk in the development of coronary heart disease, six years follow-up experience. The Framingham Study. Ann Intern Med 1961 jul; 55: 33-50.

3. Praktijkprojectstudie

a. Inleiding

Vóór de studie plaatsvond was de praktijk waar deze studie plaatsvond een goede weerspiegeling van een typische huisartspraktijk in Vlaanderen wat betreft het managen van het rookgedrag en het cardiovasculair risicoprofiel (CVR) van de patiënten. Het rookgedrag van de patiënten was immers onvoldoende gekend bij de huisartsen en werd niet geregistreerd in het EMD, hoewel hiervoor een specifieke module voorhanden was. Het CVR, berekend op basis van leeftijd, geslacht, bloeddruk én rookgedrag werd bijgevolg foutief ingeschat. Een aanzienlijk deel van de bevolking rookt nog steeds ondanks de gekende risico's (1). Het rookgedrag wordt immers in de literatuur gezien als de belangrijkste factor in het CVR waarbij de huisarts zich zo nodig moet bekwamen in strategieën zoals motiverende gesprekstherapie om het gedrag van de patiënt te veranderen (2-4). Een bevraging bij de artsen in de praktijk bracht de typische redenen (5) naar boven waarom er weinig tijd werd besteed aan rookstop voor de patiënten: te weinig tijd voorhanden, te weinig ervaring in dit onderwerp, te weinig motivatie vanwege de patiënten. De auteur van deze studie ging de uitdaging aan om zich te bekwamen in het geven van geïndividualiseerd rookstopadvies aan zowel gemotiveerde als minder gemotiveerde patiënten en een antwoord te zoeken op 2 vragen: kan men op korte tijd het rookgedrag nauwkeuriger registreren in het EMD, en kan een basisarts met succes een rookstopprogramma uitvoeren in zijn praktijk om op die manier het CVR bij zijn patiënten te doen dalen?

b. Methode

Dit praktijkproject werd uitgevoerd in een semistedelijke huisartspraktijk met een patiëntenbestand van 3244 patiënten. 4 huisartsen zijn er werkzaam: 2 als fulltime huisarts, 1 halftime huisarts en 1 Haio. De 2 oudste artsen zijn respectievelijk 60 en 59 jaar en hebben samen meer dan 60 jaar ervaring in de eerstelijnszorg. De 2 jongste artsen zijn respectievelijk 26 en 29 jaar.

De praktijk gebruikt het computerprogramma Medidoc om het EMD te beheren. In dit programma zit een module om de rookstatus nauwkeurig te registreren. Tevens is het programma in staat om het 10-jaarsrisico op myocardinfarct en sterfte door coronaire ziekte te berekenen door de Framinghamscore.

De rookstatus was bij aanvang van de praktijkprojectstudie bij geen enkele patiënt geregistreerd. Bijgevolg was de Framinghamscore bij veel patiënten niet correct. Men stelde tevens vast dat de artsen onvoldoende op de hoogte waren van het rookgedrag van hun patiënten. Anderzijds waren de artsen het er unaniem over eens dat patiënten doen stoppen met roken één van de belangrijkste taken is in het preventieve luik van de huisarts.

Een praktijkrichtlijn werd ontwikkeld om de rookstatus en het cardiovasculaire risico van de patiënten in kaart te brengen. De eerste stap was het afbakenen van de te onderzoeken populatie. Hiervoor werden de volgende inclusiecriteria gebruikt:

- Patiënten tussen 40 en 50 jaar, zowel mannen als vrouwen;
- Patiënten met een globaal medisch dossier (GMD);
- Patiënten die op raadpleging komen.
- Patiënten die consulteren tussen 01/01/2012 en 01/04/2012.

Er werd gekozen om enkel patiënten tussen 40 en 50 jaar te bevragen over hun rookgedrag, hoewel alle geraadpleegde richtlijnen aanraden om bij *alle* patiënten de rookstatus te bevragen. De beslissing werd genomen om de haalbaarheid van de studie te verzekeren, en ook omdat er nog een behoorlijke winstmarge te halen is op die leeftijd. Hierover wordt meer ingegaan in 3.d.1.

Bij patiënten die voldeden aan de 4 bovengenoemde criteria werd tijdens het consult de rookstatus bevraagd en nauwkeurig geregistreerd in het EMD met de daarvoor ontwikkelde module (cf. bijlage 6.d.1).
Indien de patiënt bevestigde dat hij/zij rookt, werd nagegaan of de laatste 6 maanden voorafgaand aan het consult in het EMD de volgende factoren genoteerd waren:

- De bloeddruk;
- Een nuchtere lipidenbepaling.

Indien de bloeddruk nog niet gekend was of indien deze waarde ouder was dan 6 maanden, werd tijdens hetzelfde consult de bloeddruk gemeten en in het EMD ingegeven (cf. bijlage 6.d.2).

Indien de lipidenstatus niet gekend was, of ouder was dan 6 maanden, werd ofwel een nieuwe afspraak gemaakt voor een nuchtere bloedname, ofwel werd tijdens hetzelfde consult een bloedname uitgevoerd indien de tijd het toeliet en de patiënt nuchter was. Als laatste werd nagegaan of het telefoonnummer en adres van de patiënt in het dossier vermeld stonden en of deze gegevens nog steeds klopten, zodat de patiënt correct zou kunnen gecontacteerd worden. Uiteindelijk werd toch afgezien om gebruik te maken van een recallsysteem om te controleren of de patiënt de rookstop echt volhield. De redenen hiervoor waren dat dit praktisch niet haalbaar leek en ook om de privacy van de patiënt te respecteren.

Indien bovenvermelde gegevens genoteerd waren in het dossier van de patiënt, kon het 10-jaarsrisico op myocardinfarct en/of sterfte door coronaire ziekte (CVR) berekend worden door middel van de Framinghamscore.

De registratieronde liep van 01/01/2012 tot en met 31/03/2012. Van 01/04/2012 tot 01/05/2012 werden patiënten die rookten en waarbij het CVR > 10 % was, via brief uitgenodigd om op een geplande raadpleging langs te komen om een eventuele rookstop te bespreken. Deze uitnodiging per brief werd nog drie maal herhaald, namelijk op 01/6/2012, 01/7/2012 en 01/8/2012 om zo veel mogelijk respons te krijgen.

Van 01/05/2012 tot 01/11/2012 vond een interventie plaats waarbij de patiënten die ingingen op de uitnodiging individueel begeleid werden door de auteur van dit praktijkproject bij het stoppen met roken. Hierbij werd een informed consent ondertekend die tevens dienst had gedaan als persoonlijke uitnodigingsbrief (cf. bijlage 6.a). Vervolgens

vonden dan de rookstopconsultaties plaats waarbij per patiënt steeds in het EMD een follow-up document (cf. bijlage 6.b) werd bijgehouden opdat de interventie zo geïndividualiseerd mogelijk zou zijn. De rookstopconsultaties werden enkel uitgevoerd door de Haio. Voor elke eerste rookstopconsultatie werd steeds 40 minuten tijd vrijgehouden. Voor de vervolgafspraken werd ofwel 30, ofwel 40 minuten tijd vrijgehouden, op voorhand ingeschat door de Haio. Gezien de praktijk gelegen is nabij een sociale woonwijkbuurt, werd gekozen voor het derdebetalersysteem als betaalmiddel voor de rookstopconsultaties om op die manier de kosten voor de patiënten te beperken.

Tijdens de eerste rookstopconsultatie werd het profiel van de roker geschetst, met onder andere bepaling van de tabaksafhankelijkheid. Vervolgens werd met de patiënt overlopen - indien van toepassing - hoe zijn vorige rookstoppogingen zijn verlopen, hoe de motivatie van de patiënt was en wat zijn verwachtingen waren. Bij dit eerste consult kreeg de patiënt telkens de patiëntenbrieven van de NHG-standaarden mee na deze eerst samen te hebben besproken (cf. bijlage 6.c.2.2, 6.c.2.3 en c.2.4.) en kreeg hij een folder mee van de zogenaamde “praktijkkaart rookstop voor artsen” (cf. bijlage 6.c.3). In ditzelfde gesprek werd tevens gebruik gemaakt van de niet-medicamenteuze therapie zoals beschreven door Domus Medica (cf. bijlage 6.c.1) en het Nederlands Huisartsen Genootschap (cf. bijlage 6.c.2.1). Indien mogelijk werd er een concrete rookstopdatum gepland. Indien de patiënt dit reeds wou en de arts dit nuttig achtte, werd reeds medicatie opgestart tijdens deze consultatie. Er werd steeds geopteerd per patiënt maximaal 1 soort van medicatie te proberen per rookstopping.

Vervolgens werd de patiënt een 2-tal weken later opnieuw gezien (tenzij de patiënt een andere datum verkoos) in een vervolgconsultatie bij de Haio, waarin getoetst werd hoe het met de patiënt verlopen is tussen de 2 consulten in. Indien dit nog niet gebeurd was, werd een concrete datum afgesproken en al dan niet medicatie opgestart, steeds in overleg met de patiënt. Ook op het einde van deze consultatie werd een vervolgafspraak vastgelegd een 3-tal weken later.

Tijdens deze 3^{e} afspraak werd steeds opnieuw getoetst of de doelstellingen gehaald waren (= volledige rookstop), hoe de medicatie werd verdragen en wat de belevingen van de patiënt waren. Indien dit nodig werd geacht door de arts en de patiënt, volgden hierna nog enkele rookstopconsultaties (voor gedetailleerde informatie, zie tabel 3 en 4).

Tijdens vervolgconsulten werd het follow-up document verder aangevuld, de bevindingen van de patiënt getoetst, de niet-medicamenteuze behandeling verder gezet en al dan niet gestart met medicamenteuze therapie (dit laatste steeds na grondig overleg met de patiënt) opdat de geplande rookstop gehaald en behouden zou blijven. De uiteindelijke toetsing naar definitieve rookstop (of indien niet van toepassing: vooruitgang van de motivatie om te stoppen) vond plaats tijdens de laatste geplande consultatie.

c. Resultaten

c.1. Populatiebeschrijving (zie ook flowchart bijlage 6.e en tabel 3 en 4)

2037 unieke patiëntencontacten met opmaak van het GMD vonden plaats tussen 01/01/2012 en 31/03/2012, waarvan 313 patiënten tussen 40 en 50 jaar oud. 23 patiënten van deze laatste groep werden in deze periode echter niet gezien op consultatie maar op huisbezoek.

Van de 290 patiënten tussen 40 en 50 jaar oud die daadwerkelijk op consultatie kwamen tussen 01/01/2012 en 31/03/2012 werd bij 219 ervan de rookstatus geregistreerd (75,5 %). 74 patiënten waren op dat moment actieve rokers (33,7 %), 107 patiënten gaven aan nooit gerookt te hebben (48,8 %) en 38 patiënten hadden ooit gerookt maar waren ondertussen gestopt (17,3 %). Bij alle patiënten die rookten kon een nuchtere bloedname bekomen worden.

Van de actieve rokers hadden er 25 een cardiovasculair risicoprofiel (CVR) van meer dan 10 %. 12 patiënten gingen in op de uitnodigingsbrief (cf. bijlage 6.a), samen met 8 rokers die niet aan de inclusiecriteria voldeden maar expliciet vroegen om ook opgenomen te worden in de studie. Dit maakt dat er uiteindelijk 20 patiënten individueel begeleid werden met hun rookstop gedurende 6 maanden.

Om het overzicht te bewaren worden de rokers die aan de inclusiecriteria voldoen vermeld als groep A, en de rokers die niet aan de inclusiecriteria voldoen als groep B.

c.2. Resultaten na zes maanden rookstopbegeleiding (zie tabel 3 en 4)

Van de 12 rokers begeleid uit **groep A** waren er aanvankelijk 4 niet gemotiveerd om te stoppen met roken (precontemplatiefase), overwogen 6 patiënten een poging (contemplatiefase) en waren er 2 patiënten gemotiveerd om te stoppen (preparatiefase).

Na 6 maanden rookstopbegeleiding waren er 2 patiënten die zich in de precontemplatiefase bevonden, 4 bevonden zich in de contemplatiefase, 3 patiënten bevonden zich in de preparatiefase en 3 patiënten waren gestopt met roken.
Van de 4 patiënten die initieel in de precontemplatiefase zaten, waren er na 6 maanden rookstopbegeleiding nog steeds 2 in diezelfde fase. De andere 2 patiënten waren een fase opgeschoven en overwogen een rookstoppoging.

Van de 6 patiënten die zich initieel in de contemplatiefase bevonden, zaten er na 6 maanden rookstopbegeleiding nog 2 in diezelfde fase. 1 patiënt was opgeschoven naar de preparatiefase. De andere 3 patiënten waren gestopt met roken.

De 2 patiënten die zich initieel in de preparatiefase bevonden, bevonden zich na 6 maanden nog steeds in deze fase.

Van groep A kan men dus stellen dat 25 % van deze patiënten daadwerkelijk stopte met roken. Tevens schoof 30 % van de patiënten die niet stopten met roken één fase op in hun motivatie om te stoppen met roken.

Van de 8 rokers begeleid uit **groep B** was er aanvankelijk 1 patiënt niet gemotiveerd om te stoppen met roken, overwoog 1 patiënt een poging en waren er 6 patiënten gemotiveerd om te stoppen.

Na 6 maanden rookstopbegeleiding waren er geen patiënten meer in de precontemplatiefase, 2 in de contemplatiefase, 2 in de preparatiefase en 4 patiënten waren gestopt met roken.
De ene patiënt die zich aanvankelijk in de precontemplatiefase bevond, zit nu in de contemplatiefase.

De ene patiënt die initieel in de contemplatiefase zat, bevond zich nog steeds in deze fase.
Van de 6 patiënten die zich initieel in de preparatiefase bevonden, waren er 4 gestopt met roken, de overige 2 bevonden zich nog in diezelfde fase.

Van groep B kan men stellen dat 50 % van de patiënten begeleid met het stoppen met roken hierin dus daadwerkelijk slaagde. 50 % van de patiënten die niet stopten met roken (4 van de 8)schoven één fase op in hun motivatie om te stoppen met roken.

Algemeen kan men stellen dat van de 20 begeleide patiënten er 7 volledig gestopt zijn met roken (35 %). Van de 13 patiënten die niet slaagden in hun rookstop, schoven er 5 op in hun motivatieproces (38,5 %).

Tabel 3: overzicht van met rookstop begeleide rokers die aan de inclusiecriteria voldeden (groep A)

Geslacht	Leeftijd (jaren)	Aantal pakjaren	Cardiovasculair risico (%)	Initiële motivatiefase	Motivatiefase na 6 maanden begeleiding	Rookstopconsultaties	Medicatie: gebruikt → rookstop bereikt
8 ♂ 4 ♀	Gemiddeld: 48 Jongste: 44 Oudste: 50	Gemiddeld: 27,5 Laagste: 8 Hoogste: 54	Gemiddeld: 13,5 Laagste: 10 Hoogste: 19,5	Precontemplatie: 4 Contemplatie: 6 Preparatie: 2	Precontemplatie: 2 Contemplatie: 4 Preparatie: 3 Gestopt met roken: 3	Gemiddeld: 4 Laagste: 1 Hoogste: 8	Bupropion: 2 → 1 Varenicline: 4 → 2 Nortriptyline: 1 NVM: 1 → 0 Nihil: 4 → 0

Tabel 4: overzicht van de met rookstop begeleide rokers die niet aan de inclusiecriteria voldeden (groep B)

Geslacht	Leeftijd (jaren)	Aantal pakjaren	Cardiovasculair risico (%)	Initiële motivatiefase	Motivatiefase na 6 maanden begeleiding	Rookstopconsultaties	Medicatie: gebruikt → rookstop bereikt
2 ♂ 6 ♀	Gemiddeld: 50,5 Jongste: 35 Oudste: 68	Gemiddeld: 31,8 Laagste: 17 Hoogste: 57	Gemiddeld: 7,9 Laagste: 3.,4 Hoogste: 19,1	Precontemplatie: 1 Contemplatie: 1 Preparatie: 6	Precontemplatie: 0 Contemplatie: 2 Preparatie: 2 Gestopt met roken: 4	Gemiddeld: 5 Laagste: 3 Hoogste: 8	Bupropion: 2 → 1 Varenicline: 4 → 2 Nortriptyline: 1 → 1 NVM: 1 → 0 Nihil: 0

d. Discussie en interpretatie

d.1. Efficiëntie van registratie

Bij 219 patiënten tussen 40 en 50 jaar kon de rookstatus geregistreerd worden. Dit komt neer op 6,75 % van het patiëntenbestand. Dit lijkt weinig, maar dient in perspectief geplaatst te worden:

- Zoals vermeld in 3.b was het doel van de studie was niet de rookstatus van het hele patiëntenbestand te documenteren. Dit zou er immers toe leiden dat elke consultatie zou dreigen uit te lopen, en niet alle dokters konden zich ertoe dwingen bij elke consultatie de rookstatus van de patiënt te bevragen. Praktisch gezien zou het ook niet haalbaar zijn om op 4 maanden tijd bij meer dan 3000 mensen dit te gaan navragen. Het doel van de studie was net om de rookstatus te bevragen bij een specifieke doelgroep, namelijk mensen tussen 40 en 50 jaar die op consultatie kwamen. Op deze leeftijd kan nog steeds een winst tot 10 levensjaren geboekt worden indien volledige rookstop wordt bekomen. Tevens wordt in deze categorie het meest gerookt.
- 'Slechts' 290 patiënten tussen 40 en 50 jaar oud van de 3244 van het totale patiëntenbestand kwamen op consultatie gedurende de 4 maanden dat de registratie plaatsvond. Dit wil zeggen dat maar 9 % van de patiënten die in die periode op raadpleging kwam aan de inclusiecriteria voldeed om opgenomen te worden in het rookstopprogramma. Gezien bij 219 van de 290 potentiële kandidaten de rookstatus correct werd geregistreerd, oftewel 75,5 %, kan men wel degelijk van een geslaagde registratie spreken.

d.2. Prevalentie van roken in de praktijk

Uit de registratie van het rookgedrag van het patiëntenbestand van de praktijk waar deze studie plaatsvond kan men concluderen dat de prevalentie van roken in deze praktijk een stuk hoger ligt dan het Belgisch gemiddelde. Volgens de meest recente volksgezondheidsenquête uit 2008 rookt 25 % van de Belgische bevolking. In deze praktijk werd een prevalentie van 33,7 % vastgesteld, namelijk 74 van de 219 patiënten waarbij de rookstatus werd genoteerd. Voor dit hoge cijfer zijn er echter enkele mogelijke verklaringen:

- Overschatting omdat rokers mogelijk frequenter komen consulteren gezien hun grotere morbiditeit.
- Overschatting omdat in de leeftijdscategorie van 45 en 54 jaar de prevalentie van roken het hoogst is. Het percentage dat hier rookt bedraagt 33 %, evenveel dus als het percentage dat in onze praktijk werd geregistreerd bij mensen tussen 40 en 50 jaar.
- Mogelijks lagere scholing van de patiënten? Deze praktijk situeert zich kort bij een sociale woonwijkbuurt en voor het aanbieden van rookstopconsultaties werd gebruik gemaakt van het derdebetalersysteem. Op deze manier is er mogelijks een selectie gebeurd naar een bepaald, minder begoed publiek en in deze populatie is er een relatief groot aantal rokers. Deze hypothese kan echter niet bevestigd worden op basis van de gegevens van deze studie.

d.3. Geboekte resultaten

Van de 20 patiënten die door de auteur van deze studie intensief begeleid zijn gedurende meerdere maanden door middel van geplande en gestructureerde raadplegingen conform de aanbevelingen, konden er 7 van hun verslaving afgeholpen worden, oftewel 35 %. Dit hoge slaagpercentage dient echter als een overschatting te worden gezien:

- Een rookstop is in principe pas geslaagd als een patiënt 12 maanden gestopt is met roken, maar gezien de scriptie op een verloop van minder dan 2 jaar afgewerkt moest zijn was het niet mogelijk dit te meten. Het is dus mogelijk dat enkele patiënten toch opnieuw zijn beginnen te roken na het beëindigen van de studie, met aldus overschatting van het aantal gestopte rokers. Toch is het ook goed om vast te stellen dat ongeveer 1 op 3 begeleide patiënten minstens een stap verder in het motivatieproces om te stoppen met roken zijn geraakt. Op die manier zijn zij zich ervan bewust geraakt dat het nodig is om iets aan dit ongezonde gedrag te doen.
- Hoewel ongeveer 50 % van de patiënten ingingen op de oproepingsbrief (wat gezien mag worden als vrij hoog) was het absolute aantal patiënten dat effectief beleid werd uiteindelijk vrij laag. Daarom werden na verloop van tijd ook patiënten toegelaten die erg gemotiveerd waren om te stoppen met roken maar niet voldeden aan de inclusiecriteria. Zoals verwacht is het slaagpercentage in deze groep hoger (50 %) in vergelijking met de groep die werd aangeschreven en niet extra gemotiveerd was (25 %).

d.4. Evaluatie praktijkrichtlijn, beperkingen en pluspunten studie.

Aangezien dit een kwaliteitsbevorderend praktijkproject is, is het belangrijk dat ook op lange termijn deze studie zijn nut kan bewijzen. In dat opzicht is dit project hierin deels geslaagd. Langs de ene kant heeft men als basisarts een extra troef onder de knie, namelijk het vakkundig begeleiden van patiënten met het stoppen met roken. Dit is een kunst die men gaandeweg in de vingers krijgt en die enkel met veel te oefenen kan aangeleerd worden. Het voordeel dat men als huisarts ook de noodzakelijke medicatie kan voorschrijven (in tegenstelling tot de tabacoloog) mag niet onderschat worden. De patiënten dienen immers maar naar één plaats te komen voor het totaalpakket en dit wordt erg geappreciëerd.
Tevens zijn er, nadat de studie heeft plaatsgevonden, nog steeds nieuwe patiënten die bij de Haio komen om van hun rookverslaving af te raken. De studie heeft aldus ervoor gezorgd dat er in de praktijk ook op langere termijn iets kan gedaan worden aan dit probleem.
Een beperking van de studie is dat de registratie van het rookgedrag drastisch is verminderd na de 4 maanden waarin dit door alle artsen intensief werd gedaan. Voornamelijk bij patiënten waarbij een duidelijke gezondheidsvoordeel te behalen valt, zoals patiënten met een hoog cardiovasculair risico of patiënten met een luchtweginfectie wordt de rookstatus nog geregistreerd. Dit is ook meer haalbaar dan te verwachten dat alle artsen in de praktijk bij alle patiënten het rookgedrag bevraagd.
Een andere beperking is het feit dat er niet gebruik werd gemaakt van een recallsysteem waarbij patiënten opgebeld werden om te vragen of ze effectief de rookstop volhielden nadat hun begeleiding hierin was afgelopen. Zoals vermeld in 3.b werd hiervan afgezien

omdat het praktisch niet haalbaar leek (geen tijd hiervoor) en ook om de privacy van de patiënten te respecteren.
Tenslotte is het jammer dat het SCORE-model niet gebruikt kon worden in dit praktijkproject, omdat het computerprogramma enkel een bepaling van het cardiovasculaire risico volgens het Framinghammodel toeliet. Ondanks herhaaldelijk contact met het bedrijf van het softwareprogramma kon dit probleem helaas niet worden opgelost. Zoals gekend is het Framinghammodel minder nauwkeurig omdat het gebaseerd is op een Noord-Amerikaanse populatie en enkel de kans op het ontwikkelen op coronaire ziekte berekent. Op deze manier kon het cardiovasculair risicoprofiel niet zo nauwkeurig worden ingeschat als op voorhand gepland. Een alternatief had kunnen zijn dat het CVR berekend werd door middel van de SCORE-kaarten die te vinden zijn op de website van Domus Medica. De studie ging er echter net over om het EMD zo efficiënt mogelijk te gebruiken en daarom werd uiteindelijk gekozen voor het Framinghammodel.

e. Conclusie

Door middel van een registratieperiode kon het rookgedrag van 219 patiënten tussen 40 en 50 jaar oud in kaart gebracht worden, oftewel meer dan 75 % van de doelpopulatie. Hierdoor kon het cardiovasculaire risicoprofiel nauwkeuriger bepaald worden bij deze patiënten. Vervolgens vond een interventie plaats waarbij rookstopconsultaties aangeboden werden conform de huidige aanbevelingen aan 20 patiënten met een hoog cardiovasculair risicoprofiel of een hoge motivatiegraad om te stoppen met roken. Hierbij werd bij 7 patiënten een volledige rookstop bekomen. Bij de meeste patiënten die niet gestopt waren met roken op het einde van deze interventie was de motivatie om te stoppen met roken wel hoger in vergelijking met hun initiële motivatiefase.

f. Literatuur

1. Vandeurzen, Jo. Vlaamse gezondheidsdoelstellingen rapport einde 2011.
2. Chavannes NH, Kaper J, et al. NHG-standaard stoppen met roken. Huisarts Wet 2007:50(7):306-14.
3. Boland B, Christiaens T., et al. Globaal cardiovasculair risicobeheer. Huisarts Nu, september 2007 ; 36(7).
4. Gailly J. Stoppen met roken. Huisarts Nu, september 2006; 35(7)
5. Daver J, Costa J, et al. Huisartsen en de economische aspecten van het stoppen met roken in Europa. Mei 2008.

4. Samenvatting

Rookstopbegeleiding in de Vlaamse huisartsenpraktijk is een uitdagende doch haalbare en dankbare kunst. Door middel van een grondig literatuurnazicht werd een praktijkrichtlijn ontwikkeld waarbij het rookgedrag van patiënten in een Vlaamse huisartsenpraktijk kon aangepakt worden. Vervolgens vond gedurende 4 maanden een registratie van het rookgedrag plaats bij patiënten tussen 40 en 50 jaar. 290 patiënten tussen 40 en 50 jaar kwamen tijdens die periode op consultatie. Bij 219 patiënten (75,5 %) werd de rookstatus geregistreerd. Met deze gegevens kon via computersoftware het cardiovasculair risicoprofiel van deze patiënten nauwkeuriger bepaald worden. De patiënten met een hoog cardiovasculair risicoprofiel werden aangeschreven om op raadpleging via geplande consultaties een strategie tot het bekomen van definitieve rookstop te bespreken. In tweede tijd werd ook een groep erg gemotiveerde patiënten, die niet voldeed aan de initiële inclusiecriteria, opgenomen in de studie. Uiteindelijk werden 20 patiënten gedurende 6 maanden intensief begeleid met het stoppen met roken. Bij 7 van de 20 begeleide patiënten kon een definitieve rookstop bekomen worden.

Offering guidance in smoking cessation as a Flemish General Practitioner to your patients can be exciting and in the same time manageable and rewarding. After completing a thorough literary review, a practice guideline was developed to manage the smoking behaviour of the patients of a general practitioner's office. Afterwards, the smoking behaviour of patients between 40 and 50 years old was documented during 4 months. 290 patients between 40 and 50 years old were seen at the general practitioner's office during that period. 219 of them (75,5 %) had their smoking status documented. The individual cardiovascular risk profile of these patients was then calculated using this data. Patients with a high cardiovascular risk profile were advised to come to the office to follow an individual smoking cessation program. Secondly, a group of highly motivated patients that did not include the initial inclusion criteria was also admitted to the study. During 6 months, 20 patients were guided to quit smoking using an intense smoking cessation program. Eventually, 7 of these 20 patients were able to quit smoking.

5. Dankwoord

Ik wil graag nog enkele personen in de bloemetjes zetten zonder wiens hulp deze thesis nooit tot stand zou zijn gekomen. Het schrijven van een thesis is immers een langzaam proces dat niet zonder slag of stoot tot een goed einde komt. Gelukkig kon ik rekenen op de steun en begeleiding van enkele personen.

Allereerst wil ik mijn thesispromotor, professor dokter Bert Aertgeerts, bedanken. Met geduld en gevatte feedback kon hij mijn aandacht houden op hetgeen er toe doet in een thesis en deze zo overzichtelijk mogelijk houden.

Tevens wil ik mijn co-promotor, dokter Harrie Dewitte, bedanken. Met hem werd het oorspronkelijke idee van registratie en behandeling van de doelgroep duidelijk afgebakend. Ook hij was steeds enthousiast en heeft voor nuttige feedback gezorgd.

Ik wil graag ook mijn collega's bedanken waarmee ik reeds 1,5 jaar mag samenwerken in de huisartsenpraktijk. Zij waren steeds erg geïnteresseerd in de vooruitgang van de thesis, en hebben zeer goed meegeholpen aan de registratieronde. Ik wil hen ook bedanken voor hun vertrouwen in mij, waardoor een 2de groep van gemotiveerde patiënten kon opgenomen worden in het project.

Ook een dankjewel aan mijn vriendin Romina voor haar steun, vertrouwen en geduld.

6. Bijlagen

a. Informed consentformulier

Sint-Truiden, 01/4/2012

Informatie en Toestemmingsformulier voor de patiënt

Geachte Heer, Mevrouw,

Roken is een belangrijk gezondheidsprobleem dat tot aanzienlijke chronische en acute complicaties kan leiden, onder andere tot een verhoogd risico op hart- en vaatziekten.

Dr. Maxime Borreman doet in de huisartsenpraktijk Creten – De keersmaecker een onderzoek om de zorg voor patiënten met een verhoogd cardiovasculair risicoprofiel (dit wil zeggen een grote kans om in de komende 10 jaar een hartaanval of een beroerte te ontwikkelen) door een huisarts te verbeteren door middel van het aanbieden van rookstopconsultaties bij onze patiënten.

Begin dit jaar vond in de huisartsenpraktijk Creten-De keersmaecker een registratie van het rookgedrag van de patiënten plaats. Deze resultaten werden verzameld en verwerkt, om hieruit het cardiovasculair risicoprofiel te berekenen. Uit deze gegevens bleek dat u een verhoogd cardiovasculair risicoprofiel vertoont en rookstop aanbevolen is.

Concreet vragen we u om via het telefoonnummer 011/… een rookstopconsultatie vast te leggen bij Dr. Maxime Borreman. Hierin wordt in een verkenningsgesprek van ongeveer een half uur besproken hoe we uw rookstop zullen aanpakken. Mogelijke tijdstippen zijn: maandagvoormiddag, woensdagnamiddag, woensdagavond, donderdagnamiddag en vrijdagnamiddag. Indien u belt, zeg dan dat het gaat over een rookstopconsultatie zodat de secretaresse weet dat er 30 minuten worden vrijgehouden.

Indien u toestemt om deel te nemen aan deze studie zullen wij de gegevens van uw medisch dossier verwerken in onze studies.

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

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

Door het ondertekenen van dit formulier voor geïnformeerde toestemming geeft u uw toestemming tot het meewerken aan deze studie.
Gelieve vóór deelname uw schriftelijke toestemming te geven op dit formulier:

Naam: …….

Datum: …… Handtekening: ……

b. Follow-up document

Tabaksontwenning Follow-up document (KB 31 augustus 2009)

Identificatie van de patiënt

Naam : …….Voornaam :……..

Geboortedatum :…….

Historisch overzicht van het tabaksgebruik (rookstart, rookstoppogingen , periodes van rookstop, …)

Evaluatie van de tabaksafhankelijkheid (vb : test van Fagerström)

- Steekt eerste sigaret op …
- Heeft moeite om langere tijd niet te roken op plaatsen waar dit verboden is
- Kan het moeilijkst de ochtendsigaret missen
- Rookt … sigaretten per dag
- Rookt 's morgens meer dan de rest van de dag
- Rookt zelfs als hij zo ziek is dat hij gedurende het grootste deel van de dag in bed moet blijven

Evaluatie van de motivatie om te stoppen met roken

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

Datum van de zittingen

c. Rookstopstrategiën.

c.1. Domus Medica

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."*

c.2. Nederlands Huisartsen Genootschap

c.2.1. Richtlijnen voor de arts

RICHTLIJNEN BELEID

Niet-medicamenteus beleid eerste spreekuurbezoek

De huisarts geeft alle rokers het advies te stoppen met roken. Dit is effectief gebleken en kost weinig tijd.[19)] Breng dit advies op een duidelijke, sterke en op de persoon afgestemde manier; benadruk het belang van het stoppen met roken voor de toekomstige gezondheid en leg waar mogelijk een relatie met ziekten, risicofactoren of klachten die op dat moment bij de patiënt aanwezig zijn.

Bespreek, ongeacht de motivatie van de roker, wat de praktijk aan ondersteuning kan bieden en bied zo nodig een vervolgcontact aan. Maak met gemotiveerde rokers een vervolgafspraak voor een intensieve ondersteunende interventie (zie kader *Intensieve ondersteunende interventie*) en bied overwegers in een vervolgconsult een korte motivatieverhogende interventie aan (zie kader *kortemotivatieverhogende interventie*)>. Spreek tegenover de gestopte roker uw waardering uit en onderstreep het belang. Vraag ongemotiveerde rokers toestemming om in een volgend consult terug te komen op de rookstatus en de motivatie (zie *figuur 1).*

Voorlichting

Bied voorlichtingsmateriaal aan naar behoefte. Er zijn verschillende producten beschikbaar.

NHG-Patiëntenbrieven zijn gebaseerd op de standaard en bevatten informatie over hulp en adviezen bij stoppen met roken. Voor patiënten die gemotiveerd zijn te stoppen met roken is er de NHG-Patiëntenbrief Stoppen met roken. Voor overwegers is er de NHG-Patiëntenbrief Overwegen van stoppen met roken. Voor de gestopte roker is er de NHG-Patiëntenbrief Volhouden van stoppen met roken. De NHG-Patiëntenbrieven zijn te vinden op de NHG-website (http://www.nhg.org > Patiëntenvoorlichting).

Voor meer informatie over behandelmogelijkheden kunt u verwijzen naar STIVORO, het expertisecentrum voor tabakspreventie en tabakshulpverlening (http://www.stivoro.nl/huisarts).

Niet-medicamenteus vervolgbeleid

Intensieve ondersteunende interventie bij gemotiveerde rokers

Van alle rokers is 7% op een willekeurig moment gemotiveerd om te stoppen met roken.[20)] Geadviseerd wordt bij gemotiveerde rokers het ijzer te smeden als het heet is en hen de meest effectieve interventie aan te bieden. Deze bestaat uit een intensieve ondersteunende gedragsmatige interventie[21)] (zie kader *Intensieve ondersteunende interventie*), die bij personen die tien of meer sigaretten per dag gebruiken gecombineerd wordt met nicotinevervangende middelen (NVM), nortriptyline of bupropion.[22),23)] De interventie is op de persoon afgestemd en bestaat uit ten minste vier consulten van tien minuten in een periode van enkele maanden. Afhankelijk van de ernst van de verslaving en de behoefte van de patiënt wordt de contacttijd verlengd en/of het aantal follow-upconsulten uitgebreid.[21]

Korte motivatieverhogende interventie bij overwegers

Bied rokers die overwegen te stoppen met roken, maar daar op dit moment nog niet aan toe zijn, een korte motivatieverhogende interventie aan (zie kader *Korte motivatieverhogende interventie*).[24)]

Intensieve ondersteunende interventie

- Vraag hoeveel sigaretten de roker gemiddeld per dag rookt en of hij de eerste sigaret doorgaans binnen dertig minuten na het ontwaken opsteekt. Het roken van tien of meer sigaretten per dag is een reden om de stoppoging te ondersteunen met medicatie, zoals nicotinevervangende middelen (NVM). Iemand die meer dan twintig sigaretten per dag rookt en de eerste sigaret binnen dertig minuten na het ontwaken opsteekt, is sterk nicotineafhankelijk. Een hoge dosis NVM is dan waarschijnlijk effectiever dan een lage dosis.
- Evalueer eerdere mislukte stoppogingen, inventariseer waarom die mislukten en bespreek hoe dit te ondervangen is.
- Stel vast wat de moeilijke momenten zullen zijn, hoe de roker een moeilijk moment kan herkennen en hoe hij kan anticiperen op deze moeilijke momenten:
    - *Ontwenningsverschijnselen:* geef zo nodig medicamenteuze ondersteuning.

    - *Angst om te falen of dalende motivatie:* benadruk dat dit een gewone reactie is en raad de patiënt aan om zichzelf te belonen. Raad tijdelijk tabaksgebruik af en benadruk dat opnieuw beginnen (al is het maar één sigaret) het alleen maar lastiger maakt om te stoppen.
    - *Gewichtstoename:* benadruk het belang van een goede eetgewoonten, ontmoedig strikte diëten en stimuleer extra lichamelijke activiteit. Vertel dat enige gewichtstoename normaal is, maar vertel dat het gewicht na een tijdje stabiel blijft. Bied ondersteuning aan.
    - *Gebrek aan sociale steun:* maak afspraken voor follow-up (eventueel telefonisch). Probeer in de eigen omgeving steun te vinden en bied vanuit de praktijk ondersteuning aan.
- *Genot van tabak*: plaats hier andere dingen tegenover. Maak samen met de roker een stopplan:
    - Spreek een stopdatum af: adviseer helemaal te stoppen, zelfs geen halve sigaret.
    - Laat de roker sociale steun van anderen regelen: vertel het iedereen, probeer partners tegelijk te laten stoppen.
    - Vraag partners, ouders en collega's om steun bij de stoppoging.
    - Verwijder tabaksproducten van plaatsen waar de roker komt.
    - Spreek af op welke manier de roker kan anticiperen op moeilijke momenten.
    - Adviseer op de persoon afgestemde medicamenteuze ondersteuning als de roker meer dan tien sigaretten per dag rookt en leg uit waarom dit de kans op stoppen verhoogt. Evalueer het effect van de medicatie.
- Plan (eventueel telefonische) follow-upcontacten: het eerste follow-upcontact binnen een week na de stopdatum, het tweede binnen een maand, het derde drie maanden na de stopdatum, het vierde na een halfjaar (afgestemd op de behoefte van de patiënt).
- Acties in follow-up: vier het succes. Als de patiënt toch gerookt heeft, evalueer dan waarom en probeer diens commitment te krijgen om helemaal te stoppen; terugvallen kan als een leermoment worden gezien. Bespreek de moeilijke momenten en anticipeer hierop. Evalueer farmacotherapie en overweeg intensievere behandeling.

Korte motivatieverhogende interventie

- Vraag naar de voordelen van het roken.
- Vertel waarom het juist voor deze persoon relevant is om te stoppen, maak het zo persoonlijk mogelijk (zie ook kader *Intensieve ondersteunende interventie*).
- Praat met de roker over de risico's die hij loopt: benadruk dat het roken van lightsigaretten de risico's niet wegneemt. Risico's zijn bijvoorbeeld impotentie, astma en schade tijdens zwangerschap. Langetermijnrisico's zijn bijvoorbeeld HVZ, COPD en kanker. Bespreek ook de risico's voor de omgeving, zoals het risico voor de kinderen en de gevolgen van meeroken.
- Vertel over de voordelen van stoppen met roken. Maak ook dit persoonlijk: betere gezondheid, geld, eten smaakt beter, geur en reuk verbeteren, je voelt je fysiek beter, het is een goed voorbeeld voor de kinderen, het is goed voor de huid.
- Vraag de roker naar mogelijke barrières voor het stoppen met roken. En wijs de roker op de behandelings- en ondersteuningsmogelijkheden:
    - Ontwenningsverschijnselen: ondersteuning met medicatie zoals NVM.
    - Angst om te falen of dalende motivatie: benadruk dat dit een gewone reactie is en dat jezelf moet belonen.

    - Gewichtstoename: benadruk het belang van goede eetgewoonten, ontmoedig strikte diëten en stimuleer extra lichamelijke activiteit. Vertel dat enige gewichtstoename normaal is, maar dat het gewicht na een tijdje stabiel blijft. Bied ondersteuning aan.
    - Gebrek aan sociale steun: maak afspraken voor follow-up (eventueel telefonisch). Stimuleer in de eigen omgeving steun te vinden en bied vanuit de praktijk ondersteuning aan.
- Genot van tabak: plaats hier andere dingen tegenover.

c.2.2. Patiëntenbrief “rookstop overwegen”

Overwegen

Versiedatum: juni 2007

Bij een bepaalde vraag, klacht of ziekte kan de huisarts of praktijkmedewerker deze brief aan u meegeven. Deze informatie is niet bedoeld om een gesprek met de huisarts te vervangen.

Uw gezondheidssituatie kan anders zijn dan hier wordt beschreven.

Waarom nadenken over roken?

Veel mensen vinden het prettig om te roken. Voor de gezelligheid, om te ontspannen of tot rust te komen. Of om zich beter te kunnen concentreren. Sommige mensen roken om beter met stress of onzekerheid om te kunnen gaan. Of om te voorkomen dat ze gaan eten.

De belangrijkste reden waarom mensen blíjven roken is omdat ze verslaafd zijn. Het lichaam is gewend geraakt aan een bepaalde hoeveelheid nicotine. Bovendien is het roken gekoppeld aan allerlei dagelijkse gewoonten. Daardoor krijgt u steeds weer zin om te roken en is het moeilijk om ermee te stoppen.

Wat zijn voor u de redenen om te blijven roken? Wegen de voordelen nog wel op tegen de nadelen? Door hierover na te denken wordt het voor uzelf duidelijker of (en zo ja waarom) u wilt stoppen met roken.

Nadelen van roken

U weet natuurlijk al lang dat roken ongezond is, zowel voor uzelf als voor de mensen om u heen.

Uw conditie gaat achteruit en u heeft minder energie. Bovendien heeft u meer kans op:

- doffe huid en haren;
- ontstekingen van de neus en -bijholten, het tandvlees, de keel en de oren;
- maagzweren;
- verminderde vruchtbaarheid (zowel bij mannen als vrouwen);
- eerder in de overgang komen en sneller last hebben van botontkalking (vrouwen);
- verminderde seksuele potentie (mannen);

- ernstige aandoeningen van de luchtwegen (astma, chronische bronchitis, longemfyseem);
- ernstige hart- en vaatziekten (zoals beroerte, bloedvatvernauwing en hartinfarct);
- verschillende soorten kanker (van de longen, de keel, de slokdarm, de alvleesklier, de blaas, de nieren en de baarmoederhals);
- jonger sterven dan niet-rokers.

Roken in de zwangerschap is schadelijk voor uw baby. Roken in huis verhoogt de kans op luchtwegaandoeningen bij uw kind(eren).

De feiten onder ogen zien

Rokers noemen verschillende redenen om te blijven roken, maar deze kloppen vaak niet met de feiten:

- Veel rokers vinden dat ze al te lang roken om er nog mee te stoppen. Maar stoppen is nooit te laat. U gaat er altijd op vooruit, ongeacht hoe lang u gerookt heeft.
- Natuurlijk staan we ook aan andere schadelijke factoren bloot, zoals luchtvervuiling, gifstoffen en straling. Maar roken is veel schadelijker. De kans dat iemand aan roken overlijdt, is duizend keer groter dan de kans om aan de gevolgen van luchtvervuiling te sterven. Dat andere zaken ook schadelijk zijn voor de gezondheid, is geen reden om door te roken. Roken is tenminste iets waar u zelf wat aan kunt doen.
- Iedereen kent wel een roker die oud is geworden, maar helaas zijn dat de uitzonderingen. Mensen die roken sterven gemiddeld dertien jaar eerder dan mensen die niet roken. Per jaar sterven in Nederland ongeveer 20.000 mensen aan de gevolgen van roken.
- De meeste stoppers komen ongeveer twee kilo aan. Dat is waar. Toch is roken veel schadelijker dan een paar kilo extra lichaamsgewicht. Als het stoppen gelukt is, kunt u altijd nog iets doen aan uw gewicht.
- Veel rokers denken dat ze toch niet kunnen stoppen. Door te bespreken welke problemen u hierbij verwacht, wordt vaak duidelijk welke aanpak het best bij u past. De kans dat u slaagt is dan groter.

Voordelen van stoppen

Stoppen met roken is goed voor uw gezondheid. Uw conditie verbetert en u heeft meer energie. Dit kunt u al na een paar weken merken. U voelt zich frisser en fitter en u ziet er gezonder uit. U kunt beter proeven en ruiken. Uw huid en uw haren worden weer mooier. Uw stem klinkt natuurlijker, uw rokershoest verdwijnt en u stinkt niet meer naar rook. De kans dat u verkouden of ziek wordt, is direct kleiner. In de eerste vijf jaar gaat uw gezondheid het hardst vooruit. U heeft dus snel resultaat van het stoppen. U gaat er altijd op vooruit, ongeacht hoe lang u gerookt heeft. Na gemiddeld 10 tot 15 jaar is uw levensverwachting weer dezelfde als die van een niet-roker.

Niet roken is ook beter voor de gezondheid van de mensen om u heen. Als er thuis niet wordt gerookt, hebben kinderen minder kans op verkoudheid, griep, en ontstekingen van de oren, de luchtwegen en de longen. Door niet te roken geeft u een goed voorbeeld. Tenslotte: stoppen met roken bespaart u veel geld

Nadenken over stoppen met roken

Gaat u nog eens na of de redenen om te roken voor u belangrijker zijn dan de voordelen van stoppen. Als u twijfelt, praat er dan eens over met mensen die gestopt zijn. U zult merken dat eigenlijk iedereen blij is gestopt te zijn. Of maak opnieuw een afspraak voor op het spreekuur.

Als u al besloten heeft te stoppen, is het verstandig met de praktijk contact op te nemen voor verder advies en ondersteuning.

Meer informatie

Meer informatie over stoppen met roken vindt u op de site van STIVORO op http://www.stivoro.nl/stoppenmetroken of bel de landelijke informatielijn: 0900-9390.

Heeft u nog vragen?

Als u na het lezen van deze brief nog vragen heeft, dan kunt u daar bij een volgend contact op terugkomen.

c.2.3. Patiëntenbrief “adviezen en hulpmiddelen”

Stoppen met roken: adviezen en hulpmiddelen

Versiedatum: april 2011

Bij een bepaalde vraag, klacht of ziekte kan de huisarts of praktijkmedewerker deze brief aan u meegeven. Deze informatie is niet bedoeld om een gesprek met de huisarts te vervangen.

Uw gezondheidssituatie kan anders zijn dan hier wordt beschreven.

Verslaving

Roken is verslavend. U raakt gewend aan een bepaalde hoeveelheid nicotine (lichamelijke verslaving) en aan de gewoonte te roken (geestelijke verslaving). Bij allerlei dagelijkse bezigheden bent u gewend te roken. Bijvoorbeeld ‘s ochtends bij de koffie, in de pauze, na het eten of met vrienden. Daardoor krijgt u steeds weer zin om te roken. Verslaving is de belangrijkste reden waarom mensen blijven roken. Rookt u minstens tien sigaretten per dag, of rookt u uw eerste sigaret binnen een halfuur nadat u wakker wordt, dan is de kans groot dat u verslaafd bent.

Ontwenningsverschijnselen

Wanneer u stopt met roken, krijgt uw lichaam plotseling geen nicotine meer. Daardoor kunnen ontwenningsverschijnselen ontstaan zoals humeurigheid, rusteloosheid, ongeduld, hoofdpijn, slapeloosheid of slecht kunnen concentreren. U kunt last krijgen van koude rillingen en tintelingen in de handen en voeten. Verder kan de eetlust toenemen en de stoelgang traag zijn.

Ontwenningsverschijnselen zijn vervelend, maar kunnen geen kwaad. In de eerste drie dagen zijn de ontwenningsverschijnselen het ergst. Na gemiddeld drie tot vier weken gaan deze

verschijnselen vanzelf over. De behoefte om te roken zal nog vaak terugkeren, ook als u langere tijd gestopt bent. Maar naarmate u langer gestopt bent, neemt die behoefte af.

Adviezen

Ontwenningsverschijnselen zijn vervelend, maar kunnen geen kwaad en gaan vanzelf over. Afleiding en ontspanning kunnen helpen de ontwenningsperiode te overbruggen:

- Neem tijdens uw werkzaamheden af en toe een pauze. Neem dan een stuk fruit in plaats van een sigaret en loop een blokje om.
- Als u snakt naar een sigaret, probeer dan rustig te ademen en te ontspannen.
- Bedenk nog eens dat de lichamelijke (ontwennings-)verschijnselen die u voelt geen kwaad kunnen en vanzelf overgaan.
- Denk aan iets prettigs, laat uw schouders ontspannen hangen, adem vijf tellen diep en langzaam in door de neus en adem vijf tellen langzaam uit door de mond. Wacht even en herhaal dit drie tot vijf keer.
- Zoek afleiding. Drink bijvoorbeeld een glas water, loop even naar buiten (niet naar de rookplek) , doe wat oefeningen: ren de trap op en af, doe tien kniebuigingen of lees een bladzijde uit een leuk verhaal hardop voor.
- Houdt u het bijna niet meer uit zonder sigaret, ga dan snel een eind fietsen, rennen of wandelen.
- Misschien bedenkt u zelf wel de beste trucs om het roken te vermijden. Dat is natuurlijk prima. Als u maar niet meer gaat roken.

Lichaamsbeweging is belangrijk als afleiding en voor de ontspanning. Sport kan helpen eventuele gewichtstoename te beperken. Zorg dat u tenminste vijf dagen per week een halfuur intensief beweegt. Fiets bijvoorbeeld elke dag naar uw werk of neem een hond die u dagelijks uit gaat laten. Beweging, vezelrijke voeding (fruit, bruinbrood) en voldoende drinken (minstens 1½ liter per dag) helpen de stoelgang te bevorderen.

Hulpmiddelen

Sommige mensen lukt het gemakkelijker om te stoppen als ze daar hulpmiddelen bij gebruiken. Vooral als u veel rookt, is er kans dat u bij stoppen last krijgt van ontwenningsverschijnselen. Dan is het vaak moeilijker om te stoppen. Hulpmiddelen kunnen helpen deze periode te overbruggen. De kans dat het stoppen lukt is dan groter. Er bestaan nicotinevervangende middelen en medicijnen. Bedenk dat deze middelen het werk niet alleen doen. U moet zelf ook echt willen stoppen.

Nicotinevervangende middelen

Nicotinevervangende middelen hebben de minste bijwerkingen. Hiermee kunt u wennen aan een leven zonder roken, terwijl uw lichaam toch nog nicotine binnenkrijgt. Zo kunt u eerst de gewoonte van het roken afleren. Daarna vermindert u pas de hoeveelheid nicotine.

Nicotine-kauwgom of -pleisters worden het meest gebruikt. Er bestaan ook zuigtabletten en oplostabletten voor onder de tong.

De kauwgom werkt snel, maar kort. U gebruikt de kauwgom op het moment dat u zin heeft in een sigaret. De kauwgom -kauwt u langzaam tot de smaak sterk is (na 10 tot 15 seconden).

Dan stopt u met kauwen tot de smaak verdwenen is (duurt ongeveer een minuut). In die tijd klemt u de kauwgom tussen uw kiezen en uw wangslijmvlies. Het slijmvlies neemt de nicotine op. Daarna gaat u weer door met kauwen. Dit herhaalt u gedurende een halfuur. In het kwartier voor het gebruik van de kauwgum en tijdens het kauwen mag u niets eten of drinken.

De nicotinepleister werkt langzaam en geleidelijk. De pleister plakt u ‘s ochtends op uw bovenarm, buik, rug of heup. U verwijdert de pleister voor het slapengaan. De huid dient droog en bij voorkeur onbehaard te zijn. Kies steeds een andere plakplaats. Plak pas na vijf dagen weer op dezelfde plaats. De nicotine wordt door de huid opgenomen.

Nicotinevervangende middelen kunt u gebruiken vanaf de dag dat u gestopt bent. Wanneer u deze middelen wilt starten, is het goed om dat op de praktijk te bespreken. Als u bijvoorbeeld kort geleden hartklachten of een beroerte heeft gehad, raden we het soms af. Nicotinevervangende middelen kunt u zonder recept kopen.

Medicijnen

Sommige medicijnen helpen bij het stoppen met roken. De bekendste zijn nortriptyline, bupropion en varenicline

Nortriptyline en bupropion verminderen de rookbehoefte en de ontwenningsverschijnselen. Deze middelen werken ook tegen depressiviteit. Slecht slapen en een droge mond zijn mogelijke bijwerkingen. Twee weken voordat u helemaal gaat stoppen met roken begint u de tabletten in te nemen. Gebruik de medicijnen daarna nog ongeveer vijf tot tien weken.

Varenicline vermindert de gevoeligheid van uw hersenen voor nicotine. Het heeft als bijwerking misselijkheid, slapeloosheid en abnormale dromen. Soms duizeligheid en slaperigheid. Twee weken voor dat u gaat stoppen begint u de tabletten in te nemen en de dosis geleidelijk op te bouwen. Gebruik varenicline tot 12 weken nadat u met roken gestopt bent. Niet geschikt voor mensen met schizofrenie, ernstige depressie of stemmingswisselingen.

De tabletten zijn alleen op recept verkrijgbaar. Hulpmiddelen en medicijnen bij stoppen met roken zijn het meest werkzaam als u daarbij deskundige begeleiding krijgt. Bijvoorbeeld door een huisarts, praktijkondersteuner of psycholoog die daarin getraind is. Alleen dán krijgt u deze middelen ook vergoed.

Andere vormen van ondersteuning

Samen stoppen lukt vaak beter. Stoppen met roken kan in groepsverband. De thuiszorg of GGD organiseert cursussen stoppen met roken in groepsverband onder leiding van een deskundige (bijvoorbeeld de training ‘Pak je kans’).

Wanneer contact opnemen?

Het is goed om nog een paar keer op de praktijk te komen in de periode nadat u gestopt bent. Bijvoorbeeld een week, een maand, drie maanden en een halfjaar na de stopdag. We bespreken dan hoe het gaat en bekijken of de aanpak moet worden aangepast. Maak hiervoor alvast een afspraak. Als u behoefte heeft aan meer ondersteuning, kunnen we afspreken een

aantal keer telefonisch contact te hebben. Als we contact houden is de kans dat het stoppen lukt veel groter.

Meer informatie

Meer informatie over stoppen met roken vindt u op de site van STIVORO op http://www.stivoro.nl/huisarts of bel de landelijke informatielijn: 0900-9390.

Heeft u nog vragen?

Als u na het lezen van deze brief nog vragen heeft, dan kunt u daar bij een volgend contact op terugkomen.

c.2.4. Patiëntenbrief “voorbereiden”

Stoppen met roken: voorbereiden

Versiedatum: juni 2011

Bij een bepaalde vraag, klacht of ziekte kan de huisarts of praktijkmedewerker deze brief aan u meegeven. Deze informatie is niet bedoeld om een gesprek met de huisarts te vervangen.

Uw gezondheidssituatie kan anders zijn dan hier wordt beschreven.

Kies een stopdatum

Stoppen met roken is moeilijk. Daarom is het belangrijk dat u dit goed voorbereidt. Kies een gunstig tijdstip, wanneer u niet te veel aan uw hoofd heeft en toch voldoende afleiding heeft. Neem ongeveer twee weken tijd om u hierop voor te bereiden. Stop in één keer. Uit onderzoek blijkt dat dat beter lukt dan wanneer u stopt door langzaam te minderen. Zorg dat u alle rookwaar uit uw huis verwijdert voor de stopdag.

Bereid u voor op moeilijke momenten

Mijd de eerste tijd moeilijke situaties en een omgeving waarin gerookt wordt: thuis, op het werk of tijdens een avondje stappen. Als dat niet kan, wees dan extra waakzaam en zorg dat u een antwoord klaar heeft voor als men u een sigaret aanbiedt. Pas op met alcohol. Onder invloed van alcohol is het veel moeilijker om nee te zeggen tegen roken.

Maak een lijstje van alle mogelijke momenten waarbij u naar een sigaret verlangt. Vraag aan anderen of ze u helpen het lijstje compleet te maken. Probeer voor elk van die moeilijke momenten van te voren een goed alternatief te vinden.

Rookt u voor de gezelligheid? Bedenk wat u op dat moment kunt doen in plaats van roken. Bijvoorbeeld muziek opzetten, een kop thee drinken, met iemand een gesprek beginnen, iemand opbellen of bij iemand op bezoek gaan.

Wat gaat u doen als u nerveus en gespannen bent? U kunt bijvoorbeeld diep ademhalen, een slokje water nemen, even rondlopen, een warme douche nemen, een eindje rennen of hard fietsen.

Wat kunt u doen als u boos of verdrietig bent? Probeer dan afleiding te zoeken, ga even wandelen of fietsen, schrijf uw gedachten op of praat erover, dat lucht vaak op.

Bedenk iets wat bij u past. Laat ook anderen hierin meedenken. Wanneer u voor elk van die moeilijke momenten uw eigen alternatief heeft bedacht, is de kans dat u het volhoudt groter.

Ontwenningsverschijnselen

Wanneer u stopt met roken, kunnen ontwenningsverschijnselen ontstaan. U kunt last hebben van humeurigheid, rusteloosheid, ongeduld, hoofdpijn, slapeloosheid en slecht kunnen concentreren. U kunt last hebben van koude rillingen en tintelingen in de handen en voeten. De stoelgang kan traag zijn en de eetlust kan toenemen. In de eerste drie dagen zijn deze verschijnselen het ergst. Voor de een duren ze langer dan voor de ander. Meestal gaan ze na drie tot vier weken vanzelf over.

Adviezen

Ontwenningsverschijnselen zijn vervelend, maar kunnen geen kwaad en gaan vanzelf over. Afleiding, ontspanning en lichaamsbeweging helpen deze periode te overbruggen.

Neem tijdens uw werkzaamheden af en toe een pauze. Heeft u juist tijdens pauzes zin om te roken, doe dan ontspannings- en ademhalingsoefeningen. Drink een glas water, loop een blokje om of sla de pauze over. Als u geneigd bent meer te gaan eten, kies dan voor fruit of een bruine boterham en niet voor snoep.

Bewegen en sporten zorgen voor afleiding en ontspanning. Lichaamsbeweging kan ook helpen eventuele gewichtstoename te beperken. Probeer elke dag een halfuur extra te bewegen. Ga bijvoorbeeld wandelen, fietsen of tuinieren. Beweging, vezelrijke voeding (fruit, bruinbrood) en het drinken van veel water helpen als u last heeft van een trage stoelgang.

Ondersteuning

Roken is verslavend. Omdat uw lichaam aan een bepaalde hoeveelheid nicotine gewend is, is het moeilijk om met roken te stoppen. Het stoppen is een kwestie van willen en doorzetten. U moet het natuurlijk zelf doen, maar hulp van buitenaf is meestal wel nodig. Naast de hulp die we op de praktijk kunnen geven, kunnen ook mensen in uw omgeving u ondersteunen. Daarom is het belangrijk dat u erover praat. Spreek met andere rokers af dat ze u geen sigaret meer aanbieden en niet in uw omgeving roken. Probeer huisgenoten, vrienden en collega’s bij het besluit te betrekken. Samen stoppen lukt beter. De thuiszorg of GGD organiseert cursussen stoppen met roken in groepsverband onder leiding van een deskundige (bijvoorbeeld de training ‘Pak je kans’).

Hulpmiddelen

Sommige mensen lukt het om zonder hulpmiddelen te stoppen. Vooral als u veel rookt, is er kans dat u bij stoppen last krijgt van ontwenningsverschijnselen. Dan is het vaak moeilijker

om te stoppen. Hulpmiddelen kunnen helpen deze periode te overbruggen. De kans dat het stoppen lukt, is dan groter. Er bestaan nicotinevervangende middelen en medicijnen. Bedenk dat deze middelen het werk niet alleen doen. U moet zelf ook echt willen stoppen.

Nicotine-vervangende middelen zoals nicotine-kauwgom of pleisters vullen het tekort aan nicotine aan zodat u minder last heeft van ontwenningsverschijnselen. Hiermee kunt u wennen aan een leven zonder roken, terwijl uw lichaam nog wel nicotine binnenkrijgt. Zo kunt u eerste de gewoonte van het roken afleren. Daarna vermindert u pas de hoeveelheid nicotine.

Medicijnen Mensen die al eerder gestopt zijn en weten dat ze enorm naar roken blijven verlangen, kunnen overwegen medicijnen te gebruiken om de rookbehoefte en ontwenningsverschijnselen te verminderen. De bekendste zijn nortriptyline, bupropion en varenicline. Nortriptyline en bupropion werken ook tegen depressiviteit. Slecht slapen en een droge mond zijn mogelijke bijwerkingen. Varenicline vermindert de gevoeligheid voor nicotine in uw hersenen. Varenicline bootst de werking van nicotine ook enigszins na. Daardoor verlangt u minder naar nicotine en heeft u minder ontwenningsverschijnselen. Mogelijke bijwerkingen zijn misselijkheid, slapeloosheid en abnormale dromen. Deze medicijnen zijn alleen op recept verkrijgbaar.

Hoe gaat het verder?

We bespreken samen welke aanpak het beste bij u past. Nadat u gestopt bent, komt u nog een paar keer op de praktijk. Dan bespreken we hoe het gaat en bekijken we of de aanpak moet worden aangepast. We kunnen ook afspreken een aantal keer telefonisch contact te hebben. Als we contact houden, is de kans dat het stoppen lukt veel groter.

Meer informatie

Meer informatie over stoppen met roken vindt u op de site van STIVORO op http://www.stivoro.nl/huisarts of bel de landelijke informatielijn: 0900-9390.

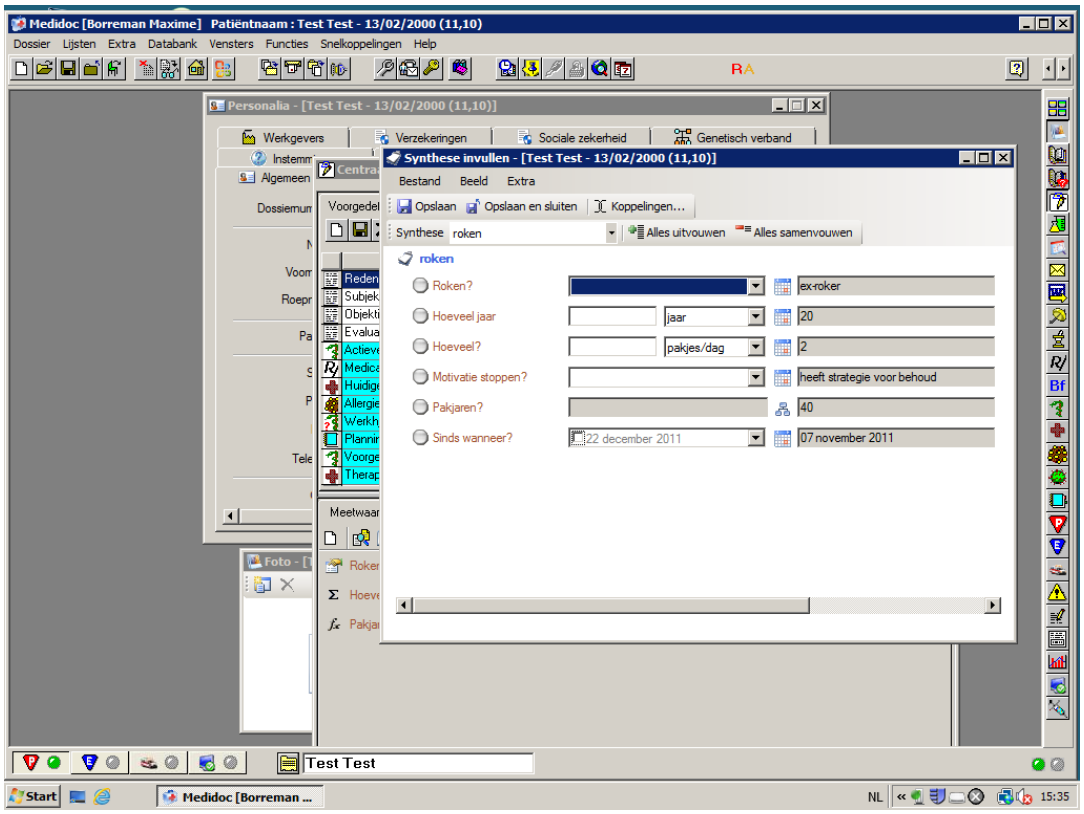
Heeft u nog vragen?

Als u na het lezen van deze brief nog vragen heeft, dan kunt u daar bij een volgend contact op terugkomen.

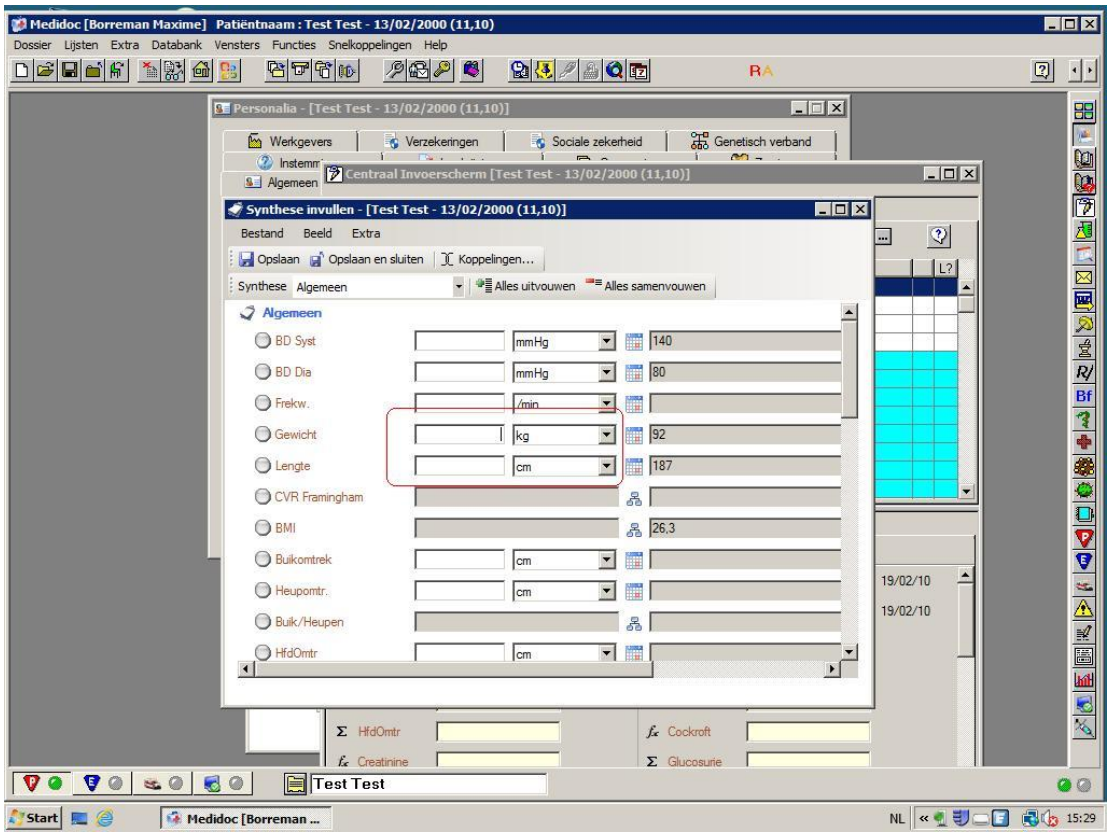
c.3. Praktijkkaart rookstop (te downloaden op http://www.rooknietbijmij.be/userfiles/file/praktijkkaart_rookstop_artsen.pdf)

d. Afbeeldingen van het registreren van de parameters in Medidoc

d.1. Registreren van de rookstatus



d.2. Registreren van de bloeddruk, gewicht en lengte en berekenen van CVR


Medidoc [Borreman Maxime] Patiëntnaam : Test Test - 13/02/2000 (11,10)
Dossier Lijsten Extra Databank Vensters Functies Snelkoppelingen Help
Personalia - [Test Test - 13/02/2000 (11,10)]
Werkgevers
Verzekeringen
Sociale zekerheid
Genetisch verband
Algemeen
Centraal Invoerscherm [Test Test - 13/02/2000 (11,10)]
Synthese invullen - [Test Test - 13/02/2000 (11,10)]
Bestand Beeld Extra
Opslaan Opslaan en sluiten Koppelingen...
Synthese Algemeen
Alles uitvouwen Alles samenvouwen
Algemeen
BD Syst mmHg 140
BD Dia mmHg 80
Frekw. /min
Gewicht kg 92
Lengte cm 187
CVR Framingham
BMI 26,3
Buikomtrek cm
Heupomtr. cm
Buik/Heupen
HfdOmtr cm
19/02/10
19/02/10
HfdOmtr
Cockroft
Creatinine
Glucosurie
Test Test
Start
Medidoc [Borreman ...
NL
15:29

e. Flowchart uiteindelijk bekomen patiëntengroep

