Rookstop: hoe op een efficiënte manier rokers aanzetten tot stoppen met roken?

Hanne Verbeke - KULeuven

Promotor: Prof. Jo Goedhuys

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

Rookstop: hoe op een efficiënte manier rokers aanzetten tot (nadenken over) stoppen met roken?

Haio: Hanne Verbeke
Universiteit: KUL
Promotor: Prof. Jo Goedhuys
Praktijkopleider: Ilse De Cooman

Context: Roken is erg schadelijk voor de gezondheid en leidt tot psychologische en fysieke afhankelijkheid. Hoewel er een groot aanbod is aan doeltreffende preventie- en rookstopmaatregelen, slagen we er als maatschappij maar niet in om het aantal rokers drastisch te doen dalen. Van 1982 tot nu daalde het aantal rokers in België van 40% tot ongeveer 20%. De laatste jaren blijft dit percentage gelijk. Rookstop heeft op alle leeftijden voordelen voor de gezondheid van de patiënt. De huisarts is de ideale persoon om dit probleem aan te pakken. Rokers aanzetten tot rookstop is het beste wat hij kan doen om de gezondheid van zijn patiënten te bevorderen.

Onderzoeksvraag:
Literatuurstudie: Is het zinvol om rookgedrag systematisch te bevragen en in te registreren? Leidt actief vragen naar rookgedrag en informatie meegeven tot een hogere effectieve rookstop? Welke minimale rookstopinterventies zijn efficiënt en toepasbaar in de huisartspraktijk?
Praktijkproject: Is het efficiënt om promotiemateriaal in de vorm van een poster in de wachtzaal aan te brengen? Welk effect heeft het meegeven van een informatiefolder aan rokers die eraan denken om op korte termijn te stoppen? Welke redenen geven rokers om deze informatie te weigeren? Waarom willen patiënten op korte termijn geen rookstoppoging ondernemen?

Methode (literatuur & registratiewijze):
Literatuurstudie: De studie gebeurde volgens de watervalmethode. Er werd in de quaternaire bronnen gezocht naar richtlijnen over rookstop in de huisartsenpraktijk en in tertiaire, secundaire en primaire bronnen naar meer specifieke gegevens over de vraagstelling.
Praktijkproject: In de wachtzaal werd een poster opgehangen om rookstop te promoten en patiënten uit te nodigen hierover te praten met de arts. 379 patiënten werden bevraagd naar hun rookstatus. De patiënten die eraan dachten om te stoppen met roken kregen een folder mee met informatie over twee rookstop methodes. Indien ze een rookstoppoging wilden ondernemen, werd gevraagd opnieuw contact op te nemen.

Resultaten:
Literatuurstudie: Alle richtlijnen zijn het erover eens dat de huisarts de ideale persoon is om rookstop te promoten. De angst om de arts-patiëntenrelatie te verstoren blijkt voor de huisarts de voornaamste drempel te zijn om het niet te doen, maar volgens verschillende studies wordt dit effect overschat. Informatie meegeven met de patiënt over rookstop kan nuttig zijn. Hoe meer de informatie is aangepast aan de patiënt, hoe efficiënter. Kort, duidelijk en herhaald rookstopadvies, aangepast aan de individuele noden van de patiënt is het meest efficiënt.
Praktijkproject: In de groep van 379 patiënten bevonden zich 60 rokers. 14 ervan hadden de poster zien hangen en één sprak mij er spontaan over aan. 44 rokers dachten eraan om te stoppen, waarvan 40 de eerste zes maanden. 34 patiënten kregen een folder mee naar huis, vier van hen namen contact op om een rookstoppoging te ondernemen. Drie patiënten deden effectief een rookstoppoging, waarvan één herviel na anderhalve maand en één 4 maanden rookvrij is.

Conclusies:
Literatuurstudie: Elke arts zou minstens jaarlijks de rookstatus van zijn patiënt moeten bevragen en registreren. De meerderheid van de patiënten vindt dit een deel van het takenpakket van de arts. Alle vormen van rookstopadvies verhogen de kans op rookstop, maar kort, mondeling advies is het meest efficiënt.
Praktijkproject: Een opvallend groot deel van de rokers gaf aan binnen zes maanden te willen stoppen. De poster in onze wachtzaal had slechts een beperkt effect. Rookstop bespreekbaar maken is een belangrijk onderdeel van het takenpakket van de huisarts. Met relatief kleine inspanningen kunnen belangrijke resultaten geboekt worden.

E-mail: hanne.verbeke@gmail.com
ICPC-code: P17

Inhoudstafel

1 Inleiding p. 4

2 Waarom dit thema? p. 7

3 Literatuuronderzoek p. 8

3.1 Onderzoeksvragen p. 8

3.2 Methode p. 8

3.3 Resultaten p. 9

3.4 Interpretatie p. 17

3.5 Conclusie p. 19

4 Praktijkproject p. 19

4.1 Onderzoeksvragen p. 19

4.2 Methode p. 20

4.3 Resultaten p. 22

4.4 Interpretatie p. 25

4.5 Conclusie p. 30

5 Dankwoord p. 32

6 Bijlagen p. 33

6.1 Bijlage 1 p. 33

6.2 Bijlage 2 p. 35

6.3 Bijlage 3 p. 37

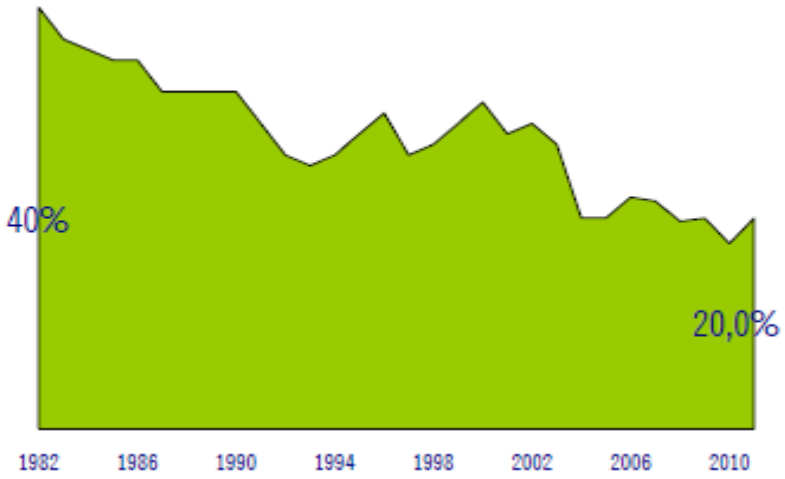
7 Bronvermelding p. 38

1. Inleiding

Roken is erg schadelijk voor de gezondheid en leidt tot psychologische en fysieke afhankelijkheid. De mortaliteit en morbiditeit ten gevolge van roken kost de maatschappij handenvol geld. Hoewel er een enorm aanbod is aan doeltreffende preventie- en rookstopmaatregelen, slagen we er als maatschappij maar niet in om het aantal rokers drastisch te doen dalen.

Een snuifje epidemiologie…

Sinds enkele decennia voert het Onderzoeks- en Informatiecentrum van de Verbruikersorganisaties (OIVO) jaarlijks een enquête uit die peilt naar het rookgedrag in België.
Van 1982 tot 1993 daalde het aantal dagelijkse rokers van 40% naar 26%. Tot 2003 bleef dit aantal schommelen tussen 26 à 30%. Vanaf 2004 is dit percentage verder gedaald naar ongeveer 20% [1]. Sindsdien blijft het ongeveer gelijk.

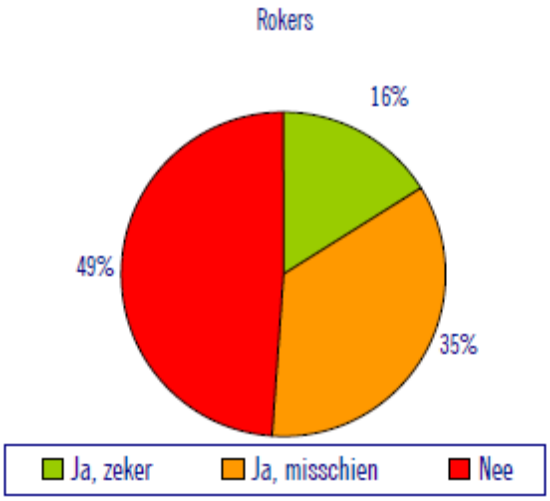


Figuur 1 Aantal rokers in België [1]

Uit de enquête naar rookgedrag van 2011 blijkt dat 73% van de ondervraagde 15-plussers helemaal niet rookt. 20% rookt dagelijks en 7% rookt af en toe. Onder het aantal niet-rokers zijn er 18% ex-rokers en 55% geeft aan nooit gerookt te hebben.
In de groep 15- tot 29-jarigen bevindt zich het grootste aandeel rokers (25% dagelijkse en 12% gelegenheidsrokers). De 65-plussers hebben het kleinste aantal rokers (10% dagelijks en 3% gelegenheidsrokers).

Ook de sociale context speelt een rol in het rookgedrag, al groeit de mate van consumptie in alle sociale groepen steeds meer naar elkaar toe. In de lage sociale klasse rookt 23% (18% dagelijks en 5% bij gelegenheid). De gemiddelde sociale klasse bevat 28% rokers (21% dagelijks en 7% bij gelegenheid). In de hoge sociale klasse rookt 27% (19% dagelijks en 8% bij gelegenheid). Opvallend is dat het tabaksgebruik in de hoge sociale klasse met 4% gestegen is in vergelijking met 2010. In de lage sociale klasse bleef de tabaksconsumptie gelijk [1].

Nog in dezelfde enquête werd aan rokers de vraag gesteld of ze er al dan niet aan dachten om gedurende de eerstkomende maanden te stoppen met roken. 49% antwoordde hierop “Neen”, 16% “Ja, zeker” en 35% “Ja, misschien” [1]. Het is dus zinvol om deze laatste twee groepen aan te sporen om effectief tot rookstop over te gaan.



Figuur 2 "Bent u van plan de eerstkomende maanden te stoppen met roken?" [1]

Schadelijke effecten van roken

Roken wordt wereldwijd beschouwd als de belangrijkste oorzaak van mortaliteit en morbiditeit. Volgens de World Health Organisation (WHO) is roken rechtstreeks verantwoordelijk voor 5,4 miljoen overlijdens per jaar. Dit komt overeen met één dode per 5,8 seconden. Indien we er niet in slagen roken in te perken, zal dit aantal verder toenemen tot 8 miljoen doden per jaar in 2030 (ofwel één dode per 4 seconden) [2]. Ook in België is roken de belangrijkste doodsoorzaak. 18 600 van de 104 903 overlijdens in 2000 zouden een gevolg zijn van roken [3]. Rokers leven gemiddeld 6 à 10 jaar minder lang dan niet-rokers en elke gerookte sigaret verkort het leven met ongeveer 10 minuten [4].

Bijna 90% van alle overlijdens door longkanker, wordt veroorzaakt door roken [4]. Maar ook andere longziektes zoals chronische bronchitis en emfyseem worden door tabaksgebruik in de hand gewerkt. Rokers hebben 2,5 keer meer kans op hart- en vaatziekten dan niet-rokers [1]. Leukemie, mond-, maag-, lever- en baarmoederkanker zouden in 30% van de gevallen te wijten zijn aan roken. Bovendien kan roken ook leiden tot vruchtbaarheidsproblemen, erectieproblemen, maagzweren, huidziekten, osteoporose en tandverlies [1].

Het is evident dat al deze aandoeningen heel wat kosten veroorzaken. Deze vallen deels ten laste van de sociale zekerheid en deels van de gemeenschap. De directe medische kosten worden geraamd op 10% van de gezondheidsuitgaven. Hierin worden de kosten die ten laste zijn van de patiënt en de indirecte kosten ten gevolge van werkverzuim, bedlegerigheid en vroegtijdige sterfte niet meegeteld [1].

Het effect van stoppen met roken

Het belangrijkste motief van rokers om te stoppen met roken is hun gezondheid [1]. Rookstop heeft op alle leeftijden voordelen voor de gezondheid van de patiënt, zowel op korte als op lange termijn. Echter de impact van stoppen met roken is groter op jongere leeftijd [4]. Een roker die voor zijn vijfendertigste stopt, zal (indien hij niet ziek was op het moment dat hij stopte), na 15 jaar een levensverwachting hebben die ongeveer gelijk is als die van iemand die nooit gerookt heeft. Mannelijke rokers die op hun vijfenzestigste stoppen, leven 1,4 à 2,0 jaar langer dan mannen die blijven roken. Vrouwen leven 2,7 à 3,7 jaar langer [2]. Hoe langer iemand gestopt is met roken, hoe beter de levensverwachting.

Op korte termijn heeft rookstop een positieve invloed op het ontstaan van hart- en vaatziektes.
Ook zal de roker op heel korte termijn een aantal voordelen aan den lijve ondervinden. De zuurstofconcentratie in het bloed zal toenemen, waardoor lichamelijke inspanningen makkelijker gaan. Het teveel aan slijm in de luchtwegen zal afnemen. De reuk- en smaakzin zullen beter worden, tanden worden weer witter, …

In februari 2013 werd nog een belangrijk voordeel van rookstop gepubliceerd. Uit een studie van de Hasseltse Universiteit blijkt dat er sinds de invoering van het rookverbod in België 6% minder vroeggeboorten zijn. De daling kan exclusief aan

rookstop worden toegeschreven. Dit onderzoek bevestigt de resultaten van een gelijkaardige studie in Schotland [5].

2. Waarom dit thema?

Roken is nog steeds een erg actueel probleem dat niet uit de media weg te denken is. België telt het grootste aantal overlijdens door longkanker per miljoen mannen in de Europese Unie[4]. Door alle preventiecampagnes lijkt het onmogelijk dat rokers niet op de hoogte zijn van de nadelige gevolgen voor hun gezondheid. Toch slagen we er maar niet in om het aantal rokers drastisch te doen dalen.
De huisarts lijkt de ideale persoon om dit probleem mee aan te pakken. Hij komt als eerstelijns gezondheidswerker met een erg groot deel van de populatie in contact: 94% van de bevolking geeft aan een behandelend arts te hebben en 81% heeft deze in het laatste jaar ook geraadpleegd [6]. Ook heeft hij de nodige kennis en kan hij een vertrouwensrelatie opbouwen met zijn patiënten. Hij (of zij) speelt in ieder geval een rol in het rookgedrag van zijn patiënt, ook het negeren en niet bespreken van het rookgedrag zal hierop een invloed hebben. Rokers aanzetten tot rookstop is het beste wat een huisarts kan doen om gezondheid te bevorderen [7].

Als jonge huisartse hecht ik veel belang aan preventieve geneeskunde. Rookstop en rookpreventie maken hier een belangrijk deel van uit. Ik was verbaasd vast te stellen dat minder dan de helft van de huisartsen het rookgedrag van zijn patiënten bepaalt [6]. In de dagelijkse praktijk merkte ik echter dat het inderdaad niet eenvoudig is om rookgedrag systematisch te bevragen. Ook bij mij bleek tijdsgebrek de voornaamste hinderpaal te zijn.

Ik wil in de toekomst graag op een zo efficiënt mogelijke manier patiënten motiveren om over te gaan tot rookstop. Daarom leek het mij zinvol om verder onderzoek te verrichten naar de verschillende manieren om patiënten tot rookstop aan te zetten en te motiveren aan de hand van de volgende vragen: Is het effectief om informatiemateriaal in de wachtzaal aan te brengen? Spreken patiënten de arts spontaan aan naar aanleiding van deze postercampagne? Hoeveel patiënten hebben de poster zien hangen? Welk effect heeft het meegeven van een informatiefolder aan rokers die eraan denken om op korte termijn te stoppen? Is het zinvol om alle patiënten te vragen naar hun rookgedrag? Loont het de moeite om het rookgedrag systematisch in het EMD te registreren? Welke redenen geven rokers om deze informatie te weigeren? Waarom willen patiënten op korte termijn geen

rookstoppoging ondernemen? Welke minimale rookstopinterventies zijn efficiënt en welke zijn makkelijk en met minimale inspanningen in de praktijk toepasbaar gezien de beperkte tijd van de arts?

3. Literatuuronderzoek

3.1 Onderzoeksvragen

De huidige aangeraden strategieën om als eerstelijnsarts rookstop aan te pakken worden kort besproken.

In de literatuur zijn geen studies terug te vinden die peilen naar het nut van een postercampagne in de wachtzaal van een huisarts. Daarom werd de literatuur onderzocht naar antwoorden op volgende vragen:

- Is het zinvol om rookgedrag systematisch te bevragen en in het EMD te registreren?
- Leidt actief vragen naar rookgedrag en informatie meegeven tot een hogere effectieve rookstop?
- Welke minimale rookstopinterventies zijn efficiënt en toepasbaar in de huisartspraktijk?

3.2 Methode

De literatuurstudie gebeurde volgens de watervalmethode. Hierbij gaan we op een stapsgewijze en regressieve manier op zoek in de literatuur. De zoektocht begint bij quaternaire bronnen: klinische guidelines, standaarden en aanbevelingen. Voorts zoeken we in tertiaire bronnen: databanken van systematische reviews en meta-analyses. Secundaire bronnen worden gezocht door op een systematische manier in literatuurdatabanken naar reviews te zoeken. Primaire bronnen zijn oorspronkelijke studies/publicaties in wetenschappelijke tijdschriften.

Bij de quaternaire bronnen werd heel wat algemene informatie i.v.m. rookstop gevonden. Zowel Domus Medica als het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) hebben een Nederlandstalige guideline over rookstop. Bij Domus Medica vonden we ook een “rookstop-toolkit voor huisartsen”. Ook het KCE (Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg) publiceerde een rapport over rookstop. Via National Guideline Clearinghouse en UK Guideline Finder vonden we de New

Zealand Smoking Cessation guidelines, en twee NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) publicaties rond rookstop.
Er werd naar tertiaire bronnen gezocht via Minerva. Met de zoekterm “rookstop” werden 13 hits gevonden. Geen enkele was echter bruikbaar voor mijn specifieke vraagstelling. Via de trefwoordenlijst werden de zoektermen “roken” en “tabaksmisbruik” gebruikt, deze leverden 2 en 3 hits op, maar ook hier was geen enkele bruikbaar. “Rookstop” + “motivatie” leverde geen enkele hit op.
In DARE (The Database of Abstracts of Reviews of Effects) werd gezocht op verschillende combinaties van de volgende MESH-termen: “smoking cessation”, “family practice”, “motivation” en “incentive”, waarmee 21 artikels bekomen werden. Op basis van de titels en abstracts werden er 12 weerhouden.
Voor het raadplegen van secundaire bronnen gebruikte ik Medline via Pubmed. Hier werden nog 4 bruikbare artikels gevonden.
Door gebruik te maken van snowballing werden nog enkele bruikbare artikels aan de lijst toegevoegd.

3.3 Resultaten

Alle richtlijnen zijn het erover eens dat de huisarts de ideale persoon is om stoppen met roken te promoten [6 7 8 10 15 16 17].

Domus Medica maakt in zijn richtlijn over stoppen met roken gebruik van de ‘strategie van de 5 A’s’: Ask, Advise to, Assess willingness to make a quit attempt, Assist to quit attempt en Arrange Follow-up. NHG vermeldt deze strategie in zijn bijlagen, maar hun richtlijn is volgens een gelijkaardige manier opgebouwd zonder de stappen specifiek te benoemen [7]. Voor mijn vraagstelling zijn voornamelijk de eerste drie onderdelen van belang [6]. Hieronder ga ik daar verder op in.

De **eerste A (Ask)** houdt in dat het aanbevolen is om rookgedrag te bevragen, te identificeren en te documenteren bij alle patiënten ouder dan 10 jaar [6], zeker bij hoogrisicopatiënten (zwangere vrouwen, COPD-patiënten en personen met een hoog cardiovasculair risico). Bij elke patiënt moet, ook als hij geen vragende partij is of geen klachten vertoont die in verband kunnen gebracht worden met roken, het rookgedrag systematisch bevraagd worden. Volgens Domus Medica zou dit moeten gebeuren bij elk contact in de eerste lijn [6]. Volgens NHG is het voldoende om dit jaarlijks te doen [7]. Bij niet- of ex-rokers is het voldoende om jaarlijks te

peilen naar eventuele veranderingen in het rookgedrag. Zij halen voordeel uit de positieve bekrachtiging, indien ze nog steeds ex- of niet-roker zijn.

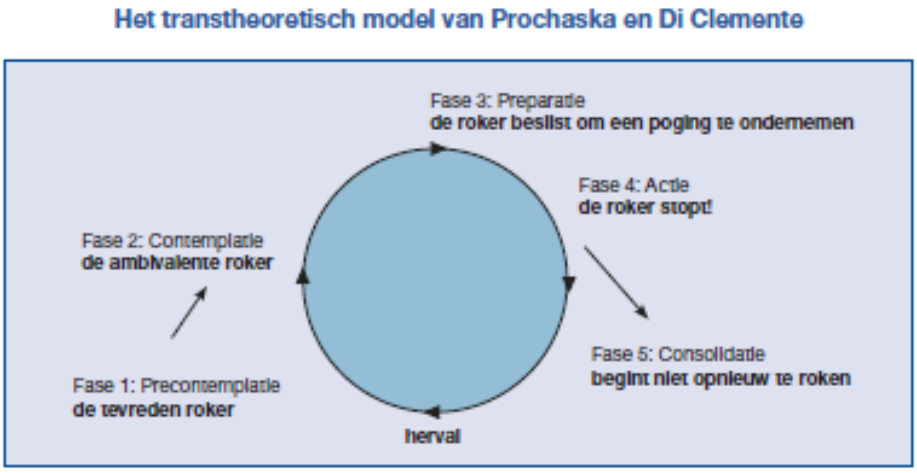
Volgende vragen kunnen hiervoor gesteld worden:

- Gaat het om een roker, ex-roker of niet-roker [i]?
- Hoeveel sigaretten worden per dag gerookt?
- Op welke leeftijd is hij regelmatig beginnen roken? (regelmatig = meer dan 1 sigaret per dag)

De **tweede A (Advise to quit)** impliceert dat het aangeraden wordt om de patiënt aan te moedigen om te stoppen met roken met behulp van een duidelijke, kordate en gepersonaliseerde boodschap (< 2 minuten): “Ik raad u aan te stoppen met roken en ik kan u daarbij helpen.” Het wordt aanbevolen om dit advies op maat van de patiënt te brengen, bijvoorbeeld door een verband te leggen met de huidige gezondheidstoestand van de patiënt. De slaagkans van rookstopadvies is groter als het wordt aangepast aan de patiënt [6].
Met dit korte advies wordt een rookstoppercentage bereikt van 2% en het NNT (Number Neaded to Treat) is 50 [8].
Ook deze interventie moet in de EMD geregistreerd worden. Volgens Domus Medica zou het niet doeltreffend zijn om de impact van het roken op kinderen of personen in de omgeving van de roker in te roepen. Het is beter om gefocust te blijven op de roker zelf [6].

Bij de **derde A (Assess willingness to make a quit attempt)** wordt nagegaan in welke fase van gedragsverandering de patiënt zich bevindt. Een veelgebruikt model hierbij is het Transtheoretisch Model van Prochaska en Di Clemente [9] (Figuur 3).

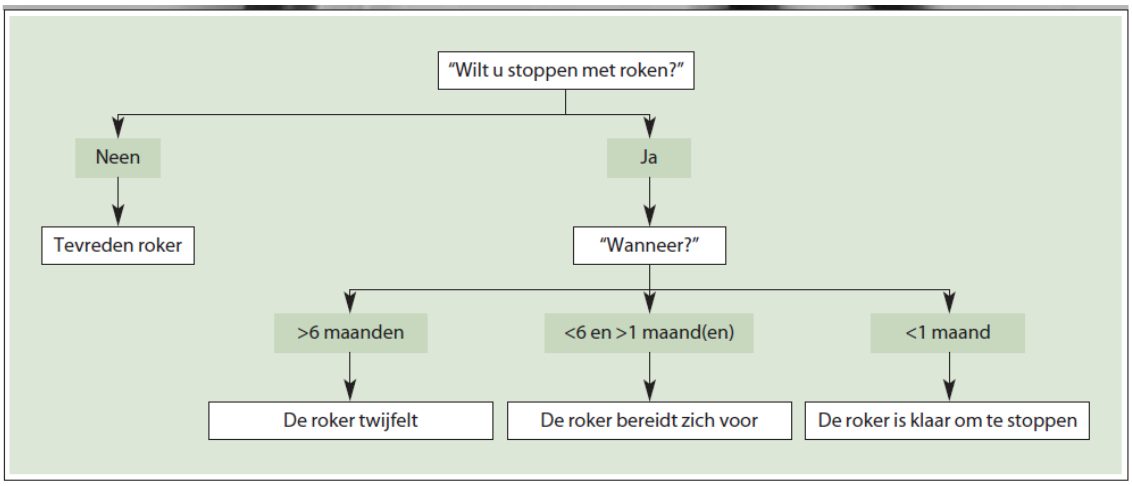
[i] 1. Hebt u tijdens u leven al meer dan 100 sigaretten gerookt?
2. Hebt u gerookt tijdens de laatste maand?
1 ja + 2 ja = roker
1 ja + 2 neen = ex-roker
1 neen + 2 neen = niet-roker)



Figuur 3 Stoppen met roken - Domus Medica [6]

Elke roker kan in één van de vijf fasen van bovenstaande figuur gesitueerd worden. Een patiënt die niet wil stoppen met roken (tevreden roker) bevindt zich in de precontemplatiefase. Een roker die erover twijfelt om een rookstoppoging te ondernemen over meer dan zes maanden, bevindt zich in de contemplatiefase. Een patiënt die wil stoppen binnen zes maanden zit in de preparatiefase.

In België bevindt 10% à 20% van de rokers zich in de preparatiefase [6]. Volgens NHG is 7% van alle rokers op een willekeurig moment gemotiveerd om te stoppen [7]. Eens hij zich voorbereidt om effectief te stoppen met roken, komt hij in de actiefase. Hierna blijft hij hopelijk in de consolidatiefase, zoniet is er sprake van herval.



Figuur 4 Stroomdiagram om te bepalen in welke fase de roker zich bevindt [6]

Als de roker niet klaar is om een rookstoppoging aan te gaan, is het de taak van de arts om ervoor te zorgen dat de roker in een volgende fase terecht komt. Dit kan door middel van motiverende gesprekken. Het slagen hiervan moet worden aanzien als een succes [6].
Het is belangrijk dat de huisarts weet dat slechts een minderheid van de rokers definitief kan stoppen na één poging. Indien de arts hiervan niet op de hoogte is, kan hij ontmoedigd en gedemotiveerd raken, wat dan weer verklaart waarom vele artsen het niet volhouden om herhaaldelijk rookstopadvies te geven.

De **New Zealand Guideline** vervangt deze 5 A's strategie door een ABC-model: 'Ask, Brief Advice en Cessation Support'. Hierbij wordt ook het model van Prochaska en Di Clemente verlaten. Er wordt geadviseerd om aan alle rokers een kort advies te geven, in om het even welke fase van motivatie ze zich bevinden. Aan de patiënten die gemotiveerd zijn, wordt rookstopondersteunende therapie aangeboden.

- <u>Is het nuttig om rookgedrag systematisch te bevragen en in het EMD te registreren?</u>

Er blijken onder artsen verschillende drempels te bestaan die hen tegenhouden om rookgedrag met hun patiënten te bespreken [5 6 7 10]. De voornaamste reden die in verschillende studies terugkomt, is de angst dat de (goede) arts-patiënt relatie hierdoor verstoord zal raken [5 6 7 10]. Andere redenen die frequent worden aangehaald zijn tijdsgebrek, slechte compliantie van de patiënt, een tekort aan opleiding van de arts en te lage vergoeding voor de interventie [10].

Domus Medica stelt dat huisartsen bij elke gelegenheid de rookstatus zouden moeten bevragen bij alle patiënten, zelfs als ze geen vragende partij zijn of geen ziektetekens met betrekking tot roken vertonen [6]. Er wordt wel aangeraden om ervoor te zorgen dat de arts-patiënt relatie hier niet onder lijdt.
Over de invloed van het bevragen van rookgedrag werd in Nederland een enquête onder 1124 patiënten uitgevoerd, waaruit blijkt dat 84% het aanvaardbaar vindt dat zijn huisarts, zonder dat de patiënt hierom vraagt, stoppen met roken ter sprake brengt [11].
T. Coleman en Wilson hielden in 1999 een enquête bij rokers die op consultatie bij hun huisarts waren geweest [12]. Bij een deel hiervan werd hun rookgedrag besproken. Rokers wiens rookgedrag ter sprake werd gebracht, gaven aan in de

enquête dat ze er meer over nadachten om een rookstoppoging te ondernemen (74% versus 43% in de controlegroep). 6% gaf aan dat ze liever zouden hebben dat de arts hen niet over roken had aangesproken, 88% vond het wel aanvaardbaar en 70% vond dat het de taak van de arts was om hem hierover aan te spreken. Van de rokers wiens rookgedrag niet ter sprake kwam, zegt 10% dat ze het nuttig zouden gevonden hebben indien de arts hen hierover had aangesproken. 43% was blij dat de arts hen er niet over aansprak.

In 2000 toonden Coleman en Wilson aan dat Britse huisartsen die op de hoogte zijn van de rookstatus van hun patiënten, daarom niet meer met hun patiënten praten over rookstop [13]. De belangrijkste reden die ze hiervoor aangeven is de angst om de arts-patiënt relatie te verstoren. In 2002 bleek dat ze meer rookstopadvies geven als de patiënt hen consulteert met een klacht die gerelateerd is met het roken [14].

De **NHG-standaard** raadt aan om de rookstatus te registeren bij patiënten met een hulpvraag hieromtrent en bij patiënten bij wie stoppen met roken belangrijk kan zijn [7], bijvoorbeeld:

- Patiënten die consulteren omwille van een aan roken gerelateerde klacht: hoesten, kortademigheid, COPD, astma of een verhoogd risico op hart- en vaatziekten.
- Ouders van kinderen met astma- of luchtwegproblemen.
- Vrouwen die hormonale anticonceptie gebruiken.
- Zwangere vrouwen en hun partners.

Verder wordt gesteld dat de arts dit kan uitbreiden naar patiënten(groepen) bij wie rookstop tot veel gezondheidswinst kan leiden.

De **New Zealand Smoking Cessation Guideline** stelt dat alle eerstelijns gezondheidszorgwerkers op de hoogte zouden moeten van de rookstatus van alle patiënten en dat ze ervoor zouden moeten zorgen dat alle rokers op de hoogte zijn van de gezondheidsrisico's die ze lopen [15]. Bij rokers of patiënten die recent gestopt zijn met roken, wordt geadviseerd om dit jaarlijks te herhalen, eventueel door middel van een automatische herinnering via het elektronisch medisch dossier of aan de hand van stickers in een papieren dossier.

In 2006 en 2008 werden door **NICE** twee aanbevelingen gepubliceerd over rookstop [16] [17]. Hierin wordt geadviseerd om iedere roker rookstopadvies te geven,

tenzij er zich uitzonderlijke omstandigheden voordoen. Patiënten die zich hier op dit moment niet klaar voor voelen, moeten worden aangemoedigd om hulp te zoeken in de toekomst. De voordelen van rookstop moeten bij elke opportuniteit vermeld worden. De rookstatus moet worden geregistreerd en moet jaarlijks opnieuw geëvalueerd worden.

Piper et al. deden in 2003 onderzoek naar rookgedrag als vitale parameter [18]. Een nieuwe tool in het EMD (Elektronisch Medisch Dossier) herinnerde de artsen van de interventiegroep eraan om de rookstatus na te vragen als één van de vitale parameters en in het dossier te registreren. Bij de artsen van de controlegroep veranderde er niets. Deze studie onderzocht drie hypotheses:
Ten eerste werd nagegaan of het invoeren van de tool ertoe leidde dat er meer rokers geregistreerd werden in het dossier. Deze hypothese werd bevestigd en was dus ook in lijn met wat eerdere studies aantoonden [13].
Een tweede hypothese die werd onderzocht, was of er door de artsen meer rookstopadvies werd gegeven na het invoeren van de tool. Er was een klein verschil in het voordeel van de interventiegroep ten opzichte van de controlegroep, maar dit was echter niet significant.
Ten derde werd het effect van de tool op het aantal rookstoppers op lange termijn getest. Ook hier bleek geen significant verschil aantoonbaar te zijn in vergelijking met de controlegroep.

- <u>Leidt informatie over rookstop meegeven tot een hogere motivatie?</u>

NHG raadt aan om aan rokers voorlichtingsmateriaal aan te bieden [7]. Zij doen dit met behulp van de NHG-patiëntenbrieven: ‘stoppen met roken’, ‘overwegen van stoppen met roken’, ‘volhouden van stoppen met roken’.

De NICE guideline van 2008 stelt dat het nuttig kan zijn om geschreven informatie mee te geven met de patiënt [17]. Deze informatie kan bezorgd worden aan elke roker, of kan aangepast worden aan individuele noden.

Stead en Lancaster beschreven in hun studie in 2008 een kleine evidentie dat patiënten die geschreven informatie meekrijgen om te stoppen met roken een iets groter slaagpercentage hebben, indien ze ook door een arts worden opgevolgd en rookstopadvies krijgen [27]. Dit verschil is echter niet significant.

Indien enkel geschreven informatie wordt meegegeven met de patiënt, blijkt dit minder efficiënt te zijn dan mondeling rookstopadvies door de arts [19]. Het is echter wel efficiënter dan geen interventie. Hoe meer de informatie is aangepast aan de patiënt, hoe efficiënter [19].

In een systematische review op basis van Cochrane-gegevens blijkt dat adviesteksten op maat van de patiënt efficiënter zijn dan een standaardfolder die wordt meegegeven. In acht trials kregen de rokers gepersonaliseerde, schriftelijke informatie mee, samengesteld op basis van een vragenlijst. In zes studies kreeg de controlegroep een standaardfolder mee. In twee studies werd geen interventie ondernomen bij de controlegroep. De resultaten toonden aan dat informatie op maat van de patiënt meer efficiënt is [26].

- Welke minimale rookstopinterventies zijn efficiënt en toepasbaar in de huisartspraktijk?

In 1992 werd onderzoek verricht naar de meest efficiënte manieren om mensen aan te zetten om te stoppen met roken [20]. Geen enkele methode gaf toen betere resultaten dan kort, duidelijk en frequent gegeven mondeling rookstopadvies door de huisarts. Huisartsen werd toen al aangespoord om zich hieromtrent verder bij te scholen en zo de impact van deze minimale interventies te maximaliseren.

Alle actuele richtlijnen zijn het erover eens dat alle rokers kort rookstopadvies moeten krijgen [4 6 7 15 16 17] . Dit advies moet aangepast worden aan de individuele noden van de patiënt.

De NICE-guideline stelt dat korte rookstopinterventies door huisartsen, in alle omstandigheden en bij alle leeftijdscategorieën, kostenefficiënt zijn. Deze zouden leiden tot een toename van de QALY (Quality-adjusted life Year [ii]). De kost per QALY neemt toe naarmate de leeftijd van de patiënt hoger is, maar ook op een leeftijd van 60 jaar zijn de korte interventies kostenefficiënt [17].

[ii] De QALY komt overeen met een aantal levensjaren vermenigvuldigd door een correctiefactor voor de kwaliteit van die levensjaren. De factor bedraagt 1 bij het zich volledig gezond voelen en tussen 0 en 1 bij verminderde levenskwaliteit. Eventueel kan voor een toestand die subjectief "erger is dan dood zijn" een negatieve factor gelden. Het nut van een behandeling in de vorm van langer en/of aangenamer leven kan zo uitgedrukt worden in de gemiddelde toename van de QALY; hieruit volgen de kosten per gemiddeld gewonnen QALY.

De rookstopinterventies die gebaseerd zijn op het Transtheoretisch Model van Prochaska en Di Clemente [9] (Figuur 1), gaan ervan uit dat het efficiënter is om de interventie aan te laten sluiten bij het motivatiestadium van de patiënt. Deze stelling werd reeds door verschillende studies bevestigd. Uit enkele recente studies blijkt echter dat er slechts beperkt bewijs is voor dit model als het gaat om stoppen met roken [21] [22] [23].

Riemsma et al. deden in 2003 een systematic review naar de effectiviteit van interventies gebaseerd op het motivatiestadium waarin de patiënt zich bevindt. 23 RCT's werden onder de loep genomen. Hiervan waren er 8 die significant voordeel vonden in de stadium gebaseerde interventies, maar 11 RCT's vonden geen significant verschil. 3 RCT's waren niet-conclusief. In dezelfde systematic review werden ook 11 trials geëvalueerd. Hiervan vond slechts 1 trial een significant verschil in het voordeel van de interventies op basis van het motivatiestadium, 8 vonden geen significant verschil en 2 trials waren inconclusief.

In 2006 werd in Duitsland onderzoek verricht naar rookstopinterventies die de motivatiestatus van de patiënt veranderen [22]. Ook hier werden echter geen significante voordelen van deze methode aangetoond.

In een studie uit 2008, die specifiek onderzoek deed naar het toepassen van het Transtheoretisch Model op rookstop, werden twee hypothesen onderzocht [23]. Ten eerste werd onderzocht of stadiumgebaseerde interventies ervoor zorgden dat de rokers sneller in een ander motivatiestadium terechtkwamen. Er bleek een klein voordeel te zijn voor de stadiumgebaseerde interventies, maar dit was niet significant. Ten tweede werd onderzocht of het voordeel van de interventies groter is voor patiënten die zich in de precontemplatie- of contemplatiefase bevinden, dan voor zij die zich in de preparatiefase bevinden. Ook hiervoor werd geen evidentie gevonden.

In 1997 werd een onderzoek uitgevoerd dat uitwees dat een eenmalig advies door een huisarts om te stoppen met roken, ondersteund door schriftelijke informatie, een positief effect heeft op het aantal patiënten dat erin slaagt te stoppen (2,1% meer succesvolle rookstoppogingen dan de controlegroep na 12 maanden) [24]. Fiore sloot zich hierbij aan door drie jaar later aan te tonen dat een dergelijke interventie 2,3% meer rokers deed stoppen dan rokers die geen advies

meekregen. Het percentage stoppers in de controlegroep varieert tussen 4 en 11% [25]. In 2004 en 2008 concludeerden Lancaster en Stead in een Cochrane-review dat een kort rookstopadvies door een arts efficiënter is dan geen advies [26] [27]. Een stoppoging zonder hulp van een arts heeft een slaagpercentage van 2 à 3%. Met kort rookstopadvies stijgt dit percentage met 1 à 3%. Hoe intensiever de patiënt wordt opgevolgd, hoe hoger het slaagpercentage wordt. Maar dit effect is klein en niet significant. Verder bleek ook nog dat geplande follow-up door de arts leidt tot meer succesvolle rookstoppogingen.

Ondanks deze resultaten is 97% van de Britse artsen die meewerkten aan een studie van Coleman in 1996, ervan overtuigd dat rookstopadvies meer efficiënt is als het rechtstreeks gelinkt kan worden aan een probleem waarvoor de patiënt consulteert. Voor 65% was dit dan ook de favoriete manier om rookstop ter sprake te brengen. Slechts 40% vond rookstopadvies geven bij alle rokers een nuttige tijdsbesteding [28].

3.4 Interpretatie

Er bestaat geen twijfel over het belang van de rol van de huisarts inzake rookstop. Adviesverlening over levensstijl, en dus ook over rookgedrag, zou door elke arts routinematig moeten gebeuren en worden geregistreerd. Toch zijn er nog steeds artsen die dit niet systematisch doen. Een eventuele negatieve invloed op de arts-patiënt relatie is vaak één van de voornaamste redenen die zij hiervoor aangeven. Rookstopadvies en bevraging van de rookstatus worden nochtans door de grote meerderheid van de patiënten beschouwd als onderdeel van het takenpakket van de huisarts. De angst dat dit de arts-patiënt relatie negatief zou beïnvloeden is dus onterecht.

Artsen geven aan dat hun drempel om rookstopadvies te geven lager is, als ze dit kunnen koppelen met de klachten van de patiënt. Ik ondervind in de dagelijkse praktijk dat dit het inderdaad makkelijker maakt om het onderwerp aan te halen, en met een beetje creativiteit kan dit bij de overgrote meerderheid van de patiënten gebeuren. Het is voor de hand liggend dat bij patiënten die consulteren met klachten zoals chronische hoest, kortademigheid of astma de link met hun rookgedrag snel gelegd is. Maar een heleboel andere klachten kunnen onrechtstreeks met roken worden gelinkt, bijvoorbeeld minder goede bloeddoorstroming (wonden die niet goed genezen, erectieproblemen), klachten

van osteoporose of verminderde vruchtbaarheid, huidziekten, maagzweren enzovoort. Als de arts zich er dus comfortabeler bij voelt om een link te leggen tussen een klacht van een patiënt en rookstop, is dit (mits wat creativiteit) in bijna ieder geval mogelijk.

Er worden verschillende adviezen gegeven over hoe frequent rookgedrag moet bevraagd worden. Deze variëren tussen jaarlijks en systematisch bij elk patiëntencontact. De frequentie is echter erg afhankelijk van patiënt tot patiënt en ook van de context. Bij een patiënt die slechts sporadisch consulteert omwille van banale klachten, zou ik adviseren om bij elk contact rookgedrag ter sprake te brengen. In dergelijke gevallen kan het zelfs zijn dat er minder dan jaarlijks over rookgedrag gepraat wordt. Bij chronische patiënten die erg frequent maar op regelmatige basis consulteren (bijvoorbeeld maandelijks of driemaandelijks voor chronische aandoeningen zoals diabetes), denk ik dat het wel nuttig is om meer dan jaarlijks hun rookgedrag te bevragen. Maar indien opgemerkt wordt dat er bij de patiënt wrevel ontstaat, kan dit enkele keren niet gebeuren. De arts weet immers dat de patiënt op regelmatige basis zal terugkomen. Bij patiënten die omwille van een acute en/of ernstige aandoening op korte tijd erg veel consulteren (bijvoorbeeld enkele keren per week gedurende enkele maanden omwille van opvolging chemotherapie), zou ik niet systematisch en bij elk contact naar hun rookgedrag vragen. Ik denk dat het in een dergelijk geval wel nuttig is om enkele keren dit onderwerp aan te halen en er dan ook verder op in te gaan, om dan een rustpauze in te lassen en het na enkele weken opnieuw aan te kaarten.
Uiteraard is het erg moeilijk om advies hieromtrent te geven. Het is belangrijk dat de arts zich bewust is van het belang van het systematisch bevragen van rookgedrag, en dat hij weet dat de patiënt zich hier meestal niet aan stoort. Hoe frequent en op welke manier hij dit advies toepast hangt af van de arts, de patiënt en de context.

Alle vormen van rookstopadvies verhogen de kans op rookstop. Kort mondeling advies heeft een klein maar positief effect op aantal stoppers (NNT = 50). Intensievere opvolging is meer efficiënt, maar aangezien dit effect beperkt en niet significant is, lijkt het korte advies mij het meest aangewezen in de huisartsenpraktijk. Dit neemt niet veel tijd in beslag en kan dus systematisch worden toegepast en biedt toch een significant voordeel.

Geschreven informatie op maat van de patiënt dat meegegeven wordt na rookstopadvies door de arts kan de kans op slagen iets verhogen. Het is echter niet zo evident om geschreven advies op maat van elke patiënt bij de hand te hebben. Ik denk dat het nuttig is om als arts over verschillende informatiebronnen (bijvoorbeeld folders, websites, boeken, …) te beschikken om die te kunnen aanreiken naar gelang de individuele behoeften van de patiënt.

Ondanks het feit dat de stadium gebaseerde interventies wijd verspreid zijn, is er hiervoor slechts beperkt significant voordeel hiervoor te vinden. Ondermeer New Zealand Guidelines raadt deze werkwijze niet meer aan. Misschien ligt dit eerder aan de implementatie van de richtlijn dan aan de richtlijn zelf. Het is vooral belangrijk dat elke arts zich een bepaalde manier van motiveren tot rookstop eigen maakt en deze zo efficiënt mogelijk probeert toe te passen in zijn praktijk.
Alle studies zijn het er wel over eens dat een interventie (stadium gebaseerd of niet) beter is dan geen interventie.

3.5 Conclusie

Als conclusie van deze literatuurstudie geven we enkele korte aanbevelingen mee.

- Elke arts zou minstens jaarlijks het rookgedrag van zijn patiënt moeten bevragen en dit ook registreren in het EMD.
- De grote meerderheid van de patiënten vindt rookgedrag bevragen en rookstopadvies geven een deel van het takenpakket van de arts.
- Alle vormen van rookstopadvies verhogen de kans op rookstop.
- Kort mondeling advies blijkt het meest efficiënt te zijn.
- Geschreven informatie op maat van de patiënt na mondeling rookstopadvies kan de slaagkans om te stoppen met roken iets verhogen.

4. Praktijkproject

4.1 Onderzoeksvragen

Het doel van het onderzoek in onze huisartsenpraktijk was om na te gaan welke manier efficiënt is om rokers aan te zetten tot (nadenken over) stoppen met roken. Is het efficiënt om promotiemateriaal in de vorm van een poster in de wachtzaal aan te brengen? Spreken patiënten de arts spontaan aan naar aanleiding van

deze postercampagne? Hoeveel patiënten hebben de poster zien hangen? Welk effect heeft het meegeven van een informatiefolder aan rokers die eraan denken om op korte termijn te stoppen? Welke redenen geven rokers om deze informatie te weigeren? Waarom willen patiënten op korte termijn geen rookstoppoging ondernemen?

4.2 Methode

Tijdens de voorbereidende fase werd overleg gepleegd met de praktijkopleider en collega om een geschikt onderwerp te vinden om onderzoek naar te verrichten. Beiden waren onmiddellijk erg enthousiast om rookstop als thema te gebruiken voor mijn masterproef. In het verleden hebben ze hier zelf ook al veel tijd in geïnvesteerd.

De onderzoekspopulatie voldoet aan enkele in- (leeftijd tussen 18 en 65 jaar, raadpleging op afspraak in de praktijk) en exclusiecriteria (huisbezoeken, patiënten die gezien werden in het kader van de wachtdienst, palliatieve patiënten, patiënten in behandeling van ernstige ziekten zoals bijvoorbeeld kanker). In de loop van het onderzoek werden, omwille van een te laag aantal deelnemende patiënten, de leeftijdgrenzen uitgebreid naar 16 tot 75 jaar.

Er werd een poster gemaakt om in de wachtzaal te hangen (bijlage 1). Ik zocht hiervoor enkele voorbeelden (via Domus Medica en NHG) om mij op te baseren voor mijn ontwerp.

Er werd ook een folder (bijlage 2) samengesteld die beknopte informatie verschaft over de nadelen van roken, de voornaamste drempels om tot rookstop over te gaan, de voordelen van rookstop en de twee rookstopmethodes die in het onderzoek opgenomen werden. De bronnen die hiervoor werden geraadpleegd zijn: Domus Medica [7], NHG [8] en de website van het Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie [29] (BCFI).

In het kader van het onderzoek dat in onze praktijk gebeurde, werden twee mogelijke hulpmiddelen aangeboden: nicotinesubstitutiepreparaten in verschillende vormen (nicotinekauwgom, -pleisters, -tabletjes en –inhalator) en Champix (Varencicline). Deze twee werden uitgekozen in onderling overleg met de praktijkopleider, omdat beide manieren wetenschappelijk zijn bewezen en er geen verschil in doeltreffendheid bestaat. De keuze werd volledig aan de patiënt overgelaten. Ook als hij eraan dacht om met een ander hulpmiddel te stoppen met roken, werd hij hierbij geholpen, maar deze gegevens werden verder niet in

het onderzoek opgenomen. Om als ‘roker’ beschouwd te kunnen worden, moest de patiënt al minstens 100 sigaretten gerookt hebben en minstens één keer gerookt hebben gedurende de laatste week.

Er werd een vragenlijst opgesteld (bijlage 3) die door mij werd overlopen bij zo veel mogelijk patiënten die behoren tot de onderzoekspopulatie. Tijdens erg drukke consultaties (waar bijvoorbeeld een spoedgeval tussendoor werd bijgenomen) of door andere onvoorziene omstandigheden, werden soms een aantal patiënten niet bevraagd. Dit aantal werd zo laag mogelijk gehouden.

Er werd getracht om in het medisch programma (Medidoc) een tool in te voegen die bij het openen van het patiëntendossier toelaat om het rookgedrag te definiëren (roker, ex-roker of niet-roker). Na verschillende contacten met de firma Corilus (uitgever van Medidoc) bleek dit in de huidige versie van het programma niet mogelijk te zijn. Er kan wel op een plaats in het dossier worden aangegeven wat de rookstatus is, maar het is niet mogelijk om deze gegevens uit het dossier te extraheren en te verwerken. Om deze redenen werden alle gegevens, die nodig waren voor het onderzoek, in een apart bestand bijgehouden. Er werden uiteraard wel aantekeningen gemaakt in het medisch dossier in verband met het rookgedrag en een eventuele rookstoppoging.

De poster (bijlage 1) werd op 10 juni 2012 in de wachtzaal gehangen, met als doel om tot eind oktober te blijven hangen en gedurende deze periode zoveel mogelijk patiënten die tot de onderzoekspopulatie behoren te bevragen. Tijdens deze maanden werden bijna alle patiënten uit de onderzoekspopulatie die bij mij consulteerden, in het begin van de consultatie aan de vragenlijst (bijlage 3) onderworpen.

Gemiddeld doe ik ongeveer 30 consultaties en 30 huisbezoeken per week, in de zomerperiode minder en in de winterperiode meer. Onze praktijk is erg landelijk is en telt, mede door het feit dat de praktijk bijna 40 jaar geleden werd opgestart als eerste praktijk in het dorp, een groot aantal bejaarde patiënten. Bij het merendeel van deze bejaarde patiënten gaan we op huisbezoek, maar enkelen consulteren erg frequent (twee-wekelijks) op de praktijk. Als jonge, vrouwelijke artse, zie ik vaak kinderen tijdens mijn consultatie. Indien er tijd en ruimte voor was, stelde ik mijn vragenlijst voor aan de begeleidende volwassene. Ik had, op basis van de hierboven vermelde redenen, een schatting gemaakt om ongeveer 17 à 20

patiënten per week te kunnen bereiken die binnen mijn inclusiecriteria vallen. Bij patiënten die ik gedurende de periode van het onderzoek meerdere keren zag, vroeg ik enkel of er iets veranderd was in hun rookgedrag en rookstopmotivatie. Aangezien ik in de literatuur terugvond dat bij het geven van kort rookstopadvies een NNT heeft van ongeveer 2% [8] en er volgens de enquête van OIVO ongeveer 20% van de 15-plussers dagelijks rookt, zou ik dus in totaal 250 patiënten moeten bevragen om één patiënt effectief te doen stoppen met roken.

In het dossier werd de rookstatus genoteerd en de vragenlijsten werden ingevuld. Indien de patiënt rookte, werd gevraagd of hij in de nabije toekomst een rookstoppoging zou willen ondernemen. De patiënten die aangaven binnen de maand of binnen zes maand een rookstoppoging te plannen (en zich dus in de preparatiefase bevonden), werden gevraagd of ze graag een informatiefolder (bijlage 2) meekregen. Indien de patiënt een folder meekreeg werd dit in het dossier genoteerd. Aan de patiënten die er niet aan dachten om op korte termijn te stoppen met roken, werd gevraagd dit kort te motiveren. Ook deze redenen werden op papier genoteerd. Aan deze patiënten werd de mondelinge boodschap meegegeven om er eens over na te denken.

De patiënten die een folder meekregen werd gevraagd om zelf opnieuw contact op te nemen indien ze geïnteresseerd waren om effectief te proberen te stoppen met roken. Indien de patiënt besliste om een rookstoppoging te ondernemen, werd gevraagd waarom de gekozen methode zijn voorkeur genoot.

4.3 Resultaten

Het was oorspronkelijk de bedoeling om tot eind oktober alle patiënten die tot de onderzoekspopulatie behoren te bevragen, maar omwille van ziekte en een vroegere bevalling dan voordien is deze periode onderbroken en met een maand verlengd (tot 22 november). Uiteindelijk werd het onderzoek gedurende 17 weken gevoerd. Sinds eind november werden omwille van ziekte- en zwangerschapsverlof geen gegevens meer verzameld.

In totaal werden 379 patiënten bevraagd. 60 (15,83%) hiervan waren actieve rokers, 266 (70,18%) niet-rokers en 53 (13,98%) ex-rokers.

	Aantal	Percentage
Niet-rokers	266	70,18%
Ex-rokers	53	13,98%
Rokers	60	15,83%
Totaal	379	100,00%

Van alle bevraagden hadden er 93 de poster in de wachtzaal opgemerkt, waaronder 14 rokers. Slechts één van deze 14 hiervan sprak mij er spontaan over aan. 286 hadden de poster dus niet opgemerkt.

Poster opgemerkt?	**Ja**		**Neen**		**Totaal**
	Aantal	*Percentage*	*Aantal*	*Percentage*	
Niet-rokers	67	25,19%	199	74,81%	266
Ex-rokers	12	22,64%	41	77,36%	53
Rokers	14	23,33%	46	76,67%	60
	93	24,54%	286	75,46%	379

Aan de 13 rokers die de poster hadden opgemerkt maar die de arts er niet spontaan over aanspraken, werd gevraagd waarom ze dit niet deden. Het merendeel had de poster en de bijhorende informatie niet of onvoldoende gelezen, anderen hadden geen interesse of geen tijd om dit onderwerp aan te halen of zegden andere zorgen te hebben.

Waarom arts niet aangesproken?	**Aantal**	**Percentage**
Geen interesse	3	23,07%
Geen tijd	1	7,69%
Andere zorgen	2	15,38%
Niet goed gelezen	7	53,85%
	13	100,00%

Aan de 60 rokers werd gevraagd of ze eraan dachten te stoppen. 44 antwoordden op deze vraag ‘Ja’, wat overeenkomt met 73,33%. Bij de 16 patiënten die er niet aan dachten, werd gevraagd waarom. Volgende argumenten werden aangehaald (meerdere argumenten per patiënt mogelijk):

Waarom niet stoppen met roken?	Aantal	Percentage
Reeds verschillende pogingen ondernomen zonder succes	6	42,86%
Angst om in gewicht bij te komen	4	28,57%
'Ik rook graag'	10	71,43%
Roken maakt deel uit van mijn sociaal leven	8	57,14%
'Ik rook niet zo vaak'	2	14,29%

De 44 patiënten die aangaven eraan te denken om te stoppen met roken, werd gevraagd op welke termijn ze van plan waren iets te ondernemen. Het overgrote deel wilde graag starten binnen een periode van zes maanden (en bevinden zich dus in de preparatiefase [6]), maar niet binnen de eerste maand.

	Aantal	Percentage
Minder dan één maand	6	13,64%
Minder dan zes maand	34	77,27%
Meer dan zes maand	4	9,09%
	44	100,00%

Aan de 40 patiënten die eraan dachten binnen zes maanden een rookstoppoging te ondernemen, werd gevraagd of ze een folder wilden meekrijgen. Zes patiënten deelden onmiddellijk mee dat geen van beide voorgestelde rookstopmethodes hun voorkeur genoot en dat ze dus niet aan het onderzoek zouden deelnemen. Uiteindelijk werd aan 34 rokers een folder meegegeven.

Vier van de 34 patiënten (11,76%) die een folder meekregen, namen nadien spontaan terug contact op. Eén van hen had beslist om een rookstoppoging te ondernemen met behulp van de elektrische sigaret. Deze patiënte werd begeleid bij de opstart van de rookstoppoging, maar nam nadien geen contact meer op. Ik ben dus niet op de hoogte van het al dan niet slagen van de rookstop. Eén andere patiënte consulteerde om een rookstoppoging te ondernemen met behulp van Varencicline, maar aangezien zij intussen ook in behandeling was voor een depressie, werd in onderling overleg besloten om te wachten. Bij twee andere patiënten werd gestart met rookstopbehandeling. Elk van de twee koos voor een andere behandelingswijze. De patiënt die koos voor Varencicline had al een mislukte poging met nicotinesubstitutie achter de rug. Zijn broer was twee jaar geleden volledig gestopt met behulp van Varencicline. Na anderhalve maand is de patiënt echter hervallen. De tweede patiënt verkoos nicotinepleisters omdat hij

liever geen medicatie wilde innemen. Deze patiënt is nu reeds 8 maanden rookvrij.

In totaal werden dus 60 rokers geïdentificeerd. 44 dachten eraan om een rookstoppoging te ondernemen, 40 wilden dit binnen de zes maand doen en zes binnen 4 weken. 34 rokers waren geïnteresseerd om een folder mee te krijgen. Vier rokers namen opnieuw contact op om een rookstoppoging te ondernemen, waarvan er drie effectief probeerden te stoppen. Eén patiënte startte met de elektrische sigaret, van haar zijn geen verdere gegevens gekend. Eén startte met Varencicline en was anderhalve maand rookvrij. De derde patiënt startte met nicotinesubstitutie en is reeds vier maanden rookvrij.

4.4 Interpretatie

Hoewel het overlopen van de vragenlijst (bijlage drie) slechts enkele minuten per patiënt in beslag nam, bleek dit op langere termijn toch belastend te worden. Dit merkte ik doordat ik, naarmate het onderzoek vorderde, vaak wat sneller de vragenlijst behandelde. Het feit dat de consultaties gedurende de zomerperiode vaak minder druk waren dan in het najaar, zal hier ongetwijfeld ook mee te maken hebben. Ik ben er wel van overtuigd dat er, indien rookgedrag en motivatiestatus om te stoppen systematisch bevraagd worden en in het EMD genoteerd worden, steeds minder tijd moet worden in gestoken en dat zowel de arts als de patiënt het vanzelfsprekend zal vinden dat dit onderwerp kort aangehaald wordt.

Het aantal patiënten die aan het onderzoek meegedaan hebben, ligt binnen de verwachtingen (gemiddeld 22 patiënten per week). Hoewel het drukker werd in onze praktijk naarmate het onderzoek vorderde en ik dus meer patiëntencontacten had per week, kon ik minder patiënten rekruteren om aan het onderzoek deel te nemen. Dit is te wijten aan het feit dat sommige patiënten meerdere keren consulteerden tijdens de periode van het onderzoek en dus de groep van patiënten die bij mij op consultatie komen en die nog niet bevraagd waren, in verhouding afnam.

Uit de genomen steekproef blijkt dat 15,83% van de bevraagde populatie rookt. Dit is een heel stuk minder dan het gemiddelde Belgische cijfer, volgens de enquête van het Onderzoeks- en Informatiecentrum van de

Verbruikersorganisaties (OIVO) van 2011. Daaruit blijkt dat 73% van de Belgische populatie niet rookt, 20% rookt dagelijks en 7% rookt af en toe [1].

Een mogelijke verklaring voor dit verschil, naast meer algemene factoren zoals demografie en geografie, is dat in onze praktijk de praktijkopleider en collega in het verleden veel energie gestopt hebben in rookstopbegeleiding. Dit verklaart ook waarom verschillende rokers aangaven dat ze al een rookstoppoging met één of beide methodes hadden ondernomen. Wat deze veronderstelling dan weer tegenspreekt is het feit dat er in de groep van niet-rokers (84,16%) slechts 13,98% ex-rokers zijn. Volgens de steekproef van OIVO zijn er in België 73% niet-rokers, waaronder 18% ex-rokers en 55% mensen die nog nooit gerookt hebben. Nadat ik dit grote verschil had vastgesteld, heb ik bij de niet-rokers vaker doorgevraagd naar eventueel rookgedrag in het 'verre' verleden. Hoewel de vraag "Heeft u vroeger nog gerookt?" bij de niet-rokers meestal met "Neen" werd beantwoord, kwam er bij het doorvragen ("Nooit?" of "Ook niet toen u jong was?" of "Ook niet heel lang geleden, af en toe?") soms wel een rokersverleden aan het licht ("Ja, maar dat is al lang geleden hoor. En ik rookte toen echt niet veel"). Wellicht heb ik aan het begin van het onderzoek hier te weinig aandacht aan gegeven en vertrouwde ik te vaak dat de patiënten de volledige waarheid vertelden.

Ook de sociale klasse van de patiënten die deel uitmaken van de onderzoekspopulatie kan geen verklaring brengen voor het lage aantal rokers, aangezien het percentage rokers uit de steekproef lager is dan dat van de elk van de drie sociale klassen die in de enquête van OIVO worden bepaald (lage sociale klasse: 23% rokers, gemiddelde sociale klasse: 28% rokers, hoge sociale klasse: 27% rokers).

Aangezien ik de leeftijd van de deelnemers van het onderzoek niet bijgehouden en verwerkt heb, kan ik hierover geen uitspraken doen.

Van alle patiënten van wie het rookgedrag bevraagd werd, heeft geen enkele patiënt afwijzend gereageerd. Ze leken allemaal te aanvaarden dat het nuttig is dat de arts hiervan op de hoogte is en dit ook in het patiëntendossier noteert.

Wat mij gedurende het onderzoek ook opviel, is dat de drempel om zelf over hun rookgedrag of dat van familieleden te beginnen lager werd, eens ik de patiënt hierover had bevraagd. Patiënten die reeds aan bod gekomen waren voor de enquête naar rookgedrag spraken mij hier gedurende latere consultaties soms spontaan over aan. ("Ik heb nog eens nagedacht over wat u de vorige keer zei", "Ik heb de folder gelezen en ga er toch eens over nadenken", "Ik heb de folder die

u meegaf eens getoond aan mijn zoon"). Dit bevestigt dat het absoluut noodzakelijk is om als arts het rookgedrag van de patiënten regelmatig te bevragen en ik ben er dan ook van overtuigd dat dit op lange termijn loont.

93 van de 379 bevraagde patiënten (rokers en niet-rokers) hadden de poster in de wachtzaal zien hangen (24,54%). Het verschil tussen de rokers en de niet-roker is verwaarloosbaar, wat erop wijst dat rokers niet meer aandacht hadden voor de boodschap van de poster. In de literatuur zijn geen gegevens terug te vinden waarmee we dit resultaat kunnen vergelijken. Er zijn wel enkele factoren die dit cijfer kunnen beïnvloed hebben.
De rookstopposter was niet de enige poster die gedurende de periode dat de studie liep, in de wachtzaal hing. Er hingen ondermeer ook posters over het Globaal Medisch Dossier en over slaapproblemen. Verder hangt er ook een aankondiging dat ik als haio in de praktijk werk en dat de patiënten gevraagd wordt om hun sis-kaart en identiteitskaart bij de hand te hebben. Het grote aanbod aan posters en het feit dat mijn poster niet groter of opvallender was dan de andere, zal ongetwijfeld invloed hebben gehad op het aantal patiënten dat de poster opmerkte. De patiënten zijn het ook gewoon dat er posters in de wachtzaal hangen en dat deze nu en dan veranderen. Een andere factor die meespeelde is het feit dat in onze praktijk alle consultaties op afspraak zijn. Patiënten zitten dus maar zelden voor een lange tijd in de wachtzaal en hebben dus weinig tijd om rond te kijken. Er zijn ook allerhande tijdschriften voorhanden, waardoor de patiënten minder aandacht besteden aan wat er aan de muren hangt.

Slechts één van de 14 rokers die de poster hadden opgemerkt, sprak mij er spontaan over aan. Uit overleg met de collega's bleek dat ook de andere posters die in de wachtzaal hingen of gehangen hadden, heel weinig patiënten konden aansporen om een bepaald onderwerp aan te kaarten tijdens de consultatie. De meerderheid van de patiënten die de poster wel zagen hangen maar het onderwerp niet aanhaalden tijdens de consultatie, zeiden dat ze de poster of de bijhorende tekst niet of onvoldoende gelezen hadden en dus niet echt wisten waarover het ging. Waarschijnlijk mocht de poster opvallender en duidelijker geweest zijn, en de bijhorende tekst beknopter en groter. Ook het feit dat de patiënten meestal weinig tijd doorbrengen in de wachtzaal zal hier mee te maken hebben.

Van de 60 rokers, zegden 44 dat ze eraan dachten om te stoppen. Dit komt overeen met 73%, wat een stuk hoger is dan het resultaat van de OIVO-enquête (51%) [1]. Ik vermoed dat dit verschil te maken heeft met het feit dat de vraag rechtstreeks van de arts naar de patiënt gesteld werd. De OIVO-enquête wordt anoniem afgenomen en is minder persoonlijk omdat deze op papier wordt ingevuld. De patiënt die een arts raadpleegt, zal sneller een antwoord geven waarvan hij denkt dat ik (of de arts in kwestie) het wil horen of verwacht. De patiënt heeft namelijk iets nodig van de arts en heeft er dus alle belang bij dat hij de arts niet ontgoochelt of schoffeert. Deze resultaten van mijn onderzoek zouden ongetwijfeld betrouwbaarder geweest zijn indien deze anoniem verwerkt zouden zijn. We vermoeden dat dit aantal dan ook lager zou geweest zijn.
Ook het aantal rokers dat eraan denkt om binnen de zes maanden een rookstoppoging te ondernemen en zich dus in de preparatiefase bevindt, is spectaculair hoog (40 van de 60 rokers = 66,67%) in vergelijking met andere cijfers. Volgens Domus Medica bevindt 10% à 20% van de Belgische rokers zich in de preparatiefase. Ook dit verschil is volgens mij te wijten aan het feit dat de vraag door mij rechtstreeks gesteld werd.

Aan de rokers die er niet aan dachten om te stoppen werd gevraagd waarom. De overgrote meerderheid antwoordde hierop dat ze graag roken. Deze patiënten zijn erg moeilijk te overtuigen om toch een rookstoppoging te ondernemen. Aan de patiënten die aangaven dat ze reeds één of meerdere onsuccesvolle pogingen ondernomen hadden, werd gevraagd waarom deze fout liepen. De mensen die aangaven dat roken deel uitmaakte van hun sociaal leven, gaven wel toe dat het algemeen rookverbod hen hier al had doen over nadenken. Indien dit in de toekomst verder uitgebouwd en consequent toegepast zal worden, zal dit ongetwijfeld een positieve invloed hebben op het aantal rokers. De rokers die beweerden dat ze niet veel rookten, werden verder bevraagd naar hoeveel dit dan precies was. Na de berekening gemaakt te hebben, moesten sommigen toch toegeven dat ze meer rookten dan gedacht.

Aan de 34 rokers die ermee instemden om de folder met geschreven informatie mee te krijgen, werd gevraagd om nadien zelf contact op te nemen indien ze een rookstoppoging wensten te ondernemen.
Doordat het onderzoek eind november werd stopgezet en mijn aanwezigheid in de praktijk voor drie maanden werd onderbroken, zijn er mogelijks patiënten die geen contact hebben opgenomen en geen rookstoppoging ondernomen hebben

in samenspraak met onze praktijk. Bij de interpretatie van de resultaten van dit onderzoek moet hier rekening mee worden gehouden.

4 van de 34 patiënten die zowel mondelinge als schriftelijke informatie meekregen namen contact op om een rookstoppoging te ondernemen. Dit komt neer op 11,76%. Drie hiervan deden ook effectief een rookstoppoging, twee stopten met roken en één ervan was langdurig succesvol (meer dan 4 maanden rookvrij tot nu toe). Van de derde patiënt die een rookstoppoging ondernam met de elektrische sigaret zijn geen gegevens over het al dan niet slagen beschikbaar. 5,89% van de patiënten die de folder meekregen zijn dus tijdens de duur van het onderzoek gestopt met roken. De significantie van dit cijfer is moeilijk te plaatsen als we vergelijken met de resultaten die teruggevonden zijn in de literatuur, omwille van het beperkt aantal deelnemers aan de studie en de beperkte looptijd. Ook doordat het aantal rokers die aangaven eraan te denken om binnen de zes maanden een rookstoppoging te ondernemen erg hoog lag (66,67% volgens dit onderzoek ten opzichte van 10 à 20% volgens Domus Medica [6]), zijn deze gegevens moeilijk te interpreteren.

Het bevragen van 60 rokers naar hun rookgedrag leidde ertoe dat er twee (3,33%) stopten met roken waarvan één (1,67%) langdurig. Om dit cijfer te vergelijken met de literatuur grijpen we terug naar een eerder vermeld onderzoek uit 1997 van Ashenden et al. dat uitwees dat een eenmalig advies door een huisarts om te stoppen met roken, ondersteund door schriftelijke informatie, een positief effect heeft op het aantal patiënten dat erin slaagt te stoppen (2,1% meer succesvolle rookstoppogingen dan de controlegroep na 12 maanden) [24]. In 2004 en 2008 concludeerden Lancaster en Stead in een Cochrane-review dat een kort rookstopadvies door een arts efficiënter is dan geen advies [26] [27]. Een stoppoging zonder hulp van een arts heeft een slaagpercentage van 2 à 3%. Met kort rookstopadvies stijgt dit percentage met 1 à 3% en komen we dus een slaagpercentage van 4 à 6%. De resultaten die bekomen werden in mijn kleinschalig onderzoek liggen dus lager dan deze resultaten. Maar door het beperkte aantal deelnemers en het feit dat de gegevens niet vergeleken werden met een controlegroep, kunnen we hier geen besluiten uit trekken over de manier waarop het onderzoek gevoerd is. Indien we over gegevens zouden beschikken van de derde patiënt die een rookstoppoging ondernam en indien deze poging geslaagd zou zijn, komen we aan resultaten die te vergelijken zijn met die uit de literatuur. We kunnen dus besluiten dat de kleinschaligheid van het onderzoek een beperkende factor is, desondanks geven de concrete cases wel boeiende informatie. De patiënten die gestopt zijn met roken deden dit op mijn initiatief en

op basis van de feedback die ik daaromtrent kreeg, kunnen enkele conclusies geformuleerd worden.

4.5 Conclusie

In onze praktijk ligt het percentage rokers lager dan dat van de Belgische populatie, zonder dat we hier een duidelijke verklaring voor kunnen geven. Wat wel opvallend is, is dat een heel groot percentage van de rokers aangeeft dat ze erover denken om binnen de zes maanden te stoppen met roken. Wellicht mogen we de invloed van de rechtstreekse vraagstelling van de arts aan het begin van het consult (en dus het feit dat patiënten de arts-patiënt relatie niet willen beïnvloeden) en de context van de consultatie, niet onderschatten.

We hebben kunnen vaststellen dat het bevragen van de rookstatus, zoals ook in de literatuur wordt beschreven, zelden (in het praktijkproject geen enkele keer) negatieve reactie uitlokt van de patiënt. Hieruit kunnen we concluderen dat hij vindt dat dit deel uitmaakt van het takenpakket van de arts. Uit het onderzoek bleek zelfs dat dit drempelverlagend werkt om het onderwerp met betrekking tot zichzelf of familieleden, aan te halen bij een volgend consult. Ik zou dus, zowel op basis van mijn literatuurstudie als mijn praktijkproject, zeker aanbevelen om rookgedrag kort maar frequent en systematisch te bespreken bij zoveel mogelijk patiënten.

Over het effect van een poster in de wachtzaal van de huisarts om bepaalde gezondheidszorgthema's te promoten, kunnen we weinig concluderen. In de literatuur is hier erg weinig over terug te vinden en uit het praktijkproject kunnen we enkel concluderen dat ongeveer één op vier patiënten de poster opmerkt en slechts een klein aantal hiervan gebruikt maakt om het onderwerp aan te kaarten tijdens de consultatie. Uiteraard is die ene patiënt die hierdoor over rookstop nadenkt de kleine investering van het uithangen van een poster meer dan waard. Toch kan er hieromtrent kan nog veel en nuttig onderzoek verricht worden.

Doordat het onderzoek slechts voor een relatief korte, niet aaneensluitende periode liep, hebben we waarschijnlijk een deel van de gegevens gemist. Omwille van praktische overwegingen, kon ik geen follow-up aanbieden aan de patiënten. Het is zeker nuttig om over de onderzoeksvragen van deze thesis verder grootschalig onderzoek te doen over een langere periode. Zo zullen veel meer

gegevens verzameld kunnen worden en zullen er conclusies kunnen worden getrokken naar het slaagpercentage van de rookstoppogingen op lange termijn. Op deze gebieden schiet dit onderzoek tekort.

Voor mijzelf leerde ik uit deze literatuurstudie en praktijkproject dat rookgedrag en hulp bieden bij rookstop een erg belangrijk deel uitmaakt van de huisartsengeneeskunde. Roken heeft een erg belangrijke negatieve invloed op een heel aantal domeinen van de gezondheidszorg. Met slechts kleine inspanningen, zoals rookgedrag bevragen en kort rookstopadvies geven, kunnen belangrijke resultaten geboekt worden, die een hele reeks rechtstreekse gevolgen hebben voor de gezondheid van de patiënt en zijn omgeving. Laat deze thesis dus in de eerste plaats een pleidooi zijn voor meer aandacht voor rookstop bij de collega's huisartsen.

5. Dankwoord

Graag wil ik hier van de gelegenheid gebruik maken om iedereen te bedanken die mij geholpen heeft om het schrijven van deze thesis tot een goed einde te brengen.

Als eerste een welgemeende dankjewel aan mijn promotor, Jo Goedhuys, voor de hulp bij het uitdiepen van het onderwerp van deze thesis, om advies te geven, na te lezen en bij te sturen waar nodig.

Dank ook aan mijn praktijkopleider en collega, Ilse en Fernand De Cooman, om er mee voor te zorgen dat ik deze thesis en de opleiding tot huisarts tot een goed einde kon brengen.

Een eervolle vermelding voor mijn zoontje Lou, die niet tegenpruttelde toen hij gedurende zijn eerste levensweken en -maanden soms iets langer in het park of de relax moest blijven liggen omdat zijn mama met deze thesis bezig was.

Nog een heel speciaal woordje van dank aan mijn man Maarten, die de afgelopen negen jaar altijd voor mij klaar stond met raad en daad en die ik ongelooflijk graag zie.

6. Bijlagen

6.1 Bijlage 1: Poster en informatieformulier

KATHOLIEKE UNIVERSITEIT LEUVEN

Wilt u stoppen met roken? Wij kunnen u helpen!

Vraag er straks naar tijdens uw consultatie...



Meer informatie?
Zie het patiënteninformatieformulier hiernaast.

KATHOLIEKE UNIVERSITEIT LEUVEN

Informatie en Toestemmingsformulier voor de patiënt

WAT IS EEN GOEDE MANIER OM PATIËNTEN DIE ROKEN AAN TE ZETTEN TOT NADENKEN OVER ROOKSTOP?

Geachte heer, mevrouw,

In het kader van haar **master-na masteropleiding huisartsgeneeskunde** doet Dr Hanne Verbeke een onderzoek naar **rookstopbegeleiding**. Dit onderzoek gebeurt in de periode van juni 2012 tot en met november 2012, onder toezicht van de Katholieke Universiteit Leuven.

We willen nagaan welke een goede manier is om patiënten aan te zetten tot (nadenken over) stoppen met roken, welke van twee voorgestelde methodes geniet de voorkeur van de patiënt en waarom en welke redenen ziet de patiënt als oorzaak van het slagen of mislukken van een eventuele rookstoppoging?
Indien u **roker** bent en overweegt op (relatief) korte termijn te **stoppen met roken**, zullen u twee **efficiënte rookstopmethodes** worden voorgesteld. U krijgt een informatiefolder mee, die u thuis eens rustig kan doornemen. Indien u geïnteresseerd bent, verder vragen heeft of effectief tot stoppen met roken wilt overgaan kan u contact opnemen de huisarts.

De uiteindelijke **bedoeling** is om in de toekomst het **praktijkbeleid ivm rookstop** doeltreffender te maken.

Indien u toestemt om deel te nemen aan dit onderzoek zal de arts u volgens de '**Belgische aanbeveling voor goede medische praktijkvoering "Stoppen met roken**" begeleiden.

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

Uw deelname vindt plaats op **vrijwillige basis**. Dit wil 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 een **formulier voor geïnformeerde toestemming** geeft u uw toestemming tot het meewerken aan de studie.
Indien u nog bijkomende vragen heeft over dit onderzoek kunt u contact opnemen met onderstaande onderzoekers of uw behandelende huisarts.

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

Met vriendelijke groeten,

Dr. Hanne Verbeke
Dr. Ilse De Cooman
Dr. Fernand De Cooman

STOPPEN MET ROKEN

U denkt er over te stoppen met roken. Wij zijn bereid om u daarbij te helpen!
De meeste rokers kunnen genoeg redenen opsommen om te stoppen met roken. Toch kunt u alleen succesvol zijn als u er zélf van overtuigd bent dat stoppen de beste keuze is.
Ook al is de druk uit de directe omgeving soms groot, niemand kan die beslissing voor u nemen.

DE NADELEN VAN ROKEN OP KORTE TERMIJN

Sommige nadelige gevolgen van het roken ervaren rokers dagelijks. Denk maar aan:

- een slechte lichamelijke conditie die u belemmert bij sporten, traplopen, spelen met de kinderen, ...
- hoesten
- verkleurde tanden en een vieze adem, verlies van smaak
- partner, kinderen, vrienden, collega's die last hebben van uw tabaksrook
- naar rook stinkende haren en kleren
- nicotine-aanslag op plafond, gordijnen, muren, ...
- steeds minder gelegenheid om te roken omdat roken op veel plaatsen niet meer toegestaan is
- de zorg geen of niet voldoende sigaretten in de buurt te hebben

DE NADELEN OP LANGERE TERMIJN

Naast de vele nadelen die hiervoor genoemd zijn, heeft roken natuurlijk het grote nadeel dat het heel slecht is voor uw gezondheid. Het is algemeen geweten dat u ernstig ziek kan worden door te roken. Dit verhoogde risico is iets om rekening mee te houden. In België overlijden elk jaar maar liefst 20.000 rokers voortijdig ten gevolge van ziekten die door het roken zijn veroorzaakt!
Roken is slecht voor hart- en bloedvaten, het veroorzaakt of verergert astmatische klachten en bronchitis, en het veroorzaakt longkanker. Bovendien verhoogt roken ook het risico op andere soorten kanker (de slokdarm, het strottenhoofd, de alvleesklier of pancreas, de blaas, de nieren, de baarmoederhals, de keel en de mondholte). Roken brengt schade toe aan het mondslijmvlies en veel rokers krijgen last van losse tanden.
Verder heeft roken negatieve effecten op de voortplanting. Het kan de vruchtbaarheid nadelig beïnvloeden. Bij de man kan roken de seksuele potentie verminderen.

Als een zwangere vrouw rookt of meerookt (passief roken), kan dat nadelige gevolgen hebben voor de baby. Ook spaart u door te stoppen met roken heel wat geld uit. Verder hoeft u zich nooit meer zorgen te maken of u wel voldoende sigaretten op zak hebt.

WAT HOUDT U NOG TEGEN?

DE MOEITE VAN HET STOPPEN

Roken is een verslaving. Dit geeft aan dat stoppen heel moeilijk kan zijn, maar dit is erg persoonsafhankelijk.
Als we over rookverslaving spreken, hebben we het in feite over twee dingen: de lichamelijke verslaving aan nicotine en de geestelijke verslaving; het gevoel niet buiten roken te kunnen.

NICOTINEVERSLAVING

Doordat uw lichaam gewend is aan nicotine, kan het minder goed functioneren zonder die nicotine. Ruim een uur na het roken van uw laatste sigaret, is het nicotineniveau met de helft gedaald. Na enkele uren niet roken voelt u zich daardoor minder comfortabel en krijgt u zin in roken. Hoe langer u niet rookt, hoe meer dit onaangename gevoel de bovenhand krijgt. Dit zijn wat we noemen de ontwenningsverschijnselen. Door te roken (en dus het nicotinegehalte in uw bloed te verhogen) verdwijnt dit gevoel snel. Na een trekje van uw sigaret heeft de nicotine slechts 7 seconden nodig om een effect in uw hersenen te hebben. Gelukkig is echter niet iedereen even gevoelig voor nicotineverslaving. De nicotineverslaving bent u als roker vrij vlug kwijt. Na een week is vrijwel alle nicotine uit uw lichaam verdwenen.

DE GEESTELIJKE AFHANKELIJKHEID

Wat overblijft, is de geestelijke afhankelijkheid van het roken. Sommige rokers missen het roken dan nog in veel situaties. Anderen slechts nog af en toe. Ook dit is erg persoonsafhankelijk. Wat niet verschilt, is het feit dat de behoefte om te roken afneemt naarmate u langer niet rookt. Ook wordt de moeite die u er voor moet doen om niet te roken steeds kleiner.

ONTWENNINGSVERSCHIJNSELEN

Onderzoek toont aan dat de helft van de rokers die stoppen met roken, flink last heeft van ontwenningsverschijnselen. De andere helft heeft er weinig of helemaal geen last van. Ontwenningsverschijnselen worden veroorzaakt door de vraag van het lichaam om nicotine. Als het die nicotine niet krijgt, geeft dat een onaangenaam gevoel. Gelukkig went uw lichaam ook weer snel aan een situatie zonder nicotine, zodat uw lichaam al vrij snel weer normaal kan functioneren.

Ontwenningsverschijnselen zijn het hevigst in het begin. Na een paar dagen worden ze al minder. Probeer niet meer aandacht aan uw ontwenningsverschijnselen te besteden dan strikt nodig is. Probeer uw gedachten af te leiden. Ontwenningsverschijnselen zijn niet gevaarlijk.

Gewichtstoename

Veel rokers worden zwaarder als ze stoppen met roken. Belangrijkste oorzaak is dat u meer of anders gaat eten en snoepen. U zoekt namelijk een vervanging voor het roken. Uw gewichtstoename wordt niet veroorzaakt door het stoppen met roken zelf. Het is voornamelijk te wijten aan een veranderd eetpatroon. Door wat meer te letten op wat u eet en snoept, en wat meer te zorgen voor lichaamsbeweging, kunt u de gewichtstoename beperken.

Twijfel

Ook twijfel of het stoppen met roken zal lukken, kan u ervan weerhouden te stoppen. Dat is niet verwonderlijk. Want voor veel rokers is stoppen inderdaad moeilijk. Toch is dit nog geen reden om te twijfelen aan eigen kunnen. Ook moeilijke klussen zijn te klaren. Veel rokers die voor het eerst stoppen, denken: "Als ik het echt wil, kan ik het ook." Vaak is dat ook zo. Toch gaan sommige rokers twijfelen of ze wel kunnen stoppen als het de eerste keer niet lukt. Dat is niet nodig. Als het u niet direct lukt, is dat niet het bewijs dat u het niet kan. U kunt beter eerst naar andere verklaringen zoeken. Misschien was u nog niet voldoende gemotiveerd.

Hulpmiddelen

In het kader van het onderzoek dat in onze praktijk gebeurt, worden u twee mogelijke hulpmiddelen aangeboden. Beide manieren zijn wetenschappelijk bewezen. De keuze is volledig aan u. Ook als u denkt aan een ander hulpmiddel om te stoppen met roken, staan wij paraat om u daarbij te helpen. De resultaten zullen dan niet gebruikt worden in het onderzoek.

Nicotinevervangers

Nicotinevervangers, ook wel nicotinesubstitutiepreparaten genoemd, zijn een hulpmiddel bij het stoppen met roken, voor diegenen die lijden aan nicotineverslaving. Ze bestaan in verschillende vormen: **nicotinekauwgom, -pleisters, -tabletjes en -inhalator**. Er bestaat geen verschil in doeltreffendheid tussen de verschillende toedieningsvormen.
Het toedienen van nicotine voorkomt een deel van de ontwenningsverschijnselen. Door het geleidelijk afbouwen wordt de nicotinegewenning vaak bijna automatisch

en zonder al te veel problemen overwonnen. Het gemiddelde **stoppercentage** bedraagt **17%** na één jaar, zonder herval.
Nicotinesubstitutiepreparaten zijn aanbevolen bij alle **nicotine-afhankelijke rokers** die voldoende gemotiveerd zijn om te stoppen. In praktijk is dit iedereen die meer dan 10 sigaretten per dag rookt, of zijn eerste sigaret opsteekt binnen het half uur na het opstaan.
De **behandelingsduur** bedraagt 8 tot 12 weken, afhankelijk van de gekozen vorm. De **dosis** is afhankelijk van het dagelijkse tabaksgebruik.
De nicotinepreparaten worden meestal erg goed verdragen. Mogelijke **nevenwerkingen** zijn lokaal (bvb bij pleisters), goedaardig en van korte duur.
De **kostprijs** is erg afhankelijk van de keuze van het product en varieert tussen 200 en 400 euro voor een behandeling van 12 weken.

Medicijnen: Champix (Varenicline)

Champix is een medicijn dat de **ontwenningsverschijnselen** en de **behoefte om te roken** vermindert. De therapie is enkel op voorschrift van een arts beschikbaar. De **doeltreffendheid** (18% na één jaar, zonder herval) en **de kostprijs** zijn vergelijkbaar met die van nicotinesubstitutie.
Dosis: Er wordt gestart met één tablet van 0,5 mg per dag. De dosis wordt geleidelijk aan opgevoerd tot de onderhoudsdosis van 2 keer 1 mg per dag. De aanbevolen **behandelingsduur** bedraagt tot 12 weken. Indien er een groot risico is op herval kan deze eventueel verlengd worden. De **kostprijs** bedraagt 250 à 300 euro voor een behandeling van 12 weken.

Praktisch

Indien u na het lezen van deze folder geïnteresseerd bent om een rookstoppoging te ondernemen, aarzel dan niet om contact op te nemen met één van de artsen.
Tijdens een eerste consult zullen de verschillende mogelijke therapieën nog eens besproken worden om zo samen tot een besluit te komen.
De verdere praktische afspraken zullen dan ook gemaakt worden.

Wij wensen u alvast veel succes!

Dr. Hanne Verbeke
Dr. Ilse De Cooman
Dr. Fernand De Cooman

6.3 Bijlage 3: selectie patiënten

Vragenlijst selectie patiënten

1. Hebt u tijdens u leven al meer dan 100 sigaretten gerookt?
    a. Ja
    b. Neen
2. Hebt u gerookt tijdens de laatste maand?
    a. Ja
    b. Neen

    1 ja + 2 ja = **roker**
    1 ja + 2 neen = **ex-roker**
    1 neen + 2 neen = **niet-roker**

3. Heeft u de poster ivm rookstop zien hangen in de wachtkamer?
    a. Ja
    b. Neen
4. Indien 1 Ja en 2 Ja:
    Waarom heeft u de arts hierover niet aangesproken?
    Indien 1 Neen en 2 Ja : uitleg over het onderzoek

INDIEN DE PATIËNT ROOKT WORDEN VOLGENDE VRAGEN GESTELD:

5. Denkt u er soms over na om te stoppen met roken?
6. Indien ja op vraag 5: Op welke termijn denkt u eraan om te stoppen met roken?
    a. Minder dan één maand
    b. Minder dan 6 maand
    c. Meer dan 6 maand
7. Indien neen op vraag 5: Waarom niet?

7. Bronvermelding

[1] OIVO (Onderzoeks- en Informatiecentrum van de Verbruikersorganisaties) DOCUMENTATIEMAP ROKEN. Uitgave 2012

[2] World Health Organisation http://www.who.int/features/factfiles/tobacco_epidemic/en/index.html (laatst geraadpleegd op 23/11/2012)

[3] Peto R, Lopez AD, Boreham J, et al. Mortality from tobacco in developed countries 1950-2000 (2nd edition). Oxford, Oxford Univerity Press (2003)

[4] Van den Bruel A., Cleemput I., Van Linden A et al. Effectiviteit en kosten-effectiviteit van behandelingen voor rookstop. Brussel : Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) ; 2004 Juni. KCE Reports vol. 1A. Ref. PF04-26.02A.

[5] Cox B, Martens E, Nemery B, et al. Impact of a stepwise introduction of smoke-free legislation on the rate of preterm births: analysis of routinely collected birth data. BMJ 2013;346:f441

[6] Gailly J. Aanbeveling voor goede medische praktijkvoering : stoppen met roken. Berchem: Domus Medica 2005.

[7] Chavannes NH, Kaper J, Frijling BD et al. NHG-Standaard Stoppen met roken. Huisarts en Wetenschap (Huisarts Wet) 2007; 50: 306-314

[8] M.C. Willemsen, E.J. Wagena en C.P. van Schayck. De effectiviteit van stoppen-met-rokenmethoden die in Nederland beschikbaar zijn: een systematische review op basis van Cochrane-gegevens Ned Tijdschr Geneeskd. 2003;147:922-7

[9] Prochska J. The transtheoretical Model of Health Behavior Change: Am J Health Promotion 1997;12(1): 38-48

[10] Tremblay M, Gervais A, Lacroix C et al. Physicians taking action against smoking: an intervention program to optimize smoking cessation counseling by Montreal general practioners. CMAJ 2000;165(5):601-607

[11] Lems S. De huisarts-patiënt relatie anno 2006. Amsterdam/Utrecht: TNS NIPO/NHG, 2006.

[12] Coleman T, Wilson A. Factors associated with the provision of anti-smoking advice by general practitioners. Br J Gen Pract. 1999 Jul;49(444):557-8.

[13] Coleman T, Murphy E, Cheater F. Factors influencing discussion of smoking between general practitioners and patients who smoke: a qualitative study. Br J Gen Pract. 2000 Mar;50(452):207-10

[14] Alison Wynn, Tim Coleman, Stephen Barrett et al. Factors associated with the provision of anti-smoking advice in general practice consultations. Br J Gen Pract. 2002 December; 52(485): 997–999.

[15] Ministry of Health. 2007. New Zealand Smoking Cessation guidelines. Wellington: Ministry of Health.

[16] NICE public health intervention guidance 1– Brief interventions and referral for smoking cessation in primary care and other settings. 2006.

[17] NICE public health intervention guidance 10- Smoking cessation services in primary care, pharmacies, local authorities and workplaces, particularly for manual working groups, pregnant women and hard to reach communities 2008

[18] Piper M, Fiore M, Smith S et al. Use of the Vital Sign Stamp as a Systematic Screening Tool to Promote Smoking Cessation. Mayo Clin Proc. 2003;78:716-722

[19] Lancaster, Stead, Silagy and Sowden. Effectiveness of interventions to help people stop smoking: findings from the Cochrane Library. *BMJ* 2000;321;355-358

[20] Reid DJ, Killoran AJ, Mc Neill AD, et al. Choosing the most effective health promotion options for reducing a nation's smoking prevalence. Tob control 1992;1:185-197

[21] Riemsma R, Pattenden J, Bridle et al. Systematic review of the effectiveness of stage based interventions to promote smoking cessation BMJ. 2003 May 31; 326(7400): 1175.

[22] Schumann A, John U, Rumpf HJ et al. Changes in the "stages of change" as outcome measures of a smoking cessation intervention: A randomized controlled trial, Preventive Medicine 43 (2006) 101–106

[23] Aveyard P, Massey L, Parsons A et al. The effect of Transtheoretical Model based interventions on smoking cessation, Social Science & Medicine 68 (2009) 397–403

[24] Ashenden R, Silagy C, Weller D. A systematic review of the effectiveness of promoting lifestyle change in general practice. Fam Pract 1997;272:1497-1505

[25] Fiore M. Treating tobacco use and dependence: an introduction to the US Public Health Service Clinical Practice Guideline. Respir Care 2000;45:1196-1199

[26] Lancaster T, Stead LF. Physician advice for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2004, Issue 4. Art. No.: CD000165. DOI: 10.1002/14651858.CD000165.pub2

[27] Stead LF, Bergson G, Lancaster T. Physician advice for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2008, Issue 2. Art. No.: CD000165. DOI: 10.1002/14651858.CD000165.pub3.

[28] Coleman T, Wilson A. Anti-smoking advice in general practice consultations: general practitioners' attitudes, reported practice and perceived problems. Br J Gen Pract. 1996 Feb;46(403):87-91

[29] Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie. De transparantenfiches: een update. Hulpmiddelen bij rookstop: update 2011. Beschikbaar via: http://www.bcfi.be/pdf/TFT/TN_TABA.pdf Geraadpleegd op 30 april 2012.