Rookstop: een proefproject in de Nieuwe Wandeling

Hanneke Vandenberghe, Universiteit Gent

Promotor: Professor dr. An de Sutter, Universiteit Gent

Co-promotoren: Professor dr. Hedwig Boudrez, Universiteit Gent

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

INHOUDSTAFEL

Voorwoord 4

Abstract 7

Inleiding 8

- Literatuuronderzoek 8
  - Roken 8
  - Rookstop 10
  - psychosociaal welzijn 15
- Praktische voorbereiding 16
  - Overleg met het medisch team van de nieuwe wandeling 16
  - Gevolgde bijscholingen door het medisch team van de Nieuwe wandeling 18

Methode 19

- Literatuur onderzoek 19
- Verloop van de sessies 19
- Verzamelen van studieresultaten 21

Resultaten 23

- De inschatting door het personeel 23
- Mening van het personeel zelf 29

Discussie 31

Nawoord 34

Referenties 35

Bijlagen 39

VOORWOORD

Tijdens het werken in de gevangenis word je je steeds meer bewust van de aanwezige patiëntenpopulatie. Het zijn jonge mensen, die vergeleken met de patiëntenpopulatie in de praktijk buiten, veel frequenter consulteren. Deze veelvuldigheid van consultatie is mogelijks te wijten aan het feit dat we als artsen verantwoordelijk zijn voor het verstrekken van alle soorten medicatie, dus ook de normale 'over the counter' medicatie, waar de patiënt in de thuispraktijk niet komt om vragen. Maar mogelijks zit er achter de 'zogenaamde reason for encounter', ook een andere reden: het uit de cel kunnen komen. Verder merken we als medische dienst op dat er veel psychische aanmeldingsklachten zijn, die uiteraard veel opvolgconsulten vergen. Bovenstaande (mogelijke) redenen zijn niet onderzocht in de literatuur, maar worden door het medisch personeel herhaaldelijk opgemerkt.

Verder betreft de aanmeldingsklacht banale pathologie. Maar tijdens de consulten valt het steeds opnieuw op dat de levensstijl en levensgewoonten van de patiënten gemiddeld genomen ongezonder lijkt dan deze van de patiënten buiten. Tevens hadden wij de indruk dat hun kennis wat betreft 'gezonde levensstijl' een pak lager lijkt te liggen. Bovenstaande stellingen zijn geen feiten, want zijn geen zaken die gemeten werden. Maar leken ons als medische dienst toch op te vallen.
Het zijn mensen die een aantal maanden tot een aantal jaren in de gevangenis verblijven, en nadien zoals ons weer een normaal leven zullen opnemen, en die bij u en mij in de praktijk zullen langskomen.
Het zijn voornamelijk jonge mensen, bij wie er eigenlijk preventief heel wat gezondheidswinst kan geboekt worden.
Het is een gemakkelijk bereikbare populatie, eenvoudig in groep samen te krijgen, waardoor het misschien gemakkelijker wordt om hun kennis te verhogen en hun beter te begeleiden.

Omwille van bovenstaande redenen zijn we als medische dienst beginnen brainstormen over mogelijke invalshoeken om preventief deze populatie beter te kunnen helpen.
Een rookstop begeleiding leek in de herfst van 2011 een evidente keuze. Het was ons allemaal, zowel verpleegkundigen, artsen, tandartsen als psychiaters, opgevallen dat roken 'alomtegenwoordig' aanwezig was, en bovendien dat vele patiënten wensten geholpen te worden bij hun rookstop. Op dat moment circuleerde er in de medische dienst een lijst van patiënten die tijdens de (drukke) consultatie hadden aangegeven dat ze hulp wensten bij hun rookstoppoging. Als arts had je tijdens de consultatie vaak niet de tijd om uitgebreide hulpverlening aan te bieden hiervoor. Af en toe startte je naar best vermogen een begeleiding. Sommigen onder ons zagen de patiënt hiervoor op een apart rustig moment, dat geen deel meer uitmaakte van de gewone consultatie. De lijst leek echter steeds langer te worden.

We startten toen een rookstopbegeleiding in groep als proefproject. Ik vond het een interessant thema en besloot om hierover mijn masterproef te schrijven.

Na het afronden van de proef begeleiding liet ik het project evalueren door het personeel: zowel door het personeel van de medische dienst als door de penitentiaire beambten. Oorspronkelijk was het de bedoeling om het project te evalueren aan de hand van volgende methoden:

- Er zou voorafgaand aan de start een motivatie meting gebeuren. Hiervoor zou een combinatie van twee invulformulieren gebruikt worden dat tevens gebruikt wordt bij

de lessenreeks tabakologie. (zie bijlage 1). De laatste sessie voorafgaand aan de dag van rookstop wilden we dit formulier opnieuw laten invullen door de patiënten. Het doel was om te meten of er zich een verandering in motivatie had voorgedaan die het gevolg was van de eerste sessies.

- Tevens wilden we voor de start een 'welzijnsenquête' (de SF 12 vragenlijst, zie bijlage 3) laten invullen. Deze zou dan nogmaals herhaald worden op het einde van het rookstopprogramma. Het doel hiervan was te meten of het rookstopprogramma ook op andere niveaus een invloed had op de patiënt.
- Verder zouden de patiënten de kans krijgen om een spirometrie te laten afnemen.
- Tijdens het rookstopprogramma zouden verder waarden worden opgevolgd zoals gewicht, bloeddruk en pols, en ook het CO gehalte zou iedere sessie gemeten worden. Dankzij het registreren van het CO gehalte hadden we meteen een objectieve parameter om de rookstop te registreren, en dit zou ook motivatie bevorderend kunnen werken voor de patiënt.

Echter, deze methode van evaluatie werd niet goedgekeurd door het ethisch comité. Oorspronkelijk werd ik samen met mijn promotor (Professor dr. An De Sutter) uitgenodigd tot een verdediging van mijn onderwerp. Maar omwille van een advies van de nationale raad van de orde der geneesheren in 1979, waarin werd geoordeeld dat de arts nooit experimenten of proeven mag uitvoeren met gedetineerden, konden wij geen goedkeuring krijgen. Ook in de code van Helsinki wordt gewezen op de grote noodzaak tot noodzaak tot omzichtigheid indien proefpersonen mogelijk hun toestemming onder dwang geven.
Met dit advies en na een overleg met de voorzitter van het ethisch comité (Professor dr. Robert Rubens) en mijn promotor (Professor dr. An De Sutter) besloten we om de methode van evaluatie aan te passen. Het rookstop programma zou moeten geëvalueerd worden door vragenlijsten die het personeel invullen. In bijlage vindt u de drie verschillende vragenlijsten (voor penitentiair beambten en voor het medisch personeel dat wel en niet had deelgenomen aan het rookstop programma).

Uiteindelijk werden bovenstaande registraties bij de patiënten nog steeds uitgevoerd en werden de resultaten intern (in de medische dienst van de Nieuwe Wandeling) besproken, maar deze kunnen omwille van bovenstaande regelgeving niet openbaar vrijgegeven worden.

Dankzij de opgedane ervaring met het rookstopproject hebben we intussen nog groepsessies gepland met als algemeen thema 'gezondheidsvoorlichting'. Enkele ideeën die de kop opstaken waren een informatiesessie in groep over sexueel overdraagbare aandoeningen, een gezondheidsquiz in groep over verschillende thema's waarvan wij merken dat er preventief nog 'werk aan de winkel' is (slaapproblemen, roken, angst en stress, lage rugpijn, sexueel overdraagbare aandoening, naald gebruik, …)
Concreet zullen er dit jaar nog twee informatie avonden over gezondheid gehouden worden.

Kortom het rookstopproject was een goed proefproject om onze 'preventiecampagne' op gang te brengen en heeft er toe bijgedragen dat we nu meer gebruik kunnen maken van de groepsessies, die duidelijk goed onthaald werden.

DANKWOORD

Het opstellen van het project was niet mogelijk geweest zonder de steun en medewerking van mijn beide opleiders dr. Jan Matthys en dr. Frank Brusseel, mijn promotor Professor dr. An De Sutter en mijn co-promotor Professor dr. Hedwig Boudrez, alle collega's huisartsen en psychiaters, de verpleegkundigen uit de Nieuwe Wandeling, met in het bijzonder de leden van het rookstop team :de verpleegkundigen Paulien Cardinaels en Magda Geets en de collega's Guy Van Damme en Stijn Tiberghien, alsook de penitentiaire beambten.

In het bijzonder dank aan dr. Frank Brusseel en dr. Jan Matthys voor steun bij alle aspecten van mijn HAIO opleiding, voor het ter beschikking stellen van hun praktijk en hun patiëntenbestand, voor hun inzet om mij naar best vermogen op te leiden, voor hun begrip en hun geduld, en voor de interessante overlegmomenten.

Dank aan mijn promotor Professor dr. An De Sutter voor de opvolging van mijn masterproef en de steun bij de bijeenkomst van het ethisch comité.

Dank aan mijn co-promotor Professor dr. Hedwig Boudrez voor de tijd die hij vrijmaakte om met mij in gesprek te gaan over het begeleiden van patiënten tijdens hun rookstop poging en voor de opvolging van mijn masterproef.

Dank aan mijn stage coördinator dr. Andy Courtens voor de goede begeleiding van mijn opleiding en voor de aangename seminariemomenten.

Dank aan alle collega's en de verpleegkundigen uit de Nieuwe Wandeling voor de aangename werksfeer, vriendschap, steun en begrip tijdens mijn opleiding.

Dank aan dr. Lieve Van der Meeren, echtgenote van mijn opleider dr. Jan Matthys en tevens collega in de praktijk, voor de collegialiteit, vriendschap en hulp tijdens mijn opleiding.

Als laatste wil ik graag mijn moeder bedanken voor haar onvoorwaardelijke steun voor en tijdens de opleiding.

Alsook mijn grootmoeder en mijn beste vrienden Winggo en Anne-Aurélie voor het bieden van een luisterend oor op eender welk moment.

ABSTRACT

Inleiding: Uit de Global adult tobacco survey, uitgevoerd door de WHO in 2008 bleek de prevalentie van het roken van tabak 17,5%. In verschillende studies bleek dat de prevalentie in detentie tussen de 64 en 91.8% schommelt. Er bestaan verschillende tools die kunnen helpen bij het inschatten van o.a. de motivatie om te stoppen en het meten van de afhankelijkheid van de patiënt. De literatuur beschrijft ook verschillende begeleidingsvormen, gaande van individuele sessies tot groepsessies, met psychologische ondersteuning, met zelfhulpmateriaal, medicamenteuze begeleiding en allerlei mengvormen van deze. Er is reeds veel ervaring betreffende de begeleiding van het stoppen met roken in een forensische setting. Vele auteurs publiceerden hun resultaten en gaven een idee van de toegepaste begeleidingsmethode. Deze laatste werd helaas nooit in detail gepubliceerd. Om ons rookstop programma op punt te stellen hebben we ons deels gebaseerd op de beperkte gegevens uit de literatuur, maar ook op verschillende bijscholingen.
Onderzoeksvraag: Is het haalbaar om een rookstop project te organiseren in de Nieuwe Wandeling en zo meer patiënten te kunnen begeleiden bij hun rookstop poging? Hoe wordt zo een project onthaald bij het personeel en de gedetineerden?
Methode: De medische database Pubmed werd doorzocht op zoektermen zoals 'quit smoking prisoners', 'smoking cessation inmates'.
Bij het plannen van de sessies werd het vooraf opgestelde draaiboek zo goed mogelijk gevolgd. Het rookstop project werd bekend gemaakt door het verspreiden van informatieposters en ook via persoonlijke aanspreking van de patiënten door twee verpleegkundigen.
In het totaal werden er meer dan tien sessies gegeven. Sommigen gebeurden individueel en andere in groep. De eerste sessie baseerden we vooral op kennismaking en de motivational interviewing techniek. Sessie twee en vier waren informatiesessies en werden gegeven aan de hand van een powerpoint presentatie. Vooral de opvolgsessies van de nog deelnemende patiënten die gestopt waren met roken werden individueel verder gegeven. Bij elke sessie werd de mogelijkheid geboden om een CO meting te laten afnemen.
Doordat het ethisch comité niet kon akkoord gaan met een masterproef waarin de bekomen resultaten van de gedetineerden zelf werden beschreven, hebben we onderzoek moeten laten evalueren door vragenlijsten die werden ingevuld door het personeel. Enerzijds werd de idee van het personeelslid betreffende de mening van de patiënten bevraagd, anderzijds de mening van het personeelslid zelf. In het eerste deel kwamen volgende parameters aan bod: interesse, tevredenheid, succes en organisatie. In het tweede deel werd het personeelslid bevraagd naar hun standpunt betreffende storing van hun eigen werk, het aanbieden van een rookstop programma in de toekomst en ook over de organisatie van het project.
Resultaten: De personeelsleden vermoeden dat het project goed onthaald werd bij de patiënten. Er lijkt een kleine variatie te zijn betreffende de idee van de penitentiaire beambten en de idee van de personeelsleden van de medische dienst (zowel rookstop team als niet rookstop team). De resultaten zijn overwegend positief te noemen. Zo vermoedt de meerderheid dat er interesse was in het rookstop project bij de bekendmaking ervan, dat de deelnemende patiënten tevreden waren over het verloop en tenslotte dat de organisatie van de sessies goed zou onthaalt zijn. De mening van de personeelsleden loopt vrij parallel met de vermoedelijke mening van de patiënten.
Discussie: Het organiseren van een rookstop project is gelukt. De positieve antwoorden op de enquête overheersen de negatieve, zowel wat betreft de mening van het personeel, als de vermoedelijke mening van de gedetineerden. Zeker met het oog op een eventuele herhaling van het programma is belangrijk het personeel het project ook te laten evalueren. Het programma staat of valt met goede medewering van personeel dus hoe meer personeelsleden zich niet gestoord voelen in hun eigen taken, hoe beter we het programma kunnen organiseren. Het project kan namelijk geen tweede maal van start gaan zonder de hulp van het personeel. Momenteel is er nog geen tweede rookstop programma gepland. Voorlopig zijn er geplande informatie sessies over diverse gezondheidsonderwerpen. Dit zijn ook groep sessies en werden voordien nog niet gegeven door de medische dienst. De opgedane ervaring in bij de rookstop sessies zal hier worden benut.

INLEIDING

LITERATUURONDERZOEK

ROKEN

ALGEMEEN

Tabak is afkomstig van de *Nicotinia Tabakum* en de *Nicotinia Rustica* plant. Het werd eerst gebruikt bij de Indianen voor verschillende doeleinden en op verschillende manieren. In 1850 werden de eerste fabrieksgemaakte sigaretten verkocht in Groot-Brittannië. Vanaf 1920 nam de incidentie van longkanker sterk toe, maar het duurde tot 1971 eer de eerste publieke berichten zich begonnen te verspreiden, waarin men schreef dat 'roken een negatieve invloed had op de gezondheid en bijdroeg tot het ontstaan van verschillende ziekten'. (Balbani en Montovani 2005)
Het bewijs dat tabak verslavend is en het ontdekken van nicotine als de verslavende factor van tabak gebeurde pas in 1988 en werd beschreven in een baanbrekend rapport in the Surgeon General. (USDHHS, 1988)

Op heden roken er meer dan een miljard mensen, waarvan 90% er mee begon in de adolescentie. Ieder jaar zijn er meer dan vier miljoen dodelijke slachtoffers ten gevolge van roken.
Roken is verantwoordelijk voor 30% van alle overlijdens ten gevolge van maligniteiten, en daarenboven een belangrijke risicofactor voor het ontwikkelen van zo goed als elke maligniteit. Nicotine is verantwoordelijk voor het verslavende effect van roken via zijn werking op het dopaminerg systeem. Het veroorzaakt een gevoel van plezier en beloning ter hoogte van het limbisch systeem. Verder ook een gestegen gevoel van alertheid, doch bij hogere doses sedatie, en anxiolyse. (Balbani en Montovani 2005)
Het stoppen met 50% of meer van de gebruikelijke hoeveelheid nicotine kan leiden tot ontwenningssymptomen die zich uiten als kwaadheid, nervositeit, slaapstoornissen, honger, cognitieve stoornissen, slaperigheid en craving. (Balfourt et al 2000, Balbani en Montovani 2005, Wang et al 2008) De abstinentie symptomen zijn het gevolg van noradrenerge effecten en beginnen ongeveer acht uren na de laatste sigaret. Dit is waarom veel rokers 's morgens al naar hun eerste sigaret dienen te grijpen. (Balbani en Montovani 2005) De abstinentie verschijnselen bereiken reeds hun top binnen de eerste 24 uren, en beginnen pas af te nemen na twee à vier weken. De zin om te roken blijft echter soms nog jaren aanwezig. (Wang et al 2008)
Nicotine induceert ook tolerantie, waardoor om hetzelfde beloningseffect te krijgen steeds hogere doses nodig zijn. (Balbani en Montovani 2005)

Iedere sigaret bevat 7-9mg nicotine, waarvan per sigaret slechts 1mg wordt opgenomen door de gebruiker. Nicotine komt in de longen terecht bij de inhalatie en het duurt slechts tien seconden vooraleer het de hersenen bereikt. Er is geen enkele andere stof die zo snel het beloningscentrum activeert als nicotine, wat bijdraagt tot het verslavend karakter ervan. De halfwaarde tijd is slechts een tweetal uren.

Naast de werking op de hersenen oefent nicotine ook een onmiddellijke vasoconstrictorische werking uit op het cardiovasculair systeem, verder werkt het ook antidiuretisch, en stimulerend op de gastro-intestinale tractus. (Balbani en Montovani 2005)

Meest gerapporteerde problemen bij rookstop zijn het ervaren van humeur schommelingen en andere abstinentie verschijnselen, en vooral ook het bijkomen in gewicht (gemiddeld vijf kg). Het meeste herval vindt plaats in de eerste drie maanden na de stopdag.
(Balbani en Montovani2005)

EPIDEMIOLOGIE

De prevalentie van roken bedroeg wereldwijd in 2008 17,5%. Mannen roken meer dan vrouwen: 22% vs. 13,3%. (WHO global adult tobacco survey)
Er is een duidelijke socio-economische gradiënt. (Transparantiefiche, update uit 2008) In forensische populaties ziet men een hoog aantal rokers. De National Comittee of Correctional Health Care schat dat de prevalentie van rokers in het gevangeniswezen 80% bedraagt. Dit cijfer is in verschillende studies bevestigd (Cropsey et al, 2004, Nicoletta 2007, Kauffman et al 2011)
In een gevangenis in Mississippi, waar in 2004 866 vrouwelijke gedetineerden verbleven, rookte 73,9%. Het gemiddeld aantal sigaretten was 14,6 per dag.
Ook een studie die de prevalentie in New York mat, kwam op dezelfde cijfers uit: 71% van de vrouwelijke gedetineerden rookt. (Durah en Rosenberg 2004). Voglewelde en Noel melden 79% rokers in een gevangenis in North Carolina. In deze studie was de gemiddelde Fagerström score 4,5. Andere cijfers variëren tussen de 64% en 91,8% (Rötter et al 2011)

Europese cijfers zijn gekend via een Franse studie die in 2008 naging hoeveel personen in de gevangenis van Lyon rookten. Men kwam aan prevalentiecijfers van 63% bij de vrouwen en 78,5% bij de mannen. Van de totale gevangenen populatie gingen er 73 akkoord tot het invullen van enkele vragenlijsten omtrent hun rookgedrag. Zo kwam men tot het inzicht dat niet alleen de prevalentie van roken hoger ligt bij gevangenen maar ook de graad van verslaving, gemeten met de Fagerstöm test, ligt hoger. 48% haalde een score hoger of gelijk aan 7, in de gewone populatie is dit rond de 30%. (Dupont 2008)

WETTELIJK KADER

Gedurende de jaren is de wet veel strenger geworden op vlak van roken in openbare plaatsen. Hieronder leest U de opeenvolging van besluiten:

- KB 15 september 1976 verbod op roken in het openbaar vervoer (trams, bussen, metro en premetro). Het verbod in treinen dateert pas vanaf 1 januari 2004.
- KB 15 mei 1990 verbod op roken in gesloten plaatsen die toegankelijk zijn voor het publiek. Een uitzondering wordt gemaakt voor gesloten ruimten waar als voornaamste activiteit voedingsmiddelen en of dranken ter consumptie worden aangeboden en waarvan de oppervlakte niet meer dan 50m² bedraagt. In deze gesloten ruimten moet een rook afzuigsysteem of een ventilatiesysteem geïnstalleerd worden om de rook te verwijderen.
- KB van 31 maart 1993 stelt dat de werkgever binnen het jaar de nodige maatregelen moet nemen om het rookgedrag af te stemmen op de wederzijdse verwachtingen van rokers en niet-rokers.
- KB februari 1997 rookverbod op plaatsen waar voedingsmiddelen worden gefabriceerd, voorhanden zijn of in de handel worden gebracht.

- KB 29 mei 2002 verbod voor het verkopen van sigaretten in pakjes die minder dan 19 sigaretten bevatten, tenzij de prijs van deze pakjes minsten evenveel bedraagt als de standaardprijs van pakjes die 19 of meer sigaretten bevatten. Op dezelfde datum ook een KB m.b.t productregeling (fabricatie, verkoop, presentatie van de producten): betere gezondheidswaarschuwingen, verbod op benamingen zoals 'mild, light, low tar', maximale toegelaten hoeveelheid teer, nicotine en koolmonoxide + vastgelegde lijst van ingrediënten.
- Wet van 31 juli 2005: verbod voor sponsoring van internationale evenementen (uitzondering voor Francorchamps)
- KB 13 december 2005 = herschrijving KB van 15 mei 1990. Aan de ingang van alle openbare plaatsen dienen verbodtekens te worden gehangen.
- KB 19 januari 2006: recht van elke werknemer om te beschikken over werkruimten en sociale voorzieningen, vrij van tabaksrook. Met ingang op 1 januari 2006. Het verbod gold niet voor horecazaken, privéwoningen, of werkzaamheden in open lucht.
- Op het KB van 13 december 2005 volgden uitbreidingen in de wet: 1 januari 2007: rookverbod in restaurants, 1 september 2008: totaal rookverbod in alle Vlaamse scholen, 1 januari 2010: rookverbod in alle café's die eten serveren. Het oprichten van een rookkamer is wel toegelaten.
- KB 1 juli 2011: algemeen rookverbod in de horeca.

Kortom, het recht op een rookvrije omgeving is een basisrecht. Een roker heeft weliswaar het recht om te roken, maar die vrijheid stopt wanneer de gezondheid van anderen in het gedrang komt.

(Cursus tabakologie 2001 en http://www.tegenkanker.be/content/de-wet)

ROOKSTOP

MOTIVATIE METEN

De test van Khimji en Watts is een zeer gebruiksvriendelijke test voor het meten van de motivatie om te stoppen met roken. Ze bestaat uit drie eenvoudige vragen (bijlage 1). (Khimji en Watts 1994). Een andere test is deze van Richmond et al, en houdt meer rekening met invloeden van buitenaf. Ze bestaat uit vier vragen (bijlage 2). Richmond et al onderzocht in een RCT van 450 rokers welke factoren het meest predictief waren om lange abstinentie te voorspellen. Degenen die het belangrijkst bleken waren hoge motivatie, hogere leeftijd, minder tijd doorgebracht met rokers, lagere afhankelijkheid, en hogere socio-economische status. (Richmond et al 1993)

Beide testen laten de kans een score te berekenen en zo respectievelijk de slaagkansen en de motivatie te meten.

AFHANKELIJKHEID METEN

Oorspronkelijk ontwikkelde Fagerström et al de Fagerström tolerance questionnaire in 1978 die later werd herwerkt tot de Fagerström test for nicotine dependence (FTND, bijlage 4). Het oorspronkelijke doel van het gebruik ervan was te testen of men bij het stoppen met roken nood had aan nicotine substitutie therapie. Een review uit 2009 ging op zoek in de literatuur naar alle gegevens omtrent het gebruik van de FTND. Een belangrijk gegeven is de berekende sensitiviteit en specificiteit van deze test, die respectievelijk 75% en 80% zou bedragen. Ze komen tot het besluit dat de Fagerström test een betrouwbare test is om de nicotine afhankelijkheid te meten, die bovendien gebruikt kan worden in verschillende

populaties. De FTND wordt beschouwd als de gouden standaard (De Meneses-Gaya et al 2009) De 'concurrent' van de FTND is de Heavy Smoking Index (HSI). Deze is een verkorte versie die slechts uit twee vragen bestaat, versus 6 vragen bij de FTND. De HSI is een afgeleide versie van de FTND. Een studie, gepubliceerd in 2009 ging bij 1655 Spaanse rokers hun nicotine afhankelijkheid na, en vergeleek hierbij de FTND en de HSI. Beiden identificeren ongeveer hetzelfde percentage dagelijkse zware rokers. Echter de sensitiviteit van de HSI bleek relatief laag. De voorkeur gaat daarom naar de FTND. (Perez Rios et al 2009)

BEGELEIDING IN GROEP BIJ ROOKSTOP

Een review van het NIH (National Institutes of Health, 2006) vond evidentie in de literatuur om te besluiten dat begeleiding door een getrainde therapeut in één of meerdere sessies onder vier ogen effectief is om rokers te helpen bij hun stoppoging. Men kon echter geen bewijs vinden om aan te tonen dat groepsessies effectiever zijn dan individuele begeleiding. Er werd wel beperkte evidentie gevonden om te suggereren dat groepstherapie, geassocieerd met andere vormen van behandeling, extra voordeel biedt. (Ranney et al 2006) The National Institutes of Health: (NIH), Office of Medical Applications of Research: (OMAR) Cochrane review 2011.

In de Transparantie fiche Rookstop worden verschillende vormen van begeleiding besproken: Psychologische ondersteuning in groep zou de rokers de kans bieden om gedragstechnieken voor rookstop aan te leren, en elkaar te steunen. De NNC (number needed to counsel, of het aantal mensen dat je moet begeleiden in rookstop om 1 bij één persoon een geslaagde rookstop te verwezenlijken) bedraagt 10.
Of individuele ondersteuning werkzamer is dan psychologische interventies in groep was alsnog niet duidelijk. Als de psychologische begeleiding in groep wordt vergeleken met enkel rookstop via zelfhulpmateriaal, is de NNC 20 om één extra stop de bekomen (transparantiefiche, update uit 2008)

MEDICAMENTEUZE BEGELEIDING VAN ROOKSTOP

Hier volgt een korte bespreking van de stoffen die in België geregistreerd zijn als medicatie bij de aanpak van rookstop.

BUPROPION, (merknaam Zyban) op de markt gebracht als antidepressivum, werkt als hulpmiddel bij rookstop door inhibitie van het dopaminerg systeem.(Balbani en Montovani 2005). Het heeft ook een adrenerge werking. (Transparantiefiche, update 2008) Het dient 7 à 10 dagen voor de eigenlijke rookstop dag gestart te worden. De juiste dosering is 150mg/dag de eerste drie dagen, nadien 300mg/dag gedurende 12 weken. (Balbani en Montovani 2005).
In de Transparantiefiche van 2011 over rookstop wordt gemeld dat gebruik van Bupropion geen nadelige invloed heeft op de geestestoestand bij schizofrene patiënten. Daarbij is het ook bij deze populatie, al dan niet in combinatie met NST, werkzaam gebleken.
Bupropion doet de kans op rookstop toenemen met 9,9% in vergelijking met placebo, anders gezegd is de NNT 10, in vergelijking met placebo. Het verderzetten van Bupropion heeft geen invloed op het vermijden van herval na een geslaagde rookstop.
Er is geen significant verschil aangetoond tussen de 250mg per dag en de 300mg per dag. De bijsluiter adviseert te starten met 150mg per dag de eerste zes dagen en nadien de dosis op te hogen tot maximaal 300mg per dag. De stopdatum moet vastgelegd worden in de eerste drie

weken van de behandeling. In de meeste studies is dit meestal al de eerste of tweede week. Vervolgens moet de behandeling gedurende 6 à 8 weken worden verder gezet. Het abstinentie percentage na één jaar bedraagt ongeveer 25% na behandeling met Bupropion, vergeleken met 14% met placebo. (Transparantiefiche rookstop, + update 2008)

NICOTINE SUBSTITUTIE THERAPIE (NST) bestaat in verschillende vormen.

NST is een behandeling die door de substitutie van nicotine, de abstinentieverschijnselen minder hevig maakt. Meestal wordt de NST gedurende 6 à 8 weken doorgegeven, en in deze tijd ook langzaam afgebouwd. (Tranparantiefiche update 2008)
NST onder vorm van kauwgum en inhalator is de enige vorm van medicamenteuze begeleiding waarbij bestudeerd is of afbouwen naar de rookstop dag kosteneffectief is. Een meta-analyse kwam tot het besluit dat afbouwen met roken en zo uiteindelijk stoppen kosteneffectief is. Het effectieve stoppen zou in de studies gebeurd zijn binnen de zes weken na start van de NST. Nadelen die de meta-analyse opmerkte zijn dat zes van de zeven geïncludeerde RCT's gesponsorde studies zijn, en een continue abstinentie (> 6 maand)werd slechts gezien als secundaire outcome. De primaire outcome was de effectiviteit en kosten efficiëntie van de NST.
(Wang et al, 2008)
In de transparantiefiche worden nog enkele succescijfers weergegeven van het gebruik van NST. In de studies waar de mensen het langst werden opgevolgd, stopt 17% van de rokers die NST kregen ten opzichte van 10% in de controlegroep. De NNT op 6 maanden is 14.
De Cochrane Library publiceerde een overzicht van 123 RCT's met een follow up van minstens zes maanden, met in totaal meer dan 35.600 rokers die gebruikt maakten van NST bij hun poging tot rookstop. Bij alle NST vormen zou een hoog herval zijn de eerste drie maanden. In iedere RCT werd de startdosis individueel bepaald aan de hand van de Fagerström test, of door het tijdstip van de eerste sigaret 's morgens.
In een meta-analyse van 12 studies met in het totaal bijna 5000 rokers werd een NNT van 19 gezien bij een follow up van 2-8 jaar. (Anonymous, 2006)
NST zou ook behulpzaam zijn bij het verminderen van roken, echter het is niet bewezen dat minder roken ook de gezondheidsrisico's doet dalen.
(Transparantiefiche rookstop)

VARENICLINE, gekend onder de merknaam Champix.

In de folia van 2006 wordt Varenicline naar voren gebracht als tweede keuze middel bij de aanpak van rookstop. Dit omwille van de onzekerheid op psychiatrische en cardiovasculaire ongewenste effecten. Het risico op cardiovasculaire events of psychiatrische effecten is intussen in vraag gesteld. (Folia farmacotherapeutica 2012)
Recent werden namelijk door de FDA twee retrospectieve cohort studies gepubliceerd die geen verschil in incidentie van hospitalisatie om psychiatrische redenen aantoonden tussen het gebruik van Varenicline of NST. (Campbell 2010 en Vector One 2011, FDA: http://www.fda.gov/Drugs/DrugSafety/ucm276737.htm) Interessant bij deze twee studies is dat eerdere psychiatrische stoornissen geen exclusie criterium waren. Eerder nadelig is dat de sample size (respectievelijk 14.131 en 19.933 Champix gebruikers) te klein is om conclusies te trekken over zeldzame psychiatrische aandoeningen. Echter, Moor et al publiceerde in 2011 resultaten die wel wezen op een verhoogd risico van psychiatrische problemen bij het gebruik van Varenicline. Men verwerkte in deze studie de gegevens van de database van de FDA adverse effects reporting system tussen 1998 en 2010. Primaire outcome was zelfmoord, automutilatie of depressie. Men vergeleek de resultaten die men verkreeg van de

gerapporteerde bijwerkingen van Varenicline met de gerapporteerde bijwerkingen van Bupropion, NST en ook van de meest gebruikte antibiotica. Zo kwam men op de volgende ODD's ratios t.o.v. de bijwerkingen gerapporteerd bij de antibiotica: varenicline 36,6 (95%BI 27,5-48,9), bupropion 12,5 (9,1-17,2) en NST 4,3 (3,1-6,2). Geneesmiddelen gebruikt bij rookstop zouden dus kans hebben op een verhoogd risico op zelfmoordgedachten, automutilatie en depressie vergeleken met een brede patiëntengroep. Varenicline zou een hogere kans op dit risico hebben dan bupropion en bupropion op zijn beurt hoger dan NST.

Ook op cardiovasculair vlak heerst er twijfel. De FDA publiceerde in 2011 een artikel waarin men de conclusies uit een RCT beschreef. De RCT bestond uit een populatie van 700 patiënten, leeftijd 35 tot 75 jaar, met gedocumenteerde cardiovasculaire ziekte (uitgezonderd hypertensie). De ene groep van 350 patiënten kreeg 1m Varenicline tweemaal daags, de andere groep placebo. De patiënten werden opgevolgd gedurende hun 12 weken behandeling en 40 weken daaropvolgend. Gerapporteerde cardiovasculaire events waren angina pectoris, niet-fataal acuut myocard infarct, coronaire- of perifere revacularisatie ingreep en nieuw gestelde diagnose van perifeer vaatlijden. Deze events deden zich frequenter voor in de Varenicline groep, maar de studie was niet opgericht met voldoende power om van een significant verschil te spreken. (http://www.fda.gov/Drugs/DrugSafety/ucm259161.htm)
De folia van 2011 hebben het ook over een nog recentere meta-analyse die tevens een verhoogd risico op cardiovasculaire events zou suggeren bij het gebruik van varenicline. De methode van deze meta-analyse wordt echter zelf in twijfel getrokken. (Samuels, 2011)

Varenicline is een partiële agonist ter hoogte van alfa 4 en beta 2 acetylcholinereceptoren. Uit een Cochrane review uit 2011 blijkt dat 2mg Varenicline de kans op rookstop verdubbelt op lange termijn vergeleken met een niet medicamenteuze aanpak. Ook Varenicline 1mg is nuttig bewezen, en met minder bijwerkingen. (Folia Farmacotherapeutica 2006) Uit studies bleek dat het doeltreffender is dan Bupropion en ook een meerwaarde zou hebben t.o.v NST .

Geleidelijke afbouw naar rookstop is even werkzaam, maar ook niet meer werkzaam, als een abrupte rookstop, dit zowel met medicamenteuze begeleiding, zelfhulp als met gedragstherapie. Dit besluit het Transparantiefiche op basis van een meta-analyse van 10 RCT's met in totaal 3760 deelnemers (Transparantiefiche Rookstop update van 2010)

FOLLOW UP

In de opvolging en begeleiding bij rookstop kan het soms nuttig zijn om te objectiveren of de patiënt werkelijk is verminderd of gestopt met roken. Het is mogelijk om te testen op cotinine, de metaboliteit van nicotine, in het bloed, speeksel of urine. Een andere veel gebruikte methode is het meten van koolstofmonoxide in de uitgeademde lucht. Een tabakverslaafde produceert gewoonlijk zeer hoge concentraties van CO in de uitgeademde lucht. Ongeveer 24 uur na de laatste sigaret, beginnen de concentraties al sterk te dalen. Een niet roker ademt minder dan 10 parts per million (ppm) uit. (Balani en Motivani 2005)

ERVARINGEN VAN ANDERE GEVANGENISSEN

Opvallend is dat, bij alle artikelen die het onderwerp rookstop begeleiding in detentie aanhalen, hetzelfde besluit steeds terugkwam. Steeds weer haalt men de hoge prevalentie van rokers aan, en steeds opnieuw valt op dat zeer veel rokers wensen te stoppen. De algemene

conclusie is dan ook dat rookstop begeleiding meer zou moeten aangeboden worden in deze setting.

Er is reeds wat ervaring met het begeleiden van rookstop in een forensische populatie. In 1978 gebeurde de eerste studie naar het begeleiden van rookstop in deze populatie. Dit was toen niet met medicamenteuze begeleiding maar via gedragstherapie.

Daarna zijn twee kleine studies gepubliceerd. Eén die 30 mannen includeerde, en hen begeleidde via 2 sessies gedragstherapie, NST of bupropion, en zelfhulpmateriaal. Hun stoppercentage was 22% op zes maanden.

Een auteur die zeer veel artikelen heeft geschreven omtrent het thema rookstop in het gevangeniswezen, is Karen Cropsey PsyD. Zo heeft Cropsey et al in 2008 geschreven hoe ze van juni 2004 tot juni 2006 539 vrouwelijke gevangenen begeleidde in hun rookstop poging. Het is het waard om wat dieper in te gaan op de methode van deze studie gezien ze veel gelijkenissen toont met ons programma (omdat we het ook een stuk als voorbeeld gebruikten).
Ze maakte van de begeleiding een RCT, waarbij de controle groep de gevangenen waren die op de wachtlijst stonden voor het rookstop programma. In het programma combineerde men gedragstherapie met medicamenteuze begeleiding. De gedetineerden werden op de hoogte gebracht via folders en door de personeelsleden. Hun inclusie criteria waren de volgende: volwassen leeftijd, minstens vijf sigaretten per dag roken, interesse hebben om te stoppen met roken, mogelijkheid om deel te nemen aan de groepsbegeleiding, geen contra-indicaties voor NST, verblijven in de algemene gevangenenpopulatie (niet in afzondering), en minstens nog één jaar verblijf (dit laatste werd ook gecontroleerd).
Er werd hen gevraagd verschillende vragenlijsten in te vullen die onder andere peilden naar rookgewoonten en socio-demografische factoren. Verder werden wekelijkse CO metingen, gewichtsmetingen en eenmalig een lengtemeting uitgevoerd.
Hun groepsbegeleiding bestond vooral uit het leren omgaan met humeur schommelingen. Dit werd zo uitgevoerd omdat men toen in de literatuur terugvond dat zulke begeleiding, gecombineerd met NST, stoppercentages van 30% gaf. Men nam de inhoud van de tien sessies van deze reeds bestaande vorm van begeleiding over, maar paste hem hier en daar aan aan de omgeving. Zo trachtte men na te gaan wat de 'smoking triggers' zijn in het gevangeniswezen, en haalde men deze aan, zodanig dat er coping strategieën konden bedacht worden. Het programma hoorde normaal 4 sessies in de eerste twee weken te plaatsen, echter om organisatorische redenen kon men pas om de week een sessie geven in de gevangenis. De patiënten kregen NST mee in de derde sessie. Er werd gevraagd om een stopdatum te kiezen tussen de derde en vierde week, en om op die dag met de NST van start te gaan. De pleisters werden wekelijks verdeeld bij de groepsessies, en op deze ogenblikken werden ook bijwerkingen nagevraagd.
In het totaal bestond de studie uit 539 patiënten, waarvan 250 in de interventie groep en de andere 289 in de controle groep.
De stoppercentages waren 18% op het einde van de behandeling, 17% op drie maanden, 14% op zes maanden en 12% op twaalf maanden. Op zes maanden zag men een significant verschil vergeleken met de non-interventie groep waar het stoppercentage 2,8% bedroeg (P waarde <0,001). Op twaalf maanden kon men geen verschil meer berekenen gezien de non-interventie groep dan aan de begeleiding startte.

In de studie viel op dat wie er in slaagde om steeds aanwezig te zijn bij de groepsessies, ook een hogere kans op rookstop had. Men zag dat gemiddeld slechts 6,7 sessies werden bijgewoond.
Verder had men ook een hoog aantal drop-outs: ongeveer 50% bleek gedurende de begeleiding niet meer geïnteresseerd om te stoppen met roken. (Cropsey et al, 2008)
Tijdens de gewichtsmetingen werden de patiënten gebrieft over hun gewicht en werden er adviezen meegegeven. Tijdens de overige begeleiding werd aandacht geschonken aan het omgaan met humeur schommelingen, waarbij men zich baseerde op The Mood Management Training to Prevent Smoking Relapse. (Cropsey et al 2010)

Eenmalig haalde dr. Cropsey ook het thema 'smoking ban' in de gevangenissen in de staten van Amerika aan. Omstreeks het jaar 2000 is er een quasi volledig rookverbod ontstaan in 90% van de Amerikaanse staten. De reden hiervoor heeft voornamelijk te maken met de gezondheidsoverwegingen bij het passief roken, voor de personeelsleden en voor de andere niet rokende gevangenen. Natuurlijk is een rookverbod op deze plaats moeilijker, gezien de gedetineerden niet kunnen kiezen wanneer ze even in open lucht gaan staan om te roken. Men heeft dus vaak enorm veel last van de ontwenningsverschijnselen, temeer daar de stop gebeurt zonder NST of andere vormen van begeleiding. Het gevolg is dat de gevangenen alsnog aan sigaretten geraken op de zwarte markt. Het is ook niet zo dat het verblijven in een rookvrije gevangenis van de gedetineerden een ex roker maakt, 97% zal binnen de zes maanden na vrijlating weer beginnen roken. (Cropsey et al, 2010)

Een Australische prospectieve studie begeleidde gedetineerden via twee gedragstherapeutische interventies, medicamenteus via NST en Bupropion en verder zelf hulp maatregelen. Het opzet van deze studie heeft ook veel gelijkenissen met onze begeleiding; de abstinentie werd objectief geverifieerd door CO metingen. Dertig mannelijke gevangenen namen deel. Op zes maanden was het stop percentage 24%. Belangrijk aan deze studie is dat men de reden van herval ook naging. Dit was voornamelijk ten gevolge van transfer zonder verwittiging vooraf, door verveling, door verlenging van straf, door problemen met de familie of justitiële problemen. Zij die hervallen waren rookten echter minder en waren gemotiveerd opnieuw een stoppoging te ondernemen onder dezelfde begeleiding. Exclusiecriteria hier waren cardiovasculaire aandoeningen, bipolaire stoornis, epilepsie, behandeling met psychotrope of antidepressieve medicatie, of huidige ontwenning van alcohol of benzodiazepines. Tijdens de studie liet en de gedetineerden ook de SF 12 en K10 Kessler Psychological Distress Scale (zie bijlage) invullen. De gemeten waarden van deze vragenlijsten veranderde niet na de begeleiding. (Richmond et al, 2006)

PSYCHOSOCIAAL WELZIJN

De ervaring uit de consultaties in de Nieuwe Wandeling leert ons dat er veel psychische problematiek aanwezig is bij de gedetineerden. Zo merken we als medisch team dat een fysieke aanmeldingsklacht niet zelden het gevolg is van de psychosociale stress die de patiënt ervaart. Een (verdoken) 'reason for encounter is niet zelden agitatie, bezorgdheid om de familie, bezorgdheid om het werk, financiële zorgen en vele andere stress factoren. De vernoemde 'reason for encounter' is dan onder andere: slaapstoornissen, abdominale klachten, vermoeidheid en vele andere.

Dat roken een risicofactor is voor depressieve stoornissen en angststoornissen is niet goed geweten, ondanks de literatuur die hierover bestaat. Dit in tegenstelling tot het feit dat roken

een risicofactor is voor verscheidene fysische aandoeningen. (Mumtaz et al 2011) Er zijn voldoende cross-sectionele en follow-up studies gepubliceerd die dit verband aantonen Kendler et al 1993; Patton et al 1998; Izschiaki en Gratziou 2009; Almeida & Pfaff, 2005; Benjet, et al; Brown, et al 2000; Collins & Lepore, 2009; Duncan & Rees, 2005; Güleç et al., 2005; Kinnunen et al., 2006; Lam et al., 2004; Lekka, et al 2007; Martini, et al 2002; Mykletun, et al 2008; Patton et al., 1996; Ridner, et al 2005; Trosclair & Dube, 2010; Tsoh,et al 2003; Wang, Browne, Storr, & Wagner, 2005; Wiesbeck, et al 2008, Cougle, et al 2010; Fergusson et al, 2003; Lasser et al., 2000; McCabe et al., 2004; Pohl, et al 1992; Pratt & Brody, 2010; Scott, et al 2009)zelfs na correctie voor confounding factoren (Almeida & Pfaff, 2005; Duncan & Rees, 2005; Patton et al., 1996; Ridner et al., 2005; Wiesbeck et al., 2008 Fergusson et al., 2003; Scott et al., 2009).

Het leidt ons iets te ver om te bespreken welke factoren allemaal een rol zouden spelen in dit verband.

In 2007 onderzochten Nicoletta et al in een cross-sectionele studie de relatie tussen het roken van sigaretten en depressieve symptomen bij 353 mannelijke griekse gedetineerden uit de gevangenis van Patras (Griekenland). Op basis van de Montgomery-Asberg Rating Scale for Depression (MARDS) en de Hamilton's Rating Scale for Anxiety (HAM-A) kwamen ze tot het besluit dat zowel jonge leeftijd, als hogere scores voor depressie, positief correleerden met een hoger gebruik van sigaretten. Zij adviseren hierom het gebruik van CGT bij rookstop begeleiding in een forensische setting. Verder literatuuronderzoek bracht geen andere studies die dit onderwerp onderzochten.

PRAKTISCHE VOORBEREIDING

OVERLEG MET HET MEDISCH TEAM VAN DE NIEUWE WANDELING

In de Nieuwe Wandeling is er maandelijks medisch teamoverleg. Dit is uiteraard nodig gezien je als huisartsen groep binnen een multidisciplinaire groep fungeert. Zowel de psychiaters, de huisartsen, als soms de tandartsen, en de hoofdverpleegkundige, zijn hier op aanwezig. Eind 2011 werden de verpleegkundigen niet enkel door de hoofdverpleegkundige vertegenwoordigd, maar waren soms ook andere verpleegkundigen op het overleg aanwezig.

Het idee om de rookstopbegeleiding te verbeteren kwam van één van de verpleegkundigen op het overleg in oktober 2011. Bij het aanbrengen van dit idee kwamen al snel veel positieve reacties van heel het team. Nog diezelfde dag viel het woord 'groepsbegeleiding'. Er werd afgesproken om met alle geïnteresseerden hiervoor op een apart moment samen te komen.

Op 22/11/2011 kwamen we voor de eerste keer samen met het 'rookstopteam'. Na een brainstorm kwamen er al snel enkele besluiten. Hieronder een kort overzicht van de punten beschreven in het toen opgemaakte verslag:
Organisatorisch:
- Maximum 15 personen.
- De totale begeleiding: een acht-tal weken.
- Per sessie een uur
- Eerste pilootproject met de vrouwelijke gedetineerden.
- Draaiboek opmaken met inhoud van de verschillende sessies

- Bekendmaking project aan de hand van folders.

Op dat moment stelde zich al de vraag hoe de taalbarrière zou aangepakt worden. Er werd uiteindelijk beslist om het pilootproject af te wachten. De veronderstelling was dat de gedetineerden onderling voor elkaar zouden vertalen. De keuze voor vrouwelijke patiënten had enkele voordelen. Onder andere het feit dat de vrouwen reeds samen op dezelfde gang verblijven, wat inhoudt dat er geen regel van toepassing is die inhoudt dat sommigen elkaar niet mogen spreken, wat bij de mannen eventueel kan voorkomen.

Inhoudelijk:
- Laagdrempelig
- Interactief
- Informatie over het gezondheidsrisico en eventueel medicatiegebruik bij rookstop voor de stop.
- De vierde sessie is de dag van rookstop

Na dit overleg kwam ik tot de beslissing om dit project als onderwerp voor mijn masterthesis te gebruiken. Ik had een eerste contact met Professor Boudrez, die later akkoord ging om mijn co-promotor te worden. In dit gesprek bracht hij veel praktische tips aan die ik overbracht aan de collega's en die geholpen hebben bij de begeleiding van de patiënten. Onder andere het laten invullen van een rookstopdagboek, het meten van het CO gehalte bij iedere sessie.

Uit de cursus tabakologie (geleend van dr. J. Matthys) haalde ik ook verschillende tools die bruikbaar waren bij de sessies zoals een vragenlijst die peilt naar de motivatie om te stoppen, de Fagerströmtest,

Op 6 maart 2012 kwamen we opnieuw samen. De folders waren opgesteld en zouden vertaald worden in het Frans en het Engels. Ook de invulling van de verschillende sessies kwam aan bod en aansluitend op dit overleg werd een draaiboek geschreven. (zie bijlage) Voor sommige sessies werden powerpoint presentaties gebruikt, deze zijn ook in bijlage terug te vinden.

Uiteindelijk was het wachten op de reactie van het ethisch comité. Het had enige tijd geduurd maar in de zomer van 2012 was er uiteindelijk toestemming, mits aanpassing van de evaluatiemethode, en kon het project van start gaan.

MOTIVATIONAL INTERVIEWING

Over de toepassing van motivational interviewing bij rookstop is een Cochrane review gepubliceerd. Motivational interviewing bestaat erin om, door middel van gesprekstechnieken, de patiënt zijn eigen ambivalentie wat betreft zijn gedrag en zijn waarden te laten ontdekken. De review concludeert dat het toepassen van motivational interviewing effectief is in de begeleiding van rookstop als ze gebruikt wordt door huisartsen en ook, maar in mindere mate ervaren begeleiders en verpleegkundigen. Lange sessies van meer dan twintig minuten zouden betere resultaten hebben dan korte sessies. Motivational interviewing kan op verschillende manieren. Zoals eerder gezegd in korte of lange sessies, ook in één of meerdere sessies, en het is ook al gebeurd via telefoon- en groepsessies. Gemiddeld waren er niet veel meer rookstoppers in de interventiegroepen (11,5%) vergeleken met de controlegroepen (7,7%). Mogelijks omdat in het algemeen gestart werd bij weinig gemotiveerde patiënten. (Lai et al 2011)

De gesprekstechnieken van Motivational interviewing toepassen is niet evident. Er zijn studies gepubliceerd die dit aanhalen. Men zegt dat het aanleren ervan gebeurt in acht stadia. Allereerst moet men de onderliggende filosofie begrijpen en gewoon raken. Ten tweede moet men zich ook de juiste gesprekstechnieken eigen maken. Een derde belangrijk punt is het herkennen van veranderingstaal. Vervolgens moet de geneesheer op de juiste manier kunnen ingaan op deze veranderingstaal. Ten vijfde moet men leren accepteren dat defensieve taal niet abnormaal is maar een deel uitmaakt van de noodzakelijke stappen tot gedragsverandering. Hierna komt het ogenblik dat de behandelaar de aanzet tot de volgende stap geeft, en zo samen een behandelplan kan uitstippelen. Hoe hij dit juist moet doen kan ook aangeleerd worden. Als laatste is het belangrijk dat de behandelaar leert aanvoelen wanneer een interventie volgens motivational interviewing aan de orde is, en wanneer de patiënt eerder baat heeft bij een andere interventie vorm. (Madson et al 2009)

GEVOLGDE BIJSCHOLINGEN DOOR HET MEDISCH TEAM VAN DE NIEUWE WANDELING

Op 07/01/2012 organiseerde de Domus Medica een opleidingsvoormiddag: “De praktische aanpak van de rookstopconsultatie”. Dr S. Tiberghien en dr. H. Vandenberghe woonden deze bij. Verschillende topics kwamen aan bod. De epidemiologie, het gebruik van rookstopmedicatie, het financiële plaatje voor de rokende patiënt, het boek van Allen Carr, het principe rookreductie gevolgd door rookstop, kennis over de motivatie/drijfveer en drempels van de roker, de theorie over motivationele gesprektechnieken, relapspreventie en gedragsmatige ondersteuning, inhoud van het eerste rookstopconsult, tips voor de opvolging.

Dr. J; Matthys is de enige arts die op dat moment de cursus tabakologie jaren ervoor had gevolgd en erkend tabakoloog is, dr. S Tiberghien volgde intussen ook de cursus.

Later woonden dr. G. Van Damme en dr. H. Vandenberghe een opleidingsvoormiddag bij uitgaande van de Domus Medica. Die dag kon er aan de hand van videoconsulten en rollenspel geoefend worden op de motivationele gesprekstechniek.

METHODE

LITERATUUR ONDERZOEK

De literatuur werd doorzocht in de pubmed database met de volgende zoektermen: ‘quit smoking prisoners’, ‘smoking cessation inmates’ bij pubmed. De gebruikte pubmed limits waren ‘review, meta analyse RCT, English, french en dutch, free full text article available’. Tevens werd de cursus Tabakologie geraadpleegd.

VERLOOP VAN DE SESSIES

De sessies werden ingepland in een draaiboek dat we in onderling overleg samengesteld hadden met de rookstop werkgroep (bijlage 5).

Na de verschillende overlegmomenten, en het opstellen van het draaiboek, was het tijd om het rookstop project bekend te maken. We hadden hiervoor informatieposters in drie talen gemaakt (Nederlands, Frans en Engels zie bijlagen 6-7-8). Deze hingen we op het prikbord in de vrouwenafdeling. Tevens gingen de twee verpleegkundigen M. Geets en P. Cardinaels, die meewerkten met het project, op een avond van cel tot cel, om de posters af te geven. Hierbij gaven zij ook een woordje uitleg aan de geïnteresseerden.

De gedetineerden die wensten deel te nemen konden hun naam laten doorgeven aan de medische dienst. Ook geïnterneerden konden deelnemen en dienden hun naam op te geven. We hadden met de psychiaters afgesproken om voor alle geïnterneerden of gedetineerden die psychiatrische medicatie namen, hun akkoord te vragen voor de deelname. Ook vroegen we hun advies betreffende het voorschrijven van medicatie om te helpen bij de rookstop. Dit overleg met de psychiaters gebeurde schriftelijk. Uiteindelijk gingen ze met elke deelname akkoord en zagen ze geen contra indicatie in het voorschrijven van welke medicatie dan ook om te helpen bij de rookstop.

De sessies liepen zeer laagdrempelig. We kregen een lokaal ter beschikking dat zich een verdiep boven de vrouwenafdeling bevond. Het werd in vroegere tijden gebruikt als tv en ontspanningszaal, maar nu werd het af en toe voor zulke bijeenkomsten gebruikt.

Voorafgaand aan de sessies zag ik alle patiënten individueel. Ik gaf hun wat informatie betreffende het project, en gaf hun volgende formulieren mee om in te vullen. Ik vroeg hun tevens deze weer af te geven bij de eerste sessie: de SF 12 vragenlijst en de vragenlijst die naar motivatie peilt (zie bijlage).

De eerste sessie was vooral bedoeld als kennismaking. Twee artsen en twee verpleegkundigen, en 10 patiënten waren aanwezig. Het doel was om met een gesprek in groep het ijs te breken. Die dag werd onder andere besproken welke redenen men had om te stoppen met roken. Deze werden opgeschreven door een arts, op een groot blad dat iedereen kon lezen. Zo werd het al snel duidelijk dat sommigen dezelfde motivering hadden, ook werden redenen genoemd waar anderen dan weer niet bij stil hadden gestaan.
We vroegen de patiënten om op een schaal van 0-10 hun motivatie en wil om te stoppen met roken te plaatsen. We vroegen dan ook om bij elk cijfer wat uitleg te geven. We hadden het verder kort over eerdere stoppogingen en de lessen die hieruit konden getrokken worden.
De interactie onderling was groot. We waren erg tevreden over het verloop van de eerste sessie en de aanwezigheid van tien mensen. We evalueerden dit als een geslaagde sessie,

enige aandachtspunt was het inkorten ervan. Ze had namelijk twee uur geduurd, het doel is om ze in te korten tot één uur. We sloten de sessie af met een CO meting voor degene die dit wilden.

De tweede sessie was opnieuw zeer interactief, we koppelden terug naar de vorige sessie: 'wie heeft er nagedacht over het gesprek van de vorige keer?'. Iedereen kwam aan het woord en we trachtten zo goed mogelijk in te spelen op de antwoorden volgens de motivational interviewing techniek. Verder in de sessie werd de powerpoint presentatie overlopen (bijlage 9). De patiënten luisterden en stelden vragen met veel interesse. Tevens vroegen ze allemaal een kopie van de powerpoint om nog eens te kunnen bekijken op cel. Op het einde van de sessie werd iedereen een A4 meegegeven waarop men de consumptie sigaretten gedurende één dag kon noteren, en ook de Fagerstrôm vragenlijst. Het was opnieuw een geslaagde sessie.

Sessie drie was een individuele sessie.
We maakten afwisselend gebruik van individuele- en groepsessies om de patiënten de kans te geven eventueel aanwezige zorgen te bespreken met een arts. Zorgen die ze niet kunnen bespreken in groep, die daarvoor te persoonlijk zijn.
De patiënten waren willekeurig verdeeld over de vier artsen. De bedoeling was de ingevulde dagconsumptie en Fagerström te overlopen en aan de hand hiervan een gesprek over het rookgedrag te hebben zodanig dat er aangepaste adviezen en tips konden gegeven worden. De drempel om vrijuit over het rookgedrag en eventuele barrières die het stoppen zouden belemmeren te bespreken, ligt weer wat lager gezien het een arts patiënt contact is. Bij deze sessie werd ook het gewicht, de bloeddruk en pols gemeten, en een hart en longauscultatie gedaan. Na dit consult kon de arts een beslissing maken over het al dan niet voorstellen van medicamenteuze begeleiding bij de rookstop. Achteraf bleek dat er te weinig tijd voorzien was tussen sessie 2 en 4 om sessie 3 in te plannen. Niet alle artsen konden de patiënten tijdig voor sessie vier zien.

In de vierde sessie waren er voor het eerst conflicten tussen de patiënten. Eén van de patiënten vertelde de anderen dat ze reeds was gestopt met roken. Dit lag gevoelig bij de andere patiënten. De sessie was hierdoor zeer moeilijk, en bovendien ook niet goed georganiseerd. Er ontbraken twee vrouwen omdat er op hetzelfde moment wandeling gepland was.
Eén van de artsen, die de sessie niet had bijgewoond, stelde voor om de sessie te herhalen later die week. De tweede maal ging het vlotter, de gemoederen waren weer iets afgekoeld. De powerpoint werd overlopen. Op het einde van de sessie werd de gezamenlijke rookstop dag afgesproken en werd de vragenlijst die de motivatie meet opnieuw uitgedeeld.

Voor de dag van rookstop werd nog een individueel contact bij de arts gepland. Dit voornamelijk voor degenen die medicamenteus begeleid werden, en om de voorbereiding op het stoppen nog te vergroten.

Sessie zes is de dag van de rookstop. Tijdens de sessie brachten we kort voeding- en bewegingsadviezen, en hadden we het over relapspreventie. We besloten de sessies toegankelijk te houden voor de patiënten die (nog) niet gestopt waren.

Kort erop werden de overblijvende patiënten weer individueel gezien tijdens sessie zeven. Hier werd individueel gekeken naar de moeilijke momenten, aangemoedigd, vragen gesteld naar eventuele bijwerkingen voor degene die medicatie namen, enz.

Ongeveer een week na de dag van rookstop planden we reeds sessie acht, dit om het groepsgevoel onder de overblijvende patiënten te versterken. Het was een sessie waarin iedereen hun ervaringen deelden.

Sessie negen was een zeer amusante sessie. Eén van de patiënten had voorgesteld de sessie te leiden door middel van mindfullness. Deze patiënte las veel over mindfullness, en past dit regelmatig zelf toe. Het werd een zeer interactieve sessie.

Sessie tien en de volgende sessies waren individueel. De individuele opvolging ging nog enige tijd verder.

Iedere patiënte wenste iedere sessie een CO meting te doen. Mijn ervaring met de CO meter is dat deze goed onthaald werd bij de patiënten. Ze vonden het leuk om hun resultaten te zien en elke sessie opnieuw stonden ze haast te springen om opnieuw te mogen blazen.

VERZAMELEN VAN STUDIERESULTATEN

Zoals eerder vernoemd is er gaandeweg een aanpassing moeten gebeuren betreffende de evaluatie van het project. Aan de patiënten kon omwille van ethische redenen niet gevraagd worden om hun toestemming te geven om de ingevulde vragenlijsten te gebruiken voor publicatie in mijn masterproef of eender welk ander artikel. We hebben besloten de vragenlijsten toch te laten invullen, en deze te gebruiken voor een interne evaluatie op ons overleg.

De evaluatie die gebruikt wordt in mijn masterproef gebeurde door het personeel van de nieuwe wandeling. Zowel het medisch personeel, de artsen en verpleegkundigen die deelnamen aan de rookstop begeleiding en de artsen en verpleegkundigen die niet aan de begeleiding deelnamen, als de penitentair beambten die werken op de vrouwen afdeling. Vooral de artsen en verpleegkundigen die deelnamen aan de rookstop begeleiding als de penitentiaire beambten komen geregeld in contact met de patiënten die deelnamen aan het project. De andere artsen en verpleegkundigen in mindere mate, voornamelijk enkel bij medicatiebedeling (bijvoorbeeld de rookstop medicatie), of bij consultatie om andere redenen. Per dag zijn er ongeveer zes penitentiaire beambten aanwezig op de vrouwenafdeling. De meerderheid van het personeel is dus bekend met alle patiënten en komt in contact met alle patiënten.

Allereerst moest de toestemming van de directie hiervoor gevraagd worden. Dit gebeurde zowel via mail als mondeling. Daarna werden de personeelsleden benaderd door middel van een informatiemoment tijdens de werkuren. Aan de penitentiaire beambten werd kort uitgelegd waarvoor de vragenlijsten zouden gebruikt worden, en nadien werden de formulieren achtergelaten in het bureau van de chef op de vrouwenafdeling. De penitentiaire beambten konden zo zelf kiezen of ze mee wilden helpen aan de studie door het invullen van de vragenlijst. Met deze methode waren er helaas nog geen 50% van de personeelsleden die de vragenlijsten en informed consents hadden ingevuld. Na enige tijd besloot ik persoonlijk langs te gaan tijdens de werkuren en het personeel uit te nodigen om een vragenlijst in te vullen. Er ging ruime tijd over eer alle personeelsleden uiteindelijk de mogelijkheid hadden gekregen de vragenlijsten in te vullen.

Het medisch personeel werd op de hoogte gebracht tijdens ons maandelijks overleg. Hierna postte ik de formulieren in elk personeelslid' postvakje. Hiermee had ik reeds een respons

van bijna 100%. Er waren slechts enkelingen die ik persoonlijk uitnodigde om de vragenlijst in te vullen.

De gebruikte vragenlijsten kan u vinden in bijlage 11.

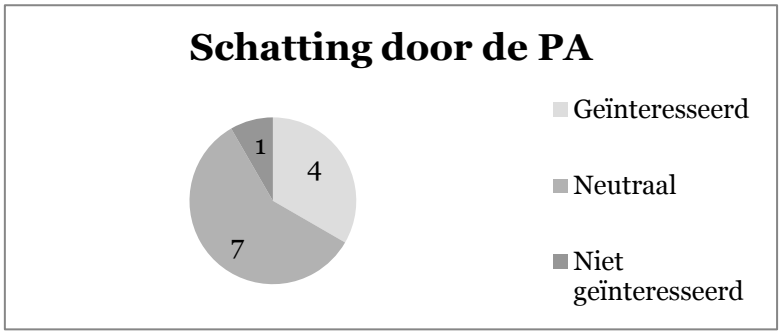
RESULTATEN

Van de penitentaire beambten hebben 13 op een totaal van 14 personeelsleden van de vrouwenafdeling de enquête ingevuld. Eén van de 13 ingevulde enquêtes kwam echter van een personeelslid dat niet op de hoogte was van het rookstop programma, zijn of haar enquête maakt dus geen deel uit van de resultaten.
Verder is het nuttig om te weten dat 10 van de 13 penitentaire beambten die de enquête hebben ingevuld, meer dan drie dagen per week op de vrouwenafdeling werken.

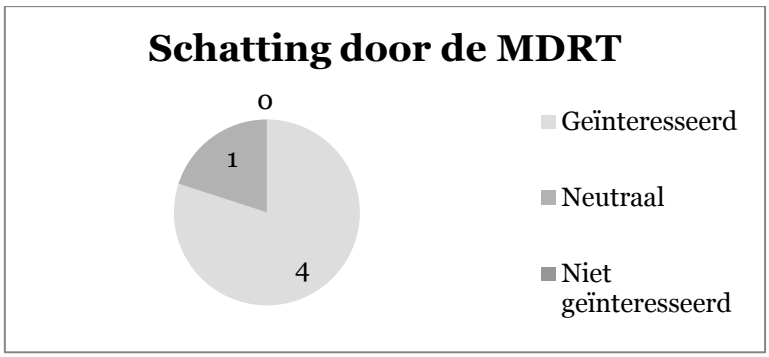
Bij de medische dienst (rookstop team), is de medewerking bij het invullen van de enquêtes 100% geweest.
Bij de overige personeelsleden van de medische dienst (niet rookstop team) vulden allen uitgezonderd twee personeelsleden de enquête in, dit omwille van transfer van werkplaats en ziekte.

DE INSCHATTING DOOR HET PERSONEEL

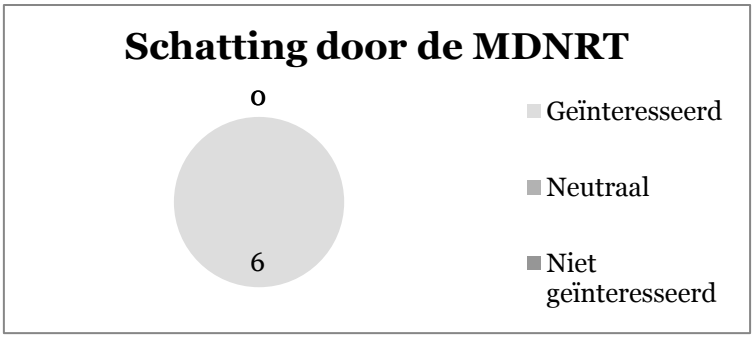
SCHATTING VAN DE ALGEMENE INTERESSE VAN DE GEDETINEERDEN BIJ BEKENDMAKING VAN HET ROOKSTOP PROJECT



Figuur 1



Figuur 2

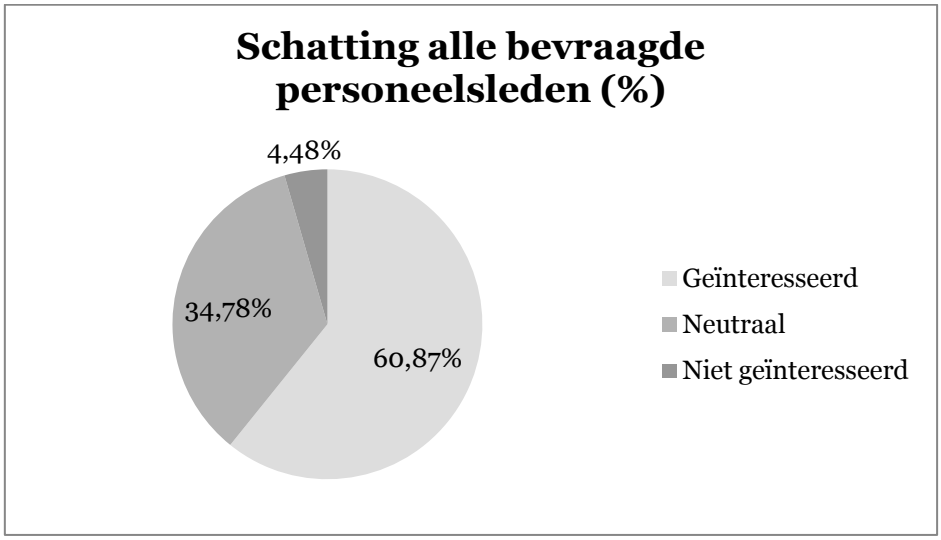


Figuur 3

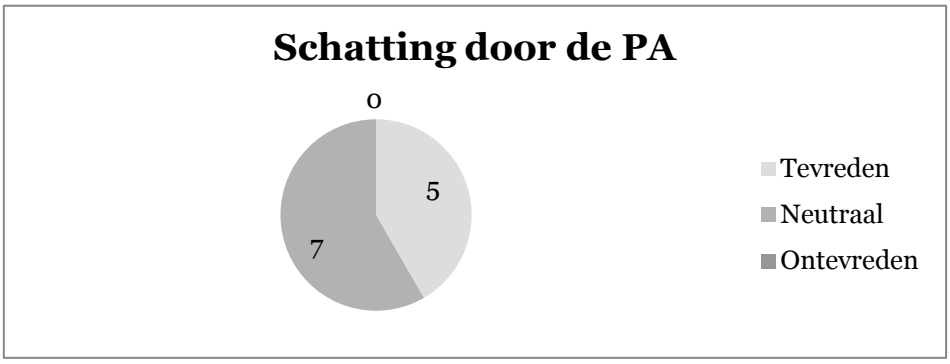
De hier gebruikte afkortingen staan voor het volgende:

- PA = penitentiaire beambten
- MDRT = medische dienst, rookstop team
- MDNRT = medische dienst, niet het rookstop team

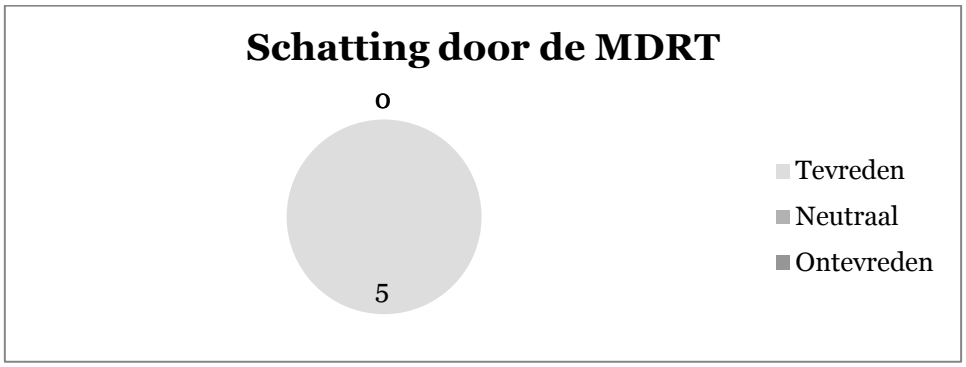
Bij deze inschatting veronderstelt de meerderheid van de PA (7/12) dat de gedetineerden vrij neutraal staan t.o.v deelname het rookstop programma. Vier personeelsleden denken dat er algemeen interesse was bij de bekendmaking, en één PA schat in dat er algemeen geen interesse was (figuur 1).
Deze inschatting verschilt licht met de leden van de medische dienst, waar de meerderheid (10/11) inschat dat er interesse was bij de bekendmaking (figuur 2 en 3).
In figuur 4 hieronder weergegeven ziet u het globale vermoeden, waarbij alle personeelsleden als één groep zijn beschouwd.



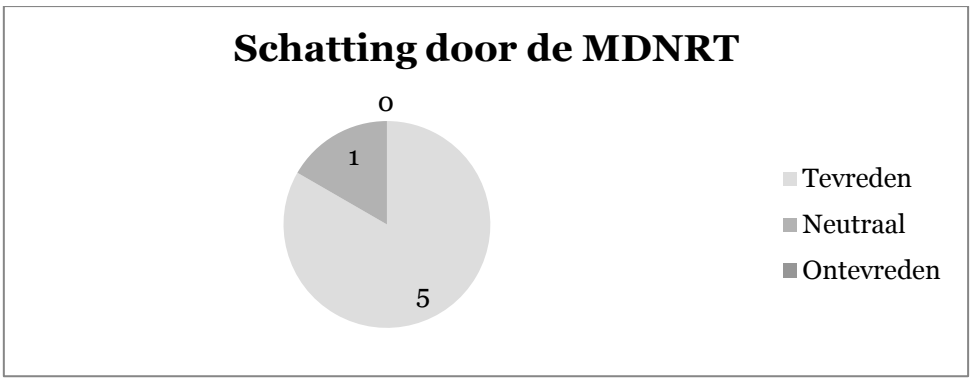
Figuur 4



Figuur 5

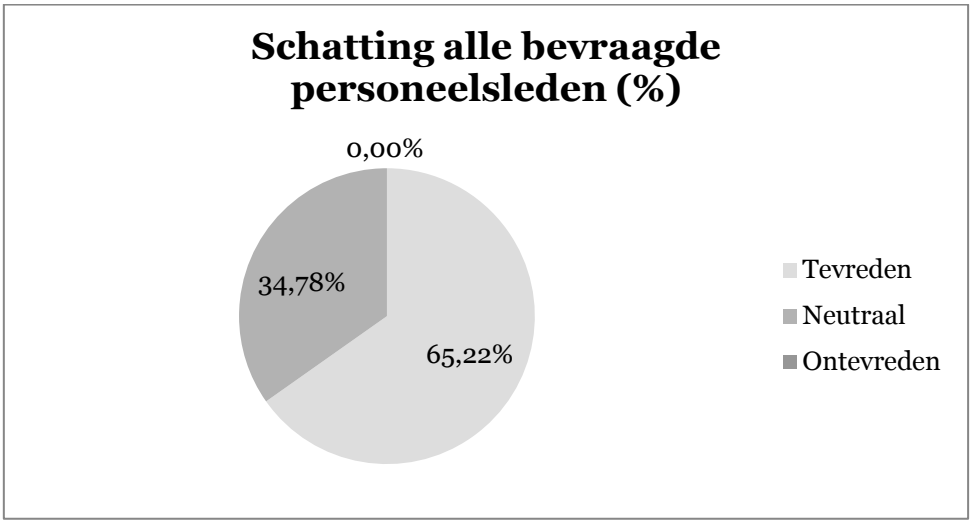


Figuur 6



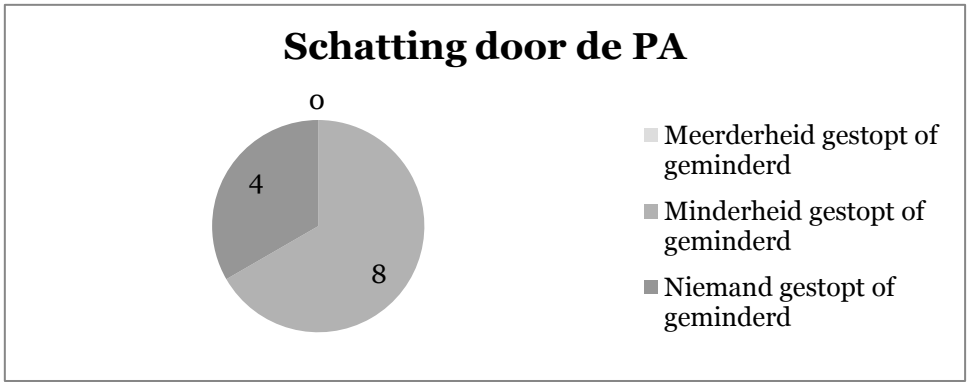
Figuur 7

Ook bij de schatting van de tevredenheid van de patiënten die hebben meegedaan met het rookstop programma, lijken de meningen verdeeld tussen de PA. Slechts vijf beambten denkt dat men algemeen tevreden is met het verloop, zeven vermoeden een eerder neutrale ingesteldheid (figuur 5).
De idee van de medische dienst is opnieuw vrij uniform, 10/11 vermoed een algemene tevredenheid van de patiënten (figuur 6).
In figuur 8 hieronder weergegeven ziet u de inschatting waarbij alle groepen personeelsleden zijn samengevoegd.

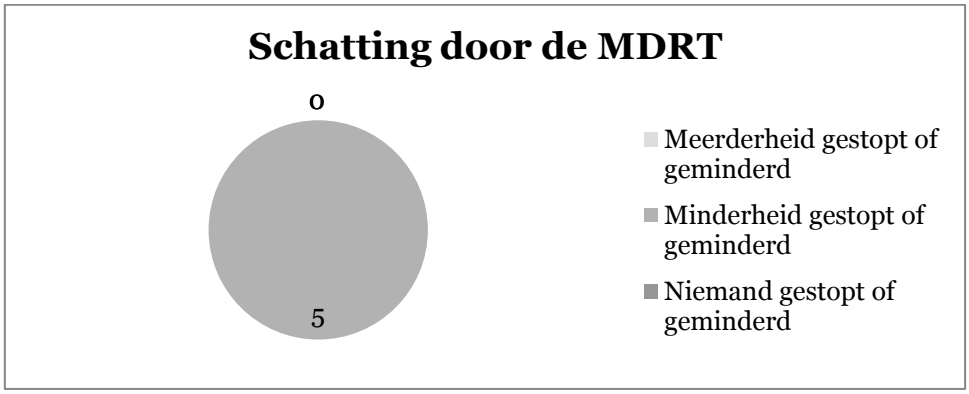


Figuur 8

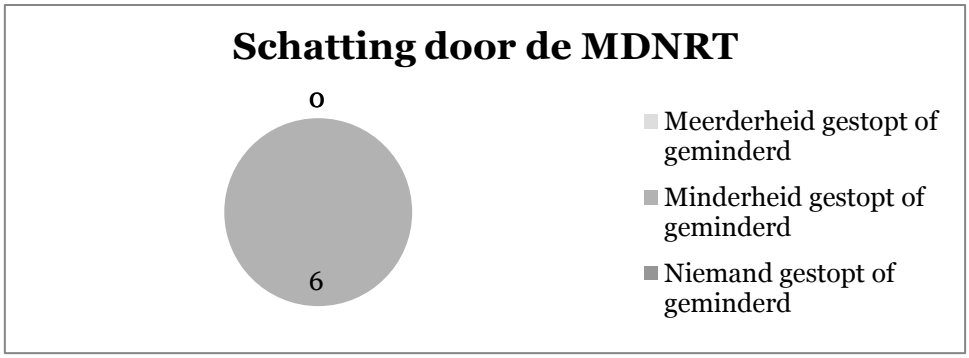
SCHATTING VAN HET SUCCES VAN HET ROOKSTOPPROGRAMMA



Figuur 9

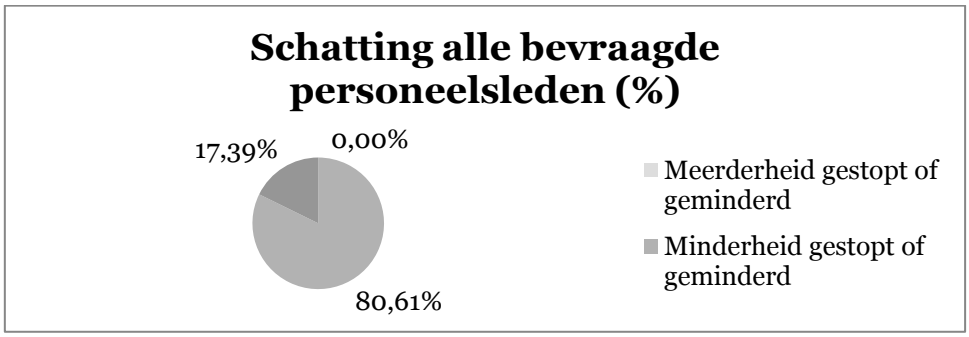


Figuur 10



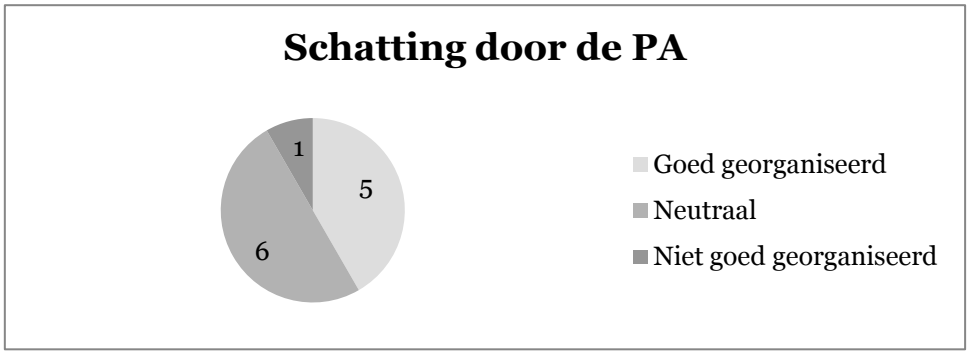
Figuur 11

Ook bij deze vraag is heeft de meerderheid dezelfde idee: een minderheid is gestopt of geminderd. Minder dan een vijfde veronderstelt echter dat er uiteindelijk niemand is gestopt of geminderd (figuur 12).

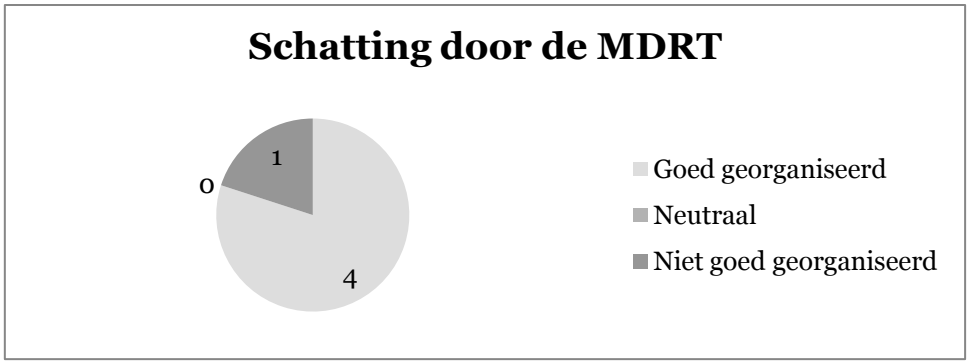


Figuur 12

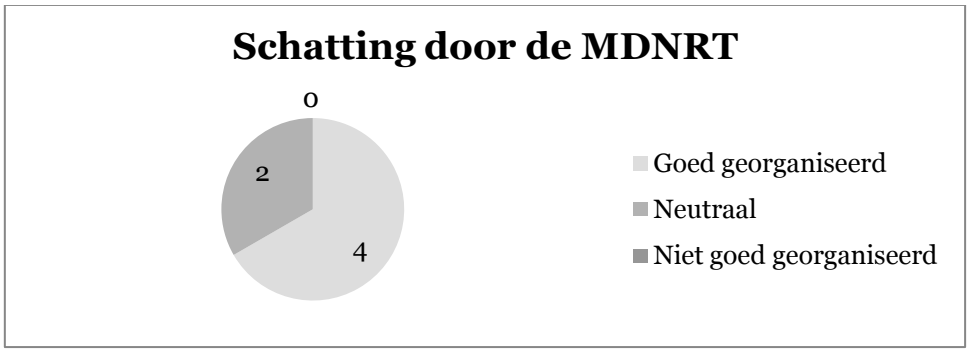
SCHATTING NAAR DE MENING VAN DE GEDETINEERDEN BETREFFENDE DE ORGANISATIE VAN DE SESSIES



Figuur 13

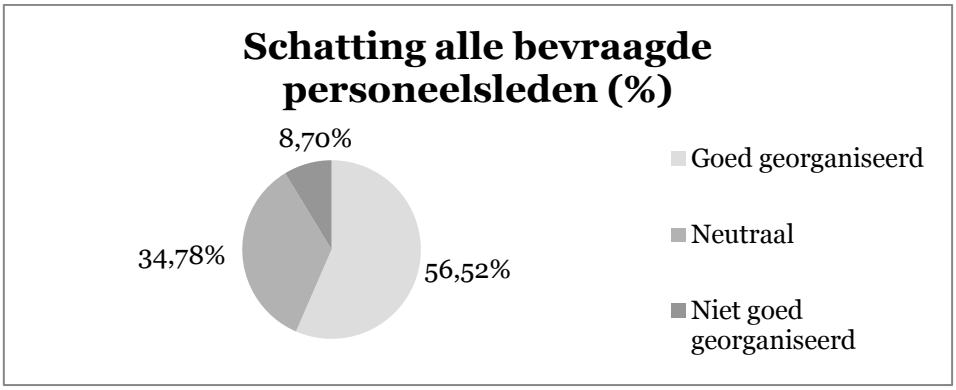


Figuur 14



Figuur 15

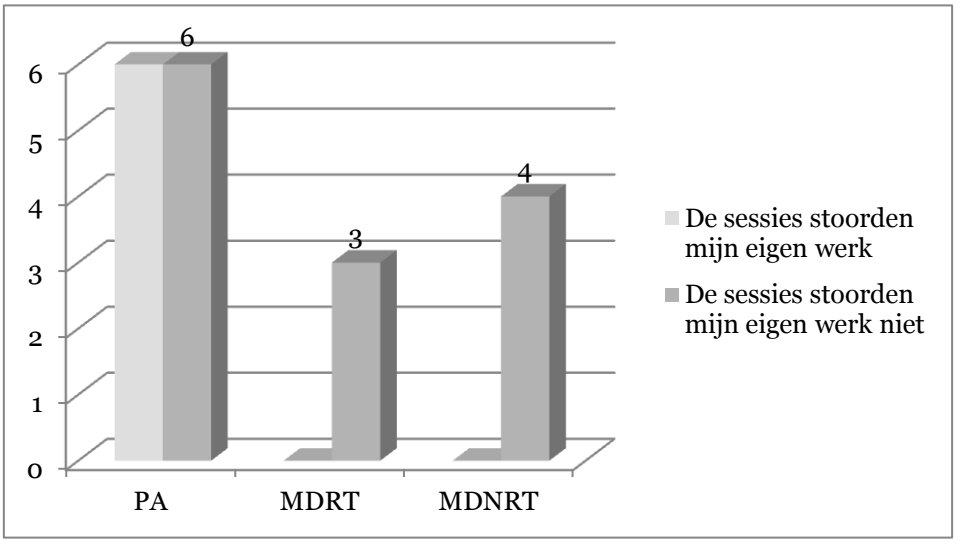
Opnieuw een overwegend positieve inschatting. Slechts één personeelslid van de PA (figuur 13) en één personeelslid van de MDRT meent dat de gedetineerden/patiënten de organisatie van de sessies niet goed vonden (figuur 14). De andere meningen zijn verdeeld over een eerder neutrale mening en een tevredenheid betreffende de organisatie (figuur 16).



Figuur 16

MENING VAN HET PERSONEEL ZELF

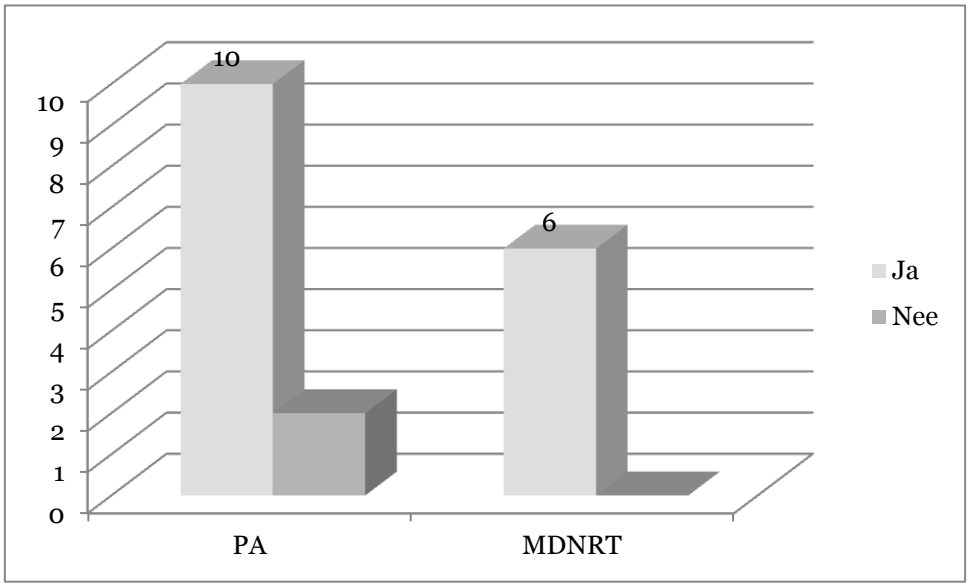
WERD U IN UW EIGEN WERK GESTOORD DOOR DE ROOKSTOP SESSIES?



Figuur 17

Opvallend bij deze vraag is dat geen enkel van de personeelsleden van de medische dienst zich gestoord voelde bij hun eigen werk. Daartegenover staat dat 50% van de PA zich wel gestoord voelde in hun werk. (figuur 17)
Opvallend bij deze vraag is echter dat enkele personeelsleden deze vraag open lieten.

ZOU U ER ACHTER STAAN MOEST DIT ROOKSTOP PROGRAMMA IN DE TOEKOMST NOG WORDEN AANGEBODEN AAN GEDETINEERDEN?

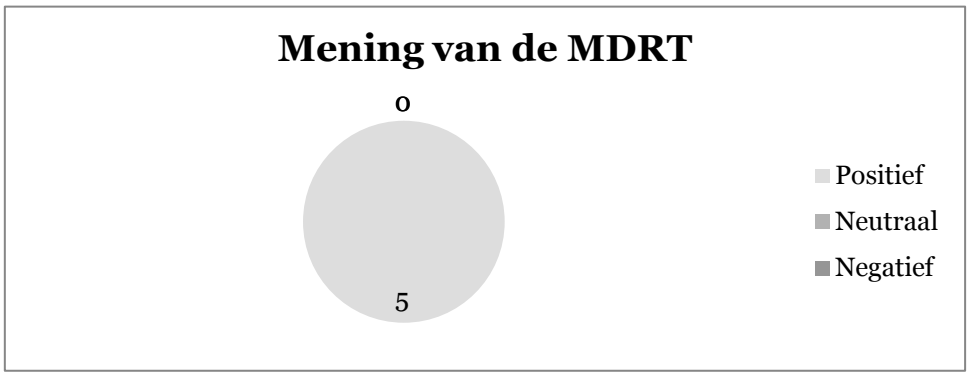


Figuur 17

Een klein aantal penitentiaire beambten wenst niet dat er nog een rookstop project komt. Zestien van de achttien niet actief betrokken personeelsleden (PA en MDNRT) zegt echter achter de start van een nieuw rookstop project te staan (figuur 18).

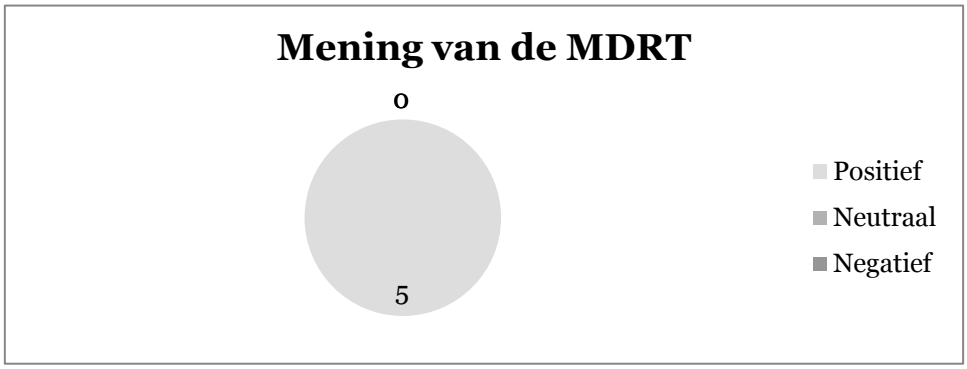
MENING VAN HET MEDISCH PERSONEEL (ROOKSTOP TEAM) BETREFFENDE HET ROOKSTOP PROGRAMMA

1. VOORBEREIDING



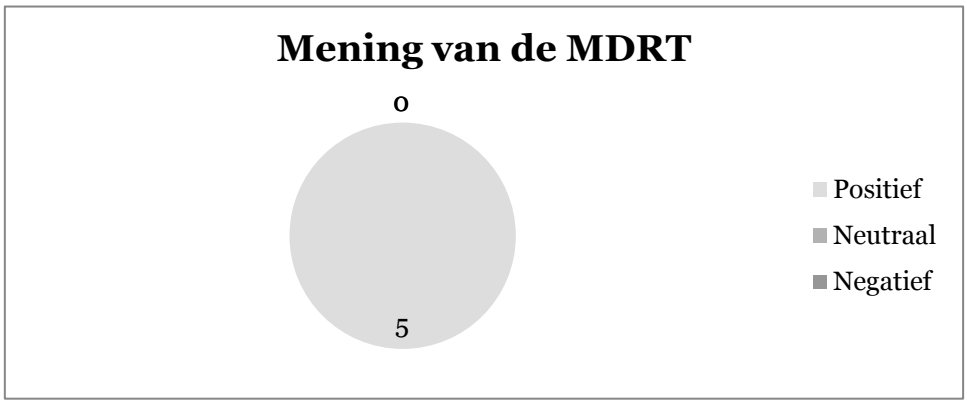
Figuur 18

2. BEKENDMAKING



Figuur 19

3. ALGEMEEN



Figuur 21

100% antwoordde positief op bovenstaande drie vragen (figuur 19, 20 en 21).

DISCUSSIE

Het waren lange weken tijdens de periode van rookstop begeleiding. We zijn er in geslaagd om een project te organiseren en alle geplande sessies te geven, maar was het project succesvol?
Het rookstop team van de gevangenis van Gent was zeer enthousiast over dit project. Vele taken werden gedeeld, elk bracht zijn eigen inbreng. Na al het voorbereidend werk was het jammer om te horen dat het project niet mocht geëvalueerd worden met de ingevulde vragenlijsten van de patiënten. Verschillende vragen kwamen in ons op. Hoe kun je een kwaliteitsmeting uitvoeren over de medische zorg in de gevangenis, wanneer deze niet mag gepubliceerd worden? Intern mogen zulke resultaten wel besproken worden. Is het echter niet net nuttig en bevorderlijk voor de zorg om resultaten te kunnen publiceren en te vergelijken met resultaten uit andere gevangenissen in België?
Punt is dat het hier gaat om een verbod uitgaande van de Orde der Geneesheren, en dus enkel invloed heeft op de medische zorg. Zo zijn er reeds tal van studies gebeurd binnen de muren, recent nog betreffende de kwaliteit van het eten. Hierbij werden de gedetineerden ook bevraagd via vragenlijsten.

Uiteindelijk gaat het er echter om het project op een zo volledig mogelijke manier te kunnen evalueren. Hiervoor heb ik beroep gedaan op al het personeel dat frequent in contact komt met der meerderheid van de vrouwen: de medische dienst en de penitentiaire bewakkingsassistenten.

De resultaten hierboven laten samenvattend besluiten dat de meerderheid van het personeel zeker achter dit initiatief van de medische dienst staat. Tevens vermoedt de meerderheid van het personeel dat de patiënten die deelnamen ook een positieve indruk hebben op de bevraagde punten.
Op bepaalde vragen werd plaats gelaten voor een persoonlijke notitie. Deze werden weinig gebruikt, maar de keren dat ze gebruikt werden was het opvallend dat er gesuggereerd werd om opnieuw een rookstop programma te starten met de huidige ervaring.

Aanvullend aan bovenstaande discussie betreffende de resultaten verkregen via vragenlijsten onder het personeel, wil ik zelf graag nog wijzen op het nut van de CO meter. Als enige arts die de CO metingen deed bij de patiënten was het helaas niet mogelijk hierover een evaluatievragenlijst te verspreiden.

Op één punt van de onderzoeksvraag kon geen antwoord gegeven worden. Hebben we door het project meer patiënten kunnen begeleiden tijdens hun rookstop poging?
Het is echter, gezien de huidige regels van de Orde der Geneesheren, niet mogelijk dit te onderzoeken. Hiervoor zou je een vergelijkende studie tussen twee groepen moeten maken, en zien hoeveel patiënten je individueel bij hun rookstop kunt begeleiden op hetzelfde tijdsbestek van ongeveer 12 weken. Maar dan zouden we moeten vrijgeven hoeveel deelnemende patiënten er zijn, en hoeveel er afhaken, en het is verboden dit in een medische publicatie te zetten.

Bij verschillende vragen waren de antwoorden van de penitentiaire beambten niet overeenstemmend met de antwoorden van de medische dienst. De medische dienst daarentegen, zowel zij die in de rookstop groep zaten al zij die er niet in zaten, heeft meer uniforme antwoorden.

Mogelijke verklaringen zijn dat ze elk op een andere manier en een verschillend tijdstip contacten hebben met de patiënten/gedetineerden.

Zo zal de medische dienst (rookstop groep) eerder een idee hebben over de mening bij bekendmaking van het project, over het succes en dergelijke, gezien zij hiervoor uiteindelijk het persoonlijk contact met de patiënt zelf hadden. Als deze stelling zou kloppen, dan kan er verondersteld worden dat het idee van de medische dienst meer accuraat is.
Echter, zowel de rookstop groep als de personeelsleden van de medische dienst die niet in de rookstop werkgroep zaten, hebben gelijkaardige ideeën. Nochtans hebben de personeelsleden van de medische dienst die niet in de rookstop werkgroep zaten geen contact gehad met de gedetineerden op de momenten die bevraagd werden.
Een andere verklaring is dus dat de patiënten in het algemeen tevreden zijn met het initiatief (zoals ook blijkt uit de veronderstelling van de personeelsleden, figuur), en deze tevredenheid eerder zullen uiten t.o.v. de medische dienst, gezien zij instaan voor het eventuele vervolg. Maar het kan natuurlijk ook het gevolg zijn van een sociaal wenselijke reactie t.o.v. het medische personeel.
De penitentiaire beambten hebben niet steeds het rechtsreeks contact met de gedetineerden op sommige bevraagde momenten, zoals bijvoorbeeld bij de bekendmaking. Maar zij zien de gedetineerden dag in, dag uit, en kunnen op deze manier wel een (een beter?) idee krijgen over de mening van de gedetineerden betreffende de organisatie van de sessies.

Globaal gezien kan er geen onderscheid worden gemaakt, we kunnen niet stellen welke groep personeelsleden het mogelijks meer bij het rechte eind had, en dit is ook niet relevant. Het blijft een inschatting en dit is niet alleen gebonden aan het beroep of de mogelijke contacten, maar ook individu gebonden.
Daarom leek het nuttig om bij verschillende resultaten een percentage te koppelen, om zo de overheersende idee duidelijk te maken.

De positieve antwoorden op de enquête overheersen de negatievere. De meerderheid van de personeelsleden hebben dus een goede indruk gekregen betreffende de mening van de gedetineerden/patiënten. De persoonlijke mening van de personeelsleden maakt een minstens even belangrijk deel uit van de evaluatie van het project. Zeker met het oog op een eventuele herhaling van het programma. Belangrijk hierin is dat er rekening zal worden gehouden met mogelijke storende factoren bij de penitentiaire beambten. Het programma staat of valt met goede medewering van personeel dus hoe meer personeelsleden zich niet gestoord voelen in hun eigen taken, hoe beter we het programma kunnen organiseren.
Gelukkig staan de niet actief betrokken personeelsleden (PA en MDNRT) achter een start van een nieuw rookstop programma.

BESLUIT

In conclusie kunnen we stellen dat de organisatie van het rookstop programma gelukt is en positief onthaald werd.
We zijn blij met de huidige vorm van evaluatie. Het lijkt belangrijk om van start te gaan met een project dat door het personeel en de gedetineerden goed onthaald wordt, en slechts in de tweede plaats zijn de slaagpercentages van belang. Had het ethisch comité dus geen verbod opgelegd, dan was de idee nooit gekomen om ook de mening van het personeel te bevragen. De mening van de patiënten ging echter zeker bevraagd worden, zoals hogerop beschreven.

Nu is het belangrijk om de huidig opgedane ervaring te laten renderen. Voorlopig staat er nog geen tweede project gepland. Wel zijn er overlegmomenten geweest om informatieve groepsessies in te plannen (concreet vier avonden per week), waarin diverse gezondheidsthema's worden behandeld. Dit werd voordien nog nooit gegeven door de medische dienst.

NAWOORD

Met beëindigen van mijn masterproef is het tijd geworden om een blik op de toekomst te werpen. Wat heb ik uit mijn masterproef geleerd en wat zal ik toepassen in mijn latere praktijk?
Mijn ervaring die ik heb opgedaan tijdens het rookstop project heb ik intussen al veel toegepast in de dagelijkse praktijk. De laatste weken komen er steeds meer patiënten met de vraag naar begeleiding bij rookstop. Gemiddeld heb ik nu een tweetal patiënten per maand in begeleiding hiervoor. Ik merk dat dit mij blijft bloeien en wanneer het eens succes bleek haal ik er veel voldoening uit. Ik plan dit ook in mijn latere praktijk zo te doen. Graag zou ik dan opnieuw gebruik maken van de CO meter die de patiënten uit de Nieuwe Wandeling zo goed kon motiveren.

Achteraf bekijk ik het nut van de masterproef ook anders. Het is inderdaad goed om kritisch stil te staan bij de huidige 'gang van zaken', en een project te kiezen om de komende twee jaar aan te werken met als doel een betere praktijkvoering. Ik hoop dat ik in de latere praktijk hier tijd en inspiratie voor vind. Het blijven verbeteren van de praktijkvoering hoort samen met het eeuwig leren tot de basis van het worden van een goede huisarts.

REFERENTIES

Almeida, O. P., & Pfaff, J. J. (2005). Depression and smoking amongst older general practice patients. Journal of Affective Disorders, 86, 317–321. doi:10.1016/j.jad.2005.02.014

Almeida L, Szklo A, Sampaio M, Souza M, Martins LF, Szklo M, Malta D, Caixeta R. Global Adult Tobacco Survey data as a tool to monitor the WHO Framework Convention onTobacco Control (WHO FCTC) implementation: the Brazilian case.Int J Environ Res Public Health. 2012 Jul;9(7):2520-36. doi: 10.3390/ijerph9072520. Epub 2012 Jul 23.

Anonymous. Nicotine replacement therapy (NRT) revisited: systematic review. Bandolier September 2006; http://www.jr2.ox.ac.uk/Bandolier

Balbani A.P.S., Montovani J.C. Methods for smoking cessation and treatment of nicotine dependence Rev Bras Otorrinolaringol.V.71, n.6, 820-6, nov./dec. 2005

Balfour D., Benowitz N., Fagerstrom K., Kunze M. and Keil U. Diagnosis and treatment of nicotine dependence with emphasis on nicotine replacement therapy European Heart Journal (2000) 21, 438–445

Benjet, C., Wagner, F. A., Borger, G. G., & Medina-Mora, M. E. (2004). The relationship of tobacco smoking with depressive symptomatology in the Third Mexican National Addictions Survey. Psychological Medicine, 34, 881–888. doi:10.1017/s0033291703001600

Brown, C., Madden, P. A. F., Palenchar, D. R., & Cooper-Partick, L. (2000). The association between depressive symptoms and cigarette smoking in an urban primary care sample. International Journal of Psychiatry in Medicine, 30, 15–26. doi:10.2190/NY79-CJoH-VBAY-5M1U

Campbell AR, Anderson KD. Mental health stability in veterans with posttraumatic stress disorder receiving varenicline. *Am J Health Syst Pharm*. 2010;67:1832-7.

Collins, B. N., & Lepore, S. J. (2009). Association between anxiety and smoking in a sample of urban black men. Journal of Immigrant and Minority Health, 11, 29–34. doi:10.1007/s10903-008-9164-0

Cougle, J. R., Zvolensky, M. J., Fitch, K. E., & Sachs-Ericsson, N. (2010). The role of comorbidity in explaining the associations between anxiety disorders and smoking. Nicotine & Tobacco Research, 12, 355–364. doi:10.1093/ntr/ntq006

Cropsey K, PsyD, Eldridge G, PhD, Weaver M, MD, Villalobos G, BS, Stitzer M, PhD, and Best A, PhD Smoking Cessation Intervention for Female Prisoners:Addressing an Urgent Public Health Need American Journal of Public Health | October 2008, Vol 98, No. 10

Cropsey,K, Eldridge G.D., Ladnerc T. Smoking among female prisoners: An ignored public health epidemic Addictive Behaviors 29 (2004) 425–431

Cropsey K.L., PsyD, McClure L.A., PhD, Jackson D.O, MA, Villalobos G.C., BA, Weaver M.F., PhD,and Stitzer M.L., PhD The Impact of Quitting Smoking on Weight Among Women. August 2010, Vol. 100, No. 8, pp. 1442-1448.

De Meneses-Gaya IC, Zuardi AW, Loureiro SR, de Souza Crippa JA Psychometric properties of the Fagerström Test for Nicotine Dependence*'**J Bras Pneumol. 2009;35(1):73-82

Duncan, B., and Rees, D. I. (2005). Effect of smoking on depressive symptomatology: A reexamination of data from the National Longitudinal Study of Adolescent Health. American Journal of Epidemiology, 162, 461–470. doi:10.1093/aje/kwi219

Dupont P Peut-on aider à réduire le tabagisme des détenus ? La Revue de médecine interne 29 (2008) 355–356

Durraha TL, Rosenbergb TJ, Smoking among female arrestees: Prevalence of daily smoking and smoking cessation effortsAddictive Behaviors 29 (2004) 1015–1019

Ischaki E; Gratziou C: Smoking and Depression: Is Smoking Cessation Effective? Ther Adv Resp Dis. 2009;3(1):31-38. © 2009 Sage Publications, Inc.

Fergusson, D. M., Goodwin, R. D., & Horwood, L. J. (2003). Major depression and cigarette smoking: Results of a 21-year longitudinal study. Psychological Medicine, 33, 1357–1367. doi:10.1017/s0033291703008596

Güleç, M., Bakır, B., Özer, M., Uçar, M., Kılıç, S., & Hasde, M. (2005). Association between cigarette smoking and depressive symptoms among military medical students in Turkey. Psychiatry Research, 134, 281–286. doi:10.1016/j.psychres.2003.02.001

Kauffman RM, Ferketich AM, Murray DM, Bellair PE, Wewerd ME Tobacco use by male prisoners under an indoor smoking ban Nicotine and Tobacco Research Vol 13 N6, 449-456; 2011

Kinnunen, T., Haukkala, A., Korhonen, T., Quiles, Z. N., Spiro, A., & Garvey, A. J. (2006). Depression and smoking across 25 years of the normative aging study. International Journal of Psychiatry in Medicine, 36, 413–426. doi:10.2190/G652-T403-73H7-2X28

Lai DTC, Cahill K, Qin Y, Tang JLMotivational interviewing for smoking cessation (Review) The Cochrane Library 2011, Issue 10

Lam, T. H., Li, Z. B., Ho, S. Y., Chan, W. M., Ho, K. S., Li, M. P., et al. (2004). Smoking and depressive symptoms in Chinese elderly in Hong Kong. Acta Psychiatrica Scandinavica, 110, 195–200. doi:10.1111/j.1600-0447.2004.00342.x

Lasser, K., Boyd, J. W., Woolhandler, S., Himmelstein, D. U., McCormick, D., & Bor, D. H. (2000). Smoking and mental illness—A population-based prevalence study. Journal of the American Medical Association, 284, 2606–2610. doi:10.1001/jama.284.20.2606

Lekka, N. P., Lee, K. H., Argyriou, A. A., Beratis, S., & Parks, R. W. (2007). Association of cigarette smoking and depressive symptoms in a forensic population. Depression and Anxiety, 24, 325–330. doi:10.1002/da.20235

McCabe, R. E., Chudzik, S. M., Antony, M. M., Young, L., Swinson, R. P., & Zolvensky, M. J. (2004). Smoking behaviors across anxiety disorders. Journal of Anxiety Disorders, 18, 7–18. doi:10.1016/j.janxdis.2003.07.003

Madson MB, (Ph.D.)a, Loignon AC, (B.A.)a, Lane C, (Ph.D.)bTraining in motivational interviewing: A systematic reviewJournal of Substance Abuse Treatment 36 (2009) 101–109

Martini, S., Wagner, F. A., & Anthony, J. C. (2002). The association of tobacco smoking and depression in adolescence: at Biomedical Library Gent on February 12, 2012 http://ntr.oxfordjournals.org/ Downloaded from 10 Evidence from the United States. Substance Use & Misuse, 37, 1853–1867. doi:10.1081/JA-120014087

Samuels L, PhD Varenicline: cardiovascular safety CMAJ. 2011 September 6; 183(12): 1407–1408.doi: 10.1503/cmaj.111-2073PMCID: PMC3168639

Thomas J. Moore,[1,*] Curt D. Furberg,[2] Joseph Glenmullen,[3] John T. Maltsberger,[4] and Sonal Singh[5] James M. Wright, Editor Suicidal Behavior and Depression in Smoking Cessation Treatments PLoS One. 2011; 6(11): e27016.Published online 2011 November 2. doi: 10.1371/journal.pone.0027016 PMCID: PMC3206890

MumtazJamal, M.Sc.1, A.J.Willem Van der Does, Ph.D.1,2, Brenda W.J.H. Penninx, M.D., Ph.D.2,3 and Pim Cuijpers, Ph.D.4 Age at Smoking Onset and the Onset of Depression and Anxiety Disorders Oxford j of med 10.1093/ntr/ntr077, maart 2011

Mykletun, A., Overland, S., Aaro, L. E., Liabo, H. M., & Stewart, R. (2008). Smoking in relation to anxiety and depression: Evidence from a large population survey: The HUNT study. European Psychiatry, 23, 77–84. doi:10.1016/j.eurpsy.2007.10.005

Nicoletta P. Lekka, M.D.,1,2_ Kwang-Hyuk Lee, Ph.D.,1 Andreas A. Argyriou, M.D.,2 Stavroula Beratis, M.D.,2 and Randolph W. Parks, Ph.D., Psy.D.1 Association of cigarette smoking and depressive symptoms in a forensic population an anxiety 24:325–330 (2007)

G C Patton, J B Carlin, C Coffey, R Wolfe, M Hibbert, and G Bowes (Depression, anxiety, and smoking initiation: a prospective study over 3 years.). American Journal of Public Health October 1998: Vol. 88, No. 10, pp. 1518-1522.
doi: 10.2105/AJPH.88.10.1518

M Pérez-Ríos*1,2, MI Santiago-Pérez1, B Alonso1, A Malvar1, X Hervada1 and J de Leon3Fagerstrom test for nicotine dependence vs heavy smoking index in
a general population surveyBMC Public Health 2009, 9:493 doi:10.1186/1471-2458-9-493

Pohl, R., Yeragani, V. K., Balon, R., Lycaki, H., & McBride, R. (1992). Smoking in patients with panic disorder. Psychiatry Research, 43, 253–262. doi:10.1016/0165-1781(92)90058-B

Pratt, L. A., & Brody, D. J. (2010). Depression and smoking in the U.S. household population aged 20 and over, 2005–2008. NCHS Data Brief34), 1–8. Retrieved from
http://www.cdc.gov/nchs/data/databriefs/db34.htm

Ranney L, Melvin C, Lux L, McClain E, Morgan L, Lohr K. Tobacco Use: Prevention, Cessation, and Control. Evidence Report/Technology Assessment No. 140. (Prepared by the RTI International–University of North Carolina Evidence-Based Practice Center under Contract No. 290-02-0016). AHRQ Publication No. 06-E015. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. June 2006.

Ridner, S. L., Staten, R. R., & Danner, F. W. (2005). Smoking and depressive symptoms in a college population. Journal of School Nursing, 21, 229–235. doi:10.1177/10598405050210040801

Richmond RL, Butler T, Belcher JM, Wodak A, Wilhelm K, Baxter E Promoting smoking cessation among prisoners: feasibility of a multi component intervention. Austr NZJ Public Health 2006 30:474-8

Richmond RL, Kehoe LA, Webster IW. Addiction. 1993 Aug;88(8):1127-35. Prisoners Participating in a Smoking Cessation Intervention American Journal of Public Health | August 2010, Vol 100, No. 8 Multivariate models for predicting abstention following intervention to stop smoking by general practitioners.

Ritter C, Stöver H, Levy, Etter JF, Elger B Smoking in prisons: the need for effective and acceptable interventions. J Public Health, 2011 feb 32(1):32-45

Scott, T. J. L., Heil, S. H., Higgins, S. T., Badger, G. J., & Bernstein, I. M. (2009). Depressive symptoms predict smoking status among pregnant women. Addictive Behaviors, 34, 705–708. doi:10.1016/j.addbeh.2009.04.003

SDI, Vector One®: National (VONA) and Total Patient Tracker (TPT). May 2006-July 2011. Data extracted September 2011.

Trosclair, A., & Dube, S. R. (2010). Smoking among adults reporting lifetime depression, anxiety, anxiety with depression, and major depressive episode, United States, 2005–2006. Addictive Behaviors, 35, 438–443. doi:10.1016/j.addbeh.2009.12.011

Tsoh, J. Y., Lam, J. N., Delucchi, K. L., & Hall, S. M. (2003). Smoking and depression in Chinese Americans. American Journal of the Medical Sciences, 326, 187–191. Retrieved from http://journals.lww.com/amjmedsci/Abstract/2003/10000/Smoking_and_Depression_in_Chinese_Americans.7.aspx

U.S. Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Smoking: Nicotine Addiction. A Report of the Surgeon General. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 1988. DHHS Publication No. (CDC) 88-8406.

Voglewede VP Jr.*,. Noel NE Predictors of current need to smoke in inmates of a smoke-free jail$Addictive Behaviors 29 (2004) 343–348

Wang D, Connock M, Barton P, Fry-Smith A, Aveyard P, Moore D. 'Cut down to quit' with nicotine replacement therapies in smoking cessation: a systematic review of effectiveness and economic analysis. Health Technol Assess 2008;12(2)

Wang, Y., Browne, D. C., Storr, C. L., & Wagner, F. A. (2005). Gender and the tobacco-depression relationship: A sample of African American college students at a Historically Black College or University (HBCU). Addictive Behaviors, 30, 1437–1441. doi:10.1016/j.addbeh.2005.01.008

Khimji H, Watts J. Two years evaluation of general practice based smoking cessation clinic. Journal of Smoking. Related Disorders 1994 ; 5 : 241-6.

Wiesbeck, G. A., Kuhl, H-C, Yaldizli, O., & Wurst, F. M. (2008). Tobacco smoking and depression: Results from the WHO/ISBRA study. Neuropsychobiology, 57, 26–31. doi:10.1159/000123119

BIJLAGE 1 en 2 gebundeld

MOTIVATIETEST

Is stoppen met roken belangrijk voor jou?	Zeer belangrijk (5) ○	Belangrijk (4) ○	Neen, weinig belangrijk (1) ○	
Welke invloed hebben anderen op je beslissing om te stoppen met roken?	Weinig of geen (5) ○	Matig (3) ○	Veel (1) ○	
Welke kans op succes geef je jezelf als je zou stoppen met roken?	Zeer veel (5) ○	Gematigd (3) ○	Twijfelachtig (1) ○	
Zou je alleen willen stoppen met roken als je wist dat het gemakkelijk zou gaan?	Ja (0) ○	Neen (1) ○		
Heb je op dit moment echt zin om te stoppen met roken?	Helemaal niet (0) ○	Een beetje (1) ○	Gematigd (2) ○	Heel erg (3) ○
Denk je er in te slagen tijdens de volgende twee weken te stoppen met roken?	Neen (0) ○	Misschien (1) ○	Waarschijnlijk (2) ○	Zeker (3) ○
Denk je een ex-roker te zijn binnen de zes maanden?	Neen (0) ○	Misschien (1) ○	Waarschijnlijk (2) ○	Zeker (3) ○
			TOTALE SCORE	

Score >20 goede motivatie, tijd om in actie te schieten

Score 13-19: middelmatig, je bent nog in de voorbereiding om in de nabije toekomst een stoppoging te wagen

Score <11: lage motivatie, je bent nog niet to een besluit gekomen, je kans op succes is laag.

(Khijmi et al 1994; Richmond et al 1993)

BIJLAGE 3

SF-12 Vragenlijst

Datum / / d/m/j UIC -

Instructie:
Deze vragenlijst gaat over uw standpunten t.a.v. uw gezondheid. Met behulp van deze gegevens kan worden bijgehouden hoe u zich voelt en hoe goed u in staat bent uw gebruikelijke bezigheden uit te voeren.

Hoe moet U de vragenlijst invullen:
Vult u de lijst op uw gemak in. Begin vooraan en werk de vragen een voor een door tot u klaar bent. Sla geen vragen over. Het is de bedoeling dat u slechts één hokje per vraag aankruist. Als u niet zeker weet hoe u de vraag moet beantwoorden, geef dan het best mogelijke antwoord. Heeft u per ongeluk een verkeerd antwoord aangekruist, of twee antwoorden aangekruist, dan kunt u het beste voor het juiste antwoord een pijltje zetten.

VRAGENLIJST

1. Hoe zou u over het algemeen uw gezondheid noemen?
   - ❑ Uitstekend
   - ❑ Zeer goed
   - ❑ Goed
   - ❑ Matig
   - ❑ Slecht

De volgende vragen gaan over bezigheden die u misschien doet op een doorsnee dag.
Wordt u door uw gezondheid op dit moment beperkt bij deze bezigheden? Zo ja, in welke mate?

2. Matige inspanning, zoals een tafel verplaatsen, stofzuigen, zwemmen of fietsen.
   - ❑ Ja, ernstig beperkt
   - ❑ Ja, een beetje beperkt
   - ❑ Nee, helemaal niet beperkt

3. Een paar trappen lopen
   - ❑ Ja, ernstig beperkt
   - ❑ Ja, een beetje beperkt
   - ❑ Nee, helemaal niet beperkt

Heeft u de afgelopen 4 weken, één van de volgende problemen bij uw werk of andere dagelijkse bezigheden gehad, ten gevolge van uw lichamelijke gezondheid?

4. U heeft minder bereikt dan u zou willen
   - ❑ Ja
   - ❑ Nee

5. U was beperkt in het soort werk of andere bezigheden
   - ❑ Ja
   - ❑ Nee

BIJLAGE 4

Fagerström Nicotine afhankelijkheidstest

Initialen + celnummer:

1. Hoe snel na het wakker worden rook jij je eerste sigaret?
   a. Na één uur (na 60 minuten)
   b. Tussen een half uur en een uur (31 tot 60 minuten)
   c. Binnen het half uur (binnen de 30 minuten)
   d. Binnen de 5 minuten

2. Vind je het moeilijk om niet te roken op plaatsen waar dit verboden is?
   a. Nee
   b. Ja

3. Welke sigaret van de dag zou je het moeilijkste vinden om op te geven?
   a. De eerste 's morgens
   b. Gelijk welke andere

4. Hoeveek sigaretten rook je op een dag?
   a. 10 of minder
   b. Tussen de 11 en de 20
   c. Tussen de 21 en de 30
   d. Meer dan 31

5. Rook je het meeste gedurende de eerste uren van de dag of de rest van de dag?
   a. Nee
   b. Ja

6. Rook je ook als je je zo ziek voelt dat je de hele dag in bed moet kruipen?
   a. Nee
   b. Ja

BIJLAGE 5

In de week voorafgaand aan de eerste sessie zal Dr. Hanneke Vandenberghe elke patiënte die een rapportbriefje heeft geschreven apart zien. Dit om na te gaan of de inclusie- en exclusiecriteria voldaan zijn, al dan niet na psychiatrisch advies.

Verder worden de volgende documenten overlopen:

- **Informatieformulier**
- **Informed consent**
- **SF 12**
- **Persoonlijke vragenlijst.**
- **Motivatievragenlijst**

SESSIE 1 dag 1, 40 min: Door de verpleegkundigen wordt met de vrouwen een 'groepsgesprek' gevoerd aan de hand van de Motivational Interviewing techniek
De sessie gaat van start met het uitdelen van de korte vragenlijst (7vragen) die naar de motivatie peilt. Eén van de verpleegsters heeft in haar opleiding verpleegkunde enkele lessen gekregen over Motivational Interviewing. Verder baseren zij zich op enkele informatiebronnen over deze gesprekstechniek. Beiden namen ze de informatie door op www.rookstopconsult.be

De artsen Guy Van Damme, Stijn Tiberghien en Hanneke Vandenberghe overhandigden de informatie die ze zelf ook hadden opgedaan in de rookstop sessies en workshops uitgaande van de Domus Medica: Kernpunten:

- Vragen te stellen als: eerdere stoppogingen, wat zijn de redenen om te stoppen, voordelen van het roken, voordelen van het stoppen, nadelen van het roken, nadelen van het stoppen. Met gebruik van de 'Ruler': op een schaal van 1-10, waarom dit en niet dit cijfer? Vraag ook zelfvertrouwen na: hoe groot acht je de kans dat je kan stoppen?
- Gesprekstechniek: bevraag, reflecteer, wijs op ambivalentie: 'je rookte graag maar als ik het goed begrijp is een gezond leven ook belangrijk voor u?'. Empathie tonen, veel mensen hebben schrik om te stoppen, om te falen… Benadruk autonomie 'Moest je er klaar voor zijn kan ik u eventueel helpen'. Meegaan met weerstand 'je voelt u precies ongemakkelijk bij dit onderwerp?'. Ingaan op de vrees die aanwezig is in verband met rookstop, verdoezel niets. Bouw zelfvertrouwen op. Wat maakt er u bezorgd in het idee om te stoppen met roken?

Dr. Hanneke Vandenberghe geeft een korte samenvatting van wat er in de literatuur gekend is over het gebruik van motivational interviewing:
De gesprekstechnieken van Motivational interviewing toepassen is niet evident. Er zijn studies gepubliceerd die dit aanhalen. Men zegt dat het aanleren er van gebeurt in acht stadia. Allereerst moet men de onderliggende filosofie begrijpen en gewoon raken. Als tweede moet men zich ook de juiste gesprekstechnieken eigen maken. Een derde belangrijk punt is het herkennen van veranderingstaal. Vervolgens moet de geneesheer op de juiste manier kunnen ingaan op deze veranderingstaal. Ten vijfde moet men leren accepteren dat defensieve taal niet abnormaal is maar een deel uitmaakt van de noodzakelijke stappen tot gedragsverandering. Hierna komt het ogenblik dat de behandelaar de aanzet tot de volgende stap geeft, en zo samen een behandel plan kan uistippelen. Hoe hij dit juist moet doen kan ook aangeleerd worden. Als laatste is het belangrijk dat de behandelaar leert aanvoelen wanneer een interventie volgens motivational interviewing aan de orde is, en wanneer de patiënt eerder baat heeft bij een andere interventie vorm. (Madson et al 2009)

In het boek 'Motivational interviewing: preparing people to change addictive behavior' (door Miller en Rollnick in 1992) wordt een duidelijke uitleg gegeven over het principe van ambivalentie, en hoe hier beste mee kan worden omgegaan. Als adviezen geeft men hier als eerste het bevragen van de nadelen van het huidige gedrag. Vervolgens het zoeken naar voordelen van het tegenovergestelde gedrag. En ten slotte het peilen naar de mogelijkheid tot gedragsverandering, het zelfvertrouwen hier in. Men benadrukt ook het belang van de term 'interviewing'. Wat er op wijst dat er geen vorm van begeleiding is maar dat beiden, de arts en patiënt, op hetzelfde niveau staan, luisteren en samen zoeken. Niet directief dus.

Op het einde van de sessie wordt de Fagerströmtest meegegeven en gevraagd deze ingevuld mee te brengen de volgende sessie. Bij deze sessie wordt ook de eerste CO-meting uitgevoerd en wordt aan de patiënten gevraagd om op te schrijven hoeveel sigaretten ze ongeveer rookten per dag de laatste dagen.

WEEK 2 SESSIE 2, de week volgend op de 1e sessie, 20 min: één verpleegkundige en één arts, iedereen is welkom.

Informatieve sessie waarbij de nadruk zal worden gelegd op de te verwachten voordelen op de gezondheid bij een ex-roker. Dr. Hanneke Vandenberghe maakte een leidraad voor deze sessie aan de hand van een korte power point presentatie.

Op het einde van de sessie wordt de patiënte een rookdagboek meegegeven en wordt haar gevraagd 1 dag bij te houden wanneer, hoeveel, en waarom ze rookt. Tevens word opnieuw gevraagd de huidige dagconsumptie op te schrijven en een CO-meting uitgevoerd.

Bronnen voor de power point presentatie:

- Les Domus Medica rookstop consultatie
- Cursus Tabakologie VRGT 2001
- Balbani A.P.S, Montovani J.Z. Methods for smoking cessation and treatment for nicotine dependence *Rev Bras Otorrinolaringol.V.71, n.6, 820-6, nov./dec. 2005*

WEEK 3 SESSIE 3, de week volgend op sessie 2: individuele sessie bij een arts 25 min. (elke arts begeleidt 2 à 3 patiënten) voor iedere arts in te vullen in zijn eigen werkschema

In deze sessie wordt het ingevulde dagboek overlopen waarop de patiënte gedurende één dag haar rookgebruik bijhield. De bedoeling hiervan is om de patiënte aan te zetten tot het zoeken en vinden van alternatieven voor het roken. Samen met de patiënte worden alternatieve vormen van ontspanning gezocht, wordt er gezocht hoe ze kan omgaan met moeilijke momenten. De patiënte zal sneller haar barrières kunnen aanhalen gezien deze in de eerste sessie zijn besproken. Dit is dan het ogenblik om hierop in te gaan.

Tevens wordt de spirometrie uitgevoerd en uitgelegd, het gewicht gemeten en de bloeddruk gemeten .

Elke arts heeft nu enkele patiënten persoonlijk toegewezen gekregen. Hij zal aan de hand van het medisch dossier (ATCD, co-morbiditeiten en medicatielijst), de ingevulde Fagerström, en eventueel bijkomend psychiatrisch advies bepalen voor de patiënte medicamenteuze begeleiding nuttig kan zijn, en de welke het meest aangeraden is.

Opnieuw wordt de dagconsumptie opgeschreven en een CO-meting gedaan.

WEEK 4 SESSIE 4, in de week volgend op de vorige sessie, minstens één verpleegkundige + één arts, iedereen is welkom, 40 min.

Met gebruik van een power point presentatie, doel van de sessie is de patiënten te informeren:
Informatieve sessie over de werking van de sigaret, de nicotine op de hersenen en de afhankelijkheid.
Tevens CO-meting en bespreking van de Fagerström test en opschrijven van de dagconsumptie.
Ook informatie over de bestaande vormen van medicamenteuze begeleiding.
Zoals in elk arts-patiënten contact heeft de patiënte de uiteindelijke beslissing om te kiezen of ze al dan niet medicamenteuze begeleiding wil.
In deze sessie zullen er misschien ook nog enkele patiënten zijn die besluiten om toch niet te stoppen met roken. De motivatie vragenlijst wordt nu opnieuw ingevuld. Zij die niet wensen te stoppen kunnen dan op dit moment uit de begeleiding stappen.

De anderen kunnen dus kiezen voor Varenicline (Champix) of nicotine substitutie onder vorm van pleisters, die voor hen betaald worden, maar tevens bestaat voor hun de mogelijkheid tot het gebruiken van Bupropion (Zyban) en andere vormen van nicotine substitutie op eigen kosten.

Op het einde van de sessie wordt een gezamenlijke rookstop dag vastgelegd en deze zal, gezien een aantal zullen kiezen voor Varenicline of bupropion, twee weken na deze sessie vastgelegd worden. Ook zal aan de patiënten het advies worden gegeven om in deze tijd propere kleren opzij te houden, dewelke ze kunnen aantrekken de dag van de rookstop (= nieuw begin).

Bronnen voor de powerpointpresentatie:

- SKP's van Varenicline, Bupropion en nicotine substitutie
- Les rookstopconsult uitgaande van de Domus Medica
- Balbani A.P.S, Montovani J.Z. Methods for smoking cessation and treatment for nicotine dependence *Rev Bras Otorrinolaringol.V.71, n.6, 820-6, nov./dec. 2005*
- Balfour D., Benowitz N., Fagerström N, Kunze M. and Keil U. Diagnosis and treatment of nicotine dependence with emphasis on nicotine replacement therapy *European Heart Journal* (2000) 21, 438–445doi: 10.1053/euhj.1999.1949
- de Meneses-Gaya I.C. , Zuardi A.W., Loureiro S.R., de Souza Crippa J.A. Psychometric properties of the Fagerström Test for Nicotine Dependence J Bras Pneumol. 2009;35(1):73-82

WEEK 5 SESSIE 5: in de week na het starten van Bupropion of Varenicline. Kort contact om te horen of er bijwerkingen zijn en aanpassingen nodig zijn. 5 minuten, in te passen in de normale consultatie uren van de arts.

WEEK 6 SESSIE 6, twee weken na sessie vier, geleid door beide verpleegkundigen, alle artsen zijn welkom, 20 min

= dag van de rookstop voor iedereen.
Sessie met kort voeding advies 'tips en tricks' aan de hand van de voedingslijst, en bewegingsadvies.
Op deze sessie wordt ook de bewegingscoördinator uitgenodigd om kort bewegingsadvies te geven.

Relapspreventie en gedragsmatige ondersteuning: geen alcohol, geen koffie (wordt sneller gemetaboliseerd als roker, dus minder drinken anders nerveus), controle voeding, lichaamsbeweging, andere rokers in de omgeving? Triggers voor relapse identificeren en anticiperen, plotse craving? Individualiseren

Opnieuw wordt de dagconsumptie opgeschreven en een CO-meting gedaan.

WEEK 7 SESSIE 7: in de week volgend op de vorige sessie, individuele follow up bij de arts, in te plannen in het werkschema van de arts, 15 min. Gewichtmeting met korte herhaling van voeding en bewegingsadviezen, bloeddrukmeting, bespreking van de medicatie: voldoende gedoseerd? Bijwerkingen? Opnieuw wordt de dagconsumptie opgeschreven en een CO-meting gedaan.

WEEK 7 SESSIE 8, kort volgend op de vorige sessie (maximaal één week na de rookstop): door beide verpleegkundigen, alle artsen zijn welkom. Follow up gesprek: moeilijke momenten, hoe ermee omgaan, ervaringen? Relapspreventie. Tevens aanbieden van CO meting, die motiverend kan werken. Opnieuw wordt de dagconsumptie opgeschreven en een CO-meting gedaan.

(sessie 7 en 8 kunnen voor sommige patiënten in omgekeerde volgorde gebeuren, naargelang het programma van de arts).

WEEK 9 SESSIE 9 ongeveer twee weken na sessie 6, door beide verpleegkundigen, alle artsen zijn welkom. Groepsessie met als doel relaxatie, ontspanningtechnieken aanleren. Hou vast wordt gezocht in mindfulness technieken. Opnieuw wordt de dagconsumptie opgeschreven en een CO-meting gedaan.

WEEK 11 SESSIE 10 individuele follow up bij een arts, twee weken na de vorige sessie (= 6 weken na de rookstop), 15 min. Met gewicht- (voeding en bewegingsadvies) en bloeddruk meting, en aanbieden van CO meting. Opnieuw wordt de dagconsumptie opgeschreven en een CO-meting gedaan.

WEEK 12 SESSIE 11, door beide verpleegkundigen, alle artsen zijn welkom, een week volgend op de vorige sessie,20 min. Hoe alleen verder? Tips meegeven. Op het einde laten invullen van de SF 12 vragenlijst. Opnieuw wordt de dagconsumptie opgeschreven en een CO-meting gedaan.

BIJLAGE 6

Gevangenis Gent,

Vrouwenafdeling

BETREFT : ROOKSTOPBEGELEIDING IN GROEP

Beste patiënte,

Het medische team zal einde maart van start gaan met de begeleiding van een kleine groep die wenst te stoppen met roken.

Indien u geïnteresseerd bent, richt dan een rapportbriefje aan de medische dienst, ten laatste tegen 01/08/2012 om 8 uur. Dan zal u afzonderlijk gezien worden door een arts om u hierover meer informatie te geven.

De medische dienst

Datum 08/07/2012

BIJLAGE 7

Prison Gent,

Département des femmes

Concernant: arrêter de fumer avec de l'aide en groupe

Chèr patiënte,

Le team médical va commencer un projet pour assister ceux qui veulent s'arrêter de fumer.

Si vous êtes intéressé, adressez un lettre au team médical, ultérieurement le 01/08/2012 à 8h. Un docteur vous verra individuellement pour vous donner plus d'information.

Le service médical

Date 08/07/2012

BIJLAGE 8

Prison of Gent,

Womans departement

Concerns: smoke cessation project

Dear patient,

The medical team will start a group counseling project to help you with your cessation of smoking.

If you are interested to participate, we kindly ask you to write a letter directed to the medical team, ultimately 01/08/2012 at 8h. Then you will see a doktor privately to give you more information.

The medical team

Date 08/07/2012

BIJLAGE 9



Wat zou er voor jou beter worden als je stopt met roken?
Wat zijn redenen om te stoppen met roken?









Stoppen met roken: voordelen

- 20 minuten: bloeddruk en pols dalen weer
- 1 dag: schoonmaakactie in de longen
- 2 dagen: je smaak en reuk worden beter
- 3 dagen: je hebt meer adem en meer energie
- 2-12 weken: je hebt meer conditie





Stoppen met roken: voordelen

- Binnen het jaar: minder hoesten, minder piepen bij het ademen.
- Na 2 jaar:de nadelen ter hoogte van de bloedvaten zijn weg, je risico op bijvoorbeeld een hartaanval is nu hetzelfde als dat van een niet roker
- Na 10 jaar; je risico op longkanker is gedaald met de helft



En… je hebt meer geld over



Roken en zwangerschap?



Roken op openbare plaatsen

- januari 2006: iedere werknemer heeft recht op werkruimten en sociale voorzieningen vrij van tabaksrook (uitgezonderd in de horeca, open lucht of privéwoningen)
- december 2005: verbod op roken in restaurants en cafés die eten serveren (aparte rookkamer is toegelaten)
- juli 2011: verboden te roken in de hele horeca (dus ook in cafés die geen eten serveren)

Wil je nog iets weten?



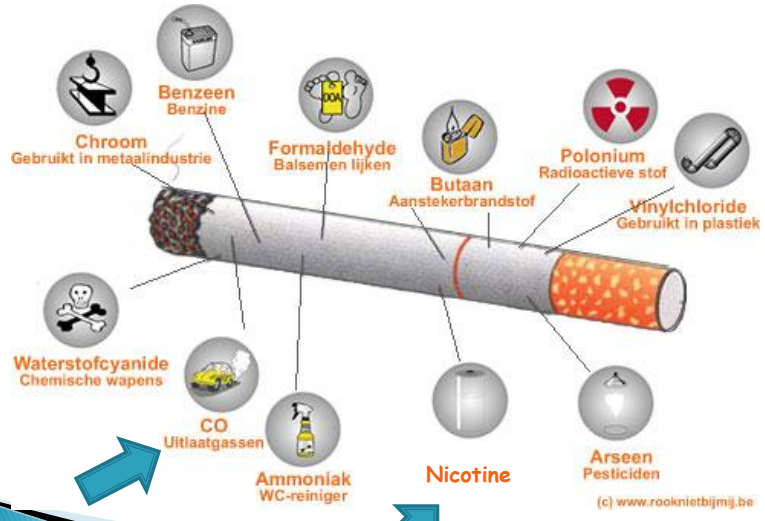


BIJLAGE 10

Stoppen met roken?



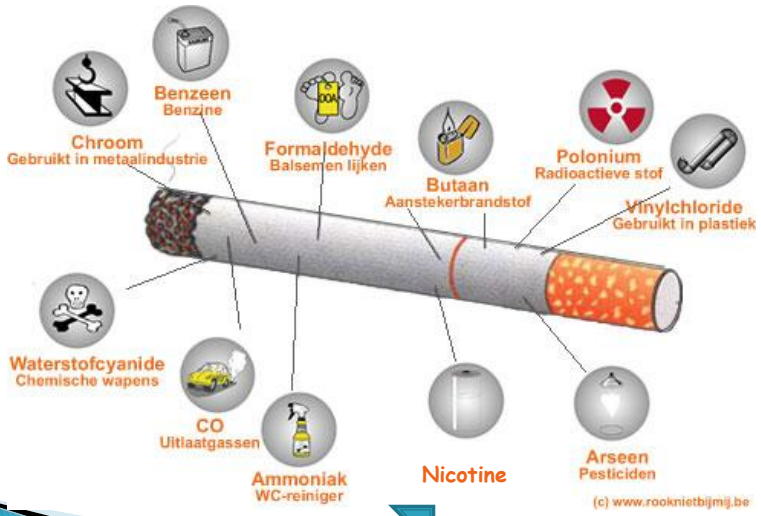
Wat zit er in jouw sigaret?



Koolstofmonoxide?



En nicotine…



Roken geeft je een goed gevoel, waarom eigenlijk?



- http://www.youtube.com/watch?v=yd46Hs7pTow

Wat voel je nog als je rookt?







Ben jij afhankelijk van het roken?

- Lichamelijke afhankelijkheid test je met de Fagerströmtest
- Psychische afhankelijkheid bestaat ook! = roken uit automatisme, om negatieve emoties en stress te verminderen, = 'niet goed weten wat doen zonder die sigaret in mijn handen'.

De Fagerströmtest

- **Hoe snel na het wakker worden rook jij je eerste sigaret?**
  A. <5min (3p)
  B. 5-30min (2p)
  C. 31-60min (1p)
  D. >60min (0p)
- **Vind je het moeilijk om niet te roken op plaatsen waar het verboden is?**
  A. ja (1p)
  B. nee (0p)
- **Welke sigaret vind je het moeilijkste om te laten?**
  A. de eerste 's morgens (1p)
  B. elke andere (0p)

De Fagerström test

- **Hoeveel sigaretten rook je op een dag?**
  A. <10 (0p) C. 21-30 (2p)
  B. 11-20 (1p) D. >31 (3p)

- **Ook je meer de eerste uren van de dag dan de rest van de dag?**
  A. Ja (1p) B. nee (0p)

- **Rook je ook als je je erg ziek voelt?**
  A. ja (1p) B. nee (0p)

De Fagerströmtest

- 7 à 10 punten = sterk lichamelijk afhankelijk
- 4 tot 6 punten= matig lichamelijk afhankelijk
- < 4 punten = bijna niet of niet lichamelijk afhankelijk

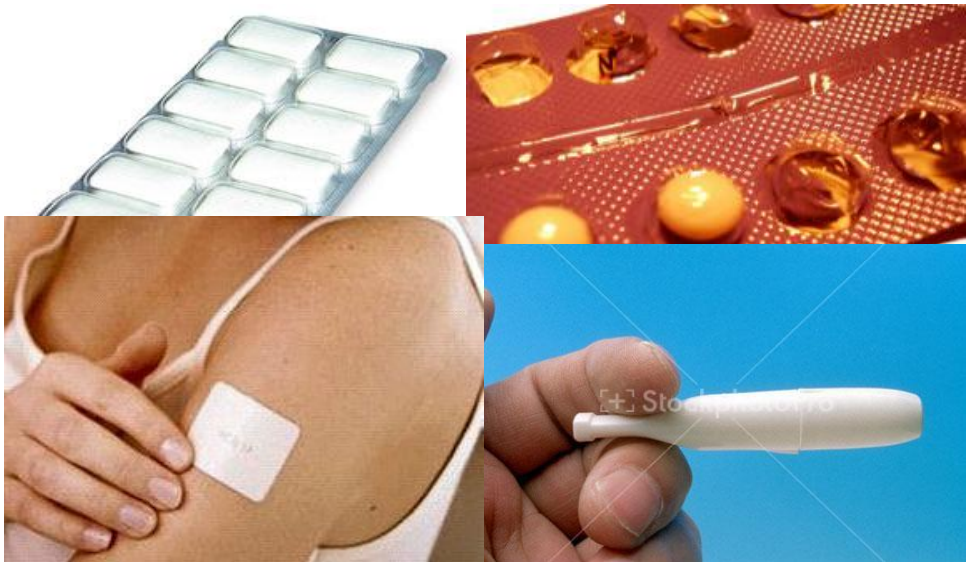
Wat als je afhankelijk bent en je stopt?



Hoe stoppen?



Nicotinepleisters, kauwgom, pillen, zuigtabletten en de inhalator.



Varenicline en Bupropion

- Dit zijn twee medicamenten die je enige tijd voor de dag van de rookstop moet beginnen nemen (ongeveer twee weken).
- je zou steeds minder behoefte hebben om te roken, omdat het medicijn zelf het effect van nicotine nabootst en omdat de sigaret geen extra beloningsgevoel geeft
- Deze medicijnen mogen niet altijd gebruikt worden samen met andere medicijnen of wanneer je aan bepaalde ziekten lijdt, het is aan je arts om je hier in te adviseren.

Een nieuw begin?



- Volgende sessie = stopdag
- Propere kleren aantrekken volgende sessie
- Verwijderen van alle sigaretten, asbakken, lucifers en aanstekers.
- Stop-kaartjes versturen aan familie en vrienden, iedereen op de hoogte brengen





BIJLAGE 11

Penitentiaire bewakingsassistenten:

1. Hoeveel dagen in de week werkt u op de vrouwenafdeling?
   a. <3 dagen
   b. >=3 dagen
2. Was u er van op de hoogte dat de medische dienst een rookstop programma organiseerde voor de vrouwelijke gedetineerden?
   a. Ja
   b. Nee

   Indien uw antwoord neen was, dan kan u hier stoppen, bedankt voor uw deelname.

Welke informatie hebt u verkregen dankzij uw contact met de gedetineerden wat betreft:

3. Algemene interesse van de gedetineerde vrouwen bij het bekend maken van het rookstop programma:
   a. Geïnteresseerd
   b. Neutraal
   c. Niet geïnteresseerd
4. Algemene mening van de deelneemsters aan het rookstop programma
   a. Tevreden
   b. Neutraal
   c. Ontevreden
5. Algemene indruk over het slagen van de rookstop bij de deelneemsters
   a. Meerderheid gestopt of geminderd
   b. Minderheid gestopt of geminderd
   c. Niemand gestopt of geminderd
6. Heeft u enig idee hoeveel vrouwen uiteindelijk gestopt zijn?
   Schrijf hier uw antwoord: .....
7. Wat vonden de vrouwen van de organisatie van de rookstopsessies?
   a. Goed georganiseerd
   b. Neutraal
   c. Niet goed georganiseerd

Bij de volgende vragen graag uw persoonlijke mening aan de hand van uw ervaringen op de vrouwenafdeling

8. Wat vond u van de organisatie van de rookstop sessies?
   a. Goed georganiseerd
   b. Neutraal
   c. Niet goed georganiseerd

   Indien u koos voor c zou u ons helpen door uw suggesties of opmerkingen neer te schrijven:

---

9. Werd u in uw eigen werk gestoord door de rookstop sessies?
   a. Ja
   b. Neen

Indien u koos voor a kan u ons helpen door uw opmerkingen neer te schrijven:

10. Zou u er achter staan moest dit rookstop programma in de toekomst nog aangeboden worden aan de gedetineerden?
    a. Ja
    b. Neen

Medische dienst, rookstop werkgroep:

Welke informatie hebt u verkregen dankzij uw contact met de gedetineerden wat betreft:

1. Algemene interesse van de gedetineerde vrouwen bij het bekend maken van het rookstop programma:
    a. Geïnteresseerd
    b. Neutraal
    c. Niet geïnteresseerd
2. Algemene mening van de deelneemsters aan het rookstop programma
    a. Tevreden
    b. Neutraal
    c. Ontevreden
3. Algemene indruk over het slagen van de rookstop bij de deelneemsters
    a. Meerderheid gestopt of sterk geminderd
    b. Minderheid gestopt of sterk geminderd
    c. Niemand gestopt of sterk geminderd
4. Heeft u enig idee hoeveel vrouwen uiteindelijk gestopt zijn?
    Schrijf hier uw antwoord: .....
5. Wat vonden de vrouwen van de organisatie van de rookstop sessies?
    a. Goed georganiseerd
    b. Neutraal
    c. Niet goed georganiseerd

Bij de volgende vragen graag uw persoonlijke mening over het rookstop programma:

6. Wat vond u van de organisatie van de rookstop sessies?

    a. Goed georganiseerd

    b. Neutraal

    c. Niet goed georganiseerd

    Indien u koos voor c zou u helpen door uw suggesties of opmerkingen neer te schrijven:

---

7. Werd u in uw eigen werk gestoord door de rookstop sessies?
a. Ja
b. Neen

Indien u koos voor b kan u helpen door uw opmerkingen neer te schrijven:

8. Wat is uw mening betreffende:

1. Voorbereiding van het rookstop programma:
   b. Positief
   c. Neutraal
   d. Negatief

   Opmerkingen of suggesties?

2. Bekendmaking van het rookstop programma:

   a. Positief
   b. Neutraal
   c. Negatief

   Opmerkingen of suggesties?

3. Hoe denkt u in het algemeen over het rookstopprogramma?
   a. Positief
   b. Neutraal
   c. Negatief

   Opmerkingen of suggesties?

<u>Medische dienst, niet rookstop werkgroep:</u>

Was u er van op de hoogte dat de medische dienst een rookstop programma organiseerde voor de vrouwelijke gedetineerden?

   a. Ja
   b. Nee

   Indien uw antwoord neen was, dan kan u hier stoppen, bedankt voor uw deelname.

Welke informatie hebt u verkregen dankzij uw contact met de gedetineerden wat betreft:

1. Algemene interesse van de gedetineerde vrouwen bij het bekend maken van het rookstop programma:
   d. Geïnteresseerd
   e. Neutraal
   f. Niet geïnteresseerd
2. Algemene mening van de deelneemsters aan het rookstop programma
   d. Tevreden
   e. Neutraal

f. Ontevreden

3. Algemene indruk over het slagen van de rookstop bij de deelneemsters
   d. Meerderheid gestopt of geminderd
   e. Minderheid gestopt of geminderd
   f. Niemand gestopt of geminderd
4. Heeft u enig idee hoeveel vrouwen uiteindelijk gestopt zijn?
   Schrijf hier uw antwoord: .....
5. Wat vonden de vrouwen van de organisatie van de rookstop sessies ?
   a. Goed georganiseerd
   b. Neutraal
   c. Niet goed georganiseerd

Bij de volgende vragen graag uw persoonlijke mening over het rookstop programma:

6. Wat vond u van de organisatie van de rookstop sessies?
   a. Goed georganiseerd
   b. Neutraal
   c. Niet goed georganiseerd

   Indien u koos voor c zou u ons helpen door uw suggesties of opmerkingen neer te schrijven:

---

7. Werd u in uw eigen werk gestoord door de rookstop sessies?
   c. Ja
   d. Neen

   Indien u koos voor b kan u helpen door uw opmerkingen neer te schrijven:

8. Zou u er achter staan moest dit rookstop programma in de toekomst nog aangeboden worden aan de gedetineerden?
   a. Ja
   b. Neen

Andere opmerkingen of suggesties