Implementatie van de aanbeveling over rookstopbegeleiding bij diabetes mellitus type 2 patiënten

CAUTAERTS Karen, K.U.Leuven

Promotor: Prof. Dr. DE SUTTER An, U.Gent

Co-promotor: Dr. SUNAERT Patricia, U.Gent

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

Implementatie van de aanbeveling over rookstopbegeleiding bij diabetes mellitus type 2 patiënten

Haio: Karen CAUTAERTS
Universiteit: Katholieke Universiteit Leuven
Promotor: Prof. dr. An DE SUTTER
Co-promotor: dr. Patricia SUNAERT
Praktijkopleider: dr. Arnold DECRAENE

Context:

Zowel roken als diabetes type 2 (DM2) zijn belangrijke cardiovasculaire risicofactoren en de prevalentie van diabetes zal de volgende jaren nog verder toenemen. Daarom willen we met dit project uitzoeken welke veranderingen er nuttig kunnen zijn op vlak van praktijkorganisatie en technische ondersteuning en welke kennis nodig is om rookstopbegeleiding (RSB) op te starten in een praktijk waar voordien geen georganiseerde vorm van RSB bestond.

Methode (literatuur & registratiewijze):

We voerden een participatief actieonderzoek uit in een huisartsenpraktijk bestaande uit 3 artsen en 1 haio om na te gaan hoe een rookstoprichtlijn geïmplementeerd kan worden. We deelden het project in 2 deelprojecten in:

1. Verbeteren van onvoldoende bevraging en registratie van rookgedrag en rookstopmotivatiestatus.
2. Verbeteren van RSB bij DM2-patiënten.

Voor elk deelproject werden de verschillende stappen van een kwaliteitsverbeterproject gevolgd: de oorzaken werden onderzocht met behulp van de visgraatanalyse en aangepakt via PDCA-cycli.
Voor de implementatie van RSB in de praktijk voerden we een literatuurstudie uit: we baseerden ons op de Domus Medica rookstop-toolkit voor huisartsen om een praktijkrichtlijn voor RSB op te stellen. Op de praktijk werd 1 arts als rookstoparts aangesteld waarnaar alle patiënten werden doorverwezen. Ook de samenwerking met tabacologen werd geconcretiseerd en de RSB-nomenclatuur werd verduidelijkt.

Resultaten:

In fase 1 van het project kon het percentage gekende rookstatus en motivatiefase bij DM2-patiënten opgetrokken worden van 0% naar respectievelijk 91% en 93%. Er zijn 59,1% nooit-rokers, 24,4% ex-rokers en 16,6% rokers. Bij 93,8% rokers kon de motivatiefase geregistreerd worden: 70% tevreden rokers, 16,7% twijfelt, 10% bereidt zich voor, 3,33% is stopklaar. Deze resultaten werden bereikt door het invoeren van standaardschema's voor bevraging en registratie van rookgedrag en motivatiestatus, reminders zoals pop-ups en huisbezoeklijsten en door het afspreken van een vaste notatieplaats.
In fase 2 konden we met behulp van de Domus Medica rookstop-toolkit voor huisartsen en het volgen van bijscholingen over RSB in totaal 6 stopklare patiënten begeleiden bij rookstop waaronder slechts 1 DM2-patiënt. Van deze 6 patiënten is 1 patiënte aan het einde van het project gestopt met roken. Naar 3 DM2-patiënten die in de voorbereidingsfase zaten, werd een herinneringsbrief gestuurd. 1 van hen heeft hierop gereageerd. In de omgeving van de praktijk zijn 2 tabacologen actief. Er werd geen enkele patiënt vanuit de praktijk naar een tabacoloog doorverwezen. In dit project had de rookstoparts een leerperiode van 3 RSB-sessies nodig om routine te kunnen opbouwen.

Conclusies:

Uit fase 1 blijkt dat verbetering van bevraging en registratie van rookgedrag en rookstopmotivatiestatus haalbaar is mits voldaan kan worden aan enkele voorwaarden:
- 1 arts moet voldoende tijd kunnen vrijmaken om alle artsen de nodige ondersteuning aan te bieden (het maken van afspraken en schema's over vaste termen en notatieplaatsen voor rook- en motivatiestatus en het invoeren van pop-ups en huisbezoeklijsten als reminders).
- alle artsen moeten voldoende gemotiveerd zijn om de aanpassingen door te voeren.

Aangezien de bevraging en registratie van rookgedrag en motivatie routine geworden is voor de artsen willen zij dit in de toekomst verderzetten en uitbreiden naar patiënten met long- en/of cardiovasculaire aandoeningen.
Uit fase 2 besluiten we dat RSB in de huisartsenpraktijk mogelijk is mits inachtname van volgende aandachtspunten:
- De Domus Medica rookstop-toolkit voor huisartsen biedt voldoende ondersteuning, maar bijkomende navorming is noodzakelijk.

- Werken op afspraak verdient de voorkeur. Duidelijke afspraken over tijdsbestek en nomenclatuur van RSB-consultaties moeten aan alle artsen en praktijkmedewerkers meegedeeld worden.

Trefwoorden:
Diabetes mellitus type 2, implementatie, rookstopbegeleiding.

INHOUDSTAFEL

ALGEMENE INLEIDING: Keuze van het onderwerp en motivatie

DEEL1: VOORBEREIDENDE FASE

1.Beschrijving van de diabeteszorg in de eigen praktijk

2.Literatuuronderzoek

DEEL 2: PRAKTIJKVERBETERPROJECT

Inleiding

1.Deelproject 1: Bevraging en registratie van rookgedrag en rookstopmotivatie

1.1.Probleemanalyse: waarom loopt het nu mis?

1.2.Opstellen en doorvoeren van een verbeterplan

1.2.1. Opstellen van verbeterplan

1.2.2. Doorvoeren verbeterplan volgens de PDCA-cyclus

1.3. Resultaten bij afsluiten van project

1.4.Bespreking

2.Deelproject 2: Niet-medicamenteuze rookstopbegeleiding

Inleiding

2.1.Probleemanalyse: waarom loopt het nu mis?

2.2.Opstellen en doorvoeren van een verbeterplan

2.2.1. Opstellen van verbeterplan

2.2.2. Doorvoeren van verbeterplan volgens de PDCA-cyclus

2.3. Resultaten bij afsluiten van project

2.4.Bespreking

ALGEMEEN BESLUIT

ALGEMENE INLEIDING: Keuze van het onderwerp en motivatie

Sinds de start van het diabetesproject Aalst in 2003 hebben vele huisartsen uit de regio Aalst en Lede meer aandacht besteed aan de kwaliteit van chronische zorgverlening aan DM2-patiënten. Ook in onze praktijk trachten de 3 artsen de DM2-patiënten elk op hun eigen manier zo nauwkeurig mogelijk op te volgen. Er is echter geen gemeenschappelijk beleid en na een kort overleg met alle artsen samen werd al snel duidelijk dat er nog heel wat plaats is voor verbetering. Om een overzicht te krijgen van onze sterke en zwakke punten gingen we enkele structuur- (ACIC-score), proces- en outcome-indicatoren na. Hieruit besloten we in samenspraak met het hele team om ons toe te spitsen op roken bij DM2-patiënten.

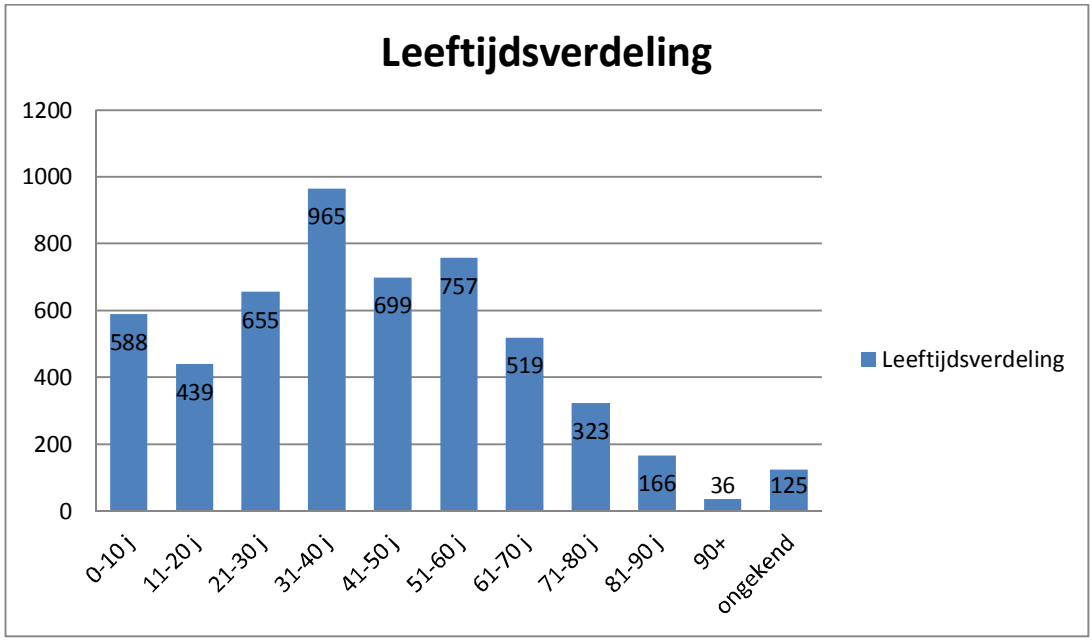
Zowel diabetes als roken zijn hot topics in de dagelijkse media. Terecht, want de prevalentie van diabetes (type 1 en 2 samen) in België werd in 2007 op 7,90% geschat en tegen 2025 zou de prevalentie nog verder toenemen tot 9,70% [1]. In ruim 90% van de gevallen gaat het om diabetes mellitus type 2 [2]. De meest recente cijfers over rookgedrag in België dateren van 2010 en tonen een totale prevalentie (mannen en vrouwen samen) van 25,1% (17,6% dagelijkse rokers en 7,5% occasionele rokers) [3]. De prevalentie van rokers onder diabetespatiënten bedraagt 14% [4,5]. DM2 en roken vormen elk apart een belangrijke cardiovasculaire risicofactor. Bij DM2-patiënten zal roken het cardiovasculair risico echter meer doen stijgen dan bij niet-diabetespatiënten (relatief risico op cardiovasculaire aandoeningen bij diabetici bedraagt 2,2 en bij niet-diabetici 1,2)[6]. Bovendien verhoogt roken ook het risico op microangiopathieën die vaak bij DM2 gezien worden (neuro- en nefropathie). Stoppen met roken reduceert het risico op cardiovasculaire aandoeningen bij diabetici aanzienlijk en daarom leek het ons de moeite waard om het praktijkproject te richten op RSB bij DM2-patiënten. In dit project zoeken we uit welke veranderingen er nuttig kunnen zijn op vlak van praktijkorganisatie en technische ondersteuning en welke kennis nodig is om RSB op te starten in een praktijk waar voordien geen georganiseerde vorm van RSB bestond.

DEEL 1: VOORBEREIDENDE FASE

1. Beschrijving van de diabeteszorg in de eigen praktijk

Praktijkschets

De praktijk bevindt zich in Lede (17478 inwoners), een Oost-Vlaamse gemeente met een landelijk karakter en een centrale ligging ten opzichte van enkele belangrijke centrumsteden. Deze groepspraktijk bestaat uit 1 mannelijke arts, 2 vrouwelijke artsen en een HAIO. Er zijn 3 consultatieruimtes zodat minimum 1 arts huisbezoeken aflegt terwijl de anderen raadplegingen doen. Voor elke patiënt wordt een elektronisch medisch dossier aangemaakt met behulp van het computerprogramma WINDOC®. De meeste patiënten hebben ook nog een papieren dossier. We beschikken over 3 netbooks om ook tijdens de huisbezoeken het dossier volledig te kunnen inkijken. De medische secretaresse werkt 4 dagen op 5 en is van onschatbare waarde voor het beantwoorden van telefoons en het organiseren van het elektronisch patiëntenbestand. De praktijk telt 5272 patiënten waarvan er 3445 een Globaal Medisch Dossier hebben. Er zijn 2551 mannelijke patiënten en 2721 vrouwelijke. De patiëntenpopulatie is zeer gevarieerd in leeftijd (zie figuur 1) en sociale klasse en bestaat hoofdzakelijk uit autochtonen.



Figuur 1. Leeftijdsverdeling van de totale patiëntenpopulatie

Beschrijving van de diabetespopulatie

Bepaling van de diabetespopulatie

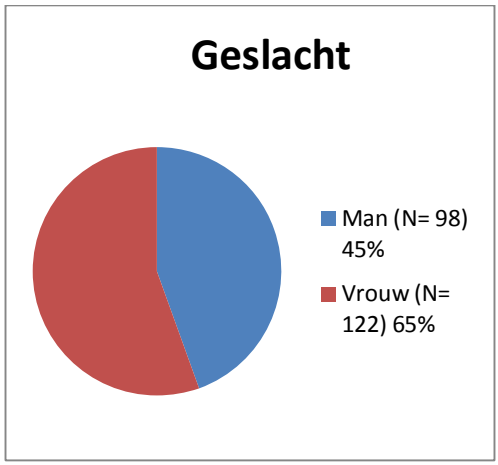
Bij het opstellen van een lijst met patiënten met diabetes mellitus type 2 (DM2) waren er verschillende problemen: de praktijkopleider, die de meeste chronische patiënten ziet, werkt hoofdzakelijk met papieren dossiers waardoor het moeilijk is om efficiënt en snel een DM2-lijst op te stellen. Na overleg met de programmeurs van WINDOC bleek dat het tevens onmogelijk was om elektronisch een DM2-lijst te maken aangezien er nooit ICPC-codes werden ingevoerd in het elektronisch dossier.

De inventarisatie van DM2-patiënten gebeurde in 2 stappen: Eerst werd bij het labo (Medina) een lijst opgevraagd van alle patiënten waarbij in de periode van 01/01/2004 tot 01/10/2010 een HbA1c werd bepaald. Deze lijst telde 543 patiënten. Vervolgens werd voor elke patiënt nagegaan of ze voldeden aan de diagnostische criteria van DM2 (2 nuchtere glycemiewaarden ≥ 126 mg/dl) en/of een brief van endocrinologie beschikbaar was waarin de diagnose van DM2 bevestigd werd.
Patiënten met diabetes mellitus type 1, corticoïd geïnduceerde diabetes, overleden patiënten en patiënten die niet meer in onze praktijk werden opgevolgd sinds 01/10/2009 werden geëxcludeerd. Uiteindelijk werd een populatie van 220 DM2-patiënten weerhouden. Dit cijfer komt overeen met de literatuurgegevens voor België en Nederland waar de prevalentie van DM2 op 4% geschat wordt [7,8].

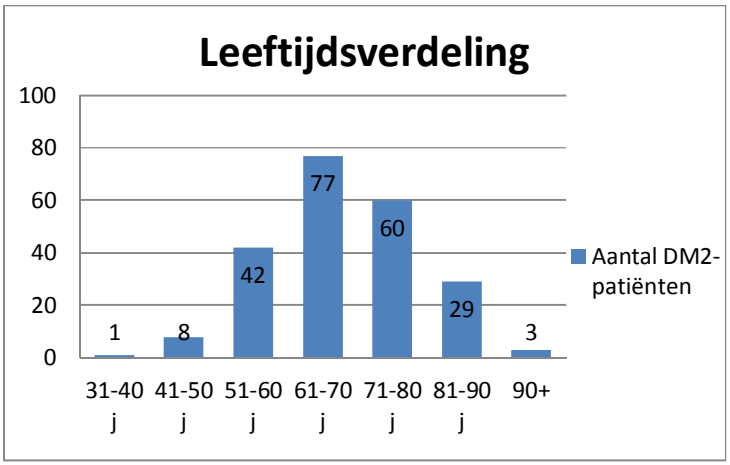
Voor een vlot verloop van het praktijkproject moet het voor elke arts duidelijk zijn welke patiënt DM2 heeft. Daarom beslisten we om in de periode van half december ’10 tot half januari ’11 de elektronische dossiers zodanig aan te passen zodat in één oogopslag de diabetesstatus kan teruggevonden worden: Voor elke DM2-patiënt wordt de vermelding ‘diabetes mellitus type 2’ in de persoonlijke antecedenten-lijst gezet en wordt de diabetesstatus als zorgelement geregistreerd. Er werd gekozen voor een dubbele registratie omdat de registratie als zorgelement een visuele blikvanger is in het dossier en omdat notatie in de antecedentenlijst de arts toelaat nog enkele opmerkingen toe te voegen. De doorgevoerde wijzigingen waren voor alle artsen meteen zichtbaar.
Na het doorvoeren van de wijzigingen wordt begin januari ’11 aan de artsen gevraagd of zij de veranderingen hebben opgemerkt en deze voldoende achten om herinnerd te worden aan de diabetesstatus. Alle artsen antwoorden positief en daarom besluiten we de nieuwe manier van registreren te integreren in de praktijk. Er wordt aan alle artsen uitgelegd hoe de registratie als zorgelement en in de persoonlijke antecedentenlijst dient te gebeuren.
Gezien de papieren dossiers slechts door 1 collega gebruikt worden en de diabetesstatus hierop altijd vermeld staat, worden de papieren dossiers niet aangepast.

Kenmerken van de diabetespopulatie

Van de 220 DM2-patiënten is 45% van het mannelijke geslacht (N=98) en 65% van het vrouwelijke geslacht (N=122) (Figuur 2). De gemiddelde leeftijd van de DM2-patiënt bedraagt 68,6 jaar met een spreiding tussen 39 jaar en 92 jaar (Figuur 3).



Figuur 2. Man/Vrouw verdeling DM2-populatie



Figuur 3. Leeftijdsverdeling DM2-populatie

Structuur-indicatoren: de ACIC-score [9,10,11]

De *Assessment of Chronic Illness Care* (ACIC) is een scoresysteem dat praktijken kunnen gebruiken om na te gaan op welke vlakken zij binnen de chronische zorgverlening nog vooruitgang kunnen boeken. Het is ook een nuttig instrument om een praktijkverbeteringsproject te evalueren. ACIC werd ontwikkeld door de 'Improving Chronic Illness Care'-staf en werd gebaseerd op het Chronische Zorgmodel. Het Chronische Zorgmodel is ontstaan vanuit evidence based informatie en beschrijft 6 gebieden van het gezondheidszorgsysteem waarbinnen verbeteringen dienen aangebracht te worden om de zorg voor chronische aandoeningen te optimaliseren. Deze 6 terreinen zijn:
1. *Organisatie van het gezondheidszorgsysteem*: Om tot kwaliteitsverbetering te komen, is inzet op alle niveaus van een systeem vereist. Duidelijke begeleiding en motivatie door de leider van het team is een belangrijke voorspellende factor van succes. Verder blijken ook zowel financiële als niet-financiële beloningen efficiënt te zijn om het gedrag van de uitvoerders van het project in de juiste richting te veranderen.
2. *Samenwerking in de gemeenschap*: Binnen een bepaalde regio zijn er vaak verschillende initiatieven die nauw kunnen aansluiten bij het eigen kwaliteitsverbeterende project. Door met deze

complementaire initiatieven te onderhandelen en door patiënten te motiveren om hieraan deel te nemen, kan de kwaliteit van chronische zorgverlening verbeterd worden.

3. Op niveau van de praktijk:

3a. *Ondersteuning van zelfhulp*: De patiënt centraal stellen in de zorgverlening door hem te stimuleren om zelf inzicht te verwerven, doelstellingen te formuleren, actie te plannen en te ondernemen en zelf mee in te staan voor de follow-up.

3b. *Ondersteuning van klinische besluitvorming*: Toegang tot de meest recente evidence based informatie en richtlijnen, bijscholingen en overleg met specialisten zijn een absolute must.

3c. *Praktijkorganisatie*: Een teamverantwoordelijke wordt aangesteld en verdeelt de taken over de verschillende teamleden. Het doel is om tijdens geplande follow-up raadplegingen de richtlijnen op te volgen, de patiënt de nodige informatie te geven in klare taal en als team de nodige zorgen te kunnen verstrekken. Dit team bestaat niet alleen uit artsen, maar ook uit verpleegkundigen, educatoren, diëtisten,… .

3d. *Klinisch informatiesysteem*: Het medisch computerprogramma dient een meerwaarde te zijn in de zorgverlening van chronische patiënten. Met het programma moet het mogelijk zijn om lijsten te maken van patiënten met een bepaalde aandoening en om individuele werkplannen op te stellen zodat de opvolging gemakkelijker wordt en complicaties beter kunnen vermeden worden.

Elk onderdeel krijgt een score van 0 tot 11 waarbij de hoogste score duidt op de meest optimale zorgverlening voor chronische aandoeningen. Betekenis van de score:

Tussen 0 en 2: beperkte zorgverlening voor chronische aandoeningen

Tussen 3 en 5: basiszorgverlening voor chronische aandoeningen

Tussen 6 en 8: redelijke zorgverlening voor chronische aandoeningen

Tussen 9 en 11: volledig uitgebouwde zorgverlening voor chronische aandoeningen

Vóór de start van een kwaliteitsverbeterend project behalen de meeste teams een gemiddelde score van minder dan 5.

We vulden in onze praktijk de ACIC-score (zie tabel 1) in op 19 november 2010 om te weten hoever we staan op vlak van chronische zorgverlening voor DM2. We stellen vast dat de leider van het team (de praktijkopleider) zelf gemotiveerd is en de andere teamleden aanspoort om aanpassingen door te voeren. Er bestaat een algemeen beeld over hoe de zorgverlening voor DM2 zou moeten verlopen

maar duidelijke doelstellingen en werkplannen voor de aanpak van DM2 zijn afwezig en eerder individueel bepaald (Organization of the Healthcare Delivery System). Er is een vlotte samenwerking met het Diabetesproject Aalst en de endocrinologen. Patiënten worden echter nog niet genoeg doorverwezen naar de bestaande projecten (Community Linkages). We maken goed gebruik van de diensten van diabeteseducatoren en hebben af en toe overleg met hen. Er is voldoende aandacht voor de bezorgdheden van de patiënt en zijn familie maar er wordt nog te weinig gebruik gemaakt van informatiebrochures en zelfhulpmateriaal zoals de diabetespas (Self Management Support). Elke arts baseert het diabetesbeleid op de richtlijnen van Domus Medica, weliswaar niet op een gestandaardiseerde manier (Decision Support). Wat betreft de praktijkorganisatie zien we dat elke arts een eigen manier heeft ontwikkeld om DM2-patiënten op te volgen. Er is met andere woorden geen eenduidig diabetesbeleid en er is geen teamverantwoordelijke voor de opvolging van de kwaliteit van zorgverlening. De patiënten worden aangespoord om zich om de 3 maand te laten opvolgen, maar er is geen exact geplande follow-up (Delivery System Design). ICPC-codes worden niet gebruikt in de praktijk. Ook de registratie van chronische aandoeningen in het elektronisch dossier gebeurt nog niet systematisch (Clinical Information Systems). Onze praktijk behaalt een gemiddelde score van 5,2 en verleent dus een basis zorgverstrekking aan DM2-patiënten. Vooral op vlak van praktijkorganisatie en klinisch informatiesysteem is er nog veel ruimte voor verbetering. Deze cijfers stemmen overeen met de resultaten van praktijken in de regio Aalst voor de aanvang van het Diabetesproject Aalst [12,13].

Tabel 1: ACIC-score

PARAMETER	SCORE
Organization of the Healthcare Delivery System	5,5
Community Linkages	7,3
Self-Management Support	6,5
Decision Support	6,5
Delivery System Design	4,5
Clinical Information Systems	0,8
Average Program Score	**5,2**

Proces-indicatoren

Gebaseerd op de richtlijn van Domus Medica voor diabetesmanagement registreerden we in de periode van 1 november 2010 tot en met 31 december 2010 het percentage DM2-patiënten waarbij in het afgelopen jaar een aantal parameters gemeten werden die noodzakelijk zijn bij de opvolging van DM2 (zie tabel 2). Hieruit blijkt dat vooral bloeddrukmeting (95,5%), HbA1c- (97,3%) en cholesterolbepaling (95%) hoog scoren. In 47,3% (N=104) van de gevallen werd minstens 1 keer per jaar het microalbumine gemeten. Het gewicht werd slechts bij 26% (N=57) van de diabetespatiënten bepaald. Slechts 10% (N=22) liet de voeten controleren door de huisarts of endocrinoloog en bij amper 4,1% (N=9) van de diabetespatiënten werd geregistreerd dat zij het afgelopen jaar een oogonderzoek gehad hebben. Bij geen enkele DM2-patiënt werd het rookgedrag in het dossier geregistreerd.

Tabel 2: Procesparameters: percentage van controles

Procesparameter	Controlepercentage	N = 220
Bloeddruk	95,5 %	(N = 210)
Gewicht	26%	(N = 57)
HbA1c	97,3%	(N = 214)
Totaal cholesterol	95%	(N = 209)
microalbumine	47,3%	(N = 104)
Voetcontrole	10%	(N = 22)
Controle oftalmologie	4,1%	(N = 9)
Registratie rookgedrag	0%	(N = 0)

Wanneer we onze resultaten vergelijken met deze van het Diabetes Project Aalst (DPA) dan zien we dat de resultaten vergelijkbaar zijn: HbA1c, cholesterol en microalbumine scoren bij beiden goed terwijl controle oftalmologie bij beiden slecht scoort [13].

Outcome-indicatoren

Voor HbA1c wordt de gemeten waarde vergeleken met de streefwaarde van de Domus Medica-richtlijn voor diabetesmanagement (zie tabel 3 en 4): de gemiddelde HbA1c waarde valt net samen met de streefwaarde van 7,0%. 61,4% van de patiënten hebben een HbA1c van maximum 7%. Ongeveer driekwart (76,8%) van de DM2-patiënten heeft een aanvaardbare HbA1c-waarde van ≤ 7,5%. Ter vergelijking: in het DPA hadden 61,7% van de patiënten een HbA1c-waarde van ≤ 7,5% [13].

Tabel 3: gemiddelde waarden voor outcome-indicatoren

Outcome-indicator	Gemiddelde (range)
HbA1c (%)	7,0 (range 5-13,7)

Tabel 4: outcome-indicatoren: streefwaarden volgens Domus Medica en percentages behaalde streefwaarden

Outcome-indicator	Streefwaarde			
HbA1c (%)	**≤ 7,0**		≤7,5	
N (%)	**135**	**(61,4%)**	169	(76,8%)

2. Literatuuronderzoek

Na de beslissing om het project te richten op verbetering van RSB in onze praktijk rezen een aantal praktische vragen omtrent het opstarten van RSB in een praktijk waar voorheen geen georganiseerde vorm van RSB bestond en er weinig ervaring met niet-medicamenteuze RSB was. We vonden een antwoord in de literatuur. Hieronder beschrijven we per gestelde vraag de zoekmethode en resultaten.

1. Zijn er in de literatuur gegevens beschikbaar over hoe je rookgedrag en rookstopmotivatie moet bevragen en over hoe je een praktijkrichtlijn voor RSB opstelt?

In een eerste stap gingen we op zoek naar relevante informatie in de Nederlandstalige richtlijnen: Domus Medica aanbevelingen, NHG standaarden. Er werd één bruikbaar document gevonden dat als leidraad werd gebruikt:

> *Thijs G. Rookstop-toolkit voor huisartsen. Domus Medica 2007. Beschikbaar via: http://www.domusmedica.be/kwaliteit/dossiers/stoppen-met-roken/1231-toolkit.html*

In een tweede stap werd via de Cebam website gezocht naar bestaande richtlijnen rond RSB met de zoekterm 'smoking cessation':

> *Cahill K, Lancaster T, Green N. Stage-based interventions for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2010, Issue 11. Art. No.: CD004492.DOI:10.1002/14651858. CD004492.pub4.*

In een derde stap werd een PubMed-zoektocht verricht met volgende MeSH-termen: "smoking cessation", "general practice". Dit leverde 371 resultaten op, waaronder 39 reviews. Hiermee konden we de internationale richtlijnen vergelijken met de Nederlandstalige. Aangezien de Nederlandstalige richtlijn overeenstemt met de internationale richtlijnen kiezen we ervoor om ons hoofdzakelijk op de rookstop-toolkit voor huisartsen te baseren voor het bevragen van rookgedrag en rookstopmotivatie en voor het opstellen van onze praktijkrichtlijn:

In de rookstop-toolkit voor huisartsen vinden we de termen voor rookstatus en voor rookstopmotivatiefase die aanbevolen worden om in een dossier te noteren alsook een beschrijving van deze termen en een bondige en efficiënte manier om naar deze termen te vragen:

Roker	=	minstens 100 sigaretten gerookt (of 30 sigaren of 30x pijp) EN minstens 1 keer gerookt tijdens de laatste maand
Ex-roker	=	minstens 100 sigaretten gerookt (of 30 sigaren of 30x pijp) EN niet gerookt tijdens de laatste maand
Nooit-roker	=	minder dan 100 sigaretten gerookt (of 30 sigaren of 30x pijp) EN niet gerookt tijdens de laatste maand

Tevreden	=	wenst niet te stoppen met roken
Twijfelt	=	wenst te stoppen, ten vroegste binnen 6 maand
Bereidt zich voor	=	wenst te stoppen, ten vroegste binnen 1 maand en ten laatste binnen 6 maand
Stopklaar	=	wenst binnen de maand te stoppen

De praktijkrichtlijn voor een rookstopconsult wordt gebaseerd op de strategie van de 5 A's:

1. ASK	**Bevraag het rookgedrag.**
2. ADVICE	**Geef alle rokers rookstopadvies.**
3. ASSES	**Evalueer de motivatie (a) en de afhankelijkheid (b).**
4. ASSIST	**Begeleid de roker.**
5. ARRANGE Follow up	**Opvolgcontacten vastleggen.**

ASK

In de eerste stap dient de identificatie van het rookgedrag te gebeuren zoals beschreven in bijlage 1.

ADVICE

Elke roker moet een rookstopadvies krijgen dat duidelijk, streng en op maat van de patiënt is. Daarbij moet de arts een empathische en niet-confronterende houding aannemen.

ASSES

(a) Motivatie: het nagaan van de motivatiefase verloopt zoals beschreven in bijlage 2.
(b) Afhankelijkheid: de mate van afhankelijkheid wordt pas nagegaan bij niet-tevreden rokers. De afhankelijkheid van nicotine is zowel fysisch, psychologisch als gedragsmatig. De fysische afhankelijkheid kan snel en eenvoudig geëvalueerd worden aan de hand van de Fagerström-test (zie bijlage 3). Om het gedragsmatig aspect te evalueren, gaan we na of de patiënt rookt vanuit een positieve of negatieve bekrachtiging.

ASSIST

Begeleiding van de roker is afhankelijk van de motivatiefase:

Tevreden roker

De tevreden roker denkt nog niet aan stoppen. Hij weet dat roken ongezond is maar ziet nog niet in dat het voor hem persoonlijk gevaarlijk is. In dit stadium komt het erop aan om de roker naar een volgende gedragsveranderingsfase te laten evolueren. Daarom zal in deze fase *'ADVICE'* centraal staan:

informatie op maat bezorgen	Verband leggen met de huidige gezondheidstoestand, de kosten, de impact op kinderen en andere personen uit de omgeving (cave: focus vooral op de roker zelf)
twijfels omtrent eigen rookgedrag opwekken	'Zijn er momenten waarop u denkt dat u beter niet zou roken?'
hulp aanbieden	'Ik denk dat het voor u belangrijk is om te stoppen met roken. Ik kan u daarbij helpen.'

Deze korte interventie heeft een zeer goede kosten-batenverhouding en geeft een extra rookstop-percentage van 2% ten opzichte van de controlegroep [14,15,16].

In dit stadium wordt beter geen medicamenteuze behandeling voorgesteld. De patiënt is immers nog niet voldoende gemotiveerd waardoor de therapie minder kans op slagen heeft. Wanneer in een

latere fase dezelfde behandeling zou worden voorgesteld, zou de patiënt hier geen vertrouwen meer in hebben.

De roker twijfelt

De twijfelende roker ziet de voor- en nadelen van rookstop al beter in, maar is nog niet klaar om echt te stoppen. De minimale interventie is in dit stadium de beste strategie. Het gaat om een kort motivatiegesprek gebaseerd op de 5 R's (tabel 5). Dit gesprek verloopt over 1 of 2 consultaties en neemt in totaal 10 minuten in beslag. Het nut van motivationele gesprekstechnieken bij diabetespatiënten werd reeds meermaals bewezen [19]. Deze strategie geeft een extra rookstoppercentage van 4% ten opzichte van de controlegroep [14,20].

Tabel 5: Strategie van de 5 R's om motivatie te verhogen.

Relevance	Leg uit waarom rookstop voor de patiënt persoonlijk relevant is.
Risks	Laat de patiënt de schadelijke effecten van roken opsommen op korte termijn en lange termijn en laat de risico's voor de omgeving opsommen.
Rewards	Laat de patiënt de voordelen van rookstop opsommen.
Roadblocks	Laat de patiënt de moeilijkheden die hij ziet om te stoppen opsommen.
Repetition	Herhaal de interventie bij niet-gemotiveerde patiënten.

De roker bereidt zich voor om te stoppen

In dit stadium hebben we te maken met een niet-tevreden roker die zich klaarmaakt om effectief te stoppen. De begeleiding is intensiever waarbij ook gedragsveranderende en cognitieve technieken worden toegepast. De gedragsmatige aanpak verloopt in 3 stappen:

<u>1. Alliantiefase en voorbereidingsfase op rookstop:</u>

- Evaluatie van de motivatie: nagaan of de patiënt zijn rookgedrag als normaal en als bij zichzelf horend beschouwt (egosyntoon) of eerder als abnormaal en niet-strokend met de eigen waarden (egodystoon). De egostyntone roker zal moeilijker kunnen stoppen.
- Evaluatie van de persoonlijke overtuigingen van de roker ten aanzien van roken: het waardensysteem van de roker bespreken.
- Evaluatie van het vermogen tot zelfcontrole: de patiënt laten nadenken over hoe rookstop kan volgehouden worden op momenten dat het moeilijk wordt (onthoudingsverschijnselen, frustratie).
- Alliantie opbouwen: rookstopbegeleiding gebeurt in een samenwerkingsverband en vereist dus een empathische houding van de begeleider.

2. Zelfobservatie:

De roker krijgt een invulrooster mee om zo een overzicht te krijgen van de kwantiteit, de situatie en de versterkende factoren van het rookgedrag.

3. Gedragsverandering:

- Stimuluscontrole: de roker moet leren om externe (sigaretten, asbakken,…) en interne (frustratie, nervositeit,…) stimuli die het roken bevorderen te vermijden.
- Responscontrole: de roker moet copingmechanismen aanleren om het roken te belemmeren (vb. sigaret enkele minuten uitstellen) of tegen te werken (vb. beweging).
- Algemeen: benadruk het complementair aspect van de verschillende technieken.
- Opvolging en hervalpreventie :
    * Stel samen met de patiënt een lijst op van momenten waarop het risico op herval groot is. Ga na welk copingmechanisme op dat moment kan toegepast worden.
    * Leg uit dat herval mogelijk is en dit met schuldgevoelens zal gepaard gaan maar geen mislukking betekent.

De roker is stopklaar

In dit stadium wordt naast gedragstherapie ook een rookstopplan (figuur 4) opgesteld en zal medicamenteuze ondersteuning aangeboden worden.

- Rookstopplan opstellen:

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

Figuur 4: strategie om rookstop voor te bereiden [14]

- Gedragstherapie (zoals bij roker die zich voorbereidt)

- Medicamenteuze hulp

ARRANGE FOLLOW UP

Follow up wordt voorzien in de eerste week na rookstop en in de eerste maand na rookstop. Gezien het risico op herval het grootst is in het eerste jaar kunnen tijdens het eerste jaar meerdere opvolgconsultaties volgen. Tijdens deze opvolgsessie worden vooral onthoudings- of hervalstatus, motivatiestatus, problemen bij rookstop (vb. gewichtstoename, depressie (evaluatie met behulp van HAD-test, zie bijlage 4)) en aanpassing van de medicatie besproken.

Artsen en de tabacologen zijn verplicht om een follow-updocument (bijlage 5) in te vullen en zij moeten dit bewaren in het dossier van de patiënt.

2. Welke types ondersteuning kunnen patiënten in België krijgen bij rookstop?

In de bijscholing "Huisartsen Domus Medica: praktische aanpak van een rookstopconsultatie" op 13/11/2010 te Brabanthal Leuven werd een overzicht meegegeven van de verschillende begeleidingsmogelijkheden (zie figuur 5). Deze informatie is opgesteld door de Vlaamse Vereniging voor Respiratoire Gezondheidszorg en Tuberculosebestrijding (VRGT) en kan gedownload worden van de website:

http://www.vrgt.be/tabakspreventie/informatie_voor_professionelen/overzicht_van_aanbod.

ROOKSTOP : BEGELEIDING & HULPMIDDELEN

TYPE	WAT	TIJDSDUUR	TERUGBETALING (*)	MEER INFO
BEGELEIDINGSMOGELIJKHEDEN				
Individuele Begeleiding ARTS	Arts begeleidt rookstop zelf (of verwijst door)	1 sessie van min. 45 min tot max. 7 opvolgsessies van min. 30 min	Sessie 1: 30 € 7 Opvolgsessies: 20 € / sessie (1 reeks om de 2 kalenderjaren) Zwangere vrouwen: 30 € / sessie (8 sessies per zwangerschap)	www.domusmedica.be www.vrgt.be of uw beroepsvereniging
Individuele Begeleiding TABAKOLOOG	Rookstopbegeleiding door erkende tabakologen	Idem	Idem	Erkende Tabakoloog= gezondheidswerker of licentiaat psychologie die de opleiding tabakologie en rookstopbegeleiding met succes heeft afgerond Meer informatie over: – de opleiding tabakologie – de lijst van erkende tabakologen www.vrgt.be
In groep	Rookstop in groep begeleid door een arts of erkend tabakoloog	min 1 uur per sessie, max 8 sessies of op maat	Idem *Indien begeleid door arts of erkend tabakoloog*	Websites ziekenfondsen en www.vrgt.be
Telefonisch Advies en hulp	Begeleiding door een tabakoloog op werkdagen tussen 15 en 19u via 0800 111 00	Op maat	Gratis	www.tabakstop.be Tabak Stop Lijn 0800 111 00
Persoonlijke coach via telefoon	Intensieve begeleiding door een vaste coach- tabakoloog die op afgesproken tijdstippen opbelt	Max. 8 sessies van 15 tot 20 minuten	Gratis	www.tabakstop.be 0800 111 00
Online	Individuele online begeleiding met diverse mogelijkheden zoals: dagboek, tips per email, forum, tests enz.	Op maat	Gratis	www.tabakstop.be
FARMACOLOGISCHE HULPMIDDELEN				
Zonder voorschrift	Nicotine vervangende middelen	3 maand	Nee*	www.riziv.fgov.be
Medicatie op voorschrift	Bupropion (Zyban®)	Kuur (3 maand)	Gedeeltelijke terugbetaling onder bijzondere voorwaarden*	www.riziv.fgov.be
	Varenicline (Champix®)	Kuur (3 maand)	Terugbetaling op onderhoudsbehandeling. Goedkeuring van medisch adviseur noodzakelijk*	www.riziv.fgov.be

Voor meer informatie over terugbetaling: www.riziv.fgov.be
Meer info over rookstopbegeleiding en tabakologen: www.vrgt.be

(*) Sommige ziekenfondsen voorzien een bijkomende tussenkomst

Figuur 5: Overzicht begeleidingsmogelijkheden België.

DEEL 2: PRAKTIJKVERBETERPROJECT

Inleiding

Uit deel 1 blijkt dat rookgedrag de slechtst besproken en slechtst gemeten parameter is bij de follow up van DM2-patiënten. Aangezien ook de praktijkopleider een bijzondere interesse heeft om RSB in de praktijk te verbeteren en gezien het belang van rookstop bij DM2-patiënten omwille van hun hoog cardiovasculair risicoprofiel besluiten we dat roken bij DM2-patiënten de focus van het project zal worden.

We voerden een participatief actieonderzoek uit waarbij we met behulp van het FOCUS-stappenplan [21] de verschillende stappen overlopen om op een systematische manier een kwaliteitsverbeterend project te plannen. We komen tot de vaststelling dat er 2 grote problemen bestaan in onze praktijk:

1) Onvoldoende bevraging en registratie van rookgedrag en rookstopmotivatie.
2) Geen praktijkrichtlijn over rookstopbegeleiding bij DM2-patiënten.

Voor elk probleem gaan we eerst na wat de knelpunten zijn en hoe we deze kunnen aanpakken. Vervolgens voeren we de verbeterplannen uit en ten slotte evalueren we elke interventie (PDCA-cycli).

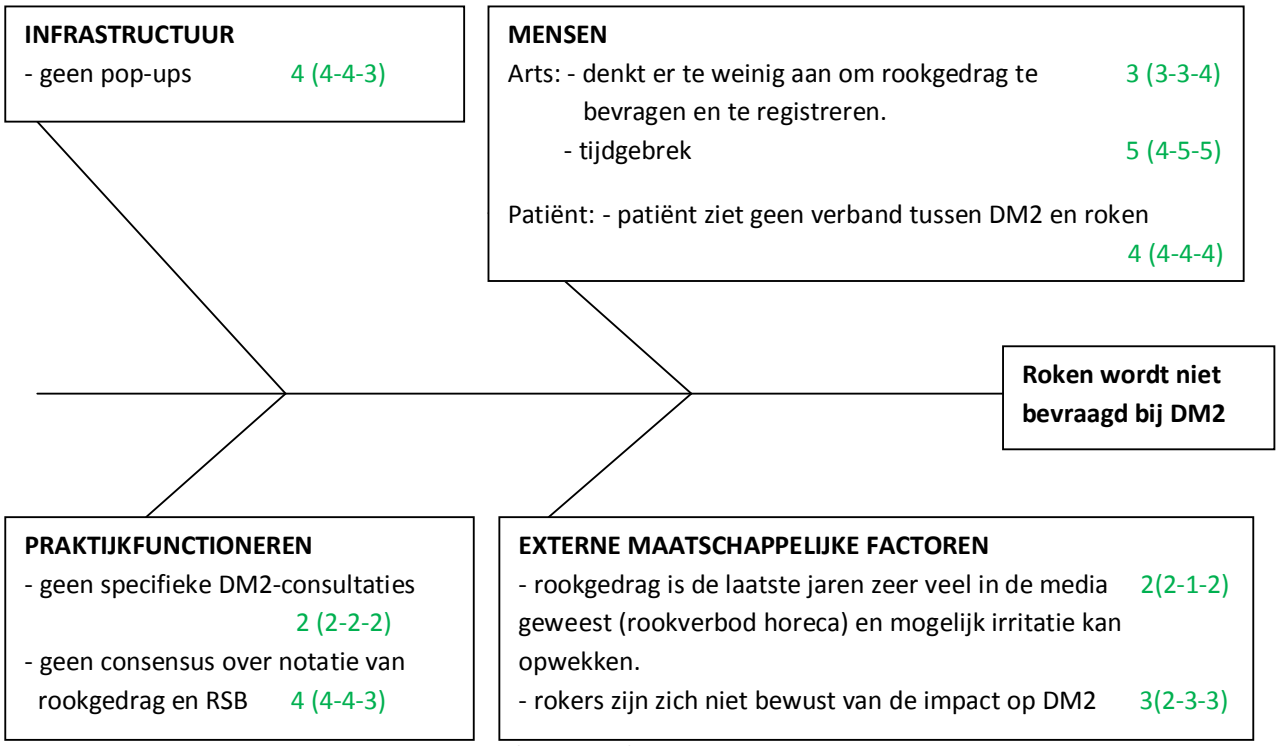
In overleg met alle artsen besluiten we het project in te delen in 2 delen (tijdslijn zie bijlage 9):
in het eerste deel zal het eerste probleem aangepakt worden waarbij alle artsen zullen betrokken worden om te komen tot een verbetering van de registratie en bevraging van het rookgedrag en de rookstopmotivatie.
In het tweede deel zal de HAIO zich baseren op de rookstop-toolkit voor huisartsen van Domus Medica om een praktijkrichtlijn voor RSB opstellen. Nadien zal deze richtlijn geïmplementeerd worden in de praktijk waarbij in overleg met alle artsen een takenverdeling afgesproken: elke arts kan de rokende DM2-patiënt adviseren (zie beschrijving van begeleiding tevreden roker), informeren over de types begeleiding bij rookstop (zie figuur 5) en verwijzen naar de RSB-arts. Enkel de HAIO zal de RSB-sessies geven.

1. Deelproject 1: Bevraging en registratie van rookgedrag en rookstopmotivatie

In het eerste deelproject wordt het eerste probleem aangepakt: onvoldoende bevraging en registratie van rookgedrag en rookstopmotivatie. In 4 stappen zullen we proberen om een oplossing te vinden: eerst worden de knelpunten die bijdragen tot het probleem geanalyseerd. Vervolgens wordt een verbeterplan opgesteld en wordt de geplande interventie uitgevoerd. Ten derde evalueren we of de doorgevoerde veranderingen bijgedragen hebben tot de oplossing van het probleem. Als laatste gaan we na of de nieuwe werkwijze naar de toekomst toe zal blijven bestaan, aangepast dient te worden of afgevoerd zal worden.

1.1: Probleemanalyse: Waarom loopt het mis?

Begin december 2010 organiseerden we in onze praktijk een brainstormsessie over de oorzaken van onvoldoende bevraging en registratie van rookgedrag en rookstopmotivatie. Om het probleem te analyseren, maken we gebruik van de visgraatanalyse en de nominale groepstechniek. Aan de hand van de visgraatanalyse kunnen we de verschillende oorzaken die bijdragen tot het probleem ordenen in 4 categorieën: mensen, infrastructuur, praktijkfunctioneren en maatschappelijke factoren. Nadien pasten we de nominale groepstechniek toe: hierbij geeft elke arts aan elke oorzaak een score van 0 tot 5. 0 betekent dat de oorzaak als totaal onbelangrijk wordt beschouwd, 5 betekent dat de oorzaak héél belangrijk is [21]. Op die manier krijgen we een overzicht van de belangrijkste knelpunten. Figuur 6 toont de visgraatanalyse. De bijhorende cijfers duiden op de scores die toegekend werden bij de nominale groepstechniek: het eerste cijfer is de gemiddelde score van 3 artsen. (De HAIO gaf geen score aangezien zij op dat moment onvoldoende ervaring had op dit vlak.) Tussen haakjes staan de scores van elke arts afzonderlijk.



Figuur 6. Visgraatanalyse en nominale groepstechniek (groen cijfer) 'Roken wordt niet bevraagd'.

In figuur 6 analyseren we op de 4 verschillende domeinen waarom roken niet bevraagd wordt bij DM2-patiënten.

Mensen:

a) Huisarts:

- Tijdens een follow-up consultatie van een DM2-patiënt moet de arts heel wat parameters controleren die een specifieke handeling vereisen (bvb. bloeddruk meten, gewicht bepalen, bloed prikken,…). Het vragen naar roken vereist geen technische handeling en wordt daardoor vaak gewoon vergeten. Bevragen van het rookgedrag zit dus niet in hun routine ingebouwd. Ze vinden dit een vrij belangrijke oorzaak en geven daarom een gemiddelde score van 3.
- Voor alle artsen was het tijdsgebrek tijdens een DM2-consultatie echter het grootste probleem en scoorde daarom 5.

b) Patiënt:

- Artsen hebben het idee dat patiënten vaak niet begrijpen waarom er over hun rookgedrag gepraat wordt op een moment dat ze op consultatie komen voor diabetes. Ze zien geen verband tussen DM2 en roken. Voor de artsen is dit een belangrijke reden (score 4) waarom zij het rookgedrag niet navragen.

Infrastructuur:

- Momenteel verschijnen er in het WINDOC-programma geen pop-ups die de arts er aan herinneren om het rookgedrag te bevragen. De artsen die altijd met WINDOC werken, denken dat dit een belangrijk hulpmiddel zou kunnen zijn en geven een score van 4.

Praktijkfunctioneren:

- Er worden geen specifieke momenten voorbehouden voor DM2-patiënten. Volgens de artsen zou dit de routinevorming voor een DM2-consultatie wel kunnen bevorderen en op die manier het bevragen van het rookgedrag kunnen verbeteren, maar ze denken niet dat dit een belangrijke reden is waarom ze het nu zo weinig doen (score 2).
- In de praktijk bestaat er geen consensus over de plaats in het EMD waar het rookgedrag moet geregistreerd worden en de manier waarop dit moet gebeuren. In WINDOC zou roken onder risicofactoren kunnen gezet worden. Dit venster biedt echter geen mogelijkheden om het rookgedrag verder te specifiëren (aantal sigaretten per dag, rookstart,…). Ook dit blijkt een belangrijk knelpunt en krijgt een score 4.

Externe maatschappelijke factoren:

- De laatste jaren is roken vaak in de media geweest, steeds op een negatieve manier. Daarom vrezen artsen dat praten over roken irritatie kan opwekken bij de rokers. De artsen vinden dit echter geen belangrijke reden om niet naar het rookgedrag te vragen (score 2).
- Wanneer er over de gezondheidsrisico's van roken gepraat wordt, gaat het bijna steeds om de cardiovasculaire verwikkelingen en het risico op kanker. De rol van roken bij DM2 wordt zelden aangehaald. Bijgevolg zijn de meeste DM2-patiënten zich niet bewust van het effect van roken op hun diabetes. De artsen in onze praktijk vinden dat dit hen toch ook beïnvloedt om roken te bevragen (score 3).

1.2: Opstellen van verbeterplan en doorvoeren van de interventie

1.2.1 Opstellen van verbeterplan

Aan de hand van de visgraatanalyse maakten we een overzicht van de knelpunten. Door de nominale groepstechniek weten we welke knelpunten door de artsen als meest belangrijk worden beschouwd. We kiezen ervoor om enkel de belangrijkste knelpunten aan te pakken, rekening houdend met de effectiviteit en haalbaarheid van de geplande verbeteringen (zie tabel 6).

Tabel 6: Knelpunten en verbeterplan deelproject 1

Knelpunten		***Verbeterplan***
1. We vergeten om rookgedrag en rookstop-motivatie te bevragen en we worden er niet aan herinnerd.	→	Pop-ups bij DM2 invoeren
2. Als we er dan toch aan denken:		
(a) weten we niet hoe de bevraging bondig en toch efficiënt kan gebeuren.	→	Standaardschema voor bevraging invoeren
(b) weten we niet hoe en waar we de gegevens moeten noteren.	→	Afspraken omtrent notatie-plaats

Zoals reeds beschreven in de literatuurstudie dient de arts slechts 2 vragen te stellen om de rookstatus te weten te komen (zie bijlage 1). De termen die gekozen worden om de rookstatus aan te duiden zijn ‘roker’, ‘ex-roker’ en ‘nooit-roker’ [17].
Ook om de motivatiefase te kennen, dienen de artsen slechts 2 vragen te stellen (zie bijlage 2). De aanbevolen termen zijn ‘tevreden roker’, ‘twijfelt’, ‘bereidt zich voor’ en ‘stopklaar’ [18].
We kiezen deze termen omdat de rookstopbegeleidingsmethode verschilt naargelang de motivatiefase.
Tevens beslissen we om de rookstatus en de motivatiefase te noteren in de ‘persoonlijke antecedentenlijst’. We kiezen deze plaats omdat hier gemakkelijk wijzigingen kunnen aangebracht worden en extra informatie kan bijgenoteerd worden (tabel 6: 2b).

De doelgroep is in de eerste plaats de DM2-patiënten, maar we zullen dit ook bij alle andere patiënten proberen toepassen.

Om de artsen de tijd te geven om zich in te werken in het project en om de motivatie hoog te houden besluiten we tijdens het praktijkoverleg van 14 januari 2011 om het eerste deelproject in te delen in 2 onderdelen:

(1) Van 14/01/2011 t.e.m. half maart zullen we ons concentreren op het verbeteren van de bevraging en registratie van het rookgedrag.

(2) Vanaf half maart 2011 t.e.m. 31/12/2011 zullen we ook rookstopmotivatie bevragen en noteren, op voorwaarde dat er geen problemen meer zijn met de bevraging en registratie van rookgedrag.

1.2.2. Doorvoeren verbeterplan volgens de PDCA-cyclus

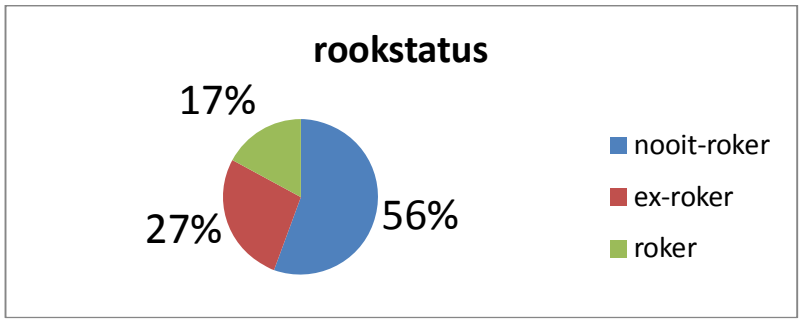
Vanaf 14 januari 2011 wordt aan de artsen gevraagd om bij alle DM2-patiënten de rookstatus te bevragen en te registreren volgens de overeengekomen procedure.
Tijdens de praktijkvergadering op 18 maart 2011 wordt de haalbaarheid van de bevraging en registratie van de rookstatus bij elke arts bevraagd: volgens de artsen is het een eenvoudige opdracht en absoluut niet tijdrovend. Een tussentijdse evaluatie toont dat de notatie steeds op de juiste plaats gebeurt. De rookstatus blijkt echter niet altijd correct genoteerd. Vaak gebruiken de artsen de term 'niet-roker' terwijl er 'nooit-roker' bedoeld wordt. De term 'niet-roker' zou echter verwarring kunnen scheppen aangezien uit deze term niet kan opgemaakt worden of de patiënt een ex-roker of nooit-roker is. We besluiten de gekozen strategie te behouden mits enkele praktische aanpassingen om het probleem 'niet-roker' van de baan te helpen: we bespreken de afgesproken termen nogmaals en besluiten om een formulier op te stellen met daarop de afgesproken termen en een korte definitie. Het formulier (zie bijlage 1) wordt ter beschikking gesteld aan de artsen op 21 maart 2011 (tabel 6: 2a). Tijdens de volgende praktijkvergaderingen wordt regelmatig gepolst naar de bruikbaarheid van het formulier. De artsen vinden het formulier praktisch en gebruiken het wel degelijk. Ik bemerk dat het formulier in kabinet 1 op het bureau liggen en in kabinet 2 aan de muur hangen als geheugensteun. Gezien dit alles relatief vlot verloopt (behalve dat wel bijsturing nodig was i.v.m. registratie niet-roker/nooit-roker), beslissen we om op de volgende praktijkvergadering (25 maart 2011) het bevragen en registreren van de rookstopmotivatie te bespreken en in te voeren.

Tijdens het praktijkoverleg van 25 maart 2011 wordt beslist om vanaf nu ook de rookstopmotivatiestatus te bevragen en te registreren. Ditmaal wordt aan de artsen meteen een formulier meegegeven met daarop de juiste termen en hun definitie en de voorgestelde manier van bevragen en registreren (zie bijlage 2).
Op 15 april 2011 wordt de bevraging van de motivatiestatus een eerste maal geëvalueerd bij de artsen: bij een tussentijds nazicht van de dossiers door de HAIO wordt opgemerkt dat de motivatiestatus regelmatig en correct wordt geregistreerd. Het valt echter op dat in sommige dossiers een motivatiestatus vermeld wordt zonder dat het rookgedrag genoteerd werd. Op het gezamenlijk overleg geven de artsen aan dat het formulier eenvoudig is en de bevraging geen moeilijkheden met zich meebrengt. Wel merken de artsen voor het eerst zelf op dat ze toch nog regelmatig vergeten om zowel het rookgedrag als de motivatiestatus te bevragen. Tijdens het overleg wordt daarom besloten om het formulier te behouden, maar de huidige werkwijze toch bij te sturen om er voor te zorgen dat

zowel rookgedrag als motivatie bevraagd worden. De HAIO stelt voor om pop-ups in het EMD in te voeren (tabel 6 :1). Voor de artsen lijkt dit een nuttige oplossing: pop-ups worden beter opgemerkt en de kans om het bevragen te vergeten kan zo sterk verminderd worden. Uit de literatuur [22] weten we dat de techniek van pop-ups geschikt is als ondersteuning van preventiebeleid, zolang het gaat om een doelgroep met duidelijk gedefinieerde karakteristieken zoals leeftijd, geslacht en comorbiditeit.

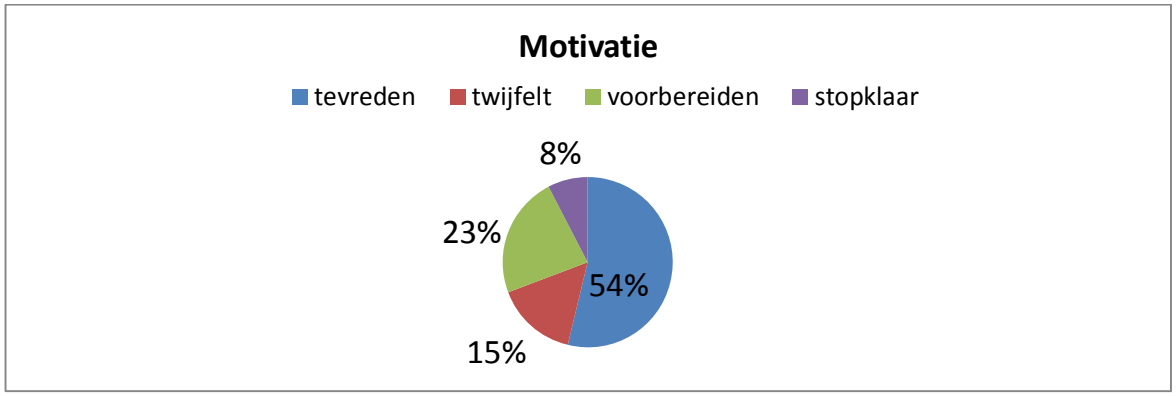
Tussen 15 april 2011 en 6 mei 2011 wordt in elk EMD van DM2-patiënten een pop-up geplaatst die de arts herinnert aan het bevragen van rookgedrag en/of motivatiefase. Al in de eerste week na het invoeren van pop-ups lieten 2 van de 3 artsen spontaan weten dat ze de pop-ups hadden opgemerkt en dat dit hen op een efficiënte manier eraan deed herinneren om de nodige zaken na te vragen bij de patiënt.

Op 1 augustus 2011 wordt een tussentijdse algemene evaluatie gemaakt van de registratie en bevraging van rookgedrag en rookstopmotivatiefase (schema zie bijlage 6). Bij de start van het project op 1 oktober 2010 waren er 220 DM2-patiënten in onze praktijk. Sindsdien hebben 2 DM2-patiënten de praktijk verlaten en zijn er 3 overleden waardoor er nog 215 DM2-patiënten in onze praktijk zijn op het moment van de tussentijdse evaluatie. Binnen deze groep van 215 DM2-patiënten werd reeds bij 117 patiënten (54,4%) de rookstatus bevraagd en geregistreerd. Wanneer we in deze laatste groep het rookgedrag nagaan, zien we dat er 65 nooit-rokers (55,6%), 32 ex-rokers (27,4%) en 20 rokers (17,1%) zijn (figuur 7). Er zijn dus in totaal 97 niet-rokers (82,9%).



Figuur 7: Rookstatus op 1 aug 2010

Voor de groep van 20 rokers wordt ook de motivatiefase nagegaan: bij 13 rokers (65%) werd de motivatie bevraagd en geregistreerd. Binnen deze groep zijn er 7 tevreden rokers (53,9%), 2 twijfelen (15,4%), 3 bereiden zich voor (23,1%) en 1 is stopklaar (7,7%) (figuur 8). Er werden geen verschillen opgemerkt tussen de verschillende artsen in de percentages van registratie. De artsen zelf wijten dit aan het feit dat de schema's voor bevraging en registratie gestandaardiseerd zijn.



Figuur 8: Motivatiefase op 1 aug 2011

Op de praktijkvergadering van 16 september 2011 worden al deze resultaten en ook het huidige verloop van het project besproken. In eerste instantie wordt de lijst met knelpunten en verbeteringsplannen (tabel 6) opnieuw overlopen. Alle artsen zijn het eens over het nut van de ingevoerde verbeterplannen om de belangrijkste knelpunten aan te pakken en vinden deze verbeterplannen ook gemakkelijk te gebruiken in de praktijk. Bij de huidige werkwijze ondervonden de artsen geen problemen en het bleek dan ook niet nodig om nog bijkomende aanpassingen door te voeren. Er wordt aan elke arts afzonderlijk gevraagd of zij van mening zijn dat met de ingevoerde verbeterplannen het probleem van gebrekkige bevraging en registratie van rookgedrag en rookstopmotivatie voldoende werd aangepakt. Alle artsen antwoorden positief. Er wordt ook gepolst naar de moeite die het kostte om dit alles te bereiken. Ook hier geven alle artsen aan dat dit zeer weinig moeite gekost heeft. Ten tweede worden de voorlopige resultaten besproken: bij meer dan de helft van de DM2-patiënten werd de rookstatus en de motivatie reeds bevraagd. Echter, bij 45% is de rookstatus nog ongekend en bij 35% van de gekende rokers is de motivatie nog niet bevraagd. Het gaat in totaal om 98 patiënten. Als laatste merken we op dat er geen afspraak gemaakt werd omtrent het vermelden van de datum van bevraging van rookgedrag en/of motivatiefase. Het wordt echter aangeraden om bij ex- en nooit-rokers minstens 1 maal per jaar een herevaluatie te doen gezien de rookstatus kan veranderen [17].

Op deze praktijkvergadering wordt duidelijk dat een grote groep DM2-patiënten enkel op huisbezoek of in het rusthuis gezien worden waardoor zij niet mee opgenomen worden in de cijfers. Er wordt beslist om per arts een lijst op te stellen met DM2-patiënten die uitsluitend of hoofdzakelijk door de betreffende arts bezocht worden. Deze lijst kan dan meegenomen worden op (rust)huisbezoek. De HAIO stelt voorlopige lijsten op per arts. Deze lijsten worden door alle artsen op de vergadering van 23 september gecontroleerd en gecorrigeerd. Op 26 september krijgt elke arts een individuele lijst. In

totaal worden van de 98 patiënten waarbij de rookstatus of motivatie ongekend is 86 patiënten opgenomen in de lijsten (zie tabel 7). De lijst dient ingevuld te worden tegen 1 december 2011. Tijdens de volgende vergaderingen wordt nagevraagd of het haalbaar is om de lijsten mee te nemen op huisbezoek. De artsen antwoorden positief.

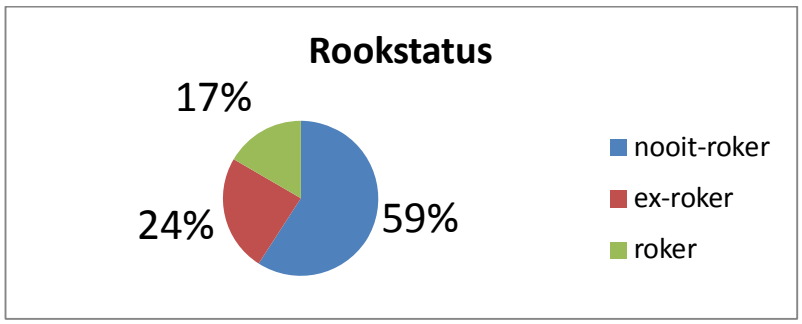
Aangezien op 1 december 64% van de lijst kon ingevuld worden, besluiten we dat de lijsten een efficiënte tool waren voor het vervolledigen van de gegevens en dus ook voor toekomstige projecten een nuttige tool kunnen zijn.

Tabel 7: patiëntenlijst per arts

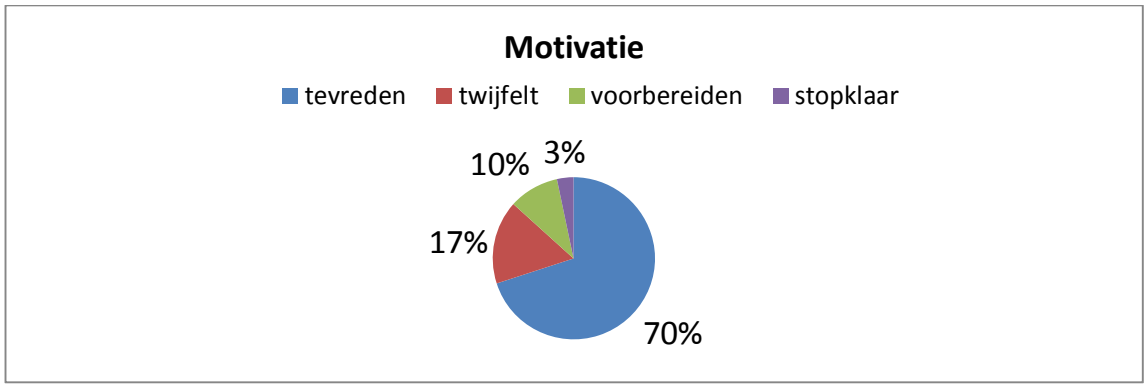
ARTS	AANTAL PATIËNTEN PER LIJST	AANTAL INGEVULD OP 1 DEC (%)
Arts 1	71	44 (62%)
Arts 2	9	6 (67%)
Arts 3	6	5 (83%)
Totaal	86	55 (64%)

1.3: Resultaten bij afsluiten van project

Op 1 december ’11 wordt het project afgerond. We evalueren opnieuw de registratie en bevraging van de rookstatus en de rookstopmotivatiefase (schema zie bijlage 7): bij de tussentijdse evaluatie op 1 augustus ‘11 waren er 215 DM2-patiënten in onze praktijk. Sindsdien hebben 2 DM2-patiënten de praktijk verlaten en is 1 patiënt overleden waardoor er nog 212 DM2-patiënten in onze praktijk zijn op het moment van de eindevaluatie op 1 december ’11. Van deze 212 DM2-patiënten kennen we nu bij 193 (91%) de rookstatus (figuur 9): Er zijn 114 nooit-rokers (59,1%), 47 ex-rokers (24,4%) en 32 rokers (16,6%). In totaal tellen we 161 (83%) niet-rokers. Bij 30 van 32 rokers (93,8%) werd de motivatiefase nagevraagd en geregistreerd (figuur 10): Er zijn 21 (70%) tevreden rokers, 5 twijfelen (16,7%), 3 bereiden zich voor (10%) en 1 is stopklaar (3,33%).



Figuur 9: Rookstatus op 1 aug 2010



Figuur 10: Motivatiefase op 1 dec 2011

1.4: Bespreking

Tabel 8: Overzicht knelpunten en verbeterplannen

Datum	***Knelpunt***	***Actie***
14/01/'11	De artsen weten niet hoe de bevraging van rookstatus bondig en toch efficiënt kan. De artsen weten niet waar alles moet genoteerd worden.	Invoer rookstatustermen + invoer formulier als hulp bij bevraging. Afspraak plaats notatie.
25/03/'11	De artsen weten niet hoe de bevraging van motivatiefase bondig en toch efficiënt kan.	Invoer motivatietermen + invoer formulier als hulp bij bevraging.
06/05/'11	De artsen denken er niet altijd aan om rook-status of motivatiefase te bevragen.	Invoeren POP-UPs
26/09/'11	Hoe krijgen we de gegevens van (rust)huispatiënten in het EMD?	Invoeren van (rust)huisbezoeklijsten.

Op de praktijkvergadering van 9 december worden de definitieve resultaten besproken en worden de reacties op het invoeren van de huisbezoeklijsten nagegaan:

Voor de start van het project werd aan de artsen meegedeeld dat volgens gegevens uit de literatuur het percentage rokers onder diabetespatiënten (14%) lager is dan het percentage rokers in de bevolking (25%). Aangezien DM2-patiënten meestal ouder zijn dan 40 jaar en het percentage rokers verschilt naargelang de leeftijdsgroep dient een correctie voor de leeftijd gemaakt te worden. Uit een Belgische enquête naar het gebruik van tabak blijkt dat in de leeftijdsgroep 45-54j ongeveer 27% dagelijks rookt, in de groep 55-64j ongeveer 17%, in de groep 65-74j ongeveer 12% en bij de 75-plussers ongeveer 4% rookt [23].
De gemiddelde leeftijd van een DM2-patiënt in onze praktijk is 68 jaar. In deze leeftijdsgroep zijn er in de algemene bevolking dus 12% rokers. Dit percentage benadert dus het percentage rokers onder diabetespatiënten (14%). Voor onze praktijk betekent dit dat er ongeveer 30 rokende DM2-patiënten zouden zijn. We hebben in onze praktijk dus iets meer rokende DM2-patiënten: 32 rokers (16,6%).

Na de tussentijdse evaluatie werd duidelijk dat we de registratie van rookstatus en rookstopmotivatiefase nog verder konden verbeteren door het invoeren van de huisbezoeklijsten. Aangezien het percentage gekende rookstatus hierdoor kon opgetrokken worden van 54% naar 91% en aangezien het percentage gekende motivatiestatus kon opgetrokken worden van 65% naar 93% bewijst de invoer van de lijsten inderdaad zijn nut. Bovendien geven de artsen aan dat het invullen van de lijsten weinig moeite en tijd kost. 1 arts maakt de opmerking dat het niet altijd even eenvoudig is om er op huisbezoek aan te denken om de lijst aan te vullen. Dezelfde arts stelt voor dat dit probleem zou kunnen opgelost worden door een visuele herinnering aan te brengen op het papieren dossier dat meegenomen wordt op huisbezoek.

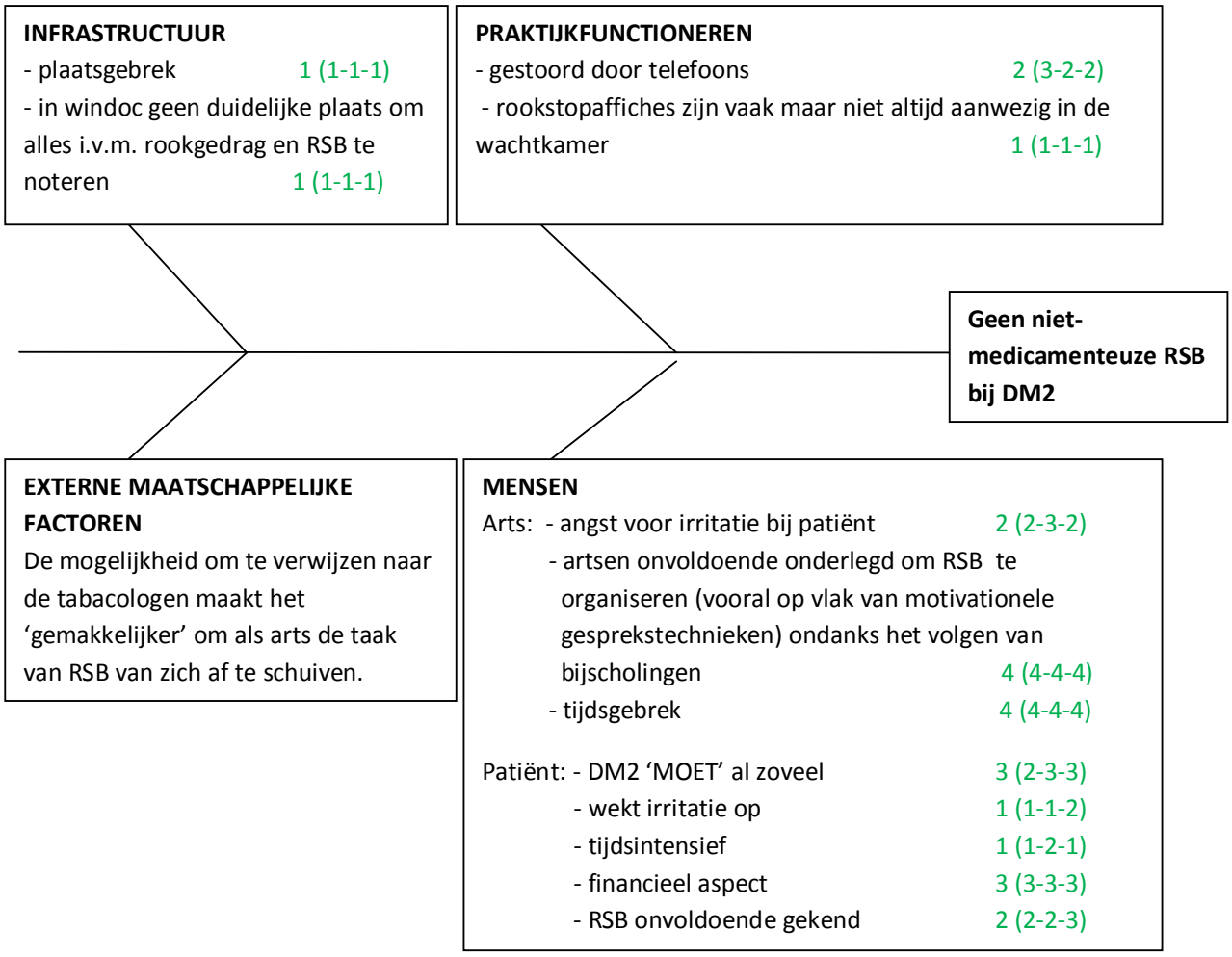
Aan het einde van actiefase 1 besluiten we dat we ons doel bereikt hebben en de doorgevoerde verbeterplannen nuttig bleken. De artsen geven in de laatste vergadering aan dat zij voor de bevraging en registratie van rookgedrag en motivatiestatus de opgestelde formulieren ook zullen proberen gebruiken bij niet-diabetes patiënten, in het bijzonder COPD- en cardiovasculair belaste patiënten.
Wat betreft de pop-ups en de huisbezoeklijsten wordt beslist om deze momenteel niet verder toe te passen aangezien het te tijdsintensief is om de pop-ups in te voeren en de lijsten op te stellen. De artsen geven wel aan dat dit een efficiënte en eenvoudige methode voor hen was en overwegen het gebruik hiervan voor andere doeleinden in de toekomst.
Hoewel aanvankelijk uit de visgraatanalyse bleek dat de artsen wat terughoudend waren om roken ter sprake te brengen omwille van het tijdsgebrek en de angst om irritatie op te wekken, geven ze naderhand toch aan dat de bevraging weinig tijd in beslag nam en zij zelden irritatie bij de patiënt opmerkten.

2.Deelproject 2: Niet-medicamenteuze rookstopbegeleiding

In de tweede actiefase van het project wordt het tweede probleem aangepakt: weinig of geen niet-medicamenteuze rookstopbegeleiding bij DM2-patiënten. Opnieuw zullen we in 4 stappen proberen werken om tot een oplossing te komen.

2.1: Probleemanalyse: Waarom loopt het mis?

Begin december 2010 organiseerden we in onze praktijk een brainstormsessie over de oorzaken van onvoldoende niet-medicamenteuze RSB. Ook hier maken we gebruik van de visgraatanalyse en de nominale groepstechniek om het probleem te analyseren. In figuur 11 analyseren we op de 4 domeinen waarom er geen niet-medicamenteuze RSB wordt georganiseerd.



Figuur 11. Visgraatanalyse en nominale groepstechniek (groen cijfer) 'Geen niet-medicamenteuze RSB'.

Mensen:

a) huisarts:

- Alle artsen menen dat kennis- en tijdsgebrek de belangrijkste redenen (score 4) zijn voor hen om geen RSB te organiseren.
- Wanneer gedragsverandering besproken wordt, vrezen de artsen dat dit irritatie zal opwekken bij de patiënt. Dit houdt de artsen wat tegen om vrijuit te kunnen praten en krijgt daarom een score 2.

b) Patiënt:

- In het belang van hun gezondheid moeten DM2-patiënten met heel wat zaken rekening houden. Stoppen met roken vergt veel moed en energie en is voor sommige patiënten net iets teveel. Volgens onze artsen is dit een belangrijke reden waarom zij het bij DM2-patiënten zo moeilijk vinden om RSB aan te bieden (score 3).
- Artsen ondervinden dat ook het financieel aspect voor de patiënt van meerdere sessies RSB een vrij grote rol speel (score 3).
- Patiënten zijn niet altijd op de hoogte van het bestaan van de mogelijkheid tot RSB bij hun huisarts. Volgens onze artsen draagt dit in mindere mate bij tot het probleem (score 2).
- Dat RSB tijdsintensief is en ook irritatie kan opwekken bij de patiënt vinden de meeste artsen geen reden om RSB niet te organiseren (score 1).

Infrastructuur:

Op dit moment is er in de praktijk tekort aan ruimtes om RSB te organiseren en is er geen eensgezindheid over de plaats in het EMD waar het verloop van RSB-sessies moet genoteerd worden. Volgens de artsen kan dit gemakkelijk opgelost worden en krijgt dit dan ook maar een score 1.

Praktijkfunctioneren:

- Er is geen constante aanwezigheid van RSB-affiches in de wachtzaal. Dit lijkt geen doorslaggevende reden om geen RSB te organiseren (score 1).
- Tijdens een sessie RSB moet de aandacht volledig naar de patiënt kunnen gaan zonder daarbij gestoord te worden. Onze artsen vrezen dat de telefoonoproepen tijdens de consultatie afbreuk doen aan de kwaliteit van de begeleiding. De artsen geven daarom een score 2.

Externe maatschappelijke factoren:

De aanwezigheid van tabacologen in de omgeving remt de motivatie van onze artsen om zelf nog RSB te organiseren (score 4).

2.2: Opstellen van verbeterplan en doorvoeren van de interventie

2.2.1 Opstellen van verbeterplan

Uit de visgraatanalyse (figuur 11) blijkt dat er 3 grote redenen zijn waarom de artsen er niet toe komen om niet-medicamenteuze RSB te organiseren in de praktijk. Tijdens de praktijkvergadering van 16 september 2011 werd het volgende verbeterplan opgesteld (tabel 9):

Tabel 9: Knelpunten en verbeterplan deelproject 2

Knelpunten		***Verbeterplan***
1. Onvoldoende kennis (vooral over motivationele gesprekstechnieken)	→	praktijkrichtlijn opstellen, 1 arts neemt RSB voor zijn/haar rekening
2. Onvoldoende kennis over rol van en samen-werking met tabacologen	→	overleg met tabacoloog + samenwerking concretiseren
3. Onvoldoende kennis over financieel aspect van RSB	→	nomenclatuur opzoeken en bespreken
4. De patiënt geraakt niet tot bij de RSB-arts	→	afspraak rond doorverwijzing maken

In de 'rookstop-toolkit voor huisartsen' van Domus Medica [17,18] vinden we de basis voor een praktijkrichtlijn. Het verloop van een rookstopconsult werd reeds beschreven in het deel literatuurstudie.

Om meer inzicht te krijgen in de werkwijze van de tabacoloog en om het samenwerkingsverband met de huisarts te kunnen verbeteren, interviewde de HAIO een tabacoloog op 14 maart 2011. Uit het interview blijkt dat het beperkte samenwerkingsverband normaal is en een kwestie van tijd is: doordat het begrip 'tabacoloog' nog niet zo goed gekend is bij het grote publiek, is het voor artsen nog moeilijk om patiënten te motiveren om naar een tabacoloog te gaan. De meeste huisartsen lijken volgens hem voldoende open te staan voor de samenwerking met tabacologen en de interesse neemt steeds toe. In het interview bevestigt de tabacoloog ons vermoeden dat het moeilijk zal zijn voor een huisarts om rokers in de contemplatieve fase naar een tabacoloog te laten gaan, precies omdat deze groep nog niet zo sterk gemotiveerd is om te stoppen.
We besluiten voor onze praktijk dan ook het volgende: ongeacht de motivatiefase wordt aan de patiënt de informatie meegegeven dat de mogelijkheid tot rookstopbegeleiding bestaat en dit ofwel

door de rookstoparts in de praktijk, ofwel door een tabacoloog naar keuze. De rookstoparts zal zich dus niet enkel toespitsen op de stopklare roker. Enkel wanneer de situatie voor de rookstoparts te complex lijkt (vb. patiënt lijdt ook aan depressie of angststoornis), zal de rookstoparts de patiënt doorverwijzen naar de tabacoloog.

Het financieel aspect van RSB was nog een ander struikelblok voor onze huisartsen om geen RSB te organiseren. Bij navragen blijkt echter dat we niet op de hoogte zijn van de huidige nomenclatuur voor RSB. We besluiten alles op een rijtje te zetten zodat we onze patiënten juist kunnen informeren. We baseren ons op de richtlijnen van Domus Medica [24] en het RIZIV [25] (tabel 10):

Tabel 10: nomenclatuur RSB

	DUUR	RICHTTARIEF	NOMENCLATUUR	TERUGBETAALD
1ste consult	45 minuten	€ 60	Gewone consultatie + 740434 740471 (zwangeren)	 € 30 € 30
2de t.e.m. 8ste consult	30 minuten	€ 30	Gewone consultatie + 740456 740471 (zwangeren)	 € 20 € 30

Sinds 1 oktober 2010 wordt RSB (gedeeltelijk) terugbetaald. Voor niet-zwangeren geldt dat RSB-sessies 1 keer over een periode van 2 kalenderjaren worden terugbetaald.
In de praktijk beslisten we om de patiënt te informeren over de tarieven wanneer hij in aanmerking komt voor RSB en voordat een RSB-consultatie wordt vastgelegd.

2.2.2. Doorvoeren verbeterplan volgens de PDCA-cyclus

Op de praktijkvergadering van 18 maart ’11 overlopen we de praktijkrichtlijn, de informatie van de tabacoloog en de nomenclatuur. Bij het overlopen van de inhoud van de verschillende stappen van RSB merken de artsen op dat een dergelijke aanpak tijd en kennis zal vragen. Daarom beslissen we om binnen de praktijk 1 arts aan te duiden die de RSB-sessies zal geven (de HAIO) en een duidelijke taakverdeling af te spreken:

Gezien stap 1 t.e.m. 3a uit de strategie van de 5 A’s (zie praktijkrichtlijn) weinig tijd en specifieke kennis vereisen, zullen deze stappen door alle artsen uitgevoerd worden. Op die manier kunnen we zoveel mogelijk rokers bereiken en sensibiliseren en blijven alle artsen betrokken bij de RSB. Gezien het geven van advies bij tevreden rokers een zeer goede kosten-batenverhouding heeft en gezien het hoge percentage tevreden rokers in onze DM2-populatie beslissen we dat elke arts bij deze patiënten de rol van adviesverlener op zich neemt.
Wanneer na stap 3a blijkt dat de patiënt een niet-tevreden roker is, zal deze patiënt de mogelijkheid aangeboden krijgen om doorverwezen te worden naar de rookstoparts in de praktijk of een tabacoloog naar keuze. Hierbij krijgt de patiënt de nodige informatie over de financiële regeling. Wenst deze niet-tevreden roker een RSB-consult dan maakt de arts of secretaresse de eerste afspraak bij de RSB-arts:
- de twijfelende roker krijgt een gewone consultatie waarbij in ca. 15 min. de 5R’s worden overlopen.
- de roker die zich voorbereidt en de stopklare roker krijgen een consultatie van 45 minuten aangezien hier meer intensieve begeleiding nodig is. Enkel bij deze 2 groepen wordt de RSB-nomenclatuur gebruikt.
Alle volgende afspraken zullen enkel door de RSB-arts gemaakt worden.

In dit project wordt de nadruk gelegd op de niet-medicamenteuze RSB. Uiteraard krijgt de patiënt tijdens de RSB-sessie ook de nodige informatie over medicatie en wordt er ook gepeild naar de verwachtingen van de patiënt omtrent medicatie.

We beslissen dat vanaf 25 maart ’11 de patiënt doorverwezen kan worden naar de rookstoparts in de praktijk.

Tijdens de eindevaluatie van deelproject 1 op 9 december ‘11 bemerken we dat 3 patiënten zich voorbereiden tot rookstop. We zijn binnen de praktijk van mening dat we deze patiënten, mits een extra duwtje in de rug, zouden kunnen helpen om tot een volgende fase (stopklaar) te geraken. Er werd echter met geen enkele van deze patiënten een verdere afspraak gemaakt voor follow up. Daarom besluiten we om onze aanpak voor follow up aan te passen:
de HAIO stelt een brief op voor de patiënten die zich voorbereiden tot rookstop om hen te motiveren om na te denken over rookgedrag en eventueel langs te komen op de praktijk voor meer informatie over RSB. Na goedkeuring van de brief door alle artsen wordt de brief op 12 december ‘11 per post verzonden naar de 3 patiënten (zie bijlage 8). Binnen de 10 dagen na het versturen van de brief, kregen we al reactie van één van deze 3 patiënten. Volgens deze patiënt was de brief een extra aanmoediging om rookstop opnieuw te overwegen. We besluiten daarom dat het verzenden van een ‘herinneringsbrief’ nuttig is. In het kader van het project werd een lijst opgesteld met de namen van tevreden rokers, twijfelaars, diegenen die zich voorbereiden en de stopklare patiënten. Op die manier is het heel eenvoudig om een overzicht te hebben van de stopklare patiënten zodat op het gepaste moment een herinneringsbrief naar hen kan verstuurd worden.
Het is echter te tijdrovend om deze lijst te blijven actualiseren na afloop van dit project en daarom dient een andere manier bedacht te worden om de stopklare patiënten op tijd een brief te sturen: op de praktijkvergadering besluiten we dat in de toekomst elke arts de namen van de stopklare patiënten op een centrale lijst noteert met daarbij tevens de datum van notatie. Ongeveer 1 maand na notatie zal dan de herinneringsbrief verstuurd worden. Dit laatste zal de RSB-arts voor haar rekening nemen.

1.3: Resultaten bij afsluiten van project

Over verloop van het project zag de RSB-arts 5 stopklare patiënten en 1 patiënt in de voorbereidingsfase (zie tabel 11) die allen doorverwezen werden vanuit de praktijk. Gezien de motivatiefase kreeg elke patiënt een eerste consultatie van 45 minuten. 2 patiënten kregen nog een tweede consultatie van 30 minuten. Uit deze groep bleek 1 patiënt aan het einde van het project gestopt met roken, 1 was hervallen, 2 zijn nog in opvolging en 2 zijn niet gestopt. Onder de 6 patiënten die de RSB-arts begeleidde, bevond zich slechts 1 DM2-patiënt.

Over het verloop van het project koos geen enkele patiënt voor doorverwijzing naar een tabacoloog. Ook de RSB-arts verwees niemand door.

Tabel 11: overzicht rookstopconsultaties van de 6 stopklare patiënten

	Geslacht	Leeftijd	Motivatiefase	Aantal sessies	Duur consultatie	Gebruikte instrumenten	Gestopt met roken?
1	M	58j	Bereidt zich voor	1	45 min.	Evaluatie motivatie en zelfvertrouwen, 5R's, stimuluscontrole	nee
2	V	48j	Stopklaar	1	45 min.	Gedragstherapie + rookstopplan	nee
3	V	42j	Stopklaar	2	45 min/30min	Gedragstherapie + rookstopplan	ja
4	M	44j	Stopklaar	1	45 min.	Gedragstherapie + rookstopplan	hervallen
5	V	21j	Stopklaar	1	45 min.	Gedragstherapie + rookstopplan	Nog in opvolging
6	V	28j	Stopklaar	2	45 min/30min	Gedragstherapie + rookstopplan	Nog in opvolging

1.4: Bespreking

Op 6 januari ’12 bespreken we de resultaten en het verloop van deelproject 2:

Voor de start van het project gebeurde actieve bevraging naar rookgedrag bijna uitsluitend bij COPD-patiënten en cardiovasculair belaste patiënten. Zowel bij deze patiënten als bij de patiënten die zelf om rookstopbegeleiding vroegen, bestond de begeleiding hoofdzakelijk uit het opstarten van medicatie (bij voorkeur varenicline). 2 van de 3 artsen kozen ervoor om snel medicatie te starten en nadien nog 1 follow up consultatie te organiseren. De derde arts deed reeds een beperkte bevraging naar de motivatiefase: er werd gevraagd of de patiënt wenste te stoppen met roken of niet. Diegenen die wensten te stoppen kregen een behandeling met nicotinevervangende middelen of varenicline. Diegenen die niet wensten te stoppen, kregen advies op maat waarom het voor hem/haar belangrijk is om toch te stoppen en vaak werd ook aangeraden om het aantal sigaretten te verminderen.
Hoewel de artsen wel op de hoogte waren van het bestaan van 2 tabacologen (elk verbonden aan een ziekenhuis) in de regio werd tot dan toe geen enkele patiënt doorverwezen naar de tabacoloog: enerzijds omdat de artsen het moeilijk vinden om patiënten te motiveren om naar een tabacoloog te gaan en anderzijds omdat de meerwaarde van een tabacoloog niet duidelijk was.

Aan het einde van het project geven alle artsen aan dat ze op een meer gestructureerde manier navraag doen naar rookgedrag en rookstopmotivatie dan voordien. Iedereen is ervan overtuigd dat rookgedrag regelmatig (= minstens jaarlijks) dient nagevraagd én genoteerd te worden.

Voor artsen zonder ervaring met RSB bleek de Domus Medica rookstop-toolkit voor huisartsen een praktisch hulpmiddel: de toolkit bevat alle nodige documenten en kan eenvoudig ingekeken worden tijdens een RSB-sessie. Aangevuld met enkele bijscholingen over RSB was dit voldoende om evidence based RSB-sessies te organiseren. Als onervaren arts dient wel een leercurve doorlopen te worden: mits een goede voorbereiding kon een eerste sessie tot een goed einde gebracht worden en na 3 sessies had de RSB-arts de indruk beter vertrouwd te zijn met de motivationele gesprekstechnieken en de routine van een RSB-sessie te kennen. Geleidelijk aan ontwikkelde de RSB-arts een RSB-stramien:

1) Al na de eerste sessie ondervindt de RSB-arts dat het beter is om steeds te starten met het vragen naar de verwachtingen van de patiënt. Op die manier kan de sessie zoveel mogelijk op de patiënt persoonlijk afgesteld worden (zo kreeg een patiënte bij wie een sterke factor faalangst aanwezig was een heel andere RSB dan de patiënten die hoofdzakelijk door medische redenen (vb. hyperthyroidie, DM, metabool syndroom, pneumothorax) gedreven werden).

2) Nadien wordt kort het verloop van de RSB-sessie uitgelegd.

3) Het verplichte follow-up document wordt ingevuld.

4) Vervolgens stelt de RSB-arts samen met de patiënt een schema op waarbij de patiënt de voor- en nadelen van roken en niet roken opsomt. Nadien wordt samen de balans opgemaakt.

5) De patiënt moet zijn motivatie en overtuiging om te kunnen stoppen scoren op een schaal van 0 tot 10. Nadien legt de patiënt uit waarom hij zichzelf dit cijfer geeft en hoe hij dit zou kunnen verbeteren.

6) Patiënt en RSB-arts gaan samen de 'valkuilen' na waarvoor de patiënt zelf tracht een oplossing te zoeken.

7) Aan het einde wordt een stopdatum afgesproken en krijgt de patiënt een vervolgafspraak in de eerste week na de stopdatum. Er wordt afgesproken dat de RSB-arts de patiënt zal opbellen indien hij niet komt opdagen.

Uiteindelijk lijkt de voorgestelde 45 minuten voor een eerste sessie en 30 minuten voor een tweede inderdaad noodzakelijk, maar wel voldoende. De prijs lijkt geen probleem wanneer de patiënt hier op voorhand goed over geïnformeerd is. Na de RSB houdt de RSB-arts de doorverwijzende arts mondeling op de hoogte.

Om RSB echt onder de knie te hebben, lijkt veel meer ervaring nodig te zijn. We vragen ons af of meer aandacht voor RSB en motivationele gesprekstechnieken (de belangrijkste vorm van communicatie binnen RSB) in de artsenopleiding het gemakkelijker zou maken om RSB-sessies te geven.

De RSB-arts leerde uit de gegeven RSB-sessies het volgende:

> Elke patiënt is anders en heeft andere verwachtingen en dat maakt elke RSB uniek. Het doel van RSB is niet rookstop op zich maar wel de bewustwording. Door dit als doel voorop te stellen kan ook de RSB-arts zelf beter aanvaarden dat hervallen normaal is en deel van het rookstopproces uitmaakt en kan zij zichzelf blijven motiveren om RSB te geven.

Wat betreft de doorverwijzing naar een tabacoloog of de RSB-arts geven de artsen aan dat zij geen problemen ondervonden bij het informeren van de patiënt over de begeleidingsmogelijkheden bij een tabacoloog of de RSB-arts en dat het eenvoudig was om een eerste afspraak bij de RSB-arts vast te leggen.

We merken echter op dat er zich onder de 6 patiënten die door de RSB-arts begeleid werden slechts 1 DM2-patiënt bevond hoewel in principe 9 DM2-patiënten (5 twijfelen, 3 bereiden zich voor, 1 stopklaar) in aanmerking kwamen voor RSB bij de RSB-arts. Mogelijk kregen de twijfelaars wel de mogelijkheid aangeboden om naar de RSB-arts te gaan maar gingen zij hier niet verder op in. We maken ons de bedenking dat het informeren van patiënten over de mogelijkheden tot RSB de patiënt daarom nog niet motiveert tot het maken van een afspraak bij de RSB-arts. Dit is de reden waarom motivationele gesprekstechnieken zo belangrijk zijn. Deze gesprekstechnieken hebben als doel dat de patiënt zelf beseft wat voor hem het beste is. Om dit te bereiken dient de arts samen te werken met de patiënt, hem te ondersteunen in zijn autonomie, de probleemoplossende vaardigheden te versterken en de intrinsieke motivatie te stimuleren door het gebruik van specifieke gesprekstechnieken [19].

Voor wat betreft de tevreden rokers die niet wensen doorverwezen te worden, blijkt dat de artsen het eenvoudig en niet tijdrovend vonden om de rol van adviesverlener op zich te nemen. Zij deden dit immers al vóór de aanvang van het project.

Over het verloop van het project koos geen enkele patiënt voor doorverwijzing naar een tabacoloog. Ook de RSB-arts verwees niemand door hoewel 1 patiënte wel doorverwezen had kunnen worden naar de tabacoloog: aangezien deze patiënte een borderline persoonlijkheidsstoornis heeft, de RSB-arts op dat moment zeer weinig ervaring had (zij was de 2de patiënte) en de RSB-arts de patiënte nog nooit eerder gezien had, was het in dit geval misschien beter om de patiënte te laten begeleiden door een ervaren rookstopbegeleider. De artsen zijn nu wel beter op de hoogte van de tabacologen in de regio en bieden de patiënt de mogelijkheid om bij een tabacoloog RSB te volgen.

Hoewel uiteindelijk slechts een beperkt aantal patiënten konden doorverwezen worden naar de rookstoparts in de praktijk, kiezen we ervoor om RSB-sessies te blijven voorzien. Alle artsen zijn overtuigd van de meerwaarde van een rookstoparts binnen de praktijk. De volgende argumenten worden aangehaald: de patiënt is vaak beter vertrouwd met de rookstoparts dan met de tabacoloog

zodat de drempel voor de patiënt lager is, de patiënt dient niet speciaal naar een ziekenhuis te gaan voor de RSB en de informatie over de RSB blijft binnen de praktijk zodat deze ook beschikbaar is voor de collega's die geen RSB-sessies geven. In de literatuur vonden we enkele suggesties voor het verbeteren van doorverwijzing van patiënten naar de RSB-arts:

- Uit een studie van McRobbie e.a. [26] blijkt dat een korte training het doorverwijsgedrag van huisartsen kan verbeteren. In een training van 40 min. worden vaardigheden aangeleerd om rokers te verwijzen en wordt uitgelegd waarom rokers hulp nodig hebben bij rookstop, wat de voordelen van verwijzing zijn, hoe een RSB-sessie is opgebouwd en wat de resultaten van RSB zijn.
- Een andere studie van MacAller e.a. [27] toont aan dat een nauwe samenwerking met diabetes-educatoren het aantal verwijzing naar een RSB-arts kan verhogen.

In België bestaat er echter nog geen training in doorverwijzen en is er voor diabetes-educatoren nog geen concreet programma voor verwijzing naar een RSB-arts.

ALGEMEEN BESLUIT

Wat blijkt uit dit project nuttig voor een praktijk die RSB bij DM2-patiënten wil opstarten?:

1. Noteer DM2-status op een vaste plaats in EMD (liefst ICPC-codes om gemakkelijk lijsten te maken).
2. Spreek vaste termen en notatieplaatsen voor rook- en motivatiestatus af. Maak een schema.
3. Pop-ups en huisbezoeklijsten blijken efficiënt om de artsen te helpen herinneren aan het bevragen.
4. De rookstoptoolkit voor huisartsen is een nuttig uitgangspunt om een praktijkrichtlijn op te stellen.
5. Maak een lijst van tabacologen die in de buurt actief zijn.
6. Maak afspraken over de duur van de sessies en de tarieven en informeer de patiënt op voorhand.
7. Bespreek wie RSB-arts is en in welke motivatiefase je de patiënt naar de RSB-arts zal verwijzen.
8. Stuur een herinneringsbrief naar de patiënten die zich voorbereiden om te stoppen met roken.

Wat betekende dit project voor de praktijkvoering van onze artsen?

De artsen besluiten dat bevraging en registratie van rookgedrag en motivatie meer routine geworden is en dat zij dit in de toekomst ook willen uitbreiden naar patiënten met long- en/of cardiovasculaire aandoeningen. We zien ook dat de artsen er in slagen om de patiënten systematisch op de hoogte te brengen van het bestaan van RSB binnen de praktijk. Door de RSB-sessies tussen de gewone consultaties te plannen en door de secretaresse te vragen om geen telefoon door te schakelen tijdens RSB-sessies zijn ook de praktische problemen (gebrek aan ruimte, vrees om gestoord te worden) om RSB te organiseren in de praktijk van de baan geholpen. We merken dat de patiënten eerder kiezen voor RSB in de eigen praktijk dan doorverwijzing naar een tabacoloog. We vermoeden dat de vertrouwdheid met de praktijk en de RSB-arts hier een rol spelen. Hoewel slechts 1 arts RSB-sessies doet, blijven toch alle artsen betrokken bij de RSB; enerzijds doordat zij zelf vaak de eerste stappen genomen hebben om de patiënt door te verwijzen naar de RSB-arts en anderzijds doordat de RSB-arts kort mondeling rapporteert over de sessies aan de verwijzende arts. Verder zorgt onze secretaresse er nu ook voor dat er steeds een affiche over roken in de wachtzaal hangt.

Welke bedenkingen en mogelijkheden tot verbetering zien we nog?

- In het WINDOC programma is er momenteel geen mogelijkheid om uitgebreide informatie over rookgedrag, motivatie, stoppogingen e.d. te noteren. Het zou nuttig zijn indien WINDOC hiervoor de nodige ruimte voorziet.
- Het invoeren van pop-ups, opstellen van huisbezoeklijsten en herinneringsbrieven vraagt veel tijd.

Enkel wanneer 1 arts bereid is om deze taken op zich te nemen, kunnen deze hulpmiddelen ook op langere termijn nuttig zijn. Er mogen ook niet teveel pop-ups gebruikt worden zodat de aandacht hiervoor niet verzwakt.

- Ook artsen zitten in een bepaalde motivatiefase om RSB te willen doorvoeren. Aan het begin van het project wensten onze artsen niet zelf aan RSB te doen, maar vonden zij het wel belangrijk om RSB in de praktijk door te voeren. Doorheen het project lijken alle artsen zich bewuster geworden van het nut van RSB binnen de praktijk. Momenteel is nog niet duidelijk of een andere arts RSB zal overnemen wanneer de HAIO de praktijk verlaat.
- RSB komt niet aan bod in de opleiding. In de huisartsenopleiding zit wel 1 oefensessie 'motivatiegesprek' vervat. Dit biedt een basis voor RSB, maar zelfstudie en bijscholing blijft noodzakelijk om RSB tot een goed einde te brengen. We stellen ons de vraag of RSB meer uitgebreid aan bod moet komen in de huisartsenopleiding.

REFERENTIELIJST

1. Diabetes wereldwijd – epidemiologie. In: Vlaamse Diabetes Vereniging vzw.
http://www.diabetes.be/3/83/overdiabetes/diabeteswereldwijd.aspx
(27 september 2011)

2. Types of diabetes. In: International Diabetes Federation. 2011.
http://www.idf.org/types-diabetes
(27 september 2011)

3. OIVO. Documentatiemap roken. In: OIVO. 2011.
http://www.oivo.be/NL/doc/x/y/document-5911.html
(27 september 2011)

4. Resultaten Diabetesproject Aalst: Implementatie van zorgvernieuwing. Eindrapportage in opdracht van het RIZIV. Universiteit Antwerpen, Universiteit Gent 2007

5. Diabetesproject Leuven. Eindresultaten Deelproject I: kwaliteitsverbetering in de zorg voor type 2 diabetes mellitus patiënten. Diabetesproject Leuven, Juli 2007.

6. SIGN. Management of diabetes – A national clinical guideline. In: SIGN – Scotisch Intercollegiate Guidelines Network. Maart 2010.
Beschikbaar via: http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/116/index.html
(22 februari 2011)

7. Proportion of people with diabetes (20-79 years), 2010 (comparative prevalence). In: International Diabetes Federation Diabetes Atlas. 2011.
Beschikbaar via: http://www.diabetesatlas.org/map
(28 april 2011)

8. Baan CA , Poos MJ. Bilthoven: RIVM. Hoe vaak komt diabetes mellitus voor en hoeveel mensen sterven eraan? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid.
http://www.nationaalkompas.nl/Gezondheid en ziekte/Ziekten en aandoeningen/Endocriene, voedings- en stofwisselingsziekten en immuniteitsstoornissen/Diabetes mellitus/omvang.html
(6 april 2011)

9. The Chronic Care Model. In: Improving chronic illness care. 2006-2011.
Beschikbaar via: http://www.improvingchroniccare.org
(5 november 2010)

10. Wagner E, Austin B, Davis C, Hindmarsh M, Schaefer J, Bonomi A: Improving Chronic Illness Care: Translating Evidence Into Action. Health Affairs 2001; 20: 64-78.

11. Bonomi A, Wagner E, Glasgow E, VonKorff M: Assessment of Chronis Illness Care (ACIC): A Practical Tool to Measure Quality Improvement. Health Serv Res 2002; 37: 791-820.

12. Sunaert P, Bastiaens H, Feyen L, Snauwaert B, Nobels F, Wens J, Vermeire E, Van Royen P, De Maeseneer J, De Sutter A, Willems S: Implementation of a program for type 2 diabetes based on the Chronic Care Model in a hospital-centered health care system: "the Belgian experience". BMC Health Services Research 2009; 9:152

13. Sunaert P, Bastiaens H, Nobels F, Feyen L, Verbeke G, Vermeire E, De Maeseneer J, Willems S, De Sutter A: Effectiveness of the introduction of a Chronic Care Model-based program for type 2 diabetes in Belgium.BMC Health Services Research 2010; 10:207

14. Gailly J. Stoppen met roken. Huisarts Nu 2006; 35 (7): 395-425.

15. Thorogood M, Hillsdon M, Summerbell C. Changing behaviour. Clin Evid (online) 2006;08:1-17.

16. Van den Bruel A, Cleemput I, Van Linden A, Schoefs D, Ramaekers D, Bonneux L. Effectiviteit en kosten-effectiviteit van behandelingen voor rookstop. Brussel : Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) ; 2004 Juni. KCE Reports vol. 1A. Ref. PF04-26.02A.

17. Thijs G. Rokers identificeren: "Rookt u?". In: Domus Medica Rookstop-toolkit voor huisartsen 2007. Beschikbaar via: http://www.domusmedica.be/kwaliteit/dossiers/stoppen-met-roken/1231-toolkit.html. (17 december 2010)

18. Thijs G. Motivatiefasen en de interventie. In: Domus Medica Rookstop-toolkit voor huisartsen 2007. Beschikbaar via: http://www.domusmedica.be/kwaliteit/dossiers/stoppen-met-roken/1231-toolkit.html. (17 december 2010)

19. Saerens R. Onderzoek naar de haalbaarheid van het invoeren van motivationele gespreksvoering bij diabetespatiënten in de huisartspraktijk. Universiteit Gent. 2011.

20. Stead L, Bergson G, Lancaster T. Physician advice for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev 2008, Issue 2. Art. No.: CD000165. DOI: 10.1002/14651858.CD000165.pub3.

21. Grouwels D, Seuntjens L, Vanden Bussche P. Dokteren met kwaliteit. In: Vanden Bussche P. Projecten voor verbetering. Antwerpen: Standaard Uitgeverij nv, 2008: 65.

22. Geijsels M, Remmen R, Van Malderen L. Pop-ups in preventie. Huisarts Nu 2011; 40: 166-170.

23. Gezondheidsenquête België 2008. Rapport II - Leefstijl en Preventie. Operationele Directie Volksgezondheid en Surveillance, 2010; Brussel, Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, ISSN:2032-9172 Depotnummer D/2010/2505/16 - IPH/EPI REPORTS N° 2010/009.

24. Domus Medica geeft richttarieven voor rookstopbegeleiding. In: Domus Medica. 9 maart 2010. Beschikbaar via: http://www.domusmedica.be/kwaliteit/dossiers/stoppen-met-roken/2302-rookstopbegeleiding-tarieven.html. (27 september 2011)

25. RIZIV. In: Hulp bij tabaksontwenning. 2010. Beschikbaar via: http://www.riziv.fgov.be/care/nl/doctors/specific-information/tobacco/index.html. (27 september 2011)

26. McRobbie H, Hajek P, Feder G, Eldridge S. A cluster-randomised controlled trial of a brief training session to facilitate general practitioner referral to smoking cessation treatment. Tobacco Control 2008; 17: 173-176.

27. MacAller T, Brown M, Black K, Greenwood D. Collaborating With Diabetes Educators to Promote Smoking Cessation for People With Diabetes. The Diabetes Educator 2011; 37: 625-632.

BIJLAGEN

Bijlage 1: Bevraging en registratie van rookstatus

* De registratie gebeurt in het elektronisch medisch dossier onder het item 'medische antecedenten'.

* Dossiergegevens [7]:

- **Roker**: leeftijd of jaartal vanaf ≥ 1 sigaret/dag
  aantal sigaretten/dag,
  stoppogingen: data, duur, reden herval

- **Ex-roker**: datum van rookstop

- **Nooit-roker**

N.B. 1. Hebt u tijdens uw leven al minstens 100 sigaretten gerookt (of 30 sigaren of 30x pijp)?
2. Hebt u gerookt tijdens de laatste maand?

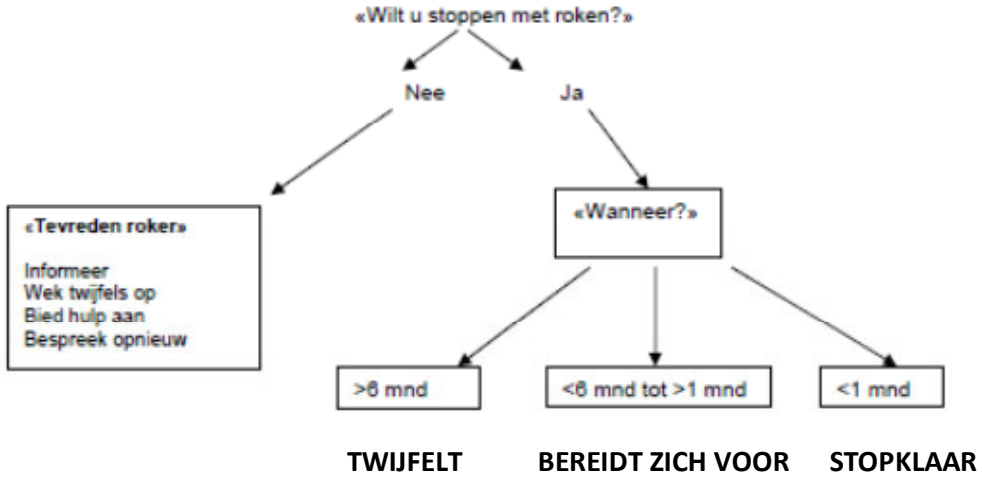
1 ja + 2 ja = roker
1 ja + 2 nee = ex-roker
1 nee + 2 nee = nooit-roker

Bijlage 2: Bevraging en registratie motivatiestatus

* De registratie gebeurt in het elektronisch medisch dossier onder het item ‘medische antecedenten’.

* Dossiergegevens en bevragingswijze [8]:

Met de vragen: «Wilt u stoppen met roken? En wanneer?» kan de arts snel bepalen in welke fase de roker zich bevindt [7].



Bijlage 3: De test van Fagerström

De test van Fagerström

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

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

Bijlage 4: De HAD-test (Hospital Anxiety Depression Scale)

HAD-Test (Hospital Anxiety Depression Scale) (niveau van bevijdskracht 3)

1. Ik voel me gespannen	Meestal Dikwijls Af en toe Nooit	3 2 1 0
2. Ik schep er nog steeds plezier in de dingen te doen die ik graag doe	Ja, altijd Meestal Slechts minder Alles is moeilijker	0 1 2 3
3. Ik voel me als het ware 'vertraagd'	Bijna altijd Zeer dikwijls Soms Helemaal niet	3 2 1 0
4. Ik heb een soort benauwd gevoel in mijn maag, een krop in de keel	Zeer dikwijls Nogal dikwijls Soms Nooit	2 1 0 0
5. Ik heb de interesse verloren in mijn uiterlijk	Helemaal Ik hecht er geen aandacht meer aan Ik hecht er niet voldoende aandacht aan Ik hecht er minder aandacht aan dan gewoonlijk	2 1 0 3
6. Ik voel me de laatste tijd rusteloos, ik kan niet stilzitten	Ja, helemaal Een beetje Niet zo erg Helemaal niet	2 1 0
7. Ik zie de toekomst optimistisch tegemoet	Zoals gewoonlijk Sedert minder dan vroeger Veel minder dan vroeger Helemaal niet	0 1 2 3
8. Ik heb het angstige gevoel alsof er elk moment iets vreselijks zal gebeuren	Ja, duidelijk Ja, maar dat is niet zo erg Een beetje, maar ik hecht er niet zoveel belang aan Helemaal niet	3 2 1 0
9. Ik kan lachen en het positieve van de dingen inzien	Nog steeds even veel Sedert minder Duidelijk minder Helemaal niet meer	0 1 2 3
10. Ik maak me vaak ongerust	Heel dikwijls Nogal dikwijls Zelden Zeer zelden	3 2 1 0
11. Ik voel me gelukkig	Nooit Niet dikwijls Enkele keren Meestal	3 2 1 0
12. Ik kan de laatste tijd rustig zitten en me ontspannen	Nooit Zelden Ja, over het algemeen wel Ja, wat er ook gebeurt	3 2 1 0
13. Het interesseert me om een goed boek te lezen of een goed programma op radio of tv te volgen	Dikwijls Nogal dikwijls Zelden Bijna nooit	0 1 2 3
14. Ik heb plots gevoelens van angst en paniek	Zeer dikwijls Nogal dikwijls Zelden Nooit	3 2 1 0

Interpretatie van de resultaten:	*Angst* (som van de scores 1, 4, 6, 8, 10, 12 en 14)	*Depressie* (som van de scores 2, 3, 5, 7, 9, 11 en 13)
	<8: normaal	<8: normaal
	>10: abnormale angst	>10: grote waarschijnlijkheid van depressie

Bijlage 5: Follow up document rookstopbegeleiding

Tabaksontwenning Follow-up document (KB 31 augustus 2009)

Identificatie van de patiënt

Naam : ……..Voornaam :……..

Geboortedatum :……

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

Evaluatie van de tabaksafhankelijkheid (vb. test van Fagerström)

Evaluatie van de motivatie om te stoppen met roken

CO-meting

Evaluatie van de aanwezigheid van angst en/of depressie (vb. HAD: hospital anxiety and depression scale)

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

Datum van de zittingen

Bijlage 6: Stand van zaken op 1 augustus 2011

Registratie rookgedrag en motivatie op 1 aug 2011:

1 oktober 2010: 220 DM2 patiënten.

- 2 patiënten (praktijk verlaten)
- 3 patiënten (overleden)

1 augustus 2011: 215 DM2 patiënten

bij 117 is rookstatus **gekend** (54,42%)

bij 98 is rookstatus nog **niet gekend** (45,58%)

Nooit-roker	N = 65	55,56%
Ex-roker	N = 32	27,35%
Roker	N = 20	17,10%

} 97 (82,91%) niet-rokers

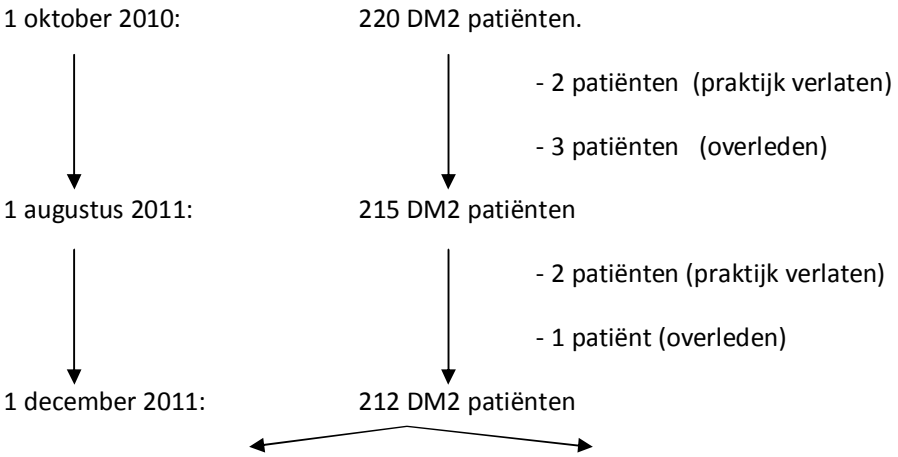
bij 13 rokers is motivatie **gekend** (65%)

bij 7 is motivatie nog **niet gekend (**35%)

Tevreden roker	N = 7	53,85%
Twijfelt	N = 2	15,38%
Bereidt zich voor	N = 3	23,08%
Stopklaar	N = 1	7,69%

Bijlage 7: Stand van zaken op 1 december 2011

Registratie rookgedrag en motivatie op 1 dec 2011:



bij 193 is rookstatus **gekend** (91,04%)

bij 19 is rookstatus **niet gekend** (8,96%)

Nooit-roker	N = 114	59,07%
Ex-roker	N = 47	24,35%
Roker	N = 32	16,58%

161 (83,42%) niet-rokers

bij 30 rokers is motivatie **gekend** (93,75%)

bij 2 is motivatie **niet gekend (**6,25%)

Tevreden roker	N = 21	70%
Twijfelt	N = 5	16,67%
Bereidt zich voor	N = 3	10%
Stopklaar	N = 1	3,33%

Bijlage 8: brief aan patiënten die zich voorbereiden tot rookstop

Dr. Decraene Arnold

Dr. Janssens Nathalie

Dr. Haems Katrien

Dr. Cautaerts Karen

Lede, 20 januari 2012

Geachte,

Naar aanleiding van een studie rond rookgedrag bij diabetespatiënten vroeg uw huisarts u in de afgelopen maanden naar uw rookgewoonten. Daaruit bleek dat u graag op korte termijn wenste te stoppen met roken.

Indien u intussen gestopt bent met roken, wensen wij u alvast proficiat. Indien het nog niet gelukt zou zijn, willen wij u er aan herinneren dat wij op onze praktijk rookstopconsultaties organiseren om u te helpen stoppen met roken. Deze zijn volledig vrijblijvend en worden verrekend aan terugbetalingstarief. Indien u graag meer informatie wenst, kan u steeds contact opnemen met uw huisarts.

Vriendelijke groeten,

Het huisartsenteam

Bijlage 9: Tijdslijn

